



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การทำหน้าที่ของครอบครัว และภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล โดยมีการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.1 ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.2 สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.3 กลไกการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.4 พยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.5 การประเมินการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.6 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีต่อผู้ป่วย
 - 1.7 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อครอบครัวผู้ป่วย
 - 1.8 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.9 บทบาทพยาบาลต่อครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล
 - 2.1 ความหมายของการดูแล
 - 2.2 ความหมายของผู้ดูแล
 - 2.3 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล
 - 2.4 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล
 - 2.5 สิ่งที่ได้จากการเป็นผู้ดูแล
3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะกดดันด้านจิตใจ
 - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะความกดดันด้านจิตใจ
 - 3.2 การประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ
 - 3.3 ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
4. แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว
 - 4.1 ความหมายการทำหน้าที่ของครอบครัว
 - 4.2 แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว
 - 4.3 การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

5. แนวคิดระดับความพิการของผู้ป่วย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

1.1 ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

Jennett and Teasdale (1981) ได้ให้จำกัดความของการบาดเจ็บที่ศีรษะหรือการบาดเจ็บที่สมอง และมีการใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันคือ

- 1) มีประวัติที่แน่ชัดว่าศีรษะถูกกระทบกระเทือน
- 2) ตรวจพบว่ามีบาดแผลฉีกขาดที่หนังศีรษะหรือหน้าผาก
- 3) มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัวแม้เพียงชั่วขณะ

ผู้ป่วยที่มีข้อกำหนดทางคลินิกดังกล่าวข้างต้นแม้เพียงข้อเดียวหรือมากกว่าจัดว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

Hickey (1992) ได้ให้ความหมายการบาดเจ็บที่ศีรษะว่า หมายถึง การบาดเจ็บใด ๆ ก็ตามที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะและหรือกระดูกใบหน้า หรือเนื้อสมอง

นครชัย เผื่อนปฐม (2541) การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บใด ๆ ที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะและเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจทำให้มีหรือไม่มี การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว

จเร ผลประเสริฐ (2541) การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง เส้นประสาทและสภาวะที่มีเลือดออกในโพรงกะโหลกอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน

นริรัตน์ นิลขำ (2548) การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ความกระทบกระเทือนจากแรงกระแทกหรือแรงเหวี่ยงจากวัตถุ หรือจากศีรษะไปกระทบวัตถุทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง เส้นประสาทอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวและการทำหน้าที่อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย

จันทพร ธีระทองดี (2548) การบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง การได้รับบาดเจ็บที่เกิดจากแรงกระแทกหรือแรงเหวี่ยงที่ศีรษะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อกะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง หลอดเลือดสมอง เส้นประสาท อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดความผิดปกติ มีความบกพร่องของระดับความรู้สึกตัว มีความบกพร่องในด้านร่างกาย ด้านความรู้ความเข้าใจและด้านพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การที่สมองได้รับความกระทบกระเทือน (Traumatic brain injury: TBI) สามารถใช้แทนคำว่า "บาดเจ็บที่ศีรษะได้" (Barker and Blank - Rein, 2002)

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะหรือการบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง การที่ศีรษะได้รับความกระทบกระเทือนจากแรงภายนอก ทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีระภาพของสมองอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน ส่งผลให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ตัวและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย

1.2 สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากการศึกษาพบว่าการจำแนกสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะออกเป็นหลายประเภท โดยสรุปอาจแบ่งสาเหตุของการเกิดได้เป็น 2 สาเหตุใหญ่ คือจากการจลาจลและไม่ใช้การจลาจล ดังนี้ (จเร ผลประเสริฐ, 2528)

1.2.1 จากการจลาจล เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Porth, 1998; 1998; สมศักดิ์ ผ่องประเสริฐ, 2537) โดยอุบัติเหตุจากการจลาจลที่พบส่วนมากเป็นอุบัติเหตุจากการขับขี่ยานพาหนะ (บุญเลิศ ดันสิทธิแพทย์, 2541; Turkington, 2004) ซึ่งประกอบด้วยอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์มากที่สุด (แสงชัย ศรีมาจจร, 2535; อรุณ กิจมหารากระกูล, 2542)

1.2.2 สาเหตุที่ไม่ใช่การจลาจล ได้แก่การตกจากที่สูง (บุญเลิศ ดันสิทธิแพทย์, 2541) อุบัติเหตุไฟไหม้ การถูกทำร้ายร่างกาย เช่น ถูกตี ถูกยิง (บุญเลิศ ดันสิทธิแพทย์, 2541; Mc Nair, 1999) การเล่นกีฬา เช่น ชีมน้ำ ขกมวย (แสงชัย ศรีมาจจร, 2535)

โดยสรุปสาเหตุของการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะที่พบมาก คือ อุบัติเหตุจลาจลโดยที่ส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ สาเหตุรองลงมาคือ ตกจากที่สูง ถูกตี ถูกฟัน หรือถูกยิง (สุนันทา ศรีวิวัฒน์และคณะ, 2544)

1.3 กลไกการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ

กลไกการบาดเจ็บที่ศีรษะ แบ่งออกเป็น 2 แบบ (Bottcher, 1989; นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2539; ทิพพาพร ตั้งอำนาจ, 2541) คือ

1.3.1 การบาดเจ็บโดยตรง (Direct injury) คือบาดเจ็บที่เกิดบริเวณศีรษะโดยตรง มี 2 ชนิด คือ

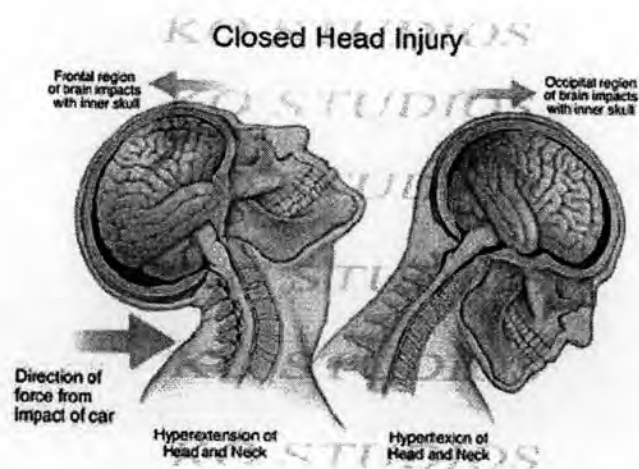
1.3.1.1 บาดเจ็บที่ศีรษะขณะอยู่นิ่ง (Static head injury) คือบาดเจ็บที่เกิดขึ้นขณะที่ศีรษะอยู่นิ่งหรือเคลื่อนไหวเล็กน้อย แล้วมีวัตถุมากระทบ หรือมีแรงจากภายนอกเข้ามากระทำ เช่น การถูกตีถูกยิง เป็นต้น พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะเป็นพยาธิสภาพเฉพาะที่เท่านั้น แต่

ถ้าหากแรงที่มากกระทำมีมากพอหรือวัตถุนั้นมีขนาดใหญ่หรือมีความเร็วสูง จะทำให้สมองเกิดการสั่นสะเทือนอย่างแรง



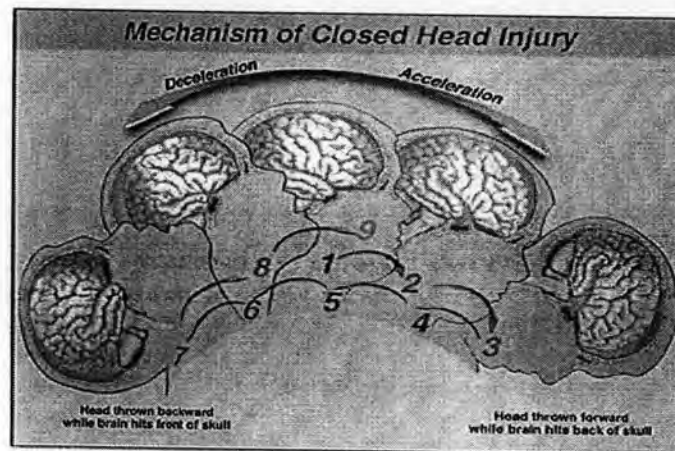
รูปภาพ 1 แสดงการบาดเจ็บที่ศีรษะขณะอยู่นิ่ง

1.3.1.2 บาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะเคลื่อนที่ (Dynamic head injury) คือ การบาดเจ็บที่เกิดแก่ศีรษะขณะที่ศีรษะมีความเร็วไปกระทบกับวัตถุที่อยู่นิ่งหรือกำลังเคลื่อนที่ เช่น ขับรถไปชนต้นไม้ ขับรถไปชนกับรถที่วิ่งสวนทาง เป็นต้น เมื่อศีรษะกระทบของแข็ง จะทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพแก่สมองส่วนนั้น ซึ่งมักมีการแตกร้าของกะโหลกศีรษะร่วมด้วย ส่วนสมองด้านตรงข้ามกับบริเวณที่กระทบวัตถุนั้นอาจมีการฉีกขาดและมีเลือดออกร่วมด้วย



รูปภาพ 2 แสดงการบาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะเคลื่อนที่

1.3.2 การบาดเจ็บโดยอ้อม (Indirect injury) คือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับส่วนอื่นของร่างกายแล้วมีผลสะท้อน ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้น เช่น ตกจากที่สูง กระแทกพื้น ทำให้ศีรษะกระแทกลงมาบนส่วนของกระดูกคอ เป็นผลให้เกิดอันตรายต่อแกนสมองส่วนเมดัลลาโดยตรง หรือการเคลื่อนไหวของลำตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้ส่วนศีรษะขาดการรองรับ เป็นผลให้ศีรษะคว่ำไปข้างหน้าหรือหงายไปด้านหลังอย่างรวดเร็ว ชนิดนี้มักไม่มีบาดแผลที่หนังศีรษะและกะโหลกศีรษะ



รูปภาพ 3 แสดงการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยอ้อม

1.4 พยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

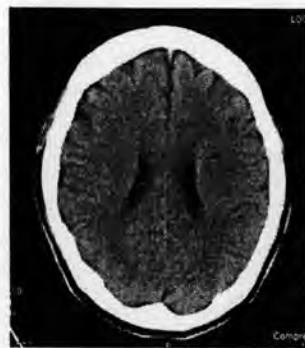
พยาธิสรีรวิทยาของการบาดเจ็บที่ศีรษะ สามารถอธิบายตามลักษณะที่เกิดขึ้นได้ 2 ระยะ (จเร ผลประเสริฐ, 2541; นครชัย เผื่อนปฐม, 2541) คือ

1.4.1 การบาดเจ็บปฐมภูมิ (Primary head injury) ได้แก่ การบาดเจ็บของหนังศีรษะหรือสมอง ซึ่งเกิดจากแรงมากระแทกโดยตรง เป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทันทีทันใดในขณะที่ศีรษะได้รับบาดเจ็บ ลักษณะของการบาดเจ็บนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะของวัตถุ ความเร็ว น้ำหนัก ความแรง และทิศทางของแรงที่มากระแทกที่ศีรษะ

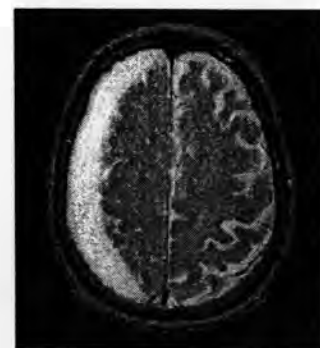


รูปภาพ 4 แสดงการบาดเจ็บปฐมภูมิ

1.4.2 การบาดเจ็บทุติยภูมิ (Secondary head injury) เป็นภาวะที่เนื้อสมองถูกทำลายภายหลังจากเกิดเหตุซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะแรก หรือจากเหตุปัจจัยภายนอกที่ทำให้เนื้อสมองขาดออกซิเจนการบาดเจ็บทุติยภูมินี้ส่วนมากสามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ หรือถ้าเกิดขึ้นแล้วก็สามารถควบคุมจนลดความรุนแรงลงหรือหายได้ในที่สุดโดยอาจมีสาเหตุจากภายในหรือภายนอกกะโหลกศีรษะ เช่น การตกเลือดในสมอง ก็จะมีทางรักษาให้หายหรือทุเลาลงจนไม่เกิดการทำลายเนื้อสมองได้ ถ้ามีการค้นพบได้อย่างรวดเร็วและทำการรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง



รูปภาพ 5 แสดงภาวะเนื้อสมองปกติ



รูปภาพ 6 แสดงภาวะเนื้อสมองถูกทำลาย

1.5 การประเมินการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต้องได้รับการประเมินทางระบบประสาททุกรายเมื่อแรกรับ และในเวลาต่อมาเป็นระยะ ๆ การประเมินทางระบบประสาทที่สำคัญและใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุด คือการประเมินระดับความรู้สึกตัวเพราะทำให้ทราบถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บที่เกิด

ขึ้นกับสมองและยังทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญและทำให้ทราบระยะเริ่มแรกสุดของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายในกะโหลกศีรษะ นอกจากนี้ยังทำให้ทราบผลของการรักษาว่าดีขึ้นหรือเลวลง (นครชัย เผื่อนปฐม, 2541)

Teasdale and Jennett (1974) ได้ร่วมกันคิดค้นวิธีประเมินความรู้สึกตัวจากการศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวลดลง โดยให้ชื่อว่าแบบประเมินความรู้สึกตัวของกลาสโกว (Glasgow Coma Scale) โดยจะประเมินพฤติกรรม 3 ด้านของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ คือ การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best motor response) การพูดที่ดีที่สุด (Verbal performance) การลืมตา (Eye opening) ดังมีรายละเอียดและคะแนนในแต่ละด้าน ดังนี้

1) การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (M) ประกอบด้วย

- สามารถเคลื่อนไหวตามคำสั่งได้ถูกต้อง มีระดับคะแนน 6
- ไม่ทำตามคำสั่ง ทราบตำแหน่งที่เจ็บ มีระดับคะแนน 5
- ชักแขนขาหนีความเจ็บปวด มีระดับคะแนน 4
- แขนมีการเกร็งแบบศอกงอ มีระดับคะแนน 3
- แขนมีการเกร็งแบบศอกเหยียด มีระดับคะแนน 2
- ไม่เคลื่อนไหวเลย มีระดับคะแนน 1

2) การพูดที่ดีที่สุด (V) ประกอบด้วย

- พูดคุยได้ไม่สับสน มีระดับคะแนน 5
- พูดคุยได้แต่สับสน มีระดับคะแนน 4
- พูดเป็นคำ ๆ มีระดับคะแนน 3
- ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด มีระดับคะแนน 2
- ไม่ออกเสียงเลย มีระดับคะแนน 1

3) การลืมตา (E) ประกอบด้วย

- ลืมตาได้เอง มีระดับคะแนน 4
- ลืมตาเมื่อเรียก มีระดับคะแนน 3
- ลืมตาเมื่อเจ็บ มีระดับคะแนน 2
- ไม่ลืมตาเลย มีระดับคะแนน 1

การบันทึกระดับความรู้สึกตัวเป็นค่าคะแนน (Glasgow Coma Score) โดยมีคะแนนสูงสุดคือ 15 คะแนน แสดงว่าระดับความรู้สึกตัวปกติ และคะแนนต่ำสุดคือ 3 คะแนน แสดงว่ามีสภาวะของสมองที่ผิดปกติ ระดับความรู้สึกตัวอยู่ในภาวะหมดสติ (นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2539)

การแบ่งประเภทผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ตามความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Rimel, et al., 1981; ทิพพพร ตั้งอำนาจ, 2541) ดังนี้

1) การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Minor head injury: MHI) คือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มี Glasgow Coma Score (GCS) ตั้งแต่ 13-15 คะแนน ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดีสามารถลืมตาได้เอง หรือลืมตาเมื่อถูกเรียก ทำตามคำสั่ง และตอบคำถามได้ถูกต้องทันที หรือใช้เวลาเล็กน้อยหรือสับสนเป็นบางครั้ง

2) การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (Moderate head injury: Mo.HI) คือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มี Glasgow Coma Score (GCS) ตั้งแต่ 9-12 คะแนน ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวลดลงและสับสน มักหลับเกือบตลอดเวลาจะตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวดสามารถทำตามคำสั่งหรือตอบคำถามง่าย ๆ ได้ถูกต้องโดยใช้เวลานานกว่าปกติ ในรายที่ความรู้สึกตัวลดลงมาก อาจเพียงเคลื่อนไหวหนีความเจ็บปวดหรือส่งเสียงไม่เป็นคำพูด

3) การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe head injury: SHI) คือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มี Glasgow Coma Score (GCS) ตั้งแต่ 3-8 คะแนน ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกตัวน้อยมากหรือไม่รู้สึกตัวเลย ไม่สามารถทำตามคำสั่งใด ๆ ทั้งสิ้น อาจส่งเสียงไม่เป็นคำพูดเมื่อได้รับความเจ็บปวดหรือเคลื่อนไหวแขนขาหนี งอ หรือเหยียดในท่าผิดปกติ หรือไม่เคลื่อนไหวเลย

1.6 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีต่อผู้ป่วย (นิภาวรรณ สามารถกิจและ สุภาภรณ์ ดั่งวงแพง, 2540; รัมภรดา อินทร, 2539; Hicky, 2003; Warden, Salazar, Martin, Schwab, Coyle & Walter 2000) ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นจะส่งผลทั้งต่อบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บและสมาชิกครอบครัวของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งจะส่งผลกระทบเล็กน้อยแตกต่างกันออกไป จากการศึกษาของนิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ดั่งวงแพง (2540) ทำการศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีต่อผู้ป่วยประกอบด้วย ความผิดปกติทางด้านร่างกาย ความผิดปกติด้านการรู้คิด ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และสังคม สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะดังนี้

1.6.1 ผลกระทบระยะเฉียบพลันที่มีต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

1.6.1.1 ความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว หากการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับทำให้เกิดอันตรายต่อสมองใหญ่ทั่วๆ ไป (Cerebral cortex) หรือมีการทำลายลุกลามไปถึงส่วนของก้านสมองในส่วนควบคุมระดับความรู้สึกตัว (Brain stem reticular formation) จะส่งผล

ให้บุคคลมีอาการหมดสติ ซึ่งในภาวะนี้บุคคลจะไม่มี การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม อาจจะมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในระดับต่างๆ กัน หรือไม่มี การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมโดยอาจมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในระดับต่างๆ กันหรือไม่ตอบสนองเลยแล้วแต่ระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไปมากน้อยเพียงใด (รัมภรดา อินทร, 2539)

1.6.1.2 ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะเฉียบพลันจะไม่เห็นผลกระทบทางด้านจิตสังคมเด่นชัดนัก เนื่องจากความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว และไม่สามารถกระทำบทบาทเป็นบิดา / มารดา หรือบทบาทการเป็นสามี / ภรรยา บทบาทในฐานะหัวหน้าครอบครัว ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้เช่นเดิม ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจตลอดไป ในสถานการณ์เช่นนี้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งวงพง, 2540)

1.6.1.3 ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุของการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่สูงมาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาในการรักษาและการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน (Hicky, 2003) แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยก็อาจจะไม่สามารถฟื้นฟูเป็นปกติเหมือนเดิมได้ทุกราย ส่วนใหญ่ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัวได้ ประกอบกับการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน จึงอาจทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจที่ตามมา Warden, Salazar, Martin, Schwab, Coyle & Walter (2000) ทำการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสำหรับผู้บาดเจ็บที่ศีรษะในประเทศอังกฤษ ประมาณมากกว่า \$ 37 ล้านในแต่ละปี

1.6.2 ผลกระทบระยะยาวที่มีต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะโดยตรงหรือเกิดตามมาในระยะหลังจากการบาดเจ็บจะมีอันตรายเกิดขึ้นซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลางและระบบ Reticular activity ทำให้เซลล์สมองถูกกดและมีการเสื่อมหน้าที่อันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและเกิดภาวะทุพพลภาพของร่างกาย เช่น การสูญเสียหน้าที่ด้านการรู้คิดการเปลี่ยนแปลงภาวะอารมณ์ และพฤติกรรมด้านจิตใจ (กนกวรรณ ติลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2545; ชัชรินทร์ องศุมากร, 2535 ; ราตรี สุดทรง และวีระชัย สิงหนิยม, 2545; Barker, 2002 ; Hickey, 1997 ; Kater, 1989 ; Rakel & Bope, 2002) ความผิดปกติของพฤติกรรมทางระบบประสาทส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย 5 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ความผิดปกติด้านร่างกาย (Somatic / Physical) การได้รับอันตรายของสมองใหญ่ทั่ว ๆ ไปที่เปลือกสมอง (Cerebral cortex) หรือมีการทำลายลูกกลมไปถึงส่วนของก้านสมอง Reticular formation จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว มีอาการหมดสติ (ซัชชินทร์ อังศุภากร, 2535) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสมองขาดออกซิเจน (Hypoxia) มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท สัญญาณชีพ เกิดภาวะสมองบวม เลือดออกในสมอง ความดันในกะโหลกศีรษะสูง นอกจากนี้ปัญหาที่สำคัญทางด้านร่างกายที่พบร่วมกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ คือการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกที่ลดลงของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตนเอง ต้องนอนอยู่บนเตียงนาน ๆ (Kosciulek, 1997; Duff and Wells, 1997; Sosnowski and Ustik, 1994) ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย คือ ปอดแฟบ การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ข้อติดแข็ง ภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น

ปัญหาทางด้านร่างกายในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอาจเกิดจากการมีรอบโรคของสมองส่วนต่าง ๆ ทำให้เกิดความผิดปกติของการเคลื่อนไหว มีปัญหาการพูดหรือเป็นอัมพาต นอกจากนี้ปัญหาทางด้านร่างกายอาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความพิการดังกล่าว ซึ่งปัญหาทางด้านร่างกายที่พบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรพชาญ, 2539) ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหวผิดปกติ ซึ่งอาจเกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหรือเป็นอัมพาตทำให้การใช้กล้ามเนื้อไม่ประสานกัน เช่น มีอาการเดินเซ มีความบกพร่องในการสลับแขนไปด้านตรงข้าม ไม่สามารถเคลื่อนไหวไปตามคำสั่งได้ 2) มีความผิดปกติของการพูด (Speech deficits) โดยทั่วไปศูนย์ควบคุมการพูดของคนนั้นจะอยู่ที่สมองซีกซ้ายหรืออยู่ตรงข้ามกับด้านที่มีอذنด เมื่อเกิดพยาธิสภาพของสมองซีกไม่เด่นจะทำให้มีความบกพร่องในการพูด เช่น พูดไม่ออก (Dysphonia) ผู้ป่วยพูดไม่มีเสียงหรือเสียงแหง พูดตะกุกตะกัก (Dysarthria) ผู้ป่วยจะพูดออกมาอย่างลำบาก โดยไม่สามารถออกเสียงได้ชัดเจนซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีพยาธิที่สมองน้อย 3) มีความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่จะขับถ่ายอุจจาระได้เพราะระดับการรับรู้สติเปลี่ยนไปหรือมีความบกพร่องในการสื่อสารความรู้สึกในการขับถ่ายลดลงหรือมีพยาธิที่สมองส่วนหน้าหรือส่วนกลางของสมองบริเวณพรีมอเทิลทำให้ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะไม่ได้ 4) มีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนท่าเดียวนาน ๆ หรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ได้แก่ แผลกดทับ ปอดบวม ปอดแฟบ การอุดตันของหลอดเลือดดำส่วนลึก ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบเล็ก เป็นต้น 5) มีอาการชัก พบว่าผู้ป่วยหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีอาการชักร้อยละ 5 และพบว่า การได้รับบาดเจ็บของสมองเป็นสาเหตุของการชักมากที่สุด ซึ่งมัก

พบภายหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง 1 – 6 เดือนและได้ภายใน 2 ปี แต่พบมากที่สุดในปีแรก ประมาณร้อยละ 80 (Hickey, 1986)

2. ความผิดปกติด้านการรับรู้ (Cognitive) ความผิดปกติทางด้านสติปัญญาและการรับรู้เป็นกระบวนการจำแนกข้อมูลที่ได้รับเข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่าง ๆ แปลความหมาย ทำความเข้าใจ จดจำ รวมถึงการดัดแปลงใช้ข้อมูลนั้นในการแสดงออกอย่างเหมาะสม เป็นความสามารถของบุคคลในการให้ความหมายและทำความเข้าใจต่อสิ่งแวดล้อม การรับรู้ การคัดเลือกข้อมูลข่าวสารเพื่อจัดเก็บและกำหนดรูปแบบเพื่อตอบสนองเป็นพฤติกรรมต่อสิ่งนั้น ๆ ซึ่งองค์ประกอบของการรู้คิด ได้แก่ การรับรู้เวลาและสถานที่ การตั้งใจมีสมาธิ ความจำ การคำนวณการคิดที่เป็นตรรกะรวมทั้งการใช้ภาษาสื่อสารกับบุคคลอื่น (Namerow, 1987; Sosnowski and Ustik and Bope, 2002) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงจะมีความบกพร่องในเรื่องความทรงจำ เนื่องจากการรบกวนกระบวนการแปลความหมายความทรงจำในระยะสั้นไปสู่ความทรงจำในช่วง ก่อนเกิดการบาดเจ็บ ทำให้มีอาการความจำเสื่อมโดยเฉพาะความทรงจำในระยะสั้น (Levin et al., 1977 อ้างถึงใน รัชมักรดา อินทร, 2539) ความสนใจหรือสมาธิลดลง มีความผิดปกติในการตอบสนองหรือรับรู้ช้า ความคิดสติปัญญา ความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจ และการแก้ปัญหาลดลง ส่วนความผิดปกติของพฤติกรรมที่พบบ่อยในผู้บาดเจ็บที่ศีรษะในระยะพักฟื้น ได้แก่ การมีพฤติกรรมถดถอย เฉื่อยชา มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ได้ง่าย

เมื่อความสามารถด้านการรับรู้พร่องไปย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในเรื่องความจำ เนื่องจากการรบกวนกระบวนการที่แปลความหมายของความทรงจำในระยะสั้นไปสู่ ความทรงจำในช่วงก่อนเกิดการบาดเจ็บทำให้มีอาการความจำเสื่อม ความสนใจหรือสมาธิลดลง มีการตอบสนองหรือรับรู้ช้า ความคิด สติปัญญา ความรู้ ความเข้าใจ การตัดสินใจ การแก้ปัญหาลดลงทำให้มีปัญหาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3. ความผิดปกติด้านพฤติกรรม (Behavior) ความผิดปกติของพฤติกรรมพบได้บ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองบริเวณฟรอนทัล มักจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมถดถอย ขาดการเอาใจใส่ตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉื่อยชา และมีพฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น อูจจาระ ปัสสาวะในที่ที่ไม่สมควร และถ้ามีพยาธิสภาพของโรคกระจายทั่วไปจะพบว่ามีปัญหาในเรื่องอารมณ์ โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือเปลี่ยนแปลงง่าย เช่น ร้องไห้หรือหัวเราะ นอกจากนี้การมีปัญหาด้านอารมณ์จะทำให้ผู้ป่วยแยกตัวเอง ไม่ยอมเข้าสังคมหรือร่วมทำกิจกรรม มีการพูดซ้ำซาก (Perseveration) ในประโยคเดิมหรือคำเดิม ปฏิเสธหรือมีพฤติกรรมพึ่งพาบุคคลอื่นมากเกินไป (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาญ, 2539)

4. ความผิดปกติด้านการติดต่อสื่อสาร / การใช้ภาษา (Communication / Language) การสื่อสารเป็นการถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้รับทราบความรู้สึกและข้อมูลข่าวสารของตน และเป็นการรับข้อมูลจากผู้อื่น ความบกพร่องในการสื่อสารของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่ง ผู้ป่วยอาจฟื้นคืนสติขึ้นมาพบกับโลกที่แตกต่างไปจากเดิม ผู้คนรอบข้างอาจพูดกันด้วยภาษาที่ฟังไม่เข้าใจ บางรายไม่สามารถบอกให้ผู้อื่นทราบความต้องการของตนเองและไม่สามารถระบายความคับข้องใจอันเกิดเนื่องจากความพิการที่เกิดขึ้น บางรายเข้าใจเหตุการณ์รอบข้างแต่ไม่สามารถออกเสียงพูดให้ชัดเจนพอที่ผู้อื่นจะเข้าใจได้ ไม่สามารถสอบถามข้อมูลที่ต้องการทราบจากแพทย์ผู้รักษาทำให้เกิดความตื่นตระหนก เครียด วิตกกังวลและซึมเศร้าตามมา ความบกพร่องในการสื่อสารจะเป็นอุปสรรคต่ออาการดำเนินชีวิตประจำวันและการกลับเข้าสู่สังคมอีกครั้งหนึ่ง

โดยทั่วไปสมองซีกซ้ายเป็นสมองซีกเด่น ทำหน้าที่สำคัญในเรื่องภาษา เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัญลักษณ์ต่าง ๆ ได้แก่ การพูด การฟัง การเขียน การอ่านและการคำนวณ ส่วนสมองซีกขวาเป็นซีกที่ไม่เด่น มีหน้าที่หลักในการวิเคราะห์แบบแผนต่าง ๆ ทำความเข้าใจเรื่องรูปธรรมและความเป็นเหตุเป็นผล ลักษณะความบกพร่องของภาษาขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรค ถ้ามีการอุดตันบริเวณส่วนต้นของ Middle cerebral artery (MCA) ของสมองซีกเด่น มักทำให้มีความบกพร่องของภาษาแบบ global aphasia คือปัญหาทั้งในการรับรู้และการส่งภาษา (กิงแก้ว ปาจริย์, 2547)

5. ความผิดปกติด้านการเข้าสังคม (Social) ภายหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะผู้ป่วยอาจมีความพิการหลังเหลืออยู่ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการปรับตัวครั้งสำคัญเนื่องจากมีความบกพร่องทางกายเกิดขึ้นและก็ต้องปรับตัวให้เข้าสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างไปจากที่คุ้นเคย ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะทำให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคมได้ (กิงแก้ว ปาจริย์, 2547) ถ้ามีความพิการแบบถาวรเกิดขึ้นก็ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปทำงานหรือว่าใช้ชีวิตได้เหมือนเช่นเดิมก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อพบปะกับเพื่อน เพื่อนร่วมงานหรือญาติพี่น้องที่อยู่ไกลออกไปได้ก็สามารถส่งผลถึงจิตใจของผู้ป่วยได้ทำให้เกิดความเหงา ว้าเหว่ หงุดหงิด ซึมเศร้าได้ เป็นต้น

1.7 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีต่อครอบครัว ในระบบครอบครัวสมาชิกของครอบครัวทุกคนต่างก็มีความรักความผูกพัน มีหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบกระทำต่อกันดังที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการยืนยันว่าถ้าสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นจะมีผลต่อสมาชิกคนอื่นๆ ด้วย การบาดเจ็บทางสมองถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่ไม่เพียงแต่จะมี

ผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยเช่นกัน โดยผลกระทบที่มีต่อครอบครัวอาจจะเท่ากับหรือมากกว่าผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วย (อุบลวรรณ กิติรัตนตระกูล, 2541) เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดขึ้นมีผลกระทบทั้งในระยะเฉียบพลันและในระยะยาว จากการศึกษาของ Jennett (1981) พบว่าอัตราการพินัยจากการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยไม่หลงเหลือความพิการไว้มีเพียงร้อยละ 40 เท่านั้นผู้ป่วยอีกประมาณร้อยละ 60 ยังคงหลงเหลือความพิการหรือมีความบกพร่องซึ่งอาจจะเป็นความบกพร่องด้านร่างกาย (physical impairment) สติปัญญา (cognitive impairment) หรือการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม (behavioral change) ความบกพร่องหรือการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อโครงสร้าง หน้าที่หรือบทบาทของสมาชิกในครอบครัวจนส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของสมาชิกคนหนึ่งคนใดหรือหลายคนในครอบครัวอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้จากการศึกษาที่ผ่านมาสามารถสรุปผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีต่อครอบครัวแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะ ดังนี้ (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ดั่งแพง, 2540: Acorn and Roberts, 1992: 325)

1.7.1 ผลกระทบระยะเฉียบพลันที่มีต่อครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ไม่มีการเตือนล่วงหน้า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจึงไม่มีเวลาในการเตรียมพร้อมที่จะพบกับเหตุการณ์เช่นนี้ ผลกระทบสำคัญที่สมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญ คือปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจสมาชิกในครอบครัวอาจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการบาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล เช่น รู้สึกช็อกกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น กลัวการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วย โกรธ เสียใจ รู้สึกผิด เครียดและวิตกกังวล เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วยเนื่องจากธรรมชาติของการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่แน่นอนหรือมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาไม่สามารถที่จะคาดการณ์ผลที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ บางรายอาจไม่รู้สึกตัวมีการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมบางรายมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป หรือบางรายไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้เลยความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับประกอบกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันโดยไม่รู้ล่วงหน้าส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า เครียดและวิตกกังวลเป็นอย่างมาก (deMeneses and Perry, 1993) จากการศึกษาของอุบลวรรณ กิติรัตนตระกูล (2542) ทำการศึกษาถึงความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะเฉียบพลัน พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการอันดับแรก คือการลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บของผู้ป่วย และอันดับสุดท้ายคือการให้กำลังใจและการระบายความรู้สึก

1.7.2 ผลกระทบระยะยาวที่มีต่อครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การบาดเจ็บที่สมองทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวในระยะยาวเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังหรือการบาดเจ็บอื่นๆ แต่ลักษณะของผลกระทบที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างจากผลกระทบของโรคเรื้อรังหรือการบาดเจ็บอื่นๆ เนื่องจากสาเหตุที่ทำให้เกิดผลกระทบมีความแตกต่างกัน สามารถสรุปได้ดังนี้ (Kay and Cavallo, 1994)

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงในเรื่องของ สติปัญญา อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและความสามารถของผู้ป่วย
2. ความบกพร่องเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างถาวร ครอบครัวจำเป็นต้องสร้างแบบแผนและเป้าหมายใหม่เมื่อมีสมาชิกที่มีความบกพร่องทางสมอง
3. ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่เป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นเพศชายวัยผู้ใหญ่ อายุค่อนข้างน้อย และอยู่ในวัยทำงานรวมทั้งอาจจะเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบครอบครัวซึ่งแตกต่างจากผู้ที่มีปัญหาหลอดเลือดทางสมอง (Stroke) จะพบในวัยสูงอายุ

ผลกระทบจากการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน อาจจะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับบทบาท หน้าที่หรือความรับผิดชอบของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัว และบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวนั้นด้วย จากลักษณะของการบาดเจ็บที่ศีรษะดังที่กล่าวข้างต้น สามารถสรุปผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีต่อครอบครัว ดังนี้ 1) ผลกระทบต่อโครงสร้างของครอบครัวส่วนใหญ่ จะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวภายหลังจากสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บหรือความพิการของผู้ป่วย รวมทั้งลักษณะโครงสร้างของครอบครัวก่อนได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะด้วย ผู้ที่ได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ซึ่งนอกจากจะมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวแล้ว ยังต้องมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง รวมทั้งอาจจะต้องรับหน้าที่เป็นผู้จัดการครอบครัว มีการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัวแทนผู้ป่วยซึ่งได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งบทบาทเหล่านี้สมาชิกในครอบครัวไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน บ่อยครั้งส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกเครียดหรือเป็นทุกข์กับบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540) 2) ผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว ผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงบางครั้งสมาชิกในครอบครัวอาจรำคาญและแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (วิศาล คันธรัตน์กุล และ ภาวิศ วงศ์แพทย์, 2538) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา บิดา มารดาและบุตร ยิ่งผู้ป่วย

บาดเจ็บที่ศีรษะมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมากเท่าใดจะส่งผลให้คู่สมรส หรือสมาชิกคนอื่น ๆ มีการเปลี่ยนแปลงมากไปด้วยเช่นกันและความรู้สึกเป็นภาระของคู่สมรสที่ต้องกลายมาเป็นผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างคู่สมรส หรือมีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับบุตรหรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว คู่สมรสจำนวนมากที่มีการหย่าร้างเกิดขึ้นภายหลังการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ รวมทั้งความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องให้การดูแลเป็นเวลายาวนาน นอกจากนี้การที่ต้องดูแลผู้ป่วยยังมีผลต่อสัมพันธภาพกับบุตรหรือสมาชิกอื่นในครอบครัวอีกด้วย โดยเด็กจะรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับความอบอุ่นหรือแม่แต่การที่แตกต่าง ๆ เหมือนที่ผ่านมา (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540) 3) ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัวเนื่องจากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ การช่วยเหลือดูแลตนเองหรือการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ จะกระทำได้น้อยลง บางรายอาจไม่สามารถทำด้วยตนเองได้และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหว หรือการออกกำลังกาย เป็นต้นนอกจากนี้อาจจำเป็นต้องดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้วย เช่น การฟื้นฟูสภาพหรือการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด กิจกรรมหรือภาระต่าง ๆ เหล่านี้ถึงแม้ผู้ดูแลมีความเต็มใจและตั้งใจที่จะทำให้กับผู้ป่วยก็ตามแต่ก็เป็นภาระที่หนักหน่วงต้องใช้เวลาและพลังงานอย่างมาก (รัมภรดา อินทร, 2539; วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และ อุษาดี อัครวิเศษ, 2546; Marsh, Kersel & Havill, 1998) รวมทั้งเป็นภาระที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน อาจทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตนเองเท่าที่ควรต้องลดเวลาในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองลง หรือแม้แต่จะต้องลดบทบาทหน้าที่ที่เคยกระทำอยู่ตามปกติให้น้อยลง ผู้ดูแลบางรายอาจจะไม่มีโอกาสไปทำบทบาทหน้าที่เดิมหรือต้องออกจากงานเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผลกระทบที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัวซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลจะพบได้ทั้งในเรื่องการใช้เวลาหน้าที่การงาน กิจกรรมทางสังคม การมีอิสระ เวลาเป็นส่วนตัว หรือแม้แต่การดูแลสุขภาพของตนเอง (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540) 4) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุสำคัญอย่างมากที่มีผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ทั้งนี้ไม่เพียงแต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูงเนื่องมาจากการวินิจฉัยและการรักษาที่ต้องอาศัยเทคโนโลยีสมัยใหม่และระยะเวลาของการรักษาที่ยาวนาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่หลงเหลือความพิการไม่สามารถกลับไปทำงานเพื่อนำมาซึ่งรายได้เช่นเดิมก่อนที่จะได้รับการบาดเจ็บที่

ศรัทธารวมทั้งการที่ผู้ป่วยหลงเหลือความพิการและต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถไปทำงานหรือประกอบอาชีพได้เช่นเดิม (Kreutzer, Marwitz, and Kepler, 1992) ดังนั้นการบาดเจ็บที่ศีรษะมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวไม่มากนัก การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบิดา มารดา หรือผู้ที่รับผิดชอบหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งดวง, 2540) 5) ผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจ และสังคม การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจ และสังคมของสมาชิกในครอบครัวในระยะยาวได้เช่นเดียวกับผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มีความเกี่ยวพันกันกับผลกระทบด้านอื่น ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความบกพร่องด้านร่างกายและสติปัญญาของผู้ป่วย ที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองเกือบทุก ๆ ด้านในการดำรงชีวิต ดังนั้นจะพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีความรู้สึกเป็นภาระและเกิดภาวะเครียด ครอบครัวของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะจึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและมีการปรับตัวที่ผิดปกติ จึงมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาวะอารมณ์ของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ

1.8 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หลักสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะคือ การดูแลโดยการเฝ้าระวังและปกป้องทางเดินหายใจ การไหลเวียนโลหิต โภชนาการ การคงไว้ซึ่งความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ รวมถึงการเฝ้าระวังและปกป้องรักษาไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อม การดูแลเรื่องยาที่ใช้ในผู้ป่วย การดำรงไว้ซึ่งความเป็นบุคคลโดยยึดข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยรวมทั้งข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัว การสนับสนุนทางอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว (พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547) เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ไม่รู้สึกตัวในระยะเฉียบพลันมีจุดเน้นในการพยาบาล คือค้นหาและควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดปริมาตรในสมองเพิ่มขึ้นและส่งผลให้เกิดการเคลื่อนของสมองรวมถึงสมองขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง การป้องกันการเพิ่มของความดันในกะโหลกศีรษะไปถึงระดับที่เป็นอันตรายต่อสมองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ศักยภาพสูงสุดในการดำเนินชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลควรใช้ความรู้จากการค้นคว้าวิจัยมาสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลประยุกต์ใช้ร่วมกับกับเทคโนโลยีที่ก้าวหน้ารวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของความรู้ที่พิสูจน์ได้มาใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย (Barker, 2002)

1.8.1 การป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การลดปัจจัยที่ทำให้ความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น การส่งเสริมให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในขณะที่มีความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะสูง โดยการพยาบาลที่สำคัญ คือการประเมินอาการทางระบบประสาททุก 1-4 ชั่วโมง การเปลี่ยนแปลงของรูม่านตา การเคลื่อนไหวลูกตา การเคลื่อนไหวแขนขา การรับความรู้สึก หรือสัญญาณชีพถ้ารอนมี การเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพผู้ป่วยจะมีเวลาเพียงเล็กน้อยที่จะช่วยให้ฟื้นกลับคืนปกติ (Barker, 2002; Kater, 1989, Namerow, 1987) การจัดทำและการเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยนอนลำตัวและศีรษะอยู่ในแนวตรงเสมอ นอนท่าราบหรือศีรษะสูง 15-30 องศา ห้ามนอนในท่าที่ทำให้สะโพกงอ (Hipflex) มากกว่า 90 องศา (ทิพพาพร ตั้งอำนาจ, 2541; พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547; Barker, 2002) การลดไข้ เนื่องจากภาวะไข้เป็นปัญหาสำคัญการมีไข้สูงเพิ่มขึ้น 1 องศาเซลเซียสทำให้ร่างกายมี Metabolism สูงขึ้นถึงร้อยละ 10 และต้องใช้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้นและการทำหน้าที่ของสมองจะเสียไปเนื่องจากการบาดเจ็บของสมองรอบกวนต่อ Hypothalamus หรือบริเวณใกล้เคียงทำให้ร่างกายไม่สามารถปรับอุณหภูมิได้การมีอุณหภูมิร่างกายสูงเพิ่มขึ้นทำให้เลือดมาเลี้ยงสมองมากขึ้นเป็นผลให้มีความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะสูงขึ้น (ทิพพาพร ตั้งอำนาจ, 2541; สุวรรณี ทาอ่อน, 2539)

1.8.2 การดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เพื่อให้เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอกับความต้องการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อสมองพร่องออกซิเจนและลดการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ การพยาบาลที่สำคัญคือการดูแลให้ได้รับออกซิเจนบำบัดอย่างเหมาะสมพร้อมทั้งมีการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อสมองพร่องออกซิเจนเช่น มีการเปลี่ยนแปลงของอาการทางระบบประสาทไปในทางที่แย่ง การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะอย่างถูกต้องและเหมาะสม การจัดทำศีรษะสูง 30-45 องศา และการทำการกายภาพบำบัดทรวงอกเพื่อส่งเสริมการขับเสมหะ (ทิพพาพร ตั้งอำนาจ, 2541)

1.8.3 การจำกัดสารน้ำ ในระยะแรกของการบาดเจ็บและในขณะที่ยังมีสมองบวม การจำกัดน้ำจะทำให้น้ำนอกเซลล์ลดลงทำให้ความดันในภายในโพรงกะโหลกศีรษะลดลง ตรวจสอบอัตราการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ทุก 1-2 ชั่วโมง ให้ได้ในอัตราที่กำหนด บันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออกพร้อมทั้งประเมินและบันทึกสัญญาณชีพตลอดจนลักษณะการเต้นของหัวใจอย่างน้อยทุก 2-4 ชั่วโมง หรือตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547; Barker, 2002)

1.8.4 การดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง ต้องการพลังงานสูง แต่กลับได้รับสารอาหารไม่เพียงพอจากระดับการรู้สติลดลง การกลืนลำบาก ในผู้ป่วยที่อาจมีอาการกลืนอาหารลำบากจะต้องประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยก่อน การให้อาหารครั้งแรกต้องให้ด้วยความระมัดระวัง มักเริ่มด้วยการลองจิบน้ำเล็กน้อยถ้ามีอาการ สำลักอาจจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยางทางจมูกไปสักระยะหนึ่ง การให้อาหารทางสายยาง ผ่านทางจมูกต้องดูแลให้ได้ตามปริมาณและเวลาที่กำหนด (พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547)

1.8.5 การพยาบาลเพื่อลดอาการปวดพบได้ภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดหรือ ภายหลังเลือดออกในสมองเนื่องจากการตีงั้งหรือระคายเคืองต่อเส้นประสาทของหนังศีรษะเยื่อ หุ้มสมอง หลอดเลือดใหญ่ของสมองควรให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ร่วมกับการแก้ไขสาเหตุ ของอาการปวด เช่น ลดภาวะสมองบวม ทำผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก

1.8.6 การพยาบาลเพื่อการขับถ่าย การขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยมักมีอาการ ปัสสาวะราด กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Incontinence) หรือมีปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะ (Retention) ใน 1-2 วันหลังผ่าตัดแพทย์อาจใส่สายสวนคาปัสสาวะช่วยไม่ให้มีการคั่งค้างของ ปัสสาวะในส่วนของการขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยอาจมีอาการท้องผูกจากการเคลื่อนไหวน้อย ได้รับ น้ำน้อยและได้รับสารอาหารที่มีกากน้อย ควรช่วยให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายตามระดับ ความสามารถและถ้าไม่อุจจาระ 3-4 วัน ควรให้ยาระบายตามความเหมาะสม

1.8.7 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ภายหลังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่สมองผู้ป่วย จะมีความบกพร่องที่ด้านร่างกายส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว แขนขาอ่อนแรงหรืออาจรุนแรงถึงขั้นไม่ สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เองทำให้ผู้ป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นระยะเวลาอันยาวนานจัดเป็นสาเหตุ สำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับตามมาได้ พยาบาลสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้โดยการใช้ ฟองน้ำหรือที่นอนลมปูรองนอนให้แก่ผู้ป่วย การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงการ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ และการรักษาความสะอาดของผิวหนัง

1.9 บทบาทพยาบาลต่อครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยและ ครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องพบกับภาวะวิกฤต พยาบาลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย แบบองค์รวม (Holistic care) จะต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งต้องมีบทบาทหน้าที่ในการให้การพยาบาลแก่สมาชิกใน ครอบครัวของผู้ป่วยด้วย

ดังนั้นในภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เพื่อที่จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถปรับตัวและเผชิญกับภาวะวิกฤตของตนที่มีต่อการบาดเจ็บของผู้ป่วยได้ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถรักษาภาวะสมดุลของครอบครัวต่อไปได้

Johnson (1986) ได้แนะนำวิธีการช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยไว้ดังนี้

1. พยาบาลต้องเข้าใจถึงความเศร้าหมองของครอบครัวผู้ป่วยและต้องแสดงให้ครอบครัวผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลเข้าใจถึงความเศร้าของเขา และต้องการให้เขาระบายความรู้สึกออกมา

2. อธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจถึงเครื่องมือในการรักษาต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดความกลัวและวิตกกังวล และกล้าที่จะให้ความร่วมมือในการดูแลด้านร่างกาย โดยควรอธิบายให้เข้าใจหลักการและเหตุผลง่าย ๆ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และควรพิจารณาถึงระดับการศึกษา ความเข้าใจ และสภาพจิตใจ/อารมณ์ขณะรับฟังคำอธิบายด้วย ส่วนใหญ่แล้วครอบครัวต้องการทราบคำตอบเพียง 4 คำตอบ ได้แก่

2.1 ใส่ท่อหรือเครื่องมือเข้าส่วนตรงไหนของร่างกาย

2.2 มีอันตรายหรือเจ็บปวดหรือไม่อย่างไร

2.3 มีความจำเป็นอย่างไรจึงต้องใช้เครื่องมือเหล่านี้

2.4 จะเอาเครื่องมือเหล่านี้ออกจากผู้ป่วยได้เมื่อใด

3. ใช้ภาษาและคำพูดที่ครอบครัวผู้ป่วยมีความคุ้นเคยอยู่แล้ว และพยาบาลควรช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความกระจ่างในความหมายของคำบางคำอย่างง่าย ๆ

4. พยาบาลให้เป้าหมายของครอบครัวแคบลง โดยควรช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมุ่งความสนใจไปยังสิ่งที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าก่อน ไม่ขยายวงกว้างออกไป เพื่อไม่ให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้าเกินไป

5. หลีกเลี่ยงภาวะวิกฤตที่แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ทำให้เกิด ซึ่งอาจเกิดจากคำพูด การกระทำ หรือท่าทางของเจ้าหน้าที่

6. ให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยในเรื่องบทบาทของเขาในโรงพยาบาล โดยควรเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากผู้สังเกตมาเป็นผู้ให้ความสุขสบายหรือดูแลผู้ป่วย ควรให้คำอธิบายและชี้แจงเหตุผลในสิ่งที่เขากระทำต่อผู้ป่วยได้

7. ให้ความช่วยเหลือด้านการตัดสินใจ โดยพยาบาลควรมีส่วนช่วยในการพิจารณาตัดสินใจ แก้ปัญหา หรือชี้แนวทางให้วิธีแก้ปัญหานั้นให้ง่ายลงสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย

8. ชี้แนะญาติในการหาแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ

9. ชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทในครอบครัวที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงไป

10. ให้กำลังใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย ครอบครัวที่กำลังเผชิญกับความเป็นความตายของผู้ป่วยมักจะมี ความเครียดและความวิตกกังวลสูง จึงต้องการความมั่นใจและกำลังใจเป็นอย่างมาก พยาบาลต้องให้กำลังใจกับครอบครัวและเข้าใจว่าสิ่งเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาปกติต่อภาวะวิกฤตและทุกสิ่งจะสามารถดีขึ้นได้เมื่อเวลาผ่านไป ซึ่งแม้ว่าการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตจะไม่ใช้เรื่องง่ายแต่ความเข้มแข็งและกำลังใจจากพยาบาลจะช่วยทำให้ครอบครัวรู้สึกดีขึ้นได้

จากการศึกษาของ Lust (1984) พบว่า พยาบาลสามารถช่วยเหลือครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้โดยต้องคำนึงถึงความต้องการของครอบครัว และการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งการพยาบาลที่สำคัญคือ การให้กำลังใจแก่ครอบครัวในการปรับตัวและจิตใจให้สามารถเรียนรู้ และส่งเสริมให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งในการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Bleulin , Rook , and Sills (1982) ได้ให้แนวทางในการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตไว้ดังนี้

1. การให้ความช่วยเหลือทันทีโดยการแนะนำครอบครัวผู้ป่วยให้รู้จักกับสภาพของห้องผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ครอบคลุมหัวข้อต่าง ๆ คือ

1.1 ให้คำอธิบายโดยการสรุปสั้น ๆ และเข้าใจได้ง่ายในเรื่องที่เกี่ยวกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย การรักษาที่ให้ทันทีที่ผู้ป่วยมาถึง และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล

1.2 บอกชื่อแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่ร่วมกันในการรักษาดูแลผู้ป่วย

1.3 ประเมินทัศนคติแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับระบบงานของห้องผู้ป่วยภาวะวิกฤต พยาบาลควรอธิบายเกี่ยวกับเวลาเยี่ยม ให้หมายเลขโทรศัพท์เพื่อติดต่อ สถานที่ที่รอฟักของครอบครัวผู้ป่วย ควรยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมให้กับครอบครัวผู้ป่วยในระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่คับขัน และแจ้งข่าวการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยทุกครั้ง

2. การรับรู้เหตุการณ์วิกฤตของครอบครัวในบางครั้งอาจมีการบิดเบือนได้ การที่ครอบครัวเกิดภาวะเครียด/วิตกกังวลในขณะนั้นอาจทำให้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์คลาดเคลื่อนไปพยาบาลจึงควรประเมินการรับรู้ต่อเหตุการณ์ของครอบครัวโดยการสอบถามสมาชิกใน

ครอบครัวเกี่ยวกับภาวะอันตรายที่เกิดขึ้นจากการพูดคุยสอบถามกับครอบครัว รวมทั้งคำถามที่เกิดจากครอบครัวอาจเป็นข้อมูลที่ทำให้สามารถประเมินการรับรู้ของครอบครัวได้

วิธีการที่พยาบาลสามารถช่วยเหลือครอบครัวได้คือ การให้ข้อมูลที่ตรงและสม่ำเสมอ มีความอดทนในการอธิบายซ้ำ ๆ เกี่ยวกับสภาวะร่างกาย อารมณ์ และความก้าวหน้าของผู้ป่วย

3. การระบายอารมณ์ตอบสนองต่อภาวะวิกฤตและการให้ความหวัง

3.1 การระบายอารมณ์ตอบสนองต่อภาวะวิกฤตกระบวนการคร่ำครวญ (grieving process) เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยระบายความรู้สึกได้ดีมากขึ้นในสถานการณ์วิกฤตและสูญเสีย

พยาบาลควรช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถระบายความรู้สึก โดยการพูดคุยร่วมกันกับครอบครัวผู้ป่วยในห้องที่เป็นสัดส่วน การฟังด้วยความสนใจและให้ความสำคัญ เป็นการยอมรับความรู้สึกของครอบครัวผู้ป่วยได้ดี ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นคงทางจิตใจ ทำให้การตอบสนองทางอารมณ์ต่อภาวะวิกฤตดำเนินไปได้ด้วยดี

3.2 การให้ความหวัง ความหวังเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในสถานการณ์ที่ยู่ยากที่สุดใน การต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต โดยการคำนึงถึงการเป็นบุคคลของผู้ป่วย และการเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย สามารถกระทำด้วยวิธีการสัมผัสและพูดคุยกับผู้ป่วยทุกครั้งที่ให้การพยาบาลและให้การส่งเสริมครอบครัวผู้ป่วยได้มีการติดต่อสื่อสารทั้งทางวัจนภาษา และอวัจนภาษา เช่น การเขียนหนังสือโต้ตอบกัน การพยักหน้า/ส่ายหน้า การสัมผัสบีบมือให้กำลังใจ

พยาบาลควรจัดให้ครอบครัวผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นการเปลี่ยนความรู้สึกจากการที่ให้การช่วยเหลืออะไรไม่ได้แล้ว เป็นความหวังว่าสามารถให้การช่วยเหลือและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

4. การสำรวจหาสิ่งที่ให้ความช่วยเหลือและกลวิธีแก้ปัญหา

4.1 การสำรวจหาสิ่งที่ให้ความช่วยเหลือ โดยพยาบาลต้องให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการจัดหาสิ่งที่จะมาสนับสนุนที่เหมาะสม และมีกลวิธีแก้ปัญหาได้เพียงพอช่วย ค้นหาแหล่งที่สามารถช่วยครอบครัวในภาวะวิกฤตจัดให้มีการประชุมปรึกษาร่วมกับครอบครัวและจัดให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับครอบครัวผู้ป่วยรายอื่นที่มีประสบการณ์วิกฤตที่คล้ายคลึงกัน

4.2 การสำรวจกลวิธีแก้ไขที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลควรให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ใช้ทักษะเดิมที่เคยได้ผลมาแล้วนำมาใช้ใหม่ให้มีประสิทธิภาพ และควรหาวิธีที่เป็นทางเลือกใหม่

ตลอดจนช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ปัญหาใหม่ที่จะนำไปใช้ในการวางแผนเพื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาจะเห็นว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญสำหรับมนุษย์ เป็นระบบที่มีความผูกพันและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน สมาชิกในครอบครัวทุกคนจะมีตำแหน่งและบทบาทหน้าที่ที่ต้องกระทำเพื่อดำรงความสมดุลของระบบครอบครัว ดังนั้นหากมีสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้เตรียมตัวล่วงหน้ามาก่อน ทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวเสียสมดุลทางด้านอารมณ์จนส่งผลให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล ดังนั้นพยาบาลผู้ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วย จึงควรตระหนักและให้ความสำคัญในการช่วยเหลือ ดูแล และสนับสนุนต่อความต้องการของครอบครัวเพื่อให้สมาชิกในครอบครัว สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจะส่งผลให้ครอบครัวสามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้สามารถฟื้นฟูสภาพได้ในเวลาอันรวดเร็ว

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

2.1 ความหมายของการดูแล

การดูแล (Care giving) คือกระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะด้อยความสามารถทางร่างกายและจิตใจ ตามความต้องการของผู้รับการดูแลโดยครอบคลุมทุกด้าน ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้วิธีเทคนิคต่าง ๆ ตามลักษณะของงานดูแลที่แตกต่างกันไปแต่ละระดับของความรุนแรงของโรคนั้น (Kane and Kane, 2000) ผู้ให้การดูแลเหล่านี้อาจเป็นญาติพี่น้อง คู่สมรส บิดา มารดา บุตร เพื่อน เพื่อนบ้านที่ให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับการตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัล (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) แต่ให้การช่วยเหลือเกื้อกูล ปรคับประคองผู้ป่วยด้วยความรัก ความเอาใจใส่ ห่วงใย เอื้ออาทร (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจึงเป็นบุคคลสำคัญที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแล ซึ่งเป็นบทบาทที่ต้องการความต่อเนื่อง (สายพิน เกษมวัฒนา, 2537) และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.2 ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแลมาจากคำภาษาอังกฤษพบบ่อยอยู่หลายคำเช่น Carer หรือ Caregiver หรือ Family caregiver แบ่งเป็น 2 ประเภท (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) คือ

1. ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ เป็นกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพจากสถานพยาบาลหรืออาสาสมัครที่เคยได้รับการฝึกอบรมมาก่อนและได้รับเงินเป็นการตอบแทนเรียกว่า Formal cares ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ คือ ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบที่มีความสัมพันธ์แบบ 1 ต่อ 1 (ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2549) และที่สำคัญก็คือไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ อันสืบเนื่องมาจากการสมรส หรือครอบครัวเช่น คู่สมรส ลูกหลานญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการอาจมีผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลายคน เช่น บางคนดูแลด้านการเงิน บางคนดูแลพาไปพบแพทย์ และบางคนอาจดูแลช่วยเหลืออยู่ที่บ้าน

Paker (1992 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2549) ได้อธิบายความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลดังนี้

1. แบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น

1.1 ผู้ดูแลที่เป็นญาติหรือญาติผู้ดูแลหมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ซึ่งอาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง มีหน้าที่รับผิดชอบช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ กัน สมาชิกในครอบครัวบางคนช่วยกิจวัตรประจำวัน บางคนช่วยเรื่องการเงิน บางคนรับผิดชอบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์

1.2 ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการคือ ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่น ๆ เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทนแต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก การตอบแทนบุญคุณ

2. แบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้

2.1 ผู้ดูแลหลัก หมายถึง ผู้ที่รับการดูแลระบุว่าให้เวลาในการดูแลเป็นระยะเวลาานที่สุด คิดเป็นจำนวนชั่วโมงต่อวัน ทำหน้าที่ดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยโดยตรงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยให้เวลาในการดูแลสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร , 2547)

2.2 ผู้ดูแลรอง หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นที่ไม่ใช่การกระทำต่อผู้ป่วยโดยตรงเช่น พาไปพบแพทย์ เป็นการให้การช่วยเหลือเป็นครั้งคราว คิดเป็นจำนวนชั่วโมงน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

2.3 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

2.3.1 ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแล การขาดความรู้เรื่องโรคทำให้ผู้ดูแลนำผู้ป่วยไปรักษาตามสถานพยาบาลต่าง ๆ และมีการแสวงหาการรักษาอยู่ตลอดเวลา (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2543)

2.3.2 ปัญหาทางด้านพฤติกรรม จากการศึกษาพบว่าอาการกระวนกระวายไม่อยู่นิ่ง (Agitation) ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดในผู้ดูแลมากที่สุด (Deimling and Bass, 198; Teri et al., 1992) ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดูแลของผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น (Sasat, 1998)

2.3.3 ระดับการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (Activity of Daily Living: ADL) จากการศึกษาพบว่ายิ่งผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลงเท่าไร ยิ่งต้องการเวลาในการดูแลเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีภาวะตึงเครียดมากยิ่งขึ้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2543)

2.3.4 ระดับความเจ็บป่วย (Level of illness) จากการศึกษาพบว่าระดับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับ ADL ของผู้ป่วยและภาวะเครียดในผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด กล่าวคือ ในผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยมากขึ้นยิ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือมากขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากยิ่งขึ้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ, 2543)

2.3.5 ระยะห่างระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจะมีภาวะเครียดสูงกว่าผู้ที่อยู่คนละบ้าน (Yeatman et al., 1993)

2.3.6 ความเชื่อและทัศนคติ (Belief and attitude) ผู้ดูแลที่เชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นผลมาจากกรรมเก่าของผู้ป่วยและผู้ดูแลก็คิดว่าเป็นเวรกรรมของตนเองเช่นกันที่จะต้องดูแลผู้ป่วยหรือผู้ดูแลบางคนก็คิดว่าหน้าที่ที่จะต้องกระทำ ในขณะที่เดียวกันเพื่อนบ้านและชุมชนก็คิดว่าเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยเอง จึงมีการหยิบบีนความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติค่อนข้างน้อย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2543)

2.3.7 ภาวะขาดแคลนผู้ดูแล จากภาวะปัจจุบันที่ทั้งผู้หญิงและผู้ชายต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และขนาดของครอบครัวมีจำนวนลดลงจากการคุมกำเนิดที่ได้ส่งผลทำให้เกิดภาวะขาดแคลนผู้ดูแล รวมคนทำงานบ้านที่สามารถดูแลผู้ป่วยด้วยก็หายากและการจ้างเจ้าหน้าที่ช่วยในการดูแลจากศูนย์ต่าง ๆ ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง

2.3.8 ปัญหาทางการเงิน หากผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลาที่นาน ๆ ในแต่ละวันและเป็นการป่วยแบบเรื้อรังแล้วจะทำให้ค่าใช้จ่ายในดูแลและรักษาผู้ป่วยสูงตามไปด้วยซึ่งส่วนใหญ่ญาติที่น้องต้องรับภาระนี้ด้วยตนเอง และญาติอาจต้องออกจากงานเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินได้

2.4 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล

Department of Social Change and Mental Health (WHO, 2000 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) ได้แบ่งผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลออกเป็น 3 ด้านคือ

2.4.1 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ดังนี้

2.4.1.1 อารมณ์เศร้า (Sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไป ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้ง ๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง มีบุคลิกลักษณะเปลี่ยนไป ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ รู้สึกไม่มีแรง

2.4.1.2 ความรู้สึกผิด (Guilt) บางครั้งผู้ดูแลอาจจะโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วยเนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ แล้วมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองภายหลัง

2.4.1.3 ความโกรธ (Anger) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตนเอง หรือโกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดี ขึ้นได้

2.4.1.4 ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) ผู้ป่วยอาจมีปัญหาทางด้านความจำและปัญหาทางด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยไปแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ ทำให้เกิดความอับอายได้

2.4.1.5 ความรู้สึกโดดเดี่ยว (lonely) ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูงหรือสังคม เสมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยว

2.4.2 ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological problem) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพโดยเฉลี่ยสูง โดยเฉพาะผู้ดูแลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ปัญหาที่ผู้ดูแลประสบอยู่บ่อย ๆ เช่น

1. อาการปวดหลัง (Backache) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักมีอาการปวดหลังปวดเมื่อยตามร่างกายอันเนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตนเอง และปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจ (Psychosomatic) ที่มีสาเหตุมาจากภาวะเครียดที่สื่อให้ทราบว่ภาวะที่ผู้ดูแลรับไว้ นั้นนับวันยิ่งเพิ่มมากขึ้น และเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภวาระนั้น ๆ

2. อ่อนเพลียไม่มีแรง (Weakness) เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมักมีปัญหาในการนอนหลับทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ ร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรงทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ และยังทำให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิดโมโหง่าย ส่งผลต่อการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้เช่นกัน

3. มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (Increase health problem) ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่ต้องให้การดูแลตลอดเวลา ทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองลดลง ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวอาจไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่เป็นเวลา รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหาด้านสุขภาพอื่น ๆ เพิ่มขึ้น

2.4.3 ผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจ (Socio-economic problem)

2.4.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน (Change in working pattern) มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือบางรายอาจต้องเสียสละลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา

2.4.3.2 รายได้ลดลง (Lower income) ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว ย่อมมีการสูญเสียรายได้เกิดขึ้นและบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นอีกด้วย

2.4.3.3 ความขัดแย้งภายในครอบครัว (Family conflict) การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้ว จะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการผลัดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้

2.5 สิ่งที่ได้จากการเป็นผู้ดูแล

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2549) กล่าวว่า การศึกษาวิจัยในเรื่องผู้ดูแลในช่วงปี 1990 จะให้ความสนใจเชิงบวกของการเป็นผู้ดูแลมากยิ่งขึ้นเนื่องจากการถามคำถามในเชิงลบก็มักจะได้คำตอบในเชิงลบ จึงเป็นที่น่าสนใจว่าผู้ดูแลได้อะไรบ้างจากการเป็นผู้ดูแล Kramer (1997) พบว่าผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการดูแลเนื่องมาจาก ความต้องการที่จะให้การดูแล การได้รับรางวัล ความเพลิดเพลินได้เรียนรู้ความหมายเพิ่มขึ้นทำให้เบิกบานใจ ได้ผลประโยชน์และแม้ว่าการดูแลผู้ป่วยจะก่อให้เกิดปัญหาหลายประการดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่ก็ยืนยันที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป (ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ, 2543; Sasat, 1998) เนื่องจากเหตุผลหลายประการเช่น

2.5.1 ได้ทดแทนบุญคุณ การดูแลผู้ป่วยในบริบทของไทยได้รับอิทธิพลจากศาสนาพุทธทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบว่า การดูแลญาติผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยนั้นเป็นการทดแทนพระคุณที่เคยได้รับมาและมีความเต็มใจอย่างยิ่งจะให้การดูแลต่อไป

2.5.2 ได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำในฐานะเป็นสามีภรรยาหรือเป็นลูกหลานเป็นเหตุผลที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบ อย่างไรก็ตามการทำตามหน้าที่ที่พึงกระทำทำให้เกิดคำถามถึงคุณภาพในการดูแลซึ่งหากผู้ดูแลไม่ต้องการให้การดูแลแล้วแต่ด้วยหน้าที่และสังคมบังคับก็อาจเกิดปัญหาในการดูแลได้

2.5.3 ทดแทนคุณความดี ในประเด็นนี้มักจะพบในผู้ดูแลที่เป็นสามีหรือภรรยาซึ่งบางรายเกิดความเบื่อหน่ายจากภาระและพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่เนื่องจากผู้ป่วยเคยดีกับตนมาก่อนจึงไม่สามารถทอดทิ้งไปได้ หรือพบได้ในรายที่ผู้ป่วยเป็นญาติที่เคยให้ความเมตตาแก่ผู้ดูแลมาก่อนผู้ดูแลยินดีที่ให้การดูแลเพื่อทดแทนคุณความดีนั้น ๆ

2.5.4 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น ถึงแม้ว่าจากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลวลง แต่ก็มีผู้ดูแลบางรายที่ยอมรับว่าการให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองกับผู้ป่วยดีขึ้นเนื่องจากมีเวลาใกล้ชิดกันมากขึ้นและผู้ป่วยก็ให้ความรักแก่ตนเองมากขึ้น

2.6 แนวทางในการช่วยเหลือผู้ดูแล

ภาระและปัญหาอันหนักในการดูแลผู้ป่วย หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลภายนอกแล้ว นอกจากผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบตามที่กล่าวมาแล้วยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล การทารุณกรรมหรือผู้ป่วยอาจถูกทอดทิ้งตามมาได้ ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้การช่วยเหลือผู้ดูแลก่อนที่ครอบครัวจะแตกสลาย จากการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ได้เสนอแนวทางช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาต่อไปได้ มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัย 3 ประการต่อไปนี้ Paker (1992 อ้างในศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

2.6.1 มีเวลาหยุดพักจากการดูแล (time of from caring) เป็นการหาเวลาปลีกตัวจากผู้รับการดูแล

2.6.2 ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น (help from others) เป็นความพึงพอใจจากการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของผู้ดูแลเช่น การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ความเมตตา การช่วยเหลือทางสังคม

2.6.3 ได้รับบริการ (provision of services) บทบาทของการบริการที่ช่วยเหลือผู้ดูแล เช่น การบริการทางด้านสุขภาพจากแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ การบริการทางสังคมจากนักสังคมสงเคราะห์ การบริการดูแลชั่วคราวหรือกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล

2.7 บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแล

พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยได้โดย

2.7.1 ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลและสังเกตภาวะเครียดของผู้ดูแล เนื่องจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

2.7.2 เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดระบายความคับข้องใจ เพื่อลดภาวะเครียดและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงในผู้ดูแล

2.7.3 ให้ข้อมูล ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตามที่คุณดูแลต้องการ เพื่อช่วยผู้ดูแลกลับสู่กิจวัตรประจำวันเดิมได้เร็วขึ้น และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น

2.7.4 ช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการการดูแลที่เข้ากับสภาพบ้านเรือน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแล มีความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแลและลดความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น

2.7.5 ส่งต่อผู้ดูแลไปยังกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล สหสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง หรือการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

3. แนวคิดเกี่ยวกับความกดดันด้านจิตใจ

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะความกดดันด้านจิตใจ

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีผู้ให้คำจำกัดความของภาวะความกดดันด้านจิตใจ (Psychological distress) ไว้อย่างชัดเจน แต่พบว่ามีการใช้ภาวะความกดดันด้านจิตใจในเรื่องของด้านการพยาบาล ด้านการแพทย์ ด้านจิตวิทยา และทางด้านสังคมศาสตร์ โดยมีผู้กล่าวถึงภาวะความกดดันด้านจิตใจไว้ดังนี้

Abeloff และคณะ (2000) กล่าวถึงภาวะความกดดันด้านจิตใจว่า เป็นแนวคิดที่นำไปที่กล่าวถึงการทำหน้าที่การปรับตัวที่ไม่ถูกต้องเมื่อบุคคลเผชิญปัญหากับความเครียด

Miles และคณะ (1999) ศึกษาผลกระทบของมารดาที่มีบุตรป่วยในระยะวิกฤต 67 คน สิ่งที่มีอิทธิพลที่ทำให้เกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจ มีผลมาจาก การศึกษา ความห่วงใยของครอบครัว ความเครียดจากสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ความวิตกกังวลในสุขภาพของบุตร และการทำหน้าที่บทบาทของมารดา ผลกระทบที่ทำให้เกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจ ได้แก่ ความกดดัน ความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งผลกระทบนี้สามารถเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง

Massé (2000) ศึกษาภาวะความกดดันด้านจิตใจของบุคคลทั่วๆ ไป พบว่า บุคคลทั่วไป อธิบายการเกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจ ซึ่งสามารถอธิบายได้เป็น 6 ประโยค คือ

1. หมดกำลังใจและมองไม่เห็นอนาคต (Demoralization and pessimism toward the future)
2. มีความกลัดกลุ้มและความเครียด (Anguish and stress)
3. สูญเสียคุณค่าในตนเอง (Self-depreciation)
4. ไม่เข้าร่วมสังคม โดดเดี่ยว (Social withdrawal and social isolation)
5. สุขภาพทางกายเปลี่ยนแปลง (Somatization)
6. เก็บตัว (Withdrawal into oneself)

และ Massé ได้พยายามทำเครื่องมือในการวัด แต่ไม่ได้บอกสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิด ภาวะความกดดันด้านจิตใจ

Ridner (2004) กล่าวว่า ภาวะความกดดันด้านจิตใจ หมายถึง ความไม่สุขสบายที่มี ลักษณะเฉพาะ (unique discomfort) เป็นภาวะทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของบุคคล มีผลทำให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลแบบชั่วคราวหรือถาวร และ Ridner ยังได้สรุปถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจของบุคคลนั้นเกิดจาก

1. ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet need)
2. ความรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุม (Loss of control)
3. การเผชิญปัญหาที่ขาดประสิทธิภาพ (Ineffective coping)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมานั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดของ Ridner (2004) ที่ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจได้อย่างชัดเจน และ Ridner ยังได้วิเคราะห์แนวคิดเรื่องภาวะความกดดันด้านจิตใจไว้ ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทาง ในการพัฒนาการพยาบาลเพื่อลดภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้

3.2 การประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้สร้างเครื่องมือเพื่อนำมาประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจไว้หลายเครื่องมือ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ ในการนำมาประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจนั้นจะขึ้นอยู่กับแนวคิดภาวะความกดดันด้าน จิตใจที่ผู้ทำศึกษานั้นสนใจ ปัจจุบันพบว่ามีแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจหลาย ชนิด ดังต่อไปนี้

3.2.1 แบบประเมิน Symptom Checklist-35-Revised (SCL-35R) แบบประเมิน นี้เป็นส่วนหนึ่งของ SCL-90R ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Derogatis ในปี 1983 แบบประเมิน SCL-35R นี้

ประกอบด้วย 35 ข้อคำถาม เพื่อประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ Somatization, Anxiety และ Depression แต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน) คะแนนรวมมาก หมายถึง มีภาวะความกดดันด้านจิตใจสูง แบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้วัดความกดดันด้านจิตใจของบิดาและมารดาของเด็ก ซึ่งป่วยเป็นมะเร็งจำนวน 195 คู่ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .97 (Yeh, 2003)

3.2.2 แบบประเมิน Profile of Mood State (POMS) ของ McNair และคณะที่สร้างขึ้นปี 1971 เป็นแบบประเมินภาวะอารมณ์ 6 ชนิด ได้แก่ ความเครียด ความซึมเศร้า ความโกรธความเหนื่อยล้า ความสับสน และความกระปรี้กระเปร่า แบบประเมินนี้มีลักษณะเป็นข้อคำถามที่เป็นคำคุณศัพท์ 65 ข้อคำถาม ใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน) แบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้วัดความกดดันด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 212 คน โดยความกดดันด้านจิตใจ แปลผลจากค่าความไม่สมดุลทางอารมณ์ ซึ่งได้จากการรวมคะแนนของทุกข้อคำถาม ความไม่สมดุลทางอารมณ์มาก หมายถึง ความกดดันด้านจิตใจสูง มีความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .74 .91 (Uchitomi et al., 2003)

3.2.3 แบบประเมิน Brief Symptom Inventory (BSI) ที่สร้างขึ้นโดย Derogatis ในปี 1975 แบบประเมินนี้มีลักษณะเป็นข้อคำถาม จำนวน 53 ข้อ แต่ละข้อใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน) แบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้ในการประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่างเลือก คะแนนที่ได้เรียกว่า Global Severity Index (GSI) คะแนนรวมมาก หมายถึง มีภาวะความกดดันด้านจิตใจสูง แบบประเมินนี้มีความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90

3.2.4 แบบประเมิน Psychological Distress Manifestations Measurement Scale (PDMMS) พัฒนาโดย Massé ในปี 1998 แบบประเมินนี้มีลักษณะเป็นข้อคำถามให้ผู้ถูกประเมินประเมินอาการของตนเองจำนวน 23 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับคะแนนมาก หมายถึง มีความกดดันด้านจิตใจสูง แบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้ในการประเมินความกดดันด้านจิตใจของประชาชนทั่วไปจำนวน 400 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 (Mass, 1998; 2000)

3.3 ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผลการบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบต่อครอบครัวเนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดไม่มีใครคาดคิดมาก่อน

Johnson and Roberts, 1996; Grossman, 1995) ซึ่งถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตที่มีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว (Testani-Dafour et al., 1992; Baker, 1990; Acon, 1995; Kosciulek, 1997) ผลกระทบที่มีต่อครอบครัวอาจจะเท่ากับหรือมากกว่าผลกระทบที่มีต่อตัวผู้ป่วยเนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะมีผลกระทบทั้งในระยะเฉียบพลันและในระยะยาว เพราะอัตราการฟื้นหายจากการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยไม่หลงเหลือความพิการไว้มีเพียงร้อยละ 40 เท่านั้น ส่วนผู้ป่วยอีกประมาณร้อยละ 60 ยังคงเหลือความพิการหรือมีความบกพร่องหลงเหลืออยู่ (Jennett and Teasdale, 1981) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่จะมีการสูญเสียความทรงจำ สมรรถภาพทางร่างกายลดลง มีการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Curtiss, Klemz and Vanderploeg, 2000) การเปลี่ยนแปลงนี้จะส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัวโดยตรงเพราะผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ต่าง ๆ รวมทั้งยังต้องการความช่วยเหลือและพึ่งพาผู้อื่น ครอบครัวในฐานะต้องให้การช่วยเหลือดูแลและเป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วยจึงต้องรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ส่งผลทำให้ดูแลเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจได้ ซึ่งจะมีลักษณะอาการต่าง ๆ ได้ดังนี้ คือ ลักษณะอาการทางกาย การย่ำคิดย่ำทำ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลลดลง วิตกกังวล ซึมเศร้า มุ่งร้าย กลัว หวาดระแวง และมีลักษณะอาการทางจิต จากการศึกษาที่ผ่านมาสามารถสรุปผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีต่อครอบครัว ดังนี้

3.3.1 ผลกระทบระยะเฉียบพลัน (Acute impact of traumatic brain injury) การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันไม่มีการเตือนล่วงหน้า ครอบครัวจึงไม่มีเวลาในการเตรียมพร้อมที่จะพบกับเหตุการณ์เช่นนี้ ผลกระทบสำคัญที่สมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญคือปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ สมาชิกในครอบครัวอาจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการบาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล เช่น รู้สึกช็อกกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น กลัวการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วย โกรธ เสียใจ รู้สึกผิด เครียดและวิตกกังวล เป็นต้น โดยเฉพาะความวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วยเนื่องจากธรรมชาติของการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่แน่นอน มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่สามารถที่จะคาดการณ์ผลที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ บางรายอาจไม่รู้สีกตัวหรือมีการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมและมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับประกอบกับเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัวล่วงหน้ารวมทั้งภาวะค่าใช้จ่ายส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความเครียดและก่อให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจเป็นอย่างมาก (Martin, 1994) นำไปสู่การเสียสมดุลในระบบครอบครัว

3.3.2 ผลกระทบระยะยาว (Long – term impact of traumatic brain injury)

การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวในระยะยาวเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังหรือการบาดเจ็บอื่น ๆ แต่ลักษณะของผลกระทบที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างจากผลกระทบของโรคเรื้อรังหรือการบาดเจ็บอื่น ๆ สาเหตุที่ทำให้ผลกระทบมีความแตกต่างกันสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของสติปัญญา อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและความสามารถของผู้ป่วย
2. ความบกพร่องเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างถาวรและครอบครัวจำเป็นต้องสร้างแบบแผนและเป้าหมายใหม่เมื่อมีสมาชิกที่มีความบกพร่องทางสมอง
3. ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่เป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นเพศชายวัยผู้ใหญ่แต่อายุค่อนข้างน้อยและอยู่ในวัยทำงานรวมทั้งอาจจะเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบครอบครัวซึ่งแตกต่างจากผู้ที่มีปัญหาหลอดเลือดสมอง (Stroke) จะพบในวัยสูงอายุ

ผลกระทบจากการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีต่อความกดดันด้านจิตใจของผู้แลทั้งด้านร่างกายและจิตใจมี 9 ด้าน ดังนี้

1. ลักษณะอาการทางกาย (Somatization) เป็นความผิดปกติของร่างกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ ระบบอวัยวะที่เกี่ยวข้อง คือ Automatic nervous system (ANS) ในการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ทำให้มีผลต่อระบบการหายใจ การหมุนเวียนโลหิต การย่อยอาหาร เช่น เมื่อเกิดความกลัวหน้าจะซีด หายใจไม่ออก ปากแห้ง ซึ่งผู้ดูแลต้องให้การดูแลสนับสนุนผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ตลอดเวลาทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า ได้รับการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ เบื่ออาหารรับประทานอาหารไม่เพียงพอ ร่างกายทรุดโทรมและอาจก่อให้เกิดโรคตามมาภายหลังได้ ซึ่งอาการทางกายที่เกิดขึ้นตามมา ได้แก่ ท้องผูก นอนหลับไม่สนิท ปวดหลัง การนอนหลับไม่เพียงพอและความเหนื่อยล้า เป็นต้น (จารุวรรณ มานะสุการ, 2544; Kettunen et al., 1999)

2. การย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive – Compulsive) องค์การอนามัยโลกให้นิยามความผิดปกติดังกล่าวว่า เป็นภาวะที่ต้องย้ำคิดย้ำทำในบางสิ่งบางอย่างหรือนึกถึงเหตุการณ์บางสิ่งบางอย่างเพื่อลดความวิตกกังวล เช่น ล้างมือเพราะรู้สึกมือสกปรก ถ้าพยายามไม่คิดหรือไม่ทำก็จะเกิดความวิตกกังวลอย่างรุนแรง โดยทั่วไปยอมรับกันว่าอาการย้ำคิดเป็นลักษณะความคิดที่ไม่สบายเกิดขึ้นตลอดเวลาอาจเกิดในรูปของความคิด ภาพความกลัว การเร่งรีบ โดยไม่สามารถสลัดออกไปได้ ส่วนการย้ำทำเป็นผลมาจากการย้ำคิด (นฤมล เตี้ยบำรุงญาติ, 2542) ผู้ป่วยประมาณ 30% มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเพราะการกระทำช่วยลดความตึงเครียดทาง

อารมณ์ได้ (ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, 2536) ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจะต้องมีภาระรับผิดชอบงานต่าง ๆ ทั้งของตนเองและทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจะพยายามทำอะไรให้สมบูรณ์ที่สุดเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของผู้อื่นทำให้เกิดความวิตกกังวล ความวิตกกังวลนั้นจะถูกแทนที่ด้วยความคิดหรือการกระทำซ้ำ ๆ อยู่เป็นเวลานานทำให้เกิดโรคประสาทแบบย้ำคิดย้ำทำได้ (Mathis et al., 1972)

3. ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลผู้อื่น (Interpersonal Sensitivity) เป็นความรู้สึกหมกมุ่นอยู่ในความคิดของตนในการติดต่อกับผู้อื่นโดยที่บุคคลนั้นจะมีความรู้สึกที่ตนเองบกพร่องหรือมีปมด้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นอันเป็นผลทำให้บุคคลนั้นมีความชิงชังตนเอง เกิดความรู้สึกอึดอัดและความไม่สบายใจในการติดต่อและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จะหลีกเลี่ยงจากการพบปะติดต่อกับบุคคลอื่น โดยการแยกตัวเองหรือเป็นการแยกเฉพาะความคิดที่หนีจากเหตุการณ์ไม่พอใจกลายเป็นคนเงียบเฉยชอบอยู่คนเดียว อาการไม่ชอบติดต่อกับผู้อื่นจะมีอาการดังต่อไปนี้ มีความเจ็บแค้นอยู่ในใจคิดว่าตนถูก เข้าใจผิด อารมณ์ขุ่นมัว ไม่อยากสมาคมกับใคร รู้สึกไม่มีใครรัก ทำคุณกับใครไม่ขึ้นน้อยใจ ไม่สบายใจเมื่อคนอื่นจ้องมอง รู้สึกว่าคนอื่นไม่ชอบหรือไม่เป็นมิตรกับตน (นฤมล เตี้ยบารุงญาตี, 2542) ภายหลังจากที่สมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติความพิการต่าง ๆ ตามมามากมายทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วย ทำหน้าที่ต่าง ๆ ทั้งของตนเองและทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในทุก ๆ ด้านจึงทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง ไปทำงานอดิเรกต่าง ๆ ทำให้ต้องแยกตัวออกมาจากสังคมเดิม ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของผู้ดูแลลดลงไปรวมถึงผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว ผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา บิดามารดา และบุตร ยิ่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับบาดเจ็บมากเท่าใดก็จะส่งผลให้สมาชิกผู้ดูแลในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงมากไปด้วย จากการศึกษาพบว่า ความรู้สึกเป็นภาระของคู่สมรสที่ต้องกลายมาเป็นผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างคู่สมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับบุตรหรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว คู่สมรสจำนวนมากที่มีการอย่าร้างเกิดขึ้นภายหลังการได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ รวมทั้งความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องให้การดูแลเป็นระยะเวลานาน

4. ความวิตกกังวล (Anxiety) ความวิตกกังวลเป็นเรื่องปกติของคน เราจะถือว่าผิดปกติก็ต่อเมื่อรบกวนความสงบสุขในชีวิตประจำวันหรือทำให้ความสามารถต่าง ๆ ลดลง

ความกังวลพบได้เสมอในคนทั่วไปถ้าความกังวลไม่รุนแรงก็จะทำให้เกิดประโยชน์เพราะทำให้กระตือรือร้นและคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำงานแต่ถ้ารุนแรงจะเกิดผลเสียเพราะทำให้ความสามารถลดลง ความวิตกกังวลแสดงออกได้ทั้งร่างและและจิตใจ ลักษณะการแสดงออกของความวิตกกังวลของแต่ละคนแตกต่างกันไป บางรายแสดงออกทางระบบไหลเวียนโลหิต เช่น ใจเต้น ใจสั่น บางรายแสดงอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเดินและแสดงออกทางระบบอื่น ๆ เช่น ปัสสาวะบ่อย หายใจถี่ เป็นต้น (นฤมล เตี้ยบำรุงญาติ, 2542) ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกบางสิ่ง เป็นอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความเครียด (Pittman and Fowler, 1997) เป็นความรู้สึกกลัวหรือหวาดหวั่นที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในหรือภายนอกและเป็นผลให้เกิดอาการแสดงทางด้านร่างกาย อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม (Lee, 1998) ความวิตกกังวลเป็นภาวะของความไม่สบายกายและจิตใจมักเกิดร่วมกับความรู้สึกผิด ความสงสัย ความกลัว ซึ่งความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกที่ทำให้ไม่สุขสบายมากที่สุดที่บุคคลเคยประสบมา (Kneisl, 1996 อ้างถึงใน รัตนา อยู่เปล่า, 2543) อาจเป็นอันตรายคุกคามต่อชีวิตได้ การศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของครอบครัวในปัจจุบันมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากระดับความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการเรียนรู้และการแก้ปัญหา (Rieder, 1994) ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะไม่เพียงเกิดกับตัวผู้ป่วยเท่านั้นยังมีผลกระทบกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยอีกด้วย (Acorn, 1995; Baker, 1990) การบาดเจ็บที่ศีรษะนับเป็นวิกฤตการณ์อย่างหนึ่งที่เกิดกับครอบครัวเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน สมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลาในการเตรียมรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวโดยไม่คาดคิด (Hudak, Gallo and Morton, 1998 อ้างถึงใน รัตนา อยู่เปล่า) การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสถานการณ์ที่มีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลอย่างมาก (Testani – Dufour, Chappel –Aiken and Gueldner, 1992) ความวิตกกังวลจะมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Reider, 1994)

5. ภาวะซึมเศร้า (Despression) ผู้ที่มีอาการซึมเศร้า ชอบเหม่อลอย สาเหตุเนื่องมาจากความผันแปรทางด้านจิตใจที่พยายามเก็บกดเรื่องราวต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจเอาไว้ทีละเล็กทีละน้อยและไม่ชอบระบายความรู้สึกให้ผู้อื่นได้รับรู้ จะมีลักษณะเด่นชัด 3 ประการ คือ ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าซึมจะแสดงออกทางสีหน้า มีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ด้านอาการเคลื่อนไหวของร่างกาย จะมีการเคลื่อนไหวช้า พูดจาช้า เสียงต่ำ ขาดสมาธิในการทำงาน หมดความสนใจในเรื่องต่าง ๆ และด้านความนึกคิด มักจะคิดอะไรไม่ค่อยออก มีความหดหู่ ไม่ค่อยมีความสุข อาจจะมีการหลงผิดด้วยเป็นต้น ซึ่งการบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่นี้ทำให้

ครอบครัวมีระดับความเครียดสูงขึ้น มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล รวมทั้งการปรับตัวทางสังคมลดลง (Kreutzer et al., 1992) ซึ่ง Frye (1987) ได้ศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อครอบครัว พบว่า ครอบครัวมีความเครียดสูงในช่วง 1 ปีแรกหลังผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ ทำให้เกิดต้องมีการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้คู่สมรสและผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้และเบื่อหน่ายจึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

6. ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย มุ่งร้าย (Hostility) อารมณ์โกรธเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน เมื่อคนเราเกิดความคับข้องใจก็จะแสดงความรู้สึกก้าวร้าวอยากทำลาย อยู่หนึ่งไม่ได้มักนำไปสู่ความต้องการก้าวร้าวทำลาย การก้าวร้าว แสดงออกใน 2 แบบ คือ แสดงความก้าวร้าวออกมาต่อบุคคลหรือสิ่งของที่เป็นสาเหตุแห่งความคับข้องใจโดยตรง เช่น ชกต่อย ทบตี ดุด่าหรือทำให้บาดเจ็บ บางที่ไม่สามารถแสดงความก้าวร้าวต่อบุคคลหรือสิ่งของที่เป็นต้นเหตุได้ก็จะหาทางออกโดยก้าวร้าวกับคนอื่น สิ่งอื่นได้ (นฤมล เตี้ยบำรุงญาติ, 2542) เป็นลักษณะอาการทางด้านการรับรู้ เป็นความเชื่อทางด้านลบเกี่ยวกับทัศนคติต่อสิ่งที่ต่าง ๆ อาจมีผลมาจากความรู้สึกหวาดระแวงในบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมรอบกายจะแสดงออกโดยมีลักษณะอาการโกรธ ไม่พึงพอใจจากสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบซึ่งส่งผลให้เกิดความคิดมุ่งร้ายต่อตนเองและบุคคลรอบข้างได้ (ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, 2536)

7. กลัวโดยปราศจากเหตุผล (Phobic anxiety) เป็นลักษณะอาการที่เกิดขึ้นต่อวัตถุหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งจะต้องมากเกินกว่าที่ควรจะเป็น ความกลัวไม่สามารถขจัดไปได้ด้วยการอธิบายหรือใช้เหตุผล อยู่นอกเหนือการควบคุมของจิตใจนำไปสู่การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กลัว (ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, 2536) ซึ่งการบาดเจ็บที่ศีรษะของสมาชิกในครอบครัวเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงมากเกินไปที่ผู้ดูแลจะรับได้จึงอาจก่อให้เกิดอาการกลัวได้

8. ความหวาดระแวง (Paranoid Ideation) หมายถึง การมีความสงสัยไม่เชื่อใจและไม่ไว้วางใจในบุคคล หรือสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบกายมากเกินไปอันนำไปสู่ความหลงผิดว่าตนถูกเกลียดหรือถูกปองร้าย ซึ่งความหลงผิดจะค่อย ๆ เกิดขึ้นอย่างเป็นเรื่องเป็นราวและมีเหตุผลรวมทั้งฝังแน่นไม่เปลี่ยนแปลง (ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, 2536) อาการที่สำคัญ คือ ความหลงผิดคิดว่ามีคนปองร้าย คนอื่นพูดหรือทำอะไรมีความหมายพาดพิงมาถึงตน โลกทั้งโลกของบุคคลที่มีภาวะระแวงจะเป็นโลกที่ประสมประสานไปด้วยความหลงผิดสำหรับตัวเขา และก็จะกลายเป็นโลกที่เขาสร้างสรรค์ขึ้นมาเองซึ่งจะช่วยให้เขาสามารถทำสิ่งใด ๆ ที่เขาต้องการได้สำเร็จ บุคคลพวกนี้ใช้ชีวิตอยู่ในโลกที่ไม่สมเหตุสมผลแปรเปลี่ยนวนเวียนอยู่ระหว่างโลกแห่งความจริงและความฝัน (นฤมล เตี้ยบำรุงญาติ, 2542)

9. ลักษณะอาการทางจิต (Psychoticism) เป็นลักษณะอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นด้านจิตใจ เป็นความผิดปกติในเรื่องของบุคลิกภาพเป็นผู้ที่มีปัญหาในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ในบางครั้งก็มีความผิดปกติในเรื่องของสติปัญญาด้วย มักจะเป็นผู้ที่ไม่มีการรับรู้ในเรื่องของเวลา สถานที่หรือบุคคล มีการหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) มีการตอบสนองทางอารมณ์ที่ผิดปกติตลอดจนมีความผิดปกติในเรื่องความคิด การตัดสินใจและความสัมพันธ์กับผู้อื่น โรคจิตเป็นความผิดปกติทางจิตที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางด้านอารมณ์ (นฤมล เตี้ยบำรุงญาติ, 2542) ซึ่งภายหลังจากที่สมาชิกในครอบครัวประสบอุบัติเหตุทำให้ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ ไมเกรน ท้องเสีย ท้องผูกเป็นต้น ส่วนความผิดปกติด้านจิตใจ ได้แก่ กังวล คิดมาก ฟุ้งซ่าน หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย เบื่อหน่าย ซึมเศร้า เหนงา ว่าเหว่ หมดความรู้สึก สนุกสนาน สิ้นหวังเป็นต้น ซึ่งอาจเป็นอันตรายแก่ชีวิตได้

ผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจ และสังคม การบาดเจ็บทางศีรษะเป็นสถานการณ์ที่นำมาซึ่งผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจ และสังคมของสมาชิกในครอบครัวในระยะยาวได้เช่นเดียวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับผลกระทบด้านอื่น ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความบกพร่องด้านร่างกายและสติปัญญาของผู้ป่วยที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในเกือบทุกด้านของชีวิต ครอบครัวของผู้บาดเจ็บศีรษะจึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลรวมทั้งมีการปรับตัวที่ผิดปกติซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาวะอารมณ์ของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ (Livingston, 1990) ซึ่งผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่ออารมณ์ จิตใจ และสังคมของครอบครัวจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่พบว่าการบาดเจ็บที่สมองทำให้ครอบครัวมีระดับความเครียดสูงขึ้น มีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลรวมทั้งการปรับตัวทางสังคมลดลง (นิภาวรรณ สามารถกิจและสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540)

4. แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกอยู่ร่วมกันด้วยความสุข มีความรักใคร่ ห่วงใย ผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน

4.1 ความหมายการทำหน้าที่ของครอบครัว

สมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย (2524) ได้ให้ความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้ว่า เป็นงานที่ครอบครัวพึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยดี ความสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวจะ

เปลี่ยนไปตามยุคทุกสมัย หน้าที่บางอย่างอาจมีสถาบันหรือหน่วยงานอื่นทำแทนได้แต่หน้าที่บางอย่างมีเพียงครอบครัวเท่านั้นที่สามารถทำได้ เช่น การสืบทอดเผ่าพันธุ์ แต่อย่างไรก็ตามด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้หน่วยงานอื่นมีส่วนร่วมในการผลิตสมาชิกใหม่

สุพัตรา สุภาพ (2536) ได้รวบรวมหน้าที่ของครอบครัวไว้ดังนี้ คือ

1. สร้างสมาชิกใหม่ (Reproduction)
2. บำบัดความต้องการทางเพศ (Sexual gratification)
3. เลี้ยงดูผู้เยาว์ให้เติบโตขึ้นในสังคม (Maintenance of immature children or raising the young)
4. ให้การขัดเกลาทางสังคมหรือ การอบรมเลี้ยงดู (Socialization)
5. กำหนดสถานภาพทางสังคม (Social placement)
6. ให้ความรักความอบอุ่น (Affection)

ฟรีดแมน (Friedman, 1992) ได้กล่าวถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้ 5 ด้าน ดังนี้

1. หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทางชีวภาพ โดยจัดหาสิ่งทีจำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างเพียงพอ
2. หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ โดยการให้ความรัก ความเอาใจแก่สมาชิกในครอบครัวซึ่งจะทำให้สมาชิกมีบุคลิกภาพที่มั่นคงเนื่องจากการได้รับความรัก ความอบอุ่นได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์อย่างเหมาะสม
3. หน้าที่ในการเลี้ยงดูอบรมสมาชิกให้เป็นสมาชิกที่มีคุณภาพของสังคม เป็นพลเมืองดีของชาติในอนาคตต้องมีการอบรมสั่งสอนให้คำแนะนำดูแลความประพฤติของสมาชิก รวมทั้งให้โอกาสในการศึกษาเรียนรู้และฝึกทักษะเพื่อให้สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้ไปใช้ในการดำรงชีวิตต่อไปในอนาคต
4. หน้าที่ในการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม ต้องมีการจัดหารายได้ด้านเศรษฐกิจและเตรียมสมาชิกที่มีวัยอันสมควรเข้าสังคม ผู้นำครอบครัวต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการประกอบอาชีพสุจริตและออมทรัพย์เพื่อให้ครอบครัวมีสถานภาพที่มั่นคง มีเงินไว้สำรองใช้เมื่อคราวจำเป็น
5. หน้าที่ในการสืบเชื้อสายหรือการผลิตสมาชิกใหม่เป็นผู้สืบสกุลอย่างต่อเนื่อง โดยการแต่งงานมีบุตรหรือรับบุตรบุญธรรม

วิระวรรณ อุประมาณ (2538) การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง รูปแบบที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันเป็นประจำซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวตามโครงสร้างของครอบครัวและประเมินได้ใน 7 ด้าน คือ

1. การแก้ไขปัญหา (Problem Solving)
2. การสื่อสาร (Communication)
3. บทบาท (Roles)
4. การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective Responsiveness)
5. ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective Involvement)
6. การควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control)
7. หน้าที่ทั่วไป (General Functioning)

อุทิศ สมบัติแก้ว (2545) การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับรูปแบบที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวซึ่งมีการปฏิบัติหน้าที่ใน 6 ด้าน คือ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการควบคุมพฤติกรรม

Janosid and Green (1992) ให้ความหมายของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวว่า เป็นความรู้สึกที่ไม่สามารถวัดได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมแต่การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็นกระบวนการพลวัตที่ทำให้มองเห็นถึงปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของสมาชิกในครอบครัว

ธาดา เจริญกุล (2545) การรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภารกิจที่ครอบครัวพึงปฏิบัติเพื่อให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายให้สมาชิกในครอบครัวมีการพัฒนาและสามารถปรับตัวให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม แบ่งการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม

จากความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัวที่นักวิชาการต่าง ๆ ได้ให้มีความหมายที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน ดังสรุปได้ว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง ภารกิจที่ครอบครัวพึงปฏิบัติเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทั้งในยามปกติและยามที่เจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายให้สมาชิกในครอบครัวมีการพัฒนาและสามารถปรับตัวให้เข้าได้กับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกครอบครัว

4.2 แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว

4.2.1 แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามแบบของแมคมาสเตอร์

แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning: MMFF) เป็นแนวคิดหนึ่งที่สำคัญที่เป็นผลมาจากการศึกษาครอบครัวทั้งครอบครัวปกติและครอบครัวที่มีปัญหา โดยเริ่มการศึกษาที่มหาวิทยาลัยแมคกิลล์ (McGill) ประเทศแคนาดา ในช่วงปี 1950 แนวคิดแบบแมคมาสเตอร์นี้ได้พัฒนาขึ้นมาโดย แอ็พสที บิชอป และบัลด์วิน (Epstein, Bishop, & Baldwin, 1984) แห่งมหาวิทยาลัยแมคมาสเตอร์ (McMaster) ประเทศแคนาดาและมหาวิทยาลัยบราวน์ (Brown) ประเทศสหรัฐอเมริกา (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์มองครอบครัวเป็นระบบเปิด (Open system) ประกอบด้วยระบบย่อยได้แก่ ระบบคู่สมรส ระบบบิดามารดาและบุตร ระบบของพี่น้องและระบบเครือญาติ นอกจากนี้ ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่น ๆ เช่น ระบบครอบครัวขยาย ชุมชน สถาบันการศึกษา การเมือง รวมทั้งองค์กรทางศาสนา เป็นต้น การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ได้ใช้หลายทฤษฎีในการอธิบาย เช่น ทฤษฎีการสื่อสาร ทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งทฤษฎีต่าง ๆ เหล่านี้ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับระบบของครอบครัวว่าระบบครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของสมาชิก ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับครอบครัวทั้งระบบ การปฏิสัมพันธ์ และการจัดองค์การในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนแนวคิดของระบบครอบครัวจะพิจารณาแต่ละส่วนของครอบครัวมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอยู่เสมอและมีผลต่อการดำรงชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านชีวภาพ อารมณ์และสังคม สมาชิกในครอบครัวทุกคนจะต้องปฏิบัติตามภารกิจต่าง ๆ ที่มีของครอบครัว

แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบแมคมาสเตอร์ (MMFF) ประกอบด้วยการทำหน้าที่ใน 6 ด้าน ซึ่งในแต่ละด้านมีความเกี่ยวข้อง และสัมพันธ์กันดังนี้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

1. การแก้ปัญหา (Problem solving) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้ และสามารถทำหน้าที่ในด้านต่าง ๆ ได้ ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ได้ดี มีประสิทธิภาพจะมีวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมรวดเร็วและเป็นระบบ ในขณะที่ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพมักจะมีการแก้ปัญหาไม่เป็นระบบปัญหาทางอย่างยังไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะกลายเป็นปัญหาเรื้อรังต่อไป

การแก้ไขปัญหาของครอบครัวให้มีประสิทธิภาพตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ มีขั้นตอนโดย แยกแยะประเด็นปัญหาให้ชัดเจน มีการสื่อสารให้เข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อจะได้ช่วยกันแก้ไขให้เหมาะสมตามสถานการณ์ การวางแผนแก้ปัญหาด้วยกัน คิดหาวิธีในการแก้ไขปัญหา ตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม ดำเนินการแก้ปัญหาตามวิธีที่เลือก ติดตามให้การแก้ปัญหาเป็นไปอย่างครบถ้วนและประเมินความสำเร็จของวิธีแก้ปัญหา การแก้ปัญหาอาจไม่จำเป็นต้องทำทุกขั้นตอนขึ้นอยู่กับลักษณะของปัญหา ในครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีจะมีวิธีการแก้ปัญหาโดยรวมได้อย่างเรียบร้อย แต่ในครอบครัวปกติอาจมีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ซึ่งปัญหาที่แก้ไขไม่ได้นี้อาจไม่ใช่เป็นปัญหาใหญ่ที่มีความรุนแรงหรือคงอยู่ยาวนาน ทำให้การทำหน้าที่ด้านอื่น ๆ ของครอบครัวบกพร่องไปด้วยและอาจส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว

ครอบครัวแต่ละครอบครัวจะมีความแตกต่างกันในทักษะการแก้ปัญหา ครอบครัวที่สมาชิกทำหน้าที่โดยแสดงบทบาทของตนได้เหมาะสม มีความรักความผูกพัน มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจกัน ก็จะสามารถจัดการกับปัญหาส่วนใหญ่ได้ แต่ในครอบครัวที่มีความขัดแย้ง สมาชิกต่างคนต่างอยู่เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นมักจะมึวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เป็นระบบและปัญหาที่ไม่ได้รับการแก้ไขให้เสร็จสิ้นมักจะกลายเป็นปัญหาเรื้อรัง จากการศึกษาครอบครัวของผู้ติดสารเสพติดพบว่ามีความบกพร่องในการแก้ปัญหาภายในครอบครัวทำให้เกิดความขัดแย้งและไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการแก้ปัญหา

2. การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันและกัน ซึ่งมีอยู่สองรูปแบบ คือ การสื่อสารโดยใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด ในแนวคิดของแมคมาสเตอร์ (Epstein et al., 1984) จะเน้นที่การสื่อสารโดยคำพูด (Verbal communication) เนื่องจากเป็นการสื่อสารที่สามารถวัดและประเมินได้ชัดเจนกว่าการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด (Nonverbal communication) เนื้อหาของการสื่อสาร แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เนื้อหาที่เกี่ยวกับวัตถุ (Instrumental) และเนื้อหาเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก (Affective)

การสื่อสารสามารถวิเคราะห์ได้ใน 2 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาและด้านจุดหมายปลายทาง การสื่อสารที่ดีจะต้องมีความชัดเจนทั้งด้านเนื้อหาและสื่อได้ตรงกับบุคคลเป้าหมาย การสื่อสารในครอบครัวแบ่งเป็น 4 ลักษณะ ซึ่งประกอบด้วย เนื้อหาชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (Clear and direct) เนื้อหาชัดเจนแต่ไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (Masled and indirect) เนื้อหาไม่ชัดเจนและไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (Masked and indirect)

ครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ดีมักจะเป็นครอบครัวที่สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและสมาชิกแสดงบทบาทได้เหมาะสม และจากการศึกษาครอบครัวของผู้ติดสารเสพติดพบว่าครอบครัวมักตีความบกพร่องในด้านการสื่อสาร มีการทะเลาะวิวาท (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

3. บทบาท (Role) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติต่อกันและกันซ้ำ ๆ เป็นประจำเพื่อให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ โดยแบ่งเป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับวัตถุ (instrument) และบทบาทที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ (Affective)

การประเมินว่าบทบาทในครอบครัวสามารถดำเนินไปได้ดีหรือไม่นั้นต้องพิจารณาใน 2 ด้านคือ 1) การมอบหมายหน้าที่ตามบทบาท (Role allocation) เป็นการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบบางอย่างให้แก่สมาชิก 2) การดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบในบทบาท (Role accountability) ด้วยการที่ครอบครัวดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบต่อบทบาทและหน้าที่ของตนที่ได้รับมอบหมาย

4. การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective responsiveness) หมายถึง ความสามารถในการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งกระตุ้นอย่างเหมาะสมทั้งในแง่คุณภาพและปริมาณ โดยอารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ อารมณ์ในภาวะปกติ เช่น อารมณ์รัก ความสุข ความยินดี เป็นต้น และอารมณ์ในภาวะวิกฤติ เช่น ความกลัว ความโกรธ เศร้า เสียใจ ผิดหวัง เป็นต้น

5. ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective involvement) หมายถึง ระดับของความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกแต่ละคนมีต่อกันรวมทั้งการแสดงออกถึงความสนใจ การเห็นคุณค่าของกันและกัน ความผูกพันทางอารมณ์แบ่งได้หลายระดับดังนี้ คือปราศจากความผูกพัน (Lack of involvement) สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจซึ่งกันและกัน ต่างคนต่างอยู่ ผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก (Involvement devoid of feelings) ผูกพันเพื่อตนเอง (Narcissistic involvement) ผูกพันอย่างมีความเข้าอกเข้าใจ (Empathic involvement) ผูกพันมากเกินไป (Over involvement) ผูกพันจนเหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน (Symbiotic involvement)

ความผูกพันในครอบครัวจะแตกต่างกันในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เช่น เมื่อลูกเข้าสู่วัยรุ่น ความผูกพันระหว่างบิดา มารดาและบุตรจะลดความเข้มข้นลง เนื่องจากบุตรเริ่มสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลนอกครอบครัวมากขึ้น ความผูกพันทางอารมณ์ที่เหมาะสมจะต้องทำให้สมาชิกมีความเป็นอิสระแต่ขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันกับครอบครัว ซึ่งในครอบครัวของ

ผู้ติดสารเสพติดลักษณะความผูกพันจะเป็นแบบ ผูกพันมากเกินไปทำให้ขาดอิสระและความเป็นส่วนตัว รวมทั้งความผูกพันแบบปราศจากความผูกพันสมาชิกต่างคนต่างอยู่ไม่สนใจซึ่งกันและกัน

6. การควบคุมพฤติกรรม (Behavior control) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิกเพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสมไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนต่อตนเองและผู้อื่น พฤติกรรมที่จำเป็นต้องมีการควบคุมประกอบด้วย 1) พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและชีวะภาพ 2) พฤติกรรมทางสังคม เช่น การคบเพื่อน 3) พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือทรัพย์สิน และ 4) การรักษาวินัยภายในครอบครัวการควบคุมพฤติกรรมในครอบครัวแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ คือ การควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวด (Rigid behavior control) การควบคุมแบบยืดหยุ่น (Flexible behavior control) การควบคุมแบบตามใจ (Laissez-faire behavior control) การควบคุมพฤติกรรมแบบยุ่งเหยิง (Chaotic behavior control)

การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่เหมาะสม เช่น ครอบครัวขาดความรัก ความอบอุ่น ไม่มีการสื่อสาร ความคาดหวังของบิดามารดาสูงหรือต่ำเกินไป การเลี้ยงดูแบบตามใจจะทำให้วัยรุ่นขาดความมั่นคงในตนเอง ตามเพื่อน ถูกชักจูงได้ง่าย เมื่อมีปัญหาหรือความคับข้องใจอาจพึ่งพิงสารเสพติดได้

โดยสรุป การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ (MMFF) เป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกภายในครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสมทั้งในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร การปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละคน การมีความผูกพันและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มั่นคงรวมทั้งการควบคุมพฤติกรรมให้อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสมจะเป็นการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพจิตที่ดี มีความรัก ความเข้าใจ เอื้ออาทร ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แต่ถ้าการทำหน้าที่ในครอบครัวในด้านต่าง ๆ ไม่เหมาะสมอาจเป็นสาเหตุทำให้สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้

4.2.2. แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามแบบ Circumplex model

Circumplex Model of Marital and Family Systems เป็นแนวคิดของ Olson และคณะ (1989) ซึ่งครอบครัวใน 3 ด้าน คือ cohesion adaptability และ communication

1. Cohesion หมายถึง ความผูกพันทางอารมณ์ที่สมาชิกมีต่อกัน แบ่งเป็นระดับดังนี้

1.1 ระดับต่ำมาก เรียกว่า Disengaged

1.2 ระดับกลางค่อนข้างต่ำ เรียกว่า Separated

1.3 ระดับปานกลางค่อนข้างสูง เรียกว่า Connected

1.4 ระดับสูงมาก เรียกว่า Enmeshed

Cohesion ในระดับกลางทั้งแบบ separated และ connected เป็นสิ่งที่เหมาะสมที่สุดเพราะบุคคลสามารถเป็นอิสระและเป็นตัวของตัวเองได้ในขณะที่ยังผูกพันอยู่กับครอบครัว ความสมดุลในสองสิ่งนี้จะทำให้บุคคลพัฒนาไปได้อย่างดี ในครอบครัวที่มี cohesion แบบ disengaged สมาชิกมีความเป็นตัวของตัวเองมากเกินไปจนทำให้ต่างคนต่างอยู่ ความผูกพันและร่วมมือร่วมใจกันมีน้อยทำให้ครอบครัวไม่มีความเป็นปึกแผ่น แต่ในครอบครัวที่มี cohesion แบบ enmeshed สมาชิกจะมีความจงรักภักดีต่อครอบครัวมากเกินไปและเห็นพึ่งต้องกันมากจนไม่สามารถเป็นตัวของตัวเอง พัฒนาการทางจิตใจ อารมณ์และสังคมของสมาชิกก็จะบกพร่องด้วยเช่นกัน

2. Adaptability หมายถึง ความสามารถของครอบครัวโดยเฉพาะระบบคู่สมรสในอันที่จะเปลี่ยนแปลงโครงสร้างแห่งอำนาจ บทบาท รวมทั้งความสัมพันธ์ให้เหมาะสมเพื่อที่จะจัดการกับปัญหาและความเครียดที่เกิดขึ้น

3. Communication หมายถึง การสื่อสารภายในครอบครัว การสื่อสารเป็นมิติที่สำคัญเพราะเป็นตัวช่วยสนับสนุนการทำหน้าที่ใน 2 ด้านแรกให้เป็นไปได้ด้วยดี เมื่อพิจารณาครอบครัวตาม Cohesion และ Adaptability แล้วสามารถแบ่งครอบครัวได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ครอบครัวแบบสมดุล (Balanced family) คือครอบครัวที่มี cohesion และ adaptability อยู่ในช่วงกลาง

2. ครอบครัวแบบสุดขั้ว (Extreme family) คือครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ทั้ง 2 ด้านอยู่ในช่วงสุดขั้ว โดยอาจจะเป็นแบบมากเกินไปหรือน้อยเกินไปก็ได้

3. ครอบครัวระดับกลาง (Midrange family) คือครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ด้านหนึ่งอยู่ในช่วงกลางและอีกด้านหนึ่งอยู่ในช่วงสุดขั้ว

ครอบครัวแบบสมดุลจะมีความแข็งแกร่งที่สุดในการต่อสู้กับความเครียด มีกลยุทธ์ที่จะจัดการความเครียดอย่างหลากหลายและมีประสิทธิภาพดังนั้นความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวแบบนี้จะสูงกว่าแบบอื่น

4.2.3 แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบ Beavers system model

Beavers และคณะ (1985) มองการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวใน 2 แ่ง คือ Competence และ Style

4.2.3.1 Competence คือ ความสามารถของครอบครัวในการจัดระบบภายในให้ดำเนินไปได้อย่างเรียบร้อย คำนี้มีขอบเขตกว้างตั้งแต่มีประสิทธิภาพไปจนถึงบกพร่องอย่างรุนแรง การประเมิน Competence จะต้องมองดูครอบครัวในภาพรวมไม่ใช่ที่จุดใดจุดหนึ่งในการประเมินจะต้องระลึกเสมอว่า ครอบครัวที่มีระดับ Competence ใกล้เคียงกันอาจมีปฏิสัมพันธ์แตกต่างกันก็ได้ นอกจากนี้ครอบครัวยังปฏิบัติการกิจแต่ละอย่างได้แตกต่างกันบางอย่างอาจทำให้ดีมากแต่บางอย่างทำได้ไม่ดีเท่าไร ครอบครัวที่สามารถจัดการกับภารกิจเล็ก ๆ ได้ก็มักจะจัดการให้ภารกิจใหญ่ให้สำเร็จ ครอบครัวที่มี Competence ดีจะมีลักษณะดังนี้ มีความเป็นผู้นำที่เท่าเทียมกันระหว่างสามีภรรยา (Egalitarian leadership) มีความร่วมมือกันอย่างดีระหว่างพ่อแม่หรือผู้ใหญ่ภายในครอบครัว มีขอบเขตระหว่างรุ่นที่ชัดเจน สมาชิกมีความเป็นตัวของตัวเองอย่างเพียงพอ สมาชิกยอมรับความแตกต่างของแต่ละคน และแก้ไขความขัดแย้งอันเกิดจากความแตกต่างได้อย่างเหมาะสม สื่อสารอย่างเปิดเผยและไม่อ้อมค้อม แสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม มองโลกในแง่ดีและมองปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของครอบครัว ในครอบครัวที่มี Competence ต่ำ พ่อแม่จะไม่ค่อยร่วมมือกัน บางครั้งพ่อหรือแม่จะเข้าพวกกับลูก ไม่มีความเป็นผู้นำที่ชัดเจนหรือมีแบบไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีขอบเขตระหว่างระบบที่ชัดเจน สมาชิกไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง ขาดความไว้วางใจกัน การสื่อสารไม่ดี ไม่สามารถยอมรับความแตกต่างหรือแก้ไขความขัดแย้งระหว่างกันได้ดีพอ

Beavers Model แบ่งครอบครัวตามลำดับ Competence ได้ 5 กลุ่ม คือ 1) ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้เหมาะสม (Optimal family) เป็นครอบครัวที่มี Competence ดีดังที่กล่าวมาข้างต้น 2) ครอบครัวที่ทำหน้าที่ดีเพียงพอ (Adequate family) ครอบครัวแบบนี้มีประสิทธิภาพดีปานกลาง มีขอบเขตระหว่างบุคคลที่ชัดเจน มีความรักใคร่กลมเกลียวกันแต่จะใช้อำนาจควบคุมมากกว่าครอบครัวแบบแรก การแก้ปัญหาขัดแย้งมักใช้วิธีออกคำสั่งมากกว่า ประนีประนอม มีการแบ่งแยกหน้าที่ระหว่างหญิงชายอย่างชัดเจน พ่อแม่ร่วมมือกันไม่ดีเท่าไรนัก มีความตึงเครียด ความสุข ความเป็นกันเองและไว้วางใจกันมีน้อย แต่ลูกในครอบครัวแบบนี้ก็ประสิทธิภาพใกล้เคียงกับแบบแรก 3) ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ปานกลาง (Midrange family) ครอบครัวแบบนี้พบบ่อยที่สุด สมาชิกไม่ค่อยใกล้ชิดผูกพันกันและมักเก็บความรู้สึก ไม่ค่อยแสดงออกหรือยอมรับในความรู้สึกที่มีต่อกัน มีปัญหาขอบเขตระหว่างบุคคล ไม่ค่อยยอมรับความแตกต่างของกันและกัน มักแก้ปัญหาโดยออกคำสั่งมากกว่าประนีประนอม ลูกจะพัฒนาไปได้ไม่มากนัก และเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ก็จะแยกออกจากครอบครัวได้ยาก และอาจเกิดปัญหาทางอารมณ์หรือพฤติกรรมได้ 4) ครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่ค่อยดี (Borderline family) ครอบครัวแบบนี้มีการควบคุม

มากกว่าแบบที่ 3 การประคับประคองทางอารมณ์ต่อกันมีน้อย ภารกิจทางพัฒนาการก็เป็นไปอย่างไม่ครบถ้วน สมาชิกไม่ค่อยมีความเป็นตัวของตัวเองขอบเขตระหว่างบุคคลไม่ชัดเจน อารมณ์ในครอบครัวแปรเปลี่ยนได้มากตั้งแต่เศร้าจนถึงโกรธอย่างรุนแรงหรือก้าวร้าว ความสุขในครอบครัวมีค่อนข้างน้อย 5) ครอบครัวมีทำหน้าที่บกพร่องอย่างมาก (Severely dysfunctional family) ครอบครัวแบบนี้มีปัญหามากที่สุดเพราะไม่สามารถแก้ไขความขัดแย้งได้เลย ทั้งสมาชิกก็ยังจัดการกับความขัดแย้งภายในจิตใจของตนเองไม่ได้ การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ มีปัญหาในขอบเขตระหว่างบุคคลและขาดความเป็นตัวของตัวเอง พ่อแม่ไม่สามารถร่วมมือกันปกครองลูกได้ ลูกจะมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง ไม่มีเอกลักษณ์ที่มั่นคงหรือเป้าหมายที่แน่นอนในชีวิต

4.2.3.2 Style หมายถึง ทิศทางของปฏิสัมพันธ์ที่ครอบครัวมีต่อกันเองและมีต่อระบบภายนอก style มีความหมายใกล้เคียงกับ Cohesion และ Emotional involvement style แบ่งเป็น 2 แบบ คือ แบบที่มีทิศทางเข้าหาครอบครัว (Centripetal-CP) และแบบที่มีทิศทางออกจากครอบครัว (Centrifugal-CF) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบ Style แบบ CP และ CF

| ครอบครัวแบบ CENTRIPETAL (CP) | ครอบครัวแบบ CENTRIFUGAL (CF) |
|--|--|
| - แสวงหาความสุขภายในครอบครัว | - แสวงหาความสุขจากนอกครอบครัว |
| - ไม่ค่อยไว้วางใจคนนอกครอบครัว | - สนิทกับคนนอกมากกว่าคนในครอบครัว |
| - สมาชิกแสดงความรู้สึกทางบวกเป็นส่วนใหญ่และเก็บกตความรู้สึกทางลบ | - มักแสดงความรู้สึกทางลบ เช่น โกรธ ไม่พอใจ มากกว่าความรู้สึกทางบวก |
| - ลูกแยกออกไปจากครอบครัวได้ยากเพราะมีความผูกพันมากเกินไป | - ผลักดันให้ลูกออกจากครอบครัวโดยที่ลูกยังไม่พร้อม |
| - สมาชิกมีปัญหาทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า กังวล | - สมาชิกมักมีปัญหาทางพฤติกรรม เช่น ขอบชั้ดคำสั่งหรือเกเร |

Style เป็นเครื่องชี้ถึงความสามารถในการปรับตัวด้วย ครอบครัวที่ปรับตัวได้ไม่ดี จะมี Style คงที่ไม่เปลี่ยนแปลง แต่ครอบครัวที่ปรับตัวดีจะมี Style ที่ยืดหยุ่นสอดคล้องกับวงจรชีวิตและความต้องการของสมาชิก เช่น เมื่อมีลูกวัยรุ่น Style จะเปลี่ยนจาก Centripetal ไปเป็น centrifugal โดยลูกจะใช้ชีวิตนอกบ้านมากขึ้นแทนที่จะขลุกอยู่กับพ่อแม่ ส่วนพ่อแม่ก็จะหันไปมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยเพื่อไม่ให้เกิดความเหงาเมื่อลูกไม่อยู่ในครอบครัวที่ปรับตัวไม่ดี พ่อแม่จะเรียกร้องให้ลูกอยู่กับตนเองหรืออาจมีอารมณ์เศร้าถ้าลูกห่างไป

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning: MMFF) ซึ่งได้พัฒนาขึ้นมาโดย Epstein, Bishop, and Baldwin (1984) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มาจากการศึกษาครอบครัว ทั้งครอบครัวปกติและครอบครัวที่มีปัญหามาเป็นระยะเวลาานานกว่า 25 ปี และเป็นแนวคิดที่อธิบายถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้อย่างละเอียดและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทยมากที่สุด

4.3 การประเมินวิธีปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว การประเมินวิธีปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวทำได้โดยการสัมภาษณ์ครอบครัวและสังเกตวิธีที่ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กัน ปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือหลายอย่างเพื่อช่วยให้การประเมินเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน เครื่องมือแบ่งได้เป็นสองแบบ คือ

4.3.1 เป็นแบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง เป็นแบบสัมภาษณ์ครอบครัวในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วยคำถามที่มีรูปแบบแน่นอนเช่น McMaster Structured Interview of Family Functioning (McSIFF) ซึ่งมีทั้งแบบที่ใช้สำหรับครอบครัวที่มีพ่อและแม่และครอบครัวที่พ่อหรือแม่เลี้ยงลูกตามลำพัง (Bishop และคณะ 1987) ผู้ประเมินซึ่งอาจเป็นแพทย์ พยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์จะสัมภาษณ์ครอบครัวและสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในขณะสัมภาษณ์ นอกจากนี้อาจมอบหมายให้ครอบครัวทำงานบางอย่างร่วมกัน เช่น ร่วมกันวางแผนพักผ่อนในวันหยุดเพื่อผู้ประเมินจะสังเกตปฏิสัมพันธ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เป็นต้น

4.3.2 แบบสอบถามหรือแบบวัด เป็นเครื่องมือที่ให้ครอบครัวประเมินตนเอง เช่น Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES) ซึ่งใช้ประเมินการปรับตัวและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Grotevant และ Carlson, 1989) เป็นต้น

Family Assessment Device (FAD) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นมาตาม MMFF (Epstein และคณะ 1983) ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว 60

ข้อโดยสมาชิกครอบครัวจะตอบแบบสอบถามนี้ตามลำพัง การศึกษาพบว่า FAD สามารถแยกครอบครัวที่มีปัญหาออกจากครอบครัวที่ไม่มีปัญหาได้ดี

แม้ FAD จะเป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย และมีการนำมาแปลเป็นภาษาไทยเพื่อศึกษาในผู้ป่วย (วิระวรรณ อุประมาณ และอุมาพร ตรังคสมบัติ ได้สร้าง Chulalongkon Family Inventory (CFI) ซึ่งเป็นแบบประเมินครอบครัวที่ประกอบด้วยข้อความ 36 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ในด้านต่าง ๆ ตาม MMFF โดยเพิ่มแบบสอบถามด้านการทำหน้าที่ทั่วไปเพื่อให้เข้ากับวิถีชีวิตคนไทยได้ดีขึ้น การศึกษาเบื้องต้นพบว่า CFI มีความเที่ยง (Reliability) ในระดับสูงและมีประโยชน์ในการช่วยให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดที่สมาชิกมีต่อครอบครัวมากขึ้น

ในการศึกษานี้ผู้ศึกษาใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวของ นริรัตน์ นิลขำ (2548) ซึ่งประยุกต์ใช้แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวของ อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาและเหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทยมากที่สุด

4.4 การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ผู้วิจัยได้รวบรวมปัญหาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning: MMFF) ของ Epstein และคณะ (1984) ซึ่งแบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวออกเป็น 6 ด้านด้วยกัน คือ การแก้ไขปัญหา (Problem Solving) การสื่อสาร (Communication) บทบาท (Roles) การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective Responsiveness) ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective Involvement) และการควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control)

4.4.1 การแก้ไขปัญหา ภายหลังจากบาดเจ็บที่ศีรษะของสมาชิกในครอบครัวก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ มากมายตามมาไม่ว่าจะเป็นการปรับโครงสร้างบทบาทหน้าที่ ปัญหาทางร่างกายและอารมณ์ของสมาชิกครอบครัวจากการดูแลผู้ป่วย ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ปัญหาด้านการสื่อสาร ซึ่งอาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดความขัดแย้ง ขาดความเข้าใจซึ่งกันและกัน และเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นการแก้ไขปัญหาของครอบครัวจะเป็นไปได้อย่างยากลำบากเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ไม่มีการตัดสินใจร่วมกันในการเลือกวิธีที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขปัญหา (Miller, 1995)

4.4.2 การสื่อสารในภาวะวิกฤต การพูดคุยสื่อสารกันภายในครอบครัวอาจน้อยลงเนื่องจากภาระงานในครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้เมื่อเกิดความคับข้องใจ ความไม่สบายใจ หรือเรื่องทุกข์ใจ ไม่ว่าจะป็นปัญหาการดูแลผู้ป่วย หรือปัญหาส่วนตัวสมาชิก

ครอบครัวไม่รู้จะระบายให้ใครฟัง และบางครอบครัวอาจมีการสื่อสารมีความขัดแย้งกันเอง (Kaplan and Sadock, 2000)

4.4.3 ภายหลังการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับตัวเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยมีการกระทบาบททดแทน หรือหยุดกระทำบทบาทบางอย่าง หรือเปลี่ยนแปลงชั่วคราวเนื่องจากความจำเป็นของครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัวอาจต้องทำหน้าที่เพิ่มเติมในส่วนของสมาชิกที่ขาดหายไป เช่นบุตรต้องทำหน้าที่แทนมารดาที่ต้องดูแลบิดาที่เจ็บป่วย ต้องทำงานบ้าน ทำอาหาร ดูแลน้อง ร่วมกับการทำหน้าที่เดิมของตนที่มีอยู่ นอกจากนั้นอาจต้องทำหน้าที่แทนบิดาที่เจ็บป่วยเพิ่มเติมด้วยเช่น การหารายได้ให้กับครอบครัว เป็นต้น และจากภาระงานที่เพิ่มขึ้นนี้เองอาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัวปฏิบัติบทบาทเดิมไม่เหมาะสมหรือขาดตกบกพร่อง เช่น ภรรยาต้องดูแลสามีที่ป่วยอาจส่งผลให้การทำหน้าที่ในบทบาทมารดาที่มีต่อบุตรขาดตกบกพร่อง (Hickey, 1992; Marsh et al., 2002; Montgomery et al., 2002)

4.4.4 การตอบสนองทางอารมณ์ ภายหลังการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ สมาชิกครอบครัวรู้สึกช็อก สับสน (Oddy et al., 1978) ไม่เชื่อ ปฏิเสธ คับข้องใจ (Mathis, 1984) กลัวการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วย โกรธ เสียใจ รู้สึกผิด เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า (Kreutzer et al., 1994; Livingston et al., 1991; Wade, 1998; Muss-Clum Ryan, 1981; Waland and Kreutzer, 1998) โมโหหงุดหงิดง่ายกังวล ก้าวร้าว (Kreutzer et al., 1992; Degeneffe, 2004) มีความผิดปกติด้านความรู้สึกนึกคิด สภาพจิตใจ (Hall et al., 1994; Anderson et al., 2002)

4.4.5 ความผูกพันทางอารมณ์ ในภาวะปกติครอบครัวจะมีระดับการแสดงออกซึ่งความสนใจ การเห็นคุณค่าในสิ่งต่าง ๆ ที่สมาชิกแต่ละคนทำรวมทั้งความรู้สึกผูกพันห่วงใยที่แต่ละคนมีต่อกัน ภายหลังการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะการแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความผูกพันอาจน้อยลงเนื่องภาระงานที่เพิ่มขึ้นภายในครอบครัวกลายเป็นความรู้สึกผูกพันที่เก็บไว้ในใจทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกห่างเหินกัน นอกจากนั้นบางครอบครัวอาจมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไปทำให้สมาชิกขาดความเป็นตัวของตัวเองหรือขาดอิสระ (Kaplan and Sadock, 2000)

4.4.6 การควบคุมพฤติกรรม โดยปกติครอบครัวต้องมีการควบคุมพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวเริ่มตั้งแต่การกำหนดว่าสมาชิกคนใดต้องทำอะไร มีการติดตามว่ามีการกระทำตามที่ตกลงกันหรือไม่ สมาชิกมีพฤติกรรมที่อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสมหรือไม่ ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะสมาชิกบางคนอาจวุ่นวายกับสมาชิกครอบครัวคนอื่นมากเกินไป มีปัญหาในการกำหนดขอบเขตระหว่างบุคคลอันเนื่องมาจากการขาดความเข้าใจกัน ขาดการยอมรับความแตกต่างของ

สมาชิกในครอบครัว มีการออกคำสั่งหรือควบคุมกันมากเกินไปทำให้ความรู้สึกเป็นอิสระและเป็นตัวของตนเองของสมาชิกในครอบครัวลดลงจนบุคคลในครอบครัวรู้สึกอึดอัด รำคาญ หรืออาจจะมีการควบคุมพฤติกรรมที่หย่อนยานเกินไปทำให้ครอบครัวไม่เป็นสุข (พรพรรณพิมล หล่อตระกูลและจันทร์ชนก โยธินซ์ชวาล, 2542)

5. แนวคิดเกี่ยวกับระดับความพิการ

ความผิดปกติหรือระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นมีความรุนแรงแตกต่างกันซึ่งความรุนแรงขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นในครั้งแรก ถ้าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเพียงเล็กน้อยส่วนใหญ่เกือบทุกรายจะหายเป็นปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลางถึงรุนแรงผู้ป่วยมักมีความพิการหลงเหลืออยู่หรืออาจมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงจะมีอัตราตายและความรุนแรงของความพิการสูง (Sanguinetti and Catanzoro, 1987) โดยความพิการที่พบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสรุปได้เป็น 4 ระดับ โดยใช้แนวคิดการพยากรณ์ผลของการกลาสโกว (Glasgow Outcome Scale) ของเจนเนตต์และบอนด์ (Jennett and Bond, 1975) ดังนี้

1. ไม่มีความพิการ
2. มีความพิการเล็กน้อย (Mild disability) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตและกิจวัตรประจำวันได้เองถึงแม้จะพบว่ามีความพิการหลงเหลืออยู่ แต่ก็พบว่ามีน้อยมาก สามารถกลับไปทำงานหรือมีกิจวัตรประจำวันเหมือนก่อนเจ็บป่วยได้
3. มีความพิการในระดับปานกลาง (Moderate disability) ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจรู้สึกตัวดีหรือรู้สึกตัวแต่มีอาการสับสน ไม่รู้กาลเวลา สถานที่ และบุคคลสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน แต่ยังคงพึ่งพาผู้อื่นในด้านการเงินและการเข้าสังคมอยู่บ้างเนื่องจากยังคงมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น สติปัญญาและความจำเสื่อมมีอาการและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มีความบกพร่องของประสาทสั่งการหรือมีปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถกลับไปทำงานและเข้าสังคมได้เช่นเดิม
4. มีความพิการในระดับรุนแรง (Severe disability) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่รู้สึกรู้ตัวโดยอาจมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นก็ได้และต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงินและการเข้าสังคมเนื่องจากมีความพิการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างมาก

จะเห็นได้ว่าการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อให้เกิดความพิการต่าง ๆ มากมายและเป็นความเจ็บป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพที่ยาวนาน ความพิการบางอย่างมีผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก ผลกระทบจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่เพียงผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับแต่สมาชิกในครอบครัวทุกคนย่อมได้รับผลกระทบนี้ด้วยจากการที่ต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ หรือต้องรับผิดชอบหน้าที่ในครอบครัวแทนผู้ป่วยเพิ่มจากหน้าที่และความรับผิดชอบที่ตนมีอยู่เดิมแล้ว ซึ่งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นุสรวิทย์ วิชัยโกวิทเทน (2547) ศึกษาภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายหลังการฝึกกู้ชีพชีวิตร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างคือ คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจในวันแรกที่ตกลงเข้าร่วมในการวิจัยและตอบแบบประเมินอีกครั้งทางไปรษณีย์ ส่วนกลุ่มทดลองตอบแบบประเมินการกดดันด้านจิตใจในวันแรกที่ตกลงเข้าร่วมในการวิจัยและตอบแบบประเมินอีก 2 ครั้ง หลังจากได้รับโปรแกรมฯ ครบทุกขั้นตอนในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่าคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ มีภาวะความกดดันด้านจิตใจ ภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และมีภาวะความกดดันด้านจิตใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นริรัตน์ นิลขำ (2548) ทำการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 170 คนที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมประสาทและอุบัติเหตุของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลตำรวจ เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความพิการ แบบวัดการประเมินความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด และแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีการประเมินความเครียดด้านอันตรายหรือความสูญเสีย ด้านความทุกข์และด้านความท้าทายอยู่ในระดับปานกลาง มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

มีการใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง และการสนับสนุนทางสังคม การประเมินความเครียดด้านความท้าทาย การประเมินความเครียดด้านความคุกคามและรายได้สามารถร่วมกันพยากรณ์การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีอำนาจการพยากรณ์ได้ร้อยละ 64.60

Oddy, Humphrey, and Uttley (1978) เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้าในญาติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 54 ราย ทำการเก็บข้อมูล 3 ครั้ง โดยครั้งแรกช่วง 1-4 สัปดาห์ที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย) ครั้งที่ 2 และ 3 เก็บข้อมูลหลังผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ 6 เดือน และ 12 เดือนตามลำดับ พบว่าช่วง 1 เดือนแรกญาติมีความเครียดมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hom and Tesh (2000) พบว่าช่วงระยะเวลา 20-30 วันแรก สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติจะมีความเครียดสูงในช่วงที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Elliott and Smith (1985) พบว่าช่วงระยะเฉียบพลันของการบาดเจ็บ (Acute Phase Injury) จะเพิ่มความเครียดให้แก่ญาติ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของญาติกับระดับความรุนแรงหรือความพิการของผู้ป่วย

Frye, (1981) ศึกษาผลกระทบของการได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะอย่างรุนแรงต่อญาติ พบว่าญาติจะมีความเครียดสูงในช่วง 1 ปีแรกหลังผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ โดยมีภาวะซึมเศร้า แผลในลำไส้ โรคหัวใจ และหย่าร้างสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mauss-Clum and Ryan, (1981) นอกจากนี้ยังพบว่าญาติเผชิญปัญหาด้วยการใช้ยากล่อมประสาท ดื่มสุรา (Sbordone, 1984) มีอาการไมเกรนและเป็นโรคหอบเพิ่มขึ้น

Livingston, Brooks, and Bond (1985) ทำการศึกษาผลกระทบด้านจิตใจและสังคมต่อญาติผู้ป่วยชายที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองที่มีอาการรุนแรง คือ หลงลืมหลังได้รับอุบัติเหตุมากกว่า 48 ชั่วโมงและมีคะแนน Glasgow coma scale <8 เปรียบเทียบกับญาติกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองที่มีอาการเล็กน้อย และพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่า 48 ชั่วโมง โดยศึกษาหลังจากผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ 3 เดือน พบว่า ญาติผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองอย่างรุนแรงจะรู้สึกทุกข์ทรมาน และมีผลกระทบด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มญาติผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่อย่างไรก็ตามญาติกลุ่มผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต่างรับรู้ว่าคุณภาพของผู้ป่วยก่อให้เกิดภาระแก่ตน ซึ่งการที่บุคคลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระจะนำไปสู่ความเครียด นอกจากนี้ยังได้ทำการศึกษาในญาติกลุ่มผู้ป่วยชายที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองอย่างรุนแรง โดยศึกษาหลังจากผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุ 3, 6 และ 12 เดือนตามลำดับพบว่า ญาติได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ

บทบาททางสังคมและมองว่าผู้ป่วยเป็นภาระแก่ตนโดยไม่พบความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบผลกระทบด้านจิตใจทั้ง3ช่วงเวลาการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบผลกระทบด้านบทบาททางสังคมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 3 เดือนและ 6 เดือน ($t = 2.21, p < .05$) แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างช่วง 6 เดือนและ 12 เดือน และพบว่า ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและมีอาการแสดงทางด้านจิตใจ ร้อยละ 30 และมีโอกาสเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจสูงถึงร้อยละ 40

Baker (1990) ทำการศึกษาการปรับตัวของญาติซึ่งเป็นผู้ป่วยเด็ก จำนวน 26 รายที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยและระดับรุนแรงอย่างน้อย 6 เดือน และไม่เกิน 5 ปี พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการแสดงออกทางอารมณ์ ($r = .25, p < .05$) ไม่พบความแตกต่างในการปรับตัวของญาติผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

King และคณะ (1993) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะอารมณ์และผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยหลังทำ CABG และคูสมรส โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วย 155 คน คูสมรส 103 คนในระยะ 1, 4, และ 12 เดือนหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์และการทำหน้าที่ของทั้งผู้ป่วยและคูสมรส การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของคูสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์ และการทำหน้าที่ของผู้ป่วย และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้าน Esteem เป็นด้านเดียวที่มีความสัมพันธ์ตลอดระยะเวลาศึกษาทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและคูสมรส

Acorn (1995) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลองในญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม จำนวน 11 รายและ 8 รายตามลำดับ โดยกลุ่มที่ 1 ได้รับความรู้และการสนับสนุนด้านคำแนะนำและการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาในครั้งนี้ประเมินการเผชิญปัญหาของญาติทั้งสองกลุ่มเมื่อพิจารณาการเผชิญปัญหา พบว่ามีความแตกต่างในการเผชิญปัญหาแบบได้รับการสนับสนุน แสดงให้เห็นว่าการที่ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลและรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจะมีส่วนส่งเสริมในการเผชิญปัญหาแบบได้รับการสนับสนุนมากขึ้น

Dracup, Moser, และ Taylor (1997) ศึกษาผลทางด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ Sudden death ภายหลังการฝึกกู้ชีพ โดยกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เคยมี Arrythmia หรือ cardiac arrest หลังทำ CABG โดยมีสมาชิกครอบครัววัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ด้วยอย่างน้อย 1 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม 337 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม กลุ่มที่ได้ฝึกกู้ชีพ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มที่ได้ฝึกกู้ชีพร่วมกับการให้สุศึกษาในเรื่องของโรคหัวใจกลุ่ม

กู่ชีวิตอย่างเดียว ใช้แบบสอบถามในช่วง 2 สัปดาห์, 3 เดือนและ 6 เดือนหลังการฝึกกู่ชีวิต ผลการศึกษาพบว่า

1. สมาชิกครอบครัวในกลุ่มที่ได้ฝึกกู่ชีวิตร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมี Psychosocial adjustment ที่ดีกว่ากลุ่มกู่ชีวิตอย่างเดียว และกลุ่มที่ได้ฝึกกู่ชีวิตร่วมกับการให้สุศึกษาในเรื่องของโรคหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ในระยะ 3 เดือน สมาชิกครอบครัวในกลุ่มที่ได้ฝึกกู่ชีวิตอย่างเดียว มีการปรับตัวด้านอารมณ์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้ฝึกกู่ชีวิตร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ในกลุ่มควบคุมมี Psychosocial adjustment ที่ดีกว่า และมี Emotional distress น้อยกว่ากลุ่มกู่ชีวิตอย่างเดียว และกลุ่มที่ได้ฝึกกู่ชีวิตร่วมกับการให้สุศึกษาในเรื่องของโรคหัวใจ
4. ในระยะ 6 เดือน กลุ่มกู่ชีวิตอย่างเดียวมี Anxiety กับ Hostility มากกว่า และมี Psychosocial adjustment ที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม หรือกลุ่มที่ได้ฝึกกู่ชีวิตร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม
5. ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ Marital adjustment ทั้ง 4 กลุ่ม เมื่อแยกตามเพศและการศึกษา

Kettunen และคณะ (1999) ศึกษาผลกระทบของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อ คู่สมรส และความต้องการการสนับสนุนของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 57 คน ในระยะหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2 สัปดาห์ ถึง 4 เดือน ผลการศึกษาพบว่า คู่สมรสมากกว่า 50% เกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจ และร้อยละ 48 - 50 รายงานว่า ได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ร้อยละ 33 รายงานว่า ต้องการการสนับสนุนด้านการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น ร้อยละ 30 ต้องการให้เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพให้ความสนใจกับคู่สมรสผู้ป่วยมากกว่านี้ และร้อยละ 37 ต้องการให้เจ้าหน้าที่เข้าใจภาวะความกดดันด้านจิตใจที่เกิดขึ้น Moser และ Dracup (2000) ศึกษาการฝึกกู่ชีวิตต่อความรู้สึกมีความสามารถในการควบคุม (Perceived control) แก่คู่สมรสผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 219 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุม กลุ่มที่ฝึกกู่ชีวิตร่วมกับการให้การสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มที่ฝึกกู่ชีวิตร่วมกับการให้ความรู้ โดยพบว่าคู่สมรสมีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เช่น ไม่สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและผู้ป่วยได้ เช่น ไม่สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วย ภายหลังการศึกษา

กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของ Perceived control ($p = .89$) กลุ่มที่ได้รับการฝึก
 ผู้ชีวิตร่วมกับการให้การสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มที่ได้รับการฝึกผู้ชีวิตร่วมกับการให้ความรู้
 ส่งผลให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคหัวใจมีความสามารถในการควบคุมสูงขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม ($p = .001$)

O'Farrell, Murray, and Stephen (2000) ศึกษาภาวะ Psychological distress ของ
 คู่สมรสของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 213 คน ที่เคยเกิด Heart attack และอยู่ในระหว่าง
 การเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า

1. คู่สมรส ร้อยละ 66 มีภาวะ Psychological distress
2. คู่สมรสที่อายุน้อยมี psychological stress มากกว่าผู้ที่อายุมาก
3. Stress spouse ใช้ disengagement coping strategies มากกว่า nonstress spouse
4. Stress spouse มี intimacy และ Family functioning ต่ำกว่า nonstress spouse
5. สิ่งเร้าที่ทำให้เกิด Psychological distress ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับการรักษา
 การฟื้นฟูสภาพ และการพยากรณ์โรค, อารมณ์ของผู้ป่วย, ความกังวลเกี่ยวกับการกลับเข้าทำงาน
 และการเงินของผู้ป่วย, เพศสัมพันธ์ และความสิ้นหวังของผู้ป่วย

Stewart และคณะ (2000) ศึกษาเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายความเครียด แนวทางการเผชิญ
 ความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและครอบครัว
 จำนวน 14 คู่ ผลการศึกษาพบว่า คู่สมรสของผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับความเครียดจากการที่
 ต้องให้การดูแลผู้ป่วยและความต้องการของคู่สมรสส่วนใหญ่ ได้แก่ การจัดการกับแบบแผนการ
 ดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป (ร้อยละ 57) การจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย
 (ร้อยละ 50) การติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเนื่องจากคู่สมรสยังไม่มีความพร้อมใน
 การถูกจำหน่ายของผู้ป่วยและยังไม่เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับจากทีมสุขภาพอย่างเพียงพอ (ร้อยละ
 50) คู่สมรสโดยส่วนใหญ่ระบุว่าได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอทั้งด้านข้อมูลข่าวสารและวิธีการ
 เผชิญปัญหา รวมทั้งความต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์จากเจ้าหน้าที่ ต้องการให้มีคนเข้าใจ
 ความรู้สึกของตนเองและระบุว่ายังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเพื่อนำไปใช้ในการเผชิญปัญหาอย่างมี
 ประสิทธิภาพ

Yan (2000) ทำการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ระดับความเครียด และ
 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความเครียดของสมาชิกในครอบครัว
 ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล 3 แห่งของมหาวิทยาลัยการแพทย์ซุนยัตเซน
 จำนวน 58 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินภาวะเครียดในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r = -.556$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยดังกล่าว จึงกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Anderson, Parmenter, and Mok (2002) เป็นแนวทางในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและภาวะกดดันด้านจิตใจ ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและภาวะกดดันด้านจิตใจ ระดับความพิการของผู้ป่วยใช้แบบประเมินความพิการตามแบบพยากรณ์ผล (Glasgow Outcome Scale) ของ Jennett and Bond (1975) การทำหน้าที่ของครอบครัวใช้แนวคิดของ McMaster of Family Functioning (MMFF) ของ Epstein et al. (1984) และภาวะกดดันด้านจิตใจใช้แนวคิดของ Ridner (2004) ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย

