



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของระดับความพิการของผู้ป่วย ปัจจัยส่วนบุคคล การประเมินความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัว กับการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยมีการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.1 ความหมายการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.2 สาเหตุและกลไกการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.3 พยาธิสรีระวิทยาการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.4 ชนิดและการแบ่งระดับการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.5 ผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว
 - 2.1 ความหมายการทำหน้าที่ของครอบครัว
 - 2.2 แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว
 - 2.3 การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
 - 3.1 ความหมายความเครียด
 - 3.2 ประเภทความเครียด
 - 3.3 การตอบสนองต่อความเครียด
 - 3.4 แหล่งประโยชน์ในการต้านทานความเครียด
 - 3.5 แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินความเครียด
 - 3.6 แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด
4. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
5. ระดับความพิการ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะ

เมื่อชีวิตได้อุบัติขึ้นแล้วหลังจากการปฏิสนธิร่างกายจะสร้างเซลล์ระบบประสาทหรือสมองขึ้นก่อนเซลล์อื่นๆ เพื่อทำหน้าที่ในการจดจำสิ่งต่างๆ ทำให้เราสามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สมองจึงเปรียบเสมือนศูนย์บังคับบัญชาการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และสมองในแต่ละส่วนจะทำหน้าที่เฉพาะแตกต่างกันออกไป เมื่อใดก็ตามที่การทำงานของสมองหยุดชะงักไปไม่ว่าจะจากสาเหตุใดก็ตามจะส่งผลให้เกิดผลกระทบแก่บุคคลนั้น ๆ เช่น ปัญหาทางการรับรู้ความรู้สึก การเคลื่อนไหว การพูด หรือแม้กระทั่งการรักษาชีวิตให้รอด ซึ่งสาเหตุที่ทำให้การทำงานของสมองหยุดชะงักมีหลายสาเหตุด้วยกันและหนึ่งในหลายสาเหตุคือการบาดเจ็บที่ศีรษะ

1.1 ความหมาย

นครชัย เผื่อนปฐม (2541) การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึงการบาดเจ็บใด ๆ ที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจทำให้มีหรือไม่มี การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว

จเร ผลประเสริฐ (2528) การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึงการบาดเจ็บที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง เส้นประสาท และสภาวะที่มีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน

Jenett & Teasdale (1981) การบาดเจ็บที่ศีรษะหมายถึง มีประวัติที่แน่ชัดว่าศีรษะถูกกระทบกระแทก ตรวจพบมีบาดแผลฉีกขาดที่หนังศีรษะหรือหน้าผาก มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัวแม้เพียงชั่วขณะ ผู้ป่วยที่มีข้อกำหนดการคลินิกดังกล่าวข้างต้นเพียงข้อเดียวหรือมากกว่าจัดเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ประภัสศรี ชาววงษ์ (2535) การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึงการที่ศีรษะได้รับความกระทบกระเทือนจากแรงกระแทก หรือแรงเหวี่ยงอย่างแรงจากวัตถุ หรือจากการที่ศีรษะไปกระทบวัตถุในขณะที่มีอุบัติเหตุ ก่อให้เกิดการทำลายหรือการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของสมอง และของกะโหลกศีรษะหรือของผิวหนังศีรษะ จนเห็นได้ว่าการบวมซ้ำ ฉีกขาด หรือแตกผิดรูปมีการเปลี่ยนแปลงระดับสติ จากการทำลายของเนื้อเยื่อสมองหรือเยื่อหุ้มสมองและเส้นเลือดของสมองก่อให้เกิดพยาธิสภาพ

ศุภโชค จิตรวาณิช (2547) การบาดเจ็บที่ศีรษะหมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงที่เข้ามากระทบต่อศีรษะและร่างกาย แล้วก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และสมองกับเส้นประสาท

ศิริพจน์ มะโนดี (2539) การบาดเจ็บใดๆที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะและเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจทำให้มีหรือไม่มี การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว

ทศพร พิชัยยา (2541) การกระทบการเทือนต่อสมองจากแรงภายนอก ซึ่งอาจทำให้ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงไปตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงมากได้ และมักส่งผลให้มีความบกพร่องต่อความรู้ความเข้าใจ และความบกพร่องทางด้านร่างกาย

จากความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่นักวิชาการต่าง ๆ ได้ให้มีความหมายที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึงความกระทบกระเทือนจากแรงกระแทก หรือแรงเหวี่ยงจากวัตถุ หรือจากที่ศีรษะไปกระทบวัตถุ ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง เส้นประสาท อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างร่วมกัน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับการรู้สติ และการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย

1.2 สาเหตุและกลไกการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ

1.2.1 สาเหตุการบาดเจ็บที่ศีรษะ

แสงชัย สิมาชจร (2535) ศึกษาที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ เมื่อปี พ.ศ. 2534 พบสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดจากอุบัติเหตุจราจรมากที่สุด คือ ร้อยละ 85.1 ซึ่งเป็นอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์มากที่สุด คือ ร้อยละ 61.6 รองลงมา ได้แก่ อุบัติเหตุจากรถยนต์ ร้อยละ 14.2 ส่วนการบาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดจากการตกจากที่สูงหรือถูกทำร้ายร่างกาย พบร้อยละ 11.9 และเดินถนนแล้วถูกรถชน ร้อยละ 6.7

สมศักดิ์ ผ่องประเสริฐ (2537) ได้ศึกษาสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร รองลงมาได้แก่ การตกจากที่สูง จากอุบัติเหตุไฟไหม้ การถูกทำร้ายร่างกาย เช่น ถูกยิงหรือถูกฟันที่ศีรษะ จากการเล่นกีฬา เช่น กีฬาขี่ม้า ชกมวย เป็นต้น

อรุณ กิจมหาตระกูล (2542) ได้ศึกษาการบาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่พบว่า สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่ 4 อันดับแรกคือ อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ตกจากที่สูง และคนเดินถนน

จเร ผลประเสริฐ (2528) แบ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะออกเป็น 2 สาเหตุใหญ่คือ สาเหตุจากการจราจร พบได้ 50 % ของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้เดินถนนถูกรถชนพบน้อยที่สุดถึง 40 % และ สาเหตุที่ไม่ใช่จากการจราจร พบได้ 50 % ของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะการถูกตีที่ศีรษะเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด

ซึ่งจากการศึกษาถึงสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่าการบาดเจ็บศีรษะเกิดจากสาเหตุ 2 สาเหตุใหญ่ ๆ คือ สาเหตุจากการจราจร เช่นผู้เดินถนนถูกรถชน อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ อุบัติเหตุจากรถยนต์ และสาเหตุที่ไม่ใช่จากการจราจร เช่นการตกจากที่สูง การถูกทำร้ายร่างกาย ถูกยิง ถูกฟัน หรืออุบัติเหตุที่ศีรษะ การเล่นกีฬา เช่น กีฬาขี่ม้า ชกมวย เป็นต้น

1.2.2 กลไกการบาดเจ็บที่ศีรษะ แบ่งออกเป็น 2 แบบคือการบาดเจ็บโดยตรง และการบาดเจ็บโดยอ้อม

1.2.2.1 การบาดเจ็บโดยตรง (Direct injury) คือ การบาดเจ็บที่เกิดบริเวณศีรษะโดยตรง ซึ่งมี 2 ชนิด

1.2.2.1.1 การบาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะอยู่นิ่ง (Static head injury) คือ การบาดเจ็บที่เกิดแก่ศีรษะขณะอยู่นิ่งหรือเคลื่อนไหวเล็กน้อย เช่น การถูกตี ถูกยิง สิ่งของหล่นใส่ เป็นต้น การเกิดพยาธิสภาพจะเกิดตรงตำแหน่งที่แรงมากระทบเท่านั้นจะรุนแรงเพียงใดขึ้นอยู่กับแรงวัตถุที่มากกระทบ พยาธิสภาพเหล่านี้มักจะเกิดที่หนังศีรษะ กะโหลก อาจจะไปเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

1.2.2.1.2 การบาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะเคลื่อนที่ (Dynamic head injury) คือ การบาดเจ็บที่เกิดแก่ศีรษะขณะที่ศีรษะมีความเร็วไปกระทบกับวัตถุที่อยู่นิ่งหรือกำลังเคลื่อนที่ เช่น ขับรถไปชนต้นไม้ ขับรถไปชนกับรถที่วิ่งสวนทาง เป็นต้น เมื่อศีรษะกระทบของแข็ง จะทำให้เกิดบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพแก่สมองส่วนนั้น (Coup lesion) ซึ่งมักมีการแตกตัวของกะโหลกศีรษะร่วมด้วย ส่วนสมองด้านตรงข้ามกับบริเวณที่กระทบวัตถุนั้นอาจมีการฉีกขาดและมีเลือดออกร่วมด้วย (Contrecoup)

1.2.2.2 การบาดเจ็บโดยอ้อม (Indirect injury) คือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับส่วนอื่นของร่างกาย แล้วมีผลสะท้อน ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้น เช่น ตกจากที่สูงก้นกระแทกพื้น ทำให้ศีรษะกระแทกลงมาบนส่วนของกระดูกคอ เป็นผลทำให้เกิดอันตรายต่อแกนสมองส่วนเมดลลาโดยตรงหรือการเคลื่อนไหวของลำตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้ส่วนศีรษะขาดการรองรับ เป็นผลให้ศีรษะคว่ำไปข้างหน้าหรือหงายไปด้านหลังอย่างรวดเร็ว ชนิดนี้ไม่มีบาดแผลที่หนังศีรษะและกะโหลกศีรษะ

รวมทั้งสิ่งแปลกปลอมออกให้หมด รวมทั้งมีการล้างแผลให้สะอาดก่อนเย็บปิดแผล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อขึ้น

1.3.2.2 กะโหลกศีรษะแตกยุบ (Depressed skull fracture) เกิดจากแรงที่มากกระแทกกะโหลกศีรษะเป็นบริเวณแคบ ๆ แต่มีความแรงมากจนทำให้กะโหลกศีรษะชั้นในแตกแล้วยุบลงไป ซึ่งอาจมีหรือไม่มีการฉีกขาดของหนังศีรษะร่วมด้วย และขอบกระดูกที่แตกอาจไปตัดเส้นเลือด middle meningeal artery และเส้นเลือดที่อยู่บริเวณผิวของสมอง เยื่อ dura หรือที่มลงบนเนื้อสมอง ทำให้เกิดสมองช้ำ เยื่อ dura ฉีกขาด เกิดก้อนเลือดเหนือหรือใต้เยื่อ dura หรือภายในเนื้อสมอง ผู้ป่วยที่มีกะโหลกศีรษะแตกยุบและมีทางติดต่อกับหนังศีรษะที่ฉีกขาด (Compound or open depressed skull fracture) มีโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อบริเวณกะโหลกศีรษะ (Osteomyelitis) หรือมีการติดเชื้อที่ระบบประสาทส่วนกลางได้สูง เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ และมีในสมอง เป็นต้น จากการที่เยื่อ dura ฉีกขาด และบาดแผลถูกปนเปื้อนด้วยเชื้อจุลชีพที่ติดมากับสิ่งแปลกปลอมหรือสิ่งสกปรก เช่น เศษดิน หิน ทราช หรือได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง เช่น มีการผ่าตัดเอาขอบแผลที่สกปรกหรือเนื้อตายรวมทั้งเศษกระดูกและสิ่งแปลกปลอมที่ฝังลึกในเนื้อสมองออกไม่หมด

1.3.2.3 ฐานกะโหลกศีรษะแตก (Basilar skull fracture) พบประมาณ ร้อยละ 19-20 ของการแตกของกะโหลกศีรษะทั้งหมด และพบร้อยละ 4 ของการบาดเจ็บที่ศีรษะ เกิดจากแรงที่มากกระแทกรุนแรงมากแล้วขยายลงไปถึงฐานของกะโหลกศีรษะ ซึ่งทำให้เกิดรอยแตกผ่าน cribriform plate, ethmoid sinus, frontal sinus, sphenoid sinus และมีการฉีกขาดของเยื่อ dura และเยื่อแรคนอยด์ ทำให้มีน้ำไขสันหลังรั่วออกทางจมูก และถ้ารอยแตกผ่านกระดูก petrous pyramid และเยื่อแก้วหูฉีกขาดจะมีน้ำไขสันหลังรั่วออกทางหู การฉีกขาดของเยื่อ dura และเยื่อแรคนอยด์ทำให้เกิดช่องติดต่อกันระหว่างช่องว่างใต้เยื่อแรคนอยด์กับหูชั้นกลาง ท่อยูสเทเซียน และไซนัสที่อยู่รอบ ๆ โพรงจมูก (Perinasal sinuses) ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้เชื้อประจำถิ่นที่มาอาศัยอยู่บริเวณเหล่านี้ผ่านเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางได้ง่าย แล้วทำให้ผู้ป่วยเกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบตามมา การรั่วของน้ำไขสันหลังออกทางจมูกหรือหูมักพบภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากได้รับบาดเจ็บ และถ้าให้ผู้ป่วยนอนราบอยู่กับเตียง น้ำไขสันหลังที่รั่วจะหยุดเองภายใน 1-2 สัปดาห์ ในรายที่มีน้ำไขสันหลังรั่วนานมากกว่า 2 สัปดาห์ แพทย์มักทำการผ่าตัดเข้าไปปิดรูรั่ว นอกจากนั้นการแตกของฐานกะโหลกศีรษะยังทำให้เส้นประสาทของสมองได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยอาจจะมีการรับกลิ่นเสียไป (Anosmia) โใบหน้าเบี้ยว หูหนวก หรือตาบอดได้

1.3.3. การบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งเกิดจากสมองได้รับบาดเจ็บโดยตรงแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1.3.3.1 สมองได้รับความกระทบกระเทือน(Cerebral concussion) เป็นการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยจะหมดสติหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นเวลาประมาณ 10 นาที แล้วฟื้นคืนสติโดยไม่มีอาการผิดปกติทางหน้าที่ของระบบประสาทและไม่พบพยาธิสภาพของเนื้อสมอง แต่ผู้ป่วยอาจจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ (Amnesia)

1.3.3.2 สมองซ้ำ (Cerebral contusion) สมองมีลักษณะซ้ำอาจเป็นหย่อมเล็ก ๆ หรือมีพื้นที่ขนาดใหญ่ ลักษณะผิวหรือเนื้อของสมองมีสีคล้ำแต่เยื่อหุ้มสมองไม่ฉีกขาด เนื้อสมองที่ซ้ำจะทำให้เส้นเลือดในสมองขยายแล้วเกิดสมองบวมตามมา ถ้าสมองซ้ำมีขนาดใหญ่มากหรือมีการบวมโดยรอบอาจทำให้เกิดภาวะสมองยื่นไปกดแกนสมองได้

1.3.3.3 เนื้อสมองฉีกขาด (Cerebral laceration) เนื้อสมองและเยื่อหุ้มสมองมีการฉีกขาดเป็นพื้นที่เล็ก ๆ หรือมีการฉีกขาดมากในบริเวณที่ถูกแรงกระแทกโดยตรง รวมทั้งมีบาดแผลฉีกขาดบริเวณหนังศีรษะและมีการแตกของกะโหลกศีรษะร่วมด้วย

1.3.4. การบาดเจ็บต่อเส้นเลือดในสมองทำให้เกิดการตกเลือดในโพรงกะโหลก (Intracranial hemorrhage) คือ

1.3.4.1 การเกิดก้อนเลือดเหนือเยื่อ dura (Epidural hematoma) เป็นก้อนเลือดที่เกิดขึ้นในชั้นที่อยู่ระหว่างด้านในของกะโหลกศีรษะบริเวณขมับผ่านร่องของเส้นเลือดแดง ทำให้เกิดการฉีกขาดของเส้นเลือด middle menigeal artery ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 15-20 นาที เพราะก้อนเลือดมีขนาดโตขึ้นอย่างรวดเร็วจากแรงดันของเส้นเลือดแดง บางครั้งอาจเกิดจากการแตกยุบของกะโหลกศีรษะผ่านร่องของเส้นเลือดดำ dural venous sinus ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทเกิดขึ้นช้า เนื่องจากเป็นการฉีกขาดของเส้นเลือดดำ ผู้ป่วยที่มีก้อนเลือดเหนือเยื่อ dura ร้อยละ 30-60 จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว

1.3.4.2 การเกิดก้อนเลือดใต้เยื่อ dura (Subdural hematoma) เป็นก้อนเลือดที่เกิดขึ้นระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้น dura และชั้นเพีย มักเกิดจากการฉีกขาดของเส้นเลือดดำที่เชื่อมโยงเส้นเลือดดำบริเวณผิวของสมองกับ venous sinus หรือเกิดจากก้อนเลือดภายในสมองขยายเข้าไปในช่องว่างใต้เยื่อ dura ก้อนเลือดอาจจะมีขนาดใหญ่แม้ว่าจะเกิดจากเส้นเลือดดำซึ่งมีแรงดันเลือดต่ำก็ตาม การเกิดก้อนเลือดใต้เยื่อ dura แบ่งออกได้เป็น 3 แบบ ดังต่อไปนี้

1.3.4.2.1 การเกิดก้อนเลือดใต้เยื่อ dura อย่างเฉียบพลัน (Acute subdural hematoma) เลือดส่วนใหญ่จะไหลออกมาจากเส้นเลือดแดงหรือจากร่องของเส้นเลือดขนาดใหญ่ อีกทั้งอาจมีเนื้อสมองซ้ำและบวมร่วมด้วย ทำให้มีอาการรุนแรงมากและเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็วซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกในกะโหลกศีรษะภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บ

1.3.4.2.2 การเกิดก้อนเลือดใต้เยื่อคราค่อนข้างเฉียบพลัน (Subacute subdural hematoma) ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ ภายหลังจาก 2 วัน ถึง 2 สัปดาห์ หลังการบาดเจ็บ

1.3.4.2.3 การเกิดก้อนเลือดใต้เยื่อคราเรื้อรัง (Chronic subdural hematoma) มักพบในผู้ป่วยสูงอายุ เกิดจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง ทำให้มีการฉีกขาดของเส้นเลือดดำที่เชื่อมโยงเส้นเลือดดำที่ผิวของสมองกับ sagittal venous sinus เลือดจะซึมออกมาข้างในชั้นใต้เยื่อคราแล้วเพิ่มขนาดทีละน้อย ต่อมาจะสร้างผนังมาหุ้มก้อนเลือดไว้ ก้อนเลือดที่อยู่ภายในจะมีการสลายตัวเป็นน้ำและมีขนาดใหญ่ขึ้น ในระยะแรกผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการของความดันภายในกะโหลกศีรษะสูง เพราะผู้ป่วยสูงอายุจะมีช่องใต้เยื่อครากว้างเนื่องจากสมองเหี่ยว แต่เมื่อก้อนเลือดมีขนาดใหญ่จนสมองไม่สามารถให้แทนที่ได้ จะทำให้ความดันภายในกะโหลกศีรษะสูงและเกิดภาวะสมองย่นตามมา ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะภายหลังจาก 2 สัปดาห์ขึ้นไปหลังการบาดเจ็บ

1.3.4.3 การเกิดก้อนเลือดภายในเนื้อสมอง (Intracerebral hematoma) เป็นก้อนเลือดที่เกิดขึ้นภายในเนื้อสมอง มักพบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่ไม่มีบาดแผลบริเวณหนังศีรษะที่ติดต่อกับรอยแตกของกะโหลกศีรษะ หรือจากการถูกกระสุนปืนแล้วเกิดการฉีกขาดของเส้นเลือดเล็กๆภายในเนื้อสมองส่วนใหญ่เกิดในบริเวณเนื้อสมองส่วนสีขาวของสมองกึ่งหน้าและกึ่งข้างและมักเกิดร่วมกับการมีสมองช้ำ มีก้อนเลือดใต้เยื่อคราและการบาดเจ็บที่รุนแรงทำให้เกิดพยาธิสภาพกระจายทั่วไปในสมอง

1.3.4.4 การมีเลือดออกในช่องว่างใต้เยื่อแรคนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage) เกิดจากการฉีกขาดของเส้นเลือดดำที่เชื่อมโยงระหว่างผิวของสมองและ venous sinus เลือดจะกระจายอยู่ในน้ำไขสันหลังและไม่จับตัวเป็นก้อน ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงของเยื่อหุ้มสมองระคายเคืองและความดันในกะโหลกศีรษะสูงเพราะเม็ดเลือดแดงไปอุดรูที่ arachnoid granulation ทำให้น้ำไขสันหลังถูกดูดซึมได้ไม่ดี ถ้าเลือดออกไม่มากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจะเป็นอยู่ระยะหนึ่งเท่านั้นแล้วจะกลับคืนสู่ภาวะปกติโดยไม่ต้องให้การรักษา ในระยะต่อมาการสลายตัวของเม็ดเลือดแดงในน้ำไขสันหลังจะระคายเคืองต่อเยื่อแรคนอยด์และเกิด communicating hydrocephalus ซึ่งต้องรักษาโดยการผ่าตัดใส่ shunt เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ

1.4 ชนิดและการแบ่งระดับการบาดเจ็บที่ศีรษะ

1.4.1 ชนิดของการบาดเจ็บที่ศีรษะ แบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ แบ่งตามชนิดของอุบัติเหตุต่อศีรษะและสมอง และแบ่งตามความรู้สติของผู้ป่วยเป็นหลัก

1.4.1.1 แบ่งตามชนิดของอุบัติเหตุต่อศีรษะและสมอง แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

1.4.1.1.1 บาดเจ็บชนิดปิด (closed head injury) ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุแล้ว ไม่มีบาดแผลที่หนังศีรษะที่ลึกถึงเนื้อสมอง ซึ่งมักเกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ถูกรถชน ตกจากที่สูง ตกรถ รถชนกันเป็นอุบัติเหตุที่รุนแรงมาก

1.4.1.1.2 บาดเจ็บชนิดเปิด (open head injury) ได้รับอุบัติเหตุจากของมีคม เช่น มีด ขวาน ถูกยิง ถูกแทง สะเก็ดระเบิด พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงแตกต่างกันออกไป ตั้งแต่หนังศีรษะจนถึงเนื้อสมอง (คณาจารย์สถาบันบรมราชชนก, 2541)

1.4.1.2 แบ่งตามความรู้สติของผู้ป่วยเป็นหลัก

1.4.1.2.1 การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างเบา (mild head injury: MHI) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความรู้สติดี สามารถทำตามคำสั่งและโต้ตอบคำถามที่แพทย์ผู้ตรวจเข้าใจได้

1.4.1.2.2 การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (severe head injury) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถทำตามคำสั่งง่าย ๆ และหรือโต้ตอบเป็นคำพูดที่เข้าใจได้โดยแพทย์ผู้ตรวจ

1.4.2 การแบ่งระดับการบาดเจ็บที่ศีรษะ

1.4.2.1 การบาดเจ็บสมองปฐมภูมิ (primary brain injury) จะเกิดขึ้นทันทีที่เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ (จเร ผลประเสริฐ, 2541) ทำให้เกิดการฟกช้ำต่อเนื้อสมองเกิดการฉีกขาดหรือเกิดร่วมกันก็ได้ คือ local brain damage หมายถึง การบาดเจ็บสองที่เกิดขึ้นเฉพาะบริเวณที่เกิดการบาดเจ็บอาจเกิดจากการถลอกหรือการชกซ้ำ อาการอาจพบเพียงมีเลือดออกเล็กน้อยใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นเปีย (pia mater) หรือเลือดออกอาจรุนแรงขยายเข้าไปกดเนื้อสมองทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อสมองโดยรอบ และเนื้อสมองบวมได้ ชนิดที่สอง คือ polar brain damage เกิดจากแรงซึ่งทำให้เนื้อสมองเกิดการเคลื่อนที่ภายในกะโหลกศีรษะ เมื่อเกิดการเคลื่อนที่แล้วหยุดลงทันทีทันใด พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอาจเกิดได้ในหลายตำแหน่งของสมอง ชนิดสุดท้ายของการบาดเจ็บสมองปฐมภูมิ คือ diffused brain damage เกิดจากแรงเสียดสี (swirling shear forces) ทำให้เกิดการฉีกขาดของแอกซอน (axon) จำนวนมากอาจพบหรือไม่พบว่ามีการทำลายเฉพาะที่ ผู้ป่วยอยู่ในระยะหมดสติชนิดลึก (deeply comatose state) ตอบสนองต่อการกระตุ้นการเจ็บปวดและพบมีการเหยียดแขนขาในลักษณะที่ผิดปกติและผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (vegetative state)

1.4.2.2 การบาดเจ็บศีรษะทุติยภูมิ (Secondary brain injury) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นหลังจากการบาดเจ็บสมองปฐมภูมิทำให้อาการต่าง ๆ เพลวลงอย่างรวดเร็ว เช่น ก้อนเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะ สมองบวม สมองขาดเลือด (จเร ผลประเสริฐ, 2541) นอกจากนี้บางสภาวะที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บในระยะที่ 2 อีก เช่นภาวะขาดออกซิเจน ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์สูง ความดันโลหิตต่ำ ความดันโลหิตสูง การเคลื่อนที่ของเนื้อสมองภายในกะโหลกศีรษะ ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งผลให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงขึ้น

การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ให้ใช้คะแนนของ Glasgow coma

ด้านที่ 1 การลืมตา (Eye opening)

ลืมตาได้เอง	E	4
ลืมตาเมื่อถูกเรียก		3
ลืมตาเมื่อเจ็บ		2
ไม่ลืมตาเลย		1

ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหว (Best motor response)

เคลื่อนไหวตามคำสั่งได้ถูกต้อง	M	6
ไม่ทำตามคำสั่งแต่ทราบตำแหน่งเจ็บ		5
ชักแขนขานี้ความเจ็บปวด		4
แขนงอผิดปกติ		3
แขนเหยียดผิดปกติ		2
ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย		1

ด้านที่ 3 การใช้คำพูด (Best verbal response)

พูดตอบคำถามได้ทันทีถูกต้อง	V	5
พูดได้เป็นประโยคแต่สับสน		4
พูดได้เป็นคำๆ		3
ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด คราวญคราง		2
ไม่ส่งเสียงเลย		1

Total score = E+M+V = 15

ดัชนีความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะและการพยากรณ์โรครายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ แบบประเมินความรู้สึกตัวของกลาสโกล จะประเมินพฤติกรรม 3 ด้านของผู้ป่วย คือ การลืมตาการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด และการพูด แล้วให้คะแนนพฤติกรรมการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในแต่ละด้านผลรวมของคะแนนตามพฤติกรรมที่แสดงทั้ง 3 ด้าน มีคะแนนรวม 15 คะแนน ซึ่งคะแนนดังกล่าว จะบอกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ดังนี้

1. ระดับ 13-15 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บที่สมองเล็กน้อย (Minor head injury) ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี สามารถลืมตาได้เองหรือลืมตาเมื่อถูกเรียก ทำตามคำสั่งและตอบคำถามได้ถูกต้องทันที หรือใช้เวลาเล็กน้อย สับสนเป็นบางครั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจะหมดสติชั่วคราวหลังจากได้รับการบาดเจ็บ

2. ระดับ 9-12 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บที่สมองปานกลาง (Moderate head injury) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกตัวลดลงและสับสน มักหลับเกือบตลอดเวลา จะตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวด สามารถทำตามคำสั่งหรือคำตอบง่าย ๆ ได้ถูกต้อง โดยใช้เวลานานกว่าปกติ ในรายที่ความรู้สึกตัวลดลงมากอาจเพียงเคลื่อนไหวหนีความเจ็บปวดหรือส่งเสียงไม่เป็นคำพูด ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีประวัติหมดสติหลังจากที่ได้รับบาดเจ็บ

3. ระดับ 3-8 คะแนน แสดงถึง การบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง (Severe head injury) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกตัวน้อยมาก หรือไม่รู้สึกตัวเลย ไม่สามารถทำตามคำสั่งใด ๆ ทั้งสิ้น อาจส่งเสียงไม่เป็นคำพูดเมื่อได้รับความเจ็บปวด หรือเคลื่อนไหวแขนขาหนี หรืออหรือเหยียดในท่าที่ผิดปกติหรือไม่มีการเคลื่อนไหวเลย

1.5 ผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

การบาดเจ็บที่ศีรษะนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

1.5.1 ผลกระทบต่อตนเอง

การหายของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 อย่าง ได้แก่ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ อายุของผู้ป่วยขณะได้รับบาดเจ็บ และคุณภาพของการรักษาพยาบาล จากการศึกษาผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนใหญ่ที่มีผู้รายงานได้อธิบายโดยอาศัยความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะดังนี้

1.5.1.1 ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (Minor head injury) ส่วนใหญ่เกือบทุกคนจะหายโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

1.5.1.2 ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง (Moderate head injury) มักจะพบผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาการเป็นที่น่าพอใจ มีเพียงส่วนน้อยที่มีสติปัญญาลดลง เนื่องจากการทำลายของเซลล์

สมองอย่างถาวร ผลการศึกษาติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ หลังจากบาดเจ็บที่ศีรษะ 3 เดือน มีอาการปวดศีรษะตลอดเวลา ความจำลดลง มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 70 ยังไม่ได้กลับเข้าทำงาน

1.5.1.3 ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (Severe head injury) จากการศึกษาของเจนเนตต์ และคณะในปี ค.ศ. 1981 พบอัตราการตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 50 และจากการติดตามผู้ป่วยที่รอดชีวิตในระยะ 6 เดือนหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ พบร้อยละ 20 มีความพิการอย่างรุนแรง ร้อยละ 40 มีความพิการปานกลางและร้อยละ 40 หายเป็นปกติ

1.5.2 ผลกระทบต่อครอบครัว

1.5.2.1 เกิดปัญหาและการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว

เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นย่อมทำให้รายจ่ายเพิ่มสูงขึ้น ทั้งค่ารักษาพยาบาล และค่าดูแลพิเศษทั่วไป หากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งทำหน้าที่หารายได้มาเลี้ยงดูสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว การเจ็บป่วยทำให้ต้องหยุดพักงานเป็นผลให้ขาดรายได้ ก็จะกระทบกระเทือนสวัสดิภาพความเป็นอยู่ของครอบครัวเป็นอย่างมาก หรือในกรณีที่ภรรยาผู้ทำหน้าที่ภรรยาและแม่บ้านเกิดเจ็บป่วย ก็มีผลกระทบกระเทือนถึงสมาชิกทุกคนในบ้านได้อย่างมากเพราะมารดานั้นเปรียบเสมือนเครื่องจักรกลสำคัญของครอบครัวที่คอยดูแลทั้งสามีและบุตร เป็นจุดศูนย์กลางที่สำคัญของครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยก็ทำให้ครอบครัวยุ่งยากลำบากไป จึงเห็นได้อย่างชัดเจนว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวก็ย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมขึ้นในครอบครัวด้วย

1.5.2.2 เกิดปัญหาและการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านบทบาทและสถานภาพของสมาชิกในครอบครัว

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทำให้ต้องมีการหยุดพักการทำงานเพื่อรักษาตัวในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูครอบครัวเมื่อต้องหยุดงานนานๆหรืออาจต้องออกจากงาน ภรรยาต้องเข้ารับบทบาทและสถานภาพบทบาทหัวหน้าครอบครัวแทน คือต้องออกทำงานหาเลี้ยงครอบครัวแทนสามี และต้องพึ่งพาบุคคลอื่นๆในการมาทำหน้าที่ต่างๆในการดูแลบ้านและการเลี้ยงดูบุตรแทนภรรยาอีกด้วย เหล่านี้ทำให้บทบาทและสถานภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป แต่ในรายที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแต่มีความพิการหลงเหลืออยู่ทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา บุคลิกภาพ และพฤติกรรม เหล่านี้ล้วนทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวได้ เนื่องจากความพิการดังกล่าว มีผลทำให้บทบาทและความรับผิดชอบของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปเป็นภาระต่อครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

1.5.2.3 เกิดปัญหาเครียดและการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์

ในการที่สมาชิกคนใดคนหนึ่งของครอบครัวเจ็บป่วยขึ้นมา นอกจากผลของความเจ็บป่วยจะแสดงออกต่อร่างกายแล้ว ยังมีผลกระทบต่อจิตใจของสมาชิกในครอบครัวด้วย ครอบครัวจะมีความวิตกกังวลและตึงเครียดมาก สมาชิกในครอบครัวอาจจะเริ่มมีความรู้สึกมึนชา รู้สึกกลัวช็อกและไม่เชื่อ (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2536) ซึ่งถือเป็นอาการของภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับสมาชิกของครอบครัว อย่างไรก็ตามปฏิกิริยาในระยะต่างๆนี้อาจขึ้นอยู่กับแต่ละครอบครัว แตกต่างกันไป ทั้งในด้านการเข้าสู่ปฏิกิริยาในระยะต่างๆ ตลอดจนขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละครอบครัวด้วยซึ่งมีความแตกต่างกัน และมีผลต่อการปรับตัวในระยะต่างๆของสมาชิกในครอบครัว

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบ่งเป็น 2 ระยะด้วยกันคือการพยาบาลระยะเฉียบพลัน และระยะพักฟื้น

1.6.1 ระยะเฉียบพลัน จุดมุ่งหมายในการวางแผนการพยาบาลในระยะเฉียบพลันมีดังต่อไปนี้

1.6.1.1 ประเมินอาการทางระบบประสาทร่วมกับระบบอื่นๆ ของร่างกาย เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับเปรียบเทียบอาการในระยะถัดไป และสำหรับเป็นแนวทางในการวินิจฉัยโรคของแพทย์

1.6.1.2 ดูแลและจัดทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ป้องกันการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์

1.6.1.3 คงค่าเฉลี่ยความดันเลือดแดงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือคงที่ เพื่อจะมีเลือดไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ

1.6.1.4 ดูแลสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ในร่างกายให้อยู่ในระดับขาดน้ำเล็กน้อย

1.6.1.5 ดูแลรักษาสมดุลกรดต่างของร่างกายให้เป็นปกติ

1.6.1.6 ช่วยให้ผู้ป่วยได้ลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ได้รับการพักผ่อนและได้ผ่อนคลาย

1.6.1.7 ดูแลรักษาสมดุลของภาวะโภชนาการของร่างกาย

1.6.1.8 ดูแลการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะให้เป็นปกติ

1.6.1.9 ป้องกันการติดเชื้อของร่างกาย ตลอดจนรักษาอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

1.6.1.10 ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆเนื่องจากขาดความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ และระบบต่อมไร้ท่อ

1.6.1.11 ปรึกษาประคองจิตใจผู้ป่วย ญาติและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

1.6.2 การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระยะพักฟื้น

1.6.2.1 ในฐานะที่เป็นพยาบาลควรมีส่วนช่วยเหลือให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น โดยการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทันที ภายหลังจากพ้นระยะวิกฤตหรือระยะเฉียบพลัน พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยต้องทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในระดับใดของการพักฟื้น เพื่อจะนำข้อมูลเหล่านั้นมาวางแผนและจัดกิจกรรมได้ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และมีการปรึกษากันระหว่างทีมฟื้นฟูสภาพเป็นระยะๆ ถึงปัญหาและความก้าวหน้าของผู้ป่วย การที่จะประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ระดับใดของระยะพักฟื้นนั้น สามารถรวบรวมและวิเคราะห์ได้จาก การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาของการบาดเจ็บ ชนิดของการผ่าตัด ผลการตรวจทางระบบประสาท และอายุของผู้ป่วย ซึ่งจากประสบการณ์ของแพทย์และพยาบาลจะสามารถคาดเดาหรือพยากรณ์ได้ตั้งแต่ระยะแรกของการบาดเจ็บถึงการรอดชีวิตและระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา และวิธีฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

1.6.2.2 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยก็เป็นบุคคลที่สำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยสมาชิกครอบครัวควรให้กำลังใจผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด สติปัญญา ความทรงจำ ดังนั้นสมาชิกครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวังในการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ควรสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย เช่น ซึมลง สับสน พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เพราะนั่นหมายถึงว่าผู้ป่วยมีอาการแย่ลง ควรพาไปพบแพทย์ นอกจากนั้นสมาชิกครอบครัวต้องช่วยในการทำกายภาพบำบัด การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตโดยสามารถช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเพื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2. แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกอยู่ร่วมกันด้วยความสุข มีความรักใคร่ ห่วงใย ผูกพัน และเอื้ออาทรต่อกัน

2.1 ความหมายการทำหน้าที่ของครอบครัว

สมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย (2524) ได้ให้ความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้ว่าเป็นงานที่ครอบครัวพึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยดี ความสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวจะเปลี่ยนแปลงไปตามยุคยุคสมัย หน้าที่บางอย่างอาจมีสถาบันหรือหน่วยงานอื่นทำแทนได้ แต่หน้าที่บางอย่างมีเพียงครอบครัวเท่านั้นที่สามารถทำได้ 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. ให้การขัดเกลาทางสังคม หรือ การอบรมเลี้ยงดู (socialization)
5. กำหนดสถานภาพทางสังคม (social placement)
6. ให้ความรักความอบอุ่น (affection)

ฟรืดแมน (Friedman, 1992) ได้กล่าวถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้ 5 ด้าน ดังนี้

1. หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทางชีวะภาพ โดยจัดหาสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างเพียงพอ
2. หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ โดยการให้ความรัก ความเอาใจใส่แก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะทำให้สมาชิกมีบุคลิกภาพที่มั่นคง เนื่องจากการได้รับความรัก ความอบอุ่นได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์อย่างเหมาะสม
3. หน้าที่ในการเลี้ยงดูอบรมสมาชิกให้เป็นสมาชิกที่มีคุณภาพของสังคมเป็นพลเมืองดีของชาติในอนาคต ต้องมีการอบรมสั่งสอนให้คำแนะนำ ดูแลความประพฤติของสมาชิก รวมทั้งให้โอกาสในการศึกษาเรียนรู้และฝึกทักษะเพื่อให้สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้ไปใช้ในการดำรงชีวิตต่อไปในอนาคต
4. หน้าที่ในการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม ต้องมีการ

จัดหารายได้ด้านเศรษฐกิจ และเตรียมสมาชิกที่มีวัยอันสมควรเข้าสังคม ผู้นำครอบครัวต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการประกอบอาชีพสุจริตและอภิมทรัพย์เพื่อให้ครอบครัวมีสถานภาพที่มั่นคง มีเงินไว้สำรองใช้เมื่อคราวจำเป็น

5. หน้าที่ในการสืบเชื้อสายหรือการผลิตสมาชิกใหม่เป็นผู้สืบสกุลอย่างต่อเนื่อง โดยการแต่งงานมีบุตรหรือรับบุตรบุญธรรม

วิระวรรณ อุประมาณ (2538) การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง รูปแบบที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันเป็นประจำ ซึ่งเกิดจาก ปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ตามโครงสร้างของครอบครัวและประเมินได้ใน 7 ด้านคือ

- การแก้ไขปัญหา (Problem Solving)
- การสื่อสาร (Communication)
- บทบาท (Roles)
- การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective Responsiveness)
- ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective Involvement)
- การควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control)
- หน้าที่ทั่วไป (General Functioning)

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

Janosid & Green (1992) ให้ความหมายของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวว่า เป็นความรู้สึกที่ไม่สามารถวัดได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม แต่การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็นกระบวนการพลวัตที่ทำให้มองเห็นถึงปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของสมาชิกในครอบครัว

ธาดา เจริญกุล (2545) การรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับภารกิจที่ครอบครัวพึงปฏิบัติ เพื่อให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายให้สมาชิกในครอบครัว มีการพัฒนาและสามารถปรับตัวให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม แบ่งการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม

จากความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัวที่นักวิชาการต่าง ๆ ได้ให้มีทั้งความหมายที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน ดังสรุปได้ว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง ภารกิจที่ครอบครัวพึงปฏิบัติเพื่อให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้รับการตอบสนอง ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทั้งในยามปกติ และยามที่เจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายให้สมาชิกในครอบครัวมีการพัฒนาและสามารถปรับตัวให้เข้าได้กับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัว

2.2 แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวมีด้วยกันหลายแนวคิด

2.2.1 แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามแบบของแมคมาสเตอร์

แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning: MMFF) เป็นแนวคิดหนึ่งที่สำคัญที่เป็นผลมาจากการศึกษาครอบครัว ทั้งครอบครัวปกติ และครอบครัวที่มีปัญหา โดยเริ่มการศึกษาที่มหาวิทยาลัยแมคกิลล์ (McGill) ประเทศแคนาดา ในช่วงปี 1950 แนวคิดแบบแมคมาสเตอร์นี้ได้พัฒนาขึ้นมาโดย แอ็พสทิน บิชอป และบัลด์วิน (Epstein, Bishop, & Baldwin, 1984) แห่งมหาวิทยาลัยแมคมาสเตอร์ (McMaster) ประเทศแคนาดา และมหาวิทยาลัยบราวน์ (Brown) ประเทศสหรัฐอเมริกา (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์มองครอบครัวเป็นระบบเปิด (open system) ประกอบด้วยระบบย่อยได้แก่ ระบบคู่สมรส ระบบบิดามารดา และบุตร ระบบของพี่น้อง และระบบเครือญาติ นอกจากนี้ ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่น ๆ เช่น ระบบครอบครัวขยาย ชุมชน สถาบันการศึกษา การเมือง รวมทั้งองค์กรทางศาสนา เป็นต้น การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ ได้ใช้หลายทฤษฎีในการอธิบาย เช่น ทฤษฎีการสื่อสาร ทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งทฤษฎีต่าง ๆ เหล่านี้ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับระบบของครอบครัวว่าระบบครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของสมาชิก ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับครอบครัวทั้งระบบ การปฏิสัมพันธ์ และการจัดองค์กรในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนแนวคิดของระบบครอบครัวจะพิจารณาแต่ละส่วนของครอบครัวมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอยู่เสมอ และมีผลต่อการดำรงชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านชีวภาพ อารมณ์ และสังคม สมาชิกในครอบครัวทุกคนจะต้องปฏิบัติตามภารกิจต่าง ๆ ที่มีของครอบครัว

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

2.2.1.1 การแก้ปัญหา (Problem solving) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้ และสามารถทำหน้าที่ในด้านต่าง ๆ ได้ ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ได้ดี มีประสิทธิภาพ จะมีวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวดเร็วและเป็นระบบ ในขณะที่ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพมักจะมีการแก้ปัญหาไม่เป็นระบบ ปัญหาบางอย่างยังไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะกลายเป็นปัญหาเรื้อรังต่อไป

การแก้ไขปัญหของครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ ตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ มีขั้นตอนโดย แยกแยะประเด็นปัญหาให้ชัดเจน มีการสื่อสารให้เข้าใจกันเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อจะได้ช่วยกันแก้ไขให้เหมาะสมตามสถานการณ์ การวางแผนแก้ปัญหาพร้อมกันคิดหาวิธีในการแก้ไข ปัญหา ตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม ดำเนินการแก้ไขปัญหตามวิธีที่เลือก ติดตามให้การแก้ปัญหานั้นเป็นไปอย่างครบถ้วนและประเมินความสำเร็จของวิธีแก้ปัญหา การแก้ปัญหาอาจไม่จำเป็นต้องทำทุกขั้นตอน ขึ้นอยู่กับลักษณะของปัญหา ในครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีจะมีวิธีการแก้ปัญหาโดยรวมได้อย่างเรียบร้อย แต่ในครอบครัวปกติอาจมีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ซึ่งปัญหาที่แก้ไขไม่ได้นี้อาจไม่ใช่เป็นปัญหาใหญ่ที่มีความรุนแรง หรือคงอยู่จนจนทำให้การทำหน้าที่ด้านอื่น ๆ ของครอบครัวบกพร่องไปด้วย และอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว

ครอบครัวแต่ละครอบครัวจะมีความแตกต่างกันในทักษะการแก้ปัญหา ครอบครัวที่สมาชิกทำหน้าที่โดยแสดงบทบาทของตนได้เหมาะสม มีความรักความผูกพัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจกัน ก็จะสามารจัดการกับปัญหาส่วนใหญ่ได้ แต่ในครอบครัวที่มีความขัดแย้ง สมาชิกต่างคนต่างอยู่ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น มักจะมีวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เป็นระบบ และปัญหาที่ไม่ได้รับการแก้ไขให้เสร็จสิ้น มักจะกลายเป็นปัญหาเรื้อรัง จากการศึกษาครอบครัวของผู้ติดสารเสพติดพบว่ามี ความบกพร่องในการแก้ปัญหาภายในครอบครัว ทำให้เกิดความขัดแย้งและไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการแก้ปัญหา

2.2.1.2 การสื่อสาร (Communication) หมายถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันและกัน ซึ่งมีอยู่สองรูปแบบ คือ การสื่อสารโดยใช้คำพูด และไม่ใช้คำพูด ในแนวคิดของแมคมาสเตอร์ (Epstein et al., 1984) จะเน้นที่การสื่อสารโดยคำพูด (Verbal communication) เนื่องจากการสื่อสารที่สามารถวัดและประเมินได้ชัดเจนกว่าการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด (Nonverbal communication) เนื้อหาของการสื่อสาร แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับวัตถุ (Instrumental) และเนื้อหาเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก (Affective)

การสื่อสารสามารถวิเคราะห์ได้ใน 2 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาและด้านจุดหมายปลายทาง การสื่อสารที่ดีจะต้องมีความชัดเจนทั้งด้านเนื้อหา และสื่อได้ตรงกับบุคคลเป้าหมาย การสื่อสารในครอบครัวแบ่งเป็น 4 ลักษณะ ซึ่งประกอบด้วย เนื้อหาชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย

(Clear and direct) เนื้อหาชัดเจนแต่ไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (Clear and indirect) เนื้อหาไม่ชัดเจนแต่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (Masked and direct) เนื้อหาไม่ชัดเจนและไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (Masked and indirect)

ครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ดีมักจะเป็นครอบครัวที่สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และสมาชิกแสดงบทบาทได้เหมาะสม และจากการศึกษาครอบครัวของผู้ติดยาเสพติดพบว่าครอบครัวมักมีความบกพร่องในด้านการสื่อสาร มีการทะเลาะวิวาท (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

2.2.1.3 บทบาท (Role) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติต่อกันและกันซ้ำ ๆ เป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ โดยแบ่งเป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับวัตถุ (Instrument) และบทบาทที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ (Affective)

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

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

2.2.1.5 ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective involvement) หมายถึง ระดับของความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกแต่ละคนมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกถึงความสนใจ การเห็นคุณค่าของกันและกัน ความผูกพันทางอารมณ์แบ่งได้หลายระดับดังนี้ คือปราศจากความผูกพัน (Lack of involvement) สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจซึ่งกันและกัน ต่างคนต่างอยู่ ผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก (Involvement devoid of feelings) ผูกพันเพื่อตนเอง (Narcissistic involvement) ผูกพันอย่างมีความเข้าใจ (Empathic involvement) ผูกพันมากเกินไป (Over involvement) ผูกพันจนเหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน (Symbiotic involvement)

ความผูกพันในครอบครัวจะแตกต่างกันในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เช่น เมื่อลูกเข้าสู่วัยรุ่น ความผูกพันระหว่างบิดา มารดาและบุตร จะลดความเข้มข้นลง เนื่องจากบุตรเริ่มสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลนอกครอบครัวมากขึ้น ความผูกพันทางอารมณ์ที่เหมาะสม จะต้องทำให้สมาชิกมีความเป็นอิสระ แต่ขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันกับครอบครัว ซึ่งในครอบครัวของผู้ติดยาเสพติดลักษณะความผูกพันจะเป็นแบบ ผูกพันมากเกินไป ทำให้ขาดอิสระ และความเป็น

ส่วนตัว รวมทั้งความผูกพันแบบปราศจากความผูกพัน สมาชิกต่างคนต่างอยู่ ไม่สนใจซึ่งกันและกัน

2.2.1.6 การควบคุมพฤติกรรม (Behavior control) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนต่อตนเอง และผู้อื่น พฤติกรรมที่จำเป็นต้องมีการควบคุมประกอบด้วย 1) พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและชีวะภาพ 2) พฤติกรรมทางสังคม เช่น การคบเพื่อน 3) พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือทรัพย์สิน และ 4) การรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว การควบคุมพฤติกรรมในครอบครัวแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ คือ การควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวด (Rigid behavior control) การควบคุมแบบยืดหยุ่น (Flexible behavior control) การควบคุมแบบตามใจ (Laissez-faire behavior control) การควบคุมพฤติกรรมแบบยุ่งเหยิง (Chaotic behavior control)

การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่เหมาะสม เช่น ครอบครัวขาดความรักความอบอุ่น ไม่มีการสื่อสาร ความคาดหวังของบิดามารดาสูง หรือต่ำเกินไป การเลี้ยงดูแบบตามใจ จะทำให้วัยรุ่นขาดความมั่นคงในตนเอง ตามเพื่อน ถูกชักจูงได้ง่าย เมื่อมีปัญหาหรือความคับข้องใจอาจพึ่งพิงสารเสพติดได้

โดยสรุป การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ (MMFF) เป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกภายในครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสมทั้งในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร การปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละคน การมีความผูกพันและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มั่นคงรวมทั้งการควบคุมพฤติกรรมให้อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม จะเป็นการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพจิตที่ดี มีความรัก ความเข้าใจเอื้ออาทร ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แต่ถ้าการทำหน้าที่ในครอบครัวในด้านต่าง ๆ ไม่เหมาะสมอาจเป็นสาเหตุทำให้สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้

2.2.2 แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามแบบ Circumplex model

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

2.2.2.1 Cohesion คือ ความผูกพันทางอารมณ์ที่สมาชิกมีต่อกัน แบ่งเป็นระดับ ดังนี้ ระดับต่ำมาก เรียกว่า disengaged ระดับกลางค่อนข้างต่ำ เรียกว่า separated ระดับกลางค่อนข้างสูง เรียกว่า connected ระดับสูงมาก เรียกว่า enmeshed

Cohesion ในระดับกลางทั้งแบบ separated และ connected เป็นสิ่งที่เหมาะสมที่สุด เพราะบุคคลสามารถเป็นอิสระและเป็นตัวของตัวเองได้ ในขณะที่ยังผูกพันอยู่กับครอบครัวความสมดุลในสองสิ่งนี้จะทำให้บุคคลพัฒนาไปได้อย่างดี ในครอบครัวที่มี cohesion แบบ disengaged สมาชิกมีความเป็นตัวของตัวเองมากเกินไปจนทำให้ต่างคนต่างอยู่ ความผูกพันและร่วมมือร่วมใจกันมีน้อยทำให้ครอบครัวไม่มีความเป็นปึกแผ่น แต่ในครอบครัวที่มี cohesion แบบ enmeshed สมาชิกจะมีความจงรักภักดีต่อครอบครัวมากเกินไปและเห็นพ้องต้องกันมากจนไม่สามารถเป็นตัวของตัวเอง พัฒนาการทางจิตใจ อารมณ์และสังคมของสมาชิกก็จะบกรงด้วยเช่นกัน

2.2.2.2 Adaptability หมายถึง ความสามารถของครอบครัวโดยเฉพาะระบบคู่สมรสในอันที่จะเปลี่ยนแปลงโครงสร้างแห่งอำนาจ บทบาท รวมทั้งความสัมพันธ์ให้เหมาะสมเพื่อที่จะจัดการกับปัญหาและความเครียดที่เกิดขึ้น

2.2.2.3 Communication หมายถึง การสื่อสารภายในครอบครัว การสื่อสารเป็นมิติที่สำคัญ เพราะเป็นตัวช่วยสนับสนุนการทำหน้าที่ใน 2 ด้านแรกให้เป็นไปด้วยดี

เมื่อพิจารณาคครอบครัวตาม cohesion และ adaptability แล้ว สามารถแบ่งครอบครัวได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

- ครอบครัวแบบสมดุล (Balanced family) คือครอบครัวที่มี cohesion และ adaptability อยู่ในช่วงกลาง
- ครอบครัวแบบสุดขั้ว (Extreme family) คือครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ทั้ง 2 ด้านอยู่ในช่วงสุดขั้ว โดยอาจจะเป็นอย่างมากเกินไปหรือน้อยเกินไปก็ได้
- ครอบครัวระดับกลาง (Midrange family) คือครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ด้านหนึ่งอยู่ในช่วงกลาง และอีกด้านหนึ่งอยู่ในช่วงสุดขั้ว

ครอบครัวแบบสมดุลจะมีความแข็งแกร่งที่สุดในการต่อสู้กับความเครียด มีกลยุทธ์ที่จะจัดการกับความเครียดอย่างหลากหลายและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวแบบนี้จะสูงกว่าแบบอื่น

2.2.3 แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบ Beavers system model

Beavers และคณะ (1985) มองการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวใน 2 แง่คือ competence และ style

2.2.3.1 Competence คือ ความสามารถของครอบครัวในการจัดระบบภายในให้ดำเนินไปได้อย่างเรียบร้อย คำนึงมีขอบเขตกว้างตั้งแต่มีประสิทธิภาพไปจนถึงบกพร่องอย่างรุนแรง

การประเมิน competence จะต้องมองดูครอบครัวในภาพรวม ไม่ใช่ที่จุดใดจุดหนึ่งในการประเมินจะต้องระลึกเสมอว่า ครอบครัวที่มีระดับ competence ใกล้เคียงกัน อาจมีปฏิสัมพันธ์แตกต่างกันก็ได้ นอกจากนี้ครอบครัวยังปฏิบัติภารกิจแต่ละอย่างได้แตกต่างกัน บางอย่างอาจทำให้ดีมากแต่บางอย่างทำได้ไม่ดีเท่าไร ครอบครัวที่สามารถจัดการกับภารกิจเล็ก ๆ ได้ก็มักจะจัดการให้ภารกิจใหญ่ให้สำเร็จครอบครัวที่มี 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 แบ่งครอบครัวตามระดับ competence ได้ 5 กลุ่ม คือ

1. ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้เหมาะสม (Optimal family) เป็นครอบครัวที่มี competence ดีดังที่กล่าวมาข้างต้น

2. ครอบครัวที่ทำหน้าที่ดีเพียงพอ (Adequate family) ครอบครัวแบบนี้มีประสิทธิภาพดีปานกลาง มีขอบเขตระหว่างบุคคลที่ชัดเจน มีความรักใคร่กลมเกลียวกัน แต่จะใช้อำนาจควบคุมมากกว่าครอบครัวแบบแรก การแก้ปัญหาขัดแย้งมักใช้วิธีออกคำสั่งมากกว่าประนีประนอม มีการแบ่งแยกหน้าที่ระหว่างหญิงชายอย่างชัดเจน พ่อแม่ร่วมมือกันไม่ดีเท่าไรนัก มีความตึงเครียดสูง ความสุข ความเป็นกันเองและไว้วางใจกันมีน้อย แต่ลูกในครอบครัวแบบนี้ก็ประสิทธิภาพใกล้เคียงกับแบบแรก

3. ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ปานกลาง (Midrange family) ครอบครัวแบบนี้พบบ่อยที่สุด สมาชิกไม่ค่อยใกล้ชิดผูกพันกันและมักเก็บกอดความรู้สึก ไม่ค่อยแสดงออกหรือยอมรับในความรู้

ลึกที่มีต่อกัน มีปัญหาขอบเขตระหว่างบุคคล ไม่ค่อยยอมรับความแตกต่างของกันและกัน มักแก้ปัญหาโดยออกคำสั่งมากกว่าประนีประนอม ลูกจะพัฒนาไปได้ไม่ดีนัก และเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ก็จะแยกออกจากครอบครัวได้ยาก และอาจเกิดปัญหาทางอารมณ์หรือพฤติกรรมได้

4. ครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่ค่อยดี (Borderline family) ครอบครัวแบบนี้มีการควบคุมมากกว่าแบบที่ 3 การระดับระครองทางอารมณ์ต่อกันมีน้อย ภารกิจทางพัฒนาการก็เป็นไปอย่างไม่ครบถ้วน สมาชิกไม่ค่อยมีความเป็นตัวของตัวเอง ขอบเขตระหว่างบุคคลไม่ชัดเจน อารมณ์ในครอบครัวแปรเปลี่ยนได้มาก ตั้งแต่เศร้าจนถึงโกรธอย่างรุนแรงหรือก้าวร้าว ความสุขในครอบครัวมีค่อนข้างน้อย

5. ครอบครัวที่ทำหน้าที่บกพร่องอย่างมาก (Severely dysfunctional family) ครอบครัวแบบนี้มีปัญหามากที่สุดเพราะไม่สามารถแก้ไขความขัดแย้งได้เลย ทั้งสมาชิกก็ยังจัดการกับความขัดแย้งภายในจิตใจของตนไม่ได้ การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ มีปัญหาในขอบเขตระหว่างบุคคลและขาดความเป็นตัวของตัวเอง พ่อแม่ไม่สามารถร่วมมือกันปกครองลูกได้ ลูกจะมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง ไม่มีเอกลักษณ์ที่มั่นคงหรือเป้าหมายที่แน่นอนในชีวิต

2.2.3.2 Style หมายถึง ทิศทางของปฏิสัมพันธ์ที่ครอบครัวมีต่อตนเองและมีต่อระบบภายนอก style มีความหมายใกล้เคียงกับ cohesion และ emotional involvement style แบ่งเป็น 2 แบบ คือ แบบที่มีทิศทางเข้าหาครอบครัว (Centripetal-CP) และแบบที่มีทิศทางออกจากครอบครัว (Centrifugal-CF) ดังตาราง

ตารางเปรียบเทียบ style แบบ CP และ CF

ครอบครัวแบบ CENTRIPETAL (CP)	ครอบครัวแบบ CENTRIFUGAL (CF)
1. แสวงหาความสุขจากภายในครอบครัว	1. แสวงหาความสุขจากนอกครอบครัว
2. ไม่ค่อยไว้วางใจคนนอกครอบครัว	2. สนทนากับคนนอกมากกว่าคนในครอบครัว
3. สมาชิกแสดงความรู้สึกทางบวกเป็นส่วนใหญ่ และเก็บกดความรู้สึกทางลบ	3. มักแสดงความรู้สึกทางลบ เช่น โกรธ ไม่พอใจ มากกว่าความรู้สึกทางบวก
4. ลูกแยกออกไปจากครอบครัวได้ยากเพราะมีความผูกพันมากเกินไป	4. ผลักดันให้ลูกออกจากครอบครัวโดยที่ลูกยังไม่พร้อม
5. สมาชิกมักมีปัญหาทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า กังวล	5. สมาชิกมักมีปัญหาทางพฤติกรรม เช่น ขอบชั้ดคำสั่งหรือเกเร

Style เป็นเครื่องชี้ถึงความสามารถในการปรับตัวด้วย ครอบครัวที่ปรับตัวได้ไม่ดีจะมี style คงที่ไม่เปลี่ยนแปลง แต่ครอบครัวที่ปรับตัวดีจะมี style ที่ยืดหยุ่นสอดคล้องกับวงจรชีวิต

และความต้องการของสมาชิก เช่น เมื่อมีลูกวัยรุ่น style จะเปลี่ยนจาก centripetal ไปเป็น centrifugal โดยลูกจะใช้ชีวิตนอกบ้านมากขึ้นแทนที่จะชลุกอยู่กับพ่อแม่ ส่วนพ่อแม่ก็จะหันไปมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยเพื่อไม่ให้เกิดความเหงาเมื่อลูกไม่อยู่ ในครอบครัวที่ปรับตัวไม่ดี พ่อแม่จะเรียกร้องให้ลูกอยู่กับตนเองหรืออาจมีอารมณ์เศร้าถ้าลูกห่างไป

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning: MMFF) ซึ่งได้พัฒนาขึ้นมาโดย Epstein, Bishop, & Baldwin (1984) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มาจากการศึกษาครอบครัว ทั้งครอบครัวปกติ และครอบครัวที่มีปัญหามาเป็นระยะเวลาานกว่า 25 ปี และเป็นแนวคิดที่อธิบายถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างละเอียด และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทยมากที่สุด

2.2.4 การประเมินวิธปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

การประเมินวิธปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวทำได้โดยการสัมภาษณ์ครอบครัวและสังเกตวิธีที่ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กัน ปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือหลายอย่างเพื่อช่วยให้การประเมินเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน เครื่องมือแบ่งได้เป็นสองแบบ คือ

2.2.4.1 เป็นแบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง เป็นแบบสัมภาษณ์ครอบครัวในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วยคำถามที่มีรูปแบบแน่นอนเช่น McMaster Structured Interview of Family Functioning (McSIFF) ซึ่งมีทั้งแบบที่ใช้สำหรับครอบครัวที่มีทั้งพ่อและแม่ และครอบครัวที่พ่อหรือแม่เลี้ยงลูกตามลำพัง (Bishop และคณะ, 1987) ผู้ประเมินซึ่งอาจเป็นแพทย์ พยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์จะสัมภาษณ์ครอบครัวและสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในขณะสัมภาษณ์ นอกจากนี้อาจมอบหมายให้ครอบครัวทำงานบางอย่างร่วมกัน เช่น ร่วมกันวางแผนพักผ่อนในวันหยุดเพื่อผู้ประเมินจะสังเกตปฏิสัมพันธ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เป็นต้น

2.2.4.2 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, 2538) แต่ก็มีข้อความหลายข้อ

ที่ไม่เหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทย อุมพร ตรังคสมบัติ ได้สร้าง Chulalongkorn Family Inventory (CFI) ซึ่งเป็นแบบประเมินครอบครัวที่ประกอบด้วยข้อความ 36 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ในด้านต่าง ๆ ตาม MMFF โดยเพิ่มแบบสอบถามด้านการทำหน้าที่ทั่วไปเพื่อให้เข้ากับวิถีชีวิตคนไทยได้ดีขึ้น การศึกษาเบื้องต้นพบว่า CFI มีความเที่ยง (Reliability) ในระดับสูง และมีประโยชน์ในการช่วยให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดที่สมาชิกมีต่อครอบครัวมากขึ้น

ในการศึกษานี้ผู้ศึกษาใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory (CFI) ของอุมพร ตรังคสมบัติ (2540) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา และเหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทยมากที่สุด

2.3 การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ผู้วิจัยได้รวบรวมปัญหาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning: MMFF) ของ Epstein และคณะ (1984) ซึ่งแบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวออกเป็น 6 ด้านด้วยกันคือ การแก้ไขปัญหา (Problem Solving) การสื่อสาร (Communication) บทบาท (Roles) การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective Responsiveness) ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective Involvement) การควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control)

2.3.1 การแก้ไขปัญหา ภายหลังจากบาดเจ็บที่ศีรษะของสมาชิกในครอบครัวก่อให้เกิดปัญหาต่างๆมากมายตามมา ไม่ว่าจะเป็นการปรับโครงสร้างบทบาทหน้าที่ ปัญหาทางร่างกาย และอารมณ์ของสมาชิกครอบครัวจากการดูแลผู้ป่วย ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ปัญหาด้านการสื่อสาร ซึ่ง อาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดความขัดแย้ง ขาดความเข้าใจซึ่งกันและกัน และเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นการแก้ไขปัญหาของครอบครัวจะเป็นไปได้ยากลำบากเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ไม่มีการตัดสินใจร่วมกันในการเลือกวิธีที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขปัญหา (Miller, 1995)

2.3.2 การสื่อสาร ในภาวะวิกฤต การพูดคุยสื่อสารกันภายในครอบครัวอาจน้อยลงเนื่องจากภาระงานในครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้เมื่อเกิดความคับข้องใจ ความไม่สบายใจ หรือเรื่องทุกขลาจ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการดูแลผู้ป่วย หรือปัญหาส่วนตัว สมาชิกครอบครัวไม่รู้จะระบายให้ใครฟัง และบางครอบครัวอาจมีการสื่อสารมีความขัดแย้งกันเอง (Kaplan & Sadock, 2000)

2.3.3 บทบาท ภายหลังจากเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับตัวเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยมีการกระทำบทบาททดแทน หรือหยุดกระทำบท

บาทบางอย่าง หรือเปลี่ยนแปลงชั่วคราว เนื่องจากความจำเป็นของครอบครัว เช่นสมาชิกครอบครัวอาจต้องทำหน้าที่เพิ่มเติมในส่วนของสมาชิกที่ขาดหายไป เช่นบุตรต้องทำหน้าที่แทนมารดาที่ต้องดูแลบิดาที่เจ็บป่วย ต้องทำงานบ้าน ทำอาหาร ดูแลน้อง ร่วมกับการทำหน้าที่เดิมของคนที่มียู่ นอกจากนั้นอาจต้องทำหน้าที่แทนบิดาที่เจ็บป่วยเพิ่มด้วยเช่น การหารายได้ให้กับครอบครัวเป็นต้น และจากภาระงานที่เพิ่มขึ้นนี้เองอาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัวปฏิบัติบทบาทเดิมไม่เหมาะสมหรือขาดตกบกพร่อง เช่น ภรรยาต้องดูแลสามีที่ป่วยอาจส่งผลให้การทำหน้าที่ในบทบาทมารดาที่มีต่อบุตรขาดตกบกพร่อง (Hickey, 19; Marsh et al., 2002; Montgomery et al., 2002)

2.3.4 การตอบสนองทางอารมณ์ ภายหลังจากเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ 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) โมหะหงุดหงิดง่ายกังวล ก้าวร้าว (Kreutzer et al., 1992; Degeneffe, 2004) มีความผิดปกติด้านความรู้สึกนึกคิด สภาพจิตใจ (Hall et al., 1994; Anderson et al., 2002)

2.3.5 ความผูกพันทางอารมณ์ ในภาวะปกติครอบครัวจะมีระดับการแสดงออกซึ่งความสนใจ การเห็นคุณค่าในสิ่งต่างๆ ที่สมาชิกแต่ละคนทำรวมทั้งความรู้สึกผูกพันห่วงใยที่แต่ละคนมีต่อกัน ภายหลังจากเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ การแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความผูกพันอาจน้อยลง เนื่องภาระงานที่เพิ่มขึ้นภายในครอบครัวกลายเป็นความรู้สึกผูกพันที่เก็บไว้ในใจ ทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกห่างเหินกัน นอกจากนั้นบางครอบครัวอาจมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป ทำให้สมาชิกขาดความเป็นตัวของตัวเอง หรือขาดอิสระ (Kaplan & Sadock, 2000)

2.3.6 การควบคุมพฤติกรรม โดยปกติครอบครัวต้องมีการควบคุมพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว เริ่มตั้งแต่การกำหนดว่าสมาชิกคนใดต้องทำอะไร มีการติดตามว่ามีการกระทำตามที่ตกลงกันหรือไม่ สมาชิกมีพฤติกรรมที่อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสมหรือไม่ ภายหลังจากบาดเจ็บที่ศีรษะสมาชิกบางคนอาจวุ่นวายกับสมาชิกครอบครัวคนอื่นมากเกินไป มีปัญหาในการกำหนดขอบเขตระหว่างบุคคลอื่นเนื่องมาจากการขาดความเข้าใจกัน ขาดการยอมรับความแตกต่างของสมาชิกในครอบครัว มีการออกคำสั่งหรือควบคุมกันมากเกินไป ทำให้ความรู้สึกเป็นอิสระและเป็นตัวของตนเองของสมาชิกในครอบครัวลดลง จนบุคคลในครอบครัวรู้สึกอึดอัด รำคาญ หรืออาจจะมีการควบคุมพฤติกรรมที่หย่อนยานเกินไป ทำให้ครอบครัวไม่เป็นสุข (พรณพิมล หล่อตระกูล และ จันทรชนก โยธินชัชวาลย์, 2542)

ซึ่งจะเห็นว่าเมื่อสมาชิกครอบครัวมีการบาดเจ็บที่ศีรษะจะส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวในทุก ๆ ด้าน

3. แนวคิดความเครียด

ความเครียดเป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจจากหลายสาขาอาชีพ ไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษา เศรษฐกิจ การเมืองและสุขภาพ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าน่าจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ประชาชนเกิดความกังวลเกี่ยวกับการดำรงชีวิตให้อยู่รอดและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (Lazarus and Folkman, 1984: 1)

3.1 ความหมายความเครียด

Miller (1953 cited in Lazarus and Folkman, 1984: 15) กล่าวว่า ความเครียดหมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากการกระตุ้นจากภาวะคุกคามที่รุนแรงหนักหน่วงหรือผิดปกติ

Selye (1956:12 cited in Lyon, 2001: 5, 1976: 55 cited in Pryor, 2002: 163) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึงการตอบสนองที่ไม่เฉพาะเจาะจงของร่างกาย ต่อความต้องการหรือสิ่งกระตุ้นที่เป็นพิษหรือเป็นอันตราย หรือเป็นกลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป (General adaptation syndrome)

Lazarus และFolkman (1984: 12-21) กล่าวว่า ความหมายของความเครียดสามารถแบ่งได้ 2 ประเภท คือ

1. ความหมายด้านการตอบสนองและการกระตุ้น (Stimulus and response definition) ซึ่งความหมายด้านการกระตุ้นเป็นการให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นเหตุการณ์หรือเป็นตัวก่อความเครียด และความหมายด้านการตอบสนองเป็นการให้ความหมายของ ความเครียดว่าเป็น การตอบโต้ต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาทำอันตรายหรือคุกคาม หรือเป็นตัวรบกวนความสมดุล หรือกล่าวได้ว่าความเครียดชนิดนี้จะเกิดขึ้นได้เมื่อมีการกระตุ้นหรือมีตัวก่อความเครียด ได้แก่ ความต้องการอันตราย ภาวะคุกคามหรือภาวะเกิดขึ้นมาก่อน ถ้าพบว่ามีภาวะไม่สมดุลเกิดขึ้นแสดงถึงมีการตอบสนองความเครียดเกิดขึ้น ซึ่งจะพบความเครียดชนิดนี้ได้มากในทางการแพทย์และชีววิทยา แต่หากบุคคลเกิดการตอบสนองหรือตอบโต้ขึ้นโดยไม่มีตัวก่อความเครียดมาก่อน แสดงถึงภาวะความเครียดทางจิตวิทยา (Psychological stress)

2. ความหมายด้านความสัมพันธ์ (Relational definition) ซึ่งเป็นการให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีการรับรู้สถานการณ์นั้นทำให้เกิดความต้องการมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ หรือรับรู้ว่าคุณภาพน้อยกว่า และคาดว่าอันตรายหรือความสูญเสียจะเกิดขึ้นต่อตนเอง

Belmont (2000: 379) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง เหตุการณ์หรือสภาพที่คุกคามความผาสุกของบุคคลและทำให้บุคคลมีการใช้ความสามารถในการจัดการอย่างเต็มที่

กล่าวโดยสรุป ความเครียด หมายถึง การตอบโต้ต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาทำอันตรายหรือคุกคาม หรือเป็นเหตุการณ์ ตัวก่อความเครียด ตัวรบกวนความสมดุล หรือเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่าสถานการณ์นั้นทำให้เกิดความต้องการมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่

3.2 ประเภทของความเครียด

Lazarus และ Folkman (1984: 12-21) แบ่งความเครียดเป็น 3 ชนิดคือ

1. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดกระทบต่อคนจำนวนมาก และอยู่นอกเหนืออำนาจ การควบคุมของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เช่น สงคราม แผ่นดินไหว พายุ อุทกภัย
2. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดผลกระทบต่อคนบางส่วน ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่สำคัญ เช่น การถูกออกจากงาน ความเจ็บป่วย การหย่าร้าง การคลอดบุตร การตายของบุคคลใกล้ชิด ซึ่งความเครียดชนิดนี้อาจก่อให้เกิดผลกระทบได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ
3. ความยุ่งยากประจำวัน (Daily hassle) เป็นเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงเล็ก ๆ น้อย ๆ ของชีวิต ซึ่งเป็นตัวก่อความเครียดที่เกิดจากการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การจราจรติดขัดทำให้ไปทำงานสาย การโต้เถียงกับคู่สมรส เป็นความเครียดที่เป็นเรื่องเล็กน้อย แต่สามารถรบกวนหรือทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ได้

Sheridan และ Radmacher (1992: 149-150) แบ่งความเครียดเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่หรือความหายนะ (Cataclysmic stressor) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับคนจำนวนมาก หรือชุมชนทั้งหมดในเวลาเดียวกัน ไม่สามารถทำนายได้ ทำให้เกิดผลกระทบที่มีอำนาจหรือมีอำนาจมากและต้องการการจัดการที่มีคุณภาพ เช่น ภัยธรรมชาติ สงคราม การถูกให้ออกจากงานพร้อมกันจำนวนมาก ซึ่งการช่วยเหลือของรัฐบาล ประชาคมหรือชุมชนจะทำให้การจัดการความเครียดชนิดนี้มีผลก็ได้
2. ความเครียดส่วนบุคคล (Personal stressor) เป็นความเครียดที่มีผลกระทบต่อเฉพาะบุคคล อาจไม่สามารถทำนายได้ หรือทำนายได้แต่ทำให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงมากและต้องการการจัดการที่มีคุณภาพ เป็นความเครียดที่จัดการได้ยากกว่าการเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่ เพราะขาดการสนับสนุน
3. พื้นฐานของความเครียด (Background stressor) เป็นความยุ่งยากที่เกิดในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นสิ่งเล็กน้อยแต่เกิดขึ้นได้บ่อย หรือเป็นปัญหาที่รบกวนและทำความลำบากหรือทำให้บุคคลเกิดความทุกข์

Belmont (2000: 379) แบ่งความเครียดเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. ความคับข้องใจหรือไม่สมหวัง (Frustration) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการได้ หรือเป้าหมายของบุคคลถูกทำลายหรือถูกขัดขวาง

2. ความขัดแย้ง (Conflict) เป็นอารมณ์ที่เกิดเมื่อบุคคลเผชิญกับตัวกระตุ้นหรือพฤติกรรมที่ไปด้วยกันไม่ได้หรือไม่ลงรอยกันตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป ซึ่งความเครียดประเภทนี้อาจทำให้บุคคลต้องเลือกระหว่างเป้าหมายที่ดึงดูดใจหรือต้องการ 2 เป้าหมาย เช่น ต้องเลือกเล่นบาสเก็ตบอล หรือวอลเลย์บอล ซึ่งเป็นกีฬาที่ชอบทั้ง 2 ประเภท หรือต้องเลือกระหว่างเป้าหมายที่ไม่ดึงดูดใจหรือไม่ต้องการทั้ง 2 เป้าหมาย เช่น ต้องเลือกรับประทานกล้วยเดี่ยวหรือต้มยำ ซึ่งเป็นอาหารที่ไม่ชอบ หรือต้องเลือกระหว่างเป้าหมายที่ต้องการและไม่ต้องการร่วมกัน เช่น ต้องเลือกระหว่างการได้รับเงินเดือนเพิ่มขึ้นแต่ต้องย้ายสาขาไปทำงานไกลกว่าเดิม

3. การเปลี่ยนแปลง (Change) เป็นความผันแปรที่เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในสภาพแวดล้อมของการดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องการปรับตัว เช่น การเริ่มเข้าเรียนหรือย้ายโรงเรียนใหม่ การตายของคู่สมรส การแต่งงาน

4. ความกดดัน (Pressure) เป็นความคาดหวังหรือความต้องการที่ต้องทำให้สำเร็จ เช่น พนักงานขายเกิดความกดดันเนื่องจากต้องพยายามเพิ่มยอดการขายสินค้า

Elliott และ Eisdorfer (1982 cited in Pryor, 2002: 163) แบ่งความเครียดเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. ความเครียดแบบเฉียบพลัน (Acute stressor) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะเวลาที่จำกัดเป็นเวลาสั้น ๆ เช่น การรอผลการตรวจโรค การรอการผ่าตัด

2. ลำดับความเครียด (Stressor sequenes) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานแต่เกิดขึ้นซ้ำได้ ซึ่งจะทำให้บุคคลมีการเรียนรู้ที่จะปรับตัวให้ตนเองเกิดความปลอดภัยต่อความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น การเกิดการเจ็บป่วยจากภาวะอัมพาตครึ่งซีก

3. ความเครียดแบบเรื้อรังชั่วคราว (Chronic intermittent stressor) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานแต่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว หรือเกิดขึ้นเป็นช่วงในเวลาสั้น ๆ เช่น การล้างไตของผู้ป่วยไตวายที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยอื่น

4. ความเครียดแบบเรื้อรัง (Chronic stressor) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างซ้ำ ๆ ต่อเนื่องและไม่สิ้นสุด หรือเกิดเป็นเวลานานอย่างถาวร เช่น ความเครียดของพ่อแม่เด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรค spina bifida และรูปแบบของความเครียดประเภทนี้ ได้แก่ ภาวะคุกคาม ความต้องการ ความซับซ้อน ความไม่แน่นอน ความขัดแย้ง มีทางเลือกน้อย ค่าตอบแทนน้อย ถูกตัดหรือไม่ได้รับแหล่งสนับสนุน

3.3 การตอบสนองต่อความเครียด

Lazarus and Folkman (1984: 99-101) กล่าวไว้ว่า ความเครียดทำให้เกิดการตอบสนองที่เรียกว่า กลุ่มอาการการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome) ซึ่งจะสะท้อนระยะเวลาของการตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งมี 3 ชั้น ได้แก่

1. สัญญาณเตือน (The initial alarm reaction) เป็นชั้นที่ประกอบด้วย 1) ระยะเวลาช็อก (Shock phase) ซึ่งแสดงถึงผลขั้นแรกและผลที่เกิดโดยตรงทันทีภายหลังจากเกิดอันตรายต่อบุคคล และ 2) ระยะเวลาโต้ตอบหรือการต้านภาวะช็อก (Countershock phase) ซึ่งแสดงถึงผลของกลไกการป้องกันที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบการทำงานของร่างกายที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

2. ขัดขวางหรือต่อสู้ (Resistance) เป็นชั้นที่มีการเพิ่มความต้านทานต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและลดความต้านทานต่อตัวกระตุ้นอื่น ๆ

3. ความอ่อนเพลียหรือหมดกำลัง (Exhaustion) เป็นชั้นที่มีการเผชิญต่อความเครียดที่รุนแรงเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความอ่อนเพลียหรือหมดกำลัง มีผลต่อการเกิดโรคที่เรียกว่า (Diseases of adaptation) ซึ่งในที่สุด จะทำให้เสียชีวิตได้ในระยะต่อมา

Sheridan และ Radmacher (1992: 153-156) แบ่งการตอบสนองต่อความเครียดเป็น 2 แบบ ได้แก่

1. ปฏิกริยาระยะสั้น (Short-term reaction) เป็นการตอบสนองเพียงชั่วคราว ต่อความต้องการหรือข้อเรียกร้องของความเครียด พบได้มากในความเครียดประเภทการเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่หรือความหายนะ เป็นความเครียดที่ไม่ได้ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือความเสียหายตลอดไป แต่ถ้าหากมีแหล่งประโยชน์ในการจัดการไม่เพียงพอก็จะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานได้ ประกอบด้วย สัญญาณเตือน การขัดขวางหรือต่อสู้ และความอ่อนเพลียหรือหมดกำลัง ซึ่งเป็น การตอบสนองของกลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป ตามแนวคิดความเครียดของ Selye

2. ผลกระทบระยะยาว (Long-term impact) ได้แก่

ก. เกิดผลดี (Eustress) เป็นการตอบสนองที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านบวก เช่น การอ่านหนังสือทำให้เกิดความเครียด แต่เมื่อมีทักษะการอ่านที่ดีจะทำให้บุคคลได้รับประสบการณ์จากการอ่าน ซึ่งเป็นผลกระทบด้านบวก

ข. เกิดความทุกข์ทรมาน (Distress) เป็นการตอบสนองที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบ ซึ่งการมีความทุกข์ทรมานเป็นเวลานานจะทำให้เกิดความผิดปกติทั้งทางกายและใจ

ค. เป็นกลาง (Neutral effect) เป็นการตอบสนองที่ไม่ทำให้เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อบุคคล เนื่องจากข้อเรียกร้องหรือความต้องการของตัวก่อความเครียดมีน้อย หรือมีแหล่งประโยชน์เพียงพอ

Belmont (2000: 383 –390) กล่าวว่า การตอบสนองต่อความเครียดเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและหลายมิติ ประกอบด้วย

1. การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional response) เป็นการตอบสนองที่พบมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นความไม่พอใจมากกว่าความพอใจ และรูปแบบการตอบสนองด้านอารมณ์ที่พบมากที่สุด ได้แก่

ก. ความรำคาญ โกรธและเดือดดาล (Annoyance, anger, and rage) เป็นการตอบสนองด้านความโกรธที่เริ่มจากน้อยไปหามากจนไม่สามารถควบคุมได้ และพบว่าความเครียดประเภทความคับข้องใจหรือไม่สมหวังจะทำให้เกิดการตอบสนองด้านนี้ได้ง่าย

ข. ความหวาดหวั่น วิตกกังวลและกลัว (Apprehension, anxiety, and fear) เป็นการตอบสนองด้านความโกรธที่เริ่มจากน้อยไปหามากจนไม่สามารถควบคุมได้ และพบว่าความเครียดประเภทความคับข้องใจหรือไม่สมหวังจะทำให้เกิดการตอบสนองด้านนี้ได้ง่าย

ค. การละทิ้ง เศร้าและสลดใจ (Dejection, sadness, and grief)

2. การตอบสนองด้านร่างกาย (Physical response) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยาภายหลังการเกิดความเครียดแบ่งเป็น 2 ด้านได้แก่

ก. กลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป ซึ่งอธิบาย ตามแนวคิด Selye (1936, 1956, 1982 cited in Belmont, 2000: 385-386) มี 3 ระยะคือ

(1) สัญญาณเตือน จะเกิดขึ้นเมื่ออวัยวะต่างๆ เริ่มได้รับสิ่งคุกคาม ทำให้ร่างกายมีการรวบรวมแหล่งประโยชน์เพื่อต่อสู้กับสิ่งคุกคามนั้น

(2) ชัดขวางหรือต่อสู้ เป็นความต้านทานที่จะเกิดเมื่อร่างกายเกิดความเครียดอย่างต่อเนื่องจนเกิดความเคียด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของร่างกาย ซึ่งอาจเป็นภาวะต่ำหรือสูงกว่าปกติ

(3) อ่อนเพลียหรือหมดกำลัง จะเกิดเมื่อร่างกายเกิดความเครียดอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ร่างกายไม่สามารถต้านทานได้ เนื่องจากร่างกายไม่มีแหล่งประโยชน์ การกระตุ้นด้านสรีระวิทยา และความต้านลดลง อวัยวะเกิดการทรมานหรือล้าเจ็บ เรียกว่า โรคของการปรับตัว

ข. สมองกับร่างกาย (Brain-body pathways) โดยเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นต่อมใต้สมอง (Hypothalamus) ซึ่งอยู่ในระบบประสาทอัตโนมัติ จะส่งสัญญาณไปที่ระบบต่อมไร้ท่อ คือต่อมแอดรีนอลส่วนกลาง (Adrenal medulla) ทำให้มีการหลั่งแคทีโคลามีนเข้าไปในกระแสเลือด ส่งผลต่อการเพิ่มการตอบสนองด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด การหายใจ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ นอกจากนี้ต่อมใต้สมองยังส่งสัญญาณไปที่ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary) ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนเอซิติเอส (Corticosteroids) ส่งผลต่อการเพิ่มการรวมตัวของโปรตีนและไขมัน การเก็บสะสมพลังงานและลดการอักเสบ

3. การตอบสนองด้านพฤติกรรม (Behavioral response) เป็นการตอบสนองต่อความเครียดด้านการกระทำ ได้แก่

ก. อาละวาดใส่คนอื่น (Striking out at others) เป็นพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงที่บุคคลกระทำต่อคนอื่น ซึ่งอาจจะด้วยวาจาหรือทำร้ายร่างกาย

ข. ยอมแพ้หรือปล่อยตัว (Giving up) เป็นการตอบสนองที่มักจะเกิดจากการตอบสนองทางอารมณ์และแบบการละทิ้ง เศร้าและสลดใจ ซึ่ง Seligman ได้พัฒนาโมเดลกลุ่มอาการยอมแพ้หรือปล่อยตัว จากความรู้สึกหมดหนทางหรือหมดความช่วยเหลือ (Helplessness) พบว่าคนจะมีความรู้สึกหมดหนทางเมื่อมีการประเมินและเชื่อว่าเหตุการณ์นั้นยากที่จะควบคุมได้

ค. ทำตามใจตนเอง (Indulging oneself) เป็นการแสดงออกแบบการปรับทดแทนเนื่องจากบุคคลมีความรู้สึกว่าเหตุการณ์นั้นจะทำให้เกิดความเลวร้ายต่อชีวิตตนเอง ด้วยการแสดงพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดี เช่น การกิน การดื่ม การสูบบุหรี่ การใช้จ่าย การใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือย เป็นต้น

ง. การเผชิญความเครียดด้วยการป้องกันตัว (Defensive coping) เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเพื่อป้องกันตนเองจากอารมณ์ด้านลบ ซึ่งการใช้กลไกการป้องกันตัวอาจช่วยส่งเสริมการปรับตัวได้เล็กน้อยหรือทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ไม่ดี เช่น การระงับความรู้สึก การคิดเพ้อฝัน ฟุ้งซ่านหรือปฏิเสธ เพราะจะทำให้บุคคลไม่ได้แก้ปัญหาที่แท้จริง แต่บางชนิดเป็นการปรับตัวที่ดี หรือมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากช่วยให้บุคคลจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตได้

จ. การเผชิญความเครียดในเชิงก่อ (Constructive coping) เป็นสิ่งที่บุคคลทำเพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย สาระ (Theme) ที่สำคัญคือ

(1) การเผชิญหน้ากับปัญหา เป็นการกระทำหรือความพยายามที่จะแก้ปัญหา

(2) เป็นการกระทำที่ต้องใช้ความเป็นเหตุเป็นผลในการประเมินความเครียดและแหล่งประโยชน์ การเผชิญความเครียด

(3) เป็นการกระทำในการเรียนรู้และจดจำ และบางครั้งเป็นการยับยั้งปฏิกิริยาทางอารมณ์ด้านลบ

(4) เป็นความพยายามที่จะประกันหรือทำให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองจะไม่เกิดอันตรายหรือถูกทำลายจากผลของความเครียด

3.4 แหล่งประโยชน์ในการด้านความเครียด

Sheridan และ Radmacher (1992: 151-153) แบ่งแหล่งประโยชน์ในการด้านความเครียดไว้ดังนี้

1. แหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ (Material resource) ได้แก่ เงิน และทุกสิ่งทุกอย่างที่สามารถซื้อได้ เช่น อาหาร เสื้อผ้า เครื่องใช้ไฟฟ้า เป็นต้น

2. แหล่งประโยชน์ด้านสรีระ (Physical resource) ต้องเป็นคุณลักษณะด้านบวกของบุคคล ได้แก่ ความมีอำนาจ ความมั่นคง ความแข็งแรง สุขภาพและความดึงดูดใจ ซึ่งจะส่งผลต่อความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายหรือทำให้มีสุขภาพที่ดี ช่วยให้สามารถจัดการกับความเครียดที่เป็นประโยชน์และทำให้บุคคลสามารถสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมได้

3. แหล่งประโยชน์ภายในบุคคล (Intrapersonal resource) เป็นความแข็งแรงหรืออำนาจภายใน ที่ช่วยให้บุคคลจัดการกับเหตุการณ์ในชีวิตได้ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่า ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกที่ตนเองสามารถต่อสู้หรือเอาชนะสิ่งคุกคามได้

4. แหล่งประโยชน์ด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร (Informational and educational resource) เนื่องจากความรู้เป็นแหล่งประโยชน์ที่ทำให้บุคคลเข้าใจกระบวนการต่างๆ รวมทั้งเป็นแหล่งที่ช่วยให้รายได้ของบุคคลมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการเกิดแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุเพิ่มขึ้น

5. แหล่งประโยชน์ด้านวัฒนธรรม (Cultural resource) เช่น ความมีอำนาจในตน ซึ่ง Antonovsky (1987 cited in Sheridan and Radmacher, 1992: 152) เชื่อว่ามีบทบาทสำคัญในการทำให้บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดได้

3.5 แนวคิดการประเมินความเครียด

การประเมินเป็นแนวคิดที่มีความจำเป็นในทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984: 22) เนื่องจากแม้บุคคลจะมีความต้องการและความกดดันซึ่งเป็นสิ่งทำให้เกิดความเครียดเหมือนกัน แต่ชนิดและระดับของปฏิกิริยาการตอบสนองจะแตกต่างกันตามการตีความของแต่ละบุคคล

3.5.1 ความหมายของการประเมินความเครียด

การประเมิน (Appraisal) ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) หมายถึงกระบวนการทางปัญญา (Cognitive process) ที่บุคคลพิจารณาตัดสินว่ามีอะไรเกิดขึ้นต่อความผาสุกของตน ซึ่งมีความสำคัญในกระบวนการความเครียดและการเผชิญความเครียด เนื่องจากความแตกต่างของบุคคล โดยบุคคลต้องแยกแยะสถานการณ์ที่ดีและสถานการณ์ที่เป็นอันตรายได้ และการประเมินจะมีต่อผลการจัดการปัญหา

3.5.2 ประเภทของการประเมินความเครียด

Lazarus และ Folkman (1984) แบ่งการประเมินเป็น 3 ประเภท ดังนี้

3.5.2.1 การประเมินปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินว่าเกิดอะไรขึ้น และเหตุการณ์นั้นมีความสำคัญและความรุนแรงต่อความผาสุกของตนอย่างไร ซึ่งจะประเมินได้ 3 ลักษณะได้แก่

3.5.2.1.1 ไม่มีผลได้ผลเสีย (Irrelevant) คือ การที่บุคคลพิจารณาตัดสินว่า ตนเองไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับเหตุการณ์นั้น หรือเหตุการณ์นั้นไม่เกี่ยวข้องกับความผาสุกของตน

3.5.2.1.2 เกิดผลดีหรือได้รับประโยชน์ (Benign positive) คือ การที่บุคคลพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลในทางดีต่อความผาสุกของตนเอง เกิดขวัญและกำลังใจหรือมีความพึงพอใจในชีวิต และไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์ หรือไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว

3.5.2.1.3 เกิดความเครียด (Stress) คือ การที่บุคคลพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นจำเป็นต้องดึงแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งการประเมินความเครียดสามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะ คือ

3.5.2.1.3.1 อันตรายหรือสูญเสีย (Harm or loss) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าเกิดความเสียหายขึ้นจริงแล้วกับตนเอง และตนไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ หรือสถานการณ์นั้นได้

3.5.2.1.3.2 ความคุกคาม (Threat) หมายถึงการที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตนกำลังเผชิญอยู่เป็นสิ่งที่รบกวนความคิดของตนเองตลอดเวลา เนื่องจากคาดว่าความเสียหายจะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต แต่ยังไม่ได้เกิดขึ้นจริง และตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นได้น้อย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดอารมณ์ด้านลบได้

3.5.2.1.3.3 ความท้าทาย (Challenge) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่า เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่นั้น จะทำให้ตนเองได้รับประโยชน์หรือมีการพัฒนา (Gain or growth) และคาดว่าตนเองต้องเอาชนะสถานการณ์นั้นได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดอารมณ์ด้านบวกได้

3.5.2.2 การประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นกระบวนการประเมินที่ซับซ้อน เพื่อที่จะตัดสินใจเลือกวิธีที่ได้ผลที่จะจัดการกับความเครียด โดยพิจารณาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ และวิธีการเผชิญความเครียดที่เคยทำมาแล้ว

3.5.2.3 การประเมินตัดสินใหม่ (Reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับข้อมูลใหม่หรือได้ข้อมูลเพิ่มเติม โดยอาจจะให้ความหมายเหตุการณ์ใหม่ หรือการติดตามประเมินผลของวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้กระทำไปแล้วเพื่อลดความเครียดลง

3.5.3 การวัดการประเมินความเครียด

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย พบว่าเครื่องมือประเมินความเครียดที่ใช้ในการประเมินมีดังนี้

3.5.3.1 แบบวัดการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาไต ของสุนิสา มหาสิทธิวัฒน์ (2538) ที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริจาไต ประกอบด้วยการประเมินตัดสิน 4 ลักษณะ ได้แก่ อันตรายหรือสูญเสีย คุกคาม ท้าทายและเป็นผลดี และนำมาแบ่งการประเมินตัดสินเป็น 2 หมวด คือ การประเมินว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายหรือให้ผลในทางที่ดี และการประเมินว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียหรือคุกคาม มีจำนวน 22 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิรท์ 5 ระดับ จากไม่ตรงกับความรู้สึกนั้นเลย ให้ 0 คะแนน ไปถึง ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด ให้ 4 คะแนน แปลผลโดยนำคะแนนของแต่ละหมวด มาเปรียบเทียบกัน หากหมวดใดมากหมายถึงมีการประเมินเป็นด้านนั้น ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman และผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับผู้บริจาไต และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้บริจาไต จำนวน 10 รายแล้วนำมา

หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ .89 และเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริงร่วมกับกลุ่มที่ทดลองใช้เครื่องมือ รวมจำนวน 45 ราย พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92

3.5.3.2 แบบวัดการประเมินค่าทางปัญญาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของสุขุมาล ต้อยแก้ว (2540) ที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยการประเมินค่าทางปัญญา 4 ลักษณะ ได้แก่ อันตราย/สูญเสีย คุกคาม ทำทนาย และเกิดผลดีต่อตนเอง มีจำนวน 16 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน คะแนนการประเมินค่าทางปัญญาลักษณะใดมาก แสดงว่ามีการประเมินค่าทางปัญญาเป็นลักษณะนั้น ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และผ่านการตรวจสอบความเที่ยง โดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ .81

3.5.3.3 แบบสอบถามการประเมินค่าภาวะความดันโลหิตสูง ของสมจิตร สุทชนะ (2543) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ร่วมกับการศึกษาดำรง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยการประเมินค่าภาวะความดันโลหิตสูง 4 ลักษณะ ได้แก่ อันตราย/สูญเสีย คุกคาม ทำทนาย และเกิดผลดี มีจำนวน 18 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเนียร์อนาลอกสเกล (Linear Analog Scale) มีความยาว 100 มิลลิเมตร มีค่าตั้งแต่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย ไปจนถึง 100 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยลักษณะใดสูงแสดงว่าผู้ป่วยมีการประเมินค่าสถานการณ์ในลักษณะนั้น ซึ่งคะแนนสูงสุดจะมีได้เพียงลักษณะเดียวเท่านั้น และจะแบ่งคนที่มีการประเมินค่าภาวะความดันโลหิตสูงออกเป็น 4 กลุ่ม ตามลักษณะการประเมิน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค ตามลักษณะการประเมินค่าภาวะความดันโลหิตสูง 4 ลักษณะ คือ อันตราย/สูญเสีย คุกคาม ทำทนาย และเกิดผลดี ได้เท่ากับ .80, .81, .77 และ .72 ตามลำดับ

3.5.3.4 แบบวัดการประเมินความเครียด (The Stress Appraisal Measure) ของ Peacock และ Wong (1990 cited in Stewart et al, 1997: 154) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ประกอบด้วยการประเมินปฐมภูมิ และการประเมินทุติยภูมิ โดยการประเมินปฐมภูมิเป็นการประเมินความสำคัญของสถานการณ์ต่อความผาสุกของบุคคล ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ คุกคาม ทำทนาย และปานกลาง/สำคัญ (Centrality /importance) และการประเมินทุติยภูมิเป็นการประเมินค่ากลยุทธ์ที่จะใช้จัดการกับสถานการณ์นั้น หรือประเมินความสามารถในการควบคุมสถานการณ์นั้น ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้านคือ ควบคุมได้ด้วยตนเอง ควบคุมได้

โดยคนอื่น และควบคุมไม่ได้ มีจำนวน 28 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 6 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 6 คะแนน แปลผลคะแนนแยกเป็นรายด้าน Peacock และ Wong ทำการทดสอบตรงด้วยการหาค่าความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ (Criterion-related validity) ทั้งความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) และความตรงเชิงพยากรณ์ (Predictive validity) หาค่าความตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis method) และทดสอบความเที่ยงด้วยการหาค่าความคงที่ภายใน (Internal consistency method) ได้ค่าอัลฟาของแต่ละข้อคำถามอยู่ในช่วง .51-.90 Stewart และคณะได้นำเอาเครื่องมือนี้ไปใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ แต่ไม่ได้รายงานค่าความตรงและความเที่ยงไว้

3.5.3.5 ดัชนีการประเมินความเครียด (The Stress Appraisal Index) ของ Moore (1991 cited in Tepaporn Wonghongkul et al., 1999: 205) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) แบ่งเป็นการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ อันตราย/สูญเสีย คุณค่าและทำลาย เป็นมาตรวัดลักษณะแบบเส้นตรง (Visual analog scale: VAS) มีความยาว 100 มิลลิเมตร ให้ประเมินระดับการประเมินความเครียด และมีคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการประเมินทั้ง 3 ด้าน Tipporn Wonghongkul และคณะนำเครื่องมือไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แต่ไม่ได้รายงานค่าความตรงและความเที่ยงไว้

3.5.3.6 แบบสอบถามการประเมินปฐมภูมิ ของ Folkman และคณะ (1986: 994, 1986b: 574) ที่นำมาจากส่วนหนึ่งของแบบสอบถามความเครียด (Stress Questionnaire) ซึ่ง Lazarus และ Folkman สร้างขึ้นเมื่อ ปี ค.ศ. 1980 จากการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด และการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็นการประเมิน 2 ด้าน ได้แก่ อันตราย/สูญเสีย และคุณค่าทั้งต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิด มีจำนวน 13 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน ผ่านการทดสอบความตรงด้วยการหาค่าความตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ และทดสอบความเที่ยงในกลุ่มคนที่อยู่ในสถานภาพสมรสและมีบุตรอย่างน้อย 1 คน จำนวน 150 คน 5 ครั้ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเฉลี่ยแต่ละด้าน เท่ากับ .78 และ .76 ตามลำดับ หลังจากนั้น Landreville และ Vezina (1994) นำไปใช้ในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ .65 และ .78 ตามลำดับ

3.5.3.7 แบบสัมภาษณ์การประเมินค่าทางปัญญาที่มาของความเครียด (Cognitively appraise sources of stress) ของ Campbell และ Jones (2002) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman แบ่งเป็นการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ อันตราย/สูญเสีย คุณค่า และทำลาย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน ให้ประเมินระดับการประเมินความเครียด 3 ด้าน ความสามารถในการ

ควบคุม ความรุนแรง และความถี่ ของการเกิดความเครียดนั้น เครื่องมือนี้สร้างขึ้นเพื่อใช้กับนักกีฬาบาสเกตบอลคนพิการเพศชาย ที่ใช้เก้าอี้รถเข็น แต่ไม่ได้รายงานค่าความตรงและความเที่ยงไว้

3.5.3.8 แบบวัดการประเมินความเครียดของรุ่งทิพย์ เบ้าต๋น (2546) ที่สร้างตามแนวความคิดของ Lazarus & Folkman (1984) แบ่งเป็นการประเมิน 3 ด้านได้แก่ อันตราย/สูญเสีย คุกคาม และทำทนาย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ จากข้อความนั้นเป็นจริงให้ 1 คะแนน ไปจนถึง ข้อความนั้นเป็นจริงมาก ให้ 5 คะแนน ประเมินโดยนำคะแนนรวมของแต่ละด้านมารวมกัน ด้านใดมีคะแนนมาก แสดงว่ามีการประเมินความเครียดเป็นด้านนั้น ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และผ่านการตรวจสอบความเที่ยง โดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้ค่าความตรง.81 และได้ค่าความเที่ยงรายด้าน .57-.87

ในการวิจัยนี้ ใช้แบบวัดการประเมินความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เนื่องจากในการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ พบว่า เครื่องมือวัดการประเมินความเครียดที่มีอยู่เป็นเครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ เพราะผู้วิจัยคิดว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นเหมาะกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทที่แตกต่างกัน ดังนั้นก็จะนำเครื่องมือที่มีอยู่แล้วมาใช้ในบริบท และกลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ อาจทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ตรงกับความ เป็นจริง

3.6. แนวคิดการเผชิญความเครียด

Lazarus และ Folkman (1984: 117) กล่าวว่า แนวคิดการเผชิญความเครียดมีความสำคัญต่อศาสตร์ด้านจิตวิทยา มาตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ. 1940 และปัจจุบันจะสนใจการสร้างโปรแกรมการศึกษาและการบำบัดทางจิต ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด แต่พบว่าความเข้าใจ งานวิจัยและทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดยังมีน้อยมาก รวมทั้งยังมีความสับสนว่าการเผชิญความเครียดเกี่ยวข้องกับกระบวนการการปรับตัวอย่างไร

3.6.1 ความหมายการเผชิญความเครียด

Lazarus and Folkman (1984) การเผชิญความเครียด (Coping) หมายถึง ความพยายามด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) และพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อจัดการกับความเครียดหรือความต้องการหรือข้อเรียกร้องภายในและภายนอกที่มีมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่

สเวนีย์ เกียวกิงแก้ว (2527) ให้ความหมายการเผชิญความเครียดว่า พฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียด เป็นพฤติกรรมของจิตใจในกระบวนการปรับสมดุลทางอารมณ์ หรือกลวิธีด้านจิตใจ เพื่อแก้ไขสภาวะที่คุกคามต่อเสถียรภาพทางจิตใจ เพื่อลดความกดดันทางจิตใจและอารมณ์

Alan Monat and Richard Lazarus (อ้างใน ภัทรพงศ์ ประกอบผล, 2534) ได้อธิบายไว้ว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดเป็นกลไกทุกอย่างที่บุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลทางจิตใจ รวมทั้งมีการใช้กระบวนการทางจิตใจ ลดความตึงเครียด ซึ่งภาวะที่บุคคลต้องพบกับปัญหาที่ท้าทายและรุนแรงเช่น การเจ็บป่วย การสูญเสีย การถูกคุกคาม สิ่งเหล่านี้ถือเป็นภาวะตึงเครียด ซึ่งทำให้บุคคลต้องมีการโต้ตอบโดยการหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อขจัดหรือบรรเทาเหตุการณ์ที่ตึงเครียดนั้น ซึ่งวิธีการต่าง ๆ นั้นก็คือ พฤติกรรมการเผชิญความเครียด

ภัทรพงศ์ ประกอบผล (2534) สรุปว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียด คือกระบวนการที่แสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรมแบบต่าง ๆ ของบุคคลที่พยายามกำจัด ควบคุม หรือบรรเทาภาวะตึงเครียดที่มาคุกคาม เพื่อให้ตนเองกลับสู่ภาวะสมดุลตามปกติ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า การเผชิญความเครียด (Coping) หมายถึง ความพยายามด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) และพฤติกรรมที่บุคคลนั้นได้แสดงออกเมื่อพบกับปัญหาที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อจัดการกับความเครียดหรือความต้องการหรือข้อเรียกร้องภายในและภายนอกที่มีมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่

3.6.2 ประเภทของการเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) แบ่งเป็น 2 ประเภท และโดยปกติบุคคลจะมีการใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 2 ประเภท เปลี่ยนไปตามสถานการณ์ และการประเมินของบุคคล โดยการเผชิญความเครียดทั้ง 2 ประเภท ได้แก่

3.6.2.1 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused Forms of Coping) เป็นวิธีการที่บุคคลได้ใช้ทั้งความคิดและการกระทำ เพื่อจัดการกับปัญหาโดยมุ่งแก้ที่ตนเอง หรือปรับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลมักจะใช้การเผชิญความเครียดแบบนี้เมื่อมีการประเมินปัญหาว่าสามารถปรับหรือเปลี่ยนแปลงได้ โดยการมุ่งแก้ที่ตนเองซึ่งจะเป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการประเมินทางปัญญา เพื่อพัฒนาและเรียนรู้วิธีการใหม่ ส่วนการปรับสิ่งแวดล้อมจะเป็นการแก้ไขที่แหล่งประโยชน์หรือวิธีการโดยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่

3.6.2.1.1 การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) เป็นความคิดหรือการแสดงออกทางพฤติกรรมอย่างตรงไปตรงมา ด้วยการเผชิญหน้ากับสถานการณ์โดยไม่หลีกเลี่ยงเพื่อปรับแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลต้องมีความมั่นคงทางจิตใจ เพื่อก่อให้เกิดความพึงพอใจ และได้ในสิ่งที่ต้องการในที่สุด

3.6.2.1.2 การวางแผนแก้ปัญหา (Planful problem solving) เป็นการมุ่งจัดการกับปัญหาโดยพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่างๆ ให้ดีขึ้น มีการวิเคราะห์ปัญหาและมีการกระทำอย่างมีขั้นตอน ซึ่งต้องใช้ความพยายามสูงหรือใช้ประสบการณ์เดิมช่วยในการแก้ปัญหาด้วย

3.6.2.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion-focused Form of Coping) เป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรม ที่บุคคลเลือกใช้ในการลด หรือบรรเทาความไม่สบายใจ โดยการปรับอารมณ์ของตนเอง เมื่อประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นได้ ซึ่งแบ่งออกได้ 6 ชนิด ได้แก่

3.6.2.2.1 การประเมินค่าใหม่ทางบวก (Positive reappraisal) เป็นความคิดและพฤติกรรมในการที่จะพยายามให้ความหมายต่อสถานการณ์ใหม่ในทางที่ดีขึ้น เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อตนเองในการลดความตึงเครียดของอารมณ์ ให้มีวิธีการเผชิญความเครียดในทางที่พัฒนากว่าเดิม ซึ่งรวมถึงมุมมองและความเชื่อทางศาสนาด้วย

3.6.2.2.2 การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา (Accepting responsibility) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่ยอมรับสถานการณ์ที่แท้จริง แม้ว่าจะไม่ใช่สิ่งที่ตนเองต้องการที่สุด รวมทั้งการตระหนักว่าตนเองเป็นผู้สร้างปัญหา และบางครั้งปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

3.6.2.2.3 การควบคุมตนเอง (Self-control) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่พยายามควบคุมความสม่ำเสมอของอารมณ์หรือเป็นการพึ่งตนเองเพื่อคิดแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น พยายามเก็บความรู้สึกไว้กับตนเองโดยไม่ให้คนอื่นทราบว่าสถานการณ์นั้นเลวร้ายเพียงใด เพื่อไม่ให้กระทบกระเทือนคนอื่น

3.6.2.2.4 การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม (Seeking social support) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามจะเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและหนทางที่จะจัดการกับปัญหานั้น โดยการแสวงหาแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูล วัตถุหรือด้านจิตใจ

3.6.2.2.5 การถอยห่างหรือการเมินเฉย (Distancing) เป็นความพยายามทางความคิดที่ให้ความสำคัญกับสถานการณ์นั้นน้อยลง โดยการถอยห่างจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เช่น พยายามลืมสิ่งที่เกิดขึ้น

3.6.2.2.6 การเลี่ยงหนีปัญหา (Escape-avoidance) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงหนีปัญหาชั่วคราว เช่น การเพ้อฝัน การดื่มสุรา การนอนหลับมากกว่าปกติ เพื่อให้ตนเองพ้นจากความเครียดในระยะเวลาหนึ่ง

3.6.3 การวัดวิธีการเผชิญความเครียด

มีผู้สร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินวิธีการเผชิญความเครียดไว้มากมายดังนี้

3.6.3.1 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (Ways of Coping Questionnaire: WCQ) ของ Lazarus และ Folkman ที่สร้างและพัฒนาระหว่างปี ค.ศ. 1976-1977 แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 แบบ ประกอบด้วย 8 วิธีคือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มี 2 วิธี คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา 2) การวางแผนแก้ไขปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มี 6 วิธี คือ 1) การประเมินค่าใหม่ทางบวก 2) การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา 3) การควบคุมตนเอง 4) การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม 5) การถอยห่างและ 6) การเลี่ยงหนีปัญหา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยใช้เลย ให้ 0 คะแนน จนถึงเคยใช้ประจำให้ 3 คะแนน มีจำนวน 66 ข้อ แต่นำมาคิดคะแนนเพียง 50 ข้อ ผ่านการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้ค่าน้ำหนักปัจจัย (Factor loading) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง .3-.7 โดยมีน้ำหนักปัจจัยต่ำกว่า .3 อยู่ 2 ข้อ (.25 และ .28) และค่าสูงกว่า .7 อยู่ 4 ข้อ (.71-.79) (Folkman, et al., 1986b: 994-996) และผ่านการทดสอบความเที่ยงด้วยการหาค่าความคงที่ภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการเผชิญความเครียด 8 วิธี เท่ากับ .70, .68, .79, .66, .70, .76, .61 และ .72 ตามลำดับ (Folkman, et al., 1986a: 574, 1986b: 994-996) และในปี ค.ศ. 1988 Lazarus และ Folkman ปรับแบบสอบถามให้เหลือเพียง 31 ข้อ เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ โดยจะเลือกข้อคำถามจากแบบสอบถามฉบับเต็มด้วยการ

พิจารณาค่านำหนักปัจจัยแล้วนำไปทดสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการเผชิญความเครียด 8 วิธีอยู่ในช่วง .47-.74 (Lazarus and Folkman, 1988: 468)

ในประเทศไทย มีผู้นำแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman มาแปลและนำมาใช้ เช่น สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์ (2539) นำมาแปลและให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงและความเหมาะสมของภาษา และนำไปให้ชาวต่างประเทศที่เข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี จำนวน 1 ท่าน แปลฉบับภาษาไทยกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบให้มีเนื้อหาและความหมายตรงกับต้นฉบับ และได้ทดสอบความเที่ยง โดยการนำไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .81 หลังจากนั้นปองลดา พรหมจันทร์ (2542) นำมาใช้ในผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรคปอด ทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .90 และรุ่งทิพย์ เบ้าตุน (2546) นำไปใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .82

3.6.3.2 แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (Jalowiec coping scales) ซึ่ง Jalowiec, Murphy และ Powers (1984) กล่าวว่า เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1979 โดยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Launier เพื่อวัดวิธีการเผชิญความเครียด ของผู้ป่วยในหองฉุกเฉิน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่ง Jalowiec และ Powers นำมาใช้ครั้งแรกในปี ค.ศ.1981 แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 แบบคือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มี 40ข้อลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า5ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยที่สุด ต่อมาในปี ค.ศ. 1984 Jalowiec, Murphy และ Powers พบว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงโครงสร้างของการสนับสนุนด้านอารมณ์ยังไม่เหมาะสม แต่มีความตรงตามเนื้อหา จึงได้ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืออีกครั้งและในปี ค.ศ.1988 Jalowiec ได้พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและได้แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดแบบการบรรเทาความเครียด (Palliative coping behavior) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดโดยการเลือกรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ไม่เปลี่ยนแปลงเหลือข้อคำถาม 36 ข้อ ส่วน 4 ข้อ ที่ตัดออก เนื่องจากไม่จัดอยู่ใน การเผชิญความเครียดแบบใด

เครื่องมือนี้ผ่านการทดสอบความตรงด้วยการหาความตรงตามเนื้อหา ก่อน ปี ค.ศ. 1979 ด้วยวิธีระบบการพัฒนาเครื่องมือ โดยการเลือกข้อคำถามที่ส่วนใหญ่มีคนนำไปใช้มาก และพฤติกรรม การเผชิญความเครียดที่แตกต่างหรือตรงข้ามกับที่มีอยู่ในข้อคำถามเดิม นอกจากนี้ยังมีการหาความตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่า 80% อยู่ในปัจจัยที่ 1 และ

56% อยู่ในปัจจัยที่ 2 มี ข้อที่ซ้ำซ้อนอยู่ทั้ง 2 ปัจจัย 1 ข้อ และไม่ได้อยู่ใน 2 ปัจจัย นี้ 5 ข้อ แสดงให้เห็นว่าการเผชิญความเครียดมีองค์ประกอบรายด้านมากกว่า 2 ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับ Lazarus Folkman ที่ทำการวิเคราะห์ปัจจัยกับแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดพบว่า 78% อยู่ในปัจจัยที่ 1 และ 68% อยู่ในปัจจัยที่ 2 ทำให้ Jalowiec พัฒนาเครื่องมือจนมีการแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 แบบ ดังกล่าวข้างต้น

นอกจากนี้ยังมีการทดสอบความเที่ยงด้วยการทดสอบความถี่ (stability) โดย Jalowiec, Murphy และ Powers (1984: 158) ด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนทั่วไป จำนวน 28 รายวัดห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman-rank correlation) โดยรวม .79 รายด้านการเผชิญความเครียดด้วยการมุ่งแก้ปัญหา .85 และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรังอารมณ์ .86 การหาความคงที่ภายในกับผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยที่มารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน และประชาชนทั่วไป จำนวน 141 ราย

ในประเทศไทยมีผู้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของ Jalowiec มาแปลและนำมาใช้หลายคน เช่น หทัยรัตน์ จรัสอุไรสิน (2538) ที่นำมาแปลและดัดแปลง หลังจากนั้น สุขุมมาล ต้อยแก้ว (2540) นำมาปรับข้อความเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ไปจนถึงบ่อยที่สุด ให้ 5 คะแนน ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และหาค่าความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .72 นอกจากนี้ปราณี มิ่งขวัญ (2542) นำมาแปลโดยวิธีการแปลภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย แล้ว แปลภาษาไทยกลับไปเป็นภาษาอังกฤษ อีกครั้ง (back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญที่เข้าใจภาษาไทย และภาษาอังกฤษ จำนวน 3 ท่าน แต่ไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ส่วนการตรวจสอบความเที่ยง ได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .86

3.6.3.3 แบบสอบถามกลยุทธ์การเผชิญความเครียด(Coping Strategies Questionnaire : CSQ) สร้างขึ้นโดย Rosenstiel และ Keefe (1983 cited in Wegmann, 1992: 128, Thompson et al., 1992: 436) ในปี ค.ศ. 1983 ใช้วัดกลไกการเผชิญความเจ็บปวดของผู้ป่วยปวดหลัง แบ่งเป็นกลยุทธ์การเผชิญความเครียดทางปัญญาและกลยุทธ์การเผชิญความเครียดด้านพฤติกรรม เมื่อ ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จาก 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ไปจนถึง 6 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยที่สุด Rosenstiel และ Keefe ได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่ามีค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม (Items intercorrelation) .71 เครื่องมือนี้นิยมใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเจ็บปวดเรื้อรัง และมีการปรับใช้ในผู้ป่วยโรคเลือดชนิด sickle cell โดย Gil และ คณะ (1989 cited in Thompson et al., 1992:

436) ซึ่งเพิ่มการเผชิญความเครียดอีกด้านหนึ่ง คือ กลยุทธ์การเผชิญความเครียดด้านสรีระวิทยา Gil และคณะทดสอบความเที่ยง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาคอยู่ในช่วง .69-.91 และได้ทำการทดสอบตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ ทำให้แบ่งการเผชิญความเครียดเป็น 2 ด้าน คือ ความพยายามในการจัดการความเครียด (Coping Attempts) และการใช้ความคิดในทางลบหรือการจัดการกับความเครียดทางอ้อมหรือการนิ่งเฉย (Negative Thinking/Passive Adherence) และทดสอบความตรงรวมเข้า (Convergent Validity) กับแบบสอบถามกลยุทธ์การเผชิญความเครียดของ Rosenstiel และ Keefe พบว่า มีความสัมพันธ์กัน

3.6.3.4 แบบสอบถามประสิทธิภาพการเผชิญความเครียดของ McNett (the McNett Coping Effectiveness Questionnaire: MCEQ) ซึ่ง McNett (1986: 100) กล่าวว่า แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1984 จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคุณลักษณะของประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียด 14 ข้อ เช่น รู้สึกมีความสุข นอนหลับสนิทในเวลากลางคืน ให้ประเมินระดับของความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้น ผ่านการทดสอบความเที่ยงด้วยการทำศึกษานำร่อง (Pilot study) ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ นักศึกษาปริญญาตรี จำนวน 52 ราย และผู้ทุพพลภาพที่ใช้เก้าอี้มีล้อเข็น จำนวน 50 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .89 และ .82 ตามลำดับ ซึ่งหลังจากการศึกษานำร่องนี้ McNett ได้พิจารณาตัดข้อคำถามออก 5 ข้อ และนำมาใช้กับผู้ทุพพลภาพที่ใช้เก้าอี้มีล้อเข็นอีก ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .90 ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการทดสอบความตรงรวมเข้ากับคำถามที่ใช้ประเมินระดับประสิทธิภาพการเผชิญความเครียด ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .68

นอกจากนี้ Wegmann (1992) ยังได้รวบรวมเครื่องมือวัดการเผชิญความเครียดไว้อีก ดังแสดงต่อไปนี้

ชื่อเครื่องมือวัดการเผชิญความเครียด	การทดสอบความเที่ยง	การทดสอบความตรง	ประชากร
1. Two-part Coping Assessment Scale	ไม่มี	ไม่มี	ผู้ใหญ่
2. Parental Coping scale	มี	มี	พ่อแม่
3. FILE	มี	มี	พ่อแม่
4. A-FILE	มี	มี	วัยรุ่นและพ่อแม่
5. F-COPES	มี	มี	ผู้ใหญ่
6. Richmond/Hopkins Family Coping Index	มี	ไม่มี	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
7. CPI	ไม่มี	ไม่มี	พ่อแม่
8. Health Attitude Scale	ไม่มี	ไม่มี	ผู้ใหญ่
9. Parent Attitudes of Chronic Illness	ไม่มี	ไม่มี	ผู้ใหญ่

ชื่อเครื่องมือวัดการเผชิญความเครียด	การทดสอบ ความเที่ยง	การทดสอบ ความตรง	ประชากร
10.Chronicity Impact and Coping Instrument	มี	ไม่มี	พ่อแม่
11.Golstein Coper-Avoider Sentence Completion Test	ไม่มี	ไม่มี	ผู้ใหญ่
12. Preoperative Coping Scale	ไม่มี	ไม่มี	ผู้ใหญ่
13. Coping Inventory	มี	ไม่มี	เด็กพิการ
14.Respiratory Illness Opinion Survey	มี	ไม่มี	ผู้ใหญ่
15. Response to Illness Questionnaire	มี	ไม่มี	ผู้ใหญ่ ล้างไตระยะ ยาว
16.Bedsworth and Molen Semistructured Interview	ไม่มี	ไม่มี	คู่สมรสของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตาย
17. Coping Strategy Scale	ไม่มี	ไม่มี	ผู้ใหญ่โรคเรื้อรัง
18. Cancer Inventory of Problem Situations	ไม่มี	มี	ผู้ใหญ่

ในการวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด ของ ชนกพร จิตปัญญา (2542) ที่สร้างและพัฒนาเครื่องมือตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษานี้

4. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นหนึ่งในหลายปัจจัยทางจิตวิทยา ด้านสุขภาพ ที่มีการนำมาศึกษาอย่างกว้างขวาง ตั้งแต่ช่วงกลางปี 1970 เป็นต้นมา (Lakey and Lutz, 1996) ซึ่งผู้ศึกษาและผู้วิจัยเหล่านั้นเชื่อว่า การสนับสนุนทางสังคมน่าจะส่งผลหรือมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ ดังที่ Kennedy, Kiecolt-Glaser และ Glaser (1990 cited in Tardy, 1993) กล่าวว่า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งจะมีผลต่อความไวต่อโรค ความเจ็บป่วยและสุขภาพ Cobb (1976 cited in Hurdle, 2001) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวกลางในการลดความเครียด ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและการทำหน้าที่ทางสังคม

4.1 ความหมาย

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมตาม The Oxford English Dictionary (1989) มีดังนี้

1. การกระทำหรือการปฏิบัติ เพื่อปกป้อง หรือป้องกันบุคคลจากการยอมแพ้ อดอยหรือความทุกข์ การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ อนุเคราะห์หรือการสนับสนุน การอุดหนุนการหนุนหลัง หรือการช่วยเหลือด้านจิตใจหรือจิตวิญญาณ ความสุขสบายทางจิตใจ ความร่วมมือโดยการใช้จ่ายคำ
2. การกระทำในการปกป้องคุ้มครองบุคคลจากความล้มเหลวหรือไม่สมหวังอ่อนเพลียหมดกำลังใจ หรือความสูญเสีย และการให้สิ่งของเพื่อการดำรงชีวิต
3. บุคคลหรือสิ่งของที่ส่งเสริมหรือสนับสนุน
4. สิ่งที่สนับสนุนชีวิตหรือการส่งเสริมสิ่งที่จำเป็น สนับสนุนวิถีทางหรือรายได้ของอาชีพ หรือการทำมาหากิน หรือการยังชีพหรือความเป็นอยู่

Weiss (1974 cited in Brandt and Weinert, 1981: 277; Tilden, 1985: 201; Weinert, 1985: 273; Tilden and Weinert, 1990: 212) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือการให้ที่เกิดจากความสัมพันธ์หรือสัมพันธ์ภาพทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรักใคร่ผูกพันความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ วัตถุประสงค์ของหรืออารมณ์ให้ความมั่นใจในควมมีคุณค่าหรือความสามารถในบทบาท การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและโอกาสในการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน

Caplan (1976 cited in Linsey, 1992: 108) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ หรือแหล่งด้านทานความเครียดด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่จะช่วยส่งเสริมให้มี

การเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้บุคคลเผชิญภาวะวิกฤตได้ง่ายขึ้น ทำให้ภาวะวิกฤตลดความรุนแรงลงไป ซึ่งมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมกับความรู้สึกผาสุก

Cobb (1976 cited in Linisey, 1992: 108) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือการให้ข้อมูลข่าวสารแก่บุคคลที่ต้องการการดูแล ความรัก ความมีคุณค่าในตนเอง ความมีคุณค่าต่อผู้อื่น และเป็นสมาชิกของเครือข่ายในชุมชนและความผูกพันซึ่งกันและกัน

Hupcey (1998) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การกระทำด้วยเจตนาดีเป็นการให้ด้วยความตั้งใจแก่บุคคลซึ่งมีความสัมพันธ์ส่วนบุคคล และก่อให้เกิดการตอบสนองทางบวกแก่ผู้รับ

Ell (1984 cited in Hurdle, 2001) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การสนับสนุน ด้านอารมณ์ หรือความรู้สึก การให้คำแนะนำ เครื่องนำทาง และการประเมินค่า รวมทั้งการช่วยเหลือด้านวัตถุและการบริการ

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงให้นิยามของการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึงการรับรู้ในการได้รับความช่วยเหลือระดับประคองและสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลในเครือข่ายทางสังคมในระบบต่างๆ ได้แก่การสนับสนุนจากคู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรด้านสุขภาพซึ่งประกอบไปด้วยความช่วยเหลือ 5 ด้านได้แก่ ความรักใคร่ผูกพัน ความช่วยเหลือในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านวัตถุ การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน การรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง

4.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

Kahn (1979 cited in Linisey, 1992: 108-109, น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543: 24) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) หมายถึง การแสดงอารมณ์ด้านบวก ของบุคคล ซึ่งจะแสดงออกในรูปของความรัก ความผูกพัน การเคารพและการยอมรับ

2. ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และด้านวัตถุ (Assistance) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือในด้านคำแนะนำ ชี้แนะ ให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหาการเงิน สิ่งของหรือแรงงานจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้หรือผิดหวัง

3. การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน (Nurturance) หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความหมายเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และเป็นที่ยังพาทของบุคคลอื่นได้ การขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตไร้ค่า

4. การรับรู้ที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) หมายถึง การมีโอกาสผูกมิตรกับผู้อื่น ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิดเห็นและได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม

5. การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพยกย่องและชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาทในสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าบุคคลได้รับการส่งเสริมจะทำให้รู้สึกว่าคุณค่า

Bloom (1982 cited in Linsey, 1992: 109) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมไว้ 5 ชนิด ดังนี้

1. การให้ข้อมูลย้อนกลับต่อบุคคลอื่น (Identified)
2. การแสดงการยอมรับและการแสดงออกถึงภาวะอารมณ์ในด้านบวก (Acceptance and affection)
3. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของที่มีตัวตนหรือจับต้องได้ (Tangible material support)
4. การให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support)
5. การยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งหรือเป็นสมาชิกในสังคม (Affiliative aspects)

House (1981 cited in Linsey 1992: 108, Miller, 1995: 223-224) จัดประเภทการสนับสนุนทางสังคมได้ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ประกอบด้วย การให้ความรัก และความห่วงใย อาจเป็นข้อความที่เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองแก่คนอื่นหรือข้อความที่บ่งชี้ถึงการให้ความเคารพนับถือ เอาใจใส่โดยปราศจากเงื่อนไขใด ๆ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการให้ข้อเท็จจริง และคำแนะนำเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้

3. การสนับสนุนด้านเครื่องมือหรืออุปกรณ์ (Instrumental support) ประกอบด้วย การช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและวัตถุ และการช่วยเหลือด้านเครื่องมือเครื่องใช้

4. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) เป็นการสื่อข้อมูลเพื่อการประเมินตนเอง

Hinson Langford และ คณะ (1997: 96-97) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House, Berrera, Tilden และ Weinert ไว้ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ ประกอบด้วย การให้ความดูแล ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ และความไว้วางใจ

2. การสนับสนุนด้านเครื่องมือหรืออุปกรณ์ หมายถึง การให้สิ่งของและบริการหรือความช่วยเหลือต่างๆ เช่น การให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย การมอบหมายให้ทำงานร่วมกับคนอื่น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารในช่วงที่มีความเครียด เป็นสิ่งที่มีส่วนช่วยในการแก้ปัญหา หรือใช้ในระหว่างกระบวนการแก้ปัญหา

4. การสนับสนุนด้านการประเมิน หมายถึง การสื่อสารโดยนำข้อมูล เพื่อช่วยในการประเมินตนเองมากกว่า ให้ข้อมูลในการแก้ปัญหา เป็นการยืนยันการสนับสนุน รวมทั้งการแสดงที่ยืนยันความเหมาะสมของการกระทำ หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับโดยบุคคลอื่น

4.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งการสนับสนุนทางสังคมมักจะเป็นสิ่งที่แสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ หรือบทบาท และความรักร่วมกัน มากกว่าสิ่งที่ให้ในการช่วยเหลือ หรือประเภทหรือชนิดของการสนับสนุน ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้าและรวบรวมแหล่งการสนับสนุนตามแนวคิดทฤษฎีไว้ ดังนี้

จตุรรัตน์ กมลศรีจักร (2540: 28) และอารีย์ พองเพชร (2540: 60-61) กล่าวถึงแนวคิดของ Pender ซึ่งแบ่งบุคคลในระบบสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. การสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดที่สุด และสำคัญมากที่สุด เพราะครอบครัวเป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผน พฤติกรรม การมีปฏิสัมพันธ์ และประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต

2. การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support systems) เป็นการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลผู้มีประสบการณ์หรือความชำนาญ และสามารถติดต่อชักจูงบุคคลได้โดยง่าย

3. ระบบการสนับสนุนด้านศาสนา (Religious organization or deomination) ได้แก่ พระ นักบวช กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม ซึ่งจะเป็นแหล่งที่ช่วยให้บุคคลได้มีการพบปะ แลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำ เกี่ยวกับวิธีการดำเนินชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณี

4. ระบบการสนับสนุนจากวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนแห่งแรกที่ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อ ารสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบการสนับสนุนจากองค์กรที่ควบคุมโดยวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized directed by health [professional]) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง

อารีย์ พองเพชร (2540: 60) ได้อ้างถึงแนวคิดของอูบล นิวัตติชัย ที่ยึดหลักแนวคิดของ Kaplan ในการจำแนกกลุ่มบุคคลซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ไว้ 3 กลุ่มคือ

1. กลุ่มผู้ที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ประกอบด้วยบุคคล 25 ประเภท คือ บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ ลูกหลาน กับอีกประเภทหนึ่ง คือ ครอบครัวใกล้ชิด (Kintth) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย

2. องค์กรและสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized support) ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่รวมตัวกันเป็นหน่วยงาน ชมรมหรือสมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่นสมาคมผู้สูงอายุ

3. กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Professional health care workers) หมายถึง ผู้ที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู

4.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

Dean และ Lin (1977 cited in Linsey, 1992: 111-116) ได้รวบรวมเครื่องมือวัดการสนับสนุน ทางสังคม ซึ่งเป็นที่รู้จักและยอมรับทั้งด้านความตรงและความเที่ยง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.4.1 Personal Resource Questionnaire (PRQ) สร้างขึ้นโดย Brandt และ Weinert ในปี 1981 ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิตที่ทำให้บุคคลต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ของบุคคลและความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์เหล่านั้น และ 2) เป็นการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิด Weiss มี 25 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 7 ระดับ โดยข้อความด้านบวกจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 7 คะแนน ส่วนข้อความด้านลบต้องกลับค่าคะแนน โดยคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 25-175 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ซึ่ง Brandt และ Weinert ได้ทดสอบความเที่ยงด้วยการวัดซ้ำห่างกันเป็นระยะ 4-6 สัปดาห์ ในปี ค.ศ. 1987 ได้ค่าอัลฟา 0.72 และการหาความคงที่ภายในได้ค่าอัลฟาอยู่ในช่วง 0.85-0.93 ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนได้อยู่ในช่วง 43.4% ถึง 48.9% รวมทั้งทดสอบความตรงจำแนกกับเครื่องมือ the Profile of Mood State(POMS) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง -.28 ถึง -.48 (Han, Kim, and Weinert , 2002: 310)

4.4.2 Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลในปี ค.ศ. 1981 ตามแนวคิดของ Kahn เพื่อวัดความหลากหลายมิติของโครงสร้างการสนับสนุนทางสังคม เป็นคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวหรือการจัดการตนเองแบบสั้นๆ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) การประเมินหน้าที่หรือการทำหน้าที่ (Function aspects) คือ ประเมินการได้รับการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด ความเห็นพ้องยืนยันพฤติกรรมของบุคคลและการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 2) การสูญเสียเครือข่าย (network LOSS) คือประเมินสมาชิกในเครือข่ายทางสังคมซึ่งเป็นผู้ให้การสนับสนุนหรือช่วยเหลือที่สำคัญในปัจจุบัน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นจริง

ถึง 5 คะแนน หมายถึง เป็นจริง มากที่สุด ผ่านการหาค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำ ได้ค่าอัลฟา .85-.92 หาค่าความคงที่ภายในได้ค่าอัลฟาไม่ต่ำกว่า .89 และทดสอบความตรงโดยการหาความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ ด้วยการหาค่าความตรงตามสภาพพร้อมกับ Social Support Questionnaire ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .31-.56

4.4.3 Social Support Questionnaire (SSQ) ได้รับการพัฒนาและทดสอบโดย Sarason และคณะ ในปี ค.ศ. 1983 ใช้วัดจำนวนของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่มีหรือหามาได้ ซึ่งประกอบด้วยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล การปรับตัวหรือการจัดการ และการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มี 27 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามจะประกอบด้วยบุคคลที่สามารถพึ่งพา และความพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับ โดยคำตอบจะเป็นมีหรือไม่มี และถ้าตอบว่ามีจะต้องประเมินความพึงพอใจในการได้รับการสนับสนุนนั้น เป็นมาตราส่วนประมาณค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง พึ่งพอใจมากถึง 6 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจมากทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาได้ .94 และการวัดซ้ำห่างกัน 4 สัปดาห์ ได้ค่าอัลฟา .83-.90 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับโดยรวม (item-total correlation) อยู่ในช่วง .48-.72 และมีค่าความคงที่ภายในสูง

4.4.4 Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) พัฒนาโดย Barrera และคณะ ในปี ค.ศ. 1981 เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความถี่ของการได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก และครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย มี 40 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับในการประเมินความถี่ในเหตุการณ์ระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับ ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง ได้รับทุกวัน ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .93 และ .94 และการวัดซ้ำได้ค่าอัลฟา .88 และคะแนนของ ISSB มีความสัมพันธ์กับขนาดของเครือข่ายและการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว

4.4.5 Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS) พัฒนาโดย Barrera และ คณะในปี ค.ศ. 1981 ใช้ในการประเมินขนาดของเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนจริง ในระยะ 30 วันที่ผ่านมา มี 6 ข้อคำถาม เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม 6 ด้าน คือการช่วยเหลือด้านวัตถุ การช่วยเหลือด้านร่างกาย ปฏิริยาความใกล้ชิดสนิทสนม การชี้แนะ การให้ข้อมูลป้อนกลับ และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมด้านบวก ถ้าใช้ ISSB วัดความถี่ของปฏิริยาการสนับสนุนทางสังคมแล้วพบว่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการวัดตัวเลขหรือจำนวนเครือข่ายที่วัด โดย ASSIS

4.4.6 Social Support Questionnaire พัฒนาโดย Schaefer และคณะในปี ค.ศ. 1981 มี 2 ส่วนคือ 1) สถานการณ์ 9 สถานการณ์ เพื่อการวัดการสนับสนุนด้านวัตถุ 2) จำนวนเครือข่ายที่เฉพาะ เช่น คู่สมรส เพื่อน ความสัมพันธ์ในโรงเรียนหรือที่ทำงาน โดยมี 1 คำถามที่

ถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และอีก 4 คำถาม เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ผ่านการหาค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำห่างกันที่ระยะมากกว่า 9 เดือน ได้ค่าอัลฟาของการสนับสนุนด้านวัตถุ .56 การสนับสนุนด้านอารมณ์ .68 หาค่าความคงที่ภายในของการสนับสนุนด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารได้ค่าอัลฟา .81 และการสนับสนุนด้านวัตถุได้ .31

4.4.7 Perceived Social Support From Friends(PSS-Fr)and from Family (PSS Fa) พัฒนาโดย Procidano และ Heller ในปี ค.ศ. 1983 เพื่อวัดการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและจากครอบครัว ซึ่งทำให้มีผลในการแยกโครงสร้างออกจากเครือข่ายอย่างชัดเจน มี 20 ข้อคำถาม ให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ หรือ ไม่รู้ ผ่านการทดสอบความเที่ยงด้วยการหาค่าคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ของ PSS-Fr 0.88 และ PSS Fa ได้ .90

ในการวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของจิริภา หงษ์ตระกูล (2532) ที่แปลงมาจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire: Part 2) ของ Brandt และ Weinert (1981: 277-280) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974 cited in Brandt and Weinert , 1981: 277) เนื่องจากการเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ได้ในกลุ่มบุคคลทั่วไป และเป็นเครื่องมือที่น่าเชื่อถือเพราะผ่านการทดสอบความตรงและความเที่ยงหลายวิธี และพบว่าค่าความตรงกับค่าความเที่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

5. ระดับความพิการ

ความผิดปกติ หรือระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นมีความรุนแรงแตกต่างกัน ซึ่งความรุนแรงขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นในครั้งแรก ถ้าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเพียงเล็กน้อย ส่วนใหญ่เกือบทุกรายจะหายเป็นปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลางถึงรุนแรงผู้ป่วยมักมีความพิการหลงเหลืออยู่หรืออาจมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง จะมีอัตราตายและความรุนแรงของความพิการสูง (Sanguinetti & Catanzoro, 1987) โดยความพิการที่พบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสรุปได้เป็น 4 ระดับ โดยใช้แนวคิดการพยากรณ์ผลของกลาสโกว (Glasgow Outcome Scale) ของเจนเนตต์และบอนด์ (Jennett & Bond, 1975) ดังนี้

5.1 ไม่มีความพิการ ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตและกิจวัตรประจำวันได้เอง และไม่มี ความพิการหลงเหลืออยู่

5.2 มีความพิการเล็กน้อย (Mild disability) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตและ กิจวัตรประจำวันได้เอง ถึงแม้จะพบว่ามีอาการหลงเหลืออยู่ แต่ก็พบว่ามีน้อยมาก สามารถ กลับไปทำงานหรือมีกิจวัตรประจำวันเหมือนก่อนเจ็บป่วยได้

5.3 มีความพิการในระดับปานกลาง (Moderate disability) ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจรู้สึกตัวดี หรือรู้ สึกตัวแต่มีอาการสับสน ไม่รู้กาลเวลา สถานที่ และบุคคลสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตร ประจำวันได้ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน แต่ยังคงพึ่งพาผู้อื่นในด้านการเงินและการ เข้าสังคมอยู่บ้าง เนื่องจากยังคงมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่บ้างเช่น สติปัญญาและความจำเสื่อม มีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มีความบกพร่องของประสาทสั่งการ หรือมีปัญหาในการติด ต่อสื่อสารกับผู้อื่นเป็นต้น ทำให้ไม่สามารถกลับไปทำงานและเข้าสังคมได้เช่นเดิม

5.4 มีความพิการในระดับรุนแรง (Severe disability) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่รู้รู้สึกตัวโดยอาจมีการ ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นก็ได้ และต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านกิจวัตร ประจำวัน ด้านการเงินและการเข้าสังคม เนื่องจากมีความพิการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างมาก

จะเห็นได้ว่าการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อให้เกิดความพิการต่างๆ มากมาย และเป็นความ เจ็บป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพที่ยาวนาน ความพิการบางอย่างมีผล กระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก ผลกระทบจาก ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่เพียงผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับ แต่สมาชิกในครอบครัวทุกคนย่อมได้รับผล กระทบนี้ด้วย จากการที่ต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่างๆ หรือต้องรับผิดชอบหน้าที่ในครอบครัว แทนผู้ป่วยเพิ่มจากหน้าที่และความรับผิดชอบที่ตนมีอยู่เดิมแล้ว ซึ่งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า ในการดูแลผู้ป่วย

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวพบว่ามีผู้ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มประชากรต่างๆดังนี้

ธาดา เจริญกุล (2545) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในเขตอำเภอเมืองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแพร์ในระหว่างเดือนมกราคมถึงธันวาคม 2544 จำนวน 49 คน เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวจุฬารักษ์แฟมิลีอินเวนทอรี (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ผลการวิจัยพบว่า 36.7 เปอร์เซ็นต์ของกลุ่มตัวอย่างรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านความผูกพันทางอารมณ์ในระดับไม่ค่อยดีและรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวในระดับเล็กน้อยในด้านการแก้ปัญหา (51.0%) ด้านการสื่อสาร (28.6%) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ (51.0%) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวในระดับปานกลางในด้านบทบาท (67.3%) ด้านการควบคุมพฤติกรรม (57.1%) และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป (69.4%) ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตายตลอดจนสมาชิกในครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชน สังคม มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือเกื้อกูลสมาชิกในครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

พร้อมพันธ์ คุ่มเนตร (2546) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่ติดสารแอมเฟตามีนในจังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่ติดสารแอมเฟตามีนที่เข้าร่วมโครงการบำบัดรักษาสารเสพติดที่คลินิกบำบัดยาเสพติดในจังหวัดแพร่ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2546 จำนวน 120 คน เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวจุฬารักษ์แฟมิลีอินเวนทอรี (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) ผลการวิจัยพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่ติดสารแอมเฟตามีนในจังหวัดแพร่โดยรวมอยู่ในระดับดีพอควร และการทำหน้าที่ของครอบครัวรายด้านที่อยู่ในระดับดีพอควรมี 6 ด้านคือ การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป ส่วนการทำหน้าที่ด้านความผูกพันทางอารมณ์อยู่ในระดับดีเล็กน้อย และเมื่อพิจารณาในรายข้อแต่ละด้านของการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการแก้ไขปัญหาพบว่า มากกว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างจะมีปัญหาด้านการปรึกษาถึงวิธีการแก้ไขปัญหา ในขณะที่ด้านการสื่อสารร้อยละ 21.7 ของกลุ่มตัวอย่างจะประสบปัญหาการแสดงออกถึงสิ่งที่คิดและรู้สึก และด้านความผูกพันทางอารมณ์ร้อยละ 45.8 ของกลุ่มตัวอย่างจะถูกควบคุมพฤติกรรม การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลควรตระหนักในความสำคัญของการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งสะท้อนพลังความเข้มแข็งของครอบครัว โดยเฉพาะควรเสริมสร้างศักยภาพการทำหน้าที่ของ

ครอบครัวด้านความผูกพันทางอารมณ์รวมทั้งควรเสริมสร้างทักษะการแก้ไขปัญหา และทักษะการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้การทำหน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพส่งผลต่อภาวะสุขภาพทางจิตของสมาชิกในครัวเรือน

พรรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินชัชวาลย์ (2542) ศึกษาพฤติกรรมของคู่สมรสในการทำหน้าที่ของครอบครัว 7 ด้าน ได้แก่ การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป ในครอบครัวปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวปกติที่เข้ารับการอบรมโครงการโรงเรียนสำหรับพ่อแม่จำนวน 556 ราย เครื่องมือประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับอายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้รวมของครอบครัว การศึกษา จำนวนปีที่แต่งงาน สถานภาพสมรสปัจจุบันและสถานภาพสมรสของบิดาและมารดา และแบบบันทึกการทำหน้าที่ของ ครอบครัว (Chulalongkorn Family Inventory: CFI) ผลการวิจัยพบว่าผู้ตอบแบบบันทึกเป็นชาย 198 คน (ร้อยละ 35.6) เป็นหญิง 358 คน (ร้อยละ 64.4) อายุเฉลี่ย 41.9 ปี (SD=10.3) แต่งงานมานาน 14.8 ปี (SD=9.6) เป็นครอบครัวเดี่ยว 371 ครอบครัว (ร้อยละ 66.7) ครอบครัวขยาย 147 ครอบครัว (ร้อยละ 26.4) ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่คนเดียว 34 ครอบครัว (ร้อยละ 6.1) มีค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามเท่ากับ 0.88 ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการควบคุมพฤติกรรมต่ำสุด ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวมีผลต่อคะแนนรวมของแบบบันทึก ($p=0.034$) ความผูกพันทางอารมณ์ ($p=0.014$) และการสื่อสาร ($p=0.028$) จำนวนปีที่แต่งงานไม่มีผลต่อลักษณะครอบครัวขยาย ในครอบครัวเดี่ยวจำนวนปีที่แต่งงานมีผลต่อการแก้ไขปัญหา ($p=0.032$) และการควบคุมพฤติกรรม ($p=0.045$) ครอบครัวที่มีเศรษฐกิจดีมีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวดีในทุกด้านแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ครอบครัวที่ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปมีการทำหน้าที่ในด้านการสื่อสาร ($p=0.018$) และการทำหน้าที่ทั่วไป ($p=0.008$) ดีกว่าครอบครัวที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี

วินิรณี ทศนะเทพ (2542) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวของเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวตามลักษณะโครงสร้างของครอบครัว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับการกระทำผิดของเด็กและเยาวชน กลุ่มตัวอย่าง เป็นเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 190 คน เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว ผลการวิจัยพบว่าครอบครัวของเด็กและเยาวชนที่กระทำผิด มีการทำหน้าที่ของครอบครัวทุกด้านอยู่ในระดับดีพอควร และพบว่าครอบครัวที่มีลักษณะโครงสร้างของครอบครัวแตกต่างกันมีการทำหน้าที่ของครอบครัวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ในด้านการตอบสนองและความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการควบคุมพฤติกรรม และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป โดยเฉพาะครอบครัวที่มีฐานะ

ความเป็นอยู่แตกต่างกัน มีการทำหน้าที่ของครอบครัวทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ส่วนความสัมพันธ์นั้นพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับการกระทำผิดของเด็กและเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อรรณพ ทองคำ (2546) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่เป็นจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำและกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 350 คน รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม 2546 เครื่องมือ ประกอบด้วยแบบประเมินข้อมูลทั่วไป และแบบบันทึกการทำหน้าที่ของครอบครัว(Chulalongkorn Family Inventory: CFI) ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) ผลการวิจัยพบว่าในภาพรวมการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ อยู่ในระดับดีพอควร ในขณะที่การทำหน้าที่ของครอบครัวในแต่ละด้านคือ การแก้ไขปัญหา การสื่อสารบทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไปอยู่ในระดับดีพอควรเช่นกัน แต่ประเด็นที่น่าสนใจก็คือการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านความผูกพันทางอารมณ์จะเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ในด้านนี้ปัญหาที่เด่นชัดคือ สมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความสนใจซึ่งกันและกัน ในขณะที่การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการตอบสนองทางอารมณ์จะพบปัญหาของการระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวรับฟัง ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมศักยภาพการทำหน้าที่ของครอบครัว หรือพลังครอบครัวระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำโดยเฉพาะการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการตอบสนองทางอารมณ์ทั้งนี้เพื่อให้การทำหน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว

อุลิส สมบัติแก้ว (2545) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้เป็นโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เป็นโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนที่มารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเมษายน 2545 จำนวน 159 คน เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวจุฬาลงกรณ์แพมีลีออนเวนทอร์ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) ผลการวิจัยพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนอยู่ในระดับดีพอควรในทุกด้านซึ่งประกอบไปด้วย ด้านการแก้ไขปัญหา บทบาท การสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรมและการทำหน้าที่ทั่วไปผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนให้ดียิ่งขึ้น และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ภุมมาภิชาติ แสงเขียว (2543) ศึกษาการรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุงจำนวน 120 คน เครื่องมือประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory (CFI) ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) และ แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์และด้านการทำหน้าที่ทั่วไปอยู่ในระดับดีพอควร ส่วนด้านการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับดีเล็กน้อย การปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภททั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท ($r = .44, p < .001$) ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท

วิระวรรณ อุประมาณ (2538) เปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า และหาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในเด็ก กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเด็กอายุ 12-15 ปีที่มารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่หน่วยจิตเวชเด็กโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์หน่วยจิตเวชเด็กโรงพยาบาลศิริราช แผนกจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติและแผนกผู้ป่วยนอกศูนย์สุขภาพจิตธรรมทั้งบิดามารดาของผู้ป่วยจำนวนกลุ่มละ 50 ครอบครัว เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก CDI (Children's Depression Inventory) และแบบสอบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว FAD (Family Assessment Device) ผลการวิจัยพบว่าครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้ามีการทำหน้าที่ของครอบครัวทุกด้านยกเว้นด้านการตอบสนองทางอารมณ์แตกต่างกับครอบครัวของเด็กที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05-.01 ครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราของการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่เหมาะสมด้านการสื่อสารและด้านความผูกพันทางอารมณ์สูงกว่าในกลุ่มเด็กที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการทำหน้าที่ของครอบครัวทุกด้านยกเว้นด้านการตอบสนองทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยด้านความผูกพันทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของเด็กมากที่สุด

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยดังกล่าว จึงกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974 cited in Brandt and Weinert, 1981: 277) และแนวคิดความพิการของผู้ป่วยตามแนวความคิดตามแบบการพยากรณ์ผลของกลาสโกว (Glasgow Outcome Scale) ของ Jennett & Bond (1975) โดยการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นเหตุ

การณหรือสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดขึ้นกับสมาชิกครอบครัว (Stressor/event) เหตุการณ์นี้จะทำให้เกิดผลกับสมาชิกครอบครัวแตกต่างกันเนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะจะทำให้เกิดความพิการของผู้ป่วยในแต่ละคนแตกต่างกัน (Disability level) ซึ่งระดับความพิการของผู้ป่วยมีผลทางลบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว (Vicki et al., 2001) จากนั้นสมาชิกในครอบครัวจะประเมินเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากกระทบนั้น (Stress appraisal) ว่าสูญเสีย คุกคามหรือทำลาย โดยการประเมินความเครียดว่าเป็นอันตราย/สูญเสียและคุกคาม จะทำให้สมาชิกครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี (Thompson et al., 1992; Lim and Zebrack, 2004) เนื่องจากบุคคลมีความสูญเสียสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจหรือความปลอดภัยทางอารมณ์ สูญเสียเอกลักษณ์และควมมีคุณค่าในตนเอง และบุคคลก็จะประเมินศักยภาพของตนเองว่าสามารถจัดการกับความเครียดได้หรือไม่ (Coping) บุคคลต้องใช้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่อย่างเต็มกำลังเพื่อรักษาภาวะที่ดีของตนเอง (Lim and Zebrack, 2004; Degeneffe, 2004) และประเมินว่าจะเลือกแหล่งประโยชน์ใดมาช่วยในการลดความเครียดที่เกิดขึ้นโดยการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ก็เป็นแหล่งประโยชน์หนึ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น (Leach et al., 1994; Sander et al., 2003; Ergh et al., 2002; Cheung, 1999; Sander et al., 1997) ภายใต้ความแตกต่างของบุคคล (เช่น เพศ อายุ) (Heru and Ryan, 2002; Ann et al., 2004; พรรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินัชชาวลย์, 2542; Sheng-Yu Fan, 2002) และผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการนี้คือการทำหน้าที่ของครอบครัว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

