

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

1. บาดเจ็บศีรษะ
2. ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์
4. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

บาดเจ็บศีรษะ

คำจำกัดความของบาดเจ็บศีรษะที่ใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน คือ (Jenett & Teasdale, 1981 อ้างใน นครชัย เพื่อนปฐม, 2541)

1. มีประวัติที่แน่ชัดว่าศีรษะถูกกระทบกระเทือน
2. ตรวจพบมีบาดแผลฉีกขาดที่หนังศีรษะหรือหน้าผาก
3. มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว แม้เพียงชั่วขณะ

ผู้ป่วยที่มีข้อกำหนดทางคลินิกดังกล่าวข้างต้นเพียงข้อเดียวหรือมากกว่า จัดเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แต่ไม่รวมถึงผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้า เช่น ผิวหนังใบหน้าน้ำกัด (facial laceration) กระดูหน้าแตกหัก มีวัตถุแปลกปลอมเข้าไปในหู จมูก หรือมีเลือดกำเดาไหล เป็นต้น แต่การบาดเจ็บเหล่านี้พบร่วมกับการบาดเจ็บศีรษะได้ (นครชัย เพื่อนปฐม, 2541)

สาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2536 – 2540 พบว่าสาเหตุการตายจากการได้รับอุบัติเหตุ และการได้รับสารพิษจัดเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สองรองจากโรคหัวใจ บาดเจ็บศีรษะเป็นเหตุให้เกิดการสูญเสียอย่างมากมายังทรัพยากรบุคคลและทรัพย์สิน กำลังเป็นปัญหาที่สำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขของหลายประเทศ (นครชัย เพื่อนปฐม, 2541)

สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนนประมาณ 50% ตกจากที่สูง 21% จากการถูกทำร้าย 12% และจากการเล่นกีฬาและนันทนาการอีกประมาณ 10% (Hickey, 1997)

บาดเจ็บศีรษะเกิดจากการได้รับอันตรายจากแรงภายนอกมากระทบศีรษะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลก และสมองซึ่งผลจากการได้รับบาดเจ็บศีรษะจะทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว มีความพร่องในด้านร่างกาย ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านพฤติกรรม (Testani-Dufour, Chappel-Aiken, & Gueldner, 1992) และการติดต่อสื่อสารบกพร่อง (Acorn & Roberts, 1992)

กลไกการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากแรงกระแทกที่ไม่มีแผลเปิดภายนอก หรือเรียกบาดเจ็บศีรษะชนิดปิด (closed head injury) หรือเกิดบาดเจ็บแผลทะลุ แรงกระแทกบนหนังศีรษะมีผลทำให้หนังศีรษะช้ำ บวม หรือนึกขาด นอกจากการบาดเจ็บศีรษะต่อสมองแล้วเส้นเลือดภายในโพรงกะโหลกยังอาจนึกขาดและมีการแตกเลือดภายใน (จเร ผลประเสริฐ, 2541) ส่วนสาเหตุจากการเกิดบาดเจ็บแผลทะลุที่ศีรษะส่วนใหญ่เกิดจากกระสุนปืนจะพบว่าบาดเจ็บมีขนาดเล็กแต่การบาดเจ็บจะเริ่มต้นตั้งแต่ทำให้หนังศีรษะนึกขาด กะโหลกแตก และเนื้อสมองในแนววิถีกระสุนถูกทำลาย ถ้ากระสุนมีความเร็วสูง สมองจะถูกทำลายเป็นบริเวณกว้าง (Bottcher, 1989)

กลไกการเกิดบาดเจ็บศีรษะเป็นส่วนสำคัญในการกำหนดพยาธิสรภาพที่ตามมาภายหลังการบาดเจ็บ การบาดเจ็บสมองปฐมภูมิ (primary brain injury) จะเกิดขึ้นทันทีที่เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ (จเร ผลประเสริฐ, 2541; Thelan, Urden, Lough, & Stacy, 1998) ทำให้เกิดการฟกช้ำต่อเนื้อสมอง เกิดการนึกขาดหรือเลือดออก อาจแบ่งได้เป็น 3 ชนิดตามพยาธิสรภาพที่เกิดขึ้น อาจเป็นชนิดใดชนิดหนึ่งหรือเกิดร่วมกันก็ได้ คือ local brain damage หมายถึง การบาดเจ็บสมองที่เกิดขึ้นเฉพาะบริเวณที่เกิดการบาดเจ็บอาจเกิดจากการถลอกหรือการชอกช้ำ อาการอาจพบเพียงมีเลือดออกเล็กน้อยใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นเพีย (pia mater) หรือเลือดออกอาจรุนแรงขยายเข้าไปกดเนื้อสมองทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อสมองโดยรอบ และเนื้อสมองบวมได้ ชนิดที่สอง คือ polar brain damage เกิดจากแรงซึ่งทำให้เนื้อสมองเกิดการเคลื่อนที่ภายในกะโหลกศีรษะ เมื่อเกิดการเคลื่อนที่แล้วหยุดลงทันทีทันใด พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอาจเกิดได้ในหลายตำแหน่งของสมอง ชนิดสุดท้ายของการบาดเจ็บสมองปฐมภูมิ คือ diffused brain damage เกิดจากแรงเสียดสี (swirling shear forces) ทำให้เกิดการนึกขาดของแอกซอน (axon) จำนวนมาก อาจพบหรือไม่พบว่ามีการทำลายเฉพาะที่ ผู้ป่วยอยู่ในระยะหมดสติชนิดลึก (deeply comatose state) ตอบสนองต่อการกระตุ้นการเจ็บปวดและพบมีการเหยียดแขนขาในลักษณะที่ผิดปกติ และผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (vegetative state)

ส่วนการบาดเจ็บศีรษะทุติยภูมิ (secondary brain injury) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นหลังจากการบาดเจ็บสมองปฐมภูมิ เช่น ก้อนเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะ สมองบวม สมองขาดเลือด (จเร ผลประเสริฐ, 2541) นอกจากนี้บางสภาวะที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บในระยะที่ 2 ได้อีก เช่น ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์สูง ความดันโลหิตต่ำ (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) ความดันโลหิตสูง (Thelan et al., 1998) การเคลื่อนที่ของเนื้อสมองภายในกะโหลกศีรษะ (brain herniation) (Chipps, Clanin, & Campbell, 1992) ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งผลให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงขึ้น (Thelan et al., 1998)

ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บศีรษะอย่างรุนแรง อาจฟื้นสภาพได้หลังจากการบาดเจ็บในระยะแรก แต่อาจเกิดอาการทรุดหนักลง หรือเสียชีวิตได้ในกรณีที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และเกิดภาวะการบาดเจ็บในระยะที่ 2 ตามมา (Teddy & Anslow, 1988) ถ้าสามารถให้การวินิจฉัยและการรักษาได้ทันท่วงทีอาจป้องกันการเกิดการบาดเจ็บในระยะที่ 2 ได้ (จเร ผลประเสริฐ, 2541)

ชนิดของบาดเจ็บศีรษะนั้นมีหลายชนิด อาจพบชนิดของบาดเจ็บศีรษะเกิดขึ้นได้ร่วมกันหลายชนิดในผู้ป่วยเพียงรายเดียว (Gardner, 1986) การบาดเจ็บศีรษะมีหลายชนิด ได้แก่

1. การบาดเจ็บที่หนังศีรษะอาจมีลักษณะเป็นแผลรู้งูรีง แผลฟกช้ำ หรือแผลถลอก (Walleck & Mooney, 1994)

2. การแตกของกะโหลกศีรษะ (skull fractures) พบได้บ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ลักษณะการแตกของกะโหลกอาจเป็นได้ทั้งแบบเป็นเส้นหรือแตกร้าว (linear) แตกเป็นชิ้นเล็กชิ้นน้อย (comminuted) หรือแตกยุบ (depressed) อาจส่งผลให้เกิดการฉีกขาดของเยื่อหุ้มสมองชั้นดुरา (dura mater) ได้ (Gardner, 1986) การแตกของฐานกะโหลก (basal skull fracture) ส่วนใหญ่มักเกิดจากการแตกแบบเป็นเส้น และมักพบว่ามี การฉีกขาดของเยื่อดुरา เนื่องจากผิวหนังในของฐานกะโหลกจะคม ขรุขระ และแข็ง เมื่อเกิดการกระแทกจึงทำให้เยื่อดुरาหรือเนื้อสมองบริเวณนั้นเกิดการฉีกขาดได้ (Walleck & Mooney, 1994) การแตกของฐานกะโหลกในบริเวณแอ่งกะโหลกหน้า (anterior fossa) จะตรวจพบอาการเขียวช้ำรอบดวงตา (raccoon's sign หรือ periorbital ecchymosis) น้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังรั่วออกมาทางจมูก (rhinorrhea) ประสาทควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อถูกทำลาย ส่วนการแตกของฐานกะโหลกในบริเวณแอ่งกะโหลกส่วนกลาง (middle fossa) จะพบอาการเขียวช้ำบริเวณเหนือกระดูกมาสตอยด์ (mastoid bone) (Battle's sign) เกิดการทำลายของประสาทที่มาเลี้ยงบริเวณหน้า ประสาทการได้ยินและการทรงตัว และพบมีน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังรั่วออกมาจากหู (otorrhea) (Gardner, 1986; Walleck & Mooney, 1994)

3. Concussion เป็นการบาดเจ็บในระดับเล็กน้อย เป็นสภาวะที่สมองไม่มีพยาธิสภาพให้เห็นด้วยตาเปล่า (จเร ผลประเสริฐ, 2541) ผู้ป่วยอาจมีอาการหมดสติเป็นระยะเวลาสั้น ๆ ตั้งแต่

เป็นวินาทีถึงหนึ่งชั่วโมง ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน คลื่นไส้ กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ จำเหตุการณ์ไม่ได้ หรือเหนื่อยง่าย ผู้ป่วยที่มีประวัติหมดสติตั้งแต่ 5 นาทีขึ้นไป ควรจะได้นำไปโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการบาดเจ็บ (Thelan et al., 1998)

4. Contusion เป็นสภาวะที่สมองมีการชอกช้ำ บวม และมีเลือดออกเป็นจุด ๆ (จร ผลประเสริฐ, 2541) เป็นการบาดเจ็บของสมองที่รุนแรง (Walleck & Mooney, 1994) พบได้ในตำแหน่งที่ถูกกระแทก (coup) และอาจพบได้อีกในบริเวณสมองด้านตรงข้าม (contrecoup) เนื่องจากมีการเคลื่อนไหวของเนื้อสมองที่อยู่ภายใน (Gardner, 1986) อาการที่แสดงออกมักจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่เกิดการชอกช้ำ การชอกช้ำของเนื้อสมองอาจเป็นเพียงจุดเล็ก ๆ แต่อาจเกิดอาการมากขึ้นได้ภายใน 2 – 3 วันต่อมา เนื่องจากการบวมหรือมีเลือดออก ส่งผลให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้ (Thelan et al., 1998)

5. ก้อนเลือด (hematoma) ก้อนเลือดที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บศีรษะ แบ่งได้เป็น 3 ชนิด คือ ก้อนเลือดที่ออกภายในกะโหลกศีรษะเหนือเยื่อหุ้มสมอง (epidural hematoma) ก้อนเลือดที่ออกใต้ชั้นดิวรา (subdural hematoma [SDH]) และก้อนเลือดที่ออกในเนื้อสมอง (intracerebral hematoma) ก้อนเลือดเหนือชั้นดิวรา มักพบเกิดจากการแตกของกะโหลกพร้อมกับกระดูกของหลอดเลือด middle meningeal artery (Walleck & Mooney, 1994) ทำให้เกิดอาการแสดงที่ถือว่าเป็นลักษณะเฉพาะ คือ ผู้ป่วยหมดสติไปชั่วระยะเวลาหนึ่งหลังบาดเจ็บศีรษะ ต่อมาฟื้นคืนสติเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน (lucid interval) แล้วจึงค่อย ๆ ซึมลงจนหมดสติอีก ม่านตาข้างเดียวกับสมองที่ได้รับบาดเจ็บขยายโต และไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง แขนขาด้านตรงข้ามอ่อนแรง (จร ผลประเสริฐ, 2541; Thelan et al., 1998) ก้อนเลือดที่ออกใต้ชั้นดิวรานั้นเกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดดำบริดจิง (bridging veins) ที่อยู่ระหว่างเนื้อสมองและเยื่อหุ้มสมอง (Thelan et al., 1998) แบ่งได้เป็น 3 ชนิดคือ ระยะเวลาเฉียบพลัน (acute SDH) จะแสดงอาการภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังได้รับบาดเจ็บ ชนิดที่ 2 เป็นชนิดกึ่งเฉียบพลัน (subacute SDH) จะพบอาการแสดงภายใน 2 วันถึง 2 สัปดาห์ หลังได้รับบาดเจ็บ ส่วนชนิดสุดท้ายเป็นชนิดเรื้อรัง (chronic SDH) จะแสดงอาการประมาณ 2 สัปดาห์หรือมากกว่าภายหลังบาดเจ็บ ก้อนเลือดที่ออกใต้เยื่อหุ้มสมองชนิดเรื้อรังนี้มักพบในผู้สูงอายุหรือผู้ใหญ่ตอนปลายที่มีประวัติดื่มสุรามานาน หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ส่วนก้อนเลือดที่ออกภายในเนื้อสมองนั้นมักเกิดขึ้นเมื่อมีการแตกของกะโหลกศีรษะ ถูกยิงหรือถูกแทงด้วยของมีคม หรือเกิดจากการเคลื่อนไหวของเนื้อสมองจากแรงกระแทก การบาดเจ็บชนิดนี้จะขยายตัวออกได้เป็นบริเวณกว้าง เป็นการบาดเจ็บที่รุนแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเสียชีวิต (Thelan et al., 1998)

ความรุนแรงของบาดเจ็บศีรษะแบ่งโดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) เป็นพื้นฐาน โดย Traumatic Coma Data Bank (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ บาดเจ็บศีรษะในระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง (minor, moderate และ severe head injury) การบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย (มี GCS 13 - 15 คะแนน) พบได้บ่อยที่สุดคิดเป็น 55% ของการบาดเจ็บศีรษะ อาจมีการสูญเสียระดับความรู้สึกตัว หรือจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ (amnesia) น้อยกว่า 30 นาที ไม่มีการแตกของกะโหลกศีรษะ หรือการชอกช้ำของเนื้อสมอง (cerebral contusion) และไม่มีก้อนเลือด (hematoma) เกิดภายใต้กะโหลกศีรษะ บาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง (มี GCS 9 - 12 คะแนน) พบได้ 24% ของการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีการสูญเสียระดับความรู้สึกตัวหรือจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มากกว่า 30 นาที แต่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง อาจพบการแตกของกะโหลกศีรษะ ส่วนบาดเจ็บศีรษะในระดับรุนแรง (มี GCS 3 - 8 คะแนน) พบได้น้อยที่สุด คิดเป็น 21% ของบาดเจ็บศีรษะมีการสูญเสียระดับความรู้สึกตัวหรือจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มากกว่า 24 ชั่วโมง ร่วมกับมีการชอกช้ำลึกซึ้งของเนื้อสมอง หรือมีก้อนเลือดในสมอง แต่อย่างไรก็ตามต้องระลึกถึงอยู่เสมอว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระดับเล็กน้อยนั้น ผลจากการบาดเจ็บจากการเกิดปัญหาด้านความจำอาจทำให้แบบแผนชีวิต (life style) ของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บเปลี่ยนแปลงไปอาจทำให้เกิดผลร้ายต่อตัวผู้ป่วยในระยะยาวได้ (Walleck & Mooney, 1994)

การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะนั้น ถ้ามีการบาดเจ็บต่อสมองเพียงอย่างเดียว การรักษาจะเป็นการรักษาแบบประคับประคอง (जर ผลประเสริฐ, 2541) ได้แก่ การคงไว้ซึ่งการไหลเวียนและปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ การรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะปอดอักเสบ หรือภาวะการติดเชื้อ (Thelan et al., 1998) และการให้ยา เช่น ยาลดความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะ ได้แก่ แมนนิทอล (mannitol) ฟูโรซีไมด์ (furosemide) (นครชัย เพื่อนปฐม, 2541) ยาลดการบวมของสมอง ได้แก่ เดกซาเมธาโซน (dexamethasone) ได้มีการศึกษาผลของยาเดกซาเมธาโซน พบว่า สามารถลดการบวมของสมองที่เกิดจากเนื้องอกซึ่งรายงานว่าได้ผลดี แต่ผลในการลดภาวะสมองบวมจากอุบัติเหตุยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ (โสภณ ลัดพลี, 2542) แต่ในทางปฏิบัติจริงนั้นยังมีผู้ใช้อยู่เนื่องจากมีความเชื่อว่าเป็นในรายบาดเจ็บศีรษะรุนแรงมีส่วนของสมองที่บวมน้ำแบบวาโซจีนิก (vasogenic) (นครชัย เพื่อนปฐม, 2541) ยากันชักได้แก่ ฟีนิตออิน (phenytoin) (जर ผลประเสริฐ, 2541) ถ้าตรวจพบว่ามีเลือดออกในโพรงกะโหลกร่วมด้วย จะต้องรีบผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกโดยเร็ว (जर ผลประเสริฐ, 2541) ในการรักษาโดยการผ่าตัดนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการทำผ่าตัดโดยการเจาะรูผ่านกะโหลกศีรษะเข้าไปเพื่ออุดของเหลวที่คั่งค้างออก (burr holes) หรือผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อนำก้อนเลือดที่คั่งอยู่ภายในออก (deWit, 1998) การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะแบ่งได้เป็น 2 ชนิด โดยใช้เยื่อเทนท์อเรียม (tentorium) เป็นตัวแบ่ง ได้แก่ การผ่าตัดส่วนเหนือ

เทนท์ออเรียม (supratentorial surgery) เป็นการผ่าตัดบริเวณสมองใหญ่ (cerebrum) อีกชนิดหนึ่งเป็นการผ่าตัดส่วนใต้เทนท์ออเรียม (infratentorial surgery) เป็นการผ่าตัดในบริเวณก้านสมอง (brain stem) และสมองน้อย (cerebellum) (Schenk, 1995)

ผลจากการบาดเจ็บศีรษะนั้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องทั้งด้านร่างกายและความรู้ความเข้าใจ เนื่องจากในระยะแรกภายหลังได้รับบาดเจ็บมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว อาจสูญเสียความทรงจำชั่วคราวถึงแม้ว่าจะเป็นการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย นอกจากนั้นบุคลิกภาพและพฤติกรรมก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ถึงแม้ว่าจะเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่สำหรับตัวผู้ป่วยเองแล้ว บางครั้งอาจมีความคับข้องใจ ความเครียด และความวิตกกังวลเกิดขึ้นภายในจิตใจของผู้ป่วยได้ (Rice, 1992) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากบาดเจ็บศีรษะนั้นไม่เพียงแต่เกิดกับตัวผู้ป่วยดังกล่าวมาแล้วเท่านั้น สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบด้วยเช่นกัน (Acorn, 1995; Baker, 1990) สมาชิกในครอบครัวจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะวิกฤตจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความวิตกกังวลสูง (Kleiber et al., 1994 cited in Hudak, Gallo, & Morton, 1998)

ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกบางอย่างบางอย่างที่เกิดขึ้น คำที่เหมาะสมในการเรียกความรู้สึกที่เกิดขึ้นนี้คือ วิตกกังวล (nervousness) (Freud, 1924 cited in Spielberger, 1972) ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความเครียด (Pittman & Fowler, 1997) ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกกลัวหรือความหวาดหวั่นที่เกิดขึ้น เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในหรือสิ่งเร้าภายนอก และเป็นผลให้เกิดอาการแสดงทางด้านร่างกาย อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (Lee, 1998) ความวิตกกังวลเป็นภาวะของความไม่สบายกายไม่สบายใจ มักเกิดร่วมกับความรู้สึกผิด ความสงสัย ความกลัว และความคิดต่าง ๆ ที่ครอบงำตนเองอยู่ ซึ่งความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกที่ทำให้ไม่สุขสบายมากที่สุดที่บุคคลเคยประสบมา (Kneisl, 1996) ความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองในระยะแรกต่อภาวะคุกคามด้านจิตใจ (Peplau, 1963 cited in Greene, 1997) ความวิตกกังวล หมายถึงความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้นแบบไม่ชัดเจน สาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลนั้นไม่เฉพาะเจาะจงหรือไม่ทราบสาเหตุ (Kim et al., 1991 cited in Shuldham, Cunningham, Hiscock, & Luscombe, 1995) ความวิตกกังวลเป็นสภาวะหนึ่ง ซึ่งในแต่ละบุคคลหรือกลุ่มคนเกิดความรู้สึกหวาดหวั่น

และเกิดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติเพื่อตอบสนองต่อภาวะคุกคามที่ไม่เฉพาะเจาะจงและไม่ชัดเจนขณะเผชิญ (Carpenito, 1993 cited in Shuldham et al., 1995)

สรุปได้ว่า ความวิตกกังวลนั้นเป็นการตอบสนองในระยะแรกเมื่อเกิดภาวะคุกคามด้านจิตใจ เป็นอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความเครียด ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกหวาดหวั่น หรือไม่สบายใจต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เนื่องจากคาดว่าอาจเป็นอันตรายคุกคามต่อชีวิตได้

ชนิดของความวิตกกังวล

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1972) แบ่งความวิตกกังวลได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. ความวิตกกังวลตามสถานการณ์หรือความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety หรือ A-State) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีความซับซ้อนที่เกิดกับบุคคล โดยมีการประเมินหรือตีความสถานการณ์ในขณะนั้นว่าเป็นอันตรายหรือคุกคาม ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดและกลัวยระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น ความรุนแรงและช่วงระยะเวลาของการเกิด ความวิตกกังวลตามสถานการณ์นี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะคุกคามที่บุคคลนั้นรับรู้ และการตีความว่าสถานการณ์ที่เป็นอันตรายนั้นยังคงอยู่ บุคคลจะมี A-State ในระดับต่ำเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่ก่อให้เกิดความเครียด หรืออยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เป็นอันตรายแต่ไม่ได้รับรู้ว่ากำลังถูกคุกคาม

2. ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะในตัวของบุคคล หรือความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety หรือ A-Trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดกับบุคคลในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไปที่ประเมินว่าเป็นอันตรายหรือถูกคุกคาม เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ ความวิตกกังวลจะมากหรือน้อยในแต่ละคนจะแตกต่างกันไป ซึ่งผู้ที่มี A-Trait ในระดับสูงอาจรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอันตรายและกำลังคุกคามตนเองมากกว่าผู้ที่มี A-Trait ต่ำ โดยเฉพาะเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือทำให้รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) และในผู้ที่มี A-Trait ในระดับสูงนั้นมีแนวโน้มว่า A-State จะอยู่ในระดับสูงมากด้วย ความวิตกกังวลแฝงนี้จะส่งผลต่อการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ประเมินว่าเป็นอันตรายหรือถูกคุกคามที่เกิดขึ้นตามความรุนแรงของปฏิกิริยาโต้ตอบต่อความวิตกกังวลตามสถานการณ์ที่เพิ่มขึ้นของบุคคลนั้น (Spielberger, 1983 cited in Webb & Riggin, 1994)

ความแตกต่างกันของความวิตกกังวล 2 ชนิดนี้ สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1972) กล่าวว่า A-State เป็นอารมณ์หลายอารมณ์ที่เกิดขึ้นผสมกัน (mixed emotions) เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นภาวะคุกคาม ส่วน A-Trait จะเป็นอารมณ์พื้นฐานบางอารมณ์ที่เกิดขึ้นผสมกัน

บ่อย ๆ นาน ๆ เข้าจะค่อนข้างเป็นอารมณ์ที่คงที่ของคนคนนั้น ในขณะที่ A-State นั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Spielberger, 1983 cited in Murray, Lowe, Anderson, Home, Lott, & MacDonald, 1996) A-State อาจได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงในระยะต่าง ๆ ของการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Halm, 1990)

ในการศึกษานี้ศึกษาเฉพาะความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ เนื่องจากบาดเจ็บศีรษะเป็นเหตุการณ์รุนแรงที่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยตีความว่าเป็นสถานการณ์อันตรายทำให้ในขณะที่สมาชิกในครอบครัวกำลังเผชิญกับเหตุการณ์ในครั้งนี้เกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก

สาเหตุของความวิตกกังวล

สาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลที่สำคัญ แบ่งได้เป็น 2 ชนิดดังต่อไปนี้ (Kneisl, 1996)

1. สิ่งคุกคามต่อร่างกาย (threats to biologic integrity) ได้แก่ ความต้องการอาหาร เครื่องดื่ม หรือความอบอุ่น เป็นสิ่งที่จะเข้ามารบกวนความต้องการพื้นฐานของมนุษย์

2. สิ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของตนเอง (threats to the security of the self) ได้แก่ ความคาดหวังที่คิดว่ามีความสำคัญต่อตนเองไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการการยอมรับนับถือไม่ได้รับการตอบสนอง การคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองไม่ได้รับการยินยอมหรือเห็นด้วยจากบุคคลที่มีความสำคัญกับตน ไม่สามารถเพิ่มการยอมรับนับถือตนเองหรือการยอมรับจากบุคคลอื่น ความรู้สึกผิดหรือความขัดแย้งกันระหว่างมุมมองของตนเองและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง

โกเมซ โกเมซ และออตโต (Gomez, Gomez, & Otto, 1984) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์พื้นฐานที่เกิดขึ้นกับทุกคน ซึ่งผลของความวิตกกังวลนั้นอาจเป็นไปได้ทั้งในทางที่ดีขึ้นหรือเลวลง ซึ่งความวิตกกังวลสามารถช่วยให้มีชีวิตอยู่ได้ กระตุ้นการเจริญเติบโตและพัฒนาการของแต่ละบุคคล และทำให้บุคคลปรับตัวได้เหมาะสม แต่สามารถเกิดผลกระทบในทางตรงกันข้ามในด้านของพัฒนาการและการปรับตัวของบุคคลอื่น

ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งได้เป็น 4 ระดับดังต่อไปนี้ (Kneisl, 1996; Lee, 1998)

1. ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย (mild anxiety) ความวิตกกังวลชนิดนี้จะก่อให้เกิดการเผชิญความเครียดในทางที่สร้างสรรค์ คนที่มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยนี้จะเพิ่มความสามารถในการรับรู้ต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ทำให้บุคคลนั้นตื่นตัว (alert) มากขึ้นว่าควรจะทำอะไรต่อไปใน

ทางที่ดีขึ้น บุคคลจะมีการเรียนรู้ในสิ่งต่าง ๆ ง่ายขึ้นเมื่อมีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย ลักษณะพฤติกรรมที่สังเกตได้คือมีความระแวงระวัง ตื่นตัว การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจ ดีขึ้นกว่าแต่ก่อน รับรู้ว่าตนเองเกิดความวิตกกังวลได้อย่างง่ายดาย

2. ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (moderate anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับนี้จะยังคงมีความตื่นตัวอยู่แต่การรับรู้จะแคบลง บุคคลจะปิดกั้นเหตุการณ์ส่วนอื่นออกไป และมุ่งเน้นความสำคัญ ไปอยู่ที่เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกังวล เช่น นักศึกษาพยาบาลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียน อาจสามารถที่จะมีสมาธิในการอ่านหนังสือถึงแม้ว่าจะมีสิ่งแวดล้อมที่รบกวน เช่น เสียงเพลงที่ตั้งจากโทรทัศน์ หรือเพื่อนร่วมห้องเดียวกัน พฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้คือ การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจจะลดลงกว่าแต่ก่อน มีความตั้งใจในสิ่งที่ตนเองมุ่ง ความสนใจอยู่จะมากขึ้นเมื่อได้รับคำแนะนำขณะนั้น โดยจะใส่ใจกับสิ่งอื่นน้อยลง

3. ความวิตกกังวลในระดับสูง (severe anxiety) การรับรู้สติจะลดลงเป็นอย่างมาก บุคคลที่มีความวิตกกังวลรุนแรงจะมุ่งความสนใจไปสู่รายละเอียดปลีกย่อยต่าง ๆ ของเหตุการณ์ที่พบ จะมีความยากลำบากในการแก้ไขปัญหาและความสามารถในการจัดการเรื่องต่าง ๆ ลดน้อยลง เกิดความตื่นตระหนก มีสมาธิลดลง ไม่สามารถจะทำตามคำแนะนำของบุคคลอื่นได้ เมื่อมีสิ่งเร้าใหม่เข้ามา กระตุ้นจะยิ่งทำให้ระดับความวิตกกังวลสูงขึ้นไปอีก พฤติกรรมที่สังเกตได้ คือ การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจน้อยลงกว่าแต่ก่อนเป็นอย่างมาก จะสนใจเฉพาะรายละเอียดปลีกย่อยของเหตุการณ์นั้น การสรุปความหรือลงความเห็นในเรื่องนั้น ๆ ทำได้ไม่ดีเนื่องจากความสามารถในการรวบรวมข้อมูลทำได้ไม่ดี อาจไม่สามารถระบุได้ว่าตนเองเกิดความวิตกกังวล ระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ถูกกระตุ้น ทำให้ชีพจรเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น การหายใจเร็วขึ้น และมีการหลั่งเอปิเนฟริน (epinephrine) เพิ่มขึ้น หลอดเลือดหดตัว อุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลงได้

4. ความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (panic) การรับรู้จะหยุดชะงักลง ความคิดกระจัดกระจาย รู้สึกตกใจกลัวเป็นอย่างมาก อาจไม่สามารถคิดอย่างมีเหตุผลและตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพได้ ไม่สามารถเริ่มต้นหรือกระทำพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ พฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ คือ อาจบอกไม่ได้ว่าขณะนี้เกิดอะไรขึ้นกับตนเอง เกิดความรู้สึกหงงหงวยและรู้สึกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นไม่เป็นความจริง สับสน กลัว สนใจแต่รายละเอียดของเหตุการณ์ มักแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ โดยไม่ได้ผ่านการไตร่ตรองและไม่มีจุดหมาย การติดต่อสื่อสารอาจไม่ชัดเจนหรือเข้าใจได้ยาก จนเฉยง่าย อาจเดินเร็ว วิ่งหนี หรือต่อสู้อย่างรุนแรง

การประเมินความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวลประเมินได้หลายวิธี ได้แก่ การรับฟังและการพูดคุย การถามคำถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต หรือการใช้เครื่องมือในการประเมิน (Shuldham et al., 1995) เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น อาการและอาการแสดงของความวิตกกังวลจะแสดงออกได้ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม (Smeltzer & Bare, 2000) การประเมินความวิตกกังวลนั้นจึงประเมินได้ทั้งทางสรีรวิทยา การประเมินด้วยตนเอง และการประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออกมา ดังนี้

1. การประเมินทางสรีรวิทยา ได้แก่ การวัดความดันโลหิตแดงเฉลี่ย (MAP) อัตราการเต้นของหัวใจ (Carpenito, 1993 cited in Shuldham et al., 1995) การวัดปริมาณเหงื่อออกที่มือ (palmar sweat) โดยใช้เครื่องเซอร์โวเมดิอิวาโพริมิเตอร์ (Servo-Med Evaporimeter) นอกจากนี้ยังมีการวัดระดับแคทีโคลามีน (catecholamines) ในพลาสมาและปัสสาวะ ระดับคอร์ติซอลในพลาสมา และการตอบสนองของผิวหนังต่อการกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า (Shuldham et al., 1995) การวัดทางสรีรวิทยานี้อาจทำได้ลำบากเนื่องจากเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหรืออารมณ์ในลักษณะต่าง ๆ อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้เช่นเดียวกัน (Grimm, 1997) ดังนั้นระดับความวิตกกังวลอาจไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2. การประเมินด้วยตนเอง เป็นการประเมินความวิตกกังวลด้วยตัวบุคคลนั่นเอง ได้แก่

2.1 มาตรฐานวัดความวิตกกังวล (visual analogue scale) เป็นการประเมินระดับของความรูสึกที่แสดงถึงความวิตกกังวล ได้แก่ ความหวาดกลัว ความตึงเครียด ความหวาดหวั่น หรือความกังวล มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร วาดลงบนกระดาษขนาด A4 ปลายปิดทางด้านซ้ายจะแสดงว่าไม่มีความรูสึกนั้น ๆ เลย แต่ความรูสึกจะเพิ่มมากขึ้นไปทางขวาจนถึงปลายปิดทางขวามือ จะตรงกับความรูสึกที่มีมากที่สุด ผู้ที่ทำแบบประเมินนี้จะทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นตรงตามระดับความวิตกกังวลที่มีอยู่ของบุคคลคนนั้น (Brown, 1990; Gaberson, 1991) แบบประเมินนี้สามารถทำได้โดยง่าย แต่ในการวัดซ้ำอาจไม่ใช่ความรูสึกที่แท้จริงเพราะผู้ที่ทำแบบประเมินอาจจำได้ว่าครั้งแรกเคยทำเครื่องหมายไว้ที่ตำแหน่งใด (Brown, 1990)

2.2 Taylor Manifest Anxiety Scale สร้างขึ้นโดยเทลเลอร์ (Taylor, 1950 cited in Grimm, 1997) ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 50 ข้อที่เลือกมาจากแบบประเมินบุคลิกภาพ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ให้ตอบว่าถูกหรือผิดในแต่ละข้อคำถาม แบบวัดนี้เริ่มแรกใช้ในกลุ่มนักเรียนในวิทยาลัยและผู้ป่วยทางจิต แต่ต่อมาได้นำมาใช้กับผู้ใหญ่โดยทั่วไป

2.3 Anxiety Status Inventory (ASI-SAS) พัฒนาโดยซุง (Zung, 1971 cited in Grimm, 1997) Anxiety Status Inventory นี้ตามความเป็นจริงแล้วประกอบไปด้วย 2 แบบวัดคือ ASI และ Self-rating Anxiety Scale (SAS) ทั้ง 2 แบบวัดนี้ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิก แต่มีการรายงานว่าสามารถใช้กับบุคคลที่ไม่มีอาการป่วยทางจิตได้เช่นกัน (Grimm, 1997)

2.4 State-Trait Anxiety Inventory (STAI) พัฒนาขึ้นโดยสปีลเบอร์เกอร์และคณะตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 และปรับปรุงแก้ไขใหม่ในปี ค.ศ. 1983 แบบวัดนี้จะแยกประเมินความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์และความวิตกกังวลแฝง แต่ละชนิดของความวิตกกังวลประกอบไปด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เลือกตอบได้ 4 คำตอบ จากไม่มีความรู้สึกนั้นเลย จนถึงมีมากที่สุด (Spielberger & Vagg, 1995) แบบวัด STAI นี้ใช้ได้แพร่หลายในบุคคลหลายกลุ่ม (Grimm, 1997) ค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของเครื่องมือนี้เป็นที่ยอมรับ (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983 cited in Leske, 1996) และยังไม่พบปัญหาเรื่องการใช้แบบสอบข้ามวัฒนธรรม (Spielberger, 1988 อ้างใน คาราวรรณ ตะปิ่นตา, 2534)

3. การประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมของเกรแฮมและคอนเลย์ (Graham & Conley, 1971) จะประเมินเกี่ยวกับลักษณะการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม เช่น กัดเล็บหรือกัดปาก มือสั่น กระสับกระส่าย การแสดงออกทางการพูด เช่น พูดเร็วขึ้น พูดตะกุกตะกัก พูดเสียงดังหรือเสียงแหลม การแสดงออกทางสีหน้าที่แสดงถึงความตึงเครียด ร้องไห้ หรือยื่นกอดอก

ทั้งนี้แบบประเมินความวิตกกังวลโดยการรายงานด้วยตนเองยังมีอีกหลายแบบประเมินที่ไม่ได้นำกล่าวไว้ในที่นี้ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความวิตกกังวล STAI ที่พัฒนาขึ้นโดยสปีลเบอร์เกอร์และคณะในปี 1983 เนื่องจากแบบวัดนี้ได้รับความนิยมเป็นที่แพร่หลายสามารถแยกประเมินได้ทั้งความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ และความวิตกกังวลแฝง ค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับ และไม่มีปัญหาเรื่องการใช้แบบสอบข้ามวัฒนธรรม และในการจับคู่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน (homogeneity) ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้คะแนนความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์แตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน เนื่องจากจากการศึกษาแบบกึ่งทดลองของอายมิน (Aimin, 1999) ใช้แบบวัดความวิตกกังวล STAI นี้พบว่า คะแนนช่วงดังกล่าวไม่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน

ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

การศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของครอบครัวในปัจจุบันมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากระดับความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการเรียนรู้และการแก้ปัญหา (Reider, 1994) ความวิตกกังวลมักเป็นหนึ่งในข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยเมื่อพยาบาลให้การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยในระยะวิกฤต (Halm, 1990)

ในกรณีของบาดเจ็บศีรษะนั้นผลกระทบของบาดเจ็บศีรษะไม่เพียงเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเท่านั้น ยังมีผลกระทบกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยอีกด้วย (Acom, 1995; Baker, 1990) บาดเจ็บที่ศีรษะนั้นนับว่าเป็นวิกฤตการณ์อย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นกับครอบครัว เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีผู้ใดคาดคิดมาก่อน นับตั้งแต่วันที่แรกที่ครอบครัวได้รับข่าวว่ามีสมาชิกของครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยอาจมีเวลาเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเวลาเลย ในการเตรียมรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวโดยไม่คาดคิด (Hudak, Gallo, & Morton, 1998, p. 23) ทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวจะต้องเตรียมตัวรับมือกับการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะแรกซึ่งเป็นระยะวิกฤตจากการบาดเจ็บ (Hopkins, 1994)

ฮูดัค แกลโล และมอร์ติน (Hudak, Gallo, & Morton, 1998, p. 23) กล่าวถึงสถานการณ์ต่าง ๆ ที่จะทำให้ครอบครัวเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ มีดังนี้

1. เหตุการณ์ที่เป็นความเครียดเกิดขึ้นและคุกคามจนกระทั่งครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง
2. วิธีการที่ใช้ในการแก้ปัญหาที่ใช้ตามปกติไม่สามารถใช้ได้อีกต่อไป ทำให้ครอบครัวไม่สามารถเข้าสู่ภาวะสมดุลได้รวดเร็วเช่นที่เคย
3. ภาวะเสียสมดุลของครอบครัวที่เกิดขึ้น ไม่สามารถช่วยให้ครอบครัวปรับตัวได้และไม่ช่วยให้ภาวะสุขภาพของครอบครัวดีขึ้น หรือลดการปรับตัวที่ติของครอบครัว และเพิ่มความไวต่อวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้น

โซเลอร์ช (Solursh, 1990) ได้กล่าวถึงครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บโดยไม่คาดคิดว่าเป็นสถานการณ์ที่ครอบครัวไม่สามารถควบคุมได้เนื่องจากเกิดขึ้นอย่างฉับพลันและหลีกเลี่ยงไม่ได้เป็นสถานการณ์ที่มีความสำคัญกับสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องทุกคน ทำให้ครอบครัวตกอยู่ในภาวะวิกฤต ทำให้เกิดความเครียดสูงสุดกับสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นครอบครัวอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่ใช่ลักษณะปกติของครอบครัวนั้นออกมา ยกตัวอย่างการตอบสนองของสมาชิกในครอบครัวในระยะแรกที่ทราบข่าวว่ามีสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บ เช่น เกิดอาการช็อก ไม่เชื่อ ขาไปทั้งตัว มีความรู้สึกว่าการณ์นั้นไม่เป็นความจริง กลัวและวิตกกังวลว่าผู้ป่วย

อาจเสียชีวิตได้ (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) หรือกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายของผู้ป่วย ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษา กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และกลัวการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัว (Prevost, 1997) รู้สึกว่าต้องรับผิดชอบ รู้สึกผิดหรือโกรธกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Meijs, 1989) จะเห็นได้ว่าครอบครัวจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และความคิดได้อย่างมากมาย ผลจากการบาดเจ็บของผู้ป่วยจะส่งผลกับญาติหรือสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบของผู้ป่วยในครอบครัว (Solursh, 1990)

บาดเจ็บศีรษะนั้นเป็นสถานการณ์วิกฤตที่มีผลทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลอย่างมาก (Testani-Dufour, Chappel-Aiken, & Gueldner, 1992) จากการศึกษาพบว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจะมีความวิตกกังวลสูงในระยะ 72 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยภาวะวิกฤตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยไม่คำนึงถึงลักษณะส่วนตัวหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นขณะนั้น (Tracy, Fowler, & Magarelli, 1999) ฮาล์ม (Halm, 1990) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนในทุกสถานการณ์ (universal emotion) เมื่อสมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่หลากหลายในช่วงสถานการณ์วิกฤตของชีวิต (life crisis) ผลกระทบจากความเจ็บป่วยในระยะวิกฤตจะมีสิ่งเร้ามากมายที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลอย่างสูงกับครอบครัวสาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ได้แก่

1. การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นที่ทันใดและไม่ได้คาดคิดมาก่อน
2. การพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน
3. ความกลัวว่าผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวดเป็นเวลานาน กลัวความพิการที่อาจหลงเหลืออยู่ หรือกลัวความตาย
4. การขาดความเป็นส่วนตัว
5. สิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต

ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะแรกนั้น เป็นความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์อย่างหนึ่ง แต่ความวิตกกังวลแฝงของครอบครัวก็มีผลต่อความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนักเช่นกัน (Rukholm et al., 1991) สอดคล้องกับที่สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1972) กล่าวว่า บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงมีแนวโน้มที่จะส่งผลให้ความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์สูงขึ้นด้วย ตั้งแต่รับทราบว่าสมาชิกในครอบครัวของตนได้รับบาดเจ็บความวิตกกังวลจะเกิดจากความกลัวการสูญเสียบุคคลที่รัก กังวลว่าผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตได้ (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Reider, 1994) พิพท์แมนและฟาว

เลอร์ (Pittman & Fowler, 1997) กล่าวว่าความวิตกกังวลจะสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะคุกคามจากการประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นอันตราย และการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยที่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอาจต้องเผชิญกับความตายหรือการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย นอกจากนี้ความวิตกกังวลจะเพิ่มขึ้นในขณะที่สมาชิกในครอบครัวไปถึงโรงพยาบาลแล้วไม่สามารถพบกับผู้ป่วยได้ทันที ดังนั้นในขณะที่รอพบกับผู้ป่วยจะยิ่งทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น เนื่องจากไม่ทราบว่าจะขณะนี้ผู้ป่วยมีอาการเป็นอย่างไร ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากความไม่รู้ อีกทั้งวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (Testani-Dufour, Chappel-Aiken, & Gueldner, 1992; Halm, 1990) ผู้ป่วยอาจได้รับการใส่สายยาง ท่อระบาย หรืออุปกรณ์ช่วยชีวิตในระยะวิกฤตต่าง ๆ มากมาย เสี่ยงจากเครื่องมือ หรือการที่เจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นคนแปลกหน้าที่ไม่เคยรู้จักมาก่อนมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ล้วนแล้วแต่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (Hickey, 1993; Rukholm et al., 1991) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อแรกรับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลจะมาด้วยอาการหมดสติ และต้องพึ่งเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลใกล้ชิดในหอผู้ป่วยหนักเนื่องจากเป็นช่วงวิกฤตของผู้ป่วย ในระยะนี้ครอบครัวจะรู้สึกว่าเป็นภาวะคุกคามจิตใจ เนื่องจากเป็นห่วงผู้ป่วยและต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นอย่างดี (Bokinskie, 1992) ผู้ป่วยบางรายต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง ซึ่งถือว่าเป็นการผ่าตัดใหญ่เกี่ยวข้องกับอวัยวะสำคัญของร่างกาย เป็นภาวะวิกฤตสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว คาโฮล (Kathol, 1984) กล่าวว่า การผ่าตัดเป็นสภาวะการณ์ที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้ โดยเฉพาะในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด จากการศึกษาของเคลเบอร์และคณะ (Kleiber et al., 1994 cited in Hudak, Gallo, & Morton, 1998) พบว่า ญาติและครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะมีความรู้สึกโกรธที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่หลากหลาย ซึ่งมักจะเกิดขึ้นมากที่สุดในช่วงวันแรกถึงสองวันแรกที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตนี้ ซึ่งการแยกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักในระยะวิกฤตจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก สาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล ได้แก่ การที่ไม่ทราบภาวะเบียบของหอผู้ป่วย การเข้าพบผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก หรือการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ (Gaw-Ens, 1994) วิตกกังวลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย (Hickey, 1993) การจำกัดเวลาในการเยี่ยมจะทำให้ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน (Hopkins, 1994) ฮูดค แกลโล และมอร์ตัน (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) กล่าวว่า การติดต่อสื่อสารที่ไม่เพียงพอกับทีมสุขภาพทำให้เกิดความวิตกกังวล เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวอาจยังเพิ่มความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตที่ยาวนานของผู้ป่วยอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพของผู้ป่วยได้บ่อย อาจยังเพิ่มการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยได้ สภาพจิตใจและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย

จะทำให้ครอบครัวเกิดความเครียดมากกว่าผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว (Oddy, Humphrey, & Uttley, 1978 cited in Engli & Kirsivali-Farmer, 1993) ความไม่แน่นอนใจของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับผลที่ตามมาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจะยิ่งเพิ่มความคับข้องใจและความเครียดมากขึ้น (Engli & Kirsivali-Farmer, 1993) นอกจากนี้การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือเครื่องใช้ การรักษา และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เป็นสาเหตุให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิตกกังวลเกิดความวิตกกังวลด้วยเช่นกัน (Prevost, 1997)

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเป็นอารมณ์ซึ่งเป็นผลมาจากความเครียด (Pittman & Fowler, 1997) ซึ่งความวิตกกังวลจะสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะคุกคามจากการประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นอันตรายและการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต กล่าวว่าคุณคลอันเป็นที่รักจะเสียชีวิต สูญเสียความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและตัวผู้ป่วย และสูญเสียเวลาการทำงานปกติ มีการศึกษาหลายการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิตกกังวล ได้แก่

เทรซี ฟาวเลอร์ และมากาเรลลี (Tracy, Fowler & Magarelli, 1999) ศึกษาเกี่ยวกับระดับของความหวังและความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ (state of anxiety) ของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิตกกังวล และความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิตกกังวลจำนวน 44 ราย พบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิตกกังวลจะมีความวิตกกังวลสูงภายใน 72 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ในขณะที่สมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยในระยะวิกฤต ครอบครัวจะต้องการการสนับสนุนจากบุคคลอื่นเป็นอย่างมาก แต่บ่อยครั้งพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีความลังเลใจในการเปิดเผยความรู้สึกให้กับบุคลากรทางการแพทย์ได้รับรู้ (Woolley, 1990 cited in Leske, 1998) แต่อย่างไรก็ตามสมาชิกในครอบครัวมักจะพึ่งพาพยาบาลในการตอบสนองความต้องการเพื่อให้การสนับสนุนระดับประคองสมาชิกในครอบครัว (Leske, 1998) การศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิตกกังวล พบว่า ความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับสภาพและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย เป็นความต้องการที่พบมากที่สุด (Prevost, 1997) จากการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต จากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลันของอุบลวรรณ กิติรัตนตระกูล (2541) พบความต้องการเรียงตามลำดับดังนี้คือ การลดความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูล ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการส่วนบุคคล และความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาลของ ธิติมา วทานิชเวช (2540) พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิตกกังวลมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร

มากกว่าด้านอื่น โดยมีความต้องการด้านอารมณ์เป็นอันดับที่สอง นิภาวรรณ สามารถกิจ และ จันทรพร ยอดยิ่ง (2541) ศึกษาความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่า ความต้องการที่ญาติให้ความสำคัญมากที่สุดคือความต้องการลดความวิตกกังวล รองลงมาคือความต้องการข้อมูล ถ้าความต้องการของครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนอง การที่สมาชิกในครอบครัวจะให้การสนับสนุนหรือประคับประคองผู้ป่วยจะลดลงเรื่อย ๆ (Kathol, 1984) ครอบครัวมีความสำคัญต่อผู้ป่วยมากเนื่องจากครอบครัวนั้นจัดเป็นแหล่งสำคัญในการสนับสนุนด้านอารมณ์สำหรับผู้ป่วย (Raleigh, Lepczyk, & Rowley, 1990) ดังนั้นการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญมากในการให้การพยาบาลกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยในระยะวิกฤต

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์นั้นเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม (social support) (Langford, Bowsher, Maloney, & Lillis, 1997) ไวสส์ (Weiss, 1972 cited in Halm, 1990) กล่าวว่า การสนับสนุน (support) เป็นรูปแบบหนึ่งของการช่วยเหลือที่สำคัญที่บุคคลใช้ในช่วงเวลาวิกฤต เมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤตขึ้นความต้องการการสนับสนุนจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น (Halm, 1990) ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดที่สำคัญ เนื่องจากเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวจะสูญเสียการติดต่อกับสังคม แหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ลดลง และทำให้เกิดความห่างเหินกับเครือข่ายทางสังคม (House, Kessler, & Herzog, 1990 cited in Stewart & Tilden, 1995) สจวร์ทและทิลเดน (Stewart & Tilden, 1995) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการสนองตอบความต้องการของผู้รับบริการ การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความสามารถในการให้การสนับสนุนผู้ป่วย และมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพในทางที่ดีขึ้นจากการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต (Halm, 1990) พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญมากในการให้การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตัวผู้ป่วยเอง การปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง และการฟื้นฟูสภาพจากความเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Stewart, 1993)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง แหล่งสนับสนุน (resources) ที่ได้รับจากบุคคลอื่น ๆ ซึ่งแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ นั้นจะเป็นข้อมูลหรือสิ่งที่เป็นประโยชน์ (Cohen & Syme, 1985) การสนับสนุนจะปกป้องบุคคลจากอันตรายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดได้อย่างเฉียบพลัน (Stewart & Tilden, 1995) โคเฮนและแมคเคย์ (Cohen & McKay, 1984 cited in

McNett, 1987) กล่าวถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลไก คือ การสนับสนุนทางสังคมเป็นกลไกการปรับสมดุลของความเครียด (stress-buffering mechanisms) ซึ่งจะเข้าเป็นตัวกลางระหว่างสถานการณ์ที่เป็นความเครียดและผลที่ตามมา (outcome) ภายหลังจากความเครียดนั้น โดยการลดการประเมินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นความเครียด หรือเป็นสิ่งคุกคาม (stress or threat appraisal) และการสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นตัวกลางระหว่างการประเมินว่าเป็นภาวะคุกคามและผลที่ตามมา โดยการลดหรือกำจัดปฏิกิริยาต่อการถูกคุกคาม โดยการให้แนวทางการแก้ไขปัญหา หรือการลดความสำคัญของปัญหาลง ซึ่งจะอยู่ภายใต้การตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ขณะนั้น (coping responses) เฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะปรับผลกระทบของความเครียด โดยทำให้บุคคลสามารถรับรู้ถึงความเครียดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีน้อยลง โดยการเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้ หรือโดยการลดความรุนแรงของปฏิกิริยาที่แต่ละบุคคลจะแสดงออกมาจากภาวะเครียดที่เกิดขึ้น

คำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคม มีดังนี้ ไวสส์ (Weiss, 1974 cited in Tilden, 1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมี 6 ประเภท ได้แก่ ความผูกพันรักใคร่ การรวมเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับสังคม การให้ความเอาใจใส่ การให้ความมั่นใจ ความผูกพันทางสายโลหิต และการให้แนวทางจากผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่าเมื่อเกิดความเครียด สคิเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981 cited in Tilden, 1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมประกอบไปด้วย 3 มโนทัศน์ย่อย คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูล และสิ่งของ (tangible) ซึ่งการสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง ความผูกพันรักใคร่ การให้ความมั่นใจ การแสดงความรู้สึกว่าไว้วางใจได้ และสามารถเปิดเผยเรื่องราวต่าง ๆ ได้ จะนำไปสู่ความรู้สึกของการเอาใจใส่และความรัก การสนับสนุนด้านข้อมูล จะประกอบด้วยคำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับ วิธีการต่าง ๆ ที่บุคคลจะนำไปใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการสนับสนุนด้านสิ่งของจะเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือช่วยเหลือต่าง ๆ และการให้สิ่งของหรือบริการต่าง ๆ ข้อค้อยของคำจำกัดความนี้ คือ มโนทัศน์นี้ยังไม่ลึกซึ้งพอ ยังซับซ้อนเกินกว่าที่จะอธิบายออกมาเป็น 3 มโนทัศน์ย่อยได้ (Tilden, 1985) คาห์นและแอนโทนูชี (Kahn & Antonucci, 1980 cited in Tilden, 1985) ให้คำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นการจัดการระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรักใคร่ ซึ่งเป็นการแสดงความรัก ความชอบ ความเคารพ และการชื่นชมยินดี การเห็นพ้องต้องกัน ได้แก่ การเห็นด้วย การยอมรับ พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมา และการช่วยเหลือ โดยการให้บริการหรือให้สิ่งของต่าง ๆ ฮัททิสัน (Hutchison, 1999) ได้ทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ พบว่า คำจำกัดความของการสนับสนุนที่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป คือ คำจำกัดความที่ให้ไว้โดยเฮาส์และคาห์น (House & Kahn)

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional) ด้านข้อมูล (informational) ด้านเครื่องมือ (instrumental) และด้านการประเมินค่า (appraisal) เฮาส์ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทั้ง 4 ด้านไว้ดังนี้ การสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการเผชิญปัญหาทั้งปัญหาส่วนตัวและปัญหาที่มีต่อสิ่งแวดล้อม โดยการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ให้แนวทาง และการให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการสนับสนุนที่สำคัญที่สุด หมายถึง การให้ความเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี และความไว้วางใจ การสนับสนุนด้านเครื่องมือนั้นเป็นการบริการต่าง ๆ และสินค้าหรือสิ่งของที่สัมผัสได้ หรือเป็นอุปกรณ์ช่วยเหลือที่สามารถสัมผัสได้ ถึงแม้ว่าการสนับสนุนด้านเครื่องมือนี้อาจจัดเป็นการดูแลและให้ความรักสำหรับบุคคล แต่ก็ต้องแยกการสนับสนุนด้านเครื่องมือออกจากการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านเครื่องมือตามแนวคิดของเฮาส์ ได้แก่ อุปกรณ์ช่วยเหลือต่าง ๆ เงิน แรงงาน (labor) เวลา และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนด้านการประเมินค่านั้น เฮาส์กล่าวว่า เป็นการติดต่อสื่อสารข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลตนเองมากกว่าการแก้ปัญหา ประกอบไปด้วยการรับรองยืนยัน (affirmation) การป้อนข้อมูลย้อนกลับ (feedback) และการเปรียบเทียบทางสังคม (social comparison)

การให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมต้องขึ้นอยู่กับสถานการณ์ และบุคคลนั้น ๆ ดังนั้น การประเมินชนิดของการสนับสนุนที่เหมาะสมกับบุคคลหรือสถานการณ์นั้น ๆ ก่อนจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการเป็นแนวทางนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป (Stewart, 1989) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นลำดับต้น ๆ นั้นคือ การสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์

การสนับสนุนด้านข้อมูล

จากรายงานการวิจัยเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตพบว่า ความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับสภาพและความก้าวหน้าของผู้ป่วยเป็นความต้องการในระดับต้น ๆ (Acom, 1995; Prevost, 1997) ในอดีตที่ผ่านมามีความเชื่อว่าแหล่งของข้อมูลทั้งหมดสำหรับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยนั้นได้จากแพทย์เท่านั้น แต่ในปัจจุบันพยาบาลในหน่วยวิกฤต (critical care nurse) สามารถที่จะให้ข้อมูลกับสมาชิกในครอบครัวได้ในระยะแรก เพราะพยาบาลมีเวลาให้กับผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ (Kleinpell, 1991) มีรายงานว่า การติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวในระยะแรกที่มาเยี่ยมผู้ป่วยสามารถช่วยลดระดับความวิตก

กั้วลลงได้ (Hodovanic et al., 1984 cited in Leske, 1998) ริชมอนด์และเครก (Richmond & Craig, 1986) กล่าวว่าข้อมูลบางอย่างต้องได้รับจากแพทย์ซึ่งไม่ได้อยู่ในอำนาจการตัดสินใจของพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลสามารถช่วยเหลือครอบครัวได้โดยให้สมาชิกในครอบครัวเขียนคำถาม โดยพยาบาลจะเป็นสื่อกลางระหว่างแพทย์และสมาชิกในครอบครัวในการซักถามคำถามที่ได้รับกับแพทย์ แล้วมาแจ้งแก่สมาชิกในครอบครัวอีกครั้ง

การจัดให้มีบุคลากรคนหนึ่งที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลต่าง ๆ กับครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญมาก (Testani-Dufour, Chappel-Aiken, & Gueldner, 1992) ดังนั้นพยาบาลควรให้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยและการพยากรณ์โรคของการบาดเจ็บศีรษะที่เกิดขึ้น (Acom, 1995; Darby & Budway, 1998) ข้อมูลควรให้ตามความเป็นจริงเมื่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยพร้อมที่จะรับฟัง (Bridgman & Carr, 1998) พยาบาลต้องให้ข้อมูลที่กระชับ (Richmond & Craig, 1986) เป็นข้อมูลที่มีความตรงในแต่ละวันเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวที่ป่วย ข้อมูลต่าง ๆ ควรให้อย่างง่ายไม่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ (Meijs, 1989; Hickey, 1990) ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมหรือเครื่องมือทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้ทราบที่ข้างเตียง (Meijs, 1989) สมาชิกในครอบครัวอาจมีความต้องการที่จะอยู่ข้างเตียงผู้ป่วย หรือต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แต่บางครั้งอาจไม่กล้าหรือไม่ทราบว่าตนเองควรปฏิบัติอย่างไรบ้าง พยาบาลควรแนะนำวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ข้างเตียง เช่น การสัมผัสมือผู้ป่วย การพูดคุย และการช่วยพยาบาลในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย (Reider, 1994) นอกจากนี้ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบต่าง ๆ ของโรงพยาบาลและของหอผู้ป่วยอีกด้วย (Kleinpell & Powers, 1992) การทำแผ่นพับหรือเอกสารเกี่ยวกับนโยบายของโรงพยาบาลและของหอผู้ป่วยเป็นวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เนื่องจากเป็นสื่อที่สามารถอ่านได้ในภายหลังอีกด้วย (Hickey, 1990) นอกจากนี้การให้ข้อมูลต่าง ๆ ทางโทรศัพท์ในขณะที่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้จะช่วยให้เกิดความวิตกกังวลลงได้ (Johnson & Frank, 1995) จากแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) สามารถจัดข้อมูลให้กับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาทั้งปัญหาส่วนตัว ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย ได้แก่ โรค การตรวจวินิจฉัย และการรักษา และปัญหาที่มีต่อสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะของหอผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และกฎระเบียบต่าง ๆ ของหอผู้ป่วย มีรายละเอียดของข้อมูลดังนี้

ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การตรวจวินิจฉัย และการรักษา ได้แก่

บาดเจ็บศีรษะ เกิดจากการได้รับอันตรายจากแรงภายนอกมากระทบศีรษะ ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ หนังศีรษะอาจชำ บวม หรือฉีกขาด กะโหลกศีรษะอาจร้าว หรือแตกยุบ เนื้อสมองฟกช้ำ และอาจเกิดการฉีกขาดของเส้นเลือดภายในกะโหลกศีรษะ มีผลทำให้มีการ

ตกเลือดได้กะโหลกศีรษะ ในระหว่างชั้นต่าง ๆ ของเยื่อหุ้มสมอง หรือภายในเนื้อสมองได้ (จเร ผลประเสริฐ, 2541; Bottcher, 1989)

การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจะเริ่มตรวจตั้งแต่ระยะแรกที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ได้แก่ การเอ็กซเรย์กะโหลกศีรษะ เพื่อตรวจความผิดปกติของกะโหลกศีรษะทำให้ทราบถึงตำแหน่งที่แน่นอนและลักษณะของการแตกยุบของกะโหลกศีรษะ (ชัยวัน เจริญโชคทวี, 2538) การตรวจความผิดปกติของสมองด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ จะเป็นการตรวจหาตำแหน่งและขนาดของก้อนเลือดภายในกะโหลกศีรษะได้ค่อนข้างแม่นยำ (Smeltzer & Bare, 2000b) การตรวจด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์นี้จะทำการตรวจในระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดเพื่อประเมินความผิดปกติเมื่อพบว่าระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยลดลงหรือมีอาการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้จะมีการตรวจเลือด ได้แก่ การตรวจค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเพื่อประเมินภาวะขาดเลือด ตรวจหากลุ่มเลือดในกรณีที่มีผู้ป่วยเสียเลือดมากและจำเป็นต้องได้รับเลือดทดแทน และตรวจค่าอิเล็กโทรลัยท์ในเลือด การตรวจปัสสาวะ ได้แก่ การตรวจค่าความถ่วงจำเพาะของน้ำปัสสาวะเพื่อประเมินภาวะน้ำเกินในร่างกาย

ภายหลังจากแพทย์ตรวจวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยมีเลือดออกหรือก้อนเลือดที่ตำแหน่งใด แพทย์จะให้การรักษาโดยการผ่าตัด และการใช้ยา ในกรณีที่รักษาโดยการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการทำผ่าตัดโดยการเจาะรูผ่านกะโหลกศีรษะเข้าไปเพื่อดูดของเหลวที่คั่งค้างออก หรือผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำก้อนเลือดที่คั่งอยู่ภายในออก ส่วนยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ได้แก่ ยาลดสมองบวม และยาขับปัสสาวะเพื่อป้องกันและลดภาวะสมองบวม ยาแก้อันชัก ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Darby & Budway, 1998; Smeltzer & Bare, 2000a) ซึ่งจะให้ผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำและยาลดไข้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีไข้ ในระยะแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาทเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจนพ้นระยะอันตราย

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในภาวะวิกฤตควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาทให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เกี่ยวกับลักษณะของหอผู้ป่วยหนัก ความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยในการรักษาและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง และชี้แจงให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเมื่อมีอาการดีขึ้นและไม่มีความแทรกซ้อน แพทย์จะให้ย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยสามัญต่อไป

ในขณะที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในหอผู้ป่วยหนักนั้น สภาพของผู้ป่วยจะอยู่ภายใต้การใช้อุปกรณ์และเครื่องมือในการรักษาที่หลากหลาย พยาบาลควรมีการอธิบายให้สมาชิกใน

ครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเกี่ยวกับอุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาท ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องช่วยหายใจ เป็นเครื่องที่ใช้ช่วยในการหายใจของผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยจะไม่สามารถส่งเสียงหรือพูดได้เพราะมีท่อทางเดินอากาศคาอยู่ เมื่อการหายใจของผู้ป่วยดีขึ้นหรือประมาณ 1 - 2 วันหลังผ่าตัด แพทย์จะถอดท่อทางเดินหายใจออก และเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่เลิกใช้เครื่องช่วยหายใจแล้วจะได้รับออกซิเจนทางหน้ากากหรือสายยาง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณออกซิเจนเพิ่มขึ้น

2. เครื่องปรับอัตราการไหลของน้ำเกลือ เป็นเครื่องมือที่ใช้ต่อกับสารละลายต่าง ๆ เพื่อควบคุมอัตราการไหลของสารละลายให้ถูกต้องตรงตามแผนการรักษา ผู้ป่วยจะได้รับน้ำเกลือประมาณ 1 - 2 ขวดต่อวัน

3. เครื่องช่วยลดไข้ เป็นเครื่องมือที่ช่วยปรับระดับอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยลงในกรณีที่ผู้ป่วยมีไข้สูง

4. สายยางที่สอดไว้ทางจมูก เป็นสายยางที่ใส่เข้าทางจมูก ปลายสายจะอยู่ที่กระเพาะอาหาร สายนี้จะถูกต่อลงขวดสะอาดเพื่อระบายเอาสารเหลว น้ำย่อยและลมออกมา ในระยะ 1 - 2 วันแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะยังไม่ได้รับอาหารเนื่องจากลำไส้ยังไม่ทำงานและเพื่อให้กระเพาะอาหารว่าง ป้องกันการอาเจียนและสำลักเศษอาหารเข้าหลอดลม หลังจากนั้นจะใช้เป็นทางให้อาหารสำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ แพทย์จะพิจารณาเอาสายยางออกเมื่อผู้ป่วยสามารถเคี้ยวและกลืนอาหารทางปากได้

5. ท่อระบายที่ต่อออกจากตัวผู้ป่วย ในระยะแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีท่อระบายคาไว้ได้แก่

5.1 ท่อระบายที่คาไว้ภายใต้กะโหลกศีรษะ เพื่อระบายเลือดหรือของเหลว โดยแพทย์จะใส่สายท่อระบายที่มีลักษณะเป็นพลาสติกใส ใส่เข้าไปภายใต้กะโหลกศีรษะ นานประมาณ 1 - 3 วัน ปลายสายด้านนอกต่อกับขวดที่ปราศจากเชื้อ ซึ่งเป็นระบบสูญญากาศ วางขวดรองรับไว้ที่ระดับศีรษะหรือต่ำกว่าศีรษะของผู้ป่วยเล็กน้อยเพื่อป้องกันขวดระบายสูญญากาศแตก และถ้าภายในขวดไม่เป็นสูญญากาศสิ่งที่ระบายออกมาจะได้ไม่ไหลย้อนกลับ (สุปราณี เชื้อสุวรรณ, 2542)

5.2 ท่อระบายปัสสาวะ มีลักษณะเป็นสายยางใส่เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ ปลายสายด้านนอกต่อลงถุงหรือภาชนะพลาสติกที่ปราศจากเชื้อ ผู้ป่วยจะได้รับการคาท่อระบายปัสสาวะ นานประมาณ 2-3 วัน เพื่อบันทึกจำนวนปัสสาวะและประเมินการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต และระบบขับถ่ายปัสสาวะ หลังจากเอาท่อระบายปัสสาวะออกจะใส่ถุงรองรับปัสสาวะเพื่อไม่ให้ปัสสาวะรดที่นอน

6. เครื่องวัดความดันโลหิต เป็นเครื่องที่ใช้วัดความดันโลหิตของผู้ป่วยเพื่อสังเกตอาการผิดปกติ ผู้ป่วยจะได้รับการวัดความดันโลหิตทุก 1 หรือ 2 ชั่วโมงขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย

7. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ จะใช้กับผู้ป่วยบางรายที่มีความเสี่ยงในความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ (Gardner, 1986)

ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาล มีกิจกรรมการพยาบาลหลายกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วย ดังนี้

1. การทำความสะอาดร่างกาย ผู้ป่วยจะได้รับการทำความสะอาดร่างกายบนเตียงวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น

2. การดูแลการระบายสารเหลวจากกระเพาะอาหารออกทางสายยางที่สอดไว้ทางจมูก หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการคาสายยางทางจมูกปลายสายยางจะอยู่ที่กระเพาะอาหาร เพื่อช่วยในการระบายสารเหลวออกจากกระเพาะอาหาร ลดอาการท้องอืด และในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สิดำ หรือไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองทางปาก ผู้ป่วยจะได้รับอาหารเป็นอาหารผสมทางสายยางนี้ ซึ่งอาหารจะลงสู่กระเพาะโดยตรง ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วนมากขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับอาหารผสมทางสายยางประมาณวันที่ 3 หลังผ่าตัด โดยจะได้รับอาหารทุก 4 ชั่วโมง เริ่มตั้งแต่ 06.00 น. ยกเว้นมือ 02.00 น. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวอาจได้รับการงดอาหารและน้ำ แต่ผู้ป่วยจะได้รับสารอาหารทดแทนจากน้ำเกลือทางหลอดเลือดโลหิตดำ

3. การดูดเสมหะ ในขณะที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะมีเสมหะในคอ ถ้ามีเสมหะมาก ผู้ป่วยไอขับเสมหะออกได้ลำบาก จำเป็นจะต้องใช้เครื่องดูดเสมหะเพื่อดูดเสมหะออก โดยใช้สายยางพลาสติกใสที่ต่อจากเครื่องดูด การดูดเสมหะจะช่วยให้ทางเดินหายใจโล่งผู้ป่วยหายใจได้สะดวกขึ้น ทั้งนี้ก่อนและหลังการดูดเสมหะแต่ละครั้งผู้ป่วยจะได้รับออกซิเจนเพิ่ม โดยการทำให้ปลอดขยายตัว ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูดเสมหะผู้ป่วยจะมีอาการไอเนื่องจากหลอดลมถูกระคายเคืองจากสายยางแต่อาการไอจะหมดไปเมื่อไม่มีเสมหะและเลิกดูดเสมหะ

4. การประเมินทางระบบประสาทและการประเมินสัญญาณชีพ เป็นการประเมินความผิดปกติของระบบประสาททุก 1 หรือ 2 ชั่วโมง ตามสภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงอาการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วย การประเมินทางระบบประสาทได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินขนาดของรูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสง การประเมินสัญญาณชีพจะประเมินอุณหภูมิ อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิต

5. การให้ยา ผู้ป่วยจะได้รับยาต่างๆ ได้แก่ ยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ ยาลดไข้ ยาลดสมองบวม และยาขับปัสสาวะ

6. การพลิกตัว ผู้ป่วยจะได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง (Gardner, 1986) เพื่อป้องกันปอดแฟบ แผลกดทับที่อาจเกิดขึ้นได้ตามปุ่มกระดูกต่างๆ และเพื่อให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น

7. การป้องกันอุบัติเหตุ ทุกเตียงจะมีราวข้างเตียงไว้ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยตกจากเตียง และอาจใช้ผ้าผูกยึดข้อมือของผู้ป่วยบางรายไว้ในกรณีที่ผู้ป่วยตื่น

8. การเช็ดตัวลดไข้ ผู้ป่วยจะได้รับการเช็ดตัวลดไข้เมื่อพบว่าไข้สูง หรืออาจช่วยลดระดับอุณหภูมิของร่างกายลงโดยใช้เครื่องลดไข้

9. การช่วยให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย ผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือให้ได้ออกกำลังกายบนเตียง เป็นการออกกำลังแขนและขาเพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนได้ดี

10. การกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วย พยาบาลจะกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วย ได้แก่ การบอกผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อจะกระทำการใด ๆ กับผู้ป่วย และบอกวัน เวลา สถานที่ที่เป็นปัจจุบัน

การปฏิบัติตัวขณะมาเยี่ยมผู้ป่วยเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลประจำหอผู้ป่วยควรอธิบายให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเข้าใจเกี่ยวกับข้อควรปฏิบัติสำหรับสมาชิกในครอบครัวเมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท ได้แก่ เวลาเยี่ยมแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ 12.00 – 13.30 น. และ 15.00 – 19.00 น. ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพักผ่อน และสะดวกต่อการปฏิบัติงานของแพทย์และพยาบาล ควรผลัดเปลี่ยนกันเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วยครั้งละ 2 ราย ขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยสมาชิกในครอบครัวสามารถปฏิบัติตัวหรือให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ข้างเตียงได้ถ้าต้องการ เช่น การเช็ดหน้า การสัมผัสมือผู้ป่วย การพูดคุยกับผู้ป่วย ทั้งนี้ต้องระวังการหลุดของอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ต่อออกจากตัวผู้ป่วย ในบางครั้งสมาชิกในครอบครัวไม่แน่ใจว่าสามารถปฏิบัติตัวอย่างไรกับผู้ป่วยได้บ้าง พยาบาลควรแสดงให้สมาชิกในครอบครัวดูเป็นตัวอย่าง เช่น การสัมผัสมือ เป็นต้น (McQuay, 1995) และถ้าหากสมาชิกในครอบครัวไม่แน่ใจในบางกิจกรรมว่าจะทำให้ผู้ป่วยได้หรือไม่สามารถสอบถามได้จากพยาบาล พยาบาลควรแนะนำเกี่ยวกับการนำสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นมาให้ผู้ป่วยถ้าสมาชิกในครอบครัวต้องการ ได้แก่ สนุ่ แป้ง โลชั่น หรือลิปสติกชนิดมันไม่มีสี แนะนำเกี่ยวกับหลักฐานต่าง ๆ เช่น บัตรลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลชนิดต่าง ๆ ได้แก่ ใบส่งตัว บัตรสุขภาพ บัตรสังคมสงเคราะห์ให้นำมาติดต่อกับเจ้าหน้าที่พยาบาลในเวลาราชการโดยเร็วที่สุด หากสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาด้านการเงิน ให้แจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาทเพื่อส่งปรึกษาสังคมสงเคราะห์เพื่อการช่วยเหลือต่อไป กรณีผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ สมาชิกในครอบครัวสามารถสอบถามเจ้าหน้าที่พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาทได้เกี่ยวกับหลักฐานการติดต่อขอรับเงินทดแทนผู้ประสบภัยจากบริษัทประกันที่ทำไว้ ถ้าต้องการมอบอำนาจให้โรงพยาบาลเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของผู้ประสบภัยจากบริษัทประกันภัยให้ติดต่อเจ้าหน้าที่พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาทเพื่อเตรียมหลักฐานและดำเนินการต่อไป ถ้าสมาชิกใน

ครอบครัวต้องการใบรับรองแพทย์สามารถติดต่อผ่านทางเจ้าหน้าที่พยาบาลได้ หรือถ้าต้องการติดต่อกับแพทย์ผู้ทำการรักษาหรือผ่าตัดผู้ป่วยเพื่อสอบถามอาการของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาทได้ หรือหากพบแพทย์โดยตรงก็สามารถสอบถามได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ให้หมายเลขโทรศัพท์ของหอผู้ป่วยแก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยสามารถติดต่อสอบถามอาการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

การสนับสนุนด้านอารมณ์

การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์นั้นเป็นเทคนิคที่มีประโยชน์มากในระยะแรกที่จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยสามารถจัดการกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับครอบครัว (Richmond & Craig, 1986) ในระยะแรกที่ครอบครัวทราบว่าสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บ โดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างสูงต่อสมาชิกในครอบครัว (Reider, 1994) ถึงแม้ว่าจากรายงานการศึกษาจะพบว่าความต้องการด้านข้อมูลมีมากที่สุดแต่ความสามารถในการเข้าใจและประมวลข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับทำได้ไม่ดี เนื่องจากพวกเขา กำลังตกอยู่ในภาวะวิกฤตในช่วงแรกของการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว (Hickey, 1990) ดังนั้นในระยะแรกเริ่มนี้ควรเริ่มด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ก่อน (Reider, 1994) การสนับสนุนด้านอารมณ์จะช่วยให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจและสามารถควบคุมสถานการณ์วิกฤตได้ (Richmond & Craig, 1986)

จากการศึกษาของบริดจ์แมนและคาร์ (Bridgman & Carr, 1998) ทำการศึกษาโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (delphi technique) ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการพยาบาลในการสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยในโรงพยาบาลพบว่า พยาบาลควรจัดเวลาในการที่จะพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจะรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น เมื่อพบกับพยาบาลในบรรยากาศที่เป็นกันเอง และพบกันอย่างสม่ำเสมอ บางครั้งพยาบาลจะมึนงงมากกับการทำงานกับผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามควรปรับแผนการพยาบาลและให้เวลากับสมาชิกในครอบครัวให้มากขึ้น ลำดับสุดท้ายคือการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและสมาชิกในครอบครัว พยาบาลควรพูดคุยและรับฟังปัญหาจากสมาชิกในครอบครัวด้วย

เลสเก้ (Leske, 1992) กล่าวว่าบรรยากาศที่ผ่อนคลายและสงบจะช่วยสนับสนุนให้เกิดความไว้วางใจ และความเห็นอกเห็นใจกัน พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวในระยะแรก การสร้างความไว้วางใจในระยะแรกทำได้โดยการรับฟัง ตอบคำถามอย่างเปิดเผย ย้ำกับสมาชิกในครอบครัวว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเป็นอย่างดี ส่งเสริมให้เกิดความหวังที่เป็นไปได้ แมคควอย (McQuay, 1995) กล่าวว่า การใช้ภาษาท่าทาง (nonverbal communication) ก็มีความ

สำคัญในการสร้างสัมพันธภาพ จอห์นสันและโรเบิร์ตส์ (Johnson & Roberts, 1996) กล่าวว่า การสัมผัสสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยขณะพูดคุยก็จะยิ่งช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นได้

ฮิกกี (Hickey, 1990) กล่าวว่าควรมีสถานที่ใกล้ ๆ หอผู้ป่วยให้สำหรับรอเยี่ยม ในระหว่างที่สมาชิกในครอบครัวรอผู้ป่วยอยู่ในห้องรอเยี่ยมเพียงลำพังอาจยิ่งเพิ่มความวิตกกังวล ให้กับสมาชิกในครอบครัวได้ (Topp, Walsh, & Sanford, 1998) พยายามจึงไม่ควรปล่อยให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ตามลำพัง ควรเข้าไปพูดคุยรับฟังการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งพยายามอาจช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีวิธีการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (Titler, Cohen, & Craft, 1991) บิดามารดาของผู้ป่วยจะมุ่งความสนใจไปที่ตัวผู้ป่วย โดยลืมที่จะตอบสนอง ความต้องการของตนเอง ดังนั้นอาจเป็นประโยชน์อย่างมากถ้ามีบุคคลใดบุคคลหนึ่งมาคอยบอก หรือคอยเตือนอย่างสุภาพให้สมาชิกในครอบครัวได้รับประทานอาหาร ดื่มเครื่องดื่ม พักผ่อน หรือ ออกไปอยู่นอกสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชั่วคราว ซึ่งเมื่อความต้องการพื้นฐานเหล่านี้ได้รับการตอบสนอง สมาชิกในครอบครัวจะสามารถมีการปฏิสัมพันธ์กับทีมสุขภาพและให้การสนับสนุนผู้ป่วยได้ดีขึ้น (Mangini, Confessore, Girard, & Spadola, 1995)

ในด้านของความเชื่อทางศาสนานั้นพยาบาลควรปล่อยให้สมาชิกในครอบครัวจัดการตามความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว แต่ไม่ควรเป็นผู้ผลักดันให้สมาชิกในครอบครัวกระทำการเหล่านี้ (Reider, 1994)

จากแนวคิดการสนับสนุนด้านอารมณ์ของเฮาส์ (House, 1981) นำมาจัดเป็นกิจกรรมให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ดังนี้

การแสดงความเห็นอกเห็นใจ โดย

1. จัดสถานที่สำหรับพูดคุยปรึกษาที่เป็นส่วนตัวสำหรับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย (Bridgman & Carr, 1998) กล่าวว่าบรรยากาศที่ผ่อนคลายและสงบจะช่วยสนับสนุนให้เกิดความไว้วางใจ และความเห็นอกเห็นใจกัน (Leske, 1992)

2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว โดยการแนะนำตนเอง สร้างบรรยากาศการพูดคุยแบบเป็นกันเอง ใช้สรรพนามที่เหมาะสมสำหรับสมาชิกในครอบครัวขณะพูดคุย ใช้ภาษาท่าทางที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดี (McQuay, 1995) และใช้การสัมผัสสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยขณะพูดคุยก็จะยิ่งช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นได้ (Johnson & Roberts, 1996)

3. แสดงท่าทีที่เข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้น และยอมรับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงออกมา และใช้การสัมผัสเพื่อแสดงถึงความเข้าใจและเห็นใจ

การแสดงความเอื้ออาทร โดย

1. นำสมาชิกในครอบครัวไปเยี่ยมผู้ป่วยข้างเตียง และอยู่กับสมาชิกในครอบครัวขณะเยี่ยมผู้ป่วย
2. ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก และรับฟังอย่างตั้งใจ (Hopkins, 1994) พยายามควรแสดงท่าทีที่เข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้น และยอมรับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงออกมา
3. ใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลในการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว (ซอลดา พันธุเสนา, 2536)
4. ใช้การสัมผัสที่เหมาะสมเพื่อแสดงถึงความสนใจเอาใจใส่ และเอื้ออาทรต่อสมาชิกในครอบครัว (ซอลดา พันธุเสนา, 2536)

การแสดงความปรารถนาดี โดย

1. ให้ความมั่นใจโดยการบอกให้สมาชิกในครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีขณะที่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยไม่ได้อยู่ข้างเตียง
2. ตอบคำถามที่สมาชิกในครอบครัวซักถามด้วยข้อมูลที่เป็นจริง (Bridgman & Carr, 1998)
3. แนะนำสถานบริการอาหารและสถานที่พักผ่อนที่มีอยู่ภายในโรงพยาบาล ได้แก่ ร้านอาหาร หรือที่พักแรมที่ตัวอย่างสามารถไปใช้บริการได้ ให้สมาชิกในครอบครัวได้มีเวลาพักผ่อนตามสถานที่ที่แนะนำบ้าง แทนการนั่งเฝ้าอยู่หน้าหอผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว (Vassar & Grogan, 1995) และแนะนำสถานที่ที่เป็นแหล่งพึ่งพิงทางจิตใจสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่มีอยู่ภายในโรงพยาบาลตามความต้องการของสมาชิกในครอบครัว เช่น สถานที่หรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจภายในบริเวณโรงพยาบาล เช่น ห้องพระ หรือพระรูปสมเด็จพระราชาธิบดี การแนะนำให้สมาชิกในครอบครัวได้พักผ่อนหรือออกไปจากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลบ้างเป็นการช่วยให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกสดชื่นขึ้นเป็นวิธีการหนึ่งในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น (Martin, 1999)
4. ให้หมายเลขโทรศัพท์แก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

การแสดงความไว้วางใจ โดย การให้ความมั่นใจกับสมาชิกในครอบครัวว่าจะรักษาข้อมูลที่สมาชิกในครอบครัวไม่ต้องการเปิดเผยไว้เป็นความลับ (House, 1981)

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้ได้รับการสนับสนุนจะต้องกระทำไปพร้อม ๆ กัน เนื่องจากในขณะที่สมาชิกในครอบครัวมีความต้องการข้อมูลต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้ว เขาก็มีความต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นอย่างมากในระยะนี้

การที่จะนำข้อมูลที่ได้รับมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น สภาพอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวควรมีความพร้อม ความตึงเครียดทางอารมณ์ลดลง และมีความมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้น จึงจะสามารถรับรู้ข้อมูลที่ได้รับและนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Richmond & Craig, 1986) ดังนั้นในโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์จึงเริ่มด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ก่อน โดยเริ่มที่การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโดยการแนะนำตนเอง สร้างบรรยากาศการพูดคุยอย่างเป็นกันเอง ใช้สรรพนามที่เหมาะสมสำหรับสมาชิกในครอบครัวขณะพูดคุย การพูดคุยในบริเวณสถานที่ที่เป็นสัดส่วน การแสดงท่าทีที่เข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้น และยอมรับพฤติกรรมของเขาที่แสดงออกมา เปิดโอกาสให้เขาได้ระบายความรู้สึกและรับฟังอย่างตั้งใจ ในระหว่างให้การสนับสนุนด้านข้อมูลให้กับสมาชิกในครอบครัวจะให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ร่วมไปด้วยโดยการใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล ใช้ภาษาที่ทำให้เขาเข้าใจง่าย ใช้การสัมผัสตามความเหมาะสม และเปิดโอกาสให้เขาได้ระบายความรู้สึก ตลอดจนให้ความมั่นใจกับเขาว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเป็นอย่างดีขณะที่เขาไม่ได้อยู่ที่ข้างเตียงผู้ป่วย พร้อมทั้งแสดงความปรารถนาดีและความห่วงใยโดยการแนะนำสถานที่ที่เขาสามารถไปใช้บริการได้ ได้แก่ ร้านอาหาร หรือที่พักแรม และแนะนำสถานที่ที่เป็นแหล่งพึ่งพิงทางจิตใจที่มีอยู่ภายในโรงพยาบาลตามความต้องการของสมาชิกในครอบครัว

ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวล ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์จัดเป็นการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลของการได้รับการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลยังคงทำหน้าที่ต่าง ๆ ของตนเองได้ในสถานการณ์วิกฤตเมื่อเกิดเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดเกิดขึ้น (Ragsdale, Yarbrough, & Lasher, 1993) เฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวปรับสมดุลต่อความเครียดที่เกิดขึ้น โดยจะช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าการที่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความเครียดน้อยลง โดยการเอื้อให้บุคคลมีความพยายามในการเผชิญปัญหามากขึ้น หรือโดยการลดระดับของการตอบสนองของแต่ละบุคคลต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้น ในสถานการณ์ที่สมาชิกในครอบครัวพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกของตนเองได้อย่างมากมายในระยะแรกที่รับทราบว่าสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บ (Titler, Cohen, & Craft, 1991) และเกิดความวิตกกังวลสูงมากในระยะแรก (McQuay, 1995) กอเอนซ์ (Gaw-Ens, 1994) กล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจะต้องการข้อมูลต่าง ๆ เป็นอย่างมากในระยะแรกนี้

ดังนั้นการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์จากพยาบาลนั้นจึงมีประโยชน์มากในระยะนี้ เป็นการตอบสนองความต้องการในระยะแรกที่ว่าสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี ความวิตกกังวลของครอบครัวนั้นควรลดลงอย่างเพียงพอเพื่อที่จะให้สมาชิกในครอบครัวสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้รับมา (Dhooper, 1984 cited in Leske, 1993) แต่ถ้าการลดความวิตกกังวลไม่ได้ผลจะทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเอง ไร้ประโยชน์ช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ได้ เกิดความรู้สึกสับสน ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมได้ (Caplan, 1964 cited in Halm, 1990) ได้มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยไว้หลายการศึกษา ดังนี้

ดอนเนลล์ (Donnell, 1989) ได้เขียนบทความเกี่ยวกับโปรแกรมการติดต่อกับครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยพยาบาล โปรแกรมนี้จัดขึ้นมาเพื่อดูแลครอบครัวในขณะที่ผู้ป่วยกำลังได้รับการผ่าตัด ซึ่งพยาบาลที่เป็นผู้ติดต่อกับครอบครัว จะถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารระหว่างทีมผ่าตัดและครอบครัวตลอดเวลาของการผ่าตัด โดยพยาบาลจะเป็นผู้ติดต่อกับห้องรอเยี่ยม ห้องผ่าตัด และห้องพักฟื้น เพื่อบันทึกความก้าวหน้าของการผ่าตัดจากแพทย์ ตามข้อมูลต่าง ๆ จากแพทย์ที่จะบอกกับญาติ ทั้งนี้แพทย์เป็นคนที่ตัดสินใจว่าจะให้ข้อมูลอะไรกับญาติบ้าง ผลของโปรแกรมนี้เป็นที่น่าพอใจสำหรับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ช่วยลดความกลัวในเรื่องต่าง ๆ ของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวล

จอห์นสันและแฟรงค์ (Johnson & Frank, 1995) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการใช้โทรศัพท์ในการลดความวิตกกังวลของครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบ่งสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนที่ได้รับข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยจากพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองอีก 20 คนนั้น พยาบาลจะโทรศัพท์ไปแจ้งเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง เวลาเช้าและเย็น จะรายงานข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการรักษาใหม่ que ผู้ป่วยได้รับ ความคงที่ของสัญญาณชีพ ระดับความเจ็บปวด รายงานการตรวจต่าง ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ผลการวิจัย พบว่า สมาชิกในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโทรศัพท์จากพยาบาลมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับเพียงการพยาบาลตามปกติ

ราเลฟ เลพซิค และ โรวเลย์ (Raleigh, Lepczyk, & Rowley, 1990) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของคู่สมรสและผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย 72 ราย ในผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมผ่าตัดหัวใจ จำนวน 74 ราย พบว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยลดลงภายหลังการให้ความรู้ว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

เลสเก้ (Leske, 1996) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลองในการทดสอบผลของการรายงานความก้าวหน้าในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวจำนวน

200 คน โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม สมาชิกครอบครัวในกลุ่มที่ 1 ได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งไม่ได้รับการรายงานความก้าวหน้าขณะผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัด กลุ่มที่ 2 ได้รับการรายงานความก้าวหน้าเกี่ยวกับการผ่าตัดเป็นรายบุคคลจากพยาบาลห้องผ่าตัด กลุ่มที่ 3 ได้รับการให้การอธิบายตามรายการของโรงพยาบาล ขั้นตอนการปฏิบัติในห้องรอผู้ป่วย กลุ่มที่ 4 ได้รับการรายงานความก้าวหน้าทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยศึกษาเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลตามสถานการณ์ ความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดง (mean arterial pressures) และอัตราการเต้นของหัวใจ โดยทำการวัดในช่วงระยะเวลาครึ่งหนึ่งของการทำผ่าตัดหลังจากให้การลงมือปฏิบัติจากพยาบาลในแต่ละกลุ่มเรียบร้อยแล้ว ผลปรากฏว่าสมาชิกในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการรายงานความก้าวหน้าเกี่ยวกับการผ่าตัดมีระดับความวิตกกังวลตามสถานการณ์ในระดับต่ำกว่ากลุ่มอื่น และค่าความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงและอัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่าอีก 3 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้ว่า การรายงานความก้าวหน้าเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยให้กับสมาชิกครอบครัวเป็นรายบุคคลโดยพยาบาลจะลดความวิตกกังวลของครอบครัวขณะรอผู้ป่วยทำผ่าตัดได้เป็นอย่างมาก

อายมิน (Aimin, 1999) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลตามสถานการณ์ของสปีลเบอร์เกอร์ (STAI form Y-1) กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล 2 ครั้ง ผลการศึกษา พบว่าความวิตกกังวลของตัวอย่างกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลไม่แตกต่างกัน

นาฎยา เอื้องไฟโรจน์ (2535) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของคู่สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 28 – 65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงจำนวน 20 ราย ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลตามสถานการณ์ของสปีลเบอร์เกอร์ (STAI Form x-1) กลุ่มทดลองจะได้รับแบบแผนการให้ข้อมูลแก่คู่สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 2 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลก่อนได้รับข้อมูลและหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูล

ถนอมศรี คูอาริยะกุล (2538) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านม

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจำนวน 20 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 10 ราย และกลุ่มทดลอง 10 ราย ซึ่งได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้วิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านมหลังได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์มีความวิตกกังวลต่ำกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านมกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้วิจัยมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เนื่องจากการบาดเจ็บที่รุนแรงนั้นเป็นการบาดเจ็บที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน ครอบครัวจะเกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างสูง วิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาอาจใช้ไม่ได้ผลทำให้เกิดความต้องการได้อย่างมากมาย หลายการศึกษากล่าวหาว่าพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ (Engli & Kirsivali-Farmer, 1993; Gaw-Ens, 1994; Hopkins, 1994; Plowfield, 1999) พยาบาลมีบทบาทสำคัญเนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลกลางในการติดต่อสื่อสารที่สำคัญระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว (Bokinskie, 1992; Gaw-Ens, 1994) ถ้าการช่วยเหลือครอบครัวโดยพยาบาลล้มเหลวจากการให้การพยาบาลที่ไม่เหมาะสมกับครอบครัว อาจยังทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงขึ้นได้ (Hopkins, 1994)

สรุป

การบาดเจ็บที่รุนแรงนั้นเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นโดยฉับพลันทันใด และไม่ได้มีผู้ใดคาดคิดมาก่อนว่าจะเกิดเหตุการณ์นี้ขึ้นกับผู้ป่วย ผลจากการบาดเจ็บที่รุนแรงนั้นไม่ได้มีผลกระทบแต่เพียงตัวผู้ป่วยเท่านั้น ครอบครัวของผู้ป่วยได้รับผลจากการบาดเจ็บนี้เช่นกัน สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่รุนแรงจะเกิดความวิตกกังวลในระดับที่สูงมากในระยะแรกของผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บ ความวิตกกังวลเกิดจากความไม่รู้เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย การพยากรณ์โรค การวินิจฉัยและการรักษา นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้เช่นกัน ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่หลากหลาย ต้องการข้อมูลต่าง ๆ โดยละเอียดจากพยาบาล พยาบาลเป็นบุคคลที่เหมาะสมที่สุดในการให้การพยาบาลกับครอบครัว ดังนั้นกลยุทธ์ทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับครอบครัวในระยะนี้คือการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ จะช่วยให้ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่รุนแรงลดลงได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

บาดเจ็บศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด โดยไม่มีใครคาดคิดมาก่อน ไม่เพียงแต่ตัวผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บ ครอบครัวของผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บศีรษะด้วยเช่นกัน ผลกระทบที่สำคัญที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่สำคัญคือสมาชิกในครอบครัวจะเกิดความวิตกกังวลอย่างสูงได้ ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้เป็นความวิตกกังวลตามสถานการณ์ตามแนวคิดของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1972) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีความซับซ้อนที่เกิดขึ้นกับบุคคลในการประเมินหรือตีความสถานการณ์ที่เกิดขึ้นขณะนั้นว่าเป็นอันตรายหรือคุกคาม ทำให้เกิดความตึงเครียดและกลัว มีผลทำให้ครอบครัวตกอยู่ในภาวะวิกฤต เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้อย่างหลากหลาย การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอาจทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร ในระยะนี้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจะต้องการการสนับสนุนเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) นั้นเป็นแนวทางการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นการให้ข้อมูลต่าง ๆ และการให้ความเห็นใจ ความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี และความไว้วางใจ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์นี้จะช่วยให้ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะลดความรุนแรงลง