

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลัง บาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหากับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล

มุขรินทร์ ทองหอม*

ลัพณา กิจรุ่งโรจน์***

จินตนา คำเกลี้ยง**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและภาระการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหากับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองในจังหวัดสงขลาแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 85 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือในการวิจัย 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล 2) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุง 3) แบบประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวิค และ 4) แบบประเมินภาระการดูแลของซาริท วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่าญาติผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองแสดงความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 94.1) ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาระดับมากที่สุด (ร้อยละ 80.0) ใช้วิธีการบรรเทาความรู้สึกระดับมาก (ร้อยละ 63.5) และใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ระดับน้อย (ร้อยละ 67.1) ภาระการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 64.7) โดยมีภาระการดูแลด้านสังคม ด้านร่างกาย และด้านจิตใจอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 74.1, ร้อยละ 72.9, และร้อยละ 68.2 ตามลำดับ) ส่วนภาระการดูแลด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 54.1) พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .29, p < .01$) วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.38, p < .001$) ส่วนวิธีการบรรเทาความรู้สึก และวิธีการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .41, p < .001$; $r_s = .65, p < .001$ ตามลำดับ)

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลและทีมสหวิชาชีพควรให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองและวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม รวมถึงประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจและส่งเสริมอาชีพของผู้ป่วยเพื่อลดภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล

คำสำคัญ : การเผชิญปัญหา, ญาติผู้ดูแล, บาดเจ็บสมอง, พฤติกรรมก้าวร้าว, ภาระการดูแล

* นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

*** Corresponding author: Luppana.k@psu.ac.th

The relationships among severity of aggressive behaviors of patients after traumatic brain injury, coping strategies, and caregiving burden of family caregivers

Mukkarin Thonghom*

Luppana Kitrungrrote***

Jintana Damkliang**

Abstract

This study aimed to identify the severity of aggressive behaviors of patients after traumatic brain injury, coping strategies, and caregiving burden perceived by family caregivers, and to examine the relationships among severity of aggressive behaviors of patients after traumatic brain injury, coping strategies, and caregiving burden. Eighty-five family caregivers of patients after traumatic brain injury from Songkhla province were purposively recruited. Data were collected using four measurements consisting of 1) The General Data Form of Patients and Family Caregivers, 2) The Modified Version of the Overt Aggression Scale, 3) The Jalowiec Coping Scale, and 4) The Zarit Burden Interview. The data were analyzed using descriptive statistic and Spearman rank correlation coefficient.

The results showed that the family caregivers perceived that patients after traumatic brain injury showed a severity of aggressive behaviors, mostly with a low level (94.1%). The family caregivers used confrontive coping strategy at the highest level (80 %), palliative coping strategy was used at a high level (63.5%), and emotive coping strategy was used at a low level (67.1%). Overall caregiving burden was at a low level (64.7%). Considering each dimension of caregiving burden, social; physical; and psychological burdens were at a low level (74.1%, 72.9%, and 68.2%, respectively). However, the financial burden at a high level (54.1%). The severity of aggressive behaviors had statistically significant positive correlation with caregiving burden ($r_s = .29, p < .01$). Confrontive coping strategy had statistically significant negative correlation with caregiving burden ($r_s = -.38, p < .001$). Palliative coping and emotive coping strategies had statistically significant positive correlation with caregiving burden ($r_s = .41, p < .001$; $r_s = .65, p < .001$, respectively).

The findings of this study suggest that nurses and multidisciplinary team should provide education and counselling to family caregivers regarding aggressive behaviors of patients after traumatic brain injury and appropriate use of coping strategies. In addition, they should coordinate with the associated organizations to the improve patients' physical, psychological, and occupational rehabilitation to reduce caregiving burden of family caregivers.

Keywords : aggression behaviors, caregiving burden, coping; family caregiver, traumatic brain injury

* Master Nursing Student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla.

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla.

*** Corresponding author: Luppana.k@psu.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะบาดเจ็บสมองเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญและเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดความพิการและเสียชีวิตของประชากรในหลายประเทศ จากการสำรวจสถิติการบาดเจ็บสมองในประเทศไทยปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่ามีการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บสมองรุนแรงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากจำนวน 4,311 ราย เป็น 4,447 และ 4,456 รายตามลำดับ¹⁻³ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันพบว่าความก้าวหน้าของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น แต่ผลกระทบจากการบาดเจ็บสมองอาจทำให้ผู้ป่วยมีความพิการทุพพลภาพด้านร่างกาย ความบกพร่องด้านสติปัญญาการรับรู้และ/หรือการแสดงพฤติกรรมอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมทางคำพูด ทำลายทรัพย์สิน ทำร้ายตนเองและผู้อื่น⁴⁻⁵

อุบัติการณ์ของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองพบได้ร้อยละ 31.9 โดยมีสาเหตุ ได้แก่ การได้รับบาดเจ็บสมองบริเวณส่วนกลีบหน้า (frontal lobe)⁶ และการมีความผิดปกติของการหลั่งสารสื่อประสาททำให้มีโดปามีน (dopamine) เพิ่มขึ้นและซีโรโทนิน (serotonin) ลดลง⁷ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระยะเวลายาวนานในการจำเหตุการณ์ก่อนได้รับบาดเจ็บไม่ได้ การไม่สามารถทำหน้าที่ด้วยตนเอง การต้องพึ่งพาผู้อื่นสูง และมีอาการรบกวนทางจิตเพิ่มขึ้น⁸ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่ามีผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดร้อยละ 12.7- 70 รองลงมาแสดงพฤติกรรมที่กระทำต่อสิ่งของร้อยละ 1.5 - 55 กระทำต่อตนเองร้อยละ 19 - 24 และกระทำต่อผู้อื่นร้อยละ 19 - 20⁹⁻¹¹ โดยมีความรุนแรงของพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 26 และระดับปานกลางร้อยละ 66¹² การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจากการทำร้ายตนเองและหรือญาติผู้ดูแล¹³ ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิด

ความเครียดกังวลกับพฤติกรรมดังกล่าว^{4,9} จึงต้องดูแลและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้การดำเนินชีวิตทางสังคมและการประกอบอาชีพของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป¹⁴⁻¹⁵ ญาติผู้ดูแลจึงต้องมีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย

จาโลวิก¹⁶ กล่าวว่า บุคคลมีวิธีการเผชิญกับปัญหาประกอบด้วย วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาที่มุ่งเปลี่ยนแปลงการกระทำและสิ่งแวดล้อมเพื่อก่อให้เกิดเหตุการณ์ที่ดีขึ้น วิธีการจัดการกับอารมณ์ที่เน้นแก้ไขหรือควบคุมอารมณ์โดยการระบายความรู้สึกนึกคิดและวิธีการบรรเทาความรู้สึกในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางประสาทและทางจิตเลือกใช้การเผชิญหน้ากับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยทั้งวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา วิธีการจัดการกับอารมณ์ และวิธีการบรรเทาความรู้สึกในระดับแตกต่างกัน^{9,17} เช่น ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาร้อยละ 39 การบรรเทาความรู้สึกร้อยละ 33 และการจัดการกับอารมณ์ร้อยละ 28⁹ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา รองลงมาคือ วิธีการจัดการกับอารมณ์¹⁷ การใช้วิธีการเผชิญหน้าแต่ละวิธีของญาติผู้ดูแลมีผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแล¹⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังรับรู้ภาวะการดูแลแตกต่างกัน^{15,19} มีการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์รับรู้ภาวะการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับน้อย¹⁹ แต่การศึกษาของราไฟยาและคณะ พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทรับรู้ภาวะการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง¹⁵ นอกจากนี้พบว่าความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ¹⁹⁻²¹ และ การใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล ส่วนการใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการ

ดูแล^{15,18} และยังพบว่าการใช้วิธีการบรรเทาความรู้สึกไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ¹⁵ จากการสำรวจสถิติการเกิดอุบัติเหตุในเขตภาคใต้ตอนล่าง²² พบว่า จังหวัดสงขลามีสถิติการเกิดอุบัติเหตุสูงเป็นอันดับหนึ่งในปี พ.ศ. 2559 โดยส่วนใหญ่ผู้บาดเจ็บได้รับบาดเจ็บสมองที่ต้องได้รับการดูแลจากสัลยแพทย์ประสาท โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรงมาก ซึ่งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทุกรายได้รับการวางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลยังไม่ได้มีการติดตามประเมินผลในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโดยตรง แม้ว่าญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ในขณะเดียวกันต้องเผชิญกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยระยะยาวที่อาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีภาระการดูแลและกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหากับการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลและทีมสหวิชาชีพในการวางแผนให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองกับการดูแลของญาติผู้ดูแล
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญ

ปัญหา (ได้แก่ วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา วิธีการบรรเทาความรู้สึก และวิธีการจัดการกับอารมณ์) กับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลของญาติผู้ดูแล
2. การเผชิญปัญหา (ได้แก่ วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา วิธีการบรรเทาความรู้สึกและวิธีการจัดการกับอารมณ์) มีความสัมพันธ์กับการดูแลของญาติผู้ดูแล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโพลัคแมน²³ และกรอบแนวคิดของจาโลวิก¹⁶ ที่พัฒนามาจากทฤษฎีของลาซารัสและโพลัคแมน ซึ่งกล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยความเครียดเป็นสิ่งที่เร้าที่ส่งผลให้บุคคลประเมินว่ามีผลกระทบต่อนตนเองอย่างไร บุคคลต้องแสวงหาแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่มีอยู่เพื่อใช้ในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่ การเผชิญปัญหาจึงเป็นความพยายามของบุคคลทั้งความคิดและการกระทำเพื่อหาแนวทางในการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมกับปัญหาที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์การเผชิญปัญหาของบุคคลจะมีผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญกำลังใจและภาวะทางสุขภาพ

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นลักษณะของพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาเพื่อขจัดความรู้สึกโกรธ ภาวะกดดัน ความรู้สึกคับข้องใจภายในจิตใจซึ่งแสดงออกมาได้ 4 ลักษณะ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเองและพฤติกรรมก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น²⁴ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง

เป็นสถานการณ์ที่อาจสร้างความเครียดแก่ญาติผู้ดูแล ในการรับรู้ว่าจะก่ออันตรายต่อผู้ป่วย และบุคคลรอบข้าง การเผชิญกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยระยะยาวจึงอาจส่งผลต่อการรับรู้การดูแลของญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ²⁵ ญาติผู้ดูแลจึงต้องมียุทธวิธีในการเผชิญปัญหาดังกล่าว จาโลวิก¹⁶ แบ่งการเผชิญปัญหออกเป็น 3 วิธี ได้แก่ วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา วิธีการจัดการกับอารมณ์ และวิธีการบรรเทาความรู้สึก จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้การดูแลของญาติผู้ดูแล²⁰⁻²¹ และการใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้การดูแล ส่วนการใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้การดูแล^{15,18}

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ตอนล่าง

กลุ่มตัวอย่าง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งเคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2561 ถึง พฤศจิกายน 2561 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คุณสมบัติญาติผู้ดูแล คือ (1) อายุ 18 ปีขึ้นไป (2) เป็นญาติที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่บ้านอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป สำหรับคุณสมบัติผู้ป่วย คือ (1) อายุ 18 ปีขึ้นไป (2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการบาดเจ็บสมอง และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป (3) ไม่เป็นโรคจิตมาก่อนได้รับบาดเจ็บสมอง

และ (4) มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างน้อย 1 ลักษณะ (ตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลางเท่ากับ .30 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 จากงานวิจัยที่ผ่านมา²⁰⁻²¹ และเปิดตาราง Cohen²⁶ การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 85 ราย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ก่อนและหลังบาดเจ็บ สิทธิการรักษา และข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ สาเหตุการบาดเจ็บ การวินิจฉัยโรค ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale) แกรับในโรงพยาบาลและปัจจุบัน วิธีการรักษา ระยะเวลาการบาดเจ็บ โรคประจำตัว ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในปัจจุบัน และ (2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่จำหน่ายจากโรงพยาบาลถึงปัจจุบัน จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และการได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ฉบับปรับปรุง (Modified Overt Aggressive Scale) พัฒนาโดยเคย์และคณะ²⁴ ใช้วัดระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง ประกอบด้วย 4 ลักษณะ จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ (1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด (2) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน (3) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง (4) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น แต่ละลักษณะพฤติกรรมมีตัวเลือก 5 ข้อ โดยเรียงลำดับข้อตามระดับความรุนแรงของพฤติกรรมที่แสดงออกจากรุนแรงไปมาก (0

= ไม่แสดงพฤติกรรม และ 4 = แสดงพฤติกรรมรุนแรงมาก) คำนวณน้ำหนักคะแนนของแต่ละลักษณะพฤติกรรมมีดังนี้²⁴ (1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด คุณด้วยหนึ่ง (2) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สินคุณด้วยสอง (3) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเองคุณด้วยสาม และ (4) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นคุณด้วยสี่ คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมเท่ากับ 0 - 40 คะแนน พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดเท่ากับ 0 - 4 คะแนน พฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สินเท่ากับ 0 - 8 คะแนน พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเองเท่ากับ 0 - 12 คะแนน และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นเท่ากับ 0 - 16 คะแนน การแปลผลโดยแบ่งคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมและแต่ละลักษณะเป็น 4 ระดับตามอันตรายภาคชั้น คะแนนสูง หมายถึง มีความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวระดับมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวีก¹⁶ (Jalowiec Coping Scale) แปลเป็นภาษาไทยโดยไพรินทร์และคณะ⁹ ประกอบด้วยการเผชิญปัญหา 3 วิธี และมีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ แบ่งเป็นวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ วิธีการจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ และวิธีการบรรเทาความรู้สึก 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าระดับตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดยคะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยใช้วิธีนั้นเลย และคะแนน 5 หมายถึง ใช้วิธีนั้นเกือบทุกครั้ง คะแนนวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาอยู่ในช่วง 13 - 65 คะแนน วิธีการจัดการกับอารมณ์อยู่ในช่วง 9 - 45 คะแนน และวิธีการบรรเทาความรู้สึก อยู่ในช่วง 14 - 70 คะแนน การแปลผลโดยใช้การคำนวณจากค่าคะแนนจริงของแต่ละวิธีแบ่งเป็น 4 ระดับตามอันตรายภาคชั้น คะแนนสูง หมายถึง ใช้วิธีการเผชิญปัญหาระดับมาก คะแนนต่ำ หมายถึง ใช้วิธีการเผชิญปัญหาระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแลของซาริต (Zarit Burden Interview)²⁰ ประกอบด้วย

ภาระการดูแล 4 ด้าน และข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ แบ่งเป็นด้านร่างกาย 4 ข้อ ด้านจิตใจ 12 ข้อ ด้านสังคม 5 ข้อ และด้านเศรษฐกิจ 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ระดับตั้งแต่ 0 จนถึง 4 โดย คะแนน 0 หมายถึง ไม่เห็นด้วย คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก คะแนนภาระการดูแลโดยรวมเท่ากับ 0 - 88 คะแนน ภาระการดูแลด้านร่างกายเท่ากับ 0 - 16 คะแนน ภาระการดูแลด้านจิตใจเท่ากับ 0 - 48 คะแนน ภาระการดูแลด้านสังคมเท่ากับ 0 - 20 คะแนน และภาระการดูแลด้านเศรษฐกิจเท่ากับ 0 - 4 คะแนน การแปลผลโดยแบ่งระดับคะแนนโดยรวมและรายด้านเป็น 5 ระดับตามอันตรายภาคชั้น คะแนนสูง หมายถึง มีภาระการดูแลระดับมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีภาระการดูแลระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การแปลเครื่องมือ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุงแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจำนวน 3 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญท่านแรกแปลเครื่องมือจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย จากนั้นผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาท่านที่สองแปลเครื่องมือที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยจากผู้เชี่ยวชาญท่านแรกกลับเป็นภาษาอังกฤษ และผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาท่านที่สามตรวจสอบเครื่องมือฉบับที่แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษให้มีความชัดเจนและสื่อความหมายได้คงเดิมกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาท่านแรกปรับข้อความฉบับภาษาไทยให้มีความสอดคล้องและตรงกับต้นฉบับมากที่สุด²⁷

2. การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา แบบประเมินทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความชัดเจนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นได้ปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินทั้งฉบับเท่ากับ .85

3. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไข นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 20 ราย แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุงนำมาคำนวณค่าคงที่ด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test – retest method) เวนระยะการวัด 1 สัปดาห์ และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient) เท่ากับ .91 สำหรับแบบประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวิก และแบบประเมินการรับรู้ภาวะการดูแลของซาริท นำมาหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .81 และ .94 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่เจ้าหน้าที่เวชระเบียนของโรงพยาบาล เพื่อขอรายชื่อผู้ป่วยที่มีประวัติบาดเจ็บสมองพร้อมตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและทำการคัดกรองข้อมูลทั่วไป หลังจากนั้นติดต่อหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาทเพื่อชี้แจงข้อมูลการทำวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงดำเนินการคัดเลือกญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้แนะนำตัวผู้วิจัยแก่ญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยสอบถามพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจากญาติผู้ดูแล หากญาติรายงานว่ามีพฤติกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ผลดีและผลเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การเก็บรักษาความลับข้อมูลและการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อญาติผู้ดูแลสนใจและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้ญาติผู้ดูแลเป็นผู้ตอบแบบประเมินด้วยตนเอง กรณีที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถอ่านหรือเขียนแบบประเมินได้ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที และตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2018 – NSI 013) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ (รหัสหนังสือรับรอง 23/2561)

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและการดูแลของญาติผู้ดูแล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวภายหลังบาดเจ็บสมองกับการดูแลของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหากับการดูแลของญาติผู้ดูแล โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน เนื่องจากตัวแปรทุกตัวมีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย อายุเฉลี่ย 47 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.9) และมีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 80) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 30.6) เกี่ยวข้องเป็นคู่สมรสกับผู้ป่วย (ร้อยละ 54.1) ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง 3 - 6 เดือน (ร้อยละ 44.7) และใช้เวลาดูแลผู้ป่วย 3 - 6 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 51.8) ระหว่างดูแลผู้ป่วยญาติผู้ดูแลทุกคนได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวและ/หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล หรืออาสาสมัครสาธารณสุข

สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง อายุเฉลี่ย 43 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 85.9) และมีสาเหตุบาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนท้องถนน (ร้อยละ 77.6) โดยได้รับบาดเจ็บสมองมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง (ร้อยละ

51.76) ตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด คือ สมอ กليبส่วนหน้า (ร้อยละ 63.35) มีคะแนนระดับความรู้สึกตัวแรกเริ่มในโรงพยาบาลเท่ากับ 3 - 8 (ร้อยละ 45.9) รองลงมาเท่ากับ 13 - 15 (ร้อยละ 41.2) และประมาณครึ่งหนึ่งได้รับการผ่าตัดสมอง (ร้อยละ 51.76) โดยในจำนวนนี้เป็น การผ่าตัดแบบไม่ปิดกะโหลกศีรษะ (craniectomy) (ร้อยละ 68.2) และผ่าตัดแบบปิดกะโหลกศีรษะ (craniotomy) (ร้อยละ 31.8)

กลุ่มตัวอย่างรายงานว่า ปัจจุบัน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีคะแนนระดับความรู้สึกตัวเท่ากับ 13 - 15 (ร้อยละ 90.6) มีความสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมด (ร้อยละ 65.9) แต่บางรายมีภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือผลกระทบภายหลังบาดเจ็บสมอง ได้แก่ ปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกาย (เช่น แขนขาอ่อนแรง เดินไม่คล่อง) (ร้อยละ 55.3) ปวดศีรษะ (ร้อยละ 12.9) ปัญหาการมองเห็น (ร้อยละ 8.2) และไม่มีงานทำภายหลังบาดเจ็บ (ร้อยละ 67.1) ปัจจุบัน ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา ได้แก่ ยาแก้ชัก (ร้อยละ 37.5) และยารักษาอาการทางจิต (ร้อยละ 47.2) ประกอบด้วย ยากลุ่มเบนโซ

ไดอะซีพีน (Benzodiazepine) (ร้อยละ 55.9) ยา รักษาโรคจิตเภท (ร้อยละ 26.5) ยารักษาโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 17.6) และส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 65.9) และประกันสังคม (ร้อยละ 15.3)

ความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่า ภายหลังได้บาดเจ็บสมองผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว 4 ลักษณะ ประกอบด้วย พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ต่อทรัพย์สิน ต่อตนเอง และต่อผู้อื่น เมื่อพิจารณาแต่ละลักษณะพบว่าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด 80 ราย พฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน 6 ราย พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง 3 ราย และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น 13 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 10 รายแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าหนึ่งลักษณะ นอกจากนี้ โดยภาพรวมผู้ป่วยแสดงความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ($n = 80$, ร้อยละ 94.1) (ตารางที่ 1)

การเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนต่ำสุด - สูงสุด ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์ จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองที่แสดงความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว ($N = 85$)

ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว*	Min - Max	Mdn (IQR)	ระดับความรุนแรง n (%)		
			น้อย	ปานกลาง	มาก
ก้าวร้าวโดยรวม ($N = 85$)	1 - 30	1.00 (1)	80(94.1)	4(4.7)	1(1.2)
ก้าวร้าวทางคำพูด ($n = 80$)	1 - 4	1.00 (0)	77(96.3)	2 (2.5)	1(1.2)
ก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน ($n = 6$)	2 - 6	5.00 (2)	3(50.0)	3(50.0)	0(0)
ก้าวร้าวต่อตนเอง ($n = 3$)	6 - 9	6.00 (-)	2(66.7)	1(33.3)	0(0)
ก้าวร้าวต่อผู้อื่น ($n = 13$)	4 - 12	8.00 (6)	7(53.8)	6(46.2)	0(0)

หมายเหตุ Max = ค่าสูงสุด, Min = ค่าต่ำสุด Mdn = Median, IQR = Interquartile range

* ผู้ป่วย 10 รายมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่า 1 ลักษณะ

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญปัญหาทั้ง 3 วิธี มาก (ร้อยละ 63.5) และใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาระดับมาก ระดับน้อย (ร้อยละ 67.1) (ตารางที่ 2) ที่สุด (ร้อยละ 80) ใช้วิธีการบรรเทาความรู้สึกระดับ

ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนต่ำสุด – สูงสุด ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์ จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่ใช้วิธีการเผชิญปัญหารูปแบบต่าง ๆ (N = 85)

วิธีการเผชิญปัญหา	Min - Max	Mdn (IQR)	ระดับการใช้ n (%)			
			น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
การเผชิญหน้ากับปัญหา	20 - 63	58 (6)	3(3.5)	2(2.4)	12(14.1)	68(80.0)
การบรรเทาความรู้สึก	28 - 57	44 (8)	1(1.2)	29(34.1)	54(63.5)	1(1.2)
การจัดการกับอารมณ์	9 - 32	17 (5)	57(67.1)	24(28.2)	4(4.7)	0(0)

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาระการดูแลโดยรวมอยู่ใน 72.9, และ 68.2 ตามลำดับ) ส่วนภาระการดูแล ระดับน้อย (ร้อยละ 64.7) และเมื่อพิจารณาภาระการ ด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 54.1) (ตาราง ดูแลรายด้าน พบว่า ภาระการดูแลด้านสังคม ด้าน ที่ 3) ร่างกายและด้านจิตใจอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 74.1,

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของ

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนต่ำสุด – สูงสุด ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์ จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้ ภาระการดูแล (N = 85)

ภาระการดูแล	Min - Max	Mdn (IQR)	ระดับภาระการดูแล n (%)				
			ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
โดยรวม	7 - 58	20 (10)	0 (0)	55 (64.7)	21 (24.7)	9 (10.6)	0 (0)
ด้านร่างกาย	0 - 10	3 (2)	2 (2.4)	62 (72.9)	17 (20.0)	4(4.7)	0 (0)
ด้านจิตใจ	4 - 31	10 (8)	0 (0)	58 (68.2)	20 (23.5)	7 (8.2)	0 (0)
ด้านสังคม	0 - 15	4 (4)	1 (1.2)	63 (74.1)	15 (17.6)	6 (7.1)	0 (0)
ด้านเศรษฐกิจ	1 - 4	3 (1)	0 (0)	7 (8.2)	6 (7.1)	46 (54.1)	26 (30.6)

พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองกับการดูแลของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหากับการดูแลของญาติผู้ดูแล

ความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .29, p < .01$) และวิธีการเผชิญหน้า

กับปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.38, p < .001$) วิธีการบรรเทาความรู้สึก และวิธีการจัดการกับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .41, p < .001$; $r_s = .65, p < .001$) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

อภิปรายผลการวิจัย

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองกับการดูแลของญาติผู้ดูแล และการเผชิญปัญหากับการดูแลของญาติผู้ดูแล (N = 85)

ตัวแปร	การดูแล	p value
ความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย	.29	0.008
การเผชิญหน้ากับปัญหา	-.38	0.000
การบรรเทาความรู้สึก	.41	0.000
การจัดการกับอารมณ์	.65	0.000

ความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวก้าวร้าว 4 ลักษณะ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ต่อทรัพย์สิน ต่อตนเอง และต่อผู้อื่น ทั้งนี้อาจเป็นผลจากสมองได้รับบาดเจ็บรุนแรงหรือกระทบกระเทือนโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณกลีบส่วนหน้า (ร้อยละ 65.35) และ/หรือมีความเครียดจากโรคทำให้กระตุ้นการทำงานของสมองกลีบหน้าส่งผลให้เกิดความผิดปกติของการหลั่งสารสื่อประสาทโดปามีนเพิ่มขึ้นและซีโรโทนินลดลง ทำให้เกิดความบกพร่องในการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา⁶⁻⁷ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยในภาพรวมพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาที่ผ่านมา¹¹⁻¹² ทั้งนี้อาจเป็น

จากปัจจัยด้านการรักษา พฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแล และการมีงานทำภายหลังบาดเจ็บ โดยการศึกษครั้งนี้พบว่าภายหลังบาดเจ็บสมองผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาด้วยยาจากแพทย์อย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมและบรรเทาอาการทางกายและทางจิต เช่น ยาแก้ชัก ยารักษาอาการทางจิต ยาเหล่านี้ช่วยปรับความสมดุลของสารสื่อประสาท ทำให้มีอาการสงบ ลดอาการทางจิตและความผิดปกติของพฤติกรรม²⁸ ร่วมกับญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นภรรยาหรือมารดาของผู้ป่วยให้การดูแลด้วยความรักเอาใจใส่ เรียนรู้ที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย พุดคุย ปลอบใจทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยบางรายได้กลับไปทำงานและได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัวและหัวหน้างานในการปรับเปลี่ยนลักษณะงานให้เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยค่อยๆ เรียนรู้และปรับตัวให้เข้ากับบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง และแสดง

ความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมอยู่ในระดับน้อย

อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ป่วยบางรายแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน ต่อตนเองและ/หรือต่อผู้อื่นอาจเป็นจากปัจจัยต่างๆ เช่น ความพิการและหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังบาดเจ็บสมอง การพึ่งพาผู้อื่นเป็นระยะเวลานาน และการไม่มีงานทำภายหลังบาดเจ็บสมอง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยบางรายมีความพิการด้านการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 55.3) ปัญหาการมองเห็น (ร้อยละ 8.2) จึงต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลบางส่วนหรือทั้งหมด ผู้ป่วยบางรายที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดและกลับไปทำงานแต่ไม่สามารถทำงานได้เต็มตามเวลา มีอารมณ์หงุดหงิดง่ายและทะเลาะกับเพื่อนร่วมงาน ทำให้ญาติผู้ดูแลเป็นห่วงด้านความปลอดภัยและให้ผู้ป่วยออกจากงาน การที่ผู้ป่วยไม่มีงานทำ ต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นเวลานาน และมีบทบาทหน้าที่ทางสังคมลดลงที่อาจส่งผลต่อการมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความเครียดได้ง่ายหรือมีอาการทางจิตมากขึ้น¹¹ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากขึ้น⁸

การเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญปัญหาทั้ง 3 วิธี ได้แก่ วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา วิธีการบรรเทาความรู้สึก และวิธีการจัดการกับอารมณ์ โดยเลือกใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาระดับมากที่สุด (ร้อยละ 80) ใช้วิธีการบรรเทาความรู้สึกระดับมาก (ร้อยละ 63.5) และวิธีการจัดการกับอารมณ์ระดับน้อย (ร้อยละ 67.1) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ญาติผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาวิธีการบรรเทาความรู้สึก และวิธีการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด^{9,29} การใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นวิธีแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการใช้สติปัญญา ความคิดและการกระทำที่มุ่งเน้นจัดการกับสถานการณ์ให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น²³ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่

ในวัยผู้ใหญ่กลางคนที่มีการพัฒนาทางสติปัญญา การรับรู้ที่สมบูรณ์ ทำให้สามารถคิด วิเคราะห์ ไตร่ตรอง และตัดสินใจเลือกใช้วิธีเผชิญหน้าปัญหาที่เหมาะสม³¹ ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองให้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีและการที่กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือเป็นภรรยาหรือมารดาจึงให้การดูแลด้วยความรักและความห่วงใย เมื่อผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนทางกายหรือความเครียดภายหลังการบาดเจ็บและแสดงออกทางอารมณ์พฤติกรรมที่ผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างจึงพยายามจัดการดูแลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในทิศทางที่ดีขึ้น^{9,31} ร่วมกับการได้รับการช่วยเหลือคำปรึกษาและแนะนำการดูแลผู้ป่วยจากสมาชิกครอบครัวและเจ้าหน้าที่สุขภาพส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม บางครั้งกลุ่มตัวอย่างจำเป็นต้องใช้วิธีบรรเทาความรู้สึกและวิธีการจัดการกับอารมณ์เนื่องจากความเหนื่อยล้าจากการทำงาน การดูแลผู้ป่วยทั่วไป และการต้องเผชิญกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยระยะยาว ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเครียด จำเป็นต้องใช้วิธีการเผชิญปัญหาดังกล่าวชั่วคราวเพื่อบรรเทาหรือระบายความรู้สึกเครียด เช่น การยอมรับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่เกิดจากผลกระทบของการได้รับบาดเจ็บสมองรุนแรงซึ่งไม่สามารถแก้ไขให้หายขาดได้ หรือหากเริ่มมีการทะเลาะกับผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างมีการปลื้มตัวออกห่างหรือสูบบุหรี่และให้ญาติคนอื่นเข้าไปดูแลผู้ป่วยชั่วคราวจนกว่าผู้ป่วยหรือตนเองมีอาการสงบลง

ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาระการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ภาระการดูแลด้านสังคม ด้านจิตใจ ด้านร่างกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ยกเว้นภาระการดูแลด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับมาก อาจเกิดจากปัจจัยด้านญาติผู้ดูแลและด้านผู้ป่วย ซึ่งญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยสังคมไทย

คาดหวังว่าเพศหญิงเป็นบุคคลที่มีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมต่อการเรียนรู้และปรับตัวได้ดีกว่าเพศชายและส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยกลางคน มีทักษะและกระบวนการตัดสินใจได้ดี³² ประกอบกับผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัว จึงให้การดูแลด้วยความรักและความห่วงใย นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ญาติเกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์ในการดูแลร่วมกับการมีสมาชิกในครอบครัวและเจ้าหน้าที่สุขภาพให้การช่วยเหลือ ทำให้ลดความเครียด ความกังวลและการในการดูแล³³ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างรับรู้การด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับมาก อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีงานทำภายหลังบาดเจ็บ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการบางรายไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับสวัสดิการของรัฐสำหรับผู้พิการซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้เข้าถึงการรับสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย³⁴ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ในขณะที่มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ตามนัด ค่าวัสดุทางการแพทย์ และการจัดซื้อสิ่งของของผู้ป่วยต้องการเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่หรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว จึงทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกมีภาระด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับมาก

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล และการเผชิญปัญหากับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล

ความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา²⁰⁻²¹ ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยมีผละกำลังมาก เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวทำลายสิ่งของหรือทำร้ายตนเองและญาติผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมดังกล่าวได้ จึงจำเป็นต้องหาผู้ช่วย

เหลืออื่นๆ มาช่วยควบคุมผู้ป่วย เพื่อป้องกันอันตรายและลดความรุนแรงพฤติกรรมก้าวร้าว ส่งผลให้เกิดความรู้สึกยากลำบากในการดูแลและรับรู้ภาระการดูแลเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้การเผชิญปัญหาทั้ง 3 วิธีมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล โดยวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนวิธีการบรรเทาความรู้สึกและวิธีการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{15,18} ที่เป็นเช่นนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความห่วงใย ประกอบกับการที่มีระยะเวลาการดูแลยาวนานจึงเกิดการเรียนรู้ มีประสบการณ์และเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ด้วยการเลือกวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด โดยมองปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ท้าทายและเลือกใช้วิธีการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การวางแผนควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยเท่าที่จะทำได้หรือหาวิธีจัดการต่างๆ กับปัญหาที่เกิดขึ้น การปรึกษากับบุคคลที่เผชิญเหตุการณ์เดียวกันมาก่อน และการแสวงหาความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นต้น ซึ่งเป็นวิธีการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ³⁵ ทำให้ญาติรับรู้ภาระการดูแลลดลง

ส่วนวิธีการบรรเทาความรู้สึกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล อาจเป็นจากการที่กลุ่มตัวอย่างยอมรับว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่เกิดจากผลของการได้รับบาดเจ็บสมองที่ไม่สามารถแก้ไขให้หายขาดได้ ดังนั้น ในฐานะที่เป็นภรรยาหรือมารดาของผู้ป่วยก็ต้องเป็นผู้รับภาระหลักการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว ส่วนวิธีการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล เนื่องจากวิธีการนี้เป็นการระบายความรู้สึกทางด้านลบ เพื่อให้ตนเองรู้สึกคลายความเครียด เช่น การสูบบุหรี่ ปลูกต้นไม้ไปอยู่คนเดียว แต่ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยนั้นยังคง

อยู่ ไม่สามารถแก้ไขปัญหานี้ได้อย่างถาวร²³ จึงทำให้ญาติผู้ดูแลยังคงรับรู้ว่ามีภาระการดูแล

สรุปผลการศึกษา

ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่ามีผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงอยู่ในระดับน้อย และใช้วิธีการเผชิญปัญหารูปแบบต่าง ๆ โดยส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด และญาติผู้ดูแลมีภาระการดูแลโดยรวมระดับน้อย ยกเว้นรู้สึกมีภาระการดูแลด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้พบว่า ความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยและการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแล

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลและทีมสหวิชาชีพควรให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับบาดเจ็บสมอง และให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลในการเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม รวมถึงประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจและส่งเสริมอาชีพแก่ผู้ป่วยเพื่อแบ่งเบาภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล

2. การศึกษานี้มีข้อจำกัดจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างมาจากโรงพยาบาลแห่งเดียว จึงควรมีการขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นเพื่อให้สามารถอ้างอิงได้กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่สนับสนุนทุนการทำวิจัยบางส่วน

References

1. The Bureau of epidemiology. Annual epidemiological surveillance report 2014. [Internet]. [cited 4 May 2018]. Available from: <http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2014/>
2. The Bureau of epidemiology. Annual epidemiological surveillance report 2015. [Internet]. [cited 4 May 2018]. Available from: http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/sum_aesr.php
3. The Bureau of epidemiology. Annual epidemiological surveillance report 2016. [Internet]. [cited 4 May 2018]. Available from: <http://203.157.15.110/boe/viewnews.php?nid=MU5FV1MwMDI4Ng==&gid=NQ==&title=4LmA4Lij4Li34LmI4Lit4LiH4LmA4LiU4LmI4LiZ>
4. Khiewchaum R. Effect of traumatic brain injury. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2015; 27(1): 103–11. (in Thai).
5. Ta-ue I, Utriyaprasit K, Chayaput P, Sitthi-namsuwan B. The relationships between post concussion syndrome and functional status in patients with mild traumatic brain injury. Thai Journal of Nursing Council. 2010; 25(2): 39–53. (in Thai).
6. Lane KS, Pierre ME, Lauterbach MD, Koliatsos VE. Patient profiles of criminal behavior in the context of traumatic brain injury. J Forensic Sci. 2017; 62(2): 545–8. doi: 10.1111/1556-4029.13289
7. Aaronson A, Lloyd RB. Aggression after brain injury: a review of the current literature. Psychiatr Ann. 2015; 45(8): 422–6.
8. Sabaz M, Simpson GK, Walker AJ, Rogers JM, Gillis I, Stretles B. Prevalence, comorbidities, and correlates of challenging behavior among community-dwelling adults with severe traumatic brain injury: a multicenter study. J Head Trauma Rehabil. 2014; 29: E19 – E30.
9. Patsadu P, Wongwatanyu S, Sirapo-ngam

- Y. Family caregiver's stress, coping, and management of behavioral and emotional problems following traumatic brain injury. *Vajira Nursing Journal*. 2013; 15(1):47-57. (In Thai).
10. Baguley IJ, Cooper J, Felmingham K. Aggressive behavior following traumatic brain injury: How common is common?. *J Head Trauma Rehabil*. 2006; 21(1): 45-56.
11. Rao V, Rosenberg P, Bertrand M, Salehinia S, Spiro J, Vaishnavi S, et al. Aggression after traumatic brain injury: prevalence and correlates. *Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2009; 21(4): 420-9.
12. Dickens G, Alderman N, Bowers L. Potential severity of aggression behavior after acquired brain injury: implications for recording. *Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011;18(7): 586-94.
13. Varghese A, Khakha DC, Chadda RK. Pattern and type of aggressive behavior in patients with severe mental illness as perceived by the caregivers and the coping strategies used by them in a tertiary care hospital. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016; 30(1): 62-9.
14. Harmanci P, Duman ZC. Investigating relationship between burden of caregivers of patients with schizophrenia and mental health conditions. *J Psychiatr Nurs*. 2016; 7(2): 82-6.
15. Rafiyah I, Suttharangsee W, Sangchan H. Coping and Burden of Indonesian family caregivers caring for person with schizophrenia. *Songkla Medical Journal*. 2012; 30(3): 135-42. (in Thai).
16. Jalowiec A. Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping Scale. In: Waltz CF, Strickland L, editor. *Measurement of nursing outcome: measuring client outcome*. New York: Springer; 1988. p.287-308.
17. Kate N, Grover S, Kulhara P, Nehra R. Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian J Psychiatr*. 2013; 6(5): 380-8.
18. Nafiah H, Sawangchareon K. The relationship between burden of care and coping strategies among caregivers of patients with schizophrenia. *Journal of Nursing Science and Health*. 2015; 38(3): 75-85. (in Thai).
19. Rakkhamnuan S, Lueboonthavatchai P. Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and caregiver burden among caregivers of Alzheimer's dementia patients at department of psychiatry, King Chulalongkorn Memorial Hospital. *The Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2012; 57(3): 335-46. (in Thai).
20. Huang SS, Lee MC, Liao YC, Wang WF, Lai TJ. Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Taiwanese elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012; 55(1): 55-9.
21. Rosdinom R, Zarina MZ, Zanariah MS, Marhani M, Suzaily W. Behavioural and psychological symptoms of dementia, cognitive impairment and caregiver burden in patients with dementia. *Prev Med*. 2013; 57: 67-9.
22. Thai RSC. Statistical Report 2561. [Internet].

- ନିଉ ଓଡ଼ିଶା ନିଉ ଓଡ଼ିଶା ନିଉ