

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่

นางสาววไลพรรณ เอี่ยมกมล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

CORRELATES OF DEPRESSION IN ADULT PATIENTS WITH
TRAUMATIC BRAIN INJURY

Miss Walaiphan Iamkamol

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่
โดย	นางสาวไฉพรรณ เขียมกมล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

วไลพรธณ เอี่ยมกมล: ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่ (CORRELATES OF DEPRESSION IN ADULT PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY)

อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ดร. ชนกพร จิตปัญญา, อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ.ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์, 125 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับความพิการ การมองเห็น คุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การทำหน้าที่ของครอบครัวและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาทของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 140 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบประเมินระดับความพิการ แบบประเมินการมองเห็นคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงของแบบประเมินได้เท่ากับ .93, .73, .84, .71, .70, .78 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อีตาและค่าสถิติไคสแควร์ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเฉลี่ยแล้วไม่เกิดภาวะซึมเศร้า โดยมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 10.26 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.88)
2. เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 5.81$)
3. ระดับความพิการมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 78.58$)
4. การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 42.57, 173.57, 48.02$ ตามลำดับ)
5. การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์ Eta มีค่าเท่ากับ .414
6. อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

สาขาวิชา:พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อ นิสิต.....
 ปีการศึกษา:2554..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

5377599036: MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: DEPRESSION / TRAUMATIC BRAIN INJURY / SELF-ESTEEM / ACTIVITY DAILY LIFE / COGNITIVE FUNCTION / FAMILY FUNCTION

WALAIPHAN IAMKAMOL: CORRELATES OF DEPRESSION IN ADULT PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY. ADVISOR : ASST.PROF.CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., CO-ADVISOR: ASST.PROF.SUNIDA PREECHAWONG, Ph.D., 125 pp.

The purpose of this study was to examine the relationships among selected factors and depression in adult patients with traumatic brain injury. The participants were 140 traumatic brain injury patients randomly selected from three neurological surgery out patient departments in Bangkok. The instrument used in the study was a set of questionnaires including a demographic data form , the disability scale, the Rosenberg Self-esteem scale, the activity of daily living scale, , the activity of daily living scale, the MMSE-Thai Scale, the family functioning scale, and the CES-D scale. All instruments were validity by a panel of experts. The reliability of instruments were .93, .71, .75, .70, .75, and .70, respectively. Data were analyzed by using Eta coefficient, and Chi-square tested at the significant level of .05

The major findings were as follows:

1. Mean of depression scores in patients with traumatic brain injury indicated no depression with mean scores equal to 10.26 (SD = 3.88).
2. Gender was significantly correlated to depression at the level of .05 ($\chi^2 = 5.81$).
3. Level of disability was significantly correlated with depression in traumatic brain injury patients at the level of .05 ($\chi^2 = 78.58$).
4. Self-esteem, activity of daily living, cognitive function were significantly correlated with depression in traumatic brain injury patients at the level of .05 ($\chi^2 = 42.57, 173.57, \text{ and } 48.02$ respectively.).
5. Family functioning was significantly correlated with depression in traumatic brain injury patients at the level of .05 (Eta = .414).
6. Age was not significantly correlated with depression (Eta = .318).

Field of Study :Nursing Science..... Student's Signature

Academic Year :2011..... Advisor's Signature

Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา เสนอแนะ ข้อคิดเห็น แนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการทำวิจัยด้วยความเอาใจใส่ ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดี เสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอนแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลชิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำ และเป็นທີ່ปรึกษาในเรื่องการใช้สถิติทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้และอบรมสั่งสอนด้วยความรัก ตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการทำวิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอนแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้บังคับการ ผู้อำนวยการ กลุ่มการพยาบาล พยาบาล บุคลากรและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและโรงพยาบาลนวมินทร์ราชิวราษ (วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล) ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวก ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้ปวยบำบัดเจ็บที่ศึระะที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ คุณพิมศิริ มะระยงค์ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ที่คอยเป็นกำลังใจให้ตลอดมา

ท้ายสุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา น้องสาว และคุณชยานนท์ อวิคุณประเสริฐ ที่คอยเอาใจใส่ ห่วงใยและให้กำลังใจเป็นอย่างดี ตลอดจนกระทั่งสำเร็จการศึกษา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกถึงอยู่ตลอดเวลา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมุติฐาน.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
การบาดเจ็บที่ศีรษะ.....	13
ความหมายของภาวะซีมเศร่า.....	24
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซีมเศร่า.....	25
อาการทางคลินิกของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.....	26
ภาวะซีมเศร่าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.....	28
ระดับของภาวะซีมเศร่า.....	30
การประเมินภาวะซีมเศร่า.....	30
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร่าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.....	33
ผลกระทบของภาวะซีมเศร่าต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.....	44
บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีภาวะซีมเศร่า.....	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	49

บทที่	หน้า
3	50
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	61
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	62
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
4	64
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
5	73
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	73
สรุปผลการวิจัย.....	74
อภิปรายผลการวิจัย.....	75
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	79
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	79
รายการอ้างอิง.....	80
ภาคผนวก.....	96
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	97
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือใน การทดลองใช้เครื่องมือวิจัย จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บ รวบรวมข้อมูลวิจัย.....	99
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	109
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	116
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	125

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สาเหตุของการบาดเจ็บ การวินิจฉัยโรค ระดับความพิการ ประวัติการผ่าตัดศีรษะ.....	52
2	การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ.....	61
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัยของอายุ ระดับความพิการ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การทำหน้าที่ของครอบครัวและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.....	65
4	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.....	66
5	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.....	67
6	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างการมองเห็นคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.....	68
7	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.....	69
8	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.....	70
9	ค่าสัมประสิทธิ์อัตราระหว่างอายุกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.....	71
10	ค่าสัมประสิทธิ์อัตราระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.....	72

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1	ภาพแสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย.....	49

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic brain injury) เป็นปัญหาที่สำคัญอย่างมากและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทั้งอุบัติการณ์และความรุนแรง ทั้งนี้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุทางจราจรเป็นส่วนใหญ่ การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั่วทุกประเทศในโลก สำหรับในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในแต่ละปีมีประมาณ 50,000 คน ต่อปี (Bond, 2003) ในประเทศไทยพบว่าการตายด้วยอุบัติเหตุและสารพิษเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง โดยมีประชากรตายด้วยอุบัติเหตุยานยนต์ในการจราจรทางบกจำนวน 9,989 คน หรือเท่ากับ 15.9 ต่อประชากร 100,000 คน (กลุ่มภารกิจด้านข่าวสารและสารสนเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) ในประเทศไทยที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุและสารพิษมีทั้งสิ้น 27,811 คน เป็นผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะสูงถึง 11,113 คน และมีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทาง การจราจรเป็นจำนวนถึง 174,344 คน (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2550) จากการสำรวจทางสถิติพบว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุของการตายอันดับ 1 ของประชากรที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี เกิดจากการได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก (กองสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ในปัจจุบันแม้ว่าจะมีความก้าวหน้าทางด้านทางการแพทย์และด้านเทคโนโลยีเพิ่มมากขึ้น สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะให้รอดชีวิตได้เพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะบางรายที่รอดชีวิตอาจยังหลงเหลือความพิการไว้ ผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากแรงกระแทกอย่างแรงต่อศีรษะทำให้สมองและ/หรือ ก้านสมอง ถูกทำลาย การรับและการส่งสัญญาณประสาทไปที่สมองใหญ่ส่วนเปลือกสมองไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนมากต้องเข้ามาทำการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานและที่รอดชีวิตหลังจากการรักษาแล้วนั้น ยังมีความพิการรุนแรงที่หลงเหลืออยู่ถึงร้อยละ 20 มีความพิการปานกลางร้อยละ 40 และที่หายเป็นปกติพบว่ามีร้อยละ 40 (Jennett and Teasdale, 1999)

นอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายดังกล่าวแล้วผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมักมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ร้อยละ 22 ของผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (Minor Depression) และร้อยละ 26 ของผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (Major Depression) (Hart et al., 2011)

ภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างมาก (Linn et al., 1994) ภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะมีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 14 ของจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เสียชีวิตทั้งหมด (Cummins, 2002) การฆ่าตัวตายจะพบได้บ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป (Jorge et al., 1993) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานลดลง ผู้ป่วยมักมีอาการเหนื่อยล้าและเกิดความคับข้องใจ ทำให้เบื่อ ไม่อยากทำกิจกรรม ความสนใจทางเพศลดลง รู้สึกไร้ค่า ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงและยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ ความคิดและการตัดสินใจซ้ำ (Hernandez et al., 1997)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ มีหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่

เพศ Merskey และคณะ (1972) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะมักพบในผู้ป่วยเพศหญิงและผู้ป่วยที่มีประวัติทางระบบประสาท ในขณะที่ Burton และคณะ (1988) กล่าวว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเพศชายพบโรคจิตชนิดแยกตัวและมีอาการคลุ้มคลั่งได้มากกว่าการเกิดภาวะซึมเศร้า ในขณะที่ DiCesare และคณะ (1990) พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะพบในผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Hart และคณะ (2011) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามักพบในเพศหญิง

อายุ Atteberry และคณะ (1986) พบว่าภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับอายุโดยภาวะซึมเศร้ามักพบมากในบุคคลที่มีอายุน้อย เนื่องจากอายุมากทำให้มีการคิด การจัดการสิ่งต่างๆ ได้ดีเมื่อเปรียบเทียบกับอายุน้อยที่มีความสามารถในการจัดการต่อสิ่งต่างๆ น้อย แสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม ขาดประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาจึงเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบุคคลที่มีอายุมาก ในขณะที่ Hibbard และคณะ 2004 พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะพบมากในผู้ที่มีอายุน้อย

ระดับความพิการ Brooks และคณะ (1983) พบว่าระดับความพิการของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการทำงานลดลง ความมั่นใจลดลง หงุดหงิด การรับรู้ลดลง Smith และคณะ (1994) พบว่า ระดับความพิการทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีการทำหน้าที่ของร่างกายแตกต่างไปจากเดิมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันพบผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น

การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับแผนการรักษาที่ยาวนาน เกิดการ

ท้อแท้ การมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลงและพบภาวะซึมเศร้าตามมา (Alexander, 1992) ส่วน Burn และคณะ (1994) กล่าวว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสภาพร่างกายมักเกิดการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติทำให้มีการมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลงเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Christensen และคณะ (1994) พบว่าหลังจากผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นจึงเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ส่วน Burton และคณะ (1994) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง บทบาททางสังคมเปลี่ยนแปลงไปผู้ป่วยเกิดการแยกตัวออกจากสังคมจึงเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด Malec และคณะ (2010) พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การวางแผน การจัดระบบ การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจช้าลง ขณะที่ Varney และคณะ (1987) พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีสมาธิสั้นและการทำงานของระบบความจำลดลงถึงร้อยละ 96

การทำหน้าที่ของครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบต่อบทบาทการทำหน้าที่ของครอบครัวของครอบครัว ทำให้เกิดปัญหาต่างๆตามมามากมาย เช่น ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย โครงสร้างบทบาทหน้าที่เปลี่ยนไปและมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวลดลง ครอบครัวไม่สามารถให้การสนับสนุนผู้ป่วยได้จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Miller, 1995)

นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะยังทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่สม่าเสมอจึงเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น (Alexander, 1992; Jorge et al., 1993) ดังนั้นภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจึงนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญควรได้รับการป้องกันและแก้ไขอย่างยิ่ง

จากงานวิจัยในอดีตในประเทศไทยจะเห็นว่ายังไม่พบการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่เลย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยและการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะให้ดีขึ้นและเป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับความพิการ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่เป็นอย่างไร
2. เพศ อายุ ระดับความพิการ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การทำหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่หรือไม่และอย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดสรรตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรม ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยมีรายละเอียดดังนี้

เพศ เพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกันทางด้านร่างกาย บุคลิกภาพ กระบวนการคิด มุมมอง ความละเอียดอ่อน โดยพบว่าสภาพด้านจิตใจของเพศหญิงมีความละเอียดอ่อนกว่าเพศชาย เพศหญิง มีโอกาสเกิดภาวะซีมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Burton et al., 1988) เพศชายมีจิตใจที่เข้มแข็ง อารมณ์ไม่อ่อนไหวง่าย มีสมรรถภาพทางกายที่ดีกว่าเพศหญิง มีผลการศึกษามากมายที่แสดงว่าภาวะซีมเศร้าในเพศหญิงพบมากกว่าเพศชาย 2 ถึง 3 เท่า (Dobbels et al., 2002) สอดคล้องกับงานวิจัยของ DiCesare และคณะ (1990) ที่พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเพศหญิง มีความละเอียดอ่อนด้านจิตใจมีภาวะซีมเศร้าสูงกว่าเพศชาย

อายุ เป็นสิ่งบ่งบอกความสามารถในการจัดการต่อสิ่งต่างๆ ของแต่ละบุคคล เมื่ออายุมากขึ้นการไตร่ตรอง กระบวนการคิด การตัดสินใจ การแสดงออกทางอารมณ์ การเผชิญปัญหาจะแสดงออกมาได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นทำให้บุคคลมีประสบการณ์เพิ่มมากขึ้น มีวุฒิภาวะมากยิ่งขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่อายุน้อยจะมีความสามารถในการจัดการต่อสิ่งต่างๆ น้อย ไม่มีประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา แสดง

อารมณ์ไม่เหมาะสมต่อปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบุคคลที่มีอายุมาก (Atteberry-Bennett et al., 1986)

ระดับความพิการ ความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนั้น ภายหลังจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยบางคนไม่มีความพิการ บางคนมีความพิการเล็กน้อย (Mild disability) สามารถกลับไปดำเนินชีวิตและกิจวัตรประจำวันได้เอง กลับไปทำงานเหมือนก่อนเจ็บป่วยได้ บางคนมีความพิการในระดับปานกลาง (Moderate disability) ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน แต่ไม่สามารถกลับไปทำงานและเข้าสังคมได้เช่นเดิม บางคนมีความพิการในระดับรุนแรง (Severe disability) ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงินและการเข้าสังคมเนื่องจากมีความพิการอย่างมาก ไม่สามารถกระทำการเป็นบิดา / มารดา หรือบทบาทการเป็นสามี / ภรรยา บทบาทในฐานะหัวหน้าครอบครัว ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้เช่นเดิม ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคม จึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งวงแพง, 2540)

การมองเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นสิ่งที่เกิดจากการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ประเมินออกมาในด้านความเชื่อหรือทัศนคติว่าตนเองจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว การบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการท้อแท้ ลังเลใจในการวางแผนชีวิตของตนเองและครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีการมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง (Jorge และคณะ 1993) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Fedoroff และคณะ (1992) ซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามเดิม ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้การมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง (Low Self-esteem) จึงเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยปกติหากร่างกายไม่มีความบกพร่อง จะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองแต่เมื่อร่างกายมีความผิดปกติของอวัยวะในร่างกาย ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547) จากงานวิจัยของ Morton และคณะ (1995) พบว่าผลกระทบจากการบาดเจ็บของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น บทบาทการทำหน้าที่ทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปเป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับงานวิจัยของ Fedoroff และคณะ (1992) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามเดิม การ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนไป ต้องพึ่งพาบุคคลรอบข้างจึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด คือ ความสามารถของสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการสื่อสาร การระลึกได้ การรับรู้ ความจำและสมาธิ (Kiattlaekakul, 2005) ความผิดปกติของการรู้คิดจะแสดงออกในรูปของการวางแผน การจัดระบบ การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบ ความเป็นเหตุเป็นผล การคำนวณ การแปลความหมาย การรับรู้เวลาและสถานที่ การตั้งใจ มีสมาธิ ความจำ รวมทั้งการใช้ภาษาสื่อสารกับบุคคลอื่น (มีชัย สีใส, 2530; ฟาริดา อิบราฮิม, 2542; กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547; Namerow, 1987; Sosnowski and Ustik, 1994) ตัวอย่างของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เช่น ความบกพร่องในการสื่อสารของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่ง ผู้ป่วยฟื้นคืนสติขึ้นมาพบกับโลกที่แตกต่างไปจากเดิม ผู้คนรอบข้างอาจพูดกันด้วยภาษาที่ฟังไม่เข้าใจ บางรายไม่สามารถบอกให้ผู้อื่นทราบความต้องการของตนเองและไม่สามารถระบายความคับข้องใจ บางรายเข้าใจเหตุการณ์รอบข้างแต่ไม่สามารถออกเสียงพูดให้ชัดเจนพอที่ผู้อื่นจะเข้าใจได้ ไม่สามารถสอบถามข้อมูลที่ต้องการทราบจากแพทย์ผู้รักษา ทำให้เกิดความตื่นตระหนก เครียด วิดกกังวลจึงเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Jorge et al. (1993) และ Varney et al. (1987) พบว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า เช่นกรณีนี้ที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความจำลดลงและสมาธิสั้นลงถึงร้อยละ 96 เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีกระบวนการคิดที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้การติดต่อสื่อสารกับบุคคลรอบข้างไม่เหมือนเดิมเกิดความทุกข์ใจและภาวะซึมเศร้าตามมา

การทำหน้าที่ของครอบครัว คือ การทำกิจกรรมของสมาชิกในครอบครัว โดยเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ 6 ด้าน ได้แก่ การสื่อสาร ด้านการควบคุม ด้านพฤติกรรม ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์และด้านการแก้ปัญหา (อุทิศ สมบัติแก้ว, 2545) สำหรับแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบแมคมาสเตอร์ (Epstein, Bishop and Baldwin, 1984) มองครอบครัวเป็นระบบเปิด ประกอบด้วยระบบย่อย ได้แก่ ระบบคู่สมรส ระบบบิดามารดาและบุตร ระบบของพี่น้อง และระบบเครือญาติ ความสัมพันธ์กับระบบภายนอก ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีภาวะซึมเศร้า จึงส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว เช่น ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโครงสร้างบทบาทหน้าที่ในครอบครัวเปลี่ยนไป (Miller, 1995) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะยังเป็นสาเหตุที่ทำให้สมาชิกในครอบครัว เกิดความวิตกกังวล เครียดเพิ่มขึ้น (Minnes et al., 2000) จากการศึกษาของ Linn et al, 1994 พบว่าการทำหน้าที่ของ

ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบต่อบทบาทการทำหน้าที่ของครอบครัวของคู่สมรส ถึงร้อยละ 73 โดยผลกระทบก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมายเช่น ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย โครงสร้างบทบาทหน้าที่เปลี่ยนไป และมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย (Miller, 1995) ทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวลดลง ครอบครัวไม่สามารถให้การสนับสนุนผู้ป่วยได้จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

จากแนวเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. ระดับความพิการมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
3. อายุ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับความพิการ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและการทำหน้าที่ของครอบครัว ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมประสาทของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ สมอง เยื่อหุ้มสมอง หรือเส้นเลือดที่อยู่ภายในกะโหลกศีรษะ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการได้รับอุบัติเหตุ การจลาจล ทุกตี ทุกฟัน ทุกแทง การพลัดตกหกล้มหรือถูกกระแทกบริเวณศีรษะ โดยไม่มีการบาดเจ็บที่อวัยวะอื่นของร่างกายร่วมด้วยและเป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 สัปดาห์ เป็นต้นไป

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความผิดปกติ ด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์ และ สรีระวิทยา เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อารมณ์เปลี่ยนแปลง มีความคิดในทางลบ ต่ำหนิ ตีเดียวน ตนเอง หลีกเลี้ยงสถานการณ์ต่างๆ ทำกิจกรรมทางกายน้อยลง ขาดความสนใจเรื่องเพศ เป็นต้น (Beck,1967) ประเมินโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยวิรัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533)

ระดับความพิการ หมายถึง ความผิดปกติทางด้านร่างกายของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ระดับความพิการแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ตามแนวคิดของ Jennett และ Bond (1975) ดังนี้

1. ไม่มี ความพิการ หมายถึง ผู้ป่วยที่สามารถกลับไปดำเนินชีวิตและกลับไปทำงานหรือมี กิจกรรมประจำวันเหมือนก่อนเจ็บป่วยได้

2. มีความพิการเล็กน้อย (Mild disability) หมายถึง ผู้ป่วยที่สามารถกลับไปดำเนินชีวิต ได้เอง ถึงแม้จะพบว่ามีความพิการหลงเหลืออยู่แต่พบว่ามีน้อยมาก สามารถกลับไปทำงานหรือมี กิจกรรมประจำวันเหมือนก่อนเจ็บป่วยได้

3. มีความพิการในระดับปานกลาง (Moderate disability) หมายถึง ผู้ป่วยอาจจะ รู้สึกตัวดีหรือรู้สึกตัวแต่มีอาการสับสน ไม่รู้กาลเวลา สถานที่ และผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง ในการทำกิจกรรมประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือพึ่งพาผู้อื่นบางส่วนเช่น สติปัญญาและ ความจำเสื่อมมีอาการและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ระบบประสาทสั่งการบกพร่องหรือมีปัญหาใน การติดต่อสื่อสาร ทำให้ไม่สามารถกลับไปทำงานและเข้าสังคมได้ตามเดิม

4. มีความพิการในระดับรุนแรง (Severe disability) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวโดย อาจจะมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นก็ได้และต้องพึ่งพาผู้อื่นในการ ปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ในด้านการเงินและการเข้าสังคมเนื่องจากมีความพิการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมอย่างมาก

ประเมินโดยแบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของ กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2540) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดตามแบบการพยากรณ์ผลของ Glasgow (Glasgow Outcome Scale) ของ Jennett and Bond (1975)

การมองเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) ความเชื่อมั่นและรับรู้ตนเองว่ามีความสามารถ (Sense of competence)

(Rosenberg, 1965) ประเมินโดยแบบประเมินการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ของ Rosenberg (1965) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย Preechawong et al. (2007)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การปฏิบัติช่วยเหลือตนเอง ตามปกติในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ เช่น การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ทำงานบ้าน เป็นต้น ประเมินโดยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index: CAI) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (Jitapunkul, 1994)

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด หมายถึง กระบวนการความคิด ความคิดสร้างสรรค์ ความรู้ เชาวิน จินตนาการ การใช้เหตุผล การแก้ปัญหา และการใช้สัญลักษณ์ ความผิดปกติของการรู้คิด จะแสดงออกในรูปของการวางแผน การจัดระบบ การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การแสดงปฏิกิริยา ได้ตอบ ความเป็นเหตุเป็นผล การคำนวณ การแปลความหมาย การรับรู้เวลาและสถานที่ การตั้งใจ มีสมาธิ ความจำ รวมทั้งการใช้ภาษาสื่อสารกับบุคคลอื่น (มีชัย สีใส, 2530; พาริดา อิบราฮิม, 2542; กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547; Namerow, 1987; Sosnowski and Ustik, 1994) ประเมินโดยใช้แบบประเมิน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด Mini Mental State Exam (MMSE) ของ Folstein (1975) ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 โดยคณะกรรมการการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ.2542

การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงการมีปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกในครอบครัว (Janosid and Green, 1992) สามารถ ประเมินได้ 6 ด้าน ตามแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบแมคมาสเตอร์ ของ Epstein และคณะ (1984) ได้แก่

1. การควบคุมพฤติกรรม (Behavior control) หมายถึง การที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสมไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนต่อตนเอง และผู้อื่น พฤติกรรมที่จำเป็นต้องมีการควบคุมประกอบด้วย พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและชีวภาพ พฤติกรรมทางสังคม เช่น การรักษาระเบียบวินัยในครอบครัว การคบเพื่อน พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือทรัพย์สิน

2. การแก้ไขปัญหา (Problem solving) หมายถึง พฤติกรรมหรือความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวดำเนินไปได้และปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. บทบาท (Roles) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติต่อกันและกันซ้ำๆ เป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวที่ได้สมบูรณ์ โดยแบ่งเป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับวัตถุ (Instrument) และบทบาทที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ (Affective)

4. การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันและกัน มีอยู่สองรูปแบบ คือ การสื่อสารโดยใช้คำพูด และการไม่ใช้คำพูด เนื้อหาของการสื่อสาร แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับวัตถุ (Instrumental) และเนื้อหาเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก (Affective)

5. ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective Involvement) หมายถึง ระดับของความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกแต่ละคนมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกถึงความสนใจ การเห็นคุณค่าของกันและกัน

6. การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective responsiveness) หมายถึง พฤติกรรมหรือความคิดที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะใช้ในการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งกระตุ้นอย่างเหมาะสมทั้งในแง่คุณภาพและปริมาณ โดยอารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ อารมณ์ในภาวะปกติ เช่น ความสุข ความรัก ความยินดี และอารมณ์ในภาวะวิกฤติ เช่น ผิดหวัง เสียใจ เศร้า กลัว โกรธ ประเมินโดยแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวจุฬาลงกรณ์แฟมิลี่อินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory, [CFI]) ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามแบบแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning : MMFF) ของ Epstein et al. (1984)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ ให้ตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

2. เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีความรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและปัจจัยคัดสรรซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ระดับความพิการ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การทำหน้าที่ของครอบครัว เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปวางแผน เป็นแนวทางปฏิบัติและให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

3. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยทางการแพทย์ โดยนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการปฏิบัติกิจกรรมทางการแพทย์หรือศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการทางการแพทย์

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับความพิการ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและการทำหน้าที่ของครอบครัว ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.1 ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.2 สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.3 พยาธิสรีรวิทยาของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.4 พยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.5 ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.6 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีผลต่อผู้ป่วย
 - 1.7 การรักษา
 - 1.8 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. ภาวะซึมเศร้า
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 2.3 อาการทางคลินิกของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
 - 2.4 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 2.5 ระดับของภาวะซึมเศร้า
 - 2.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 2.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 2.8 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 2.9 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะ

1.1 ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากการศึกษาความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้มีผู้ที่ทำการศึกษาและให้ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะไว้มากมาย พอสรุปได้ดังนี้

Hickey (1992) ได้ให้ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะหมายถึง การบาดเจ็บใดๆก็ตามที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะและหรือกระดูกใบหน้า หรือเนื้อสมอง

Barker (2002) อธิบายว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บที่เป็นผลให้สมองมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความสามารถทางด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา อารมณ์ สังคม

จเร ผลประเสริฐ (2528) การบาดเจ็บที่ศีรษะคือ การบาดเจ็บที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง เส้นประสาท และสภาวะที่มีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน

นครชัย เพื่อนปฐม (2541) ให้ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะคือ การบาดเจ็บใดๆที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะและเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบในกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจทำให้มีหรือไม่มีเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การที่สมองได้รับความกระทบกระเทือน (Traumatic brain injury: TBI) สามารถใช้แทนคำว่า “บาดเจ็บที่ศีรษะได้” (Barker and Blank-Rein, 2002)

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะหรือการบาดเจ็บสมองคือ ความกระทบกระเทือนจากแรงกระแทก หรือแรงเหวี่ยงจากวัตถุ ที่มีผลต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เนื้อสมอง เยื่อหุ้มสมอง เส้นประสาท และสภาวะที่มีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน ส่งผลให้บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดความผิดปกติ มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว มีผลต่อความสามารถทางด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมการแสดงออก

1.2 สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

Testani-Dufour, Chappel-Aiken, and Gueldner (1992) อธิบายว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดจากการได้รับแรงกระแทกจากภายนอกมากระทบที่ศีรษะส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกและสมองส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว มีความบกพร่องด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม และในด้านความรู้ความเข้าใจ

Hickey (1997) กล่าวถึงสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะว่าส่วนใหญ่เกิดขึ้นเกิดจากการได้รับอุบัติเหตุจากรถยนต์ชน ซึ่งพบประมาณร้อยละ 50 ตกจากที่สูงร้อยละ 21 ถูกทำร้ายร่างกายร้อยละ 12 และจากการเล่นกีฬาร้อยละ 10

แสงชัย สีมานจรรยา (2535) ศึกษาถึงสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ.2534 พบว่าสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์มากที่สุดถึงร้อยละ 85.1

จเร ผลประเสริฐ (2541) กล่าวว่า สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนมากเกิดจากแรงกระแทก มีทั้งชนิดที่ไม่มีแผลเปิดภายนอกและชนิดที่มีแผลภายนอก ส่งผลให้หนังศีรษะฉีกขาด บวม ช้ำ มีเลือดออกภายในสมอง นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นแบ่งออกเป็น 2 สาเหตุคือ สาเหตุจากการจราจร เช่น การถูกรถชน และสาเหตุที่ไม่ได้เกิดจากการจราจร เช่น การถูกตีที่ศีรษะ

นอกจากนี้จากการศึกษาถึงสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ พบว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนมาก มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ (อรุณ กิจมหาตระกูล, 2542)

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นถึงสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะจึงพบว่า สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นเกิดได้จาก 2 สาเหตุ ได้แก่ สาเหตุจากการจราจร เช่น อุบัติเหตุรถชน อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ และสาเหตุที่ไม่ได้เกิดจากการจราจร เช่น ถูกทำร้ายร่างกาย การตกจากที่สูง หกล้ม และจากการเล่นกีฬา เป็นต้น

1.3 พยาธิสรีรวิทยาของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ความรุนแรงเมื่อศีรษะได้รับบาดเจ็บนั้นมีความรุนแรงที่แตกต่างกันตามรายละเอียดดังนี้

การบาดเจ็บที่หนังศีรษะ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท

1) หนังศีรษะบวมช้ำ (Scalp contusion) คือ การเกิดการกระแทกจากวัตถุไม่เกิดแผล หายเองได้ไม่ต้องรักษา

2) การเกิดก้อนเลือดภายในหนังศีรษะ (Scalp hematoma) คือ การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากวัตถุที่ไม่มีคม ทำให้ Emissary vein มีการฉีกขาดและเลือดออกมาข้าง ซึ่งปกติก้อนเลือดจะถูกดูดซึมและหายได้เองภายในช่วง 2-3 สัปดาห์

3) หนังศีรษะฉีกขาด (Scalp laceration) คือ การฉีกขาดของชั้นเนื้อเยื่อของหนังศีรษะทุกชั้น ลักษณะของบาดแผลที่เกิดจากวัตถุที่ไม่มีคม จะมีหนังศีรษะขาดหายไปหรือมีขอบแผลที่กะรุ่งกะริ่ง จึงต้องได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ส่วนบาดแผลที่เกิดจากวัตถุที่มีคม จะพบว่าลักษณะขอบแผลจะเรียบ

การบาดเจ็บที่กะโหลกศีรษะ กะโหลกศีรษะแตกมักพบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้ (จเร ผลประเสริฐ, 2541)

1) กะโหลกศีรษะแตกร้าว (Vault fracture) เกิดจากแรงที่มากกระแทกที่ศีรษะเป็นบริเวณกว้าง ส่งผลให้เกิดรอยแตกหลายชนิดเช่น การแตกร้าวเป็นแฉกจากศูนย์กลาง (Stellate) รอยแตกร้าวเป็นเส้น (Linear) หรือการแตกเป็นชิ้นเล็กๆ (Comminuted) การแตกร้าวของกะโหลกศีรษะถ้ามีทางติดต่อกับหนังศีรษะที่ฉีกขาด (Compound or open linear skull fracture) จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ระบบประสาทส่วนกลางได้ ดังนั้นแพทย์จึงจำเป็นต้องทำการผ่าตัดเอากะโหลกศีรษะส่วนที่เป็นรอยแตกและสิ่งแปลกปลอมออกเพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อ สำหรับกรณีที่มีรอยแตกแต่ไม่มีเลือดออกในกะโหลกศีรษะไม่ต้องทำการผ่าตัดเนื่องจากรอยแตกของกะโหลกศีรษะจะเชื่อมติดกันเองโดยจะใช้ระยะเวลา 2-3 เดือน

2) ฐานกะโหลกศีรษะแตก (Basilar skull fracture) การแตกของฐานกะโหลกศีรษะมีส่วนทำให้เส้นประสาทสมองเสียไป ส่งผลให้การรับกลิ่นเสียไปได้ (Anosmia) ตาบอด หูหนวกและมีไอบหน้าเบี้ยวได้ โดยรอยแตกนั้นจะผ่าน Cribriform plate, Ethmoid sinus, Frontal sinus, Sphenoid sinus ทำให้เยื่อหุ้มสมองและเยื่อแรคนอยด์มีการฉีกขาดส่งผลให้น้ำไขสันหลังรั่วออกทางจมูก ส่วนถ้ารอยแตกผ่านกระดูก Petrous pyramid และเยื่อแก้วหูฉีกขาดจะทำให้น้ำไขสันหลังรั่วออกทางหู ทำให้เกิดการติดเชื้อของระบบประสาทส่วนกลางได้ ถ้ารั่วนานกว่า 2 อาทิตย์ แพทย์จะทำการผ่าตัดปิดรูรั่ว โดยปกตินั้นการรั่วของน้ำไขสันหลังที่ออกทางหูและจมูกมักพบภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บสมอง และจะหยุดรั่วได้เองในระยะเวลา 1-2 อาทิตย์

3) กะโหลกศีรษะแตกยุบ (Depressed skull fracture) เกิดจากการแตกร้าวของกะโหลกศีรษะชั้นในจากแรงกระแทก ขอบกระดูกที่แตกไปตัดเส้นเลือด Middle meningeal artery บริเวณผิวดมสมอง ทึมลงไปที่เนื้อสมอง เยื่อหุ้มสมอง เกิดเยื่อหุ้มสมองฉีกขาด สมองซ้ำ มีก้อนเลือดเกิดขึ้นใน

สมองหรือในเยื่อหุ้ม การติดเชื้อของระบบประสาทหรือการติดเชื้อบริเวณกะโหลกศีรษะ (Osteomyelitis) เช่น การเกิดฝีในสมอง เยื่อหุ้มสมองอักเสบ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่

1) เนื้อสมองฉีกขาด (Cerebral laceration) เยื่อหุ้มสมองและเนื้อสมอง เกิดการฉีกขาดและมีแผลฉีกขาดที่บริเวณหนังศีรษะและการแตกของกะโหลกศีรษะ

2) สมองช้ำ (Cerebral contusion) การเกิดสมองช้ำทำให้เส้นเลือดเกิดการขยาย ส่งผลให้เกิดสมองบวม ลักษณะสมองช้ำนั้นจะพบว่าผิวและเนื้อสมองเป็นสีคล้ำส่วนเยื่อหุ้มสมองไม่ฉีกขาด ถ้าสมองมีการช้ำมากจะส่งผลให้ไปกดบริเวณแกนสมองได้

3) สมองได้รับความกระทบกระเทือน (Cerebral concussion) จะไม่พบความผิดปกติของระบบประสาทและพยาธิสภาพของสมอง แต่หลังการเกิดการบาดเจ็บจะเกิดการหมดสติได้และอาจจำเหตุการณ์ไม่ได้ (Amnesia)

การบาดเจ็บต่อเส้นเลือดในสมองทำให้เกิดการตกเลือดในโพรงกะโหลก (Intracranial hemorrhage) ได้แก่

1) เลือดออกในช่องว่างใต้เยื่อแรคนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage) เป็นการฉีกขาดของเส้นเลือดดำที่เชื่อมระหว่าง Venous sinus และผิวของสมอง ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อหุ้มสมองและเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากเม็ดเลือดไปอุดบริเวณ Arachnoid granulation การสลายตัวของเม็ดเลือดแดงมีผลให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อแรคนอยด์และเกิด Communicating hydrocephalus ทำให้ต้องลดความดันในกะโหลกศีรษะลงโดยแพทย์จะทำการผ่าตัดโดยการใส่ Shunt ถ้าเลือดออกไม่มากความดันของกะโหลกศีรษะจะกลับคืนสู่ภาวะปกติโดยไม่ต้องทำการผ่าตัด

2) ก้อนเลือดเหนือเยื่อหุ้ม (Epidural hematoma) เป็นก้อนเลือดที่เกิดในชั้นของด้านในกะโหลกศีรษะ บริเวณขมับร่องผ่านเส้นเลือดแดงและส่งผลให้เกิดการฉีกขาดของ Middle menigeal artery ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทภายใน 15-20 นาที การแตกยุบของกะโหลกศีรษะผ่านเส้นเลือดดำ Dural venous sinus จะแสดงอาการทางระบบประสาทส่วนการมีก้อนเลือดเหนือเยื่อหุ้มร้อยละ 30-60 ระดับความรู้สึกตัวจะไม่มีเปลี่ยนแปลง

3) ก้อนเลือดภายในเนื้อสมอง (Intracerebral hematoma) เป็นการเกิดก้อนเลือดในเนื้อสมอง มักพบในการถูกกระสุนปืนทำให้เกิดการฉีกขาดของเส้นเลือดในเนื้อสมอง ทำให้เกิดก้อนเลือดบริเวณใต้เยื่อหุ้มทำให้เกิดพยาธิสภาพที่กระจายไปทั่วสมองหรือพบในการบาดเจ็บศีรษะชนิดที่ไม่มีบาดแผลที่หนังศีรษะที่ต่อกับรอยแตกของกะโหลกศีรษะ

4) ก้อนเลือดใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural hematoma) เป็นก้อนเลือดที่เกิดจากก้อนเลือดในสมองเกิดการขยายเข้าไปที่ช่องว่างใต้เยื่อหุ้มสมองที่เกิดระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้นดิวราและชั้นเพีย โดยเกิดจากการฉีกขาดของเส้นเลือดดำที่เชื่อมต่อกับเส้นเลือดดำของผิวสมองกับ Venous sinus ซึ่งการเกิดก้อนเลือดใต้เยื่อหุ้มสมองแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

(1) ก้อนเลือดใต้เยื่อหุ้มสมองค่อนข้างเฉียบพลัน (Subacute subdural hematoma) เป็นการมีก้อนเลือดออกภายในบริเวณกะโหลกศีรษะ อาการและอาการแสดงจะพบเมื่อภายหลัง 2 วันถึง 2 สัปดาห์ หลังจากที่ได้รับบาดเจ็บ

(2) ก้อนเลือดใต้เยื่อหุ้มสมองเรื้อรัง (Chronic subdural hematoma) เป็นลักษณะของการฉีกขาดของเส้นเลือดดำที่เชื่อมโยงกับเส้นเลือดดำที่บริเวณผิวของสมองกับ Sagittal venous sinus โดยก้อนเลือดที่อยู่ภายในจะพบว่ามีการสลายตัวเป็นน้ำและมีขนาดใหญ่ขึ้นพบมากในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งจะมีช่องว่างใต้เยื่อหุ้มสมองเนื่องจากมีภาวะสมองเหี่ยวและเมื่อก้อนเลือดเพิ่มขนาดใหญ่ขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะสมองยื่นและมีความดันในกะโหลกศีรษะสูง อาการและอาการแสดงจะพบเมื่อภายหลัง 2 สัปดาห์หลังจากที่ได้รับบาดเจ็บ

(3) ก้อนเลือดใต้เยื่อหุ้มสมองเฉียบพลัน (Acute subdural hematoma) เป็นลักษณะของเลือดที่ไหลมาจากร่องของเส้นเลือดขนาดใหญ่หรือไหลมาจากเส้นเลือดแดง ซึ่งอาจพบว่ามีอาการเกิดสมองบวมและเนื้อสมองช้ำด้วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งอาการและอาการแสดงจะพบได้ภายใน 25-48 ชั่วโมงหลังจากที่ได้รับบาดเจ็บ

1.4 พยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

การบาดเจ็บสมองแบ่งตามพยาธิสภาพและสรีรวิทยา (มยุรี แก้วจันทร์, 2531; Hickey, 1997; Baker, 2002) ดังนี้ แบ่งตามพยาธิสภาพ 2 ประเภท

1) การได้รับบาดเจ็บเฉพาะที่ (Focal injury) ได้แก่ ก้อนเลือดในสมอง (Cerebral hematoma) สมองช้ำ (Cerebral contusion)

2) การได้รับบาดเจ็บทั่วไป (Diffuse injury) ได้แก่ การบาดเจ็บโดยทั่วไปของแอกซอน (Diffuse axon injury) สมองกระทบกระเทือน (Cerebral concussion)

แบ่งตามสรีรวิทยา 2 ประเภท (จเร ผลประเสริฐ, 2541; Littlejohns et al., 2001; Barker, 2002)

1) การบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดปฐมภูมิ (Primary injury) คือการบาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดขึ้นจากการได้รับแรงกระทำ หรือจากการเคลื่อนที่ของศีรษะอย่างรวดเร็วและรุนแรง ส่งผล

กระทบทำให้เกิดการชอกช้ำต่อเนื้อสมอง ทำให้เกิดการฉีกขาดหรือเลือดออก อาการแสดงในการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นจะไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงโดยตรงของพยาธิสภาพ แต่จะมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงโดยตรงกับตำแหน่งของสมองที่เกิดพยาธิสภาพ ซึ่งลักษณะของการบาดเจ็บที่ศีรษะประกอบด้วย

(ก) สมองได้รับความกระทบกระเทือน (Cerebral concussion) คือการสูญเสียความรู้สึกตัวทันทีทันใดชั่วขณะหลังการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เมื่อฟื้นรู้ตัวเป็นปกติจะไม่ปรากฏอาการทางพยาธิสรีรวิทยาหรืออาการในทางระบบประสาทให้หลงเหลืออยู่ แต่อาจพบอาการหลงลืมก่อนการได้รับบาดเจ็บ (Retrograde amnesia) หรืออาการหลงลืมหลังการบาดเจ็บ (Post traumatic amnesia)

(ข) การบาดเจ็บต่อก้านสมอง (Brain stem injury) คือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจะพบได้ 2 ชนิด คือ การบาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดขึ้นทันทีจะพบเมื่อมีการกระทบโดยตรงต่อกะโหลกศีรษะ ทำให้กะโหลกศีรษะบุ๋มลงไปและเกิดความดันบวกเพิ่มขึ้นทันที และจะมีการเลื่อน (Herniation) ของสมองบริเวณส่วนนั้น ส่วนการบาดเจ็บต่อก้านสมองที่เกิดขึ้นภายหลังนั้นจะเกิดการกดของหลอดเลือดดำ ทำให้ผู้ป่วย มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง การหายใจเปลี่ยนแปลงหมดสติ เกิดอัมพาตของสมองและร่างกาย

(ค) สมองช้ำ (Cerebral contusion) คือเมื่อเกิดภาวะสมองช้ำส่งผลให้ผู้ป่วยหมดสตินานกว่าปกติ แต่จะไม่เสียชีวิต โดยสมองจะมีลักษณะเป็นสีคล้ำ บวมช้ำ รอยนูนของสมอง (Gyrus) และส่วนที่เป็นร่อง (Sulcus) นั้นจะหายไป ส่วนในบริเวณรอบๆของสมองส่วนที่ได้รับบาดเจ็บจะเกิดจุดเลือดออก (Petechial hemorrhage) ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีอาการหมดสติทันทีในที่เกิดเหตุและจะหมดสตินานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน ทั้งที่ไม่มีการเพิ่มขนาดของก้อนเลือด

(ง) การบาดเจ็บทั่วไปของแอกซอน (Diffuse Axon Injury หรือ DAI) คือการบาดเจ็บทั่วไปของสมอง จากการเพิ่มและลดความเร็วของแรงที่กระทำต่อสมอง เป็นผลของแรงเหวี่ยง (Acceleration – deceleration and inertia) ทำให้เนื้อสมอง ใยประสาท ถูกยืดขยายและฉีกขาด ทำให้หมดสติทันทีหรือหมดสตินานกว่า 6 ชั่วโมง โดยไม่พบพยาธิสภาพเฉพาะที่ของสมอง แต่พบความผิดปกติของระบบประสาททั่วไป White matter โคนทำลาย สมองบวม ผู้ป่วยจะมีอาการแสดง เช่นความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น หมดสติลึก (Deep coma) เป็นเวลานาน มี Decelerations และอุณหภูมิจึงในร่างกายเพิ่มสูงขึ้น

2) การบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดทุติยภูมิ (Secondary injury) คือการเกิดพยาธิสภาพภายหลังจากการเกิดแบบปฐมภูมิ ซึ่งการบาดเจ็บดังกล่าวอาจใช้เวลาในการเกิดหลายนาที่หลายชั่วโมง หลายวัน โดยพยาธิสภาพจะค่อยๆ ขยายขนาดเพิ่มมากขึ้น ประกอบด้วย 5 ชนิด

- (ก) สมอบบวม (Brain edema)
- (ข) ก้อนเลือดในสมอง (Intracerebral hematoma)
- (ค) ก้อนเลือดในชั้นดูรา (Subdural hematoma)
- (ง) ก้อนเลือดในชั้นเหนือดูรา (Extradural, Epidural hematoma)
- (จ) น้ำหล่อสมองและไขสันหลังรั่วเข้าชั้นใต้ดูรา (Subdural hygroma)
- (ฉ) ตกเลือดในชั้นใต้แอคนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage)

1.5 ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ประเภทของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แยกตามระดับความรุนแรงแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม (Rimel et al., 1981; ทิพาพร ดังอำนาจ, 2541) ดังนี้

1) การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Minor Head Injury: MHI) คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับของ Glasgow Coma Score (GCS) 13-15 คะแนน โดยผู้ป่วยนั้นจะรู้สึกตัวดี ลืมตาได้เอง หรือลืมตาเมื่อถูกเรียก ตอบคำถามได้ถูกต้องทันทีหรือใช้เวลาเพียงเล็กน้อย หรือสับสนบ้างบางครั้ง ทำตามคำสั่ง

2) การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (Moderate Head Injury: Mo.HI) คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับของ Glasgow Coma Score (GCS) 9-12 คะแนน โดยผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง สับสน หลับเกือบตลอดเวลาและจะตื่นเมื่อถูกปลุกหรือจะตื่นเมื่อได้รับความเจ็บปวด ทำตามคำสั่งหรือตอบคำถามง่ายๆ ได้แต่ต้องใช้เวลา นานกว่าปกติ สำหรับผู้ป่วยที่ความรู้สึกตัวลดลงมาก จะมีเพียงการเคลื่อนไหวหนีความเจ็บปวดหรือส่งเสียงไม่เป็นคำพูด

3) การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe Head Injury: SHI) คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับของ Glasgow Coma Score (GCS) 3-8 คะแนน โดยผู้ป่วยจะมีระดับความรู้สึกตัวที่น้อยมากหรือไม่รู้สึกตัวเลย ทำตามคำสั่งใดๆ ไม่ได้ทั้งสิ้น เคลื่อนไหวแขนขาหนีงอเหยียด ในท่าที่ผิดปกติ หรือไม่มีการเคลื่อนไหวเลย และส่งเสียงไม่เป็นคำพูดเมื่อได้รับความเจ็บปวด

1.6 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีผลต่อผู้ป่วย

การบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีอันตรายเกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลางและระบบ Reticular activating ซึ่งมีผลทำให้เซลล์สมองถูกกดและมีการเสื่อมหน้าที่ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิต และเกิดความพิการต่อร่างกาย เช่นผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจ และผลกระทบทางการรู้คิด

1) ผลกระทบด้านร่างกาย หมายถึง มีผลทำให้บุคคลนั้นมีอาการหมดสติ ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ มักจะพบว่าบริเวณเปลือกสมอง (Cerebral cortex) และก้านสมอง Reticular formation ได้มีการถูกทำลายไป (ซัซรินทร์ อังศุภากร, 2535) ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูง สมองบวม สมองขาดออกซิเจน เลือดออกในสมอง เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง ทำให้การทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและข้อติดเชื้อ

2) ผลกระทบด้านจิตใจ (Psychological function) หมายถึง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเมื่อมีความพิการหลงเหลืออยู่และไม่สามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำได้ด้วยตนเอง ทำให้รู้สึกมีปมด้อย ความมีคุณค่าในตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น (กัญญารัตน์ ผึ้งบวรหาร, 2539) นอกจากนี้ยังกลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ทำให้ส่งผลให้มีปัญหาทางด้านจิตใจตามมา เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล เหนื่อยล้า แยกตัว สับสน บางรายคิดฆ่าตัวตาย (กัญญารัตน์ ผึ้งบวรหาร, 2539; Bottcher, 1989) ดังนั้นจากการศึกษาค้นคว้าจึงพบว่าบาดเจ็บที่ศีรษะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ

3) ผลกระทบทางการรู้คิด (Cognitive function) หมายถึง ความสามารถในการทำความเข้าใจต่อสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการให้ความหมายของแต่ละบุคคล และการจัดเก็บข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นส่วนประกอบของการทำหน้าที่การรู้คิด ได้แก่ ความจำ การรับรู้เวลา สถานที่ การคำนวณ การคิดที่เป็นตรรกะและการใช้ภาษาในการสื่อสาร

สำหรับผลกระทบในแต่ละระยะของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นมีความแตกต่างกัน พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ระบบทางเดินหายใจ โภชนาการ การไหลเวียนของระบบโลหิต ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การให้ยา การดูแลสภาพแวดล้อม (พรนิภา เชื้อเบญจพล, 2547) โดยผลกระทบของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะเริ่มต้นในห้องฉุกเฉินซึ่งเป็นระยะเฉียบพลันยังไม่พบผลกระทบทางด้านจิตสังคมที่เด่นชัดเนื่องจากผลกระทบระยะเฉียบพลัน พบว่าหากผู้ป่วยได้รับ

บาดเจ็บที่ศีรษะมีการทำลายไปถึงส่วนของก้านสมองที่ควบคุมระดับความรู้สึกตัว (brain stem reticular formation) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหมดสติ ไม่รับรู้ต่อสิ่งแวดลอม การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นอยู่ในระดับต่างๆ หรือไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นเลย ขึ้นอยู่กับระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไป (รัชมภรดา อินทร, 2539) ระยะเริ่มต้นของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยการพยาบาลที่สำคัญคือ การป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การประเมินอาการทางระบบประสาท 1-4 ชั่วโมง เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ การเปลี่ยนแปลงของรูม่านตา การเคลื่อนไหวของลูกตา การรับความรู้สึก การเคลื่อนไหวของแขนขา (Barker, 2002; Kater, 1998, Namerow, 1987)

ผลกระทบของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระยะในหอผู้ป่วยวิกฤต ต่อเนื่องจากระยะในห้องฉุกเฉิน เป็นระยะที่ผู้ป่วยยังพบความผิดปกติของระดับความรู้สึก ระดับความรู้สึกตัวอาจมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และต้องได้รับการประเมินการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพเพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ในระยะนี้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะบางรายอาจได้รับการผ่าตัดสมองสำหรับผลจากการผ่าตัดสมองนั้นอาจส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องทั้งในด้านร่างกายและด้านจิตใจ เนื่องจากในระยะหลังผ่าตัดระดับความรู้สึกตัวอาจเกิดการเปลี่ยนแปลง มีการสูญเสียความทรงจำชั่วคราว พฤติกรรมและบุคลิกภาพมีการเปลี่ยนแปลงเช่นกันถึงแม้จะเป็นการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย แต่สำหรับตัวผู้ป่วยนั้นบางครั้งอาจเกิดความวิตกกังวล ความเครียดและภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ (Rice, 1992)

เมื่อพ้นระยะวิกฤตหรือหลังจากที่ผู้ป่วยบางรายได้รับการผ่าตัด พบว่าผลกระทบของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะในหอผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบปัญหาในเรื่องของระดับความพิการเกิดขึ้น โดยระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบให้การทำงานที่ของร่างกายแตกต่างไปจากเดิม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (Smith et al., 1994) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต้องพึ่งพาผู้อื่นร้อยละ 26 จึงพบผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น (Fann et al., 1995) จากการศึกษาของ Hernandez และคณะ (1997) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอายุ 15-64 ปี ร้อยละ 63 พบมีภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงาน ส่วนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดเรื้อรังส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น นอกจากนี้ Seel และคณะ 2003 พบว่าภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานลดลง มีความคิดฆ่าตัวตาย ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง

นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้ายังทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ มีอาการเหนื่อยล้าและเกิดความคับข้องใจ

ระยะเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำหน่ายกลับบ้าน จากการศึกษาของ Hernandez และคณะ 1997 พบว่าสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในช่วง 6, 9 และ 12 เดือน ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ต่อสังคม เนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้ความจำ กระบวนการคิด การตัดสินใจ ความตั้งใจ การมีสมาธิ การวางแผน การจัดระบบ การแก้ไขปัญหา ปฏิกริยาโต้ตอบ ความเป็นเหตุเป็นผล และการแปลความหมาย ซ้ำลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง นอกจากนี้ Seel และคณะ 2003 พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบด้านอื่นๆ เช่น ด้านความสนใจหรือความปรารถนา ทำให้เบื่อ ไม่อยากทำกิจกรรม ความสนใจทางเพศลดลง ด้านความรู้สึกหรือความเชื่อมั่น ทำให้ความรู้สึกความเชื่อมั่นในตนเองลดลง รู้สึกไร้ค่า ด้านร่างกาย ทำให้ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลง อ่อนแรง เหนื่อยง่ายระหว่างทำกิจกรรมและยังส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ความคิดและการตัดสินใจซ้ำ

1.7 การรักษา

การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะเป็นแบบประคับประคอง ถ้ามีการบาดเจ็บต่อสมองอย่างเดียว (จเร ผลประเสริฐ, 2541) ได้แก่ การให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอและคงไว้ซึ่งการไหลเวียน การรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะการติดเชื้อ ภาวะปอดอักเสบ (Thelan et al., 1998) การให้ยารักษา เช่น ยาลดสมองบวม ได้แก่ เดกซาเมธาโซน (dexamethasone) การให้ยาลดความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะ ได้แก่ แมนนิทอล (mannitol) ยาต้านชัก ได้แก่ ฟีนิตอีน (phenytoin) (นครชัย เฟื่อนปฐม, 2541) การผ่าตัดแบ่งได้ 2 ชนิด ได้แก่ การผ่าตัดบริเวณสมองใหญ่ (cerebrum) และการผ่าตัดบริเวณก้านสมอง (brain stem) และสมองน้อย (cerebellum) ถ้าตรวจพบว่ามีเลือดออกในโพรงกะโหลกร่วมด้วย ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเลือดออกโดยเร็ว โดยการเจาะรูผ่านกะโหลกศีรษะเข้าไปเพื่อดูดของเหลวที่คั่งค้างออกมา (burr holes) หรือผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อเอาก้อนเลือดที่คั่งค้างอยู่ภายในออก (craniotomy) (จเร ผลประเสริฐ, 2541) การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะแบ่งเป็น 2 ชนิด โดยเยื่อเทนนทอเรียม (tentorium) ในการแบ่ง ได้แก่ การผ่าตัดบริเวณส่วนเหนือเทนนทอเรียม (supratentorial surgery) เป็นการผ่าตัดบริเวณสมองใหญ่ (cerebrum) อีกชนิดหนึ่งเป็นการผ่าตัดส่วนใต้เทนนทอ

เวียม (infratentorial surgery) เป็นการผ่าตัดในบริเวณก้านสมอง (brain stem) และสมองน้อย (cerebellum) (Schenk, 1995)

1.8 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ สำหรับเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเพื่อควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่

1) การป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยการพยาบาลที่สำคัญคือนอกจากการประเมินอาการทางระบบประสาท 1-4 ชั่วโมง เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพแล้ว การจัดท่านอนศีรษะสูง 15-30 องศา ให้ลำตัวและศีรษะอยู่ในแนวตรงเสมอ ห้ามงอสะโพกมากกว่า 90 องศา (Hipflex) เพื่อลดความดันภายในกะโหลกศีรษะ และการลดไข้เป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากการมีไข้สูง 1 องศาเซลเซียส ส่งผลให้ร่างกายมี Metabolism สูงขึ้นถึงร้อยละ 10 การทำหน้าที่ของสมองจะเสียไป ต้องใช้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองเพิ่มมากขึ้น และความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะสูงขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถปรับอุณหภูมิได้ (ทิพพพร ตังอำนาจ, 2541; สุวรรณี ทาอ่อน, 2539)

2) การจำกัดสารน้ำ การจำกัดสารน้ำในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและในภาวะที่มีสมองบวมนั้นทำให้ความดันภายในกะโหลกศีรษะลดลง การให้สารน้ำกับผู้ป่วยต้องให้อัตราที่กำหนด มีการบันทึกการเข้าออกของสารน้ำ บันทึกสัญญาณชีพของผู้ป่วย (พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547; Barker, 2002)

3) การดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ออกซิเจนเป็นสิ่งสำคัญที่สมองควรได้รับอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน ซึ่งถ้าสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจะส่งผลต่อระบบประสาทและทำให้ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้แล้วการดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอยังได้แก่ การจัดท่านอนศีรษะสูง 15-30 องศา การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จากการดูดเสมหะอย่างเหมาะสมและถูกต้อง (ทิพพพร ตังอำนาจ, 2541)

4) การพยาบาลเพื่อลดอาการปวดภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดหรือภายหลังเลือดออกในสมอง จึงควรได้รับยาแก้ปวดและร่วมกับการแก้ปัญหาจากสาเหตุของการปวด

5) การป้องกันแผลกดทับ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอาจพบภาวะบวมพร่องของร่างกายไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้และต้องอยู่บนเตียงตลอดเวลา ส่งผลกระทบให้เกิดแผลกดทับตามมา พยาบาลสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ เช่น การพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง รักษาความสะอาดของผิวหนังให้สะอาดไม่อับชื้น ใช้ที่นอนลมหรือฟองน้ำปูรองนอน

6) การดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอาจมีภาวะกลืนลำบากร่วมด้วยจึงควรประเมินภาวะนี้ ให้อาหารด้วยความระมัดระวังในการสำลัก และดูแลให้อาหารในปริมาณที่เหมาะสม (พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547)

7) การพยาบาลเพื่อการขับถ่าย ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอาจมีการเคลื่อนไหวและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย ส่งผลให้ลำไส้เคลื่อนที่น้อยเกิดท้องผูกตามมา ควรช่วยให้มีการเคลื่อนไหวและถ้า 3-4 วันผู้ป่วยยังไม่ถ่ายอุจจาระ ควรให้ผู้ป่วยได้รับยาระบายตามความเหมาะสม

2. ภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาความหมายของภาวะซึมเศร้า ได้มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้มากมาย พอสรุปได้ดังนี้

Beck (1967) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะที่บุคคลมีความผิดปกติ ด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์ และสรีระวิทยา เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อารมณ์เปลี่ยนแปลง มีความคิดในทางลบ ต่ำหุนิตีเตียนตนเอง หลีกเลี้ยงสถานการณ์ต่างๆ ทำกิจกรรมทางกายน้อยลงขาดความสนใจเรื่องเพศ เป็นต้น

Beeber (1998) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าหมายถึง ภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย มีความคิดในทางลบกับตนเอง มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดน้อยลง ไม่มีความหวัง มองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น

ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2542) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าคือ ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติ หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด เช่น เสียใจ โศกเศร้า รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร มีความคิดอัตโนมัติทางด้านลบต่อตนเอง อนาคตและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2545) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าหมายถึง การที่บุคคลมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์อย่างชัดเจนโดยจะแสดงถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ หดหู่ใจ อ่อนเพลีย ร้องไห้มาก อยากรตาย ปฏิเสธการอยู่ร่วมในสังคมกับผู้อื่น

Bornstein และคณะ (Bornstein et al., 1989) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหมายถึง ภาวะที่การทำหน้าที่สมองส่วนการคิดและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากสมองได้รับความกระทบกระเทือนจะแสดงถึงอารมณ์เศร้ามากกว่าปกติ

Burn และคณะ (Burn et al., 1994) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหมายถึง ภาวะที่บุคคลแสดงถึงอารมณ์เศร้าเมื่อสภาพร่างกายมีการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไป จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าคือ ภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากกว่าปกติ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร รู้สึกอ่อนเพลีย รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดในด้านลบต่อตนเอง สิ้นหวัง รู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเองลดลง ต่ำหนิตนเอง มองโลกในแง่ร้าย แยกตัวจากสังคม สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลงและขาดความสนใจทางเพศ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยของภาวะซึมเศร่ายังไม่ได้อธิบายไว้อย่างชัดเจน มีการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าจากปัจจัยหลายประการ ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543 และอรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545)

1) ทฤษฎีทางชีวเคมี (Biochemical theory of depression) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เกิดจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ซึ่งลดลง ได้แก่ โดพามีน (Dopamine) ซีโรโทนิน (Serotonin) และนอร์อิพิเนพรีน (Norepineprine) ซึ่งสารเหล่านี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้นและจากการศึกษาของ Sano (1989 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545) พบว่า ระดับของความเข้มข้นของสาร serotonin จะลดต่ำลงในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับโรคสมองเสื่อมอีกด้วย

2) ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic transmission) กล่าวถึง การเกิดภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง และมีการศึกษา พบว่าถ้าบิดาหรือมารดาเป็นโรคซึมเศร้าจะพบว่าบุตรมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่า และหากบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้าทั้งคู่ จะพบว่าบุตรมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงถึง 4 เท่า

3) ทฤษฎีพัฒนาการและประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้เกี่ยวกับการถูกทอดทิ้ง โดยเฉพาะจากบุคคลที่มีความสำคัญ ทำให้มีความรู้สึกมี ความคิด และความหวังเกี่ยวกับตนเองในทางลบ เศร้า ไม่สามารถปรับตัวได้ Sullivan (2000) สภาพของสังคมรอบตัว ความขัดแย้งในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interaction) เป็นสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าได้

4) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) อธิบายไว้ว่า การสูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก มีความสำคัญกับตน เช่นการสูญเสียอวัยวะทำให้ภาพลักษณ์ของบุคคลเปลี่ยนไปทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

5) ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive theory) อธิบายไว้ว่า ความเศร้า เกิดจากการที่บุคคลมีความคิดด้านลบกับตนเอง คิดโทษตัวเอง ทำร้ายตัวเอง Beck (1967) ได้กล่าวถึงความคิดที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า 3 ประการได้แก่ การมีความคิดทางลบต่อตนเอง ต่ออนาคต และต่อสิ่งแวดล้อม โดยมีรูปแบบความคิด 3 ประเภท คือ

(1) การมีรูปแบบความคิดในด้านลบต่อตนเอง (Negative view of self) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าไม่เป็นที่น่าปรารถนา ไม่มีคุณค่า เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้นก็จะโทษว่าทั้งหมดเกิดขึ้นเพราะความผิดของตนเอง ส่งผลให้มีความรู้สึกในการมีคุณค่าในตนเองต่ำลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

(2) การมีรูปแบบความคิดในด้านลบต่ออนาคต (Negative view of future) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองว่าอนาคตเป็นสิ่งที่ปัญหา เกิดความรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต สูญเสียความหวังในอนาคต และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

(3) การมีรูปแบบความคิดในด้านลบต่อสิ่งแวดล้อม (Negative view of world) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองชีวิตเต็มไปด้วยภาวะอุปสรรค ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง การเผชิญกับสถานการณ์ใดๆจะแปลความไปในทางลบ จึงส่งผลให้เกิดความคิดในด้านลบ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

6) แนวคิดด้านสังคม การเกิดภาวะซึมเศร้านั้นเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เกิดทัศนคติทางลบและแยกตัว การประสบกับการสูญเสียของคู่สมรสเช่น การเสียชีวิตหรือการแยกกันอยู่ของคู่สมรส การขาดการสนับสนุนทางสังคม

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากหลายๆ ปัจจัยรวมกัน โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันออกไปในแต่ละราย

2.3 อาการทางคลินิกของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

อาการทางคลินิกของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยทั่วไปจะพบว่ามีอารมณ์ซึมเศร้า ร่างกาย อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม ลักษณะอาการผิดปกติเหล่านี้ได้มีผู้กล่าวถึง (มานิช

หล่อตระกูด, 2542; สมภพ เรืองตระกูด, 2542; Fortinash and Holoday-Worret, 1999; Rawlins and Heacock, 1993) ซึ่งสรุปได้ดังนี้ คือ

อารมณ์เศร้า พบว่าความรู้สึกที่แสดงถึงอารมณ์เศร้านั้นมีหลายอย่าง เช่น จิตใจเศร้าหมอง รู้สึกไม่แจ่มใส จิตใจหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา เป็นต้น อารมณ์เศร้านั้นไม่จำเป็นต้องมีตลอดเวลา ซึ่งจะพบว่าบางเวลานั้นมีอารมณ์เศร้าน้อย บางเวลามีอารมณ์เศร้ามาก ส่วนมากผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดในตอนเช้าและจะดีขึ้นในตอนค่ำหรือตอนเย็น

ความคิดอยากตาย พบว่าความคิดอยากตายและอารมณ์เศร้านี้มีความสัมพันธ์กัน โดยผู้ป่วยจะหาทางหนีจากความตายและความทรมาน จึงเป็นทางออกที่ผู้ป่วยส่วนมากนึกถึงเป็นครั้งแรก

อาการเบื่ออาหาร พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหารตั้งแต่เริ่มไม่สบาย การรับรสเปลี่ยนไป ไม่อยากรับประทานอาหารเลยแม้แต่เป็นอาหารที่ตนเองเคยชอบ แต่บางรายกลับอยากรับประทานอาหารมากกว่าเดิม

ความกลัวและความวิตกกังวล พบว่าจะมีอาการกลัวและกังวลไปต่างๆ ความกลัวและความกังวลทำให้จิตใจไม่สงบ จะวนเวียนอยู่ในความคิดของผู้ป่วย

ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า พบว่าผู้ป่วยส่วนมากจะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าหมดความสำคัญต่อใครๆทั้งสิ้น ไม่มีด้านดีต่างๆเลย เช่น สติปัญญา ความสามารถหรือเกียรติยศชื่อเสียง ความคิดเช่นนี้ถ้ามีมากและรุนแรงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายหรืออยากตาย เนื่องจากผู้ป่วยจะมองว่าตนเองไม่มีประโยชน์และผู้ป่วยจะมองตนเองในด้านลบอยู่ตลอดเวลา

อาการอ่อนเพลีย พบว่ามีอาการอ่อนเพลียแม้ไม่ได้ออกกำลังกายซึ่งเป็นตลอดเวลา ถึงแม้ว่านอนหลับหรือพักผ่อนก็ไม่ช่วยให้อาการอ่อนเพลียดีขึ้น

อาการทางร่างกาย พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอ เกิดได้กับอวัยวะทุกระบบ อาการที่พบบ่อย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เจ็บหน้าอก อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ เป็นต้น

สมาธิเสีย พบว่าจะมีอาการลืมง่ายและความจำไม่ดี ประมาณร้อยละ 90 มีอาการนี้ เช่น อ่านหนังสือแล้วจำไม่ได้ พูดแล้วนึกไม่ออก หรือทำสมาธิอย่างปกติไม่ได้ จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลมากเพราะทำงานไม่ได้ดีหรือทำไม่ได้เลย โดยเฉพาะงานที่ใช้ความจำและงานที่ใช้สมอง

นอนไม่หลับ พบว่าเป็นอาการที่ปรากฏเป็นอย่างแรก อาจนอนไม่หลับ 1-2 สัปดาห์ก่อนมีอาการอื่น และเกิดอาการนอนไม่หลับตอนปลาย (terminal insomnia) ซึ่งอาการนี้จะเมื่อเป็นมากขึ้น อาการดังกล่าวจะมีลักษณะดังนี้คือ เมื่อเข้านอนจะหลับได้ตามปกติแต่จะตื่น

กลางดึกแล้วหลับอีกไม่ได้หรือหลับได้แต่ยาก บางรายนอนไม่หลับแบบตื่นเช้ากว่าปกติ (early morning awakening)

รู้สึกมีความผิด พบว่าจะตำหนิตนเองทั้งที่ไม่มี ความผิดหรือถ้ามีจะพบว่าเป็นเรื่องที่ไม่สำคัญ คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดีมีบาป คิดว่าตนเองได้ทำความผิด สมควรถูกลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ทำให้อยากตาย คิดฆ่าตัวตาย สาเหตุนี้จึงเป็นอันตรายที่สำคัญที่สุดของโรคนี้

อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย พบในผู้ป่วยเกือบทุกราย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ มีความรู้สึกเสียใจเมื่อได้ทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว และจะเล่าให้ผู้อื่นฟังว่าไม่มีใครเข้าใจ แต่เมื่อมีอาการหงุดหงิดอีก ผู้ป่วยก็ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้

รู้สึกเบื่อและรู้สึกหมดความสนใจ พบว่าผู้ป่วยจะรู้สึกหมดความสนใจและเบื่อในสิ่งต่างๆ ไม่อยากทำ ไม่สนใจในกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆที่เคยทำ และพบว่าผู้ป่วยจะมีความรู้สึกทางเพศลดลงหรือไม่มีเลย ซึ่งพบประมาณร้อยละ 60

ความคิดเชิงซ้ำ พบว่าการพูดจา การเคลื่อนไหวและความคิดซ้ำลง ซึ่งระยะแรกจะพบว่าผู้ป่วยจะซึมลง เจ็บ ความสนใจลดลง ไม่ร่าเริง ไม่กระตือรือร้น พยายามที่จะฝืนตนเองแต่ทำไม่ได้ เช่น การทำงาน การอ่านหนังสือ การแต่งตัว แต่ก็ทำไม่ได้

2.4 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบมากที่สุดในการบาดเจ็บที่ศีรษะ (สมปอง ตงพิพัฒน์, 2539) เนื่องจากความรุนแรงจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้สมองได้รับความกระทบกระเทือน การทำหน้าที่สมองส่วนการคิดและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Bornstein et al., 1989) การบาดเจ็บที่ศีรษะอาจทำให้สมองส่วนที่ควบคุมด้านอารมณ์เกิดการเปลี่ยนแปลง จึงเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อและคลุ้มคลั่งตามมา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติความผิดปกติทางจิตมาก่อน ยิ่งก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายขึ้นเมื่อได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (Robinson et al., 1988) จากการศึกษาของ Burn et al. (1994) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางระบบประสาท ส่งผลให้การทำงานของสมองเกิดการเปลี่ยนแปลง การทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ จึงเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา โดยภาวะซึมเศร้าพบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ถึงร้อยละ 48 มักพบในผู้ป่วยเพศหญิง (Merskey et al., 1972)

ภาวะซึมเศร้าพบในผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (DiCesare et al., 1990) ภายหลังได้รับการบาดเจ็บ 4.7 เดือน ถึง 2 ปี ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 50-77 (Jorge et al., 1993) ในช่วง 6 เดือนแรกภายหลังการบาดเจ็บ ภาวะซึมเศร้าที่พบนั้นเป็น

ชนิดเฉียบพลัน (Fordyce et al., 1983) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดเฉียบพลัน ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงาน และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดเรื้อรังส่งผลกระทบต่อด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังส่งผลกระทบต่อการทำงาน การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ กับสังคมลดลงอีกด้วย (Hernandez et al., 1997) ร้อยละ 26 ของภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Fann et al., 1995) จากการศึกษาของ Christensen et al. (1994) พบว่าหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 1-3 เดือน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นจึงเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาของ Burton และ Volpe (1994) พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลงของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบต่อให้บทบาทการทำงานที่ทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป พบผู้ป่วยเกิดการแยกตัวออกจากสังคม ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร่าร้อยละ 77 และส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีสมาธิสั้นและการทำงานของระบบความจำลดลงถึงร้อยละ 96 และมีการแยกตัวออกจากสังคมได้ถึงร้อยละ 37 (Varney et al., 1987) ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ต่อสังคม เนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้ความจำ กระบวนการคิด การตัดสินใจ ความตั้งใจ การมีสมาธิ การวางแผน การจัดระบบ การแก้ไขปัญหา ปฏิบัติงานได้ต่อ ความเป็นเหตุเป็นผล และการแปลความหมาย ซ้ำลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Hernandez et al., 1997) ภาวะซึมเศร่ายังทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ มีอาการเหนื่อยล้าและเกิดความคับข้องใจ ส่วนผลกระทบต่อด้านอื่นๆ เช่นด้านความสนใจหรือความปรารถนา ทำให้เบื่อ ไม่อยากทำกิจกรรม ความสนใจทางเพศลดลง ด้านความรู้สึกหรือความเชื่อมั่น ทำให้ความรู้สึกความเชื่อมั่นในตนเองลดลง รู้สึกไร้ค่า ด้านร่างกาย ทำให้ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลง อ่อนแรง เหนื่อยง่ายระหว่างทำกิจกรรมและยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ ความคิดและการตัดสินใจซ้ำ (Seel et al., 2003)

นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ อาจเกิดขึ้นจากการที่บุคคลนั้นรู้สึกสูญเสีย จึงทำให้เกิดความไม่มั่นใจในตนเอง เกิดความรู้สึกไร้ค่าในตนเอง หดหวัง ท้อแท้และรู้สึกว่าตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา กลัวการถูกทอดทิ้งและกลัวการเปลี่ยนแปลง (นงคราญ ผาสุข, 2535; สิทธิพร บุญนิศย์, 2537) ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและร่างกาย ทำให้สมองมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความสามารถ ด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ ความคิดและสังคม (Barker, 2002) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะยังส่งผลกระทบต่อความรู้สึกดี ความสามารถในการเข้าใจต่อสิ่งแวดล้อม ความหมายของแต่ละบุคคล การ

จัดเก็บข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ความจำ การรับรู้เวลา สถานที่ การคำนวณ การคิดที่เป็นตรรกะและการใช้ภาษาในการสื่อสารและมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป (สมภพ เรืองตระกูล, 2542; Alexander, 1992; Jorge et al., 1993)

2.5 ระดับของภาวะซึมเศร้า

ระดับของภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้ 3 ระดับดังนี้ (Beck, 1967)

1) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) จะมีอารมณ์ที่ไม่สดชื่น เศร้า ไม่แจ่มใส หงอยเหงา ความตั้งใจในการทำงานลดลง ต้องการการเอาใจใส่ปลอบโยน ต้องการความช่วยเหลือ การนอนหลับผิดปกติไปจากเดิมเช่น ตื่นเช้ากว่าปกติ หลับยากกว่าปกติ ไม่ใส่ใจในรูปลักษณะของตน อาจจะมีสาเหตุหรือไม่มีสาเหตุก็ได้ ซึ่งบุคคลรอบข้างทั่วไปจะรู้สึกได้ในบางครั้ง

2) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) จะพบว่ามีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อชีวิต หน้าที่การทำงาน ครอบครัวยังสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้แต่จะไม่ปกติ นัก มีความรู้สึกเบื่อหน่าย อ่อนเพลีย หงุดหงิด ไร้ค่า ไร้ความสามารถ ก้าวร้าว โกรธง่าย อารมณ์เศร้านี้จะพบมากในช่วงเช้าและจะลดลงในช่วงกลางวัน อาจมีความคิดเกี่ยวกับการตาย ความต้องการทางเพศลดลง การนอนหลับผิดปกติ รับประทานอาหารน้อยลงจนกระทั่งไม่ยอมรับประทานอาหารเลย น้ำหนักลดลง

3) ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) จะพบว่ามีความรุนแรงตลอดเวลา ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ลึกลับ หักเหตุนิ่งไม่เข้าร่วมสังคม ไร้ค่า มองอนาคตมืดมน ถอยหนีออกจากโลกแห่งความเป็นจริง หมดความสนใจทางเพศ ผุดลุกผุดนั่งหรืออยู่ในท่าเดียวนานๆ นอนหลับไม่สนิทหรือนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เหนื่อย หลงผิดและมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้

2.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าจากอาการและอาการแสดง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การประเมินภาวะซึมเศร้าจากการสังเกต (Interviewer and observer rated scale) และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีประเมินตนเอง (Self-report)

1) แบบประเมินโดยวิธีสังเกต (Interviewer and observer rated scale) ได้แก่ Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) สร้างโดยศาสตราจารย์ ฮามิลตัน (Hamilton) จิตแพทย์ชาวอังกฤษในปี ค.ศ. 1950 เพื่อใช้ในการแบ่งกลุ่มภาวะซึมเศร้า

ตามระดับความรุนแรงแปลเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่นๆ อีก 4 ข้อ การประเมินภาวะซึมเศร้าจะเน้นในด้านผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล อาการ แบบจิตสรีระ ความหงุดหงิดการหยิ่งรู้ และอาการกระวนกระวาย จากนั้นให้คะแนนและจัดกลุ่มระดับคะแนน ตามความรุนแรง ตั้งแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจนถึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง แบบสัมภาษณ์นี้มีข้อดี คือ ง่ายต่อการทำและมีข้อคำถามจำนวน แต่มีข้อจำกัด คือ มีข้อคำถามที่มีอาการทางด้านร่างกายมาก (9 ข้อ ใน 17 ข้อ) จึงเหมาะที่จะใช้กับผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาล แบบประเมินนี้จะสังเกตสภาพการณ์ของผู้ป่วย ย้อนหลัง 1 สัปดาห์ จึงทำให้ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อย ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการตัดสินใจและสังเกตภาวะซึมเศร้าและจะต้องได้รับการฝึกมาก่อน

Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MNDRS) สร้างโดย Montgomery และ Asberg ในปี ค.ศ. 1979 เพื่อใช้ในการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อดูประสิทธิภาพของยา แปลเป็นภาษาไทยจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาโดย รณชัย คงสกนธ์ และคณะ (2546) จากนั้นได้นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีค่าความถูกต้องของเนื้อหาอยู่ในระดับ 0.6-1.0 ความสอดคล้องภายในของแบบวัด มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.8048 แบบสอบถามนี้มีข้อดี คือ แบบประเมินสั้น มีข้อคำถามไม่มาก มีทั้งหมด 10 ข้อ ไม่มีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการทางกาย เหมาะกับการนำไปประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ บุคลากรอื่นที่ไม่ใช่จิตแพทย์ แต่มีข้อจำกัด คือ แบบประเมินนี้ยังไม่ครอบคลุมนิยามของภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในปัจจุบันและไม่ได้กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนในการประเมินภาวะซึมเศร้าที่ผู้ป่วยแสดงออกมา

2) แบบประเมินโดยวิธีประเมินตนเอง(self-report) ได้แก่ Beck Depression Inventory (BDI), Geriatric Depression Scale (GDS), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

Beck Depression Inventory (BDI) สร้างโดย Beck ในปี ค.ศ. 1961 จากทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยม ครอบคลุมด้านภาวะอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด การทำกิจกรรม และระบบการทำงานของร่างกาย มีการนำมาแปลเป็นภาษาไทยหลายฉบับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ โดยตอนแรกจะมีผู้สัมภาษณ์แล้วให้ผู้ป่วยตอบคำถาม และจากนั้นผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกคำตอบเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาความผิดพลาดในการรายงาน คะแนนมีคะแนนทั้งหมด 63 คะแนน แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 การแปลผลคะแนนตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือ คะแนนระหว่าง 0 ถึง 9 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน

ระหว่าง 10 ถึง 15 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 16 ถึง 19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 20 ถึง 29 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก คะแนนระหว่าง 30 ถึง 63 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง แบบสอบถามนี้มีข้อดี คือ ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามมีความเข้าใจง่ายต่อการทำ การทำจะใช้เวลาไม่มาก เนื่องจาก จำนวนข้อไม่มาก ใช้ง่าย สามารถประเมินซ้ำได้ ใช้ได้ทั้งในคลินิกและประชาชนทั่วไป เพื่อประเมิน ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ ดังนั้นจึงทำให้มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหารและงานวิจัยมาก

Geriatric Depression Scale (GDS) สร้างโดยเยซาเวท (Yesavage) ในปี ค.ศ.1983 คำถามมีทั้งหมด 30 ข้อ เน้นการประเมินการเคลื่อนไหวด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าด้าน อารมณ์ ความคาดหวัง ด้านลบ การแยกตัวและการรู้คิด ต่อมา ปี ค.ศ.1989 ได้ปรับปรุงข้อคำถาม เหลือ 15 ข้อ ซึ่งได้รับความนิยมมาก และมีการแปลเป็นภาษาต่างๆ นำไปใช้กับหลายประเทศ สำหรับประเทศไทย อรวรรณ ลีทองอินทร์ (2535) นำมาแปลและหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .94 ต่อมากลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองโดยนิพนธ์ พวงรินทร์ และคณะ (2537) นำมาพัฒนาเป็นแบบวัด ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยและใช้ชื่อว่า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) มีข้อคำถาม 30 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกต่อตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ลักษณะแบบวัด เป็นการตอบประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ซึ่งมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกด้านบวก 10 ข้อ และด้านลบ 20 ข้อ (นิพนธ์ พวงรินทร์ และคณะ, 2537 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545)

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) สร้างโดย Radloff ในปีค.ศ.1977 โดยปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression Scale ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ จุดประสงค์ เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยสอบถามในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าความ เชื่อมั่นเท่ากับ .76 ซึ่งแบบสอบถามนี้แปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) มีข้อคำถาม 20 ข้อ ประกอบด้วยอาการภาวะซึมเศร้า 4 ด้านคือ อาการเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกาย (Somatic disturbance) ความเชื่อจากการรู้คิด (Cognitive beliefs) อารมณ์ ความรู้สึก (Affect feelings) และพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral manifestation) แบบประเมินภาวะ ซึมเศร้านี้ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึกอารมณ์ต่างๆ จำนวน 20 ข้อ เป็น คำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆ คือ วัดความรู้สึกด้าน ซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่าง

บุคคลอื่นอีก 2 ข้อ ข้อดีของแบบวัดนี้ คือ สะดวกต่อการแปล สะดวกต่อการนำไปใช้ ประหยัดค่าใช้จ่ายและเวลา แต่มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้น เป็นแบบเฉียบพลัน หรือเกิดจากความผิดปกติทางจิตหรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอื่น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977) ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงษ์ธร และคณะ (2533) เนื่องจากแบบวัดนี้สะดวกในการนำไปใช้ ประหยัดเวลา สะดวกในการแปลผล ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และแบบประเมินฉบับนี้ได้มีการนำมาศึกษาในผู้ป่วยโรคทางกายที่มีภาวะซึมเศร้า เช่น มลฤดี บุราณ (2548) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภัทรภร วิริยวงศ์ (2551) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

2.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากการศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1) เพศ

เพศ เป็นสิ่งที่ใช้บอกให้ทราบความแตกต่าง เรื่องสรีรวิทยา ความแตกต่างของมนุษย์ระหว่างเพศหญิงและเพศชาย สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม กระบวนการคิด มุมมอง ความละเอียดอ่อน ที่ส่งผลต่อสภาพด้านจิตใจ เพศหญิงมีสภาพจิตใจที่ละเอียดอ่อนกว่าเพศชาย เพศชายจะมีจิตใจที่เข้มแข็ง มีการปรับตัวได้ดีกว่าเพศหญิง จึงพบภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Albano et al., 2005) โดยเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 2 ถึง 3 เท่า (Dobbels et al., 2002) นอกจากนี้หลังจากการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะเพศหญิงซึ่งมีความละเอียดอ่อนด้านจิตใจจึงพบว่า มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Albano et al., 2005)

2) อายุ

อายุ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการตอบสนองต่อภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน เมื่ออายุมากขึ้นจะมีประสบการณ์มากขึ้น มีกระบวนการคิด การตัดสินใจในการเลือกวิธีการเผชิญปัญหา ได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น จึงสามารถจัดการต่อสิ่งต่างๆได้ (Dobbels et al., 2002) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่อายุน้อย มีความสามารถในการจัดการต่อสิ่งต่างๆได้

น้อย ไม่มีประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก (Atteberry-Bennett et al., 1986)

3) ระดับความพิการ

3.1) ความหมาย มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของระดับความพิการไว้มากมาย พอสรุปได้ดังนี้

Jennett และ Bond (1975) อธิบายว่าระดับความพิการ หมายถึง ความรุนแรงและการบกพร่องทางระบบประสาทที่คาดว่าจะหลงเหลืออยู่หลังจากที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ถูกจำหน่ายกลับบ้าน

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของระดับความพิการ หมายถึง ความจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจที่ควรจะทำได้เป็นผลมาจากความบกพร่อง (Jitapunkul, 1994)

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่าระดับความพิการ หมายถึง ความพิการหรือความผิดปกติที่หลงเหลืออยู่หลังจากได้รับบาดเจ็บ ระดับความพิการจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ

3.2) ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ระดับความพิการของผู้ป่วยนั้นส่งผลกระทบต่อภาวะการดูแลของสมาชิกในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยมีระดับความพิการมาก สมาชิกในครอบครัวก็จะยิ่งได้รับผลกระทบมากขึ้น (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539; Biagas et al., 1999) ระดับความพิการยิ่งมากยิ่งขึ้นส่งผลถึงภาวะการดูแลที่มากขึ้นของครอบครัว มีการเพิ่มบทบาทเป็นผู้ดูแลอีกบทบาท ซึ่งอัตราการบาดเจ็บที่ศีรษะยังพบว่ามีความพิการหลงเหลืออยู่ถึงร้อยละ 60 ส่วนไม่หลงเหลือความพิการไว้นั้นมีเพียงร้อยละ 40 (Jennett and Teasdale, 1981) ภายหลังผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะถูกจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยบางคนไม่มีความพิการ บางคนมีความพิการเล็กน้อย (Mild disability) สามารถกลับไปดำเนินชีวิตและกิจวัตรประจำวันได้เอง กลับไปทำงานเหมือนก่อนเจ็บป่วยได้ บางคนมีความพิการในระดับปานกลาง (Moderate disability) ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน แต่ไม่สามารถกลับไปทำงานและเข้าสังคมได้เช่นเดิม บางคนมีความพิการในระดับรุนแรง (Severe disability) ต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงินและการเข้าสังคมเนื่องจากมีความพิการอย่างมาก ไม่สามารถกระทำการบทบาทเป็นบิดา / มารดา หรือบทบาทการเป็นสามี / ภรรยา บทบาทในฐานะหัวหน้าครอบครัว

ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้เช่นเดิม ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคม ในสถานการณืเช่นนี้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ที่ต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ทำให้เกิดภาวะ ซึมเศร้าได้(นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540) ระดับความพิการทำให้ผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะมีการทำหน้าที่ของร่างกายแตกต่างไปจากเดิมส่งผลกระทบต่อการดำเนิน ชีวิตประจำวันพบผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น (Smith et al.,1994)

3.3) การประเมินระดับความพิการ

แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของ กัญญา รัตน์ ผึ้งบรรหาร (2540) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดตามแบบการพยากรณ์ผลของGlasgow (Glasgow Outcome Scale) ของ Jennett and Bond (1975) โดยแบบประเมินระดับความพิการนี้ประเมิน 4 ด้านได้แก่ 1) ระดับความรู้สึกตัว 2) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) การเข้าสังคม และ 4) การ กลับไปทำงานหรือเล่าเรียน

(2) แบบประเมินความพิการ Barthel Index สร้างโดย Mahoney and Barthel (1965) เป็นการประเมินจากกิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว การ เคลื่อนย้ายตนเอง การกลืนอุจจาระ การกลืนปัสสาวะ การใช้สุขา การลงบันไดหนึ่งชั้น การลุกจาก ที่นอน การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร ในแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนต่างกันไปขึ้นอยู่กับ การต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้นๆ คะแนนสูงสุด 100 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน

(3) แบบประเมินความพิการ The Katz Index (Katz and Stroud, 1989) เป็นเครื่องมือที่สร้างเพื่อใช้ประเมินตนเองหรือใช้แบบสังเกตในการทำกิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเอง และการรับประทานอาหาร แบบประเมินนี้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ การทำกิจกรรมเองและการทำกิจกรรมที่ต้อง อาศัยผู้อื่นช่วย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่นิยมในผู้ป่วยเรื้อรัง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินโดยใช้แบบประเมินระดับ ความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของ กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2540) จากการทบทวน วรรณกรรมพบว่าแนวคิดตามแบบการพยากรณ์ผลของกลาสโกว (Glasgow Outcome Scale) ของ Jennett and Bond (1975) เป็นแนวคิดที่ครอบคลุมได้รับการยอมรับและนิยมใช้กันอย่าง กว้างขวางในการประเมินอาการทางระบบประสาทที่ได้มาตรฐานและนิยมใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ ศีรษะ

4) การมองเห็นคุณค่าในตนเอง

4.1) ความหมาย มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของการมองเห็นคุณค่าในตนเองไว้มากมาย พอสรุปได้ดังนี้

Maslow (1970) อธิบายว่าการมองเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง เคารพในตนเอง ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้เกิดจากถ้าผู้อื่นทำให้เรารู้สึกถึงคุณค่าของตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

Rosenberg (1965) ให้ความหมายของการมองเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) มีความเชื่อมั่นและรับรู้ตนเองว่ามีความสามารถ (Sense of competence)

Coopersmith (1984) กล่าวว่า การมองเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การตัดสินใจว่ามีคุณค่าของตนเอง ซึ่งจะแสดงถึงทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นการยอมรับและไม่ยอมรับของตนเอง รวมทั้งการแสดงถึงขอบเขตความเชื่อที่บุคคลมีต่อความสามารถ ความสำคัญ ความมีค่าและความสำเร็จของตน

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่าการมองเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่าและความเชื่อมั่นในตนเอง โดยได้รับการยอมรับจากบุคคลและสังคมรอบข้าง มีเจตคติที่ดีต่อตนเองในทางด้านบวก

4.2) ความสัมพันธ์ระหว่างการมองเห็นคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

การมองเห็นคุณค่าในตนเอง จะเปลี่ยนไปตามวุฒิภาวะ สิ่งแวดล้อม สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ถ้าเหตุการณ์ดำเนินไปในด้านดี ประสบความสำเร็จ การมองเห็นคุณค่าในตนเองจะเพิ่มขึ้น ในทางตรงข้ามถ้าเกิดเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกไร้ค่า ไม่ประสบความสำเร็จ การมองเห็นคุณค่าในตนเองจะลดลง (Kosier et al., 1989) การมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลงมีผลทำให้บุคคลเหล่านี้เกิดความวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า (Jorge et al., 1993) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้บทบาทหน้าที่ในสังคมเปลี่ยนไป ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้การมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง (Beeber et al., 1998) การทำหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติไปส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีการมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลงเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Burn et al., 1994) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้เหมือนเดิม การมองเห็นคุณค่าในตนเองจึงลดลง (Fedoroff et al., 1992)

4.3) การประเมินการมองเห็นคุณค่าในตนเอง

(1) แบบประเมิน Self esteem scale ของ Rosenberg (1965) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินการมองเห็นคุณค่าในตนเองที่ Rosenberg สร้างขึ้นในปีค.ศ.1965 จากนั้นได้พัฒนาปรับปรุงจนได้แบบวัดที่ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการ มีลักษณะกระชับรัดกุม ใช้งานง่าย นิยมกันอย่างแพร่หลายและเป็นที่ยอมรับ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือน้อยที่สุด น้อยมาก และมากที่สุด ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นคำถามทางด้านบวก 5 ข้อ และด้านลบ 5 ข้อ ให้คะแนนตามลำดับ คือ 4, 3, 2, 1 Rosenberg (1965) ได้นำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .97 ต่อมาได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในกลุ่มอื่นๆ เช่น วัยสูงอายุ วัยผู้ใหญ่ พบว่ามีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ (Breytsprak et al., 1979)

จากการศึกษาของ Preechawong et al. (2007) ได้ใช้เครื่องมือการประเมินการมองเห็นคุณค่าในตนเองของ Rosenberg ในกลุ่มตัวอย่างในเด็กวัยรุ่นที่เป็นโรคหอบหืด อายุ เท่ากับ 12-17 ปี ค่า Cronbach's coefficient alpha .88 และ Glendinning และ Inglis (1999) ได้ศึกษาเชิงสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างการมองเห็นคุณค่าในตนเองและการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง นักเรียนอายุ 13-14 ปี ที่เรียนอยู่ใน Scottish โดยใช้แบบประเมินการมองเห็นคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965)

(2) แบบประเมิน Self esteem inventory ของ Coppersmith (1981) แบบประเมินนี้ใช้ประเมินในด้านทัศนคติต่อตนเองและความเฉพาะของบริบท เช่น ความใส่ใจในตนเอง เพื่อนวัยเดียวกัน ผู้ปกครอง โรงเรียน มีทั้งหมด 25 ข้อคำถาม แบ่งออกเป็น 5 หมวดหมู่ คือ ด้านตนเองทั่วไป ด้านตนเองทางบ้าน-พ่อแม่ ด้านการเรียน-การศึกษา ด้านตนเองทางสังคม-เพื่อน และด้านการตอบไม่ตรงกับความเป็นจริง ลักษณะข้อคำถามมี 25 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 8 ข้อ และด้านลบ 5 ข้อ โดยให้เลือกตอบ 2 แบบ คือ เห็นด้วย (like me) และไม่เห็นด้วย (unlike me)

(3) แบบประเมิน Graphic descriptive of self-seteem ของ Makay and Graw (1975, cited in Taylor et al., 1989) แบบประเมินนี้ประเมินโดยให้ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมาย 2 ตำแหน่งบนเส้นตรงที่กำหนด ตำแหน่งแรกแทนตัวตนที่แท้จริง (real self) และตำแหน่งที่สองแทนตัวตนในอุดมคติที่กำหนด (ideal self) ผลการประเมินได้จากการพิจารณาตำแหน่งของเครื่องหมายทั้งสอง หากตำแหน่งทั้งสองห่างกันมาก หมายถึง ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ แต่ถ้าตำแหน่งทั้งสองชิดกันมาก หมายถึง ระดับความรู้สึกในตนเองสูง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการมองเห็นคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย Preechawong et al. (2007) เพราะแบบประเมินนี้สะดวกรวดเร็วในการตอบ ใช้ง่าย นิยมกันอย่างแพร่หลายและเป็นที่ยอมรับ

5) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

5.1) ความหมาย มีผู้ศึกษาและได้ให้ความหมายของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไว้มากมาย พอสรุปได้ดังนี้

การทำหน้าที่ด้านร่างกาย หมายถึง ความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติและความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Karnofsky et al., 1984)

Perneczky et al. (2006) อธิบายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันว่า หมายถึง การปฏิบัติช่วยเหลือตนเองตามปกติในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ เช่น การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ทำงานบ้าน เป็นต้น และประเมินได้จากความผิดปกติของร่างกาย การสูญเสีย อันเป็นผลกระทบสำคัญที่เกิดขึ้นจากความบกพร่องของระบบประสาท

กิ่งแก้ว ปาจารย์ (2547) ให้ความหมายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันว่าเป็นการปฏิบัติช่วยเหลือตนเอง (Self-care) ได้อย่างอิสระ ได้แก่ การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การแต่งกายและการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล สามารถประเมินได้จากความผิดปกติของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระโดยประเมินได้จากความผิดปกติของร่างกาย

5.2) ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำต่อตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การออกไปซื้อของ การเดินลงบันได (Wilson and Paul, 1995) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (Fedoroff et al., 1992) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Linn และคณะ (1994) พบว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้การดูแลตนเองและการทำกิจวัตรประจำวันไม่เหมือนเดิม เป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าจากงานวิจัยของ Morton และคณะ (1995) ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้ต้องพึ่งพา

ผู้อื่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง บทบาทการทำหน้าที่ทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปผู้ป่วยจึงเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

5.3) การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

(1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีจุฬาลงกรณ์ (Chula ADL Index; CAI) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบการใช้โดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (Jitapunkul, 1994) เป็นการวัดระดับความเป็นอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติกิจกรรมในการดำรงชีวิต มี 5 ข้อ ได้แก่ การเดินออกนอกบ้าน การทำความสะอาดบ้าน การทอนเงินแลกเงิน การซักกรีดเสื้อผ้า การประกอบอาหาร และการใช้การขนส่งสาธารณะ เป็นการสอบถามถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะ 1-2 สัปดาห์

(2) แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน Instrument Activities of daily Living (IADL) ของ Lowton และ Brody (1969 อ้างถึงใน เพ็ญโพยม เชนสมบัติ, 2547) ประเมินการคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองและการทำกิจวัตรประจำวัน 7 กิจกรรม คือ การเดินทาง การทำงาน บ้าน การบริหารจัดการเงิน การจ่ายตลาด การเตรียมอาหาร การใช้จ่าย การใช้โทรศัพท์ ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม โดยมีเกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนที่เหมือนกันในแต่ละกิจกรรม ตั้งแต่การทำด้วยตนเองได้ ฟังพาผู้อื่น ช่วยเหลือตามที่ร้องขอ

(3) แบบประเมิน Karnofsky Performance Status Scale (KPS) เป็นแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Karnofsky et al., 1948) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า มีคะแนน 0-100 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วยเสียชีวิต คะแนน 100 คะแนน หมายถึง การมีสุขภาพดีไม่มีภาวะเจ็บป่วยสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆได้

ตามปกติ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีจุฬาลงกรณ์ (Chula ADL Index; CAI) เป็นการวัดระดับความเป็นอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงในการดำรงชีวิต ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบการใช้โดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (Jitapunkul, 1994) เนื่องจากได้มีการปรับให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับลักษณะวัฒนธรรมและสังคมของคนไทย จึงสะดวกและง่ายต่อการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

6) การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

6.1) ความหมาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดไว้มากมาย พอสรุปได้ดังนี้

Kiatlaekakul (2005) อธิบายว่าการรู้คิด หมายถึง ความสามารถของสมอง ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับ การสื่อสาร การระลึกได้ การรับรู้ ความจำและสมาธิ

Carayannis (2000) กล่าวว่าการทำงานที่ด้านการรู้คิด หมายถึง กระบวนการทางสติปัญญาในระดับสูง การรับรู้ หมายถึง การเข้าใจ การรู้สึก การคิด การระลึกได้ และการใช้เหตุผล

นอกจากนี้ Hannegen (1989) ให้ความหมายของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดไว้ว่า หมายถึง ความคิด ความจำ การรำลึก การประมวลผล ความตั้งใจ การจดจำ แปลความหมาย การทำความเข้าใจ รวมถึงการดัดแปลงในการนำข้อมูลไปใช้ในการแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด หมายถึง การทำหน้าที่ของสมองในเรื่องของกระบวนการคิด การรับรู้ ความจำ ความเข้าใจ การแก้ไขปัญหา จากการจำแนกของสิ่งเร้าจากภายนอกและภายในร่างกาย ถ้ามีความบกพร่องในการรู้คิดจะส่งผลทำให้มีปัญหาในการฟื้นฟูสภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

6.2) ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานที่ด้านการรู้คิดกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

เมื่อศีรษะของผู้ป่วยถูกกระแทกอย่างแรง ส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองด้านการรู้คิด เนื่องจากความผิดปกติของการรู้คิด มีผลต่อ การตัดสินใจ การจัดระบบสมาธิ ความจำ รวมทั้งการสื่อสาร(กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2547) จากงานวิจัยของ Linn และคณะ (1994) พบว่าภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ Jorge et al. (1993) และ Varney et al. (1987) พบว่าการทำหน้าที่การด้านการรู้คิดที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีสมาธิสั้นและมีความจำลดลง กระบวนการคิด การติดต่อสื่อสารกับบุคคลรอบข้างไม่เหมือนเดิม ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

6.3) การประเมินการทำงานที่ด้านการรู้คิด

แบบทดสอบเพื่อใช้ประเมินการทำงานที่ด้านการรู้คิดของสมองทั่วไป (General cognitive function) มีหลายแบบ ได้แก่

(1) Mini-Mental State Examination (MMSE) เป็นแบบประเมินประสิทธิภาพการทำงานของสมองและระบบประสาท (Neuropsychiatric evaluation) ที่พัฒนาโดย Folstein และคณะ ในปี ค.ศ.1975 สำหรับฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 จัดทำโดยคณะกรรมการการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ.2542 เป็นแบบทดสอบที่เหมาะสมกับการประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ซึ่งมักมีความผิดปกติทางความจำ ความคิดและพฤติกรรมที่เกิดจากพยาธิสภาพในสมอง ใช้ในการคัดกรองสมองเสื่อมเนื่องจากสามารถวัดการทำงานของสมองได้ทั้ง 2 ซีก ใช้เวลาในการทดสอบ 5-10 นาที ใช้ได้ดีสำหรับการประเมินขนาดความรุนแรงของ cognitive function ที่บกพร่อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) สภาพด้านจิตใจ คือการแนะนำให้ผู้รู้จักสถานที่ บุคคล เวลา 2) ความจำและการระลึกได้ คือ สมมติและการคำนวณ ภาษา ปฏิบัติการต่อการตอบสนอง 3) ความสามารถในการเลียนแบบ ข้อจำกัดของแบบประเมิน MMSE คือ ใช้เฉพาะผู้ป่วยที่มีการบกพร่องด้านการรับรู้ในระดับต่ำเท่านั้น (McDowell and Newell, 1996) และไม่ตอบสนองกับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวา และผู้ที่การรับรู้ด้านสายตาบกพร่อง

(2) Cognitive Capacity screening Examination (CCSE) ใช้ประเมินผู้ป่วยโรคระบบประสาทส่วนกลางที่พัฒนาโดย Jacobs, Bernard, Delgado, and Strain ในปี ค.ศ. 1977 ประกอบด้วย 30 ข้อคำถาม ถามเกี่ยวกับสถานที่ วัน เวลา บุคคล ให้ผู้ป่วยพูดตัวเลขซ้ำ การพูดตาม ความตั้งใจ การนับเลข 7 หลัก ความจำระยะสั้นและการเข้าใจความหมายจากการรับรู้ ใช้เวลาสัมภาษณ์ 5-10 นาที แบบวัดนี้เป็นแบบวัดที่วัดการรู้คิดด้านต่างๆ คะแนนรวมต่ำกว่า 20 คะแนน แสดงว่ามีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่องจุดเด่นของแบบประเมินคือใช้เวลาในการประเมินน้อย

(3) Neurobehavioral Cognitive Status Examination (NCSE) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดวัยผู้ใหญ่ ที่ได้พัฒนาโดย Kiernan, Mueller, Langston, and Van Dyke ในปี ค.ศ. 1987 จากการประเมินระดับความรู้สึกตัว สมมติ การรับรู้ สถานที่และเวลา สามารถใช้ประเมินการทำหน้าที่ของสมอง 5 ด้าน ได้แก่ ความจำ การคำนวณ ภาษา ความคิดเป็นเหตุเป็นผลและการเข้าใจความหมาย เพื่อคัดกรองความบกพร่องด้านการรู้คิด แบบประเมินนี้ใช้เวลาในการประเมิน 10-20 นาที จึงมีจุดเด่นคือ ใช้เวลาในการประเมินน้อย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด Mini Mental State Exam (MMSE) ของ Folstein (1975) ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 โดย

คณะกรรมการการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ.2542 เนื่องจากใช้ทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน มีความแม่นยำและเชื่อถือได้ ใช้เวลาในการทดสอบน้อย นอกจากนี้ยังเป็นที่ยอมรับในการประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด มีการนำมาศึกษาในผู้ป่วยทางระบบสมอง เช่น อัมพาต อาซ่านอก (2549) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง นงนภัศ พันธุ์แจ่ม (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพพร้อมกับการบริหารสมองต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และนันทวัน มีกุล (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การทำหน้าที่ของครอบครัว และภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล

7) การทำหน้าที่ของครอบครัว

7.1) ความหมาย การทำหน้าที่ของครอบครัว มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้มากมาย พอสรุปได้ดังนี้

Janosid and Green (1992) กล่าวว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวซึ่งเป็นความรู้สึกที่ไม่สามารถวัดได้อย่างชัดเจนแต่เป็นการแสดงให้เห็นถึงการมีปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกในครอบครัว

สมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย (2524) ได้ให้ความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้ว่า เป็นงานที่ครอบครัวพึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกภายในครอบครัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยดี ความสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวจะเปลี่ยนไปตามยุคทุกสมัย หน้าที่บางอย่างอาจมีสถาบันหรือหน่วยงานอื่นทำแทนได้ แต่หน้าที่บางอย่างมีเพียงครอบครัวเท่านั้นที่จะสามารถทำได้ เช่น การสืบทอดเผ่าพันธุ์ แต่อย่างไรก็ตามด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้หน่วยงานอื่นมีส่วนร่วมในการผลิตสมาชิกใหม่

อุทิศ สมบัติแก้ว (2545) อธิบายว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การทำกิจกรรมของสมาชิกในครอบครัว โดยเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสาร ด้านการควบคุมพฤติกรรม ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์และด้านการแก้ปัญหา

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาและสามารถปรับตัวให้ได้กับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกครอบครัว ในยามปกติและยามเจ็บป่วย

7.2) ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

การทำหน้าที่ของครอบครัว (Family functioning) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่าเป็นปัญหาสำคัญ (Linn et al., 1994) เนื่องจากภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ มีผลกระทบต่อครอบครัว ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆตามมามากมาย เช่น ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย โครงสร้างบทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป และมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย (Miller, 1995) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะยังส่งผลกระทบต่อภาระในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพ ของการทำหน้าที่ของครอบครัวอีกด้วย (Vicki et al., 2001)

7.3) การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

(1) แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวจุฬาลงกรณ์แฟมิลี่อินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory, [CFI]) ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามแบบแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning : MMFF) ของ Epstein et al. (1984) ประกอบด้วยข้อความ 36 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆ ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning : MMFF) ของ Epstein และคณะ (1984) 6 ด้าน ได้แก่ 1) การควบคุมพฤติกรรม (behavior control) 2) การแก้ไขปัญหา (problem solving) 3) บทบาท (roles) 4) การสื่อสาร (communication) 5) ความผูกพันทางอารมณ์ (affective involvement) และ 6) การตอบสนองทางอารมณ์ (affective responsiveness)

(2) แบบสอบถามหรือแบบวัด ที่ให้ครอบครัวประเมินตนเอง เช่น Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES) ใช้ประเมินการปรับตัวและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Grotevant and Carlson, 1989)

(3) แบบสอบถาม Family Assessment Device (FAD) เป็นแบบประเมินที่สามารถแยกครอบครัวที่มีปัญหาออกจากครอบครัวที่ไม่มีปัญหาได้ดี ซึ่งแบบสอบถามนี้ได้พัฒนามาจาก MMFF ตามแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning : MMFF) ของ Epstein et al. (1984)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินโดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory (CFI) ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามแบบแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning : MMFF) ของ Epstein et al. (1984) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทยมากที่สุดและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษาครั้งนี้ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เป็นแบบประเมินที่ได้มาตรฐานและนิยมใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

2.8 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ภาวะซึมเศร้าต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ จิตใจ สังคม ด้านแรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรมของบุคคล โดยธรรมชาติของภาวะซึมเศร้านั้นพบว่า ภาวะซึมเศร้าจะเป็นเรื้อรังและมีโรคที่เกิดร่วม (comorbid) เกิดตามมาได้ และมีโอกาสที่จะกลับเป็นซ้ำสูง (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2540) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าแล้วไม่ได้รับการอาจส่งผลกระทบให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพและนำไปสู่การเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ยังส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยผลกระทบทางตรงได้แก่ ด้านความคิด จะมีความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ ด้านอารมณ์ หงุดหงิด ฉุนเฉียว ซึมเศร้า หมดหวัง เบื่อหน่าย วิตกกังวลและด้านจิตใจ ทำให้การรับรู้ตนเองต่ำ รับรู้ช้า คิดช้า สมาธิสั้น ความจำเสื่อม การตัดสินใจช้า มีความคิดซ้ำซาก ส่วนผลกระทบทางอ้อมนั้นได้แก่ ด้านสังคม แยกตัว ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจ มีปัญหาเรื่องสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรืออาจมีความคิดเรื่องการฆ่าตัวตายและด้านร่างกายและพฤติกรรม มีอาการเบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย อ่อนล้า การนอนผิดปกติ การรับประทานอาหารผิดปกติ น้ำหนักลด การเคลื่อนไหวในการทำกิจกรรมช้า ความต้องการทางเพศลดลง

จากผลกระทบต่างๆ ดังกล่าว พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะซึมเศร้าต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านกิจวัตรประจำวัน การเงิน การเข้าสังคม บทบาทเปลี่ยนไป ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้เช่นเดิม แยกตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงหรือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะซึมเศร้าจึงควรได้รับการป้องกันและรักษา เนื่องจากภาวะซึมเศร้านั้นมักเป็นเรื้อรังและมีโรคอื่นเกิด

ร่วมตามมา อีกทั้งยังมีโอกาสเป็นซ้ำได้สูง และจากการศึกษาพบว่าผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายด้วย (ศิริพร จิรวัดมนกุล, 2546)

2.9 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสำคัญมาก เนื่องจากภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการห่อเหี่ยว ท้อแท้ ไม่สนใจตนเองมักมีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง พยาบาลควรให้ความสนใจเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างใกล้ชิด จากการสร้างสัมพันธภาพ การให้การยอมรับ เพื่อสร้างความไว้วางใจแสดงความเข้าใจและเห็นใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ (ดวงใจ กสานติกุล, 2541; สุชาติ พหลภาคย์, 2542) ได้แก่

1) การค้นปัญหา

1.1) กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความขัดแย้ง ความไม่สบายใจต่างๆ โดยใช้ทักษะการสังเกต การฟัง การถาม การทวนความ พยาบาลต้องใจเย็นไม่ตัดสินใจหรือด่วนสรุปเองควรใช้เวลาแก่ผู้ป่วย

1.2) ถ้าผู้ป่วยร้องไห้หรือมีความรู้สึกอื่นๆ พยาบาลไม่ควรเร่งรัดเพื่อให้ได้คำตอบที่ต้องการควรให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง

1.3) การรับรู้สัญญาณเตือน ภาวะอารมณ์ ลึกลับ หวัง ไร้ค่า ไร้ที่พึ่ง ซึ่งแสดงออกมาจากท่าทาง คำพูดที่สื่อออกมาแสดงถึงความคิดอยากตาย เช่น “ไม่อยากมีชีวิตอยู่แล้ว” และการกระทำ เช่น การเขียนพินัยกรรม

2) วางแผนแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย

2.1) ผู้ป่วยขาดความรู้ในเรื่องต่างๆ เช่น เรื่องโรค การรักษาแหล่งสนับสนุนต่างๆ การปฏิบัติตัว โดยให้ข้อมูลตามที่ผู้ป่วยขาดความรู้

2.2) ผู้ป่วยขาดแนวทางในการปฏิบัติ หรือดำเนินชีวิต แนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นแนวทางในการเลือกทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น แนะนำให้ญาติผู้ป่วยได้เข้าใจว่า ผู้ป่วยสามารถรักษาให้หายได้ ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต้องให้ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด สังเกตพฤติกรรม คอยเป็นที่ปรึกษาและให้กำลังใจกับผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีความกังวลเรื่องการทำงาน อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า เมื่ออาการดีขึ้นผู้ป่วยจะสามารถกลับไปปฏิบัติงานได้ กระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวันและแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น ส่วนในรายที่มีภาวะซึมเศร้ามากๆ ยังไม่ต้องกระตุ้นเรื่องการออกกำลังกาย

- 3) การให้ความช่วยเหลือ
- 4) การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีปัญหา
- 5) หลักของการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่เหมาะสม การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าพยาบาลต้องใช้เทคนิคในการติดต่อสื่อสารที่ดีและมีการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่เหมาะสม โดยการให้หลักการ (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2546) ดังนี้
 - 5.1) การยอมรับการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้
 - 5.2) พยาบาลใช้คำพูดและเทคนิค และแสดงถึงความเข้าใจและความเห็นใจในปัญหา
 - 5.3) ให้ผู้ป่วยได้ระบายปัญหา พยาบาลรับฟังด้วยความตั้งใจและใช้เทคนิคกาสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยยอมรับปัญหาและให้กำลังใจอย่างเหมาะสม
 - 5.4) ให้ทางเลือกและข้อเสนอแนะกับผู้ป่วยและครอบครัว
 - 5.5) ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อการป้องกัน การทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น
 - 5.6) การเสริมสร้างความมั่นคงในการเผชิญปัญหา โดยให้คำปรึกษา สอนเรื่องการปรับตัวต่อปัญหา การเผชิญปัญหา มีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในสังคม
 - 5.7) การฟื้นฟูสภาพ ให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรชีวิตประจำวัน
 - 5.8) การส่งเสริมสุขภาพจิตและวางแผนเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Wallace et al. (1998) ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะในช่วงเวลา 1 ปี ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 61 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดการรับรู้ความพิการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แบบสอบถามการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของผู้ดูแล แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต การรับรู้ความพิการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้ดูแล โดยร้อยละ 43.3 ผู้ดูแลมีเวลาดำรงลดและร้อยละ 30 ผู้ดูแลมีเวลาในการทำงานลดลง

Marsh et al. (1998) ศึกษาภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในช่วงภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะ 6 เดือนและ 1 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 69 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้ได้แก่ แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบวัดพฤติกรรมผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แบบวัดการปรับตัวทางสังคม แบบสอบถามเกี่ยวกับผู้ดูแล แบบวัดความวิตกกังวล ผลจากการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีภาวะซึมเศร้า มีความกดดัน มีความวิตกกังวลและมีความบกพร่องในการปรับตัวเข้าสู่สังคม สาเหตุที่สำคัญที่มีผลต่อผู้ดูแลเกิดจากการที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป

Rosenthal et al. (1998) ได้ทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของการติดตามภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งภาวะซึมเศร้านั้นมักจะเกิดหลังจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยภาวะซึมเศร้าที่พบนั้นจะไปมีผลต่อผู้ป่วยทั้งในระยะเรื้อรังและในระยะเฉียบพลัน เนื่องจากภาวะซึมเศร้านั้นได้เชื่อมโยงถึงระบบประสาท สารเคมีในระบบประสาทและระบบจิตสังคม ในช่วงระยะเวลาภายใน 1 ปี ของการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 48 และยังพบว่าภาวะซึมเศร้าเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ส่งผลให้เกิดสมาธิสั้นและความจำลดลงถึง ร้อยละ 77 และร้อยละ 37 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะซึมเศร้าจะแยกตัวออกจากสังคม สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางนั้น พบว่ามีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Seel et al. (2003) ศึกษาตัวชี้วัดและข้อบ่งชี้ของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะควรได้รับการประเมินและการรักษาเนื่องจากภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อต่างๆ ดังนี้ ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อการทำงาน, การเรียน สิ้นหวัง, ความรู้สึกไร้ค่าและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และร้อยละ 28 พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการโมโหหรือโกรธง่ายและส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยถึงร้อยละ 25

Hibbard et al. (2004) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ด้านจิตสังคมในระยะเวลา 5 ปีหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผลการศึกษาพบว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นมีผลต่อภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเรื้อรังนั้นมักจะเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยภาวะซึมเศร้าจะพบมากในช่วงอายุมากกว่า 40 ปี สำหรับในช่วงอายุอื่นๆ พบว่าร้อยละ 23 ของภาวะซึมเศร้าพบในอายุต่ำกว่า 30 ปี, ร้อยละ 28 พบภาวะซึมเศร้าในช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี, ร้อยละ 19 พบภาวะซึมเศร้าในช่วงอายุระหว่าง 40-49 ปี และสำหรับอายุ 50 ปีขึ้นไป พบว่ามีภาวะ

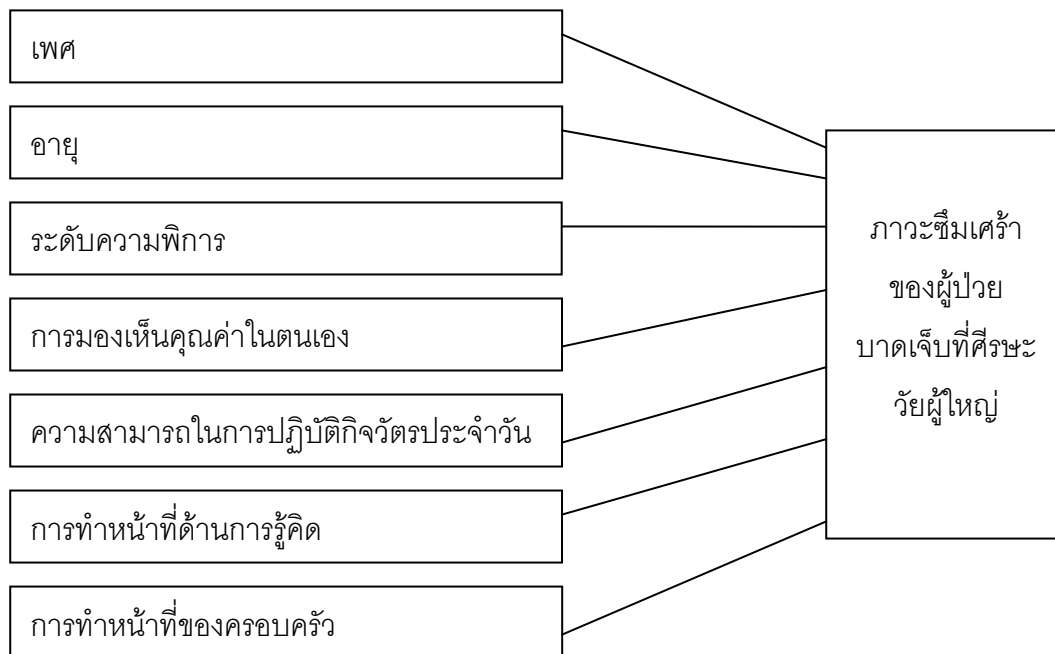
ซึมเศร้าถึงร้อยละ 30 นอกจากนี้จากงานวิจัยยังพบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ สถานภาพโสดมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าสถานภาพสมรส แต่ในเรื่องของสปีผิวและชนชาติไม่ได้มีผลต่อภาวะซึมเศร้าเลย

Pagulayan et al. (2008) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรของผู้ป่วยและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จากการศึกษาพบว่าหลังจากเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา โดยหลังจากที่ได้รับบาดเจ็บในช่วง 1 เดือน ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 44 ส่วนหลังจากที่ได้รับบาดเจ็บในช่วง 1 ปี พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 29

Malec et al. (2010) ได้พัฒนางานวิจัยและประเมินรูปแบบของภาวะซึมเศร้าหลังจากเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะและศึกษาถึงความสัมพันธ์ของ ภาวะซึมเศร้าหลังจากเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยได้ใช้เครื่องมือ Awareness Questionnaire and Beck Depression Inventory-II. ในการประเมินรูปแบบของภาวะซึมเศร้าหลังเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยผลของการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในเรื่องของการมีความคิดในทางลบต่อตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง การทำหน้าที่ทางจิตมีความบกพร่องเกิดขึ้น การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเปลี่ยนไปหลังเกิดภาวะซึมเศร้าและนอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลให้การทำหน้าที่ของสมองเปลี่ยนไป

ดังนั้นจากทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงได้คัดสรรตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่ ดังนี้ เพศ อายุ ระดับความพิการ การมองเห็น คุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และการทำหน้าที่ของครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เป็นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับความพิการ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและการทำหน้าที่ของครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกศัลยกรรมประสาทคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาทคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีวิธีการดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978 อ้างถึงใน รัตนศิริ ทาโต, 2552) ซึ่งมีสูตรการคำนวณดังนี้ $n = 10k + 50$

(k คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง) จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตรดังกล่าว คือ 140 คน

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 สุ่มสังกัดต่างๆ ของโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมี 6 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดองค์การอิสระ โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการการอุดมศึกษากระทรวงศึกษาธิการและโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ โดยเลือกสุ่มมา 3 สังกัด จาก 6 สังกัด จากนั้นสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดทั้ง 3 สังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยเป็นโรงพยาบาลรัฐที่มีผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาทคลินิกผู้ป่วยนอก

กำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยที่จะคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ อายุ 20-59 ปีโดยไม่มีอาการบาดเจ็บที่อวัยวะอื่นของร่างกายร่วมด้วยและเป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 สัปดาห์ เป็นต้นไป

2. สามารถอ่านเขียนและเข้าใจภาษาไทย
3. ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ
4. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท
5. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

กำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยที่จะคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีอาการด้านร่างกายไม่คงที่ คือ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนทำการเก็บข้อมูล

2. ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นช้ากว่า 50 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจมากกว่า 28 ครั้ง / นาที และมีใช้ อุณหภูมิร่างกายสูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ข้อมูลดังกล่าวดูจากแฟ้มประวัติการมาตรวจตามนัด

2.1 เลือกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดเลือกกลุ่มตัวอย่างคนเว้นคน ซึ่งเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มารับการตรวจเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จนกระทั่งครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 140 ราย โดยวันจันทร์ อังคาร เวลา 08.00 – 16.00 น. สุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า วันพุธ พฤหัสบดี เวลา 08.00 – 16.00 น. สุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลตำรวจและ วันศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น. สุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลนวมินทร์ราช (วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล) ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 140 คน

ผลการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สาเหตุของการบาดเจ็บ การวินิจฉัยโรค ระดับความพิการ และประวัติการผ่าตัดศีรษะ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 140 คน จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สาเหตุของการบาดเจ็บ การวินิจฉัยโรค ระดับความพิการ และประวัติการผ่าตัดศีรษะ (N=140)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
เพศชาย	80	57.1
เพศหญิง	60	42.9
อายุ $\bar{X} = 48.49$ SD = 8.569		
20-29 ปี	7	5.0
30-39 ปี	12	8.6
40-49 ปี	41	29.3
50-59 ปี	80	57.1
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	64	45.7
มัธยมศึกษา	55	39.3
ปริญญาตรี	20	14.3
ปริญญาโท	1	0.7
สาเหตุของการบาดเจ็บ		
อุบัติเหตุจากรถ	118	84.3
ได้แก่		
ขับรถมอเตอร์ไซด์ตัวเอง	45	32.2
ขับรถมอเตอร์ไซด์ชนมอเตอร์ไซด์	38	27.2
ขับรถมอเตอร์ไซด์ชนรถยนต์	15	10.7
ขับรถยนต์ตัวเอง	10	7.1
ขับรถยนต์ชนรถยนต์	10	7.1
หกล้ม	8	5.7
ตกจากที่สูง	7	5.0
ถูกทำร้ายร่างกาย	6	4.4
เปิดประตูหน้าต่าง	1	0.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
Cerebral concussion	39	27.9
Subarachnoid hemorrhage	31	22.1
Cerebral contusion	16	11.4
Intracerebral hematoma	14	10
Fx skull	13	9.3
Basal ganglia hemorrhage	10	7.1
Subdural hematoma	8	5.7
Epidural hematoma	5	3.6
Head injury	4	2.9
ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ		
การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย	124	88.6
การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง	14	10.0
การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง	2	1.4
ประวัติการผ่าตัดศีรษะ		
ไม่ได้ผ่าตัด	107	76.4
ผ่าตัด	33	23.6

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค สาเหตุของการบาดเจ็บ ระดับความรุนแรง ประวัติการผ่าตัดศีรษะ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งข้อมูลนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินจากการสอบถามผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความพิการ ผู้วิจัยนำแบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของ กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2540) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดตามแบบการพยากรณ์ผลของกลาสโกว (Glasgow Outcome Scale) ของ Jennett และ Bond (1975) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและนิยมใช้กันอย่างกว้างขวางสำหรับการประเมินอาการผู้ป่วยทางระบบประสาท กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร ได้นำแบบประเมินไปใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในระยะพักฟื้นที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 แบบประเมินระดับความพิการนี้ประกอบด้วย 4 ข้อคำถามโดยประเมินระดับความพิการ 4 ด้าน ได้แก่ 1.ระดับความรู้สึกรู้ตัว 2.การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3.การเข้าสังคม 4.การกลับไปทำงานหรือเล่าเรียน ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน 1 ถึง 4 คะแนน ส่วนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีเกณฑ์การให้คะแนน 1 ถึง 3 คะแนน รวมคะแนนที่ได้ทั้ง 4 ข้อ ได้เป็นคะแนนรวมความพิการ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลคะแนนจากคะแนนรวมระดับความพิการ โดยแบ่งเป็นระดับคะแนน ดังนี้ (Jennett and Bond, 1975)

ช่วงคะแนน	ระดับความพิการ
15 คะแนน	ไม่มีความพิการ
13-14 คะแนน	มีความพิการเล็กน้อย
6-12 คะแนน	มีความพิการในระดับปานกลาง
4-5 คะแนน	มีความพิการในระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยนำแบบประเมินการมองเห็นคุณค่าในตนเองของจากแนวคิดของ Rosenberg (1965) ที่ได้ทำการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินความรู้สึกการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบประเมินนี้สะดวกรวดเร็วในการตอบใช้ง่าย นิยมกันอย่างแพร่หลายและเป็นที่ยอมรับ ค่าของความตรงและค่าของความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .80 และเท่ากับ .79 ตามลำดับ ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย Preechawong et al. (2007) ค่าของความตรงและค่าของความเที่ยง อยู่ในเกณฑ์ที่น่าเชื่อถือได้ (Burns, 2007) มีจำนวน 10 ข้อคำถาม ข้อคำถามเชิงบวก 6 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ วัดแบบ Rating scale ให้คะแนนตามลำดับ คือ 4, 3, 2, 1 ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 10 – 40 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลคะแนนจากคะแนนรวมระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเอง โดยแบ่งเป็นระดับคะแนน ดังนี้ (Rosenberg, 1965)

ช่วงคะแนน	ระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเอง
คะแนนร้อยละ 0 - 59 (10 – 23 คะแนน)	การมองเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ
คะแนนร้อยละ 60 – 79 (24 – 31 คะแนน)	การมองเห็นคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 80 – 100 (32 – 40 คะแนน)	การมองเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูง

ส่วนที่ 4 ประเมินโดยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index; CAI) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบการใช้ โดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (Jitapunkul, 1994) เป็นการวัดระดับความเป็นอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติกิจกรรมในการดำรงชีวิต มี 5 ข้อ ได้แก่ การเดินออกนอกบ้าน การทำความสะอาดบ้าน การทอนเงินแลกเงิน การซักกรีดเสื้อผ้า การประกอบอาหาร และการใช้การขนส่งสาธารณะ คะแนนรวม 9 คะแนน เป็นการสอบถามถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะ 1-2 สัปดาห์ มีระดับคะแนนการวัดเป็นช่วง โดยมีการให้คะแนนตามกิจกรรมและมีการให้คะแนนที่แตกต่างกันตามความยากง่ายของกิจกรรม ปฏิบัติไม่ได้ให้ 0 คะแนน มีคนคอยดูแลหรือต้องระวางเวลาปฏิบัติ ให้ 1/2 คะแนน ปฏิบัติได้เองให้คะแนนเต็ม (1 – 3 คะแนน)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลคะแนนจากคะแนนรวมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยแบ่งเป็นระดับคะแนน ดังนี้ (Jitapunkul, 1994)

ช่วงคะแนน	ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
0 – 4 คะแนน	มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย
5 – 8 คะแนน	มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง
9 คะแนน	มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ผู้วิจัยนำแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด Mini Mental State Exam (MMSE) ของ Folstein(1975) ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 โดยคณะกรรมการการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ.2542 เนื่องจากใช้เวลาในการทดสอบน้อย มีความแม่นยำและเชื่อถือได้ เป็นเครื่องมือที่ได้

มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับในการประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แบบประเมินชุดนี้มีความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าความจำเพาะที่อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง อำนวยพร อาษานอก นำไปตรวจสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองแล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .76 ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1. สภาพด้านจิตใจ คือ การแนะนำให้ผู้รู้จักสถานที่ บุคคล เวลา 2. ความจำและการระลึกได้ คือ สมาธิและการคำนวณ ภาษา ปฏิบัติการต่อการตอบสนอง 3. ความสามารถในการเรียนแบบ มีทั้งหมด 11 ข้อ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลคะแนนการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด โดยแบ่งเป็นระดับคะแนน ดังนี้ (Folstein, 1975)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	< 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10)
เรียนระดับประถมศึกษา	< 17	30
เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	< 22	30

สำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก – เขียนไม่ได้) ในการทำแบบทดสอบต้องตัดข้อที่ไม่สามารถทำได้ออก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4 Attention/Calculation ข้อ 9 Written command ข้อ 10 Writing

ระดับการศึกษา	ระดับการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด
ระดับประถมศึกษา	(0-6) สูง
	(7-12) ปานกลาง
	(13-17) ต่ำ
ระดับสูงกว่าประถมศึกษา	(0-7) สูง
	(8-14) ปานกลาง
	(14-22) ต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวของ อูมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning : MMFF) ของ Epstein และคณะ (1984) เครื่องมือนี้ได้มีผู้นำไปทำการศึกษาและหาความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85, 0.88 และ 0.89 ตามลำดับ (ภุมมาภิชาติ แสงสีเขียว, 2542, พรรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินัชชาวาลย์, 2542; อรัญญา แพ้จ้อย, 2544) ซึ่งมีความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่เคยใช้มาแล้วตั้งแต่ 0.08 ขึ้นไปถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีค่าความเชื่อถือได้ (Polit and Hungler, 1999)

แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว ประกอบด้วย 7 ด้าน จำนวน 36 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการแก้ปัญหา จำนวน 6 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 1-6 2) ด้านการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 7-11 3) ด้านบทบาท จำนวน 3 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 12-14 4) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์จำนวน 5 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 15-19 5) ด้านความผูกพันทางอารมณ์จำนวน 5 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 20-24 6) ด้านการควบคุมพฤติกรรม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 25-28 7) ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป จำนวน 8 ข้อคำถาม ได้แก่ข้อ 29-36

แบบสอบถามนี้ อูมาพร ตรังคสมบัติ (2540) ได้เพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการทำหน้าที่ทั่วไปเพื่อให้แบบสอบถามครอบคลุม การทำหน้าที่ของครอบครัวทั้ง 6 ด้านมากขึ้น จึงประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการควบคุมพฤติกรรม และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 25 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 4-6, 8-16, 18-20, 26, 27, 29, 30, 32-35

ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ 3, 7, 17, 21-25, 28, 31, 36

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนนข้อความทางบวก	คะแนนข้อความทางลบ	ความหมาย
4	1	ข้อความนั้นตรงกับคุณมากที่สุด
3	2	ข้อความนั้นตรงกับคุณปานกลาง
2	3	ข้อความนั้นตรงกับคุณเล็กน้อย
1	4	ข้อความนั้นไม่ตรงกับคุณเลย

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว จำแนกตามรายด้านและโดยรวม การแปลผลข้อความทางบวกรวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อ ส่วนข้อความทางลบให้กลับคะแนนก่อน จากนั้นนำผลรวมของคะแนนที่ได้มาจำแนกเป็นรายด้าน การคิดค่าเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของครอบครัวแต่ละด้านโดยนำคะแนนรวมของแต่ละด้านหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้นๆ ส่วนการคิดคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวม คิดจากคะแนนรวม (Global Severity Index :GSI) คำนวณจากคะแนนรวมของข้อคำถามทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวม ค่าอยู่ในช่วง 1-4 คะแนน แปลผลคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวแต่ละด้านจากคะแนนเฉลี่ยที่ได้ โดยกำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับของการทำหน้าที่ของครอบครัว ตามการแบ่งระดับของ Best (1977 อ้างถึงใน หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์, 2540) ซึ่งช่วงคะแนนในการแบ่งระดับเป็น
$$\frac{4-1}{4} = .75$$

ดังนั้นช่วงคะแนนในการแบ่งระดับการทำหน้าที่ของครอบครัว จึงแบ่งได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.0 – 1.75	ระดับการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่ค่อยดี
1.76 – 2.51	ระดับการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับเล็กน้อย
2.52 – 3.27	ระดับการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง
3.28 - 4.00	ระดับการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 7 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977) เนื่องจากใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย ธวัชชัย วรพงษ์ และคณะ (2533) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึกอารมณ์ต่างๆ จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆ คือวัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ วัดความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ และวัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นอีก 2 ข้อ ผู้ป่วยจะถูกสอบถามว่าเหตุการณ์นั้นๆ เกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบประเมินฉบับนี้มีผู้นำมาศึกษาในผู้ป่วยโรคทางกาย ได้แก่ มลฤดี บุราณ (2548) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 30 ราย นำมาหาความเที่ยงโดยวิธี

หาความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .75 และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 150 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลย นานๆครั้ง ค่อนข้างบ่อย และบ่อยครั้ง โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน รวมข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนน โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	ข้อความ	ความหมาย
0	ไม่เลย	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย(<1วันสัปดาห์/)
1	นานๆครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1 – 2 วันสัปดาห์/
2	ค่อนข้างบ่อย	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3 – 4 วันสัปดาห์/
3	บ่อยครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5 – 7 วันสัปดาห์/

ส่วนข้อคำถามด้านตรงข้ามซึ่งมีความรู้สึกในทางบวก คือ ข้อ 4, 8, 12 และ 16 ให้คะแนนตรงกันข้าม ดังนี้

คะแนน	ข้อความ	ความหมาย
3	ไม่เลย	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย(<1วันสัปดาห์/)
2	นานๆครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1 – 2 วันสัปดาห์/
1	ค่อนข้างบ่อย	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3 – 4 วันสัปดาห์/
0	บ่อยครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5 – 7 วันสัปดาห์/

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ข้อคำถามมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน นำค่าคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนน คะแนนที่ได้มีความหมายดังนี้ ค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความซึมเศร้า ค่าคะแนนต่ำกว่า 16 คะแนนถือว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า (ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ, 2533)

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1) นำแบบประเมินให้อาจารย์วิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ครอบคลุม

เนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

1. อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์ จำนวน 1 คน
2. อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลศัลยกรรมอุบัติเหตุ จำนวน 1 คน
3. อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน
4. อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญการพัฒนาเครื่องมือวิจัย จำนวน 1 คน
5. พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านระบบประสาท จำนวน 1 คน

2) นำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) (Polit and Hunger, 1995:352) และใช้เกณฑ์ค่า Content Validity Index, CVI) (Polit and Hunger, 1995:352) ใช้เกณฑ์ค่า Content Validity Index $\geq .80$ (Devis, 1992:195; Polit and Hungler, 1999:479) โดยคำนวณค่า CVI จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามหรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Polit and Hungler, 1999:419 ; Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2545:225)

- 4 หมายถึง คำถามที่มีความสอดคล้องกับนิยาม
- 3 หมายถึง คำถามต้องพิจารณาทบทวนและปรับปรุง
- 2 หมายถึง คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม

1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับนิยาม

โดยมีสูตรในการคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา คือ

จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็น

$$\text{ดัชนีความตรงตามเนื้อหา} = \frac{\text{ในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า แบบประเมินมีความเหมาะสมกับนิยาม คำนวณได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินเท่ากับ 1

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว มาตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินโดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน ณ แผนกศัลยกรรมประสาทคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบประเมิน	try out (n = 30)	เก็บข้อมูลจริง (n = 140)
ระดับความพิการ	.80	.93
การมองเห็นคุณค่าในตนเอง	.72	.73
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.76	.84
การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด	.70	.71
การทำหน้าที่ของครอบครัว	.70	.70
ภาวะซึมเศร้า	.70	.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลซึ่งผู้วิจัยได้เป็นโรงพยาบาลตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนของในโรงพยาบาลและเก็บข้อมูลจากผู้บาดเจ็บที่ศีรษะที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาทคลินิกผู้ป่วยนอก

1.2 หลังจากได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาท ของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินงาน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำงานวิจัย โดยได้รับการพิจารณาอนุมัติ ให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในแต่ละโรงพยาบาลได้ทุกวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00น.

2. ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์การสอบถาม ตั้งแต่วันที่ 22 กุมภาพันธ์ ถึง 30 มีนาคม 2555 ดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 ก่อนการเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลผู้ป่วยที่แพทย์ตรวจจากเวชระเบียนที่จัดเตรียมไว้ล่วงหน้า 1 วัน ก่อนการนัดตรวจคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

2.2 วันที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยขอความร่วมมือในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัยและเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2.3 หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจ และให้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30 – 40 นาที และสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม

2.4 เมื่อได้รับแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล

2.5 เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยและตอบข้อซักถาม

2.6 ดำเนินการตามข้อ 2.1-2.5 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด 140 คน โดยในวันจันทร์ถึงวันอังคารจะทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า วันพุธถึงวันพฤหัสบดีทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลตำรวจ และวันศุกร์ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลนวมินทรราชูราช (วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการการวิจัยของโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยจะเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากนั้นผู้วิจัย

ได้แนะนำตัวและขอความร่วมมือในการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการรักษาตามปกติของแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาล ซึ่งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิและอิสระของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมวิจัย เมื่อยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ ขณะตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งได้เมื่อรู้สึกไม่สะดวกใจหรือจะขอยุติการให้ความร่วมมือในงานวิจัยในขั้นตอนใดๆ ก็ได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผล ทั้งนี้การบอกยกเลิกเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ ในการนำเสนอการวิจัยผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมโดยจะไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์แบบสอบถามส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับความพิการ ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เพศ ระดับความพิการ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับภาวะซึมเศร้า โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square test)
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ อายุ และการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าโดยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบอีตา (Eta)
4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมด ที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่ แผนกผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาทของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 140 คน โดยการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 3

ตอนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับความพิการ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 4-10

ในการวิจัยนี้ใช้สัญลักษณ์ทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สัญลักษณ์	ความหมาย
n	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
Min	ค่าต่ำสุด
Max	ค่าสูงสุด
\bar{X}	ค่าเฉลี่ย
SD	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
r	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
p	ระดับความมีนัยสำคัญ

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัยของอายุ ระดับความพิการ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การทำหน้าที่ของครอบครัวและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 140 คน

ข้อมูล	\bar{X}	SD	Min	Max
อายุ (ปี)	48.49	8.57	20	59
ระดับความพิการ (คะแนน)	11.33	2.44	5	15
การมองเห็นคุณค่าในตนเอง(คะแนน)	32.43	4.30	23	40
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (คะแนน)	6.86	2.40	.00	9.00
การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด(คะแนน)	1.20	0.40	1.00	2.00
การทำหน้าที่ของครอบครัว(คะแนน)	3.33	0.21	2.86	3.86
ภาวะซึมเศร้า (คะแนน)	10.26	3.88	2	18

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.49 ปี มีระดับความพิการอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.33 คะแนน การมองเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูงคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.43 คะแนน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.86 คะแนน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดอยู่ในระดับสูงคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.20 คะแนน ระดับการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับดีมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 คะแนน และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 10 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.26 คะแนน โดยพบว่าคะแนนสูงสุดของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 18 คะแนนและคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 2 คะแนนส่วนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 90 ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า

ตอนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับความพิการ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศกับภาวะซึมเศร้า โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square test) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 140

เพศ	รวม		ภาวะซึมเศร้า			
			มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	80	57.1	4	2.9	76	54.3
หญิง	60	42.9	10	7.1	50	35.7
รวม	140	100	14	10	126	90

Chi – square = 5.81* df = 1 P-value = .001 (* p < .05)

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 140 คน เป็นเพศชายจำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 เพศชายมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.9 เพศชายไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 54.3 เป็นเพศหญิงจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้า 10 คน คิดเป็นร้อยละ 7.1 เพศหญิงไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 35.7 ซึ่งผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย แสดงว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับความพิการกับภาวะซึมเศร้า โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square test) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 140

ระดับความพิการ	รวม		ภาวะซึมเศร้า			
			มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มี	19	13.58	0	0	19	13.6
เล็กน้อย	26	18.58	3	2.2	25	17.8
ปานกลาง	92	65.71	9	6.4	82	58.6
รุนแรง	3	2.13	2	1.4	0	0
รวม	140	100	14	10	126	90

Chi – square = 78.58 df = 10 P-value = .001

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 140 คน ไม่มีความพิการจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 13.58 ไม่มีภาวะซึมเศร้าทั้ง 19 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6 มีความพิการระดับเล็กน้อยจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 18.58 โดยผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความพิการระดับเล็กน้อยมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.2 ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 17.8 มีระดับความพิการปานกลางจำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 65.71 พบภาวะซึมเศร้าจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4 ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 58.6 สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความพิการระดับรุนแรงจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.13 พบภาวะซึมเศร้าจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4 ส่วนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับความพิการปานกลาง พบภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีระดับความพิการรุนแรง ระดับความพิการเล็กน้อยและไม่มี ความพิการแสดงว่าระดับความพิการมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการมองเห็นคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้า
วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square test) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างการมองเห็นคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย
บาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 140

การมองเห็น คุณค่าในตนเอง	ภาวะซึมเศร้า					
	รวม		มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มี ภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ	1	0.72	1	1	0	0
กลาง	59	42.14	6	4	53	37.8
สูง	80	57.14	7	5	73	52.2
รวม	140	100	14	10	126	90

Chi – square = 42.57 df = 17 P-value = .001

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 140 คน มีการมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.72 และเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้า มีการมองเห็นคุณค่าในตนเองปานกลางร้อยละ 42.14 พบภาวะซึมเศร้าจำนวน 6 คน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 57.14) มีการมองเห็นคุณค่าในตนเองสูง ในจำนวนนี้เป็นผู้มีภาวะซึมเศร้า 7 คน เมื่อพิจารณาวิเคราะห์ความสัมพันธ์แล้วพบว่าการมองเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับภาวะซึมเศร้า โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบไคสแควร์ (Chi-square test) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 140

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	รวม		ภาวะซึมเศร้า			
			มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	18	12.85	3	2	16	11.5
ปานกลาง	69	49.28	8	6	59	42
มาก	53	37.87	3	2	51	36.5
รวม	140	100	14	10	126	90

Chi – square = 173.57 df = 9 P-value = .001

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 140 คน มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยเพียงร้อยละ 12.85 มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 3 คน ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 16 คน เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.28) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลางในกลุ่มนี้พบผู้มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 8 คน ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 59 คน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยอีกร้อยละ 36.5 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก ในกลุ่มนี้พบภาวะซึมเศร้า 3 คน ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 51 คน โดยสรุปผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลางพบว่ามีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์แล้วพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับภาวะซึมเศร้า โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบไคสแควร์ (Chi-square test) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 140

การทำหน้าที่ ด้านการรู้คิด	ภาวะซึมเศร้า					
	รวม		มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	111	79.28	9	5.7	103	73.7
ต่ำ	29	20.72	5	3.6	23	17
รวม	140	100	14	9.3	126	90.7

Chi – square = 48.02 df = 1 P-value = .001

จากตารางที่ 8 พบว่าจากผู้บาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 140 คน เกือบร้อยละ 80 มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดสูง ในจำนวนนี้พบว่ามีภาวะซึมเศร้า 9 คน ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 103 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่ำมีเพียงร้อยละ 20.72 มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 5 คน จะเห็นได้ว่าผู้บาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดสูงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่ำ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อีตา (Eta Coefficient) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์อีตา (Eta Coefficient) ระหว่างอายุกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 140

อายุ	ภาวะซึมเศร้า					
	รวม		มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
20-29 ปี	7	5.0	0	0	7	5
30-39 ปี	12	8.6	2	1.4	10	7
40-49 ปี	41	29.3	5	3.6	36	26
50-59 ปี	80	57.1	7	5	73	52
รวม	140	100	14	10	126	90

Eta = .318 P-value = .352

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 60 (ร้อยละ 57.1) มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ในจำนวนนี้พบว่ามีภาวะซึมเศร้าจำนวน 7 คน รองลงมาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ในจำนวนนี้พบว่ามีภาวะซึมเศร้าจำนวน 5 คน เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าสัมประสิทธิ์อีตา = .318

2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อีตา (Eta Coefficient) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์อีตา (Eta Coefficient) ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 140

การทำหน้าที่ ของครอบครัว	ภาวะซึมเศร้า					
	รวม		มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปานกลาง	60	42.85	9	5.7	61	43.7
ดี	80	57.15	5	3.6	65	47
รวม	140	100	14	9.3	126	90.7

Eta = .414 P-value = .002

จากตารางที่ 10 พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 140 คน มีการทำหน้าที่ของครอบครัวระดับปานกลางจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 42.85 พบภาวะซึมเศร้าจำนวน 9 คน ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 61 คน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 57.1) การทำหน้าที่ของครอบครัวระดับดี ในจำนวนนี้มีภาวะซึมเศร้า 5 คนและไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 65 คน เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์แล้วพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์อีตา = .414

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) โดยศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่อันได้แก่ เพศ อายุ ระดับความพิการ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและการทำหน้าที่ของครอบครัว วัตถุประสงค์การวิจัยคือ

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับความพิการ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การทำหน้าที่ของครอบครัวและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 20-59 ปี จำนวนทั้งหมด 140 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาทคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและโรงพยาบาลนวมินทร์ราช (วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล) ในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2555 กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ อายุ 20-59 ปี โดยไม่มีการบาดเจ็บที่อวัยวะอื่นของร่างกายร่วมด้วยและเป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 สัปดาห์ เป็นต้นไป
2. สามารถอ่านเขียนและเข้าใจภาษาไทย
3. ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ
4. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท
5. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้

- (1) ผู้ป่วยมีอาการด้านร่างกายไม่คงที่ คือ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนทำการเก็บข้อมูล

(2) ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นช้ากว่า 50 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจมากกว่า 28 ครั้ง/นาที และมีไข้ อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ข้อมูลดังกล่าวดูจากแฟ้มประวัติการมาตรวจตามนัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แบบประเมินระดับความพิการ แบบประเมินการมองเห็นคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และจากการหาค่าความเที่ยงเท่ากับ .93, .71, .75, .70, .75, และ .70 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์แบบสอบถามส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับความพิการ ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เพศ ระดับความพิการ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบไคสแควร์ (Chi-square test)
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ อายุ และการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าโดยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบอีตา (Eta)
4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมด ที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเฉลี่ยแล้วไม่เกิดภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 10.26 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.88) โดยผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป ซึ่งถือว่ามีภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 10
2. เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ระดับความพิการมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ค่าสัมประสิทธิ์ Eta มีค่าเท่ากับ .318

6. การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์ Eta มีค่าเท่ากับ .414

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับดังนี้

ข้อที่ 1. การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 10 และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 90 ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Varney และคณะ (1987) ที่พบผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 77 และจากการศึกษาของ Jorge และคณะ (1993) พบภาวะซึมเศร้านั้นเกิดในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะถึงร้อยละ 42 ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 140 คน เกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อยเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศชายถึง 80 คน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ DiCesare และคณะ (1990) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเพศหญิงพบภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกันทางด้านร่างกาย บุคลิกภาพ กระบวนการคิด มุมมอง ความละเอียดอ่อน โดยสภาพด้านจิตใจของเพศหญิงมีความละเอียดอ่อนกว่าเพศชาย เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้านั้นมากกว่าเพศชายและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุระหว่าง 50-59 ปี ทำให้มีการคิด การจัดการสิ่งต่างๆ ได้ดีเมื่อเปรียบเทียบกับอายุน้อยจะมีความสามารถในการจัดการต่อสิ่งต่างๆ น้อย แสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม ขาดประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบุคคลที่มีอายุมาก (Atteberry et al., 1986) อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในการศึกษาครั้งนี้จึงพบภาวะซึมเศร้าน้อย

นอกจากนี้จากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 140 คน พบผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้ามีจำนวน 14 คน

คิดเป็นร้อยละ 10 พบว่าเป็นเพศหญิงจำนวน 10 คน เพศชายจำนวน 4 คน อายุ 30-39 ปี มีภาวะซีมเศร่า 2 คน อายุ 40-49 ปี มีภาวะซีมเศร่า 5 คน และอายุ 50-59 ปี มีภาวะซีมเศร่า 7 คน ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาพบภาวะซีมเศร่าจำนวน 10 คน ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาพบภาวะซีมเศร่าจำนวน 4 คน ภาวะซีมเศร่าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้ง 14 คน มีสาเหตุของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับเล็กน้อยมีภาวะซีมเศร่า 14 คน การวินิจฉัยโรคจากข้อมูลทางคลินิกพบว่า cerebral concussion มีภาวะซีมเศร่าจำนวน 6 คน cerebral contusion มีภาวะซีมเศร่า 4 คน และ subarachnoid hemorrhage มีภาวะซีมเศร่า 4 คน และข้อมูลจากปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีมเศร่าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่า ระดับความพิการปานกลางมีภาวะซีมเศร่า 9 คน ซึ่งมากกว่าระดับความพิการเล็กน้อยและรุนแรง การมองเห็นคุณค่าในตนเองสูงมีภาวะซีมเศร่าถึง 7 คน ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลางมีภาวะซีมเศร่ามากที่สุดจำนวน 8 คน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดสูงมีภาวะซีมเศร่า 9 คน ส่วนการทำหน้าที่ของครอบครัวระดับปานกลางของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีภาวะซีมเศร่าจำนวน 9 คน ดังนั้นจากข้อมูลสามารถอธิบายได้ว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเฉียบพลันส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ความสามารถทางด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมการแสดงออก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่มีความทัดเทียมกับคนอื่น ๆ ส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วยจึงเกิดภาวะซีมเศร่าตามมา

ข้อที่ 2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับความพิการ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การทำหน้าที่ของครอบครัวและภาวะซีมเศร่าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่

2.1 จากการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร่าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร่าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่พบและเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร่า แล้วพบว่าเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร่ามากกว่าเพศชาย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัย Merskey และคณะ (1972) ซึ่งพบว่าภาวะซีมเศร่าพบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะถึงร้อยละ 48 และมักพบในผู้ป่วยเพศหญิง ส่วนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเพศชายพบโรคจิตชนิดแยกตัวและมีอาการคลุ้มคลั่งได้มากกว่า (Burton et

al., 1988) โดยผู้ป่วยเพศหญิงเกิดภาวะซีมเศร้ามากกว่าเพศชายได้ 2-3 เท่า (Dobbels et al., 2002) และในเพศชายสามารถนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ มาเป็นการตอบสนองของตนเองได้มากกว่าเพศหญิง จึงเกิดภาวะซีมเศร้าได้น้อยกว่า (Hislop, 1991)

2.2 จากการศึกษพบว่า ระดับความพิการมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า ระดับความพิการมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ สำหรับระดับความพิการพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 140 คน คะแนนระดับความพิการเฉลี่ยเท่ากับ 11.33 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.44) ส่วนใหญ่มีระดับความพิการปานกลางร้อยละ 65.71 ซึ่งเกิดภาวะซีมเศร้าถึงร้อยละ 6.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ Schoenhuber และคณะ 1983 ที่พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับความพิการปานกลางมักพบภาวะซีมเศร้าได้สูงมากและภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นผลกระทบจากระดับความพิการในช่วง 1 ปีแรกของผู้ป่วยเนื่องจากความสามารถในการทำงานลดลง หงุดหงิด ความมั่นใจลดลงและการรับรู้ลดลง (Brooks et al., 1983) นอกจากนี้ระดับความพิการยังส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นเนื่องจากยังคงมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่บ้าง ทำให้ไม่สามารถกลับไปทำงานและเข้าสังคมได้ตามเดิม จึงเกิดภาวะซีมเศร้าตามมา (Jennett et al., 1981)

2.3 จากการศึกษพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่กล่าวว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีค่าอายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.49 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.57) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีอายุระหว่าง 50-59 ปี มีภาวะซีมเศร้าร้อยละ 7 ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอายุระหว่าง 20-29 ปี พบว่าไม่มีภาวะซีมเศร้าเลย จึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Hibbard และคณะ (2004) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะซีมเศร้ามีอายุต่ำกว่า 30 ปี เนื่องจากมีการรับรู้ถึงผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลทางด้านลบต่อชีวิตของตนเองจึงทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีอายุน้อยมีโอกาสเกิดภาวะซีมเศร้าได้มากกว่า นอกจากนี้ในการศึกษาของ Stern และคณะ (1977) พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซีมเศร้า มีอายุเฉลี่ยต่ำกว่า 46 ปี ซึ่งเมื่อพิจารณาจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอายุ 50-59 ปี ถึง 80 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 จึงทำให้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้

2.4 จากการศึกษพบว่า การมองเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ

ที่ 3 โดยภาวะซึมเศร้าพบมากในผู้ป่วยที่มีการมองเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูง ช่วงคะแนน 32-40 คะแนน ร้อยละ 5 ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอาจเกิดจากปัจจัยหลายอย่างรวมกันทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะถึงแม้จะมีการมองเห็นคุณค่าในตนเองสูงแต่ถ้ามีระดับความพิการร่วมด้วยอาจทำให้การยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่าและความเชื่อมั่นในตนเองลดลงอาจเป็นสาเหตุที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Burn และคณะ (1994) กล่าวว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมักพบการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติไปทำให้มีการมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลงเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ในขณะที่งานวิจัยของ Fedoroff และคณะ (1992) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามเดิม ต้องพึ่งพาผู้อื่นยิ่งทำให้การมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง (Low Self-esteem) เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2.5 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 โดยพบว่าภาวะซึมเศร้าจะพบมากในผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลางคือ ช่วงคะแนน 5-8 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8 ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น โดยหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 1-3 เดือน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นจึงเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น (Christensen et al., 1994) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Fedoroff และคณะ (1992) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามเดิม ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงไป ต้องพึ่งพาบุคคลรอบข้าง จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2.6 การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 แสดงว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดดีหลังเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร่าลดลง เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลให้การทำงานที่ด้านการรู้คิดเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้จากการศึกษาของ Jorge et al (1993) และ Varney et al (1987) พบว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า เช่น ความจำลดลงและสมาธิสั้นลงถึงร้อยละ 96 เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีการติดต่อสื่อสารกับบุคคลรอบข้างไม่เหมือนเดิม กระบวนการคิดที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เกิดความภาวะซึมเศร้าตามมา

2.7 การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 แสดงว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีผลต่อภาวะซึมเศร้า โดยการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนั้น สามารถอธิบายได้ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ถ้ามีการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นอย่างดีหลังเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดภาวะซึมเศร้ามลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Linn et al, 1994 พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบต่อบทบาทการทำหน้าที่ของครอบครัวมากมาย เช่น ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าระดับความพิการ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและการทำหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญในการวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมากที่สุด โดยคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ให้มากและนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาและสร้างเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าเช่น โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2547). **การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. กรุงเทพมหานคร: แอล.ที. เพรส.

กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะพักฟื้น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กนกวรรณ ตีลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิษิตพรชัย. (2545). **ประสาทสัมผัสพิเศษ**. ใน สุพรพิมพ์ เจียสกุล สุพัตรา ไฉ่หิรัวัฒน์ และวัฒนา วัฒนาภา (บรรณาธิการ). **สรีรวิทยา**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

กระทรวง, สาธารณสุข กองสาธารณสุข. **จำนวนตายด้วยอุบัติเหตุต่างๆ [ออนไลน์]**. (2553). แหล่งที่มา: <http://www.moph.go.th> [2554, มีนาคม 1]

กลุ่มภารกิจด้านข่าวสารและสารสนเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. **จำนวนและอัตราต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุ 2550 [ออนไลน์]**. (2550). แหล่งที่มา: <http://www.phoubon.in.th> [2554, มิถุนายน1]

เจตนา วงษาสูง. (2552). **ผลโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการต่อภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จันทพร ธีรทองดี. (2548). **ผลโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จรรยา ดันติธรรม. (2547). **กลยุทธ์การพยาบาลผู้ป่วย: โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน**. ใน คณะอนุกรรมการการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. **การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ.

จารุวรรณ เหมะธรร, จรรยา เสียงเสนาะ, สมใจ ทุนกุล และสุลี ทองวิเชียร. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร**. รายงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร.

- จเว ผลประเสริฐ. (2528). **ประสาทศัลยศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เยียร์บีคพับลิชเชอร์.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). ภาวะอารมณ์เศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. **พยาบาลสาร** 25(3): 9-20.
- ชัชวรินทร์ อังศุภากร. (2535). **การพยาบาลศัลยกรรมประสาทเบื้องต้น**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มิตรภาพ.
- ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2542). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). **โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติรักษาหายได้**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพาพร ตั้งอำนวยการ. (2541). **การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทมาภรณ์ นูรณสมภพ. (2547). **ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทศพร พัฒนนิรมาน. (2532). **ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปันดี และ สมพร เตรียมชัยศรี. (2533). คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D. **วารสารจิตวิทยาคลินิก** 21(1): 26-45.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2545). **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ปราโมทย์ สุคนิธย์. (2540). **โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น**. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 42: 35-48.

- นครชัย เฟื่อนปฐุม. (2541). **การบาดเจ็บที่ศีรษะ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โอ. เอส. พรินติ้งเฮ้าส์.
- นงคราญ ผาสุก. (2535). **หลักการพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นริรัตน์ นิลขำ. (2548). **ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2545). **แบบประเมินโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์: ฉบับภาษาไทย วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 3(1): 21-32.**
- นันทวัน มีกุล. (2552). **ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การทำหน้าที่ของครอบครัวและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพนธ์ พวงรินทร์ และคณะ. (2537). **แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย**. **สารศิริราช 46(1): 1-9.**
- นภาพรณี กวางทอง. (2551). **Dos & Don'ts :Nursing Management in Traumatic Brain Injury. ใน** พีระ นาคลอ, ธนกร เพ็ญศรี และศรี เสน่ห์ลักษณะ (บรรณาธิการ), **The NAT update 2008: Dos & Don'ts in Neurosurgery**, หน้า 156-160. กรุงเทพมหานคร: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งแพง. (2540). **ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว**. รายงานการวิจัย. ทูลอดหนุนการวิจัยประเภทงบประมาณแผ่นดิน ประจำปี 2540 มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นัยนา อูปมา. (2543). **ภาวะซึมเศร้าในเด็กหัวใจพิการแต่กำเนิด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรวรรณ ศรีคง. (2554). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พรนิภา เอื้อเบญจพล. (2547). **ผลของการใช้โปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกต่อการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ไม่รู้สึกตัว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรพรรณพิมล หล่อตระกูลและจันทร์ชนก โยธินชัชวาล. (2542). **รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมของคู่สมรสในเรื่องการทำหน้าที่ของครอบครัว**. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สุขภาพจิต. ฟาริดา อิบราฮิม. (2542). **ปัญหาผู้ป่วยระบบประสาททางอายุรศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- ภุมมาภิชาติ แสงสีเขี้ยว. (2543). **การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มีชัย สีส. (2530). **ประสาทกายวิภาคศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สันประสิทธิ์การพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2542). **จิตเวชรามานิติ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สุวิชาญการพิมพ์.
- มยุรี แก้วจันทร์. (2531). **การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางระบบประสาท**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แม็ค.
- มลฤดี บุราณ. (2548). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งทิพย์ เป้าต๋น. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. **แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม** [ออนไลน์]. (2550). แหล่งที่มา: <http://inet.co.th> [2554, มิถุนายน1]
- รณชัย คงสกนธ์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งมณี, อวยชัย โจจนันท์นิกิจ และอุไร บุรณเชษฐ. (2546). การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MARDS). **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 48(4): 211-218.
- รัตนศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- รัมภรดา อินทร. (2539). **ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย และความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วินิรณี ศนเทพ. (2542). **ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับการกระทำผิดของเด็กและเยาวชนสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร จิรวัดมนกุล. (2546). **ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน: มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. (2545). **ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แสงชัย ศรีมาขจร. (2535). **ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วิชาการแพทย์ เขต 6 6: 672-698.**
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). **ความผิดปกติทางอารมณ์**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภักดิ์ ออฟเซ็ท.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธ์, วิพุธ พูลเจริญ, และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: โฮสติค พับลิชชิ่ง.
- สิทธิพร บุญยนิษฐ์. (2537). **การประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทางคลินิก**. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2550). **พยาบาลกับครอบครัวอนุญาตว่าด้วยการ ควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร1(2): 9-18.**
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2553). **แนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. ใน สมจิต หนูเจริญกุลและ อรสา พันธุ์ภักดี (บรรณาธิการ), การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ** หน้า 39-55. กรุงเทพมหานคร: จุดทองการพิมพ์.
- สมปอง ตงพิพัฒน์. (2539). **บาดเจ็บสมอง**. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย.
- สมพร บุราทิจ และเกียรติชัย งามทิพย์วัฒนา. (2542). **จิตเวชปฏิบัติ 43**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

- สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
เรือนแก้ว.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2544). **ตำราจิตเวชสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป : อาการทางจิตเวช
ในผู้ป่วยโรคทางกาย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมโภชน์ เตียมสุภาษิต. (2539). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุทิศ สมบัติแก้ว. (2545). **การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้เป็นโรคจิตเภทที่
กลับเป็นซ้ำ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล
จิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2540). **จิตบำบัดการให้คำปรึกษาครอบครัว**. กรุงเทพมหานคร:
เฟื่องฟ้าพรินติ้ง.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว FAMILY THERAPY
AND FAMILY COUNSELING**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ชันต์การพิมพ์.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว**. พิมพ์ครั้งที่ 5.
กรุงเทพมหานคร: ชันต์การพิมพ์.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2553). **แนวคิด/ทฤษฎีการพัฒนาเครื่องมือ. เอกสารคำสอน วิชาการ
พัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล**. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- อรัญญา แพ้จ้อย. (2544). **ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นชายที่ได้รับการ
บำบัดรักษาการติดยาเสพติด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรุณ กิจมหาตระกูล. (2542). **บาดเจ็บที่ศีรษะโรงพยาบาลหาดใหญ่. สงขลานครินทร์เวชสาร**
17: 103-108.
- อรวรรณ ลีทองอิน. (2535). **ผลการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าใน
บ้านพักคนชราที่บุญโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- อรวรรณ ลีอนุญวัชชัย. (2545). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์.

ภาษาอังกฤษ

- Albano, C., Comandante, L., and Nolan, S. (2005). Innovations in the management of cerebral Injury. **Critical Care Nursing Quarterly** 28(2): 135-149.
- Atteberry-Bennett, J., Barth, J. T., Loyd, B. H., and Lawrence, E. C. (1986). The relationship between Behavioral and cognitive deficits, demographics and depression in patients with Minor head injuries. **International Journal Clinical Neuropsychology** 8: 114-117.
- Alexander M. P. (1992). Neuropsychiatric correlates of persistent postconcussive syndrome. **Journal Head Trauma Rehabilitation** 7: 60-69.
- Barker, E. (2002). **Neuroscience nursing a spectrum of care**. 2nd ed. St. Louis: Mosby.
- Beck, A.T. (1967). **Depression: Clinic, experimental and theoretical aspects**. New York: Hoeber Medical Division.
- Beeber. L. S. (1998). Treating depression through the therapeutic nurse client relationship. **Nursing Clinics of North America** 33(1): 153-172.
- Biagas, K., et al. (1999). Functional outcomes in children and their families with traumatic brain Injury (TBI). **Clinic Intensive Care** 10(4): 11-12.
- Breysprak, L M., and George, L. K. (1979). Measurement of self-concept and self-esteem in older people: State of the art. **Experimental Aging Research** 5(2): 137-148.
- Brooks, D. N., McKinlay, W. (1983). Personality and behavioral change after severe head injury – a relative View. **Journal Neurosurg Psychiatry** 46: 336-344.
- Bond, A. E., Drager, C. R. L., Mandelco, B., and Danelly, M. (2003). Need of family members of patients with severe traumatic brain injury. **Critical Care Nurse** 23(9): 63-72.
- Bornstein, R. A., Miller, H. G., Van Schoor, J. T. (1989). Neuropsychological deficits and emotional disturbance In head-injured patients. **Journal Neurosurg** 70:509-13.
- Bottcher, S. A. (1989). Cognitive retraining: A nursing approach to rehabilitation of the brain Injured. **Nursing clinics of North America** 24(1): 193-208.

- Burns, N. (2007). **Understanding nursing research: Building an evidence-based practice**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Burns, S., Kappenberg, R., MaKenna, A., Wood, D. (1994). Brain injury: Personality, psychopathology and neuropsychology. **Brain Injury** 8: 413-427.
- Burton, L. A, Volpe, B. T. (1988). Sex differences in emotional status of traumatically brain- injured Patients. **Journal Neurorehabilitation** 2: 151-157.
- Burton, L. A., Volpe, B. T. 1994. Depression after head injury: Do physical and cognitive sequelae have similar impact? **Journal Neurol Rehabil** 8: 63-67.
- Bush, D. E., et al. (2001). Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after Acute myocardial infarction. **American Journal of Cardiology** 88: 337-341.
- Carayannis, G. P. **Memoy/cognitie status loss**. [Online]. (2000). Available form: <http://www.geocities.com/Althens/Acropolis/4870/MED Memory Cognitive.html> [2551, July 28].
- Christensen B. K., Ross T. P., Kotasek, R. S., Rosenthal, M., Henry, R. R. (1994). The role of depression In rehabilitation outcome in the acute recovery of patients with TBI. **Adv Med Psychother** 7: 23-38.
- Chumber, N. R., Rittman, M., Puymbroeck, M.V., Vogel, W.B., and Qnin, H. (2004). The sence of coherence, burden, and depressive symptoms in informal caregivers during the first month after stroke. **International of Geriatricpsychiatry** 19: 944-953.
- Coopersmith, S. (1981). **The antecedents of self-esteem**. Palo Alto. CA: Consulting Psychologists Press.
- Coopersmith, S. (1984). **SEI: Coopersmith inventory adult form**. 2nd ed. California: Consulting, Psychologist Press.
- Cummings, J. L. (2002). **Neuropsychiatry and behavioral neurology**. Washington DC: American psychiatric.
- Davis, L. (1992). Instrument review: Getting the most from your panel of experts. **Applied Nursing Research** 5: 194-197.
- DiCesare, A, Parente, R., Anderson-Parente, J. (1990). Personality change after

- traumatic brain injury: Problems and solutions. **Cognitive Rehabilitation** 2: 14-18.
- Dikmen, S., Reitan, R. A. (1977). Emotional sequelae of head injury. **Ann Neurol** 2: 492-494.
- Dikman Sureyya, S., et al. (2004). Natural History of Depression in Traumatic Brain Injury. **Archive of Physical and Medical Rehabilitation** 85: 1457-1464.
- Dinan, T. G., Mobayed, M. (1992). Treatment resistance of depression after head injury: A preliminary study of amitriptyline response. **Acta Psychiatr Scand** 85: 292-294.
- Dobbel, F., Geest, S. D., Vanhees, L., Schepens, K., Fagard, R., and Vanhaecke, J. (2002). Depression and the heart: a systematic overview of definition, measurement, consequences and treatment of depression in cardiovascular disease. **European Journal of Cardiovascular Nursing** 1: 45-55.
- Dobson, K. S. (1989). "A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression". **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 57: 414-419.
- Epstien, N. B., Bishop, D.S., and Buldwin, L. M. The McMaster model of family functioning. **Journal of Marital and Family Therapy** [Online]. (1984). Available from: <http://www.Unu.edu/unupress/unupbooks/uu13se05.html>. [2011, June 1]
- Epstien, N. B., Bishop, D. S., and Buldwin, L. M. The McMaster model of family functioning. [Online]. (1984). Available from [http://www.unu.edu/unupress/unupbooks/un3se/uu se05. htm](http://www.unu.edu/unupress/unupbooks/un3se/uuse05.htm) . [2011, June 1]
- Fann, J. R., Katon, W. J., Uomoto, J. M., Esselman, P. C. (1995). Psychiatric disorders and functional disability in outpatients with traumatic brain injuries. **Am Journal Psychol** 152: 1493-1499.
- Fedoroff, Starkstein, S. E., Forrester, A. W., Geisler, F. H., Jorge, R. E., Arndt, S.V., et al. (1992). Depression in patients with acute TBI. **American Journal Psychiatry** 149: 918-923.
- Florian, V., and Katz, S. (1991). The other victims of traumatic brain injury: Consequences for family members. **Neuropsychology** 5(4): 267-279.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., Mc Hugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical

- method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. **Journal Psychiatry Research** 12: 189-198.
- Fordyce., et al. (1983). Enhanced emotional reaction in chronic head trauma patients. **Journal Neurol** 46:620-4.
- Fortinash, M. K., and Holoday-Worret, P. A.1999. **Psychiatric mental health nursing care plans**. 3rd ed. Philadelphia: Mosby.
- Grace, S. L., Abbey, S. E., Kapral, M. K., Fang, J., Nolan, R. P., and Stewart, D. E. (2005).Effect of Depression on Five-Year mortality after an acute coronary syndromes. **American Journal Of Cardiology** 96: 1179-1185.
- Grotevant, H. D., and Carlson, C. L. (1989). **Family assessment: A guide to methods and measures**. New York: Guilford.
- Hannegan, L. (1989). Transient cognitive changes after craniotomy. **Journal of Neuroscience Nursing** 21(3): 165-170.
- Harrington, R., Whittaker, J., Shoebridge, P., and Campbell, F. (1998). “ Syatematic review of cognitive behavior therapies in childhood and adolescent depressive disorder”. **Birth Medical Journal** 316: 1559-1563.
- Hart Tessa., et al. (2011). Major and Minor Depression After Traumatic Brain Injury. **Archive of Physical and Medical Rehabilitation** 92:1211-1219.
- Hernandez Rafael Gomez., et al. (1997). Social impairment and depression after traumatic brain injury. **Archive of Physical and Medical Rehabilitation** 78: 1321-1326.
- Hibbard Mary, R.,et al. (2004). Relationship between depression and psychosocial functioning after traumatic brain injury. **Archive of Physical and Medical Rehabilitation** 85 (4 Suppl 2): S 43-53.
- Hickey, J. (1992). **The clinical practice of neurological and neurological nursing** 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Hickey, J. V. (1997). **The clinical practice of neurological and neurological nursing** 4th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Hickey, J. V. (1997). Craniocerebral injuries. In J.V., Hickey. **The clinical practice of**

- neurological and neurosurgical nursing. 4th ed. (pp.385-417). Philadelphia: Lippincott.
- Hislop, I. (1991). **Stress, distress and illness**. Sydney: McGraw-Hill Brook.
- Janosil, E., and Green, E. (1992). **Family life process and practice**. Boston: Jones and Bartlett.
- Jennett, B., and Bond, M. (1975). Assessment of outcome after severe brain damage. **Lancet** 1,480-1484.
- Jennett, B., and Green, E. (1992). **Family life process and practice**. Boston: Jones and Bartlett.
- Jennett, B., and Teasdale, G. (1981). **Management of head injury**. Philadelphia: F.A. Davis.
- Jitapunkul, S. (1994). Disability: The elderly problems. **Chula Medicine Journal** 38(2): 68-75.
- Jorge, R. E., Robinson, R. G., Arndt, S. V., Starkstein, S. E., Forrester, A. W., Geisler, F., (1993). Depression and TBI: a 1-year longitudinal study. **Journal Affect Disorder** 27: 233-243.
- Karnofsky, D. A., Abelmann, W. H., Craver, L. F., and Burchenal, J. H. (1948). The use of nitrogen Mustsds in the palliative treatment of carcinoma with particular reference to bronchogenic Carcinoma. **Cancer** 1: 634-656.
- Kater, K. M. (1989). Response of head-injured patients to sensory stimulation. **Western Journal of Nursing Research** 11(1): 20-33.
- Katz, S., and Stround, M. (1989). Functional assessment in geriatrics: A review of progress And directions. **Journal of American Geriatrics Society** 37: 267-271.
- Kiatlaekakul, S. (2005). **Factors related to cognitive status among the elderly Natawee District, Songkhla province**. Masterdegree in Nursing Science. Prince of Songkhla University.
- Kosier, B., Erb, G., and Bufalino, P. M. (1989). **Introduction to nursing**. California: Addison - Wesley.

- Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal and coping**. New York: Spring.
- Lee-Haley, P. R., Smith, H. H., William, C. W., and Dunn, J. T. (1996). Forensic Neuropsychological tests usage: An empirical survey. **Archives of Clinical Neuropsychology** 11: 45-51.
- Linn, R., T., Allen, K., Willer, B. S. (1994). Affective symptoms in the chronic stage of TBI: A study of married couples. **Journal Brain Injury** 8: 136-147.
- Levin and Grossman. (1978). Behavioral sequelae of closed head injury. **Arch Neurol** 35:720-7.
- Lezak M. D. (1987). Relationship between personality disorders, social disturbances, and physical disability following TBI. **Journal Head Trauma Rehabilitation**. 2: 57-69.
- Malec James F., et al. (2010). A Preliminary Model for Posttraumatic Brain Injury Depression. **Archive of Physical and Medical Rehabilitation** 91: 1087-97.
- Mahoney, F. I., and Brathel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State. **Journal of Medicine** 14: 61-65.
- Markianos, M., Seretis, A., Kotsou, S., Baltas, I., Sacharogiannis, H. (1992). CSF transmitter metabolites and short-term outcome of patients in coma after head injury. **Acta Neurol Scand** 86: 190-193.
- Marsh, N. V., Kersel, D. A., Havil, J. H., Sleight, J. W. (1998). Caregiver burden at 6 month following severe traumatic brain injury. **Brain Injury** 12(12): 225-238.
- Marsh, N. V., Kersel, D. A., Havil, J. H., Sleight, J. W. (1998). Caregiver burden at 1 year following severe traumatic brain injury. **Brain Injury** 12(3): 1045-1059.
- Maslow, A. (1970). **Motivation and personality 2e**. New York: Harper and Row.
- McDowell, J., and Newell, C. (1996). **Measurement health: A guide to rating scales and questionnaires**. 2nd ed. New York: Oxford University Press.
- Merskey.,et al. (1972). Psychiatric sequelae of minor head injury. **Brain** 95:521-8.
- Miller, K. (1995). **Organizational communication appropes and process**. California: Wadsworth Publishing.
- Minnes, P., et al. (2000). Coping and stress in Canadian family caregivers of persons

- with traumatic brain injuries. **T&F Informa Academic** 14(8): 737-748.
- Morton, et al. (1995). Psychosocial and emotional sequelae of individuals with TBI: A literature review and recommendations. **Brain injury** 9:81-92.
- Namerow, N. S. (1987). **Neuroscience Nursing. A Nursing Diagnosis Approach**. America: Williams and Wilkins.
- Neath, L., and Surprenant, A. (2003). Human memory: An Introduction to research, data, and theory. 2nd ed. Thomson and Wadsworth.
- Norra, C., Eric, C. S., Marlies, A., and Patrick, S. (2008). High impact of depression in heart failure: Early diagnosis and treatment options. **International Journal of Cardiology** 125: 220-231.
- Pagulayan Kathleen Farrell., et al. (2008). Function limitation and depression after traumatic brain injury: Examination of the temporal relationship. **Archive of Physical and Medical Rehabilitation** 89: 1887-1892.
- Preechawong, S., (2007). **Relationships of family functioning, self-esteem, and resourceful coping of Thai adolescents with Asthma**. Issue in Mental Health Nursing. 28:21-36.
- Pernecky.,et al. (2006). Complex activities of daily living in mild cognitive impairment: conceptual and diagnostic issues. **Age and Aging** 35:240-245.
- Pochard, F., Azoulay, E., Cheveret, S., Lemaire, F., Hubert, P.G., Canoui, P., et al. (2001). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients. **Critical Care Medicine** 29(10): 1893 – 1897.
- Polit, D. F., and Hungler, J. B. (1995). **Principles and methods**. 5th ed. Philadelphia: L.B. Lippincoti.
- Polit, D. F., and Hungler, J. B. (1999). **Nursing research: Principles and methods**. 6th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Rakel, R. E., and Bope, E. T. (2002). **Conn's current therapy 2002**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Rawlins, R. P., and Heacock, P. E. (1993). **Clinical Manual of Psychiatric Nursing**. 2nd ed. Philadelphia: Mosby Year Book.

- Reinecke, M. A., Ryan, N. E., and DuBOIS, D. L. (1998). "Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis". *The American of Child and Adolescent Psychiatry* 37(1): 26-34.
- Rimel, R. W., Giordani, B., and Barth, J. T. (1981). Disability caused by minor head injury. *Neurosurgery* 9(3): 221-228.
- Robinson., et al. (1988). Comparison of mania and depression after brain injury: Causal factors. *American Journal Psychiatry* 145:172-8.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image* princeton. New Jersey: Princeton University press.
- Rosenthal Mitchell.,et al. (1998). Depression following traumatic brain injury. *Archive of Physical and Medical Rehabilitation* 79: 90-103.
- Ross, D. Z., Nancy, R. M., Scott, R. M., Kertia, L. B., Debulah, L. W., and Flora, H. (1997). Posttraumatic amnesia: Its relation to function outcome. *Archive of Physical and Medical Rehabilitation* 78(October): 1103-1106.
- Ruo, B., Rumsfeld, J.S., Hlatky, M. A., Liu, H., Browner, W. S., and Whooley, M. A. (2003) Depressive symptoms and health-related quality of life. *JAMA* 290(2): 215-221.
- Sanguinetti, M., and Catanzoro, M. (1987). A comparison of discharge teaching on the consequences of brain injury. *Journal of Neuroscience Nursing* 19: 271-275.
- Sanguinrtti, M., and Catanzoro, M. (1987). A comparison of discharge teaching on the consequences of brain injury. *Journal of Neuroscience Nursing* 271-275.
- Saran, A. S. (1985). Depression after minor closed head injury: Role of dexamethosone suppression test and anyidepressants. *Journal Clinical Psychiatry* 46: 335-338.
- Schenk, E.A. (1995). Management of persons with problems of the brain. In W.J. Phipps, V.L. Cassmeyer, J.K. Sands, and M.K. Lehman (eds.). *Medical-surgical nursing: Concepts and clinical practice* (pp. 1923-2022). St. Louis: Mosby.
- Schoenhuber, R., Gentilini, M. (1988). Anxiety and depression after mild head injury: A case control Stydy. *Journal Neurosurg Psychiatry* 51: 722-724.
- Scott, J. T., Sherer., M., and Adams, R. L. (1995). Clinical utility of WAIS-R factor derived standard scores in assessing brain injury. *The Clinical Neurologist* 9(1): 93-97.

- Seel Ronald T., et al. (2003). Depression after traumatic brain injury. **Archive Physical Medicine Rehabilitation** 84: 177-84.
- Smith, R. B., Tiberi, A., Marshall, J. (1994). The use of cranial electrotherapy stimulation in the treatment of closed-head-injured persons. **Brain Injury** 8: 357-361.
- Stern, M. J., Pascale, L., and Ackerman, A. (1977). Life adjustment post myocardial infarction. **Archived Internal Medicine** 137: 1680-1685.
- Sullivan, M. D., LaCroix, A. Z., Spertus, J. A., and Hecht, J. (2000). Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression in patients with coronary artery disease. **The American Journal of cardiology** 86(15): 1135-1138.
- Sutton, J. D. **The depression and anxious child: Bring a youngster out of the shadow** [Online]. (2004). Available from: <http://www.oip.usdoj.gov/ovc/publication/inforces /student/html>[2003, December 20]
- Taylor, C., Lillis, C., and Lemone, P. (1989). **Fundamental of nursing: The art and science of nursing care**. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Teasdale, G., and Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. **The Lancet** 13(7): 81-83.
- Testani-Dufour, L. D., Chappel-Aiken, L., and Gueldner, S. (1992). Traumatic brain injury: A family experience. **Journal of Neuroscience Nursing** 24(6): 317-322.
- Thorn, S. (2000). Neurological rehabilitation nursing: A review of the research. **Journal of Advance Nursing** 31(5): 1029-1038.
- Varney, N. R., Martzke J. S., Roberts, R. J. (1987). Major depression in patients with closed head Injury. **Neuropsychology** 1: 7-9.
- Vicki, A., et al. (2001). Predictors of acute child and family outcome following traumatic brain Injury in children. **Pediatric Neurosurgery** 34(3): 138-148.
- Wallace, C. A., et al. (1998). Primary caregivers of persons with brain injury: Life change 1 year after injury. **Brain Injury** 12(6): 483-493.
- Wilson, I. B., and Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcome. **Journal of the American Medication Association** 273: 59-65.

Yi-qing, Y., Ai-lun,L., Xiang-yang,G., Li-huan, L., and Yu-guang, H. (2007). Postoperative neuropsychological change and its underlying mechanism in patients undergoing coronary artery bypass grafting. **Chiness Medical Journal** 120(22): 1951-1957.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สังกัด
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรองไต่ อุณหสูต	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ ดร. เพ็ญนิภา แดงดีอมฤทธิ์	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. อาจารย์ ดร. ศุภร วงศ์ทัตญญ	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางสาวพรนิภา เตื้อเบญจพล	พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ด้านระบบประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย



บันทึกข้อความ

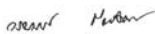
ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130
 ที่ ศษ 0512.11/๐๐๐๗ วันที่ 4 มกราคม 2555
 เรื่อง ขออนุญาตเป็นวิทยากร

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อธิษฐ์วรรณ ชุ่มตานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวไอพรพรรณ เขียมกมล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ศิริราช วิทยาลัย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขออนุญาตท่านเป็นวิทยากรผู้ควบคุมตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตเป็นวิทยากรผู้ควบคุมตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้


 (รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ จิตปัญญา)
 รองคณบดี
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ขอขานี้มีเรื่อง
 ชื่อ นิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
 นางสาวไอพรพรรณ เขียมกมล โทร. 085-7272337

ที่ ศบ 0512.11/ 2407



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศุภพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 ธันวาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวไลพรหม เอี่ยมกมล นิสิตชั้นปริญญาโท ศึกษาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเจ็บที่ศีรษะ วัยผู้ใหญ่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรองโต คุณหญิง อาจารย์พยาบาลประจำคณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่มีติดร่างขี้ขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตำแหน่ง	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรองโต คุณหญิง
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
ชื่อผู้ติดต่อ	นางสาวไลพรหม เอี่ยมกมล โทร. 085-7272337



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศบ 0512.11/0005

วันที่ 4 มกราคม 2555

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมฤทธิ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวไลพรพรณ เอี่ยมกมล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ วัยผู้ใหญ่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อ นิสิต

นางสาวไลพรพรณ เอี่ยมกมล โทร. 085-7272337

ที่ ศบ 0512.11/0005



คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

4 มกราคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ถึงที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวไพลพรรณ เอี่ยมกมล นิสิตชั้นปริญญาโท คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานที่ระยะ วัณผู้ใหญ่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภกร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. สุภร วงศ์ทัตญา อาจารย์พยาบาลประจำโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่มีติดสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะวิทยาศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ดร. สุภร วงศ์ทัตญา

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภกร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ผู้มีติด

นางสาวไพลพรรณ เอี่ยมกมล โทร. 085-7272337

ที่ ศธ 0512.11/0005



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ มกราคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวโลพรพรรณ เอี่ยมกมล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ วัยผู้ใหญ่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภกร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ นางสาวพรนิกา เอื้อบุญพล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวพรนิกา เอื้อบุญพล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภกร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ผู้นิสิต

นางสาวโลพรพรรณ เอี่ยมกมล โทร. 085-7272337

ที่ ศษ 0512.11/013 ง



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ มกราคม 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้ไม่มีผลทดลองใช้เครื่องมือ
และเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (1 ชุด)
 2. แบบรายงานข้อมูลโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาครั้งแรก (1 ชุด)
 3. เสดสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (1 ชุด)
 4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย รับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (1 ชุด)

เนื่องด้วย นางสาวไฉพรพรณ เอี่ยมกมล นิสิตชั้นปริญญาโท นิตยภัต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการคัดกรองการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว และขอความอนุเคราะห์ให้ไม่มีผลดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 20 - 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาท จำนวน 100 คน โดยให้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความพิการ แบบประเมินการมองเห็นคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินการทำหน้าที่ที่ด้านการศึกษา แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ไม่มีผลจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวไฉพรพรณ เอี่ยมกมล เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒนะ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สืบณเว็บบ

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

นางสาวไฉพรพรณ เอี่ยมกมล โทร 085-7272337

ที่ ศธ 0512.111/0124

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชานีติศาสตร์ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๓ มกราคม 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมและขอความอนุเคราะห์ให้ใช้สถานที่เก็บรวบรวม
ข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (ศน 8) คำประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบยื่นเสนอขอทำการวิจัย (5 ชุด)

2. ใบขอเก็บข้อมูลจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (5 ชุด)

3. โครว์ร่างวิจัยฉบับส่งขป (5 ชุด)

4. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (5 ชุด)

5. ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย (5 ชุด)

เนื่องด้วย นางสาวไลพรพรรณ เข้มมกมล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย ซึ่งกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของ
ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์ ประสงค์จะเสนอโครว์ร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยดังกล่าว
ได้ผ่านการคัดกรองการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกองกอกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว และขอ
ความอนุเคราะห์ให้ใช้สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่
ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 20 - 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่เข้ารับการ
รักษาเป็นผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมประสาท จำนวน 50 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
แบบประเมินระดับความพิการ แบบประเมินการมองเห็นคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความสามารถ
ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แบบสอบถามการทำหน้าที่
ของครอบครัว และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้มีลิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูลวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวไลพรพรรณ เข้มมกมล เสนอโครงการวิจัย
เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา
ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรรัตน์ จิตปัญญา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อ นิสิต

นางสาวไลพรพรรณ เข้มมกมล โทร. 085-7272337

ที่ ศช 0512.11/0194



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒3 มกราคม 2555

เรื่อง ขอสื่อโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้มีมติเก็บรวบรวม
ข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบลงทะเบียนขอรับบริการ (1 ชุด)
 2. บันทึกข้อความขอสื่อโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (1 ชุด)
 3. จดหมายจากสถาบัน (1 ชุด)
 4. แบบรายงานการส่งโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาครั้งแรก (1 ชุด)
 5. คู่มือการตรวจสอบความครบถ้วนของโครงการวิจัย (1 ชุด)
 6. ปกพยาบาล
 7. ตารมัญญ (1 ชุด)
 8. แบบเสนอโครงการวิจัยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (1 ชุด)
 9. เอกสารแจ้งข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (1 ชุด)
 10. ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลวิจัย (1 ชุด)
 11. ประวัติผู้วิจัย (1 ชุด)
 12. ตัวอย่างตารางการบริหารงานวิจัยและตารางเวลาในการศึกษา (1 ชุด)
 13. ใบขอส่งเอกสาร โครงการวิจัย (1 ชุด)

เนื่องด้วย นางสาวไฉพรรณ เอี่ยมภมร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ
ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานที่ศิริระวิทย์ใหญ่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
ทั้งนี้ โครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการคัดกรองการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่
เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว และขอความอนุเคราะห์ให้มีมติดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จาก
กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่ศิริระวิทย์ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 20 - 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจาก
แพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ศิริระวิทย์ ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแผนกหัตถศัลยกรรม
ประสาท จำนวน 40 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความพิการ

แบบประเมินการมองเห็นคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้จัก แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว และแบบประเมินภาวะ
ซึมเศร้า

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวไฉพรรณ เข็มมณฑล เสนอโครงการวิจัย
เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่าง
สูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. รตนพร ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ต้นฉบับ
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์เป็รึกษา
ชื่อนิติธิด

หัวหน้าฝ่ายกรพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
นางสาวไฉพรรณ เข็มมณฑล โทร. 085-7272337

ภาคผนวก ค

เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



โรงพยาบาลตำรวจ
 สำนักงานแพทย์ใหญ่
 492/1 ถนนพระรามที่ 1 แขวงวังใหม่
 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง.....จว.4/255๕.....

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะด้วยผู้ใหญ่
ชื่อหัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด	นางสาวไฉพรณ เยี่ยมภมถ นิติศปริญญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 10 February 2012)(ฉบับภาษาไทย) 2. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 10 February 2012)(ฉบับภาษาไทย) 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 10 February 2012)(ฉบับภาษาไทย) 4. แบบตอบตาม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 (Version 2.0 Date 10 February 2012)(ฉบับภาษาไทย) 5. ยึดคประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	10 กุมภาพันธ์ 2555
วันหมดอายุ	9 กุมภาพันธ์ 2556

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
 โรงพยาบาลตำรวจ คณะกฤษฎีกาสภา

พลตำรวจตรี *ห.ร.อ. ส.ร.อ.*
 (ทรงชัย สิมะโรจน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรม และวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลตำรวจ

แบบเอกสารที่ SF 11

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
กรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมแพทยทหารเรือ
RLM 011/55

ชื่อโครงการ	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นางสาว วไลพรณีย์ เขียมมงคล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จ.นครสวรรค์
รหัสโครงการ	RP 015/55
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ
เอกสารที่รับรอง	<input checked="" type="checkbox"/> โครงการวิจัย <input checked="" type="checkbox"/> โครงการวิจัยที่ขออนุมัติเพิ่มเติม <input checked="" type="checkbox"/> หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย <input checked="" type="checkbox"/> เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย <input type="checkbox"/> อื่นๆ
รับรองโดย	คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมแพทยทหารเรือ
วันที่รับรอง	13 มีนาคม 2555
วันหมดอายุ	12 มิถุนายน 2555

ลงนาม พลเรือตรีหญิง

ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พ.ร.



COA 18/2555


คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตาม
 แนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS
 Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยที่มีพันธึกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่
ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : CORRELATES OF DEPRESSION IN ADULT PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY.

เลขที่โครงการ : ๐๒๐/๕๕

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวไลพรณ เอี่ยมกมล

สังกัดหน่วยงาน : ภาควิชา สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรองจะ

- แบบเสนอโครงการวิจัย version ๒ วันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๕๕
- เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย version ๒ วันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๕๕
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย version ๒ วันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๕๕
- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล version ๒ วันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๕๕
- แบบประเมินระดับความพิการ version ๒ วันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๕๕
- แบบสอบถามความอ่อนไหวต่อความเครียด version ๒ วันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๕๕
- แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานประจำวัน version ๒ วันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๕๕
- แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการคิด version ๒ วันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๕๕
- แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว version ๒ วันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๕๕
- แบบประเมินภาวะซึมเศร้า version ๒ วันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๕๕

ลงนาม  (รองศาสตราจารย์พิเศษนายแพทย์ณชัย เอื้อธวัชวงศ์) ประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	ลงนาม  (นางสาวบุษบา สุภวัฒน์ธนบดี) กรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
--	---

วันที่รับรอง : ๒๖ /๐๓ /๒๕๕๕
วันหมดอายุ : ๒๕ /๐๓ /๒๕๕๖

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขบังคับที่จะไม่ได้รับหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ศึกษาธิการ ชั้น ๒)
 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
 ๖๔๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
 โทรศัพท์: ๐-๒๒๕๔-๓๕๒๒ โทรสาร: ๐-๒๒๖๕-๗๗๕๕

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient / Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวไฉพรณ เตียมกมล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3. สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
43 ถนนอรรถกวี ตำบลปากน้ำโพ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ 60000
(ที่บ้าน) 117 / 365 หมู่บ้านริมปิงนิเวศน์ ตำบลบางม่วง อำเภอเมือง
จังหวัดนครสวรรค์ 60000
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 056-219888 ต่อ 1403;
(บ้าน) – (มือถือ) 085-7272337
E-mail: koki2520@hotmail.com
4. ข้อมูลประกอบการให้คำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย
 - 4.1 โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่ ที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาทของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้าและโรงพยาบาลนวมินทร์ราชธานี (วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล)
 - 4.2 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับความพิการ การมองเห็น คุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การทำหน้าที่ของครอบครัว และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่บาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 4.3 ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยผู้ใหญ่บาดเจ็บที่ศีรษะทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยไม่มีการบาดเจ็บที่อวัยวะอื่นของร่างกายร่วมด้วยและเป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 สัปดาห์เป็นต้นไป ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาทของโรงพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้าและโรงพยาบาลนวมินทร์ราชธานี (วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล) จำนวนทั้งหมด 140 คน
 - 4.4 ผู้วิจัยจะใช้การสอบถามโดยตรงกับกลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 - 40 นาที ต่อคน โดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 7 ชุด คือ
 - ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
 - ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความพิการ
 - ส่วนที่ 3 แบบประเมินการมองเห็นคุณค่าในตนเอง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว

ส่วนที่ 7 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ซึ่งหากในช่วงตอบแบบสอบถาม กลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะรายงานให้แพทย์รับทราบทันที เพื่อได้รับการดูแลต่อไป

4.5 ในการขอข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการของโรงพยาบาลที่จะศึกษาก่อน

4.6 การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

4.7 หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาจนกว่าจะได้รับคำตอบเป็นที่พอใจ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

4.8 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัย จะเสนอเป็นภาพรวมและเชิงวิชาการ

4.9 ในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

4.10 หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-22188147 โทรสาร 0-22188147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความพิการ
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินการมองเห็นคุณค่าในตนเอง
- ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- ส่วนที่ 5 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด
- ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว
- ส่วนที่ 7 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบสอบถามเลขที่ [] [] []

สำหรับผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

1. เพศ
 ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับการศึกษา.....
4. สาเหตุของการบาดเจ็บ.....
5. การวินิจฉัยโรค.....
6. ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ
 การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (GCS) 13-15 คะแนน E.....M.....V.....
 การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (GCS) 9-12 คะแนน E.....M.....V.....
 การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (GCS) 3-8 คะแนน E.....M.....V.....
7. ประวัติการผ่าตัดศีรษะ () ไม่ได้ผ่าตัด () ผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความพิการ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการประเมินระดับความพิการของผู้ป่วย

โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้า ข้อความนั้น

ข้อ 1. ระดับความรู้สึกตัว

- () หลังจากท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ.....รู้สึกตัวดี
- () หลังจากท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ.....มีอาการสับสน
- () หลังจากท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ.....ไม่รู้สึกตัว แต่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น
- () หลังจากท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ.....ไม่รู้สึกตัวและไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .

ข้อ 4. การกลับไปทำงานหรือเรียน

- () หลังจากท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ.....สามารถกลับไปทำงานหรือเรียนได้ตามปกติ
- () หลังจากท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ.....สามารถกลับไปทำงานหรือเรียนได้แต่ไม่เต็มที่
- () หลังจากท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ.....พักงานหรือการเล่าเรียน (หลังจากจำหน่ายผู้ป่วย)
- () หลังจากท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ.....ออกจากงานหรือออกจากการเรียน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมองเห็นคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการประเมินการมองเห็นคุณค่าในตนเอง

โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่เลือก

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. หลังจากท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง				
2. หลังจากท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ท่านคิดว่าท่านไม่มีอะไรดี.....				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
10. หลังจากท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ..... ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง				

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้า ข้อความนั้น

ข้อ 1. Walking outdoor (เดิน / เคลื่อนย้ายนอกบ้าน)

หลังจากท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ.....ในกรณีถ้าท่านต้องออกนอกบ้าน

- () ท่านไม่สามารถเดินไปได้
- () ท่านต้องใช้รถเข็นจึงช่วยตัวเองได้
- () ท่านต้องการคนช่วยพยุง หรือไปด้วยตลอด
- () ท่านสามารถเดินได้เอง

.
.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

ข้อ 5. Public transport (ใช้บริการรถสาธารณะ)

หลังจากท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ.....ในกรณีถ้าท่านจะต้องใช้บริการรถสาธารณะ

- () ไม่สามารถทำได้ () ทำได้เอง
- () ทำได้และมีคนช่วยดูแลไปด้วย

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

คำชี้แจง แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ในแต่ละข้อผู้วิจัย จะทำการบันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)

ข้อ 1. Orientation for time : หลังจากท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ.....ท่านสามารถบอก

1.1 วันนี้วันที่เท่าไร

1.2 วันนี้วันอะไร

1.3 เดือนนี้เดือนอะไร

1.4 ปีนี้ ปีพ.ศ.อะไร

1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร

ข้อ 2. Orientation for place : หลังจากท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ.....ท่านสามารถบอก

2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และชื่ออะไร

2.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร

2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร

.
.

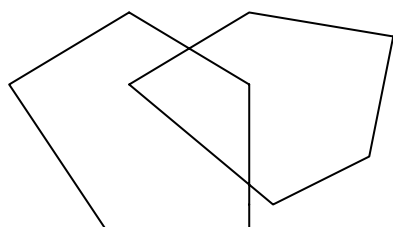
.

.

.

ข้อ 11. Visuoconstruction : หลังจากท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ.....ท่านสามารถบอก

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง ”



ส่วนที่ 7 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการประเมินภาวะซึมเศร้า

โปรดพิจารณาว่าข้อใดตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่เลือก

ข้อความ	ไม่เลย < 1 วัน ต่อ สัปดาห์	นาน ๆ ครั้ง 1-2 วัน ต่อ สัปดาห์	ค่อนข้าง บ่อย 3-4 วัน ต่อ สัปดาห์	บ่อยครั้ง 5-7 วัน ต่อ สัปดาห์
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ท่านรู้สึกว่าไม่สามารถขจัดความหม่นหมอง ออกไป แม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอย ช่วยเหลือ				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
20. ท่านรู้สึกท้อถอยในชีวิต				

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว วไลพรรณ เขียมกมล เกิดเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2520 สำเร็จการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ จ.นครสวรรค์
ปีการศึกษา 2542 และศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
จังหวัดนครสวรรค์