

ความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม
และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

ไพรินทร์ พัสดู

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2556

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม
และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

.....ไพรินทร์ พัสดู.....

นางสาวไพรินทร์ พัสดู

ผู้วิจัย

.....ดร. ศุภร วงศ์ทัญญู.....

อาจารย์ ศุภร วงศ์ทัญญู,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....คุณหญิง ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม.....

รองศาสตราจารย์ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม,

D.S.N. (Adult Health Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ.....

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.,ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....ดร. อรสา พันธุ์ภักดี.....

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ภักดี,

พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหาร

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม
และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2556

ไพรินทร์ พัสตุ

นางสาวไพรินทร์ พัสตุ

ผู้วิจัย

ประภาพร จินนุทยา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภาพร จินนุทยา,

พย.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

รองศาสตราจารย์ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม,

D.S.N. (Adult Health Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

บรรจง มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.,ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

สุปรีดา มั่นคง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุปรีดา มั่นคง,

Ph.D. (Gerontological Nursing)

ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศุภกร วงศ์ทัญญู

อาจารย์ ศุภกร วงศ์ทัญญู,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

วินิต พัวประดิษฐ์

ศาสตราจารย์ วินิต พัวประดิษฐ์,

พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ดร. ศุภกร วงศ์วาทัญญู ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบ ให้คำชี้แนะ เสนอแนะแนวทางจนกระทั่งสำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง ที่ให้คำชี้แจงในการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภาพร จินันทุยา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้อย่างดียิ่งและเสนอแนะแนวทางเพื่อปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย อาจารย์นพ. ไกรศรี จันทร่า ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศาสตราจารย์พญ. นันทิกา ทวิชาชาติภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร. ประภาพร จินันทุยาและผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร. ดวงกมล วัฒราคุลย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย นางสาวศิริวรรณ เครือวริยะพันธ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ มงกุฎเพชรรัตนชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จได้เป็นอย่างดี และเกิดประโยชน์ต่อญาติผู้ดูแลรายอื่นต่อไป

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทยที่กรุณาให้โอกาสผู้วิจัยในการพัฒนาตนเอง สนับสนุนทั้งในด้านความรู้ เวลา ทุนการศึกษา และขอบคุณคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทยทุกท่าน รวมทั้งครอบครัวของผู้วิจัยที่ให้การสนับสนุน และให้กำลังใจตลอดการศึกษานี้เป็นอย่างดีจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ไพรินทร์ พัสตุ

ความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

FAMILY CAREGIVER'S STRESS, COPING, AND MANAGEMENT OF BEHAVIORAL AND EMOTIONAL PROBLEMS FOLLOWING TRAUMATIC BRAIN INJURY

ไพรินทร์ พัสตุ 5236599 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : สุกร วงศ์พัญญู, Ph.D. (NURSING), ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, D.S.N. (ADULT HEALTH NURSING)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียด และวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป จำนวน 47 ราย เก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล แบบสอบถามการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ แบบวัดการเผชิญความเครียด และแบบสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลหลักกับวิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยสถิติบรรยาย ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะมากที่สุด ได้แก่ ด้านอารมณ์ มีระดับความเครียดมากที่สุด ร้อยละ 36.17 ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ใช้วิธีการบรรเทาความรู้สึกเครียด และการจัดการกับอารมณ์รองลงมาตามลำดับ มีวิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์จำแนกตามวิธีการได้ 14 วิธี ดังนี้ 1) ให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ลดสิ่งกระตุ้น 2) จัดกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ 3) การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โดยใช้คำพูด 4) รับฟังผู้ป่วย ออทนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 5) ปรับเปลี่ยนสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม 6) ให้อุทิศตัวผู้ป่วยยอมรับเป็นผู้จัดการกับสถานการณ์ 7) ปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ 8) เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ 9) ช่วยจดจำ กระตุ้นเตือน ใช้เครื่องช่วยจำ 10) ฟื้นฟูความจำ ความคิดของผู้ป่วย 11) ฝึกฝนการควบคุมอารมณ์ของผู้ป่วย 12) ช่วยเหลือการทำกิจกรรม กิจกรรมประจำวัน และกิจกรรมในการดำรงชีวิต 13) ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม และ 14) ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้วิธีการดังกล่าวที่ผู้ดูแลใช้ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนตัวของญาติผู้ดูแลและลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลในการพยาบาลญาติผู้ดูแลที่มีความเครียดจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ และพัฒนาแนวทางวิธีการจัดการกับปัญหาดังกล่าว รวมทั้งเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ญาติผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพต่อไป

FAMILY CAREGIVER'S STRESS, COPING, AND MANAGEMENT OF BEHAVIORAL AND EMOTIONAL PROBLEMS FOLLOWING TRAUMATIC BRAIN INJURY

PAIRIN PATSADU 5236599 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPORN WONGVATUNYU, Ph.D. (NURSING),
YUPAPIN SIRAPO-NGAM, D.S.N (ADULT HEALTH NURSING)**ABSTRACT**

The present descriptive study aimed at investigating family caregivers' stress, coping, and The management of behavioral and emotional problems following traumatic brain injury. The stress theory of Lazarus and Folkman was employed as the conceptual framework of the study. The study sample consisted of 47 family caregivers of patients with behavioral and emotional problems following traumatic brain injury, three months after hospital discharge. Data were collected by means of the patients' and family caregivers' demographic characteristics questionnaire, the behavioral and emotional changes following traumatic brain injury questionnaire, the stress coping questionnaire, and the family caregivers' management of behavioral and emotional problems after traumatic brain injury questionnaire. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The study findings revealed that as regards behavioral and emotional problems, following traumatic brain injury, the patients had more emotional problems than behavioral problems, and 36.17% of the family caregivers used problem-focused coping, followed by stress relieving and emotion-focused coping, respectively. Moreover, family caregivers used 14 methods to manage behavioral and emotional problems as follows: 1) letting the patients be by themselves and reducing stimuli, 2) arranging activities to distract their attention, 3) managing behavioral and emotional problems verbally, 4) listening to the patients and being patient with the situations, 5) adjusting the situations or environments, 6) letting a person accepted by the patients deal with the situation, 7) consulting healthcare personnel, 8) monitoring accidents, 9) stimulating patients' memory and using a reminder, 10) restoring patients' memory and cognition, 11) training patients' emotional control, 12) assisting patients' activities of daily living, 13) adjusting the environment, and 14) providing continuous care. The methods were selected by family caregivers based on their personal factors and patients' conditions.

The study findings could be used as baseline data to plan for nursing care practices for family caregivers suffering from stress due to patients' behavioral and emotional changes and to develop a practice guideline on management of behavioral and emotional problems so as to ensure continuity of care and enabling family caregivers to effectively provide quality care to patients after traumatic brain injury.

**KEY WORDS: FOLLOWING TRAUMATIC BRAIN INJURY / STRESS / OF
MANAGEMENT BEHAVIORAL AND EMOTIONAL**

215 page

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 กรอบแนวคิดการวิจัย	5
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	8
1.4 คำถามการวิจัย	8
1.5 คำจำกัดความ	8
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
1.7 คำจำกัดความ	9
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	11
2.1 การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic brain injury)	12
2.2 การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ	19
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล (Caregiver)	26
2.4 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์	29
2.5 ทฤษฎีความเครียดของลาซารัส	33
2.6 วิธีจัดการกับปัญหาผู้ป่วยพฤติกรรมและอารมณ์ของญาติผู้ดูแล	37
2.7 สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	39
3.1 ประชากร	39
3.2 กลุ่มตัวอย่าง	39
3.3 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	40
3.4 สถานที่ใช้ในการศึกษา	41
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
3.6 การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย	47
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล	48
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	50
บทที่ 4 ผลการวิจัย	53
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลัง บาดเจ็บที่ศีรษะ	53
ส่วนที่ 2 ลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ ศีรษะ	57
ส่วนที่ 3 ความเครียดและระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลหลัก	64
ส่วนที่ 4 การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล	75
ส่วนที่ 5 วิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของญาติผู้ดูแลในผู้ป่วย ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ	80
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	92
5.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	92
5.2 ลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ	94

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
5.3 สถานการณ์ความเครียด และระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยที่มี ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ	99
5.4 ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ต่อญาติผู้ดูแลหลัก สมาชิกใน ครอบครัว และบุคคลอื่นโดยรอบผู้ป่วย	103
5.5 การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ	107
5.6 วิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ของญาติผู้ดูแล	112
5.7 สรุป	114
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	117
6.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	118
6.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	122
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	124
บทสรุปแบบสมบูรณ์แบบภาษาอังกฤษ	145
รายการอ้างอิง	167
ภาคผนวก	178
ประวัติผู้วิจัย	215

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์	54
4.2 จำนวนและร้อยละข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	55
4.3 จำนวนและร้อยละลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์	58
4.4 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลหลักจำแนกตามระดับความเครียด	69
4.5 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของญาติผู้ดูแลในการเผชิญความเครียด รายด้านและโดยรวมเมื่อคิดจากคะแนนจริง	75
4.6 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของญาติผู้ดูแลในการเผชิญความเครียด รายด้านเมื่อคิดจากคะแนนสัมพัทธ์	76
4.7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดรายข้อสูงสุด 5 อันดับแรก	77
4.8 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดรายข้อน้อยสุด 5 อันดับแรก	78

สารบัญภาพ

ภาพ

หน้า

- 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)

7

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญระดับโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการ และเสียชีวิตของประชากร ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางขึ้นไป จากการศึกษาอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บที่ศีรษะในต่างประเทศ เช่น ประเทศในทวีปยุโรป มีอุบัติการณ์ของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 235 รายต่อประชากร 100,000 รายต่อปี ประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 150 ราย ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี (McAllister, 2008) สำหรับประเทศไทย มีการรวบรวมสถิติสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรปี พ.ศ. 2552 พบว่าอุบัติเหตุเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตเป็นอันดับสอง มีจำนวน 35,304 รายต่อประชากร 100,000 ราย (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553) นอกจากนี้อุบัติเหตุยังเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและบาดเจ็บ โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่ศีรษะ (นิภาวรรณ สามารถกิจและสุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2544) จากสถิติอุบัติการณ์บาดเจ็บที่ศีรษะของโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลรามธิบดี มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2543-2553 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทางสถิติตามรหัสของ International statistical Classification of Disease and Related Health Problems 10th Revision version for 2006 volume 3 (ICD 10) พบว่า จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบ่งออกเป็นผู้ป่วยใน 1,315 ราย ผู้ป่วยนอก 1,211 ราย (หน่วยข้อมูลและสถิติ โรงพยาบาลรามธิบดี, 2553) และสถิติของหน่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปี พ.ศ. 2552 พบอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บที่ศีรษะ 239 ราย (หน่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2553) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางจราจร พบมากที่สุดร้อยละ 53-80 (รุ่งศักดิ์ ศิวานุวัฒน์, 2550) รองลงมา ได้แก่ หกล้ม พลัดตกจากที่สูง ถูกทำร้ายร่างกาย หรือบาดเจ็บจากการเล่นกีฬา เป็นต้น

ขณะที่วิวัฒนาการด้านการรักษา และช่วยชีวิตขั้นสูง (advanced life support) รวมทั้งเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้าและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะลดลง โอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น สิ่งที่หลงเหลืออยู่ ได้แก่ ความพิการด้านร่างกาย การ

เปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ และกลุ่มอาการภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ (post traumatic brain injury) เช่น อาการปวดศีรษะ ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ส่งผลต่อความสามารถในการทำงาน และการประกอบอาชีพ เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว (Hart et al., 2003) นอกจากความพิการด้านร่างกายแล้ว อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ (Kim, 2002) สามารถพบได้ร้อยละ 70 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2551) ขึ้นอยู่กับระดับของความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ และพยาธิสภาพต่อสมองในส่วนต่างๆ เช่น การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (mild traumatic brain injury) ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องเรื่องความจำ มีอารมณ์ซึมเศร้า (Rapoport, McCauley, Leven, Song & Feinstein, 2002) การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง พบว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป (Godfrey et al., 2003) อะอะ ไวยวาย สับสน (Hart et al., 2003; Testa, Malec, Moessner & Brown, 2006) แต่การบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับรุนแรงมีการกล่าวถึงน้อย เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิต ร้อยละ 50 (นิภาวรรณ สามารถกิจและสุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2544) ดังนั้น ผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ นอกจากมีความต้องการการดูแลด้านร่างกาย การช่วยเหลือปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ยังต้องการการดูแลด้านอื่นๆ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ด้วย

บริบทสังคมไทย ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น มารดา บิดา พี่น้องหรือภรรยา เป็นต้น (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ซึ่งการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นกลุ่มอาการเรื้อรัง ที่ก่อให้เกิดความพิการด้านร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงด้านการคิด อารมณ์ พฤติกรรม และบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย จึงต้องการญาติผู้ดูแลเช่นเดียวกัน การบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ญาติผู้ดูแลอาจเกิดความเครียดจากภาวะดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะและกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่าเป็นความเครียด (ศิริลักษณ์ แก้วศรีวิทย์, 2549) หากญาติผู้ดูแลต้องประกอบอาชีพด้วย อาจส่งผลกระทบต่อการค้างานบทบาท และเศรษฐกิจของครอบครัว จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะนอกจากผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว (Kersel, Marsh, Havills & Sleights, 2001) เนื่องจาก ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วย ต้องหาแนวทางการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการดำเนินชีวิตเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตลอด

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นปัญหาสำคัญสำหรับญาติผู้ดูแลหลัก เนื่องจากสถานการณ์ไม่คงที่ สามารถเปลี่ยนแปลงได้

ตลอดเวลา ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลหลักเกิดความเครียด (Wells, Dywan & Dumas, 2005) เนื่องจากไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus's Theory) ที่อธิบายถึงความเครียดไว้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อตนเอง และจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการจัดการอย่างเต็มที่ หรือเกินกำลัง ความเครียดขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (resources) ของบุคคลนั้น (Lazarus & Folkman, 1984) หากญาติผู้ดูแลหลักประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งคุกคามต่อสวัสดิภาพ และไม่สามารถจัดการสถานการณ์นั้นได้ จึงเกิดความเครียด

เมื่อญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นความเครียด ทำให้ญาติผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวรู้สึกเป็นทุกข์ ระบบครอบครัวเสียสมดุล เกิดความเครียด บทบาท หน้าที่ และการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลง (Degeneffe, & Lynch, 2006) รู้สึกท้อแท้ และเบื่อหน่ายต่อการดูแลผู้ป่วย จึงค้นหาวิธีการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไป (Hank, Rapport, & Vangel, 2007) หากไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ ไม่มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ญาติผู้ดูแลอาจใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านลบ เช่น ละเลยหรือทอดทิ้งผู้ป่วย (Hank, Rapport, & Vangel, 2007) เนื่องจากมีความอับอายจากพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย เบื่อหน่ายผู้ป่วย ทุกข์ใจจากปัญหาที่เกิดขึ้น (Wells, Dywan, & Dumas, 2005) ละเลยต่อการดูแล ไม่ใส่ใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง หรืออาจมีการเผชิญความเครียดในด้านบวก เช่น การพยายามหาหนทางช่วยเหลือผู้ป่วย จากวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลมีความเชื่อมโยงกับวิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ จากประสบการณ์การปฏิบัติงานผู้วิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลหลัก จัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวตามปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เช่น การผูกมัด การกักขัง เพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้ป่วย การใช้ความรุนแรงทางวาจา เป็นต้น

ถึงแม้ว่าญาติผู้ดูแลหลัก มีความสำคัญต่อการช่วยดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ได้อย่างต่อเนื่อง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาวิจัยในต่างประเทศ และประเทศไทยมุ่งเน้นแตกต่างกัน ต่างประเทศมุ่งเน้นการศึกษาวิจัยปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ การติดตามอาการระยะยาว และผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลหลักรวมทั้งสมาชิกในครอบครัว (Hanks, Rapport, & Vangel, 2007; Riley, 2007; Wells, Dywan, & Dumas, 2005)

นอกจากนี้ เน้นผลกระทบปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อญาติ ผู้ดูแลหลักในระยะยาว ทั้งด้านสุขภาพกาย เช่น โรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า (Harris, Godfray, Partridge, & Knight, 2001) รวมทั้งด้านบทบาทหน้าที่ของญาติ ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวด้วย แต่การศึกษาวิจัยและการรายงานการวิจัยเท่าที่ปรากฏในประเทศไทยช่วงทศวรรษที่ผ่านมา พบว่า มุ่งเน้นด้านแนวทางการรักษาอาการ ผลการรักษา แนวทางการช่วยชีวิตผู้ป่วย การป้องกันความพิการด้านร่างกาย ความบกพร่องทางกาย การติดตามอาการภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะสั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัย พบว่า ญาติผู้ดูแล เน้นการดูแลผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะในด้านร่างกาย รวมทั้งระดับการดูแลด้านร่างกายอยู่ในระดับมาก (ชนัญชิตา โพธิประสาธ, 2547) แต่การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะพบน้อย นอกจากนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลเผชิญกับความเครียดจากสถานการณ์ดังกล่าวด้วย

ระบบการติดตามผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในประเทศไทยเป็นการติดตามอาการระยะสั้น หรือขาดการส่งต่อผู้ป่วยที่ดี จะเห็นได้จากหลักฐานรายงานการติดตามมีจำนวนน้อย (หน่วยสัลยกรรมอุบัติเหตุโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2553) แต่เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์ และการพยาบาลที่ไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลหลักได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาลไม่เพียงพอ ขาดความรู้ความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และไม่ทราบแนวทางแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง อีกทั้ง ญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้ไม่ได้รับช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ และผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวพบค่อนข้างน้อย การศึกษาวิจัยที่บ่งชี้ถึงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะต่อญาติผู้ดูแลในด้านต่างๆ ไม่ชัดเจน บางงานวิจัยมีการกล่าวถึงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และวิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อเข้าใจถึงความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลจากสถานการณ์ดังกล่าว ให้ความสำคัญและตระหนักถึงผลกระทบของปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะยาวก่อให้เกิดความเครียดต่อญาติผู้ดูแล การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้มีความเข้าใจลึกซึ้งในปรากฏการณ์มากยิ่งขึ้น นำความรู้ที่ได้จากการวิจัยมาเป็นพื้นฐานประยุกต์ใช้ รวมทั้ง สามารถให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม

และอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะรายอื่นๆ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลหลักเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.2 กรอบแนวคิดทฤษฎีในการวิจัย

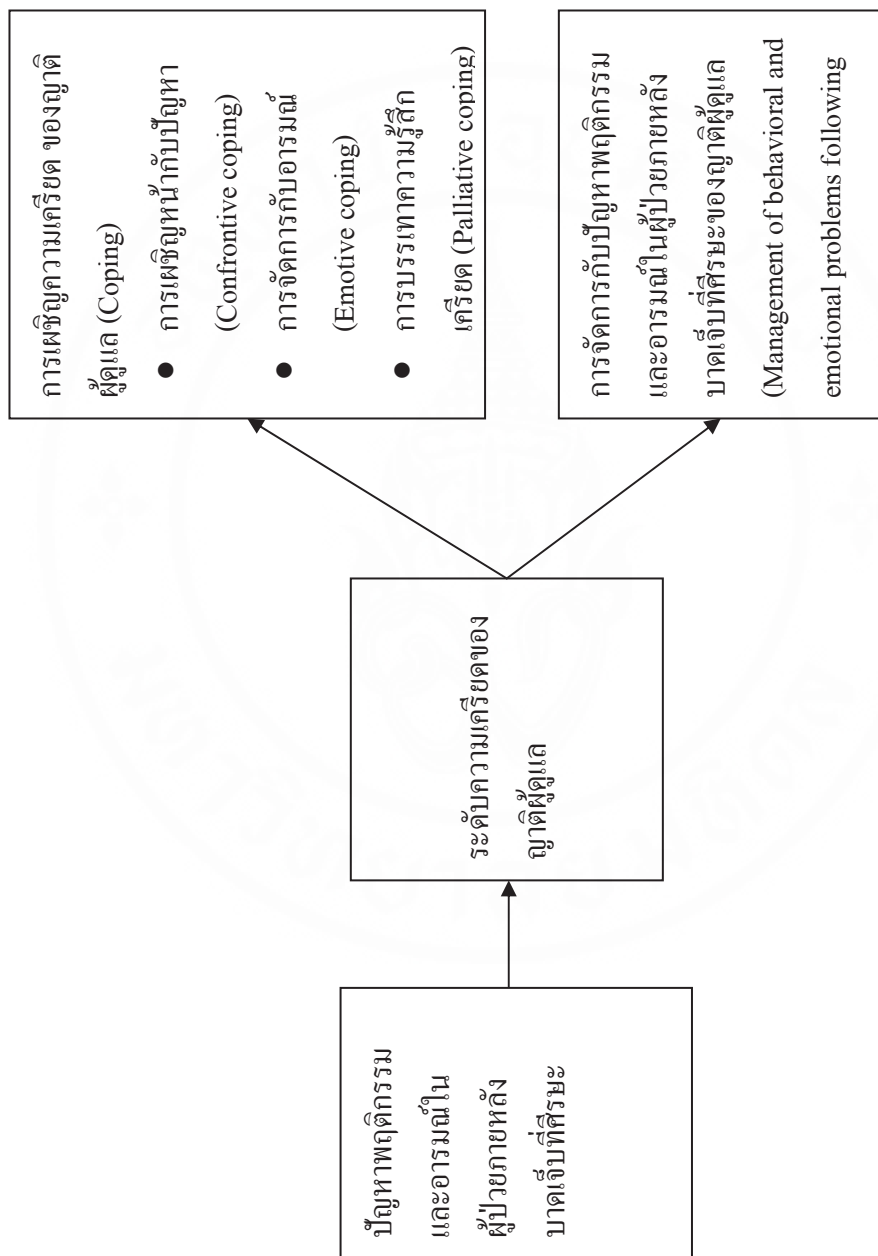
การศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยนำมาอธิบายไว้ดังนี้ ความเครียด (stress) หมายถึง เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพและสุขภาพตนเอง ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุล โดยผ่านกระบวนการความรู้สึกรู้สึกนึกคิด และบุคคลประเมินระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่และต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการปรับตัวอย่างเต็มที่ หรือเกินกำลัง (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2544) เมื่อเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ญาติผู้ดูแลมีการประเมินตัดสิน (cognitive appraisal) รวมทั้งให้ความหมายของเหตุการณ์นั้น ว่าส่งผลต่อสวัสดิภาพของตนเองโดยการประเมินตัดสินใจของญาติผู้ดูแล ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ 1) ชนิดปฐมภูมิ (primary appraisal) หมายถึงการประเมินและตัดสินใจเกี่ยวกับความสำคัญ และความรุนแรงของเหตุการณ์ 2) การประเมินชนิดทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์ และทางเลือก ที่จะจัดการกับเหตุการณ์ และ 3) การประเมินตัดสินใหม่ (reappraisal) การเปลี่ยนแปลงการประเมินของญาติผู้ดูแล เมื่อได้รับข้อมูลของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ามาใหม่หรือการประเมินพิจารณาเหตุการณ์ และปัญหาที่เกิดขึ้นซ้ำโดยอาศัยข้อมูลที่มีอยู่ และได้รับมาทั้งหมด

ดังนั้น หากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ญาติผู้ดูแลประเมินว่ามีความสำคัญน้อย ระดับความรุนแรงต่ำ และตนเองสามารถจัดการได้จากแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพียงพอ จึงประเมินเหตุการณ์นั้นว่าไม่มีผลกระทบแก่ตนเอง และไม่เกิดภาวะเครียด (non-stressful) แต่หากว่าญาติผู้ดูแลให้ความสำคัญต่อเหตุการณ์ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะอยู่ในระดับมาก และมีความรุนแรงต่อสวัสดิภาพของตนเองอยู่ในระดับมาก รวมทั้งมีการประเมินชนิดทุติยภูมิร่วมด้วย พบว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ไม่เพียงพอและไม่มีทางเลือกในการจัดการ จึงประเมินเหตุการณ์นั้นว่าเป็นภาวะเครียด (stressful) หากบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้น จะแสดงความเครียด ความวิตกกังวล และพยายามที่จะเผชิญกับความเครียด (coping) จากการกระทำ และความคิด พยายามใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มากกว่าภาวะปกติเพื่อจัดการกับความเครียดและเป็นกระบวนการ

ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ 1) มุ่งการแก้ปัญหา (problem-focused coping) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดโดยมุ่งจัดการกับแหล่งความเครียด และ 2) มุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) เป็นการปรับอารมณ์ หรือความรู้สึกของตนเอง โดยบุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 2 วิธีร่วมกัน

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาของจาโลวีก ได้นำเอาแนวคิดทฤษฎีของลาซารัส (Lazarus ' Theory) ไปสร้าง และพัฒนาเครื่องมือวัดการเผชิญความเครียด ได้สรุปวิธีการเผชิญความเครียด ออกเป็น 3 วิธี ได้แก่ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) เป็นวิธีการเผชิญความเครียด โดยการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดไปในทางที่ดีขึ้นเป็นการเปลี่ยนแปลงการกระทำ และสิ่งแวดล้อม (Jalowiec, 1988 อ้างในมณฑา ลิมทองกุลและสุภาพ อารีเอื้อ, 2552) ญาติ ผู้ดูแลเองจะมุ่งแก้ไขปัญหาด้านการจัดการกับอาการ รวมทั้งสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรม และ อารมณ์โดยตรง เช่น การนำผู้ป่วยไปปรึกษาแพทย์ และกลับมารับการตรวจรักษา เป็นต้น 2) การจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) เป็นการระบายอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด หรือจัดการกับอารมณ์ จากการเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Jalowiec, 1988 อ้างในมณฑา ลิมทองกุลและสุภาพ อารีเอื้อ, 2552) โดยญาติผู้ดูแลจะระบายอารมณ์ และความรู้สึกของตนเอง ซึ่งเกิดจากสถานการณ์ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น อารมณ์โกรธ ความรู้สึกเหนื่อยล้า ความเครียด ญาติผู้ดูแลอาจใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการอยู่ตามลำพังเพื่อพักผ่อน หรือทำกิจกรรมต่างๆที่ตนเองชอบ เป็นต้น และ 3) การบรรเทาความรู้สึกเครียด (palliative coping) โดยการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ตรงกับความเป็นจริง (Jalowiec, 1988 อ้างในมณฑา ลิมทองกุลและสุภาพ อารีเอื้อ, 2552)

ดังนั้น เมื่อญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และ อารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยการประเมินตัดสินทั้ง 3 ประเภท ตามแนวคิดของลาซารัส (Lazarus ' s theory) ว่าเป็นความเครียดจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน ได้แก่ การจัดการกับอารมณ์และการบรรเทาความรู้สึกเครียดและการเผชิญหน้ากับปัญหานอกจากนี้ ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะผู้ป่วยอาจมีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ที่แตกต่างกัน เนื่องจากพยาธิสภาพต่อสมอง และระดับการบาดเจ็บที่ศีรษะแตกต่างกัน ญาติผู้ดูแลต้องจัดการ ดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย จึงค้นหาวิธีจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าว โดยสรุปได้ว่าปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วย ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อญาติผู้ดูแล สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังแสดงไว้ใน ภาพที่ 1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียดของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. เพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ
3. เพื่อศึกษาวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล

1.4 คำถามวิจัย

1. ความเครียดของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ อยู่ในระดับใด และเป็นอย่างไร
2. การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นอย่างไร
3. วิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในการดูแลผู้ป่วย ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล เป็นอย่างไร

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study) เพื่อศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วย ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยทำการศึกษาในญาติผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ มารับการตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอกระบบศัลยกรรมประสาท ของโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลรามธิบดีสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สังกัด สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 7.30-15.00 ช่วงระหว่าง เดือนเมษายน พ.ศ. 2554 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2554

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เห็นความสำคัญ และมีความตระหนักถึงผลกระทบของปัญหาพฤติกรรม และ อารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะต่อญาติผู้ดูแล
2. เข้าใจ ถึงความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการของญาติผู้ดูแลต่อปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ
3. นำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้เพื่อให้ความช่วยเหลือ เพิ่มศักยภาพของญาติผู้ดูแล และสามารถแนะนำแก่ญาติผู้ดูแลที่มีความเครียด จากการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะต่อไป

1.7 คำจำกัดความ

ความเครียดของญาติผู้ดูแล หมายถึง ภาวะที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยการประเมินตัดสินว่าเหตุการณ์นั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพของตนเอง และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ไม่เพียงพอในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น ประเมินโดยแบบสอบถามระดับความเครียดจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล หมายถึง ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล โดยแปลผลระดับความเครียด ดังนี้ ระดับความเครียดน้อย ระดับความเครียดปานกลาง ระดับความเครียดมาก และระดับความเครียดมากที่สุด ประเมินโดยแบบวัดระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล หมายถึง วิธีการที่ญาติผู้ดูแลใช้ ทั้งการกระทำ หรือความรู้สึกนึกคิดในการจัดการกับสถานการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด วัดโดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดจากโลวิค ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 มีข้อคำถาม 36 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน (Likert Scale) 5 ระดับ

การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของญาติผู้ดูแล หมายถึง วิธีจัดการของญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยการบอกเล่าของญาติผู้ดูแล ประเมินจากการสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ของญาติผู้ดูแลตามแนวคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ญาติผู้ดูแลหลัก หมายถึง บุคคลที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย และทำหน้าที่ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยที่บ้านภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะโดยตรง อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่าบุคคลอื่น ตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรวมทั้งสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วยได้

ผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ผู้ป่วยที่แสดงอาการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ที่เป็นปัญหายาหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ ระดับเล็กน้อย หรือปานกลาง หรือรุนแรง (โดยการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์การประเมินทางระบบประสาท Glasgow Coma Score แรกได้รับไว้ในการเข้าร่วมโครงการเมื่อแรกได้รับเข้ารับการรักษา)

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมนมาเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ไว้ดังนี้

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic brain injury)

1.1 ความหมาย

1.2 อุบัติการณ์ และสาเหตุ

1.3 กลไกการเกิด ประเภท และระดับความรุนแรง

1.4 พยาธิสรีรวิทยาของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Pathophysiology of Traumatic Brain Injury)

1.5 ผลที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Consequences of Traumatic Brain Injury)

2. การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

2.1 คำจำกัดความและสาเหตุ

2.2 อุบัติการณ์ และพยาธิสภาพ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ที่พบในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ (Behavior and Emotional Changes)

2.3 แนวทางการรักษา

3. แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล (Caregiver)

4. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะที่เป็นปัญหาต่อญาติผู้ดูแล

5. ทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus's Theory)

6. วิธีจัดการ การดูแล และช่วยเหลือกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ ใน ผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

2.1 การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic brain injury)

2.1.1 ความหมาย

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury) ปัจจุบันมีผู้ศึกษาและให้ความหมายหรือคำจำกัดความของภาวะดังกล่าว และมีการใช้คำที่หลากหลาย เช่น Brain trauma, Head injury, Craniocerebral Injury จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าอาจมีความหมายคล้ายคลึงกัน ดังนี้

เคอร์ และวอลต์เลก (Kerr & Walleck, 1996) ได้อธิบายความหมายไว้ว่า เป็นการบาดเจ็บบริเวณหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ หลังจากนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ไม่ว่าจะเป็นช่วงระยะเวลาเท่าใดก็ตาม

ฮิกกี (Hickey, 1997) ได้ให้ความจำกัดความไว้ว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury หรือ Head Injury) คือศีรษะถูกทำให้เกิดการกระแทก หรือกระทบกระเทือน จากกลไกการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ การเร่ง (acceleration) การทำให้ช้าลง (deceleration) จนศีรษะเกิดการหมุนพร้อมกับการเคลื่อนที่อย่างรวดเร็ว กระทั่งทำให้เกิดแรงกระทำที่ศีรษะ เกิดการกระแทกของกะโหลกศีรษะ และเนื้อสมองจนอาจทำให้เกิดพยาธิสภาพในส่วนที่ได้รับการกระทบได้ โดยมีสาเหตุมาจาก อุบัติเหตุทางจราจร หกล้ม หรือพลัดตกจากที่สูงถูกทำร้ายร่างกาย และอุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา

ทิพพพร ดังอำนาจ (2541) กล่าวว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะหมายถึง การบาดเจ็บใดๆ ที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะและเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจทำให้มีหรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว

ศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (2549) ยังได้ให้ความหมายของภาวะการบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic Brain Injury) หมายถึง การบาดเจ็บที่สมองที่เกิดจากแรงภายนอกมากระทำบริเวณกะโหลกศีรษะ และสมองอย่างเฉียบพลัน จนกระทั่งทำให้เกิดความผิดปกติของสมองส่วนต่างๆ ความผิดปกติของสติ การรับรู้ จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และความพิการทางด้านร่างกาย

สมพันธ์ วิทยุธีระนันท์ (2551) ให้คำจำกัดความไว้ว่า อันตรายที่เกิดแก่ศีรษะโดยมีแรงภายนอกมากระทบทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ส่วนต่างๆ ของศีรษะ คือ หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และเนื้อสมอง

พิศศักดิ์ ชินชัย (2548) ให้คำจำกัดความไว้ว่า การบาดเจ็บต่อสมองอันเป็นผลมาจากแรงกระทำจากภายนอก ทำให้เกิดอันตรายต่อกะโหลกศีรษะและส่งผลกระทบต่อสมอง อาจ

เกิดอาการซ้ำหรือถลอก ซึ่งทำให้การทำงานของระบบประสาทบกพร่อง หรือผิดไปอาจเป็นแบบชั่วคราวหรือถาวร

ดังนั้น สามารถสรุปความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury) หมายถึง ภาวะที่สมองหรือศีรษะได้รับการกระทบกระเทือน หรือกระทบกระเทือน จนกระทั่งเกิดการบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และเนื้อสมอง เกิดความผิดปกติของการทำงานของสมองในส่วนต่างๆ เช่น ด้านความจำ การคิดรู้ พฤติกรรม และอารมณ์ รวมทั้งความพิการด้านร่างกาย ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะและอาจมีหรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกรู้ตัวก็ได้

2.1.2 อุบัติการณ์ และสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากการศึกษาอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บที่ศีรษะในต่างประเทศและประเทศไทยนั้น พบว่า มีความแตกต่างกัน โดยในประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บที่ศีรษะสูงกว่าต่างประเทศ ดังนี้ ประเทศในทวีปยุโรปพบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 235 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 150 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี (McAllister, 2008) สำหรับประเทศไทย มีการรวบรวมสถิติสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรปี พ.ศ. 2552 พบว่า อุบัติเหตุเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในอันดับสอง จำนวน 35,304 คนต่อประชากร 100,000 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553) นอกจากนี้ อุบัติเหตุยังเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและบาดเจ็บ โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury) (นิภาวรรณ สามารถกิจและสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2544) จากสถิติอุบัติการณ์บาดเจ็บที่ศีรษะของโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลรามาริบัติ มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วงระหว่างปี พ.ศ.2543-2553 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทางสถิติตามรหัสของ International statistical classification of Disease and Related Health Problems 10th Revision version for 2006 volume 3 (ICD 10) พบว่า จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบ่งออกเป็นผู้ป่วยในจำนวน 1,315 ราย ผู้ป่วยนอกจำนวน 1,211 ราย (หน่วยข้อมูลและสถิติโรงพยาบาลรามาริบัติ, 2553) จากสถิติของหน่วยสัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บที่ศีรษะ 239 รายต่อปี (หน่วยสัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2553) และพบว่า เกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ช่วงอายุระหว่าง 18- 30 ปี(สมภพ เรืองตระกูล, 2554) คิดเป็นร้อยละ 80 สอดคล้องกับแนวคิดของต่างประเทศ ซึ่งพบอุบัติการณ์สูงสุดในบุคคลที่มีช่วงอายุระหว่าง 15-25 ปี (Degeneffe, 2001; Vassallo, Weber, Lebowitz, Curtiss, & Vanderploeg, 2007) นอกจากนี้ อุบัติการณ์รองลงมา ได้แก่ ผู้สูงอายุอายุ 65 – 70 ปี และในกลุ่มวัยรุ่นเป็นส่วนใหญ่ซึ่งกำลังศึกษาอยู่

ในระดับวิทยาลัยเปรียบเทียบกับนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาที่พบอัตราต่ำกว่า (Degeneffe, 2001) สำหรับเพศ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วนประมาณ 4:1 เนื่องจากการดำเนินชีวิตของเพศชายมีอัตราเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บมากกว่าเพศหญิง (พิศักดิ์ ชินชัย, 2548; Degeneffe, 2001) นอกจากนี้ ในต่างประเทศยังพบในคนเชื้อชาติแอฟริกัน ที่มีผิวสี มากกว่าชนผิวขาว (Degeneffe, 2001) โดยสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีดังนี้

1) มีสาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุทางจราจร ซึ่งพบส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากการขับขี่ยานพาหนะทั้งจากรถจักรยานยนต์ และรถยนต์ โดยเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ขับขี่ และผู้โดยสาร เช่น ไม่สวมหมวกนิรภัย หรือการมีนเมาจากการดื่มสุราคิดเป็นร้อยละ 53-80 (รุ่งศักดิ์ สีวานุวัฒน์, 2550)

2) การตกจากที่สูง และการหกล้มศีรษะได้รับการกระแทก (Hickey, 2009)

3) การถูกทำร้ายร่างกาย เช่น ถูกตีศีรษะด้วยของแข็ง การถูกยิง การถูกแทง เป็นต้น (Hickey, 2009; Gutman, 2001 อ้างในพิศักดิ์ ชินชัย, 2548)

4) อุบัติเหตุที่เกิดจากการเล่นกีฬาพบได้ร้อยละ 3 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2549)

2.1.3 กลไกการเกิด ประเภท และระดับความรุนแรง

กลไกที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้น สามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะสำคัญ (Hickey, 1997) คือ

1) ศีรษะได้รับแรงกระแทกขณะที่ศีรษะอยู่นิ่ง หรือไม่มีการเคลื่อนไหว (Static and injury) ภายหลังจากที่ศีรษะได้รับแรงมากระแทกแล้ว จะทำให้เกิดพยาธิสภาพบริเวณตำแหน่งที่ได้รับแรงกระแทก เช่น ในรายที่ผู้ป่วยได้รับแรงตีจากของแข็งบริเวณท้ายทอย จะทำให้เกิดแผล และสมองส่วนหลังเกิดพยาธิสภาพ ซึ่งอาจทำให้เกิดกะโหลกศีรษะยุบ เนื้อสมองนิ่มขาด หรือมีเลือดคั่งบริเวณนั้น ทั้งนี้รวมถึงศีรษะที่มีการเคลื่อนไหวขณะเกิดอุบัติเหตุ แต่พบว่าความเร็วของการเคลื่อนที่น้อยกว่าความเร็วของแรงที่มากระแทก เช่น ผู้ป่วยขณะเกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ พยาธิสภาพที่เกิดตรงที่แรงกระแทกบริเวณนี้ เรียกว่า Coup injury

2) ศีรษะได้รับแรงกระแทกขณะที่เคลื่อนไหว (Dynamic head injury) ในกลไกการบาดเจ็บที่ศีรษะประเภทนี้ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอาจเกิดได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง และเกิดบริเวณส่วนใดส่วนหนึ่งของสมองก็ได้ แต่ส่วนใหญ่พยาธิสภาพจะเกิดด้านตรงข้ามกับบริเวณที่

ได้รับแรงกระแทก ส่งผลให้สมองช้ำ (cerebral contusion) หรือมีเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) เรียกว่า Contre coup injury (สมพันธ์ วิทยุธีระนันท์, 2551)

การแบ่งประเภทของการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นมีหลากหลายวิธี แต่การแบ่งที่ได้รับความนิยมซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ คือการแบ่งตามกลไก ความรุนแรง และลักษณะการบาดเจ็บซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) กลไกการบาดเจ็บ สามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่การบาดเจ็บกระแทก และการบาดเจ็บทะลุผ่าน โดยเกณฑ์การแบ่งจะประเมินว่าการบาดเจ็บทะลุผ่าน dural หรือไม่ ถ้ามีการทะลุผ่านจะถือว่าเป็นการบาดเจ็บแบบทะลุผ่าน ซึ่งสาเหตุการบาดเจ็บ ได้แก่ บาดเจ็บจากการถูกแทงด้วยของมีคม หรือถูกยิง หากไม่มีการทะลุผ่านจะถือว่าเป็นการบาดเจ็บแบบกระแทก ส่วนสาเหตุของการบาดเจ็บกระแทกได้แก่ อุบัติเหตุทางรถยนต์ ตกจากที่สูง

2) ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะการแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้น ปัจจุบันนิยมใช้เกณฑ์การประเมินตามเกณฑ์ของ Glasgow Coma Score (GCS) (Hickey, 1997) โดยทั่วไป GCS จะใช้เป็นตัวบอกระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness) โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 3-15 คะแนน ผู้ป่วยที่มี GCS เท่ากับ 3 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยที่ flaccid ไม่ลืมตา และไม่ออกเสียงใดๆเลย ส่วนผู้ป่วยที่มี GCS เท่ากับ 15 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยที่พุดรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ ลืมตาได้เอง และโดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยโคม่า จะหมายถึงผู้ป่วยที่มี GCS คะแนนน้อยกว่า หรือเท่ากับ 8 คะแนน (ภาสกร วิราวรรณ และวทัญญู ปรัชญานนท์, 2544) การแบ่งระดับความ รุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Hickey, 1997) คือ

2.1) Mild head injury GCSอยู่ระหว่าง 13-15 คะแนน

2.2) Moderate head injury GCS อยู่ระหว่าง 9-12 คะแนน

2.3) Severe head injury GCS อยู่ระหว่าง 3-8 คะแนน

3) ลักษณะของการบาดเจ็บสำหรับการแบ่งประเภทด้วยวิธีนี้ การตรวจวินิจฉัยโดยใช้ CT scan มีบทบาทสำคัญในการวินิจฉัย และแบ่งประเภทของการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นอย่างมาก ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทได้แก่ skull fracture และ intracranial lesions (ภาสกร วิราวรรณ และวทัญญู รัชฎานนท์, 2544) ดังนี้

3.1) กระโหลกศีรษะแตก (skull fracture) สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท โดยใช้เกณฑ์ของตำแหน่งการเกิดโรค คือ 1) Cranial vault หรือ skull base ตามลักษณะการแตกเป็น Linearหรือ stellate และตามการเคลื่อนตัวเป็น depressed หรือ nondepressed fracture ชุมมากกว่าความหนาของกะโหลกสมควรพิจารณาทำผ่าตัดยกกะโหลกที่กดที่มลงไปออก

โดยเฉพาะกรณีที่เป็น Open fracture และ/หรือมีเยื่อหุ้มสมองฉีกขาดร่วมด้วย เนื่องจากมีโอกาสดิดเชื้อได้นอกจากนี้การพบกะโหลกศีรษะแตกยังช่วยบอกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บได้อีกด้วย (รุ่งศักดิ์ ศิวานุวัฒน์, 2550) ซึ่งอาการแสดงของฐานกะโหลกศีรษะแตก ได้แก่ periorbital ecchymosis (raccoon eyes), retro auricular ecchymosis (battle's sign), CSF leaks และ facial nerve palsy (ภาสกร วิราวรรณและวาทัญญู ปรัชญานนท์, 2544)

3.2) รอยโรคในกะโหลกศีรษะ (intracranial lesions) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ พยาธิสภาพเฉพาะที่ (focal) ซึ่งมีลักษณะการบาดเจ็บ ดังนี้ 1) Epidural hematoma คือการมีเลือดออกในชั้นกะโหลกศีรษะ และเยื่อหุ้มสมอง ส่วนใหญ่พบบริเวณ temporal และ temporoparietal, 2) Subdural hematoma คือการตกเลือดในช่องระหว่างเยื่อหุ้มสมอง กับผิวสมอง ซึ่งสามารถพบได้ประมาณร้อยละ 30 ของการบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับรุนแรง และ 3) Contusion และ intracerebral hematoma คือ การตกเลือดในเนื้อสมองจากการบาดเจ็บในระยะแรก ซึ่งสามารถมองเห็นเป็นจุดเลือดออกเล็กๆ ที่แทรกอยู่ในเนื้อสมอง (รุ่งศักดิ์ ศิวานุวัฒน์, 2550) ลักษณะรอยโรคในกะโหลกศีรษะ (intracranial lesions) ที่สามารถพบได้ต่อมา คือ พยาธิสภาพทั่วไป (Diffuse lesions) เป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยที่สุด กลไกการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจาก acceleration deceleration injury แบ่งได้เป็น 1) Mild concussion คือการบาดเจ็บที่ทำให้สมองเสียการทำงานไปชั่วคราว แต่ไม่หมดสติ อาจมีอาการสับสนและไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับความจำ, 2) Classic cerebral concussion คือการบาดเจ็บแล้วมีอาการหมดสติไปชั่วคราว โดยทั่วไปไม่เกิน 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยมักมีอาการจำเหตุการณ์ก่อนหรือหลังเกิดการบาดเจ็บไม่ได้ และอาจพบความผิดปกติระดับเล็กน้อยของระบบประสาทในระยะยาวได้ และ 3) Diffuse Axon Injury (DAI) คือ ภาวะบาดเจ็บต่อสมองจนทำให้หมดสตินานมากกว่า 6 ชั่วโมง โดยปราศจากก้อนกดเบียด หรือสมองขาดเลือด ซึ่งสามารถแบ่งตามความรุนแรงได้ 3 ระดับ (รุ่งศักดิ์ ศิวานุวัฒน์, 2550) ดังนี้

Mild Diffuse Axon Injury คือ ผู้ป่วยมีอาการหมดสติมากกว่า 6 ชั่วโมง แต่ฟื้นตามคำสั่งได้ใน 24 ชั่วโมง

Moderate Diffuse Axon Injury คือ การหมดสติมากกว่า 24 ชั่วโมงแต่ไม่พบความผิดปกติของแกนสมองอื่นๆ ซึ่งสามารถพบได้บ่อยที่สุด

Severe Diffuse Axon Injury ทำให้ผู้ป่วยหมดสติเป็นเวลานานทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ความดันโลหิตสูง มีเหงื่อออกมาก หรือมีไข้สูง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการตายและความพิการสูง

2.1.4 พยาธิสรีรวิทยาของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Pathophysiology of Traumatic Brain Injury) พยาธิสภาพด้านการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้น จะทำให้เกิดพยาธิสภาพ 2 ระดับ (Hickey, 1997) คือ

1) ระดับพยาธิสภาพปฐมภูมิ (Primary lesion) เป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทันทีภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ สามารถอธิบายลักษณะของการบาดเจ็บ ดังนี้

หนังศีรษะ(Scalp) มีหน้าที่ช่วยป้องกัน และลดอันตรายที่จะเกิดแก่กะโหลกศีรษะและสมอง ซึ่งบาดแผลที่เกิดบริเวณหนังศีรษะ มีลักษณะต่างๆ ได้แก่ ถลอก (abrasion) เป็นการหลุดของชั้นผิวหนังกำพร้า เมื่อศีรษะครูดกับวัตถุฟุ้งๆ หรือโน (contusion) เป็นการชอกช้ำของหนังศีรษะ ขึ้นนอกจากแรงกระทบโดยตรงจากวัตถุไม่มีคม แฉก (incision) หรือ ฉีกขาด (lacerations)เป็นบาดแผลที่เกิดจากวัตถุมีคม ทำให้เกิดบาดแผลที่มีขอบเรียบแต่ถ้าเกิดจากวัตถุขอบไม่เรียบจะทำให้บาดแผลชอกช้ำ ขอบแผลไม่เรียบ หรือหนังศีรษะขาดหายไป (Avulsion) (สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2551) นอกจากนี้ยังพบกะโหลกศีรษะแตกร้าว ที่ส่งผลต่อการบาดเจ็บที่เนื้อสมองด้วย ซึ่งการบาดเจ็บต่อเนื้อสมองสามารถแบ่งออกได้ ดังนี้

1.1) ภาวะที่สมองได้รับการกระทบกระเทือน อาจทำให้ผู้ป่วยหมดสติชั่วคราว เป็นระยะเวลาสั้นๆ หลังจากนั้นจะค่อยๆรู้สึกตัว ในผู้ป่วยบางราย อาจมีอาการอาเจียน เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย หรือลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านไปภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ แต่อาการต่างๆ เหล่านี้ จะสามารถหายได้เองภายใน 24 ชั่วโมง

1.2) ภาวะสมองช้ำ และฉีกขาด จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสมองบวมตามมา (สมภพ เรืองตระกูล, 2544) ส่งผลให้ผู้ป่วยหมดสติทันที และอาจเสียชีวิตได้ หากรอดชีวิต จะเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลัง เช่น บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง สติปัญญาเสื่อม ความจำเสื่อม หรือมีอาการทางจิต (สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2551)

1.3) ภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งพบมากในผู้ป่วยสูงอายุ ที่ได้รับอุบัติเหตุ และศีรษะกระแทกพื้น จนกระทั่งทำให้หลอดเลือดดำฉีกขาด และเลือดค่อยๆซึมออกมา (สมภพ เรืองตระกูล, 2544) พยาธิสภาพในระดับต่อมา

2) พยาธิสภาพระดับทุติยภูมิ (Secondary lesion) เป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะมาแล้วระยะหนึ่ง ซึ่งเกิดขึ้นภายในสมอง ได้แก่ มีการขยายตัวของก้อนเลือด (hematoma) ที่เกิดจากภาวะเลือดออกในสมอง (Hickey, 1997) นอกจากนี้ ยังถือว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับทุติยภูมินี้ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ (สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2551) ซึ่งปัจจัยด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วยก่อนการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นมีความสำคัญต่อผลการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วย ได้แก่ ความหนาของกะโหลกศีรษะเป็นสิ่งที่สามารถป้องกัน หรือลดความรุนแรงของแรงที่กระทบสมอง เช่น ในเด็กเล็กอาจพบระดับความ

รุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะมากกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากกะโหลกศีรษะมีความบางกว่ากะโหลกศีรษะผู้ใหญ่ และในเด็กเล็กเมื่อเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะสมองจะมีความสามารถในการพัฒนา และชดเชยความเสียหาย (Plasticity) ได้ดีกว่าผู้ใหญ่ นอกจากนี้ผู้ป่วยในวัยสูงอายุมีการติดยึดของชั้น Dura กับ Skull มากกว่าคนอายุน้อยทำให้เกิดโอกาสเกิด Epidural hematoma น้อยกว่า (เอก หังสสูตร, 2548)

2.1.5 ผลที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Consequences of Traumatic Brain Injury)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผลที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อบุคคลแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และอารมณ์ และด้านพฤติกรรมและความคิด โดยด้านร่างกายนั้น ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะจะพบกะโหลกศีรษะแตก (Skull fracture) ซึ่งสามารถพบได้ในการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe Traumatic brain injury) (Bottini, 1993) จากพยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะดังกล่าว ก่อให้เกิดอาการผิดปกติอันเนื่องมาจากสาเหตุทางสมอง โดยในต่างประเทศ มีบทความเกี่ยวกับอาการชักของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของ อะเกรวัลทิ โมเท แพนดิท และมันจู (Agrawal, Timothy, Pandit, & Manju, 2006) กล่าวว่าอาการชักดังกล่าวเกิดจากพยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

นอกจากนี้ยังสามารถพบความพิการทางด้านร่างกายร่วมด้วย โดยผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะจะแสดงอาการของ Primitive reflexes ซึ่งเป็นความผิดปกติของความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ดี มีการเคลื่อนไหวไม่สัมพันธ์กัน ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อลดลง การทรงตัวไม่ดี การเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆลดลง และสูญเสียการรับรู้สัมผัส (พิศศักดิ์ ชินชัย, 2548)

สำหรับผลที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะด้านจิตใจและอารมณ์นั้น ผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาจมีปัญหาทางด้านจิตใจ และอารมณ์เนื่องจาก 2 สาเหตุใหญ่ ได้แก่ สาเหตุเนื่องจากความพิการทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับสภาพความพิการไม่ได้ จนกระทั่งเกิดปัญหาด้านความซึมเศร้า ความวิตกกังวลต่างๆ ปัญหาการแยกตัวจากสังคมตามมา (พิศศักดิ์ ชินชัย, 2548) และสาเหตุเนื่องจากพยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยตรง จะส่งผลต่อการควบคุมอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน รวมทั้งด้านพฤติกรรมและความคิดที่มีการเปลี่ยนแปลงภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของกรุนเนอร์ และคณะ (Gruner, Kuchta, Hellmich, & Klug, 2006) ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ ผลของการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับรุนแรง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับ

รุนแรงที่พักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤติ จำนวน 41 ราย ในช่วงระหว่างเดือนมกราคม ปี ค.ศ. 1995 ถึง เดือนกรกฎาคม ปี ค.ศ. 2003 ซึ่งเป็นการศึกษาติดตามผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ 6 เดือน และ 12 เดือน โดยใช้แบบประเมิน The Neurobehavioral Rating Scale (NRS) ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ได้แก่ วิตกกังวล บกพร่องเกี่ยวกับการพูด ซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อ่อนเพลีย หูแว่ว ประสาทหลอน ควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ได้ แต่ในด้านเกี่ยวกับความคิด ความจำและสติปัญญามีแนวโน้มการฟื้นฟูที่ดีขึ้น ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนถึง 12 เดือนภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

2.2 การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

2.2.1 คำจำกัดความ และสาเหตุ

คำจำกัดความ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในต่างประเทศ และประเทศไทยพบจำนวนเอกสารหลักฐานแตกต่างกัน โดยในต่างประเทศให้ความสำคัญกับการศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะและผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เห็นได้จากเอกสารการศึกษาวิจัยจำนวนมาก และมีการใช้คำที่แตกต่างกันออกไป เช่น Behavior and Emotional Change, Behavior Problem สำหรับในประเทศไทยนั้น พบหลักฐานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวนน้อย และไม่มีคำที่มีความเฉพาะเจาะจง ดังนี้

เพจ และ โอซานิค(Page & O'Shanick, 2001) อธิบายว่า ปัญหาทางพฤติกรรม หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่เป็นอันตรายหรือส่งผลในทางลบกับการดำเนินชีวิตของบุคคล แต่การสรุปปัญหาทางพฤติกรรมยังไม่มี ความชัดเจนซึ่งพฤติกรรมหรือการแสดงออกของอารมณ์ บางประเภทสามารถยอมรับได้จากการตัดสินใจโดยบุคคลสังคม หากปัญหาทางพฤติกรรม และอารมณ์นั้นๆ ไม่ส่งผลกระทบต่อบุคคล สังคม หรือสิ่งแวดล้อม

โกลด์สไตน์(Goldstein, 2003) กล่าวว่า ปัญหาทางพฤติกรรม (Problem behaviours) นั้น เป็นปัญหาสำหรับผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลจะเป็นผู้อธิบาย รวมทั้งพิจารณาว่าผู้ป่วยในความดูแลนั้นมี ปัญหาทางพฤติกรรมหรือไม่อย่างไร เนื่องจากได้รับผลกระทบโดยตรงแต่ไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อผู้ป่วย หากไม่สมดุลระหว่างผู้ดูแล และผู้ป่วย จึงถือว่าเป็นปัญหา

สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม

พฤติกรรมของมนุษย์มีความซับซ้อน ซึ่งมีการศึกษามานาน พบว่า มี 2 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความสามารถเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ได้แก่ สาเหตุทางสมอง และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีรายละเอียด (Page&O'Shanick, 2001) ดังนี้

1) สาเหตุทางสมอง (Neurological Causes) เกิดขึ้นเนื่องจากสมองทำหน้าที่ในการควบคุมกระบวนการคิด และการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมทั้งการแสดงออกของพฤติกรรมต่างๆ เมื่อสมองได้รับบาดเจ็บ จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมด้วยเช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น บุคคลที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มมากขึ้นภายหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งมีสาเหตุมาจากสมองได้รับการกระทบกระเทือน ผู้ป่วยภายหลังจากบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับเล็กน้อย จะมีการเรื้อรัง และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต พบได้มากถึงร้อยละ 64 (Bay & Liberzon, 2009)

2) สาเหตุด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Causes) สิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น เกิดจากการที่มีการติดต่อ พบปะกันของบุคคลต่างๆ ในสังคม ที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆ โดยมีพื้นฐาน 4 ประการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ได้แก่ แนวทางการตอบสนอง (Responding to cues) การที่บุคคลสามารถแสดงออกทางพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้อง และเหมาะสม โดยมีกฎ กติกา ที่ถูกกำหนดไว้โดยสังคม เช่น การขับรถยนต์ เมื่อพบเห็นสัญญาณไฟจราจรสีแดง จำเป็นต้องหยุดรถ เนื่องจากเป็นกฎจราจรที่ถูกกำหนดขึ้นโดยคนในสังคม หรือเป็นกฎหมายที่คนในสังคม ต้องปฏิบัติตามการเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) เมื่อบุคคลกระทำพฤติกรรมที่ดี และเหมาะสม จะได้รับคำชมเชย หรือกำลังใจ ซึ่งเป็นการเสริมแรงทางบวก จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ และเกิดเป็นนิสัยของบุคคลในอนาคต การเสริมแรงทางลบ (Negative Reinforcement) เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมที่ไม่ดีออกมา แต่ส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างอาจก่อให้เกิดความอับอาย บุคคลรอบข้างเหล่านั้นอาจมีสิ่งของแลกเปลี่ยนเพื่อให้หยุดการกระทำ ถือเป็นการเสริมแรงทางลบทำให้บุคคลนั้นเกิดความเข้าใจผิดและแสดงพฤติกรรมเหล่านั้นอีกต่อไปและ การทำโทษ (Punishment) เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมไม่ดี หรือไม่เหมาะสมจะทำให้ถูกลงโทษ และไม่แสดงออกถึงพฤติกรรมนั้นอีกต่อไป

3) สาเหตุทั้ง 2 ประการร่วมกัน (Combination of Causes) สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังจากการบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่ที่มีสาเหตุทางด้านสมองและสิ่งแวดล้อมร่วมกัน

2.2.2 อับัติการณั พยาศิสภาพ และลัษณะการเปลี่นเปล่งทางพฤตกรรม และอารมณั ที่พบ ในผู้ป้วยกายหลังบาเดเจ็บที่ศึระะ (Behavior and Emotional Changes)

พยาศิสภาพการเปลี่นเปล่งดัานพฤตกรรมและอารมณัที่เกดัขึ้นกัผู้ป้วยกายหลังบาเดเจ็บที่ศึระะนั้นเกดัจากภาวการณับาเดเจ็บของเนือเยือสมอง และหลอดเลือดภายในสมอง สังผลให้สมองขาออกชึเจนและขาเดือดไปหลือเล็ยง ทำให้มึการถ่ายเทของแคลเซียมเข้าสู่เซลล์สมอง มึการหลังของสารสือประสาทได้แก่ Glutamate ทำให้ Mitochondria ไม่สามารถสร้างพลังงานได้ จึงเกดัการกระดั้นของ Caspase หรือ Calpain มึการสร้างอนูมูลิสระ และกระดั้น NMDA / AMPA receptor เกดั apoptosis และมี secondary brain injury ตามมา (สุรกรานดั ยุทธเกษมสันดั, 2554) จากพยาศิสภาพที่เกดัขึ้นดัังกล่าว สังผลให้เกดัความพร็อง และความผิปกดัของอารมณั การควบคุมพฤตกรรม ปัญหาดัานการติดต้อสือสาร เป็นลัษณะที่สามารพบได้ ในผู้ป้วยกายหลังบาเดเจ็บที่ศึระะระดับเล็กนัอยปานกลาง และรุนแรง พบได้ร็อยละ 70 ซึ่งเกดัขึ้นภายหลังบาเดเจ็บที่ศึระะ จะมึพฤตกรรมก้าวร้าวรุนแรง และมีอารมณัหงุดหงิดงาย และเจ้าอารมณั (สมภพ เรืองตระกุล, 2551) สอดคล้องกัการศึษาวิจัยในต่างประเทษของแมคอลลิสเตอร์ (McAllister, 2008) ศึษาเก็ยวกับการหาข้อสรูปของความสอดคล้องระหวางครอบครัว และผู้ป้วยที่มีปัญหาดัานพฤตกรรม และอารมณัภายหลังบาเดเจ็บที่ศึระะ 1 ปี ในระดับรุนแรง โดยทำการศึษาในผู้ป้วยวัยผู้ใหญ ที่มีปัญหาดัานพฤตกรรม และอารมณัภายหลังบาเดเจ็บที่ศึระะ 1 ปี มึระดับการบาเดเจ็บที่ศึระะระดับปานกลางถึงรุนแรง จันวน 267 คน พบว่า กลุ่มอาการของพฤตกรรม และอารมณัที่เป็นปัญหาดัานครอบครัว มึจันวนทังหมด 6 ดัาน ได้แก่ ดัานอารมณัซึมเศร้า (Depression) ดัานอาการทางกาย (Somatic) ดัานความจำ สมาธิ (Memory-attention) ดัานการติดต้อสือสาร (Communication) ดัานพฤตกรรมก้าวร้าว (Aggression) และดัานการเคลือดนัไหว (Motor)

จากการศึษาวิจัยของก้อดเฟร้และคณะ (Godfrey et al., 2003) ทำการศึษาวิจัยเก็ยวกับการประเมินความทุกข์ ความเศร้าในญาติผู้ดูแลของผู้ป้วยกายหลังบาเดเจ็บที่ศึระะโดยศึษาการวัดประสิทธิภาพกระบวนการ และลัษณะการทำงานของจิตโดยนัาแบบประเมิน Head injury Behavior scale (HIBS) มาใช้ในการประเมินลัษณะการเปลี่นเปล่งทางพฤตกรรมและอารมณัภายหลังบาเดเจ็บที่ศึระะตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล และความเศร้า ความทุกข์จากการดูแลผู้ป้วยดัังกล่าว ซึ่งเก็บข้อมูลจากญาติผู้ดูแลจันวน 242 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึษาวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคลลของผู้ป้วยกายหลังบาเดเจ็บที่ศึระะและญาติผู้ดูแลรวมทังแบบประเมิน Head injury Behavior scale (HIBS) โดยแบบประเมินนี้มีลัษณะเป็น rating scale ประกอบดัวยข้อคัถามเก็ยวกับพฤตกรรมและอารมณัที่เป็นปัญหาดัานพบได้ ในผู้ป้วยกายหลังบาเดเจ็บที่ศึระะจันวน 20 ข้อ ผลการศึษาวิจัยพบว่า ข้อมูลส่วนบุคลลของญาติผู้ดูแล แบ่งออก

เพศชายจำนวน 101 ราย เพศหญิงจำนวน 139 ราย มีอายุเฉลี่ย 43.69 ปี มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา-มารดาจำนวน 88 ราย คู่สมรสจำนวน 81 ราย พี่น้อง 11 ราย ความสัมพันธ์อื่นๆ 34 ราย เพื่อนจำนวน 14 ราย และคนรู้จัก หรือการจ้างงานจำนวน 13 ราย ด้านข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แบ่งออกเป็นเพศชาย 139 ราย เพศหญิง 103 ราย มีอายุเฉลี่ย 30.22 ปี จำนวนเวลาที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเฉลี่ย 73.01 วัน และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป นอกจากนี้ การศึกษาวิจัย พบว่า ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ที่พบมากที่สุดแบ่งออกเป็นด้านพฤติกรรม 10 ข้อ ได้แก่ การเฉื่อยชา ไม่สนใจสิ่งต่างๆ ไม่สนใจหรือตอบสนองต่อสภาพแวดล้อม มีการตัดสินใจไม่เหมาะสม พฤติกรรมคล้ายเด็กและไม่เหมาะสมกับวุฒิภาวะ แสดงพฤติกรรมโดยขาดการไตร่ตรอง แสดงออกทางพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ และไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ ด้านอารมณ์มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการโกรธมากกว่าปกติ ฉุนเฉียวตลอดเวลา ถูกทำให้ขุ่นเคืองใจ หรือขัดใจได้ง่าย อารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึมเศร้า แสดงอารมณ์รุนแรงก้าวร้าว และจากการผลการศึกษาวิจัยทั้งหมดนั้น พบว่าส่งผลกระทบในด้านลบต่อญาติผู้ดูแล โดยทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจเป็นอย่างมาก

การบาดเจ็บที่ศีรษะบริเวณตำแหน่งที่ต่างกัน ทำให้เกิดลักษณะของการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ที่แตกต่างด้วยเช่นกัน ดังนั้นการได้รับบาดเจ็บของสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) เนื่องจากสมองส่วนนี้ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับ การตัดสินใจ การคิด ความจำ (Page & O'Shanick, 2001) เมื่อสมองส่วนนี้ได้รับความกระทบกระเทือน เช่น สาเหตุจากอุบัติเหตุ รถจักรยานยนต์ อาจพบความผิดปกติของพฤติกรรม และอารมณ์ เช่น ความตั้งใจ การรับรู้ และสูญเสียความจำ ซึ่งอาการสูญเสียความจำนี้ จะพบมากที่สุดภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บทันที ต่อจากนั้นจะค่อยๆดีขึ้นในช่วงระยะเวลา 2 ปี ส่วนด้านสมาธิ พบว่า สมาธิของผู้ป่วยจะเสีย ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เป็นระยะเวลานาน เช่น การอ่านหนังสือ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะบริเวณ Prefrontal cortex ทำให้หน้าที่เชิงบริหารสูญเสียไป มีอาการและอาการแสดง ดังนี้ ไม่สามารถใช้ความคิดแบบนามธรรมไม่สามารถวางแผนงานได้ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2544) ในด้านอารมณ์ พบว่า ผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีอาการซึมเศร้า ซึ่งยังไม่ทราบกลไกการเกิดที่แน่นอน อาจเกิดขึ้น ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับเล็กน้อย (Rappoport, McCauley, Levin, Song, Fienstein & Phill, 2002) การแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม มีอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ เนื่องจากการขาดการควบคุมอารมณ์ ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ละเลยต่อกฎเกณฑ์สังคม ไม่สนใจในการดูแลตนเอง เช่น ปฏิบัติกวีตร

ประจำวัน ในบางรายอาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2551) จากตำแหน่งของการบาดเจ็บทำให้เกิดพยาธิสภาพต่อสมอง และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับอาการทางจิตเวชในศีรษะได้รับบาดเจ็บ ซึ่งพบว่าการบาดเจ็บแบบ Focal injury เป็นบริเวณสมองที่ได้รับบาดเจ็บที่พบบ่อยที่สุด คือ Orbitafrontal และ anterior temporal lobe จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของพฤติกรรม และการรู้การเข้าใจ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) นอกจากผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะของสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) จะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการคิด ความจำ และอารมณ์ของผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อความผิดปกติของพฤติกรรม โดยผู้ป่วยอาจขาดการควบคุมอารมณ์ ทำให้แสดงออกพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ละเลยต่อกฎเกณฑ์ของสังคม ไม่ดูแลสุขอนามัย และไม่ใส่ใจต่ออนาคตของตนเอง รวมทั้งมีพฤติกรรมก้าวร้าวอีกด้วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) การได้รับบาดเจ็บของสมองบริเวณ anterior cingulate จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติเกี่ยวกับอารมณ์ และการตอบสนองทางพฤติกรรม การได้รับบาดเจ็บของสมองบริเวณ medial temporal สมองส่วนนี้มีความสัมพันธ์กับความจำ หากได้รับบาดเจ็บจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติเกี่ยวกับความจำ การควบคุมอารมณ์ให้คงที่และสมดุล และการรับรู้สิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง

2.2.3 แนวทางการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวทางการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภทได้แก่

1) การรักษาด้วยวิธีการทางจิตเวช ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันตามลักษณะของอาการทางพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วยที่ปรากฏ หรือแสดงออก ดังนี้

1.1) พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) เป็นการฝึกทักษะการจัดการทางด้านพฤติกรรม ส่วนใหญ่นำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีความก้าวร้าว หรือมีความซุ่มเคืองใจได้ง่ายกว่าปกติ ซึ่งเป็นการสอนทักษะชนิดต่างๆ เช่น ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหา ทักษะการจัดการกับเวลา การฝึกความมั่นใจ (Assertive training) และการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคนิคของการฝึกความมั่นใจ เป็นเทคนิคของการแก้ไขการรู้การเข้าใจ และพฤติกรรม นำมาใช้เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการตอบสนองต่อความเครียด และเป็นวิธีการเรียนรู้เกี่ยวกับความมีเหตุผล และแสดงออกถึงความคิด ความรู้สึก และความเชื่อที่เหมาะสม และมีการแสดงออกอย่างตรงไปตรงมา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมทั้งประเภทก้าวร้าว ไม่ก้าวร้าว และผู้ป่วยขาดความมั่นใจในตนเอง ซึ่งพฤติกรรม

ต่างๆ เหล่านี้จะแสดงออกโดยการสบตา ท่าทางของร่างกาย การสัมผัสทางกาย กิริยาท่าทาง การแสดงออกทางสีหน้า น้ำเสียง ใจความที่พูดและความคิด สำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีเทคนิคการจัดการกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2551) ดังนี้ฝึกให้จับบันทึกความโกรธลงในสมุดเขียนข้อตกลงที่จะจัดการความโกรธด้วยตนเองเรียนรู้พฤติกรรมทางเลือกอื่นเรียนรู้ในการลดสิ่งเร้าอารมณ์ลงพัฒนาระบบการเตือน เช่น ทราบถึงความรู้สึกทางกายนับ 1 ถึง 10 เพื่อให้การตอบสนองช้าออกไปเรียนรู้ที่จะแสดงความโกรธอย่างมั่นใจมุ่งความสนใจอยู่ทำงานในขณะนั้นและเป้าหมายของตนพยายามมีอารมณ์ขันต่อสถานการณ์นั้นพัฒนาการตอบสนองอย่างผ่อนคลายพัฒนาวิธีการตอบสนองที่สงบ และเป็นมิตรต่อสถานการณ์ที่ทำให้โกรธหรือไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและการฝึกวิธีคลายเครียด

นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม และทักษะทางสังคมที่เหมาะสม โดยมีวิธีการ (พิศักดิ์ ชินชัย, 2548) ดังนี้ ใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม (Behavior modification techniques) เพื่อเป็นการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยให้มีความเหมาะสม ซึ่งการฝึกนั้นควรเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป มีเป้าหมายที่ตรงกับความเป็จริง และมีการใช้รางวัลในการชมเชยมากกว่าการลงโทษ หากผู้ป่วยแสดงอาการสิ้นหวัง เบื่อหน่าย และท้อแท้ ควรมีการกระตุ้นและให้กำลังใจ ในระหว่างการฝึก ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเครียดควรใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการฝึก และควรแบ่งระยะเวลาการฝึกออกเป็นช่วงสั้นๆ เพื่อคลายความเครียดของผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ผู้บำบัดต้องไม่แสดงความสนใจต่ออาการดังกล่าว เพื่อเป็นการลดแรงเสริมไม่ให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมเหล่านี้อีก และเมื่ออาการต่างๆ สงบลงต้องหาโอกาสในการอธิบายถึงสาเหตุที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจ ถ้าผู้ป่วยมีอาการสับสน ให้พยายามอธิบายเรื่อง que ผู้ป่วยรับรู้ผิดให้ถูกต้อง โดยเฉพาะการรับรู้สถานที่ วันเวลา และบุคคล สำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแยกตัว ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว และพยายามจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น และปลอดภัย ผู้ป่วยที่มีภาวะอารมณ์ซึมเศร้าให้ผู้บำบัดจัดหากิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ หรือรู้สึกชอบให้ทำเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน และสนุกสนาน หากภาวะดังกล่าวมีระดับความรุนแรงมาก ควรแนะนำให้บุคคลใกล้ชิดสังเกตอาการ และระมัดระวังความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายด้วย หากผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม ควรจัดกิจกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจงกับการฝึกทักษะทางสังคมโดยตรง ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมอื่นๆ ร่วมกับผู้อื่นในหลายบทบาท เช่น กิจกรรมกลุ่ม พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เป็นต้น

2) การรักษาด้วยยา (Drug Therapy) มีการศึกษาวิจัยในต่างประเทศที่มีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ และการรักษาด้วยยา เช่น การศึกษาวิจัยของเพอริโน ราโก ซิโคลินทอร์ตา และโมนาคอส (Perino, Rago,

Cicolin, Torta,& Monacos, 2001) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองต่อยาในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีอาการซึมเศร้า และมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยใช้แบบประเมิน Functional independence measure (FIM), Brief psychiatric rating scale (BPRS) and Clinical global impression scale (CGI) มาร่วมประเมินความผิดปกติทางพฤติกรรม และอารมณ์ โดยยาที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ Citalopram (20 mg a day) และ Carbamazepine (600 mg a day) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับรุนแรงจำนวน 37 ราย ซึ่งภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะมีอาการซึมเศร้า เช่น สิ้นหวัง มีความคิดฆ่าตัวตาย เบื่อชา และไม่สนใจสภาพแวดล้อมรอบตัว และไม่สามารถรักษาด้วยวิธีบำบัดทางจิตเวช ได้แก่ การสนทนบำบัด การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง ผู้วิจัยได้แบ่งผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะที่คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ผลการศึกษาวิจัย พบว่า การรักษาโดยใช้ยาผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มทดลองที่ได้รับยาทั้ง 2 ชนิดนี้พร้อมกันมีแนวโน้มด้านการรักษาดีกว่าการได้รับยาเพียงชนิดใดชนิดหนึ่ง สามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าและความผิดปกติของพฤติกรรมได้ดี และการศึกษาวิจัยในต่างประเทศของฟรานซิสโก และคณะ (Francisco, Walker, Zasler,& Bouffard, 2007) ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาอาการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 13 อาการ ได้แก่ อาการกระวนกระวายใจ โกรธ หรือเกรี้ยวกราด วิตกกังวล ซึมเศร้า ความเฉยชา เบื่อชา อาการนอนไม่หลับ ความคิดซ้ำอาการเบื่อหน่ายชีวิต อารมณ์อ่อนไหวง่ายกว่าปกติ ความจำผิดปกติ และย่ำคิดย่ำทำ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นแพทย์ โดยศึกษาจากแพทย์ 2 กลุ่ม ได้แก่ แพทย์ที่ให้การรักษาทั่วไป และแพทย์เฉพาะทางเปรียบเทียบการใช้ยาในการรักษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ยาที่มีการนำมาใช้ในการรักษา มีดังนี้ Valproic acid and its derivatives (VPA), Propanolol, Nadolol, Trazodone, Carbamazepine, Lorazepam, Risperidone, Buspirone, Paroxetine, Sertraline, Venlafaxine Methylphenidate, Amantadine, Modafinil, Trazodone, Zolpidem, Nortriptyline, Benzodiazepine, Bromocriptine, Donepezil, Galantamine, Rivastigmine, และ Citalopram และพบว่าแนวทางการรักษาด้วยยาเกี่ยวกับปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะโดยแพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทางนั้นมีความแตกต่างกัน โดยแพทย์เฉพาะทางจะใช้ยาจำนวนชนิดมากกว่า และมีความเฉพาะเจาะจงกว่าแพทย์ทั่วไปในการรักษาอาการของผู้ป่วย

3) การรักษาพฤติกรรมที่ผิดปกติด้วยกิจกรรมบำบัด สำหรับการรักษาด้วยวิธีนี้นำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านความจำ การคิด และสติปัญญา (พิศศักดิ์ ชินชัย, 2548) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1) การฟื้นฟูสภาพความสามารถด้านสติปัญญา (Cognitive function) กิจกรรมบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงความสามารถด้านสติปัญญาควรเป็นกิจกรรมที่มีความซับซ้อนน้อยและเพิ่มความซับซ้อนขึ้นไปเรื่อยๆ แต่ต้องไม่ยากจนเกินความสามารถของผู้ป่วย นอกจากนี้ควรเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจโดยลักษณะของกิจกรรมที่นำมาใช้ อาศัยหลักการ Transfer of training technique เช่น การฝึกคิดคำนวณ โดยการขีดเขียนลงกระดาษ นับลูกหิน เรียงลำดับภาพ เป็นต้น สำหรับกิจกรรมต่อเนื่องนั้น รูปแบบของกิจกรรมควรมีการพัฒนาที่เฉพาะด้าน เช่น การวางแผนการทำงาน การตัดสินใจ ซึ่งตัวอย่างกิจกรรมที่ใช้ ได้แก่ การฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การใช้คอมพิวเตอร์ การทำกิจกรรมกลุ่ม งานฝีมือ เป็นต้น และสถานที่ใช้ในการฝึกควรเริ่มจากสถานที่เงียบสงบ หลังจากนั้นจึงปรับมาเป็นสถานที่จริงที่ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่

3.2) การรักษาด้านการรับรู้เข้าใจ (Orientation) ซึ่งผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในด้านนี้จะมีปัญหาการรับรู้เข้าใจเกี่ยวกับเวลา สถานที่ และบุคคล (พิศศักดิ์ ชิมชัย, 2548) โดยเทคนิคในการรักษาแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ Remedial Approach เป็นการทำให้ผู้ป่วยได้ร่วมพูดคุยซ้ำๆ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอในเรื่องเกี่ยวกับเวลา สถานที่ และข้อมูลส่วนบุคคล และใช้สถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน เช่น การจำชื่อของบุคคล เป็นต้น และเทคนิค Adaptive Approach เทคนิคประเภทนี้มีกิจกรรมที่นำมาใช้ ได้แก่ ฝึกฝนการรับรู้ด้านเวลา เช่น การให้ผู้ป่วยดูนาฬิกาหรือปฏิทินเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง รวมทั้งการอธิบายให้สมาชิกในครอบครัว และญาติผู้ป่วยทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล (Caregiver)

จากแนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล ในประเทศไทยได้มีผู้ศึกษาและให้ความหมายเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2549) ดังนี้ ญาติผู้ดูแล (Family caregiver) หมายถึง ญาติหรือบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กัน เป็นผู้ให้การดูแล ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพ อาจมีความพิการหรือมีภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง จนไม่สามารถดูแลตนเองได้ จึงต้องการได้รับการช่วยเหลือดูแลจากญาติผู้ดูแล โดยการดูแลเกิดขึ้นภายในบ้านหรือที่พักอาศัย ซึ่งญาติผู้ดูแลนั้นให้การดูแลด้วยความรักปรารถนาดี และไม่ต้องการสิ่งใดตอบแทน มีการแบ่งประเภทของญาติผู้ดูแล (Family caregiver) ออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) Primary caregiver หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอมากกว่าบุคคลอื่น

2) Secondary caregiver หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล ซึ่งอาจช่วยหรือมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง หรือ อาจมีบทบาทเป็นผู้ช่วยของ Primary caregiver ก็ได้ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 1996: 86)

ซึ่งการกำหนดตัวบุคคลเพื่อทำหน้าที่ญาติผู้ดูแลนั้น คุณลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการพิจารณาความเหมาะสมต่อการทำหน้าที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อาจมีการคัดเลือกมาจากผู้ที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ในหลายด้าน เช่น อายุ เพศ สถานภาพการสมรส ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย อาชีพ หรืองานประจำที่ทำอยู่ หรือแม้กระทั่งแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือซึ่งปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งนอกจากนี้ แรงจูงใจในการดูแลยังเป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญที่ช่วยให้บุคคลทำหน้าที่ของญาติผู้ดูแล โดยแรงจูงใจ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ แรงจูงใจในการช่วยเหลือที่ตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง (Egoistic motivation) เช่น การได้รับค่าจ้าง, คำชมจากเพื่อนบ้าน หรือความรู้สึกละอายต่อการละเว้นการดูแลผู้ป่วย และแรงจูงใจในการดูแลที่มาจากความรู้สึกรัก เห็นอกเห็นใจ และอยากจะช่วยดูแลช่วยเหลือ (Altruistic motivation) เช่น สมาชิกในครอบครัว แต่ทั้งนี้ในบางครอบครัวอาจพบว่ามีแรงจูงใจทั้ง 2 ประเภทประกอบเข้าด้วยกัน ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละครอบครัว รวมทั้งบุคคลนั้นๆ ปัจจัยต่างๆ ที่ได้กล่าวมา ล้วนส่งผลต่อความพร้อม และความสามารถในการทำหน้าที่ญาติผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้งสิ้น เนื่องจากการทำหน้าที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนั้น จะต้องมีความทุ่มเท เอาใจใส่ และสามารถเผชิญปัญหา ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้เป็นอย่างดี เพราะต้องให้การดูแลเป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่อง ยาวนาน และดำรงชีวิตอยู่กับผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพไม่แน่นอนตลอดเวลา อาจส่งผลกระทบต่อภาวะความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะความเครียดญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย เพศหญิง โสด และไม่มีภาระทางสังคมมากนัก หากประกอบอาชีพประจำอยู่ อาจต้องลาออกหรือปฏิบัติทั้งบทบาท 2 พร้อมกัน เนื่องจากภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น ความพิการด้านร่างกาย ความผิดปกติทางสมอง ซึ่งมีแนวทางการดูแลคล้ายกับโรคเรื้อรัง จึงต้องการญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยเช่นเดียวกัน โดยลักษณะงานของญาติผู้ดูแล (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2549) ได้แก่

2.1) งานที่เกิดจากข้อจำกัดด้านร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากความพิการทางด้านการร่างกาย หรือความผิดปกติทางร่างกายที่ส่งผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะอาจมีข้อจำกัดทางด้านการร่างกาย โดยเฉพาะความพิการต่างๆ เช่น การสูญเสียแขนขา หากความพิการนั้นมีความรุนแรง ส่งผลให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องการญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือกิจกรรมที่เกิด

จากข้อจำกัดด้านร่างกาย และงานประเพณีญาติผู้ดูแลสามารถคาดคะเน และวางแผนล่วงหน้าได้ เช่น การช่วยเหลือเกี่ยวกับอาหาร หรือการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น สอดคล้องกับการวิจัยของชญชิตา โพธิ์ประสาธ (2547) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ และหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ โดยกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาเป็นผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 90 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลบาดเจ็บที่ศีรษะ มีพฤติกรรมการดูแลด้านร่างกาย และด้านประทับประคองจิตใจอยู่ในระดับดีมาก รวมทั้งได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

2.2) งานที่เกิดจากปัญหาความผิดปกติทางด้านความคิด สติปัญญา และพฤติกรรม ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถพบได้ในผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์ซึมเศร้า อาการหวาดระแวง บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลและควบคุมอย่างใกล้ชิด และไม่สามารถคาดการณ์ได้ เนื่องจากสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้น ญาติผู้ดูแลเองอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน และวิตกกังวลจากงานดังกล่าวได้ รวมทั้งเหตุการณ์ดังกล่าวยังเป็นปัญหาเรื้อรังที่ญาติผู้ดูแลเผชิญอยู่ นอกจากนี้ยังพบอาการทางกาย เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หูแว่ว นอนหลับยาก อาการปวดศีรษะ และเวียนศีรษะ เป็นต้น

2.3) งานที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย โดยการดูแลประเพณีนี้มักจะเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับลักษณะนิสัยส่วนตัวของผู้ป่วย และผลกระทบจากโรคของผู้ป่วย แต่ในผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะอาจไม่พบมากนัก

สำหรับในต่างประเทศได้มีผู้เขียนบทความนำเสนอเกี่ยวกับแนวคิดญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งเป็นแนวคิดของ ดีเจเนเฟ (Degeneffe, 2001) โดยเนื้อหากล่าวถึงความท้าทายการดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะยาวของญาติผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย โดยชี้ให้เห็นประเด็นของธรรมชาติการดูแล ความเครียด และภาระรวมทั้งประสบการณ์การดูแล การเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนั้นบทความดังกล่าวยังได้สรุปถึงการเข้าไปช่วยเหลือตามความต้องการของญาติผู้ดูแลและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอีกด้วย ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในต่างประเทศมีความคล้ายคลึงกับแนวคิดที่กล่าวถึงในข้างต้น โดยบทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแลมีความท้าทายต่อการคงอยู่ของระบบครอบครัว สามารถแบ่งปัจจัยต่างๆ ได้ ดังนี้ การกำหนดระบบช่วยเหลือ การเปลี่ยนบทบาทมาเป็นญาติผู้ดูแล รูปแบบความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว โครงสร้างของครอบครัว รวมทั้งผลกระทบจากปัญหา

พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อญาติผู้ดูแล (Degeneffe, 2001) และความพิการของผู้ป่วยด้วย

สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในต่างประเทศของวาตานาเบ้ ชิเอล อาซามิ ทากิ และทาบูชิ (Watanabe, Shiel, Asami, Taki, & Tabuchi, 2000) ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะตั้งแต่ 1-3 ปีตามการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัว และระดับความเครียดของสมาชิกในครอบครัว ของประเทศญี่ปุ่น เป็นการศึกษาย้อนหลังตั้งแต่เดือนเมษายน 1995 ถึงเดือนมีนาคม 1997 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 34 ราย และครอบครัวของผู้ป่วยจำนวน 9 ครอบครัว มีอายุอยู่ในช่วง 16-64 ปี ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะกับระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กัน หากแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะอยู่ในระดับมาก สมาชิกในครอบครัว จะมีระดับความเครียดมากเช่นเดียวกันและยังมีการศึกษาวิจัยของริลลีย์ (Rilley, 2007) ศึกษาเกี่ยวกับความเครียด อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจากความเชื่อของญาติผู้ดูแลกับปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งทำการศึกษาในญาติผู้ดูแลจำนวน 40 ราย โดยนำแบบวัดอารมณ์ซึมเศร้าของซุง แบบวัดความเครียดตามการรับรู้ของตนเอง และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาทางพฤติกรรมในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล ผลลัพธ์ที่ได้พบว่า ระดับคะแนนของอารมณ์ซึมเศร้า และความเครียดอยู่ในระดับสูง ซึ่งแปรผกผันกับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งญาติผู้ดูแลมีความเชื่อว่า หากตนเองมีศักยภาพการดูแลเพียงพอ และผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถควบคุมอาการได้ จะช่วยให้ระดับความเครียดที่เกิดจากการดูแลลดลง

2.4 ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

2.4.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic brain injury) ก่อให้เกิดผลกระทบจากการบาดเจ็บต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น ความพิการทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ เมื่อเกิดพยาธิสภาพเหล่านี้ ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือดูแล หากความพิการ หรือพยาธิ

สภาพอยู่ในระดับที่มีความรุนแรง ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และใช้ระยะเวลาในการดูแลค่อนข้างมาก อาจส่งผลกระทบต่อความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล หากญาติผู้ดูแลมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาจทำให้อาการของโรคมีความรุนแรงขึ้น เนื่องจากร่างกายเกิดความอ่อนล้า และความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น

2.4.2 ผลกระทบด้านอารมณ์ จิตใจ และจิตสังคม

เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลนั้นต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน และดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ซึ่งอาจเป็นปัญหา หรือส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล ประกอบกับหน้าที่การงานเดิมที่ต้องรับผิดชอบ รวมทั้ง การดำเนินชีวิตอาจส่งผลให้เกิดความเครียดจากการสถานการณ์ดังกล่าวได้ เนื่องจากญาติผู้ดูแลมีเวลาส่วนตัวสำหรับตนเอง และการประกอบอาชีพ การเข้าสังคม บทบาทหน้าที่ในการรับผิดชอบต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเกิดความรู้สึกสูญเสียความเป็นส่วนตัว ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง รู้สึกเหมือนถูกผูกมัดติดกับผู้ป่วย ถูกแยกออกจากสังคม เหงา ขาดเพื่อนฝูงในสังคม ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม ภาวะเครียด และสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงรวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชีวิตของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และจิตใจของผู้ดูแล (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2549) รวมทั้งอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัว หรือบุคคลที่อยู่รอบข้างด้วย (นิภาวรรณ สามารถกิจและ สุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2544) ทำให้สมาชิกครอบครัวในฐานะญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ จากสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย รวมทั้งรู้สึกเป็นภาระ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย พฤติกรรม และการแยกตัวออกจากสังคม (Marsh, Kersel, & Havill, 1998 อ้างใน นิภาวรรณ สามารถกิจและ สุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของเวลล์ ไดวัน และคูมัส (Wells, Dywan, & Dumas, 2005) ทำการศึกษาวิจัย ปัจจัยทำนายผลกระทบของความผาสุกในชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต และความโศกเศร้า ในระยะยาวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยทำการศึกษาในสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลจำนวน 72 ราย แบ่งออกเป็นเพศชาย 19 ราย และเพศหญิง 53 ราย จากการศึกษาวิจัย พบว่าสมาชิกในครอบครัวมีความพึงพอใจในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอยู่ในระดับสูงมากกว่าความไม่พึงพอใจ และการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่งผลกระทบให้เกิดความเครียดแก่ญาติผู้ดูแล

นอกจากผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลด้านอารมณ์แล้ว จากสถานการณ์การดูแลยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลหลัก เช่น การศึกษาวิจัยของริเวรา อิลลอป

เบอร์รี แกรนท์ และออสเวลล์ (Rivera, Elliott, Berry, Grant, & Oswald, 2007) ศึกษาปัจจัยทำนายของภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยทำการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ เพศหญิง 57 ราย เพศชาย 3 ราย ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ญาติผู้ดูแลจำนวน 29 ราย มีภาวะเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยมีวิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม และใช้วิธีทางลบในการจัดการกับปัญหา เช่น หลีกหนี ไม่ดูแลผู้ป่วย เน้นหาข้อผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแลได้แก่ ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย การรับรู้และการเผชิญความเหนื่อยล้า และปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของวาตานาเบะ ชิต แมกเลียน คูริฮาระ และฮายาชิ (Watanabe, Shiel, Mclellan, Kurihara, & Hayashi, 2000) ศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อสมาชิกในครอบครัว ในประเทศญี่ปุ่น และประเทศอังกฤษ เป็นการศึกษาในสมาชิกครอบครัวของชาวญี่ปุ่นจำนวน 4 ราย และสมาชิกครอบครัวชาวอังกฤษจำนวน 18 ราย ใช้วิธีการสัมภาษณ์ ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดปัญหาเพิ่มขึ้น และสมาชิกในครอบครัวมีความเครียด เหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม แต่สมาชิกในครอบครัวของประเทศอังกฤษมีการเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่า และเมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ สมาชิกครอบครัวชาวญี่ปุ่นมีความรู้สึกรับมือ และเหนื่อยล้ามากกว่าสมาชิกครอบครัวชาวอังกฤษ และการศึกษาของบาเลน ริดเดอร์ เบอริ มิวลิพัส พาส ออดดิงและสแตม (Baalen, Ribbers, Meulepas, Pas, Odding, & Stam, 2007) ศึกษาลักษณะการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ 1 ปี ที่มีความเครียดเกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย โดยญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบนิ่งเฉย รวมทั้งการศึกษาวิจัยของ แอนเดอร์สัน พาร์เมนเตอร์และม็อก (Anderson, Parmenter, & Mok, 2002) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงและบทบาทหน้าที่ของครอบครัว สุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มสมรส พบว่า ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของครอบครัว และสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลหลักที่เป็นคู่สมรส

2.4.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ และครอบครัว

จากการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะจะส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลในด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ญาติผู้ดูแลอาจมีผลกระทบในด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ เช่น การทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลหลักนั้น จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา บางกรณีญาติผู้ดูแลไม่มีญาติผู้ดูแลรอง หรือผู้ช่วยเหลืออื่นๆ ประกอบกับอาการของผู้ป่วยมีความรุนแรง และส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างรวมทั้งสังคมมาก ญาติผู้ดูแลหลักจึงต้องลาออกจากงาน

ประจำที่ทำอยู่ หรือควั่นจากการประกอบอาชีพเพื่อใช้เวลาทั้งหมดในการดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวตามมา เช่นการศึกษาวิจัยในต่างประเทศของ โรตอนดีซิงกูล บัลซาร์แฮร์ริส และ โมลดาเวน(Rotondi, Sinkule, Balzer, Harris,& Moldovan, 2007) เกี่ยวกับการประเมินความต้องการของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ และญาติผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับรุนแรง เฉลี่ย 5.8 ปี จำนวน 80 ราย และญาติผู้ดูแลหลักจำนวน 85 ราย ใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์แบบ Semi structured interview โดยแนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 18 หัวข้อ ได้แก่ 1) ความเข้าใจเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ การรักษา และผลที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ 2) อารมณ์และสภาพจิตใจของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ 3) การเงินและเศรษฐกิจ 4) การได้รับคำแนะนำ 5) สุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว 6) การรับความช่วยเหลือ จากบุคลากรทางการแพทย์ 7) คุณภาพการดูแลรักษาและบริการ 8) การได้รับข้อมูลเพื่อการตัดสินใจรักษา 9) การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 10) การช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ 11) การสนับสนุนเกี่ยวกับอาชีพ 12) การรักษาต่อเนื่อง 13) การนำผู้ป่วยกลับเข้าไปใช้ชีวิตในชุมชน 14) กลุ่มช่วยเหลือสนับสนุน 15) การช่วยเหลือจากเพื่อนและครอบครัว 16) ประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง 17) การระบุนุคคลช่วยในการดูแลหรือญาติผู้ดูแลหลัก และ 18) การวางแผนร่วมกันทั้งจากผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลหลักในการพัฒนาการดูแลในระยะยาว จากการศึกษาวิจัย พบว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะ และผล การเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล รวมทั้งผู้ป่วยในด้านการประกอบอาชีพ และการเงินรายได้รวมทั้งเศรษฐกิจของครอบครัวด้วย โดยภาวะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้ทำงาน หรือประกอบอาชีพ หากมีความพิการ หรือการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับความรุนแรงมาก ต้องการการดูแลช่วยเหลือทำให้ญาติผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพ และขาดรายได้ เช่นเดียวกัน และจากการสัมภาษณ์พบว่า หัวข้อที่ญาติผู้ดูแลหลัก และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต้องการมากที่สุดคือ การได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ แนวทางการรักษา รวมทั้งการจัดการกับการเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้วย เนื่องจากเป็นผล ในระยะยาวที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้เผชิญกับเหตุการณ์ดังกล่าว และไม่สามารถรับมือในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ส่งผลให้ครอบครัวมีความเครียดและความทุกข์ใจเกิดขึ้น

2.5 ทฤษฎีความเครียด ของลาซารัส (Lazarus's Theory)

ลาซารัสให้ความหมายของความเครียด ไว้ว่า เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลัง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ กับ แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้น และต้องผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิด (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ในการประเมินตัดสินนั้นเป็นกระบวนการคิด พิจารณาและตัดสินความสำคัญ และให้ความหมายของเหตุการณ์นั้น ว่าอาจส่งผลต่อสวัสดิภาพของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1) การประเมินชนิดปฐมภูมิเป็นการประเมินและตัดสินใจเกี่ยวกับความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์นั้น ที่ส่งผลต่อสวัสดิภาพของบุคคล ซึ่งการประเมินตัดสินความสำคัญของเหตุการณ์นี้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1.1) ภาวะไม่เครียดซึ่งบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่ส่งผลต่อสวัสดิภาพของตนทำให้บุคคลไม่มีภาวะเครียด เนื่องจากไม่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลในทางที่ดีกับตนบุคคลจึงไม่ต้องจัดการกับเหตุการณ์นั้น

1.2) ภาวะเครียด การที่บุคคลจะพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นภาวะเครียด โดยพิจารณาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นอันตรายหรือสูญเสียและเกิดการเสียหายขึ้นกับตนเอง รวมทั้งเกิดอาจอันตราย หรือสูญเสียในอนาคตกับบุคคล แต่ถ้าบุคคลนั้นคิดว่า จะมีหนทางที่สามารถควบคุมได้ จึงทำให้มีขวัญและกำลังใจที่ดีขึ้น เกิดความรู้สึกทำหาย

2) การประเมินชนิดทุติยภูมิการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้น และอาจเกิดขึ้นพร้อมกับการประเมินชนิดปฐมภูมิได้

3) การประเมินตัดสินใหม่การเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคล เมื่อได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่หรือการประเมินซ้ำจากปัญหาทางพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังบำบัดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้ญาติผู้ดูแลประเมินและตัดสินใจเหตุการณ์นั้นว่าเป็นความเครียด ซึ่งภายหลังจากเกิดความเครียดขึ้นญาติผู้ดูแลต้องพยายามจัดการกับความเครียดนั้น สำหรับการเผชิญกับความเครียดนั้นตามแนวคิดของลาซารัสหมายถึงความพยายามทั้งการกระทำและความคิดในการจัดการกับภาวะเครียด โดยความพยายามนั้นจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มากกว่าภาวะปกติไม่มีวิธีการเผชิญความเครียดใด ที่ได้ผลดีที่สุด ขึ้นอยู่กับบริบทของบุคคลและเหตุการณ์นั้น ดังนั้น บุคคลที่จะสามารถเผชิญความเครียดได้ดี คือบุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้เหมาะสมกับสถานการณ์ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ 1) มุ่งการแก้ปัญหาเป็นวิธีการเผชิญความเครียดโดยมุ่งจัดการกับแหล่งความเครียด และจัดการกับตนเองเพื่อการแก้ปัญหาโดยตรงและ 2)

จัดการกับอารมณ์เป็นการปรับอารมณ์ หรือความรู้สึกของตน เพื่อให้บุคคลนั้นสามารถแก้ปัญหา ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยบุคคลจะมีวิธีการเผชิญความเครียดสามารถแบ่งออกเป็น 5 วิธี ได้แก่ 1) การแสวงหาข้อมูลเป็นความพยายามของบุคคลที่จะเรียนรู้และเข้าใจปัญหา เพื่อหาหนทางแก้ไขปัญหา 2) การกระทำโดยตรงเป็นการกระทำของบุคคล ไม่ใช่ความรู้สึกนึกคิด เพื่อที่จะจัดการกับความเครียด 3) การหยุดยั้งการกระทำ การที่บุคคลไม่ยอมทำอะไรเลย หรือหยุดกระทำในกิจกรรมที่คิดว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง 4) การแสวงหาความช่วยเหลือ การที่บุคคลแสวงหาความช่วยเหลือหรือ แหล่งสนับสนุน จากสังคม และบุคคลรอบข้าง และ 5) การใช้กลไกทางจิตเป็นกระบวนการคิดที่ต้องการปรับอารมณ์ ให้รู้สึกดีขึ้น รวมทั้งการประเมินเหตุการณ์ใหม่ เบี่ยงเบนความสนใจ และใช้กลไกการป้องกันตนเอง เช่น การปฏิเสธ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดดังกล่าว พบว่ามีการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศไทยใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันออกไป และในต่างประเทศดังนี้ ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ (2549) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน โดยทำการศึกษาในญาติผู้ดูแลหลัก จำนวน 46 คน พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองประเมินสถานการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่บ้านภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 เดือน ว่าเป็นความเครียดค่อนข้างต่ำ ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ไขปัญหา และการจัดการด้านอารมณ์ และมีการรับรู้ต่อการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูง

สุภาพร จงประกอบกิจ (2551) ศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมนมาเป็นกรอบแนวคิดในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย ผลการศึกษา พบว่าระดับความเครียดโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อยู่ในระดับต่ำได้ค่าเฉลี่ยของระดับความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เท่ากับ 33.44 คะแนน ซึ่งปัจจัยทางด้านตัวบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีความเกี่ยวข้องกับระดับความเครียดในระดับต่ำ ได้แก่ เพศ พบว่าเพศหญิงมีระดับความเครียดสูงกว่าเพศชาย ปัจจัยต่อมาได้แก่ อายุ จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 41 - 60 ปี มีระดับความเครียดต่ำ เนื่องจากบุคคลในวัยนี้ผ่านวิกฤตมาาก ส่งผลให้มีประสบการณ์ชีวิต และวุฒิภาวะสูง มีความสามารถในการพิจารณาไตร่ตรองได้ดี เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดจะสามารถเลือกใช้วิธีที่เหมาะสม ปัจจัยสุดท้ายได้แก่ ระดับการศึกษา จากผลการศึกษาวิจัย พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาจะมีความตระหนักและรับรู้ในเรื่องโรค และรับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดีกว่า

สำหรับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดนั้น ใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิก(1988) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดใช้การเผชิญความเครียดในระดับปานกลางค่อนข้างมาก และส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกด้าน โดยใช้ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ซึ่งวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกให้มากที่สุดได้แก่ การใช้ประสบการณ์เดิมมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนของการเจ็บป่วยครั้งนี้ รองลงมาได้แก่ ด้านการบรรเทาความเครียด โดยกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการหวังว่าตนเองจะหายขาดจากโรคที่เป็นอยู่ หรือหวังว่าจะไม่มีการแพร่กระจายของโรคเกิดขึ้น ส่วนด้านจัดการกับอารมณ์เป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้น้อยที่สุด โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการเตรียมพร้อมที่จะรับกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายมากที่สุดมาใช้

จันทกานต์ ช่างวัฒนชัย (2552) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ โดยใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมนมาเป็นกรอบแนวคิดในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีซึ่งมีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติจำนวน 70 ราย ผลการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าสตรีมีการประเมินถึงสถานการณ์ที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้เป็นประเด็นหลัก 3 ประเด็น ได้แก่ กลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูกกังวลเรื่องการรักษา และมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว โดยสตรีหนึ่งคนอาจมีสถานการณ์ความเครียดมากกว่า 1 สถานการณ์ ซึ่งระดับความเครียดโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีระดับความเครียดอยู่ในระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 31.42 เมื่อพิจารณาจากสถานการณ์ความเครียด พบว่าสตรีที่มีความเครียดมากส่วนใหญ่จะเครียดในเรื่องความกลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก สำหรับการเผชิญความเครียดใช้แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของจาโลวิก(1988) พบว่า สตรีใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด และใช้วิธีการเผชิญความเครียด 5 อันดับแรก ได้แก่ อันดับแรก คือ กังวลใจ และหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น รองลงมาได้แก่ ต่อหน้าผู้อื่นแสดงให้เห็นว่าเป็นเรื่องไม่สำคัญ แต่ในใจคิดกังวลเกี่ยวกับผลตรวจที่ผิดปกติเตรียมใจรับกับสิ่งร้ายแรงที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองค้นหาความสำคัญ หรือข้อดีของการรับรู้ผลการตรวจที่ผิดปกติ และพยายามทำใจยอมรับผลการตรวจที่เกิดขึ้น

การศึกษาวิจัยในต่างประเทศที่ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมนมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เช่น งานวิจัยของแฮงค์แรพพอร์ด และแวนเจล (Hank, Rapport, & Vangel, 2007) ศึกษาการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และบทบาทของครอบครัวในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ และผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแล โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 60 ราย ซึ่งญาติผู้ดูแลหลักเหล่านี้ดูแลผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับเล็กน้อยปานกลาง หรือรุนแรง ตามเกณฑ์การประเมินของ Glasgow coma

score และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 15 ปี มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ สูญเสียความจำ สูญเสียการรับรู้ การคิด และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และใช้แบบประเมิน Functional outcomes ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นแบบประเมินย่อยๆ ได้แก่ Disability Rating scale และ Functional Independence Measure, แบบประเมิน Psychosocial indices ได้แก่ Social Provision scale, coping Inventory for stressful situations, Family Assessment Device และ Caregiver Appraisal scale ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา คิดเป็นร้อยละ 43 คู่สมรสหรือคู่รัก ร้อยละ 21 เพื่อน บุคคลอื่น ร้อยละ 14 พี่น้องร้อยละ 12 ญาติ ร้อยละ 6 และความสัมพันธ์อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 4 ซึ่งแบ่งออกเป็นเพศชาย ร้อยละ 23 เพศหญิง ร้อยละ 77 มีอายุอยู่ในช่วง 18-78 ปี นอกจากนี้ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการ หรือการปรับอารมณ์ของตนเอง นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทางสังคม และบทบาทของครอบครัวมีความสัมพันธ์กัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของญาติผู้ดูแลต่อผลกระทบที่เกิดจากการสถานการณ์ดูแลผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

สำหรับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า มีการศึกษาวิจัยของแคทซ์ คราเวท และกรินบอม (Katz, Kravetz, & Grynbaum, 2005) ศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของภรรยา ภายหลังจากที่สามีได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ และมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ โดยทำการศึกษาในญาติผู้ดูแลหลักที่เป็นภรรยา ให้การดูแลแก่สามีที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 44 ราย ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ระยะเวลาการดูแลในระยะยาวมีผลกระทบ และสร้างความเครียดแก่ภรรยามากกว่าการดูแลในระยะเวลานั้นและภรรยามีวิธีการเผชิญความเครียดทางบวก แต่ระยะเวลาของการดูแลสามีภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ไม่มีผลต่อการเผชิญความเครียด ความเครียดและปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ บทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว มีส่วนสำคัญในการเกิดความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล

2.6 วิธีจัดการ การดูแล และช่วยเหลือกับปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย พบว่าการศึกษาวิจัยในประเทศไทย และต่างประเทศมีความสนใจ และมุ่งเน้นแตกต่างกัน สำหรับในประเทศไทยมุ่งเน้นด้านการรักษาที่ตัวผู้ป่วย ผลกระทบที่เกิดจากการบาดเจ็บศีรษะต่อญาติผู้ดูแล ซึ่งเน้นเฉพาะอาการทางกาย และความพิการที่หลงเหลืออยู่ และผลกระทบของเหตุการณ์การบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งเกิดขึ้นอย่างกะทันหันต่อสมาชิกในครอบครัว และสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลในช่วงระยะแรกของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2549) แต่ในต่างประเทศมุ่งเน้นไปที่ผลกระทบแบบองค์รวมทั้งต่อตัวผู้ป่วย พยาธิสภาพ และผลของการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วย รวมทั้งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ว่าก่อให้เกิดความเครียด และทุกข์ใจจากการดูแล และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบติดตามอาการของผู้ป่วยในระยะยาว รวมทั้งติดตามญาติผู้ดูแล ช่วยเหลืออีกด้วย ทั้งนี้พบว่ามีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างจริงจังค่อนข้างน้อย สำหรับด้านการดูแลช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแล จากประสบการณ์ของผู้วิจัย ในประเทศไทย พบว่า ญาติผู้ดูแลจะให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่บ้าน และเลือกใช้วิธีการดูแลตามประสบการณ์ของตนเองที่ได้รับการพัฒนาจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยตามอาการ และความผิดปกติที่ผู้ป่วยแสดงออกมา แต่ในต่างประเทศมีการศึกษาวิจัยของคานาเวล แอนเซลมิ บูซิชิโอ และมิลลิส (Carnevale, Anselmi, Busichio, & Millis, 2002) ศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมแก้ไขปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะเพื่อลดความทุกข์ใจของญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ลักษณะของโปรแกรมประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญ คือ 1) การให้ความรู้จะประกอบไปด้วยการให้ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงที่มีเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และความสัมพันธ์ระหว่างการบาดเจ็บที่ศีรษะกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และ 2) การรักษา โดยสอนญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับเทคนิคพื้นฐานการประเมินพฤติกรรม และวิธีการช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ และญาติผู้ดูแลจำนวน 27 ราย เพศชาย 18 ราย และเพศหญิง 9 ราย ผลการศึกษาวิจัย พบว่า โปรแกรมดังกล่าวยังไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล อยู่ในระดับสูง

2.7 สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นการบาดเจ็บเฉียบพลัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงได้แก่ พยาธิสภาพทางสมอง ที่สามารถทำให้เกิดความพิการรวมทั้งเสียชีวิตแก่ผู้ป่วยได้ ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรง หากมีการบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับเล็กน้อย ถึงปานกลางอัตราการรอดชีวิตก็จะสูงกว่าระดับรุนแรง แต่ภายหลังการรักษา และการรอดชีวิตอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยได้ และเป็นกลุ่มอาการเรื้อรังที่ต้องการญาติผู้ดูแลเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่นๆ ญาติผู้ดูแลเหล่านี้นอกจากจะให้การดูแลทางกายแล้ว ยังต้องให้การดูแลปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งเป็นกลุ่มอาการไม่แน่นอน เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา หากเป็นกลุ่มอาการที่เป็นอันตรายต่อบุคคลรอบข้าง เช่น ก้าวร้าว ทำร้ายบุคคลอื่น พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม อาจทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด และทุกข์ใจ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสที่เหตุการณ์ดังกล่าวญาติผู้ดูแลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลหาวิธีการเผชิญความเครียดทั้งในด้านบวก และการเผชิญความเครียดในด้านลบ รวมทั้งค้นหาวิธีการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ซึ่งสามารถเรียนรู้ได้จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อนได้ หากมีการเผชิญความเครียดที่ดี จะทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ หากการเผชิญความเครียดเป็นไปในด้านลบ อาจทำให้ละเลย และทอดทิ้ง หรือทำร้าย กักขังผู้ป่วย ได้เช่นเดียวกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียด และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโพล์กแมน

3.1 ประชากร

ประชากรในการศึกษาวิจัย คือ ญาติผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

3.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติไว้ (inclusion criterion) ดังนี้

1) ญาติผู้ดูแลมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย หากมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องผ่านการทดสอบความสามารถในการคิดรู้ (Cognitive Status) โดยแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) และได้ค่าคะแนนมากกว่า หรือเท่ากับ 25 คะแนนขึ้นไป

2) ญาติผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้านตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

2.1) ดูแลผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป มีประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง (โดยการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์การประเมินคะแนนทางระบบประสาท Glasgow coma score แรกรับ) มีหรือไม่มีความพิการทางด้านร่างกายร่วมด้วย

2.2) ญาติผู้ดูแลหลักรายงานว่า ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ และไม่มีความคิดปกติของพฤติกรรม และอารมณ์ก่อนการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ที่มาจากสาเหตุอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งมีสาเหตุมาจากผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

3) ญาติผู้ดูแลพักอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ และสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์และจัดการกับปัญหาดังกล่าวของผู้ป่วยได้

4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถฟัง พูด อ่านเข้าใจภาษาไทย สามารถให้การสัมภาษณ์และทำแบบสอบถาม

5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3.3 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 47 ราย โดยคิดจากร้อยละ 25 ของประชากรที่มีจำนวนตัวอย่างเป็นร้อยละ (ประกอบ กรรณสูตร, 2524 อ้างในยุวดี ภาษาและคณะ, 2543: 84) คำนวณจากค่าเฉลี่ยของจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เคยพักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จากการสำรวจสถิติของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง ตั้งแต่ เดือนมกราคม 2552 – เดือนธันวาคม 2552 (ข้อมูลจากหน่วยข้อมูลและสถิติโรงพยาบาลรามาริบัติ, 2553 : หน่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2553) และการประมาณค่าจำนวนผู้ป่วยจากโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี มีดังนี้

โรงพยาบาลรามาริบัติ	165	ราย
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	239	ราย
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	150	ราย
รวมจำนวนผู้ป่วย	554	ราย
จำนวนตัวอย่าง	$= 554 \div 3 \text{ ราย/ปี}$	
ร้อยละ 25 ของจำนวนผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อปี	$= 184.66 \times 25 / 100 \text{ ราย}$	
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	$= 46.16 \text{ ราย}$	

เนื่องจากการเก็บข้อมูลครั้งนี้ เก็บจากญาติผู้ดูแล 1 ราย/ ผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ 1 ราย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนผู้ป่วยที่คำนวณได้จำนวน 47 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ของการศึกษาวิจัยมาจากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง

แห่งละ 50 ราย แต่เนื่องจากการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ เฉลี่ยโรงพยาบาลละ 15-17 ราย รวมทั้งสิ้น 47 ราย

3.4 สถานที่ใช้ในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง ซึ่งมีที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ โรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งมีระบบบริการคล้ายคลึงกัน ได้แก่ ระบบการบริการของโรงพยาบาล ก. และโรงพยาบาล ค. มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ รวมทั้งมีแนวทางการดูแลร่วมกับทีมแพทย์จิตเวชซึ่งเป็นการรักษาทางการแพทย์ เช่น การรักษาด้วยยา แต่ไม่มีการบำบัดด้วยวิธีการทางจิตเวช เช่น กิจกรรมบำบัด กลุ่มบำบัด จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจมีจำนวนมากจากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการขาดนัดของผู้ป่วย เนื่องจากสถานที่ตั้งอยู่ในเขตเมือง การเดินทางมารับบริการต้องใช้ระบบการเดินทางสาธารณะ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลไม่สะดวกในการมาตรวจตามนัด กลุ่มตัวอย่างเร่งรีบ เนื่องจากต้องดำเนินการตามขั้นตอนของโรงพยาบาลให้เสร็จสิ้นตามกำหนดเวลา เช่น การเบิกยา การจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ เป็นต้น และมีความแตกต่างกันตามบริบท ได้แก่ โรงพยาบาล ข. มีระบบบริการไม่ยุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยและญาติได้รับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาทที่ชั้น 3 ไม่มีระบบการส่งต่อและดูแลร่วมกับแพทย์จิตเวช แพทย์ศัลยกรรมประสาทตรวจรักษาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จึงสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง เนื่องจากทราบข้อมูล และประวัติการรักษาของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ สถานที่ตั้งอยู่ในเขตชานเมือง ดิฉันคนใหญ่ พื้นที่การจราจรสะดวก จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ได้รับการตรวจตามนัด และไม่เร่งรีบ ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดีโดยวัน เวลาในการเปิดบริการ ดังนี้

1) โรงพยาบาล ก. แผนกผู้ป่วยนอกระบบศัลยกรรมประสาทให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโดยแพทย์เฉพาะทางระบบศัลยกรรมประสาท ในวันจันทร์ และวันพุธ เวลา 8.00 – 15.00 น.

2) โรงพยาบาล ข. ผู้ป่วยระบบศัลยกรรมประสาทได้รับการตรวจตามนัดจากแพทย์เฉพาะทางระบบศัลยกรรมประสาท ในวันจันทร์ เวลา 8.00-12.00 น. วันอังคาร เวลา 8.00 – 16.00 น. และในวันพฤหัสบดีเวลา 13.00 -16.00 น.

3) โรงพยาบาล ค. เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่มีขนาดใหญ่ จึงมีจำนวนแพทย์และอาจารย์แพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญในระบบศัลยกรรมประสาทเป็นจำนวนมาก ดังนั้น การเปิดบริการ ตั้งแต่วันจันทร์ – วันพฤหัสบดี เวลา 7.30 – 12.00 น.

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 5 ส่วน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1.1) แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) ถูกพัฒนาขึ้นโดย ไอแซค และ เคนนี ในปี ค.ศ. 1972 (Isaacs & Kennie, 1973 อ้างใน ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2549) เพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อมในญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) มาใช้ในการประเมินญาติผู้ดูแล ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยคุณลักษณะของเครื่องมือ มีลักษณะเป็นข้อคำถามที่ให้ญาติผู้ดูแลอายุบอกชื่อ สี สัตว์ ผลไม้ จังหวัด หมวดละ 10 ชื่อ มีเกณฑ์โดยผู้ที่ได้คะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ ถือเป็นผู้ที่มีการรับรู้ปกติ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

1.2) คุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยไอแซค และเคนนี (Isaacs & kennie, 1973 อ้างใน ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2549) ได้นำแบบทดสอบหมวดหมู่นี้ ไปใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม จำนวน 189 ราย มีอายุ 65-74 ปี 35 ราย อายุ 75-84 ปี 89 ราย และอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป 65 ราย พบว่าผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน ทั้งหมด 146 คน ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนผู้สูงอายุที่ได้คะแนนต่ำกว่า 15 คะแนน จำนวน 22 ราย เป็นผู้ที่มีการมีอาการสมองเสื่อม 20 ราย คิดสุราและมีอาการพูดเพ้อเจ้อ 1 ราย มีอาการอัมพาตทางด้านซ้าย 1 ราย ผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง 15 – 24 คะแนน จำนวน 21 ราย เป็นผู้ที่มีสมองเสื่อม 6 ราย ที่เหลือเป็นผู้ที่มีความหวาดระแวง วิดกกังวล มีภาวะซึมเศร้า หรือมีพยาธิสภาพทางร่างกาย ได้แก่ หัวใจล้มเหลว เป็นต้น เฮต (Hay, 1984: 96-97 อ้างใน ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2549) ได้นำวิธีนี้ไปทดสอบในผู้สูงอายุมากกว่า 100 ราย พบว่าผู้ที่ได้คะแนนมาก จะได้คะแนนมากในทุกหมวด ผู้ที่ได้คะแนนน้อยก็ได้คะแนนน้อยในทุกหมวดเช่นเดียวกัน ซึ่งแสดงถึงคุณภาพของเครื่องมือที่สามารถประเมินสมรรถภาพทางสมองได้ตรงตามสภาพ ในประเทศไทย ได้มีผู้ศึกษาวิจัยได้นำแบบทดสอบหมวดหมู่มาใช้ในการทดสอบ ดังนี้ นิภา นิยมไทย (2542) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ระยะเวลาในการดูแล เหตุการณ์ชีวิตครอบครัว ความเข้มแข็งของครอบครัว และความผาสุกของสมาชิกในครอบครัว ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยนำแบบทดสอบนี้ไปใช้กับญาติผู้ดูแล (family

caregiver) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปี พบว่า ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ 0-40 คะแนน และศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ (2549) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง 46 ราย อายุอยู่ในช่วง 19-69 ปี ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 รายที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้น และผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบหมวดหมู่มาใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบหมวดหมู่ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 10 ราย พบว่ามีช่วงคะแนน อยู่ระหว่าง 33- 40 คะแนน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 2.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
- 2.2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล
- 2.3) แบบสอบถามการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ และระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล
- 2.4) แบบวัดการเผชิญความเครียด (The Jalowiec coping scale: JCS)
- 2.5) แบบสัมภาษณ์วิธีจัดการกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลัง การบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ ข้อมูลการรักษาและพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ข้อคำถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ บทบาทในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยระยะเวลาในการดูแลต่อวัน ระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บุคคลอื่นช่วยในการดูแล ปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแล

2.3 แบบสอบถามการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วย ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ และระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล

แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่งผลให้เกิดความเครียดของญาติผู้ดูแล โดยคุณลักษณะของเครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด (Closed end Question) แบบ Check list/ matrix question (Likert Scale) โดยมีเนื้อหาคำถามเกี่ยวกับลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 6 กลุ่มอาการ ความถี่ของอาการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ที่พบในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Godfrey et al., 2003; Hart et al., 2003; Kersel, Marsh, Havills & Sleights, 2001; Mcauley, Chen, Goos, Schachar & Crosbie, 2010; Till, Christensen & Green, 2009; Thompson, 2009; Vanier, Mazaux, Lambert, Dassa, & Levin, 2000) กำหนดเกณฑ์ดังนี้ ไม่เคยเกิดขึ้นเลย บ่อยครั้ง สม่ำเสมอ และทุกวัน และระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ลักษณะคำถามระดับความเครียดเป็น Likert Scale กำหนดเกณฑ์ดังนี้ ไม่เลย น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 0-4 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความตรงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา ดังนี้ แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านศัลยกรรมประสาทจำนวน 1 ท่าน แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตเวชศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาท และการสร้างเครื่องมือวิจัยจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมระบบประสาทและการสร้างเครื่องมือวิจัย จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านศัลยกรรมอุบัติเหตุจำนวน 1 ท่าน รวมทั้งสิ้น 5 ท่าน ได้คำดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ ดังนี้ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (item-level CVI) ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.80-1.00 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมด (scale-level CVD) เท่ากับ 0.92 การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 47 ราย หลังจากนั้น นำมาคำนวณหาความเที่ยงของแบบสอบถาม ในการคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ที่พบในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลจำนวน 49 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .74 และแบบสอบถามระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลจากสถานการณ์การดูแลที่เผชิญอยู่ จำนวน 49 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .92

2.4 แบบวัดการเผชิญความเครียด (The Jalowiec coping scale: JCS)

(Jalowiec, 1988)

โดยสร้างขึ้นจากการศึกษาวิจัยของ Jalowiec (1977) ตามกรอบแนวคิดของลาซารัส (Lazarus' Theory) ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ มีลักษณะการเผชิญปัญหา 2 ด้าน ได้แก่ ด้านมุ่งแก้ปัญหาและด้านจัดการกับอารมณ์ (Lazarus, & Folkman, 1984) ต่อมาในปี ค.ศ. 1987 จาโลวิกได้ปรับปรุงแบบสอบถามฉบับนี้ใหม่ โดยเพิ่มการเผชิญปัญหาด้านบรรเทาความเครียด จาโลวิก มีการหาความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 141 คน แล้วนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) พบว่า การเผชิญปัญหาทั้ง 2 ด้านยังไม่สนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้างจึงนำกลับไปพัฒนา และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,400 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วย 790 ราย พยาบาล 353 ราย ญาติ 133 ราย และนักศึกษาปริญญาโท 124 ราย อีกครั้งแล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติขั้นสูง (LISREL Confirmatory Analysis) พบว่า มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ที่มีค่าน้ำหนักขององค์ประกอบ (Factor Loading) น้อยกว่าค่าที่สามารถยอมรับได้ จึงตัดข้อคำถามออกจำนวน 4 ข้อ โดยคุณลักษณะของเครื่องมือฉบับนี้ ใช้เพื่อวัดการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางพฤติกรรม และอารมณ์ ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีจำนวนข้อคำถาม 36 ข้อ ประเมินวิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้าน ดังนี้

การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา	13 ข้อ
การเผชิญความเครียดด้านการจัดการอารมณ์	9 ข้อ
การเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึก	14 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ ไม่เคยใช้วิธีนั้นเลยให้ 1 คะแนน จนกระทั่งถึงใช้วิธีนั้นเกือบทุกครั้งให้ 5 คะแนน ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาจากแบบวัดการเผชิญความเครียดฉบับภาษาไทย จำนวน 36 ข้อ แปลโดยนิศยา สุทธาการ (2531) จากงานวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันมาใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

คุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จาโลวิกนำแบบสอบถามฉบับนี้ ไปหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญร่วมกันพิจารณา พบว่า มีความเห็นตรงกันในเนื้อหาของแบบวัดโดยรวมร้อยละ 85 สำหรับความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) จาโลวิก

(Jalowiec, 1988) ได้นำแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียด จำนวน 40 ข้อ ไปทดสอบความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่าง 1,400 คน พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาโดยรวมเท่ากับ .95 ในประเทศไทยมีผู้นำแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียด จำนวน 36 ข้อ มาแปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา สุชายากร (2531) จากงานวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน หลังจากนั้น นำไปทดสอบค่าความเที่ยงโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .88 ต่อมา มีผู้ศึกษาวิจัย และนำแบบประเมินดังกล่าวไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น สมฤดี สิทธิมงคล (2541) งานวิจัยเรื่อง ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพานำแบบวัดวิธีเผชิญความเครียด ไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพา จำนวน 100 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .83 และงานวิจัยของ ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ (2549) เรื่อง ความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งนำแบบวัดไปใช้ และทดสอบค่าความเที่ยงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .82 โดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (The Jalowiec coping scale: JCS) ที่มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 47 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .64

2.5 แบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ ในผู้ป่วยภายหลัง บาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล

โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะข้อคำถามปลายเปิด (open ended questions) จำนวน 10 ข้อ โดยให้ญาติผู้ดูแลระลึก และบรรยายถึงวิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งขั้นตอนการพัฒนาแบบสัมภาษณ์ มีดังนี้

- 1) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ความเครียดของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ ตามแนวคิดทฤษฎีของลาซารัส
- 2) ศึกษาแนวทางการตั้งคำถามปลายเปิดให้ครอบคลุมขอบเขตของเนื้อหา ลำดับของการถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย
- 3) ทดลองตั้งคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล

4) นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และดำเนินการปรับแก้ ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

5) นำแบบสัมภาษณ์ดังกล่าว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มเดียวกับแบบสอบถาม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อขอคำแนะนำ เกี่ยวกับความชัดเจน และครบถ้วนของข้อความคำถามในการนำไปใช้

6) ปรับปรุงแก้ไขข้อความปลายเปิดให้เรียบร้อยก่อนนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล เสนอผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และเข้าใจ ทฤษฎีความเครียดของลาซารัส รวมทั้งปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ และการสร้างเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านศัลยกรรมอุบัติเหตุ และศัลยกรรมระบบประสาท จำนวน 1 ท่าน รวม 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบ ความครอบคลุม และชัดเจนของข้อความ แล้วนำมาปรับปรุง และทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลที่มี คุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย หลังจากนั้น นำข้อมูลที่ได้มาอภิปรายร่วมกับ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อพิจารณาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

3.6 การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคน โดยผ่านการ พิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการการวิจัยของ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ดังนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ร่วมวิจัยรับทราบเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิที่จะเข้าร่วมการวิจัย โดยความสมัครใจ ภายหลังการตอบรับเข้าร่วมวิจัย สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการ รักษาพยาบาล หลังจากตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ร่วมวิจัยลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ในหนังสือยินยอมโดยการบอกกล่าวและเต็มใจ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับไม่ เปิดเผยรายชื่อผู้ร่วมวิจัย และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลยึดหลัก ของความเป็นส่วนตัว และรักษาความลับของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยไม่ร่วมอยู่ในช่วงเวลาขณะที่ผู้วิจัย

และผู้ร่วมวิจัยดำเนินการตอบแบบสอบถาม และสัมภาษณ์ แต่ชื่อของผู้ป่วยอาจถูกกล่าวหาผิดเพี้ยน ในขณะที่สัมภาษณ์ ผู้วิจัยแนะนำแก่ผู้ร่วมวิจัยให้ใช้นามสมมติในขณะสัมภาษณ์ สถานที่ตอบแบบสอบถาม และสัมภาษณ์เป็นห้องภายในบริเวณหอผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาท มีความเป็นส่วนตัว ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ร่วมวิจัย และแจ้งให้ผู้ร่วมวิจัยทราบการบันทึกเสียง ขณะสัมภาษณ์มีการจดบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ถูกต้อง ชัดเจน เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถอดเทปบันทึกเสียงด้วยตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลวิจัย หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำลายเทปบันทึกเสียง เพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้ร่วมวิจัย

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยศึกษาสถานที่ สร้างสัมพันธภาพกับบุคลากรในหน่วยงานที่เข้าไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ศึกษาแนวคำถามแบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ และทำความเข้าใจเทคนิคการสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนอย่างมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน และแน่นอน (Structure interview) ระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ให้เข้าใจ ชัดเจน และลึกซึ้งเป็นอย่างดี ศึกษาขั้นตอนการสัมภาษณ์การวิจัยเชิงคุณภาพให้เข้าใจ เนื่องจาก ขณะสัมภาษณ์อาจมีเนื้อหาสาระเพิ่มเติมหลายประการ และเห็นว่าเป็นประเด็นที่น่าสนใจ มีความสำคัญเกี่ยวเนื่องที่สามารถนำมาอธิบายความหมาย ผู้วิจัยจึงประเด็นนั้นๆ ขึ้นมาสนทนา และให้ผู้ร่วมวิจัยอธิบายเพิ่มเติม (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2552) จัดเตรียมอุปกรณ์ในการบันทึกเสียงพร้อมใช้งาน และศึกษาวิธีการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ให้คล่อง รวมทั้งอุปกรณ์ในการจดบันทึก ทบทวน และเตรียมศึกษาขั้นตอน และการปฏิบัติตนของผู้สัมภาษณ์ ดังนี้ ขณะเริ่มการสัมภาษณ์ผู้วิจัย แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ให้ผู้ร่วมวิจัยทราบ และสร้างบรรยากาศของความเป็นกันเองเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยรู้สึกผ่อนคลาย ผู้วิจัยทบทวนเทคนิคการสัมภาษณ์ เป็นผู้ฟังที่ดี คือ การฟังอย่างเอาใจใส่ ตั้งใจ (active listening) และมีพฤติกรรมตอบสนองต่อคำพูดของผู้ร่วมวิจัยในเชิงกระตุ้นให้พูดต่อ, เปิดใจและตอบสนองต่อสิ่งที่ผู้ร่วมวิจัยพูด (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2550)

ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1) ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดการศึกษาวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยนอกระบบศัลยกรรมประสาท, พยาบาลประจำการ, และแพทย์ประจำหน่วยศัลยกรรมประสาท

2) ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล ที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบศัลยกรรมประสาทล่วงหน้า 1 วัน เพื่อคัดกรองข้อมูลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จากเวชระเบียน และสมุดบันทึกข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และญาติผู้ดูแล

3) ในวันนัด ผู้วิจัยแจ้งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างให้พยาบาลประจำการรับทราบ และขอความอนุเคราะห์ให้แนะนำข้อมูลเบื้องต้นผู้วิจัย วัตถุประสงค์การวิจัยแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และขออนุญาตให้ผู้วิจัยซักถามข้อมูลเบื้องต้นเพิ่มเติม

4) ช่วงเวลารอตรวจ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ และแนะนำตัว รวมทั้งสอบถามข้อมูลปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะจากญาติผู้ดูแล

5) ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาประมาณ 45 นาที โดยไม่รบกวนลำดับการตรวจของผู้ร่วมวิจัย

6) ผู้วิจัยชี้แจงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งลงนามในหนังสือยินยอมโดยการบอกกล่าวและเต็มใจ (informed consent form) รวมทั้ง ขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างสัมภาษณ์ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยซักถามข้อสงสัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย

7) ผู้วิจัยเชิญผู้ร่วมวิจัยมายังห้องที่เตรียมไว้ภายในแผนกผู้ป่วยนอกระบบศัลยกรรมประสาท ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว โดยให้ผู้ป่วยรออยู่ด้านนอก เพื่อสะดวกต่อการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ และได้ข้อมูลตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด กรณีที่ญาติผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมวิจัย แต่ไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ หรือไม่ใช่ญาติผู้ดูแลหลัก ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลาที่สะดวกอีกครั้ง

8) ผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถาม และสัมภาษณ์แต่ละชุดอย่างละเอียด จนผู้ร่วมวิจัยเข้าใจ หลังจากนั้นให้ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ และระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถาม และอธิบายอย่างละเอียด จนเสร็จสิ้น ใช้เวลาตอบแบบสอบถามนานประมาณ 15 นาที

9) ผู้วิจัยประเมินผลการตอบแบบสอบถามฉบับดังกล่าว หลังจากนั้น ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (The Jalowiec coping scale: JCS) โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ฟังทีละข้อ ใช้เวลาตอบแบบสอบถามนานประมาณ 15 นาที

10) หลังจากนั้น ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัย โดยแบบสัมภาษณ์วิธีจัดการกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกประเด็นหลักในการสัมภาษณ์ จากระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่มากที่สุด สถานการณ์ดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ทั้งนี้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยตอบอย่างอิสระ ใช้สรรพนาม “คุณ” แทนการกล่าวชื่อของผู้ร่วมวิจัย และใช้สรรพนาม “ผู้ป่วย” แทนการกล่าวชื่อของผู้ป่วยที่กล่าวถึง เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย และผู้ป่วย ระหว่างสัมภาษณ์ผู้วิจัยไม่แสดงความสงสัยในคำตอบ และสังเกตพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ มีการจดบันทึกใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 20 นาที โดยมีการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัยทั้งสิ้น 47 ราย

11) หลังเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม และสัมภาษณ์ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ มีวิธีการวิเคราะห์ ดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Statistical Package for the social Science (SPSS) มีรายละเอียด ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะใช้สถิติบรรยาย คือการแจกแจง ด้วยความถี่ ค่าร้อยละ

2) ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลใช้สถิติบรรยาย คือการแจกแจง ด้วยความถี่ ค่าร้อยละ

3) ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ความถี่การเกิด และระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลใช้สถิติบรรยาย คือการแจกแจง ด้วยความถี่ ค่าร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4) การเผชิญความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย นำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ค่าพิสัยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนจริง และคะแนนสัมพัทธ์ ซึ่งการแปลผลคะแนนทำได้ 2 วิธี คือ

4.1) การคำนวณคะแนนจริง โดยการใช้คะแนนรวมของการเผชิญความเครียดที่ได้จากคะแนนรายข้อ คะแนนที่เป็นไปได้ โดยรวมอยู่ระหว่าง 36-180 คะแนน ด้านการมุ่งแก้ปัญหา อยู่ระหว่าง 13-65 คะแนน ด้านการจัดการกับอารมณ์ อยู่ระหว่าง 9-45 คะแนน ด้านการบรรเทาความรู้สึก อยู่ระหว่าง 14 – 70 คะแนน คะแนนมากหมายถึง ญาติผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดวิธีนี้นั้นมาก

4.2) การคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ คำนวณโดยค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมรายด้าน หาดด้วยผลรวมของค่าเฉลี่ยทุกด้าน สามารถคำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$CF = \frac{ME_{CF}}{ME_{CF} + ME_{EM} + ME_{PA}}$$

เมื่อ	CF	หมายถึง	คะแนนสัมพัทธ์ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา
	ME_{CF}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยด้านการมุ่งแก้ปัญหา
	ME_{EM}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยด้านการจัดการอารมณ์
	ME_{PA}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยด้านการบรรเทาความรู้สึก

คะแนนสัมพัทธ์ในแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 0-1 คะแนน คะแนนสัดส่วนด้านใดมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับด้านอื่น

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยข้อมูลจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับวิถีจัดการกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ มีความเป็นวัตถุวิสัย (objectivity) มีความเป็นระบบ (systematic) และสอดคล้องกับทฤษฎี (theoretical relevance) (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546) ให้มีความสำคัญกับสาระวิถีจัดการกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ของญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ และพิจารณาเนื้อหาที่ปรากฏจากการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยไม่มีอคติ และความรู้สึกของตนเองเข้าไปเกี่ยวข้อง ไม่เน้นการตีความ หรือหาความหมายที่ซ่อนอยู่เบื้องหลัง ทั้งนี้ ทำระบบจำแนกให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย นิยาม และกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus's Theory) รวมทั้ง มีความครอบคลุมคำ และข้อความต่างๆ ไม่มีความซ้ำซ้อนกัน โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์เนื้อหา ดังนี้

- 1) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และบันทึกเสียงไว้ มาถอดเทปทุกถ้อยคำทุกวัน พร้อมทั้งบันทึกพฤติกรรมที่สังเกตได้ในขณะสัมภาษณ์
- 2) ผู้วิจัยอ่านทบทวนข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปหลายๆครั้ง เพื่อเกิดความเข้าใจ พิจารณาเนื้อหาคำพูด และพฤติกรรมของญาติผู้ดูแล ขณะบรรยายวิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงทาง พฤติกรรม และอารมณ์
- 3) แยกประเภท และจัดหมวดหมู่ (categorize) วิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม และ อารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลให้มีความชัดเจน และสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 4) นำข้อมูลที่แยกประเภทและจัดหมวดหมู่เรียบร้อยแล้ว ไปตรวจสอบความตรงของ การวิเคราะห์เนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ซึ่งมีประสบการณ์ในการวิเคราะห์เนื้อหา

บทที่ 4

ผลการวิจัย และการนำเสนอผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และวิถีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วย ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยใช้สถิติบรรยายวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีแนวทางการนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลหลัก
- ส่วนที่ 2 ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- ส่วนที่ 3 ความเครียด และระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลหลัก
- ส่วนที่ 4 การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลหลัก
- ส่วนที่ 5 วิถีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 47 ราย ส่วนใหญ่ร้อยละ 87.23 เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.59 มีสาเหตุการบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ จักรยานยนต์ และรถไฟมากที่สุด รองลงมาร้อยละ 14.89 เกิดจากการหกล้ม และร้อยละ 6.38 ถูกทำร้ายร่างกาย และร้อยละ 2.13 เกิดจากอุบัติเหตุการเล่นกีฬา ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n= 47)

ข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	41	87.2
หญิง	6	12.8
สาเหตุการบาดเจ็บที่ศีรษะ		
อุบัติเหตุ (รถยนต์ รถจักรยานยนต์ รถไฟ)	36	76.6
หกล้ม	7	14.9
ถูกทำร้ายร่างกาย	3	6.4
อุบัติเหตุจากกีฬา	1	2.1

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลหลักทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 47 ราย ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคลดังนี้ ญาติผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.9 มีอายุเฉลี่ย 45.5 ปี (SD=12.99) และร้อยละ 74.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาพบว่า ร้อยละ 34 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และร้อยละ 29.8 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้เฉลี่ย 16,115.32 บาทต่อเดือน (SD=19,921.08) ร้อยละ 63.8 มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ร้อยละ 44.7 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรส และร้อยละ 44.7 ใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 17-24 ชั่วโมงต่อวัน และร้อยละ 55.3 มีระยะเวลาการดูแลตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป นอกจากนี้มีร้อยละ 66 มีญาติผู้ดูแลรองในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย สำหรับปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลหลัก พบว่า ร้อยละ 59.6 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n= 47)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	38	80.9
ชาย	9	19.1
อายุ (ปี)		
18-40 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	17	36.2
41-60 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง)	23	48.9
60 ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุ)	7	14.9
(ค่าพิสัย = 22-70 ค่าเฉลี่ย = 45.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.98)		
สถานภาพสมรส		
โสด	8	17.0
สมรส	35	74.5
หม้าย	1	2.1
หย่า/ แยก	3	6.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0
ประถมศึกษา	16	16.0
มัธยมศึกษา	9	19.1
อนุปริญญา	7	14.9
ปริญญาตรี	14	29.8
สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.1
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	8	17.0
เกษตรกร	4	8.5
รับจ้างทั่วไป	14	29.8
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	7	14.9
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	13	27.7
แม่บ้าน	1	2.1

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n= 47) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ / เดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	8	17.0
5,001-10,000	19	40.4
10,001-15,000	6	12.8
15,001-20,000	5	10.6
มากกว่า 20,000	9	19.2
บทบาทในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	17	36.2
สมาชิกในครอบครัว	30	63.8
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา- มารดา	8	17.0
คู่สมรส	21	44.7
พี่น้อง	7	14.9
บุตร	6	12.8
อื่นๆ	5	10.6
ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน(ชั่วโมง)		
0- 8	7	14.9
9-16	19	40.9
17-24	21	44.7

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n= 47) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (เดือน)		
3	2	4.3
>3-6	6	12.8
6-12	13	27.7
12 เดือนขึ้นไป	26	55.3
บุคคลอื่นช่วยในการดูแล		
ไม่มี	16	34.0
มี	31	66.0
ปัญหาสุขภาพ		
ไม่มี	19	40.4
มี	29	59.6

ส่วนที่ 2 ลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 47 รายพบว่า ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ จำแนกตามกลุ่มปัญหาของผู้ป่วย จำนวน 7 กลุ่ม ได้แก่ 1) **ภาวะอารมณ์ (mood)** โดยลักษณะปัญหาด้านภาวะอารมณ์ที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ อาการอารมณ์ร้อน ขุ่นเคืองได้ง่าย หรือหงุดหงิดง่าย คิดเป็นร้อยละ 55.3 รองลงมา ได้แก่ อาการอ่อนไหวง่าย คิดเป็นร้อยละ 29.7 และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ พบร้อยละ 25.6 กลุ่มอาการลำดับต่อมา ได้แก่ 2) **อาการทางกาย (somatic)** ซึ่งอาการที่พบในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.3 ได้แก่ อาการเวียนศีรษะ หรือปวดศีรษะ รองลงมา ได้แก่ อาการมึนงง พบร้อยละ 36.2 และอาการนอนหลับยากหรือหลับมากกว่าปกติ พบร้อยละ 25.6 3) **ความจำ สมาธิ และสติปัญญา (memory – attention)** โดยปัญหาที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความผิดปกติด้านความจำ พบร้อยละ 46.8 มีความผิดปกติด้านความจำ รองลงมา ได้แก่ อาการพูดเรื่องเดิมซ้ำๆ ตลอดเวลา หรือคร่ำครวญในเรื่องเดิม รองลงมา พบร้อยละ 36.1 และอาการคิดหมกมุ่นในเรื่องเดิม พบร้อยละ

17.0 กลุ่มอาการที่ 4) การติดต่อสื่อสาร (communication) พบว่า ร้อยละ 25.5 ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการคิดคำพูดที่ใช้เวลานานารองลงมา ได้แก่ อาการพูดลำบาก คิดเป็น ร้อยละ 12.7 และพบว่า ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการสนทนา โดยพูดหยาบคาย คิดเป็นร้อยละ 4.2 ใกล้เคียงกับอาการไม่เข้าใจในสิ่งที่คู่สนทนาพูด 5) การแสดงพฤติกรรม (Behavior) ซึ่งลักษณะปัญหาพฤติกรรมที่พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.0 ได้แก่ อาการใจร้อนและไม่มีความอดทน ลำดับต่อมาร้อยละ 23.4 อาการลืมปิดสวิตซ์อุปกรณ์ต่างๆ และ ร้อยละ 14.9 โต้เถียงทะเลาะวิวาทกับบุคคลอื่น 6) การควบคุมการเคลื่อนไหว (motor) ซึ่งอาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ คิดเป็น ร้อยละ 19.2 อาการเคลื่อนไหวช้า รองลงมาร้อยละ 17.0 อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง และร้อยละ 12.8 อาการเคลื่อนไหวลำบาก และ 7) ปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์อื่นๆ (other) เป็นลักษณะของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ซึ่งพบนอกเหนือจากที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมไว้ ซึ่งอาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการชัก พบจำนวนเท่ากับอาการคือต่อต้านการทำกิจกรรมต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 4.2 และร้อยละ 2.1 ผู้ป่วยมีอาการสูญเสียความมั่นใจในตนเองพบจำนวนเท่ากับอาการตามัว ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=47)

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่พบในผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะอารมณ์		
สิ้นหวัง ไร้ค่า	6	12.7
โศกเศร้า เสียใจ	4	6.4
เหงาหงอย โดดเดี่ยว*	8	17.0
วิตกกังวลโดยไม่มีสาเหตุ	3	6.4
กระวนกระวายใจ	2	4.2
เหนื่อยหน่าย	5	10.6
อารมณ์ร้อน ขุนเคืองได้ง่าย หรือหงุดหงิดง่าย*	26	55.3
อ่อนไหวง่าย	14	29.7
แสดงอารมณ์โกรธมากกว่าปกติ*	10	21.3
ไม่สนใจสิ่งรอบตัว	2	4.2
ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้*	12	25.6

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=47) (ต่อ)

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่พบในผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาการทางกาย		
ไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่าย	3	6.4
เวียนศีรษะ หรือปวดศีรษะ*	18	38.3
อาการมีนงง*	17	36.2
นอนหลับยาก หรือหลับมากกว่าปกติ	12	25.6
เบื่ออาหาร รับประทานอาหารลดลง	8	17.1
ความจำ สมาธิ และสติปัญญา		
มีความผิดปกติด้านความจำ	22	46.8
ความคิดสับสน	4	8.6
ความสามารถเข้าใจเรื่องต่างๆลดลง	3	6.4
ตัดสินใจโดยไม่ได้ไตร่ตรองให้รอบคอบ	4	8.6
สมาธิสั้น	4	8.6
ย้ำคิดย้ำทำ	7	14.9
พูดเรื่องเดิมซ้ำๆตลอดเวลา หรือคร่ำครวญในเรื่องเดิม	17	36.1
หวาดระแวง	4	8.6
หุนหัน	8	17.0
ความคิดแปลกๆ	1	2.1
การติดต่อสื่อสาร		
คิดคำพูดนาน	12	25.5
ไม่เข้าใจความหมายที่คู่สนทนาพูด	2	4.3
ใช้เวลาในการเขียนนาน	1	2.1
พูดลำบาก	6	12.7
บกพร่องในการสนทนา	2	4.2
การแสดงพฤติกรรม		
โต้เถียงหรือทะเลาะวิวาทกับบุคคลอื่น	7	14.9
ใจร้อนและไม่มีความอดทน*	16	34.0
พฤติกรรมก้าวร้าว	6	12.7

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=47) (ต่อ)

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่พบในผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมถดถอย	6	12.7
โกรธสลับร้องไห้	1	2.1
กรีดร้อง หรือตะโกนคำ*	3	6.4
ไม่ดูแลตนเอง	4	8.5
ลืมปิดสวิทช์อุปกรณ์	11	23.4
คุกคามผู้อื่น	2	4.3
สีหน้าเฉยชา	0	0
หูแว่ว เห็นภาพหลอน	2	4.3
แสดงออกทางเพศไม่เหมาะสม	1	2.1
การควบคุมการเคลื่อนไหว		
เคลื่อนไหวช้า	9	19.2
การเคลื่อนไหวลำบาก*	6	12.8
สูญเสียการทรงตัว	4	8.5
กล้ามเนื้อกระตุก	2	4.2
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	8	17.0
ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อื่นๆ		
อาการชัก	2	4.2
ตามัว	1	2.1
คือ ต่อต้าน	2	4.2
สูญเสียความมั่นใจในตนเอง	1	2.1

หมายเหตุ * หมายถึงปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่พบซ้ำในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลหลักเพิ่มเติมถึงลักษณะพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วย ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า ญาติผู้ดูแลอธิบายลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ไว้ 7 ด้าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ภาวะอารมณ์

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลที่บรรยายถึงปัญหาด้านอารมณ์ที่พบมากที่สุด ได้แก่ อารมณ์ร้อน ขุ่นเคืองได้ง่าย หรือหงุดหงิดง่าย ซึ่งญาติผู้ดูแลหลักได้อธิบายสถานการณ์ดังกล่าวว่า “เขาใจร้อน หงุดหงิดง่าย ขุ่นเคืองง่าย ถ้าเขาบอกหิวปุ๊บ แล้วยกอาหารมาให้ไม่ทันใจ ก็จะมี โโมโห เสียงดังๆ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 9) และญาติผู้ดูแลหลักบรรยายลักษณะปัญหาด้านอารมณ์ของผู้ป่วยอีกรายไว้ว่า “อย่างเรื่องโทรศัพท์ มีสายเข้ามา ถ้าเป็นใคร โทรมาผิดหรือพูดอะไรผิดหูผิดตาเขาก็จะแสดงอาการหงุดหงิด ทำท่าพิศมัย ซึ่งเมื่อก่อนไม่เป็นนะ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 25) ปัญหาด้านอารมณ์รองลงมา ได้แก่ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ ดังตัวอย่างที่ญาติผู้ดูแลหลักบรรยายไว้ “ตอนนั้นเขาต้องใส่ปลอกคอเพื่อรักษาเกี่ยวกับกระดูก แต่คนไข้ก็จะดึงออก และเหวี่ยงออกไปเลยล่ะ แล้วเขาก็พยายามออกจากบ้านต้องมีคนดูแลตลอดเวลาจนพอต้องเข้ามาถอดไว้เลยล่ะ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 15) และญาติผู้ดูแลหลักอีกรายได้บรรยายสถานการณ์ไว้ว่า “แรกๆก็จะพูดคำหยาบ ปาข้าวของ ถ้าบอกว่าจะไปไหนก็ต้องลั่นโถไป เดินไม่ได้ก็โถไป ควบคุมตัวเองไม่ได้เลย” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 18) นอกจากนี้ยังพบปัญหาอื่น เช่น แสดงอารมณ์โกรธมากกว่าปกติ จากสถานการณ์การดูแล ญาติผู้ดูแลหลักบรรยายสถานการณ์ดังกล่าวไว้ว่า “ถ้าใครบางคนที่ไม่พูดเหมือนกับจะต้องในเรื่องส่วนตัวของเขา หรือพูดล้อเล่นกับเขาซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่เข้าหู เขาจะถือเป็นเรื่องใหญ่มาก บางทีปิดประตูกระแทกและเดินไปเลย” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 10) และรู้สึกเหงาหงอย โดดเดี่ยว ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าวไว้ เช่น “เวลาเดินเข้าบ้านก็จะเดินก้มหน้าแล้วก็เข้าบ้านเลย ไม่ทักคนอื่น ไม่ออกมากินข้าว แยกไปอยู่คนเดียวตามลำพัง” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 44) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาด้านภาวะอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยมีอาการปัญหาด้านอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างชัดเจนซึ่งมีสาเหตุมาจากผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

อาการทางกาย

จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่าภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยมีอาการ เบื่ออาหาร รับประทานอาหารลดลง ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “เขาจะส่ายหน้าตลอดเราจะเอาอาหารใส่ปาก เขาก็ส่ายหน้า ไม่ยอมรับอาหาร” (ญาติผู้ดูแลหลัก รายที่ 3) ญาติผู้ดูแลหลักอีกรายกล่าวว่า “เขาบอกว่าเขาเบื่ออาหาร ไม่อยากกิน” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 12) และอาการทางกายที่พบ ได้แก่ อาการเวียนศีรษะ หรือปวดศีรษะจากผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าวไว้ เช่น “ปวดข้างที่เขาเป็น ปวดมากเลย ปวดแบบทั้งวันทั้งคืน เขาต้องนอนตลอดเลย” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 41) และอาการมึนงง ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าวไว้ เช่น “

ตื่นเช้ามา อาบน้ำเสร็จ ก็จะมีน้หัว พอได้นอน แล้วตื่นมาก็มีน้หัวอีก” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 34) จากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะด้านอาการทางกาย พบว่า อาการที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลให้มีอาการเบื่ออาหาร เวียนศีรษะ และมีน้หัว ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ และญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลในการช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ความจำ สมาธิ และสติปัญญา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ปัญหาด้านความจำ และสติปัญญาที่พบในผู้ป่วย ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ พบความผิดปกติด้านความจำมีจำนวนมากที่สุด โดยผู้ป่วยไม่สามารถ จำ บุคคล หรือสมาชิกในครอบครัว สถานที่ที่คุ้นเคย ตำแหน่งวางสิ่งของ กิจกรรมหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่นานได้ ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าวไว้ เช่น “สมมติเวลาที่เขาจะลงมาอาบน้ำ เขาจะเอาลูกกุญแจกับกระเป๋าสตางค์มาด้วย แต่เวลาที่กลับขึ้นไปก็ลืมแล้ว แล้วก็มาบ่นกับผมว่าของหาย” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 7) และญาติผู้ดูแลหลักอีกรายกล่าวว่า “โดยเฉพาะกับหลานชาย เขาจำไม่ได้ว่าเป็นหลาน คิดว่าหลานเป็นลูกพี่ เขาจะแอบทำร้ายเวลาที่เราไม่อยู่ กับเราก็จำไม่ได้ว่าเป็นน้องสาว คิดว่าเป็นภรรยาเขา เรากลัวว่าเขาจะข่มขืนเรา” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 14) ปัญหาต่อมาที่พบ ได้แก่ อาการพูดเรื่องเดิมซ้ำๆ ตลอดเวลา หรือคร่ำครวญในเรื่องเดิม เช่น พูดซ้ำๆ เรื่องอยากตาย หรือถามญาติผู้ดูแลในเรื่องเดิมซ้ำๆ ทั้งที่ญาติผู้ดูแลตอบไปแล้ว ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าวไว้ เช่น “เขาจะชอบเดินมาหา แล้วบอกว่าอยากตาย บอกหน่อยสิว่าทำยังไง พูดซ้ำๆ จนเราไม่ไหวแล้ว” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 26) ญาติผู้ดูแลอีกราย กล่าวว่า “เวลาที่เขาโมโหเขาก็จะพูดซ้ำๆ กับเราไป แล้วเดี๋ยวก็กลับมาบ่นอีก” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 45) ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ต่อมาที่พบ ได้แก่ การตัดสินใจโดยไม่ได้ไตร่ตรองให้รอบคอบ เช่น การขับรถ การข้ามถนน ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าวไว้ เช่น “เวลาเราจะข้ามถนน มันต้องตัดสินใจเพื่อที่จะข้ามก่อนที่รถจะมาถึงเรา แต่คนไข้ตอบสนองช้า ตัดสินใจช้า จนรถเข้ามาใกล้ตัวเราประมาณ 20-30 เมตรถึงข้ามถนน อันตรายมากๆ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 19) นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวง หึงหวงญาติผู้ดูแลหลักที่เป็นภรรยาของผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าวไว้ เช่น “คนไข้เขาหวาดระแวงเรา กลัวว่าเราจะมีสามีใหม่ หึงเราทั้งที่แต่ก่อนไม่เป็นนะ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 2) จากข้อมูลการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลจะเห็นว่าผลจากการบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงในด้านความจำ ความคิดและสติปัญญา เช่น ความจำเกี่ยวกับบุคคล สถานที่ กระบวนการคิดและการตัดสินใจ เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมอง

การติดต่อสื่อสาร

ปัญหาด้านการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่พบในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ความบกพร่องในการสนทนา โดยผู้ป่วยใช้คำพูดหยابคายกับบุคคลอื่น ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “บางทีก็จะพูดคำหยาบๆ ซึ่งแต่ก่อนเขาไม่เป็น” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 16) ญาติผู้ดูแลหลักอีกรายกล่าวไว้ว่า “เขาจะพูดไม่เพราะ แต่ก่อนเขาเป็นคนนุ่มนวล พูดออกมาจับไม่ได้เลย” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 39) จากข้อมูลการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลพบว่าผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะมีปัญหาด้านการพูดซึ่งเป็นการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น สื่อสารด้วยคำพูดที่หยابคาย โดยญาติผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นภายหลังจากการบาดเจ็บที่ศีรษะที่ส่งผลต่อการพูดการสื่อสารของผู้ป่วย

การแสดงพฤติกรรม

ปัญหาพฤติกรรมที่พบในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะเกี่ยวกับการแสดงการแสดงพฤติกรรม ซึ่งปัญหาที่พบได้แก่ อาการใจร้อนและ ไม่มีความอดทน ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าวไว้ เช่น “อย่างเช่น หยิบของร่วง เป็นเสื่อผ้า หยิบไม่คิดมือก็โมโหโวยวาย” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 27) และการโต้เถียงหรือทะเลาะวิวาทกับบุคคลอื่น กรีดร้อง หรือตะโกนด่าบุคคลอื่น ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “เวลามีใครมาหาที่บ้าน เขาจะเอามิดไล่ฟัน หรือ ตะโกนด่าคนที่เดินผ่านหน้าบ้านโดยไม่มีสาเหตุ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 35) จากข้อมูลการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลพบว่า ผลจากการบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลให้เกิดปัญหาพฤติกรรมต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ และการแสดงพฤติกรรมของตนเองได้

การควบคุมการเคลื่อนไหว

ปัญหาการควบคุมการเคลื่อนไหวที่พบในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ อาการเคลื่อนไหวลำบาก กล้ามเนื้ออ่อนแรง พบในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “เรื่องกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งเห็นทุกวันแล้วทำอะไรไม่ได้” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 20) จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลหลักพบว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะมีผลกระทบต่อการควบคุมการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย รวมทั้งความแข็งแรง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยเป็นอุปสรรคต่อการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วย

ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์อื่นๆ

จากการศึกษาวิจัย พบว่า ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่พบในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะอื่นที่พบในครั้งนี้นี้ ได้แก่ อาการชัก ตามัว พฤติกรรมคือต่อต้านในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสูญเสียความมั่นใจในตนเอง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ อาการชัก ผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ เมื่อศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนจากสาเหตุต่างๆอาจก่อให้เกิดอาการชักได้ เนื่องจากเกิดพยาธิสภาพที่ผิดปกติในสมอง ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลัก กล่าว เช่น “เวลาที่เขาชักเกร็ง เขาจะหายใจแบบติดขัด มันเหมือนจะหมดลมไปเลย แล้วก็แข็งเกร็ง เราก็ไม่รู้จะทำยังไง เราก็บีบตัว เขาก็แล้ว แต่ต้องเหมือนรอระยะเวลาชักพักนึงอะค่ะ” (ญาติผู้ดูแลหลัก รายที่ 1) อาการลำดับต่อมา ได้แก่ อาการตามัว ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “เขายกกว่าเห็นเป็นภาพซ้อนๆรางๆ อยู่ไกลอย่างนี้เป็นภาพเบลอๆ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 4) นอกจากนี้ อาการทางกายที่พบได้แก่ พฤติกรรมคือต่อต้านในการทำกิจกรรมต่างๆ ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “เวลาอาบน้ำเนี่ยทะเลาะกันประจำเลย เพราะคนไข้ไม่ยอมทำตาม มีอาการฮึดฮัดตลอด พยายามต่อต้าน ทำหงุดหงิดใส่เรา” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 46) ปัญหาต่อมาที่พบ ได้แก่ สูญเสียความมั่นใจในตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มั่นใจในตนเอง ในการตัดสินใจเรื่องง่ายๆ เช่น การซื้อของ ผู้ป่วยจึงต้องสอบถามจากบุคคลใกล้ชิดเพื่อเพิ่มความมั่นใจให้ตนเอง ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “ผู้ป่วยจะซื้อของ เขาก็จะโทรหาพี่ หรือญาติคนอื่นๆตลอดๆ ซื้อดีไหม ทำดีไหม แพงไปไหมทุกอย่างที่เป็นเรื่องที่เขาตัดสินใจได้” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 47) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบข้อมูลปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะนอกจากข้อมูลที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมไว้ ได้แก่ ปัญหาด้านพฤติกรรมต่อต้าน อาการชัก ตามัว และสูญเสียความมั่นใจในตนเอง ซึ่งเป็นผลจากการกระทบกระเทือนที่สมอง และเกิดผลกระทบต่อพยาธิสภาพที่สมองในส่วนต่างๆ

ส่วนที่ 3 ความเครียดและระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลหลัก

จากการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับความเครียดจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 47 ราย โดยให้ญาติผู้ดูแลหลักถึงเหตุการณ์ และบรรยายถึงความเครียดจากสถานการณ์ดังกล่าว ซึ่งผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดกลุ่มสาระในแต่ละประเด็น เสนอผลการวิจัยในลักษณะความถี่และร้อยละในแต่ละประเด็นซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมคำพูดที่ญาติผู้ดูแลบรรยาย การวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลนำเสนอ ดังนี้

1) ความเครียดของญาติผู้ดูแลหลักจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

2) ผลกระทบจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

1) ความเครียดของญาติผู้ดูแลหลักจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับความเครียดซึ่งเกิดจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักรับรู้ต่อสถานการณ์ดังกล่าวว่าก่อให้เกิดความเครียด ความกังวลใจ ซึ่งสามารถแบ่งความเครียดของญาติผู้ดูแลได้เป็น 7 ประเภท ได้แก่ 1) กังวลใจ ไม่แน่ใจกับอาการที่ไม่แน่นอน โอกาสการหาย แนวทางการรักษา 2) กลัวการสูญเสีย เช่น เสียชีวิต เสียโอกาสในการรักษา 3) ขอมรับต่อสถานการณ์ 4) ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่ายสถานการณ์ 5) สงสาร เข้าใจสถานการณ์ พยายามหาวิธีช่วยเหลือ 6) มีความหวังต่อการฟื้นฟูหายของผู้ป่วย และ 7) ทำใจ ปลอยวาง ปลง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1) กังวลใจ ไม่แน่ใจกับอาการที่ไม่แน่นอน โอกาสการหาย แนวทางการรักษา

จากสถานการณ์การดูแลในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของญาติผู้ดูแลหลัก พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักรับรู้ต่อสถานการณ์การดูแลดังกล่าวว่าเป็นกลุ่มอาการเรื้อรัง ไม่แน่ใจในโอกาสการฟื้นฟู และแนวทางการรักษาที่ได้รับ คิดเป็น ร้อยละ 4.25 ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลกล่าว เช่น “แม่เครียดเรื่องอารมณ์ร้อน หงุดหงิดมากกว่า เพราะไม่รู้ว่าจะหายเมื่อไร” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 9) “บางทีก็เครียด บางทีก็คิดว่า เออ ทำไมเมื่อก่อนเขาไม่เป็น แต่เดี๋ยวนี้เขาเป็นก็ยากให้เขาหาย แต่ไม่รู้วิธีว่าต้องทำยังไง” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 30) นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลหลักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เนื่องจากความไม่แน่นอนในอาการรวมทั้งระดับความรุนแรงของอาการร้อยละ 4.25 จนเกินความสามารถในการคาดการณ์ และควบคุมสถานการณ์ของญาติผู้ดูแลหลัก ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “แต่เราจำอันนี้นี่นะมากที่สุด เพราะว่าเมื่อก่อนเขาไม่เป็นเลย ตอนนี้อยู่เป็นมากขึ้น แล้วเวลาเราพยายามจะอธิบายให้เขาเข้าใจ เขาก็ไม่ฟัง ซอีนี่แหละกังวลมาก เวลาเขาใส่อารมณ์เรื่องนี้หนักที่สุด” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 2) และอีกรายกล่าวไว้ว่า “เครียดมากๆเลยนะ อยู่ในระดับสูงสุดเลย เพราะเราไม่เคยเจอกับเหตุการณ์อย่างนี้มาก่อน” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 14) จากการสัมภาษณ์พบว่าญาติผู้ดูแลหลักมี

ความเครียดจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ เนื่องจากรู้สึกไม่แน่นอนในสถานการณ์ดังกล่าว ที่ไม่สามารถคาดเดา และจัดการสถานการณ์ได้ รวมทั้งไม่สามารถพยากรณ์การฟื้นหายของโรคได้

1.2) กลัวการสูญเสีย เช่น เสียชีวิต เสียโอกาสในการรักษา

จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลรู้สึกหวาดกลัวต่อการสูญเสียผู้ป่วยเนื่องจากอาการความผิดปกติจากการกระทบกระเทือนของสมอง ซึ่งเป็นกลุ่มอาการเรื้อรังร้อยละ 2.12 โดยอาการที่ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวล คือ อาการชัก ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลกล่าว เช่น “ใช้.....ใช้ ก็กลัวเขาเป็นอะไรไป... ขาดใจตาย” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 1) และญาติผู้ดูแลอีกกลุ่มที่พบเป็นกลุ่มที่มีความรู้สึกสูญเสียโอกาสในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งญาติผู้ดูแลหลักกลุ่มนี้รู้สึกว่าปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นกลุ่มอาการเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ร้อยละ 2.12 ขณะสัมภาษณ์ ญาติผู้ดูแลหลัก พบว่า น้ำเสียง กิริยาท่าทางของญาติผู้ดูแลหลักบางราย มีความก้าวร้าว สลับกับ น้ำเสียงสั่นเครือ แหวดห่ม่นเศร้า ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลกล่าว เช่น “ผมเอาเงินมากองให้คุณเลยตอนนี้ 10 ล้าน รักษาถูกผมให้หาย ทำยังไงก็ไม่หายหรอก ผมรักษากับหมอที่นี้มาหลายปีแล้ว” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 8) จากการสัมภาษณ์พบว่าญาติผู้ดูแลหลักมีความรักและห่วงใยในผู้ป่วยมาก วิตกกังวลถึงผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะอาจคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลหลักไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้จึงเกิดความเครียด

1.3) ยอมรับต่อสถานการณ์

จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของญาติผู้ดูแล ร้อยละ 14.89 พบว่า ญาติผู้ดูแลยอมรับในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และเข้าใจในปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลกล่าว เช่น “ก็ไม่ค่อยเครียดเท่าไร เพราะเรา ระวังมันไว้ได้ ของมันจะเกิดแล้ว มันเกิดไปแล้ว มันก็ต้องคอยดูแลให้ดีไม่ให้เป็นอย่างอื่นมากขึ้นกว่าเดิม” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 4) อีกรายกล่าวไว้ว่า “ยอมรับค่ะ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 13) “ก็ต้องยอมรับว่าเขาเป็นอย่างนั้น” (ญาติผู้ดูแลหลัก รายที่ 19) และ “ก็ไม่ได้คิดอะไรก็ปล่อยเขาไป อืม ช่วงเอะป้าเขากงเปลี่ยนไปแล้ว” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 22) ญาติผู้ดูแลหลักอีกรายที่แสดงถึงการยอมรับต่อสถานการณ์ได้แก่ “ก็คือ ไม่ค่อยได้คิดอะไรมาก คือเหมือนลักษณะเขาไม่ได้เปลี่ยนมากจนแบบที่เรามานั่งกลุ่ม” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 24) และ “ก็เครียดนะ เครียด ผมก็ไม่อะไรกับเขาปล่อยเขา” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 28) และ “มันก็แค่นั้น เราก็ทำอะไรไม่ได้แล้ว ก็ทำได้อย่างเดียว

ถ้าเป็นอะไรไป คือก็ต้องรักษา หมอให้ทำอะไร คือก็ต้องทำ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 29) จากข้อมูลการสัมภาษณ์พบว่าญาติผู้ดูแลยอมรับในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ขณะสัมภาษณ์จึงมีน้ำเสียงราบเรียบ ไม่แสดงอารมณ์และความรู้สึก

1.4) ท้อแท้ ลึนหวัง เบื่อหน่ายสถานการณ์

จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักกลุ่มนี้รู้สึก ลึนหวัง ท้อแท้ต่อสถานการณ์การดูแลดังกล่าว ร้อยละ 8.51 เนื่องจากเผชิญสถานการณ์เป็นประจำ และไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถจัดการสถานการณ์ดังกล่าวได้ ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “เราไม่อยากลงไปป้อนแล้ว เราเตรียมอาหารเราก็เครียด ไม่อยากเห็นหน้าเขา” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 3) และ “ก็มีท้อค่ะ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 5) นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลหลักบรรยายสถานการณ์ความเครียด ไว้คล้ายคลึงกันว่า “เห็นทุกวันแล้วทำอะไรไม่ได้” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 20) และ “บางทีมันก็รับได้ บางทีก็รับไม่ได้ บางทีเราเหนื่อยมาจากทำงานมันก็รับไม่ได้เหมือนกัน” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 32) นอกจากนี้ จากสถานการณ์การดูแลของญาติผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ร้อยละ 2.12 พบว่าญาติผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่ายต่อสถานการณ์ดังกล่าว และตอบสนองต่อปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย ด้วยการแสดงออกด้วย คำพูดที่เสียงดัง กิริยาท่าทางที่เบื่อหน่าย ไม่สนใจผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “ป้าก็เครียดชิ หงุดหงิดมากๆ บ่นหรือพูดซ้ำเรื่องเดิม มันน่ารำคาญ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 45) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่าญาติผู้ดูแลเบื่อหน่ายสถานการณ์ดังกล่าว เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำๆ และจัดการกับสถานการณ์ไม่สำเร็จ บางครั้งพยายามเลี่ยงออกจากสถานการณ์หรือแสดงอารมณ์ที่รุนแรงเพื่อระบายความรู้สึกเครียด

จากสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลหลัก จากการสัมภาษณ์ พบว่า สถานการณ์ความเครียดดังกล่าวก่อให้เกิดผลต่อญาติผู้ดูแลหลัก และสมาชิกในครอบครัว ญาติผู้ดูแลหลักอธิบายไว้ว่า ช่วยทำให้รู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น ต้องการที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยที่สะท้อนถึงความรู้สึกจากสถานการณ์การดูแลของญาติผู้ดูแลหลัก ดังนี้

1.5) สงสาร เข้าใจสถานการณ์ พยายามหาวิธีช่วยเหลือ

จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลหลักในสถานการณ์การดูแลที่เผชิญ พบว่า ร้อยละ 2.12 ญาติผู้ดูแลหลักรู้สึกสงสารผู้ป่วย นอกจากนี้ มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่สะท้อนถึง

ความรู้สึกสงสาร ขณะสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลมีน้ำเสียงสั่นเครือ และบอกเล่าถึงความรู้สึกว่าสงสารผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะถูกรังเกียจจากบุคคลอื่น และรู้สึกว่าปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิตร่วมกับบุคคลอื่น รู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “คือสงสาร คือเมื่อก่อนเขาไม่เป็นแบบนี้ ทำยังไยจะให้เขาดีขึ้น จะให้เขามาเป็นปกติ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 31) นอกจากนี้ ร้อยละ 2.12 ญาติผู้ดูแลหลักมีความเข้าใจต่อสถานการณ์การดูแลที่เกิดขึ้น มีความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย ให้อภัยผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยแสดงปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้มีวิถีจัดการแก้ไขปัญหาดังกล่าว พยายามค้นหาวิธีช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมด้วย ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลกล่าว เช่น “ผมเข้าใจผู้ป่วย ผมก็จะไม่โทษเขาว่าทำไมเขาเป็นอย่างนี้ เพราะว่าเราเข้าใจปัญหา แต่สิ่งที่ผมคิด ผมคิดจะดืงยังไยมากกว่า จะคุยกับเขายังไยเมื่อเจอสถานการณ์นี้” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 10) จากข้อมูลจะเห็นว่าญาติผู้ดูแลรู้สึกสงสารผู้ป่วย เข้าใจผู้ป่วย และแสดงพฤติกรรมในการพยายามหาทางช่วยเหลือ ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

1.6) มีความหวังต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย

ญาติผู้ดูแลหลักกลุ่มนี้ ร้อยละ 4.25 จะมีความหวัง และคาดหวังว่าผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นฟู และสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมตามปกติได้ สามารถช่วยเหลือตนเอง ซึ่งญาติผู้ดูแลหลักรับรู้ว่าเป็นอนาคตผู้ป่วยสามารถหายได้เป็นปกติ แต่ต้องอาศัยระยะเวลา ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “คืออยู่ได้ด้วยความหวังนะ ญาติก็จะคิดว่ามีความหวังว่าอาการต้องดีขึ้น” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 15) และ “คิดว่า เออ เคียวมันต้องดีขึ้น เราต้องใจเย็น ๆ กับเขา ถ้าเราร้อนเขาจะร้อนกลับเลยนะ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 18) จากข้อมูลพบว่าญาติผู้ดูแลให้ความหวังต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย คาดหวังว่าสถานการณ์จะคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น

1.7) ทำใจ ปลดวาง ปลง ช่มใจ

ญาติผู้ดูแลหลักกลุ่มนี้รู้สึกยอมรับต่อสถานการณ์การดูแลดังกล่าว บางรายวางแผนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ญาติผู้ดูแลหลักบางรายใช้ธรรมะช่มใจตนเอง และค้นหาทิศทางในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งช่วยให้จิตใจสงบ ร้อยละ 14.89 ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “ก็เลยทำใจกับแบบนี้แล้วก็พร้อมที่จะดูแลแบบนี้ละ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 6) และ “ถ้าพี่เครียด พี่ก็ปลง พี่ก็ปล่อย” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 16) และ “ก็ต้องปลงแล้ว เพราะว่าป้าก็ไม่นั่นอะไรแล้ว ไม่ถือ ไม่สาแล้ว” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 23) นอกจากนี้มีญาติผู้ดูแลหลักจำนวน 2-3 รายที่นำธรรมะมาใช้ ดังนี้ “แม้จะทำใจยอมรับนะ แล้วก็หาวิธี คิดวิธี ทำยังไยก็ลูกถึงจะหาย จะดูแลกันยังไย” (ญาติ

ผู้ดูแลหลักรายที่ 33) “หากคุณแม่หยุดแล้ว ก็จะมองเข้าไปในจิตตัวเองแล้วเห็นใจมันเดินตุ้ม ๆ เห็นใจมัน โกรธ พอเราเห็นปั๊บมันจะดับไปเลยอะ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 35) “ไม่ได้ทำอะไรเลย” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 39) “ตัวเราเองเลยนะ ก็ปล่อยวาง ใช้ธรรมะเข้าช่วย คิดเสียว่าปล่อยมันไป มันก็จะดีขึ้น” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 46) จากข้อมูลการสัมภาษณ์ พบว่าญาติผู้ดูแลใช้ตัวช่วยในด้านต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจ ยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งปล่อยวางสิ่งต่างๆ ที่เผชิญอยู่

ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลหลัก

ญาติผู้ดูแลหลักที่เผชิญสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 47 ราย พบว่า จากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เกิดความเครียดต่อญาติผู้ดูแลหลัก โดยมีระดับความเครียด ดังนี้ ร้อยละ 36.17 มีระดับความเครียดมากที่สุด รองลงมาร้อยละ 31.91 มีระดับความเครียดมาก ร้อยละ 21.28 ระดับความเครียดปานกลาง และร้อยละ 10.64 มีระดับความเครียดน้อยตามลำดับ ดังแสดงตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลหลักจำแนกตามระดับความเครียด (n= 47)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เลย	0	0
น้อย	5	10.6
ปานกลาง	10	21.3
มาก	15	31.9
มากที่สุด	17	36.2

2) ผลกระทบจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับความเครียดจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์ดังกล่าวนั้นส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลหลัก นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว และบุคคลอื่นรอบข้างผู้ป่วยด้วย ซึ่งสามารถแบ่งผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าวได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลหลักโดยตรง 2) ผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว และ 3) ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลอื่น ดังนี้

2.1) ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลหลักโดยตรง

จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า ญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์นั้นว่าเป็นความเครียด เนื่องจากปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวญาติผู้ดูแลหลักทั้งในด้านร่างกาย เช่น เหนื่อยล้าจากการช่วยเหลือ การทำกิจวัตรประจำวัน ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว “กว่าจะได้นอนก็ 5 ห่ม เทียงคิ่น ตื่นเช้าทุกวัน บางครั้งก็มีท้อบ้าง” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 5) และในด้านจิตใจ เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายต่อสถานการณ์ เนื่องจากเผชิญสถานการณ์ตลอดเวลา และไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ญาติผู้ดูแลหลักบางรายมีภาวะซึมเศร้า และเข้ารับการรักษาดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “ป้าไม่อยากเห็นคนไข้ ไม่อยากอยู่กับคนไข้ ไม่อยากดูแล อยากเอาเขาไปอยู่ตรงไหนก็ได้ให้พ้นๆ ไปหาหมอหมอบอกว่าเป็นโรคซึมเศร้า ต้องเอายามากิน” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 3) ญาติผู้ดูแลหลักอีกรายเป็นภรรยาที่ดูแลสามีซึ่งประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์และมีอายุน้อยกล่าวว่า “บางทีก็นั่งร้องไห้ คร่ำครวญว่าทำไมต้องเป็นแบบนี้” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 6) และญาติผู้ดูแลหลักอีกราย (บิดาดูแลบุตรชายในวัยทำงาน) กล่าวว่า “ผมเครียดจนไม่รู้จะเครียดอย่างไรแล้ว ที่เห็นลูกเป็นอย่างนี้” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 8) ญาติผู้ดูแลอีกรายกล่าวว่า “เห็นทุกวันแล้วทำอะไรไม่ได้” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 20) นอกจากนี้ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลหลักในด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น อาการหวาดระแวง หึงหวง ดังตัวอย่างที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าวว่า “เขาเป็นอย่างนี้ทำให้เขาทำงานไม่ได้ หึงเรา ระแวงเราไปหมด เราเปิดร้านขายของเขาก็ไล่ลูกค้าไปหมด จ้างลูกน้องมาขับรถส่งมันเขาก็เอาไม้ไล่ฟาด ค่าทอรุนแรง เราก็อายคนเขาด้วย รายได้ของครอบครัวก็ไม่มี ไหนจะต้องดูแลเขาอีก” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 2) จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะที่ญาติผู้ดูแลได้บรรยายถึงผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าวโดยตรง ทั้งในด้านร่างกายพบว่าญาติผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพทางจิตเกิดขึ้น เช่น อาการซึมเศร้า เหนื่อย อ่อนล้า เป็นต้นรวมทั้งผลกระทบในด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น การประกอบอาชีพ และรายได้ของครอบครัว นอกจากนี้ พบว่าส่งผลกระทบในบทบาทหน้าที่ ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแลมาเป็นหัวหน้าครอบครัวร่วมกับทำหน้าที่ที่ญาติผู้ดูแลไปด้วย

2.2 ผลกระทบสมาชิกในครอบครัว

จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าวไว้ เช่น “แม่ก็เครียดมากขึ้น กลัวด้วย กลัวว่าจะทำร้ายแม่กับหลาน” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 9) ญาติผู้ดูแลหลักอีกรายกล่าวว่า “กลัวว่าเขาจะมาทำอะไรเรา เรากลัวมาก จะปิดประตูล็อกห้องเลยนะ หลานชายเขาก็จำไม่ได้คุณค่าหลานจนหลานเป็นโรคซึมเศร้า ต้องพาไปรักษา” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 14) และญาติผู้ดูแลอีกรายกล่าวว่า “ช่วงนั้นครอบครัวแทบจะเป็นบ้านะคะ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 15) จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล พบว่านอกจากผลกระทบต่อตัวญาติผู้ดูแล สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากพักอาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์บางส่วนส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์รุนแรง ทำร้ายบุคคลอื่น และปัญหาด้านการจดจำบุคคล เป็นต้น

2.3 ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลอื่น

จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะนอกจากส่งผลให้ญาติผู้ดูแลหลักเกิดความเครียดจากปัญหาดังกล่าว ร้อยละ 4.25 ส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นโดยรอบตัวผู้ป่วย บุคคลเหล่านั้นเกิดความไม่เข้าใจในสถานการณ์ หรืออาการของผู้ป่วย อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวผู้ป่วยเอง เช่น ถูกทำร้ายร่างกายจากเพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น จากสาเหตุการใช้คำพูดที่ไม่เหมาะสม หยาดคาย ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “แล้วแม่ก็เครียดมากที่สุดด้วย เวลาที่เห็นเขาเป็นแบบนี้ เพราะกลัวว่าถ้าเขาไปทำกับคนอื่น แล้วเขาไม่รู้ เขาอาจจะทำร้ายลูกแม่ได้” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 33) และ “แต่ที่แม่เครียดมากก็คือ เวลาที่มีใครมาหาที่บ้าน เขาจะเอามิดไล่ฟัน หรือตะโกนด่าคนที่เดินผ่านหน้าบ้าน โดยไม่มีสาเหตุ แม่ก็เป็นห่วง แม่กลัวเขาจะโดนทำร้ายด้วยนะ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 35) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้น อาจส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลอื่นในสังคม เนื่องจากผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางและไม่มีภาวะพิการด้านร่างกาย สามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ แต่บุคคลอื่นในสังคมไม่ทราบถึงปัญหาดังกล่าวที่เป็นภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง และไม่เข้าใจในปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยทำให้มีความคับข้องใจ ไม่พอใจ โกรธเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมดังกล่าว หากรุนแรงอาจมีการทำร้ายผู้ป่วยได้

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ประเด็นอื่นเพิ่มเติมที่น่าสนใจเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล ในประเด็นดังต่อไปนี้

1) การรับทราบข้อมูลปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลหลัก

จากการสัมภาษณ์ประเด็นการรับทราบข้อมูลปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลหลัก พบว่า ญาติผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 50 ไม่เคยรับทราบข้อมูลดังกล่าวมาก่อน และไม่ทราบถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลหลักคับข้องใจ ไม่เข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลกล่าว เช่น “ไม่เคยค่ะ ไม่เคยมีใครบอกเลยว่าคนไข้จะเปลี่ยนไปขนาดนี้” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 17) และ “ไม่มีใครบอกเลยว่าคนไข้จะเป็นอย่างนี้” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 25) นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลหลักร้อยละ 50 เคยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ จากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล และจากประสบการณ์ของตนเอง เช่น ญาติ เพื่อนบ้าน เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “มีก็แต่คุณหมอเคยบอกว่าพฤติกรรมเขาจะเปลี่ยนไป” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 12) และ “ก็เคยนะค่ะ แต่ไม่รู้ว่าจะเปลี่ยนแปลงไปขนาดไหน จากคุณหมอ แล้วก็ญาติเพราะพี่สาวเป็นพยาบาลค่ะ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 15) ญาติผู้ดูแลหลักอีกรายกล่าวว่า “รู้จากหมอเลย หมอ พยาบาล เขาแนะนำว่า เขาจะเป็นอย่างนี้นะ อารมณ์เขาจะรุนแรง เขจะมีคำหยาบ ด่า และก็พฤติกรรมคือถ้าไม่ดีคือไม่ดีไปเลย” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 18) และ “มีค่ะ คือว่าพยาบาลเขาก็จะบอก แล้วเขาอธิบายว่า อารมณ์เขาก็จะเปลี่ยน เป็นลักษณะจะเหมือนเด็กแรก ๆ ทำย่ำกิดย่ำทำ และก็ปวดศีรษะบ่อย ๆ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 24) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมถึงประเด็นการรับทราบข้อมูลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยรับทราบข้อมูลดังกล่าวมาก่อน ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือจากบุคคลอื่น ซึ่งอาจส่งผลต่อแนวทางการดูแลต่อเนื่องของญาติผู้ดูแลได้

2) การปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วย ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล

จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลหลัก พบว่า ผลของวิธีการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของญาติผู้ดูแลหลักที่ใช้ในสถานการณ์ดังกล่าวอาจไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งวิธีการที่ใช้เป็นการลองผิดลองถูก (Trial and Error) ซึ่งญาติผู้ดูแลประเมินผลโดยความสำเร็จของการควบคุมอาการ ความถี่ของการแสดงอาการ และการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย ทั้งนี้จากสถานการณ์การดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 ไม่ปรับเปลี่ยนวิธีการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เนื่องจากประสบผลสำเร็จจากวิธีการเดิม ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “ไม่ได้ใช้เลย ใช้วิธีนี้มาตลอด” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 9) และญาติผู้ดูแลอีกรายกล่าวว่า “ไม่มีนะคะ ไม่ได้ใช้วิธีอื่นด้วยเลย” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 11) จากข้อมูลพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ อาจเป็นผลจากการขาดข้อมูลปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ รวมทั้งแนวทางการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้บางส่วนที่ปรับเปลี่ยนเกิดจากประสบการณ์ตรงของญาติผู้ดูแลทั้งสิ้น

3) เปรียบเทียบความเครียดจากสถานการณ์การดูแลในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างด้านร่างกาย และปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์

จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ นอกจากปัญหาด้านพฤติกรรม และอารมณ์แล้ว การบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับรุนแรง ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บในหลายระบบร่วมกัน และเกิดความพิการด้านร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวแขนขาลำบาก ดังนั้น ญาติผู้ดูแลหลักได้บรรยายถึงสถานการณ์การดูแลเพื่อเปรียบเทียบความเครียดระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายร่วมด้วย และผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เพียงอย่างเดียว ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “ป้าจะไม่ค่อยเครียดกับเรื่องร่างกายนะ ป้าเครียดกับเรื่องพฤติกรรมที่เปลี่ยนมากกว่า” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 3) และ “แม่เครียดเรื่องอารมณ์ร้อน หงุดหงิดง่ายมากกว่า เพราะไม่รู้ว่าจะหายเมื่อไร” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 9) จากข้อมูลดังกล่าว พบว่า ญาติผู้ดูแลให้ความสำคัญกับการดูแลปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มากกว่าการดูแลด้านร่างกาย เนื่องจากการดูแลทางด้านร่างกายญาติผู้ดูแลสามารถบริหารจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ด้วยตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงน้อย แต่ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ยากต่อการคาดการณ์ และควบคุมสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง

4) ความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลหลัก

จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักร้อยละ 80 ไม่ต้องการความช่วยเหลือ เนื่องจากญาติผู้ดูแลหลักคิดว่าสถานการณ์การดูแลที่ตนเองเผชิญอยู่นั้น ไม่สามารถให้บุคคลอื่นเข้ามาทดแทนได้ ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “ไม่ต้องการนะ เพราะแม้คิดว่าเขาคงช่วยอะไรไม่ได้ เพราะทุกวันนี้แม่ก็เป็นคนดูแลเขาอยู่แล้ว” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 35) และ “ไม่ได้ค่ะ มันต้องเป็นพี่เอง ลูกยังทำไม่ได้เลย” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 39) และ “ไม่ ไม่มีใครเข้าใจหรอก” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 42) นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลหลักร้อยละ 20 ต้องการความช่วยเหลือ ได้แก่ คำแนะนำและแนวทางในการดูแลผู้ป่วย การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้ญาติผู้ดูแลหลักได้พักจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ รวมทั้งต้องการแหล่งข้อมูลสนับสนุนในการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลหลัก เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “ต้องการซิ อยากให้ช่วยบอกวิธีว่าจะดูแลเขายังไง จัดการกับเขายังไง” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 9) “ต้องการ ตอนนั้นต้องการให้มีใครก็ได้ หรือโรงพยาบาลรับคนไข้ไว้ชั่วคราวเพื่อให้ญาติได้พักบ้าง แล้วเราก็อายุได้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ หรือภาวะที่เขาเป็นอยู่บ้าง เราจะได้ตั้งรับถูก” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 14) และ “ต้องการคนที่ให้คำแนะนำว่าจะทำอย่างไรกับคนไข้ดี เวลาที่เขาถามซ้ำๆ หรือพอจะมียาตัวไหนรักษาให้หายได้ไหม” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 36) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์สามารถสรุปได้ว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไม่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะเนื่องจากให้เหตุผลว่าบุคคลอื่นไม่เข้าใจในสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ และไม่ไว้วางใจในการดูแลของบุคคลอื่น ซึ่งญาติผู้ดูแลคิดว่าไม่สามารถมีใครช่วยเหลือได้

5) ประสพการณ์การได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล

จากประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลหลัก พบว่า ญาติผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 70 ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลกล่าว เช่น “ไม่มีนะ ไม่มีเลย” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 2) และ “ไม่เคยแนะนำเลย มาตรวจเขาก็บอกว่าพยายามทานนะจะคุณลุง แล้วเราก็ต้องไปแก้ปัญาเองทุกที” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 3) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะไม่เคยได้รับการ

ช่วยเหลือในสถานการณ์การดูแลดังกล่าว แม้กระทั่งบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลแก้ไข ปัญหาจากสถานการณ์ดังกล่าวด้วยตนเอง

ส่วนที่ 4 การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล

การเผชิญความเครียด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเผชิญความเครียดโดยใช้ค่าคะแนนจริง (raw score) คะแนนของการเผชิญความเครียดอยู่ระหว่าง 63-124 จากคะแนนที่เป็นไปได้ 36-180 ค่าเฉลี่ย 95.47 คะแนน (SD = 11.70) เมื่อพิจารณาการเผชิญความเครียดรายด้านทั้ง 3 ด้าน พบว่า ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา มีคะแนนอยู่ระหว่าง 26-54 คะแนน ค่าเฉลี่ย 39.55 คะแนน (SD = 5.86) ด้านการบรรเทาความรู้สึก เครียด มีคะแนนอยู่ระหว่าง 19-51 คะแนน ค่าเฉลี่ย 36.83 คะแนน (SD = 6.00) และด้านการจัดการกับ อารมณ์ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 11- 28 คะแนน ค่าเฉลี่ย 19.23 คะแนน (SD = 4.26) ดังนั้น เมื่อพิจารณา ค่า คะแนนพิสัยที่เป็นไปได้ และค่าพิสัยจริง พบว่า คะแนนต่ำสุดของค่าพิสัยจริงสูงกว่าคะแนนต่ำสุดของ ค่าพิสัยที่เป็นไปได้ในการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน จึงสามารถสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นญาติ ผู้ดูแลทุกรายในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดร่วมกันทั้ง 3 ด้าน และใช้วิธีการ เผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของญาติผู้ดูแลในการเผชิญความเครียดราย ด้านและโดยรวมเมื่อคิดจากคะแนนจริง (Raw scores) (n=47)

การเผชิญความเครียด	ค่าพิสัยที่เป็นไปได้	ค่าพิสัยจริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
คะแนนรวม	36-180	63-124	95.47	11.70
การเผชิญหน้ากับปัญหา	13-65	26-54	39.55	5.86
การบรรเทาความรู้สึกเครียด	14-70	19-51	36.83	6.00
การจัดการอารมณ์	9-45	11-28	19.23	4.26

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนสัมพัทธ์ แสดงสัดส่วนของการใช้วิธีการเผชิญความเครียด (Relative score) ซึ่งบอกถึงสัดส่วนของการใช้วิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในแต่ละด้าน พบว่า ญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะใช้ วิธีการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด คิดเป็น 0.39 หรือ ร้อยละ 39

(SD = 0.05) รองลงมาได้แก่วิธีการบรรเทาความรู้สึกเครียด คิดเป็น 0.33 หรือร้อยละ 33 (SD = 0.04) และวิธีการจัดการกับอารมณ์เป็นลำดับสุดท้าย คิดเป็น 0.28 หรือ ร้อยละ 28 (SD = 0.11) ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของญาติผู้ดูแลในการเผชิญความเครียดรายด้านเมื่อคิดจากคะแนนสัมพัทธ์ (Relative scores) (n=47)

การเผชิญความเครียด	ค่าพิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การเผชิญหน้ากับปัญหา	0.27- 0.48	0.39	0.05
การบรรเทาความรู้สึกเครียด	0.26-0.42	0.33	0.04
การจัดการอารมณ์	0.18-1.00	0.28	0.11

เมื่อวิเคราะห์ถึงวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลจำนวน 47 ราย พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลใช้มากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ซึ่งญาติผู้ดูแลใช้วิธีการค้นหาความสำคัญ หรือคุณค่า หรือข้อดีของบุคคลที่ญาติผู้ดูแลให้การดูแลอยู่ สำหรับอันดับ 2 และ 3 ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้าน การบรรเทาความรู้สึกเครียด โดยใช้วิธียอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และสวดมนต์ ภาวนา อ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ตามลำดับ ต่อมาอันดับ 4 ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการอารมณ์ โดยใช้วิธีเตรียมใจรับกับสิ่ง หรือสถานการณ์ร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง และอันดับสุดท้าย ที่ญาติผู้ดูแลใช้ในการเผชิญความเครียดมากที่สุดได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ได้แก่วิธีคิดหาวิธีต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหา หรือควบคุมสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า วิธีการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก ในขณะที่เผชิญกับสถานการณ์ความเครียด ได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 2 วิธี ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด 2 วิธี และด้านการจัดการอารมณ์ 1 วิธี ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดรายข้อสูงสุด 5 อันดับแรก

วิธีการเผชิญความเครียด	ด้าน	ร้อยละ
1. ค้นหาความสำคัญ หรือคุณค่า หรือข้อดีของบุคคลที่ญาติผู้ดูแลให้การดูแลอยู่	Con	53.2
2. ยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง	Pal	46.8
3. สวดมนต์ ถวายทาน อ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์	Pal	40.4
4. เตรียมใจรับกับสิ่ง หรือสถานการณ์ร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง	Emo	34.0
5. คิดหาวิธีต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหา หรือควบคุมสถานการณ์ที่เผชิญอยู่	Con	25.5

Con = Confrontive (การเผชิญหน้ากับปัญหา)

Emo = Emotive (การจัดการกับอารมณ์)

Pal = Palliative (การบรรเทาความรู้สึกเครียด)

สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลใช้เผชิญความเครียดน้อยที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ด้านการจัดการกับอารมณ์ ญาติผู้ดูแลร้อยละ 6.4 ใช้วิธีการระบายความเครียดโดยการรับประทานอาหาร สูบบุหรี่ เกี้ยวพาราสี หรือหมกมุ่นเพิ่มขึ้น และร้อยละ 17.0 ใช้วิธีการโทษผู้อื่น หรือตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการให้เกิดปัญหา รองลงมา ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด ซึ่งญาติผู้ดูแลร้อยละ 23.4 ใช้วิธีการไม่ทำอะไรเลยโดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายเอง เท่ากับด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ซึ่งใช้วิธีการระบายความเครียดด้วยการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายมากขึ้น สำหรับด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด ที่ญาติผู้ดูแลใช้ร้อยละ 27.7 คือวิธีการ นอนหลับ และปลอบใจตนเองโดยคิดว่าทุกสิ่งอาจดีขึ้นในเร็ววัน รุ่งขึ้น ในการเผชิญสถานการณ์ความเครียดตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดรายข้อน้อยสุด 5 อันดับแรก

วิธีการเผชิญความเครียด	ด้าน	ร้อยละ
1. ระบายความเครียดโดยการรับประทานอาหาร สูดบุหรี่ย่อยๆ เคี้ยวหมาก หรือหมากฝรั่งเพิ่มขึ้น	Emo	6.4
2. โทษผู้อื่น หรือตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการให้เกิดปัญหา	Emo	17.0
3. ไม่ทำอะไรเลยโดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายเอง	Pal	23.4
4. ระบายความเครียดด้วยการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายมากขึ้น	Con	23.4
5. นอนหลับ และปลอบใจตนเองโดยคิดว่าทุกสิ่งอาจดีขึ้นในเช้าวันรุ่งขึ้น	Pal	27.7

Con = Confrontive (การเผชิญหน้ากับปัญหา)

Emo = Emotive (การจัดการกับอารมณ์)

Pal = Palliative (การบรรเทาความรู้สึกเครียด)

ภายหลังตอบแบบสอบถามการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลหลักถึงประเด็นปัญหาวิธีการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลใช้ในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะเพิ่มเติม จากการสัมภาษณ์พบว่า ญาติผู้ดูแลได้อธิบายถึงวิธีการเผชิญความเครียดที่เข้ากันได้กับลักษณะการเผชิญความเครียด แบบการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive) การบรรเทาความรู้สึกเครียด (Palliative) และการจัดการกับอารมณ์ (Emotive) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

การเผชิญหน้ากับปัญหา

จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลหลัก ได้อธิบายเป็นคำพูดที่สะท้อนวิธีการเผชิญความเครียดในลักษณะการเผชิญหน้ากับปัญหา โดยวิธีการที่ใช้เป็น การค้นหาวิธีจัดการ ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ และควบคุมสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าวไว้ และสะท้อนถึงวิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา เช่น “เราก็หาหนทางแก้ไขไป” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 2) อีกญาติผู้ดูแลอีกรายกล่าวว่า “แม่ก็ทำใจยอมรับนะ แล้วก็หาวิธีทำยังไงดีลูกถึงจะหาย” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 33) และ “บอกกับตัวเองว่า สงสารเขา พยายามหาทางช่วยเหลือต่อไป” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 36) นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลหลักได้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบ การแสวงหาความช่วยเหลือจากญาติสนิทในครอบครัว หรือเพื่อน เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลกล่าวไว้ เช่น “เวลามีปัญหา เราก็คุยกันในครอบครัวกับพ่อแม่พี่น้อง” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 17) นอกจากนี้ญาติผู้ดูแล

หลักบางรายได้แสวงหาข้อมูลจากแหล่งอื่น เช่น สอบถามจากแพทย์ผู้รักษา ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลกล่าวไว้ เช่น “ผมก็ถามอาการจากหมอที่รักษานั้นแหละ เขารู้ทุกเรื่องครับ” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 34) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่าญาติผู้ดูแลที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหามีจุดมุ่งหมายที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ โดยจะพยายามที่จะหาหนทางแก้ไขปัญหาไม่ย่อท้อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอีกด้วย

การบรรเทาความรู้สึกเครียด

เมื่อญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด อ่อนล้า หรือเบื่อหน่ายกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย บางรายได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวพลัดเปลี่ยนให้ญาติผู้ดูแลหลักได้ผ่อนคลายจากภาวะเครียดในสถานการณ์ดังกล่าว ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลกล่าว ซึ่งแสดงถึงวิธีการเผชิญความเครียดโดยปล่อยให้คนอื่น ช่วยแก้ปัญหา หรือควบคุมสถานการณ์แทน เช่น “เราก็บอกเขา เวลาบางทีก็ให้ลูกเป็นตัวช่วย” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 2) “เปลี่ยนให้คนอื่นดูแลแทน แล้วไปทำกิจกรรมอย่างอื่น” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 47) นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลหลักกิจกรรมอื่นๆทำเพื่อไม่ให้อยู่ว่าง และไม่คิดถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลหลักเลือกตามความสนใจ และความชอบของตนเอง ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “เครียดมากาก็ออกไปคุยกับเพื่อน” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 5) และญาติผู้ดูแลอีกรายกล่าวว่า “ฟังเพลง เปิดเพลงดังๆ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 14) และ “จะใช้วิธีเดินทำโน่นทำนี่อยู่ตลอด ไม่อยู่เฉยๆ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 29) และ “เวลาเครียดมากก็อ่านหนังสือ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 30) บางรายใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยพึ่งพาสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่ตนเคารพนับถือ เช่น การสวดมนต์ ภาวนา อ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “สวดมนต์ ภาวนา ให้สิ่งดีๆเกิดขึ้น” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 1) และ “เราก็สวดมนต์ ขอให้เขาหาย” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 7) “ปล่อยวาง ใช้ธรรมะเข้าช่วย” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 46) นอกจากนี้ พบว่า ญาติผู้ดูแลหลัก มีความคาดหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “หวังว่าอาการของเขาจะดีขึ้น” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 15) หากญาติผู้ดูแลหลักไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ความเครียดได้ ญาติผู้ดูแลหลักพยายามถอยหนีจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “บางทีก็จะเดินหนี” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 25) และ “ถ้าแกพูดไม่หยุด พูดซ้ำซาก เราก็เบื่อ เครียด ไม่อยากฟัง พูดอยู่ได้ว่ายากตาย เราไม่ชอบ เราจะเดินหนีไปเลย ปล่อยให้แกอยู่คนเดียว จะไม่หยุดพูด” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 26) และ พยายามลืมปัญหา และคิดถึงเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแทน ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “พยายามไม่คิดถึงเรื่องนั้น” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 4) นอกจากนี้มี

ญาติผู้ดูแลหลักที่ยอมรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นรวมทั้ง ปลงตก และไม่ทำอะไรต่อสถานการณ์ดังกล่าวเลย โดยยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “ยอมรับว่าเขาเป็นอย่างนี้” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 19) และวิธีการเผชิญความเครียดโดยไม่ทำอะไรเลยโดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายเอง” ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลกล่าว เช่น “ไม่ทำอะไรเลย” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 41) ปลงตก เพราะดูเหมือนว่าจะหมดหนทางแก้ไข ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลกล่าว เช่น “ร้องไห้อย่างเดียว” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 6) “ถ้าเครียดก็ปลงปล่อยวาง” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 16) “เราพยายามทำใจรับสภาพ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 34) และอีกรายกล่าวว่า “แม่พยายามทำใจยอมรับนะ ไม่ต่อล้อต่อเถียง” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 35) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์วิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึก พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยมุ่งการปรับอารมณ์ความรู้สึกของตนเองด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบท และอุปนิสัยของญาติผู้ดูแลหลัก

การจัดการกับอารมณ์

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียด ด้วยวิธีการจัดการกับอารมณ์ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะน้อยที่สุด ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลหลักใช้ ได้แก่ ปลีกตัวออกไปอยู่คนเดียว หรือต้องการอยู่ตามลำพัง ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “หลบไปซักพัก” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 9) และอีกรายกล่าวว่า “ออกมาจากตรงนั้น ไปที่เงียบๆ ซักพัก” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 11) “ก็เดินหนีไปสักพักกลับมาก็จะดี” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 31) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์วิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลหลักด้านการจัดการกับอารมณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักหลีกเลี่ยงหนีออกไปจากสถานการณ์นั้นเพื่อให้อารมณ์ของตนเองสงบลง และรอระยะเวลาให้ความรู้สึกดีขึ้นจึงกลับเข้ามาในสถานการณ์อีกครั้ง เป็นการจัดการกับอารมณ์ของตนเองจากสถานการณ์ความเครียดดังกล่าว

ส่วนที่ 5 วิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 47 ราย โดยผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลระลึกถึงเหตุการณ์ และบรรยายถึงสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยรวมทั้งวิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะดังกล่าว ซึ่ง

ผู้วิจัยได้นำคำบรรยายมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดกลุ่มสาระในแต่ละประเด็น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมคำพูดของญาติผู้ดูแลหลัก จากการสัมภาษณ์พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักมีวิธีการจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรม และอารมณ์ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ครั้งแรกในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งมีความเฉพาะเจาะจงในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย มีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามอาการของผู้ป่วยหรือสถานการณ์ หากประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาจะมีพลังที่จะจัดการปัญหาอื่นๆตามมา และสามารถนำประสบการณ์นั้นมาเป็นแนวทางได้ ญาติผู้ดูแลหลักบางรายให้บุคคลอื่นช่วยดูแลเพื่อหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และคลายความเครียด เนื่องจากไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ บางครั้งใช้หลายวิธีร่วมกัน แตกต่างกันตามบริบท ดังนั้น ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์วิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลมีวิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์จำแนกตามวิธีการได้ 14 วิธี ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) ให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ลดสิ่งกระตุ้น

วิธีการจัดการกับปัญหาด้านอารมณ์ของญาติผู้ดูแลหลักด้วยวิธีให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ลดสิ่งกระตุ้นนี้ ส่วนใหญ่นำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอารมณ์ที่มีลักษณะอารมณ์ร้อน ขุ่นเคืองได้ง่าย หรือหงุดหงิดง่าย ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “แม่ก็จะออกจากบ้าน หลบเขาไปสักพัก พออารมณ์เย็นลง ค่อยมาถามเขาดีๆ ว่าเขาอะไร” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 9) อีกรายเป็นญาติผู้ดูแลกล่าวไว้ว่า “ผมจะใช้วิธีหยุดคนรอบข้างก่อน โดยส่งสัญญาณนี้ให้เขารู้จะครับ แล้วก็ปล่อยให้ผู้ป่วย เขาใช้เวลาส่วนตัวสักครู่หนึ่ง ผมจะไม่พูดตอนนั้น พอหลังจากนั้นสักพักหนึ่งใช้เวลาไม่นานเขาจะหาย เราก็จะเข้าไปคุยได้” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 10) และญาติผู้ดูแลหลักอีกรายกล่าวว่า “ก็ไม่พูดค่ะ ไม่เถียง เพราะถ้าเถียงมันจะไม่จบ ถ้าสมมุติว่าเราไม่พูดกับเขา เดี่ยวเขาก็เงียบไปเอง” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 11) และ “ส่วนมากหนูจะเดินหนีเลยค่ะ หนูเดินหนีอย่างเดียว ถ้าเดินหนีมันก็จะเงียบลง มันก็จะไม่เถียงกับหนูต่อ” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 42) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล พบว่าวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของญาติผู้ดูแลวิธีนี้ ญาติผู้ดูแลจะจัดการกับสิ่งที่จะกระตุ้นความรุนแรงของสถานการณ์ เช่น คำพูด สีหน้า ท่าทาง โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอารมณ์ที่โกรธง่าย หงุดหงิดง่าย และรอระยะเวลาให้ผู้ป่วยสงบ เพื่อลดการเกิดความรุนแรงของสถานการณ์เพิ่มมากขึ้น

2) จัดกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ

การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โดยใช้วิธีจัดกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจซึ่งญาติผู้ดูแลหลักจะใช้วิธีนี้ไปใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านภาวะอารมณ์ที่มีลักษณะหงุดหงิดง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าว จากการสัมภาษณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักจัดหาสิ่งของ หรือกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย ซึ่งนำมาใช้ในสถานการณ์ขณะที่ผู้ป่วยกำลังโกรธ โดยเลือกกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ เพื่อลดความสนใจของผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลกล่าว ว่า “ใช้วิธีดึงดูความสนใจ เพื่อให้เขาลืมกับการออกไปข้างนอก เช่น ให้ฟังเพลง ดูทีวีไป เขาก็ดีขึ้นเรื่อยๆ นะคะ จนตอนนี้ก็สามารถไปไหนมาไหนได้คนเดียว และก็ไม่ต้องดูแลอะไรมากมายแล้วนะ ญาติก็เครียดลดลง” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 15) ญาติผู้ดูแลหลักอีกรายกล่าวว่า “บางทีก็หาอะไรมาให้เขาทาน น้ำเย็น น้ำเย็น อะไรพวก น้ำแข็งอะไรพวกนี้ มีขนมชนิดน้อยพอเขาทานแล้วค่อยยังชั่ว เปิดเพลงให้” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 23) และ “บางทีเราต้องการให้เขาดูหนัง ให้ออกกำลังกายครับ บางทีให้เขาเบี่ยงเบนความสนใจ ดูทีวีอะไรอย่างนี้ครับ คุยไปเรื่อย ๆ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 34) นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลหลักบางรายจะพาผู้ป่วยไปทำกิจกรรมนอกสถานที่ ดังตัวอย่างคำพูด “ก็ส่วนมากก็จะเอามา รวม คือเหมือนว่ารวมญาติ พาไปเที่ยวอะไร พาไปอยู่ต่างจังหวัด ไปพักต่างจังหวัดให้เขาสบายใจค่ะ” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 44) ญาติผู้ดูแลหลักบางรายใช้วิธีการจัดกิจกรรม หรือสิ่งที่ผู้ป่วยชอบ เช่น การดื่มน้ำเย็น การรับประทานอาหารที่ชอบ เพื่อเกิดความสุขสบายด้านร่างกาย ผ่อนคลาย ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าวว่า “ให้เขากลับบ้านนะ แล้วก็หนุนนังกินน้ำเย็น ๆ ก่อนนะลูก” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 42) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลพยายามจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โดยนำวิธีการจัดกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจไปใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะปัญหาด้านอารมณ์หงุดหงิดง่าย ไม่สามารถควบคุมอารมณ์อารมณ์ได้ หรือต้องการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งวิธีที่นำมาใช้ ได้แก่ จัดกิจกรรมให้ทำ การเดินทางท่องเที่ยว การรับประทานอาหาร เป็นต้น

3) การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โดยใช้คำพูด

การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลหลักโดยใช้คำพูด จากการสัมภาษณ์ พบว่าญาติผู้ดูแลหลักมีลักษณะการพูดที่แตกต่างกัน ท่าทางการแสดงออกระหว่างพูด หรืออวัจนภาษาที่ญาติผู้ดูแลหลักแสดง น้ำเสียง โทนเสียง เพื่อจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โดยใช้คำพูดหลายรูปแบบ และเป็นการสื่อสารถึงความรู้สึกของผู้พูด ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.1) ใช้คำพูดไพเราะ ปลอดภัย

ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการจัดการกับปัญหาด้านอารมณ์ของผู้ป่วยโดยวิธีการใช้คำพูดไพเราะ ปลอดภัย ซึ่งนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอารมณ์ ในลักษณะโกรธง่าย อารมณ์รุนแรงได้ง่าย วิธีนี้จะใช้ได้ผลในขณะที่ยังสามารถไม่รุนแรง โดยการใช้อารมณ์ที่ไพเราะ ปลอดภัย ช่วยให้ผู้ป่วยสงบ ไม่กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์โกรธมากขึ้น ตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “ก็จะบอกว่าให้ใจเย็น ๆ ให้ใจเย็น ๆ เรื่องมันก็ได้เป็นเรื่องราวอะไรใหญ่โต ก็บอกให้เขาใจเย็น ๆ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 25) และ “ก็ต้องปลอดภัยอะนะ ว่าใจเย็น ๆ นะเดี๋ยวมันก็ดีขึ้นเองแหละค่อย ๆ ทำ ค่อย ๆ คิดไปเรื่อย ๆ อย่าโมโห” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 27) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้ใช้คำพูดที่อ่อนโยน นุ่มนวล เพื่อจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย เนื่องจาก ญาติผู้ดูแลเข้าใจ เห็นใจผู้ป่วย

3.2) การใช้ถ้อยคำตักเตือนผู้ป่วย

วิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โดยการใช้ถ้อยคำตักเตือนผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหลักใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการพูด และการติดต่อสื่อสาร ซึ่งผู้ป่วยมีลักษณะอาการพูดเรื่องเดิมซ้ำๆตลอดเวลา หรือคร่ำครวญในเรื่องเดิม เนื่องจากเกิดความรำคาญในปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ดังกล่าว ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “ก็เวลาเขาพูดหยาบเราก็จะบอกเขาตรง ๆ เลยนะ เดี่ยวเกิดไปกับคนข้างนอกใช้ไหม เกิดไปพูดอย่างนั้นขึ้นมา โดนเขาชดกลับมาที่นี้หละ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 16) และ “เราก็บอกว่า เดี่ยว พยาบาลมาเอาตัวไปอยู่โรงหมอ โรงพยาบาลนะอะไรอย่างเนี่ย เขาก็หยุด” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 21) และญาติผู้ดูแลอีกรายกล่าวว่า “แม่จะบอกคนไข้เลยว่าอย่าทำอย่างนี้นะ มันไม่ดี ต่อไปจะไม่มีใครคบค้าสมาคมด้วย” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 33) นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลหลักบางรายที่อธิบาย และตักเตือนที่ผู้ป่วยโดยตรง เช่น “พ่ออย่าพูดหยาบคาย ทั้ง ๆ ที่คนอื่นเขาไม่รู้ว่าคุณจะคุยกับเขา แต่ว่าพ่อพูดไม่เพราะ พูดสื่อสารออกมามันไม่ตรงกับที่พ่อคิดนะ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 39) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องจัดการกับสถานการณ์โดยการตักเตือนผู้ป่วยโดยตรงเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในพฤติกรรมที่แสดงออก ลักษณะคำพูดเป็นการอธิบายเหตุผล ไม่ตำหนิผู้ป่วย

3.3) ตอบกลับด้วยวาจาที่รุนแรง และท่าทางไม่พอใจ

วิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ด้วย การตอบกลับด้วยวาจาที่รุนแรง และท่าทางไม่พอใจ เป็นการแสดงออกของญาติผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ผลกระทบเมื่อผู้ป่วยแสดง

อารมณ์โกรธ โดยจะเผชิญหน้าทันทีกับผู้ป่วย มีการแสดงออกด้านคำพูดหรือพฤติกรรมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้สึกไม่พอใจของญาติผู้ดูแลหลัก โดยญาติผู้ดูแลหลักนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม โดยแสดงออกพฤติกรรมซ้ำๆ ก้าวร้าวด้วยวาจา ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าว เช่น “บางทีก็รับอารมณ์ไม่ไหวเหมือนกันนะ เราก็นิ่งไป พอพูดอีก เราใช้เสียงดังขึ้น” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 32) และญาติผู้ดูแลอีกรายกล่าวว่า “เราก็ดูกับแม่เขาแรงๆนะ พูดจาไม่เพราะ ตอบหัวนๆเพราะเรารู้สึกว่าเรารำคาญมาก ถามซ้ำๆเรื่องเดิม น้าเบื้อ ใช้วิธีตะคอกอย่างเดียว” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 36) และ “ว้ากเลย ว้ากเอาแบบแรงๆนะ เขาก็จะเงียบไปเอง เพราะคำพูดเราแรงมาก” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 45) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า วิธีจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าว ญาติผู้ดูแลหลักใช้วิธีคำพูดรุนแรงและสีหน้าท่าทางไม่พอใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้สึกของญาติผู้ดูแล และหยุดพฤติกรรม

3.4) อธิบายให้คนรอบข้างเข้าใจ ยอมรับผู้ป่วย

วิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ด้วยคำพูดนอกจากญาติผู้ดูแลหลักจะใช้คำพูดในการจัดการสถานการณ์โดยตรง ญาติผู้ดูแลหลักใช้วิธีจัดการดังกล่าวกับบุคคลโดยรอบของผู้ป่วย ซึ่งนำไปใช้กับผู้ที่มีลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว ตะโกนด่าบุคคลอื่นโดยไม่มีสาเหตุ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร ความบกพร่องในการสนทนา เช่นการใช้คำพูดหยาบคาย นอกจากญาติผู้ดูแลหลักจะต้องใช้คำพูดเพื่อตักเตือนผู้ป่วย แล้ว ญาติผู้ดูแลหลักจะอธิบายให้บุคคลในสังคมรอบข้างของผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจ เห็นใจ ยอมรับในตัวผู้ป่วย เมื่ออาการสงบญาติผู้ดูแลจะสะท้อนถึงผลเสียจากการแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยให้รับรู้ตามความเป็นจริง ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “บางทีแกหงุดหงิดคนนะ บางทีก็โวยวายกับเพื่อนบ้าน ก็จะไม่บอกเขา บอกว่า บังเขาเป็น อย่างนี้นี่นา อย่าไปถือสาอะไรนะ แกจะพูดไม่เหมือนเดิมอะไร อย่าไปถือเขาอีกแล้วกัน” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 22) ญาติผู้ดูแลหลักอีกรายหนึ่ง กล่าวว่า “ถ้าเขาไปด่าคนอื่นนะ แม่ก็ต้องไปขอโทษเขานะ แล้วก็ต้องอธิบายให้เขาฟังว่าลูกไม่สบายอยู่ อย่าโกรธเลยนะ” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 35) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักมีวิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ โดยการอธิบายต่อบุคคลที่ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ด้วย เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นเกิดความเข้าใจในภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ป้องกันการถูกทำร้ายจากบุคคลเหล่านั้น หากบุคคลในสังคมของผู้ป่วยเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถเพิ่มความปลอดภัยต่อผู้ป่วยได้

4) รับฟังผู้ป่วย อุดหนุนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

สำหรับวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โดยการรับฟังผู้ป่วย อุดหนุนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์ พบว่า ในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลหลัก ญาติผู้ดูแลหลักใช้วิธีการจัดการกับปัญหาดังกล่าว โดยการรับฟังผู้ป่วย และอุดหนุนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นิ่ง ไม่ได้ตอบ เพื่อลดการกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมมากขึ้น และให้ผู้ป่วยหยุดพฤติกรรมเหล่านั้นด้วยตนเอง ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “ก็ส่วนมากถ้าเขาหงุดหงิดมาก เราก็จะเงียบฟังเขาพูด” (ญาติผู้ดูแลหลัก รายที่ 30) และ “คือเขาหงุดหงิดง่ายเราก็ต้องทน คือไม่ต้องคำ ไม่ต้องคุ ไม่ต้องเสียงดัง ก็ตามใจ” ญาติผู้ดูแลหลักก็กรายกล่าวว่า (ญาติผู้ดูแลหลัก รายที่ 31) ญาติผู้ดูแลบางรายจะหยุดฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด และผู้ป่วยจะสามารถระงับอารมณ์ของตนเองได้ “แม้ก็จะหยุดค่ะ คือเราจะรู้ตัวว่าเราเริ่มโกรธ เริ่มโมโห หยุดแล้วเราก็มองเข้ามาในจิตของเราเอง ก็เป็นอันว่าหยุดกันไปค่ะ แล้วเขาจะรู้ตัวเอง เขาจะมาขอโทษ” (ญาติผู้ดูแลหลัก รายที่ 37) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลหลัก อุดหนุนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเผชิญกับสถานการณ์ด้วยอารมณ์ที่มั่นคง ไม่ได้ตอบผู้ป่วย เผื่อรอให้ผู้ป่วยหยุดพฤติกรรมด้วยตนเอง

5) ปรับเปลี่ยนสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อม

วิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมโดยการปรับเปลี่ยนสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการที่ญาติผู้ดูแลหลักนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารลดลง เนื่องจากลดความเบื่อของผู้ป่วย เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้ทำกิจกรรมดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น โดยการจัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบสลับกับอาหารที่มีความเหมาะสม และมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย หรือเปลี่ยนสถานที่ในการรับประทานอาหาร เช่น ร้านอาหาร ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลกล่าว เช่น “คนไข้ไม่ยอมกินข้าว พาคนไข้ออกไปทานนอกบ้าน บางครั้ง หรือซื้ออาหารที่เขาชอบ บางทีก็สับเปลี่ยนอาหารกัน หมุนเวียนอาหารไปเรื่อยๆ” (ญาติผู้ดูแลหลัก รายที่ 3) และ “ก็จะถามเขาว่าวันนี้อยากกินอะไร ก็จะไปทำ ซื้อมาให้ทำ ซื้อมากิน แล้วก็มานั่งทำกินกันในครอบครัวค่ะ” (ญาติผู้ดูแลหลัก รายที่ 12) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักใช้วิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ด้วยการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้มากขึ้น และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

6) ใ้บุคคลที่ผู้ป่วยยอมรับเป็นผู้จัดการกับสถานการณ์

วิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของญาติผู้ดูแลหลักโดยให้บุคคลที่ผู้ป่วยยอมรับเป็นผู้จัดการกับสถานการณ์นั้นๆ ญาติผู้ดูแลหลักนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการหวาดระแวง ญาติผู้ดูแลหลักหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์นั้นๆ ไม่กระตุ้นความหวาดระแวงของผู้ป่วยด้วยวาจา กิริยาท่าทาง และให้บุคคลที่ผู้ป่วยยอมรับ เป็นผู้อธิบายเหตุการณ์และเหตุผลนั้นตามความเป็นจริง ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักรายหนึ่งกล่าว เช่น “เราก็บอกเขา เวลาบางทีก็ให้ลูกเป็นตัวช่วย ลูกชายก็ลงมากบอกว่า ลูกชายก็บอกป้าเขา แม่เขาไม่ได้เป็นอย่างที่ป้าคิดนะ แม่เขาทำทุกอย่างเพื่อครอบครัว” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 2) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า สถานการณ์ที่เกิดขึ้นพบว่าผู้ป่วยยอมรับต่อการอธิบายของบุตรมากกว่าภรรยา เนื่องจากผู้ป่วยมีความรักและผูกพันกับบุตรมาก ส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ดี รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อบุตรตามมาด้วย

7) ปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์

ญาติผู้ดูแลหลักใช้วิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โดยการปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น ซึ่งนำมาใช้ผู้ป่วยในลักษณะอาการทางกาย ได้แก่ เวียนศีรษะ หรือปวดศีรษะ ญาติผู้ดูแลหลักจัดการปัญหาดังกล่าวด้วยวิธีการทางการแพทย์ และให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “ก็เอายาให้กินแล้วก็ให้เขานอน ก็ยาที่ไปหาหมอ หมอก็ให้ยาแก้ปวดมา ก็ให้เขากินแล้วก็ให้เขานอน ค่อยยังชั่วหน่อย แล้วก็ดีขึ้นอีก” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 41) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักใช้วิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โดยการปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย และวิธีการรักษา ช่วยเหลืออื่นๆที่เหมาะสม โดยญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่นำผู้ป่วยมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ และให้การดูแลต่อเนื่อง เมื่อเกิดปัญหาจากสถานการณ์การดูแลจะสอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์ทันที เช่น แพทย์ผู้รักษา เป็นต้น

8) เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ

วิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของญาติผู้ดูแลหลักโดยการเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งวิธีนี้ญาติผู้ดูแลหลักนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการมีนงง โดยพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรม และเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ ที่อาจเกิดขึ้นได้จากสถานการณ์ดังกล่าว ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว “บางที่เราต้องการให้แกเดิน ให้ออกกำลังกาย แต่ก็ต้องคอยเฝ้า กลัวแกล้ม เดี่ยวหัวฟาดพื้นอีก” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 34) ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักอีกรายกล่าว เช่น “จะให้พอนั่ง ถ้าวันรุ่งขึ้นแล้วอาการมีนงงยังมีอยู่ ไม่หายก็พาให้นอนพักอย่างเดียว ก็คือ

นอนไม่ให้ลุกขึ้นมาเดินอะไร แล้วถ้าดูแลแล้ว ภายในวันนั้นถ้าไม่ดี วันรุ่งขึ้นก็ไปหาหมอเลย” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 38) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักใช้วิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ โดยเฝ้าระวังผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอาจประสบอุบัติเหตุได้ เช่น ล้ม เนื่องจากผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านอาการมีศีรษะ ซึ่งผู้ป่วยอาจเกิดอุบัติเหตุได้ ญาติผู้ดูแลจึงให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

9) ช่วยจดจำ กระตุ้นเตือน ใช้เครื่องช่วยจำ

วิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของญาติผู้ดูแลหลัก โดยการช่วยจดจำ กระตุ้นเตือน ใช้เครื่องช่วยจำ ญาติผู้ดูแลหลักนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำ เช่น จำบุคคลหรือสถานที่ไม่ได้ จำตำแหน่งที่วางสิ่งของ กิจกรรมหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพิ่งผ่านพ้นไปไม่ได้ ญาติผู้ดูแลหลักมีวิธีการช่วยเหลือ โดยการเตือนผู้ป่วยถึงกิจกรรมที่ทำอยู่ในขณะนั้น ช่วยจดจำตำแหน่งของสิ่งของ หรือ ย้ำเตือนความทรงจำของผู้ป่วย เช่น ชื่อบุคคล โดยการใช้วาจา ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลกล่าว เช่น “ช่วยจำอะไรที่เขาเอามาวางไว้ หรือมองเห็นก็จะจำช่วยเขา เวลาเขามาถามหาจะบอกเขา ว่าอยู่ตรงนั้น ตรงนี้ แล้วจะบอกเขาว่าเวลาวางของไว้ให้ช่วยบอกด้วย เวลาคนใช้ลืมนะได้ช่วยจำ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 7) ญาติผู้ดูแลหลักอีกรายเตือนผู้ป่วยทันทีที่เสร็จสิ้นกิจกรรมนั้นๆ ดังตัวอย่างที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าวว่า “เวลาเราเจอเราก็จะเตือนแก ก่อนจะออกจากห้องน้ำ ยายก็เหลียวหลังไปดูตักนิดนึง ว่าปิดน้ำอุ่นหรือยัง ปิดไฟไหม” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 13) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่าญาติผู้ดูแลทำหน้าที่กระตุ้นเตือนผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ หรือช่วยจดจำสถานการณ์ต่างๆ ตำแหน่งวางสิ่งของ เพื่อให้ผู้ป่วยพยายามฝึกฝนด้านความจำ และช่วยลดโอกาสการสูญหายของสิ่งของ

10) ฟื้นฟูความจำ ความคิดของผู้ป่วย

วิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โดยการฟื้นฟูความจำ ความคิดของผู้ป่วย นำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะความคิดสับสนวุ่นวาย ไม่เป็นระบบ มีปัญหาด้านความคิด ความจำ โดยญาติผู้ดูแลหลักเป็นผู้กำหนดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝน และฟื้นฟูความคิด ความจำของผู้ป่วย โดยให้กำหนดกิจกรรมให้ผู้ป่วยทำซ้ำๆ มีความง่ายไปหายาก ไม่ซับซ้อน และเน้นการปฏิบัติซ้ำเพื่อให้เกิดทักษะ เช่น การพับผ้า ล้างจาน เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “บางทีก็พาเขาไปกินข้าว ถือโอกาสพาเขาไปเที่ยวห้างบ้าง อะไรที่บางทีไปต่างจังหวัด ไปพักผ่อนเราก็พาเขาไปด้วย เพราะเราไปเราก็พาเขาไป” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 8) และ “หากิจกรรมให้เขาทำเพื่อไม่ให้อยู่ว่าง เช่น ซักผ้า ถูบ้าน เราจะต้องบอกขั้นตอนทุกอย่างให้เขาค่อยๆทำไป จะได้จำขั้นตอนได้

เอาแบบง่ายๆก่อน ส่วนเรื่องจำบุคคลไม่ได้เราก็พยายามบอกว่าเราเป็นใคร ย้ำอยู่ตลอดว่านี่น้องนะ หลานนะ หรือบางครั้งก็พาเขาไปสถานที่ที่เขาคุ้นเคยเขาก็จำได้ แต่หลานนี้ยังไม่ค่อยยอมรับนะเรา ต้องย้ำตลอดๆเหมือนเราสอนเด็ก สอนเขาแบบซ้ำซ้อนมากขึ้นเช่น ฝึกพับผ้า แยกผ้า แยกจานช้อน ออกจากกัน” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 14) และการฝึกทักษะในการขับรถ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ “เวลาขับรถก็ต้องคอยดูเขา เราจะไม่ค่อยหลับ พอเวลาเกิดเหตุ ก็กดแตร บีบแตรสิ ต้องบอกเขา” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 24) และ “พยายามซักผ้า ช่วยตัวเอง ของส่วนตัวอะไรให้เขาทำเองซักผ้าขี้ไม่ได้ ก็ให้ขยำ ๆ ไม่ให้เขาอยู่เฉย ๆ หากิจกรรมให้เขาทำ ไม่ให้เขานอน เขานั่งอ่านหนังสือ ให้เขาทำ ไปห้องน้ำ ไปซักผ้า ให้เขาทำอย่างนั้น” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 28) นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลหลักบางรายใช้วิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โดยวิธีการฝึกฝนการตัดสินใจในสถานการณ์ ซึ่งวิธีนี้ญาติผู้ดูแลหลักนำมาใช้ในผู้ป่วยที่สูญเสียความมั่นใจในตนเอง ให้ความเชื่อมั่นในการตัดสินใจของผู้ป่วย หากไม่ถูกต้อง จะขบถอย่างพลเสียให้ผู้ป่วยรับทราบ และฝึกฝนให้ผู้ป่วยตัดสินใจใหม่ ซึ่งการฝึกฝนความมั่นใจในตนเอง ญาติผู้ดูแลให้ผู้ป่วยการตัดสินใจเหตุการณ์ที่ไม่ซับซ้อนจนผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ รวมทั้งพูดเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ให้ระยะเวลาแก่ผู้ป่วยได้คิดและตัดสินใจ ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “ทุกคนในครอบครัวจะพยายามใจเย็น ไม่ดูค่า เวลาที่เขาตัดสินใจอะไรไม่ได้ ขนาดเรื่องง่ายๆเราก็ต้องใช้เวลาเขา ถ้าไม่ดีเราก็บอกเลย แล้วช่วงที่เราไม่ได้อยู่ด้วยกัน เขาก็สามารถโทรมาหาเราได้ตลอดเวลา” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 47) ญาติผู้ดูแลหลักบางรายฝึกฝนผู้ป่วยในด้านการตัดสินใจ โดยใช้เหตุการณ์สมมติ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการตัดสินใจ ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “พยายามคุย พยายามเอา เหตุการณ์เดิม มาคุยกับเขา เขาก็จะคิดตาม บางเหตุการณ์ ก็ถามให้เขาลองตัดสินใจ เขาก็จะตัดสินใจได้เลย” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 19) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลพยายามค้นหาวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยการจัดกิจกรรมที่ช่วยฝึกฝนกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ โดยลักษณะกิจกรรมผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ไม่ซับซ้อน ในด้านบุคคล ญาติผู้ดูแลใช้การกระตุ้นเตือนซ้ำๆเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจดจำบุคคลได้

11) ฝึกฝนการควบคุมอารมณ์ของผู้ป่วย

การฝึกฝนการควบคุมอารมณ์ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหลักนำวิธีการนี้ใช้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อฝึกฝนการควบคุมอารมณ์ของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่ใจร้อน ไม่มีความอดทน เป็นการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าวรุนแรง จะใช้การกักขังผู้ป่วย เพื่อให้อาการสงบ และป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น อุบัติเหตุทางรถยนต์ หรือหนีหายออกไปจากบ้าน ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “หน้าบ้าน ก็ต้องปิดประตู

ลือเคย ไม่หน้าบ้าน หลังบ้าน เช้ามาเขาก็จะตื่นก่อนเราเลยบางที่เรายังไม่ตื่น บางที่เราหลับ นอนคู่กัน ตีๆลุกขึ้น เปิดประตูไปเอง” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 18) และ “บางทีถ้าเราไม่ได้เตียงอะไร หลบไป แกก็จะโวย พอไม่มีใครแกก็จะเงียบไปเอง” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 40) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังการหลบหนีของผู้ป่วยออกไปจากบ้าน โดยญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง

12) ช่วยเหลือการทำกิจกรรม การทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมการดำรงชีวิต

การจัดการกับปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ โดยการช่วยเหลือการทำกิจกรรม การทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมการดำรงชีวิต ญาติผู้ดูแลหลักจะนำวิธีการนี้ มาใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ได้แก่ เคลื่อนไหวลำบาก เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่การบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับรุนแรง ซึ่งพบความพิการด้านร่างกายร่วมด้วย และมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรม หรือกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ โดยญาติผู้ดูแลหลักช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้านร่างกาย จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะที่พบร่วมกับความพิการด้านร่างกายสามารถพบได้ในการบาดเจ็บในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง โดยการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของญาติผู้ดูแลหลักช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “เช็ดตัว แปรงฟัน แล้วก็ทุกอย่างเลย ทำให้ทุกอย่าง ทำแปล ตรงคอกับตรงท้องก็ต้องเช็ด ทำทุกวันละ ให้อาหาร” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 5) ญาติผู้ดูแลหลักรายหนึ่งช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และการดำรงชีวิต เช่น ฝึกผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ การเดินทางไปทำงาน การกะระยะการเดิน ซึ่งเป็นวิธีการในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการมองเห็น มีอาการตามัว ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “เราก็เวลาจะเดิน ไปไหนก็ต้องจูงเขาหน่อย เพราะเขายังกะระยะไม่ถูก เราก็ต้องช่วยคอยดูแลเขา ช่วยจูง เพราะว่าเดินจะล้ม ถ้าไปทำงานผมก็ขับรถไปส่ง ไปรับ เพราะว่าเขาเดินทางโดยรถเมล์ไม่ได้ มันช้า เดินขึ้นรถลำบาก” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 4) และญาติผู้ดูแลหลักช่วยดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว “เวลาอาบน้ำเราก็จะบอกเขาดีๆว่าให้นั่งนิ่งๆนะ อย่าสะบัดนะ เดี่ยวเขาก็จะนั่งเอง แต่ต้องรอสักพัก บางครั้งไม่ชอบแปรงฟันมีอาการต่อต้านเรา ก็จะกระตุ้นเขา ยังไงเราต้องพยายามฝืนเขาละ” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 46) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักเป็นผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การเดินทางไปประกอบอาชีพ การดูแลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเป็นต้น

13) ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม

ญาติผู้ดูแลหลักใช้วิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โดยการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยเพื่อเอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย เช่น การปรับเปลี่ยนสภาพห้องน้ำ การสร้างราวจับภายในบ้าน ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักรายหนึ่งกล่าว เช่น “ก็หาที่ให้เขาเกาะ หาเก้าอี้ หาอะไร ทำราวเกาะให้เขาในห้องให้เขา” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 28) หรือการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม และบุคคลที่ดูแลให้คล้ายกับบรรยากาศในโรงพยาบาล เช่น จัดซื้อเตียงนอนแบบที่ใช้ในโรงพยาบาลเพื่อสะดวกต่อการปรับระดับในขณะที่ให้อาหารทางสายยาง รวมทั้งจัดหาบุคคลที่มาดูแลแทน เช่น ผู้ดูแลจากศูนย์ดูแลผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “ป่าซื้อเตียงแบบโรงพยาบาลใช้มาให้เลย เวลาให้อาหารจะได้ไม่ลำบาก บางทีก็ให้เด็กศูนย์เป็นคนให้อาหารเพราะเขาจะรู้วิธีมากกว่าเรา” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 3) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า วิธีการดังกล่าวญาติผู้ดูแลหลัก และครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนทั้งสภาพแวดล้อม อุปกรณ์ของใช้ และผู้ดูแลเพื่อสะดวก และเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงสุด ทั้งนี้มีความเหมาะสมกับเศรษฐกิจของครอบครัวด้วย

14) ดูแลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ญาติผู้ดูแลหลักใช้วิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์กับผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการทางกายซึ่งมีความเรื้อรัง และต้องการการรักษาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการ เช่น อาการชักภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยจัดการกับปัญหาดังกล่าวเป็นการให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีความใกล้ชิด เช่น การรับประทานยา การไปตรวจตามนัด เป็นต้น เพื่อควบคุมอาการของผู้ป่วยให้คงที่ ดังตัวอย่างคำพูดที่ญาติผู้ดูแลหลักกล่าว เช่น “เราต้องไปเอายามาทาน ห้ามลืมเด็ดขาด จะพยายามเตือนตัวเองว่า ห้ามลืม...ห้ามลืม” (ญาติผู้ดูแลหลักรายที่ 1) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พาผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด ติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการของผู้ป่วย

ดังนั้นจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในการวิจัยครั้งนี้เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล สามารถสรุปวิธีการจัดการกับปัญหาจำแนกตามวิธีการได้ 14 วิธี ดังนี้ 1) ให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ลดสิ่งกระตุ้น 2) จัดกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ 3) การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โดยใช้คำพูด 4) รับฟังผู้ป่วย อดทนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 5) ปรับเปลี่ยนสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อม 6) ให้นุกลที่ผู้ป่วยยอมรับเป็นผู้จัดการกับสถานการณ์ 7) ปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ 8) ฝึกระวังการเกิดอุบัติเหตุ 9) ช่วยจดจำ กระตุ้นเตือน ใช้เครื่องช่วยจำ 10) ฟื้นฟูความจำ ความคิดของผู้ป่วย 11) ฝึกฝน

การควบคุมอารมณ์ของผู้ป่วย 12) ช่วยเหลือการทำกิจกรรม กิจกรรมประจำวัน และกิจกรรมในการดำรงชีวิต 13) ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม และ 14) ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยวิธีการจัดการของญาติผู้ดูแลเกิดจากประสบการณ์ตรงจากสถานการณ์การดูแลที่เกิดขึ้น ในการจัดการและควบคุมสถานการณ์ดังกล่าว มีการปรับเปลี่ยนตามบริบท และลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลจะพิจารณาความเหมาะสมต่อสถานการณ์นั้นๆ และเลือกใช้วิธีการ ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลประสบผลสำเร็จในการเลือกใช้วิธีการดังกล่าวสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ตามลักษณะปัญหานั้นๆ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การดูแลครั้งแรกของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล แหล่งสนับสนุนทางสังคม ภูมิหลังของสภาพอารมณ์ของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ในครอบครัว

บทที่ 5

การอภิปรายผล

ประเด็นที่นำมาอภิปรายในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ความเครียด ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลหลักจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ รวมทั้งการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล ดังนี้

5.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นญาติผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ญาติผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.9 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 22 – 70 ปี อายุเฉลี่ย 45.51 ปี (SD=12.98) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนี สรรเสริญและคณะ (2554) พบว่า ญาติผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 58 เป็นเพศหญิง และมีอายุระหว่าง 11-79 ปี โดยช่วงอายุที่มีพบมากที่สุด ได้แก่ 41-60 ปี และการศึกษาวิจัยของฉวีวรรณ วรรณชนะ (2546) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่ร้อยละ 88.3 เป็นเพศหญิง ซึ่งอยู่ในวัยกลางคน มีอายุเฉลี่ย 44.19 ปี ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ บุญรอด ดอนประเพ็ญ (2549) ที่ทำการศึกษารื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแล แหล่งเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ต้องพึ่งพา พบว่า ญาติผู้ดูแลร้อยละ 84 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20-80 ปี จากทั้ง 3 การวิจัย พบว่าช่วงอายุของญาติผู้ดูแลหลักอยู่ในช่วงเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง และวัยกลางคน ซึ่งมีความเหมาะสมด้านประสบการณ์และวุฒิภาวะตามทฤษฎีทางจิตวิทยา กล่าวว่า วัยกลางคนนี้เป็นวัยที่จะเกิดความเครียดเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ การงาน ความสำเร็จในชีวิต การยอมรับในสังคม การดำเนินชีวิตในครอบครัว และการเลี้ยงดูบุตร(อรพรรณ ถีอบุญธวัชชัย, 2554) สำหรับการศึกษาในวิจัยต่างประเทศ ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป พบว่า ญาติผู้ดูแลร้อยละ 75.3 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 19-72 ปี อายุเฉลี่ย 37.11 ปี ซึ่งเพศมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแล โดยเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้า

มากกว่าเพศชาย เช่น ญาติผู้ดูแลที่เป็นแม่ หรือภรรยาของผู้ป่วย จะพบว่ามีความซึมเศร้ามากกว่า พ่อหรือสามี เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวมีความคาดหวังว่าเพศหญิงจะสามารถทำหน้าที่ญาติผู้ดูแลได้ดี หากมีการเจ็บป่วยหรือพิการของสมาชิกคนอื่นเกิดขึ้น (Degeneffe & Lynch, 2006; Katz, Kravetz & Grynba) สถานภาพสมรสของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.5 เป็นสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ญาติผู้ดูแลร้อยละ 63.5 มีสถานภาพสมรสคู่ (Degeneffe & Lynch, 2006) และมีระดับการศึกษา ร้อยละ 29.8 อยู่ในระดับปริญญาตรี ซึ่งการศึกษาวิจัยต่างประเทศ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีเช่นเดียวกัน

ด้านบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าญาติผู้ดูแลหลักร้อยละ 63.8 มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะเป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะและมีปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ ส่งผลให้ระบบครอบครัวเปลี่ยนแปลง รวมทั้ง บทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแลภายในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไป ทั้งด้านการดำเนินชีวิต และการเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากภาระความรับผิดชอบต่อครอบครัวเพิ่มขึ้น สำหรับการประกอบอาชีพผลศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ญาติผู้ดูแลประกอบอาชีพควบคู่ไปกับบทบาทญาติผู้ดูแล สอดคล้องกับการวิจัยในต่างประเทศ ญาติผู้ดูแลยังต้องมียุทธศาสตร์ในการรับมือภาระค่าใช้จ่ายและหารายได้ให้กับครอบครัวมากถึงร้อยละ 67.1 (Degeneffe & Lynch, 2006) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ จีวีวรรณ วรรณทะ (2546) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมองร้อยละ 64.9 น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน เนื่องจากบริบทของการดำรงชีวิตด้านเศรษฐกิจ และรายได้ของญาติผู้ดูแลในต่างประเทศ จะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างกับญาติผู้ดูแลในประเทศไทยอย่างชัดเจน โดยญาติผู้ดูแลในต่างประเทศมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 50,326 เหรียญดอลลาร์สหรัฐ (Degeneffe & Lynch, 2006) ความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนใหญ่เป็นคู่สมสร้อยละ 44.7 จากการศึกษาของ จีวีวรรณ วรรณทะ (2546) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความสัมพันธ์โดยเป็นภรรยา หรือมารดาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะที่ญาติผู้ดูแลให้การดูแลอยู่นั้น เป็นเพศชาย และอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 79.3 ซึ่งมีอัตราการบาดเจ็บที่ศีรษะมากกว่าเพศหญิง (Katz, Kravetz & Grynbaum, 2005) และการศึกษาของ จีวีวรรณ วรรณทะ (2546) ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ด้านระยะเวลาการดูแลต่อวัน พบว่าญาติผู้ดูแลร้อยละ 44.7 ให้การดูแลผู้ป่วย 17-24 ชั่วโมงต่อวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ จีวีวรรณ วรรณทะ (2546) ซึ่งญาติผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 16-24 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งญาติผู้ดูแลให้ความสำคัญแก่สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยดังกล่าว เนื่องจากเป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งลักษณะของครอบครัวในสังคมไทย เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือบุคคลที่

อยู่ร่วมในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา หรือ บุตร โดยครอบครัวมีหน้าที่ให้ความรักความเอาใจใส่ แก่สมาชิกในครอบครัว และร่วมกันเผชิญปัญหาภายในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการปรับตัว และดำเนินชีวิตได้อย่างต่อเนื่อง สมาชิกในครอบครัวจะมีความผูกพันกันอย่างแนบแน่น และใกล้ชิดกัน มีความรักซึ่งกันและกัน (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) หากสมาชิกในครอบครัวมีภาวะความเจ็บป่วย หรือพิการเกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งจะทำหน้าที่ดูแล ช่วยเหลือบุคคลนั้น

ด้านระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ญาติผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลหลักมีญาติผู้ดูแลรองช่วยเหลือในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยดังกล่าวมากถึงร้อยละ 66 โดยพบได้ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับปานกลางถึงรุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีความบกพร่องทางด้านร่างกายร่วมด้วย จึงมีกิจกรรมในการดูแลด้านร่างกายมากกว่าด้านพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น การดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารหรือการจัดเตรียมอาหารเป็นต้น และจากสถานการณ์การดูแลญาติผู้ดูแลหลักร้อยละ 59.6 มีปัญหาสุขภาพร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ รุ่งนภา เขียวชะอำ อรพรรณ ไตสิงห์ ปรางทิพย์ ฉายพุทธ และเกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ (2554) พบว่า จากการดูแลผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งมีความพิการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแล โดยอาการเจ็บป่วยทางกายที่พบ ได้แก่ ปวดหลัง ปวดเข่า และอาการอ่อนล้า เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ พบว่า จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ น้ำหนักลด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Simpson, Mohr & Redman, 2000 Cited in Watanabe, Shile, Mclellan, Kurihara & Hayashi, 2001)

5.2 ลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 47 รายมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุการจราจร ทั้งจากรถยนต์ และรถจักรยานยนต์มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในประเทศไทย และต่างประเทศ พบว่าอุบัติเหตุการจราจร เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและพิการของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นช่วงอายุระหว่าง 20-30 ปี (ฉวีวรรณ วรรณชนะ, 2546; รุ่งนภา เขียวชะอำ อรพรรณ ไตสิงห์ ปรางทิพย์ ฉายพุทธ และเกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, 2554; สมภพ เรืองตระกูล, 2554; Croker & McDonald, 2005; Degeneffe & Lynch, 2006) ผลจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่งผลให้

เกิดภาวะความเจ็บป่วยในระยะวิกฤตและเฉียบพลัน ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ร่วมกับการบาดเจ็บของร่างกายหลายระบบ หากระดับความรุนแรงมาก จึงต้องการการรักษา และช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน และผ่านพ้นระยะดังกล่าวไปผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะเรื้อรัง เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาการรักษาที่ต่อเนื่อง และยาวนานจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (อรพรรณ ลีอนุวัชชัย, 2554) ในระยะเรื้อรังจากผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ของสมอง เกิดปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ เนื่องจากสมองได้รับบาดเจ็บและกระทบกระเทือน ส่งผลให้มีความผิดปกติหรือสูญเสียหน้าที่ในการทำงาน โดยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้น สมองส่วนต่างๆที่ทำหน้าที่ในการควบคุมอวัยวะภายในร่างกายจะสูญเสียหน้าที่และผลจากการบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติทั้งแบบชั่วคราว และถาวร ด้านการเคลื่อนไหว บกพร่องด้านการคิดรู้ พฤติกรรม การสื่อสาร การดำรงชีวิตในสังคม และอารมณ์ (Blake, 2008) ผลของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 7 กลุ่ม ดังนี้

1) ภาวะอารมณ์ โดยลักษณะปัญหาด้านภาวะอารมณ์ที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ อาการอารมณ์ร้อน ขุ่นเคืองได้ง่าย หรือหงุดหงิดง่าย ร้องลงมาได้แก่ อาการอ่อนไหวง่าย และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ เนื่องจากภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้น การบาดเจ็บเนื้อเยื่อสมอง และหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้สมองขาดออกซิเจนและขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง ทำให้มีการถ่ายเทของแคลเซียมเข้าสู่เซลล์สมอง มีการหลั่งของสารสื่อประสาทได้แก่ Glutamate ทำให้ Mitochondria ไม่สามารถสร้างพลังงานได้ จึงเกิดการกระตุ้นของ Caspase/ Calpain มีการสร้างอนุมูลอิสระ และกระตุ้น NMDA / AMPA receptor เกิด apoptosis และมี secondary brain injury ตามมา (สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, 2554) จากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นดังกล่าว ส่งผลให้เกิดความพร่อง และความผิดปกติของอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม ปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร เป็นสิ่งที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยปานกลาง และรุนแรง พบได้ร้อยละ 70 และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง อารมณ์หงุดหงิดง่าย และเจ้าอารมณ์ (สมภพ เรืองตระกูล, 2551) ซึ่งอาการดังกล่าวอาจมีปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ ประวัติทางพันธุกรรมเกี่ยวกับโรคทางอารมณ์แปรปรวน สาเหตุทางด้านจิตใจร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ เกี่ยวกับปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะมีความเกี่ยวข้อง กับการดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ การใช้ยาอื่นๆ การมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต เช่นประวัติการฆ่าตัวตาย เป็นต้น (Degeneffe & Lynch, 2006) รวมทั้งผลจากการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ส่งผลต่อการบาดเจ็บของสมองส่วน Hypothalamus (สมภพ เรืองตระกูล, 2554) ซึ่งสมองส่วนนี้ มีน้ำหนักเพียง 4 กรัม ทำหน้าที่เป็นศูนย์ควบคุมหลักของต่อมไร้ท่อ

ต่างๆ ควบคุมระดับฮอร์โมนในร่างกาย เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบต่อมไร้ท่อ อารมณ์และการทำงานของร่างกาย หากสมองส่วนนี้มีความผิดปกติจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติที่แสดงออกมาเป็นอาการของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทาน การดื่มและพฤติกรรมทางเพศ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554)

สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของก๊อดเฟรย์และคณะ(Godfrey et al., 2003) ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประเมินความทุกข์ ความเศร้าในญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยแบบประเมิน Head injury Behavior scale (HIBS) มาใช้ในการประเมินลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลการศึกษาวิจัย พบว่า ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ พบปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มากที่สุดจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การเฉื่อยชา ไม่สนใจสิ่งต่างๆ ไม่สนใจหรือตอบสนองต่อสภาพแวดล้อม มีการตัดสินใจไม่เหมาะสม พฤติกรรมคล้ายเด็กและไม่เหมาะสมกับบุคลิกภาพ แสดงพฤติกรรมโดยขาดการไตร่ตรอง แสดงออกทางพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ และไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ ด้านอารมณ์มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ผู้ป่วยมีอารมณ์โกรธมากกว่าปกติ คุ้นเคยตลอดเวลา ถูกทำให้ขุ่นเคืองใจ หรือขัดใจได้ง่าย อารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึมเศร้า แสดงอารมณ์รุนแรง ก้าวร้าว

2) อาการทางกาย ซึ่งอาการที่พบในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะมากที่สุด ได้แก่ อาการเวียนศีรษะ หรือปวดศีรษะ อาการเวียนศีรษะ หรือปวดศีรษะเป็นกลุ่มอาการเรื้อรัง และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การเรียน หรือการทำงาน รongลงมา ได้แก่ อาการมึนงง อาการมึนงง ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของกรุนเนอร์ และคณะ(Gruner, Kuchta, Hellmich & Klug, 2006) ศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับรุนแรง โดยแบบประเมิน The Neurobehavioral Rating Scale (NRS) ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ซึ่งอาการที่พบ ได้แก่ ด้านพฤติกรรมและอาการทางกาย ได้แก่ อาการวิตกกังวล ความบกพร่องเกี่ยวกับการพูด อ่อนเพลีย หูแว่ว ประสาทหลอน ควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ได้ และอาการนอนหลับยากหรือหลับมากกว่าปกติ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย แต่ในด้านกระบวนการคิด ความจำและสติปัญญา มีแนวโน้มการฟื้นฟูภายใน 6 เดือนถึง 12 เดือน ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

3) **ความจำ สมาธิ และสติปัญญา** ปัญหาที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ความผิดปกติด้านความจำ รองลงมาได้แก่ อาการพูดเรื่องเดิมซ้ำๆตลอดเวลา หรือคร่ำครวญในเรื่องเดิม และอาการคิดหมกมุ่นในเรื่องเดิม โดยลักษณะที่ผู้ป่วยบกพร่องเรื่องความจำ ได้แก่ ตำแหน่งวางสิ่งของ เหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น บุคคลใกล้ชิด เป็นผลจากการได้รับบาดเจ็บของสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) เนื่องจากสมองส่วนนี้ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับ การตัดสินใจ การคิด ความจำ (Page & O'Shanick, 2001) เมื่อสมองส่วนนี้ได้รับบาดเจ็บ อาจพบความผิดปกติของพฤติกรรม และอารมณ์ เช่น ความตั้งใจ การรับรู้ และสูญเสียความจำ นอกจากนี้ การได้รับบาดเจ็บของสมองบริเวณ anterior cingulate จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติเกี่ยวกับอารมณ์ และการตอบสนองทางพฤติกรรม การได้รับบาดเจ็บของสมองบริเวณ medial temporal สมองส่วนนี้มีความสัมพันธ์กับความจำ หากได้รับบาดเจ็บจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติเกี่ยวกับความจำ การควบคุมอารมณ์ให้คงที่และสมดุล และการรับรู้สิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง จากตำแหน่งของการบาดเจ็บทำให้เกิดพยาธิสภาพต่อสมอง และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการบาดเจ็บของสมอง ซึ่งพบว่าการบาดเจ็บแบบ Focal injury เป็นบริเวณสมองที่ได้รับบาดเจ็บที่พบบ่อยที่สุด คือ Orbitofrontal และ anterior temporal lobe จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของพฤติกรรม และการรู้การเข้าใจ (สมภพ เรืองตระกูล, 2544) ผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะของสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) จะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการคิด ความจำ และอารมณ์ของผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อความผิดปกติของอารมณ์ โดยผู้ป่วยอาจขาดการควบคุมอารมณ์ ทำให้แสดงออกพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ละเลยต่อกฎเกณฑ์ของสังคม ไม่ดูแลสุขอนามัย และไม่ใส่ใจต่ออนาคตของตนเอง รวมทั้งมีพฤติกรรมก้าวร้าวอีกด้วย (สมภพ เรืองตระกูล, 2544)

4) **การติดต่อสื่อสาร** พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการคิดคำพูดที่ใช้เวลานาน รองลงมาได้แก่ อาการพูดลำบาก และพบว่า ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการสนทนา โดยพูดหยาบคาย รวมทั้งอาการไม่เข้าใจในสิ่งที่คู่สนทนาพูด มีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ พบว่า ภายหลังจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยมีความบกพร่องเรื่องทั้งทางด้านร่างกาย พฤติกรรมและอารมณ์ เช่น ทักษะทางสังคม การพูด การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อารมณ์ (Crocker & McDonald, 2005) ด้านพฤติกรรมและความคิดที่มีการเปลี่ยนแปลง

5) **การแสดงพฤติกรรม** จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ลักษณะปัญหาพฤติกรรมที่พบได้แก่ อาการใจร้อนและไม่มีความอดทน อาการลืมปิดสวิตช์อุปกรณ์ต่างๆ และ โต้เถียงทะเลาะวิวาทกับบุคคลอื่น เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของสมองบริเวณ anterior

cingulated ส่งผลให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับอารมณ์ และการตอบสนองทางพฤติกรรม รวมทั้งการได้รับบาดเจ็บของสมองบริเวณ medial temporal สมองส่วนนี้มีความสัมพันธ์กับความจำ หากได้รับบาดเจ็บจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติเกี่ยวกับความจำ การควบคุมอารมณ์ให้คงที่และสมดุล และการรับรู้สิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง

6) **การควบคุมการเคลื่อนไหว** จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการเคลื่อนไหวช้า ร่องลงมา อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง และอาการเคลื่อนไหวลำบาก โดยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะจะแสดงอาการของ Primitive reflexes ซึ่งเป็นความผิดปกติของความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ดี มีการเคลื่อนไหวไม่สัมพันธ์กัน ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อลดลง การทรงตัวไม่ดี การเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ ลดลง และสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก (พิศักดิ์ ชินชัย, 2548)

7) **ปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์อื่นๆ** เป็นลักษณะของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ซึ่งพบนอกเหนือจากที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมไว้ ได้แก่ อาการชัก อาการชัก ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้โดยผู้ป่วยประมาณร้อยละ 2-5 จะเกิดโรคลมชักได้ในระยะเวลา 10-15 ปี และถ้าเป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับรุนแรงโอกาสจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 10 ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ (สมภพ เรืองตระกูล, 2554) อาการชักภายหลังจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ พบอุบัติการณ์สูงสุดในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยพบผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะประมาณร้อยละ 80 จะมีอาการชักครั้งแรกภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะไปแล้ว 1 ปี และประมาณร้อยละ 90 จะสามารถหายได้เองภายใน 2 ปี โดยสาเหตุของอาการชักมีความเกี่ยวข้องกับระยะเวลาของอาการสูญเสียความทรงจำ ลักษณะของการบาดเจ็บที่สมองส่วนต่างๆ และพบการมีเลือดออกในสมองนานมากกว่า 3 วัน การมีเลือดออกในชั้นเยื่อหุ้มสมอง และได้รับการผ่าตัดสมอง รวมทั้งมีการแตกตัวของกะโหลกศีรษะร่วมด้วย ซึ่งมีการแบ่งระยะเวลาของการเกิดอาการชักภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยใช้ระยะเวลาของการบาดเจ็บที่ศีรษะผ่านพ้นไปแล้ว 24 ชั่วโมงเป็นเกณฑ์ ดังนี้ ระยะแรก (Early) ผู้ป่วยจะเกิดอาการชักภายใน 1 สัปดาห์หลังจากเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ และระยะท้าย (Late) เกิดอาการชักในระยะเวลามากกว่า 1 สัปดาห์ภายหลังเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Teasell, Bayona, Lippert, Villamere & Hellings, 2007) จากกลไกการบาดเจ็บที่ศีรษะจะทำให้เกิดการถูกทำลายของสมอง โดยผลจากการบาดเจ็บดังกล่าวจะทำลายเนื้อสมอง และการทำงานของสมอง เกิดภาวะสมองบวม และนำไปสู่ภาวะเนื้อสมองตาย เกิดการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทและระดับสารเคมีในสมองลดลง เช่น อะมิโนแอซิด ไสโตไคนเนส เป็นต้น โดยการบาดเจ็บที่ศีรษะแบบทะลุผ่านร่วมกับมีการบาดเจ็บที่สมองส่วนกลางจะเพิ่ม

ภาวะเสี่ยงเกิดอาการชักมากขึ้นร้อยละ 50 ในขณะที่การบาดเจ็บที่ศีรษะแบบไม่ทะลุผ่านจะเพิ่มภาวะเสี่ยงเกิดอาการชักร้อยละ 30 (Agrawal, Timothy, Pandit & Manju, 2006; Teasell, Bayona, Lippert, Villamere & Hellings, 2007) อาการคือต่อต้านการทำกิจกรรมต่างๆ โดยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยปฏิเสธหรือต่อต้านญาติผู้ดูแลมากที่สุด ได้แก่ การรับประทานอาหาร และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ และมีอาการสูญเสียความมั่นใจในตนเองในขณะที่ผู้ป่วยดำเนินชีวิตประจำวัน และต้องมีการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ แม้เป็นเพียงเรื่องเล็กน้อย เช่น การเลือกซื้อสิ่งของ การเลือกรับประทานอาหาร ผู้ป่วยจะไม่สามารถตัดสินใจได้ ต้องปรึกษากับญาติผู้ดูแล หรือบุคคลใกล้เคียง เพื่อช่วยในการตัดสินใจเรื่องดังกล่าว และเสริมความมั่นใจให้กับตนเอง ซึ่งญาติผู้ดูแลอาจเกิดความรำคาญต่อปัญหาพฤติกรรมดังกล่าวของผู้ป่วย อาการตามัวผลจากการบาดเจ็บที่ศีรษะของสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) ส่งผลกระทบต่อประสาทสมองคู่ที่ 3 (Hickey, 2009) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการตามัว แต่ยังปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองบางส่วน และประกอบอาชีพได้ ทั้งนี้ ญาติผู้ดูแลให้การดูแลในส่วนของการเดินทางเพื่อไปประกอบอาชีพ

5.3 สถานการณ์ความเครียด และระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ความเครียดจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลหลัก

ผลการศึกษาวิจัยจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากสถานการณ์ดังกล่าวซึ่งแบ่งออกเป็น 7 ประเภท ได้แก่ 1) กังวลใจ ไม่แน่ใจกับอาการที่ไม่แน่นอน โอกาสการหาย แนวทางการรักษา 2) กลัวการสูญเสีย เช่น เสียชีวิต เสียโอกาสในการรักษา 3) ขอมรับต่อสถานการณ์ 4) ท้อแท้สิ้นหวัง เบื่อหน่ายสถานการณ์ 5) สงสาร เข้าใจสถานการณ์ พยายามหาวิธีช่วยเหลือ 6) มีความหวังต่อการฟื้นฟูหายของผู้ป่วย และ 7) ทำใจ ปล่อยวาง ปลง สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ได้กล่าวถึง ความเครียดไว้ว่าเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลัง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้น และต้องผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิดในการประเมินตัดสินนั้นเป็น

กระบวนการคิดพิจารณาและตัดสินใจที่สำคัญ และให้ความหมายของเหตุการณ์นั้น ว่าอาจส่งผลต่อสวัสดิภาพของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแลการดำเนินชีวิตประจำวัน บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบภายในครอบครัว จนเกิดเป็นความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Degeneffe & Lynch, 2006) ญาติผู้ดูแลบางรายให้ความสำคัญต่อสถานการณ์ดังกล่าว ว่าส่งผลต่อความเครียดของตนเองมากที่สุด เนื่องจากตนเองต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่มาเป็นหัวหน้าครอบครัว รับผิดชอบด้านรายได้ของครอบครัว และการเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งต้องดูแลผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ซึ่งมีอาการไม่แน่นอน จากสถานการณ์ดังกล่าว พบว่าญาติผู้ดูแลเป็นผู้รับภาระภายในครอบครัว ซึ่งเป็นการเพิ่มความรับผิดชอบ ทั้งบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว เช่น บางครอบครัวญาติผู้ดูแลปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นหัวหน้าครอบครัวแทนผู้ป่วย อาจต้องตัดสินใจเรื่องสำคัญโดยไม่มีประสบการณ์มาก่อน ทำงานหนักเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้เกิดรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพของสมาชิกในครอบครัว หากเกิดปัญหา หรือความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่สามารถหาทางออกในการระบาย หรือปรึกษากับบุคคลอื่นได้ ทำให้เกิดความรู้สึกหงอยเหงา ว้าเหว่ และเกิดภาวะเศร้า (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) จากประเด็นเนื้อหาสาระที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล พบว่า สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียดในรูปแบบต่างๆต่อญาติผู้ดูแล เช่น ญาติผู้ดูแลหลัก 1 รายที่มีภาวะซึมเศร้าจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยดังกล่าว เนื่องจากเกิดความเครียดมาเป็นระยะเวลายาวนาน และจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาและบำบัดด้วยวิธีการทางจิตเวช และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย 1 รายซึ่งเป็นเด็กได้รับผลกระทบจากผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์เกิดเป็นความเครียด และมีภาวะซึมเศร้าและเข้ารับการบำบัดทางจิตเวช สอดคล้องการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ พบว่าความเครียดเหล่านี้ หากมีการสะสมจะพัฒนาเป็นภาวะความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ (Harris, Godfrey, Partridge & Knight, 2001)

ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลหลัก

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลหลัก (ตารางที่ 4) ส่วนใหญ่ร้อยละ 36.17 มีระดับความเครียดมากที่สุด จากการสัมภาษณ์พบว่าญาติผู้ดูแลหลักที่มีความเครียดระดับมากที่สุดนั้น เนื่องจากอาการของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในด้านความปลอดภัย และเศรษฐกิจของครอบครัว เช่น ผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะรายหนึ่งเดิมประกอบอาชีพโปรแกรมเมอร์ ภายหลังประสบอุบัติเหตุผู้ป่วยมีปัญหาด้านความจำ ไม่สามารถจดจำข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมเมอร์ของตนเอง ผู้ป่วยรายนี้ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมต่อไปได้

ผู้ป่วยล้มวิธีการใช้คอมพิวเตอร์ ไม่สามารถจดจำเป็นพิมพ์บนเครื่องคอมพิวเตอร์ได้ จากปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดอยู่ในระดับมากที่สุด ขณะสัมภาษณ์ โดยให้ญาติผู้ดูแลหลักพยายามเล่าถึงเหตุการณ์ และอาการของผู้ป่วย ขณะเล่ามีพฤติกรรมก้าวร้าว เสียงดัง โวยวาย

นอกจากนี้ พบว่าญาติผู้ดูแลหลักมีวิตกกังวลด้านสวัสดิภาพ และความปลอดภัยของตนเอง รวมทั้งสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะมีปัญหาด้านความจำ ไม่สามารถจดจำบุคคลใกล้ชิดได้ ช่วงระยะเวลาก่อนที่จะประสบอุบัติเหตุ ผู้ป่วยมีปัญหากับภรรยาของตนเอง หลังจากเกิดอุบัติเหตุภรรยาได้เลิกกับผู้ป่วย น้องสาวจึงจำเป็นต้องรับผิดชอบบทบาททำหน้าที่ญาติผู้ดูแลหลัก เมื่อญาติผู้ดูแลรับผู้ป่วยมาพักอาศัยอยู่ด้วย ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ กิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ได้แก่ การดูโทรทัศน์ รายการบางประเภทมีเนื้อหาทางเพศ ผู้ป่วยซึ่งมีอาการไม่สามารถจดจำบุคคลใกล้ชิดได้ จึงเกิดความเข้าใจผิดคิดว่าน้องสาวคือภรรยาของตนเอง ประกอบกับความติดเกี่ยวกับทางเพศจากรายการโทรทัศน์ที่ผู้ป่วยดูทุกวัน จึงแสดงพฤติกรรมที่ส่อในการคุกคามทางเพศ เช่น แว่ตากุ้งกิ้งมึง พุดจาปะทะ โลมน้องสาว และลักษณะที่พักอาศัยมีความคับแคบ ญาติผู้ดูแลจึงเกิดความเครียด และวิตกกังวลเกรงว่าพี่ชายอาจจะทำมีดมีร้ายทางเพศกับตน นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังไม่สามารถจดจำหลานของตนเองได้ เข้าใจผิดว่าเป็นบุตรของซุกกับภรรยาเดิม จึงพยายามด่าทอ ทบตี จนกระทั่งหลานเกิดความเครียด ไม่สามารถไปเรียนหนังสือได้ และเกิดภาวะซึมเศร้า จนต้องปรึกษานักจิตวิทยาจากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ญาติผู้ดูแลมีระดับความเครียดมากที่สุด จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะเนื่องจากส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลหลัก และสมาชิกในครอบครัว

รองลงมา พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักมีความเครียดในระดับมาก ญาติผู้ดูแลได้ระลึกถึงสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ และประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่ามีความเครียดอยู่ระดับมาก เนื่องจาก จากสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว เช่น ผู้ป่วยหญิง รายหนึ่ง ได้รับอุบัติเหตุและมีการบาดเจ็บที่ศีรษะ ภายหลังจากพื้นหายนด้านร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยมีอาการไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ พยายามที่จะออกนอกบ้าน และเคยมีประวัติหายออกจากบ้าน 1 ครั้ง ทำให้ญาติผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ วิตกกังวลมาก จึงต้องจัดหาญาติผู้ดูแลรองมาช่วยเฝ้าผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยหนีออกไปนอกบ้านและต้องจัดแบ่งเวলাกันเพื่อเฝ้าผู้ป่วยทั้งเวลากลางวันและกลางคืน รวมทั้งปิดประตูบ้านอย่างแน่นหนาแต่ผู้ป่วยมีอาการดิ้นรน ร้องไห้ตลอดเวลา ญาติผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว รู้สึกสงสารและเกิดภาวะเครียดจากสถานการณ์ดังกล่าว

ลำดับต่อมา ได้แก่ ญาติผู้ดูแลที่มีระดับความเครียดในระดับปานกลาง เนื่องจาก ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าการจัดการดังกล่าวเป็นภาวะเครียด แต่ยังสามารถจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ แม้ไม่ทั้งหมด แต่การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของญาติผู้ดูแลประสบความสำเร็จบ้าง ในบางส่วน ญาติผู้ดูแลจึงเกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว และลำดับสุดท้าย ได้แก่ ญาติผู้ดูแลมีระดับความเครียดจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบำบัดเจ็บที่ศีรษะอยู่ในระดับน้อย แม้ว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้จะประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นความเครียด แต่ระดับความเครียดที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากญาติผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ และบริบทของการดูแลรวมทั้งมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือหากเกิดปัญหา เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ หรือด้านความเหนื่อยล้าจากการดูแล และสามารถจัดการ ควบคุมสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งประกอบอาชีพอัยการ ภายหลังประสบอุบัติเหตุและได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับเล็กน้อย ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดง่าย ใจร้อน กับบุคคลในครอบครัว มารดาของผู้ป่วยรายนี้ทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีอาการก้าวร้าวมากขึ้น ไม่เชื่อฟังคำตักเตือน ได้เถียง ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงเกิดความเครียด แต่ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหา ตักเตือนกับผู้ป่วยโดยตรง และหากสถานการณ์ไม่ดีขึ้น ญาติผู้ดูแลจะหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ไปก่อน เพื่อปฏิบัติธรรมและนั่งสมาธิ ช่วยให้มีสติมากขึ้น จึงกลับมาเพื่อพูดคุย อธิบายเหตุผล และตักเตือนผู้ป่วยอีกครั้ง ผู้ป่วยยอมรับมากขึ้น พฤติกรรมและอารมณ์ดังกล่าวลดลง จากการจัดการของญาติผู้ดูแล พบว่า ประสบความสำเร็จในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลจึงประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่าเป็นภาวะเครียด แต่มีระดับความเครียดน้อย

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสังเกตท่าทางในขณะที่ญาติผู้ดูแลเล่าถึงสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยดังกล่าว การแสดงออกพฤติกรรม ท่าทาง ลักษณะการพูด และน้ำเสียง บ่งบอกภาวะความเครียดที่เกิดจากการเผชิญสถานการณ์ดังกล่าว เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว เสียงดัง โวยวาย ร้องไห้ สับสน น้ำเสียงอ่อนล้า ถอนหายใจบ่อยครั้ง เป็นต้น จากการเรียงลำดับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ วิธีการสัมภาษณ์เป็นลำดับสุดท้ายในการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจาก ญาติผู้ดูแลสามารถอธิบายสถานการณ์การดูแลดังกล่าวได้อย่างละเอียด และได้เป็นการระบายความรู้สึกเครียด และความคับข้องใจ ญาติผู้ดูแลบางรายกล่าวว่า รู้สึกสบายใจมากขึ้น หลังจากการสัมภาษณ์ เพราะความเครียดที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ดังกล่าว ญาติผู้ดูแลไม่สามารถอธิบาย ระบายความรู้สึกให้กับคนอื่นรับรู้ จากสาเหตุต่างกัน เช่น รู้สึกอับอายจากปัญหาพฤติกรรม

และอารมณ์ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล ไม่มีญาติผู้ดูแลเอง หรือสมาชิกในครอบครัวรับฟังปัญหา และเชื่อว่าญาติผู้ดูแลหลักสามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นๆได้

5.4 ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ต่อญาติผู้ดูแลหลัก สมาชิกในครอบครัว และบุคคลอื่นโดยรอบผู้ป่วย

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า สามารถแบ่งผลกระทบจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลหลักโดยตรง 2) ผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว และ 3) ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลอื่น ดังนี้

1) ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลหลักโดยตรง

เมื่อญาติผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวเผชิญสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งมีอาการไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา รวมทั้งไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด โดยผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าว พบว่าส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลหลัก ด้านร่างกาย จิตใจและด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ การระการดูแล ญาติผู้ดูแลปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ และวิถีการดำรงชีวิตประจำวันของตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นไปในทางลบ (Riley, 2007) สัมพันธ์กับระยะเวลาของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ในระยะแรกของการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน สมาชิกในครอบครัวจะรู้สึกตกใจ และสูญเสีย หลังจากระยะวิกฤตที่มีคำถามต่อชีวิตผ่านพ้นไป อาการด้านร่างกายดีขึ้น ญาติผู้ดูแลหลักคาดหวังต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านพฤติกรรมและอารมณ์ การคิดรู้ซึ่งอาจเกิดขึ้นชั่วคราวหรือถาวร ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลหลักเกิดภาวะการดูแล มีความรู้สึกไม่แน่ใจจากแนวทางทางการรักษาและโอกาสการฟื้นฟู จากความเครียดอาจพัฒนาไปเป็นภาวะความเจ็บป่วยด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้าได้ (Watanabe, Shiel, McLellan, & Kurihara, 2001)

นอกจากนี้ พบว่าระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย แหล่งสนับสนุน และความไม่แน่นอนของการเกิดปัญหาดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว (Riley, 2003) จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า ญาติผู้ดูแลรู้สึกวิตกกังวล เนื่องจากผลของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย กระทบต่อสวัสดิภาพของญาติผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด ญาติผู้ดูแลบางรายมีระดับ

ความเครียดในระดับมากที่สุด และไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ จึงมีแนวความคิดการทำร้ายตนเอง และการฆ่าตัวตายเพื่อหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ผลการวิจัย พบว่าปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ปัญหาด้านอารมณ์ หงุดหงิดง่าย มีพฤติกรรมหึงหวง ก้าวร้าว ทำร้ายร่างกาย และคำทอญาติผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นภรรยา และบุตร รวมทั้งเกิดความเครียดและมีภาวะซึมเศร้า ไม่สามารถหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนได้ มีแนวความคิดฆ่าตัวตาย จากสถานการณ์การดูแลยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลหลัก สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของริเวรา อิลลอส เบอรรี่ แกรนท์ และออสเวลด์ (Rivera, Elliott, Berry, Grant, & Oswald, 2007) ศึกษาปัจจัยทำนายของภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ญาติผู้ดูแลมีภาวะเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยมีวิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม และใช้วิธีทางลบในการจัดการกับปัญหา เช่น หลีกหนี ไม่ดูแลผู้ป่วย เยาะแหย่ผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย การรับรู้และการเผชิญความเหนื่อยล้า และปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

นอกจากปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะจะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจาก ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ประกอบอาชีพค้าขายพืชไร่ และร้านขายของชำ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ญาติผู้ดูแลหลักเปลี่ยนบทบาทมาเป็นหัวหน้าครอบครัว ร่วมกับทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลหลัก เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมหึงหวง และก้าวร้าวกับลูก รวมทั้งลูกจ้าง ทำให้ภรรยาไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ครอบครัวขาดรายได้ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว

2) ผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว

จากปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์นอกจากจะส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลหลัก ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของวาตานาเบะ ชิโด แมคเลี่ยน คูริฮาระ และฮายาชิ (Watanabe, Shiel, Mclellan, Kurihara, & Hayashi, 2000) ศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อสมาชิกในครอบครัว ในประเทศญี่ปุ่น และประเทศอังกฤษ ผลการศึกษาค้นคว้า ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดปัญหาเพิ่มขึ้น และสมาชิกในครอบครัวมีความเครียดเหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม แต่สมาชิกในครอบครัวของประเทศอังกฤษมีการเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่า และเมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ สมาชิกครอบครัวชาวญี่ปุ่นมีความรู้สึกอับอาย และเหนื่อยล้า

มากกว่าสมาชิกครอบครัวชาวอังกฤษ นอกจากนี้มีการศึกษาวิจัยของ แอนเดอร์สัน พาร์เมนเตอร์ และม็อก (Anderson, Parmenter, & Mok, 2002) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงและบทบาทหน้าที่ของครอบครัว สุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มสมรส พบว่า ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของครอบครัว และสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลหลักที่เป็นภรรยา

3) ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลอื่น

จากผลการศึกษาวิจัย พบว่าญาติผู้ดูแลหลักห่วงใยผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับคนอื่นในสังคม ทำงานประกอบอาชีพได้ มีการพบปะ ติดต่อกับบุคคลอื่น หากผู้ป่วยบกพร่องด้านพฤติกรรมและอารมณ์ต่อบุคคลอื่น และบุคคลรอบข้างเกิดความไม่เข้าใจ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์หงุดหงิดง่ายอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เกิดการถูกทำร้ายจากบุคคลเหล่านั้น ได้ และรู้สึกเป็นห่วงถ้าผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตตามลำพัง จากการสัมภาษณ์ พบผู้ป่วยชายรายหนึ่ง เดิมประกอบอาชีพพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน รูปร่างหน้าตาดี ภายหลังประสบอุบัติเหตุและได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยอารมณ์หงุดหงิดง่าย ใจร้อน มักมีพฤติกรรมตะโกนด่าผู้อื่นเสมอๆ ยกตัวอย่างเช่น เวลาขับรถหากมีรถคันใดขับไม่ถูกใจผู้ป่วย ผู้ป่วยจะตะโกนด่าบุคคลอื่นทันที หรือหากมีบุคคลอื่นเดินผ่านหน้าบ้านของผู้ป่วยทั้งที่รู้จัก และไม่รู้จักผู้ป่วยจะรีบวิ่งเข้าไปบ้านและนำมีดออกมาไล่ฟันทันที จากลักษณะของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าว พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นมารดามีความเครียดจากสถานการณ์การดูแลในระดับมาก และมีภาวะความเจ็บป่วยร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของเวลล์ ไดวัน และคูมัส (Wells, Dywan, & Dumas, 2005) ทำการศึกษาวิจัย ปัจจัยทำนายผลกระทบของความผาสุกในชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต และความโศกเศร้า ในระยะยาวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผลการศึกษาวิจัย พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบต่อให้เกิดความเครียดแก่ญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง และพบว่าการเกิดความโศกเศร้าร่วมด้วยหากเผชิญสถานการณ์ในระยะเวลานาน

นอกจากนี้พบประเด็นอื่นเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลหลัก ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1) การรับทราบข้อมูลปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลหลัก

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลหลัก ไม่เคยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะมาก่อน และไม่ทราบถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลหลักกับข้อใจ ไม่เข้าใจในสถานการณ์ ไม่สามารถปรับตัว หรือเตรียมตัวที่จะให้การดูแลต่อผู้ป่วยดังกล่าว มีญาติผู้ดูแลหลักบางส่วนเคยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ จากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล และจากประสบการณ์ของตนเอง เช่น ญาติเพื่อนบ้าน เป็นต้น

ประเด็นที่ 2) การปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลหลัก

จากสถานการณ์การดูแล ผู้ป่วยดังกล่าว พบว่า ผลของวิธีการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของญาติผู้ดูแลหลักที่ใช้ในสถานการณ์ดังกล่าวอาจไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งญาติผู้ดูแลประเมินผลโดยความสำเร็จของการควบคุมอาการ ความถี่ของการแสดงอาการ และการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งวิธีการที่ใช้เป็นการลองผิดลองถูก ทั้งนี้ จากการสัมภาษณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักไม่ได้ปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์เนื่องจากประสบผลสำเร็จจากวิธีการเดิม

ประเด็นที่ 3) เปรียบเทียบความเครียดจากสถานการณ์การดูแลในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างด้านร่างกาย และปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์

การบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับรุนแรง ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บในหลายระบบร่วมกัน และเกิดความพิการด้านร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวแขนขาลำบาก ดังนั้น ญาติผู้ดูแลหลักได้บรรยายเปรียบเทียบความเครียดระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกาย และปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ผลการสัมภาษณ์พบว่า สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มีความเครียดมากกว่าการดูแลด้านร่างกาย เนื่องจากญาติผู้ดูแลหลักไม่สามารถกำหนดกิจกรรมการดูแล และไม่สามารถคาดเดาถึงโอกาสการหายได้ นอกจากนี้ในบางอาการญาติผู้ดูแลรู้สึกอับอายต่อการแสดงพฤติกรรมดังกล่าวของผู้ป่วยอีกด้วย

ประเด็นที่ 4) ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลหลัก

จากสถานการณ์ดังกล่าว พบว่า การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ญาติผู้ดูแลหลักไม่ต้องการความช่วยเหลือ เนื่องจาก สถานการณ์การดูแลที่ตนเองเผชิญไม่สามารถให้บุคคลอื่นทดแทนหรือปฏิบัติกิจกรรมแทนได้ รวมทั้งไม่ทราบบริบทของผู้ป่วย แต่สิ่งที่ญาติผู้ดูแลหลักต้องการ ได้แก่ คำแนะนำและแนวทางในการดูแลผู้ป่วย การรับไว้ในโรงพยาบาลแบบชั่วคราว ในรายที่ญาติผู้ดูแลหลักไม่มีญาติผู้ดูแลรอง เพื่อให้ญาติผู้ดูแลหลักได้พัก รวมทั้งต้องการแหล่งข้อมูลสนับสนุน เช่น เว็บไซต์ ข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต แพทย์ที่ให้การดูแลต่อเนื่อง เป็นต้น

ประเด็นสัมภาษณ์ที่ 5) ประสบการณ์การได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาล เนื่องจากญาติผู้ดูแลรับรู้จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ บุคคลอื่นไม่เข้าใจบริบท และสถานการณ์ดังกล่าว และคาดว่าญาติผู้ดูแลสามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องการแหล่งช่วยเหลือ

5.5 การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ค่าคะแนนการเผชิญความเครียดโดยรวมและรายด้านของญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งพิจารณาจากค่าคะแนน พบว่า ญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะใช้การเผชิญความเครียดร่วมกันทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา การบรรเทาความรู้สึกเครียด และการจัดการอารมณ์ โดยใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด (ตารางที่ 5) และเมื่อพิจารณาค่าต่ำสุดของค่าพิสัยจริงของการเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน พบว่า คะแนนต่ำสุดของค่าพิสัยจริงมีระดับคะแนนสูงกว่าค่าพิสัยที่เป็นไปได้ของแบบวัดการเผชิญความเครียด แสดงว่า ญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) กล่าวว่า หากบุคคลประเมินสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ว่าเป็นความเครียด บุคคลจะแสดงอาการเครียด ความวิตกกังวล และพยายามที่จะเผชิญกับความเครียด (Coping) จากการ

กระทำ และความคิดพยายามใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มากกว่าภาวะปกติเพื่อจัดการกับความเครียด และเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยบุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้แก่ มุ่งการแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดโดยมุ่งจัดการกับแหล่งความเครียด และมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) เป็นการปรับอารมณ์ หรือความรู้สึกของตนเอง โดยบุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใดขึ้นอยู่กับสถานการณ์ สถานการณ์ของบุคคลนั้น ในบางสถานการณ์อาจใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 2 วิธีร่วมกัน

จากผลการศึกษาวิจัยการเผชิญความเครียดตามแนวคิดทฤษฎีของลาซารัสและโฟล์คแมน พบว่า มีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ โดยทำการศึกษาในญาติผู้ดูแลในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และมีภาวะความเจ็บป่วยด้านร่างกาย ดังเช่น งานวิจัยในประเทศ (สุภาพร จงประกอบกิจ, 2551; จันทกานต์ ช่างวัฒนชัย, 2552) และต่างประเทศ (Hank, Rapport & Vangel, 2007) เนื่องจาก สถานการณ์การดูแลของญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นมีความเป็นพลวัต (Dynamic) อาการและความบกพร่องในด้านต่างๆของผู้ป่วยไม่คงที่ อาจมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาขึ้นอยู่กับสิ่งที่มากระตุ้น เช่น สภาพแวดล้อม บุคคลในสังคมที่ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ หรือความผิดปกติจากพยาธิสภาพในสมองเอง รวมทั้งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ หากอาการดังกล่าวอยู่ในระยะคงที่ ญาติผู้ดูแลจะสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ จะไม่เกิดเป็นความเครียด

ญาติผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะใช้การเผชิญความเครียด โดยการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาได้แก่ การบรรเทาความรู้สึกเครียด และใช้วิธีการจัดการอารมณ์เป็นลำดับสุดท้าย (ตารางที่ 5) จากผลการวิจัย สนับสนุนแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984; อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) หากผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ แสดงพฤติกรรมหรืออารมณ์ดังกล่าวออกมา แต่ญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์นั้นว่าส่งผลกระทบต่อตนเองในระดับต่ำ และสามารถหาแหล่งประโยชน์อื่นมาสนับสนุนช่วยเหลือ ญาติผู้ดูแลยังไม่เกิดความรู้สึกเครียด หรือมีความเครียดอยู่ในระดับเล็กน้อย ญาติผู้ดูแลจะเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหา ซึ่งจะมุ่งจัดการกับแหล่งความเครียด และมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าการเผชิญความเครียดด้านอื่นๆ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ด่าทอ ญาติผู้ดูแลจะเข้าไปปลอบโยนผู้ป่วย พูจาด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน ให้ผู้ป่วยได้อยู่คนเดียวตามลำพังเพื่อลดสิ่งกระตุ้น ในบางครั้ง อาจพบว่าปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงมากขึ้น ญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์นั้นว่าส่งผลกระทบต่อตนเองมาก และไม่สามารถหาแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนช่วยเหลือ รวมทั้งไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ ญาติผู้ดูแลจะเกิด

ความเครียดอยู่ในระดับมาก อาจจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยมุ่งที่จะใช้วิธีการเผชิญความเครียด โดยการบรรเทาความรู้สึกเครียด และการจัดการกับอารมณ์มากกว่าด้านอื่น ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในขณะนั้น ยกตัวอย่างจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านการพูดพูดเรื่องเดิมซ้ำๆ หรือคร่ำครวญในเรื่องเดิม ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลที่เผชิญสถานการณ์อยู่เกิดความรู้สึกรำคาญ โกรธ หงุดหงิด และไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ จึงใช้วิธีการเผชิญความเครียด 2 ด้านร่วมกัน ได้แก่ การบรรเทาความรู้สึกเครียด โดยการปลีกตัวไปอยู่คนเดียวตามลำพัง หรือทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ เพื่อคลายความเครียดลง เป็นการจัดการกับอารมณ์โกรธของตนเอง และการศึกษาของบาเลน Ribเบอร์ มิวลิพัส พาส ออดดิงและสแตม (Baalen, Ribbers, Meulepas, Pas, Odding, & Stam, 2007) ถึงลักษณะการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ 1 ปี ที่มีความเครียดเกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย โดยญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบนิ่งเฉย จากผลการศึกษาวิจัยดังกล่าว สอดคล้องกับทฤษฎีของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) โดยกล่าวถึงการเผชิญความเครียดของบุคคลไว้ว่า หากบุคคลมีการประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ว่าส่งผลกระทบต่อตนเองน้อย ระดับความรุนแรงต่ำสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ โดยอาศัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ บุคคลนั้นจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการมุ่งแก้ปัญหามากกว่ามุ่งจัดการกับอารมณ์และหากสถานการณ์นั้นๆมีระดับความรุนแรงมาก บุคคลประเมินโดยผ่านกระบวนการคิดรู้ว่าส่งผลกระทบต่อตนเองในระดับมาก และไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์มากกว่ามุ่งแก้ปัญหา

เมื่อพิจารณาจากค่าคะแนนสัมพัทธ์ซึ่งแสดงสัดส่วนของการใช้วิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในแต่ละด้าน (ตารางที่ 6) พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาได้แก่ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด และใช้วิธีจัดการกับอารมณ์เป็นลำดับสุดท้าย โดยการใช้วิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลเหมือนกับค่าคะแนนจริง สอดคล้องกับการศึกษาของจันทกานต์ ช่างวัฒนชัย (2552) พบว่า สตรีที่มีผลการตรวจหาเมะเร็งปากมดลูกที่มีความผิดปกติมีความเครียดจากการรอรับทราบผลการตรวจ และใช้วิธีการเผชิญความเครียดเหมือนกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

จากการวิเคราะห์วิธีการเผชิญความเครียดแบบรายชื่อของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ (ตารางที่ 7) พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านมีความใกล้เคียงกัน ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลที่ใช้มากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา 2 วิธี การจัดการกับอารมณ์ 1 วิธี และการบรรเทาความรู้สึกเครียด 2 วิธี โดยญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยค้นหา

ความสำคัญ หรือคุณค่า หรือข้อดีของบุคคลที่ญาติผู้ดูแลให้การดูแลอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความสัมพันธ์เป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งญาติผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง หรือบุตร นอกจากนี้ พบว่า ญาติผู้ดูแลไม่ได้มีความสัมพันธ์แบบเป็นสมาชิกในครอบครัว แต่มีความใกล้ชิด และมีความรู้สึกผูกพัน เห็นอกเห็นใจ เข้า ห่วงใยกัน และมีความเต็มใจที่จะช่วยเหลือดูแล เช่น หัวน้ำงาน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นบริบทของสังคมไทยในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ถึงแม้จะไม่ได้มีความสัมพันธ์กันโดยตรงเช่นเดียวกับสมาชิกในครอบครัว แต่เมื่อบุคคลเกิดภาวะความเจ็บป่วยจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ และภายหลังจากการฟื้นฟูหาย ยังคงมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์คงเหลืออยู่ ญาติผู้ดูแลยังคงให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเห็นความสำคัญของผู้ป่วย ความมีคุณค่าของผู้ป่วย หากผู้ป่วยดังกล่าวแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผิดปกติ ญาติผู้ดูแลจะพยายามจัดการ ดูแล ช่วยเหลือ และอธิบายให้กับบุคคลอื่นรอบข้างในสังคมมีความเข้าใจผู้ป่วยที่มีปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งถือว่าเป็นภาวะความเจ็บป่วยทางกายที่เรื้อรัง สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดลำดับที่ 2 และ 3 ที่ญาติผู้ดูแลใช้ได้แก่ วิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด โดยวิธียอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ร้อยละ 46.8 และวิธีสวดมนต์ ภาวนา อ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ร้อยละ 40.4 วิธีการเผชิญความเครียดลำดับที่ 4 ได้แก่ วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งญาติผู้ดูแล ร้อยละ 34.0 ใช้วิธีการเตรียมใจรับกับสิ่ง หรือสถานการณ์ร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง สำหรับวิธีการสุดท้ายที่ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา โดยใช้วิธีคิดหาวิธีต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหา หรือควบคุมสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ร้อยละ 25.5

จำนวนของญาติผู้ดูแลหลักที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดน้อยที่สุด 5 อันดับแรก (ตารางที่ 8) ได้แก่ วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 1 วิธี ด้านการจัดการกับอารมณ์ 2 วิธี และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด 2 วิธี ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ใช้น้อยที่สุด ได้แก่ วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการอารมณ์โดยใช้วิธีระบายความเครียดด้วยการรับประทานอาหาร สูบบุหรี่ เคี้ยวหมาก หรือหมากฝรั่งเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 6.4 และวิธีโทษผู้อื่น หรือตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการให้เกิดปัญหา คิดเป็นร้อยละ 17.0 ลำดับต่อมา จำนวนของญาติผู้ดูแลที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด โดยวิธีการไม่ทำอะไรเลย โดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายเอง เท่ากับวิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาโดยวิธีการระบายความเครียดด้วยการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 23.4 เท่ากับวิธีการเผชิญความเครียดด้วยการระบายความเครียดด้วยการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายมากขึ้น ลำดับสุดท้ายที่ญาติผู้ดูแลใช้ในการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด โดย

วิธีการนอนหลับ และปลอบใจตนเองโดยคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างอาจดีขึ้นในเช้าวันรุ่งขึ้นคิดเป็นร้อยละ 27.7 จะเห็นได้ว่าจากวิธีการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลใช้น้อยที่สุด 5 อันดับแรก เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลจะแสดงพฤติกรรมทอดทิ้ง พยายามหลีกเลี่ยงหนีผู้ป่วย และจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง แต่ที่ญาติผู้ดูแลหลักเลือกใช้น้อยที่สุด เนื่องจากญาติผู้ดูแลหลักมองว่าไม่สามารถช่วยให้อาการของผู้ป่วย หรือไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดจากสถานการณ์การดูแลคลี่คลายลงได้ และจากสถานการณ์ดังกล่าว ญาติผู้ดูแลเองทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลหลักไม่สามารถหลีกเลี่ยงหนีจากสถานการณ์นั้นได้ แต่จากข้อมูลที่ได้ พบว่า ในบางสถานการณ์ญาติผู้ดูแลยังเลือกใช้วิธีดังกล่าวเนื่องจาก รู้สึกอ่อนล้า ระดับความเครียดจากสถานการณ์การดูแลอยู่ในระดับสูง ญาติผู้ดูแลจึงเลือกใช้วิธีเผชิญความเครียดดังกล่าว เพื่อระบายความเครียดของตนเอง เมื่อระดับความเครียดลดลงจึงเปลี่ยนไปใช้วิธีอื่นร่วมด้วย

จากการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลหลัก ถึงวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะเพิ่มเติม โดยประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าการเผชิญความเครียดจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะที่ญาติผู้ดูแลหลักใช้มากที่สุด ได้แก่ การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา มีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) และใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด โดยหลีกเลี่ยงหนีจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่จากการสัมภาษณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลเลือกใช้เมื่อไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้วิธีการเผชิญความเครียดอื่น จึงต้องใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับความรู้สึก หรืออารมณ์ของตนเอง เพื่อลดความรุนแรงการแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย เนื่องจาก บางครั้ง การใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยวิธีอื่น อาจเป็นการกระตุ้นและเพิ่มระดับความรุนแรงของสถานการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของเฮงก์ แรพพอร์ต และแวนเจล (Hank, Rapport & Vangel, 2007) ศึกษาการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และบทบาทของครอบครัวในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ รวมทั้งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแล ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการ หรือการปรับอารมณ์ของตนเอง นอกจากนี้ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม และบทบาทของครอบครัวมีความสัมพันธ์กัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของญาติผู้ดูแลหลักต่อผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์ดูแลผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

5.6 วิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลหลักถึงวิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อให้มีความลึกซึ้งของเนื้อหา และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง และปรากฏการณ์จริงที่เกิดขึ้น จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่าวิธีจัดการกับปัญหา มีความเฉพาะเจาะจงของแต่ละบุคคล มีความสัมพันธ์กับลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ความถี่ในการแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ดังกล่าว ผลกระทบจากปัญหาดังกล่าวต่อบุคคลอื่น และสมาชิกในครอบครัวแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ รวมทั้ง ประสบการณ์เดิมของญาติผู้ดูแลหลัก ซึ่งสามารถจัดกลุ่มแนวทางวิธีจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลหลัก เนื้อหาข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลหลัก แสดงให้เห็นว่าข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล และลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีผลต่อวิธีจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าว จากการสัมภาษณ์ พบว่า การดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลขาดความต่อเนื่อง การส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์ เช่น แพทย์ระบบศัลยกรรมประสาทปรึกษากับแพทย์จิตเวชเพื่อดำเนินการรักษาอย่างต่อเนื่อง แนวทางการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์หลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ มุ่งเน้นการรักษาด้วยยา วิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์เกิดจากประสบการณ์การดูแลของญาติผู้ดูแลตามบริบท มีทั้งวิธีจัดการด้านบวก และด้านลบ การให้การช่วยเหลือดูแลมุ่งเน้นด้านร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ และญาติผู้ดูแลมุ่งเน้นการดูแลช่วยเหลือด้านร่างกาย (ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงษ์, 2549)

ดังนั้น ผลการวิจัย สามารถสรุปวิธีจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลหลัก ออกเป็น 14 วิธี ได้แก่ 1) ให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ลดสิ่งกระตุ้น 2) จัดกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ 3) การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โดยการใช้คำพูด 4) รับฟังผู้ป่วย อุดหนุนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 5) ปรับเปลี่ยนสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อม 6) ใ้บุคคลที่ผู้ป่วยยอมรับเป็นผู้จัดการกับสถานการณ์ 7) ปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ 8) เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ 9) ช่วยจดจำ กระตุ้นเตือน ใช้เครื่องช่วยจำ จากผลการวิจัย พบว่าญาติผู้ดูแลหลักใช้วิธีกระตุ้นเตือน ช่วยจดจำ โดยการให้วาจา และติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 10) ฟ้นฟูความจำ ความคิดของผู้ป่วย 11) ฝึกฝนการควบคุมอารมณ์ของผู้ป่วย 12) ช่วยเหลือการทำกิจกรรม การทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมการดำรงชีวิต 13) ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม และ 14) ดูแลการรักษาอย่างต่อเนื่อง บางวิธีสอดคล้องกับวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น การใช้วิธีพฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) (พิศักดิ์ ชินชัย, 2551) ซึ่งญาติผู้ดูแลหลักจะฝึกทักษะการจัดการด้าน

พฤติกรรม โดยนำมาใช้มากที่สุดในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ญาติผู้ดูแลหลักจะใช้เทคนิคการฝึกความมั่นใจ เพื่อแก้ไขการรับรู้การเข้าใจ และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก มีการเรียนรู้ที่จะลดสิ่งเร้าอารมณ์ของผู้ป่วยลง เช่น เจ็บเฉย พุดจากับผู้ป่วยด้วยคำพูดไพเราะ หาวิธีในการจัดการกับต้นเหตุแห่งความโกรธ หรือปล่อยให้ผู้ป่วยได้อยู่ตามลำพัง ในผู้ป่วยที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการจัดการกับปัญหาอารมณ์ดังกล่าวโดย ไม่กระตุ้นสถานการณ์ เช่น คำพูด สิ่งแวดล้อม บุคคลรอบข้าง เมื่ออาการต่างๆสงบลง หาโอกาสในการอธิบายถึงสาเหตุที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจ โดยวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของญาติผู้ดูแลพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับลักษณะของญาติผู้ดูแล ลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ระยะเวลาการเจ็บป่วยและระยะการดูแล ประสิทธิภาพของญาติผู้ดูแล แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ รวมทั้งความสัมพันธ์ในครอบครัว

จากตัวอย่างของญาติผู้ดูแลหลักรายหนึ่ง ให้การดูแลผู้ป่วยมีพฤติกรรมหวาดระแวง หึงหวง แต่ญาติผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นภรรยาประกอบอาชีพค้าขายและมีลูกจ้างเพื่อช่วยงาน รวมทั้งลูกค้า แต่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านอารมณ์ ก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ส่งผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ และรายได้ของครอบครัว ญาติผู้ดูแลหลักจึงต้องอธิบายสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และไม่แสดงพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปในทางสู้สาวกับบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ สอดคล้องกับการจัดการโดยวิธีการทางจิตเวช โดยเทคนิคการปรับพฤติกรรม (Behavior modification technique) (พิศศักดิ์ ชินชัย, 2548) ซึ่งวิธีการนี้ไม่สนใจในอาการของผู้ป่วย ลดแรงเสริมไม่ทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมนั้นอีก มีการกระตุ้นให้กำลังใจ และชมเชยมากกว่าลงโทษ พยายามอธิบายเรื่องที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจ และรับรู้ตามความเป็นจริง โดยเฉพาะสถานที่ วันเวลา นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลหลักใช้วิธีการจัดการกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยวิธีการด้านลบ เช่น โต้ตอบทันทีเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว การหลีกเลี่ยง เป็นต้น ซึ่งวิธีการดังกล่าวนี้ประสบความสำเร็จในบางครั้ง ซึ่งญาติผู้ดูแลหลักต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการอื่นด้วย สำหรับผู้ป่วยที่รู้สึกเหงาหงอย โดดเดี่ยว และสูญเสียความมั่นใจในตนเอง ญาติผู้ดูแลหลักใช้วิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมโดยเทคนิคการปรับพฤติกรรม (Behavior modification technique) (พิศศักดิ์ ชินชัย, 2548) เช่นเดียวกับวิธีการรักษาทางจิตเวช เพื่อควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เหมาะสม ซึ่งญาติผู้ดูแลหลักใช้การกระตุ้น และให้กำลังใจ เช่นเดียวกัน สำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแยกตัว ญาติผู้ดูแลหลักใช้วิธีการจัดการกับปัญหาดังกล่าว โดยญาติผู้ดูแลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น การเดินทางท่องเที่ยวร่วมกัน สอดคล้องกับวิธีการบำบัดทางจิตเวช โดยนักจิตวิทยาจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว พยายามจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย (พิศศักดิ์ ชินชัย, 2548) ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำ การคิดและสติปัญญา ญาติผู้ดูแลหลักใช้วิธีการใน

ผู้ป่วยดังกล่าว ให้ผู้ป่วยฝึกฝนในการทำกิจกรรม โดยกิจกรรมที่ทำมีขั้นตอนที่ง่าย และเพิ่มระดับความยากขึ้น เช่น การฝึกขั้นตอนการพับผ้า การซักผ้า เพื่อฟื้นฟูความสามารถด้านสติปัญญา สอดคล้องกับวิธีการบำบัดทางจิตเวช ซึ่งมีการกำหนดกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสติปัญญา ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความซับซ้อนน้อย และเพิ่มความซับซ้อนขึ้น และไม่ยากเกินความสามารถของผู้ป่วย และควรเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ เรียกว่า Transfer of training technique เช่น การฝึกคิดคำนวณ ซึ่งกิจกรรมควรมีความต่อเนื่อง และพัฒนาเฉพาะด้าน(พิศศักดิ์ ชินชัย, 2548) เช่น การฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การใช้คอมพิวเตอร์ จากตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบผู้ป่วยรายหนึ่งมีปัญหาด้านความจำภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเฉพาะความจำในส่วนการใช้คอมพิวเตอร์ ซึ่งมีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยมีอาชีพโปรแกรมเมอร์ และการบาดเจ็บดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการทำงานอาชีพของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหลักใช้วิธีจัดการโดยการฝึกให้ผู้ป่วยจดจำเป็นพิมพ์คอมพิวเตอร์ การใช้โปรแกรมพิมพ์งาน เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาการรับรู้เข้าใจเกี่ยวกับเวลา สถานที่ และบุคคล (พิศศักดิ์ ชินชัย, 2548) โดยเทคนิคในการรักษาแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ Remedial Approach โดยจัดให้ผู้ป่วยร่วมพูดคุยซ้ำๆ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เกี่ยวกับเวลา สถานที่ และข้อมูลส่วนบุคคล และใช้สถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน เช่น การจำชื่อของบุคคล และเทคนิค Adaptive Approach กิจกรรมที่นำมาใช้ได้แก่ ฝึกฝนการรับรู้ด้านเวลา เช่น การให้ผู้ป่วยดูนาฬิกา หรือปฏิทินเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง รวมทั้ง การอธิบายให้สมาชิกในครอบครัว และญาติทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเทคนิคดังกล่าว ญาติผู้ดูแลหลักในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำเกี่ยวกับบุคคล สถานที่ เหตุการณ์ที่ผ่านพ้นไป โดยการฝึกฝนให้สามารถจดจำสมาชิกในครอบครัวให้ถูกต้อง เช่น น้องสาว หลาน เป็นต้น ซึ่งญาติผู้ดูแลหลักจะบอกผู้ป่วยซ้ำๆ และต่อเนื่องถึงความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ชื่อของญาติผู้ดูแลหลัก สมาชิกในครอบครัว เพื่อป้องกันการถูกทำร้ายจากผู้ป่วย

5.7 สรุป

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ พบมากที่สุด คืออาการอารมณ์ร้อน ขุ่นเคืองได้ง่าย หรือหงุดหงิดง่าย รองลงมา ได้แก่ อาการชัก ตามัว คือ ต่อด้านและสูญเสียความมั่นใจในตนเอง ความผิดปกติด้านความจำอาการพูดเรื่องเดิมซ้ำๆ ตลอดเวลา หรือคร่ำครวญในเรื่องเดิมใจร้อนและไม่มีความอดทน และโต้เถียงหรือทะเลาะวิวาทกับบุคคลอื่นเมื่ออาหาร รับประทานอาหารลดลงการเคลื่อนไหว

ลำบากไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ตัดสินใจโดยไม่ได้ไตร่ตรองให้รอบคอบ และอาการ มึนงง หวาดระแวง แสดงอารมณ์โกรธมากกว่าปกติ กริคร้อง หรือตะโกนด้วยความบกร้องในการ สนทนา เวียนศีรษะ หรือปวดศีรษะ และรู้สึกหงาหงอย โดดเดี่ยว

จากสถานการณ์การดูแลของญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะดังกล่าว ญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่าเป็นความเครียด สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) และจาก การสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้น ส่งผลก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความกังวลใจ รวมทั้งอาการเหนื่อยล้าทางด้านร่างกาย ซึ่งสามารถแบ่งความเครียดของญาติผู้ดูแลออกเป็น 7 ประเภท ได้แก่ 1) กังวลใจ ไม่แน่ใจกับอาการที่ไม่แน่นอน โอกาสการหาย แนวทางการรักษา 2) กลัวการสูญเสีย เช่น เสียชีวิต เสียโอกาสในการรักษา 3) ยอมรับต่อสถานการณ์ 4) ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่ายสถานการณ์ 5) สงสาร เข้าใจสถานการณ์ พยายามหาวิธีช่วยเหลือ 6) มีความหวังต่อการ ฟื้นฟูของผู้ป่วย และ 7) ทำใจ ปล่อยวาง ปล่อย

การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล พบว่า ใช้วิธีการเผชิญความเครียดร่วมกันทั้ง 3 ด้าน โดยใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมา ได้แก่ วิธีการบรรเทาความรู้สึกเครียด และวิธีการจัดการกับอารมณ์เป็นลำดับสุดท้าย สำหรับการใชวิธีการ เผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล ที่ใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ วิธีการค้นหาความสำคัญ หรือ คุณค่า หรือข้อดีของบุคคล ยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และสวดมนต์ ภาวนา อ่อนนวลสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เตรียมใจรับกับสิ่ง หรือสถานการณ์ร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง และ คิดหา วิธีต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหา หรือ ควบคุมสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ สำหรับการเผชิญความเครียดที่ญาติ ผู้ดูแลใช้เผชิญความเครียดน้อยที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ วิธีการ นอนหลับ และปล่อยใจตนเองโดย คิดว่าทุกสิ่งอาจดีขึ้นในเช้าวันรุ่งขึ้นน้อยที่สุด วิธีการไม่ทำอะไรเลยโดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะ คลี่คลายเองน้อยที่สุด วิธีการระบายความเครียดด้วยการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายมากขึ้น และ วิธีการโทษผู้อื่น หรือตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการให้เกิดปัญหาน้อยที่สุด และวิธีการระบาย ความเครียดโดยการรับประทานอาหาร สูบบุหรี่ เคี้ยวหมาก หรือหมากฝรั่งเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีวิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามกลุ่มปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มี 14 วิธี ได้แก่ 1) ให้ผู้ป่วยอยู่ ตามลำพัง ลดสิ่งกระตุ้น 2) จัดกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ 3) การจัดการกับปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์โดยการใช้คำพูด 4) รับฟังผู้ป่วย อดทนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 5) ปรับเปลี่ยน สถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อม 6) ใ้บุคคลที่ผู้ป่วยยอมรับเป็นผู้จัดการกับสถานการณ์ 7) ปรึกษากับ

บุคลากรทางการแพทย์ 8) เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ 9) ช่วยจดจำ กระตุ้นเตือน ใช้เครื่องช่วยจำ 10) ฟื้นฟูความจำ ความคิดของผู้ป่วย 11) ฝึกฝนการควบคุมอารมณ์ของผู้ป่วย 12) ช่วยเหลือการทำกิจกรรม การทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมการดำรงชีวิต 13) ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม และ 14) ดูแลการรักษาอย่างต่อเนื่อง สำหรับปัจจัยที่ส่งเสริมการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ด้าน ตัวญาติผู้ดูแลหลัก และผู้ป่วยได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ประสิทธิภาพของญาติผู้ดูแลหลัก ลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่พบในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียด และวิถีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984)

กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยได้ ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2554 จำนวน 47 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ญาติผู้ดูแลมีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย หากอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องผ่านการทดสอบความสามารถในการคิดรู้โดยแบบทดสอบหมวดหมู่ และได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนนขึ้นไป

2. ญาติผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้านตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

- 2.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป มีประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง (โดยการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์การประเมินคะแนนทางระบบประสาท Glasgow coma score แรกรับ) มีหรือไม่มีความพิการทางด้านร่างกายร่วมด้วย

- 2.2 ญาติผู้ดูแลหลักรายงานว่า ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ และไม่มีคามผิดปกติของพฤติกรรม และอารมณ์ก่อนการบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่มาจากสาเหตุอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งมีสาเหตุมาจากผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

3. ญาติผู้ดูแลพักอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ และสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์และวิถีจัดการกับปัญหาดังกล่าวของผู้ป่วยได้

4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถฟัง พูด อ่านเข้าใจภาษาไทย สามารถให้การสัมภาษณ์และทำแบบสอบถาม

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

6.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ได้แก่ แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) (Isaacs & Kennie, 1973 อ้างใน ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2549) ในการวิจัยครั้งนี้ นำมาใช้ในญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 10 ราย พบว่าช่วงคะแนน อยู่ระหว่าง 33- 40 คะแนน

2) เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ ข้อมูลการรักษาและพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

2.2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ข้อคำถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ บทบาทในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยระยะเวลาในการดูแลต่อวัน ระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บุคคลอื่นช่วยในการดูแล ปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแล

2.3) แบบสอบถามการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วย ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ และระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะคำถามระดับความเครียดเป็น Likert Scale กำหนดเกณฑ์ ดังนี้ ไม่เลย น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 0-4 คะแนน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ ดังนี้ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (item-level CVI) ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.80-1.00 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (scale-level CVI) เท่ากับ 0.92 สำหรับความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 47 ราย ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนแรกเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ที่พบในผู้ป่วย ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลจำนวน 49 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .74 ส่วนที่สองเป็นแบบสอบถามระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล จำนวน 49 ข้อ เช่นเดียวกัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับเท่ากับ .92

2.4) แบบวัดการเผชิญความเครียด (The Jalowiec coping scale: JCS) (Jalowiec, 1988) โดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (The Jalowiec coping scale: JCS) ฉบับภาษาไทย ที่มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 47 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .64

2.5) แบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ ในผู้ป่วยภายหลัง บาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติบรรยาย แจกแจงด้วยความถี่ ค่าร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการเผชิญความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย เพื่อนำเสนอข้อมูลด้วย ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนจริง และคะแนนสัมพัทธ์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 47 ราย ดังแสดงในตารางที่ 1 เป็นเพศชาย ร้อยละ 87.23 มีสาเหตุการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดจากอุบัติเหตุทางรถยนต์จักรยานยนต์ และรถไฟ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.59 รองลงมาเกิดจากล้ม ร้อยละ 14.89 และถูกทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 6.38

2) ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ดังแสดงในตารางที่ 2 จำนวน 47 ราย ร้อยละ 80.9 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 45.51 ปี (SD=12.99) สมรสร้อยละ 74.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 34 มีอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 29.8 มีรายได้เฉลี่ย 16,115.32 บาทต่อเดือน (SD=19,921.08) มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 63.8 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นคู่สมรสร้อยละ 44.7 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 17-24 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 44.7 มีระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.3 มีญาติผู้ดูแลร้อยละ 66 และญาติผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพพบร้อยละ 59.6 และผู้ป่วยดังกล่าวมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนใหญ่มีอาการปรากฏร่วมหลายชนิดมีร้อยละ 63.83 และปรากฏอาการเพียงชนิดเดียวร้อยละ 36.17

3) ลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 47 รายดังแสดงในตารางที่ 3 พบว่า ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ จำแนกตามกลุ่มปัญหาของผู้ป่วย จำนวน 7 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาวะอารมณ์ โดยลักษณะปัญหาด้านภาวะอารมณ์ที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ อาการอารมณ์ร้อน ขุ่นเคืองได้ง่าย หรือหงุดหงิดง่าย คิดเป็นร้อยละ 55.3 รองลงมาได้แก่ อาการอ่อนไหวง่าย คิดเป็นร้อยละ 29.7 และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเอง

ได้ พบร้อยละ 25.6 กลุ่มอาการลำดับต่อมา ได้แก่ 2) อาการทางกาย ซึ่งอาการที่พบในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.3 ได้แก่ อาการเวียนศีรษะ หรือปวดศีรษะ รองลงมา ได้แก่ อาการมึนงง พบร้อยละ 36.2 และอาการนอนหลับยากหรือหลับมากกว่าปกติ พบร้อยละ 25.6 3) ความจำ สมาธิ และสติปัญญา โดยปัญหาที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความผิดปกติด้านความจำ พบ ร้อยละ 46.8 มีความผิดปกติด้านความจำ รองลงมา ได้แก่ อาการพูดเรื่องเดิมซ้ำๆตลอดเวลา หรือคร่ำครวญในเรื่องเดิม รองลงมา พบร้อยละ 36.1 และอาการคิดหมกมุ่นในเรื่องเดิม พบร้อยละ 17.0 กลุ่มอาการที่ 4) การติดต่อสื่อสาร พบว่า ร้อยละ 25.5 ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการคิดคำพูดที่ใช้เวลานาน รองลงมา ได้แก่ อาการพูดลำบาก คิดเป็น ร้อยละ 12.7 และพบว่า ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการสนทนา โดยพูดหยาบคาย คิดเป็นร้อยละ 4.2 ใกล้เคียงกับอาการไม่เข้าใจในสิ่งที่คู่สนทนาพูด 5) การแสดงพฤติกรรม ซึ่งลักษณะปัญหาพฤติกรรมที่พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.0 ได้แก่ อาการใจร้อนและไม่มีความอดทน ลำดับต่อมาร้อยละ 23.4 อาการลืมนัดสวิตซ์อุปกรณ์ต่างๆ และ ร้อยละ 14.9 ได้เถียงทะเลาะวิวาทกับบุคคลอื่น 6) การควบคุมการเคลื่อนไหว ซึ่งอาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ คิดเป็น ร้อยละ 19.2 อาการเคลื่อนไหวช้า รองลงมาร้อยละ 17.0 อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง และร้อยละ 12.8 อาการเคลื่อนไหวลำบาก และ 7) ปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์อื่นๆ เป็นลักษณะของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ซึ่งพบนอกเหนือจากที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมไว้ ซึ่งอาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการชัก พบจำนวนเท่ากับอาการคือ ต่อต้านการทำกิจกรรมต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 4.2 และร้อยละ 2.1 ผู้ป่วยมีอาการสูญเสียความมั่นใจในตนเองพบจำนวนเท่ากับอาการตามัว

3. จากสถานการณ์การดูแลของญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่าเป็นความเครียด จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักรับรู้สถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นส่งผลก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความกังวลใจ แบ่งออกเป็น 7 ประเภท ได้แก่ 1) กังวลใจ ไม่แน่ใจกับอาการที่ไม่แน่นอน โอกาสการหาย แนวทางการรักษา 2) กลัวการสูญเสีย เช่น เสียชีวิต เสียโอกาสในการรักษา 3) ขอมรับต่อสถานการณ์ 4) ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่ายสถานการณ์ 5) สงสาร เข้าใจสถานการณ์ พยายามหาวิธีช่วยเหลือ 6) มีความหวังต่อการฟื้นฟูหายของผู้ป่วย และ 7) ทำใจ ปล่อยวาง ปลง โดยมีระดับความเครียด ดังแสดงตารางที่ 4 ดังนี้ ระดับความเครียดมากที่สุด พบมากถึงร้อยละ 36.17 ระดับความเครียดมาก ร้อยละ 31.91 ระดับความเครียดปานกลาง ร้อยละ 21.28 และระดับความเครียดน้อย พบร้อยละ 10.64 ตามลำดับ

4) การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลหลัก ดังแสดงในตารางที่ 5 ผลการศึกษาพิจารณาค่าคะแนนจริง (raw score) พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดร่วมกัน

ทั้ง 3 ด้าน และพิจารณาจากค่าคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) ดังแสดงในตารางที่ 6 พบว่า ส่วนการใช้วิธีการเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ร้อยละ 39 (SD=0.05) รองลงมา ได้แก่ วิธีการบรรเทาความรู้สึกเครียด ร้อยละ 33 (SD= 0.04) และวิธีการจัดการกับอารมณ์เป็นลำดับสุดท้าย ร้อยละ 28 (SD= 0.11)

5) การใช้วิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลหลัก ดังแสดงในตารางที่ 7 ผลการศึกษา พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ วิธีการค้นหาความสำคัญ หรือคุณค่า หรือข้อดีของบุคคล อันดับ 2 และ 3 ญาติผู้ดูแลใช้วิธียอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และสวดมนต์ ภาวนา อ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ตามลำดับ ต่อมาอันดับ 4 ใช้วิธีเตรียมใจรับกับสิ่ง หรือสถานการณ์ร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง และอันดับสุดท้าย เป็นวิธีคิดหาวิธีต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหา หรือ ควบคุมสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลใช้เผชิญความเครียดน้อยที่สุด 5 อันดับแรก ดังแสดงในตารางที่ 8 ได้แก่ วิธีการนอนหลับ และปลอบใจตนเองโดยคิดว่าทุกสิ่งอาจดีขึ้นในเช้าวันรุ่งขึ้นน้อยที่สุด และใช้วิธีการไม่ทำอะไรเลยโดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายเองน้อยที่สุด เท่ากับ วิธีการระบายความเครียดด้วยการออกกำลังกายมากขึ้น และใช้วิธีการโทษผู้อื่น หรือตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการให้เกิดปัญหาน้อยที่สุด และใช้วิธีการระบายความเครียดโดยการรับประทานอาหาร สูดบุหรณ์ เกี้ยวพาราสี หรือหมกมุ่นเพิ่มขึ้นในการเผชิญสถานการณ์ความเครียดน้อยที่สุด

6) วิธีจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลหลัก ผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักมีวิธีจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์จำแนกตามวิธีการได้ 14 วิธี ดังนี้ 1) ให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ตลอดทั้งวัน 2) จัดกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ 3) การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โดยใช้คำพูด 4) รับฟังผู้ป่วย อุดหนุนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 5) ปรับเปลี่ยนสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อม 6) ให้นุ้คนที่ผู้ป่วยยอมรับเป็นผู้จัดการกับสถานการณ์ 7) ปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ 8) ฝึกระวังการเกิดอุบัติเหตุ 9) ช่วยจดจำ กระตุ้นเตือน ใช้เครื่องช่วยจำ 10) ฟื้นฟูความจำ ความคิดของผู้ป่วย 11) ฝึกฝนการควบคุมอารมณ์ของผู้ป่วย 12) ช่วยเหลือการทำกิจกรรม กิจกรรมประจำวัน และกิจกรรมในการดำรงชีวิต 13) ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม และ 14) ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดในการวิจัย

1) ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะออกจากโรงพยาบาล หากผู้ป่วยไม่ได้มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตใกล้เคียงกับโรงพยาบาล เช่น เขตกรุงเทพมหานครหรือปริมณฑล ทำให้เกิดข้อจำกัดในการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย เนื่องจากปัญหาของกลุ่มตัวอย่างและผู้ป่วยเอง

เช่น การเดินทาง ความสะดวกสบายของการรับบริการ จำนวนผู้ป่วยที่มารับการตรวจเป็นจำนวนมากจนเกิดความล่าช้า เวลาการรอคอยตรวจ ระบบการตรวจยุ่งยากซับซ้อน เศรษฐฐานะ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

2) จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัย พบว่า มีผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์เป็นจำนวนมาก แต่ผู้ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัดอาจไม่ใช่ญาติผู้ดูแลหลักที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความเครียดโดยตรง หรือบางกรณีผู้ป่วยดูแลช่วยเหลือตนเองได้ สามารถมาตรวจตามนัดได้โดยลำพัง ไม่สามารถคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจาก ญาติผู้ดูแลหลักอาจไม่สะดวกต่อการเดินทางมากับผู้ป่วย เช่น อายุ ภาวะสุขภาพไม่เอื้ออำนวยต่อการเดินทาง หรือญาติผู้ดูแลหลักติดภารกิจ จึงทำให้ผู้วิจัยต้องนัดหมายกับญาติผู้ดูแลหลักอีกครั้ง ในบางกรณีขาดการติดต่อ และไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้

3) ข้อมูลในการติดต่อผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่าง เป็นข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้การติดตามต่อเนื่องมีความยากลำบาก เกิดข้อจำกัดการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างส่งผลให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย

6.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาที่เป็นประโยชน์ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา และวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

1) จากผลการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล นอกจากนี้พยาบาลควรเป็นศูนย์กลาง หรือจัดทำสื่อช่วยเผยแพร่ข้อมูล เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อเป็นช่องทางแก่ญาติผู้ดูแล ได้สามารถเข้าถึงข้อมูล เช่น เว็บไซต์ทางอินเทอร์เน็ต แผ่นพับ เป็นต้น รวมทั้งมีบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงแก่ญาติผู้ดูแล (Coaching) ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว และสามารถช่วยแก้ไขปัญหา หรือแนะนำแหล่งประโยชน์ที่ญาติผู้ดูแลสามารถจะขอรับความช่วยเหลือได้

2) พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะควรมีความตระหนักถึงความเครียด ระดับความเครียด และผลกระทบของปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งต่อตัว

ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ สามารถให้การดูแลได้ถูกต้อง และเหมาะสม รวมทั้งสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าว และแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแลได้

3) นำผลการวิจัยที่ได้ ได้แก่ การเผชิญความเครียด และวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ของญาติผู้ดูแลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลรายอื่น โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

ด้านการศึกษาพยาบาล

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่าสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลนั้น ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งเป็นผลในระยะยาว ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล ควรมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม รวมทั้งให้ความสนใจญาติผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว และให้นักศึกษาเข้าใจการเกิดปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะเพื่อเป็นการบูรณาการการเรียนการสอนให้นักศึกษาพยาบาลสามารถเชื่อมโยงพยาธิสภาพของโรค เข้ากับสภาพที่ผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เหมาะสม

ด้านวิจัยทางการพยาบาล

จากผลการวิจัยเป็นข้อมูลให้พยาบาลพัฒนาการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ รวมทั้งสมาชิกในครอบครัว และญาติผู้ดูแล เพื่อให้บุคคลดังกล่าวสามารถเข้าถึงการดูแล ระบบการช่วยเหลือที่มีคุณภาพ และเป็นระบบมากยิ่งขึ้น ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล รวมทั้งผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความต้องการการช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าว และควรมีระบบการติดตามที่เป็นปัจจุบัน เพื่อให้บุคลากรพยาบาลสามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้มากขึ้น และมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นด้วย

การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วย
ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

FAMILY CAREGIVER'S STRESS, COPING, AND MANAGEMENT OF BEHAVIORAL AND
EMOTIONAL PROBLEMS FOLLOWING TRAUMATIC BRAIN INJURY

ไพรินทร์ พัสตุ 5236599 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุกร วงศ์วัณญู, Ph.D. (NURSING), ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม,
D.S.N. (ADULT HEALTH NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ

บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญระดับโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการ และเสียชีวิตของประชากร ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางขึ้นไป จากการศึกษาอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บที่ศีรษะในต่างประเทศ เช่น ประเทศในทวีปยุโรป มีอุบัติการณ์ของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 235 รายต่อประชากร 100,000 รายต่อปี ประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 150 ราย ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี (McAllister, 2008) สำหรับประเทศไทย มีการรวบรวมสถิติสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรปี พ.ศ. 2552 พบว่าอุบัติเหตุเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตเป็นอันดับสอง มีจำนวน 35,304 รายต่อประชากร 100,000 ราย (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553) นอกจากนี้อุบัติเหตุยังเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและบาดเจ็บ โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่ศีรษะ (นิภาวรรณ สามารถกิจและสุภาภรณ์ คิ้วแพง, 2544) จากสถิติอุบัติการณ์บาดเจ็บที่ศีรษะของโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลรามธิบดี มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2543-2553 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทางสถิติตามรหัสของ International statistical Classification of Disease and

Related Health Problems 10th Revision version for 2006 volume 3 (ICD 10) พบว่า จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบ่งออกเป็นผู้ป่วยใน 1,315 ราย ผู้ป่วยนอก 1,211 ราย (หน่วยข้อมูลและสถิติ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2553) และสถิติของหน่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปี พ.ศ. 2552 พบอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บที่ศีรษะ 239 ราย (หน่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2553) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางจราจร พบมากที่สุดร้อยละ 53-80 (รุ่งศักดิ์ ศิวานุวัฒน์, 2550) รองลงมา ได้แก่ หกล้ม พลัดตกจากที่สูง ถูกทำร้ายร่างกาย หรือบาดเจ็บจากการเล่นกีฬา เป็นต้น

ขณะที่วิวัฒนาการด้านการรักษา และช่วยชีวิตขั้นสูง (advanced life support) รวมทั้งเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้าและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะลดลง โอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น สิ่งที่หลงเหลืออยู่ ได้แก่ ความพิการด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ และกลุ่มอาการภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ (post traumatic brain injury) เช่น อาการปวดศีรษะ ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ส่งผลต่อความสามารถในการทำงาน และการประกอบอาชีพ เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว (Hart et al., 2003) นอกจากความพิการด้านร่างกายแล้ว อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ (Kim, 2002) สามารถพบได้ร้อยละ 70 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2551) ขึ้นอยู่กับระดับของความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ และพยาธิสภาพต่อสมองในส่วนต่างๆ เช่น การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (mild traumatic brain injury) ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องเรื่องความจำ มีอารมณ์ซึมเศร้า (Rapoport, McCauley, Leven, Song & Feinstein, 2002) การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง พบว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป (Godfrey et al., 2003) เอะอะ โวยวาย สับสน (Hart et al., 2003; Testa, Malec, Moessner & Brown, 2006) แต่การบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับรุนแรงมีการกล่าวถึงน้อย เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิต ร้อยละ 50 (นิภาวรรณ สามารถกิจและสุภาภรณ์ คิ้วแพง, 2544) ดังนั้น ผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ นอกจากมีความต้องการการดูแลด้านร่างกาย การช่วยเหลือปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ยังต้องการการดูแลด้านอื่นๆเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ด้วย

บริบทสังคมไทย ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น มารดา บิดา พี่น้องหรือภรรยา เป็นต้น (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ซึ่งการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นกลุ่มอาการเรื้อรัง ที่ก่อให้เกิดความพิการด้านร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงด้านการคิด อารมณ์ พฤติกรรม และบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย จึงต้องการญาติผู้ดูแลเช่นเดียวกัน การบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ญาติผู้ดูแลอาจเกิดความเครียดจาก

ภาวะดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะและกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่าเป็นความเครียด (ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงษ์, 2549) หากญาติผู้ดูแลต้องประกอบอาชีพด้วย อาจส่งผลกระทบต่อการดำรงบทบาท และเศรษฐกิจของครอบครัว จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะนอกจากผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว (Kersel, Marsh, Havills & Sleights, 2001) เนื่องจาก ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วย ต้องหาแนวทางการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการดำเนินชีวิตเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตลอด

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นปัญหาสำคัญสำหรับญาติผู้ดูแลหลัก เนื่องจากสถานการณ์ไม่คงที่ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลหลักเกิดความเครียด (Wells, Dywan & Dumas, 2005) เนื่องจากไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus's Theory) ที่อธิบายถึงความเครียดไว้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อตนเอง และจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการจัดการอย่างเต็มที่ หรือเกินกำลัง ความเครียดขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (resources) ของบุคคลนั้น (Lazalus & Folkman, 1984) หากญาติผู้ดูแลหลักประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งคุกคามต่อสวัสดิภาพ และไม่สามารถจัดการสถานการณ์นั้นได้ จึงเกิดความเครียด

เมื่อญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นความเครียด ทำให้ญาติผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวรู้สึกเป็นทุกข์ ระบบครอบครัวเสียสมดุล เกิดความเครียด บทบาท หน้าที่ และการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลง (Degeneffe, & Lynch, 2006) รู้สึกท้อแท้ และเบื่อหน่ายต่อการดูแลผู้ป่วย จึงค้นหาวิธีการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไป (Hank, Rapport, & Vangel, 2007) หากไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ ไม่มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ญาติผู้ดูแลอาจใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านลบ เช่น ละเลยหรือทอดทิ้งผู้ป่วย (Hank, Rapport, & Vangel, 2007) เนื่องจากมีความอับอายจากพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย เบื่อหน่ายผู้ป่วย ทุกข์ใจจากปัญหาที่เกิดขึ้น (Wells, Dywan, & Dumas, 2005) ละเลยต่อการดูแล ไม่ใส่ใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง หรืออาจมีการเผชิญความเครียดในด้านบวก เช่น การพยายามหาหนทางช่วยเหลือผู้ป่วย จากวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลมีความเชื่อมโยงกับวิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ จากประสบการณ์การปฏิบัติงานผู้วิจัย

พบว่า ญาติผู้ดูแลหลัก จัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวตามปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เช่น การผูกมัด การกักขัง เพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้ป่วย การใช้ความรุนแรงทางวาจา เป็นต้น

ถึงแม้ว่าญาติผู้ดูแลหลัก มีความสำคัญต่อการช่วยดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ได้อย่างต่อเนื่อง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาวิจัยในต่างประเทศ และประเทศไทยมุ่งเน้นแตกต่างกัน ต่างประเทศมุ่งเน้นการศึกษาวิจัยปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ การติดตามอาการระยะยาว และผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลหลักรวมทั้งสมาชิกในครอบครัว (Hanks, Rapport, & Vangel, 2007; Riley, 2007; Wells, Dywan, & Dumas, 2005) นอกจากนี้ เน้นผลกระทบปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อญาติผู้ดูแลหลักในระยะยาว ทั้งด้านสุขภาพกาย เช่น โรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า (Harris, Godfray, Partridge, & Knight, 2001) รวมทั้งด้านบทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวด้วย แต่การศึกษาวิจัยและการรายงานการวิจัยเท่าที่ปรากฏในประเทศไทยช่วงทศวรรษที่ผ่านมา พบว่า มุ่งเน้นด้านแนวทางการรักษาอาการ ผลการรักษา แนวทางการช่วยชีวิตผู้ป่วย การป้องกันความพิการด้านร่างกาย ความบกพร่องทางกาย การติดตามอาการภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะสั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัย พบว่า ญาติผู้ดูแลเน้นการดูแลผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะในด้านร่างกาย รวมทั้งระดับการดูแลด้านร่างกายอยู่ในระดับมาก (ชนัญชิตา โทธิประสาธ, 2547) แต่การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะพบน้อย นอกจากนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลเผชิญกับความเครียดจากสถานการณ์ดังกล่าวด้วย

ระบบการติดตามผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในประเทศไทยเป็นการติดตามอาการระยะสั้น หรือขาดการส่งต่อผู้ป่วยที่ดี จะเห็นได้จากหลักฐานรายงานการติดตามมีจำนวนน้อย (หน่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2553) แต่เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์ และการพยาบาลที่ไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลหลักได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาลไม่เพียงพอ ขาดความรู้ความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และไม่ทราบแนวทางแก้ไขปัญหาคือถูกต้อง อีกทั้ง ญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้ไม่ได้รับช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ และผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวพบค่อนข้างน้อย การศึกษาวิจัยที่บ่งชี้ถึง

ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะต่อญาติผู้ดูแลในด้านต่างๆ ไม่ชัดเจน บางงานวิจัยมีการกล่าวถึงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และวิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อเข้าใจถึงความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลจากสถานการณ์ดังกล่าว ให้ความสำคัญและตระหนักถึงผลกระทบของปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะยาวซึ่งอาจเป็นก่อให้เกิดความเครียดต่อญาติผู้ดูแล ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้มีความเข้าใจลึกซึ้งในปรากฏการณ์มากยิ่งขึ้น นำความรู้ที่ได้จากการวิจัยมาเป็นพื้นฐานประยุกต์ใช้ รวมทั้ง สามารถให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะรายอื่นๆ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลหลักเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง

คำถามวิจัย

1. ความเครียดของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ อยู่ในระดับใด และเป็นอย่างไร
2. การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นอย่างไร
3. วิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในการดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล เป็นอย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study) เพื่อศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยทำการศึกษาในญาติผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ มารับการตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอกระบบศัลยกรรมประสาท ของโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลรามธิบดีสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สังกัดสภากาชาดไทย และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการเก็บ

รวบรวมข้อมูลในวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 7.30-15.00 ช่วงระหว่าง เดือนเมษายน พ.ศ. 2554 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2554

คำจำกัดความ

ความเครียดของญาติผู้ดูแล หมายถึง ภาวะที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยการประเมินตัดสินว่าเหตุการณ์นั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพของตนเอง และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ไม่เพียงพอในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น ประเมินโดยแบบสอบถามระดับความเครียดจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล หมายถึง ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล โดยแปลผลระดับความเครียด ดังนี้ ระดับความเครียดน้อย ระดับความเครียดปานกลาง ระดับความเครียดมาก และระดับความเครียดมากที่สุด ประเมินโดยแบบวัดระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล หมายถึง วิธีการที่ญาติผู้ดูแลใช้ ทั้งการกระทำหรือความรู้สึกนึกคิดในการจัดการกับสถานการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด วัดโดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดจากโลวิค ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 มีข้อคำถาม 36 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน (Likert Scale) 5 ระดับ

การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของญาติผู้ดูแล หมายถึง วิธีจัดการของญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยการบอกเล่าของญาติผู้ดูแล ประเมินจากการสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ของญาติผู้ดูแลตามแนวคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ญาติผู้ดูแลหลัก หมายถึง บุคคลที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย และทำหน้าที่ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยที่บ้านภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะโดยตรง อย่างต่อเนื่อง

สม่ำเสมอมากกว่าบุคคลอื่น ตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรวมทั้งสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วยได้

ผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ผู้ป่วยที่แสดงอาการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ที่เป็นปัญหาภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ ระดับเล็กน้อย หรือปานกลาง หรือรุนแรง (โดยการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์การประเมินทางระบบประสาท Glasgow Coma Score แกรับไว้ใน การเข้าร่วมโครงการเมื่อแรกเริ่มเข้ารับการรักษา)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายโดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพ โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ มารับการตรวจตามนัด และรักษาต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 47 ราย โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน 2554

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ได้แก่ แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) โดยให้บอกชื่อ สี สัตว์ ผลไม้ จังหวัด หมวดละ 10 ชื่อ ผู้ที่ได้คะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

2.3 แบบสอบถามการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ และระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล โดยเนื้อหาของคำถาม จะประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด (Closed end Question) แบบ Check list/ matrix question (Likert Scale) เกี่ยวกับลักษณะของการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการ

บาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 6 กลุ่มอาการ , ความถี่ของการเกิด ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้ ไม่เคยเกิดขึ้นเลย บ่อยครั้ง สม่ำเสมอ และทุกวัน หลังจากนั้นสอบถามระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลจากสถานการณ์การดูแลดังกล่าว โดยลักษณะของคำถามระดับความเครียดเป็น Likert Scale ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้ ไม่เลย น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ดังนี้ แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านศัลยกรรมประสาท จำนวน 1 ท่าน, แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตเวชศาสตร์ 1 ท่าน, อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาท และการสร้างเครื่องมือวิจัย จำนวน 1 ท่าน, อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมระบบประสาท และการสร้างเครื่องมือวิจัย จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านศัลยกรรมอุบัติเหตุ จำนวน 1 ท่าน ได้คำดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ ดังนี้ คำดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (item-level CVI) ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.80-1.00 และคำดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมด (scale-level CVI) เท่ากับ 0.92 สำหรับการหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 47 ราย แล้วนำมาคำนวณหาความเที่ยง โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 49 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .74 และ 2) ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล จำนวน 49 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .92

2.4 แบบวัดการเผชิญความเครียด (The Jalowiec coping scale: JCS)

(Jalowiec, 1988) ผู้วิจัยนำแบบวัดการเผชิญความเครียดฉบับภาษาไทยแปลโดยนิตยา สุทธาการ (2531) ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ แบ่งวิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้าน ดังนี้ การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา 13 ข้อ การเผชิญความเครียดด้านการจัดการอารมณ์ 9 ข้อ และการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึก 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ ไม่เคยใช้วิธีนั้นเลยให้ 1 คะแนน จนกระทั่งถึงใช้วิธีนั้นเกือบทุกครั้งให้ 5 คะแนน คุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (The Jalowiec coping scale: JCS) ที่มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 47 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .64 การแปลผลคะแนนทำได้ 2 วิธี คือการคำนวณคะแนนจริง (raw score) และการคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ (relative score)

2.5 แบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์

ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด (open ended questions) จำนวน 10 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้รับการยินยอมจากคณะกรรมการการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบศัลยกรรมประสาทล่งหน้าจากเวชระเบียน และสมุดบันทึกข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและข้อมูลของญาติผู้ดูแล
3. ในวันนัด ผู้วิจัยแจ้งข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย ให้พยาบาลประจำการรับทราบ และแนะนำข้อมูลเบื้องต้นผู้วิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ร่วมวิจัย
4. ผู้วิจัยชี้แจงวิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้ง ขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างสัมภาษณ์ และลงนามในหนังสือยินยอมโดยการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed consent form) เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยซักถามข้อสงสัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย หลังจากนั้น เชิญผู้ร่วมวิจัยมายังห้องที่เตรียมไว้ภายในแผนกผู้ป่วยนอกระบบศัลยกรรมประสาท และให้ผู้ป่วยรออยู่ด้านนอก เพื่อสะดวกในการตอบแบบสอบถาม และได้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด กรณีที่ผู้ร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมวิจัย แต่ไม่สะดวก หรือไม่ใช่ญาติผู้ดูแลหลัก จะนัดหมายผู้ร่วมวิจัยอีกครั้ง
5. หลังจากผู้ร่วมวิจัยยินยอมเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) อธิบายวิธีตอบแบบสอบถาม และสัมภาษณ์แต่ละชุดอย่างละเอียด แล้วจึงตอบแบบสอบถามการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ และระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล 2) ตอบแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (The Jalowiec coping scale: JCS) 3) สัมภาษณ์ โดยแบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลใช้สถิติบรรยาย แจกแจงด้วยความถี่ ค่าร้อยละ 2) ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ แจกแจงด้วยความถี่ ค่าร้อยละ และระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล ใช้สถิติบรรยาย คือการแจกแจง ด้วยความถี่ ค่าร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 3) การเผชิญ

ความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย เพื่อนำเสนอข้อมูลด้วย ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนจริง และคะแนนสัมพัทธ์

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 47 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 87.23 มีสาเหตุการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดจากอุบัติเหตุทางรถยนต์จักรยานยนต์ และรถไฟ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.59 รองลงมาเกิดจากล้ม ร้อยละ 14.89 และถูกทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 6.38

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลหลัก

ญาติผู้ดูแลหลักจำนวน 47 ราย ร้อยละ 80.9 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 45.51 ปี (SD=12.99) สมรสร้อยละ 74.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 34 มีอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 29.8 มีรายได้เฉลี่ย 16,115.32 บาทต่อเดือน (SD=19,921.08) มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 63.8 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นคู่สมรสร้อยละ 44.7 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 17-24 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 44.7 มีระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.3 มีญาติผู้ดูแลรองร้อยละ 66 และญาติผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพพบร้อยละ 59.6 และผู้ป่วยดังกล่าวมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนใหญ่มีอาการปรากฏร่วมหลายชนิดมีร้อยละ 63.83 และปรากฏอาการเพียงชนิดเดียวร้อยละ 36.17

ลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 47 ราย จำแนกตามกลุ่มปัญหา จำนวน 7 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาวะอารมณ์ โดยลักษณะปัญหาด้านภาวะอารมณ์ที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ อาการอารมณ์ร้อน ขุ่นเคืองได้ง่าย หรือหงุดหงิดง่าย คิดเป็นร้อยละ 55.3 รองลงมาได้แก่ อาการอ่อนไหวง่าย คิดเป็นร้อยละ 29.7 และไม่สามารถควบคุม

อารมณ์ตนเองได้ พบร้อยละ 25.6 กลุ่มอาการลำดับต่อมา ได้แก่ 2) อาการทางกาย ซึ่งอาการที่พบในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.3 ได้แก่ อาการเวียนศีรษะ หรือปวดศีรษะ รองลงมา ได้แก่ อาการมึนงง พบร้อยละ 36.2 และอาการนอนหลับยากหรือหลับมากกว่าปกติ พบร้อยละ 25.6 3) ความจำ สมาธิ และสติปัญญา โดยปัญหาที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความผิดปกติด้านความจำ พบ ร้อยละ 46.8 มีความผิดปกติด้านความจำ รองลงมา ได้แก่ อาการพูดเรื่องเดิมซ้ำๆตลอดเวลา หรือคร่ำครวญในเรื่องเดิม รองลงมา พบร้อยละ 36.1 และอาการคิดหมกมุ่นในเรื่องเดิม พบร้อยละ 17.0 กลุ่มอาการที่ 4) การติดต่อสื่อสาร พบว่า ร้อยละ 25.5 ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการคิดคำพูดที่ใช้เวลานานรองลงมา ได้แก่ อาการพูดลำบาก คิดเป็น ร้อยละ 12.7 และพบว่า ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการสนทนา โดยพูดหยาบคาย คิดเป็นร้อยละ 4.2 ใกล้เคียงกับอาการไม่เข้าใจในสิ่งที่คู่สนทนาพูด 5) การแสดงพฤติกรรม ซึ่งลักษณะปัญหาพฤติกรรมที่พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.0 ได้แก่ อาการใจร้อนและไม่มีความอดทน ลำดับต่อมาร้อยละ 23.4 อาการลืมปิดสวิตช์อุปกรณ์ต่างๆ และ ร้อยละ 14.9 ได้เถียงทะเลาะวิวาทกับบุคคลอื่น 6) การควบคุมการเคลื่อนไหว ซึ่งอาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ คิดเป็น ร้อยละ 19.2 อาการเคลื่อนไหวช้า รองลงมา ร้อยละ 17.0 อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง และร้อยละ 12.8 อาการเคลื่อนไหวลำบาก และ 7) ปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์อื่นๆ เป็นลักษณะของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โดยอาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการชัก พบจำนวนเท่ากับอาการคือ ต่อต้านการทำกิจกรรมต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 4.2 และร้อยละ 2.1 ผู้ป่วยมีอาการสูญเสียความมั่นใจในตนเองพบจำนวนเท่ากับอาการตามัว ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=47)

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่พบในผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ภาวะอารมณ์ (Mood)		
สิ้นหวัง ไร้ค่า	6	12.7
โศกเศร้า เสียใจ	4	6.4
เหงาหงอย โดดเดี่ยว	8	17.0
วิตกกังวลโดยไม่มีสาเหตุ	3	6.4
กระวนกระวายใจ	2	4.2
เหนื่อยหน่าย	5	10.6
อารมณ์ร้อน ขุ่นเคืองได้ง่าย หรือหงุดหงิดง่าย	26	55.3
อ่อนไหวง่าย	14	29.7
แสดงอารมณ์โกรธมากกว่าปกติ	10	21.3
ไม่สนใจสิ่งรอบตัว	2	4.2
ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้	12	25.6
2. อาการทางกาย (Somatic)		
ไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่าย	3	6.4
เวียนศีรษะ หรือปวดศีรษะ	18	38.3
อาการมึนงง	17	36.2
นอนหลับยาก หรือหลับมากกว่าปกติ	12	25.6
เบื่ออาหาร รับประทานอาหารลดลง	8	17.1
3. ความจำ สมาธิ และสติปัญญา (Memory – Attention)		
มีความผิดปกติด้านความจำ	22	46.8
ความคิดสับสน	4	8.6
ความสามารถเข้าใจเรื่องต่างๆลดลง	3	6.4
ตัดสินใจโดยไม่ได้ไตร่ตรองให้รอบคอบ	4	8.6
สมาธิสั้น	4	8.6
ย้ำคิดย้ำทำ	7	14.9
พูดเรื่องเดิมซ้ำๆตลอดเวลา หรือคร่ำครวญในเรื่องเดิม	17	36.1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=47) (ต่อ)

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่พบในผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หวาระแวง	4	8.6
หมกมุ่น	8	17.0
ความคิดแปลกๆ	1	2.1
4. การติดต่อสื่อสาร (Communication)		
คิดคำพูดนาน	12	25.5
ไม่เข้าใจความหมายที่คู่สนทนาพูด	2	4.3
ใช้เวลาในการเขียนนาน	1	2.1
พูดลำบาก	6	12.7
บกพร่องในการสนทนา	2	4.2
5. การแสดงพฤติกรรม (Behavior)		
โต้เถียงหรือทะเลาะวิวาทกับบุคคลอื่น	7	14.9
ใจร้อนและไม่มีความอดทน	16	34.0
พฤติกรรมก้าวร้าว	6	12.7
พฤติกรรมถดถอย	6	12.7
โกรธสลับร้องไห้	1	2.1
กรี๊ดร้อง หรือตะโกนคำ	3	6.4
ไม่ดูแลตนเอง	4	8.5
ลืมปิดสวิตซ์อุปกรณ์	11	23.4
คุกคามผู้อื่น	2	4.3
สีหน้าเฉยชา	0	0
หูแว่ว เห็นภาพหลอน	2	4.3
แสดงออกทางเพศไม่เหมาะสม	1	2.1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=47) (ต่อ)

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่พบในผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. การควบคุมการเคลื่อนไหว (Movement)		
เคลื่อนไหวช้า	9	19.2
การเคลื่อนไหวลำบาก	6	12.8
สูญเสียการทรงตัว	4	8.5
กล้ามเนื้อกระตุก	2	4.2
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	8	17.0
7. ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อื่นๆ		
อาการชัก	2	4.2
ตามัว	1	2.1
คือ ต่อด้าน	2	4.2
สูญเสียความมั่นใจในตนเอง	1	2.1

ความเครียด และระดับความเครียดญาติผู้ดูแลหลัก

จากการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ โดยให้ญาติผู้ดูแลหลักกระลึกถึงเหตุการณ์และบรรยายถึงความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ผู้วิจัยนำคำบรรยายมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดกลุ่มสาระที่ได้ในแต่ละประเด็น พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักรับรู้สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 7 ประเภท ได้แก่ 1) กังวลใจ ไม่แน่ใจกับอาการที่ไม่แน่นอน โอกาสการหาย แนวทางการรักษา 2) กลัวการสูญเสีย เช่น เสียชีวิต เสียโอกาสในการรักษา 3) ขอมรับต่อสถานการณ์ 4) ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่ายสถานการณ์ 5) สงสาร เข้าใจสถานการณ์ พยายามหาวิธีช่วยเหลือ 6) มีความหวังต่อการฟื้นหายของผู้ป่วย และ 7) ทำใจ ปล่อยวาง ปลง นอกจากนี้ พบว่าจากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบ ดังนี้ 1) ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ต่อญาติผู้ดูแล 2) ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ต่อสมาชิกในครอบครัว และ 3) ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลอื่น จากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เกิดความเครียดต่อญาติผู้ดูแลหลัก โดยมีระดับความเครียด ดังนี้ ระดับความเครียดมากที่สุด พบมากถึงร้อยละ 36.17 ระดับความเครียดมาก

ร้อยละ 31.91 ระดับความเครียดปานกลาง ร้อยละ 21.28 และระดับความเครียดน้อย พบร้อยละ 10.64 ตามลำดับ ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลหลักจำแนกตามระดับความเครียด (n= 47)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เลย	0	0
น้อย	5	10.6
ปานกลาง	10	21.3
มาก	15	31.9
มากที่สุด	17	36.2

การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลหลัก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเผชิญความเครียดโดยใช้ค่าคะแนนจริง (raw score) คะแนนของการเผชิญความเครียดอยู่ระหว่าง 63-124 จากคะแนนที่เป็นไปได้ 36-180 ค่าเฉลี่ย 95.47 คะแนน (SD = 11.70) เมื่อพิจารณาการเผชิญความเครียดรายด้านทั้ง 3 ด้าน พบว่า ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา มีคะแนนอยู่ระหว่าง 26-54 คะแนน ค่าเฉลี่ย 39.55 คะแนน (SD = 5.86) ด้านการบรรเทาความรู้สึกรีดร้น มีคะแนนอยู่ระหว่าง 19-51 คะแนน ค่าเฉลี่ย 36.83 คะแนน (SD = 6.00) และด้านการจัดการกับอารมณ์ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 11- 28 คะแนน ค่าเฉลี่ย 19.23 คะแนน (SD = 4.26) ดังนั้น เมื่อพิจารณา ค่าคะแนนพิสัยที่เป็นไปได้ และค่าพิสัยจริง พบว่า คะแนนต่ำสุดของค่าพิสัยจริงสูงกว่าคะแนนต่ำสุดของค่าพิสัยที่เป็นไปได้ในการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน จึงสามารถสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลทุกรายในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดร่วมกันทั้ง 3 ด้าน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของญาติผู้ดูแลหลักในการเผชิญความเครียด รายด้านและโดยรวมเมื่อคิดจากคะแนนจริง (Raw scores) (n=47)

การเผชิญความเครียด	ค่าพิสัยที่เป็นไปได้	ค่าพิสัยจริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
คะแนนรวม	36-180	63-124	95.47	11.70
การเผชิญหน้ากับปัญหา	13-65	26-54	39.55	5.86
การบรรเทาความรู้สึกเครียด	14-70	19-51	36.83	6.00
การจัดการอารมณ์	9-45	11-28	19.23	4.26

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนสัมพัทธ์ แสดงสัดส่วนของการใช้วิธีการเผชิญความเครียด (Relative score) ซึ่งบอกถึงสัดส่วนของการใช้วิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลหลักในแต่ละด้าน พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด คิดเป็น 0.39 หรือ ร้อยละ 39 (SD = 0.05) รองลงมาได้แก่วิธีการบรรเทาความรู้สึกเครียด คิดเป็น 0.33 หรือ ร้อยละ 33 (SD = 0.04) และวิธีการจัดการกับอารมณ์เป็นลำดับสุดท้าย คิดเป็น 0.28 หรือ ร้อยละ 28 (SD = 0.11) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของญาติผู้ดูแลหลักในการเผชิญความเครียด รายด้านเมื่อคิดจากคะแนนสัมพัทธ์ (Relative scores) (n=47)

การเผชิญความเครียด	ค่าพิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การเผชิญหน้ากับปัญหา	0.27- 0.48	0.39	0.05
การบรรเทาความรู้สึกเครียด	0.26-0.42	0.33	0.04
การจัดการอารมณ์	0.18-1.00	0.28	0.11

การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลหลัก

จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 47 ราย โดยผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลหลักกรรลึถึงเหตุการณ์ และบรรยายถึงสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะดังกล่าว ซึ่งผู้วิจัยได้นำคำบรรยายมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดกลุ่มสาระที่ได้จากการสัมภาษณ์ ในแต่

ละประเด็น นอกจากนี้ ยังเสนอผลการวิจัยในลักษณะความถี่และร้อยละ พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักมีวิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การดูแลของแต่ละบุคคล มีความเฉพาะเจาะจงในการแก้ไขปัญหา หรือการดูแลผู้ป่วย บางครั้งมีการปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมตามอาการของผู้ป่วย หรือสถานการณ์มากขึ้น ญาติผู้ดูแลหลักบางรายอาจให้บุคคลอื่นเข้ามาช่วยดูแลเป็นครั้งคราว เพื่อให้ตัวญาติผู้ดูแลหลักได้พักผ่อน และคลายความเครียด หรืออาจใช้หลายวิธีร่วมกัน แตกต่างกันไปตามบริบทขณะนั้น ดังนั้น ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลหลัก พบว่า มีวิธีจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์จำแนกตามวิธีการได้ 14 วิธี ดังนี้ 1) ให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ลดสิ่งกระตุ้น 2) จัดกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ 3) การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โดยการใช้คำพูด 4) รับฟังผู้ป่วย อดทนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 5) เปลี่ยนสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อม 6) ให้บุคคลที่ผู้ป่วยยอมรับเป็นผู้จัดการกับสถานการณ์ 7)ปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ 8) ฝึกระวังการเกิดอุบัติเหตุ 9) ช่วยจดจำ กระตุ้นเตือน ใช้เครื่องช่วยจำ 10) ฟื้นฟูความจำ ความคิดของผู้ป่วย 11) ฝึกฝนการควบคุมอารมณ์ของผู้ป่วย 12) ช่วยเหลือการทำกิจกรรม กิจกรรมประจำวัน และกิจกรรมในการดำรงชีวิต 13) เปลี่ยนสภาพแวดล้อม และ 14) ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

การอภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า สถานการณ์ความเครียด ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลหลัก รวมทั้งวิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลหลัก มีดังนี้

สถานการณ์ความเครียด และระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแลหลัก การดำเนินชีวิตประจำวัน บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบภายในครอบครัว จนเกิดเป็นความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Degeneffe & Lynch, 2006) ญาติผู้ดูแลหลักบางรายให้ความสำคัญต่อสถานการณ์ดังกล่าวว่า ส่งผลต่อความเครียดของตนเอง เนื่องจากต้องปรับบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบด้านรายได้ของครอบครัวเพิ่มขึ้น และการเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งต้องดูแลผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งมีอาการไม่แน่นอน จากสถานการณ์ดังกล่าว พบว่าญาติผู้ดูแลหลักเป็นผู้รับภาระภายในครอบครัว เป็นการเพิ่มความรับผิดชอบในด้านบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว เช่นบางครอบครัวญาติผู้ดูแลหลักปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นหัวหน้าครอบครัวแทนผู้ป่วย อาจต้องตัดสินใจเรื่องสำคัญโดยไม่มีประสบการณ์มาก่อน ทำงานหนักเพิ่มมากขึ้นให้เกิดรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพของสมาชิกในครอบครัว หากเกิดปัญหา หรือความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่สามารถหาทางออกในการระบายน หรือปรึกษากับบุคคลอื่นได้ ทำให้เกิดความรู้สึกหงอยเหงา ว้าเหว่ และเกิดภาวะเศร้า (อรพรรณ ถีบุญรัชชัย, 2554) จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ เกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ญาติผู้ดูแลหลักรับรู้สถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียด กังวล และทุกข์ใจ สามารถแบ่งความเครียดของญาติผู้ดูแลหลักได้เป็น 7 ประเภท ได้แก่ 1) กังวลใจ ไม่แน่ใจกับอาการที่ไม่แน่นอน โอกาสการหาย แนวทางการรักษา 2) กลัวการสูญเสีย เช่น เสียชีวิต เสียโอกาสในการรักษา 3) ขอมรับต่อสถานการณ์ 4) ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่ายสถานการณ์ 5) สงสาร เข้าใจสถานการณ์ พยายามหาวิธีช่วยเหลือ 6) มีความหวังต่อการฟื้นฟูหายของผู้ป่วย และ 7) ทำใจ ปล่อยวาง

จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้ใช้การเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาได้แก่ การบรรเทาความรู้สึกเครียด และใช้วิธีการจัดการอารมณ์เป็นลำดับสุดท้าย (ตารางที่ 3) จากผลการวิจัย สนับสนุนแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) หากผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ แสดงพฤติกรรมหรืออารมณ์ดังกล่าวออกมา แต่ญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์นั้นว่าส่งผลกระทบต่อตนเองในระดับต่ำ และสามารถหาแหล่งประโยชน์อื่นมาสนับสนุนช่วยเหลือ ญาติผู้ดูแลยังไม่เกิดความรู้สึกเครียด หรือมีความเครียดอยู่ในระดับเล็กน้อย ญาติผู้ดูแลจะเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหา ซึ่งจะมุ่งจัดการกับแหล่งความเครียด และมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าการเผชิญความเครียดด้านอื่นๆ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ด่าทอ ญาติผู้ดูแลจะเข้าไปปลอบโยนผู้ป่วย พุดจาด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน ให้ผู้ป่วยได้อยู่คนเดียวตามลำพังเพื่อลดสิ่งกระตุ้นให้เพิ่มระดับความรุนแรงขึ้น ในบางครั้ง อาจพบว่าปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์นั้นว่าส่งผลกระทบต่อตนเองมาก และไม่สามารถหาแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนช่วยเหลือ รวมทั้งไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ ญาติผู้ดูแลจะเกิดความเครียดอยู่ในระดับมาก อาจจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยมุ่งที่จะใช้วิธีการเผชิญ

ความเครียด โดยการบรรเทาความรู้สึกเครียด และการจัดการกับอารมณ์มากกว่าด้านอื่น ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในขณะนั้น

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีกรณีตัวอย่างของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านการพูด พูดเรื่องเดิมซ้ำๆ หรือคร่ำครวญในเรื่องเดิม ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลที่เผชิญสถานการณ์อยู่เกิดความรู้สึกรำคาญ โกรธ หงุดหงิด และไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ จึงใช้วิธีการเผชิญความเครียด 2 ด้านร่วมกัน ได้แก่ การบรรเทาความรู้สึกเครียด โดยการปลีกตัวไปอยู่คนเดียวตามลำพัง หรือทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ เพื่อคลายความเครียดลง เป็นการจัดการกับอารมณ์ โกรธของตนเอง จากผลการศึกษาวิจัยดังกล่าว สอดคล้องกับทฤษฎีของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) โดยกล่าวถึงการเผชิญความเครียดของบุคคลไว้ว่า หากบุคคลมีการประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ว่าส่งผลกระทบต่อตนเองน้อย ระดับความรุนแรงต่ำ สามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ โดยอาศัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ บุคคลนั้นจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการมุ่งแก้ปัญหามากกว่ามุ่งจัดการกับอารมณ์ และหากสถานการณ์นั้นมีระดับความรุนแรงมาก บุคคลประเมินโดยผ่านกระบวนการคิดว่าส่งผลกระทบต่อตนเองในระดับมาก และไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์มากกว่ามุ่งแก้ปัญหา

เมื่อพิจารณาจากค่าคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) ซึ่งแสดงสัดส่วนของการใช้วิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในแต่ละด้าน (ตารางที่ 4) พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียด ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 0.39, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.05) รองลงมา ได้แก่ ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด (ค่าเฉลี่ย = 0.33, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.04) และใช้วิธีจัดการกับอารมณ์เป็นลำดับสุดท้าย (ค่าเฉลี่ย = 0.28, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.11) โดยการใช้วิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลเหมือนกับค่าคะแนนจริง (Raw scores)

การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการสัมภาษณ์ถึงวิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล เพื่อให้มีความลึกซึ้งของเนื้อหา และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง และปรากฏการณ์จริงที่เกิดขึ้นของแนวทางการดำรงชีวิตของผู้ป่วยร่วมกับญาติผู้ดูแล จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า สามารถจัดกลุ่มของแนวทางวิธีจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติ

ผู้ดูแลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลหลักมีวิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์จำแนกตามวิธีการได้ 14 วิธี ดังนี้ 1) ให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ลดสิ่งกระตุ้น 2) จัดกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ 3) การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โดยใช้คำพูด 4) รับฟังผู้ป่วย อุดหนุนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 5) ปรับเปลี่ยนสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อม 6) ให้นุ้คนที่ผู้ป่วยยอมรับเป็นผู้จัดการกับสถานการณ์ 7) ปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ 8) เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ 9) ช่วยจดจำ กระตุ้นเตือน ใช้เครื่องช่วยจำ 10) ฟื้นฟูความจำ ความคิดของผู้ป่วย 11) ฝึกฝนการควบคุมอารมณ์ของผู้ป่วย 12) ช่วยเหลือการทำกิจกรรม กิจกรรมประจำวัน และกิจกรรมในการดำรงชีวิต 13) ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม และ 14) ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเนื้อหาข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ก่อนข้างมีความเฉพาะเจาะจงของแต่ละบุคคล มีความสัมพันธ์กับลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ความถี่ในการแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ดังกล่าว ผลกระทบจากปัญหาดังกล่าวต่อบุคคลอื่น และสมาชิกในครอบครัว แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือรวมทั้ง ประสบการณ์เดิมของญาติผู้ดูแล ทั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล และลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีผลต่อวิธีการจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวของญาติผู้ดูแล และขาดการจัดทำระบบในการรักษาดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก การรักษาดูแลช่วยเหลือแยกส่วน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาที่เป็นประโยชน์ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา และวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

1) จากผลการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล นอกจากนี้พยาบาลควรเป็นศูนย์กลาง หรือจัดทำสื่อช่วยเผยแพร่ข้อมูล เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อเป็นช่องทางแก่ญาติผู้ดูแล ได้สามารถเข้าถึงข้อมูล เช่น เว็บไซต์ทางอินเทอร์เน็ต แผ่นพับ เป็นต้น รวมทั้งมีบทบาทพยาบาลที่เลี้ยงแก่ญาติผู้ดูแล (Coaching) ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว และสามารถช่วยแก้ไขปัญหา หรือแนะนำแหล่งประโยชน์ที่ญาติผู้ดูแลสามารถจะขอรับความช่วยเหลือได้

2) พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะควรมีความตระหนักถึงความเครียด ระดับความเครียด และผลกระทบของปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งต่อตัวผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ สามารถให้การดูแลได้ถูกต้อง และเหมาะสม รวมทั้งสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าว และแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแลได้

3) นำผลการวิจัยที่ได้ ได้แก่ การเผชิญความเครียด และวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ของญาติผู้ดูแลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลรายอื่น โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

ด้านการศึกษาพยาบาล

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่าสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลนั้น ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งเป็นผลในระยะยาว ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล ควรมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม รวมทั้งให้ความสนใจญาติผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว และให้นักศึกษาเข้าใจการเกิดปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะเพื่อเป็นการบูรณาการเรียนการสอนให้นักศึกษาพยาบาลสามารถเชื่อมโยงพยาธิสภาพของโรค เข้ากับสภาพที่ผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เหมาะสม

ด้านวิจัยทางการพยาบาล

จากผลการวิจัยเป็นข้อมูลให้พยาบาลพัฒนาการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ รวมทั้งสมาชิกในครอบครัว และญาติผู้ดูแล เพื่อให้บุคคลดังกล่าวสามารถเข้าถึงการดูแล ระบบการช่วยเหลือที่มีคุณภาพ และเป็นระบบมากยิ่งขึ้น ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล รวมทั้งผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความต้องการการช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าว และควรมีระบบการติดตามที่เป็นปัจจุบัน เพื่อให้บุคลากรพยาบาลสามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้มากขึ้น และมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นด้วย

FAMILY CAREGIVER'S STRESS, COPING, AND MANAGEMENT OF BEHAVIORAL AND EMOTIONAL PROBLEMS FOLLOWING TRAUMATIC BRAIN INJURY

PAIRIN PATSADU 5236599 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPORN WONGVATUNYU, PH.D. (NURSING), YUPAPIN SIRAPO-NGAM, D.S.N. (ADULT HEALTH NURSING)

EXTENDED SUMMARY**Introduction**

Traumatic brain injury is a major public health problem in the world because it is a cause of disability and mortality of the population, causing the governments to spend a large amount of budgets to care for patients with traumatic brain injury, particularly moderately severe traumatic brain injury or more. A study has reported that the incidence of traumatic brain injury is 235 in 100,000 persons and 150 in 100,000 in Europe and the United States, respectively (McAllister, 2008). As for Thailand, in 2009, accidents were the second leading cause of mortality in the country, accounting for 35,304 in 100,000 persons (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, B.E. 2553). Furthermore, accidents are a major cause of injuries and disabilities, especially head injuries (Nipawan Samartkit & Supaporn Duangpang, B.E. 2544). According to the statistics on traumatic brain injury at Ramathibodi Hospital, a tertiary hospital, based on the coding system of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision Version for 2006, Volume 3 (ICD 10), between 2000 and 2010, there were 1,315 inpatients and 1,211 outpatients who sought treatment at the hospital (Data and Statistics Unit, Ramathibodi Hospital, B.E. 2553). In addition, at King Chulalongkorn

Memorial Hospital, in 2009, there were 239 cases of traumatic brain injury (Accident Surgery Unit, King Chulalongkorn Memorial Hospital, B.E. 2553). A review of literature has revealed that the most commonly found cause of traumatic brain injury was traffic accidents, making up 53% to 80% of the total (Roongsak Siwanuwat, B.E. 2550), followed by falls, falling from a higher ground, physical assault, and sports-related injuries, etc.

At present, continuous advancements in medical technology and availability of advanced life support result in a lower mortality rate caused by traumatic brain injury and a higher rate of survival. However, after traumatic brain injury, surviving patients have to live with remaining physical disability, changes in body image, and post-traumatic brain injury such as headaches, which make it difficult for patients to carry out activities and functioning, hence effects on their socioeconomic status (Hart et al., 2003). In addition to physical disability, patients with traumatic brain injury may suffer from behavioral and emotional changes (Kim, 2002), which can be found in about 70% of the patients (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2551), depending on the severity of the traumatic brain injury and pathology of different parts of the brain. For instance, mild traumatic brain injury may affect patients' memory and cause depression (Rapoport, McCauley, Leven, Song, & Feinstein, 2002). Moderate traumatic brain injury can cause aggressiveness and personality changes (Godfrey et al., 2003), as well as loud behavior and confusion (Hart et al., 2003; Testa, Malec, Moessner, & Brown, 2006). However, severe traumatic brain injury is not as frequently mentioned in the literature, because the mortality rate is as high as 50% (Nipawan Samartkit & Supaporn Duangpang, B.E. 2544). Thus, it can be concluded that after traumatic brain injury patients undergo behavioral and emotional changes and require assistance in daily living activities as well as care for their behavioral and emotional changes.

In the Thai context, most family caregivers of chronic patients are related to the patients. They are family members such as mothers, fathers, siblings, or spouses (Yupapin Siraphongam, B.E. 2539). Traumatic brain injury is a chronic condition that causes physical disability and cognitive, emotional, behavioral, and functional changes in patients, making patients become dependent on their family caregivers. Sudden traumatic brain injury can therefore lead to stress in family caregivers. Research has

shown that family caregivers assess caregiving at home to patients with traumatic brain injury as a stressor (Siriluck Kaewsriwong, B.E. 2549). If family caregivers have to work to earn their living, their role functioning and socioeconomic status may be affected. Therefore, it can be seen that behavioral and emotional changes of patients with traumatic brain injury have a direct effect on both patients and their family caregivers and family members (Kersel, Marsh, Havills, & Sleights, 2001). This is because family caregivers have to constantly cope with patients' behavioral and emotional changes and solve problems related to such changes.

Behavioral and emotional changes of patients with traumatic brain injury are considered major problems for family caregivers as the situations are constantly changing, and this can cause stress in family caregivers (Wells, Dywan, & Dumas, 2005) because they are unable to cope with such situations. According to the stress theory of Lazarus and Folkman (1984), stress is a situation that threatens individuals who have to make full use of resources to cope with stress. Stress depends on the appraisal of the balance between demands and resources of individuals (Lazarus & Folkman, 1984). If family caregivers appraise the caregiving situation of patients with traumatic brain injury with behavioral and emotional changes as a threatening situation that is beyond their control, they can develop and suffer from stress.

When family caregivers appraise the caregiving situations of patients with traumatic brain injury with behavioral and emotional changes as stress, they can develop suffering and the family balance will be affected. Family members will develop stress as their roles, functioning, and daily living have to change to accommodate the patients' conditions (Degeneffe & Lynch, 2006). They can become disheartened and bored with caregiving duties, so they find coping strategies to deal with the situations (Hank, Rapport, & Vangel, 2007). If they are unable to deal with such situations, or lack needed resources, family caregivers may use negative coping such as neglect of patients (Hank, Rapport, & Vangel, 2007) because the patients' behaviors and emotions cause them embarrassment, boredom, and mental sufferings (Wells, Dywan, & Dumas, 2006). They may lack attention to patients or ignore them, causing the patients to lack appropriate treatment and care. However, some family caregivers may try to use positive coping such as searching for ways to help patients. Simply put, it is believed that family caregivers' coping is related to management of

behavioral and emotional changes in patients with traumatic brain injury. Based on the researcher's experience, family caregivers tend to cope with immediate problems rather than plan for long-term solutions such as restricting or isolating patients to avoid aggressive behaviors, hurting patients, or using verbal abuse, etc.

Even though family caregivers are important persons who can provide continuous care to patients with behavioral and emotional problems to reduce complications after traumatic brain injury, a review of literature on behavioral and emotional problems in patients with traumatic brain injury in the past ten years has revealed that the foci of the studies conducted in Thailand and abroad are different. Research conducted overseas emphasizes behavioral and emotional problems in patients with traumatic brain injury in terms of long-term monitoring and effects on family caregivers and family members (Hanks, Rapport, & Vangel, 2007; Riley, 2007; Wells, Dywan, & Dumas, 2005). In addition, overseas studies focus on long-term effects of behavioral and emotional problems of patients with traumatic brain injury on family caregivers in terms of physical health including chronic illnesses such as hypertension and mental health such as depression (Harris, Godfray, Partridge, & Knight, 2001), as well as the roles and functioning of family caregivers and family members. However, the studies conducted in Thailand in the past decade emphasize treatment methods, treatment outcomes, guidelines on saving patients' life, prevention of physical disability, physical morbidity, short-term monitoring of symptoms after hospital discharge, etc. Likewise, research findings have showed that family caregivers tend to focus on physical care of the patients after traumatic brain injury (Chananchita Photiprasart, B.E. 2547), but there are few studies that investigated behavioral and emotional changes in patients with traumatic brain injury. It has also been found that family caregivers have to cope with stress from such caregiving situations.

In general, the follow-up system after hospital discharge for patients with traumatic brain injury is a short-term follow-up, and there is a lack of an effective referral system, as evidenced by little evidence on follow-up reports (Accident Surgery Unit, King Chulalongkorn Memorial Hospital, B.E. 2553). This is considered a major medical and nursing care problem that lacks continuous attention. Generally, family caregivers lack sufficient information and advice from medical and nursing personnel,

so they do not have necessary knowledge and understanding of the changes that have taken place or solutions to the problems. Moreover, these family caregivers do not receive continuous care, so they can suffer from stress. A review of research literature carried out in Thailand has indicated that there are few studies on behavioral and emotional changes in patients with traumatic brain injury and their effects on family members. Also, the findings on effects of behavioral and emotional changes in patients with traumatic brain injury are inconclusive, and they are rarely mentioned in most studies.

As a result, the researcher was interested in investigating stress, coping, and management of behavioral and emotional changes in patients with traumatic brain injury so as to shed more light on stress and coping of family caregivers as well as long-term effects of behavioral and emotional changes in patients with traumatic brain injury on their family caregivers as such changes can cause a high level of stress. In this study, data were collected by means of in-depth interviews to gather insightful data about the phenomenon of interest. It was anticipated that the findings of the present study could be used as baseline data to correctly and appropriately provide advice and guidance to family caregivers of patients with traumatic brain injury with behavioral and emotional problems so as to ensure continuity and increase the quality of care.

Research Questions

1. What is the level of stress of family caregivers of patients with traumatic brain injury with behavioral and emotional problems and what is it like?
2. What is coping of family caregivers of patients with traumatic brain injury with behavioral and emotional problems like?
3. What is management of behavioral and emotional problems of family caregivers of patients with traumatic brain injury like?

Scope of the Study

The present study was descriptive research which aimed at investigating stress, coping, and management of behavioral and emotional problems of family caregivers of patients with traumatic brain injury. Data were collected from family caregivers of patients with traumatic brain injury with behavioral and emotional problems who sought treatment at the outpatient neurosurgery clinic of three tertiary hospitals including Ramathibodi Hospital under the Ministry of Education, King Chulalongkorn Memorial Hospital under the Thai Red Cross Society, and Nopparat Rajathani Hospital under the Ministry of Public Health. Data were collected between Mondays and Fridays, from 07:30 a.m. to 03:00 p.m. from April to September, 2011.

Definition of Terms

Family caregivers' stress refers to the condition appraised by caregivers as resulting from providing care to patients with behavioral and emotional problems after traumatic brain injury. Caregivers appraise that such condition threatens their security and that their available resources are not sufficient to cope with such situation. In this study, caregivers' stress was assessed using the level of family caregivers' stress questionnaire designed by the researcher.

Levels of family caregivers' stress refer to the levels of stress of family caregivers resulting from providing care to patients with behavioral and emotional problems after traumatic brain injury. In this study, the levels of stress were divided into mild stress, moderate stress, severe stress, and very severe stress as assessed by the level of family caregivers' stress questionnaire designed by the researcher.

Family caregivers' coping refers to the methods used by family caregivers, both action and thinking, to cope with the situations appraised as stress. In this study, family caregivers' coping was assessed using the stress coping scale of Jaloewic (1988) consisting of 36 items arranged in a five-point Likert scale.

Family caregivers' management of behavioral and emotional problems refers to methods that family caregivers use to provide care to patients with traumatic brain injury with behavioral and emotional problems as described by family caregivers. In this study, it was assessed by means of the interviews on management of behavioral and emotional problems based on the open-ended interviews developed by the researcher.

Family caregivers refer to individuals who are 18 years old or older who are family members of patients with traumatic brain injury and who are directly and continuously responsible for providing care to patients after hospital discharge. They are able to provide information regarding behavioral and emotional changes of the patients.

Patients with behavioral and emotional problems after traumatic brain injury refer to patients who manifest behavioral and emotional changes after they have had the injury which can be divided into mild, moderate, or severe, as diagnosed by physicians based on the Glasgow Coma Score when they were first admitted into the hospital for treatment.

Methodology

The present study was descriptive research. Data were collected by means of questionnaires and interviews from 47 family caregivers of patients with behavioral and emotional problems after traumatic brain injury who came to appointments and continuous treatment and care at the outpatient neurosurgery clinic of Ramathiboid Hospital, King Chulalongkorn Memorial Hospital, and Nopparat Rajathani Hospital. Data collection took place between April and September 2011.

Instrumentation

The instruments used in this study consisted of the following:

1. The Set Test was used to screen the study subjects who were 60 years old or older by asking them to name ten items of each of the following categories: colors, animals, fruits, and provinces. The subjects whose total scores were equal to or higher than 25 points were eligible to take part in the study.

2. The instruments used to collect data were as follows:

- 2.1 The patients' demographic characteristics questionnaire

- 2.2 The family caregivers' demographic characteristics questionnaire

- 2.3 The behavioral and emotional problems after traumatic brain injury questionnaire and the family caregivers' levels of stress questionnaire consisted of closed-ended questions arranged in the forms of a checklist/matrix question (Likert scale). The questionnaires elicited data regarding behavioral and emotional problems in patients after traumatic brain injury divided into six symptoms and their frequency. The criteria used were as follows: 'never,' 'sometimes,' 'frequently,' and 'everyday.' After that, the family caregivers' stress levels caused by the caregiving situation were assessed using a Likert-scale type questionnaire with response choices of 'none,' 'mild,' 'moderate,' 'severe,' and 'very severe.' The content validity of the instruments were examined and confirmed by a panel of five experts who were one neurosurgeon, one psychiatrist, one nurse instructor who was specialized in neurosurgery and instrumentation, and one nurse instructor who was specialized in neuromedicine and instrumentation, and one nurse specialist in accident surgery. The item-level CVI values of the questionnaires ranged from 0.80 to 1.00, and the scale-level CVI value was equal to 0.92. As regards reliability of the instruments, the revised versions of the questionnaires were used with 47 family caregivers of patients with traumatic brain injury with behavioral and emotional problems, and the reliability values were divided into two parts: 1) behavioral and emotional problems after traumatic brain injury, totaling 49 items, with the alpha correlation coefficient of 0.74 and 2) the family caregivers' levels of stress, totaling 49 items, with the alpha correlation coefficient of 0.92.

2.4 The Jalowiec coping scale (JCS) (Jalowiec, 1988) was translated into the Thai language by Nittaya Suthayakorn (B.E. 2531) and validated for content validity by a panel of three experts. The scale consisted of 36 items which divided coping into three categories: problem-focused coping (13 items), emotion-focused coping (9 items), and stress relieving (14 items). The items were arranged in a five-point Likert scale ranging from 'never' (1 point) to 'almost all the time' (5 points). With regard to reliability of the instrument, the Jaloweic coping scale was used with 47 family caregivers of patients with traumatic brain injury. Alpha correlation coefficient was equal to 0.64. The interpretation of scores could be done with either raw scores or relative scores.

2.5 The management of behavioral and emotional problems in patients with traumatic brain injury interview protocol was composed of ten open-ended questions.

Data Collection

1. The research proposal was approved by the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects of Ramathibodi, King Chulalongkorn Memorial Hospital, and Nopparat Rajathani Hospital.

2. The study subjects were recruited in advance at the outpatient neurosurgery unit from the registrar and medical records of patients with traumatic brain injury who had been discharged from the hospital. The demographic characteristics questionnaires were used to collect demographic characteristics data of both the family caregivers and the patients.

3. On the day of the appointment, the researcher introduced herself to the nurses on duty, explained the research objectives to them, and asked for permission to collect data from the selected subjects.

4. The researcher explained data collection procedures and asked the subjects to audio-record the interviews. The subjects were asked to sign the informed consent form before the data collection commenced. They also had a chance to ask the researcher questions about the research study. After that, they were invited to a

room previously prepared at the outpatient neurosurgery ward. The patients were asked to wait outside while the family caregivers completed the questionnaires to ensure truthful and accurate information as much as possible. In cases the family caregivers agreed to participate in the study but were not available on the day of the patients' appointment with the doctor, or they were not a primary caregiver, the researcher would make an appointment with them for subsequent data collection.

5. After the subjects agreed to participate in the study, the researcher collected data from them as follows: 1) explaining in detail how to complete the questionnaires and respond to the interview, then collecting data using the behavioral and emotional problems after traumatic brain injury questionnaire and the family caregivers' levels of stress questionnaire, 2) collecting data using the Jaloweic coping scale, and interviewing the subjects on management of behavioral and emotional problems in patients with traumatic brain injury.

Data Analysis

1. Quantitative data were analyzed as follows: 1) data regarding demographic characteristics of the family caregivers were analyzed in terms of descriptive statistics of frequency and percentage, 2) data regarding patients' behavioral and emotional problems after traumatic brain injury were analyzed using frequency and percentage, while data regarding family caregivers' levels of stress were analyzed with descriptive statistics of frequency, percentage, range, mean, and standard deviation, and 3) data regarding stress coping were analyzed with descriptive statistics of mean, range, and standard deviations of both raw scores and relative scores.

2. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Findings

Data regarding demographic characteristics of patients with traumatic brain injury

The study findings revealed that there were 47 patients with traumatic brain injury who had behavioral and emotional problems. Of these, 87.23% were male. More than three quarters, or 76.59%, had traumatic brain injury caused by automobile, motorcycle, or train accidents, followed by falls and physical assaults, at 14.89% and 6.38%, respectively.

Data regarding demographic characteristics of family caregivers

Of the 47 family caregivers who participated in the study, most of them, or 80.9%, were female. Their mean age was 45.51 years (SD = 12.99). About three-fourths, or 74.5%, were married, and approximately one-third, or 34%, completed elementary education, and 29.8% were general wage earners. In addition, their mean income was 16,115.32 baht per month (SD = 19,921.08). As regards their relationship with the patients with traumatic brain injury, 63.8% were family members of the patients, and 44.7% were the patients' spouses. Also, 44.7% performed caregiving duties 17-24 hours per day, and more than half, or 55.3%, had been caregivers for more than one year. Moreover, two-thirds of the subjects, or 66%, had a secondary caregiver who assisted them. In terms of health, 59.6% of them had health problems. Finally, when considering behavioral and emotional problems of the patients, it was found that 63.38% of the patients had more than one behavioral and emotional problem, whereas 36.17% had only one kind of problem.

Behavioral and emotional problems of patients with traumatic brain injury

Behavioral and emotional problems of these 47 patients with traumatic brain injury could be divided into seven groups: **1) emotional status:** the three most commonly found emotional problems were moodiness or irritability, at 55.3%, followed by vulnerability, at 29.7%, and inability to control own emotions, at 25.6%; **2) physical symptoms:** the three most commonly found physical symptoms after

traumatic brain injury were dizziness or headache, at 38.3%, followed by confusion, at 36.2%, and difficulty sleeping or sleeping too much, at 25.6%; **3) memory, concentration, and cognition:** the three most commonly found problems after traumatic brain injury were abnormal memory, at 46.8%, followed by repeated speech or whining, at 36.1%, and obsessive thinking, at 17.0%; **4) communication problems:** 25% of the patients had trouble thinking of the words to say, 12.7% had difficulty speaking, and 4.2% had defective speech and used foul words, while another 4.2% had comprehension problems; **5) behavioral expressions:** 34% of the patients lacked patience, 23.4% forgot to switch off electrical appliances, and 14.9% liked to quarrel with others; **6) control of mobility:** 19.2% had slow movements, 17% had weakened muscles, and 12.8% had difficulty moving themselves; and **7) other behavioral and emotional problems:** 4.2% of the patients suffered from seizure, while another 4.2% had stubbornness and resistance in doing activities, and 2.1% lost confidence, whereas another 2.1% had blurred vision, as shown in Table 1 below.

Table 1: Number and percentage of behavioral and emotional problems in patients with traumatic brain injury (n = 47)

Behavioral and emotional problems	Number (persons)	Percent
Mood		
Desperation and worthlessness	6	12.7
Sadness	4	6.4
Loneliness	8	17.0
Paranoia	3	6.4
Anxiety	2	4.2
Boredom	5	10.6
Irritability	26	55.3
Vulnerability	14	29.7
Excessive anger	10	21.3
Indifference	2	4.2
Inability to control own emotions	12	25.6
Somatic symptoms		
Listlessness	3	6.4
Dizziness or headaches	18	38.3
Bewilderment	17	36.2
Difficulty sleeping or oversleeping	12	25.6
Loss of appetite	8	17.1
Memory-Attention		
Abnormal memory	22	46.8
Confusion	4	8.6
Decreased comprehension	3	6.4
Impulsive decision-making	4	8.6
Short attention span	4	8.6
Obsessiveness-compulsiveness	7	14.9
Repeated speech or whining	17	36.1

Table 1: Number and percentage of behavioral and emotional problems in patients with traumatic brain injury (n = 47) (cont.)

Behavioral and emotional problems	Number (Persons)	Percent
Suspicion	4	8.6
Obsessive thinking	8	17.0
Distorted thinking	1	2.1
Communication		
Taking a long time to think of words to say	12	25.5
Inability to comprehend conversation partners	2	4.3
Taking a long time to write	1	2.1
Difficulty speaking	6	12.7
Defective conversation	2	4.2
Behavior		
Quarrelling with others	7	14.9
Impatience	16	34.0
Aggression	6	12.7
Regressive behavior	6	12.7
Anger and crying fist	1	2.1
Screaming and shouting	3	6.4
Lack of self-care	4	8.5
Forgetting to switch off electrical appliances	11	23.4
Threatening to others	2	4.3
Indifferent facial expressions	0	0
Visual and auditory hallucination	2	4.3
Inappropriate sexual expressions	1	2.1
Movement		
Slow movement	9	19.2
Difficult movements	6	12.8
Loss of balance	4	8.5
Twitching	2	8
Myasthenia gravis	8	17.0

Table 1: Number and percentage of behavioral and emotional problems in patients with traumatic brain injury (n = 47) (cont.)

Behavioral and emotional problems	Number (persons)	Percent
Other behavioral and emotional problems		
Seizure	2	4.2
Blurred vision	1	2.1
Stubbornness or resistance	2	4.2
Loss of self-confidence	1	2.1

Stress and levels of stress of family caregivers

During the interviews conducted in this study, the family caregivers were asked to recall events and describe stress caused by their provision of care to the patients. Their descriptions were analyzed in terms of content analysis and categorization. It was found that family caregivers acknowledged that providing care to patients with traumatic brain injury who had behavioral and emotional problems resulted in stress, which could be further divided into seven types: 1) concern and uncertainty about symptoms, chances of recovery, and treatment plans, 2) fear of loss such as loss of life or loss of opportunity for treatment, 3) acceptance of the situation, 4) desperation and boredom caused by the situation, 5) sympathy, understanding of the situation, and attempt to help, 6) hope for recovery of patients, and 7) letting go. In addition, it was discovered that such situations had the following effects: 1) effects of behavioral and emotional problems on family caregivers, 2) effects of behavioral and emotional problems on family members, and 3) effects of behavioral and emotional problems on patients and other people. Such situations caused family caregivers to develop stress. The findings of this study showed that their stress levels were as follows: 36.17% of family caregivers had a very severe level of stress, 31.91% had a severe level of stress, 21.28% had a moderate level of stress, and 10.64% had a mild level of stress, as shown in Table 2 below.

Table 2: Number and percentage of family caregivers as categorized according to their levels of stress (n = 47)

Levels of stress	Number	Percent
None	0	0
Mild	5	10.6
Moderate	10	21.3
Severe	15	31.9
Very severe	17	36.2

Coping of family caregivers

According to the analysis of family caregivers' coping using raw scores, the scores of coping ranged from 63 to 124 out of the total possible scores of 36 to 180, with the mean of 95.47 points (SD = 11.70). When considering three coping strategies, it was found that the scores of problem-focused coping ranged from 26 to 54 points, with the mean of 39.55 points (SD = 5.86), the scores of stress relieving coping ranged from 19 to 51 points, with the mean of 36.83 points (SD = 6.00), and the scores of emotion-focused coping ranged from 11 to 28 points, with the mean of 19.23 points (SD = 4.26). Thus, when considering the possible range and the actual range of scores, it was found that the minimum actual scores were higher than the minimum possible scores in all three aspects of coping. Thus, it could be concluded that the subjects who were family caregivers of patients with traumatic brain injury in this study used all three coping strategies, as depicted in Table 3.

Table 3: Range, mean, and standard deviation of family caregivers' coping in each aspect and overall when analyzing raw scores (n = 47)

Coping	Possible range	Actual range	Mean	Standard deviation
Total scores	36-180	63-124	95.47	11.70
Problem-focused coping	13-65	26-54	39.55	5.86
Stress relieving	14-70	19-51	36.83	6.00
Emotion-focused coping	9-45	11-28	19.23	4.26

When considering relative scores of coping, which indicated the proportion of coping strategies used by family caregivers, it could be seen that family caregivers used problem-focused coping more than the others, totaling 0.39 or accounting for 39% (SD = 0.05). This was followed by stress relieving at 0.33 or 33% (SD = 0.04) and emotion-focused coping at 0.28 or 28% (SD = 0.11), as shown in Table 4.

Table 4: Range, mean, and standard deviation of each aspect of family caregivers' coping as analyzed using relative scores (n = 47)

Coping	Range	Mean	Standard deviation
Problem-focused coping	0.27- 0.48	0.39	0.05
Stress relieving	0.26-0.42	0.33	0.04
Emotion-focused coping	0.18-1.00	0.28	0.11

Family caregivers' management of behavioral and emotional problems of patients with traumatic brain injury

The researcher asked the family caregivers to recall events and described caregiving situations as well as the methods they used to manage behavioral and emotional problems of patients with traumatic brain injury. The descriptions were content-analyzed and categorized to derive at different themes. Furthermore, the

findings are presented in terms of frequency and percentage. It was found that family caregivers used different methods to manage patients' behavioral and emotional problems depending on their individual caregiving experiences. They had their own specific problem-solving and care, which could be adjusted to suit the patients' symptoms or conditions. Some family caregivers may have other people assist them and provide care to the patients occasionally so as to take a rest and relieve their stress from care. Other family caregivers may use different methods together depending on the specific contexts. The study findings indicated that family caregivers' management of behavioral and emotional problems of patients with traumatic brain injury could be divided into 14 methods as follows: 1) leaving the patients alone and reducing arousals, 2) organizing activities to distract patients, 3) using verbal management of behavioral and emotional problems, 4) listening to patients and being patient with the situations, 5) adjusting the situation or the environment, 6) letting someone accepted by the patients manage the situation, 7) consulting medical personnel, 8) preventing accidents, 9) helping patients remember and using a reminder, 10) rehabilitating patients' memory and thinking, 11) training patients' emotional control, 12) helping patients with daily living activities, 13) adjusting the environment, and 14) providing continuous treatment and care.

Discussion of Findings

The study findings regarding stressful situations, levels of stress, and coping of family caregivers as well as family caregivers' management of behavioral and emotional problems could be discussed as follows:

Stressful situations, levels of stress, and coping of family caregivers

Providing care to patients with traumatic brain injury who had behavioral and emotional problems affected ways of life of family caregivers, including their daily routines, and roles and functioning in the family, and this could lead to stress, anxiety, and depression (Degeneffe & Lynch, 2006). Some of the family caregivers described that such situation caused them stress because they had to adjust their roles,

bear more financial burdens, and provide care to patients in addition to other family members. More importantly, they had to deal with uncertainty in behavioral and emotional problems of patients. In some families, family caregivers had to take more responsibilities in the family. For example, some became the leader of the family instead of the patients and they had to make major decisions without previous experience. In addition, some had to work harder to earn a living for the family. If they had problems, they did not have anybody whom they could turn to to ask for advice or relieve their feelings. Such conditions resulted in family caregivers' feelings of loneliness, sadness, and desperation (Orapan Lueboonthawatchai, B.E. 2554). The interviews of family caregivers of patients with traumatic brain injury with behavioral and emotional problems showed that these family caregivers acknowledged their caregiving situation as a source of stress, concern, and mental sufferings. In this study, stress of family caregivers could be divided into seven types as follows: 1) concern and uncertainty about symptoms, chances of recovery, and treatment plans, 2) fear of loss such as loss of life or loss of opportunity for treatment, 3) acceptance of the situation, 4) desperation and boredom caused by the situation, 5) sympathy, understanding of the situation, and attempt to help, 6) hope for recovery of patients, and 7) letting go.

According to the study findings, the family caregivers of patients with traumatic brain injury used problem-focused coping more than the other types of coping strategies, followed by stress relieving and emotion-focused coping (Table 3). Such findings yielded support to the theory of stress and coping of Lazarus and Folkman (1984 cited in Somjit Hanucharunkul, B.E. 2544). If patients developed and expressed behavioral and emotional problems after having traumatic brain injury, but family caregivers appraised that such situation had minor effects on them and they were still able to find resources to assist them, they would not develop stress or develop a mild level of stress. Thus, they were likely to use problem-focused coping rather than other coping strategies. For instance, if patients had aggressive behaviors and used foul language, family caregivers would console them with soft and gentle voice and let the patients be by themselves to reduce arousals. In other situations, when the patients' behavioral and emotional problems became more severe, and when family caregivers appraised that such situations considerably affected them and they

were unable to find resources to assist them, they would develop a high level of stress. They may be more likely to utilize stress relieving or emotion-focused coping, depending on their immediate situations.

In this study, there were some patients who had problems with their speaking. They would repeatedly talk about the same topic or whine about the same thing, thus making family caregivers annoyed and angry. When family caregivers felt that they were unable to control the situations, they would use two coping strategies—stress relieving and emotion-focused coping. They stayed away from the patients or did the activities they liked to relieve stress. Such findings were consistent with the theory of stress and coping of Lazarus and Folkman (1984 cited in Somjit Hanucharunkul, B.E. 2544). According to the theory, when individuals appraised that the situation was not severe and had only minor effects on them, and they were still able to find resources to assist them, they would not develop stress or develop a mild level of stress, they were more likely to use problem-focused coping rather than other coping strategies. However, if the family caregivers appraised that the situation was severe and had serious effects on them and that they were unable to deal with the situation, they would choose emotion-focused coping rather than problem-focused coping.

When considering relative scores indicating proportions of coping strategies used by family caregivers (Table 4), it could be seen that most of the family caregivers used problem-focused coping (Mean = 0.39, SD = 0.05), followed by stress relieving (Mean = 0.33, SD = 0.04) and emotion-focused coping (Mean = 0.28, SD = 0.11). The selection of coping strategies of family caregivers was similar to their actual scores.

Family caregivers' management of behavioral and emotional problems in patients with traumatic brain injury

In the present study, family caregivers were interviewed to gather in-depth information about their management of behavioral and emotional problems of patients with traumatic brain injury. The findings revealed that the management methods of family caregivers could be divided into 14 categories: 1) letting the patients be by themselves and reducing stimuli, 2) arranging activities to distract their attention, 3)

managing behavioral and emotional problems verbally, 4) listening to the patients and being patient with the situations, 5) adjusting the situations or environments, 6) letting a person accepted by the patients deal with the situation, 7) consulting healthcare personnel, 8) monitoring accidents, 9) stimulating patients' memory and using a reminder, 10) restoring patients' memory and cognition, 11) training patients' emotional control, 12) assisting patients' activities of daily living, 13) adjusting the environment, and 14) providing continuous care. The data derived from the interviews were rather individual-specific and were related to behavioral and emotional problems of patients with traumatic brain injury, frequency of manifestation of such behavioral and emotional problems, effects of such problems on family members and others, sources of support, and experience of family caregivers. It could be concluded that data regarding demographic characteristics of family caregivers and characteristics of behavioral and emotional problems of patients with traumatic brain injury had an influence on family caregivers' management of problems. It was worth noting that there is a lack of the system of care and assistance for patients and family caregivers as well.

Recommendations

Based on the study findings, the following recommendations can be made:

For nursing practices

1) The findings on behavioral and emotional problems of patients with traumatic brain injury could be used as baseline data to devise nursing care plans to provide advice to patients and their family caregivers. Nurses should act as a medium who disseminate data regarding behavioral and emotional problems in patients with traumatic brain injury to ensure ease of access of family caregivers through the Internet, etc. They should also play a role of coaches who assist and offer advice on solutions and available resources to family caregivers.

2) Nurses who provide care to patients with traumatic brain injury should be aware of the levels of stress and effects of patients' behavioral and emotional

problems on patients and family members so as to be able to provide appropriate care to family caregivers, give them advice on solutions to problems, and recommend available resources they can utilize.

3) Nurses should apply the findings of the present study on coping and management of behavioral and emotional problems of patients with traumatic brain injury in providing care to other patients and family caregivers with their personal factors taken into consideration.

For nursing education

In this study, it was found that stress caused by providing care to patients with traumatic brain injury with behavioral and emotional problems had long-term effects on patients and their family. Thus, nursing education should emphasize holistic care with attention paid to family caregivers and other family members of patients. Also, nursing students should be made aware of behavioral and emotional problems of patients with traumatic brain injury to enable them to link the pathology of the injury with the patients' condition after hospital discharge to ensure appropriate discharge planning.

For nursing research

The findings of the present study could be used as baseline data for further research on care of patients with traumatic brain injury with behavioral and emotional problems as well as their family caregivers and family members so as to ensure their access to available quality care systems to promote quality of life of both patients and their family caregivers after hospital discharge and enable them to live appropriately in their society. In addition, research should be carried out to further explore the needs for care of family caregivers or family members of patients who have been affected by patients' traumatic brain injury. Finally, there should be research on an up-to-date follow-up system to ensure that nursing personnel can gain more access to a larger number of patients and caregivers.

รายการอ้างอิง

- กรองแก้ว ราษฎร์ดี. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัญญารัตน์ พิงหาร. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กฤษณา พีรเวช. (2554). Neuroplasticity after brain injury. ในณัฐ พสุธารชาติ ชัยภัทร ชุณหรัศมิ์ และนิจศิริ ชาญณรงค์ (บรรณาธิการ). *Basic and Clinical Neuroscience* 3. (397-402). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2552). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพฯ: บริษัท ธรรมสาร จำกัด.
- กาญจนา นระมรัมย์. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และการเผชิญปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ที่รอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทกานต์ ช่างวัฒนชัย. (2552). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จำลอง ดิษยณิข และ พรีเมปรา ดิษยณิข. (2545). ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ชนัญชิตา โพธิประสาธ. (2547). พฤติกรรมการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นฤตยา ปากเพริยว. (2545). ปัจจัยคัดสรร สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการกับวิธีเผชิญปัญหาของสตรีตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นิตยา สุทธยากร. (2531). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิภา นิยมไทย. (2545). ระยะเวลาในการดูแล เหตุการณ์ชีวิตครอบครัว ความเข้มแข็งของครอบครัว และความผาสุกของสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ค้างคอง. (2544). ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 9(1), 11-31.
- ทศนีย์ นะแสง. (2542). การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยทางการพยาบาล. สงขลา: เหมการพิมพ์.
- ทิพพาพร ตั้งอำนวย. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิศกดิ์ ชินชัย. (2548). กิจกรรมบำบัดในผู้ได้รับบาดเจ็บที่สมอง. ในพิศกดิ์ ชินชัย และทศพร บรรยมาก (บรรณาธิการ), กิจกรรมบำบัดสำหรับผู้มีปัญหาด้านระบบประสาท. (241-254). เชียงใหม่: ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพชรน้อย สิงห์ช่วงชัย. (2550). หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ภาสกร วิราวรรณ และวาทัญญู ปรังญานนท์. (2544). การบาดเจ็บที่ศีรษะ. ในวิชชัย กาญจนรินทร์ ปริญญา ทวีชัยการ นภดล วรอุไร บุญเลิศ จันทราภาส และวิชชัย ประยูรวิวัฒน์ (บรรณาธิการ), การช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บขั้นสูง. (65-83). กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์.
- มณฑา ลิ้มทองกุล และสุภาพ อารีเอื้อ. (2552). แหล่งความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ในการฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรก. รามาธิบดีพยาบาลสาร, (15)2, 192-204.
- มรรยาท รุจิวิทย์. (2548). การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดี พยาบาลสาร, 2(1), 84-94.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2546). การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 9(2), 156-166.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2549). "การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง" ในเอกสารโครงการพัฒนาบริการพยาบาลเพื่อให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง รพ.รามาธิบดี.

- ยุวดี ภาษาและคณะ. (2543). *วิจัยทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งศักดิ์ ศิวานุวัฒน์. (2550). การบาดเจ็บที่ศีรษะ. ในทวิสิน ต้นประยูร สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และพัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ(บรรณาธิการ). *ตำราศัลยศาสตร์*. (310-325). พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: ปรีชาธร อินเตอร์พริ้น.
- โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2553). *สถิติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปี 2543- 2553*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2553). *สถิติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปี 2552-2553*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2552). *การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. กรุงเทพฯ: บริษัท วิทย์พัฒน์ จำกัด
- ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์. (2549). *ความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคม ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตรา กุสุมภ์. (2551). *การตอบสนองของผู้ป่วยและครอบครัวต่อภาวะวิกฤต: การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์.
- ศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *รายงานประจำปี 2549 ศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *ความเครียดกับการดูแลตนเอง*. ในสมจิต หนูเจริญกุล(บรรณาธิการ). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. (96 -131). พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: วิ.เจ. พรินติ้ง.
- สมพันธ์ หนูชีระนันท์. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ*. ในจิตรา กุสุมภ์(บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม*. (172-184). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2544). *ตำราจิตเวชสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป:อาการทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคทางกาย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

- สมภพ เรืองตระกูล. (2551). *จิตสังคมบำบัดในโรคทางจิตเวช และโรคทางกาย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2552). *จิตสังคมบำบัดในโรคทางจิตเวช และโรคทางกาย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2554). *ตำราประสาทจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมฤดี สิทธิมงคล. (2541). *ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาติ พหลภักย์. (2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ ออฟเซต. สุจิตรา ลีมอานวยตาภ. (2551). *ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและการพยาบาล: การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต*. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- สุภาพร จงประกอบกิจ. (2551). *ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพรรณ ถิ่นบุญรัชชัย. (2554). *การพยาบาลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บริษัท วี.พี. (1991) จำกัด.
- เอก หังสสูตร. (2548). *Pathophysiology of head injury*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- Agrawal, A., Timothy, J., Pandit, L., & Manju, M. (2006). Review Post-traumatic epilepsy: An overview. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 108, 433-439. Retrieved May 27, 2011, from CINALTH Database.
- Anderson, M. I., Permenter, T. R., & Mok, M. (2002). The relationship between neurobehavioral problems of severe traumatic brain injury (TBI), family functioning and the psychological well being of the spouse/caregiver: path model analysis. *Brain injury*, (16)9, 743-757. Retrieved April 30, 2010, from CINALTH Database.
- Baalen, B. V., Ribbers, G. M., Meulepas, D. M., Odding, P. E., & Stam, H. J. (2007). Being restricted in participation after a traumatic brain injury is negatively associated by passive coping style of the caregiver. *Brain injury*, (21)9, 925-931. Retrieved May 4, 2010, from CINALTH Database.
- Blake, H. (2008). Caregiver stress in traumatic brain injury. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, (15)6, 263-271. Retrieved April 30, 2010, from CINALTH Database.

- Bottini, A. (1993). Head injury. In Abrams, J. H., & Cerra, F. B. (Editor). *Essentials of surgical critical care* (189-202). St. Louis, Missouri: Quality Medical Publishing.
- Burns, N., & Grove, S.K. (2009). *The Practice of Nursing Research. Qualitative Research Methodology*. 6 Edition. The United States of America: Elsevier Inc.
- Carnevale, G. J., Anselmi, V., Busichio, K., & Millis, S. R. (2002). Changes in ratings of caregiver burden following a community-based behavior management program for persons with traumatic brain injury. *Journal head trauma rehabilitation*, (17)2, 83-95. Retrieved May 4, 2010, from PUBMED Database.
- Crocker, V. & McDonald, S. (2005). Recognition of emotion from facial expression following traumatic brain injury. *Brain injury*. (19)2, 787-799. Retrieved May 4, 2010, from PUBMED Database.
- Davis, L. C., Sander, A. M., Struchen, M. A., Shere, M., Richardson, R. N., & Malec, F. (2009). Medical and Psychosocial Predictors of caregiver Distress and Perceived Burden Following Traumatic Brain Injury. *Journal of head trauma rehabilitation*, (24)3, 145-154. Retrieved May 4, 2010, from CINALTH Database.
- Degeneffe, CH. E. (2001). Family caregiving and traumatic brain injury. *Health & Social work*, (26)4, 257-268. Retrieved May 4, 2010, from CINALTH Database.
- Degeneffe, CH. E., & Lynch, R. T. (2006). Correlates of Depression in Adult Siblings of Persons with traumatic brain injury. *Rehabilitation counseling bulletin*, (49)3, 130-142. Retrieved June 16, 2010, from CINALTH Database.
- Ergh, T. C., Rapport, L. J., Coleman, R. D., & Hank, R. A. (2002). Predictors of Caregiver and Family Functioning Following Traumatic Brain Injury: Social Support Moderates Caregiver Distress. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, (17)2, 155-174. Retrieved June 16, 2010, from CINALTH Database.
- Flanagan, S., Cantor, J., & Ashman, T. (2008). Traumatic brain injury : future assessment tools and treatment prospects. *Neuropsychiatric Disease and treatment*, (4)5, 877-892.
- Francisco, G.E., Walker, W.C., Zasler, & Bouffard, M.H. (2007). Pharmacological management of neurobehavioral sequelae of traumatic brain injury: A survey of current psychiatric practice. *Brain injury*, (21)10, 1007-1014. Retrieved April 30, 2010, from CINALTH Database.

- Godfrey, H. P., Harnett, M. A., Knight, R. G., Marsh, N. V., Kesels, D. A., Partridge, F. M., et al. (2003). Assessing distress in caregiver of people with a traumatic brain injury: psychometric study of the Head Injury Behavior Scale. *Brain injury*, (17)5, 427- 435. Retrieved April 30, 2010, from CINALTH Database.
- Goldstein, L. H. (2003). Behaviour problems. In Greenwood, R. J., Barnes, M. P., McMillan, T. M., & Ward, CH. D.(Editor). *Handbook of Neurological Rehabilitation. Second Edition*.(419-431).new York: The Cromwell Press Ltd.
- Gruner, M. L., Kuchta, J., Hellmich, M., & Klug, N. (2006). Neurobehavioral deficits after severe traumatic brain injury (TBI). *Brain injury*, (20)6, 569-574. Retrieved May 4, 2010, from CINALTH Database.
- Halbauer, J. D., Ashford, J. W., Zeitzer, J. M., Adamson, M. M., Lew, H. L., & Yesavage, J. A. (2009). Neuropsychiatric diagnosis and management of chronic sequelae of war-related mild to moderate traumatic brain injury. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, (46)6, 757-796. Retrieved May 4, 2010, from CINALTH Database.
- Handel, SH. F., Ovitt, L., Spiro, J. R., & Rao V. (2007). Affective Disorder and Personality Change in a Patient With Traumatic Brain Injury. *Psychosomatics*, (48)1, 67-70. Retrieved June 16, 2010, from CINALTH Database.
- Hank, R. A., Rapport, L. J., & Vangel, S. (2007). Caregiving appraisal after traumatic brain injury: The effect of functional status, coping, social support and family functioning. *Neurorehabilitation*, (22), 43-52. Retrieved May 4, 2010, from CINALTH Database.
- Harris, J. K., Godfrey, H. P., Partridge, F. M., & Knight, R. T. (2001). Caregiver depression following traumatic brain injury (TBI): A consequence of adverse effects on family members?. *Brain Injury*, (15)3, 223-238. Retrieved June 16, 2010, from CINALTH Database.
- Hart, T., Whyte, J., Polansky, M., Millis, S., Hommond, F.M., Shere, M., et al.(2003). Concordance of Patient and Family Report of Neurobehavioral Symptoms at 1 Year After Traumatic Brain Injury. *Arch Phys Med Rehabilitation*, (84)2, 204-213.

- Hart, T., Threese, M., Pirozzi, O., Williams, K., Rapport, L., Hammond, F., et al.(2007). Racial Differences in Caregiving Patterns Caregiver Emotional Function and Sources of Emotional Support Following Traumatic Brain Injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, (22)2, 122-131.
- Harris, J. K., Godfrey, H. P., Partridge, F. M.,& Knight, R. T. (2001). Caregiver depression following traumatic brain injury (TBI): a consequence of adverse effects on family members?. *Brain injury*, (15)3, 223-238. Retrieved May 4, 2010, from CINALTH Database.
- Hickey, J.V. (1997). Craniocerebral Injuries. In Hickey, J. V.(Editor). *The Clinical Practice Neurological and Neurosurgical Nursing*.(385-417). Fourth edition. Newyork: Lippincott Company.
- Hickey, J.V. (2009). Craniocerebral Injuries. In Hickey, J. V.(Editor). *The Clinical Practice Neurological and Neurosurgical Nursing*.(385-417). Sixth edition. Newyork: Lippincott.
- Hoofien, D., Gilboa, A., Vakil, E.,&Donovick, P. (2001). Traumatic brain injury (TBI) 10-20 years later: a comprehensive outcome study of psychiatric symptomatology, cognitive abilities and psychosocial functioning. *Brain injury*, (15)3, 189-209. Retrieved May 4, 2010, from CINALTH Database.
- Katz, SH., Kravetz, SH.,&Grynbaum, F.(2005). Wives' coping flexibility, time since husband' injury and the perceived burden of wives of men with traumatic brain injury. *Brain Injury*, (19)1, 81-90. Retrieved May 4, 2010, from CINALTH Database.
- Kemp, S., Goulding, P., Spencer, J.,& Mitchell, A. J. (2005). Unusually rapid and severe cognitive deterioration after mild traumatic brain injury. *Brain injury*, (14)19, 1269-1276. Retrieved May 4, 2010, from CINALTH Database.
- Kersel, D. A., Marsh, N. V., Havills, J. H.,& Sleights, J. W. (2001). Psychosocial functioning during the year following severe traumatic brain injury. *Brain injury*, (15)8, 683-696. Retrieved May 4, 2010, from CINALTH Database.
- Kim, E. (2002). Agitation, aggression, and disinhibition syndromes after traumatic brain injury. *Neurorehabilitation*, (17), 297-310. Retrieved May 4, 2010, from CINALTH Database.

- Kutnur, J., Kilbourn, K. M., Costenaro, A., Lee, C. A., Nowels, C., Vancura, J. L. et al. (2009). Support Need of Informal Hospice Caregivers: A Qualitative Study. *Journal of palliative Medicine*, (12)12. Retrieved May 4, 2010, from CINALTH Database.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Sress, Appraisal, and Coping*. Newyork. Springer.
- Lefebvre, H., Cloutrier, G., & Levert, M. J. (2008). Perspectives of survivors of traumatic brain injury and their caregivers on long-term social integration. *Brain injury*, (22)7, 535-543. Retrieved June 16, 2010, from CINALTH Database.
- Molloy, P., & Grace, J. (2005). A Review of Rating Scale for Measuring Behavior Chang Due to Frontal System Damage. *Cog BehavNeurol*, (18)1, 18-27. Retrieved June 16, 2010, from CINALTH Database.
- McAllister, T.W. (2002). Evaluation and treatment of neurobehavioral complications of traumatic brain injury Have we made any progress?. *Neurorehabilitation*, (17), 263-264. Retrieved April 30, 2010, from CINALTH Database.
- McAllister, T. (2008). Neurobehavioral sequelae of traumatic brain injury : evaluation and management. *World Psychiatry*, (7), 3-10. Retrieved May 4, 2010, from CINALTH Database.
- Mcauley, T., Chen, SH., Goos, L., Schachar, R., & Crosbie, J. (2010). Is the behavior rating inventory of executive more strongly associated with measures of impairment or executive function?. *Journal of the international neuropsychological society*, (16), 495-505. Retrieved June 16, 2010, from CINALTH Database.
- Nabors, N., Seacat, J., & Rosenthal, M. (2002). Predictors of caregiver burden following traumatic brain injury. *Brain injury*, (16)12, 1039-1050. Retrieved April 30, 2010, from CINALTH Database.
- Page, T. J., & O'Shanick, G. (2001). The Road to Rehabilitation Series. *Brain Injury Association of America*. Retrieved April 30, 2010, from CINALTH Database.
- Perino, C., Rago, R., Cicolin, A., Torta, R., & Monaco, s. (2001). Mood and behavioral disorders following traumatic brain injury: clinical evaluation and pharmacological management. *Braininjury*. (15)2, 140-148. Retrieved May 4, 2010, from CINALTH Database.

- Rapoport, M., McCauley, S., Levin, H., Song, J., & Feinstein, A. (2002). The Role of Injury Severity in Neurobehavioral Outcome 3 Months after traumatic brain injury. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, (15)2, 123-132. Retrieved June 16, 2010, from CINALTH Database.
- Rilley, G. A. (2007). Stress and depression in family carers following traumatic brain injury: the influence of beliefs about difficult behaviours. *Clinical rehabilitation*, (21), 82-88. Retrieved May 4, 2010, from CINALTH Database.
- Rivera, P., Elliott, T.R., Berry, J.W., Grant, J.S., & Oswald, K. (2007). Predictors of caregiver depression Among community- residing families living with traumatic brain injury. *Neurorehabilitation*, (22), 3- 8. Retrieved May 4, 2010, from CINALTH Database.
- Robertson, R. H., & Knight, R. G. (2008). Evaluation of social problem solving after traumatic brain injury. *Neuropsychology rehabilitation*, (18)2, 236-250. Retrieved June 16, 2010, from CINALTH Database.
- Rotondi, A.J., Sinkule, J., Balzer, K., Harris, J., & Moldovan, R. (2007). A Qualitative Needs Assessment of Persons Who Have Experienced Traumatic Brain injury and Their Primary Family Caregiver. *Journal Head Trauma Rehabilitation*, 22(1), 14-25. Retrieved April 30, 2010, from CINALTH Database.
- Sander, A.M., Davis, L.C., Struchen, M.A., Atchison, T., Sherer, M., Malec, J.M., et al. (2007). Relationship of race/ ethnicity to caregiver' coping, appraisals, and distress after traumatic brain injury. *Neurorehabilitation*, (22), 9 -17. Retrieved April 30, 2010, from CINALTH Database.
- Schwartz, L., Taylor, H. G., Drotar, D., Yeates, K. O., Wade, SH. W., & Stancin, T. (2003). Long term behavior problems following pediatric traumatic brain injury: prevalence, predictors, and correlates. *Journal of pediatric psychology*, (28)4, 251-263. Retrieved April 30, 2010, from CINALTH Database.
- Smith, A.M., & Schwirian, P.M. (1998). The Relationship between caregiver burden and TBI survivors' cognition and functional ability after discharge. *Rehabilitation Nursing*, (23)5, 252-257. Retrieved November 25, 2009, from CINALTH Database.

- Struchen, M., Atchison, T., Roebuck, T., Caroselli, J., & Sander, A. (2002). A Multidimensional Measure of Caregiving Appraisal: Validation of the Caregiver Appraisal Scale in Traumatic Brain Injury. *Journal Head Trauma Rehabilitation*, (17)2, 134-154.
- Teasell, R., Bayona, N., Lippert, C., Villamere, J., & Hellings, Ch. (2007). Post-traumatic seizure disorder following acquired brain injury. *Head injury*, (21)2, 201-214. Retrieved May 27, 2011, from CINALTH Database.
- Testa, J. A., Malec, J. F., Moessner, A. M., & Brown A. W. (2006). Predicting family functioning after TBI: Impact of neurobehavioral factors. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, (21)3, 236-247. Retrieved May 4, 2010, from CINALTH Database.
- Thompson, H. J.. (2009). A Critical Analysis of Measures of Caregiver and Family Functioning Following Traumatic Brain Injury. *Journal of Neuroscience Nursing*, (41)3, 148-158. Retrieved March 26, 2010, from CINALTH Database.
- Till, CH., Christensen, B. K., & Green, R. E. (2009). Use of the Personality Assessment Inventory (PAI) in individuals with traumatic brain injury. *Brain injury*, (23)7, 655-665. Retrieved May 4, 2010, from CINALTH Database.
- Vanier, M., Mazaux, J. M., Lambert, J., Dassa, C., & Levin, H. S. (2000). Assessment of Neuropsychologic Impairments after Head Injury: Interrater Reliability and Factorial and Criterion Validity of the Neurobehavioral Rating Scale-Revised. *Arch Phys Med Rehabil*, (81). Retrieved June 16, 2010, from CINALTH Database.
- Vassallo, J. L., Weber, Z. P., Lebowitz, B. K., Curtiss, G., & Vanderploeg, R. D. (2007). Psychiatric risk factors for traumatic brain injury. *Brain Injury*, (21)6. Retrieved June 16, 2010, from CINALTH Database.
- Watanabe, Y., Shiel, A., Asami, T., Taki, K., & Tabuchi. (2000). An evaluation of neurobehavioral problems as perceived by family members and levels of family stress 1-3 years following traumatic brain injury in Japan. *Clinical rehabilitation*, (14), 172-177. Retrieved April 30, 2010, from CINALTH Database.
- Watanabe, Y., Shiel, A., McLellan, D. L., Kuriharas, M., & Hayashi, K. (2001). The impact of traumatic brain injury on family members living with patients: a preliminary study in Japan and The UK. *Disability and rehabilitation*, (23)9, 370-378. Retrieved June 16, 2010, from CINALTH Database.

Wells, R., Dywan, J.& Dumas,. (2005). Life satisfaction and distress in family caregivers as related to specific behavioral changes after traumatic brain injury. *Brain injury*, 19(13), 1105-1115. Retrieved April 30, 2010, from CINALTH Database.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบทดสอบหมวดหมู่
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล
4. แบบสอบถามการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลัง การ
บาดเจ็บที่ศีรษะ และระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล
5. แบบวัดการเผชิญความเครียด(The Jalowiec coping scale: JCS)
6. แบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วย
ภายหลัง การบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล

แบบทดสอบหมวดหมู่

คำชี้แจง แบบทดสอบนี้ใช้สำหรับญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า หรือเทียบเท่า 60 ปีขึ้นไป โดยให้บอก
ชื่อ สัตว์ ผลไม้ และจังหวัด หมวดละ 10 ชื่อ

สัตว์ 1.....2.....3.....4.....5.....
6.....7.....8.....9.....10.....

ผลไม้ 1.....2.....3.....4.....5.....
6.....7.....8.....9.....10.....

จังหวัด 1.....2.....3.....4.....5.....
6.....7.....8.....9.....10.....

คะแนนรวม.....

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

ส่วนของผู้วิจัย

ข้อมูลชุดที่.....

ระดับคะแนนแบบทดสอบหมวดหมู่

คะแนน

.....

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามข้างล่างนี้ตามความเป็นจริงที่ตรงกับท่าน

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่
☐ หม้าย ☐ หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา
☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษา ☐ อนุปริญญา
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
5. การประกอบอาชีพ
☐ ไม่ได้ทำงาน ☐ เกษตรกร
☐ รับจ้างทั่วไป ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ แม่บ้าน
☐ พนักงานเอกชน
6. รายได้เฉลี่ย.....บาท/ เดือน
7. บทบาทในครอบครัว
☐ หัวหน้าครอบครัว ☐ สมาชิกในครอบครัว
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
☐ บิดา – มารดา ☐ คู่สมรส
☐ พี่น้อง ☐ บุตร
☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
9. ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน.....ชั่วโมง
10. ระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....วัน
11. มีญาติผู้ดูแลรอง ☐ ไม่มี ☐ มี.....คน
12. ปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแล ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ).....

แบบสอบถามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลัง บาดเจ็บที่ศีรษะ และระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล

ข้อมูลชุดที่.....

คำชี้แจง กรุณานึกถึงช่วงเวลาที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเริ่มตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนกระทั่งถึงขณะนี้ว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์อย่างไร และมีความถี่มากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องของแต่ละพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออก หลังจากนั้น ขอให้ท่านประเมินต่อไปว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้ท่านเกิดความเครียดในระดับใด

อัตราความถี่การเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

ไม่เคยเกิดขึ้นเลย	หมายถึง	ผู้ป่วยไม่เคยมีพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นมาก่อน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ผู้ป่วยเคยมีพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้น 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
สม่ำเสมอ	หมายถึง	ผู้ป่วยมีพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้น 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
ทุกวัน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นวันละ 1 ครั้งหรือบ่อยกว่า

ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

ไม่มีเลย	หมายถึง	พฤติกรรมนั้นไม่ทำให้ท่านรู้สึกเครียดเลย
น้อย	หมายถึง	พฤติกรรมนั้นทำให้ท่านรู้สึกเครียดเพียงเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	พฤติกรรมนั้นทำให้ท่านรู้สึกเครียดปานกลาง
มาก	หมายถึง	พฤติกรรมนั้นทำให้ท่านรู้สึกเครียดมาก
มากที่สุด	หมายถึง	พฤติกรรมนั้นไม่ทำให้ท่านรู้สึกเครียดมากที่สุด

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

พฤติกรรม และอาการที่ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ภายหลังการบาดเจ็บที่ ศีรษะ	ความถี่ของพฤติกรรม				ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล				
	ไม่เคย เกิดขึ้น เลย	บ่อย ครั้ง	สม่ำเสมอ	ทุกวัน	ไม่เคย	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
6.4 กล้ามเนื้อกระตุก ตลอดเวลา หรือมือสั่น									
6.5 กล้ามเนื้ออ่อนแรง									
6.6 อื่นๆ									

แบบวัดการเผชิญความเครียด

คำชี้แจงขอให้ท่านนึกย้อนถึงช่วงเวลา ตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึงขณะตอบแบบสอบถามนี้ คุณใช้วิธีการใดบ้างจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น และใช้วิธีนั้นบ่อยแค่ไหน โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของตัวท่านมากที่สุดเพียง 1 ข้อ โดยถือเกณฑ์ ดังนี้

ไม่ได้ใช้	หมายถึง	ท่านไม่ได้ใช้วิธีการนั้นเลย (0%)
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นบ้างเล็กน้อยหรือใช้วิธีการนั้นนานๆ ครั้ง (25%)
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นเป็นบางครั้ง (50%)
บ่อยๆ	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นบ่อยครั้ง (75%)
เกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นตลอดเวลาที่รู้สึกเครียด (100%)

วิธีการเผชิญความเครียด	ไม่ได้ใช้	นานๆ ครั้ง	เป็นบางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
1. กังวลใจ					
2. ระบายความเครียดด้วยการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายมากขึ้น					
3. หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น					
4. วางเฉยต่อปัญหาที่เกิดขึ้นโดยคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างอาจเลวร้ายลงกว่านี้ก็ได้					
5. คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหา หรือควบคุมสถานการณ์ที่เผชิญอยู่					
6. ระบายความเครียดโดยรับประทานอาหาร สูบบุหรี่ เคี้ยวหมาก หรือหมากฝรั่งมากขึ้น					

วิธีการเผชิญความเครียด	ไม่ได้ใช้	นานๆ ครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
7. พยายามลืมปัญหา และคิดถึงเรื่องอื่นอื่นๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแทน					
8. ปลอบใจคนอื่นช่วยแก้ปัญหา หรือควบคุมสถานการณ์นั้นแทน					
9. ฟ้นกลางวัน เหม่อลอย					
10. หากิจกรรมทำเพื่อไม่ให้ยุ่งวุ่นวาย และไม่คิดถึงเรื่องสถานการณ์ที่เกิดขึ้น					
11. พุดคุย หรือปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนที่เคยเผชิญสถานการณ์เดียวกันมาก่อน					
12. เตรียมใจรับกับสิ่ง หรือสถานการณ์ร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง					
13. ชุณเฒิว ดีโพธิ์พาย โกรธสาปแช่งสิ่งต่างๆ สบตสาบาน					
14. ยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง					
15. พยายามมองปัญหาอย่างรอบคอบครบถ้วนรอบด้าน และปราศจากอคติ					
16. พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้ หรือหาวิธีจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น					

วิธีการเผชิญความเครียด	ไม่ได้ใช้	นานๆ ครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
17. ค้นหาความสำคัญ หรือคุณค่า หรือข้อดีของบุคคล หรือ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น					
18. สวดมนต์ ภาวนา อ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์					
19. ประหม่า รู้สึกหงุดหงิด กระทบกระวายใจ					
20. พยายามถอยหนีจาก สถานการณ์ที่เผชิญอยู่					
21. โทษผู้อื่น หรือตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการก่อให้เกิดปัญหา หรือ สถานการณ์ที่เผชิญอยู่					
22. พยายามที่จะเปลี่ยนแปลง สถานการณ์ที่เผชิญอยู่อย่าง กระตือรือร้น					
23. ระบายความตึงเครียดกับคนอื่น หรือสิ่งของ					
24. ปลีกตัวออกไปอยู่คนเดียว หรือ ต้องการอยู่ตามลำพัง					
25. ปลงตก เพราะดูเหมือนว่าหมดหนทางแก้ไข					
26. ไม่ทำอะไรเลยโดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายเอง					
27. แสวงหาความช่วยเหลือจากญาติสนิทในครอบครัว หรือเพื่อน					

วิธีการเผชิญความเครียด	ไม่ได้ใช้	นานๆ ครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
28. พยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ๆหรือหาข้อมูลเพิ่มเติม เกี่ยวกับสถานการณ์ เพื่อจะสามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดีขึ้น					
29. ทดลองแก้ปัญหาหลายๆวิธีเพื่อดูว่าวิธีใดดีที่สุด					
30. เลิกใส่ใจกับสถานการณ์ เพราะคิดว่าเป็นชะตากรรมของตน ดังนั้น การพยายามทำอะไรก็ตามที่จะแก้ปัญหาจึงไร้ความหมาย					
31. พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา					
32. พยายามแยกปัญหาออกเป็น ส่วนย่อยๆ เพื่อจะสามารถแก้ไข ปัญหา หรือสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ได้ดีขึ้น					
33. นอนหลับ และปลอบใจตนเอง โดยคิดว่าทุกสิ่งอาจดีขึ้นในเช้าวันรุ่งขึ้น					
34. กำหนดเป้าหมายเฉพาะให้มี ความชัดเจนเพื่อช่วยแก้ปัญหา					
35. (ปลอบใจตัวเองว่า) “อย่ากังวลไปเลยทุกสิ่งทุกอย่างคงจะคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น”					

วิธีการเผชิญความเครียด	ไม่ได้ใช้	นานๆ ครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
36. ลดความหวังที่เคยตั้งเป้าหมาย เดิมไว้ให้น้อยลง เช่น เคยคาดหวัง ว่าผู้ป่วยที่ตนเองดูแลอยู่จะ หายขาด แต่ต้องลดเป้าหมายลง เพียงให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบก็ เพียงพอแล้ว					

แบบสัมภาษณ์การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลัง บาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแล

แนวคำถามที่ใช้กำหนดประเด็นการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

คำชี้แจง ขอให้คุณนึกย้อนถึงการจัดการ ดูแล หรือ ช่วยเหลือเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงขณะนี้

1. ผู้ป่วยที่คุณให้การดูแลอยู่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างไร (ยกตัวอย่าง)
2. คุณเคยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะหรือไม่ อย่างไร
3. คุณจัดการดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างไร
4. คุณคิดว่าวิธีการดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยที่ใช้อยู่สามารถใช้ได้ดีกับผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะที่คุณดูแลอยู่หรือไม่ อย่างไร
5. คุณมีการเปลี่ยนวิธีดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะหรือไม่ อย่างไร
6. ภายหลังปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการ ดูแล หรือช่วยเหลือบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะที่คุณดูแลอยู่ประสบผลสำเร็จหรือไม่ อย่างไร
7. คุณมีความเครียดแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร ระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางกายและปัญหาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ (ในกรณีผู้ป่วยในความดูแลมีปัญหาทางการร่วมด้วย)
8. คุณมีวิธีการอย่างไรกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ
9. คุณต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการดูแล และจัดการกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะหรือไม่ อย่างไร
10. คุณได้รับความช่วยเหลือในการดูแล และจัดการกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะหรือไม่ อย่างไร

ภาคผนวก ข



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๔/๒๓

ชื่อโครงการ	ความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๑-๕๔-๒๒ ย
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวไพรินทร์ พัสตุ
ที่ทำงาน	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของ สสจ. ซึ่ง
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)

วันที่รับรอง

๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔

ภาคผนวก ก



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

Family Caregiver's stress, coping, and management of behavioral and emotional problems following traumatic brain injury

ชื่อผู้วิจัยนางสาวไพรินทร์ พัสตุ, อ.ดร. สุกร วงศ์วัณญู, รศ. ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

สถานที่วิจัย คือผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. นางสาวไพรินทร์ พัสตุ (ผู้วิจัย) โดยสามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์เบอร์ 083-7892778, 02-4648081, ทางE-mail tuk-pairin@hotmail.com , ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ 1/119 พฤษภาวิไล 17 พุทธบูชา 36 แยก 1 แขวงบางมด เขตทุ่งครุ กรุงเทพมหานคร 10140

2. อ. ดร. สุกร วงศ์วัณญู (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก) ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 02-2012778

ผู้สนับสนุนการวิจัย ทุนส่วนตัว

ความเป็นมาของโครงการ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการ และเสียชีวิตของประชากร ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่

ศีรษะเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับปานกลางขึ้นไป สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2552 พบว่าอุบัติเหตุเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในอันดับสอง จากสถิติของ โรงพยาบาลรามารัตน์ มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วงระหว่างปี พ.ศ.2543-2553 จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบ่งออกเป็นผู้ป่วยในจำนวน 1,315 ราย ผู้ป่วยนอกจำนวน 1,211 ราย ซึ่งสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางจราจรซึ่งเป็นสาเหตุพบบ่อยที่สุด และหกล้มพลัดตกจากที่สูงถูกทำร้ายร่างกาย หรือการบาดเจ็บจากการเล่นกีฬา เป็นต้น

เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรอดชีวิตมากขึ้น แต่ผู้ป่วยจะมีความพิการด้านร่างกาย สูญเสียอวัยวะ และพบกลุ่มอาการภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะเช่น อาการปวดศีรษะ ทำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ไม่สะดวก กระทบต่อความสามารถในการทำงาน และการประกอบอาชีพ เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวตามมา นอกจากความพิการด้านร่างกายแล้ว ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ ขึ้นอยู่กับระดับของความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ และพยาธิสภาพของสมองในส่วนต่างๆ เช่น ผู้ป่วยมีความสามารถในการจดจำลดลง มีอารมณ์ซึมเศร้า พฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เอะอะโวยวาย สับสน ดังนั้น จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยตามมามากมาย

ในสังคมไทย ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ เป็นบุคคลในครอบครัว เช่น มารดา บิดา พี่น้องหรือภรรยา ขณะเดียวกันการบาดเจ็บที่ศีรษะ ก่อให้เกิดความพิการด้านร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงด้านการคิด อารมณ์ พฤติกรรม รวมทั้งบทบาทหน้าที่ทางสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มอาการเรื้อรังที่ต้องการญาติผู้ดูแลด้วยเช่นกัน การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันอาจทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ หากญาติผู้ดูแลต้องประกอบอาชีพด้วย อาจส่งผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคมตามมา จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะนี้ นอกจากผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล และครอบครัวของผู้ป่วยอีกด้วย โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลหลักที่ต้องดำเนินชีวิตอยู่กับผู้ป่วย และเผชิญกับอาการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นปัญหาสำคัญสำหรับญาติผู้ดูแลหลัก เนื่องจากต้องเผชิญกับพฤติกรรม และอารมณ์ไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จากเหตุการณ์ปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ อาจก่อให้เกิดความเครียด และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สุขภาพกาย และจิตใจของญาติผู้ดูแล นอกจากนี้ ความเครียดเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด

เป็นต้น และกระทบต่อญาติผู้ดูแลด้านบทบาทหน้าที่ เช่น หน้าที่การงาน ทำให้ญาติผู้ดูแลรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกที่เป็นทุกข์ ตึงเครียด ตลอดจนกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อีกทั้งทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ และเบื่อหน่ายต่อการดูแลผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาลสนใจศึกษาการบาดเจ็บที่ศีรษะด้านผลการรักษา การช่วยชีวิตผู้ป่วย ผลกระทบของความพิการด้านร่างกาย รวมทั้งติดตามอาการภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะสั้น แต่ปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะยังไม่มีการกล่าวถึงมาก่อน อีกทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ และผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวมีค่อนข้างน้อย และการศึกษาวิจัยที่บ่งชี้ถึงผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ต่อญาติผู้ดูแลในด้านต่างๆ ยังไม่ชัดเจน บางงานวิจัยมีการกล่าวถึงเพียงเล็กน้อยและเป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ของการวิจัยเชิงคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อผลการวิจัยมีความเข้าใจลึกซึ้งในปรากฏการณ์มากยิ่งขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อเข้าใจถึงความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เกิดขึ้น เห็นความสำคัญและตระหนักถึงผลกระทบของปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งก่อให้เกิดความเครียดต่อญาติผู้ดูแล และนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยมาเป็นพื้นฐานมาประยุกต์ใช้ รวมทั้งให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะรายอื่นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1. ความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. วิธีการที่ญาติผู้ดูแลจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

เมื่อผู้วิจัยได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลได้จากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งผู้วิจัยจะประสานงานกับแพทย์และพยาบาลประจำการในตึกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาทเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยจะศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 เดือน ขึ้นไปจากเวชระเบียน และข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ดูแลเพื่อดำเนินการติดต่อและติดตาม ในวันที่ญาติผู้ดูแลพาผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัวและ

สอบถามอาการของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บศีรษะจากญาติผู้ดูแล หากมีคุณสมบัติตามที่ต้องการ ผู้วิจัยจะถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง และอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลโดยละเอียด และเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ เมื่อเข้าใจวัตถุประสงค์ของการศึกษารั้งนี้ และสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการศึกษา ผู้วิจัยจะให้ญาติผู้ดูแลลงชื่อในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บศีรษะ หากพบว่ามีภาวะเครียดญาติผู้ดูแลจะตอบแบบวัดการเผชิญความเครียดต่อไป หลังจากนั้นผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการวิจัยเกี่ยวกับเหตุการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บศีรษะ รวมทั้งการจัดการกับปัญหาดังกล่าวตามแนวคำถามที่สร้างไว้ ซึ่งกระทำไปพร้อมกับการบันทึกเทป โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 25-30 นาที ซึ่งใช้สถานที่ที่จัดเตรียมไว้ภายในตึกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาท หรือสถานที่ที่ญาติผู้ดูแลสะดวกที่จะให้เป็นสถานที่สัมภาษณ์

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงแต่ได้รับประโยชน์ทางอ้อม คือได้ระบายความรู้สึก และความเครียดเกี่ยวกับเหตุการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บศีรษะ รวมทั้งมีความเข้าใจถึงปัญหา สาเหตุของเหตุการณ์ดังกล่าวให้บุคคลอื่นรับรู้ และหากมีความเครียดเกิดขึ้นสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการตอบแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่สร้างไว้ จึงไม่มีผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

1. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิที่จะเข้าร่วมการวิจัย โดยความสมัครใจ ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล หลังจากตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมในหนังสือยินยอมโดยการบอกกล่าวและเต็มใจ

2. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับไม่เปิดเผยรายชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บศีรษะ รวมทั้งญาติผู้ดูแลต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการโดยยึดหลักของความเป็นส่วนตัว และรักษาความลับของผู้ป่วย รวมทั้งเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิของผู้ป่วย

4. ในช่วงเวลาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถาม และสัมภาษณ์ ผู้ป่วยจะไม่ร่วมอยู่ด้วย แต่ชื่อของผู้ป่วยอาจถูกกล่าวหาถึงในขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะแนะนำให้ใช้นามสมมติในขณะสัมภาษณ์

5. สถานที่ตอบแบบสอบถาม และสัมภาษณ์เป็นห้องซึ่งจัดไว้ที่บริเวณหอผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมประสาทที่ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด มีความเป็นส่วนตัว สงบ ไม่พลุกพล่าน

6. ผู้วิจัยจะขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะถอดเทปบันทึกเสียงเพื่อเป็นข้อมูลในการวิจัย หลังจากที่มีการวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะทำลายเทปบันทึกเสียงเพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ถ้าท่านมีปัญหาข้อใจหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับ
ประธานกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม
และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

Family Caregiver's stress, coping, and management of behavioral and emotional
problems following traumatic brain injury

ชื่อผู้วิจัย นางสาวไพรินทร์ พัสตุ, อ.ดร. ศุภร วงศ์ทัญญู, รศ. ดร. ชุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ ท ร บ

รายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้ว
อย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดบังคับง้อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และ
ข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่
เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้
ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุป
ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณี
จำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสีย
ที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือ
ยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลาย
นิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย (Information sheet for research participant)
--	---

ชื่อโครงการวิจัย ความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

Family Caregiver's stress, coping, and management of behavioral and emotional problems following traumatic brain injury

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวไพรินทร์ พัสตุ
ที่อยู่ 1/119 พฤษาวิไลย์ 17 พุทธบูชา 36 แขวงบางมด เขตทุ่งครุ กรุงเทพมหานคร 10140
เบอร์โทรศัพท์ 083-789-2778, 02-464-8081, 02-256-4092 ถึง 6 ต่อ 271,272
(ที่ทำงานและมือถือ)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อ อ.ดร. ศุภร วงศ์วิญญู
ที่อยู่ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
เบอร์โทรศัพท์ 02-201-2128
(ที่ทำงานและมือถือ)

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่คุณวิจัยกำหนด และเหมาะสมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่และนำความรู้ดังกล่าว

ไปช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแลรายอื่น ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

การบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการ และเสียชีวิตของประชากร ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับปานกลางขึ้นไป สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2552 พบว่าอุบัติเหตุเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในอันดับสอง จากสถิติของโรงพยาบาลรามาธิบดี มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วงระหว่างปี พ.ศ.2543-2553 จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบ่งออกเป็นผู้ป่วยในจำนวน 1,315 ราย ผู้ป่วยนอกจำนวน 1,211 ราย ซึ่งสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางจราจรซึ่งเป็นสาเหตุพบบ่อยที่สุด และหกล้มพลัดตกจากที่สูงถูกทำร้ายร่างกาย หรือการบาดเจ็บจากการเล่นกีฬา เป็นต้น

เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรอดชีวิตมากขึ้น แต่ผู้ป่วยจะมีความพิการด้านร่างกาย สูญเสียอวัยวะ และพบกลุ่มอาการภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ เช่น อาการปวดศีรษะ ทำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ไม่สะดวก กระทั่งต่อความสามารถในการทำงาน และการประกอบอาชีพ เกิดผลกระทบต่อการเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวตามมา นอกจากความพิการด้านร่างกายแล้ว ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ ขึ้นอยู่กับระดับของความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ และพยาธิสภาพของสมองในส่วนต่างๆ เช่น ผู้ป่วยมีความสามารถในการจดจำลดลง มีอารมณ์ซึมเศร้า พฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เอะอะโวยวาย สับสน ดังนั้น จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยตามมามากมาย

ในสังคมไทย ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ เป็นบุคคลในครอบครัว เช่น มารดา บิดา พี่น้องหรือภรรยา ขณะเดียวกันการบาดเจ็บที่ศีรษะ ก่อให้เกิดความพิการด้านร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงด้านการคิด อารมณ์ พฤติกรรม รวมทั้งบทบาทหน้าที่ทางสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มอาการเรื้อรังที่ต้องการญาติผู้ดูแลด้วยเช่นกัน การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันอาจทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ หากญาติผู้ดูแล

ต้องประกอบอาชีพด้วย อาจส่งผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคมตามมา จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะนี้ นอกจากผลกระทบต่อด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล และครอบครัวของผู้ป่วยอีกด้วย โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลหลักที่ต้องดำเนินชีวิตอยู่กับผู้ป่วย และเผชิญกับอาการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นปัญหาสำคัญสำหรับญาติผู้ดูแลหลัก เนื่องจากต้องเผชิญกับพฤติกรรม และอารมณ์ไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จากเหตุการณ์ปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ อาจก่อให้เกิดความเครียด และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สุขภาพกาย และจิตใจของญาติผู้ดูแล นอกจากนี้ ความเครียดเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น และกระทบต่อญาติผู้ดูแลด้านบทบาทหน้าที่ เช่น หน้าที่การงาน ทำให้ญาติผู้ดูแลรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกที่เป็นทุกข์ ดึงเครียด ตลอดจนกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อีกทั้งทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ และเบื่อหน่ายต่อการดูแลผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาลสนใจศึกษาการบาดเจ็บที่ศีรษะด้านผลการรักษา การช่วยชีวิตผู้ป่วย ผลกระทบของความพิการด้านร่างกาย รวมทั้งติดตามอาการภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะสั้น แต่ปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะยังไม่มีมีการกล่าวถึงมาก่อน อีกทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ และผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวมีค่อนข้างน้อย และการศึกษาวิจัยที่บ่งชี้ถึงผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ต่อญาติผู้ดูแลในด้านต่างๆ ยังไม่ชัดเจน บางงานวิจัยมีการกล่าวถึงเพียงเล็กน้อยและเป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ของการวิจัยเชิงคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อผลการวิจัยมีความเข้าใจลึกซึ้งในปรากฏการณ์มากยิ่งขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อเข้าใจถึงความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เกิดขึ้น เห็นความสำคัญและตระหนักถึงผลกระทบของปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งก่อให้เกิดความเครียดต่อญาติผู้ดูแล และนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยมาเป็นพื้นฐานมาประยุกต์ใช้ รวมทั้งให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะรายอื่น ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ

เพื่อศึกษา

1. ความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. วิธีการที่ญาติผู้ดูแลจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ 40คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะที่ท่านให้การดูแลอยู่ และหากญาติผู้ดูแลอายุมากกว่า 60 ปี ท่านจะได้รับการทดสอบโดยแบบทดสอบหมวดหมู่ (THE SET TEST) เพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ท่านจะได้รับเชิญให้มาพบผู้วิจัยตามวันเวลาที่ผู้ทำวิจัยนัดหมาย คือ(วัน/เวลา)..... เพื่อตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย คือ 1 วัน และมาพบผู้วิจัยหรือผู้ร่วมทำวิจัยทั้งสิ้น1ครั้ง

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สะดวกในวันที่นำผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด หรือไม่ใช่ผู้ที่มิคุณสมบัติที่ผู้วิจัยต้องการ ได้แก่ ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ใช่ญาติผู้ดูแลหลักในการทำหน้าดูแลผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ และไม่สามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยได้ ดังนั้น ผู้วิจัยอาจนัดวันเวลาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสะดวกในการนัดหมายเพื่อตอบแบบสอบถาม และสัมภาษณ์ ซึ่งอาจทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยสูญเสียเวลา ค่าใช้จ่าย และหากประกอบอาชีพอาจสูญเสียรายได้

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอถอนตัวออกจากการวิจัย

การพบแพทย์นอกตารางนัดหมายในกรณีที่เกิดอาการข้างเคียง

ไม่มี

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ได้รับประโยชน์ทางอ้อม คือ ได้ระบายความรู้สึก และความเครียดเกี่ยวกับเหตุการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ รวมทั้งมีความเข้าใจถึงปัญหา สาเหตุของเหตุการณ์ดังกล่าวให้บุคคลอื่นรับรู้ และหากมีความเครียดเกิดขึ้นสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการตอบแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่สร้างไว้ จึงไม่มีผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ไม่มี

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านมาพบผู้วิจัยตามวันเวลา และสถานที่ที่ท่านนัดหมาย และได้แจ้งล่วงหน้าแก่ผู้วิจัยเพื่อตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ในโครงการวิจัย
- ขอให้ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านและผู้ป่วยในความดูแลของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบันแก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย เช่น ความรู้สึกไม่สบายใจในขณะตอบแบบสอบถาม และสัมภาษณ์ ท่านจะได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมทันที

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถ

ติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวไพรินทร์ พัสตุ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ไม่มี

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย(ถ้ามี)

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ท่านจะได้รับค่าเดินทางและเงินชดเชยการสูญเสียรายได้ หรือความไม่สะดวก ไม่สบาย ในการมาพบผู้วิจัย ครั้งละ 200 บาท รวมทั้งหมด 1 ครั้ง

การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)

ไม่มี

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

3. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมการวิจัย โดยความสมัครใจ ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล หลังจากตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมในหนังสือยินยอมโดยการบอกกล่าวและเต็มใจ

4. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับ ไม่เปิดเผยรายชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ภายหลังบาดเจ็บศีรษะ รวมทั้งญาติผู้ดูแลต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

5. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการโดยยึดหลักของความเป็นส่วนตัว และรักษาความลับของผู้ป่วย รวมทั้งเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิของผู้ป่วย

6. ในช่วงเวลาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถาม และสัมภาษณ์ ผู้ป่วยจะไม่ร่วมอยู่ด้วย แต่ชื่อของผู้ป่วยอาจถูกกล่าวหาถึงถึงในขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะแนะนำให้ใช้นามสมมติในขณะสัมภาษณ์

7. สถานที่ตอบแบบสอบถาม และสัมภาษณ์เป็นห้องซึ่งจัดไว้ที่บริเวณหอผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมประสาทที่ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด มีความเป็นส่วนตัว สงบ ไม่พลุกพล่าน

8. ผู้วิจัยจะขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะถอดเทปบันทึกเสียงเพื่อเป็นข้อมูลในการวิจัย หลังจากที่มีการวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะทำลายเทปบันทึกเสียงเพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับการจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับการจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรที่เกิดขึ้นจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
--	---

การวิจัยเรื่อง ความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ

Family Caregiver's stress, coping, and management of behavioral and emotional problems following traumatic brain injury

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในระบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคต เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่ เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(นางสาวไพรินทร์ พัสตุ) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่ เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่ เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

1. อาจารย์ นายแพทย์ ไกรศรี จันทรา
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์
2. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร. ประภาพร จินันทยา
ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร. ดวงกมล วัตราคุลย์
ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
5. นางสาวศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์
หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ มงกุฎ- เพชรรัตน์ชั้น 3 โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล

นางสาวไพรินทร์ พัสตุ

วันเดือนปีเกิด

วันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2524

สถานที่เกิด

พระนครศรีอยุธยา

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2543 – 2547 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ,
มหาวิทยาลัยมหิดล,
พ.ศ. 2552 – ปัจจุบัน พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2547-2550 พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลท่าเรือ
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
พ.ศ. 2550 – ปัจจุบัน อาจารย์ 5 ภาควิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ที่อยู่

1/119 พฤษาวิลด์ 17 พุทธบูชา 36 แขวง 1 แขวงบางมด
เขตทุ่งครุ กรุงเทพมหานคร 10140