



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่สำคัญของประเทศไทยและต่างประเทศ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า แต่ละปีมีผู้ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะกว่า 500,000 คน เสียชีวิตประมาณ 50,000 คน และร้อยละ 80 เป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย ร้อยละ 10 เป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางและต้องรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก ส่วนอีกร้อยละ 10 เป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตในเวลาที่ยาวนาน (Bond et al., 2003) ในประเทศไทยพบว่า การตายด้วยอุบัติเหตุและสารพิษเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากมะเร็ง โดยมีประชากรตายด้วยอุบัติเหตุยานยนต์ในการจราจรทางบกจำนวน 9,989 คน หรือเท่ากับ 15.9 ต่อประชากร 100,000 คน (กลุ่มภารกิจด้านข่าวสารและสารสนเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) จากการสำรวจทางสถิติพบว่าสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่พบมากที่สุดคือ การได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ซึ่งในกลุ่มนี้เป็นจักรยานยนต์มากที่สุด และมักพบในกลุ่มอายุ 15 – 24 ปี (กองสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2546; Hudak, 1998)

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะโดยตรงทันทีหรือเกิดตามมาในระยะหลังการบาดเจ็บ จะมีอันตรายเกิดขึ้นซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลางและระบบ Reticular activating ทำให้เซลล์ถูกกดและมีการเสื่อมหน้าที่อันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตแล้วบางส่วนยังทำให้เกิดความพิการหลงเหลืออยู่ภายหลัง จากการศึกษาติดตามผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รอดชีวิตในระยะ 6 เดือนหลังจากได้รับบาดเจ็บพบว่า ร้อยละ 20 มีความพิการอย่างรุนแรง ร้อยละ 40 มีความพิการปานกลาง และร้อยละ 40 เท่านั้นที่หายเป็นปกติ (Jennett and Teasdale, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของนิภาวรรณ และสุภาภรณ์ (2540) พบว่าร้อยละ 42 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีความพิการในระดับปานกลาง ร้อยละ 25 มีความพิการระดับมาก และร้อยละ 19 มีความพิการระดับรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย การสูญเสียหน้าที่ด้านการรู้คิดการเปลี่ยนแปลงภาวะ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออก (Testani-Dufour et al., 1992; Sherer et al., 2002; Gouick and Gentleman, 2004) ความพิการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้มีความผิดปกติด้านร่างกาย ได้แก่ มีการเปลี่ยนแปลงด้านการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เช่นอัมพาตของแขนขา โดยอาจมีอัมพาตทั้งแขนขา (Quadriplegia) อัมพาตครึ่งล่าง (Paraplegia) หรืออัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) มือสั่นเมื่อมีการเคลื่อนไหว หรือเคลื่อนไหวได้ช้า

มีความผิดปกติในการกลืน เช่น กลืนได้ช้าหรือไม่สามารถกลืนได้เลย มีอาการคลื่นไส้อาเจียนซึ่งอาการจะพบได้ประมาณ 2 สัปดาห์ ถึง 2 เดือน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการสำลักและการเกิดภาวะทิวโภชนาการ (นครชัย เมื่อนปฐม, 2541) ความผิดปกติด้านภาษาและการสื่อสาร เช่น พูดไม่ชัด พูดตะกุกตะกัก หรือพูดไม่สัมพันธ์กับเนื้อหา (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาญ, 2539) ความผิดปกติด้านการกำจัดของเสียออกจากร่างกาย เช่น กลั้นอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ ท้องผูก นอกจากความพิการดังกล่าวแล้วผู้ป่วยอาจมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วยจากการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย เช่น ข้อติดแข็ง แผลกดทับ หลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน หรือมีอาการชัก เป็นต้น ความผิดปกติด้านการรับรู้ เช่น หน้าที่การรับรู้เกี่ยวกับส่วนของร่างกาย การกระระยะ การรับรู้ความรู้สึกของร่างกายน้อยหรือมากเกินไป การขา การรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสพิเศษเสีย เช่น การมองเห็น การรับรส และการได้ยิน เป็นต้น ส่วนความผิดปกติด้านพฤติกรรมและการแสดงออกทางกายจะแสดงออกในรูปของการวางแผน การจัดระบบ การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบ ความเป็นเหตุเป็นผลและการคำนวณ (มีชัย สีใส, 2530; พาริดา อิบราฮิม, 2542; เจียมจิตและสุวรรณ, 2544; กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547) นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย มีผลทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง หรือทำไม่ได้เลยต้องเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน สุขอนามัย การประคับประคองด้านจิตใจ การเตรียมอาหาร ดูแลเรื่องยาหรือแผนการรักษาอื่น ๆ (Schlepp, 1989; cited in Musolf, 1991) และต้องใช้เวลาในการรักษาฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน (Hickey, 2003) ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วย ก็อาจจะไม่สามารถฟื้นฟูเป็นปกติเหมือนเดิมได้ทุกรายส่วนใหญ่ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัว ประกอบกับที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างต่อเนื่องจึงทำให้ต้องเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจที่ตามมา (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2536; Acorn and Robert, 1992; O' Neill and Carter, 1998)

ความพิการจากความผิดปกติด้านร่างกาย การสูญเสียหน้าที่ด้านการรู้คิด การเปลี่ยนแปลงภาวะอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออกดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ต่าง ๆ รวมทั้งยังต้องการความช่วยเหลือและพึ่งพาผู้อื่น ครอบครัวในฐานะต้องให้การช่วยเหลือดูแลและเป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วยจึงต้องรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540) ด้วยอัตราการฟื้นฟูจากการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยไม่หลงเหลือความพิการไว้มีเพียงร้อยละ 40 เท่านั้น ส่วนผู้ป่วยอีกประมาณร้อยละ 60 ยังคงหลงเหลือความพิการหรือมีความบกพร่องหลงเหลืออยู่ (Jennett and Teasdale, 1981) โดยเฉพาะการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงซึ่งมี

การทำลายโครงสร้างของสมองเป็นบริเวณกว้างต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูหน้าที่ของร่างกายอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 10 ปี (Catalane, 1999) มีผลต่อภาวะการดูแลของสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยมีระดับความพิการมากสมาชิกในครอบครัวยิ่งได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539) โดยผู้ป่วยที่มีระดับความพิการมากยิ่งส่งผลถึงภาวะการดูแลที่มากขึ้นของครอบครัว เนื่องจากภายหลังจากสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลเพิ่มขึ้นจากเดิมอีกบทบาท จากการศึกษาของ Goldstein, Regnery, and Wellin (1981) พบว่าผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านจะเป็นคู่สมรส บุตรธิดา บิดามารดาของผู้ป่วยถึงร้อยละ 80 ซึ่งการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นบทบาทที่สมาชิกในครอบครัวไม่ได้เตรียมตัวมาก่อนดังนั้นจึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและความรับผิดชอบ Curtiss et al, (2000) ได้ทำการศึกษากลุ่มภรรยาของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่า ร้อยละ 60 มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว ภรรยาต้องรับหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทนสามีที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ นอกจากนั้นยังต้องทำบทบาทเดิมของตนในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ทำให้ภรรยาเกิดความเครียดและรู้สึกยากลำบากกับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป หลายๆ ครอบครัวภรรยาต้องมีการต้องจัดตารางเวลาในการทำงานใหม่ มีการหยุดงานที่ทำอยู่เป็นประจำเพื่อมาเฝ้าดูแลผู้ป่วยแม้ว่าการหยุดงานนั้นอาจมีผลทำให้ต้องออกจากงานก็ตาม นอกจากนี้บทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปยังส่งผลกระทบต่อบทบาททางสังคมอีกด้วย (Griogo, 1993) เพราะต้องดูแลผู้ป่วยทำให้ต้องแยกตัวออกจากสังคม ขาดสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการทำกิจกรรมทางสังคมก็ลดลงด้วยเช่นกัน (Kreutzer et al, 2002) ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลซึ่งเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนเศรษฐกิจสังคมในผู้ดูแล อันเป็นสาเหตุทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาหรือเป็นภาระ (Montgomery, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Livingston, Brook, and Bond (1985) ที่ทำการศึกษาผลกระทบด้านจิตใจและสังคมต่อญาติผู้ป่วยชายที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงคือมี Glasgow coma scale < 8 เปรียบเทียบกับญาติกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย พบว่าญาติกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงจะรู้สึกทุกข์ทรมานและมีผลกระทบด้านจิตใจสูงกว่าญาติกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยและญาติกลุ่มผู้ป่วย ทั้งสองกลุ่มต่างรับรู้ว่าคุณภาพของผู้ป่วยก่อให้เกิดภาวะกดดัน ซึ่งการรับรู้ว่าเป็นภาระจะนำไปสู่ความเครียดและพบว่าญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมีอาการแสดงทางด้านจิตใจร้อยละ 30 และมีโอกาสเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจสูงถึงร้อยละ 40

Ridner (2004) กล่าวว่า ภาวะความกดดันด้านจิตใจหมายถึง ความไม่สุขสบายที่มีลักษณะเฉพาะ (Unique discomfort) เป็นภาวะอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของบุคคล มีผลทำให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลแบบชั่วคราวหรือถาวรโดยมีลักษณะอาการต่าง ๆ ได้แก่ ลักษณะอาการทางกาย การย้ำคิดย้ำทำ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ลดลง วิตกกังวล ซึมเศร้า มุ่งร้าย กลัว หวาดระแวง และมีลักษณะอาการทางจิต ภาวะกดดันด้านจิตใจของสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางภาวะอารมณ์ที่เกิดจากการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวมีความใกล้ชิดและผูกพัน โดยแสดงอาการดังนี้ ลักษณะอาการทางกาย (Somatization) เป็นความผิดปกติของร่างกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ ระบบอวัยวะที่เกี่ยวข้องคือ Automatic Nervous System (ANS) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ทำให้มีผลต่อระบบการหายใจ การหมุนเวียนโลหิต การย่อยอาหาร เนื่องจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการจากพยาธิสภาพของโรคมีความซับซ้อนต่างจากการดูแลทั่วไป ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ทดแทนทุกอย่างในการดูแลกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล สภาพการเจ็บป่วยทำให้ต้องดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ได้รับการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ มีอาการเบื่ออาหาร ซึ่งการรับประทานอาหารไม่เพียงพอทำให้ร่างกายทรุดโทรมและอาจก่อให้เกิดโรคตามมาภายหลัง ได้แก่ แผลในลำไส้ โรคหัวใจ ภาวะซึมเศร้า (Bond, 1981) ผลกระทบอาการทางกายที่เกิดขึ้นตามมา ได้แก่ นอนหลับไม่สนิทในเวลากลางคืนจากการที่ผู้ป่วยตื่นบ่อย ซึ่งพบว่าหนึ่งในสามของผู้ดูแลได้รับผลกระทบต่อแบบแผนการนอนหลับ (Goldstein et al, 1981) ปวดเมื่อยแขนขา ไหล่ หลัง คอ และกล้ามเนื้อ ซึ่งเกิดจากการอุ้ม ยก ประคองและการฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า (จารุวรรณ มานะสุการ, 2544; Kettunen et al., 1999) ผู้ดูแลจะต้องมีการรับผิดชอบงานต่าง ๆ ทั้งของตนเองและทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจะพยายามทำอะไรให้สมบูรณ์ที่สุดเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของผู้อื่นทำให้เกิดความวิตกกังวล ความวิตกกังวลนั้นจะถูกแทนที่ด้วยความคิดหรือการกระทำซ้ำ ๆ อยู่เป็นเวลานาน (Anderson, Parmenter and Mok, 2002) จึงแสดงอาการย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive – Compulsive) และจากการที่ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติจากความพิการต่าง ๆ ตามมามากมายทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องทำหน้าที่ทั้งของตนเองและทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในทุก ๆ ด้านจึงทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูงหรือไปทำงาน อดิเรกทำให้ต้องแยกตัวออกมาจากสังคมเดิมทำให้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ดูแลลดลงไป (Wade et al, 1998) จนเกิดความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น (Interperonal Sensitivity) และเนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะมักเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันทีทันใดและรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมี

อาการไม่แน่นอนและพฤติกรรมที่รับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย เป็นสถานการณ์ที่มีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลอย่างมาก (Testani-Dufour, Chappel-Aklem and Guelder, 1992) ความวิตกกังวล (Anxiety) จะมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Reider, 1994) และจากพยาธิสภาพซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงและบริเวณของ เนื้อสมองที่ได้รับบาดเจ็บต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพที่ยาวนาน เมื่อผู้ป่วยมีความพิการมากเท่าใดผู้ดูแลต้องสูญเสียเวลาและพลังงานในการดูแลผู้ป่วยตลอดจนเผชิญความเครียดมากเท่านั้น (Willbor, 1988) การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดที่ยาวนานจึงเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) ตามมา นอกจากนี้ความบกพร่องของสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยก็นับว่าเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลซึมเศร้าได้ (Wade et al., 1986) ส่วนความโกรธก้าวร้าว มุ่งร้าย (Hostility) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับผู้ดูแลเนื่องจากภายหลังผู้ป่วยประสบการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตนเอง โกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ ก็จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว อยากทำลาย (Anderson, Parmenter and Mok, 2002) ความกลัวโดยปราศจากเหตุผล (Phobic anxiety) เนื่องการบาดเจ็บที่ศีรษะของสมาชิกในครอบครัวเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงมากเกินไปที่ผู้ดูแลจะรับได้จึงอาจก่อให้เกิดอาการกลัวมากเกินไปกว่าที่ควรจะเป็นได้ ความหวาดระแวง (Paranoid Ideation) เกิดจากการมีความสงสัยไม่เชื่อใจและไม่ไว้วางใจในบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมรอบกายมากเกินไป (Anderson, Parmenter and Mok, 2002) และภายหลังที่ผู้ป่วยประสบการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความเครียดถ้าความเครียดนั้นไม่ได้รับการแก้ไขและเรื้อรังเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ก็จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านร่างกายได้แก่ กังวล คิดมาก ฟุ้งซ่าน หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด ซึมเศร้า เหนง ว่าเหว่ หมดความรู้สึก สุนุกสนาน สิ้นหวังซึ่งเป็นลักษณะอาการแสดงทางจิต (Psychoticism)

อาการเหล่านี้บ่งชี้ว่าการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความผิดปกติอันเนื่องมาจากความพิการส่งผลต่อผู้ดูแลทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม โดยแสดงอาการของการมีภาวะความกดดันด้านจิตใจซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต (Livington, Brook, and Bond, 1985) อันจะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง ผู้ดูแลบางคนอาจละทิ้งหรือทำร้ายผู้ป่วย (William, 1994) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Carey et al., 1991) ผู้ดูแลที่มีภาวะกดดัน ด้านจิตใจจึงควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ดังนั้นระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล

เนื่องจากการที่สมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดไม่มีใครคาดคิดมาก่อน (Grossman, 1995; John and Roberts, 1996) ซึ่งถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตที่มีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว (Baker, 1990; Testani-Dufour et al., 1992; Acom, 1995; Kosciulek, 1997) ผลกระทบที่มีต่อครอบครัวอาจจะเท่ากับหรือมากกว่าผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในรายที่รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ค่อนข้างมาก (ทิพพพร ตังอำนาจ, 2541) ทำให้มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ต่าง ๆ รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือและต้องพึ่งพาผู้อื่น ครอบครัวในฐานะที่ต้องให้การช่วยเหลือดูแลและเป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วย (Mazaux, DeSeze, Joseph and Barat, 2000) จึงต้องรับผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับตัวจึงส่งผลกระทบต่อทำหน้าที่ของครอบครัว (Vicki et al., 2001)

การทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Functioning) คือภารกิจที่สมาชิกครอบครัวพึงปฏิบัติเพื่อให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้รับการตอบสนอง ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทั้งในยามปกติและยามที่เจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายให้สมาชิกในครอบครัวมีการพัฒนาและสามารถปรับตัวให้เข้ากับเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัว (นริรัตน์ นิลขำ, 2548) ซึ่งแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Function: MMFF)(Epstein, Bishop and Baldwin, 1984) มองครอบครัวเป็นระบบเปิดประกอบด้วยระบบย่อย ได้แก่ ระบบคู่สมรส ระบบบิดามารดาและบุตร ระบบของพี่น้อง และระบบเครือญาติ นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอก แนวคิดของระบบครอบครัวจะพิจารณาแต่ละส่วนของครอบครัวว่ามีการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอยู่เสมอและมีผลต่อการดำรงชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วยการทำหน้าที่ 6 ด้านคือการแก้ไขปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม การมีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ครอบครัวในทุกด้านดังนี้ การแก้ไขปัญหา (Problem solving) ภายหลังจากการบาดเจ็บที่ศีรษะของสมาชิกในครอบครัวก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ มากมายตามมาไม่ว่าจะเป็นการปรับโครงสร้างบทบาทหน้าที่ ปัญหาทางร่างกายและอารมณ์ของสมาชิกครอบครัวจากการดูแลผู้ป่วย ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ปัญหาด้านการสื่อสาร ซึ่งอาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดความขัดแย้ง ขาดความเข้าใจซึ่งกันและกัน และเมื่อมีปัญหาเกิดการแก้ไขปัญหาของครอบครัวจะเป็นไปได้อย่างยากลำบากเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ไม่มีการตัดสินใจร่วมกันในการเลือกวิธีที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขปัญหา (Miller, 1995) การสื่อสาร (Communication) ในภาวะวิกฤตการพูดคุยสื่อสารกันภายในครอบครัว

อาจน้อยลงเนื่องจากภาระงานในครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้เมื่อเกิดความคับข้องใจ ความไม่สบายใจ หรือเรื่องทุกข์ใจ ไม่ว่าจะ เป็นปัญหาการดูแลผู้ป่วย หรือปัญหาส่วนตัว สมาชิกครอบครัวไม่รู้จักระบายให้ใครฟัง บางครอบครัวอาจมีการสื่อสารมีความขัดแย้งกันเอง (Kaplan and Sadock, 2000) อีกทั้งผู้ป่วยบางรายยังไม่รู้สึกตัวจึงไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้ดีจึงทำให้การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นรวมถึงสมาชิกในครอบครัวลดลงด้วย (Kreutzer, Marwiyz, and Kepler, 1992) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่ดี ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียดและวิตกกังวลมากขึ้น (Martin, 1994) บทบาท (Roles) ภายหลังจากเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวสมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับตัวเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยมีการกระทำบทบาททดแทนหรือหยุดกระทำบทบาทบางอย่าง หรือเปลี่ยนแปลงชั่วคราวเนื่องจากความจำเป็นของครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัวอาจต้องทำหน้าที่เพิ่มเติมในส่วนของสมาชิกที่ขาดหายไป เช่น บุตรต้องทำหน้าที่แทนมารดาที่ต้องดูแลบิดาที่เจ็บป่วย ต้องทำงานบ้าน ทำอาหาร ดูแลน้อง ร่วมกับการทำหน้าที่เดิมของตนที่มีอยู่ นอกจากนั้นอาจต้องทำหน้าที่แทนบิดาที่เจ็บป่วยเพิ่มเติมด้วยเช่น การหารายได้ให้กับครอบครัว เป็นต้น และจากภาระงานที่เพิ่มขึ้นนี้เองอาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัวปฏิบัติบทบาทเดิมไม่เหมาะสมหรือขาดตกบกพร่อง เช่น ภรรยาต้องดูแลสามีที่ป่วยอาจส่งผลให้การทำหน้าที่ในบทบาทมารดาที่มีต่อบุตรขาดตกบกพร่อง (Hickey, 1992; Marsh et al., 2002; Montgomery et al., 2002) จากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างเฉียบพลันซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤติของครอบครัว การตอบสนองทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (Affective Responsiveness) จึงแสดงปฏิกิริยาที่แตกต่างกันไป เช่น รู้สึกขี้ออก 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 และสภาพจิตใจ (Hall et al., 1994; Anderson et al., 2002) ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective Involvement) ในภาวะปกติครอบครัวจะมีระดับการแสดงออกซึ่งความสนใจ การเห็นคุณค่าในสิ่งต่าง ๆ ที่สมาชิกแต่ละคนทำ รวมทั้งความรู้สึกผูกพันห่วงใยที่แต่ละคนมีต่อกัน ภายหลังจากเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะการแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความผูกพันอาจน้อยลงเนื่องภาระงานที่เพิ่มขึ้นภายในครอบครัว กลายเป็นความรู้สึกผูกพันที่เก็บไว้ในใจทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกห่างเหินกัน คู่สมรสจึงเกิดความรู้สึกว่าเหว่ โดดเดี่ยวและเบื่อหน่าย (รุจา ภูไพบูลย์, 2537) นอกจากนั้นบางครอบครัวอาจมี

ความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไปทำให้สมาชิกขาดความเป็นตัวของตัวเองหรือขาดอิสระ (Kaplan and Sadock, 2000) การควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control) โดยปกติครอบครัวต้องมีการควบคุมพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวเริ่มตั้งแต่การกำหนดว่าสมาชิกคนใดต้องทำอะไร มีการติดตามว่ามีการกระทำตามที่ตกลงกันหรือไม่ สมาชิกมีพฤติกรรมที่อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสมหรือไม่ ภายหลังจากการบาดเจ็บที่ศีรษะสมาชิกบางคนอาจุ่นวายกับสมาชิกครอบครัวคนอื่นมากเกินไป มีปัญหาในการกำหนดขอบเขตระหว่างบุคคลอันเนื่องมาจากการขาดความเข้าใจกัน ขาดการยอมรับความแตกต่างของสมาชิกในครอบครัว มีการออกคำสั่งหรือควบคุมกันมากเกินไป ทำให้ความรู้สึกเป็นอิสระและเป็นตัวของตนเองของสมาชิกในครอบครัวลดลงจนบุคคลในครอบครัวรู้สึกอึดอัด รำคาญ หรืออาจจะมีการควบคุมพฤติกรรมที่หย่อนยานเกินไปทำให้ครอบครัวไม่เป็นสุข (พรรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินชีชवाल, 2542) นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล สภาพของห้องฉุกเฉิน ห้องผู้ป่วยหนักที่ปิดกั้นความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและครอบครัวตลอดจนเครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่คุ้นเคย สภาพการทำงานของแพทย์และพยาบาลที่เร่งรีบ เคร่งเครียดในการช่วยชีวิตผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวไม่สามารถประเมินเหตุการณ์ได้ถูกต้อง สมาชิกในครอบครัวบางรายแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ร้องไห้ เอะอะ โกรธ แสดงความก้าวร้าว เป็นต้น ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับ ประกอบกับเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัวล่วงหน้ารวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ (Oddy, Humphrey, and Uttley, 1978; Hom and Tesh, 2000)

จะเห็นได้ว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสถานการณ์ที่นำมาซึ่งผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจ และสังคมของผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ ซึ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆที่ไม่ดีอาจนำมาสู่ปัญหาด้านสุขภาพจิตของสมาชิกครอบครัว (Minnes et al, 2000) และยิ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย (Sheng-YuFan, 2002; Max et al., 1998) นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่ออัตราการฟื้นฟูสภาพและอัตราการฟื้นหายของผู้ป่วยโดยตรง (Ergh et al., 2002; Patterson et al, 1990; Sander et al, 2002; Streisand et al, 2003; Max et al., 1998; Mangeot et al., 2002; วิวรรณ อุประมาณ, 2538; Evans et al., 1987; Groom et al., 1998) ดังนั้นการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม ในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการของผู้ป่วยกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะ

พักฟื้น (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539) ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (นริรัตน์ นิลขำ, 2548) และภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย (นุสรา วิชัยโกวิทเทน, 2547) แต่ไม่พบว่ามีการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการของผู้ป่วย การทำหน้าที่ของครอบครัวและภาวะกดดันด้านจิตใจผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในบริบทนี้ เนื่องจากภายหลังจากการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วย ผลกระทบที่เกิดตามมาทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับตัวเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยมีการมอบหมายให้รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ถือเป็น การเปลี่ยนแปลงชีวิตที่อาจส่งผลต่อจิตใจ อารมณ์ ความคิด อีกทั้งเป็นโรคที่ต้องการการดูแลและช่วยเหลือเป็นระยะเวลานานหรืออาจจะตลอดชีวิต การปรับตัวต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ดูแลนั้นมีความสำคัญอย่างมากทั้งต่อตนเองและผู้ป่วยภายใต้ความรับผิดชอบ ถ้าหากปรับตัวไม่ได้อาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต การที่บุคคลมีปัญหาสุขภาพจิตเพียงเล็กน้อยและไม่ได้รับการแก้ไขอาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ ดังนั้นบทบาทพยาบาลวิชาชีพจึงควรให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตในฐานะที่เป็นปัจจัยทางจิตใจที่สำคัญเพื่อที่บุคคลจะสามารถปรับตัวในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมและไม่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตใจในระดับรุนแรง สามารถดำเนินชีวิตและทำหน้าที่ตามบทบาทของตน โดยเฉพาะในการดูแลตนเองและผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การทำหน้าที่ของครอบครัว และภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล

คำถามการวิจัย

1. ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นอย่างไร
2. ระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การทำหน้าที่ของครอบครัว และภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน

การศึกษาครั้งนี้ ใช้การทบทวนวรรณกรรมร่วมกับงานวิจัยของ Anderson, Parmenter, and Mok (2002) เป็นแนวทางในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและภาวะกดดันด้านจิตใจ ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วย

บาดเจ็บที่ศีรษะและภาวะกีดกันด้านจิตใจ ระดับความพิการของผู้ป่วยใช้แบบประเมินความพิการตามแบบพยากรณ์ผล (Glasgow Outcome Scale) ของ Jennett and bond (1975) การทำหน้าที่ของครอบครัวใช้แนวคิดของ Mc Master of Family Functioning (MMFF) ของ Epstein et al. (1984) และภาวะกีดกันด้านจิตใจใช้แนวคิดของ Ridner (2004)

Ridner (2004) ให้ความหมายภาวะกีดกันด้านจิตใจว่า หมายถึง ความไม่สุขสบายที่มีลักษณะเฉพาะ เป็นภาวะทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของบุคคล มีผลทำให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลแบบชั่วคราวหรือถาวรซึ่งผลกระทบจากการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้ป่วยมีความพิการส่งผลต่อภาวะกีดกันด้านจิตใจของผู้ดูแล แสดงออกทางด้านร่างกายและจิตใจ 9 ด้าน ลักษณะอาการทางกาย การย่ำคิดย่ำทำ ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความโกรธ ก้าวร้าวทำลายและมุ่งร้าย กลัวโดยปราศจากเหตุผล ความหวาดระแวง และลักษณะอาการทางจิต การบาดเจ็บที่ศีรษะจะเกิดการทำลายเนื้อเยื่อของสมอง ส่งผลให้การทำหน้าที่ของสมองเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดความพิการทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความพิการที่พบอาจอยู่ในระดับที่มีการฟื้นฟูสภาพได้ดี มีความพิการเล็กน้อย มีความพิการในระดับปานกลาง และมีความพิการในระดับรุนแรง (Jennett and bond, 1975) ความพิการที่พบอาจเป็นความผิดปกติทางด้านร่างกายหรือทางด้านจิตใจอารมณ์และพฤติกรรม แต่ส่วนมากจะพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม (Gouick and Gentleman, 2004) ทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องพึ่งพาผู้อื่นและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องส่งผลให้เป็นภาระในการดูแล (Marsh et al, 2002) และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และหน้าที่บทบาทของสมาชิกในครอบครัวตามมาเนื่องจากลักษณะของครอบครัวเป็นระบบที่ประกอบด้วยบุคคลที่ต้องพึ่งพาอาศัยกัน มีความผูกพันกันอย่างแนบชิด ถ้าสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วย โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดไม่มีใครคาดคิดมาก่อน ซึ่งถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตที่มีผลกระทบต่อครอบครัว ซึ่งการทำหน้าที่ของครอบครัว คือภารกิจที่สมาชิกในครอบครัวพึงปฏิบัติเพื่อให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายให้สมาชิกมีการพัฒนาและสามารถปรับตัวให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การทำหน้าที่ของครอบครัวนี้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวตามแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบ McMaster Model of Family Functioning: MMFF ของ Epstein et al. (1984) แบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวออกเป็น 6 ด้านด้วยกันคือ การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทาง

อารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม การบาดเจ็บทางสมองถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่ไม่เพียงแต่จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยเช่นกัน โดยผลกระทบที่มีต่อครอบครัวอาจจะเท่ากับหรือมากกว่าผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วย (อุบลวรรณ กิติรัตนตระกูล, 2541) เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดขึ้นมีผลกระทบทั้งในระยะเฉียบพลันและในระยะยาว จากการศึกษาของ Jennett (1981) พบว่าอัตราการฟื้นหายจากการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยไม่หลงเหลือความพิการไว้มีเพียงร้อยละ 40 เท่านั้นผู้ป่วยอีกประมาณร้อยละ 60 ยังคงหลงเหลือความพิการหรือมีความบกพร่อง จากการศึกษาที่ผ่านมาสามารถสรุปผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีต่อครอบครัวแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะ ดังนี้ (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ดั่งวงแพง, 2540: Acom and Roberts, 1992: 325) ผลกระทบระยะเฉียบพลันที่มีต่อครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ไม่มีการเตือนล่วงหน้า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจึงไม่มีเวลาในการเตรียมพร้อมที่จะพบกับเหตุการณ์เช่นนี้ ผลกระทบสำคัญที่สมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญ คือปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจสมาชิกในครอบครัวอาจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการบาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล เช่น รู้สึกช็อกกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น กลัวการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วย โกรธ เสียใจ รู้สึกผิด เครียดและวิตกกังวล เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วยเนื่องจากธรรมชาติของการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่แน่นอนหรือมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาไม่สามารถที่จะคาดการณ์ผลที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ บางรายอาจไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกตัวมีการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมบางรายมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป หรือบางรายไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้เลยความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับประกอบกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกระทันหันโดยไม่รู้ล่วงหน้าส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า เครียดและวิตกกังวลเป็นอย่างมาก (de Meneses and Perry, 1993) จากการศึกษาของอุบลวรรณ กิติรัตนตระกูล (2542) ทำการศึกษาถึงความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะเฉียบพลัน พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการอันดับแรก คือการลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บของผู้ป่วย และอันดับสุดท้ายคือการให้กำลังใจและการระบายความรู้สึก ผลกระทบระยะยาวที่มีต่อครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การบาดเจ็บที่สมองทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวในระยะยาวเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังหรือการบาดเจ็บอื่นๆ แต่ลักษณะของผลกระทบที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างจากผลกระทบของโรคเรื้อรังหรือการบาดเจ็บอื่นๆ เนื่องจากสาเหตุที่ทำให้เกิดผลกระทบมีความแตกต่างกัน (Kay and Cavallo, 1994) ผลกระทบจากการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน อาจจะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับ

บทบาท หน้าที่หรือความรับผิดชอบของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัว และบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวนั้นด้วย จากลักษณะของการบาดเจ็บที่ศีรษะดังที่กล่าวข้างต้น สามารถสรุปผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีต่อครอบครัว ดังนี้ 1) ผลกระทบต่อโครงสร้างของครอบครัวส่วนใหญ่ จะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวภายหลังจากสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บหรือความพิการของผู้ป่วย รวมทั้งลักษณะโครงสร้างของครอบครัวก่อนได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ที่ได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ซึ่งนอกจากจะมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวแล้ว ยังต้องมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง รวมทั้งอาจจะต้องรับหน้าที่เป็นผู้จัดการครอบครัว มีการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัวแทนผู้ป่วยซึ่งได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งบทบาทเหล่านี้สมาชิกในครอบครัวไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน บ่อยครั้งส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกเครียดหรือเป็นทุกข์กับบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540)

2) ผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว ผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงบางครั้งสมาชิกในครอบครัวอาจรำคาญและแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (วิศาล คันธรัตน์กุล และภาริส วงศ์แพทย์, 2538) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา บิดา มารดาและบุตร ยิ่งผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมากเท่าใดจะส่งผลให้คู่สมรสหรือสมาชิกคนอื่น ๆ มีการเปลี่ยนแปลงมากไปด้วยเช่นกันและความรู้สึกเป็นภาระของคู่สมรสที่ต้องกลายมาเป็นผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างคู่สมรส หรือมีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับบุตรหรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวคู่สมรสจำนวนมากที่มีการหย่าร้างเกิดขึ้นภายหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ รวมทั้งความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องให้การดูแลเป็นเวลายาวนาน นอกจากนี้การที่ต้องดูแลผู้ป่วยยังมีผลต่อสัมพันธภาพกับบุตรหรือสมาชิกอื่นในครอบครัวอีกด้วย โดยเด็กจะรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับความอบอุ่นหรือแม้แต่การชี้แนะต่าง ๆ เหมือนที่ผ่านมา (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540)

3) ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ การช่วยเหลือดูแลตนเองหรือการกระทำกิจกรรมต่างๆ จะกระทำได้น้อยลง บางรายอาจไม่สามารถทำด้วยตนเองได้และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว

การรับประทานอาหาร การขยับถ่าย การเคลื่อนไหวหรือการออกกำลังกาย เป็นต้นนอกจากนี้อาจจำเป็นต้องดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้วย เช่น การฟื้นฟูสภาพหรือการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด กิจกรรมหรือภาระต่าง ๆ เหล่านี้ถึงแม้ผู้ดูแลมีความเต็มใจและตั้งใจที่จะทำให้กับผู้ป่วยก็ตามแต่ก็เป็นภาระที่หนักหน่วงต้องใช้เวลาและพลังงานอย่างมาก (รัมภรรดา อินทร, 2539; วันเพ็ญ พิซิตพรชัย และ อุซาวดี อัศดรวิเศษ, 2546; Marsh, Kersel and Havill, 1998) รวมทั้งเป็นภาระที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน อาจทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตนเองเท่าที่ควรต้องลดเวลาในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองลงหรือแม้แต่จะต้องลดบทบาทหน้าที่ที่เคยกระทำอยู่ตามปกติให้น้อยลง ผู้ดูแลบางรายอาจจะไม่มีโอกาสไปทำบทบาทหน้าที่เดิมหรือต้องออกจากงานเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผลกระทบที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัวซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลจะพบได้ทั้งในเรื่องการใช้เวลาหน้าที่การทำงาน กิจกรรมทางสังคม การมีอิสระ เวลาเป็นส่วนตัว หรือแม้แต่การดูแลสุขภาพของตนเอง (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540) 4) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุสำคัญอย่างมากที่มีผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวทั้งนี้ไม่เพียงแต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูงเนื่องมาจากการวินิจฉัยและการรักษาที่ต้องอาศัยเทคโนโลยีสมัยใหม่ และระยะเวลาของการรักษาที่ยาวนาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่หลงเหลือความพิการไม่สามารถกลับไปทำงานเพื่อนำมาซึ่งรายได้เช่นเดิมก่อนที่จะได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะรวมทั้งการที่ผู้ป่วยหลงเหลือความพิการและต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถไปทำงานหรือประกอบอาชีพได้เช่นเดิม (Kreutzer, Marwitz, and Kepler, 1992) การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบิดา มารดา หรือผู้ที่รับผิดชอบหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540) 5) ผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจ และสังคม การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจ และสังคมของสมาชิกในครอบครัวในระยะยาวได้เช่นเดียวกับผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มีความเกี่ยวพันกันกับผลกระทบด้านอื่น ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งความบกพร่องด้านร่างกายและสติปัญญาของผู้ป่วย ที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองเกือบทุก ๆ ด้านในการดำรงชีวิต ดังนั้นจะพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะย่อมมีความรู้สึกเป็นภาระและเกิดภาวะเครียด ครอบครัวของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะจึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและมีการปรับตัวที่ผิดปกติจึงมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาวะอารมณ์ของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะและส่งผลให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ที่ทำ

หน้าที่เป็นดูแล ตามแนวคิดของ Anderson, Parmenter and Mok (2002) ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การทำหน้าที่ของครอบครัว และภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดยความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีมากส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่ดีและส่งผลให้ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูงขึ้น

จากทฤษฎีและแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล
2. การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การทำหน้าที่ของครอบครัว และภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มาติดตามการรักษาในคลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์
2. กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีอายุตั้งแต่ 20-59 ปีที่มาติดตามการรักษาในคลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลตรัง และโรงพยาบาลหาดใหญ่
3. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การทำหน้าที่ของครอบครัว และภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะความกดดันด้านจิตใจ (Psychological distress) หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วยการประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจทั้ง 9 ด้านคือ

1. ลักษณะอาการทางกาย (Somatization) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกี่ยวกับอาการที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนหลับไม่สนิท ปวดหลัง เหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า ถ้ามีอาการกลัวจะหน้าซีด หายใจไม่ออก ปากแห้ง เป็นต้น

2. ย้ำคิดย้ำทำ (Obsession-Compulsion) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกี่ยวกับอาการที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะที่ต้องย้ำคิดย้ำทำในบางสิ่งบางอย่างเมื่อนึกถึงเหตุการณ์เพื่อลดความวิตกกังวล เช่น ล้างมือเพราะรู้สึกว่ามือสกปรก ถ้าไม่คิดหรือไม่ทำจะเกิดความวิตกกังวลอย่างรุนแรง ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบทั้งงานตนเองและของผู้ป่วย จึงพยายามทำอะไรให้สมบูรณ์ที่สุดเพื่อให้เป็นที่ยอมรับ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความวิตกกังวลนั้นจะถูกแทนที่ด้วยความคิดหรือการกระทำอยู่เป็นเวลานาน

3. การรับรู้ของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Sensitivity) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกี่ยวกับอาการที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ รู้สึกว่าตนเองบกพร่องหรือมีปมด้อยโดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น เนื่องจากการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยทำให้ไม่มีเวลาพบปะเพื่อนฝูงจึงแยกตัวเองออกจากบุคคลอื่นๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการพบปะติดต่อกับอาการไม่ชอบติดต่อกับผู้อื่นจะมีอาการ ดังนี้ อารมณ์ขุ่นมัว ไม่อยากสมาคมกับใคร รู้สึกไม่มีใครรัก ไม่สบายใจเมื่อคนอื่นจ้องมอง จึงชอบอยู่คนเดียว ทำให้ส่งผลต่อสัมพันธภาพทั้งต่อตนเองและครอบครัว

4. ซึมเศร้า (Depression) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกี่ยวกับอาการที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากพยายามเก็บเรื่องกตเรื่องราวต่างๆ เอาไว้จึงก่อให้เกิดความไม่สบายใจ มีลักษณะเด่น 3 ประการ คือ ด้านอารมณ์ มีอารมณ์ซึมเศร้า จะแสดงออกทางสีหน้า มีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย จะมีการเคลื่อนไหวช้า พูดจาช้า เสียงต่ำ ขาดสมาธิในการทำงาน และด้านความนึกคิด มักจะคิดอะไรไม่ออก มีความหดหู่ ไม่ค่อยมีความสุข

5. วิตกกังวล (Anxiety) การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกี่ยวกับอาการที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้ความสามารถลดลงและมีการแสดงออกแตกต่างกันไป ทางระบบไหลเวียนโลหิต เช่น ใจเต้น ใจสั่น ทางระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเดิน ระบบอื่นๆ เช่น ปัสสาวะบ่อย หายใจถี่ เป็นต้น

6. มุ่งร้าย (Hostility) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกี่ยวกับอาการที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นอารมณ์โกรธ ก้าวร้าว ทำลาย มุ่งร้าย แสดงออก 2 แบบ คือ แสดงออกต่อสิ่งที่เป็นสาเหตุความคับข้องใจโดยตรง เช่น ชกต่อย ตบตี ดุด่าหรือทำให้บาดเจ็บ หรือแสดงออกโดยการก้าวร้าวกับคนอื่น สิ่งอื่นแทนเนื่องจากไม่สามารถแสดงความก้าวร้าวต่อสิ่งที่เป็นต้นเหตุได้

7. กลัว (Phobic anxiety) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกี่ยวกับอาการที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้ป่วย เป็นอาการที่เกิดขึ้นต่อวัตถุหรือสถานการณ์ จะต้องมากเกินไปกว่าที่ควรเป็น ไม่สามารถขจัดได้ด้วยการอธิบายหรือใช้เหตุผล

8. หวาดระแวง (Paranoid Ideation) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกี่ยวกับอาการที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้ป่วย อาการที่สำคัญ คือ หลงผิดคิดว่ามีคนทำร้ายคนอื่นพูดหรือทำอะไรมีความหมายพาดพิงมาถึงตน บุคคลพวกนี้มีชีวิตแปรเปลี่ยนอยู่ระหว่างโลกแห่งความจริงและโลกแห่งความฝัน

9. ลักษณะอาการทางจิต (Psychoticism) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกี่ยวกับอาการที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้ป่วยและเป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นด้านจิตใจที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ ไมเกรน ท้องเสีย ท้องผูก เป็นต้น ส่วนความผิดปกติด้านจิตใจ ได้แก่ กังวล คิดมาก หลงลืมง่าย หงุดหงิด โกรธง่าย เหนง เบื่อหน่าย ลึกลับ เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้

ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจของนุสรา วิชัยโกวิทเพน (2547) ที่ถอดความและแปลความจาก Brief Symptom Inventory (BSI) ของ Derogatis (1992)

ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 1 คน ที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายกับผู้ป่วยได้แก่ คู่สมรส หรือมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดได้แก่ บิดา มารดา บุตร พี่น้อง และมีบทบาทในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมากที่สุด สามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเองเนื่องจากผลของการเจ็บป่วย ซึ่งได้จากการที่ให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกกันเอง โดยการช่วยเหลือเหล่านี้จะไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน การดูแลผู้ป่วยต้องดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เข้ารับการรักษา จนถึงวันมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยจากการได้รับอุบัติเหตุจราจร หรืออุบัติเหตุอื่น ๆ เช่น ถูกฟัน ถูกแทง ถูกตี การพลัดตกหกล้ม โดยมีการบาดเจ็บที่ศีรษะและไม่มีอาการบาดเจ็บที่อวัยวะส่วนอื่นของร่างกายร่วมด้วย โดยเป็นผู้ป่วยที่มีความพิการอยู่ในช่วง 4-14 คะแนน (Jennett and bond, 1975) และเป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 สัปดาห์เป็นต้นไป

การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง ภารกิจที่ครอบครัวพึงปฏิบัติเพื่อให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทั้งในยามปกติและยามที่

เจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายให้สมาชิกในครอบครัวมีการพัฒนาและสามารถปรับตัวให้เข้าได้กับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัว ซึ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวเกิดจากปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวตามโครงสร้างของครอบครัว และสามารถประเมินได้ใน 6 ด้านคือ

1. การแก้ไขปัญหา หมายถึง พฤติกรรมหรือความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาที่ต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวดำเนินไปได้ และปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การสื่อสาร หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันและกัน ซึ่งมีอยู่สองรูปแบบ คือ การสื่อสารโดยใช้คำพูด และไม่ใช้คำพูด เนื้อหาของการสื่อสาร แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับวัตถุ (instrumental) และเนื้อหาเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก (Affective)

3. บทบาท หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพติดต่อกันและกันซ้ำ ๆ เป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ โดยแบ่งเป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับวัตถุ (Instrument) และบทบาทที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ (Affective)

4. การตอบสนองทางอารมณ์ หมายถึง พฤติกรรมหรือความคิดที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะใช้ในการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งกระตุ้นอย่างเหมาะสมทั้งในแง่คุณภาพและปริมาณ โดยอารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คืออารมณ์ในภาวะปกติ เช่น อารมณ์รัก ความสุข ความยินดี เป็นต้น และอารมณ์ในภาวะวิกฤติ เช่น ความกลัว ความโกรธ เศร้า เสียใจ ผิดหวัง เป็นต้น

5. ความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึง ระดับของความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกแต่ละคนมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกถึงความสนใจ การเห็นคุณค่าของกันและกัน ความผูกพันทางอารมณ์ แบ่งได้หลายระดับดังนี้คือ 1) ปราศจากความผูกพัน (Lack of involvement) สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจซึ่งกันและกันต่างคนต่างอยู่ 2) ผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก (Involvement devoid of feelings) 3) ผูกพันเพื่อตนเอง (Narcissistic involvement) 4) ผูกพันอย่างมีความเข้าอกเข้าใจ (Empathic involvement) 5) ผูกพันมากเกินไป (Over involvement) 6) ผูกพันจนเหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน (Symbiotic involvement)

6. การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกประพติดตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสมไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนต่อตนเอง และผู้อื่น พฤติกรรมที่จำเป็นต้องมีการควบคุมประกอบด้วย พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อ

ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและชีวะภาพ พฤติกรรมทางสังคม เช่น การคบเพื่อน พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือทรัพย์สิน, การรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวที่นอร์ตัน นิลซ่า (2548) ซึ่งประยุกต์มาจากแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวที่พัฒนาโดยอุม่าพร ตรังคสมบัติ (2544) ตามแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว (Epstien et al., 1984)

ระดับความพิการของผู้ป่วย หมายถึง ความรุนแรงและบกพร่องทางระบบประสาทที่ คาดว่าจะหลงเหลืออยู่ภายหลังจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะถูกจำหน่ายกลับบ้านโดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มคือ

1. ไม่มีความพิการ

2. มีความพิการเล็กน้อย (Mild disability) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตและกิจวัตรประจำวันได้เองถึงแม้จะพบว่ามีอาการหลงเหลืออยู่ แต่ก็พบว่าไม่น้อยมากสามารถกลับไปทำงานหรือมีกิจวัตรประจำวันเหมือนก่อนเจ็บป่วยได้

3. มีความพิการในระดับปานกลาง (Moderate disability) ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจรู้สึกตัวดีหรือรู้สึกตัวแต่มีอาการสับสน ไม่รู้กาลเวลา สถานที่ และบุคคลสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือพึ่งพาผู้อื่นบางส่วนเช่น สถิติปัญญาและความจำเสื่อม มีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มีความบกพร่องของประสาทสั่งการหรือมีปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นเป็นต้น ทำให้ไม่สามารถกลับไปทำงานและเข้าสังคมได้เช่นเดิม

4. มีความพิการในระดับรุนแรง (Severe disability) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่รู้สึกรู้ตัวโดยอาจมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นก็ได้และต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงินและการเข้าสังคมเนื่องจากมีความพิการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างมาก

ประเมินโดยใช้แบบประเมินความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2540) ซึ่งพัฒนาเครื่องมือจากแนวคิดตามแบบการพยากรณ์ผลของ Glasgow Outcome Scale ของ Jennett and Bond (1975)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีองค์ความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับภาวะกีดกันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และความสัมพันธ์กับระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถนำไปสร้างแนวทางประเมินเพื่อป้องกันหรือลดภาวะกีดกันด้านจิตใจได้อย่างเหมาะสม โดยมุ่งเน้นไปที่การลดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกีดกันด้านจิตใจ

2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ต่อไป
3. นำความรู้ที่ได้จากงานวิจัยไปเป็นส่วนประกอบในงานพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล มีประโยชน์ในเชิงสุขภาพและเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว ตลอดจนเศรษฐกิจของประเทศ