



พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและภาระ  
การดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล  
Aggressive Behaviors of Patients After Traumatic Brain Injury, Coping,  
and Caregiving Burden Perceived by Family Caregiver

มุขรินทร์ ทองหอม  
Mukkarin Thonghom

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the  
Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing)  
Prince of Songkla University

2562

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและภาระ  
การดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล  
Aggressive Behaviors of Patients After Traumatic Brain Injury, Coping,  
and Caregiving Burden Perceived by Family Caregiver

มุขรินทร์ ทองหอม  
Mukkarin Thonghom

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the  
Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing)  
Prince of Songkla University  
2562  
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและภาวะ

การดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล

ผู้เขียน นางสาวมุขรินทร์ ทองหอม

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ)

.....กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์)

.....

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา คำเกลี้ยง)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา คำเกลี้ยง)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดศิริ หิรัญขุนหะ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....

(ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้ารุ่งแสง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวมุขรินทร์ ทองหอม)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ  
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวมุขรินทร์ ทองหอม)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและภาวะ

การดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล

ผู้เขียน นางสาวมุขรินทร์ ทองหอม

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ปีการศึกษา 2561

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย ภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหา และภาวะการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหากับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองในเขตภาคใต้ตาม คุณสมบัติที่เจาะจง จำนวน 130 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือประกอบด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบบันทึก ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุง ส่วนที่ 3 แบบ ประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวิก และส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะการดูแลของซาริท เครื่องมือดังกล่าว ได้ผ่านการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ราย และหาความเที่ยงโดยเครื่องมือส่วนที่ 2 ใช้วิธี ทดสอบซ้ำและนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient) ได้ ค่าเท่ากับ .91 ส่วนเครื่องมือส่วนที่ 3 และ 4 นำมาหาความสอดคล้องภายในใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .81 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติหาค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการวิจัยสรุป ดังนี้

1. ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองแสดง ความรุนแรงของพฤติกรรม ก้าวร้าวโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ( $n = 124, 95.3\%$ ) เมื่อพิจารณาแต่ละลักษณะของพฤติกรรม ก้าวร้าว พบว่า ผู้ป่วยแสดง ความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ( $n = 114, 96.6\%$ ) และรองลงมา คือ แสดงความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น (ผู้ดูแล) ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับน้อย ( $n = 14, 63.7\%$ )

2. ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญปัญหาทั้ง 3 วิธี โดยใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาระดับ มากที่สุด ( $Mdn = 58, IQR = 6$ ) วิธีการบรรเทาความรู้สึกระดับมาก ( $Mdn = 44, IQR = 7$ ) และวิธีการ จัดการกับอารมณ์ระดับน้อย ( $Mdn = 16, IQR = 4$ )

3. ภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 63.1 เมื่อพิจารณาภาวะการดูแลรายด้าน พบว่า ด้านสังคม ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 73.1, 70.0 และ 66.9 ตามลำดับ ในขณะที่ภาวะการดูแลด้านเศรษฐกิจส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.0

4. ความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = .22, p = .01$ )

5. วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = -.38, p < .001$ ) วิธีการบรรเทาความรู้สึก และวิธีการจัดการกับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = .43, p < .001$ ;  $r_s = .64, p < .001$ ) ตามลำดับ

จากผลการศึกษาครั้งนี้เสนอแนะว่า เจ้าหน้าที่สุขภาพควรให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองและวิธีการเผชิญปัญหา รวมถึงประสานกับหน่วยงานและเครือข่ายชุมชนในการร่วมฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจและอาชีพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะการดูแลระยะยาว

<b>Thesis Title</b>	Aggressive Behaviors of Patients After Traumatic Brain Injury, Coping, and Caregiving Burden Perceived by Family Caregiver
<b>Author</b>	Miss Mukkarin Thonghom
<b>Major Program</b>	Nursing Science (Adult Nursing)
<b>Academic Year</b>	2018

### ABSTRACT

This study aimed to describe the severity of aggression 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. One hundred and thirty family caregivers of patients with traumatic brain injury from the southern region of Thailand were purposively recruited. Data were collected using questionnaires comprising 4 parts: 1) The General Data Form of patients and family caregiver; 2) The Modified Version of the Overt Aggression Scale; 3) The Jalowiec Coping Scale; and 4) The Zarit Burden Interview. These questionnaires had been tested for validity by three experts. The reliability of questionnaire part two was tested using test-retest and analyzed by intraclass correlation coefficient, yielding a value of .91. The reliabilities of questionnaires parts three and four were tested using Cronbach's alpha coefficient and yielded values of .81 and .94, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient. The results showed the following:

1. The family caregivers perceived that patients after traumatic brain injury showed an overall severity of aggressive behaviors, mostly with a low level ( $n = 124, 95.3\%$ ). When considering each type of aggressive behaviors, patients expressed severe verbal aggressive behavior, mostly with a low level ( $n = 114, 96.6\%$ ), followed by severe aggressive behavior toward others (family caregivers), mostly with a low level ( $n = 14, 63.7\%$ ).



2. The family caregivers used three coping methods. Confrontive coping was used at the highest level ( $Mdn = 58, IQR = 6$ ). Palliative coping was used at a high level ( $Mdn = 44, IQR = 7$ ) and emotive coping was used at a low level ( $Mdn = 16, IQR = 4$ ).

3. Overall caregiving burden of family caregivers was at a low level (63.1%). Considering each dimension of caregiving burden, most caregivers perceived social, physical and psychological caregiving burden at low levels (73.1%, 70.0% and 66.9%, respectively), while most of them had financial caregiving burden at a high level (50.0%).

4. Overall severity of aggressive behaviors of patients after traumatic brain injury had a statistically significant positive correlation with caregiving burden ( $r_s = .22, p = .01$ ).

5. Confrontive coping had a statistically significant negative correlation with caregiving burden ( $r_s = -.38, p < .01$ ). Palliative coping and emotive coping had statistically significant positive correlations with caregiving burden ( $r_s = .43, p < .001$ ;  $r_s = .64, p < .001$ ), respectively.

The findings of this study suggest that healthcare professionals should educate family caregivers about aggressive behaviors of patients after traumatic brain injury and methods of coping. They should coordinate with the organizations and networks in the community to continuously improve patients' physical, psychological, and occupational rehabilitation to reduce the caregiving burden in the long term.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ไปได้ด้วยดีจากการได้รับการถ่ายทอดความรู้ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง ให้ข้อคิด และการตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และความทุ่มเท จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัทพณา กิจรุ่งโรจน์ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา คำเกลี้ยง อีกทั้งยังให้กำลังใจตลอดระยะเวลาของการศึกษา ผู้วิจัยมีความรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ในโอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เสียสละเวลาในการให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพและให้คำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย รวมถึงขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบทุกท่านที่ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เพื่อนำไปแก้ไขและปรับปรุงพัฒนาให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้

ขอขอบพระคุณสถานที่เก็บข้อมูลทุกแห่งและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความเมตตา และคอยช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล รวมถึงญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถาม

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา น้องชาย ครอบครัวของผู้วิจัย เพื่อน พี่น้องที่รู้จักใกล้ชิดในชีวิตและในที่ทำงานเดิม ซึ่งคอยให้กำลังใจ ให้ความรักด้วยความจริงใจ และความห่วงใยเสมอมาโดยตลอด จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

มุขรินทร์ ทองหอม

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
สารบัญตาราง.....	(12)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิด.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	10
พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง.....	10
แนวคิดญาติผู้ดูแล.....	21
การเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง.....	24
การดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง.....	30
ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองการเผชิญปัญหาและการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล.....	37
สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	41
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ.....	46
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	47
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	48
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	49

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	50
ผลการวิจัย.....	50
อภิปรายผลการวิจัย.....	64
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	72
สรุปผลการวิจัย.....	72
ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย.....	73
ข้อเสนอแนะ.....	73
เอกสารอ้างอิง.....	75
ภาคผนวก.....	91
ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	92
ข หนังสือรับรองอนุญาตการเก็บข้อมูล.....	104
ค. ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	108
ง. หนังสือตอบรับการขออนุญาตใช้เครื่องมือ.....	109
จ. ตารางการเผชิญปัญหาของจาโลวิกเรียงจากมากไปน้อย.....	111
ฉ ตารางการระการดูแลของซาริทเรียงจากมากไปน้อย.....	116
ช. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น.....	119
ซ. การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง.....	122
ณ. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	123
ประวัติผู้เขียน.....	124

## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. จำนวน ร้อยละของญาติผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	51
2. จำนวน ร้อยละผู้ป่วยกายาบาดเจ็บสมองจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	54
3. คะแนนต่ำสุด-สูงสุด มัธยฐาน พิสัยควอไทล์ จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย ภายหลังบาดเจ็บสมองที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล.....	60
4. คะแนนต่ำสุด-สูงสุด มัธยฐาน และ พิสัยควอไทล์ของการเผชิญปัญหาทั้งสามวิธี ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง.....	61
5. จำนวน ร้อยละของญาติผู้ดูแลที่ใช้วิธีการเผชิญปัญหารายข้อมากที่สุด และน้อยที่สุดสามอันดับแรก .....	61
6. คะแนนต่ำสุด-สูงสุด มัธยฐาน พิสัยควอไทล์ จำนวนและร้อยละภาวะการดูแล ของญาติผู้ดูแล .....	62
7. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว ของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล และการเผชิญ ปัญหากับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล.....	63

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บสมอง (Traumatic brain injury) เป็นปัญหาทางสุขภาพสำคัญที่เป็นสาเหตุหนึ่งของการทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตของประชากรในหลายประเทศ จากการศึกษาการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก การบาดเจ็บสมองจากอุบัติเหตุบนท้องถนนจะเป็นสาเหตุสำคัญอันดับสามของการบาดเจ็บของประชากรโลกในปี ค.ศ. 2020 (Tabish & Syed, 2014) จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าประชากรเสียชีวิตจากการบาดเจ็บสมองเฉลี่ยปีละ 52,000 ราย และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 200,000 ราย (Dawodu, Talavera, Kisher, & Yadav, 2015) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558 มีรายงานการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บสมอง จำนวน 12,767 รายต่อประชากร 100,000 ราย (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) แต่ปัจจุบันจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และการช่วยชีวิตที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้บาดเจ็บสมองมีโอกาสการรอดชีวิตสูงขึ้น

อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากการบาดเจ็บสมองผู้ป่วยยังคงหลงเหลือความพิการ ความบกพร่องหรือคุณภาพทางด้านร่างกาย สติปัญญา การรับรู้และพฤติกรรม เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ อ่อนล้า (อินทิตรา, เกศรินทร์, ปรางทิพย์, และบรรพต, 2553) ความจำ ความสนใจ สมาธิลดลง (Mckee & Daneshar, 2015) หลงลืม ไม่สามารถตัดสินใจในการแก้ปัญหาสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น (รุ่งนภา, 2558) รวมทั้งมีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทั้งคำพูด เช่น ดุด่า กรีดร้อง เอะอะโวยวาย เป็นต้น และทางการกระทำ เช่น ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และทำลายทรัพย์สิน สิ่งของ เป็นต้น (กริชนรินทร์, 2551; Oliver, Crawford, Rao, Reece, & Tyrer, 2007)

อาการก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมปัญหาหนึ่งซึ่งพบได้ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง ทั้งระยะเฉียบพลันและฟื้นฟู โดยในระยะเฉียบพลันพบได้ร้อยละ 11 - 34 (Giles, Scott, & Manchester, 2013; Saout et al., 2011) และระยะฟื้นฟูพบได้ร้อยละ 12.7 - 82.5 (ไพรินทร์, 2556; Baguley, Cooper, & Felmingham, 2006; Dickens, Alderman, & Bower, 2011; Rao et al., 2009) การที่มีอุบัติการณ์พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองระยะฟื้นฟูสูงกว่าระยะเฉียบพลันอาจเป็นเนื่องจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในระยะเฉียบพลันได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ (Stéfan, Mathe, & The SOFMER Group, 2016)

มีการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองระยะฟื้นฟูทั้งในและต่างประเทศด้วยการเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกของเจ้าหน้าที่สุขภาพหรือการ

สัมภาษณ์ผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองหรือญาติผู้ดูแล พบว่ามีจำนวนอุบัติการณ์ที่แตกต่างกัน ดังเช่น จากการศึกษาในต่างประเทศ นักวิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บสมองระดับปานกลางถึงรุนแรง 6 เดือนถึง 5 ปี มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยรวมร้อยละ 25 (Baguley et al., 2006) การศึกษาของดิกเคนและคณะ (Dicken et al., 2011) ซึ่งเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการดูแลของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพประจำศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาสมอง จากสาเหตุต่างๆ เช่น บาดเจ็บสมอง โรคหลอดเลือดสมอง สมองติดเชื้อ โรคลมชัก เป็นต้น พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมร้อยละ 82.5 โดยความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ในระดับเล็กน้อยร้อยละ 26 ระดับปานกลางร้อยละ 66 ระดับรุนแรงร้อยละ 6 และระดับรุนแรงมากร้อยละ 2 และเมื่อพิจารณาถึงลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดสูงสุด รองลงมาคือพฤติกรรมที่กระทำต่อสิ่งของ (Baguley et al., 2006; Rao et al., 2009) สำหรับประเทศไทย จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บสมองเล็กน้อยถึงรุนแรง 3 เดือนขึ้นไป พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 12.7 แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (ไพรินทร์, 2556)

การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล กล่าวคือ การได้รับอันตรายจากการที่ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง เช่น ต่อยวัตถุ การขีดข่วน ผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม เป็นต้น (Varghese, Khakha, & Chadda, 2016) และผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ มีการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลได้รับบาดเจ็บระดับเล็กน้อย ร้อยละ 33 และบาดเจ็บรุนแรงร้อยละ 5 (Varghese et al., 2016) เกิดความเครียดจากปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระดับมากที่สุดถึงร้อยละ 36.2 (ไพรินทร์, 2556) ด้านสังคมและเศรษฐกิจญาติผู้ดูแลกังวลพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่จะกำเริบและไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จึงต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้การดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป การออกไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อนลดลง และไม่สามารถประกอบอาชีพได้อย่างเต็มที่หรือต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดปัญหาหนี้สิน (โกวิท, 2556; อารมณ์, 2551; Rafiyah, 2011) เพื่อควบคุมหรือลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นทางร่างกาย จิตใจและสังคม ญาติผู้ดูแลจึงต้องจัดการใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

จาโลวีก (Jalowiec, 1988) กล่าวว่าไว้ว่าบุคคลมีการเผชิญปัญหาสามวิธี ได้แก่ วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) ที่มุ่งเปลี่ยนแปลงการกระทำและสิ่งแวดล้อมเพื่อก่อให้เกิดเหตุการณ์ในทิศทางที่ดีขึ้น วิธีการจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) เน้นแก้ไขหรือควบคุมอารมณ์ โดยการระบายความรู้สึกนึกคิด เพื่อให้ตนเองรู้สึกเครียดลดลง โดยไม่ได้ปรับเปลี่ยนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และวิธีการบรรเทาความรู้สึก (palliative coping) มุ่งเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ พบว่าญาติผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาได้แก่ วิธีการเผชิญหน้า

กับปัญหา วิธีการจัดการกับอารมณ์และวิธีการบรรเทาความรู้สึกที่แตกต่างกัน ดังเช่น ไพรินทร์ (2556) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง ใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาสูงสุดร้อยละ 39 เช่น การค้นหาข้อดีของผู้ป่วย คิดหาวิธีต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ รองลงมาคือ วิธีการบรรเทาความรู้สึก ร้อยละ 33 เช่น ยอมรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สวดมนต์ ภาวนา อ้อนวอน สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และวิธีการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุดร้อยละ 28 เช่น การเตรียมใจยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การศึกษาในต่างประเทศของคลูม (Klum, 2012) พบว่าญาติผู้ดูแลใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ ร้อยละ 53 และใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาร้อยละ 42 ทั้งนี้อาจเกิดจากความแตกต่างของบริบททางสังคมและสภาพแวดล้อม (Khiewchaum, Thosingha, Chayaput, & Utriyaprasit, 2014) ซึ่งการใช้เผชิญปัญหาแต่ละวิธีของบุคคลอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพ (Lazarus & Folkman, 1984) เช่น เหนื่อยล้า เครียด รู้สึกเป็นภาระในการดูแล เป็นต้น

ซาริท, ริเวอร์, และบาร์ด-ปีเตอร์สัน (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980) กล่าวว่าภาระการดูแลเป็นการรับรู้ภายในจิตใจของญาติผู้ดูแลที่เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อสี่ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ สำหรับผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา ส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระทั้งสี่ด้านของญาติ โดยด้านร่างกาย ญาติต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในการป้องกันการทำร้ายร่างกายตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน ทำให้ญาติผู้ดูแลพักผ่อนและดูแลตนเอง ลดลง ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพทางกาย (จรินทรยา, 2551; นิภาพร, 2552) ด้านจิตใจ ญาติผู้ดูแลต้องคอยรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า (ไพรินทร์, 2556) ด้านสังคม ญาติผู้ดูแลต้องช่วยเหลือในการทำกิจกรรมและจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทำให้การออกไปพบปะกับเพื่อนลดลง และการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยอาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นคนด้อยในสังคม ญาติผู้ดูแลเกิดความล้าชวยใจในการออกไปพบปะเพื่อนบ้าน (Rafiyah, 2011) ด้านเศรษฐกิจ ญาติผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ หรือบางรายต้องออกจากงานที่ทำประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้รายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย เกิดปัญหาหนี้สิน (โกวิท, 2556; อารมณ, 2551; Rafiyah, 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยในระดับที่แตกต่างกัน ดังเช่น สาธิตา (2554) ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์พบว่า มีภาระการดูแลร้อยละ 68.9 โดยมีภาระการดูแลระดับน้อยร้อยละ 41.1 ระดับปานกลางร้อยละ 25.6 และระดับมากร้อยละ 2.2 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทรับรู้ภาระการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (โกวิท, 2556; Rafiyah, 2011)

นอกจากนี้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย การเผชิญปัญหา และภาระการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังเช่น โรสดินอม, ซารินา, ซานาเรีย, มาร์ฮาน, และซูซายลี (Rosdinom, Zarina, Zanariah, Marhani, & Suzaily, 2013) พบว่าความผิดปกติของพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระ



การดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ( $r = .41, p < .001$ ) การศึกษาของ ฮวง, ลี, เลี้ยว, วัง และเลีย (Huang, Lee, Liao, Wang, & Lai, 2012) พบว่าพฤติกรรมรุนแรงของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล ( $r = .89, p < .001$ ) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีการทำลายทรัพย์สิน ทำร้ายร่างกายตนเองและญาติผู้ดูแล ทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลและการจัดการกับพฤติกรรม ส่งผลให้การรับรู้ภาระการดูแลเพิ่มมากขึ้น (สาธิตา, 2554; Rosdihom et al., 2013) นอกจากนี้ มีการศึกษาพบว่า วิธีการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล โดยวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล (Nafiah & Sawangchareon, 2015; Rafiyah, Suttharangsee, & Sangchan, 2012) เนื่องจากวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นวิธีการจัดการปัญหาที่มีประสิทธิภาพ มุ่งจัดการปัญหาโดยตรงและสามารถเห็นผลได้ในระยะยาว (Lazarus & Folkman, 1984) ส่งผลให้การรับรู้ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ส่วนวิธีการจัดการกับอารมณ์ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล (Nafiah & Sawangchareon, 2015; Rafiyah et al., 2012) และวิธีการบรรเทาความรู้สึกไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล (Rafiyah et al., 2012) เนื่องจากวิธีการจัดการกับอารมณ์ เป็นการระบายอารมณ์เพื่อลดความเครียดของตนและวิธีการบรรเทาความรู้สึก เป็นการปรับเปลี่ยนการรับรู้ของตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งทั้งสองวิธีไม่ได้เปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อญาติผู้ดูแลเผชิญปัญหาและใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ทำให้การรับรู้ภาระเพิ่มขึ้น

จากประสบการณ์ทำงานของผู้วิจัยในฐานะพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมและอุบัติเหตุพบว่า ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล พยาบาลมีการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายภายหลังผู้ป่วยบาดเจ็บสมองแก่ญาติผู้ดูแล แต่อาจไม่ได้ครอบคลุมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอารมณ์ของผู้ป่วยที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญและจัดการกับปัญหาดังกล่าวที่อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองวิธีการเผชิญปัญหาและภาระการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลในประเทศไทยมีจำกัด โดยไพรินทร์ (2556) ศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการรับรู้การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวมีขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อย ( $n = 47$ ) และไม่ได้ศึกษาถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลรวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและผลลัพธ์ทางสุขภาพ (ภาระการดูแล) ของญาติผู้ดูแล ซึ่งภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลมีความสำคัญต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหา และภาระการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองกับภาระการดูแลของ

ญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหากับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล เพื่อจะได้นำผลการศึกษาดังกล่าวเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่เจ้าหน้าที่สุขภาพในการวางแผนการให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาเพื่อบรรเทาหรือลดความรู้สึกเป็นภาระการดูแล

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง
2. ศึกษาระดับการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง
3. ศึกษาระดับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล
5. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหากับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล

### คำถามการวิจัย

1. ความรุนแรงพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง อยู่ในระดับใด
2. การเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง อยู่ในระดับใด
3. ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง อยู่ระดับใด
4. ความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลหรือไม่ อย่างไร
5. การเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลหรือไม่ อย่างไร

### กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ผลการทบทวนมโนทัศน์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย การเผชิญปัญหาและภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล ดังนี้

พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นลักษณะที่แสดงออกมาเพื่อขจัดความรู้สึกโกรธ ภาวะกดดัน ความรู้สึกคับข้องใจ และหรือสิ่งที่ไม่ดีภายในจิตใจ โดยแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม 4 ลักษณะ ได้แก่ (1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด เช่น การดูถูกเหยียดหยาม การสาปแช่ง การข่มขู่ เป็นต้น (2) พฤติกรรมก้าวร้าวที่กระทำต่อทรัพย์สิน เช่น ฉีกเสื้อผ้า ขว้างวัตถุ ทำลายทรัพย์สิน เป็นต้น (3)

พฤติกรรมก้าวร้าวที่กระทำต่อตนเอง เช่น หยิก ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง เป็นต้น และ (4) พฤติกรรมก้าวร้าวที่กระทำต่อบุคคลอื่น เช่น เขย่าตัว ดึงเสื้อผ้า เตะ ผลัก เป็นต้น (Aronson & Lloyd, 2015; Kay, Wolkenfeld, & Mumill, 1988)

การเผชิญปัญหา เป็นความพยายามของบุคคลทั้งความคิดและการกระทำ เพื่อหาแนวทางในการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งจาโลวีก (Jalowiec, 1988) ได้พัฒนาเครื่องมือในการวัดเผชิญปัญหาของบุคคล โดยปรับจากทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) จากเดิมซึ่งแบ่งการเผชิญปัญหาเป็นสองวิธี คือ วิธีการมุ่งการแก้ปัญหา (problem – focus coping) และวิธีการมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional – focus coping) เป็นวิธีการเผชิญปัญหามี 3 วิธี ได้แก่ (1) วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) เป็นวิธีการที่มุ่งเปลี่ยนแปลงการกระทำและสิ่งแวดล้อมเพื่อก่อให้เกิดเหตุการณ์ที่ดีขึ้น โดยและพยายามแก้ปัญหาคิดวิธีการต่างๆ เพื่อจัดการกับอาการ รวมทั้งสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการที่เกิดขึ้น เช่น การพูดคุยปรึกษาปัญหากับบุคคลที่เคยเผชิญเหตุการณ์เดียวกัน คิดหาวิธีต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหา (2) วิธีการจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) เป็นวิธีการที่มุ่งแก้ไขหรือควบคุมอารมณ์ความรู้สึกไม่สบายใจ โดยการระบายอารมณ์หรือความรู้สึกนึกคิด แต่เหตุการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่เปลี่ยนแปลง เช่น ระบายความเครียดโดยการรับประทานอาหาร สูดบุหรี่ย โกรธ สาบแช่ง ตำหนิคนอื่น และ (3) วิธีการบรรเทาความรู้สึก (palliative coping) เป็นวิธีการที่มุ่งแก้ปัญหาทางอ้อม โดยการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ตรงตามความเป็นจริง เช่น หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น สวดมนต์ภาวนา พยายามหลีกเลี่ยงหนีจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ผลลัพธ์การเผชิญปัญหาของบุคคลมีผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญกำลังใจ และภาวะทางสุขภาพ (Lazarus & Folkman, 1984)

ซาริตและคณะ (Zarit et al., 1980) กล่าวว่าภาวะการดูแล เป็นการรับรู้ภายในจิตใจของญาติผู้ดูแลที่เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ สำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแล ประกอบด้วย (1) ด้านร่างกาย ญาติผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างใกล้ชิดเป็นประจำทุกวันอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอันตรายและอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้น ญาติผู้ดูแลพักผ่อนน้อย เวลาในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ (2) ด้านจิตใจ ญาติผู้ดูแลต้องคอยดูแลและรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย ส่งผลให้รู้สึกเหนื่อยหน่าย ยากลำบากในการดูแล โดยญาติผู้ดูแลอาจรู้สึกว่าผู้ป่วยมีการร้องขอความช่วยเหลือในการดูแลมากเกินไป เกิดความรู้สึกเครียดที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งต้องรับผิดชอบงานในครอบครัวและงานของตนเอง (3) ด้านสังคม ญาติผู้ดูแลต้องคอยดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมและดูแลจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีการติดต่อพบปะกับเพื่อนและสังคมลดลง ไม่มีเวลาส่วนตัว คุณภาพชีวิตสังคม

ลดลง และ (4) ด้านเศรษฐกิจ ญาติผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถออกไปทำงานได้ตามปกติหรือบางรายต้องออกจากงานประจำที่ทำอยู่ ส่งผลให้ขาดรายได้แต่รายจ่ายเพิ่มมากขึ้น เกิดปัญหาหนี้สิน ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด และทำให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้นตามมา

นอกจากนี้จากการทบทวนผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยและการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ดังเช่น จากการศึกษาของฮวงและคณะ (Huang et al., 2012) และโรสดินอมและคณะ (Rosdinom et al., 2013) พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับพฤติกรรมรุนแรงมีผลต่อการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลที่มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีการทำลายทรัพย์สิน ทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น ญาติผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการดูแล แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยมีความสำคัญกับการรับรู้ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล นอกจากนี้วิธีการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลมีผลต่อการรับรู้ภาระของญาติผู้ดูแล ดังการศึกษาของ ราไฟยา (Rafiyah, 2011) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาส่งผลให้ภาระการดูแลน้อยลง เนื่องจากวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นการมุ่งจัดการปัญหาโดยตรง แต่หากใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์มีผลต่อภาระการดูแลที่มากขึ้น เนื่องจากวิธีการจัดการกับอารมณ์เป็นการระบายความรู้สึกของญาติผู้ดูแล เพื่อบรรเทาให้ตนเองรู้สึกเครียดลดลงแต่ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นยังคงอยู่ ดังนั้น แสดงให้เห็นว่า วิธีการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่จะบ่งชี้ถึงการรับรู้ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ จากการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองต้องเผชิญกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยซึ่งเป็นสถานการณ์สร้างความกังวล ความเครียดให้ญาติผู้ดูแลต้องแสวงหาการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา วิธีการจัดการกับอารมณ์ และหรือวิธีการบรรเทาความรู้สึก เพื่อให้เกิดความสมดุลต่อสุขภาพ หากญาติผู้ดูแลเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมหรือผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากขึ้น ก็อาจส่งผลทางลบทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระการดูแล

### สมมติฐานการวิจัย

1. ความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล
2. การเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล

## นิยามศัพท์

พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง ความรุนแรงของการแสดงออกของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองในรูปแบบของคำพูดและหรือการกระทำที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น และทรัพย์สิน ซึ่งรับรู้โดยญาติผู้ดูแล วัดโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุง (Modified overt aggressive scale: MOAS) ของเกย์และคณะ (Kay et al., 1988) คะแนนสูง หมายถึง มีความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวระดับมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวระดับน้อย

การเผชิญปัญหา หมายถึง วิธีการกระทำและความรู้สึกที่ญาติผู้ดูแลใช้ขณะให้การดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา วิธีการจัดการกับอารมณ์ และวิธีการบรรเทาความรู้สึก ซึ่งวัดโดยแบบประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยไพรินทร์ (2556) คะแนนการเผชิญปัญหาสูง หมายถึง ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญปัญหาวิธีนั้นระดับมาก คะแนนการเผชิญปัญหาต่ำ หมายถึง ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญปัญหาวิธีนั้นระดับน้อย

ภาวะการดูแล หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ดูแลที่เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งวัดโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ภาวะการดูแลของซาริท (Zarit et al., 1980) แปลเป็นภาษาไทยโดยสาธิตา (2554) คะแนนภาวะการดูแลสูง หมายถึง มีภาวะการดูแลระดับมาก คะแนนภาวะการดูแลต่ำ หมายถึง มีภาวะการดูแลระดับน้อย

## ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและภาวะการดูแล โดยทำการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคใต้ 3 แห่ง ทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษาครั้งนี้มีประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพในการนำไปใช้ในการวางแผนให้ความรู้ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและลดความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล นอกจากนี้ สามารถนำผลการศึกษาเป็นข้อมูลในการพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล

## บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและภาวะการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง
2. แนวคิดญาติผู้ดูแล
3. การเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง
4. ภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง
5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล
6. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

### พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง

พฤติกรรมก้าวร้าว (aggressive behaviors) เป็นลักษณะของพฤติกรรมที่แสดงออกมาทางการกระทำและคำพูด เพื่อขจัดความรู้สึกโกรธ ภาวะกดดัน วิตกกังวล ความรู้สึกคับข้องใจ หรือปลดปล่อยสิ่งที่ไม่ดีต่างๆภายในจิตใจออกมา โดยขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ (จินตนา, 2556) ที่มีลักษณะรุนแรงและไม่เหมาะสม อาจกระทำต่อตนเอง บุคคลอื่น ทำให้ได้รับบาดเจ็บตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงอาการสาหัสและเสียชีวิต และรวมถึงเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (ศุภโชค, 2559; Aaronson & Lloyd, 2015; Cusimano, Holmes, Sawicki, & Vranic, 2014; Hamolia, 2005)

#### ลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว

ลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง สามารถแบ่งออกได้ 4 ลักษณะ คือ (1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด (2) พฤติกรรมก้าวร้าวทางการกระทำต่อตนเอง (3) พฤติกรรมก้าวร้าวทางการกระทำต่อผู้อื่น และ (4) พฤติกรรมก้าวร้าวทางการกระทำต่อทรัพย์สิน (กริชนรินทร์, 2551; สีวลี, 2550; ทัยรัตน์, 2550; Aaronson & Lloyd, 2015; Kay et al., 1988; Oliver et al., 2007) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด (verbal aggressive) เป็นลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกทางคำพูด ได้แก่ พูดตำหนิ ดุด่า เอะอะโวยวาย กรีดร้อง ตะโกน ก้าวร้าว คำพูดหยาบคาย เป็นต้น
2. พฤติกรรมก้าวร้าวทางการกระทำต่อตนเอง (auto aggressive) เป็นลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวที่ผู้ป่วยมีการทำร้ายร่างกายตนเอง เช่น ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ชกต่อยตนเอง ดึงเส้นผม โขลกศีรษะกับพื้น ใช้มีดกรีดข้อมือตนเอง และการฆ่าตัวตาย เป็นต้น
3. พฤติกรรมก้าวร้าวทางการกระทำต่อผู้อื่น (physical aggression) เป็นลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวที่ผู้ป่วยมีการทำร้ายร่างกายผู้อื่น เช่น ทะเลาะวิวาท ตี ตะ แผลง ชกต่อยและใช้อาวุธทำร้ายผู้อื่นทำให้ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย กระทบกัก หรือบาดเจ็บสาหัส เป็นต้น
4. พฤติกรรมก้าวร้าวทางการกระทำต่อทรัพย์สิน (aggression against property) เป็นลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวที่ผู้ป่วยมีการทำลายทรัพย์สิน วัตถุ สิ่งของ เช่น ทบทำลายสิ่งของ ฉีกเสื้อผ้า ปัดสิ่งของลงพื้น ทบกระจก เป็นต้น

#### งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอุบัติการณ์และความรุนแรงพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองในระยะฟื้นฟู มีการศึกษาค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงขยายการทบทวนวรรณกรรมไปยังกลุ่มผู้ป่วยโรคทางสมองอื่นๆ โดยที่ผ่านมานักวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกของเจ้าหน้าที่สุขภาพ สัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง พบว่าร้อยละ 12.7 ถึงร้อยละ 82.5 ของผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (ไพรินท์, 2556; ปิ่นพานันท์, 2556; Baguley et al., 2006; Dickens et al., 2011; Rao et al., 2009) และมีระดับความรุนแรงแตกต่างกัน ดังเช่น เบคูลีย์และคณะ (Baguley et al., 2006) ได้ติดตามพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองระดับปานกลางจนถึงรุนแรงระยะเวลา 6, 24, และ 60 เดือน โดยสัมภาษณ์ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยและวิเคราะห์ตามระยะเวลา พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดสูงสุด ร้อยละ 70, 55 และ 51 รองลงมาแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่กระทำต่อสิ่งของร้อยละ 39, 34 และ 39 และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่กระทำต่อตนเอง ร้อยละ 19, 14 และ 24 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับพฤติกรรมก้าวร้าวที่กระทำต่อผู้อื่นร้อยละ 20, 19, และ 19 ตามลำดับ โรและคณะ (Rao et al., 2009) ศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง ภายหลังบาดเจ็บ 3 เดือนขึ้นไป พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดร้อยละ 28.4 และพฤติกรรมก้าวร้าวที่กระทำต่อสิ่งของร้อยละ 1.5 นอกจากนี้ ดิกเคนส์และคณะ (Dickens et al., 2011) เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกของเจ้าหน้าที่สุขภาพประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยโรคทางสมองต่างๆ จำนวน 40 ราย พบว่า มีผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว 25 ราย (ร้อยละ 82.5) ได้แก่ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 15 ราย สมองขาดออกซิเจน 3 ราย ติดเชื้อ 4 ราย หลอดเลือดสมอง 1 ราย กลุ่มอาการคอร์ซาคอฟฟ์ (Korsakoff's syndrome) 1 ราย และภาวะชัก 1 ราย โดยมีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งหมด 50 ครั้งในระยะเวลา 6 สัปดาห์ และมีระดับความถี่ของการเกิด



พฤติกรรมก้าวร้าวตั้งแต่ 1 – 9 ครั้งต่อราย โดยความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ในระดับเล็กน้อยร้อยละ 26 ระดับปานกลางร้อยละ 66 ระดับมากร้อยละ 6 และระดับมากที่สุดร้อยละ 2 นอกจากนี้ ไพรินทร์ (2556) ได้สัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง พบว่ามีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวร้อยละ 12.7 โดยมีการโต้เถียง ทะเลาะวิวาทกับบุคคลอื่น กรีดร้องและตะโกนด่า ในขณะที่ปีนชานันท์ (2556) มีการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวร้อยละ 36.4 ความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อย ระดับปานกลางและระดับมากร้อยละ 27.4, 3.6 และ 3.6 ตามลำดับ

### สาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง

สาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง ได้แก่ ตำแหน่งของสมองที่ได้รับบาดเจ็บและความผิดปกติของสารสื่อประสาท รายละเอียดมีดังนี้

1. ตำแหน่งของสมองที่ได้รับบาดเจ็บ สมองแต่ละส่วนมีหน้าที่แตกต่างกัน กรณีที่สมองส่วนกลีบหน้า (frontal lobe) บาดเจ็บหรือได้รับความเสียหาย ส่งผลให้บกพร่องทางการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและอารมณ์แปรปรวน และการบาดเจ็บของสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ พฤติกรรมและการรับรู้ ส่งผลให้ความถี่ของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวสูงขึ้น มีความผิดปกติในการรับรู้วันและเวลา (สมนึก, 2556; Granacher, 2008) ดังเช่น ชาน (Chan, 2011) ศึกษาในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่าร้อยละ 79 เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองบริเวณสมองส่วนหน้า และร้อยละ 21 เป็นผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บสมองในตำแหน่งอื่นๆ

2. ความผิดปกติของสารสื่อประสาท สารสื่อประสาทในสมองมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวภายหลังบาดเจ็บสมอง โดยเมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บสมองหรือเกิดความไม่สุขสบายจากภาวะของโรคก่อให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล กระตุ้นการทำงานของสมองส่วนกลีบหน้า สมองส่วนคอร์เทกซ์ (cortex) และส่วนอื่นๆ ให้มีการหลั่งสารสื่อประสาทกลูตาเมต (glutamate) กระตุ้นการทำงานของปมประสาทเวนทราล (ventral striatum) และปมประสาทดอร์ซอล (dorsal striatum) ให้มีการหลั่งอะซิติลโคลีน (acetylcholine) โซมาโตสแตติน (somatostatin) และซับสแตนซ์-พี (substance-P) มีผลยับยั้งการหลั่งของสารสื่อประสาทแกมมาอะมิโนบิวทีริกแอซิดหรือกาบา (gamma-aminobutyric acid-GABA) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ลดลง วิตกกังวล และมีการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากนี้ ภายหลังบาดเจ็บสมองเกิดความเสียหายของเซลล์สมองบริเวณเวนทราล เทกเมนทัล (ventral tegmental) ซึ่งมีผลต่อการหลั่งของสารสื่อประสาทโดปามีน (dopamine) และซีโรโทนิน (serotonin) โดยจะมีการหลั่งของโดปามีนเพิ่มขึ้นและซีโรโทนินลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ ความนึกคิด การเคลื่อนไหว พฤติกรรม ทำให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว (Aronson & Lloyd, 2015; Engelborghs et al., 2008; Mortimer & Berg, 2017)

## ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง

นอกเหนือจากสาเหตุข้างต้นแล้ว มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง ได้แก่ ปัจจัยทั่วไป (อายุ เพศ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการสูบบุหรี่ บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย) ปัจจัยด้านสุขภาพ อาชีพและสังคม (ระดับความรู้สึกตัวแรกรับในโรงพยาบาล ภาวะเจ็บป่วยทางกายและอาการทางจิต การต้องพึ่งพา การประกอบอาชีพและการเข้าสู่สังคมภายหลังบาดเจ็บ) และปัจจัยด้านญาติผู้ดูแล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยก่อนบาดเจ็บ ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการสูบบุหรี่ บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย

1.1 อายุ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวภายหลังบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่เกิดในวัยหนุ่มสาวถึงวัยกลางคน จากการศึกษาของวอลล์ลิง, มีฮาน, มาสเซล, ฮอสวอร์ท-มูนโร, และเทฟท์ (Walling, Meehan, Marshall, Holtzworth-Munroe, & Taft, 2012) พบว่าผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีอายุเฉลี่ย 35 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฟอร์คูสันและโคคคาโร (Ferguson & Coccaro, 2009) ศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยจนถึงปานกลางจำนวน 458 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีอายุระหว่าง 28 ถึง 34 ปี และจากการศึกษาผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองระยะเวลา 6, 12 และ 60 เดือน พบว่าอายุของผู้ป่วยขณะได้รับบาดเจ็บสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญ ( $\beta = -.25, p = .00$ ;  $\beta = -.17, p = .03$ ;  $\beta = -.28, p = .03$ ) ตามลำดับ (Baguley et al., 2006)

1.2 เพศ การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวมีความสัมพันธ์กับเพศของผู้ป่วย ดิกเคนและคณะ (Dicken et al., 2011) พบว่าผู้ป่วยเพศชายมีพฤติกรรมก้าวร้าวร้อยละ 78 และเพศหญิงมีพฤติกรรมก้าวร้าวร้อยละ 20 ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเนื่องจากเพศชายมีฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่าในเพศหญิง ส่งผลให้อุบัติการณ์ในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่าเพศหญิง (Staniloiu & Markowitsch, 2012)

1.3 ประวัติการดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ แกมมาอะมิโนบิวทีริกเอซิดหรือกาบา กลูตาเมต ซีโรโทนินและโดปามีน โดยพบว่าการดื่มสุราเพิ่มการทำงานของกาบา แต่เมื่อหยุดดื่มการทำงานของกาบาจะลดลง กระตุ้นการทำงานของสมองมากขึ้นทำให้ความบกพร่องทางสติปัญญาการรับรู้ ความจำผิดปกติ และเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (คณะแพทย์โรงพยาบาลรามธิบดี, 2015; สมศักดิ์, 2015) จากการศึกษาของอาร์มณ (2551) พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการดื่มสุรา มีลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดร้อยละ 16 และมีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งทางคำพูดและการกระทำร้อยละ 84 โดยทำลายทรัพย์สินร้อยละ 71.43 ทำร้ายผู้อื่น ร้อยละ 51.19 และทำร้ายตนเองร้อยละ 8.33

1.4 ประวัติการสูบบุหรี่ สารนิโคตินพบได้ในควันยาสูบ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อสมอง สารนิโคตินจะกระตุ้นตัวรับรู้สารนิโคตินของสมองส่วนกลาง ส่งผลให้มีการหลั่งโดปามีน ซีโรโทนิน

อะซิติลโคลีนและนอร์อิปีเนฟริน (norepinephrine) เพิ่มมากขึ้น เกิดความตื่นตัว ลดความเครียด วิตกกังวล มีอารมณ์เป็นสุข แต่หากหยุดสูบบุหรี่เฉียบพลันสารนิโคตินในสมองลดลง การกระตุ้นสารสื่อประสาทในสมองลดลง สมองและร่างกายมีการแสดงออกของความรู้สึกทางลบ เช่น หงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี เป็นต้น (สมพร, นุสรุ, และปริยศ, 2555) จากการศึกษาเปรียบเทียบพบว่า บุคคลที่มีการสูบบุหรี่หรือการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่าบุคคลที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ ) (Bernstein, Colby, Bidwell, Kahler, & Leventhal, 2014)

1.5 *บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย* ลักษณะบุคลิกภาพและพื้นฐานอารมณ์เดิมของผู้ป่วยที่มีความรุนแรง เอาแต่ใจ หงุดหงิดและโมโหง่าย ต่อต้านสังคม เมื่อผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พึงพอใจ ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีความรุนแรง (ศิริพรรณ, 2559; Witt, Dom, & Fazel, 2013) จากการศึกษา ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ( $r = .37, p = .04$ ) และระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญ ( $r = .33, p < .01$ ) (ศิริพรรณ, 2559)

2. *ปัจจัยสุขภาพ อาชีพและสังคม* ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวแรกรับในโรงพยาบาล และภาวะเจ็บป่วยทางกายและอาการทางจิต การต้องพึ่งพา การประกอบอาชีพและการเข้าสู่สังคมภายหลังบาดเจ็บ

2.1 *ระดับความรู้สึกตัวแรกรับในโรงพยาบาล* ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแรกรับบาดเจ็บรุนแรง ซึ่งระดับการบาดเจ็บรุนแรงส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่างๆภายในร่างกาย โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังคงหลงเหลือความพิการ ความบกพร่องทางสติปัญญา การรับรู้ (อินทิตราและคณะ, 2553) แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าระดับความรู้สึกตัวแรกรับไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง ( $\beta = -.13, p = .10$ ) (Rao et al., 2009)

2.2 *ภาวะเจ็บป่วยทางกายและอาการทางจิต* ผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนเล็กน้อย ผู้ป่วยมี post concussion syndrome ที่พบได้บ่อยระยะยาวภายหลังบาดเจ็บ 1 ปี เช่น อาการปวดศีรษะ อาการผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ มีอาการหลงลืม หงุดหงิดง่าย เป็นต้น อาการดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับอาการทางร่างกายและความคิด (Fourtassi et al., 2011; Prigatano & Gale, 2011) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอยู่เดิม เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล โดยพบว่าอาการทางจิตมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว (Aronson & Lloyd, 2015; Rao et al., 2009) เนื่องจากการทำหน้าที่ของสมองและระบบประสาท รวมถึงสารสื่อประสาทในสมองเปลี่ยนแปลงไป ความสามารถของบุคคลลดลงทั้งด้านของความคิด ความจำ ความสนใจและการรับรู้ (Almeida, Azevedo, Nose, Freitas, & Machado, 2016) โรและคณะ (Rao et al., 2009) พบว่าผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองที่มีภาวะซึมเศร้าส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดภายหลัง

การได้รับบาดเจ็บสมองมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย จากการศึกษาของของเบคูลีย์และคณะ (Baguley et al., 2006) ผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองระยะเวลา 6, 12 และ 60 เดือนพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญ ( $\beta = .44, p < .001; \beta = 51, p < .001; \beta = 42, p < .01$ ) ตามลำดับ

2.3. การต้องพึ่งพาภายหลังบาดเจ็บ ผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่ยังคงหลงเหลือความพิการซึ่งส่งผลทำให้การช่วยเหลือตนเองลดน้อยลงต้องพึ่งพาบุคคลคนอื่นในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ (รุ่งนภา, 2558) เมื่อบุคคลที่คอยช่วยเหลือไม่สามารถทำกิจกรรมให้ผู้ป่วยตรงตามต้องการส่งผลต่อสภาวะอารมณ์ทำให้เกิดอาการหงุดหงิด อาการไม่พึงพอใจรวมถึงแสดงอาการก้าวร้าวต่อผู้ดูแล นอกจากนี้ จากการศึกษาของผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่นเพื่อขึ้นทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (Aronson & Lloyd, 2015) จากการศึกษาโรและคณะ (Rao et al., 2009) ผู้ป่วยที่มีการพึ่งพาบุคคลอื่นเพิ่มขึ้นภายหลังบาดเจ็บสมองส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ )

2.4 การประกอบอาชีพและการเข้าสู่สังคมภายหลังบาดเจ็บ ภายหลังบาดเจ็บสมองผู้ป่วยมีความบกพร่องทางด้านร่างกาย เกิดความพิการ บกพร่องทางความคิด สติปัญญา อารมณ์ และพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการกลับไปทำงานในลักษณะเดิม ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือมีการแสดงออกของอาการทางจิตส่งผลให้สังคมไม่ยอมรับ กลัวผู้ป่วยมีอาการกำเริบและเกิดการทำร้ายร่างกาย ส่งผลต่อความยากลำบากในการกลับไปประกอบอาชีพและการเข้าสู่สังคม (Pahwa et al., 2014; Terry, 2017) จากการศึกษาเทอรี่ (Terry, 2017) ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางลบกับการกลับเข้าสู่สังคม ( $r = -.32, p < .01$ )

3. ปัจจัยของญาติผู้ดูแล พฤติกรรมของญาติผู้ดูแล ลักษณะพฤติกรรมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว หากญาติผู้ดูแลใช้ความรุนแรงทางคำพูดหรือการกระทำ เช่น มีการทุบตีทำร้ายร่างกาย และ/หรือมีการโต้เถียง ทะเลาะ ดุด่า เป็นต้น ส่งผลกระตุ้นความรู้สึกเครียด กัดดัน ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว (อนุชา, 2558; Kim, 2017) จากการศึกษาของคิม (Kim, 2017) พบว่า ลักษณะการดูแลของญาติผู้ดูแลมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ โดยญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลด้วยความรัก ให้ความอบอุ่น เอาใจใส่ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญ ( $r = -.10, p < .01$ )

## ผลกระทบจากพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง

การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ดังนี้

1. *ผลกระทบต่อผู้ป่วย* การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ดังเห็นได้จากการศึกษาของเบกุลีย์และคณะ (Baguley et al., 2006) สัมภาษณ์ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 228 ราย พบว่าผู้ป่วยมีการทำร้ายตนเองร้อยละ 19 และจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 100 ราย พบว่าผู้ป่วยมีการทำร้ายร่างกายตนเอง เช่น ต่อยวัตถุ ร้อยละ 43 โขกศีรษะร้อยละ 31 ตีขมร้อยละ 13 ชีตขว่นทำให้เกิดบาดแผลลึกร้อยละ 6 (Varghese et al., 2016) นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีการทะเลาะวิวาทกับบุคคลอื่นร้อยละ 14.9 คุกคามผู้อื่นร้อยละ 4.3 (ไพรินทร์, 2556) ลักษณะของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเหล่านี้ส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลรอบข้างซึ่งทำให้มีความยากลำบากต่อการกลับเข้าสู่สังคมของผู้ป่วย

2. *ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล* พฤติกรรมก้าวร้าวนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล จากลักษณะของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้คำพูดหยาบคาย หรือมีการทำร้ายร่างกาย เช่น ทูบตี ตะ ต่อย เป็นต้น ทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับบาดเจ็บทางด้านร่างกายและกระทบกระเทือนจิตใจ จากการศึกษาสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 100 ราย พบว่าผู้ป่วยมีการทำร้ายร่างกายได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ร้อยละ 33 ตี ต่อย ตีขม ร้อยละ 14 และบาดเจ็บสาหัสร้อยละ 5 (Varghese et al., 2016) พฤติกรรมก้าวร้าวนอกจากจะทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับบาดเจ็บทางด้านร่างกายแล้วยังทำให้กระทบกระเทือนจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการใช้คำหยาบคาย ตะโกนด่า ร้อยละ 6.4 (ไพรินทร์, 2556) พุดดูหมิ่น ร้อยละ 76 และสาปแช่ง ร้อยละ 62 (Varghese et al., 2016) ซึ่งลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า โดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) และญาติผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35.4 (Covinsky et al., 2003)

โดยสรุป พฤติกรรมก้าวร้าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ทำให้ได้รับบาดเจ็บทางกายและจิตใจ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการจัดการเพื่อป้องกันหรือลดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง

## แนวทางการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและโรคจิตเภท ในรูปของการรักษาแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา มีรายละเอียดดังนี้

1. *การรักษาแบบใช้ยา* การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวิธีการรักษาแบบใช้ยาในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวภายหลังบาดเจ็บสมอง ได้แก่ ยารักษาโรคจิตเภท (antipsychotic drugs)

ยารักษาอาการซึมเศร้า (antidepressants) ยาต้านการชักและปรับสภาพอารมณ์ (antiepileptic mood stabilizer) ยาเบนโซไดอะซีปีน (Benzodizepine) และยาอะแมนตาดีน (Amantadine) (Luauté, Plantier, Wiat, Tell, & The SOFMER group, 2016; Plantier, Luauté, & The SOFMER group, 2016)

1.1 *ยารักษาโรคจิตเภท* ยาออกฤทธิ์จับกับตัวรับ โดปามีน ดี 2 (dopamine D2 receptor) และตัวรับซีโรโทนิน 5 เอ (serotonin receptor 2 A) ในสมอง ให้เกิดความสมดุลของสารสื่อประสาทโดปามีนและซีโรโทนิน ลดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและอาการกระวนกระวาย ได้แก่ ยาควิเทียปีน (Quetiapine) ยาไซพราซิโดน (Ziprasidone) และยาโอแลนซาปีน (Olanzapine) ใช้รักษาโรคทางจิตเภท โรคไบโพลาร์หรืออารมณ์สองขั้ว ทำให้เกิดความสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ลดอาการทางจิต (Kim & Bijlani, 2006; Noe', Ferri, Trenor, & Chirivella, 2007)

1.2 *ยารักษาอาการซึมเศร้า* เป็นยาที่ใช้ในการปรับสารสื่อประสาทในสมองให้อยู่ในระดับปกติที่นิยมใช้ ได้แก่ ยาเซอร์ทราลีน (Sertraline) เป็นยารักษาโรคซึมเศร้า ประเภทยับยั้งการดูดกลับของสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI]) โดยมีความสัมพันธ์ในการรักษาอาการย้ำคิดย้ำทำ อาการวิตกกังวลและความผิดปกติของพฤติกรรมภายหลังบำบัดเจ็บสมอง (Meythaler, Depalma, Devivo, Guin-refroe, & Novack, 2001)

1.3 *ยาต้านการชักและปรับสภาพอารมณ์* เป็นยาที่ใช้รักษาอาการชัก ระวังอาการคลื่น คลั่ง อารมณ์แปรปรวนและอาการซึมเศร้า โดยยาออกฤทธิ์กระตุ้นให้มีการลดปริมาณสารฟอสฟาทีดิล อินซิทอล 3, 4, 5 (phosphatidyl inositol 3, 4, 5) และเข้าไปปิดกั้นกระบวนการทำงานของประจุของเกลียวโซเดียมในบริเวณเซลล์ประสาท (voltage-dependent sodium channels) รวมถึงทำให้เกิดการเพิ่มสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ ยาคาร์บามาซีปีน (Carbamazepine) ยาวาลโปรเอท (Valproate) หรือชื่อการค้าที่รู้จักกันคือยาเดพาकिन (Depakine)

1.4 *ยาเบนโซไดอะซีปีน* เป็นยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทใช้ในการรักษาโรคชัก อาการนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวลและใช้รักษาโรคอารมณ์แปรปรวน ยาจะมีผลต่อสารสื่อประสาทกาบา ทำให้ผู้ป่วยมีอาการง่วงนอน มีฤทธิ์ในการสงบประสาทและยังทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว (Luauté et al., 2016; Plantier et al., 2016)

1.5 *ยาอะแมนตาดีน* ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือภาวะกระวนกระวายและผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ยาจะออกฤทธิ์ในสมองมีผลต่อสารสื่อประสาท เช่น โดปามีน นอร์เอพิเนฟริน จากปลายประสาทเพิ่มการทำงานของโดปามีน (Hammond, Bickett, Norton, & Pershad, 2014)

2. *การรักษาแบบไม่ใช้ยา* การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวแบบไม่ใช้ยาเพื่อผ่อนคลายปรับความคิดทางจิตสังคม มีหลายวิธี ได้แก่ ดนตรีบำบัด การนวด การบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหย การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และจิตสังคมบำบัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 *ดนตรีบำบัด (music therapy)* มีการนำดนตรีมาใช้ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์ ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท จิตใจและพฤติกรรม ซึ่งเสียงของดนตรีกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทลิมบิก (limbic system) มีการหลั่งของสารสื่อประสาทเอนโดฟิน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สงบ มีความสุข และช่วยในการกระตุ้นความทรงจำด้านบวกของผู้ป่วย (ชุตินา, 2553; บุชกร, พิเชิต, วารุณี, วินัย, และพันทิพา, 2551) สแวนสดอทเทอร์และสแนเดอล์ (Svansdottir & Snaedal, 2006) ศึกษาในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรงจำนวน 38 ราย โดยทำกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยฟังดนตรีและร้องเพลงครั้งละ 30 นาทีสัปดาห์ละ 3 ครั้งเป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมดนตรีบำบัดในสัปดาห์ที่ 6 ( $p = .03$ ) และปาร์ค (Park, 2010) ศึกษาในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงจำนวน 14 ราย โดยการใช้ดนตรีที่ผู้ป่วยชอบและดนตรีผ่อนคลายทั่วไปให้ผู้ป่วยฟังเพลง 1 ชั่วโมงและวัดผลก่อน ระหว่างและหลังจากทดลอง พบว่าเพลงที่ผู้ป่วยชอบสามารถลดการเกิดภาวะกระวนกระวายภายหลังบาดเจ็บสมองได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับเพลงผ่อนคลายทั่วไป ( $p < .01$ )

2.2 *การนวด (massage therapy)* การนวดกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาทออกซิโทซิน (oxytocin) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ ความรู้สึกไม่สุขสบายลดลงและช่วยในการปรับเปลี่ยนอารมณ์ของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ออลิเดย์เวล, ดีเซริท, และรีเนีย (Holliday-Welsh, Gessert, & Renier, 2009) ศึกษาในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการรับรู้ และความผิดปกติของพฤติกรรม จำนวน 45 ราย ใช้วิธีการนวดแบบตะวันตกโดยใช้แรงกดเบาๆ ถึงปานกลาง และมีความต่อเนื่อง ผู้สูงอายุจะได้รับการนวด 6 ครั้งใน 2 สัปดาห์ พบว่า สามารถช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวายทางกายภาพ ทางคำพูด อาการร่วนวาย และพฤติกรรมก้าวร้าว

2.3 *การบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหย (aromatherapy)* การสูดดมน้ำมันหอมระเหย โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยเข้าไปยังบริเวณสมองส่วนลิมบิก ซึ่งควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกและความจำ ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ลดอาการตึงเครียด เกิดอาการสงบ (อ้อมบุญ, 2557) จากการศึกษาของลินและคณะ (Lin et al., 2007) ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 ราย โดยการทดลองใช้กลิ่นลาเวนเดอร์วางข้างหมอนของผู้ป่วยขณะนอนหลับในเวลากลางคืนอย่างน้อย 1 ชั่วโมง ระยะเวลา 5 สัปดาห์ พบว่ากลิ่นลาเวนเดอร์สามารถช่วยลดการเกิดภาวะกระวนกระวาย พฤติกรรมก้าวร้าวทางการกระทำและคำพูดอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ )

2.4 *การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy)* เป็นรูปแบบหนึ่งของจิตบำบัด โดยปรับเปลี่ยนทั้งทางด้านพฤติกรรมและความคิดที่เป็นปัญหา มุ่งความสนใจไปยังปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในปัจจุบัน จากการศึกษาที่ผ่านของเชนและคณะ (Chen et al., 2014) ผู้ป่วยเพศชายวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวใช้วิธีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมระยะเวลา 9

สัปดาห์ จำนวน 66 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ )

2.5 จิตสังคัมบำบัด (psychosocial therapy) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมและจิตใจ เพิ่มทักษะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและพัฒนาทักษะการสื่อสาร ซึ่งมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในด้านทักษะทางการสื่อสาร ทักษะในการแก้ปัญหา ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ (นริสา, 2553) จากการศึกษาของเนตดา (2551) โดยการใช้โปรแกรมจิตสังคัมบำบัดในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการบำบัดสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองและสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ )

โดยสรุป การรักษาพฤติกรรมก้าวร้าวสามารถใช้วิธีการรักษาแบบใช้ยา เช่น ยารักษาโรคจิตเภท ยารักษาอาการซึมเศร้า ยาต้านการชักและปรับสภาพอารมณ์ ยาเบนโซไดอะซีปีน และยาอะแมนตาดีน เป็นต้น การรักษาแบบไม่ใช้ยา เช่น ดนตรีบำบัด การนวด การบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหย การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมและจิตสังคัมบำบัด เป็นต้น

### การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง

การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวกระทำได้หลายวิธี เช่น การสังเกตโดยบุคคลอื่น การประเมินพฤติกรรมด้วยตนเอง สำหรับการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง โดยส่วนใหญ่นิยมใช้วิธีการสังเกตโดยใช้แบบประเมิน เช่น แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุง (Modified overt aggressive scale: MOAS) และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุงสำหรับผู้ป่วยฟื้นฟูระบบประสาท (Overt aggressive scale – modified for neurorehabilitation: OAS-MNR)

#### 1. แบบพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุง (Modified overt aggressive scale: MOAS)

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุง พัฒนาขึ้นมาจากแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt aggression scale) ของยูโดฟสกีและคณะ (Yudofsky et al., 1986) ในปี ค.ศ. 1988 โดยเกย์ (Kay), โวล์เคนเฟลฟ์ (Wolkenfeld), และมูร์ริล (Murrill) ใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว 4 ลักษณะ ได้แก่ (1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด (2) พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อตนเอง (3) พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อผู้อื่น และ (4) พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อทรัพย์สิน มีการปรับรายละเอียดของการประเมิน การแปลผลคะแนน และปรับระดับการวัดพฤติกรรมก้าวร้าวจากข้อมูลระดับนามบัญญัติ เป็นข้อมูลระดับอันดับ หรืออันตรรกาคขั้น แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุงประกอบด้วยคำถาม 4 ลักษณะพฤติกรรมและแต่ละลักษณะของพฤติกรรมซึ่งมีตัวเลือก 5 ข้อ โดยเรียงตามความรุนแรงของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากระดับคะแนนน้อยไปมาก (คะแนน 0 - 4)



มีการทดสอบคุณภาพของแบบประเมินด้านความตรง ของแบบประเมินโดยการทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยการสังเกตภายใน 1 สัปดาห์ พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมและรายด้านของกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (Kay et al., 1988) นอกจากนี้มีการทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินโดยนักจิตวิทยากับนักสังคมสงเคราะห์ในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตเวชในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94 และ (Kay et al., 1988) นอกจากนี้มีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่บกพร่องทางสติปัญญาของโอลิเวอร์และคณะ (Oliver et al., 2007) จำนวน 60 ราย โดยการหาค่าคงที่ด้วยวิธีการวัดซ้ำและหาค่าความเที่ยงโดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient: ICC) แบ่งเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดได้ค่า ICC = .90 พฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกทางการกระทำได้ค่า ICC = .90 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินทั้งฉบับ .93 มีการศึกษาความตรงโดยทดสอบกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตในประเทศไนจีเรีย จำนวน 40 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 (Chukwujekwu & Stanley, 2008)

## 2. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุงสำหรับผู้ป่วยฟื้นฟูระบบประสาท (Overt aggressive scale – modified for neurorehabilitation: OAS-MNR)

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุงสำหรับผู้ป่วยฟื้นฟูระบบประสาทพัฒนามาจากแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของยูโดฟสกีและคณะ (Yudofsky et al., 1986) ในปี ค.ศ. 1997 โดยออลเดอร์แมน (Alderman), ไคนท์ (Knight), และมอร์แกน (Morgan) มีการปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับการใช้กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยฟื้นฟูระบบประสาท มีการเพิ่มการบันทึกอาการนำก่อนการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและการให้การพยาบาลหรือการรักษาเมื่อผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งแบบประเมินแบ่งลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวออกเป็น 4 ลักษณะ โดยเจ้าหน้าที่สุขภาพพระบุลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้นและการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยแต่ละราย นำแบบประเมินมาใช้หาค่าความเที่ยงในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 18 ราย ได้ค่าความเที่ยง .90 แต่ไม่ได้มีการหาค่าความตรงของแบบประเมิน (Alderman, Knight, & Morgan, 1997) ในปี ค.ศ. 2011 มีการศึกษาความเที่ยงของแบบประเมินโดยนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองจำนวน 236 ราย ได้ค่าความเที่ยง .94 มีการหาค่าความคงที่ของแบบประเมินโดยการใช้วิธีการวัดซ้ำ และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นได้ค่า .82 - .96 (Alderman, Wood, & Williams, 2011)

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุง (Modified overt aggressive scale: MOAS) เนื่องจากมีการกำหนดรายละเอียดของลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่ญาติผู้ดูแลสามารถสังเกตและประเมินได้ง่าย จึงมีความเหมาะสม นอกจากนี้ แบบประเมิน

ดังกล่าวมีความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ ลักษณะข้อคำถามเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน มีการอธิบายการคำนวณคะแนนความรุนแรงและแปลผลการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวที่ชัดเจน

### แนวคิดญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแล (family caregiver) หมายถึง ญาติหรือบุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมอื่นๆ ให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยให้การดูแลด้วยความสมัครใจ ความรัก ความปรารถนาดี และไม่ต้องการค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย (Family Caregiver Alliance, 2014) เพียชและลัทซ์ (Pierce & Lutz, 2009) ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลตามความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ (1) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น สมาชิกในครอบครัว โดยให้การดูแลด้วยความรัก ความผูกพัน ทำหน้าที่ด้วยความเต็มใจไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง (2) ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver) บุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย เช่น ลูกจ้าง พยาบาล ทีมสุขภาพ เป็นต้น โดยอาจจะได้รับหรือไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล จากการศึกษาที่ผ่านมาของแมนสโกลและคณะ (Manskow et al., 2015) ไพรินท์ (2556) และหล่าพรหม (Lumporn, 2017) พบว่า ญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา และบุตร เป็นต้น

### บทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง

ภายหลังบาดเจ็บสมองผู้ป่วยมีความบกพร่องทางด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา การรับรู้ และตัดสินใจ ญาติผู้ดูแลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น การดูแลทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การดูแลทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองอาจมีความพิการทางด้านร่างกายหลงเหลืออยู่ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ (รุ่งนภา, 2558) ญาติผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นในการช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งการดูแลทางด้านร่างกายแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ (1) การดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน (2) การป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อน และ (3) การดูแลต่อเนื่อง ดังนี้

1.1 การดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองตั้งแต่ตื่นนอนจนเข้านอน โดยผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือ เช่น การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกาย การพักผ่อน เป็นต้น

1) การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองควรได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายแต่ละวัน เพื่อนำสารอาหารไปใช้เป็นพลังงานในการ

พื้นฟูร่างกาย (Scrimgeour & Condlin, 2014) ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองบางรายอาจไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง จำเป็นต้องได้รับการป้อนจากญาติผู้ดูแล

2) การทำความสะอาดร่างกายและการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อขจัดความสกปรกหรือของเสียที่ร่างกายกำจัดออกมา ป้องกันการเกิดการติดเชื้อในร่างกาย ญาติผู้ดูแลต้องคอยเตรียมอุปกรณ์การทำความสะอาดร่างกาย และสถานที่ให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย (เพ็ญญา, 2557)

3) การเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการแขนขาอ่อนแรง อัมพาต หรือนอนติดเตียง ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การเคลื่อนย้าย การพลิกตะแคงตัว และการออกกกำลังกาย เพื่อฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน (รุ่งนภา, 2558)

4) การพักผ่อน ผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ โดยพบว่าภายหลังบาดเจ็บสมองผู้ป่วยจะมีปัญหาการนอนหลับยาก ส่งผลให้มีอาการอ่อนเพลียจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ (ศุภกานต์, 2558) ญาติผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นในการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สงบ หรือการปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลเพื่อพิจารณาจัดยานอนหลับให้ผู้ป่วย (ผ่องศรี, 2551)

*1.2 การป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อน* ภายหลังจากการบาดเจ็บสมอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บสมองระดับปานกลางถึงรุนแรงจะมีความพิการทางด้านร่างกายหลงเหลืออยู่ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ อาจจะทำให้เกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้

1) การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองอาจหลงเหลือความพิการ ส่งผลให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง และผู้ป่วยอาจเกิดความบกพร่องทางสติปัญญาการรับรู้ (รุ่งนภา, 2558) ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูง ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เรียบร้อยและปลอดภัย โดยการเก็บสิ่งของมีคมออกจากบริเวณที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ จัดหาอุปกรณ์เพื่อผู้ป่วยในการพยุงร่างกายขณะทำกิจกรรม เช่น ไม้ค้ำยัน รถเข็น เป็นต้น รวมทั้งตรวจสอบความแข็งแรงของอุปกรณ์ให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งานอย่างสม่ำเสมอ (เพ็ญญา, 2557)

2) การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองระดับปานกลางถึงรุนแรง มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวร่างกาย และการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีปัญหาการกลืนอาหาร ทำให้เกิดการสำลักอาหารได้ง่าย ซึ่งส่งผลทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ญาติผู้ดูแลจึงต้องจัดทำศีรษะสูงขณะให้อาหารผู้ป่วย (วาสนา, 2553) นอกจากนี้จากการที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดแผลกดทับ หลอดเลือดดำบริเวณขาอุดตันและข้อติดแข็ง ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัว ออกกำลังกาย ประเมินผิวหนังและข้อเป็นประจำ (เพ็ญญา, 2557; รุ่งทิศา, 2556)

1.3 การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น เช่น การพามาตรวจตามนัด เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการรักษาและการตรวจภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะเลือดดำอุดตัน การให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตามแผนการรักษาและการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เพื่อสามารถพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ได้ทันถ่วงที

2. การดูแลด้านจิตและสังคม ภายหลังจากบาดเจ็บสมองเกิดความบกพร่องด้านร่างกายผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแล ต้องมีการพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (วรรณนิษา, วัลภา, และเขมมาธิ, 2552) ผู้ป่วยเกิดภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และอาจมีการแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว (Granacher, 2008; Mortimer & Berg, 2017; Wiseman, Curtis, Lam, & Foster, 2015) ญาติผู้ดูแลต้องคอยให้กำลังใจผู้ป่วย คอยรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นและยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วย ปลอดภัย และให้กำลังใจ (เพ็ญญา, 2558) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวญาติผู้ดูแลใช้วิธีการพูดคุยให้ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสงบ จัดกิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การฟังเพลง ดูโทรทัศน์ และขอความช่วยเหลือ คำแนะนำจากผู้ที่มีประสบการณ์หรือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นต้น (กรรณิกา, 2555; ไพรินทร์, 2556)

นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยภายหลังจากบาดเจ็บสมองยังคงหลงเหลือความพิการทางด้านร่างกายและมีความผิดปกติที่แสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว ก็ส่งผลกระทบต่อการกลับเข้าสู่สังคมและการประกอบอาชีพที่ยากลำบาก (Pahwa et al., 2014; Terry, 2017) จากการศึกษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต พบว่าผู้ป่วยรับรู้ตนเองในด้านลบ รู้สึกด้อยค่า ไร้สรรรรมภาพ และต้องการที่จะได้รับการยอมรับทางสังคม อยากให้สังคมให้โอกาส รวมถึงการมีอาชีพที่เหมาะสมกับศักยภาพของตนเอง (ขวัญสุดา, อมรรัตน์, และสุวรรณา, 2554) ดังนั้น ครอบครัว สังคมและชุมชนต้องปรับตัว ยอมรับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านการทำงานหรือทำกิจกรรมที่มีความเหมาะสมให้กับผู้ป่วย

โดยสรุป ผู้ป่วยภายหลังจากบาดเจ็บสมองอาจยังหลงเหลือความพิการ ความบกพร่องเกิดขึ้น ญาติผู้ดูแลจึงต้องคอยช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาพบว่าภายหลังจากบาดเจ็บสมองนอกจากเกิดความพิการและความบกพร่องทางกาย ผู้ป่วยยังมีการเปลี่ยนแปลงของสติปัญญา การรับรู้ พฤติกรรมและอารมณ์ เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในระยะการฟื้นฟู อาจสร้างความรู้สึกเครียด กังวล และทำให้ญาติผู้ดูแลต้องหาแนวทางการเผชิญปัญหาดังกล่าว

## การเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง

### ความหมายของการเผชิญปัญหา

การเผชิญปัญหา (coping) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลพยายามปรับความรู้สึกนึกคิดและการกระทำของตนเอง เพื่อจัดการกับสถานการณ์หรือปัญหา สิ่งแวดล้อม ความต้องการทั้งภายในและภายนอกที่บุคคลประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคาม ซึ่งต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกว่าธรรมดา การเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและไม่มีการประเมินตัดสินว่าวิธีการเผชิญปัญหาใดมีประสิทธิภาพมากกว่ากันต้องขึ้นอยู่กับบริบทนั้นๆ การที่บุคคลจะสามารถเผชิญปัญหาได้ดีนั้นต้องรู้จักการเลือกวิธีการเผชิญปัญหาให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ (Lazarus & Folkman, 1984) จากการศึกษาของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) พบว่าการเผชิญปัญหาของบุคคลสามารถแบ่งการเผชิญปัญหาออกเป็น 3 วิธี ได้แก่ วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา วิธีการจัดการกับอารมณ์และวิธีการบรรเทาความรู้สึก (Jalowiec, 1988; Kate, Grover, Kulhara, & Nehra, 2013; Varghese et al., 2016)

1. วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) เป็นวิธีการที่บุคคลใช้สติปัญญาในการแก้ไขปัญหโดยมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ให้ไปในทิศทางที่ดีขึ้นโดยการเปลี่ยนแปลงการกระทำหรือสิ่งแวดล้อม

2. วิธีการจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) เป็นวิธีการที่บุคคลระบายความรู้สึกนึกคิด ในการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดจากการเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์คุกคาม เพื่อบรรเทาหรือลดความเครียดแต่ความเครียดที่เกิดขึ้นยังคงอยู่และไม่ได้หายไปไหน เป็นการคิดเพื่อให้ตนเองรู้สึกเครียดลดลง ซึ่งการเผชิญความเครียดจะมุ่งลดอารมณ์และความรู้สึกไม่สบายใจโดยไม่ได้ปรับเปลี่ยนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

3. วิธีการบรรเทาความรู้สึก (palliative coping) เป็นวิธีการที่บุคคลเปลี่ยนแปลงการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ เพื่อให้บุคคลสามารถควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

เมื่อมีเหตุการณ์หรือสถานการณ์ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้น บุคคลจะมองหาวิธีการในการเผชิญปัญหาซึ่งแต่ละบุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน ทั้งวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา วิธีการจัดการกับอารมณ์และวิธีการบรรเทาความรู้สึก ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความสมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

### งานวิจัยเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง พบว่าญาติผู้ดูแลเลือกใช้ทั้งวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา วิธีการจัดการกับอารมณ์ และวิธีการบรรเทาความรู้สึก วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา เช่น การค้นหาความสำคัญหรือข้อดีของบุคคลที่ญาติผู้ดูแลให้การดูแล ค้นหาวิธีต่างๆในการแก้ไขหรือควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ระบายความเครียดด้วยการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เป็นต้น วิธีการจัดการกับอารมณ์ เช่น เตรียมใจรับกับสิ่งหรือเหตุการณ์ร้ายแรงที่อาจจะเกิดขึ้น ระบายความเครียดด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม การรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น สูบบุหรี่ยี่ ต้มสุรา และโทษผู้อื่นหรือตำหนิผู้อื่น เป็นต้น เหตุทำให้เกิดปัญหา เป็นต้น และวิธีการบรรเทาความรู้สึก เช่น ยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สวดมนต์ ภาวนา อ่อนน้อมสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ไม่ทำอะไรเลยโดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายเอง เป็นต้น (ไพรินทร์, 2556; ศิริลักษณ์, 2549; Klum, 2012) ดังเช่น ไพรินทร์ (2556) สัมภาษณ์วิธีการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังศีรษะระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรงที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ จำนวน 47 ราย พบว่าร้อยละ 39 ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา ได้แก่ การค้นหาความสำคัญหรือคุณค่าและข้อดีของบุคคลที่ญาติผู้ดูแลให้การดูแลอยู่ การคิดหาวิธีต่างๆเพื่อแก้ไขปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ร้อยละ 33 ใช้วิธีการบรรเทาความรู้สึก ได้แก่ การยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง การสวดมนต์ ภาวนา อ่อนน้อมสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และร้อยละ 28 ใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ ได้แก่ การเตรียมใจรับกับสิ่งหรือสถานการณ์ร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริลักษณ์ (2549) ซึ่งศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองระดับปานกลางจนถึงรุนแรง จำนวน 46 ราย พบว่าญาติผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาร้อยละ 44 วิธีการบรรเทาความรู้สึกร้อยละ 36 และวิธีการจัดการกับอารมณ์ร้อยละ 20 ในขณะที่ คลุม (Klum, 2012) ศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรงในประเทศนิวซีแลนด์ จำนวน 36 ราย พบว่าญาติผู้ดูแลใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ร้อยละ 53 และวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาร้อยละ 42 ที่เป็นเช่นนี้ อาจเป็นความแตกต่างของวัฒนธรรมและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพบว่าญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพียงร้อยละ 25

เนื่องจากมีงานวิจัยเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงขยายการศึกษาไปยังกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต ดังเช่น การศึกษาของอารมณ์ (2551) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดสุราที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 100 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการจัดการปัญหาและจัดการอารมณ์ระดับปานกลาง วิธีการจัดการปัญหา เช่น (1) ครอบครัวยุติการพูดคุย ทำความเข้าใจด้วยความตั้งใจจริง (2) ครอบครัวยุติการคิดหาหนทางยุติความรุนแรง เป็นต้น วิธีการจัดการอารมณ์ เช่น (1) ครอบครัวยุติการเตรียมใจ ในการที่จะรับกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น (2) ครอบครัวยุติการพยายามหาทางออกให้รู้สึกสบายใจโดยการพูดคุยกับคนอื่น เป็นต้น พงษ์ศักดิ์ (2557) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาร้อยละ 59.1 และใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ร้อยละ 57.9 เคทและคณะ (Kate et al., 2013) ศึกษาการ

เผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญปัญหา ได้แก่ (1) การเผชิญหน้ากับปัญหา เช่น พยายามทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นร้อยละ 91 วางแผนและแก้ปัญหาอย่างรอบคอบร้อยละ 79 (2) แสวงหาการสนับสนุนทางสังคม เช่น สอบถามปัญหาจากแพทย์ร้อยละ 88 พุดคุยแลกเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยจากเพื่อนและผู้ที่มีประสบการณ์ร้อยละ 74 (3) หลีกหนี เช่น พยายามลืมปัญหาที่เกิดขึ้นร้อยละ 54 หวังให้เกิดปฏิหาริย์/สวดมนต์อ้อนวอนร้อยละ 51 และจากการศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตรุนแรง จำนวน 100 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญปัญหา ได้แก่ (1) การเผชิญหน้ากับปัญหา เช่น จัดการกับปัญหาให้ดีที่สุดร้อยละ 61 (2) แสวงหาการสนับสนุนทางสังคม เช่น สอบถามข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนหรือบุคคลที่มีประสบการณ์ร้อยละ 41 และ (3) หลีกหนี เช่น คิดเพื่อฝัน หวังปฏิหาริย์ให้เหตุการณ์นั้นหายไปร้อยละ 22 (Varghese et al., 2016)

โดยสรุป การเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลแบ่งตามการศึกษาของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) สามารถแบ่งออกเป็น 3 วิธี ได้แก่ วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา วิธีการจัดการกับอารมณ์และวิธีการบรรเทาความรู้สึก จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาสูงสุด รองลงมาเป็นวิธีการบรรเทาความรู้สึกและต่ำสุดเป็นวิธีการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งผลการศึกษาอาจมีความแตกต่างทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจัยต่างๆ ซึ่งจะกล่าวในหัวข้อต่อไป

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลแต่ละรายมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา วัฒนธรรมและความเชื่อ ประสบการณ์การดูแลของญาติผู้ดูแล สุขภาพของญาติผู้ดูแลและการสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. *อายุ* ปัจจัยด้านอายุมีอิทธิพลกับการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล โดยญาติผู้ดูแลที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่จะมีการพัฒนาการทางด้านสติปัญญา การรับรู้และอารมณ์ที่สมบูรณ์ ทำให้สามารถวิเคราะห์หาแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และนอกจากนี้บุคคลที่มีอายุมากขึ้นจะเคยผ่านเหตุการณ์ต่างๆมามากมายทำให้มีประสบการณ์ที่จะนำมาใช้ในการประเมิน ตัดสินใจแก้ปัญหาให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (อรพรรณ, 2554) แต่จากการศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน จำนวน 85 ราย พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.002, p > .05$ ) (Chayaput, Utriya-prasit, Bootcheewan, & Thosingha, 2014)

2. *เพศ* ความแตกต่างระหว่างเพศของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการหาแนวทางการเผชิญปัญหา โดยเพศหญิงมีความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและการแสวงหาแนวทางในการเผชิญปัญหาได้ดีกว่าเพศชาย (Bastawrous, 2013) จากการศึกษาของลาวาโรน, ซิลโล, ปาสโทน, ฟาสานาโร, และโปเดอริโก (Lavarone, Ziello, Pastore, Fasanaro, & Poderico, 2014) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 86 ราย พบว่าการเผชิญปัญหาระหว่างเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญ โดยเพศหญิงมุ่งในการจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมากกว่าการมุ่งจัดการกับอารมณ์

3. *ระดับการศึกษา* ระดับการศึกษาที่สูงทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถรับทราบและเข้าใจข้อมูลได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง สามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาได้มากกว่าญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Ramkumar & Elliott, 2010) จากการศึกษาของพัฒนโยค, เจนา, วิบฮา, ขวัญเคลวาล, และตรีปาจิ (Pattanayok, Jena, Vibha, Khandelwal, & Tripathi, 2011) ศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ระดับความรู้ของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหาอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = .002$ )

4. *วัฒนธรรมและความเชื่อ* ความแตกต่างของวัฒนธรรมและความเชื่อของบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับวิธีในการเผชิญปัญหา หากญาติผู้ดูแลมีความเชื่อว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาจากการกระทำของเจ้ากรรมนายเวร หรือสิ่งเหนือธรรมชาติ จะสวดมนต์อ้อนวอนเพื่อให้อาการเหล่านั้นบรรเทา เช่นเตอร์และคณะ (Sander et al., 2007) พบว่าความแตกต่างของเชื้อชาติระหว่างชนผิวดำและผิวขาวการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง พบว่าชนผิวสีดำใช้การเผชิญปัญหาโดยการมุ่งจัดการอารมณ์สูงกว่าชนผิวขาวร้อยละ 6

5. *ประสบการณ์การดูแลของญาติผู้ดูแล* ญาติผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง มีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการความผิดปกติที่เกิดขึ้นสามารถหาแนวทางและแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมมาใช้ในการเผชิญปัญหา แต่จากการศึกษาของฉายพุทธและคณะ (Chayaput et al., 2014) จากการสำรวจญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำนวน 85 ราย พบว่าการเผชิญปัญหาไม่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ( $r = .10, p > .05$ )

6. *สุขภาพของญาติผู้ดูแล* อาการเจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองต้องยังคงหลงเหลือความพิการ ทูพลภาพทางร่างกายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และ/หรือช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อย ญาติผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ไพรินทร์ (2556) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีปัญหาทางสุขภาพร้อยละ 59.6 อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาฉายพุทธและคณะ (Chayaput et al., 2014) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองที่มีปัญหาทางสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหา ( $r = -.09, p > .05$ )

7. *การสนับสนุนทางสังคม* เป็นแหล่งประโยชน์ที่มีความสำคัญต่อญาติผู้ดูแลโดยช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวและหาแนวทางที่จะนำมาใช้ในการเผชิญกับเหตุการณ์นั้นๆ ทำให้ผ่านพ้นเหตุการณ์เลวร้ายไปได้ ซึ่งจากการศึกษาของเขี้ยวชอ้าและคณะ (Khiewchaum et al., 2014) โดยการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลในการเผชิญปัญหาผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 40 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 ราย และพบว่า ญาติผู้ดูแล



กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเผชิญปัญหาสามารถเผชิญปัญหาได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการรับเตรียมความพร้อมในการเผชิญปัญหาอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) และริเวอรา, เอลเลียต, เบอร์รี่, และเกรท (Rivera, Elliott, Berry, & Grant, 2008) สอนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองในการแก้ไขปัญหาล้างจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเดือนที่ 1, 4, 8, และ 12 มีการติดตามทางโทรศัพท์ทุกเดือน จำนวน 67 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 ราย และกลุ่มควบคุม 34 ราย พบว่าญาติผู้ดูแลที่ได้รับการสอนวิธีการแก้ไขปัญหามีระดับความเครียดในการดูแลผู้ป่วยต่ำกว่าญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการสอนวิธีการแก้ไขปัญหอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ )

### การประเมินการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล

วิธีการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลเป็นสิ่งที่ญาติผู้ดูแลเลือกปฏิบัติเพื่อลดความรู้สึกเครียด ไม่สบายใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งการเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาต้องอาศัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาจัดการเพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาก็กลับสู่ภาวะสมดุล โดยแบบประเมินการเผชิญปัญหาที่นิยมใช้ ได้แก่ แบบประเมินการเผชิญความเครียด (Way of Coping Questionnaire) แบบประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวีก (Jalowiec Coping Scale) และแบบประเมินการเผชิญปัญหากับสถานการณ์ความเครียด (Coping Inventory for Stressful Situation: CISS)

#### 1. แบบประเมินการเผชิญความเครียด (Way of Coping Questionnaire)

แบบประเมินการเผชิญความเครียด สร้างขึ้นโดยลาซารัส (Lazarus) และโพลด์แมน (Folkman) ในปี ค.ศ. 1977 แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 แบบ คือ การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดโดยมุ่งจัดการอารมณ์ แบ่งออกเป็น 8 วิธี (1) วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) (2) วิธีการสร้างระยะห่าง (distancing) (3) วิธีการควบคุมตนเอง (self-control) (4) วิธีการค้นหาการสนับสนุนทางสังคม (seeking social support) (5) วิธีการยอมรับ (accepting responsibility) (6) วิธีการหลีกเลี่ยงหรือหนี (escape-avoidance) (7) วิธีการวางแผนการแก้ปัญหา (planful problem solving) และ (8) วิธีการประเมินซ้ำในทางบวก (positive reappraisal) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 66 ข้อ (Lazarus & Folkman, 1984) และในปี ค.ศ. 1988 ได้มีการปรับปรุงแบบประเมินให้เหลือข้อคำถาม 31 ข้อ เพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในกับผู้สูงอายุ มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำแบบประเมินไปทดสอบความเที่ยงในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และโรคอารมณ์แปรปรวนจำนวน 50 ราย ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินอยู่ในระดับสูง (inter-rater reliability) .90 (Varghese et al., 2016)

สำหรับประเทศไทยมีการนำแบบประเมินมาแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ราย ตรวจสอบความตรงและความถูกต้องของเนื้อหา และมีการนำมาใช้ในกับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดของวิมลมาส (2551) ทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินโดยทดสอบกลุ่มผู้ป่วยอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

เท่ากับ .81 แบ่งเป็นการเผชิญปัญหาโดยมุ่งจัดแก้ปัญหาได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .73 และการเผชิญปัญหาโดยมุ่งปรับอารมณ์ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79

## 2. แบบประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวีก (*Jalowiec Coping Scale*)

แบบประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวีก สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1979 โดยจาโลวีก (Jalowiec) ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของลาซารัส (Lazarus' s Theory) เพื่อวัดวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง นำมาใช้ครั้งแรกในปี ค. ศ. 1981 แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 วิธี คือ วิธีการจัดการปัญหาและวิธีการจัดการกับอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ ต่อมาในปี ค.ศ. 1987 จาโลวีกได้มีการปรับปรุงแบบประเมินโดยการเพิ่มวิธีการบรรเทาความรู้สึก นำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 141 ราย หาคความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) และนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) พบว่าแบบประเมินมีความตรงเชิงโครงสร้างด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ไม่เหมาะสม จึงนำกลับมาพัฒนา ในปี ค.ศ. 1988 ได้นำแบบประเมินที่ผ่านการพัฒนาไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,400 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วย 790 ราย พยาบาล 353 ราย ญาติผู้ดูแล 133 ราย และนักศึกษาปริญญาโท 124 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติขั้นสูงอีกครั้งโดยพบว่ามีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ มีค่าน้ำหนักขององค์ประกอบ (factor loading) น้อยกว่าที่จะสามารถยอมรับได้ จึงทำการตัดออก เหลือข้อคำถามในแบบประเมินทั้งหมด 36 ข้อ ประกอบด้วยวิธีการเผชิญปัญหา 3 วิธี ดังนี้ (1) วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ (2) วิธีการจัดการอารมณ์ 9 ข้อ และ (3) วิธีการบรรเทาความรู้สึก 14 ข้อ จาโลวีกนำแบบประเมินการเผชิญปัญหาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่ามีดัชนีความเห็นตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .85 และความเที่ยงของแบบประเมินได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95 มีการนำแบบประเมินมาใช้ในการศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 24 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 (Jack, 2000) และมีการนำแบบประเมินมาแปลในประเทศต่างๆ ดังเช่น ในประเทศอินโดนีเซียของราไฟยา (Rafiyah, 2011) โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา 3 ท่านและนำไปใช้ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79 และประเทศไทยศิริลักษณ์ (2549) นำแบบประเมินมาแปลโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา จำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำนวน 46 ราย พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 และไพรินทร์ (2556) นำมาใช้กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บศีรษะ จำนวน 47 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .64 และมีการนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 65 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 แบ่งเป็นวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา วิธีจัดการกับอารมณ์และวิธีการบรรเทาความรู้สึก ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76, .57 และ .74 ตามลำดับ (บุญมาศ, 2550)

### 3. แบบประเมินการเผชิญปัญหาที่สถานการณ์ความเครียด (Coping Inventory for Stressful Situation)

แบบประเมินการเผชิญปัญหาที่สถานการณ์ความเครียด สร้างขึ้นโดยเอนเดอร์ (Endler) และปาร์เคอร์ (Parker) ในปี ค.ศ. 1990 พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน ใช้ในการประเมินการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม ได้แก่ เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อ แบ่งการเผชิญปัญหาออกเป็น 3 วิธี ดังนี้ (1) วิธีการจัดการปัญหา จำนวน 16 ข้อ (2) วิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึก จำนวน 16 ข้อ (3) วิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้า จำนวน 16 ข้อ มีการนำแบบประเมินตรวจสอบคุณภาพโดยทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองจำนวน 148 ราย ราย ได้ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) อยู่ระหว่าง .88 - .92 และความเที่ยงของแบบประเมินอยู่ในระดับสูง (inter-rater reliability) เท่ากับ .88 (Brands, Stapert, Köhler, Wade, & van Heugten, 2014) และประเทศไทยมีการนำแบบประเมินการเผชิญปัญหาแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาจำนวน 3 ท่านและนำไปใช้ในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของพชรพร (2554) มีตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงโดยการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 30 ราย พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 แบ่งตามวิธีการเผชิญความเครียด 3 วิธี (1) วิธีการจัดการกับปัญหา ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94 (2) วิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึก ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 และ (3) วิธีการหลีกเลี่ยง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวิก ซึ่งไพรินทร์ (2556) ได้นำมาใช้ในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง เนื่องจากตรงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ แบบประเมินมีข้อคำถามครอบคลุมวิธีการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลทั้ง 3 วิธี ได้แก่ วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา วิธีการจัดการอารมณ์ และวิธีการบรรเทาความรู้สึก ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินอยู่ในระดับสูง จำนวนข้อคำถามไม่มากจนเกินไปและลักษณะของคำถามเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน

#### ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้นิยามภาระการดูแล คือ ความรู้สึกยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการดูแลและปริมาณเวลาที่ต้องใช้ในการทำกิจกรรมดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วย (Obererst, Thomas, Gass, & Ward, 1989) มอนโกเมอร์, โจนเย, และฮูแมน (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) กล่าวถึงภาระการดูแลมี 2 มิติ คือ มิติแรก ภาระการดูแลเป็นเรื่องความยากลำบากในการดูแลที่เกิดจากการทำงาน รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง เรียกว่า ภาระเชิงปรนัย (objective burden) มิติที่สอง ภาระการดูแลเป็นเรื่องความรู้สึก ทศนคติ และปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลเมื่อเจอความยากลำบากในการดูแล เรียกว่า ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden)

ในขณะที่ซาริทและคณะ (Zarit et al., 1980) อธิบายภาวะการดูแลว่าเป็นทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ของญาติผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ อันเป็นผลมาจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ (1) ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ด้านร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเป็นประจำทุกวันอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลพักผ่อนน้อยเวลาในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองลดลง ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง จนกระทั่งส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพของญาติผู้ดูแล (2) ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องคอยดูแลและรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย ส่งผลให้รู้สึกเหนื่อยหน่าย ยากลำบากในการดูแล โดยผู้ดูแลอาจรู้สึกว่าผู้ป่วยมีการร้องขอความช่วยเหลือในการดูแลมากเกินไป (3) ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ด้านสังคม การดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลมีการติดต่อพบปะกับเพื่อนและสังคมลดลง ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่มีความสะดวกที่จะออกไปพบปะกับสังคม รู้สึกว่าเวลาส่วนตัวลดลง และ (4) ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถออกไปทำงานได้ตามปกติหรือบางรายต้องออกจากงานประจำที่ทำอยู่ ส่งผลให้ขาดรายได้แต่รายจ่ายเพิ่มมากขึ้น ภาวะขาดรายได้ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

ภาวะการดูแลเป็นการรับรู้ของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดภาวะการดูแลของซาริท เนื่องจากสามารถบอกถึงความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ของญาติผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ อันเกิดจากสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแต่ละบุคคลมีการรับรู้ภาวะการดูแลที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย

#### งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยขอขยายการทบทวนไปยังกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคสมองเสื่อม โรคจิตเภท และผู้ป่วยอัมพาต พบว่าภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแลมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับมาก เช่น กิตติชัย (2552) พบว่า ภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาต ท่อนล่าง จำนวน 70 ราย ในภาพรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย เมื่อพิจารณาในสองมิติของการรับรู้ภาวะการดูแล ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการใช้เวลาในการดูแล และความยากลำบากในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย พบว่ามีติความยากลำบากในการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ามิติ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล และเมื่อพิจารณารายด้าน ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลโดยตรง เช่น (1) การดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (2) การดูแลระหว่างบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมตามรูปแบบที่เหมาะสม เช่น การดูแลด้านอารมณ์ การจัดการพฤติกรรมที่มีปัญหา (3) การดูแลทั่วไป ดูแลด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย การเพิ่มราวจ้างเตียง การตัดแปลงอุปกรณ์ช่วยพยุง เป็นต้น

ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ภาวะการดูแลทุกด้านอยู่ในระดับเล็กน้อย โดยด้านการดูแลทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะการดูแลสูงสุด เช่น การหากิจกรรมต่างๆให้ผู้ป่วยทำตามความสามารถ งานบ้านที่ทำให้ผู้ป่วย การซักผ้าผู้ป่วย การจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วย การจัดการเรื่องค่ารักษา รongลงมา เป็นต้นด้านการดูแลระหว่างบุคคล เช่น การเฝ้าดูอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุ การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การสนับสนุนทางอารมณ์ ให้กำลังใจ ปลอบใจ และต่ำสุดด้านการดูแลโดยตรง เช่น การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การทำกายภาพบำบัด การดูแลกิจวัตรประจำวัน และการช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น

สาธิตา (2554) ศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ จำนวน 90 ราย พบว่าไม่มีภาวะการดูแลร้อยละ 31.1 มีภาวะการดูแลเล็กน้อยร้อยละ 41.1 มีภาวะการดูแลปานกลางร้อยละ 25.6 และมีภาวะการดูแลมากร้อยละ 2.2 นอกจากนี้โกวิท (2556) ศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากการดื่มสุรา จำนวน 88 ราย พบว่าภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแลโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง แบ่งตามรายด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ด้านควบคุมชีวิตตนเอง ด้านการเงิน ด้านชีวิตครอบครัวและสังคม อยู่ระดับปานกลาง การศึกษาของราไฟยา (Rafiyah, 2011) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 88 ราย พบว่า ภาวะการดูแลโดยรวมอยู่ระดับปานกลางเช่นเดียวกัน แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านชีวิตครอบครัวและสังคมอยู่ระดับต่ำ ด้านสัมพันธภาพ ด้านอารมณ์ และด้านการควบคุมชีวิตตนเอง อยู่ระดับปานกลาง แต่ด้านการเงินอยู่ระดับมาก

โดยสรุป ภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแลจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ประเมิน โดยการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าภาวะการดูแลมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงมาก

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะการดูแลที่แตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านญาติผู้ดูแล ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านสังคม ดังนี้

1. **ปัจจัยด้านญาติผู้ดูแล** ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะทางเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย มีรายละเอียดดังนี้

1.1 **เพศ** เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากความแตกต่างของเพศมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถ ความเชื่อ และค่านิยมในการดูแลผู้ป่วย โดยสังคมจะมองเพศหญิงเป็นบุคคลที่มีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว การทำงานภายในบ้าน มีความอ่อนโยน สามารถหาวิธีในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี ทำให้การปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้ง่าย ส่วนเพศชายจะเป็นบุคคลที่ทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้นำมาใช้จ่ายภายในครอบครัว และมีบุคคลภาพที่เข้มแข็ง จึงมีความยากในการปรับเปลี่ยนบทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (Bastawrous, 2013; Sharma, Chakrabarti, & Grover, 2016) จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มี การศึกษาความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวภายหลังบาดเจ็บสมอง แต่มี

การศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาความผิดปกติของพฤติกรรมและอารมณ์ เบตาร์ดและคณะ (Bedard et al., 2005) พบว่าเพศหญิงมีความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .01$ ) และมีความเหนื่อยล้าด้านอารมณ์และร่างกาย สูงกว่าเพศชาย ( $p < .001$ )

1.2 *อายุ* อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ญาติผู้ดูแลผ่านประสบการณ์ในชีวิตมาก เกิดทักษะ กระบวนการคิดและตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย (อรพรรณ, 2554) จากการศึกษาของเขมณัฎฐ์, พชรินทร์, และโสภิญ (2558) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 233 ราย พบว่าอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกรับรู้ภาระการดูแล ( $r = .27, p < .001$ ) แตกต่างกับการศึกษาของโรสดินอมและคณะ (Rosdinom et al., 2013) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาการรับรู้ มีความผิดปกติของพฤติกรรมและมีอาการทางจิตจำนวน 65 ราย พบว่า อายุของญาติผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วย ( $r = -.05, p = .62$ )

1.3 *ระดับการศึกษา* จากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาจนถึงระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ความแตกต่างของระดับการศึกษามีผลต่อการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือและแนวทางในการจัดการปัญหาส่งผลกระทบต่อความรู้สึกรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน (ไพรินทร์, 2556; Huang et al., 2012; Ramkumar & Elliott, 2010) เขมณัฎฐ์, พชรินทร์, และโสภิญ (2558) ศึกษาการรับรู้ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 233 ราย พบว่าหากญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูง สามารถเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้ความรู้สึกรับรู้ภาระในการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = .02$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของโรสดินอมและคณะ (Rosdinom et al., 2013) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 16.9 ระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 43.1 และระดับปริญญาตรีร้อยละ 38.5 โดยพบว่าเมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้นญาติผู้ดูแลสามารถหาแนวทางในการจัดการปัญหาได้เหมาะสม ส่งผลต่อระดับการรับรู้ภาระในการดูแลลดลง

1.4 *ภาวะทางเศรษฐกิจ* รายได้ของครอบครัวมีความสำคัญกับการดำเนินชีวิตของครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลบางรายจึงมีความจำเป็นต้องลา งานหรือออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ส่งผลทำให้ขาดรายได้ และภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยยังเพิ่ม ค่าใช้จ่ายในการดูแล ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดและกระตุ้นให้เกิดภาระการดูแลผู้ป่วย เพิ่มขึ้น จากการศึกษาของราฟิยา (Rafiyah, 2011) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทรับรู้ภาระการดูแลด้าน เศรษฐกิจระดับมาก ( $M = 3.03, SD = 1.16$ ) และการศึกษาของกิตติชัย (2552) พบว่ารายได้เฉลี่ยของ ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ( $r = -.15, p < .05$ )

1.5 *สภาวะสุขภาพ* ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มักมีปัญหาทางสุขภาพ การศึกษาของ ฉายพุทธและคณะ (Chayaput et al., 2014) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีปัญหา สุขภาพร้อยละ 58.7 มีอาการปวดศีรษะร้อยละ 27 เหนื่อยล้าร้อยละ 9.4 ปวดหลังร้อยละ 9.4 เกิดภาวะ

เครียดร้อยละ 8.2 และมีใช้ร้อยละ 4.7 จากการศึกษาของปีติพร (2555) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 88 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 71.6 จึงส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ( $r = -.43, p < .01$ ) จากการศึกษาที่ต้องคอยดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน มีเวลาในการดูแลตนเองน้อยลง

*1.6 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย* การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่ำ เนื่องจากเมื่อระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนานขึ้นทำให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาในการปรับตัวหรือมีทักษะในการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น (Bastawrous, 2013; Huang et al., 2012) จากการศึกษาของดวงกมลและชุนกร (2559) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 360 ราย พบว่าญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยนาน 5 ปี แต่เมื่อระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนานขึ้นความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยต่ำ ( $r = -.30, p < .01$ ) เนื่องจากเกิดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย แต่บางงานวิจัยพบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนานขึ้นภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ( $r = .29, p = 0.04$ ) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของญาติผู้ดูแล (Gupta, Solanki, Koolwal, & Gehlot, 2014)

*1.7 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล* ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร บิดามารดา คู่สมรส พี่น้อง ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและไม่เกิดความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาของเรคคิ, ทัสโก, ปานีเรีย, เนริ, และเฟอร์ริ (Raggi, Tasco, Panerai, Neri, & Ferri, 2015) ศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวไม่มีภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = .009$ )

*2. ปัจจัยด้านผู้ป่วย* ประกอบด้วย ความรุนแรงของพฤติกรรม และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง มีรายละเอียดดังนี้

*2.1 ความรุนแรงของพฤติกรรม* การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว กระวนกระวาย ประสาทหลอน หูแว่ว อาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง บุคคลรอบข้างและทรัพย์สิน ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น (Lauber et al., 2003) ทำให้เพิ่มภาระในการดูแลผู้ป่วย (Morgan et al., 2013) จากการศึกษาของโรสนินอมและคณะ (Rosdinom et al., 2013) พบว่าความผิดปกติของพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของญาติผู้ดูแล ( $r = .41, p < .001$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของมอร์แกนและคณะ (Morgan et al., 2013) พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของญาติผู้ดูแล ( $r = .39, p < .001$ )

*2.2 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง* ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางร่างกาย หรือมีความพิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และ/หรือช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อย จำเป็นต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือการทำกิจกรรมและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ทำให้เพิ่ม

ภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแล จากการศึกษาของกิตติชัย (2552) พบว่าภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย อัมพาตก่อนล่างมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ป่วย ( $r = -.69, p < .01$ )

3. *ปัจจัยทางด้านสังคม* เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคม การที่มีแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือ คอยให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาหรือสถานการณ์ที่กระทบต่อสวัสดิภาพของญาติผู้ดูแล สามารถช่วยลดความรู้สึกเครียด วิตกกังวลและภาระในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาของลาวและชิง (Lau & Cheng, 2015) ญาติผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวมีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่า การมีแหล่งช่วยเหลือจากสังคมช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ ( $r = -.22, p < .05$ )

โดยสรุป ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับหลายๆปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะทางเศรษฐกิจ สุขภาพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของพฤติกรรม ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ แหล่งสนับสนุนทางสังคม

### การประเมินภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล

ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลเป็นความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้น การประเมินภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลจึงมีความสำคัญ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่การประเมินภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลนิยมใช้แบบประเมิน ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแลของซาริท (Zarit Burden Interview) แบบประเมินภาระการดูแลโอเบิร์ท (Oberst Caregiver Burden Scale) และแบบประเมินภาระการดูแลของมอนต์โกเมอรี โบการ์ธา (Montgomery Borgatta Caregiver Burden) โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. แบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแลของซาริท (Zarit Burden Interview)

แบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแลของซาริท สร้างขึ้นโดยซาริท (Zarit) ในปี ค.ศ. 1980 จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคสมองเสื่อมเกี่ยวกับประสบการณ์ความเครียดขณะให้การดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ แบ่งภาระการดูแลออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย (2) ด้านจิตใจ (3) ด้านสังคม และ (4) ด้านเศรษฐกิจ ทดสอบคุณภาพของแบบประเมินได้ค่าความเที่ยงโดยการหาความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 และค่าความเที่ยงโดยการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ได้ค่าเท่ากับ .71 (Zarit et al., 1980) มีการนำแบบประเมินไปใช้ในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 124 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 (Al-Rawashdeh, Lennie, & Chung, 2016)



สำหรับประเทศไทย สุธิดา (2548) ได้นำแบบประเมินมาแปลเป็นภาษาไทย โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาจำนวน 2 ท่าน และมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาภายหลังการแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีการหาความเที่ยงของแบบประเมินโดยการนำไปใช้ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายแสง จำนวน 80 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 สุธิดา (2554) นำมาใช้ในการศึกษากลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมและอาการทางจิต จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

### 2. แบบประเมินภาระการดูแลโอเบิร์ท (Oberst Caregiver Burden Scale)

แบบประเมินภาระการดูแลโอเบิร์ท สร้างขึ้นโดยโอเบิร์ท (Oberst) ในปี ค.ศ. 1990 เพื่อประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลเกี่ยวข้องกับ การรับรู้ปริมาณเวลาที่ใช้และความยากลำบากในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินทั้งฉบับได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลโดยตรง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78 ด้านการดูแลระหว่างบุคคลได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .71 และด้านการดูแลทั่วไปได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78 (Oberst, 1990) และมีการนำไปประเมินในกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 388 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านการใช้เวลาและความยากลำบากในการดูแลเท่ากับ .90 และ .94 ตามลำดับ (Bakas, Austin, Jessup, Williams, & Oberst, 2004)

สำหรับประเทศไทย จันทพร (2548) ได้นำแบบประเมินมาแปลโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา 2 ท่านและนำไปใช้ในการศึกษากลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาตามบริบทในประเทศไทยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พบว่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .86 และนำไปหาค่าความเที่ยงในญาติผู้ดูแลจำนวน 30 ราย พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างของกิตติชัย (2552) จำนวน 10 ราย หาความสอดคล้องภายในและความเที่ยงของแบบประเมินได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96

### 3. แบบประเมินภาระการดูแลของมอนต์โกเมอรี โบการ์ธา (Montgomery Borgatta Caregiver Burden)

แบบประเมินภาระการดูแลของมอนต์โกเมอรี โบการ์ธา สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1985 เพื่อใช้ประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย โดยมอง 2 มิติ คือ มิติแรก มองภาระการดูแลในเรื่องความยากลำบากในการดูแลที่เกิดจากงาน หน้าที่ความรับผิดชอบในการทำงานโดยตรง เรียกว่าภาระเชิงปรนัย (objective burden) มิติที่ 2 มองภาระการดูแลในเรื่องความรู้สึก ทศนคติ และปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลเมื่อเจอเหตุการณ์ยากลำบาก เรียกว่าภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) ประกอบด้วย

ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็นภาระเชิงปรนัย 7 ข้อและภาระเชิงอัตนัย 13 ข้อ ค่าความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ มิติภาระเชิงปรนัย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 และมิติภาระเชิงอัตนัยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 (Montgomery, 2006)

ในประเทศไทยมีการนำมาแปลโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาจำนวน 2 ท่าน และนำมาศึกษาในกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของพวงแก้ว (2549) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ราย ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .86 และนำไปหาความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำนวน 30 ราย ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .77 และ .71 ตามลำดับ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแลของซาริท (Zarit Burden Interview) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของสาธิตา (2554) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 22 ข้อ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องใช้ระยะเวลานาน ญาติผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรมและรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรม ส่งผลต่อการรับรู้ภายในจิตใจของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแลของซาริท ในการวัดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เป็นภาวะคุกคามต่อตนเอง และแบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแลของซาริท มีลักษณะข้อคำถามเข้าใจง่าย มีการแบ่งภาระการดูแล 4 ด้านชัดเจน มีค่าความตรงและความเที่ยงที่ดี การคำนวณและการแปลผลคะแนนไม่มีความซับซ้อน

**ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหากับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล**

จากทบทวนวรรณกรรมพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงขยายการศึกษาไปยังญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความผิดปกติของพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วยกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล เช่น สาธิตา (2554) พบว่า ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาระของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ( $r = .38, p < .001$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าความผิดปกติของพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล ( $r = .42, p < .001$ ) (Rosdinom et al., 2013)

นอกจากนี้ ยังพบว่าเมื่อผู้ป่วยมีความผิดปกติของพฤติกรรมและอาการทางจิตรุนแรงขึ้น ระดับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $r = .40, p < .05$ ) (Huang et al., 2012) ดังนั้นเมื่อญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับความผิดปกติของพฤติกรรมและอารมณ์ ทำให้เกิดการเสียสมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจ ญาติผู้ดูแลต้องแสวงหาแนวทางวิธีการในการเผชิญปัญหา ทำให้ต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น ต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เกิดความยากลำบากในการดูแล ส่งผลทำให้เกิดการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย (Hassan, Mohamed, Elnaser, & Sayed, 2011; Kim et al., 2011)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการเผชิญปัญหากับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล พบว่าการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทั้งทางบวกและทางลบ และไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ดังเช่น การศึกษากลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 88 ราย พบว่าเมื่อญาติผู้ดูแลเผชิญปัญหาด้วยการใช้วิธีเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล ( $r = -.40, p < .01$ ) วิธีการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล ( $r = .38, p < .001$ ) แต่วิธีการบรรเทาความรู้สึกไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ( $r = .50, p = .57$ ) (Rafiyah et al., 2011) เช่นเดียวกับการศึกษาในญาติผู้ดูแลโรคจิตเภท จำนวน 98 ราย พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเผชิญปัญหาโดยวิธีเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ( $r = -.38, p < .001$ ) และการเผชิญปัญหาโดยจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล ( $r = .32, p < .001$ ) วิธีการเผชิญปัญหาโดยบรรเทาความรู้สึกมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลระดับต่ำอย่างไม่มีนัยสำคัญ ( $r = .14, p > .05$ ) (Nafiah & Sawangchareon, 2015) อาจอธิบายได้ว่า วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นการมุ่งจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยตรง ผลลัพธ์จากการจัดการกับปัญหามีประสิทธิภาพและเห็นผลได้ในระยะยาว (Lazarus & Folkman, 1984) และเป็นวิธีการที่ญาติผู้ดูแลมองหาการช่วยเหลือจากสังคม ทำให้มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลระดับต่ำและการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลเป็นทางลบ แต่วิธีการจัดการกับอารมณ์ เป็นวิธีที่ญาติผู้ดูแลระบายความรู้สึกนึกคิดในทางลบเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้ตนเองรู้สึกเครียดลดลง เป็นการจัดการปัญหาช่วงระยะเวลาสั้นๆ ปัญหาที่เกิดขึ้นยังคงอยู่ (Lazarus & Folkman, 1984) ทำให้การรับรู้ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลเป็นทางบวก นอกจากนี้ วิธีการบรรเทาความรู้สึกไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล อาจเนื่องจากวัฒนธรรมทางสังคม จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงวัยกลางคน นับถือศาสนาอิสลาม ไม่ชอบการออกไปทำกิจกรรมข้างนอก รู้สึกกังวลที่จะเล่าปัญหาของตนเองให้ผู้อื่น และปัญหาที่เกิดขึ้นไม่สามารถแก้ไขได้ (Rafiyah et al., 2011) จึงทำให้วิธีการบรรเทาความรู้สึกไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล

## สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การได้รับบาดเจ็บสมองส่งผลให้อันตรายต่อชีวิต จากความก้าวหน้าในการรักษาทำให้ผู้บาดเจ็บสามารถรอดชีวิตได้ แต่อาจเกิดปัญหาทางสุขภาพทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทและความรุนแรงของการบาดเจ็บ จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองยังคงหลงเหลือความบกพร่องทางด้านร่างกาย สติปัญญาการรับรู้และพฤติกรรม เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว มีการทำร้ายตนเอง บุคคลอื่นและทำลายทรัพย์สิน จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองพบได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรง เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องหาแนวทางในการเผชิญปัญหาแบบต่างๆ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีการใช้วิธีการเผชิญปัญหาทั้งแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการเผชิญปัญหาโดยการบรรเทาความรู้สึก ซึ่งการเลือกใช้การเผชิญปัญหาดังกล่าว หากใช้ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแล นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยส่งผลให้เพิ่มความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแล และวิธีการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลมีทั้งความสัมพันธ์ทางบวกทางลบและไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลในต่างประเทศ ซึ่งผลการศึกษาอาจไม่สามารถนำมาอ้างอิงในการศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลในประเทศไทย เนื่องจากความแตกต่างของลักษณะสัมพันธภาพของครอบครัวและสังคม การบริการสุขภาพ ซึ่งอาจมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย การเผชิญปัญหาและภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล ประกอบกับการศึกษาในเรื่องดังกล่าวมีค่อนข้างน้อยในประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและภาระการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล และการเผชิญปัญหากับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล ซึ่งผลจากการศึกษาคั้งนี้สามารถช่วยให้เจ้าหน้าที่สุขภาพนำไปใช้ในการวางแผนการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและภาวะการดูแล และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวและการเผชิญปัญหากับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล ซึ่งวิธีการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวภายหลังบาดเจ็บสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคใต้ตอนล่างที่มีสถิติการเกิดอุบัติเหตุสูงอันดับ 1 และ 2 ในปี พ.ศ. 2560 ได้แก่ จังหวัดสงขลา (6,139 ครั้ง) จังหวัดตรัง (3,643 ครั้ง) และเขตภาคใต้ตอนบนมีสถิติการเกิดอุบัติเหตุสูงอันดับ 1 ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช (5,394 ครั้ง) (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ, 2561)

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวภายหลังบาดเจ็บสมองที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคใต้ 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561

##### การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ โดยการเปิดตารางของโคเฮน (Cohen, 1988) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่แอลฟา .05 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) .30 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดกลางที่ยอมรับได้ในการศึกษาทางการแพทย์ (Polit & Beck, 2012) และอำนาจการทดสอบ (power analysis) ได้จากงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและโรคทางจิตเภท มีความผิดพลาดของพฤติกรรมได้ค่าขนาดอิทธิพล  $r = .41 - .89$  (Huang et al., 2012; Rosdinom et al., 2013)

เท่ากับ .80 นำมาคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 113 ราย (ภาคผนวก ข) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 (17 ราย) ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแล ดังนี้

1. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. มีหน้าที่ความรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ภายหลังจำหน่าย

ออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป

3. สามารถฟัง พูด และเข้าใจภาษาไทย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ดังนี้

1. มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยโรคแรกรับขณะเข้ารับการรักษาจากแพทย์มีการบาดเจ็บสมอง

ระดับเล็กน้อย ปานกลางจนถึงรุนแรง โดยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้านอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป

3. มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างน้อย 1 ลักษณะ (โดยไม่มีประวัติทางจิตมาก่อนได้รับบาดเจ็บสมอง) ตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (2) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุง (Modified overt aggressive scale: MOAS) (3) แบบประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวีก (Jalowiec Coping Scale) และ (4) แบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแลของซาริท (Zarit Burden Interview) (ภาคผนวก ก)

#### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ประกอบด้วย (1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สิทธิในการรักษา การดื่มสุราในปัจจุบัน สูบบุหรี่ในปัจจุบัน โรคประจำตัว ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลเป็นผู้กรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง และ (2) ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ สาเหตุการบาดเจ็บ การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งของสมองที่บาดเจ็บ ระดับความรู้สึกรับตัวแรกแรกที่โรงพยาบาล ระดับความรู้สึกตัวในปัจจุบัน การผ่าตัดที่ได้รับขณะรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งแรก ระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บถึงปัจจุบัน ยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนและสอบถามจากญาติผู้ดูแล

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่จำหน่ายจากโรงพยาบาล ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย บุคคลที่ต้องดูแลนอกเหนือจากผู้ป่วย การช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลช่วยเหลือ ณ ปัจจุบัน เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลเป็นผู้กรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง

### ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุง (Modified overt aggressive scale: MOAS)

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุงผู้วิจัยดำเนินการแปลโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาจากแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุงของ เกย์และคณะ (Kay et al., 1988) วัดระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว 4 ลักษณะ ได้แก่ (1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด (2) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน (3) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง (4) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น แต่ละลักษณะพฤติกรรมมีตัวเลือก 5 ข้อ โดยมีการเรียงลำดับข้อตามระดับความรุนแรงของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกจากไม่มีไปจนถึงมีระดับมาก (0 – 4 คะแนน) ดังเช่น

#### พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด

- 0. ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด (0 คะแนน)
- 1. ตะโกนด้วยความโกรธ ตำราว่าด้วยถ้อยคำที่ไม่รุนแรงหรือพูดถูกเหยียดหยามผู้อื่น (1 คะแนน)
- 2. สบประมาท พูดตลกเหยียดหยามด้วยถ้อยคำและอารมณ์ที่รุนแรง (2 คะแนน)
- 3. พูดข่มขู่ตนเอง ผู้อื่นอย่างรุนแรง โดยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (3 คะแนน)
- 4. พูดข่มขู่ตนเองหรือผู้อื่น โดยไตร่ตรองไว้ก่อนแล้ว (4 คะแนน)

สำหรับพฤติกรรมอีก 3 ลักษณะ มีจำนวนตัวเลือก การจัดเรียงระดับความรุนแรงและคะแนนเช่นเดียวกับพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด

การตอบแบบประเมิน ผู้ตอบประเมินว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้ง 4 ลักษณะหรือไม่ หากมีลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวใด ให้เลือกข้อความซึ่งแสดงถึงความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวที่ตรงกับการรับรู้เพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น

การคำนวณคะแนน คะแนนของแต่ละลักษณะของพฤติกรรมที่ได้มาคูณด้วยค่าน้ำหนักคะแนนซึ่งค่าน้ำหนักคะแนนของแต่ละลักษณะพฤติกรรมมีความแตกต่างกัน ดังนี้ (1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดคูณด้วยหนึ่ง (2) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สินคูณด้วยสอง (3) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเองคูณด้วยสาม และ (4) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นคูณด้วยสี่ หลังจากนั้นนำคะแนนรวมของแต่ละลักษณะมารวมกันได้ผลรวมของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งหมด (โดยรวม) ซึ่งมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 - 40 คะแนน (Kay et al., 1988)

การแปลผลระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมและแต่ละลักษณะ  
พฤติกรรมก้าวร้าวแบ่งออกเป็น 4 ระดับตามอันตรภาคชั้น ดังนี้

ระดับคะแนน	การแปลผล
- พฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวม (0 – 40 คะแนน)	
0.00	ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวม
1.00 – 13.33	มีความรุนแรงระดับน้อย
13.34– 26.67	มีความรุนแรงระดับปานกลาง
26.68– 40.00	มีความรุนแรงระดับมาก
- พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด (0 – 4 คะแนน)	
0.00	ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด
1.00 – 2.00	มีความรุนแรงระดับน้อย
2.01 – 3.00	มีความรุนแรงระดับปานกลาง
3.01 – 4.00	มีความรุนแรงระดับมาก
- พฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน (0 – 8 คะแนน)	
0.00	ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน
2.00 – 4.00	มีความรุนแรงระดับน้อย
4.01 – 6.00	มีความรุนแรงระดับปานกลาง
6.01 – 8.00	มีความรุนแรงระดับมาก
- พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง (0 – 12 คะแนน)	
0.00	ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง
3.00 – 6.00	มีความรุนแรงระดับน้อย
6.01 – 9.00	มีความรุนแรงระดับปานกลาง
9.01 – 12.00	มีความรุนแรงระดับมาก
- พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น (4 – 16 คะแนน)	
0.00	ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น
4.00 – 8.00	มีความรุนแรงระดับน้อย
8.01 – 12.00	มีความรุนแรงระดับปานกลาง
12.01 – 16.00	มีความรุนแรงระดับมาก



### ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวีก (Jalowiec Coping Scale)

แบบประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวีก ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการเผชิญปัญหาที่แปลเป็นภาษาไทยของไพรินทร์ (2556) แบบประเมินดังกล่าว ประกอบด้วย การเผชิญปัญหาแบ่งเป็น 3 วิธี และมีข้อคำถามในแบบประเมินทั้งหมด 36 ข้อ ดังนี้

1) การเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ ได้แก่ข้อ 2, 5, 11, 15, 16, 17, 22, 27, 28, 29, 31, 32, 34

2) การจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 6, 9, 12, 13, 19, 21, 23, 24

3) การบรรเทาความรู้สึก 14 ข้อ ได้แก่ข้อ 3, 4, 7, 8, 10, 14, 18, 20, 25, 26, 30, 33, 35, 36

ลักษณะของแบบประเมินการเผชิญปัญหาแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ 1 จนถึง 5 โดยคะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยใช้วิธีนั้นเลย และคะแนน 5 หมายถึง ใช้วิธีนั้นเกือบทุกครั้ง

การแปลผลคะแนน คำนวณจากค่าคะแนนจริง วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาคะแนนอยู่ระหว่าง 13 – 65 คะแนน วิธีการจัดการกับอารมณ์คะแนนอยู่ระหว่าง 9 – 45 คะแนน และวิธีบรรเทาความรู้สึกคะแนนอยู่ระหว่าง 14 – 70 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับตามอันตรรกาศักดิ์ ดังนี้

วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา 13 – 65 คะแนน

ระดับคะแนน	การแปลผล
13.00 – 26.00	ใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาระดับน้อย
26.01 – 39.00	ใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาระดับปานกลาง
39.01 – 52.00	ใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาระดับมาก
52.01 – 65.00	ใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาระดับมากที่สุด

วิธีการจัดการกับอารมณ์ 9 – 45 คะแนน

ระดับคะแนน	การแปลผล
9.00 – 18.00	ใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ระดับน้อย
18.01 – 27.00	ใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ระดับปานกลาง
27.01 – 36.00	ใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ระดับมาก
36.01 – 45.00	ใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ระดับมากที่สุด

วิธีการบรรเทาความรู้สึก 14 – 70 คะแนน

ระดับคะแนน	การแปลผล
14.00 – 28.00	ใช้วิธีการบรรเทาความรู้สึกระดับน้อย
28.01 – 42.00	ใช้วิธีการบรรเทาความรู้สึกระดับปานกลาง

42.01 – 56.00	ใช้วิธีการบรรเทาความรู้สึกระดับมาก
56.01 – 70.00	ใช้วิธีการบรรเทาความรู้สึกระดับมากที่สุด

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแลของซาริท (Zarit Burden Interview)

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแลของซาริท ที่แปลเป็นภาษาไทยของ สาทิตา (2554) มีทั้งหมด 22 ข้อ แบ่งภาระการดูแลออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านร่างกาย 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 8, 10, 17
- 2) ด้านจิตใจ 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 5, 7, 9, 14, 16, 19, 20, 21, 22
- 3) ด้านสังคม 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 11, 12, 13, 18
- 4) ด้านเศรษฐกิจ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15

การคำนวณและแปลผลคะแนน แบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแลของซาริทเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่ามี 5 ระดับ ตั้งแต่ 0–4 คะแนน คะแนน 0 หมายถึงไม่เห็นด้วย และคะแนน 4 หมายถึงเห็นด้วยมาก คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-88 คะแนน แบ่งภาระการดูแลโดยรวมและรายด้านออกเป็น 4 ระดับ ตามอันตรภาคชั้น ดังนี้

ภาระการดูแลโดยรวม 0 - 88 คะแนน

ระดับคะแนน	การแปลผล
0.00	ไม่มีภาระการดูแลโดยรวม
0.01 – 22.00	ภาระการดูแลโดยรวมระดับน้อย
22.01 – 44.00	ภาระการดูแลโดยรวมระดับปานกลาง
44.01 – 66.00	ภาระการดูแลโดยรวมระดับมาก
66.01 – 88.00	ภาระการดูแลโดยรวมระดับมากที่สุด

ภาระการดูแลด้านร่างกาย 0 – 16 คะแนน

ระดับคะแนน	การแปลผล
0.00	ไม่มีภาระการดูแลด้านร่างกาย
0.01 – 4.00	ภาระการดูแลด้านร่างกายระดับน้อย
4.01 – 8.00	ภาระการดูแลด้านร่างกายระดับปานกลาง
8.01 – 12.00	ภาระการดูแลด้านร่างกายระดับมาก
12.01 – 16.00	ภาระการดูแลด้านร่างกายระดับมากที่สุด

ภาระการดูแลด้านจิตใจ 0 – 48 คะแนน

ระดับคะแนน	การแปลผล
0.00	ไม่มีภาระการดูแลด้านจิตใจ
0.01 – 12.00	ภาระการดูแลด้านจิตใจระดับน้อย

12.01 – 24.00	ภาวะการดูแลด้านจิตใจระดับปานกลาง
24.01 – 36.00	ภาวะการดูแลด้านจิตใจระดับมาก
36.01 – 48.00	ภาวะการดูแลด้านจิตใจระดับมากที่สุด
ภาวะการดูแลด้านสังคม 0 – 20 คะแนน	
ระดับคะแนน	การแปลผล
0.00	ไม่มีภาวะการดูแลด้านสังคม
0.01 – 5.00	ภาวะการดูแลด้านสังคมระดับน้อย
5.01 – 10.00	ภาวะการดูแลด้านสังคมระดับปานกลาง
10.01 – 15.00	ภาวะการดูแลด้านสังคมระดับมาก
15.01 – 20.00	ภาวะการดูแลด้านสังคมระดับมากที่สุด
ภาวะการดูแลด้านเศรษฐกิจ 0 – 4 คะแนน	
ระดับคะแนน	การแปลผล
0.00	ไม่มีภาวะการดูแลด้านเศรษฐกิจ
0.01 – 1.00	ภาวะการดูแลด้านเศรษฐกิจระดับน้อย
1.01 – 2.00	ภาวะการดูแลด้านเศรษฐกิจระดับปานกลาง
2.01 – 3.00	ภาวะการดูแลด้านเศรษฐกิจระดับมาก
3.01 – 4.00	ภาวะการดูแลด้านเศรษฐกิจระดับมากที่สุด

### การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ

#### กระบวนการแปลเครื่องมือ

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุง ผู้วิจัยดำเนินการแปลเป็นภาษาไทย โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจำนวน 3 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญท่านแรกแปลเครื่องมือจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย จากนั้นผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาท่านที่สองแปลเครื่องมือที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยจากผู้เชี่ยวชาญคนแรกกลับเป็นภาษาอังกฤษ และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาท่านที่สามตรวจสอบเครื่องมือฉบับที่แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษให้มีความชัดเจนและสามารถสื่อความหมายได้คงเดิมกับต้นฉบับภาษาอังกฤษหรือไม่เพียงพอ และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนแรกปรับข้อความฉบับภาษาไทยให้มีความสอดคล้องและตรงกับต้นฉบับมากที่สุด (นันทกาและสุจิตรา, 2554)

#### การตรวจสอบความตรง (validity)

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุง แบบประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวิก และแบบประเมินการรับรู้ภาวะ

การดูแลของซาริท ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านกรอบแนวคิดและการวิจัย 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหาและภาษา (ภาคผนวก ฉ) ผู้วิจัยทำการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาให้แบบประเมินมีความชัดเจนเฉพาะเจาะจงกับบริบทที่ศึกษา เกิดความสมบูรณ์ก่อนการนำไปใช้ และนำมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity for scale) ได้ค่าเท่ากับ .85

### ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ภายหลังปรับปรุงแบบประเมินตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุง แบบประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวิก และแบบประเมินการรับรู้ภาวะการดูแลของซาริท ไปทดลองใช้เก็บข้อมูลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย และนำคะแนนที่ได้มาคำนวณค่าความเที่ยง โดยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุงนำมาคำนวณค่าคงที่ (stability) ด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test – retest method) เว้นระยะการวัด 1 สัปดาห์ และนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .91 โดยค่าที่ยอมรับได้อย่างน้อย .80 (Polit & Back, 2014) สำหรับแบบประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวิก และแบบประเมินการรับรู้ภาวะการดูแลของซาริท นำมาหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .81 และ .94 ตามลำดับ โดยค่าที่ยอมรับได้อย่างน้อย .80 (Polit & Back, 2014)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุมัติการเก็บข้อมูลและผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2018 – NSt 013 ลงวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2561) และทำการยื่นหนังสือถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล (ภาคผนวก ข) โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ (รหัสหนังสือรับรอง 23/2561 ลงวันที่ 11 เมษายน 2561) โรงพยาบาลศูนย์ตรัง (รหัสหนังสือรับรอง ID ๐๒๒/๐๕๖๑ ลงวันที่ 31 พฤษภาคม 2561) และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (รหัสหนังสือรับรอง 36/2561 ลงวันที่ 5 ตุลาคม 2561) หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการรับการรักษา ข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอโดยภาพรวมไม่มีการระบุตัวตนของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล หากระหว่างการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างรู้สึกเครียด วิตกกังวล อึดอัด สามารถขอยุติการตอบแบบสอบถามได้ทันที โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างตั้งใจ

กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัยได้ตลอดการศึกษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิ (ภาคผนวก ค)

นอกจากนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือซึ่งมีการเผยแพร่ในวงการวิชาการทางสื่ออินเทอร์เน็ตที่สามารถเข้าถึงได้ ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุง และได้ทำการขออนุญาตใช้เครื่องมือแบบประเมินการเผชิญปัญหาและแบบวัดภาวะการดูแล จากผู้สร้างเครื่องมือ (ภาคผนวก ง)

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลทั้งสามแห่ง ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ดำเนินการติดต่อเจ้าหน้าที่หน่วยเวชระเบียนของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อขอดูรายชื่อผู้ป่วยที่เคยได้รับบาดเจ็บสมองพร้อมตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในเกณฑ์คัดเลือกเข้าและทำการคัดกรองข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ติดต่อเข้าพบหัวหน้าคลินิกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมระบบประสาท เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงการวิจัย

2. หลังจากได้รายชื่อผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเลือกเข้า ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกญาติผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยดำเนินการโดยให้พยาบาลเป็นผู้ประสานงาน แนะนำผู้วิจัยแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของญาติผู้ดูแลว่าเป็นผู้ดูแลหลักหรือไม่ หากใช่จะให้ญาติผู้ดูแลบอกเล่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ซึ่งหากพฤติกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวลักษณะใดลักษณะหนึ่งซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างและสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

3. เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุง แบบประเมินการเผชิญปัญหา และแบบวัดภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แต่หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านภาษาไทยได้ ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้ฟังและให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามเฉลี่ยประมาณ 20 นาที และกรณีญาติผู้ดูแลไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนในวันแรกที่สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะใช้การโทรศัพท์เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม

ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างขณะมาพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลทั้งหมด แต่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 83 ราย ผู้วิจัยโทรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมทางโทรศัพท์

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบประเมินก่อนนำมาวิเคราะห์

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้ถูกนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1. การใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าคะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล อย่างไรก็ตามภายหลังจากการเก็บข้อมูลและนำมาทดสอบการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล พบว่าการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงได้มีการแจกแจงค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ (interquartile range [IQR])

2. การใช้สถิติอ้างอิง คือ สถิตีสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา กับ ภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง เก็บข้อมูลจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง จำนวน 130 ราย ในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงพฤศจิกายน 2561 ผลการวิจัยและอภิปรายผล นำเสนอตามลำดับ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง

ส่วนที่ 4 การเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 5 ภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง กับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหากับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแล

จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.4 อายุเฉลี่ย 46 ปี ( $M = 46.10$ ,  $SD = 13.92$ ) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 80.8 มีระดับการศึกษา ประถมศึกษาร้อยละ 42.3 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 28.5 รองลงมาเป็นแม่บ้านร้อยละ 27.7 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่าเท่ากับ 10,000 บาทร้อยละ 50.8 และมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 68.5 ญาติผู้ดูแลเกี่ยวข้องเป็นคู่สมรสกับผู้ป่วยร้อยละ 42.3 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 3 – 72 เดือน ( $Mdn = 6.50$ ,  $IQR = 23$ ) จำนวนชั่วโมงที่ต้องดูแลผู้ป่วย 3 – 24 ชั่วโมงต่อวัน ( $Mdn = 6$ ,  $IQR = 7$ ) และระหว่างในการดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลทุกคนได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลต่างๆ ได้แก่ ครอบครัว พยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และ/หรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) (ตาราง 1)

## ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลทั่วไป ( $N = 130$ )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	111	85.4
ชาย	19	14.6
อายุ (ปี) ( $M = 46.10$ , $SD = 13.92$ , $Min = 18$ , $Max = 77$ )		
18 – 30	20	15.4
31 – 45	41	31.6
46 – 60	43	32.9
61 - 77	26	20.1
ศาสนา		
พุทธ	101	77.7
อิสลาม	28	21.5
คริสต์	1	0.8
สถานภาพสมรส		
คู่	105	80.8
โสด	18	13.8
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	7	5.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	2.3
ประถมศึกษา	55	42.3
มัธยมศึกษา	43	33.1
ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา	12	9.2
ปริญญาตรี	16	12.3
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.8
อาชีพ		
รับจ้าง	37	28.5
ค้าขาย	36	27.7
เกษตรกรรม	32	24.6



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
แม่บ้าน	21	16.2
รับราชการ	4	3.1
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
≤ 10,000	66	50.8
10,000 – 20,000	50	38.5
20,001 – 30,000	8	6.2
30,001 – 50,000	6	4.6
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	89	68.5
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	25	19.2
เพียงพอและเหลือเก็บ	16	12.3
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่สมรส	55	42.3
บิดา – มารดา	41	31.5
พี่น้อง	15	11.5
บุตร	19	14.6
โรคประจำตัว		
ไม่มี	93	71.5
มี	37	28.5
โรคความดันโลหิตสูง	8	21.6
ไขมันในเลือด	6	16.2
โรคเบาหวาน	4	10.8
โรคหัวใจ	1	2.7
โรคอื่นๆ (โรคกระเพาะ/โรคหอบหืด/โรคไทรอยด์)	8	21.6
โรคร่วมสองโรคขึ้นไป ได้แก่		
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	5	13.6
โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือด	3	8.1
โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและไขมันในเลือด	1	2.7
โรคไขมันในเลือดและโรคหัวใจ	1	2.7

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่จำหน่ายจากโรงพยาบาล (เดือน) ( <i>Mdn</i> = 6.50, <i>IQR</i> = 23, <i>Min</i> = 3, <i>Max</i> = 72)		
3 - 6	65	50.0
7 - 12	17	13.1
13 - 72	48	36.9
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน (ชั่วโมง) ( <i>Mdn</i> = 6, <i>IQR</i> = 7, <i>Min</i> = 3, <i>Max</i> = 24)		
3 - 6	70	53.8
7 - 12	33	25.4
13 - 18	1	0.8
19 - 24	26	20.0
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย		
ไม่มี	115	88.5
มี	15	11.5
บุคคลที่ต้องดูแลนอกเหนือจากผู้ป่วย		
ไม่มี	61	46.9
มี (บุตร บิดา มารดา หลาน)	69	53.1
การช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่น		
มี * ได้แก่	130	100
ครอบครัว (บุตร/บิดา-มารดา/สามี-ภรรยา/ญาติ)	111	85.4
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/อสม.	45	34.6
เพื่อนบ้าน	4	3.1

\* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 86.2 อายุเฉลี่ย 44 ปี ( $M = 44.65$ ,  $SD = 16.36$ ) ส่วนใหญ่สาเหตุการบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุบนถนนร้อยละ 76.2 ร้อยละ 43.1 มีระดับความรู้สึกรับในโรงพยาบาล (GCS) เท่ากับ 13 - 15 คะแนน รองลงมาเท่ากับ 3 - 8 คะแนน (ร้อยละ

42.3) ตำแหน่งของสมองที่ได้รับบาดเจ็บมีหลายตำแหน่ง ได้แก่ บาดเจ็บบริเวณสมองส่วนหน้า (frontal lobe) ร้อยละ 22.3 รองลงมาสมองส่วนกลีบขมับ (temporal lobe) ร้อยละ 10.0 ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองมีเลือดออกใต้ชั้นอะแรกนอยด์ร้อยละ 19.1 รองลงมาเป็นเลือดออกใต้ชั้นคูราร้อยละ 17.6 และส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดสมองร้อยละ 86.9 ในจำนวนนี้ผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะแบบไม่ปิด (craniectomy) ร้อยละ 71 และผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะแบบปิดกลับ (craniotomy) ร้อยละ 29 ปัจจุบันมีคะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) เท่ากับ 13 – 15 คะแนนร้อยละ 92.3 และส่วนใหญ่ยังคงได้รับการรักษาตามแพทย์สั่งร้อยละ 82.3 และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดร้อยละ 60 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพภายหลังบาดเจ็บร้อยละ 70.8 (ตาราง 2)

## ตาราง 2

จำนวนและร้อยละผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 130)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	112	86.2
หญิง	18	13.8
อายุปัจจุบัน (ปี) (M = 44.65, SD = 16.36, Min = 18, Max = 78)		
18 – 30	36	27.7
31 – 45	32	24.7
46 – 60	34	26.2
61 - 78	28	21.4
อายุขณะได้รับบาดเจ็บ (ปี) (M = 43.65, SD = 16.70, Min = 15, Max = 78)		
15	1	0.8
18 – 30	38	29.2
31 – 45	29	22.3
46 – 60	36	27.7
60 – 78	26	20.0
สถานภาพสมรส		
คู่	78	60.0
โสด	37	28.5
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	15	11.5

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	5.4
ประถมศึกษา	53	40.8
มัธยมศึกษา	44	33.8
ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา	18	13.8
ปริญญาตรี	8	6.2
ศาสนา		
พุทธ	103	79.2
อิสลาม	27	20.8
อาชีพ ปัจจุบัน		
ไม่ประกอบอาชีพ	92	70.8
ค้าขาย	7	5.4
รับจ้าง	19	14.6
เกษตรกรรม	11	8.5
รับราชการ	1	0.8
สิทธิ์การรักษาพยาบาล *		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	89	68.5
ประกันสังคม	16	12.3
ข้าราชการ	13	10.0
คนพิการ	10	7.7
จ่ายเอง	9	6.9
ประกันชีวิต	6	4.6
พระราชบัญญัติรถจักรยานยนต์/รถยนต์	4	3.1
สาเหตุการการบาดเจ็บสมอง		
อุบัติเหตุบนท้องถนน	99	76.2
หกล้ม	14	10.8
ตกจากที่สูง	6	4.6
ของหนักตกทับ	4	3.1
ถูกทำร้ายร่างกาย	7	5.3

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (computerized tomography brain)		
ทำ	126	96.9
ไม่ทำ	4	3.1
ผลปกติ	13	10.0
ผลผิดปกติ	117	90.0
เลือดออกใต้ชั้นอะแรกนอยด์ (subarachnoid hematoma [SAH])	25	21.3
เลือดออกใต้ชั้นดรูรา (subdural hematoma [SDH])	23	19.6
เลือดออกเหนือชั้นดรูรา (epidural hematoma [EDH])	8	6.8
การบาดเจ็บแบบกระจายของแอกซอน (diffusion axonal injury [DAI])	8	6.3
เลือดออกในเนื้อสมอง (intracerebral hematoma [ICH])	6	5.1
เลือดออกภายในโพรงสมอง (intraventricular hematoma [IVH])	2	1.7
SDH, EDH และ fracture base of skull	3	2.6
EDH, SAH และ ICH	3	2.6
EDH, ICH และ fracture. base of skull	2	1.7
SDH, SAH และ ICH	2	1.7
EDH, SAH และ fracture base of skull	1	0.8
SDH, EDH และ ICH	1	0.8
SDH, EDH และ SAH	1	0.8
SDH และ fracture base of skull	6	5.1
SAH และ ICH	6	5.1
SDH และ SAH	5	4.3
EDH และ SAH	4	3.4
SDH และ ICH	3	2.7
DAI และ fracture base of skull	2	1.7
SAH และ fracture base of skull	2	1.7
EDH และ fracture base of skull	2	1.7
SDH และ EDH	2	1.7
ICH และ fracture base of skull	1	0.8

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งของสมองที่รับบาดเจ็บ (จากผล CT สมอง)		
ส่วนหน้า (frontal lobe)	29	22.3
กลีบขมับ (temporal lobe)	13	10.0
กลีบข้าง (parietal lobe)	10	7.7
ท้ายทอย (occipital lobe)	4	3.1
ไฮโปทาลามัส (hypothalamus lobe)	1	0.8
บาดเจ็บสี่ตำแหน่ง (frontal lobe, temporal lobe, parietal lobe และ occipital lobe)	3	2.3
บาดเจ็บสามตำแหน่ง (frontal lobe, temporal lobe, และ parietal lobe)	15	11.5
บาดเจ็บสามตำแหน่ง (frontal lobe, parietal lobe และ occipital lobe)	2	1.5
บาดเจ็บสามตำแหน่ง (temporal lobe, parietal lobe และ occipital lobe)	1	0.8
บาดเจ็บสองตำแหน่ง (frontal lobe และ parietal lobe)	16	12.3
บาดเจ็บสองตำแหน่ง (frontal lobe และ temporal lobe)	8	6.2
บาดเจ็บสองตำแหน่ง (frontal lobe และ hypothalamus lobe)	8	6.2
บาดเจ็บสองตำแหน่ง (temporal lobe และ parietal lobe)	4	3.1
บาดเจ็บสองตำแหน่ง (parietal lobe และ occipital lobe)	4	3.1
บาดเจ็บสองตำแหน่ง (frontal lobe และ occipital lobe)	3	2.3
ไม่ระบุตำแหน่งบาดเจ็บ	9	6.8
การผ่าตัด		
ไม่ได้รับการผ่าตัด	53	40.8
ผ่าตัด *	77	59.2
ผ่าตัดสมอง	69	89.6
เปิดกะโหลกศีรษะแบบไม่ปิด (craniectomy)	49	71.0
เปิดกะโหลกศีรษะแบบปิดกลับ (craniotomy)	20	29.0
ผ่าตัดอื่นๆ	39	50.6
เจาะหลอดลมคอ (tracheostomy) (ปัจจุบันมีเพียง 6 ราย)	16	41.0
ใส่กะโหลกศีรษะเทียม (cranioplasty)	9	23.1

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ใส่โลหะยึดกระดูกขา (leg internal/external fixation)	8	20.5
เปิดหน้าท้อง (exploratory laparotomy of abdomen)	3	7.7
ใส่โลหะยึดกระดูกแขน (arm internal/external fixation)	2	5.1
ใส่โลหะยึดกระดูกแขนและขา (arm and leg internal/external fixation)	1	2.6
คะแนนระดับความรู้สึกตัวแรกรับในโรงพยาบาล (GCS)		
3 – 8	55	42.3
9 – 12	19	14.6
13 – 15	56	43.1
คะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) ในปัจจุบัน		
9 – 12	10	7.7
13 – 15	120	92.3
ระยะเวลาบาดเจ็บถึงปัจจุบัน (เดือน) ( <i>Mdn</i> = 7, <i>IQR</i> = 23, <i>Min</i> = 3, <i>Max</i> = 72)		
3 – 6	64	49.2
7 – 12	18	12.2
13 - 72	48	38.6
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง		
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	12	9.2
ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน (ญาติช่วยหรือใช้อุปกรณ์ช่วย)	40	30.8
ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด	78	60.0
ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ภายหลังบาดเจ็บสมอง * (รายงานจากญาติ)	89	68.5
พิการ (เดินไม่คล่อง/แขน-ขาอ่อนแรง/ตาบอด)	76	58.5
ปวดศีรษะ	16	12.3
ปัญหาการมองเห็น (ตามัว/มองเห็นภาพซ้อน)	7	5.4
หลงลืม	6	4.6
สับสน	6	4.6
การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน		
ไม่สูบ	95	73.1
สูบ	35	26.9

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว (ก่อนบาดเจ็บสมอง)		
ไม่มี	98	75.4
มี	32	24.6
โรคความดันโลหิตสูง	11	34.4
โรคเบาหวาน	6	18.8
ไขมันในเลือดสูง	3	9.4
โรคอื่นๆ เช่น โรคลมชัก (ก่อนบาดเจ็บสมอง)	3	9.4
โรคเก๊าต์	2	6.2
โรคธาลัสซีเมีย	1	3.1
โรคไทรอยด์	1	3.1
มีโรคร่วมอย่างน้อยสองโรค		
โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือด	2	6.2
โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและไขมันในเลือด	1	3.1
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	1	3.1
โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและไขมันในเลือด	1	3.1
ยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน (ภายหลังบาดเจ็บสมอง)		
ไม่มี	23	17.7
มี *	107	82.3
ยากันชัก	46	43.0
กลุ่มยาด้านจิต	48	44.8
ยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีน	26	54.2
ยารักษาโรคจิตเภท	14	29.2
ยารักษาภาวะซึมเศร้า	8	16.6
ยาแก้ปวด (เช่น พาราเซตามอล ทรามอล) ลดอาการเวียนศีรษะ	38	35.5
ยาวิตามิน	54	50.5
กลุ่มยาอื่นๆ (ก่อนบาดเจ็บสมอง)	26	24.3
ยาลดความดันโลหิตสูง	16	61.5
ยารักษาไขมันในเลือดสูง	7	26.9
ยารักษาเบาหวาน	3	11.6

\* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ



### ส่วนที่ 3 พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าภายหลังได้รับบาดเจ็บสมองผู้ป่วย แสดงความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ( $n = 124, 95.3\%$ ) โดยบางรายแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่า 1 ลักษณะ เมื่อพิจารณาแต่ละลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยแสดงความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดอยู่ในระดับน้อย ( $n = 114, 96.6\%$ ) (เช่น ตะโกนด้วยความโกรธ ต่ำว่าด้วยถ้อยคำที่ไม่รุนแรง) รองลงมา คือ แสดงความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น (ผู้ดูแล) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ( $n = 14, 63.7\%$ ) เช่น ข่วน ผลัก (ตาราง 3)

#### ตาราง 3

ค่าคะแนนต่ำสุด – สูงสุด มัธยฐาน พิสัยควอไทล์ จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล ( $N = 130$ )

ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว*	Min - Max	Mdn (IQR)	ระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว (n,%)		
			น้อย	ปานกลาง	มาก
โดยรวม ( $N = 130$ )	1 – 30	1.00 (1)	124 (95.3)	5 (3.9)	1 (0.8)
คำพูด ( $n = 118$ )	1 – 4	1.00 (0)	114 (96.6)	2 (1.7)	2 (1.7)
ต่อทรัพย์สิน ( $n = 8$ )	2 – 6	4.00 (4)	5 (62.5)	3 (37.5)	0 (0)
ต่อตนเอง ( $n = 3$ )	6 – 9	6.00 (-)	2 (66.7)	1 (33.3)	0 (0)
ต่อผู้อื่น ( $n = 22$ )	4 – 16	8.00 (8)	14 (63.7)	7 (31.8)	1 (4.5)

\* ผู้ป่วย 14 ราย แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่า 1 ลักษณะ (โดย 8 ราย แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว 2 ลักษณะ, 5 ราย แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว 3 ลักษณะ และ 1 ราย แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว 4 ลักษณะ)

### ส่วนที่ 4 การเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญปัญหา 3 วิธี ได้แก่ วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา วิธีการบรรเทาความรู้สึกและวิธีการจัดการกับอารมณ์ โดยใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาระดับมากที่สุด ( $Mdn = 58, QR = 6$ )

วิธีการบรรเทาความรู้สึกระดับมาก ( $Mdn = 44$ ,  $IQR = 7$ ) และวิธีการจัดการกับอารมณ์ระดับน้อย ( $Mdn = 16$ ,  $IQR = 4$ ) (ตาราง 4)

ตาราง 4

ค่าคะแนนต่ำสุด - สูงสุด ค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ของการเผชิญปัญหาทั้งสามวิธีของญาติผู้ดูแล ( $N = 130$ )

วิธีการเผชิญปัญหา	Min - Max	Mdn (IQR)	ระดับ
เผชิญหน้ากับปัญหา	20 - 63	58 (6)	มากที่สุด
บรรเทาความรู้สึก	23 - 57	44 (7)	มาก
จัดการกับอารมณ์	9 - 32	16 (4)	น้อย

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาการเผชิญปัญหาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุดสามอันดับแรก คือ (1) พยายามควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวเท่าที่จะทำได้ หรือหาวิธีจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้น ร้อยละ 83.8 (2) พุดคุยปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่เคยเผชิญเหตุการณ์เดียวกันมาก่อน ร้อยละ 80.0 (3) คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่เผชิญอยู่ ร้อยละ 78.5 ในขณะที่การเผชิญปัญหาที่ใช้น้อยที่สุดสามอันดับแรก คือ (1) ระบายความเครียดโดยรับประทานอาหาร สูดบุหรี่ยี่ เคี้ยวหมาก อมยาอม ใช้น้ำตามเพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.8 (2) ปล่อยให้ผู้อื่นช่วยแก้ปัญหา ควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยแทน ร้อยละ 1.5 (3) ปลีกตัวออกไปอยู่คนเดียวหรือต้องการอยู่ลำพัง ร้อยละ 1.5 (ตาราง 5)

ตาราง 5

จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่ใช้การเผชิญปัญหารายข้อมากที่สุดและน้อยที่สุดสามอันดับแรก ( $N = 130$ )

การเผชิญปัญหา	วิธี	(n,%)
สามอันดับแรกที่ใช้มากที่สุด		
1. พยายามควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยเท่าที่จะทำได้ หรือหาวิธีจัดการกับเหตุการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น	Con	109 (83.8)
2. พุดคุยปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่เคยเผชิญเหตุการณ์	Con	104 (80.0)

การเผชิญปัญหา	วิธี	(n,%)
เดียวกันมาก่อน		
3. คิดหาวิธีการเพื่อแก้ไขปัญหา ควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ของผู้ป่วยที่เผชิญอยู่	Con	102 (78.5)
สามอันดับแรกที่ใช้บ่อยที่สุด		
1. ระบายความเครียดโดยรับประทานอาหาร สูดบุหรี่ เคี้ยวหมาก อมยาอม ใช้น้ำตามเพิ่มขึ้น	Emo	1 (0.8)
2. ปลอบใจผู้อื่นช่วยแก้ปัญหาควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย	Pal	2 (1.5)
3. ปลีกตัวออกไปอยู่คนเดียวหรือต้องการอยู่ลำพัง	Emo	2 (1.5)

Con = Confrontive (การเผชิญหน้ากับปัญหา), Pal = Palliative (การบรรเทาความรู้สึก),  
Emo = Emotive (การจัดการกับอารมณ์)

### ส่วนที่ 5 ภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะการดูแลโดยรวมอยู่ระดับน้อย (ร้อยละ 63.1) และเมื่อพิจารณาภาวะการดูแลรายด้าน พบว่า ภาวะการดูแลด้านเศรษฐกิจอยู่ระดับมากที่สุดร้อยละ 50.0 ส่วนภาวะการดูแลด้านสังคม ด้านร่างกายและด้านจิตใจ ส่วนใหญ่อยู่ระดับน้อยร้อยละ 73.1, 70.0 และ 66.9 ตามลำดับ (ตาราง 6)

ตาราง 6

ค่าคะแนนต่ำสุด - สูงสุด ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์ จำนวนและร้อยละของภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล (N = 130)

ภาวะการดูแล	Min - Max	Mdn (IQR)	ระดับภาวะการดูแล (n,%)				
			ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
โดยรวม	5 - 58	20 (11)	0 (0)	82 (63.1)	36 (27.7)	12 (9.2)	0 (0)
ด้านร่างกาย	0 - 11	3 (2)	9 (6.9)	91 (70.0)	24 (18.5)	6 (4.6)	0 (0)

ภาวะการดูแล	Min - Max	Mdn (IQR)	ระดับภาวะการดูแล (n,%)				
			ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านจิตใจ	2 - 31	10 (7.25)	0 (0)	87 (66.9)	33 (25.4)	10 (7.7)	0 (0)
ด้านสังคม	0 - 15	4 (4)	2 (1.5)	95 (73.1)	25 (19.2)	8 (6.2)	0 (0)
ด้านเศรษฐกิจ	0 - 4	3 (1)	1 (0.8)	13 (10.0)	14 (10.8)	65 (50.0)	37 (28.4)

**ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล**

จากการศึกษา พบว่า ความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ( $r_s = .22, p = .01$ ) วิธีการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแล โดยวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ( $r_s = - .38, p < .01$ ) วิธีการบรรเทาความรู้สึกและวิธีการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ( $r_s = .43, p < .01$ ;  $r_s = .64, p < .01$ ) ตามลำดับ (ตาราง 7)

ตาราง 7

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์แมนระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล และการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล ( $N = 130$ )

ตัวแปร	ภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล	p value
พฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวม	.22	0.013
การเผชิญหน้ากับปัญหา	- .38	0.000
การบรรเทาความรู้สึก	.43	0.000
การจัดการกับอารมณ์	.64	0.000

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหากับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล สามารถนำมาอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

### ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและญาติผู้ดูแล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 86.2 อายุเฉลี่ย 44 ปี สาเหตุใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนน สอดคล้องสถิติการเกิดอุบัติเหตุของประเทศไทย พบว่า เพศชายมีอุบัติเหตุมากกว่าเพศหญิง โดยมีสัดส่วน 2.7 ต่อ 1 ราย (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และเป็นวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากเป็นวัยทำงานที่ต้องประกอบอาชีพนอกบ้านส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุบนถนน (ศุภกานต์, 2558) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีการบาดเจ็บสมองมากที่สุดคืออยู่ในระดับเล็กน้อย (GCS = 13 - 15) ร้อยละ 43.1 รองลงมาเป็นระดับรุนแรง (GCS = 3 - 8) ร้อยละ 42.3 ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมองและฟื้นฟูในโรงพยาบาลจนกระทั่งสามารถกลับบ้านได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายมีความพิการหลงเหลือร้อยละ 58.5 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ร้อยละ 9.2 ช่วยเหลือตนเองได้เพียงบางส่วนร้อยละ 30.8 และมีภาวะแทรกซ้อนทางกายและสติปัญญาการรับรู้ร้อยละ 68.5 เช่น ปัญหการมองเห็น (ตามัว/มองเห็นภาพซ้อน) ปวดศีรษะ สับสน หลงลืม เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของปิยะพร (2561) ไพรินทร์ (2556) และหลำพรหม (Lumprom, 2017) จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง (Bayen et al., 2013; Truelle, Fayol, Montreuil, & Chevignard, 2010)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.4 มีอายุเฉลี่ย 46 ปี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง มีความสัมพันธ์เป็นภรรยาและมารดากับผู้ป่วย (ปิยะพร, 2561; เพ็ญณา, 2557; Dillhunt-Aspillaga et al., 2013; Lumpom, 2017; Sung et al., 2013) เนื่องจากบริบทสังคมไทยมีความเชื่อและคาดหวังว่าเพศหญิงซึ่งเป็นภรรยาและมารดาควรรับบทบาทในการดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับสามีและบุตร ประกอบกับการมีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีความเหมาะสมทางวุฒิภาวะสามารถให้การดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ (ฉนยศ, 2554; อรพรรณ, 2554; Arango et al., 2010) และขณะให้การดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลมีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 50.8) เมื่อเปรียบเทียบกับเฉลี่ยในครัวเรือนต่อเดือนของประเทศไทยคือ 26,973 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ซึ่งถือว่ามียาได้ต่ำ อาจเกิดจากการต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เต็มที่ ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพจึงทำให้ขาดรายได้ในขณะที่ต้องมียาใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (รสศุคณธ์, 2553)

### พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีผู้ป่วยแสดงความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 95.3) โดยส่วนใหญ่แสดงออกในลักษณะทางคำพูดรุนแรงอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 96.6) (ตาราง 3) เช่น ตะโกนด้วยความโกรธ ตำว่าด้วยถ้อยคำที่ไม่รุนแรง เป็นต้น ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Dicken et al., 2011; Roa et al., 2009) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นผลจากปัจจัยด้านการรักษา ด้านพฤติกรรมดูแลของญาติ ด้านการมีงานทำภายหลังบาดเจ็บ ดังนี้

ภายหลังจากการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาจากแพทย์เพื่อควบคุมและบรรเทาอาการแทรกซ้อนทางกายและจิตภายหลังการบาดเจ็บ เช่น ยาแก้อักเสบ (ร้อยละ 43.0) ยารักษาอาการทางจิต (ร้อยละ 44.8) ได้แก่ ยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีน ยารักษาโรคจิตเภท และยารักษาภาวะซึมเศร้า ซึ่งยาเหล่านี้ช่วยปรับความสมดุลของสารสื่อประสาท ทำให้มีอาการสงบทางประสาทรวมทั้งกล้ามเนื้อคลายตัว จึงช่วยลดอาการทางจิต ความวิตกกังวลและความผิดปกติของพฤติกรรมภายหลังการบาดเจ็บ (Luauté et al., 2016; Meythaler et al., 2001; Noe et al., 2007) ประกอบกับการที่ญาติผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นภรรยาหรือมารดาของผู้ป่วยให้การดูแลด้วยความรักเอาใจใส่และเรียนรู้ที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย พุดคุย ปลอบใจทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคิม (Kim, 2017) พบว่าการที่ญาติดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานภายหลังบาดเจ็บ (ร้อยละ 29.2) โดยได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัวและหัวหน้างานในการปรับลักษณะงานให้เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยค่อยๆ เรียนรู้ปรับตัว และมีอิสระในการตัดสินใจ สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมกับครอบครัว และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมรวมทั้งผลิตผลงานได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยจึงรู้สึกมีคุณค่าที่ตนสามารถแสดงบทบาทหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังไว้ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและอาการทางจิตใจ (Bryant et al., 2010) ผู้ป่วยจึงแสดงความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมระดับน้อย (Rao et al., 2009)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่า มีผู้ป่วยบางราย ( $n = 22$ ) แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวกับผู้อื่น (เช่น ญาติผู้ดูแล) ในระดับรุนแรงน้อยถึงมาก เช่น ขวน ฝัก เป็นต้น ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความพิการ/ภาวะแทรกซ้อนภายหลังบาดเจ็บสมอง การพึ่งพาผู้อื่นเป็นระยะเวลานาน การไม่มีงานทำภายหลังบาดเจ็บสมอง จากการศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 68.5 ของผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางกายและสติปัญญาการคิดรู้ภายหลังบาดเจ็บ เช่น พิการ (แขนขาอ่อนแรง เดินไม่คล่อง ตาบอด) ร้อยละ 58.5 ปัญหาการมองเห็น (ตามัว มองเห็นภาพซ้อน) ร้อยละ 12.3 ผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแลในการทำวัตรประจำวันบางส่วนหรือทั้งหมด นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บสมองเล็กน้อยบางรายยังคงมีอาการปวดศีรษะพบได้ร้อยละ 12.3 และหลงลืมสับสน ร้อยละ 9.2 ดังนั้น เมื่อกลับไปทำงานพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถทนการทำงานได้เต็มตามเวลา และมีอารมณ์หงุดหงิด โมโห ทะเลาะกับเพื่อนร่วมงาน จึงทำให้ขาด

งานบ่อย จากปัญหาความพิการทางกายและปัญหาในการทำงานนอกบ้านของผู้ป่วย ทำให้ญาติมีความเป็นห่วงเรื่องความปลอดภัยโดยเกรงว่าหากไปทำงานนอกบ้านอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุ หรือมีเหตุทะเลาะกับผู้อื่นได้ จึงให้ผู้ป่วยออกจากงานและใช้ชีวิตประจำวันภายในบ้าน ดังนั้น ร้อยละ 70.8 ของผู้ป่วยจึงไม่ได้ประกอบอาชีพหรือทำงานนอกบ้าน อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยผู้ใหญ่ซึ่งโดยธรรมชาติแล้วมีศักยภาพในการผลิตผลงานหรือมีส่วนร่วมในสังคม การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นเวลายาวนาน การที่ไม่มียังงานทำการแยกตัวหรือลดบทบาทหน้าที่ทางสังคมอาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ยังครุ่นคิดกังวลเครียดมีอาการทางจิตมากขึ้น และมีภาวะซึมเศร้าตามมาที่อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้นได้ (Aaronson & Lloyd, 2015; Rao et al., 2015) ดังที่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าบางครั้งหากให้การช่วยเหลือหรือตอบสนองไม่ตรงหรือไม่ทันตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีอารมณ์หงุดหงิด ไม่พึงพอใจ และแสดงพฤติกรรมที่รุนแรงโดยทำร้ายญาติผู้ดูแล เช่น ช่วน ผลัก เป็นต้น

### การเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า ขณะให้การดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง กลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญปัญหาทั้งสามวิธี ได้แก่ วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา วิธีการบรรเทาความรู้สึก และวิธีการจัดการกับอารมณ์ เพื่อต้องการจัดการกับปัญหาที่ประเมินว่าแล้วว่าเป็นภาวะคุกคาม กล่าวคือ เมื่อญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนทางกายและพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง ที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง จึงเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกไม่แน่นอน ไม่มั่นใจ หรือเครียดกังวล ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการแสวงหาและใช้หลายวิธีการเพื่อขอจัดบรรเทา หรือลดความรู้สึกเครียดที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์เหล่านั้น ซึ่งญาติผู้ดูแลพิจารณาเลือกใช้วิธีที่คิดว่ามีความเหมาะสมและได้ผลมากที่สุดกับปัญหาหรือสถานการณ์นั้น (Jalowiec, 1988; Lazarus & Folkman, 1984)

เมื่อพิจารณาการเผชิญปัญหาแต่ละวิธีของกลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก จ) พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาวิธีการบรรเทาความรู้สึกระดับมาก และวิธีการจัดการกับอารมณ์ระดับน้อย ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ญาติผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาวิธีการบรรเทาความรู้สึกและวิธีการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด (ฐิติมาภรณ์, 2552; ไพรินทร์, 2556; ศิริลักษณ์, 2549) การใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นวิธีแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นการสติปัญญา ความคิดและการกระทำที่มุ่งเน้นจัดการกับสถานการณ์ให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่วัยผู้ใหญ่ที่มีการพัฒนาการทางสติปัญญา การรับรู้ที่สมบูรณ์ ทำให้สามารถคิด วิเคราะห์ ไตร่ตรองและตัดสินใจเลือกใช้วิธีเผชิญหน้าปัญหาที่เหมาะสม (อรพรรณ, 2554) ซึ่งเป็นวิธีการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง ให้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดี และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.4 เพศหญิงสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สามารถแสวงหาวิธีการเผชิญปัญหาได้ดี (Bastawrous, 2013) จากการศึกษาการ

เผชิญปัญหาระหว่างเพศหญิงและเพศชาย พบว่า เพศหญิงมุ่งในการจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมากกว่าการมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Lavarone et al., 2014) นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์แบบสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย ได้แก่ ภรรยา มารดา หรือบุตร ซึ่งบริบทของสังคมไทยมีการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน เห็นความสำคัญและคุณค่าของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางกาย เกิดความพิการช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ และแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติ ญาติผู้ดูแลพยายามจัดการดูแล และช่วยเหลือเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในทิศทางที่ดีขึ้น (ไพรินทร์, 2556; สุนทรีย์ภรณ์, 2558; Khiewchaum et al., 2014) ประกอบกับการได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและเจ้าหน้าที่สุขภาพ เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ในการให้คำปรึกษาและแนะนำการดูแลผู้ป่วยหรือการเยี่ยมบ้านของอสม. ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมเจ้าหน้าที่สุขภาพช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถหาวิธีเหมาะสมในการจัดการแก้ปัญหาเหตุการณ์นั้นๆ ส่งผลให้มีความเครียดระดับต่ำ (Khiewchaum et al., 2014; Rivera et al., 2008)

เมื่อวิเคราะห์การเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุดสามอันดับแรก (ตาราง 5) ได้แก่ (1) พยายามควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยเท่าที่จะทำได้หรือหาวิธีจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (ร้อยละ 83.8) (2) พุดคุยปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่เคยเผชิญเหตุการณ์เดียวกันมาก่อน (ร้อยละ 80) และ (3) คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหา ควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่เผชิญอยู่ (ร้อยละ 78.5) ด้วยความรัก ความห่วงใยของญาติผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยและรู้ว่าปัญหาทางกายและพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นผลที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บสมอง จึงทำให้ญาติผู้ดูแลมุ่งมั่นในการพยายามหาวิธีการต่างๆ มาใช้เพื่อแก้ไขหรือควบคุมปัญหาเหล่านี้ เช่น การเรียนรู้ความต้องการของผู้ป่วย เฝ้ารอวาง สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการและป้องกันหรือบรรเทาความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น โดยญาติผู้ดูแลให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ใช้วิธีพูดคุย ปลอดภัย จับมือหรือนั่งข้างๆ ผู้ป่วยเพื่อทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลง นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อรับยาอย่างต่อเนื่องและขอคำปรึกษาเจ้าหน้าที่สุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เกี่ยวกับการดูแลฟื้นฟูร่างกายและวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่เหมาะสม

ส่วนการเผชิญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อยที่สุดสามอันดับแรก (ตาราง 5) ได้แก่ (1) ระบายความเครียดโดยรับประทานอาหาร สูดบุหรี่ยี่ เคี้ยวหมาก อมยาอม ใช้น้ำตามเพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.8 (2) ปลอบใจให้ผู้อื่นช่วยแก้ปัญหา ควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยแทน ร้อยละ 1.5 (3) ปลีกตัวออกไปอยู่คนเดียวหรือต้องการอยู่ลำพัง ร้อยละ 1.5 ซึ่งเป็นการเผชิญปัญหาโดยวิธีการจัดการกับอารมณ์และวิธีการบรรเทาความรู้สึก เป็นวิธีการที่บุคคลใช้ระบายความรู้สึกเครียด แสดงพฤติกรรมที่ต้องหลีกเลี่ยงจากผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้น้อยที่สุดเนื่องจากประเมินว่าการใช้วิธีดังกล่าวไม่สามารถจัดการกับอาการและพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งด้วยความรักและความห่วงใยที่มีต่อ



ผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นภรรยาและมารดาของผู้ป่วยก็ยังคงต้องทำหน้าที่ในการดูแลและช่วยเหลือบุคคลที่รักหรือสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยตนเองอย่างเต็มที่ ดังเห็นได้จากระยะเวลาที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลัก (ตาราง 1) อย่างไรก็ตาม บางสถานการณ์กลุ่มตัวอย่างจำเป็นต้องใช้วิธีจัดการกับอารมณ์และบรรเทาความรู้สึกเนื่องจากความเหนื่อยล้าจากการทำงานและความรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานและการต้องเผชิญกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยซ้ำๆ บ่อยครั้ง ส่งผลให้เกิดความเครียด จำเป็นต้องใช้วิธีการเผชิญปัญหาดังกล่าวชั่วคราวเพื่อระบายหรือบรรเทาความรู้สึกเครียด เช่น การสูบบุหรี่หรือหากเริ่มมีทะเลาะกับผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลก็จะปลีกตัวออกมาก่อนและให้คนอื่นเข้าไปอยู่ใกล้ๆ ผู้ป่วยแทนชั่วคราวจนกว่าผู้ป่วยมีอาการสงบ

### ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า ภาระการดูแลของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ระดับน้อย (ร้อยละ 63.1) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าภาระการดูแลด้านสังคม ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ส่วนใหญ่อยู่ระดับน้อย ยกเว้นภาระการดูแลด้านเศรษฐกิจอยู่ระดับมาก (ร้อยละ 50) ซึ่งอาจอธิบายได้จากปัจจัยด้านญาติผู้ดูแลและด้านผู้ป่วย ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยสังคมไทยจะมองว่าเพศหญิงเป็นบุคคลที่มีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว มีความอ่อนโยน มีความพร้อมต่อการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ดูแลได้ดีกว่าเพศชาย (Bastawrous, 2013; Sharma et al., 2016) อายุของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีทักษะ กระบวนการคิดและตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาได้ดีกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย ประกอบกับการที่ผู้ป่วยเป็นสมาชิกครอบครัว การให้การดูแลจึงเป็นบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว เช่น ภรรยาและมารดาที่ดูแลผู้ป่วยด้วยความรักห่วงใยและไม่เกิดความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบว่ามีภาระการดูแลเล็กน้อยร้อยละ 41.1 รองลงมาร้อยละ 31.1 ไม่มีภาระการดูแล (สาธิตา, 2554) และการศึกษาของกิตติชัย (2552) ซึ่งพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างมีภาระการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับน้อย

นอกจากนี้เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีภาระการดูแลด้านสังคม ด้านร่างกายและด้านจิตใจอยู่ในระดับน้อย อาจเป็นเนื่องจากแม้ว่าภายหลังบาดเจ็บสมองผู้ป่วย บางรายมีอาการแทรกซ้อนทางกายและพฤติกรรมก้าวร้าวที่ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกกังวลและไม่สามารถทำงานของตนเองหรือใช้ชีวิตทางสังคมได้ดังเดิมเพราะต้องให้การดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ย 3 - 6 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 53.8) อย่างไรก็ตามจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ( $Mdn = 6.5$  เดือน,  $IQR = 23$ ,  $Min = 3$ ,  $Max = 72$ ) ทำให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้และมีประสบการณ์การวางแผนและมีทักษะในการจัดการแก้ไขกับปัญหาที่เกิดขึ้น ร่วมกับการมีสมาชิกในครอบครัวและเจ้าหน้าที่สุขภาพให้ความช่วยเหลือ ทำให้ช่วยคลายความเครียด ความวิตกกังวล มีกำลังใจในการคงไว้ซึ่งการดูแลผู้ป่วยต่อไป ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การที่ญาติ

ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระ (Lau & Cheng, 2015) ดังนั้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่รับรู้ภาวะการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคมอยู่ระดับน้อย

อย่างไรก็ตามร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาวะการดูแลด้านเศรษฐกิจอยู่ระดับมาก (ตาราง 7) สอดคล้องกับการศึกษาของราไฟยา (Rafiyah, 2011) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทรับรู้ภาวะการดูแลด้านเศรษฐกิจระดับมาก ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเนื่องจากในการศึกษาคั้งนี้แม่พบว่าผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลจากภาครัฐแล้วก็ตาม แต่มีกลุ่มตัวอย่างบางรายแจ้งว่าไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้พิการจึงทำให้ไม่สามารถเข้าถึงการใช้บริการดังกล่าวได้ อีกทั้งปัจจุบันผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพภายหลังบาดเจ็บ (ร้อยละ 70.8) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม และแม่บ้าน ซึ่งมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 50.8) และ 10,000 - 20,000 บาท (ร้อยละ 38.5) และบางครั้งก็ต้องหยุดงานชั่วคราวเพื่อมาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์หรือรับยาตามนัด ทำให้รายได้ในครอบครัวไม่เพียงพอ (ร้อยละ 68.5) แต่มีค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของสมาชิกครอบครัวและการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถเบิกรักษาได้ เช่น ค่าเดินทางพบแพทย์ตามนัด ค่าวัสดุทางการแพทย์ ฯลฯ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลหลายรายรับรู้ว่ามีเงินไม่เพียงพอในการดูแลสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วย จึงเกิดความรู้สึกภาระการดูแลด้านเศรษฐกิจระดับมาก (กิตติชัย, 2552; รสศุคนธ์, 2553)

**ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหากับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล**

จากการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = .22, p = .01$ ) (ตาราง 7) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Huang et al., 2012; Rosdinom et al., 2013) พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์แปรปรวน มีการทำร้ายร่างกายตนเองและญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติมีความกังวลและรู้สึกเป็นภาระในการดูแล เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ให้ข้อมูลว่า เนื่องจากผู้ป่วยชายมีพลังกำลังมากและหากบางครั้งมีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งการทำร้ายตนเองและญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้หญิงไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมดังกล่าวได้ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกยากลำบากในการจัดการและเป็นภาระการดูแล อย่างไรก็ตามการศึกษาคั้งนี้ มีความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแลในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะการมีสมาชิกในครอบครัวเข้ามาดูแลช่วยเหลือและควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยซึ่งถือได้ว่าช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลด้วย

นอกจากนี้พบว่า การเผชิญปัญหาทั้งสามวิธีมีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล (ตาราง 7) โดยวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะการดูแลอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = -.38, p < .01$ ) ส่วนวิธีการบรรเทาความรู้สึกและการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำและระดับปานกลางกับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ( $r_s = .43, p < .01$ ;  $r_s = .64, p < .01$ ) ตามลำดับ (ตาราง 7) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของนาฟีอะห์และสว่างเจริญ (Nafiah & Sawangchareon, 2015) และราไฟยาและคณะ (Rafiyah et al., 2011) ซึ่งลาซารัสและโพล์คแมนกล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียด บุคคลจะประเมินว่ามีผลกระทบอย่างไรและแสวงหาการจัดการกับความเครียดนั้น จากการศึกษาญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองซึ่งสร้างให้เกิดความเครียดและความกังวลใจ หากญาติผู้ดูแลประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเหล่านั้นว่าไม่สามารถแก้ไขได้ ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ เช่น ระบายความเครียดโดยการรับประทานอาหาร สูดบุหรี่ยิ่งคิดเพื่อผ่อนคลาย เป็นต้น และวิธีการบรรเทาความรู้สึกในการจัดการปัญหา เช่น พยายามลืมปัญหา ปล่อยให้ผู้อื่นแก้ไข เป็นต้น แต่หากญาติผู้ดูแลประเมินว่าพฤติกรรมก้าวร้าวเหล่านั้นเป็นสิ่งทำหายน่า ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาในการจัดการปัญหานั้น เช่น คิดหาวิธีต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาคู่ทุกข์คู่ยากกับบุคคลที่เผชิญเหตุการณ์เดียวกันมาก่อน เป็นต้น ซึ่งวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและเห็นผลได้ในระยะยาว (Lazarus & Folkman, 1984)

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าวิธีเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระการดูแล ที่เป็นเช่นนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นภรรยาหรือมารดาของผู้ป่วย จึงให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความห่วงใยประกอบกับการที่มีระยะเวลาในการดูแลยาวนานจึงเกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์และเลือกวิธีการในการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยเลือกวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด โดยมองปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งทำหายน่า เลือกใช้วิธีการมุ่งจัดการปัญหาในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การวางแผนในการแก้ไขปัญหา การประเมินปัญหาในทางบวก การเผชิญหน้ากับปัญหา และการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ซึ่งเป็นวิธีการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (Bigatti, Steiner, & Miller, 2012) ทำให้ญาติรับรู้การมีภาระการดูแลลดลง

ส่วนวิธีการบรรเทาความรู้สึกและวิธีจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลระดับต่ำและระดับปานกลาง ตามลำดับ อาจเป็นจากการที่ญาติผู้ดูแลยอมรับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่เกิดจากผลกระทบของการได้รับบาดเจ็บสมองรุนแรงที่ไม่สามารถแก้ไขให้หายขาดได้ และบางรายเชื่อว่าเป็นจากผลกรรมที่ผู้ป่วยต้องชดใช้จากการที่เคยปฏิบัติมาแต่ก่อนได้รับบาดเจ็บ ดังนั้น ในฐานะที่เป็นภรรยาหรือมารดาของผู้ป่วยจึงต้องรับภาระหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ส่วนวิธีการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการภาระการดูแล เนื่องจากวิธีการนี้เป็นการระบายความรู้สึก นึกคิดทางด้านลบ เพื่อบรรเทาให้ตนเองรู้สึกเครียดลดลง (เช่น การสูบบุหรี่ ปลีกตัวออกไปอยู่คนเดียว) แต่ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยนั้นยังคงอยู่ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างถาวร (Lazarus & Folkman, 1984) จึงทำให้ญาติผู้ดูแลยังคงรับรู้ว่ามีภาระการดูแล

โดยสรุป ผลการศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและการดูแลของญาติผู้ดูแล อธิบายได้ว่า การได้รับบาดเจ็บสมองนอกจากส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องด้านร่างกาย สติปัญญาและการรับรู้แล้วยังมีปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่ามีผู้ป่วยมีความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมระดับน้อย โดยส่วนใหญ่แสดงลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด รุนแรงระดับน้อย และญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญปัญหาทั้งสามวิธี โดยใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือใช้วิธีการบรรเทาความรู้สึกและวิธีการจัดการกับอารมณ์ตามลำดับ ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลรับรู้การดูแลโดยรวมอยู่ในระดับน้อยและเมื่อพิจารณารายด้าน ส่วนใหญ่รับรู้การดูแลด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านร่างกายอยู่ระดับน้อย ยกเว้นรับรู้การดูแลด้านเศรษฐกิจอยู่ระดับมาก นอกจากนี้ยังพบว่าความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล และการเผชิญปัญหาทั้งสามวิธีมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล โดยวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ส่วนวิธีการบรรเทาความรู้สึกและวิธีการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล ผลการศึกษาดังกล่าวอาจเกิดจากหลายปัจจัยทั้งด้านผู้ป่วย ด้านญาติผู้ดูแล และด้านสังคม ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางกาย และจิตภายหลังการบาดเจ็บ การมีงานทำภายหลังการบาดเจ็บ การต้องพึ่งพา พฤติกรรมก้าวร้าว ปัจจัยด้านญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ การประกอบอาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ การเผชิญปัญหา ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและสังคม และแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้เจ้าหน้าที่สุขภาพและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บสมองเพื่อให้สามารถใช้วิธีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมและลดความรู้สึกเป็นภาระการดูแล

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (correlation descriptive study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล และหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองกับการดูแล และความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหากับการดูแล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคใต้ 3 แห่ง จำนวน 130 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (2) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุง (3) แบบประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวิก และ (4) แบบประเมินการรับรู้การดูแลของซาริท เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการหาค่าความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาความเที่ยง โดยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุง ด้วยวิธีการวัดซ้ำ และนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในได้ค่า .91 แบบประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวิก และแบบประเมินการรับรู้การดูแลของซาริท นำมาหาความสอดคล้องภายในใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่า .81 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการศึกษา พบว่า

1. ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าภายหลังได้รับบาดเจ็บสมองผู้ป่วยแสดงความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ( $n = 124, 95.3\%$ ) และเมื่อพิจารณาแต่ละลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า ผู้ป่วยแสดงความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ( $n = 114, 96.6\%$ ) เช่น ตะโกนด้วยความโกรธ ต่ำว่าด้วยถ้อยคำที่ไม่รุนแรง รองลงมาคือแสดงความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น (ผู้ดูแล) อยู่ในระดับน้อย ( $n = 14, 63.7\%$ ) เช่น ชวน ผลัก เป็นต้น

2. ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญปัญหาทั้งสามวิธี โดยใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาในระดับมากที่สุด ( $Mdn = 58, IQR = 6$ ) การใช้วิธีการบรรเทาความรู้สึกระดับมาก ( $Mdn = 44, IQR = 7$ ) และวิธีการจัดการกับอารมณ์ระดับน้อย ( $Mdn = 16, IQR = 4$ )

3. การดูแลของญาติผู้ดูแลโดยรวมอยู่ระดับน้อย ร้อยละ 63.1 และส่วนใหญ่รับรู้การดูแลรายด้าน คือ ด้านสังคม ด้านร่างกายและด้านจิตใจอยู่ระดับน้อย ร้อยละ 73.1, 70.0 และ 66.9 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้การดูแลด้านเศรษฐกิจอยู่ระดับมาก ร้อยละ 50.0

4. ความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = .22, p = .01$ )

5. วิธีการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ โดยวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = -.38, p < .01$ ) ส่วนวิธีการบรรเทาความรู้สึก และวิธีการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = .43, p < .01$ ;  $r_s = .64, p < .01$ ) ตามลำดับ

### ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับจำหน่ายจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิภาคใต้ 3 แห่ง จึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลระดับอื่นๆ ได้

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อเสนอแนะเพื่อเป็นประโยชน์ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลและด้านการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

#### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ร่วมเตรียมความพร้อมในการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน อาการทางกายและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บสมอง และร่วมวางแผนกับญาติผู้ดูแลในการเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาเพื่อการจัดการอาการทางกายและพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย รวมถึงการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

1.2 ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลมีระบบการส่งต่อโดยประสานงานกับหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกที่เกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บสมองให้สามารถใช้ชีวิตกลับคืนสู่สังคมหรือบูรณาการชีวิตในชุมชน (community integration) ได้อย่างเหมาะสม อาทิเช่น การประสานหน่วยงานเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์หรือสวัสดิการของผู้พิการ การให้ข้อมูลและคำแนะนำการประกอบอาชีพแก่ผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองเล็กน้อยหรือการส่งเสริมการมี

อาชีพที่เหมาะสมแก่ผู้ที่มีความพิการหรือทุพพลภาพ และการเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เช่น อสม. ซึ่งการได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมด้านสุขภาพ อาชีพ และสวัสดิการจะช่วยฟื้นฟูสภาพกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยหรือครอบครัวและแบ่งเบาภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล

## 2. ด้านการวิจัยทางการแพทย์

2.1 ศึกษาปัจจัยหรือความสัมพันธ์ของพฤติกรรมก้าวร้าวภายหลังบาดเจ็บสมอง เช่น อาการทางกายและจิตภายหลังได้รับบาดเจ็บ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพาบุคคลอื่น การทำงานภายหลังบาดเจ็บ การบูรณาการหรือมีส่วนร่วมในชุมชน เป็นต้น

2.2 การพัฒนาโปรแกรมการดูแลแบบผสมผสานด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมหรือจิตสังคมบำบัดแก่ผู้ป่วยโดยเน้นการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชนเพื่อควบคุมหรือลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง และลดภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะยาว

2.3 การขยายผลการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลระดับอื่นๆ และกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอื่นๆ เช่น ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งการติดตามผลลัพธ์สุขภาพระยะสั้นและระยะยาวของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

## เอกสารอ้างอิง

- กรรณิกา ชอบน้ำ. (2555). *การเสริมสร้างพลังอำนาจและพลังอำนาจของผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กริชนรินทร์ นาคบุตร. (2551). *การพัฒนารูปแบบการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในหอผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กิตติชัย บุญศรี. (2552). *การรับรู้ภาวะการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสภาพทางอารมณ์ของผู้ดูแลบุคคลอัมพาตที่นอนล่าง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- โกวิท สุวรรณโณ. (2556). *การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของโรคกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุขโชโตะ, และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2554). การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 26(supple), 186-189.
- เขมณัฐ ศรีพรหมภักดิ์, พชรินทร์ นินทจันทร์, และโสภณ แสงอ่อน. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในชีวิต ตราบาป ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้สึกรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 103-122.
- คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี. (2015). *กลุ่มอาการเนื่องจากการขาดสุราและการรักษาอาการขาดสุราในปัจจุบัน (alcohol withdrawal syndromes)*. ค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2560, จาก <http://med.mahidol.ac.th/ramamental/psychiatristknowledge>
- จรินทร์ยา เพชรน้อย. (2552). *ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จันทพร อธิทองดี. (2548). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่สมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- จินตนา อมรชาติ. (2556). *ผลของโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.



- ชุมพร บุญเฮง. (2557). ผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมต่อการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยติดสุรา. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ชุติมา ทองวชิระ. (2553). ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม ต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ฐิติมาภรณ์ พรหมรอด. (2552). ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ดวงกมล หน่อแก้ว, และชนุกร แก้วมณี. (กรกฎาคม 2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระในการดูแลของ ผู้ดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง. เอกสารนำเสนอในการประชุมเรื่องสร้าง เสริมสหวิชาการ ผสมผสานวัฒนธรรมไทย ก้าวอย่างมั่นใจเข้าสู่ AC, อุบลราชธานี, คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- ธนยศ เทียนศรี. (2554). ลักษณะการดูแล ปัญหาและความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใน ครอบครัว. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (2553). การบำบัดทางจิตเวชและการให้การพยาบาล. มหาสารคาม: อภิชาตการ พิมพ์.
- นันทกา สวัสดิพานิช, และสุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2554). การแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในงานวิจัยข้าม วัฒนธรรม: เทคนิคและประเด็นที่ต้องพิจารณา. วารสารสภาการพยาบาล, 26(1), 19-28.
- นิภาพร แสนสระดี. (2552). ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการทางจิต. สารนิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เนตดา วงศ์ทองมานะ. (2551). ผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของ ผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- บุญมาศ จันศิริมงคล. (2550). ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และ คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- บุษกร สำโรงทอง, พิชิต ชัยเสรี, วารุณี ฉิมยวงษ์, วินัย แก้วมณีวงศ์, และพันทิพา พงศ์กาสอ. (บรรณาธิการ) (2551). *ดนตรีบำบัด*. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทมีเดีย มาร์เก็ตติ้ง.

- ปิติพร สิริทิพากร. (2555). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะของญาติผู้ดูแล และทักษะภายในตนเอง กับ ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ปิยะพร พรหมแก้ว. (2561). *ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการและคุณภาพชีวิตของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ปิ่นชนานันท์ ตังอังคะนันท์. (2556). *การศึกษาความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2551). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 1*. กรุงเทพมหานคร: โอ กู๊ป เพรส.
- พงษ์ศักดิ์ สุวรรณมาลย์. (2557). *การรับรู้ภาวะการดูแลและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ครั้งแรก*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เพชรพร ผู้ปฏิเวธ. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- พวงแก้ว แสนคำ. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแลความเข้มแข็งในการ มองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ไพรินทร์ พัสตุ. (2556). *ความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหา พฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เพ็ญภา จายวรรณ. (2557). *ผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- รสสุคนธ์ เจืออุบลัมย์. (2553). *ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- รุ่งทิวา ขอบชื่น. (2553). Nursing care in pressure sore. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(supple), 41-46.
- รุ่งนภา เขียวชะอำ. (2558). ผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บที่สมอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(1), 103-111.
- วรรณนิษา ตุ่มประเสริฐ, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และเขมรดี มาสิงบุญ. (2552). ความต้องการความสุขสบายและการได้รับการดูแลด้านความสุขสบายในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(1), 52-65.
- วาสนา ธรรมศิริพงษ์. (2553). การพัฒนาและการประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลในการให้อาหารทางสายยางในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วิมลมาส เชาวลิต. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ศิริพรรณ ธนชัย. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์. (2549). ความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ศุภกานต์ แก่นเพชร. (2558). ประสบการณ์ภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน การจัดการอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยในเขตภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ศุภโชค สิงห์กันต์. (2559). พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง. ใน นันทวิช ลิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณิต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, และพนม เกตุมาน (บรรณาธิการ), *จิตเวชศิริราช DSM-5* (หน้า 117-120). กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทย.
- ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ. (2561). รายงานสถิติการใช้สิทธิ พรบ. รายจังหวัด. ค้นเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2562, จาก <http://rvpreport.rvpeservice.com/viewrsc.aspx?report=0486&session=16>.

สมนึก นิลบุหงา. (2556). *ระบบประสาทและการทำงาน Function Neuroanatomy*.

กรุงเทพมหานคร: แอคทีฟ พรินท์.

สมพร สันติประสิทธิ์กุล, นุสรานามเดช, และปริญญ์ กิตติธีระศักดิ์. (2555). พิชัยยาสูบต่อสุขภาพ.

ใน สุปาณี เสนาดีสัย, และสุรินทร์ กลัมพากร (บรรณาธิการ), *บุหรี่กับสุขภาพ: พยาบาลกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ* (หน้า 79 – 87). กรุงเทพมหานคร: เบนจผล.

สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2555). *สารสื่อประสาท*. ค้นเมื่อ 9 ตุลาคม 2560, จาก

[http://haamor.com/th/%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%](http://haamor.com/th/%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%BA%B8%9C%E0%B8%A2%E0%B8%A1%E0%B8%A0%E0%B8%A9%E0%B8%A8%E0%B8%A7%E0%B8%A6%E0%B8%A5%E0%B8%A4%E0%B8%A3%E0%B8%A2%E0%B8%A1%E0%B8%A0%E0%B8%9C%E0%B8%9B%E0%B8%9A%E0%B8%99%E0%B8%98%E0%B8%97%E0%B8%96%E0%B8%95%E0%B8%94%E0%B8%93%E0%B8%92%E0%B8%91%E0%B8%90%E0%B8%8F%E0%B8%8E%E0%B8%8D%E0%B8%8C%E0%B8%8B%E0%B8%8A%E0%B8%89%E0%B8%88%E0%B8%87%E0%B8%86%E0%B8%85%E0%B8%84%E0%B8%83%E0%B8%82%E0%B8%81%E0%B8%80%E0%B8%7F%E0%B8%7E%E0%B8%7D%E0%B8%7C%E0%B8%7B%E0%B8%7A%E0%B8%79%E0%B8%78%E0%B8%77%E0%B8%76%E0%B8%75%E0%B8%74%E0%B8%73%E0%B8%72%E0%B8%71%E0%B8%70%E0%B8%6F%E0%B8%6E%E0%B8%6D%E0%B8%6C%E0%B8%6B%E0%B8%6A%E0%B8%69%E0%B8%68%E0%B8%67%E0%B8%66%E0%B8%65%E0%B8%64%E0%B8%63%E0%B8%62%E0%B8%61%E0%B8%60%E0%B8%5F%E0%B8%5E%E0%B8%5D%E0%B8%5C%E0%B8%5B%E0%B8%5A%E0%B8%59%E0%B8%58%E0%B8%57%E0%B8%56%E0%B8%55%E0%B8%54%E0%B8%53%E0%B8%52%E0%B8%51%E0%B8%50%E0%B8%4F%E0%B8%4E%E0%B8%4D%E0%B8%4C%E0%B8%4B%E0%B8%4A%E0%B8%49%E0%B8%48%E0%B8%47%E0%B8%46%E0%B8%45%E0%B8%44%E0%B8%43%E0%B8%42%E0%B8%41%E0%B8%40%E0%B8%3F%E0%B8%3E%E0%B8%3D%E0%B8%3C%E0%B8%3B%E0%B8%3A%E0%B8%39%E0%B8%38%E0%B8%37%E0%B8%36%E0%B8%35%E0%B8%34%E0%B8%33%E0%B8%32%E0%B8%31%E0%B8%30%E0%B8%2F%E0%B8%2E%E0%B8%2D%E0%B8%2C%E0%B8%2B%E0%B8%2A%E0%B8%29%E0%B8%28%E0%B8%27%E0%B8%26%E0%B8%25%E0%B8%24%E0%B8%23%E0%B8%22%E0%B8%21%E0%B8%20%E0%B8%1F%E0%B8%1E%E0%B8%1D%E0%B8%1C%E0%B8%1B%E0%B8%1A%E0%B8%19%E0%B8%18%E0%B8%17%E0%B8%16%E0%B8%15%E0%B8%14%E0%B8%13%E0%B8%12%E0%B8%11%E0%B8%10%E0%B8%0F%E0%B8%0E%E0%B8%0D%E0%B8%0C%E0%B8%0B%E0%B8%0A%E0%B8%09%E0%B8%08%E0%B8%07%E0%B8%06%E0%B8%05%E0%B8%04%E0%B8%03%E0%B8%02%E0%B8%01%E0%B8%00)

สาธิตา แรกค่านวน. (2554). *ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และภาวะการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

สิวลี เปาโรหิตย์. (2550). *การพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท* โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

สุธิสา เต็มทับ. (2548). *อิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา*, วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

สุนทรีย์ภรณ์ ทองไสย. (2558). *การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน*. *วารสารกองการพยาบาล*, 42(3), 159-167.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนปี 2560*. ค้นจาก <http://www.nso.go.th/stes/2014/Pages/asp>

สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2556-2558*. ค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2560, จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1020&searchText=&pn=2>

หทัยรัตน์ ดิษฐอึ้ง. (2550). *การสอนการจัดการความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวผู้ป่วยจิตเภท* โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: วี. พรินท์.

- อนุชา พุทธิมา. (2558). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อ้อมบุญ วิลลิสุต. (2557). *อโรมาเธอราพี (Aromatherapy)*. ค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2560, จาก <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/225/%E0%B8%AD%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B9%80%E0%B8%98%E0%B8%AD%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%9E%E0%B8%B5Aromatherapy>
- อารมณั์ ปริศวงศ์. (2551). การประเมินความเครียดและการเผชิญปัญหาของครอบครัวต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ติดสุราที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อินทิรา ทาเอื้อ, เกศรินทร์ อุทริยประสิทธิ์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, และบรรพต สิทธินามสุวรรณ. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(2), 39-53.
- Aaronson, A., & Lloyd, R. B. (2015). Aggression after brain injury: a review of the current literature. *Psychiatric Annals*, 45(8), 422-426.
- Alderman, N., Knight, C., & Morgan, C. (1997). Use of a modified version of the overt aggression scale in the measurement and assessment of aggressive behaviours following brain injury. *Brain Injury*, 11(7), 503-523.
- Alderman, N., Wood, R. L., & Williams, C. (2011). The development of the St Andrew's-Swansea neurobehavioural outcome scale: validity and reliability of new measure of neurobehavioural disability and social handicap. *Brain Injury*, 25(1), 83-100.
- Almeida, T. M., Azevedo, L. C. Nose, P. M. Freitas, F. G., & Machado, F. R. (2016). Risk factors for agitation in critically ill patients. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva Journals*. 28(4), 413-419.
- Al-Rawashdeh, S. Y., Lennie, T. A., & Chung, M. L. (2016). Psychometrics of the zarit burden interview in caregivers of patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(6), 1-14.
- Arango, L. J. C., Quijano, M.C., Aponte, M., Cuervo, M.T., Nicholls, E., Rogers, H.L., & Kreutzer, J. (2010). Family needs in caregivers of individuals with traumatic brain injury from Columbia, South America. *Brain Injury*, 24(7-8), 1017-1026.

- Baguley, I. J., Cooper, J., & Felmingham, K. (2006). Aggressive behavior following traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 1*(29), 45-56.
- Bakas, T., Austin, J. K., Jessup, S. L., Williams, L. S., & Oberst, M. T. (2004). Time and difficulty of tasks provided by family caregivers of stroke survivors. *Journal of Neuroscience Nursing, 36*(2), 95-106.
- Bastawrous, M. (2013). Caregiver burden-a critical discussion. *International Journal of Nursing Studies, 50*, 431-441.
- Bayen, E., Diehl, P. P., Jourdan, C., Ghout, I., Bosserelle, V., Azerad, S.,...Azowi, P. (2013). Predictors of informal care burden 1 year after a severe traumatic brain injury: Results from the Paris-TBI-TBI study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 28*(6), 408-416.
- Bedard, M., Kuzik, R., Chambers, L., Molloy, D. W., Dubois, S., & Lever, J. A. (2005). Understanding burden differences between men and women caregivers: the contribution of care-recipient problem behaviors. *International Psychogeriatrics, 17*(1), 99-118.
- Bernstein, M. H., Colby, S. M., Bidwell, C., Kahler, C. W., & Leventhal, A. M. (2014). Hostility and cigarette use: a comparison between smokers and nonsmokers in a matched sample of adolescents. *Nicotine & Tobacco Research, 16*(8), 1085-1093.
- Bigatti, S. M., Steiner, J. L., & Miller, K. D. (2012). Cognitive appraisals, coping and depressive symptoms in breast cancer patients. *Stress Health, 28*(5), 355-361.
- Brands, I. M. H., Stapert, S. Z., Köhler, S., Wade, D. T., & van Heugten, C. M. (2014). Psychometric properties of the coping inventory for stressful situations (CISS) in patients with acquired brain injury. *Psychological Assessment, 26*(3), 848-856.
- Bryant, R. A., O'Donnell, M.L., Creamer, M. McFarlane, A.C., Clark, C.R., & Silove, D. (2010). The psychiatric sequelae of traumatic brain injury. *The American Journal of Psychiatry, 167*, 312-320.
- Chan, A. (2011). *Brain injury location tied to higher risk of aggression*, Retrieved January 9, 2018, from <https://www.livescience.com/35567-brain-injury-location-aggression.html>

- Chayaput, P., Utriyaprasit, K., Bootcheewan, S., & Thosingha, O. (2014). Coping and health problems of caregivers of survivors with traumatic brain injury. *Aquichan Journal*, 14(2), 170-183.
- Chen, C., Li, C., Wang, H., Ou, J. J., Zhou, J. S., & Wang, X. P. (2014). Cognitive behavioral therapy to reduce overt aggression behavior in Chinese young male violent offenders. *Aggression Behavior Journal*, 40, 329-336.
- Chukwujekwu, D. C., & Stanley, P. C. (2008). The modified overt aggression scale: how valid in this environment?. *Nigerian Journal of Medicine*, 17, 153–155.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2 nd ed). Hillsdaler, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. (1990). Dementia and agitation in nursing home residents. *The American Psychological Association*, 5(1), 3-8.
- Covinsky, K. E., Newcomer, R., Fox, P., Wood, J., Sands, L., Dane, K., & Yaffe, K. (2003). Patient and Caregiver Characteristics Associated with Depression in Caregivers of Patients with Dementia. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 1006-1014.
- Cusimano, M. D., Holmes, S. C., Sawicki, C., & Vranic, J. T. (2014). Assessing aggression following traumatic brain injury: a systematic review of validated aggression scales. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 29(2), 172-184.
- Dawodu, S. T., Talavera, F., Kishner, S., & Yadav, R. R. (2015). *Traumatic brain injury – Definition and pathophysiology*. Retrieved October 28, 2017, from <http://emedicine.medscape.com/article>.
- Dickens, G., Alderman, N., & Bowers, L. (2011). Potential severity of aggression behavior after acquired brain injury: implication for recording. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 586-594.
- Dillhunt - Aspillag, C., Jorgensen - Smith, T., Ehlke, S., Sosinski, M., Monroe, D., & Thor, J. (2013). Traumatic brain injury: unmet support needs of caregivers and families in Florida. *PLOS ONE Journal*, 8(12), 1-7.
- Engelborghs, S., Vloeberghs, E., Bastard, N. L., Buggenhout, M. V., Marien, P., Somers, N.,... Deyn, P. P. D. (2008). The dopaminergic neurotransmitter system is

- associated with aggression and agitation in frontotemporal dementia. *Neurochemistry International*, 52, 1052-1060.
- Family Caregiver Alliance. (2014). *Definition caregiver*. Retrieved November 6, 2017, From <https://www.caregiver.org/definitions-0>
- Ferguson, S. D., & Coccaro, E. F. (2009) History of mild to moderate traumatic brain injury and aggression in physically healthy participants with and without personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23, 230-9.
- Fikriyanti. (2014). *The post concussion symptom experience, post concussion symptom management, and quality of life in persons with mild traumatic brain injury in Indonesia*. (Unpublished Mater dissertation). Prince of Songkla University, Thailand.
- Fourtassi, M., Haijjioui, A., El Ouhabi, A., Benmassaoud, H., Hajjaj-Hassouni, N., & El Khanlichi.A. (2011). Long term outcome following mild traumatic brain injury in Moroccan patients. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 113, 716-720.
- Giles, G. M., Scott, K., & Manchester, D. (2013). Staff-reported antecedents to aggression in a post-acute brain injury treatment programme: What are they and what implications do they have for treatment?. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23(5), 732-754.
- Granacher, R. P. (2008). The epidemiology and pathophysiology of traumatic brain injury. In R. P. Granacher (Eds.), *Traumatic brain injury* (2 nd ed., pp. 1-37). New Yeork: CRC Press.
- Grover, S., Pradyumna, & Chakrabarti, S. (2015). Coping among the caregivers of patients with schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*, 24(1), 5-11.
- Gupta, A., Solanki, R. K., Koolwal. G. D., Gehlot, S. (2014). Psychological well-being and burden in caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Medical Science and Public Health*. 4(1), 70-76.
- Hammond, F. M., Bickett, A. K., Norton, J. H., & Pershad, R. (2014). Effectiveness of amantadine hydrochloride in the reduction of chronic traumatic brain injury irritability and aggression. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 29(5), 391-399.



- Hamolia, C D. (2005). Preventing and managing aggressive behavior. In G. W. Stuart & M. T. Laraia. (Eds.), *Principle and Practice of Psychiatric Nursing* (8 th ed., pp. 630-653). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Hassan, W. A. N., Mohamed, I. I., Elnaser, A. E. A., & Sayed, N. E. (2011). Burden and coping strategies in caregivers of schizophrenic patients. *Journal of American Science*, 7(5), 802-811.
- Holliday-Welsh, D.M., Gessert, C. E., & Renier, C. M. (2009). Massage in the management of agitation in nursing home residents with cognitive impairment. *Geriatric Nursing*, 30(2), 108-117.
- Huang, S. S., Lee, M. C., Liao, Y. C., Wang, W. E., & Lai, T. J. (2012). Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Taiwanese elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55, 55-59.
- Hung, S. S., Lee, M. C., Liao, Y. C., Wang, W. F., & Lai, T. J. (2012). Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Taiwanese elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55, 55-59.
- Jack, K. M. (2000). *Coping Strategies of caregiver in a home hospice setting*. (Unpublished master dissertation). Southern Connecticut State University, New Haven, United States of America.
- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the jalowiec coping scale. In C. F. Waltz, & L. Strickland. (Eds.) *Measurement of Nursing Outcome: Volume 1. Nursing Client Outcome* (pp. 287-308). NewYork, NY: Springer.
- Kate, N., Grover, S., Kulhara, P., & Nehra, R. (2013). Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 6, 380-388.
- Kay, S. R., Wolkenfeld, F., & Murrill, L. M. (1988). Profiles of aggression among psychiatric patients nature and prevalence. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(9), 539-546.
- Khiewchaum, R., Thosingha, O., Chayaput, P., & Utriyaprasit, K. (2014). Coping with traumatic brain injury using preparation program among caregivers of patients in the intensive care unit. *Siriraj Medical Journal*, 63(4), 128-131.

- Kim, Y. J. (2017). *Longitudinal relationship between emotions regulation and aggression behavior the moderating effect of caregiving*. (Unpublished doctoral dissertation). University of Pittsburgh, United States of America.
- Kim, E., & Bijlani, M. (2006). A pilot study of quetiapine treatment of aggression due to traumatic brain injury. *The Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 18(4), 547-549.
- Klum, M. A. (2012). *Coping in caregivers of family member with traumatic brain injury and effects on the caregiver quality of life* (Unpublished doctoral dissertation). University of Massey, Albany.
- Lavarone, A., Ziello, A. R., Pastore, F., Fasanaro, A. M., & Poderico, C. (2014). Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1407-1413.
- Lau, B. H., & Cheng, C. (2015). Gratitude and coping among familial caregiver of person with dementia. *Aging & Mental Health*, 8, 1-9.
- Lauber, C., Eichenberger, A., Luginbuhl, P., Keller, C., & Rossler, W. (2013). Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *European Psychiatry*, 18, 285-289.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Spring Publishing.
- Lin, P. W., Chan, W. C., Ng, B. F., & Lam, L. C. (2007). Efficacy of aromatherapy (lavandula angustifolia) as an intervention for agitated behaviours in Chinese older persons with dementia: a cross-over randomized trial. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 22, 405-410.
- Luaute, J., Plantier, D., Wiert, L., Tell, L., & The SOFMER group. (2016). Care management of the agitation or aggressiveness crisis in patients with traumatic brain injury. systematic review of the literature and practice recommendation. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59, 58-67.
- Lumporm, O. (2017). *Family hardiness, social support, and well-being of Thai traumatic brain injury family caregiver*. (Unpublished Mater dissertation). Prince of Songkla University, Songkla, Thailand.

- Manskow, U. S., Sigurdardottri, S., Roe, C., Andelic, N., Skandsen, T., Damsgard, E., Elmstahl, S., & Anke, A. (2015). Factor affecting caregiver burden 1 year after severe traumatic brain injury: a prospective nationwide multicenter study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 30*(6), 411-423.
- Mckee, A. & Daneshvar, D. H. (2015). The neuropathology of traumatic brain injury. *Hand Clinical Neurology, 127*, 45-66.
- Meythaler, J. M., Depalma, L., Devivo, M. J., Guin-refroe, S., & Novack, T. A. (2001). Sertraline to improve arousal and alertness in severe traumatic brain injury secondary to motor vehicle crashes. *Brain injury, 15*, 321-331.
- Montgomery, R. J. (2006). *Using and interpreting the montgomery borgatta caregiving burden scale* Retrieved December 14, 2017, From [https://www.researchgate.net/publication/265679222\\_Using\\_and\\_Interpreting\\_the\\_Montgomery\\_Borgatta\\_Caregiving\\_Burden\\_Scale](https://www.researchgate.net/publication/265679222_Using_and_Interpreting_the_Montgomery_Borgatta_Caregiving_Burden_Scale)
- Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 34*(1), 19-26.
- Morgan, R. O., Sail, K. R., Snow, A. L., Davila, J. A., Fouladi, N. N., & Kunik, M. E. (2013). Modeling causes of aggressive behavior in patients with dementia. *The Gerontologist, 53*(3), 738-747.
- Mortimer, D. S., & Berg, W. (2017). Agitation in patients recovering from traumatic brain injury: nursing management. *Journal of Neuroscience Nursing, 49*(1), 25-30.
- Nafiah, H., & Sawangchareon, K. (2015). The relationship between burden of care and coping strategies among caregivers of patients with schizophrenia. *Journal of Nursing Science & Health, 38*(3), 75-85.
- Noe', E., Ferri, J., Trenor, C., & Chirivella, J. (2007). Efficacy of ziprasidone in controlling agitation during post-traumatic amnesia. *Behavioural Neurology, 18*, 7-11.
- Oberst, M. T. (1990). Caregiver burden scale. Unpublished manuscript, University of Wisconsin-Madison.

- Obererst, M. T., Thomas, S. E., Gass, K. A., & Ward, S. E. (1989). Caregiver demands and appraisal of stress among family caregiver. *Cancer Nursing*, 12(4), 209-215.
- Oliver, P. C., Crawford, M. J., Rao, B., Reece, B., & Tyrer, P. (2007). Modified overt aggression scale (MOAS) for people with intellectual disability and aggressive challenging behavior: a reliability study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 368-372.
- Pahwa, R., Bromley, E., Brekke, B., Gabrielian, S., Braslow, J. T., & Brekke, J. S. (2014). Relationship of community integration of person with severe mental illness and mental health service intensity. *Psychiatric Services*, 65(6), 822-825.
- Park, S. (2010). *Effect of preferred music on agitation after traumatic brain injury* (Unpublished doctoral dissertation). University of Michigan, MI, United States.
- Pattanayok, R. D., Jena, R., Vibha, D., Khandelwal, S. K., & Tripathi, M. (2011). Coping and its relationship to quality of life in dementia caregivers. *SAGE Journals*, 10(4), 499-508.
- Pierce, L. L., & Lutz, B. J. (2009). Family caregiver. In: P. D. Larsen, & I. M. Lubkin (Eds.), *Chronic illness: Impact and intervention* (7th ed., pp. 217-252). Sudbury, MA: Jones and Barlett Publishers.
- Plantier, D., Luaute, J., & The SOFMER group. (2016). Drug for behavior disorders after traumatic brain injury: systematic and expert consensus leading to French recommendation for good practice. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59, 42-57.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of Nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Prigatano, G.P., & Gale, S.D. (2011). The current status of postconcussion syndrome. *Neuropsychiatry*, 24, 243-250.

- Rafiyah, I. (2011). *Social support, coping, and burden of family caregivers caring for persons with schizophrenia in West Java Province, Indonesia*. (Unpublished Master dissertation). Prince of Songkla University, Songkla, Thailand.
- Rafiyah, I., Suttharangse, W., & Sangchan, H. (2012). Coping and Burden of Indonesian family caregivers caring for person with schizophrenia. *Songklanagarind Medical Journal*, 30(3), 135-142.
- Raggi, A., Tasco, D., Panerai, S., Neri, W., & Ferri, R. (2015). The burden of distress and related coping processes in family caregivers of patients with Alzheimer's disease living in the community. *Journal of the Neurological Sciences*, 358, 77-81.
- Ramkumar, N. A., & Elliott, T. R. (2013). Family caregiving of persons following neurotrauma: issues in research service and policy, *Neurology Rehabilitation*, 27(1), 105-112.
- Rao, V., Rosenberg, P., Bertrand, M., Salehinia, S., Spiro, J., Vaishnavi, S.,... Miles, Q. S. (2009). Aggression after traumatic brain injury: prevalence & correlates. *The Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 21(4), 420-429.
- Rosdinom, R., Zarina, M. Z., Zanariah, M. S., Marhani, M., & Suzaily, W. (2013). Behavioural and psychological symptoms of dementia, cognitive impairment and caregiver burden in patients with dementia. *Preventive Medicine*, 57, 67-69.
- Rivera, P. A., Elliott, T. R., Berry, J. W., & Grant, J. S. (2008). Problem-solving training for family caregivers of persons with traumatic brain injuries: a randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(5), 931-941.
- Sander, A. M., Davia, L. C., Struchen, M. A., Atchison, T., Sherer, M., Malec, J. F., & Richardson, R. N. (2007). Relationship of race/ethnicity to caregivers's coping, appraisals, and distress after traumatic brain injury. *Neurology Rehabilitation*, 22, 9-17.
- Saout V., Gambart, G., Leguay, D., Ferrapie, A. L., Launay, C., & Richard, I. (2011). Aggressive behavior after traumatic brain injury. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54, 259-269.

- Scrimgeour, A. G., & Condlin, M. L. (2014). Nutritional Treatment for Traumatic Brain Injury. *Journal of Neurotrauma*, *31*, 989-999.
- Sharma, M., Chakrabarti, S., Grover, S. (2016). Gender differences in caregiving among family – caregivers of people with mental illnesses. *World Journal Psychiatry*, *6*(1), 7-17.
- Staniloiu, A., & Markowitsch, H. (2012). Gender differences in violence and aggression: a neurobiological perspective. *Social and Behavioral Sciences*, *33*, 1032-1036.
- Stéfan, A., Mathe, J. F., & The SOFMER Group. (2016). What are the disruptive symptoms of behavioral disorders after traumatic brain injury?: a systematic review leading to recommendations for good practices. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, *59*, 5-17.
- Sung, C., Perrin, B. P., Mickens, M., Cabrera, T. V., Maldonado - Jimenez, M., Cortes - Martinez, M. L.,...Arango-Lasprilla, J. C. (2013). Influence of TBI impairments and related caregiver stress on family needs in Guadalajara, Mexico. *Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, *19*, 100–118.
- Svansdottir, H. B., & Snaedal, J. (2006). *Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study*. Retrieved November 15, 2017, From, <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.600.1837&rep=rep1&type=pdf>
- Tabish, S. A., & Syed, N. (2014). Recent advances and future trends in traumatic brain injury. *Emergency Medicine Journal*, *5*(1), 1-21.
- Terry, R. E. (2017). *The influence of sense of community on the relationship Between community participation and recovery for individuals with serious mental illnesses*. (Unpublished Master dissertation). Portland State University, Portland, United States.
- Truelle, L.J., Fayol, P., Montreuil, M., & Chevignard, M. (2010). Community integration after severe traumatic brain injury in adults. *Current Opinion in Neurology*. *23*(6), 688-694.
- Varghese, A., Khakha, D. C., & Chadda, R. K. (2016). Patter 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. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, 62-69.
- Walling, S. M, Meehan, J. C, Marshall, A. D, Holtzworth-Munroe, A., Taft, C. T., (2012) The relationship of intimate partner aggression to head injury, executive functioning, and intelligence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 471-85.
- Witt, K., Dorn, R. V., & Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *Plos One Journal*, 8(2), 1-15.
- World Health Organization. (2018). *Road traffic injuries*. Retrieved October 15, 2017, From, <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>.
- Wiseman, T. A., Curtis, K., Lam, M., & Foster, K. (2015). Incidence of depression, anxiety and stress following traumatic injury: a longitudinal study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 23, 1-9.
- Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143(1), 35-39.
- Zarit S.H., Reever K.E., & Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlated of feelings of burden. *Gerontologist Journal*, 20, 649-655.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามหมายเลข.....

เรื่อง พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและภาวะการดูแลตาม การรับรู้ของญาติผู้ดูแล เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวิก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ภาวะการดูแลของซาริท

## ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (ญาติผู้ดูแลกรอกข้อมูล)

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความและเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) และ/หรือเติมข้อความในช่องว่างตามข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา ( ) พุทธ ( ) อิสลาม ( ) คริสต์ ( ) อื่นๆ.....
4. สถานภาพสมรส ( ) คู่ ( ) โสด ( ) หม้าย ( ) หย่าร้าง/แยกกันอยู่
5. ดื่มสุรา (ณ ปัจจุบัน)
  - ( ) ไม่ดื่ม
  - ( ) ดื่ม ปริมาณ.....ครั้ง/สัปดาห์
6. การสูบบุหรี่ (ณ ปัจจุบัน)
  - ( ) ไม่สูบ
  - ( ) สูบ ปริมาณ.....มวน/วัน
7. อาชีพ
  - ( ) ไม่ประกอบอาชีพ ( ) ค้าขาย
  - ( ) รับจ้าง ( ) เกษตรกรรม
  - ( ) รับราชการ/วิสาหกิจ ( ) อื่นๆ.....
8. สิทธิการรักษา (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
  - ( ) ราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) 30 บาท
  - ( ) ประกันสังคม ( ) คนพิการ
  - ( ) ประกันสุขภาพ ( ) จ่ายเอง
  - ( ) อื่นๆ ระบุ.....
9. ระดับการศึกษา
  - ( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ
  - ( ) ประถมศึกษา
  - ( ) มัธยมศึกษา
  - ( ) ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา
  - ( ) ปริญญาตรี
  - ( ) สูงกว่าปริญญาตรี

## 10. โรคประจำตัว

(...) ไม่มี

(...) มี ระบุ.....

## 11. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

(...) ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ระบุ.....

(...) ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ระบุ.....

(...) ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ระบุ.....

## ข้อมูลสุขภาพ (ผู้วิจัยเก็บข้อมูล)

1. การวินิจฉัยโรค.....

2. สาเหตุการได้รับบาดเจ็บ

(...) อุบัติเหตุบนท้องถนน

(...) ตกจากที่สูง

(...) ถูกยิง

(...) ของหนักตกทับ/หกล้ม

(...) จากการเล่นกีฬา

(...) อื่นๆ ระบุ.....

3. ตำแหน่งของสมองที่บาดเจ็บ

(...) Frontal lobe

(...) Temporal lobe

(...) Hypothalamus

(...) อื่นๆ ระบุ.....

4. ระดับความรู้สึกตัวแรกรับที่โรงพยาบาล (GCS).....คะแนน

5. ระดับความรู้สึกตัว ณ ปัจจุบัน (GCS).....คะแนน

6. การผ่าตัดที่ได้รับชมะรักษาในโรงพยาบาล

(...) ไม่มี

(...) มี จำนวน.....ครั้ง

ชนิดการผ่าตัด 1)..... วัน.....เดือน.....ปี.....

2)..... วัน.....เดือน.....ปี.....

3)..... วัน.....เดือน.....ปี.....

7. ระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บถึงปัจจุบัน.....ปี.....เดือน

8. ยาที่ผู้ป่วยได้รับ (ณ ปัจจุบัน)

(...) ไม่มี

(...) มี ระบุ.....

**ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล (ญาติผู้ดูแลกรอกข้อมูล)**

1. เพศ (...) ชาย (...) หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา (...) พุทธ (...) อิสลาม (...) คริสต์ (...) อื่นๆ.....

4. สถานภาพสมรส (...) คู่ (...) โสด (...) หม้าย (...) หย่าร้าง/แยกกันอยู่

5. อาชีพ

(...) ไม่ประกอบอาชีพ

(...) ค้าขาย

(...) รับจ้าง

(...) เกษตรกรรม

(...) รับราชการ/วิสาหกิจ

(...) อื่นๆ ระบุ.....

6. ระดับการศึกษา

(...) ไม่ได้เรียนหนังสือ

(...) ประถมศึกษา

(...) มัธยมศึกษา

(...) ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา

(...) ปริญญาตรี

(...) สูงกว่าปริญญาตรี

7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)

(...) น้อยกว่า/เท่ากับ 10,000

(...) 10,001 – 20,000

(...) 20,001 – 30,000

(...) 30,001 – 50,000

(...) มากกว่า 50,000

8. ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน (ณ ปัจจุบัน)

(...) ไม่เพียงพอ

(...) เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ

(...) เพียงพอและเหลือเก็บ

9. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

(...) บิดา – มารดา

(...) คู่สมรส

(...) พี่น้อง

(...) บุตร (...) อื่นๆ ระบุ.....

10. โรคประจำตัว
- (...) ไม่มี
- (...) มี ระบุ.....
11. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน.....ชั่วโมง
12. ระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่จำหน่ายจากโรงพยาบาล.....ปี.....เดือน
13. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย
- (...) ไม่มี
- (...) มี ระยะเวลา.....ปี.....เดือน
14. บุคคลที่ต้องดูแลนอกเหนือจากผู้ป่วย
- (...) ไม่มี
- (...) มี จำนวน.....คน
15. การช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลช่วยเหลือ (ณ ปัจจุบัน)
- (...) ไม่มี
- (...) มี (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- (...) บุคคลในครอบครัว
- (...) พ่อ/แม่ ลักษณะการดูแลช่วยเหลือ.....
- (...) สามี/ภรรยา ลักษณะการดูแลช่วยเหลือ.....
- (...) บุตร ลักษณะการดูแลช่วยเหลือ.....
- (...) ญาติ ลักษณะการดูแลช่วยเหลือ.....
- (...) เพื่อน/เพื่อนบ้าน ลักษณะการดูแลช่วยเหลือ.....
- (...) โรงพยาบาล/เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/อ.ส.ม.  
ลักษณะการดูแลช่วยเหลือ.....
- (...) รัฐบาล ลักษณะการดูแลช่วยเหลือ.....
- (...) อื่นๆ ระบุ.....
16. พฤติกรรมและ/หรืออาการเจ็บป่วยที่ญาติรู้สึกกังวล
- (...) พิการ.....
- (...) ชัก (..) ปวดศีรษะ (..) ตามัว/มองเห็นภาพซ้อน
- (...) อารมณ์แปรปรวน/หงุดหงิด/โมโหง่าย (..) สับสน
- (...) หลงลืม (..) อื่นๆ.....

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวฉบับปรับปรุง

**คำชี้แจง** ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ตรงกับลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และเลือกข้อความที่ตรงกับลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยมากที่สุด (เลือกเพียง 1 ข้อ)

**พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด:** เป็นคำพูดที่แสดงถึงความไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่น เช่น การใช้ถ้อยคำกล่าวหาหรือใช้คำหยาบที่สร้างความเสียหายหรือกระทบกระเทือนจิตใจผู้อื่น ทำให้ความมีคุณค่าของผู้อื่นลดลงหรือเสื่อมเสียชื่อเสียง รวมทั้งต่อความรู้สึกถูกคุกคามร่างกายของผู้อื่น

0. ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด
1. ตะโกนด้วยความโกรธ ต่ำว่าด้วยถ้อยคำที่ไม่รุนแรงหรือพูดถูกเหยียดหยามผู้อื่น
2. สาบแช่ง พูดถูกเหยียดหยามด้วยถ้อยคำและอารมณ์ที่รุนแรง
3. พูดข่มขู่ตนเองหรือผู้อื่นอย่างรุนแรง โดยไม่สามารถควบคุมตนเองได้
4. พูดข่มขู่ตนเองหรือผู้อื่นซ้ำๆ โดยคิดไตร่ตรองไว้ก่อนแล้ว

**พฤติกรรมก้าวร้าวที่กระทำต่อสิ่งของทรัพย์สิน:** เป็นการกระทำที่แสดงถึงการทำลายของใช้ส่วนตัวที่มีค่าของตนเอง หรือทรัพย์สินของผู้อื่นโดยไม่มีเหตุผล

0. ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่กระทำต่อสิ่งของทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น
1. ปิดประตูเสียงดัง ฉีกทำลายเสื้อผ้า ปัสสาวะรดบนพื้น
2. ขว้างวัตถุ/สิ่งของลงพื้น ตะครีองใช้ภายในบ้าน ทำลายผนังห้อง/กำแพง
3. ทำลายทรัพย์สินเครื่องใช้แตกเสียหาย เช่น พังหน้าต่าง ประตู
4. กระทำการที่ทำให้เกิดไฟไหม้ ขว้างวัตถุ/สิ่งของที่เป็นอันตราย

**พฤติกรรมก้าวร้าวที่กระทำต่อตนเอง:** เป็นการกระทำที่ทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บ เช่น ทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย

0. ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่กระทำต่อตนเอง
1. ทำร้ายตนเองโดยการ หยิก/ขีดข่วนผิวหนัง ดึงผม ตีตนเอง
2. ทำร้ายตนเองโดยการ โขกศีรษะ/ทุบกำปั้นบนกำแพง ทิ้งตัวให้ล้มกระแทกพื้น
3. ทำร้ายตนเองจนได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย เช่น แผลไหม้ ฟกช้ำ หรือฉีกขาดเล็กน้อย
4. ทำร้ายตนเองจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงหรือพยายามฆ่าตัวตาย

**พฤติกรรมก้าวร้าวที่กระทำต่อบุคคลอื่น:** เป็นการกระทำที่ใช้ความรุนแรงแก่ผู้อื่นโดยทำให้ผู้อื่นเจ็บปวด ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิต

0. ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่กระทำต่อบุคคลอื่น

- \_\_\_ 1. แสดงท่าทางที่จะทำร้ายผู้อื่น เขย่าตัว ดึงเสื้อผ้า
- \_\_\_ 2. ทำร้ายผู้อื่นโดยการกระแทก ตะ ผลัก ช่วน ดึงผม (โดยบุคคลนั้นไม่ได้รับบาดเจ็บ)
- \_\_\_ 3. ทำร้ายผู้อื่นจนทำให้บุคคลนั้นได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย เช่น ฟกช้ำ เคล็ด ถลอก เป็นต้น
- \_\_\_ 4. ทำร้ายผู้อื่นจนทำให้บุคคลนั้นได้รับบาดเจ็บรุนแรง เช่น กระดูกหัก ฟันหลุด เกิดแผลฉีกขาด ระดับลึก หมดสติ เป็นต้น

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวิก

คำชี้แจง เมื่อท่านประสบปัญหาหรือรู้สึกไม่สบายใจในการเผชิญกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย ภายหลังบำบัดเจ็บสมอง ท่านใช้วิธีการใดบ้างในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และใช้บ่อยแค่ไหน แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้

ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่ได้ใช้วิธีการนั้นเลย
นานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นนานๆครั้ง
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นเป็นบางครั้ง
บ่อยๆ	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นบ่อยครั้ง
เกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นเกือบทุกครั้งที่เกี่ยวข้องปัญหา

วิธีการเผชิญปัญหา	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อยๆ	เกือบ ทุกครั้ง
1. กังวลใจ (Emo)					
2. ระบายความเครียดด้วยวิธีการออกแรง หรือออกกำลังกาย (Con)					
3. หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น (Pal)					
4. วางเฉยต่อปัญหาที่เกิดขึ้นโดยคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างอาจเลวร้ายลงกว่านี้ก็ได้ (Pal)					
5. คิดหาวิธีการต่างๆเพื่อแก้ไขปัญหา ควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่เผชิญอยู่ (Con)					
6. ระบายความเครียดโดยรับประทานอาหาร สูดบุหรื เคี้ยวหมาก อมยาอม ใช้น้ำนมเพิ่มขึ้น (Emo)					
7. พยายามลืมปัญหาและคิดถึงเรื่องอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น (Pal)					
8. ปลอมให้ผู้อื่นช่วยแก้ปัญหา ควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ของผู้ป่วยแทน (Pal)					
9. คิดเพื่อฝัน เหม่อลอย (Emo)					
10. หากิจกรรมทำเพื่อไม่ให้ว่างและไม่คิดถึง การแสดง พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น (Pal)					



วิธีการเผชิญปัญหา	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อยๆ	เกือบ ทุกครั้ง
11. พุดคุยปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่เคยเผชิญเหตุการณ์เดียวกันมาก่อน (Con)					
12. เตรียมใจรับกับเหตุการณ์พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเอง (Emo)					
13. โกรธ สาบแช่ง สบถ สาบาน ตีโพยตีพาย ฉุนเฉียว (Emo)					
14. ยอมรับเหตุการณ์ พฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง (Pal)					
15. พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นทุกด้านอย่างรอบคอบ ปราศจากอคติ (Con)					
16. พยายามควบคุม พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยเท่าที่จะทำได้ หรือหาวิธีจัดการกับเหตุการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น (Con)					
17. ค้นหาความสำคัญหรือคุณค่า หรือข้อดีของผู้ป่วย หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Con)					
18. สวดมนต์ ภาวนา อ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (Pal)					
19. ประหม่า หงุดหงิด กระทบกระชวยใจ (Emo)					
20. พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่เผชิญอยู่ (Pal)					
21. โทษคนอื่นว่าเป็นตัวการทำให้เกิดปัญหา (Emo)					
22. พยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ พฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้นอย่างกระตือรือร้น (Con)					
23. ระบายอารมณ์กับบุคคลอื่นหรือกับสิ่งของ (Emo)					
24. ปลีกตัวออกไปอยู่คนเดียวหรือต้องการอยู่ลำพัง (Emo)					
25. เลิกคิด เพราะหมดหนทางในการแก้ปัญหา					

วิธีการเผชิญปัญหา	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อยๆ	เกือบ ทุกครั้ง
(Pal)					
26. ไม่ทำอะไรเลย โดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะ หายไปเอง (Pal)					
27. แสวงหาความช่วยเหลือจากญาติหรือเพื่อน เช่น พุดคุย ระบายความรู้สึก (Con)					
28. พยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ๆหรือหาข้อมูลเพิ่มเติม เกี่ยวกับเหตุการณ์เพื่อปัญหานั้นได้ดีขึ้น (Con)					
29. ลองใช้วิธีต่างๆที่คิดว่าสามารถแก้ปัญหาได้ดี ที่สุด (Con)					
30. เลิกใส่ใจกับเหตุการณ์เพราะคิดว่าเป็นชะตา กรรมของตน (Pal)					
31. พยายามนำประสบการณ์เดิมของตนเองหรือ ผู้อื่นมาใช้ในการแก้ไขปัญหา (Con)					
32. แยกแยะปัญหาออกเป็นส่วนๆและแก้ปัญหาไป ทีละส่วน (Con)					
33. เข้านอนและคิดว่าทุกสิ่งอาจดีขึ้นในวันพรุ่งนี้ (Pal)					
34. ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ของผู้ป่วยให้ชัดเจน (Con)					
35. ไม่คิดกังวลเชื่อว่าปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวของ ผู้ป่วยจะคลี่คลายไปในทางที่ดี (Pal)					
36. ลดความคาดหวังและตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ เช่น เคยคาดหวังว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่ ตนเองดูแลอยู่จะหายขาด แต่ต้องลดเป้าหมายลง เพียงแคให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ (Pal)					

\* Con = Confrontive (การเผชิญหน้ากับปัญหา) Emo = Emotive (การจัดการกับอารมณ์)

Pal = Palliative (การบรรเทาความรู้สึก)

หมายเหตุ การเผชิญปัญหาเพิ่มเติม.....

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้การดูแลของซาริท

คำชี้แจง ต่อจากนี้เป็นสถานการณ์ที่จะสะท้อนว่าคุณรู้สึกอย่างไรเมื่อคุณดูแลผู้ป่วย หลังจากอ่านสถานการณ์แล้ว ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นหรือความรู้สึกของคุณต่อสถานการณ์นั้น ดังนี้

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	คุณรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยไม่เป็นภาระ
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	คุณรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	คุณรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระปานกลาง
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	คุณรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระมาก
เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	คุณรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
1. คุณรู้สึกว่าผู้ป่วยร้องขอในสิ่งที่มากเกินไปจนจำเป็น (ก)					
2. คุณรู้สึกว่าเวลาของคุณใช้ไปกับผู้ป่วยจนไม่มีเวลาให้ตนเอง (จ)					
3. คุณรู้สึกเครียดที่ต้องดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งต้องรับผิดชอบงานในครอบครัวและงานตนเอง (จ)					
4. คุณรู้สึกลำบากใจกับพฤติกรรมของผู้ป่วย (จ)					
5. คุณรู้สึกโกรธเมื่ออยู่กับผู้ป่วย (จ)					
6. คุณรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยส่งผลต่อความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนของคุณ (ส)					
7. คุณรู้สึกกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (จ)					
8. คุณรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาคุณ (ก)					
9. คุณรู้สึกเครียดเมื่อต้องอยู่กับผู้ป่วย (จ)					


ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
10. คุณรู้สึกว่าคุณแม่เพราะผลจากการดูแลผู้ป่วย (ก)					
11. คุณรู้สึกว่าไม่เป็นส่วนตัวเพราะการดูแลผู้ป่วย (ส)					
12. คุณรู้สึกว่าชีวิตสังคมของคุณแม่เพราะผลจากการดูแลผู้ป่วย (ส)					
13. คุณรู้สึกไม่สะดวกในการมีเพื่อนเพราะผู้ป่วย (ส)					
14. คุณรู้สึกว่าผู้ป่วยคาดหวังที่จะให้คุณดูแล เหมือนกับว่ามีคุณเพียงคนเดียวที่พึ่งได้ (จ)					
15. คุณรู้สึกว่าเงินไม่พอที่จะดูแลผู้ป่วยรวมทั้งค่าใช้จ่ายของตัวเองด้วย (ศ)					
16. คุณรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาที่ยาวนานต่อไปได้ (จ)					
17. คุณรู้สึกว่าสูญเสียการควบคุมชีวิตตั้งแต่มาดูแลผู้ป่วย (ก)					
18. คุณคาดหวังว่าสามารถมอบหมายการดูแลผู้ป่วยให้คนอื่นได้ (ส)					
19. คุณรู้สึกไม่แน่นอนว่าต้องทำอะไรกับผู้ป่วย (จ)					
20. คุณรู้สึกว่าต้องทำอะไรมากกว่านี้ให้ผู้ป่วย (จ)					
21. คุณรู้สึกว่าสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่านี้ (จ)					
22. โดยภาพรวมทั้งหมดคุณรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ (จ)					

\* ก = ภาระด้านร่างกาย, จ = ภาระด้านจิตใจ, ส = ภาระด้านสังคม, ศ = ภาระด้านเศรษฐกิจ

หมายเหตุ ภาระการดูแลเพิ่มเติม.....

## ภาคผนวก ข

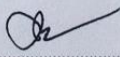
## หนังสือรับรองอนุญาตการเก็บข้อมูล

  
 เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
 โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
 สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

---

รหัสรับโครงการ: 2018 NSt - Qn 017  
 ชื่อโครงการ: พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและการระงับการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล  
 รหัสหนังสือรับรอง: PSU IRB 2018 - NSt 013  
 ชื่อหัวหน้าโครงการ: นางสาวมุขรินทร์ ทองหอม  
 หน่วยงานที่สังกัด: หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
 เอกสารที่รับรอง: 1. แบบเสนอโครงการเข้ารับการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย  
 2. เครื่องมือวิจัย  
 3. ใบเชิญชวนและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย  
 วันที่รับรอง: 12 กุมภาพันธ์ 2561  
 วันที่หมดอายุ: 12 กุมภาพันธ์ 2563

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับหลักการเบลมอนต์ (Belmont) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

  
 (ลงนาม).....  
 (รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เชาวลิต)  
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
 สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



รหัสโครงการวิจัยที่ 34/2561  
เอกสารรับรองเลขที่ 36/2561

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

โครงการวิจัย(ภาษาไทย) พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและ  
การดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล  
(ภาษาอังกฤษ) Aggressive Behaviors of Patients After Traumatic Brain Injury,  
Coping and Caregiving Burden Perceived by Family Caregiver.  
ผู้วิจัยหลัก นางสาวมุขรินทร์ ทองหอม  
ตำแหน่ง / สถานะ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่  
คณะพยาบาลศาสตร์  
สถาบัน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ได้พิจารณาเห็นชอบ  
ให้ดำเนินการศึกษาวิจัยดังกล่าวได้ เมื่อวันที่ 5 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2561 และรับรองเป็นระยะเวลา 1 ปี  
สิ้นสุดระยะการรับรอง วันที่ 4 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562

ผู้วิจัยต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชทราบตามที่คณะกรรมการฯ กำหนด เพื่อขออนุมัติดำเนินการต่อจนกว่า  
จะสิ้นสุดระยะการรับรอง

ลงนาม.....

(นางสาวปรานปีณ โรจน์เจริญงาม)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ลงนาม.....

(นายค้ำพ เดชรัตน์วิไชย)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

MAHARAJ  
SAXHON NI THAMMORAT



THE RESEARCH ETHICS COMMITTEE OF HATYAI HOSPITAL (REC-HY)  
 HATYAI HOSPITAL 182, HATYAI, SONGKHLA 90110 THAILAND  
 DOCUMENTARY PROOF OF ETHICAL CLEARANCE COMMITTEE ON HUMAN  
 RIGHTS RELATED TO RESEARCHES INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Id 23

Date 11/4/2561

Expiry Date 11/4/2562

Protocol number 23/2561

Type of reviews

Full board review

Expedited review

Exemption

Aggressive Behaviors of Patients After Traumatic Brain Injury, Coping and Caregiving Burden

Project title Perceived by Family Caregiver

Investigators Miss Mukkarin Thonghom

Institution Faculty of Nursing ,Prince of Songkhla University

Protocol

Case Report Form

Patient Information and

Informed consent form

Study Budget

Investigator's CV

others

The aforementioned documents have been reviewed and acknowledged by Committee human rights related to researches involving human subjects, based on the declaration of Helsinki

Signature of Chairman .....

Charoen Kalitwatharachai



โรงพยาบาลตรัง  
 ๒๙ ถ.โคกชัน ต.ทับเที่ยง อ.เมือง จ.ตรัง ๙๒๐๐๐  
 โทร. ๐๙๕ - ๒๐๕๕๐๐ โทรสาร ๐๙๕ - ๒๐๕๕๐๑, ๒๐๕๕๐๒  
 Trang - Hospital  
 ๒๙ Kokkhan Rd., Thapteing, Muang, Trang ๙๒๐๐๐  
 Tel. ๐๙๕ - ๒๐๕๕๐๐ Fax ๐๙๕ - ๒๐๕๕๐๑, ๒๐๕๕๐๒

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
 โรงพยาบาลตรัง

เลขที่ ๐๒๒/๒๕๖๑

ชื่อโครงการ "หตุติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและ  
 การดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล"  
 เลขที่โครงการ/รหัส ID ๐๒๒/๐๕-๒๕๖๑  
 ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวมุขรินทร์ ทองหอม  
 ที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนว  
 ปฏิญญาเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตรัง

ลงนาม.....

(นายสุกฤษฎ์ คุณาธรรม)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตรัง

ลงนาม.....

(นางจิรวรรณ อารยะพงษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

วันที่รับรอง ๓๑ พ.ค. ๒๕๖๑

วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ ๓๐ พ.ค. ๒๕๖๒

(๑ ปี นับจากวันที่รับรอง)



## ภาคผนวก ค

### ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สวัสดิ์ศ๊ะ ดิฉันนางสาวมุขรินทร์ ทองหอม นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและภาวะการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล (2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวกับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา กับภาวะการดูแลของญาติผู้ดูแล เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยท่านจะได้รับการสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่านและผู้ป่วย การเผชิญปัญหาและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวภายหลังบาดเจ็บสมอง ซึ่งผลของการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาล และนำไปใช้ในการให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลในการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เหมาะสม ระหว่างการสัมภาษณ์หากท่านรู้สึกเครียด กังวล ไม่สบายใจ สามารถขอยุติการตอบคำถามได้ทันที ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์พร้อมเปิดโอกาสให้ท่านระบายความรู้สึกและให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม

การวิจัยครั้งนี้ท่านมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ผู้วิจัยรับรองว่าข้อมูลของท่านจะนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยชื่อ และการนำเสนอข้อมูลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม ท่านสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผลโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและการดูแลที่จะได้รับ หากท่านมีข้อสงสัยในการวิจัยครั้งนี้ สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาหมายเลขโทรศัพท์ 087-2647729 หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ท่านสามารถลงนามในข้อความซึ่งอยู่ข้างล่างนี้

ลายมือชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่...../...../.....

ลายมือชื่อ.....ผู้วิจัย

(.....)


วันที่...../...../.....

ภาคผนวก ง

หนังสือตอบรับการขออนุญาตใช้เครื่องมือ

คณะพยาบาลศาสตร์
เลขรับ 1055
วันที่ 25/5/61
เวลา 14-15 น.

ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๓/๐๐๕๙๓



คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ถนนราชดำริ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๐๔ พฤษภาคม ๒๕๖๑

เรื่อง การขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

① เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

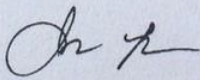
อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๓๑๑  
ลงวันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๑

ตามหนังสือที่อ้างถึง ได้แจ้งความประสงค์ขออนุญาตใช้แบบสอบถามภาวะการดูแล ของคุณสาธิตา แรกคำนวน จากวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และการดูแลผู้ป่วย ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์" ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต เพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและการดูแลตามการรับรู้ของผู้ดูแล" ของนางสาวมูขรินทร์ ทองหอม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคปกติ แบบ ๒) ดังรายละเอียดทราบแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีให้ใช้แบบสอบถามเพื่อทำวิทยานิพนธ์ฯ เรื่องดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปุนนี กาญจนถวัลย์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร  
ปฏิบัติการแทนคณบดี

② *ไอศวัน ธงชัย*

*หญิง/โปรดทราบ แล้ว*

*1167 ๖๐.๐๓.๒๕๖๑ ในชื่อ น.ศ. ๒๕๖๑.๑.๐๕*

*ธิดา*

25 พ.ค. 61

*ธิดา  
๗๕ น.ค.๖๑*

*๑๓) กลุ่มงานวิจัยโรคเรื้อรัง-ยีนศึกษา*

ฝ่ายบริหาร คณะแพทยศาสตร์  
โทร. ๐-๒๒๕๖-๔๔๖๓  
โทรสาร. ๐-๒๒๕๒-๔๔๖๓



คณะพยาบาลศาสตร์  
เลขที่รับ..... ๖๖  
วันที่..... ๓๐ มี.ค. ๖๑  
เวลา..... ๑๕.๐๐

สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล  
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐  
โทรศัพท์และโทรสาร ๐๒ ๒๐๑๑๓๐๑๑

ที่ ศอ.๐๕๑๓๗.๐๖/๗๑๒๑  
วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑  
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตามที่ นางสาวมุขรินทร์ ทองหอม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคปกติ แบบ ๒) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง "พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย หลังหลังบาดเจ็บสมอง การเผชิญปัญหาและการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก มีความประสงค์ขอใช้เครื่องมือวิจัยชื่อ "แบบวัดการเผชิญความเครียด" ของ นางสาวไพรินทร์ พัสตุ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการ กับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ (พ.ศ.๒๕๕๖) หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง อินต่อนุญาตให้ใช้ เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้ผู้วิจัยอ้างอิงถึงเครื่องมือตามกฎหมายลิขสิทธิ์ และกำหนดให้ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัยดำเนินการ กรอกแบบฟอร์ม บพร. ๑๕-๑๗ ตามที่แนบมาพร้อมนี้ แล้วส่งกลับมายัง งานบัณฑิตศึกษาและวิจัย โรงเรียนพยาบาล รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐ และชำระค่าดำเนินการ จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ฉบับ โดยโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด(มหาชน) สาขารามาธิบดี ชื่อบัญชี "เครื่องมือวิจัยโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี" เลขที่บัญชี ๐๒๖-๘-๖๔๑๙๕-๗ ประเภทออมทรัพย์

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

๑ เอ็ม ๕๐๑๑ ๒๗.  
1150๙๗.๐๓1๕๗๗๗1๕๐๗  
๓1๓๐๑๖๒๖๖ N  
๕๕๗๗  
31 มี.ค. ๖1

ขอแสดงความนับถือ  
๒๕  
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์กรพัฒนากุล)  
รองคณบดีฝ่ายวิจัย ปฏิบัติหน้าที่แทน  
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
๒๕๖๑

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม

## ภาคผนวก จ

จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่ใช้การเผชิญปัญหาทั้ง 3 วิธีโดยเรียงจากความถี่มากไปน้อย  
(N = 130)

วิธีการเผชิญปัญหา	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อยๆ	เกือบทุกครั้ง
วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา					
16. พยายามควบคุมเหตุการณ์ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย เท่าที่จะทำได้ หรือหาวิธีจัดการ กับเหตุการณ์หรือพฤติกรรม ก้าวร้าวของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น (Con)	1 (0.8%)	2 (1.5%)	2 (1.5%)	16 (12.3%)	109 (83.8%)
11. พุดคุยปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่เคยเผชิญ เหตุการณ์เดียวกันมาก่อน (Con)	3 (2.3%)	3 (2.3%)	7 (5.4%)	13 (10.0%)	104 (80.0%)
5 คิดหาวิธีการต่างๆเพื่อแก้ไข ปัญหา ควบคุมสถานการณ์หรือ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่ เผชิญอยู่ (Con)	4 (3.1%)	3 (2.3%)	1 (0.8%)	20 (15.4%)	102 (78.5%)
15 พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้น ทุกด้านอย่างรอบคอบ ปราศจากอคติ (Con)	1 (0.8%)	4 (3.1%)	4 (3.1%)	25 (19.2%)	96 (73.8%)
27. แสวงหาความช่วยเหลือจาก ญาติหรือเพื่อน เช่น พุดคุย ระบายความรู้สึก (Con)	3 (2.3%)	11 (8.5%)	13 (10.0%)	9 (6.9%)	94 (72.3%)
17. ค้นหาความสำคัญหรือ คุณค่า หรือข้อดีของผู้ป่วย หรือ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Con)	4 (3.1%)	5 (3.8%)	9 (6.9%)	19 (14.6%)	93 (71.5%)

วิธีการเผชิญปัญหา	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อยๆ	เกือบทุกครั้ง
22. พยายามที่จะเปลี่ยนแปลง สถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่าง กระตือรือร้น (Con)	5 (3.8%)	8 (6.2%)	2 (1.5%)	22 (17.0%)	93 (71.5%)
28. พยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ๆหรือ หาข้อมูลเพิ่มเติม เกี่ยวกับ เหตุการณ์เพื่อปัญหานั้นได้ดีขึ้น (Con)	3 (2.3%)	6 (4.6%)	7 (5.4%)	22 (16.9%)	92 (70.8%)
34. ตั้งเป้าหมายในการ แก้ปัญหาให้ชัดเจน (Con)	4 (3.1%)	7 (5.4%)	1 (0.8%)	34 (26.2%)	84 (64.6%)
31. พยายามนำประสบการณ์ เดิมของตนเองหรือผู้อื่นมาใช้ใน การแก้ไขปัญหา (Con)	4 (3.1%)	7 (5.4%)	3 (2.3%)	34 (26.2%)	82 (63.1%)
29. ลองใช้วิธีต่างๆที่คิดว่า สามารถแก้ปัญหาได้ดีที่สุด (Con)	3 (2.3%)	10 (7.7%)	0 (0%)	42 (32.3%)	75 (57.7%)
32. แยกแยะปัญหาออกเป็น ส่วนๆและแก้ปัญหาไปที่ละส่วน (Con)	6 (4.6%)	4 (3.1%)	6 (4.6%)	53 (40.8%)	61 (46.9%)
2. ระบายความเครียดด้วย วิธีการออกแรง หรือออกกำลังกาย (Con)	94 (72.3%)	30 (23.1%)	4 (3.1%)	2 (1.5%)	0 (0%)
วิธีบรรเทาความรู้สึก					
14. ยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ตามความเป็นจริง (Pal)	0 (0%)	3 (2.3%)	4 (3.1%)	50 (38.5%)	73 (56.2%)
3. หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น (Pal)	0 (0%)	0 (0%)	5 (3.8%)	54 (41.5%)	71 (54.6%)

วิธีการเผชิญปัญหา	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อยๆ	เกือบทุกครั้ง
36. ลดความคาดหวังและตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ (Pal)	4 (3.1%)	6 (4.6%)	20 (15.4%)	81 (62.3%)	19 (14.6%)
18. สวดมนต์ ภาวนา อ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (Pal)	13 (10.0%)	35 (26.9%)	43 (33.1%)	26 (20.0%)	13 (10.0%)
33. เข้านอนและคิดว่าทุกสิ่งอาจดีขึ้นในวันพรุ่งนี้ (Pal)	4 (3.1%)	7 (5.4%)	25 (19.2%)	81 (62.3%)	13 (10.0%)
35. ไม่คิดกังวลเชื่อว่าปัญหาจะคลี่คลายไปในทางที่ดี (Pal)	3 (2.3%)	6 (4.6%)	20 (15.4%)	89 (68.5%)	12 (9.2%)
10. หากิจกรรมทำเพื่อไม่ให้ว่างและไม่คิดถึงสถานการณ์หรือพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น (Pal)	7 (5.4%)	15 (11.5%)	66 (50.8%)	31 (23.8%)	11 (8.5%)
30. เลิกใส่ใจกับเหตุการณ์เพราะคิดว่าเพราะคิดว่าเป็นชะตากรรมของตน (Pal)	13 (10.0%)	17 (13.1%)	71 (54.6%)	23 (17.7%)	6 (4.6%)
7. พยายามลืมปัญหาและคิดถึงเรื่องอื่นๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Pal)	2 (1.5%)	15 (11.5%)	71 (54.6%)	34 (26.2%)	8 (6.2%)
4. วางเฉยต่อปัญหาที่เกิดขึ้นโดยคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างอาจเลวร้ายลงกว่านี้ก็ได้ (Pal)	9 (6.9%)	26 (20.0%)	48 (36.9%)	45 (34.6%)	2 (1.5%)
20. พยายามหลีกเลี่ยงหนีจากสถานการณ์หรือพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่เผชิญอยู่ (Pal)	10 (7.7%)	45 (34.6%)	61 (46.9%)	12 (9.2%)	2 (1.5%)
8. ปล่อยให้ผู้อื่นช่วยแก้ปัญหาควบคุมสถานการณ์หรือพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย	60 (46.2%)	46 (35.4%)	18 (13.8%)	4 (3.1%)	2 (1.5%)

วิธีการเผชิญปัญหา	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อยๆ	เกือบทุกครั้ง
แทน (Pal)					
25. เลิกคิด เพราะหมดหนทาง ในการแก้ปัญหา (Pal)	42 (32.3%)	50 (38.5%)	33 (25.4%)	5 (3.8%)	0 (0%)
26. ไม่ทำอะไรเลย โดยหวังว่า เมื่อถึงเวลาปัญหาจะหายไปเอง (Pal)	34 (26.2%)	78 (60.0%)	16 (12.3%)	2 (1.5%)	0 (0%)
วิธีการจัดการอารมณ์					
1. กังวลใจ (Emo)	3 (2.3%)	5 (3.8%)	35 (26.9%)	62 (47.7%)	25 (29.2%)
12. เตรียมใจรับกับเหตุการณ์ สถานการณ์เลวร้ายหรือ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่ อาจจะเกิดขึ้นกับตนเอง (Emo)	4 (3.1%)	12 (9.2%)	43 (33.1%)	53 (40.8%)	18 (13.8%)
13. โกรธ สาบแช่ง สบถ สาบาน ตีโพยตีพาย ฉุนเฉียว (Emo)	76 (58.5%)	25 (19.2%)	23 (17.7%)	4 (3.1%)	2 (1.5%)
19. ประหม่า หงุดหงิด กระวน กระวายใจ (Emo)	78 (60.0%)	41 (31.5%)	7 (5.4%)	2 (1.5%)	2 (1.5%)
23. ระบายอารมณ์กับบุคคลอื่น หรือกับสิ่งของ (Emo)	88 (67.7%)	20 (15.4%)	14 (10.8%)	6 (4.6%)	2 (1.5%)
24. ปลีกตัวออกไปอยู่คนเดียว หรือต้องการอยู่ลำพัง (Emo)	65 (50.0%)	36 (27.7%)	24 (18.5%)	3 (2.3%)	2 (1.5%)
6. ระบายความเครียดโดย รับประทานอาหาร สุขบุหรี เคี้ยวหมาก อมยาอม ใช้น้ำดื่ม เพิ่มขึ้น (Emo)	105 (80.8%)	18 (13.8%)	6 (4.6%)	0 (0%)	1 (0.8%)
9. คิดเพ้อฝัน เหม่อลอย (Emo)	113 (86.9%)	14 (10.8%)	2 (1.5%)	1 (0.8%)	0 (0%)

วิธีการเผชิญปัญหา	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อยๆ	เกือบทุกครั้ง
21. โทษคนอื่นว่าเป็นตัวการทำ ให้เกิดปัญหา (Emo)	112 (86.2%)	16 (12.3%)	2 (1.5%)	0 (0%)	0 (0%)



## ภาคผนวก ฉ

จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลในการรับรู้ภาวะการดูแลโดยรวมและรายด้านโดยเรียงจากมากไปน้อย (N = 130)

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
ภาวะการดูแลโดยรวม	0 (0%)	82 (63.1%)	36 (27.7%)	12 (9.2%)	0 (0%)
ภาวะการดูแลด้านเศรษฐกิจ					
15. คุณรู้สึกมีเงินไม่พอที่จะดูแลผู้ป่วยรวมทั้งค่าใช้จ่ายของตัวเองด้วย (ศ)	1 (0.8%)	13 (10.0%)	14 (10.8%)	65 (50.0%)	37 (28.4%)
7. คุณรู้สึกกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (จ)	8 (6.2%)	16 (12.3%)	48 (36.9%)	36 (27.7%)	22 (16.9%)
22. โดยภาพรวมทั้งหมดคุณรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ (จ)	13 (10.0%)	64 (49.2%)	44 (33.8%)	5 (3.8%)	4 (3.1%)
4. คุณรู้สึกลำบากใจกับพฤติกรรมของผู้ป่วย (จ)	47 (36.2%)	46 (35.4%)	30 (23.0%)	3 (2.3%)	4 (3.1%)
14. คุณรู้สึกว่าผู้ป่วยคาดหวังที่จะให้คุณดูแล เหมือนกับว่ามีคุณเพียงคนเดียวที่พึ่งได้ (จ)	38 (29.2%)	55 (42.3%)	25 (19.2%)	10 (7.7%)	2 (1.5%)
3. คุณรู้สึกเครียดที่ต้องดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งต้องรับผิดชอบงานในครอบครัวและงานตนเอง (จ)	49 (37.7%)	60 (46.2%)	14 (10.7%)	6 (4.6%)	1 (0.8%)
2. คุณรู้สึกว่าเวลาของคุณใช้ไปกับผู้ป่วยจนไม่มีเวลาให้ตนเอง (จ)	43 (33.1%)	62 (47.7%)	21 (16.2%)	3 (2.3%)	1 (0.8%)

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
9. คุณรู้สึกเครียดเมื่ออยู่กับผู้ป่วย (จ)	73 (56.2%)	32 (24.6%)	19 (14.6%)	6 (4.6%)	0 (0%)
5. คุณรู้สึกโกรธเมื่ออยู่กับผู้ป่วย (จ)	71 (54.6%)	32 (24.6%)	22 (16.9%)	5 (3.8%)	0 (0%)
21. คุณรู้สึกว่าสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่านี้ (จ)	28 (21.5%)	79 (60.8%)	17 (13.1%)	6 (4.6%)	0 (0%)
20. คุณรู้สึกว่าต้องทำอะไรมากกว่านี้ให้ผู้ป่วย (จ)	48 (36.9%)	64 (49.2%)	16 (12.4%)	2 (1.5%)	0 (0%)
16. คุณรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาที่ยาวนานต่อไปได้ (จ)	92 (70.8%)	28 (21.5%)	8 (6.2%)	2 (1.5%)	0 (0%)
19. คุณรู้สึกไม่แน่นอนว่าต้องทำอะไรกับผู้ป่วย (จ)	70 (53.8%)	43 (33.1%)	17 (13.1%)	0 (0%)	0 (0%)
ภาวะการดูแลด้านสังคม					
13. คุณรู้สึกไม่สะดวกในการมีเพื่อนเพราะผู้ป่วย (ส)	36 (27.7%)	70 (53.8%)	17 (13.1%)	5 (3.8%)	2 (1.5%)
12. คุณรู้สึกว่าชีวิตสังคมของคุณแย่เพราะผลจากการดูแลผู้ป่วย (ส)	39 (30.0%)	70 (53.8%)	14 (10.8%)	6 (4.6%)	1 (0.8%)
11. คุณรู้สึกว่าไม่เป็นส่วนตัวเพราะการดูแลผู้ป่วย (ส)	43 (33.1%)	64 (49.2%)	18 (13.8%)	4 (3.1%)	1 (0.8%)
18. คุณคาดหวังว่าสามารถมอบหมายการดูแลผู้ป่วยให้คนอื่นได้ (ส)	50 (38.5%)	54 (41.4%)	21 (16.2%)	4 (3.1%)	1 (0.8%)
6. คุณรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยกระทบต่อความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนของคุณ (ส)	43 (33.1%)	68 (52.3%)	17 (13.1%)	2 (1.5%)	0 (0%)

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
ภาระการดูแลด้านร่างกาย					
8. คุณรู้สึกว่าคุณป่วยต้องพึ่งพาคุณ (ก)	20 (15.4%)	52 (40.0%)	36 (27.7%)	19 (14.6%)	3 (2.3%)
1. คุณรู้สึกว่าผู้ป่วยร้องขอในสิ่งที่ มากเกินไปจนความจำเป็น (ก)	39 (30.0%)	75 (57.7%)	12 (9.2%)	3 (2.3%)	1 (0.8%)
10. คุณรู้สึกว่าสุขภาพของคุณแย่ เพราะผลจากการดูแลผู้ป่วย (ก)	71 (54.6%)	46 (35.4%)	11 (8.5%)	2 (1.5%)	0 (0%)
17. คุณรู้สึกว่าสูญเสียการ ควบคุมชีวิตตั้งแต่มาดูแลผู้ป่วย (ก)	78 (60.0%)	36 (27.7%)	15 (11.5%)	1 (0.8%)	0 (0%)

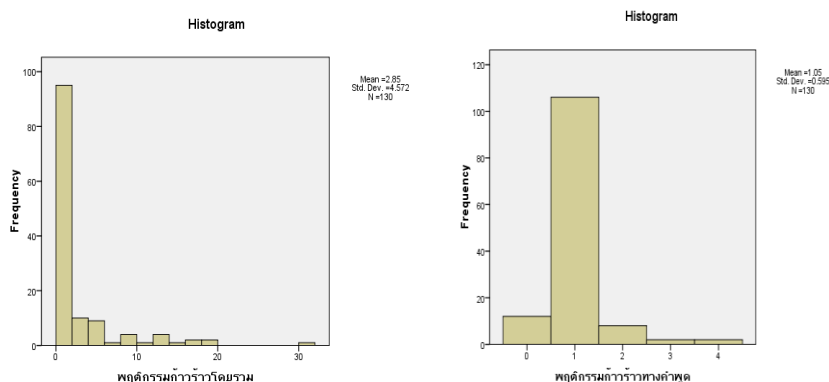
## ภาคผนวก ข

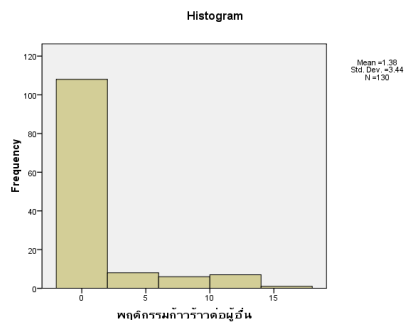
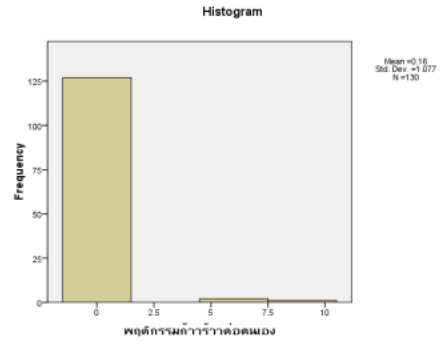
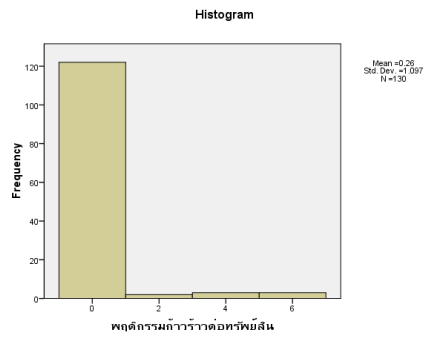
## การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

การทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (data distribution) ด้วยวิธีการหาค่าความเบ้/ความโด่ง (skewness/standard error of skewness และ kurtosis/ standard error of skewness) ซึ่งต้องได้  $\pm 3$  จากการทดสอบพบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองและภาวะการดูแล ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด

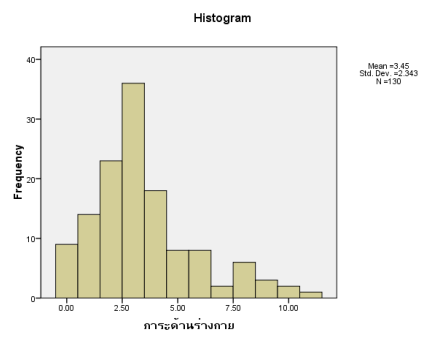
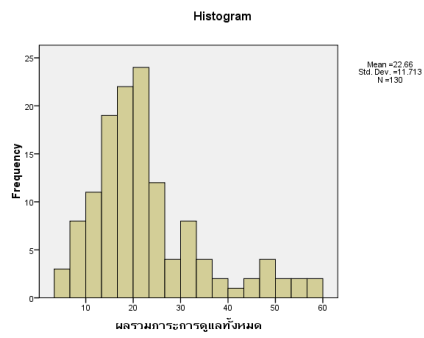
ตัวแปร	Skewness/SE	Kurtosis/SE
พฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวม	3.25/0.21 = 15.48	12.03/0.42 = 28.64
พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด	2.23/0.21 = 10.62	10.01/0.42 = 23.28
พฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน	4.37/0.21 = 20.81	18.60/0.42 = 44.29
พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง	6.86/0.21 = 32.67	47.81/0.42 = 113.83
พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น	2.53/0.21 = 12.05	5.44/0.42 = 12.95
ภาวะการดูแลโดยรวม	1.27/0.21 = 6.05	1.30/0.42 = 3.10
ภาวะการดูแลด้านร่างกาย	1.03/0.21 = 4.90	0.96/0.42 = 2.29
ภาวะการดูแลด้านจิตใจ	1.19/0.21 = 5.67	1.07/0.42 = 2.55
ภาวะการดูแลด้านสังคม	1.36/0.21 = 6.48	1.97/0.42 = 4.69
ภาวะการดูแลด้านเศรษฐกิจ	- .90/0.21 = -4.29	0.41/0.42 = 0.98

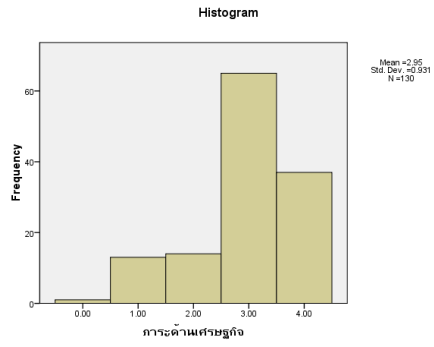
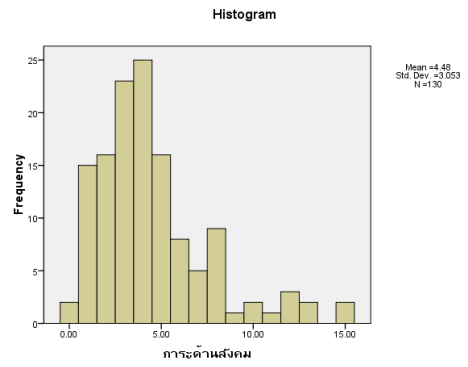
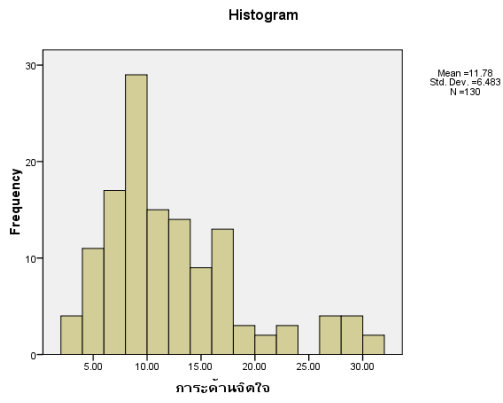
กราฟแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองโดยรวมและแต่ละลักษณะ





กราฟแสดงภาวะการดูแลโดยรวมและรายด้าน





**ภาคผนวก ข**  
**การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง**

จากสูตร  $N = [L/\gamma] + k + 1$

N หมายถึง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

L หมายถึง ค่าอำนาจการทดสอบที่ได้จากการเปิดตารางโดยการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระ (k) ทั้งหมด 2 ตัว ระดับความเชื่อมั่น  $\alpha = .05$  อำนาจการทดสอบเท่ากับ .08 และค่าขนาดอิทธิพล .30

k หมายถึง จำนวนตัวแปรอิสระที่ใช้

$\gamma$  หมายถึง ค่าอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

$$\text{จากสูตร} \quad \gamma = \frac{R^2}{1-R^2}$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าสูตร} \quad \gamma &= \frac{0.09}{0.91} \\ &= 0.10 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} N &= \left( \frac{10.90}{0.10} \right) + 3 + 1 \\ &= 109 + 4 \\ &= 113 \end{aligned}$$

## ภาคผนวก ฅ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีภาญจน์ คงสุวรรณ	สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย	สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุทางศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. พว. ภินวนันท์ นิมิตรพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (APN) หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ไฟไหม้ และน้ำร้อนลวก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	มุขรินทร์ ทองหอม	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5910420039	
วุฒิการศึกษา	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
วุฒิ		
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2557

## ทุนการศึกษา (ที่ได้รับในระหว่างการศึกษา)

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีงบประมาณ 2560

## การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

มุขรินทร์ ทองหอม, ลัพณา กิจรุ่งโรจน์, และจินตนา คำเกลี้ยง. (2561).พฤติกรรมก้าวร้าว การเผชิญปัญหา และภาวะการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล: การศึกษาเบื้องต้น (บทคัดย่อ). การประชุมวิชาการระดับชาติ นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการพยาบาลภาวะบาดเจ็บและฉุกเฉิน: คุณภาพ ความปลอดภัยและการดูแลต่อเนื่อง, ตีพิมพ์, 3-4 ธันวาคม 2561.