

บทที่ 1



บทนำ

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในประเทศไทยอุบัติเหตุเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บและเสียชีวิตของประชากรชาวไทยซึ่งมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในแต่ละปีจะมีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ พิการและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก (กิตติ อินทราสุพร, 2547) โดยผู้ป่วยที่มาด้วยอุบัติเหตุส่วนใหญ่นั้นพบว่า อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บสูงสุดคือศีรษะ (ชไมพันธุ์ สันติกาญจน์ และศิริวรรณ สันติเจียรกุล, 2547) และการบาดเจ็บที่ศีรษะก็เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภท จากสถิติของกองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขในปี 2535 มีผู้ป่วยทั่วประเทศที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทั้งสิ้น 27,811 คน เป็นผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะสูงถึง 11,113 คน และมีผู้บาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางการจราจร เป็นจำนวนถึง 174,344 คน ซึ่งจะเห็นว่าเป็นจำนวนผู้ป่วยที่สูงมาก และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (ทิพพพร ดั่งอำนวนย, 2540) และถึงแม้ว่าจะมีกฎหมายบังคับใช้หมวกนิรภัย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2539 และกฎหมายบังคับใช้เข็มขัดนิรภัย ตั้งแต่ 7 ตุลาคม 2539 (สุนันทา ศรีวิวัฒน์, 2544) แต่ถึงอย่างไรจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก็ยังคงสูงอยู่ นอกจากนั้นยังอาจมีสาเหตุอื่นๆที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ เช่นถูกทำร้ายร่างกาย การลัดตกหกล้ม การถูกกระแทกจากแรงเชิงกลของวัตถุหรือสิ่งมีชีวิต และการทำร้ายตนเอง ซึ่งพบประมาณ 50 % (จเร ผลประเสริฐ, 2528) ซึ่งผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่มียุอายุอยู่ในช่วง 10-39 ปี นอกจากนั้นพบว่าเพศชายมีความเสี่ยงที่จะได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น (จเร ผลประเสริฐ, 2541) ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถด้านกำลังกายและความคิด ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจมากกว่า 50,000 ล้านบาท / ปี (สุนันทา ศรีวิวัฒน์, 2544) และเมื่อเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดขึ้นจะส่งผลให้เกิดการสูญเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 33.6 (สุนันทา ศรีวิวัฒน์ และวิทยา ชาติบัญชาชัย, 2547) ซึ่งจะเห็นว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาที่สำคัญและน่าวิตกกังวล เนื่องจากส่งผลต่อการสูญเสียชีวิตของประชาชน ทำให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านเศรษฐกิจ ด้านทรัพยากรบุคคล และการพัฒนาประเทศ

ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีอัตราการพิการที่หายโดยไม่หลงเหลือความพิการไว้เลยมีเพียงร้อยละ 40 เท่านั้น แต่ผู้ป่วยอีกร้อยละ 60 ยังคงมีความพิการเหลืออยู่ (Jennett & Teasdale, 1981) ดังนั้นการบาดเจ็บที่ศีรษะนอกจากจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว

ครัวหรือบุคคลที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยด้วย ยิ่งผู้ป่วยมีระดับความพิการมาก ยิ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวมากขึ้นเช่นกัน (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540) และเนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ทำให้อวัยวะที่อยู่ภายใต้การควบคุมของสมองในส่วนที่บาดเจ็บเสื่อมตามไปด้วย เกิดปัญหาการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว อาจมีอัมพาตหรือมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง ต้องนอนนิ่งอยู่กับที่ และไม่สามารถพูดจาติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อด้านการรู้คิดหรือสติปัญญาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านการรู้คิด ทำให้ขาดคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่คิดหรือตัดสินใจกระทำกิจกรรมอย่างจริงจัง และมีเป้าหมายในการสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยสูญเสียความทรงจำในช่วงก่อนการเกิดการบาดเจ็บ ทำให้มีความจำเสื่อม และหากการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับมีอันตรายต่อสมองใหญ่ทั่วๆไป (Cerebral cortex) หรือมีการทำลายลุกลามไปถึงส่วนของก้านสมองในส่วนควบคุมระดับความรู้สึกตัว (Brain stem reticular formation) จะส่งผลให้บุคคลมีอาการหมดสติ ซึ่งในภาวะนี้บุคคลจะไม่มีรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม หรืออาจจะมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในระดับต่าง ๆ กัน หรือไม่ตอบสนองเลย เป็นผลให้ผู้ป่วยขาดคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่จะรู้คิด ตัดสินใจ และกระทำกิจกรรมอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย มีข้อจำกัดในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเป็นภาระในการดูแล (Hickey, 1992; Marsh et al., 2002)

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันไม่มีการเตือนล่วงหน้า ครอบครัวจึงไม่มีเวลาในการเตรียมพร้อมที่จะพบกับเหตุการณ์เช่นนี้ ผลกระทบที่สำคัญที่สมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญคือปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ โดยสมาชิกในครอบครัวอาจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการบาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล เช่น รู้สึกช็อกกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Oddy et al., 1978) กลัวการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วย โกรธ เสียใจ รู้สึกผิด เครียด และวิตกกังวล (Kreutzer et al., 1994; Livingston et al., 1991; Wade, 1998; Mauss-Clum., and Ryan, 1981; Waland and Kreutzer, 1998) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วย เนื่องจากธรรมชาติของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่แน่นอนหรือมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่สามารถคาดการณ์ผลที่เกิดขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ยังเกิดปัญหาและการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านบทบาทและสถานภาพของสมาชิกในครอบครัว โดยเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องมีการหยุดพักการทำงานเพื่อรักษาตัว กรณีที่ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูครอบครัวเมื่อต้องหยุดงานนาน ๆ หรืออาจต้องออกจากงาน ภรรยาต้องเข้ารับบทบาทและสถานภาพบทบาทหัวหน้าครอบครัวแทน คือต้องออกทำงาน หาเลี้ยงครอบครัวแทนสามี และต้องพึ่งพาคู่คนอื่นในการมาทำหน้าที่ในการดูแลบ้านและการเลี้ยงดูบุตรแทนภรรยาอีกด้วย เหล่านี้ทำให้บทบาทและสถานภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป แต่ในรายที่ผู้ป่วยมีอาการดี

ขึ้นแต่มีความพิการหลงเหลืออยู่ทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา บุคลิกภาพ และพฤติกรรม เหล่านี้ ล้วนทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวได้ เนื่องจากความพิการดังกล่าว มีผลทำให้ บทบาทและความรับผิดชอบของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป (Hickey, 1992; Marsh et al., 2002; Montgomery et al., 2002) ซึ่งเหล่านี้เป็นภาวะที่หนักหน่วงต้องใช้เวลาและพลังงานอย่างมาก รวมทั้งเป็นภาวะที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน นอกจากนั้นยัง เกิดปัญหาและการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นย่อมทำให้รายจ่ายเพิ่มสูงขึ้น ทั้งค่ารักษาพยาบาล และค่าดูแลพิเศษทั่วไป หากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งทำหน้าที่หารายได้มาเลี้ยงดูสมาชิกอื่นในครอบครัวและการเจ็บป่วยทำให้ต้องหยุดพักงาน เป็นผลให้ขาด รายได้ก็จะกระทบกระเทือนสวัสดิภาพ ความเป็นอยู่ของครอบครัวเป็นอย่างมาก หรือในกรณีที่ ภรรยาผู้ทำหน้าที่ภรรยาและแม่บ้านเกิดเจ็บป่วย ก็มีผลกระทบกระเทือนถึงสมาชิกทุกคนในบ้าน ได้อย่างมากเพราะมารดานั้นเปรียบเสมือนเครื่องจักรกลสำคัญของครอบครัวที่คอยดูแลทั้งสามี และบุตร เป็นจุดศูนย์กลางที่สำคัญของครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยก็ทำให้ครอบครัวยุ่งยากลำบากไป จึงเห็นได้อย่างชัดเจนว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวก็ย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมขึ้นในครอบครัวด้วย (Kreutzer et al., 1992)

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของสังคม บุคคลไม่สามารถพัฒนาและใช้ชีวิตอย่างเป็นสุข ได้หากปราศจากครอบครัวที่ดี และครอบครัวเป็นบันไดขั้นต้นแห่งการสร้างสังคมให้อยู่เย็นเป็นสุข โดยครอบครัวมีหน้าที่ในการสร้างสมาชิกใหม่ ให้การเลี้ยงดู อบรม สั่งสอน ให้การศึกษา ให้ ความรักความอบอุ่น คุ้มครองปกป้องอันตราย ให้การดูแลรักษาเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยให้ความ ช่วยเหลือสนับสนุน ให้กำลังใจ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบการพัฒนาทางด้านร่างกาย และจิตใจของสมาชิกให้เจริญเติบโตเป็นบุคคลที่สมบูรณ์ มีความฉลาดทั้งทางด้านสติปัญญา และอารมณ์ และครอบครัวยังเป็นตัวแทนสถาบันสังคมที่ถ่ายทอดค่านิยม ทัศนคติ และคุณ ลักษณะต่างๆ ของสังคมให้แก่สมาชิก เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ครอบครัวไทยในอดีตเป็นครอบครัวขยาย สมาชิกในครอบครัวอยู่รวมกัน ปู่ ย่า ตา ยาย จนถึงรุ่น หลานรุ่นเหลน แต่ปัจจุบันครอบครัวไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นกว่าสมัยก่อน แต่ เนื่องจากสภาพสังคมได้เปลี่ยนแปลงไปครอบครัวไทยจึงมีวิวัฒนาการเข้ากับสิ่งแวดล้อมแต่ก็มี บางอย่าง que แสดงถึงเอกลักษณ์และลักษณะของสังคมไทยโดยลักษณะของครอบครัวไทยใน ปัจจุบันคือ เป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขนาดเล็ก ชายเป็นใหญ่มากกว่าหญิงเคารพเชื่อฟัง ตามลำดับอาวุโส มีความผูกพันทางสายโลหิต มีความร่วมมือกันระหว่างสมาชิก เด็กได้รับความ รักความอบอุ่น (วันเพ็ญ ปัญญา, 2532) ซึ่งต่างกับครอบครัวชาวต่างประเทศ ที่ลักษณะ ครอบครัวเป็นครอบครัวขนาดเล็ก มีบิดา มารดา และบุตร อยู่กันตามลำพังไม่มีเครือญาติร่วมอยู่

ด้วย ความผูกพันทางสายโลหิตค่อนข้างมีน้อย เด็กเมื่อเติบโตถึงวัยหนึ่งก็จะแยกไปมีครอบครัว หรือใช้ชีวิตอิสระตามลำพัง

การทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Functioning) คือภารกิจที่สมาชิกครอบครัวพึงปฏิบัติเพื่อให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้รับการตอบสนอง ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทั้งในยามปกติและยามที่เจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายให้สมาชิกในครอบครัวมีการพัฒนาและสามารถปรับตัวให้เข้ากับ ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัว ซึ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวนี้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวตามโครงสร้างของครอบครัว และสามารถประเมินได้ใน 6 ด้านคือการแก้ไขปัญหา (Problem Solving) การสื่อสาร (Communication) บทบาท (Roles) การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective Responsiveness) ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective Involvement) และการควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control) (Epstein, Bishop, & Baldwin, 1984) และการมีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ครอบครัวทั้ง 6 ด้านดังนี้ การแก้ไขปัญหา ภายหลังจากบาดเจ็บที่ศีรษะของสมาชิกในครอบครัวก่อให้เกิดปัญหามากมายตามมา ไม่ว่าจะเป็นการปรับโครงสร้างบทบาทหน้าที่ ปัญหาทางร่างกายและอารมณ์ของสมาชิกครอบครัวจากการดูแลผู้ป่วย ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ปัญหาด้านการสื่อสาร ซึ่งอาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดความขัดแย้ง ขาดความเข้าใจซึ่งกันและกัน และเมื่อมีปัญหาเกิดการแก้ไขปัญหาของครอบครัวจะเป็นไปได้ยากลำบาก เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ไม่มีการตัดสินใจ ร่วมกันในการเลือกวิธีที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขปัญหา (Miller, 1995) การสื่อสาร ในภาวะวิกฤต การพูดคุยสื่อสารกันภายในครอบครัวอาจน้อยลง เนื่องจากภาระงานในครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้เมื่อเกิดความคับข้องใจ ความไม่สบายใจ หรือเรื่องทุกข์ใจ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการดูแลผู้ป่วย หรือปัญหาส่วนตัว สมาชิกครอบครัวไม่รู้จะระบายให้ใครฟัง และบางครั้งครอบครัวอาจมีการสื่อสารมีความขัดแย้งกันเอง (Kaplan & Sadock, 2000) บทบาท ภายหลังจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับตัวเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยมีการกระทำบทบาททดแทน หรือหยุดกระทำบทบาทบางอย่าง หรือเปลี่ยนแปลงชั่วคราว เนื่องจากความจำเป็นของครอบครัว เช่นสมาชิกครอบครัวอาจต้องทำหน้าที่เพิ่มเติมในส่วนของสมาชิกที่ขาดหายไป เช่นบุตรต้องทำหน้าที่แทนมารดาที่ต้องดูแลบิดาที่เจ็บป่วย ต้องทำงานบ้าน ทำอาหาร ดูแลน้อง ร่วมกับการทำหน้าที่เดิมของตนที่มีอยู่ นอกจากนั้นอาจต้องทำหน้าที่แทนบิดาที่เจ็บป่วยเพิ่มด้วยเช่น การหารายได้ให้กับครอบครัวเป็นต้น และจากภาระงานที่เพิ่มขึ้นนี้เองอาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัวปฏิบัติบทบาทเดิมไม่เหมาะสมหรือขาดตกบกพร่อง เช่น ภรรยาต้องดูแลสามีที่ป่วยอาจส่งผลให้การทำหน้าที่ในบทบาทมารดาที่มีต่อบุตรขาดตกบกพร่อง (Hickey, 1992; Marsh et al., 2002; Montgomery et al., 2002) การตอบ

สนองทางอารมณ์ ภายหลังจากเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ สมาชิกครอบครัวรู้สึกช็อก สับสน (Oddy et al., 1978) ไม่เชื่อ ปฏิเสธ คับข้องใจ ( Mathis, 1984) กลัวการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วย โกรธ เสียใจ รู้สึกผิด เครียดวิตกกังวล ซึมเศร้า (Kreutzer et al., 1994; Livingston et al., 1991; Wade, 1998; Mauss-Clum., and Ryan,1981; Waland and Kreutzer, 1998) โมโหหงุดหงิดง่าย กังวล ก้าวร้าว (Kreutzer et al., 1999; Degeneffe, 2004) มีความผิดปกติด้านความรู้สึกนึกคิด สภาพจิตใจ (Hall et al., 1994; Anderson et al., 2002) ความผูกพันทางอารมณ์ ในภาวะปกติครอบครัวจะมีระดับการแสดงออกซึ่งความสนใจ การเห็นคุณค่าในสิ่งต่าง ๆ ที่สมาชิกแต่ละคนทำรวมทั้งความรู้สึกผูกพันห่วงใยที่แต่ละคนมีต่อกัน ภายหลังจากเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ การแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความผูกพันอาจน้อยลง เนื่องภาระงานที่เพิ่มขึ้นภายในครอบครัวกลายเป็นความรู้สึกผูกพันที่เก็บไว้ในใจ ทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกห่างเหินกัน นอกจากนั้นบางครอบครัวอาจมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป ทำให้สมาชิกขาดความเป็นตัวของตัวเอง หรือขาดอิสระ (Kaplan & Sadock, 2000) การควบคุมพฤติกรรม โดยปกติครอบครัวต้องมีการควบคุมพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว เริ่มตั้งแต่การกำหนดว่าสมาชิกคนใดต้องทำอะไร มีการติดตามว่ามีการกระทำตามที่ตกลงกันหรือไม่ สมาชิกมีพฤติกรรมที่อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสมหรือไม่ ภายหลังจากบาดเจ็บที่ศีรษะ สมาชิกบางคนอาจวุ่นวายกับสมาชิกครอบครัวคนอื่นมากเกินไป มีปัญหาในการกำหนดขอบเขตระหว่างบุคคลอันเนื่องมาจากการขาดความเข้าใจกัน ขาดการยอมรับความแตกต่างของสมาชิกในครอบครัว มีการออกคำสั่งหรือควบคุมกันมากเกินไป ทำให้ความรู้สึกเป็นอิสระและเป็นตัวของตนเองของสมาชิกในครอบครัวลดลง จนบุคคลในครอบครัวรู้สึกอึดอัด รำคาญ หรืออาจจะมีการควบคุมพฤติกรรมที่ย่อนยานเกินไป ทำให้ครอบครัวไม่เป็นสุข (พรรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินชัชวาลย์, 2542)

จะเห็นว่าภายหลังจากการบาดเจ็บที่ศีรษะของสมาชิกในครอบครัวทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวได้รับผลกระทบในทุกด้าน ซึ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆที่ไม่ดีอาจนำมาสู่ปัญหาด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัว (Minnes et al., 2000) และยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอีกด้วย (Sheng-YuFan, 2002; Max et al., 1998) นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่ออัตราการฟื้นฟูสภาพ และอัตราการฟื้นฟูหายของผู้ป่วยโดยตรง (Ergh et al., 2002; Patterson et al., 1990; Sander et al., 2002; Streisand et al., 2003; Max et al., 1998; Mangeot et al., 2002; วิรวรรณ อุประมาณ, 2538; Evans et al., 1987; Groom et al., 1998) การทำหน้าที่ของครอบครัวจะเสียมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายปัจจัยเช่น ระดับความพิการของผู้ป่วย (กัญญารัตน์ ผึ้งบวรหาร, 2539; Biagas et al., 1999) ปัจจัยส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัว เช่น เพศ (Heru and Ryan, 2002; Ann et al., 2004) อายุ (Lazalus and Folkman, 1984) ระดับการศึกษา (Sheng-Yu Fa, 2002; พรรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธิน

ซ์ชวาลย์, 2542) ฐานะเศรษฐกิจ (พรรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินซ์ชวาลย์, 2542) การประเมินความเครียดของครอบครัว (Thompson et al., 1992; Lim and Zebrack, 2004) แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว (Leach et al., 1994; Sander et al., 2003; Ergh et al., 2002; Cheung, 1999; Sander et al., 1997) และการเผชิญความเครียดของครอบครัว (Lim and Zebrack, 2004; Degeneffe, 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มประชากรต่าง ๆ เช่น การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน (อุลิส สมบัติแก้ว, 2545) การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท (ภุมมาภิชาติ แสงเขียว, 2543) ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังของครอบครัวหน้าที่ครอบครัว และความพึงพอใจในชีวิตสมรสของสตรี (เลิศลักษณ์ จีรพันธ์, 2544) การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย (ธาดา เจริญกุล, 2545) การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่ติดสารแอมเฟตามีนในจังหวัดแพร่ (พร้อมพันธ์ คุ่มเนตร, 2546) การทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า (วิรวรรณ อุประมาณ, 2538) การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ (อรณพ ทองคำ, 2546) ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับการกระทำผิดของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดเชียงใหม่ (วินิรณี ทศนเทพ, 2542) ซึ่งจากงานวิจัยในอดีตจะเห็นว่ายังไม่พบผู้ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเลย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สามารถทำนายการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งได้แก่ความพิการของผู้ป่วย ปัจจัยส่วนบุคคลคือเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การประเมินความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัว เนื่องจากจากการทบทวนวรรณกรรมแล้วพบว่าตัวแปรเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับสูง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแก่ผู้สนใจต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. เพื่อศึกษาระดับความพิการของผู้ป่วย การประเมินความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัว
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของระดับความพิการของผู้ป่วย ปัจจัยส่วนบุคคล การประเมินความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

## ปัญหาการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอยู่ในระดับใด
2. ระดับความพิการของผู้ป่วย การประเมินความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวมีลักษณะอย่างไร
3. ระดับความพิการของผู้ป่วย ปัจจัยส่วนบุคคล การประเมินความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัว สามารถร่วมพยากรณ์การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้หรือไม่

## แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning: MMFF) ของ Epstein et al. (1984) โดยเหตุผลที่เลือกใช้แนวคิดนี้เนื่องจากแนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่มาจากการศึกษาครอบครัว ทั้งครอบครัวปกติและครอบครัวที่มีปัญหา และเป็นแนวคิดที่อธิบายถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้อย่างละเอียดและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทยมากที่สุด แนวคิดนี้แบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวออกเป็น 6 ด้านด้วยกันคือ การแก้ไขปัญหา (Problem Solving) การสื่อสาร (Communication) บทบาท (Roles) การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective Responsiveness) ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective Involvement) และการควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control)

ส่วนปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัว ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีของ Lazarus และ Folkman (1984) เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่กล่าวเกี่ยวกับความเครียด การประเมินความเครียด และการเผชิญความเครียดไว้อย่างเป็นระบบ ละเอียดและเข้าใจง่าย โดยการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดขึ้นกับสมาชิกครอบครัว (Stressor/event) เหตุการณ์นี้จะทำให้เกิดผลกับสมาชิกครอบครัวแตกต่างกัน เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะจะทำให้เกิดความพิการของผู้ป่วยในแต่ละคนแตกต่างกัน (Disability level) หลังจากนั้นสมาชิกในครอบครัวจะประเมินเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระทบนั้น (Stress appraisal) ว่าสูญเสีย คุกคามหรือทำลาย และบุคคลก็จะประเมินศักยภาพของตนเองว่าสามารถจัดการกับความเครียดได้หรือไม่ (Coping) บุคคลต้องใช้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่อย่างเต็มกำลังเพื่อรักษาภาวะที่ดีของตนเอง และประเมินว่าจะเลือกแหล่งประโยชน์ใดมาช่วยในการลดความเครียดที่เกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ก็เป็นแหล่งประโยชน์หนึ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ภายใต้ความแตกต่างของบุคคล (เช่น เพศ อายุ) และผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการนี้คือการทำหน้าที่ของครอบครัว

เพศ มีผลต่อกระบวนการความคิด ทักษะมุมมองชีวิต และการแก้ไขปัญหา บุคลิกภาพ ความละเอียดอ่อน ความอดทนและทุ่มเท ตลอดจนความถนัดในการทำงานที่แตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาพบว่าเพศหญิงจะทุ่มเทให้กับการทำหน้าที่ของครอบครัวมากกว่ารวมทั้งมีทักษะการติดต่อสื่อสารที่ดีกว่าเพศชาย ประกอบกับเพศชายมีระดับความยุ่งยากลำบากใจจากการทำหน้าที่ภายในบ้านและการทำหน้าที่ของครอบครัวมากกว่าเพศหญิง (Heru and Ryan, 2002; Ann et al., 2004) แต่เพศหญิงจะมองชีวิตในแง่ลบจากการทำหน้าที่ของครอบครัวซึ่งจะก่อให้เกิดความเครียดได้ง่ายกว่าเพศชาย ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว (Mercer and Ferketich, 1990)



อายุ เมื่อบุคคลอายุมากขึ้นจะมีความสามารถในการคิด การวินิจฉัยได้ตรง และ การตัดสินใจเลือกวิธีในการเผชิญปัญหามากขึ้น เนื่องจากบุคคลได้ผ่านภาวะวิกฤตมีประสบการณ์ พัฒนาการ ทำให้วุฒิภาวะสูงขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นแหล่ง ประโยชน์ ช่วยเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยจากการศึกษาพบว่าสมาชิกครอบครัวที่มีอายุน้อย มักจะมีการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่ดีเมื่อเทียบกับสมาชิกครอบครัวที่มีอายุมากกว่า (Ann et al., 2004)

ระดับการศึกษา มีผลต่อความรู้ หรือศาสตร์ที่บุคคลดึงมาช่วยในการทำหน้าที่ของ ครอบครัว โดยใช้เป็นแนวทางและช่วยในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีระบบ โดยจากการ ศึกษาพบว่าครอบครัวที่มีระดับการศึกษาต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาการทำหน้าที่ครอบครัว (Sheng-Yu Fan, 2002) และครอบครัวที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีระดับการทำหน้าที่ของ ครอบครัวดีกว่าครอบครัวที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า (พรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินชัชวาลย์, 2542; Sheng-Yu Fan, 2002)

รายได้ เป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งถือว่าเป็น องค์ประกอบที่สำคัญ โดยครอบครัวที่มีรายได้ของครอบครัวดี มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและ สังคมดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองและสมาชิกครอบครัว ราย ได้ของครอบครัวเป็นสิ่งสนับสนุนครอบครัว เป็นสิ่งที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานและปัจจัยสี่ ของสมาชิกครอบครัว ซึ่งเอื้ออำนวยต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยในครอบครัวที่มีฐานะ เศรษฐกิจไม่ดีมักมีปัญหาในการจัดหาความต้องการพื้นฐานในครอบครัว มีความยุ่งยากในเรื่อง การวางแผนการหาเงินและการใช้เงิน ซึ่งมีผลต่อความราบรื่นของครอบครัว ส่งผลต่อการทำหน้าที่ ของครอบครัว ทำให้ครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่าจะมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีกว่า ครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า (พรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินชัชวาลย์, 2542)

ระดับความพิการของผู้ป่วย มีผลต่อการดูแลของสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยมี ระดับความพิการมาก สมาชิกในครอบครัวยิ่งได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น เช่นกัน (กัญญารัตน์ ผึ้งบวรหาร, 2539; Biagas et al., 1999) โดยผู้ป่วยที่มีระดับความพิการมาก จะส่งผลถึงภาระการดูแลที่มากขึ้นของครอบครัว ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้สมาชิกในครอบครัวต้อง มีการปรับตัว ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว (Vicki et al., 2001)

การประเมินความเครียดของสมาชิกครอบครัวเป็นกระบวนการทางปัญญาที่บุคคล พิจารณาตัดสินใจว่ามีอะไรเกิดขึ้นต่อความผาสุกของตน ซึ่งมีความสำคัญในกระบวนการ ความเครียดและการเผชิญความเครียด เนื่องจากความแตกต่างของบุคคล โดยบุคคลต้องแยก สถานการณ์ที่ดีและสถานการณ์ที่เป็นอันตรายได้ ซึ่งการประเมินความเครียดจะส่งผลต่อการ

เผชิญและการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งส่งผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว (Thompson et al., 1992; Lim and Zebrack, 2004)

การสนับสนุนทางสังคมของสมาชิกครอบครัว เป็นการที่บุคคลรับรู้ต่อความช่วยเหลือของผู้อื่น ได้รับการตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานทางสังคมจากการมีปฏิสัมพันธ์ หรือการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ทำให้บุคคลรู้สึกมีความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถที่จะควบคุมตนเองและปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เพื่อสนองความต้องการของตนเองได้ บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจะนำมาซึ่งความมั่นใจในชีวิต และสามารถดำรงรักษาซึ่งสุขภาพที่ดี และความผาสุกทางจิตใจ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว (Leach et al., 1994; Sander et al., 2003; Ergh et al., 2002; Cheung, 1999; Sander et al., 1997)

การเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวส่งผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว (Lim and Zebrack, 2004; Degeneffe, 2004) การเผชิญความเครียดของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้บุคคลสามารถดำรงความผาสุกทางอารมณ์ (Moos, 1982 cited in Felton and Revenson, 1984) และส่งผลต่อการปรับตัวของบุคคลให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวในระดับสูงผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสามารถของตัวแปรเหล่านี้ในการพยากรณ์การทำหน้าที่ของครอบครัว เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว หรือเพื่อสร้างเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองต่อไป

## สมมุติฐานทางการวิจัย

ระดับความพิการของผู้ป่วย ปัจจัยส่วนบุคคลคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การประเมินความเครียดด้านอันตรายหรือความสูญเสีย ด้านความทุกข์ และด้านความท้าทาย การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และแบบมุ่งปรับอารมณ์ของสมาชิกครอบครัว สามารถร่วมพยากรณ์การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

## ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation Research) โดยประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมประสาท และอุบัติเหตุของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน แผนกศัลยกรรมประสาทและอุบัติเหตุของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 170 ราย

### 2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ ระดับความพิการของผู้ป่วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การประเมินความเครียดด้านอันตราย/ความสูญเสีย ด้านความทุกข์ ด้านความท้าทาย การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และแบบมุ่งปรับอารมณ์

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. สมาชิกครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งได้แก่ บิดา-มารดา บุตร พี่น้อง หรือมีความสัมพันธ์โดยเป็นสามี ภรรยา

2. ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง สมอง หรือเส้นเลือดที่อยู่ภายในกะโหลกศีรษะ ซึ่งมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุการจราจร การถูกพันถูกแทง ถูกตี หรือถูกกระแทกบริเวณศีรษะ การพลัดตกหกล้ม โดยไม่มีการบาดเจ็บที่อวัยวะส่วนอื่นของร่างกายร่วมด้วย (มีความพิการในระดับเล็กน้อยถึงรุนแรงโดยมีคะแนนการประเมินระดับความพิการ อยู่ในช่วง 4-14 คะแนน และเป็นผู้ป่วยที่พ้นจากระยะวิกฤตหรือพักอยู่ที่รักษาพยาบาล โดยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาไม่น้อยกว่า 3 วัน )

3. ระดับความพิการของผู้ป่วย หมายถึง ความรุนแรงและความบกพร่องทางระบบประสาทที่คาดว่าจะหลงเหลืออยู่ภายหลังผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะถูกจำหน่ายกลับบ้าน โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ตามแนวคิดของ Jennett & Bond (1975) คือ

3.1 ไม่มีความพิการ หมายถึงผู้ป่วยที่สามารถกลับไปดำเนินชีวิต และกลับไปทำงานหรือมีกิจวัตรประจำวันเหมือนก่อนเจ็บป่วยได้

3.2 มีความพิการเล็กน้อย (Mild disability) หมายถึงผู้ป่วยที่สามารถกลับไปดำเนินชีวิตและกิจวัตรประจำวันได้เอง ถึงแม้จะพบว่ามีความพิการหลงเหลืออยู่ แต่ก็พบว่ามีน้อยมาก สามารถกลับไปทำงานหรือมีกิจวัตรประจำวันเหมือนก่อนเจ็บป่วยได้

3.3 มีความพิการในระดับปานกลาง (Moderate disability) หมายถึงผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี หรือรู้สึกตัวแต่มีอาการสับสน ไม่รู้กาลเวลา สถานที่ และบุคคลสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน แต่ยังคงต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านการเงินและการเข้าสังคมอยู่บ้าง เนื่องจากยังคงมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่บ้างเช่น สถิติปัญญาและความจำเสื่อม มีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มีความบกพร่องของประสาทสั่งการ หรือมีปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นเป็นต้น ทำให้ไม่สามารถกลับไปทำงานและเข้าสังคมได้เช่นเดิม

3.4 มีความพิการในระดับรุนแรง (Severe disability) หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวโดยอาจมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นก็ได้ และต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงินและการเข้าสังคม เนื่องจากมีความพิการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมอย่างมาก

ประเมินโดยแบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2540) ซึ่งสร้างตามแนวความคิดการพยากรณ์ผลของกลาสโกว (Glasgow Outcome Scale) ของ Jennett & Bond (1975)

4. ปัจจัยส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัว หมายถึง คุณลักษณะด้านประชากรที่ประกอบด้วย

4.1 อายุ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน โดยนับจำนวนเต็มเป็นปี ของอายุสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

4.2 เพศ หมายถึง สถานภาพที่แสดงถึงความเป็นหญิง หรือ ชายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

4.3 ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับ แบ่งเป็น ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ระดับปริญญาตรี และระดับสูงกว่าปริญญาตรี

4.4 รายได้ หมายถึง รายรับของครอบครัวเป็นบาท/เดือน

5. การประเมินความเครียดของสมาชิกครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะให้สถิติปัญญา ความรู้และประสบการณ์ในการตีความสถานการณ์ซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ว่ามีความหมายหรือกระทบต่อตนเองหรือต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญในลักษณะใดตามคุณลักษณะ 3 ด้าน ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ได้แก่

5.1 อันตราย/ความสูญเสีย หมายถึง ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตีความว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วย เป็นสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองและบุคคลที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญ

ได้รับความเสียหายทั้งทางด้านร่างกาย เช่นประสิทธิภาพการทำงานลดลง ภาวะสุขภาพ และสถานะทางการเงิน นอกจากนั้นยังส่งผลต่อจิตใจในลักษณะต่าง ๆ เช่น สภาพอารมณ์ ความมีคุณค่าในตนเอง คุณค่าต่อสังคม และคุณค่าต่อบุคคลอันเป็นที่รักหรือบุคคลที่มีความสำคัญ

5.2 ความคุกคาม หมายถึง ครอบครัวยุ่ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตีความว่าความเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อตนเองในอนาคต และมีผลกระทบต่อความผาสุกของตนและบุคคลที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญ ทำให้ครอบครัวยุ่ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดความรู้สึกกลัว

5.3 ความท้าทาย หมายถึง การที่ครอบครัวยุ่ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตีความว่าแม้การบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อตนเอง แต่ก็ก็เป็นสิ่งที่ทำให้ตนเองได้รับประโยชน์เช่นมีการพัฒนาศักยภาพของตนเอง มีโอกาสแสวงหาความรู้เพื่อการดูแลตนเอง หรือการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โอกาสในการแสดงความสามารถของตนเอง ตลอดจนการมีทักษะและประสบการณ์เพิ่มขึ้น และคาดว่าตนเองสามารถใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ได้อย่างเต็มที่ ทำให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นมีความหวัง และความตื่นเต้นกระตือรือร้น

ประเมินโดยแบบวัดการประเมินความเครียด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการประเมินความเครียด ของ Lazarus และ Folkman (1984)

6. การสนับสนุนทางสังคมของสมาชิกครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในการได้รับความช่วยเหลือประคับประคองและสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลในเครือข่ายทางสังคมในระบบต่างๆ ได้แก่การสนับสนุนจากบิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วยความช่วยเหลือ 5 ด้านตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1981) ได้แก่

6.1 ความรักใคร่ผูกพัน (Intimacy) หมายถึง การรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในการได้รับความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ความรัก การดูแลเอาใจใส่และความไว้วางใจ จากบิดา มารดา คู่สมรส ลูก ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรด้านสุขภาพ

6.2 ความช่วยเหลือในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านวัตถุ (Assistance) หมายถึง การรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในการได้รับความช่วยเหลือในด้านคำแนะนำ ชี้แนะ รับฟัง ยอมรับและให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน หรือสิ่งของจากบิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรด้านสุขภาพ

6.3 การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน (Nurturance) หมายถึง การรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในโอกาสที่จะให้การดูแล ให้การสนับสนุนความสนใจและความ

สามารถ และให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข รวมทั้งการรับรู้ว่าคุณเองเป็นที่ต้องการ และเป็นที่ยังพาทของบุคคลอื่นได้

6.4 การรับรู้ว่าคุณเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) หมายถึง การรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในการมีโอกาสทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิดเห็น และได้รับการยอมรับว่าคุณเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม

6.5 การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Worth) หมายถึง การรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในการได้รับความเคารพ ยกย่อง และชื่นชม เป็นที่ต้องการหรือมีความสำคัญต่อบิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรด้านสุขภาพ

ประเมินโดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของจิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ที่แปลงจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire: Part 2) ของ Brandt และ Weinert (1981: 277-280) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974 cited in Brandt and Weinert, 1981: 277)

7. การเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัว หมายถึง พฤติกรรมและความคิดที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแสดงออกในการจัดการความเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหรือผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ประสบอยู่ หรือที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต แบ่งเป็น 2 ด้าน ตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984)

ได้แก่

7.1 การเผชิญกับความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused Forms of Coping) หมายถึง พฤติกรรม และความคิดที่ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแสดงออก เพื่อพยายามปรับเปลี่ยนและควบคุมความเครียด ที่เกิดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นโดยการเผชิญหน้ากับปัญหาและวางแผนในการแก้ไขกับปัญหา ด้วยการหาวิธีการต่างๆ เพื่อควบคุมปัญหา และอาจใช้วิธีเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือสิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่

7.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion-focused Forms of Coping) หมายถึง พฤติกรรมและความคิดที่ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแสดงออก เพื่อพยายามควบคุมความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ หรือความรู้สึกไม่สบายใจต่างๆ ที่มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วย โดยประเมินค่าใหม่ทางบวก การแสดงความรับผิดชอบ การควบคุมตนเอง การแสวงหาความเกื้อหนุนทางสังคม การถอยห่างและการหลีกเลี่ยงหรือเลี่ยงปัญหา

เพื่อให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น โดยปัญหาหรือสาเหตุของความทุกข์ทรมานทางอารมณ์หรือความรู้สึกไม่สบายใจ ยังคงไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือยังไม่ได้รับการแก้ไข

ประเมินโดยแบบสอบถามการเผชิญความเครียดที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของชนกพร จิตปัญญา (2542) ที่สร้างขึ้นตามแนวความคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984)

8. การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง ภารกิจที่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพึงปฏิบัติเพื่อให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้รับการตอบสนอง ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทั้งในยามปกติ และยามที่เจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายให้สมาชิกในครอบครัวมีการพัฒนาและสามารถปรับตัวให้เข้าได้กับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัว ซึ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวเกิดจากปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวตามโครงสร้างของครอบครัว และสามารถประเมินได้ใน 6 ด้านตามแนวความคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ของ Epstein et al (1984) คือ

8.1 การแก้ไขปัญหา หมายถึง พฤติกรรมหรือความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหามากมายที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวดำเนินไปได้ และปฏิบัติหน้าที่ที่ด้านต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8.2 การสื่อสาร หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันและกัน ซึ่งมีอยู่สองรูปแบบ คือ การสื่อสารโดยใช้คำพูด และไม่ใช้คำพูด เนื้อหาของการสื่อสาร แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เนื้อหาที่เกี่ยวกับวัตถุ (Instrumental) และเนื้อหาเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก (Affective)

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

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

8.5 ความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึง ระดับของความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกแต่ละคนมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกถึงความสนใจ การเห็นคุณค่าของกันและกัน

8.6 การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกประพติดตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสมไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนต่อตนเอง และผู้อื่น พฤติกรรมที่จำเป็นต้องมีการควบคุมประกอบด้วย พฤติกรรมที่เกิดขึ้น

เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและชีวะภาพ พฤติกรรมทางสังคม เช่น การคบเพื่อน พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือทรัพย์สิน การรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว

ประเมินโดยแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวจุฬาลงกรณ์แฟมมิลี่อินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory, [CFI]) ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามแบบแมคมาสเตอร์ ของ Epstien et al. (1984)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีการทำหน้าที่ที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงของความผิดปกติทางจิต อารมณ์ สังคม ร่างกาย จากการดูแลผู้ป่วย ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ลดความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรค การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอัตราการตายของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

2. เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยทางการพยาบาลจากการนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยหรือการทำวิจัยซ้ำ