

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ



นางสาวธนิดา พึ่งฉิ่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREDICTING FACTORS OF HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE
AMONG TRAUMATIC BRAIN INJURY SURVIVORS

Miss Tanita Puengching



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 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจาก
	การบาดเจ็บที่ศีรษะ
โดย	นางสาวธนิศา พึ่งฉิ่ง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา)

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

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

ธนิดา พึ่งฉิ่ง : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (PREDICTING FACTORS OF HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AMONG TRAUMATIC BRAIN INJURY SURVIVORS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา, 167หน้า.

การวิจัยแบบสหสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ และเพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากปัจจัยดังต่อไปนี้ ได้แก่ กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ วิธีการเผชิญปัญหาและการทำหัตถ์ตนเอง โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ferrans et al. (2005) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่เข้ารับการตรวจติดตามการรักษาในแผนกตรวจโรคศัลยกรรมของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 110 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบ 3 ขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกเกี่ยวกับประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ แบบประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน แบบประเมินความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา แบบประเมินการทำหัตถ์ตนเอง และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หาความเที่ยงจากแบบประเมินได้เท่ากับ .80, .84, .80, .89 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะในเขตกรุงเทพมหานคร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 58.79, SD = 14.22)
2. ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่และวิธีการเผชิญปัญหา สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ร้อยละ 18.7 (Adjusted $R^2 = .187$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5677178836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE / TRAUMATIC BRAIN INJURY / SURVIVORS

TANITA PUENGCHING: PREDICTING FACTORS OF HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AMONG TRAUMATIC BRAIN INJURY SURVIVORS. ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, 167pp.

The purposes of this predictive research aimed to examine health related quality of life, and to examine whether post – concussion syndrome, impairments, coping, self – blame could predict health related quality of life among traumatic brain injury survivors. The theoretical framework was based on Conceptual Model of Health Related Quality of Life of Ferrans et al. (2005). One hundred and ten traumatic brain injury survivors were recruited by using a multi-stage sampling technique from Out-Patients Departments of Police General Hospital and Bhumibol Adulyadej Hospital. The instruments were composed of demographic data and illness history questionnaire, the Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire, Injury Impairment Scale and Injury Disability Scale, Coping Strategies Questionnaire, Posttraumatic Cognitions Inventory, and Quality of Life after Brain Injury. The reliabilities of these questionnaires were .80, .84, .80, .89 and .94, respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, and stepwise multiple regression statistics. The results revealed:

1. The mean score of health related quality of life among traumatic brain injury survivors was at moderate level (mean = 58.79, SD =14.22).

2. Impairments and coping were predictors with 18.7% of total variances explained for health-related quality of life among traumatic brain injury survivors.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2015

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าที่ได้กรุณาแนะนำและให้คำปรึกษา เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนช่วยแก้ไขปรับปรุงจุดบกพร่องต่างๆของงานวิจัยในทุกกระบวนการด้วยความรักและเมตตา เอาใจใส่สนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาการทำวิทยานิพนธ์ จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ประธานสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้การแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงและแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณนางสาวนิตยา สุทธยากร นางสาวธนาภรณ์ เปรมสัยที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อการศึกษาวิจัย รวมถึงคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาการและความรู้ต่างๆที่มีประโยชน์และคุณค่าแก่ผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาด้วยความรัก ความปรารถนาดีและความห่วงใยเสมอมา

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ นาวาตรี นายแพทย์มนสิทธิ์ รัตนนันทพัฒน์ นาวาอากาศเอกหญิงโสพรรณ โพทะยะ นาวาอากาศตรีหญิง ธัญรดี ปราบริปู และนางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย รวมทั้งข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย รวมทั้งขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลประจำ แผนกผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัยด้วยความเต็มใจ

ท้ายที่สุดวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก “ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต” บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงขอกราบขอบพระคุณ ณ ที่นี้ และนอกจากนี้ขอกราบขอบพระคุณสมาชิกในครอบครัวที่คอยเป็นกำลังใจและให้การช่วยเหลืออย่างดียิ่งเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่มีได้เอื้อนาม ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
1. แนวคิดผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	14
2. แนวคิดคุณภาพชีวิต	27
3. กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน.....	38
4. ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ	44
5. วิธีการเผชิญปัญหา	48
6. การดำเนินตนเอง.....	52
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	54
8. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	61

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา.....	62
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	69
จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	82
ขั้นการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	83
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	106
สรุปผลการวิจัย.....	108
อภิปรายผลการวิจัย.....	109
รายการอ้างอิง.....	117
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	126
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	128
ภาคผนวก ค ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	134
ภาคผนวก ง หลักฐานขออนุญาตการใช้เครื่องมือ.....	137
ภาคผนวก จ เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	144
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	148
ภาคผนวก ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	160
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	167

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	แสดงอัตราผู้ป่วยในที่บาดเจ็บที่ศีรษะต่อประชากร 100,000 คน จากอุบัติเหตุ จำแนกตามกลุ่มอายุ (ปี 2552 - 2554)	15
ตารางที่ 2	แสดงจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณตามสัดส่วนประชากรของ ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งปีของแต่ละโรงพยาบาลที่จะเก็บข้อมูล	63
ตารางที่ 3	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะทางการเงินของครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด โรคประจำตัว (n = 110).....	65
ตารางที่ 4	สรุปค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยงภายในของแบบประเมิน.....	81
ตารางที่ 5	แสดงการพิจารณาและรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและ ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้.....	82
ตารางที่ 6	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะทางการเงินของครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด โรคประจำตัว (n = 110).....	87
ตารางที่ 7	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตาม สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ การบาดเจ็บร่วมกับระบบ หรือ อวัยวะอื่นๆ ระดับ Glasgow coma Scale: GCS แรกรับ ตำแหน่งของก้อนเลือด และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล (n = 110).....	89
ตารางที่ 8	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจาก การบาดเจ็บที่ศีรษะ รายด้านและโดยรวม (n=110)	93
ตารางที่ 9	ระดับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยรวม (n=110).....	93
ตารางที่ 10	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจาก การบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 110 คน (n=110) (แยกรายชื่อ) (ต่อ).....	94
ตารางที่ 11	ความถี่และร้อยละของการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (PCS) ของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110).....	96

ตารางที่ 12 ความถี่และร้อยละของการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (PCS) ของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (แยกตามอาการ) (n=97).....	96
ตารางที่ 13 ความถี่และร้อยละของความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ ของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110).....	98
ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของวิธีการเผชิญปัญหาของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110).....	99
ตารางที่ 15 ระดับการใช้วิธีการเผชิญปัญหาของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110).....	101
ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการกำหนดตนเองของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110).....	101
ตารางที่ 17 ระดับการกำหนดตนเองของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110).....	103
ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) และค่าทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ	104
ตารางที่ 19 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ ในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 110 คน (n=110)	105
ตารางที่ 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ วิธีการเผชิญปัญหาและการกำหนดตนเองกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะในรูปของเมตริกซ์สหสัมพันธ์ (correlation matrix).....	161
ตารางที่ 21 ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทำนายและตัวแปรเกณฑ์.....	162
ตารางที่ 22 Test of Normality	164
ตารางที่ 23 ความถี่และร้อยละของระดับความรุนแรงของการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (PCS) ของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110).....	165
ตารางที่ 24 ความถี่และร้อยละของระดับความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ ของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110).....	165

ตารางที่ 25 ความถี่และร้อยละของระดับวิธีการเผชิญปัญหา ของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110) 165

ตารางที่ 26 ความถี่และร้อยละของระดับการตำหนิตนเอง ของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110) 166



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการ เป็นปัญหาใหญ่ทางสุขภาพของโลก ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางท้องถนน องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าอุบัติเหตุทางถนนจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตทั่วโลกอันดับที่ 5 ในปี 2030 (WHO, 2008) และจะกลายเป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางในปี 2020 (WHO, 2004) สำหรับประเทศไทยอุบัติเหตุทางท้องถนนเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บ พิการและเสียชีวิตจำนวนมาก จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าปีพ.ศ. 2558 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนกว่า 11,500 คนหรือเฉลี่ย 32 คนต่อวัน สาเหตุเกิดจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ และจากรายงานการศึกษาของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2556) พบว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดร้อยละ 30 การบาดเจ็บที่ศีรษะที่รุนแรง (severe head injury) ส่งผลให้มีอัตราตายถึงร้อยละ 29 และมีผู้รอดชีวิตจำนวนมากต้องพิการตลอดชีวิต

การบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลให้โครงสร้างของสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกัน เป็นผลจากระดับของความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ตั้งแต่การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง ทำให้เซลล์แกนประสาทนำออก (axon) รวมถึงหลอดเลือดเล็กๆในสมองถูกทำลาย การทำหน้าที่ของสมองที่ผิดปกติไปจากเดิม ทำให้เกิดการบกพร่องด้านร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรม และความบกพร่องด้านการรู้คิดและจิตสังคม (Hall & Chapman, 2005; Ryan & Warden, 2003) โดยเฉพาะในส่วนของ reticular activating system ซึ่งทำหน้าที่ในการรับรู้ความรู้สึก ควบคุมความตื่นตัว ระดับการรู้คิดและระดับความรู้สึกตัว ถ้าได้รับการบาดเจ็บกระทบกระเทือน จะไม่สามารถส่งกระแสประสาทไปยังเปลือกสมอง (Cerebral cortex) ได้ตามปกติ ทำให้เกิดความบกพร่องหลายด้าน เช่น ด้านการสื่อสาร (พัสมณต์ คุ่มทวีพร และคณะ, 2541) ความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการสร้างคำพูด ทำให้เกิดความผิดปกติของการพูด และการสื่อความหมาย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่ซับซ้อนและมีหลายมิติ จะมุ่งเน้นไปที่ความผิดปกติของร่างกายซึ่งเป็นผลจากการเจ็บป่วยและการรักษาโรค รวมถึงผลกระทบด้านลบของการเจ็บป่วยต่อมุมมองการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคลต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005) จากการศึกษาของ von Steinbüchel et al., (2010a) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้าน

สุขภาพ ประกอบด้วย ความพึงพอใจในด้านอารมณ์และทัศนในการมองตนเอง ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น ด้านความรู้สึกรู้สึกดี ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และความไม่พึงพอใจในด้านปัญหาารบกวนทางอารมณ์ต่างๆและด้านปัญหาทางร่างกาย จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลาง โดยเฉพาะในช่วงที่ออกจากโรงพยาบาลจนถึง 1 ปีและหลังจากนั้น (Pagulayan, Temkin, Machamer, & Dikmen, 2006) ความรุนแรงของผลกระทบจากการบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มขึ้น เป็นผลกระทบระยะยาวรบกวนและทำให้เกิดข้อจำกัดในการดำรงชีวิต (Andelic et al., 2010) อาการต่างๆที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ไร้ความสามารถหรือเป็นผู้ที่มีความบกพร่องเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ต้องอยู่ในสภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีการกลับเข้าทำงานช้าลงหรือไม่สามารถกลับไปทำงานได้ดั้งเดิม รูปแบบการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง ทำให้สูญเสียรายได้และอาจส่งผลเสียต่อครอบครัว (Curtiss, Luis, & Salazar, 2007) ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์การดำรงชีวิตที่เลวร้ายส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตแย่งอีกด้วย (รมณฤติ เกลี้ยงดา, 2552)

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะยังมีน้อย จะเน้นถึงผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพชีวิตด้านสุขภาพ สำหรับงานวิจัยของพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2548; นันทวัน มีกุล, 2552; พวงแก้ว แสนคำ, 2549; รุ่งรวรรณ บัวชัย, 2553) การศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ การจัดการความบกพร่องที่เกิดขึ้นและการจัดการอาการต่างๆ ได้แก่ ผลของการใช้โปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับรู้ต่อการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ไม่รู้สึกตัว (พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547) ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่วมกับการบริหารสมองต่อการทำหน้าที่ด้านการรับรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (นงนภัส พันธุ์แจ่ม, 2549) ผลของโปรแกรมกระตุ้นการสื่อสารต่อความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะอะเพเซีย (วันนา จินดาเพิ่ม, 2551) การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการ ได้แก่ การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับภาวะไขในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (ดวงเพ็ญ แววันจิตร, 2554) และบางส่วนศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2540) สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตนั้น ได้แก่ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (ฉวีวรรณ วรรณทนะ, 2546) คุณภาพชีวิตและอาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา (วันเพ็ญ บุณยานิช & พรเทพ แพรขาว, 2555) ประสบการณ์ปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (รมณฤติ เกลี้ยงดา, 2552)

จากการทบทวนงานวิจัยต่างๆที่ผ่านมา พบว่า ตัวแปรที่มาการศึกษาที่ผ่านมาล้วนเป็นตัวแปรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แต่ยังมีตัวแปรอีกหลายตัวแปรที่สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ และปัจจัยดังกล่าวยังไม่มีการศึกษาอย่างครอบคลุม ดังนั้นจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยการกำหนดตัวแปรตามกรอบแนวคิด Ferrans และคณะ (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ วิธีการเผชิญปัญหาและการดำเนินตนเอง ดังนี้

กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน การบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลให้โครงสร้างของสมองมีการเปลี่ยนแปลง การทำหน้าที่ของสมองที่ผิดปกติไปจากเดิม ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย ปานกลางและรุนแรง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (Post - concussion syndrome : PCS) (Ryan & Warden, 2003; Yang, Young, Hua, & Huang, 2007) พบได้ตั้งแต่สัปดาห์แรก และมีอาการเกิดขึ้นได้นานถึง 2-4 ปี (Lundin et al., 2006) ในผู้ป่วยที่กลับไปรักษาที่ที่บ้านร้อยละ 24 - 84 ยังคงเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนอยู่ยาวนาน 3 - 6 เดือน (Ryan & Warden, 2003) และร้อยละ 7 - 50 มีอาการคงอยู่ถึง 1 ปี (Heitger et al., 2006) อาการที่เกิดขึ้น Lundin และคณะ (2006) ได้แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ อาการด้านร่างกาย (Somatic symptoms) ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ มึนงง พบได้มากที่สุด เนื่องมาจากอาการด้านร่างกายจะแสดงออกมาได้ชัดเจนหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (วันเพ็ญ บุรณาวานิช & พรเทพ แพรชาว, 2555)นอกจากนี้อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย อาการด้านความรู้คิด (Cognitive symptoms) ได้แก่ หลงลืมง่าย สมาธิลดลง อาการด้าน การมองเห็น (Vision-related symptoms) ได้แก่ มองเห็นภาพซ้อน เบลอ มองภาพ ไม่ชัดเจน ไวต่อเสียง และอาการด้านพฤติกรรมทางอารมณ์ (Affective symptoms) ได้แก่ กระสับกระส่าย ซึมเศร้า และพบมีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอน ซึ่งกลุ่มอาการเหล่านี้มีผลกระทบต่อการทำงานและการดำรงชีวิตของผู้ป่วย (Lundin et al., 2006) รวมไปถึงการกลับไปทำงานหรือเรียนหนังสือ ผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่สมองเล็กน้อยส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถกลับไปทำงานหรือเรียนหนังสือได้ (Naalt et al., 1999) โดยสถานการณ์ทำงานและการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Tomberg et al., 2007) สาเหตุของการเกิดปัญหาในการทำงานภายหลังรอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ เกิดจากอาการผิดปกติทางกาย เช่น มึนงง เวียนศีรษะและปวดศีรษะ สมาธิลดลง (Haboubi et al., 2001) นอกจากผลกระทบต่อการทำงานแล้ว พบว่า ยังมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอีกด้วย เพราะภายหลังการรอดชีวิตจะพบมีความพิการหลงเหลืออยู่ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และการรับรู้ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของประสาทรับความรู้สึก

นอกจากนั้นอาจมีความพร่องด้านความคิด สติปัญญาและการตัดสินใจ มีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม อารมณ์และมีปัญหาทางจิต (ธัญรดีย์ ปราบริปู และคณะ, 2013)

ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ การบาดเจ็บส่งผลกระทบต่อสมอง ทำให้การทำหน้าที่ของสมองโดยเฉพาะในส่วนของ reticular activating system ซึ่งทำหน้าที่ในการรับรู้ความรู้สึก ระดับการรู้คิดและระดับความรู้สึกตัว ทำให้ไม่สามารถส่งกระแสประสาทไปยังเปลือกสมอง (Cerebral cortex) ได้ตามปกติ และการที่หลอดเลือดในสมองผิดปกติมีผลทำให้เกิดความพร่องหลายด้าน เช่น ด้านการสื่อสาร (พัสมณธ์ คุ่มทวีพร และคณะ, 2541) และมีความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการสร้างคำพูดต่างๆออกมา ทำให้เกิดความผิดปกติของการพูดและสื่อความหมายออกมา ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังพบมีความพร่องที่เหลืออยู่ (Impairments) ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และการรับรู้ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักมีความพร่องในการทำหน้าที่ด้านร่างกายมากที่สุด แต่ความบกพร่องด้านการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรมถือเป็นปัญหาที่รุนแรงที่สุด

วิธีการเผชิญปัญหา ภายหลังผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะรอดพ้นจากภาวะวิกฤตพบว่าผู้รอดชีวิตบางรายอาจยังหลงเหลือความบกพร่องไว้ นอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย โดยภาวะซึมเศร้าเป็นความบกพร่องที่เหลืออยู่ด้านการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม ร่วมกับความแปรปรวนทางอารมณ์ (Fary, Lan, & Lan, 2003; Jo & Douglas, 2004) หรืออาจเป็นกลไกทางจิตอย่างหนึ่งที่ร่างกายสร้างขึ้นเมื่อต้องรับมือกับภาวะวิกฤตของชีวิต และภาวะซึมเศร้านี้เองที่ทำให้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะเปลี่ยนแปลงไป โดยผู้ป่วยจะเริ่มแยกตัวออกจากสังคม มองคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความเชื่อมั่น และคิดจะฆ่าตัวตายในที่สุด (Jorge et al., 1993) และการสูญเสียการควบคุมอารมณ์ หงุดหงิด ก้าวร้าว ไม่สนใจต่อสังคม ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคม เก็บตัว และแยกตัวในที่สุดถือว่าเป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการแก้ไข

การตำหนิตนเอง ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บมีแนวโน้มตำหนิตนเองว่าเป็นสาเหตุที่นำพาตนเองไปประสบกับอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น แต่การตำหนิตนเองเป็นหนทางหนึ่งซึ่งใช้เพื่อรักษาและควบคุมความรู้สึกของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บ และช่วยลดความรู้สึกวิตกกังวลของการบาดเจ็บที่จะย้อนกลับมา แต่ในขณะเดียวกันจะทำให้ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บเสี่ยงต่อการมีพยาธิสภาพมากขึ้น บุคคลที่ใช้กลไกทางจิตตำหนิตนหรือโทษตนเองนั้น จะมองว่าความบกพร่องหรือความผิดพลาดต่างๆ เกิดจากตนเองเป็นสาเหตุ โดยจะเริ่มจากการตำหนิตนเองในจิตใจ พัฒนาไปถึงการลงโทษทางกาย และรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลร้ายแรงจนนำไปสู่พฤติกรรมการทำร้ายตนเอง (Self - harm) หรือการฆ่าตัวตายได้ (Suicide) การตำหนิตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเองลดลง (Jannof- Bulman & Timko, 1987)

โดยผลของการวิจัยจะสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น และสามารถนำไปพัฒนาการวางแผนการดูแลและการจำหน่ายให้มีความเหมาะสม ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวในเชิงทำนาย เพื่อให้ทราบถึงแนวโน้มคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะในภาพรวม เพื่อที่จะสามารถนำไปพัฒนาการวางแผนการดูแลและการจำหน่ายให้มีความเหมาะสม เพื่อเป็นแนวทางนำไปสู่การพัฒนาการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะจากปัจจัยดังต่อไปนี้ กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ วิธีการเผชิญปัญหาและการดำเนินตนเอง

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นอย่างไร
2. กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ วิธีการการเผชิญปัญหา และการดำเนินตนเอง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะได้หรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษากรอบแนวคิด Conceptual Model of Health Related Quality of Life ของ Ferrans et al. (2005) มาใช้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

Ferrans et al. (2005) มุ่งเน้นไปที่ความผิดปกติของร่างกายซึ่งเป็นผลจากการเจ็บป่วยและการรักษาโรคต่อคุณภาพชีวิตและมุมมองการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคลต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยตัดปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดของ Ferrans et al. (2005) ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้แก่

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Characteristics of the Individual) หมายถึง ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พัฒนาการ จิตใจและด้านชีวภาพของแต่ละบุคคลที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ
- 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the Environment) เป็นได้ทั้งทางด้านสังคมหรือด้านกายภาพ โดยปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือเป็นอิทธิพลทางสังคมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ รวมไปถึงอิทธิพลของครอบครัว เพื่อนและระบบ

บริการสาธารณสุข และปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย เพื่อนบ้านและสถานที่ทำงาน ที่ส่งผลทั้งทางบวกและทางลบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

3) ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological function) ครอบคลุมในระดับโมเลกุล ระดับเซลล์หรือกระบวนการทำงานของอวัยวะทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยามีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อส่วนประกอบทั้งหมดของภาวะสุขภาพ คือ การทำหน้าที่ทางร่างกาย อาการ การรับรู้สุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิต ซึ่งปัจจัยที่ขึ้นอยู่กับสภาพการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลและอาศัยการรักษาเป็นหลัก

4) ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความผิดปกติของด้านร่างกาย จิตใจ หรือ ความสามารถในการรับรู้ของบุคคล จำแนกเป็น ด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) และด้านจิตสรีระ (Psychophysical)

5) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functional Status) หมายถึง ความสามารถสูงสุดในการทำหน้าที่ในหลายๆด้านของแต่ละบุคคล เช่น การทำหน้าที่ทางกาย การทำหน้าที่ทางสังคม การทำหน้าที่ด้านบทบาทหน้าที่ และการทำหน้าที่ด้านจิตใจ ปัจจุบันมุ่งสนใจเกี่ยวกับความบกพร่องทางกายหรือความพิการที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

6) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health Perceptions) หมายถึง การรับรู้องค์ประกอบทั้งหมด ได้แก่ กระบวนการทำงานของร่างกาย อาการและความสามารถในการทำหน้าที่ ที่มีส่วนในการสังเคราะห์และประเมินภาวะสุขภาพ

7) คุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Quality of Life) ประกอบด้วย ความพึงพอใจในด้านอารมณ์และทัศนคติในการมองตนเอง ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น ด้านความรู้สึกนึกคิด ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และความไม่พึงพอใจในด้านปัญหาหรือความทุกข์ทางอารมณ์ต่างๆและด้านปัญหาทางร่างกาย (von Steinbüchel et al., 2010a)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยต่างๆมาจากกรอบแนวคิดของ Ferrans et al. (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในอดีตที่มีการศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ และผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกปัจจัยเพิ่มเติม คือ พยาบาลสามารถใช้วางแผนการพยาบาลได้และส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ เป็นแนวทางส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยได้ ส่วนปัจจัยที่เหลือตามกรอบแนวคิดของ Ferrans et al. (2005) คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นที่อยู่รอบๆข้างผู้ป่วย เช่น เพื่อน ครอบครัว ผู้วิจัยไม่ได้คัดเลือกมาศึกษาเนื่องจากพบว่า เป็นปัจจัยที่มีการศึกษาและพบมีความสัมพันธ์ชัดเจนแล้ว (กัญญารัตน์ ผิงบรรหาร, 2539; นริรัตน์ นิลขำ, 2548; ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2549; นันทวัน มีกุล, 2552; ปราณี เมธาภรณ์, 2551; วลัยนารี พรมลา, 2553) ปัจจัยด้านชีววิทยา พบเป็นปัจจัยที่ขึ้นอยู่กับสภาพการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลและอาศัยการรักษาเป็นหลัก ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมพบมี

ความซ้ำซ้อนกับข้อคำถามในแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยเลือกใช้ โดยปัจจัยที่นำมาศึกษาได้แก่

ปัจจัยส่วนบุคคล คือ การดำเนินตนเองและวิธีการเผชิญปัญหา

ปัจจัยด้านอาการคือ กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน

ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ คือ ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่

กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน สามารถเกิดขึ้นได้หลายอาการและอาการที่เกิดขึ้นมีตั้งแต่รุนแรงน้อยไปจนถึงรุนแรงมาก อาการที่พบ เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ซึมเศร้า ก้าวร้าว โดยการที่สมองได้รับการกระทบกระเทือน มีผลทำให้เกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งแสดงออก 3 ลักษณะ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านการรู้คิด และด้านพฤติกรรม (Hall et al., 2005; Ryan & Warden, 2003) ซึ่งกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ซึ่งพบได้บ่อยประมาณ 32 – 47% และ 32% พบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยและปานกลาง อาการเวียนศีรษะ มึนงง อ่อนล้าหรือเหนื่อยง่าย คลื่นไส้หรืออาเจียน หลงลืมง่าย ความคิดช้า สมาธิลดลง เห็นภาพซ้อน มองเห็นภาพไม่ชัด สู้แสงไม่ได้ ไวต่อเสียงหรือรำคาญต่อเสียงรบกวน กระสับกระส่าย มีความผิดปกติในการนอนหรือหงุดหงิดง่าย และซึมเศร้า (Lundin et al., 2006) นอกจากนี้ยังมีอาการเจ็บปวดเกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บในตำแหน่งของศีรษะ คอ ไหล่ หลัง แขนและขา สอดคล้องกับการศึกษาของ Beetar และคณะ (1996) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีอาการปวดหลังจะมีภาวะนอนไม่หลับมากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการ ($p < .01$) รวมถึงการศึกษาของ Cohen และคณะ (1992) ผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะราวๆ 3 เดือนครึ่ง จะมีอาการนอนไม่หลับมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนหน้าจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าอาการภายหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง โดยเฉพาะอาการนอนไม่หลับ อาจมีผลต่ออารมณ์ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูและการทำงานของผู้ป่วยได้ (Webster et al., 2001 ; Castriotta & Lai , 2001) และถ้าผู้ป่วยมีอาการหลายอาการและมีความรุนแรงมาก มีแนวโน้มทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำหน้าที่ที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ทางสังคมและทำให้การปฏิบัติกิจกรรมได้ลดลง จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงมีผลต่อการกลับไปทำงานของผู้ป่วย (Gunsett & Mysiw, 1992 ; Haboubi et al., 2001 ; Ruffolo et al., 1999 ; Stulemeijer et al., 2006)

ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ เป็นผลจากการบาดเจ็บที่สมอง ทำให้โครงสร้างของสมองเปลี่ยนแปลง เซลล์ แกนประสาทนำออกและหลอดเลือดเล็กๆถูกทำลาย การทำหน้าที่ของสมองผิดปกติไป หลังจากได้รับบาดเจ็บที่สมองและเกิดความพิการเกิดขึ้น (วันเพ็ญ บูรณวานิช และพรเทพ แพรขาว , 2555) เกิดการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว เกิดความบกพร่องด้านการรู้คิด ไม่รับรู้

วันเวลา สถานที่ มีปัญหาความจำในระยะสั้น สมาธิสั้น ขาดความสามารถในการคิดตัดสินใจ มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นอัมพาตไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ มีความบกพร่องในการสื่อสาร (พัสมณฑท์ คุ่มทวีพร, ธิดาทิพย์ ชัยศรี, & ธัญลักษณ์ โอบอ้อม, 2541) เช่น การใช้และเข้าใจภาษา การแปลความหมายของสิ่งที่มองเห็นและได้ยิน จับใจความสำคัญไม่ได้ เนื่องจากมีความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการสร้างคำพูดต่างๆออกมา ทำให้เกิดการพูดผิดปกติ เช่น การพูดมีเสียงแหบ พูดไม่ออก มีความผิดปกติในการสร้างคำพูดและสื่อความหมายออกมา (Cherney & Halper, 1996) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเครียด อึดอัด เนื่องจากไม่สามารถสื่อถึงในสิ่งที่ต้องการได้ ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีความจำเป็นที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น มีผลต่อความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย ส่งผลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (สิระยา สัมมาวาจ, 2540) นอกจากนี้ระดับการสูญเสียสมรรถภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระดับสูง ($r = .82$) สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้ (ฉวีวรรณ วรรณทนะ, 2546b)

วิธีการเผชิญปัญหา บุคคลจะรับรู้ว่าการณ์นั้นเป็นความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับการประเมินตัดสิน (Cognitive appraisal) เป็นกระบวนการความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลใช้ในการตัดสินเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมว่าเป็นความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984 ; สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) และวิธีการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะเฉพาะตัวบุคคล ซึ่งผลจากพยาธิสภาพและความพิการที่เหลืออยู่ไม่สามารถกลับไปทำงานหรือใช้ชีวิตได้เหมือนปกติ ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ผู้ป่วยรู้สึกกว่าตนเองเป็นภาระเป็นผลให้รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและเริ่มใช้วิธีเผชิญความเครียดในการแก้ปัญหาต่างๆ เช่น เริ่มแยกตัวออกจากสังคม เก็บตัว สับสน ก้าวร้าว หมดหวัง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539) การเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพหรืออารมณ์ส่งผลให้มีความบกพร่องด้านทักษะการเข้าสังคมของผู้ป่วย และการเผชิญกับปัญหา โดยมุ่งจัดการด้านอารมณ์ ก่อให้เกิดผลเชิงลบต่อคุณภาพชีวิต หากใช้เป็นเวลานานอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสาเหตุของปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการแก้ไข (Ibrahim et al., 2009) ซึ่งการเผชิญกับปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกและการมุ่งจัดการด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.377$, $r = -0.492$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (Negin Maleknia & Farhad Kahrzei 2015)

การตำหนิตนเอง ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เหตุการณ์ไม่ดีเกิดขึ้น และเชื่อมโยงกับการปรับสภาพจิตใจที่ไม่ดี รวมถึงเป็นผลมาจากพัฒนาการและประสบการณ์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมตำหนิตนเองมักจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มี

ความพิการหลงเหลืออยู่เล็กน้อย ส่งผลให้เป็นผู้มีความเสี่ยงสูงที่จะมีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย เป็นผลจากการที่สมองได้รับบาดเจ็บและสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง และมีความเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมด้วย มักพบมีความรู้สึกสิ้นหวังและตำหนิตนเอง (Lewis, 2009) โดยการตำหนิตนเองเป็นตัวแปรด้านจิตใจมีผลต่อการคุณภาพชีวิต (Webb, Wrigley, Yoels, & Fine, 1996)

สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ วิธีการการเผชิญปัญหาและการตำหนิตนเอง สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะได้

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) โดยมีตัวแปรที่นำมาศึกษา ได้แก่ กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ วิธีการเผชิญปัญหาและการตำหนิตนเอง กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ที่มาติดตามการรักษา ณ หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ คือ ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีอายุตั้งแต่ 18 - 59 ปี เพศหญิงและเพศชาย ที่มาติดตามการรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ณ หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจของชีวิตภายหลังรอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะตามสภาพของตนเองในปัจจุบัน ซึ่งเป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วย การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสภาพ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิด อารมณ์และทักษะในการมองตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ด้านสัมพันธ์ทางสังคม ด้านปัญหาการบวมน้ำจากอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ และด้านปัญหาการบวมน้ำทางร่างกาย

ประเมินได้จากแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Quality of Life after Brain Injury: QOLIBI) (von Steinbuchel et al., 2010b; Truelle et al., 2010) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย

กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ ปัญหาของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะเกี่ยวกับการเกิดอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุต่างๆ การตกจากที่สูง การพลัดตกหกล้ม การเล่นกีฬาและการถูกทำร้ายร่างกาย เป็นต้น โดยกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นสามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

อาการด้านร่างกาย (Somatic symptoms) ได้แก่ อ่อนเพลียหรือเหนื่อยล้า เวียนศีรษะหรือมึนงง ปวดศีรษะ รู้สึกไวต่อเสียงและคลื่นไส้หรืออาเจียน

อาการด้านพฤติกรรมทางอารมณ์ (Affective symptoms) ได้แก่ มีความผิดปกติของการนอนหลับ หงุดหงิดหรือโกรธง่าย รู้สึกซึมเศร้า รู้สึกคับข้องใจและกระสับกระส่าย

อาการด้านการรับรู้ (Cognitive symptoms) ได้แก่ หลงลืมง่าย ความคิดช้าลงและสมาธิสั้น

อาการด้านการมองเห็น (Vision-related symptoms) ได้แก่ มองเห็นภาพไม่ชัด (เบลอ) รู้สึกตาสู้แสงไม่ได้ และมองเห็นภาพซ้อน

ประเมินได้จากแบบประเมินกลุ่มอาการกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire) ของ King และคณะ (1995) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยธนภรณ์ เปรมสัย (2546)

ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ หมายถึง การรับรู้ระดับของความผิดปกติที่หลงเหลืออยู่ ภายหลังจากการรอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านลักษณะการเคลื่อนไหวและความคล่องตัว (mobility and dexterity) ด้านการรับรู้และสภาพจิตใจ (cognitive and psychological) การเสริมแต่งเพื่อปกปิดความผิดปกติ (cosmetic disfigurement) ด้านการมองเห็น (vision) ด้านการได้ยิน (hearing) การรับรู้ความรู้สึก (sensation) ด้านการรับรู้รสและการได้กลิ่น (taste and smell) ด้านการรับรู้ความเจ็บปวด (pain) และความรู้สึกทางเพศและสมรรถภาพทางเพศ (sexual and reproduction) และการรับรู้ระดับของการสูญเสียสมรรถภาพ (Disability Level)

ประเมินได้จากแบบประเมิน Injury Impairment Scale (IIS) and Injury Disability Scale (IDS) ของ States และคณะ (1990) แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย

วิธีการเผชิญปัญหา หมายถึง วิธีการที่ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะใช้เมื่อต้องเผชิญกับความเครียด ปัญหา หรือเหตุการณ์ต่างๆ มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่

การเผชิญหน้ากับปัญหา หมายถึง วิธีการที่ใช้เพื่อมุ่งแก้ปัญหา โดยการพยายามขจัดสาเหตุของปัญหา เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น

การจัดการด้านอารมณ์ หมายถึง วิธีการที่ใช้เพื่อมุ่งควบคุมอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยการแสดงออกถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นหรือระบายอารมณ์ออกมา แต่เหตุการณ์หรือปัญหายังคงไม่เปลี่ยนแปลง

การบรรเทาความเครียด หมายถึง วิธีการที่ใช้เพื่อควบคุมเหตุการณ์ หรือแก้ไขปัญหาทางอ้อม หรือใช้เป็นแนวทางที่จะเปลี่ยนการรับรู้ปัญหา โดยที่ปัญหาหรือเหตุการณ์ไม่เปลี่ยนแปลง

ประเมินได้จากแบบประเมินการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowice, 1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา สุทยากร (2531)

การตำหนิตนเอง หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่มีต่อตนเองและสิ่งต่างๆรอบตัวภายหลังเหตุการณ์เกิดขึ้น แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ตนเองในแง่ลบ การรับรู้สังคมสิ่งแวดล้อมในแง่ลบและการตำหนิตนเอง

ประเมินได้จากแบบประเมินการตำหนิตนเอง (Posttraumatic cognitions inventory : PTCI) ของ Foa และคณะ (1999) แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลและประเมินปัญหา ร่วมกับการวางแผนเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ และให้คำแนะนำการมีคุณภาพที่ดีและมีความเหมาะสมกับผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะและครอบครัว
2. เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปต่อพัฒนาเป็นโปรแกรม เพื่อส่งเสริมระดับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ จากปัจจัยดังต่อไปนี้ กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ การดำเนินตนเอง และวิธีการเผชิญปัญหา โดยผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมสาระสำคัญต่างๆ สรุปเนื้อหาที่สำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แนวคิดผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะ

- 1.1 ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 1.2 อุบัติการณ์ของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 1.3 สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 1.4 กลไกของการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 1.5 ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 1.6 พยาธิสรีรวิทยาของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 1.7 ผลกระทบจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

2. แนวคิดคุณภาพชีวิต

- 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
- 2.2 ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
- 2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
- 2.4 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 2.5 การประเมินคุณภาพชีวิต

3. กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน

- 3.1 ความหมายของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน
- 3.2 เกณฑ์ในการวินิจฉัยกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน
- 3.3 ปัญหาหรือลักษณะกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน
ในผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 3.4 การประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน

3.5 ความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน
กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

4. ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

- 4.1 ความหมายของความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 4.2 ลักษณะของความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 4.3 การประเมินความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 4.4 ความสัมพันธ์ของความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
ของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

5. วิธีการเผชิญปัญหา

- 5.1 ความหมายของความเครียด
- 5.2 วิธีการเผชิญปัญหา
- 5.3 การประเมินวิธีการเผชิญปัญหา
- 5.4 ความสัมพันธ์ของวิธีการเผชิญปัญหาต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ
ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

6. การดำเนินตนเอง

- 6.1 ความหมายของการดำเนินตนเอง
- 6.2 การประเมินการดำเนินตนเอง
- 6.3 ความสัมพันธ์ของการดำเนินตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิต
จากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

1.1 ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

The Centers of Disease Control and Prevention (2015) ให้ความหมายของ “Traumatic Brain injury” เป็นการรบกวนการทำงานที่ของสมองปกติ เป็นผลจากการถูกระเบิด ถูกชน ถูกตีที่บริเวณศีรษะ ทำให้การทำงานของสมองผิดปกติไปและเกิดผลกระทบตามมา

Segun Toyin Dawodu (2015) ให้ความหมายของ “Traumatic Brain injury” เป็นผลจากแรงกระทบภายนอกต่อศีรษะและสมอง และนำไปสู่การสูญเสียสมรรถภาพด้านการรับรู้ ด้านกายภาพ ด้านการทำหน้าที่ทางจิตสังคมและมีผลทำให้ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

ไสว นรสาร (2552) ได้ให้ความหมายของ “ การบาดเจ็บที่ศีรษะ ” หมายถึง การที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือน โดยเกิดจากมีแรงมากระทำ ส่งผลให้เกิดการฉีกขาดของหนังศีรษะ และกะโหลกศีรษะ รวมถึงเนื้อเยื่อภายในกะโหลกศีรษะ ทำให้สมองฟกช้ำ เนื้อเยื่อฉีกขาดจนเกิดเลือดออกในสมอง ทั้งที่เกิดจากการแตกหรือไม่มีการแตกของกะโหลกศีรษะ มีอาการหมดสติหรือไม่หมดสติ ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมอง และส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติด้านร่างกาย การรับรู้ สติสัมปชัญญะ อารมณ์ พฤติกรรมและระดับความรู้สึกตัว

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย (2552) ให้ความหมายของ การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงที่เข้ามากระทบต่อศีรษะและร่างกาย แล้วก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะและสมอง กับเส้นประสาทสมอง

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะ คือ การที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนจากแรงภายนอก แล้วทำให้เกิดการฉีกขาดของหนังศีรษะและกะโหลกศีรษะ รวมถึงเนื้อเยื่อภายในกะโหลกศีรษะ ส่งผลให้สมองเกิดการฟกช้ำ ผลจากการกระทบกระเทือนที่เกิดขึ้นทำให้สรีระของสมองเกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ สติสัมปชัญญะ อารมณ์และพฤติกรรม

1.2 อุบัติการณ์ของการบาดเจ็บที่ศีรษะในประเทศไทย

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญ มีอุบัติการณ์และความรุนแรงเพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและพิการ ข้อมูลจากสำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งจราจร กระทรวงคมนาคม พบว่าในปี พ.ศ. 2557 เกิดอุบัติเหตุจากการจราจรจำนวน 60,161 ราย พาหนะที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือ รถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 35.6) รองลงมาคือ รถยนต์นั่ง (ร้อยละ 30.67) และข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2552-2554 พบว่า อัตราผู้ป่วยในจากอุบัติเหตุที่บาดเจ็บที่ศีรษะต่อประชากรแสนคน พบสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 15-19 ปี รองลงมาในกลุ่มอายุ 20-24 ปี , 25-29 ปี และ

30-34 ปี ซึ่งพบตลอดทั้ง 3 ปีตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ บูรณาวานิชและพรเทพ แพรขาว (2554) พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบในกลุ่มวัยรุ่นและวัยแรงงานที่มีอายุ 18-35 ปี โดยกลุ่มอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มลดลงทุกปี แต่ในกลุ่มอายุ 20-24 ปี , 25-29 ปี และ 30-34 ปี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ประเทศต้องสูญเสียทรัพยากรในวัยทำงานและงบประมาณในการดูแลจำนวนมาก และผู้ป่วยจำนวนมากต้องพิการตลอดชีวิต โดยปี 2554 มีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยในจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์โดยรวมอยู่ที่ 3,300 ล้านบาท

ตารางที่ 1 แสดงอัตราผู้ป่วยในที่บาดเจ็บที่ศีรษะต่อประชากร 100,000 คน จากอุบัติเหตุ
จำแนกตามกลุ่มอายุ (ปี 2552 - 2554)

กลุ่มอายุ	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	อัตรา	อัตรา	อัตรา
<1	108	113	93	4.36	15.15	12.35
01-04	651	690	577	20.21	21.66	18.23
05-09	603	650	630	14.70	16.00	15.53
10-14	3,655	3,616	3,245	75.90	77.30	71.77
15-19	11,163	11,083	10,112	227.33	224.87	203.98
20-24	8,947	9,138	8,262	189.51	195.30	175.95
25-29	8,301	8,558	7,676	158.28	166.70	152.54
30-34	6,935	7,397	6,817	127.90	137.06	126.75
35-39	5,770	5,950	5,618	104.24	108.29	103.03
40-44	5,100	5,361	4,993	93.54	98.47	91.08
45-49	3,831	4,384	4,308	78.35	87.62	84.33
50-54	2,992	3,445	3,203	73.60	81.75	74.00
55-59	2,128	2,285	2,264	67.38	69.59	65.49

แหล่งข้อมูล : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

1.3 สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

แบ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะออกเป็น 2 สาเหตุ ดังนี้

1. สาเหตุจากการจราจร การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุทางการจราจร โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบว่า อุบัติเหตุจากการจราจรเป็นสาเหตุหลักของการบาดเจ็บที่ศีรษะร้อยละ 50 - 60 (Agrawal et al., 2012) และพบในช่วงวัยแรงงานเป็นส่วนใหญ่ WHO คาดการณ์ถึงอุบัติการณ์ในปี 2030 การเกิดอุบัติเหตุจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5

จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดจากอันดับ 9 ในปี 2004 (WHO, 2004) และในปี พ.ศ. 2555 อุบัติเหตุจากการจราจรทางบก เป็นสาเหตุของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมากที่สุด เป็นกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์มากที่สุดจำนวนร้อยละ 82.5 หรือจำนวน 62,031 ราย และในจำนวนนี้เสียชีวิต 3,154 คน คิดเป็นอัตราบาดเจ็บตายร้อยละ 5.08

2. สาเหตุที่ไม่ใช่จากการจราจร จากการศึกษาของ Scot (2005) พบว่า สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มสาเหตุนี้ คือ ตกจากที่สูงร้อยละ 21 พบมากในกลุ่มผู้ทำงานก่อสร้าง รองลงมาจากการถูกทำร้ายร้อยละ 12 ด้วยการตีศีรษะด้วยของแข็ง และการประทุไทยจากข้อมูลผู้ป่วยที่รับไว้ดูแลในหน่วยประสาทศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ปี 2555-2556 พบว่าสาเหตุการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดจากอุบัติเหตุทางการจราจรร้อยละ 56 หกล้มหรือตกจากที่สูงร้อยละ 12 ถูกทำร้ายร่างกายร้อยละ 4 และสาเหตุอื่นๆร้อยละ 5

1.4 กลไกการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ (ศิริพจน์ มะโนตี, 2547) แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. การบาดเจ็บโดยตรง (direct injury) คือ บาดเจ็บบริเวณศีรษะโดยตรง มี 2 ชนิด คือ

1.1 บาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะอยู่นิ่ง (static head injury) คือ บาดเจ็บที่เกิดแก่ศีรษะขณะอยู่นิ่งหรือเคลื่อนไหวน้อย เช่น การถูกตี ถูกยิง พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะเป็นพยาธิสภาพเฉพาะที่เท่านั้น แต่ถ้าถูกตีด้วยวัตถุใหญ่หรือวัตถุที่มีความเร็วสูง จะทำให้สมองเกิดการสั่นสะเทือนอย่างรุนแรง

1.2 บาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะเคลื่อนที่ (dynamic head injury) คือ บาดเจ็บที่เกิดแก่ศีรษะขณะที่ศีรษะมีความเร็วไปกระทบกับวัตถุที่อยู่นิ่งหรือกำลังเคลื่อนที่ เช่น ขับรถไปชน เมื่อศีรษะกระทบของแข็งจะทำให้เกิดบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพแก่สมองส่วนนั้น (coup lesion) ซึ่งมักมีการแตกตัวของกะโหลกศีรษะร่วมด้วย ส่วนสมองด้านตรงข้ามกับบริเวณที่กระทบวัตถุนั้นอาจมีการฉีกขาดและมีเลือดออกร่วมด้วย (contra coup lesion)

2. การบาดเจ็บโดยอ้อม (indirect injury) คือ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับส่วนอื่นของร่างกายแล้วมีผลสะท้อนทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้น เช่น ตกจากที่สูงก้นกระแทกพื้น ทำให้ศีรษะกระแทกลงมาบนส่วนของกระดูกคอ เป็นผลทำให้เกิดอันตรายต่อแกนสมองส่วนเมดัลลาโดยตรงหรือการเคลื่อนไหวของลำตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้ส่วนศีรษะขาดการรองรับ การบาดเจ็บชนิดนี้ชนิดนี้ไม่มีบาดแผลที่หนังศีรษะและกะโหลกศีรษะ การที่เนื้อเยื่อสมองที่มีความบอบบาง กระทบกับด้านในของกะโหลกศีรษะซึ่งซุขระภายหลังได้รับแรงกระแทกต่อศีรษะทั้งทางตรงและทางอ้อม ไม่ว่าศีรษะจะอยู่ในภาวะนิ่งหรือมีความเร็วก่อให้เกิดแรงดึงรั้งต่อเนื้อสมองทั้งด้านที่ได้รับแรงกระทบโดยตรงและด้านตรงข้ามตามลำดับ

จากกลไกหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง ภาวะสมองบวม การเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี (biochemical) ของเซลล์สมองหลังได้รับบาดเจ็บ การขยายใหญ่ของก้อนเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะ

และกลไกการควบคุมในสมองสูญเสียไปไม่สามารถชดเชยได้ ทำให้เนื้อสมองถูกกดเบียด เป็นผลให้สมองขาดเลือด จะกระตุ้นศูนย์ควบคุมหลอดเลือดในสมอง (vasomotor center) กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ความดันโลหิตทั่วร่างกายสูงขึ้น เพื่อให้เลือดไปสู่สมองมากขึ้น ความดันชีพจร (pulse pressure) กว้างขึ้นมีผลกลับไปกระตุ้นศูนย์ยับยั้งการทำงานของหัวใจ (cardioinhibitory center) ทำให้หัวใจเต้นช้าลง และกดศูนย์หายใจ ทำให้หายใจช้าและไม่สม่ำเสมอ ผลเหล่านี้เรียกว่า คushing เอฟเฟกต์ (Cushing effect) หรือ คushing รีเฟล็กซ์ (Cushing reflex) ซึ่งเริ่มสูญเสียกลไกการควบคุมอัตโนมัติของสมอง จะเห็นได้ว่าถ้าความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้นเป็นสัดส่วนกัน เพื่อคงรักษาการไหลเวียนเลือดหล่อเลี้ยงสมองให้คงที่ปกติความดันเลือดแดงเฉลี่ยของสมองเท่ากับ 80 - 100 มิลลิเมตรปรอท (1,000 - 1,300 มิลลิเมตรน้ำ) ถ้ามีความดันกะโหลกศีรษะมากกว่า 1,000 มิลลิเมตรน้ำ เลือดไม่สามารถไปหล่อเลี้ยงสมองได้ และนอกจากนี้ หลอดเลือดสมองยังถูกควบคุมด้วยระดับออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ ในสมองเมื่อภาวะความดันสูงในกะโหลกศีรษะรุนแรงมากขึ้น จะทำให้สมองถูกเบียดและดันให้เคลื่อนลงสู่ส่วนล่างที่มีความดันต่ำกว่า มีผลต่อการทำงานของก้านสมอง ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดขึ้นหลังจากการบาดเจ็บที่สมองระยะแรก โดยอาจใช้เวลาเป็นนาที ชั่วโมงหรือเป็นวัน ความรุนแรงของการบาดเจ็บระยะนี้ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อสมองลดลง เซลล์สมองขาดเลือดและออกซิเจนมีผลทำให้เกิดสมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น และ/หรือสมองเคลื่อน ในขณะที่ก้อนเลือดภายในโพรงกะโหลกศีรษะขยายใหญ่ ภาวะเช่นนี้เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรืออาจมีการเสียหายที่ของระบบประสาท เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆของร่างกายทำให้เกิดความพิการทุพพลภาพตลอดชีวิต

1.5 ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Severity classification of brain injury)

การแบ่งระดับความรุนแรง ประเมินด้วย Glasgow Coma Scale (GSC) ภายหลังจากการทำ Resuscitation แล้ว ถือเป็น gold standard และยังช่วยในการพยากรณ์โรค โดยเป็นการประเมินพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การลืมตา (Eye Opening) ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best Motor Response) และด้านที่ 3 การพูดที่ดีที่สุด (Best Verbal Response) โดยให้คะแนนแต่ละพฤติกรรม (Jennett & Bond, 1975) คือ

ด้านที่ 1 การลืมตา (Eye Opening) ประกอบด้วย

ลืมตาได้เอง (Spontaneous)	ระดับคะแนน 4
ลืมตาเมื่อเรียก (To Speech)	ระดับคะแนน 3
ลืมตาเมื่อเจ็บ (To Pain)	ระดับคะแนน 2
ไม่ลืมตา (None)	ระดับคะแนน 1

ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best Motor Response) ประกอบด้วย

ทำตามคำสั่ง (Obey Command)	ระดับคะแนน 6
ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (Localize Pain)	ระดับคะแนน 5
ชักแขนขาหนี (Withdrawal Response)	ระดับคะแนน 4
แขนขามีการเกร็งแบบข้อศอกง (Flexing)	ระดับคะแนน 3
แขนขามีการเกร็งแบบข้อศอกเหยียด (Extending)	ระดับคะแนน 2
ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย (None)	ระดับคะแนน 1

ด้านที่ 3 การพูดที่ดีที่สุด (Best Verbal Response) ประกอบด้วย

พูดคุยได้ไม่สับสน (Orientated)	ระดับคะแนน 5
พูดคุยได้แต่สับสน (Confused)	ระดับคะแนน 4
พูดเป็นคำ ๆ (Word)	ระดับคะแนน 3
ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด (Sounds)	ระดับคะแนน 2
ไม่ออกเสียงเลย (None)	ระดับคะแนน 1

โดยผลรวมทั้ง 3 ด้านเท่ากับ 15 คะแนน จากผลรวมของคะแนนตามพฤติกรรม 3 ด้าน จะบอกถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้ดังนี้

ระดับคะแนน 13 - 15 คะแนน แสดงถึง บาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (Minor Head Injury) พบได้ร้อยละ 55 ของการบาดเจ็บที่ศีรษะ อาจสูญเสียระดับความรู้สึกตัว หรือจำเหตุการณ์ ไม่ได้ (Amnesia) น้อยกว่า 30 นาที ไม่มีการแตกของกะโหลกศีรษะหรือการชอกช้ำของเนื้อสมอง (Cerebral contusion) และไม่มีก้อนเลือด (Hematoma) เกิดภายในกะโหลกศีรษะ

ระดับคะแนน 9 - 12 คะแนน แสดงถึง การบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง (Moderate Head Injury) พบร้อยละ 12-20 (อรุณ กิจมหาตระกูล, 2540) มีการสูญเสียระดับความรู้สึกหรือจำเหตุการณ์ไม่ได้มากกว่า 30 นาที แต่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง อาจพบการแตกของกะโหลกศีรษะ สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ระดับความรู้สึกตัวลดลงได้ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 50 ของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ

ระดับคะแนน 3 - 8 คะแนน แสดงถึง การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (Severe Head Injury) พบได้ร้อยละ 12-14 ของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่มีการสูญเสียระดับความรู้สึกหรือจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มากกว่า 24 ชั่วโมง ร่วมกับมีการชอกช้ำฉีกขาดของเนื้อสมอง หรือมีก้อนเลือดในสมอง ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวน้อยมาก ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ มีการเคลื่อนไหว แขนขาหนี งอหรือเหยียดในท่าที่ผิดปกติ

สำหรับประเทศไทยราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย อ้างอิงในแนวทางการรักษาพยาบาลด้านศัลยกรรม(CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN SURGERY) สาขา

ประสาทศัลยศาสตร์ ได้การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (severity of head injury) โดยใช้คะแนนของ Glasgow Coma Scale (GCS) เป็นหลักในการแบ่งความรุนแรงดังต่อไปนี้

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Mild or minor head injury) GCS = 13 - 15

2. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (Moderate head injury) GCS = 9 - 12

3. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe head injury) GCS < 8

รศ.สมชาย รัตนทองคำ (2539) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง ไว้ดังนี้

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการแสดงเฉพาะทางระบบประสาท อาจมีอาการปวดศีรษะ, คลื่นไส้, อาเจียน อาจมีประวัติว่าหมดสติไปชั่วครู่ หลังได้รับบาดเจ็บ

ระดับที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึม (lethargic) กว่าปกติ ยังสามารถทำตามคำบอกได้ ยังรู้สึกตัว มีอาการแสดงเฉพาะที่ทางระบบประสาท เช่น มีการอ่อนแรงครึ่งซีก (hemiparesis) หรือพูดไม่ได้ (aphasia)

ระดับที่ 3 ผู้ป่วยไม่ค่อยรู้สึกตัว ไม่สามารถทำตามคำบอกอย่างง่าย ๆ ได้ เช่น ยกมือ, แลบลิ้น อาจสามารถพูดเป็นคำแต่ไม่เหมาะสมกับคำถาม การเคลื่อนไหวมีตั้งแต่สามารถรู้ตำแหน่งที่กระตุ้น ที่ทำให้เจ็บได้ จนถึงไม่มีการขยับ (flaccid)

ระดับที่ 4 ผู้ป่วยไม่มีสติ ไม่มีหลักฐานว่าสมองทำงาน ม่านตาขยายขณะใช้ไฟฉายส่อง โดยระดับความรุนแรงน้อย มีภาวะทุพพลภาพและความต้องการในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยทั้งหมด ในระดับรุนแรงจนถึงระดับรุนแรงมาก ผู้ป่วยต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพร้อยละ 100 และถึงแม้ว่าผู้ป่วยที่มี GCS 13 - 15 จะไม่พบว่ามีอาการ neurologic deficit เด่นชัด แต่ในช่วง 1 ปีแรก พบว่าผู้ป่วยอาจมีอาการหลงลืม สมาธิสั้น การตัดสินใจ ปัญหาต่าง ๆ มีปัญหา มีความวิตกกังวลและซึมเศร้าถึงร้อยละ 43 ดังนั้นระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ จึงอาจส่งผลให้เกิดปัญหาในการทำงานและการดำเนินชีวิต

1.6 พยาธิสรีรวิทยาของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (จเร ผลประเสริฐ, 2542; Blumbergs, 2011)

พยาธิสภาพของสมองที่ได้รับการบาดเจ็บแตกต่างกันขึ้นกับกลไกของการบาดเจ็บ ความแรง และลักษณะของวัตถุที่กระแทกบนศีรษะ พยาธิสรีรภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะ สามารถแบ่งตามลักษณะปรากฏการณ์ที่เกิด 2 ระยะ คือ การบาดเจ็บที่ศีรษะระยะแรกและการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่สอง ดังนี้

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะระยะแรก (Primary Head Injury) ได้แก่ เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นทันทีจากแรงกระทบโดยตรงต่อศีรษะ กะโหลกศีรษะหรือสมอง จะเกิดพยาธิสภาพเกิดขึ้นทันที ลักษณะการบาดเจ็บขึ้นอยู่กับลักษณะของวัตถุ ความเร็ว น้ำหนัก ความแรงและทิศทางของแรง การบาดเจ็บที่ศีรษะระยะแรก ประกอบด้วยพยาธิสภาพ ดังต่อไปนี้

1.1 Focal Brain Injury คือ การบาดเจ็บที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพเฉพาะที่ที่สมอง เช่น มีเลือดออกบริเวณที่บาดเจ็บ เนื้อสมองบวมฉีกขาด อาจมีเลือดออกเฉพาะบริเวณผิวเนื้อสมอง ผู้ป่วยแสดงอาการผิดปกติของหน้าที่ระบบประสาทเฉพาะที่ เช่น hemiplegia , aphasia , ataxia เป็นต้น การบาดเจ็บในกลุ่มนี้รวมถึงextradural , subdural และintracerebral hematoma ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาที่สมองและทำให้เกิดการกดที่สมองเฉพาะที่ เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง , brain herniation , brain stem compression

1.2 Diffuse brain injury คือ การบาดเจ็บที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพกระจายไปทั่วสมอง ซึ่งเป็นผลจากแรงเหวี่ยง (acceleation – deceleration and inertia) ทำให้เกิด shearing stress ที่เนื้อสมองทั่วไป อาการแสดงของการบาดเจ็บนี้มีความรุนแรงต่างกันมาก สมองหยุดชะงักการทำงาน สามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด ตามความรุนแรง ดังนี้

กลุ่ม Cerebral Concussion (Mild Diffuse) เป็นภาวะที่ไม่รุนแรง ผู้ป่วยหมดสติไปชั่วคราว (5-10 นาที) เมื่อฟื้นคืนสติแล้วอาจตรวจไม่พบความผิดปกติของหน้าที่ระบบประสาท ผู้ป่วยอาจจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ (amnesia) และอาจมีอาการปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อาการเหล่านี้อาจคงอยู่เป็นเวลานาน หรือภาวะPost-Concussion Syndrome

กลุ่ม Diffuse Axonal Injury (DAI) หรือ Severe Diffuse Brain Injury ผู้ป่วยหมดสติเป็นระยะเวลาเวลานาน และภาวะ DAI อาจมีสมองบวมซึ่งเกิดจากมีภาวะ Hypoxia หรือ Ischemia ร่วมด้วย ผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูง ความดันโลหิตสูง เหงื่อออก ความผิดปกติของระบบประสาท อาจไม่ฟื้นกลับเป็นปกติ ผู้ป่วยอาจเป็นอัมพาตครึ่งซีก บุคลิกเปลี่ยนแปลง มีอาการผิดปกติทางจิตหรือเสียชีวิตในที่สุด

2. การบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่สอง (Secondary Head Injury) คือ ภาวะที่สมองสูญเสียหน้าที่เพิ่มจาก Primary Brain Damage เป็นมาจากHypotension, Hypoxia, Hypercapnia หรือสาเหตุอื่นๆ ซึ่งกลุ่ม Secondary Brain Damage สามารถป้องกันและรักษาได้ การบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่สอง (Secondary Brain Damage) มีดังนี้

2.1 มีก้อนเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะ (Intracranial Hematoma) สามารถพบได้หลายตำแหน่ง ได้แก่ 1) ก้อนเลือดที่ชั้นดورا (Epidural Hematoma) มักพบเกิดจากการแตกของกะโหลกศีรษะร่วมกับการฉีกขาดของหลอดเลือดแดง Middle Meningeal Artery (Walleck & Mooney, 1994) อาการแสดงที่พบ คือ ผู้ป่วยหมดสติไปชั่วระยะเวลาหนึ่ง ต่อมาฟื้นคืนสติแล้วค่อยซึ่มลง ม่านตาข้างเดียวกับสมองที่ได้รับการบาดเจ็บขยายโต แขนขาข้างตรงข้ามอ่อนแรง (Thelanet al., 1998) 2) ก้อนเลือดใต้เยื่อหุ้ม (Subdural Hematoma) เกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดดำบริคิจิง (Bridging Veins) พบร้อยละ 14 ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง

3) ก้อนเลือดใต้ชั้นนอแรคนอยด์ (Subarachnoid Hemorrhage) และ 4) ก้อนเลือดภายในเนื้อสมอง (Intracerebral Hematoma)

2.2 สมองบวม (Cerebral Edema) เป็นภาวะที่เนื้อสมองเพิ่มปริมาตรเนื่องจากการบวมน้ำ ภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ปัจจัยที่ทำให้สมองบวมมากขึ้น ได้แก่ มีการเพิ่มของจำนวนน้ำ ทั้งในและนอกเซลล์ หรือมีก้อนเลือดในเนื้อสมอง

2.3 ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure) เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต เนื่องจากมีความดันของสารเหลวในช่องเวเนทริเคิล (ventricular fluid pressure) 15 มิลลิเมตรปรอทหรือ 200 มิลลิเมตรน้ำขึ้นไป พบได้บ่อยหลังจากบาดเจ็บที่ศีรษะประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (Baker and Joynt, 1985) สาเหตุเกิดจากการเพิ่มปริมาตรในสมอง การมีเลือดในสมองเพิ่มขึ้นและมีก้อนเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะ การทำให้น้ำไขสันหลังเพิ่มขึ้นตรงกับสมมติฐานของมอนโร เคลลี (Monro-Kellie hypothesis) กล่าวว่า ส่วนประกอบในโพรงกะโหลกศีรษะมี 3 ส่วน ได้แก่ สมองร้อยละ 80 เลือดร้อยละ 10 และน้ำหล่อเลี้ยงสมองและน้ำไขสันหลังร้อยละ 10 ซึ่งมีปริมาตรคงที่ หากส่วนประกอบใดเพิ่มปริมาณขึ้นจะมีการรักษาสภาพ โดยการลดปริมาณของสองส่วนเพื่อรักษาความดันให้คงที่ แต่หากปรับสภาพไม่ได้จะเกิดแรงดันในสมองสูงขึ้น (Hickey, 2003)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ ภาวะเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจน (Hypoxia) และการจัดท่านอนที่ไม่เหมาะสมทำให้เลือดดำไหลกลับไม่สะดวก การเผาผลาญเพิ่มขึ้น เช่นไข้สูง อุณหภูมิร่างกายต่ำเกินไป การสูญเสียสมดุลอิเล็กโตรลัยท์ และความเจ็บปวด (Matt, 2002; Lan, 2004)

2.4 ภาวะสมองเคลื่อน (Brain Displacement or Brain Herniation) เป็นภาวะที่เนื้อสมองเคลื่อนสู่บริเวณอื่นที่ไม่ใช่ตำแหน่งที่ตั้งตามปกติ เนื่องจากก้อนเลือดหรือสิ่งกีดขวาง (space occupying lesion) สมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เกิดการเบียดเนื้อสมองจนเคลื่อนสู่ช่องเปิดภายในและภายนอกกะโหลกศีรษะตามตำแหน่งต่างๆ ดังนี้

- บริเวณใต้รอยแบ่งกึ่งกลางระหว่างสมองใหญ่สองซีกหรือฟอลซ์ เซเรโบร เป็นชนิดที่พบได้บ่อยมาก โดยมีการเคลื่อนของสมองใหญ่ซีกหนึ่งไปยังซีกตรงข้ามที่มีแรงดันน้อยกว่า (cingulate หรือ subfalicine herniation) ทำให้ ฟอลซ์ เซเรโบรเบนไปกดเนื้อสมองและหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงสมองใหญ่ส่วนหน้า จากการศึกษาพบผู้ป่วยมีความผิดปกติของอาการทางระบบประสาทรุนแรง เช่น การเคลื่อนไหวของแขนขาในท่าผิดปกติ โดยการเหยียดเกร็งหรืออ่อนปวกเปียก รูม่านตาทั้งสองข้างไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงสว่าง การเคลื่อนไหวของลูกตาผิดปกติ

- บริเวณช่องว่างระหว่างเทนนอเรียม (tentorial notch หรือ incisura) เป็นบริเวณที่ตั้งของแกนสมอง หลอดเลือดและทางผ่านของกระแสประสาท เมื่อมีความดันสูงในส่วนเหนือเทนนอเรียม จะทำให้มีการเคลื่อนไหวของส่วนของเนื้อสมองในลักษณะต่างๆ ดังนี้

1. Central tentorial herniation หรือ axialbrain stem ชนิดนี้มักเกิดร่วมกับการเคลื่อนของสมอง temporal lobe ลงทางด้านหลัง หรือด้านข้างของช่องว่างระหว่างเทนท์อเรียม แกนสมองถูกกดลงสู่ foramen magnum แขนงของหลอดเลือดแดง basilar ถูกดึงรั้งจนเกิดการตีบแคบทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงและมีการตกเลือด นอกจากนี้พบว่าการเคลื่อนของแกนสมองทำให้มีการดึงรั้งของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3 ทำให้มีอาการหนังตาตก ผลต่อ corticospinal tracts ทำให้แขนขาเหยียดเกร็ง (decerebrate rigidity)

2. Lateral หรือ uncus tentorial herniation ชนิดนี้เป็นการเคลื่อนของ uncus และส่วนกลางของ hippocampal gyrus ผ่านระหว่างขอบของเทนท์อเรียมและแกนสมอง ทำให้แกนสมองถูกเบียดไปด้านตรงข้าม ส่วน cerebral peduncle อาจกดทับขอบของเทนท์อเรียม ด้านตรงข้ามมีการผิดรูปของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3 อาการที่ตรวจพบได้แก่ ความรู้สึกตัวลดลง อัมพาตครึ่งซีกหรือแขนขาเหยียดเกร็ง รูม่านตาขยายข้างเดียว และไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงสว่าง ทั้งทางตรงและทางอ้อม

3. Posterior หรือ tectal tentorial herniation ชนิดนี้มักเกิดจากการที่มีรอยโรคบริเวณส่วนกลางของสมองกลีบข้างหรือทั้งสองข้าง แบบนี้จะไม่กดบริเวณเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3 และหลอดเลือดแดง posterior cerebral แต่จะกดบริเวณ quadrigeminal plate ที่ระดับของ superior colliculi ทำให้มีอาการเซื่องซึม หนังตาตก ตาคำมองขึ้นบน โดยมีปฏิกิริยาของรูม่านตาต่อแสงสว่างเป็นปกติจนกระทั่งระยะสุดท้าย

- บริเวณช่องใต้กะโหลก (foramen magnum) ซึ่งเป็นทางผ่านของไขสันหลัง ในรายที่มีแรงกดจากส่วนเหนือเทนท์อเรียม เมื่อไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้สมองน้อยซึ่งอยู่ใต้เทนท์อเรียม ถูกกดเคลื่อนผ่านลงช่องทางออกนี้ (tonsillar herniation) ทำให้กดส่วนเมดัลลาเกิดการหยุดหายใจ และมีผลต่อการทำงานของหัวใจ เนื่องจากภาวะสมองบวมและขาดออกซิเจนเกิดสมองตาย ส่งผลต่อหัวใจหยุดทำงาน และถ้ารอยโรคอุดกั้นทางผ่านน้ำไขสันหลัง จะเกิดน้ำหล่อเลี้ยงสมองคั่งหรือภาวะไฮโดรเซฟฟาเลียส (hydrocephalus)

1.7 ผลกระทบจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

1.7.1 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว หรือผลจากการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้อวัยวะที่อยู่ภายใต้ความควบคุมของสมองมีการทำหน้าที่เสื่อมลง จึงทำให้ผู้ป่วยมีการสูญเสียหน้าที่และมีความพิการของร่างกาย (Hickey, 2003) ซึ่งนอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้วยังพบว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องทางด้านจิตใจ พฤติกรรมและสังคมด้วย ซึ่งผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ มีดังต่อไปนี้

1.7.1.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physical Problems)

ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของสมอง ทำให้ร่างกายสูญเสียการทำงาน การเคลื่อนไหวและการรับรู้รู้สึก ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางด้านร่างกายมากที่สุด (จิรนาถ ฉัตรวิวัฒน์, 2547) โดยผลต่อระบบประสาทในด้าน motor, sensory และ autonomic ทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อเกร็ง รวมทั้งมีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว (movement disorders) อากาเรซึก (Post traumatic seizures) ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน ความผิดปกติของการนอนหลับ เป็นต้น โดยความรุนแรงและลักษณะความผิดปกติขึ้นกับตำแหน่งของรอยโรค (Hickey, 2003)

การกระทบกระเทือนที่เกิดขึ้นต่อสมองทำให้เกิดความผิดปกติของระบบหลอดเลือดที่สมอง จะก่อให้เกิดความบกพร่องในการสื่อสาร (พัสมณท์ คุ่มทวีพรและคณะ, 2541) เช่น เกิดความบกพร่องในการใช้และเข้าใจภาษา และถ้าการกระทบกระเทือนนั้นเกิดขึ้นบริเวณโบรคา (Broca's area) ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติของการพูด เช่น พูดเสียงแหบ พูดไม่ออก เป็นต้น การบาดเจ็บศีรษะอาจทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างกายหรือมีปัญหาเรื่องการเคี้ยว การกลืน และการบาดเจ็บ ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ต้องใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้น (Hickey, 2003) ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียการเคลื่อนไหวและการรับรู้รู้สึก อาจทำให้ผู้ป่วยมีความพิการ อ่อนแรง ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ แผลกดทับ กล้ามเนื้อแขนและขาเหี่ยวลีบ เป็นต้น

นอกจากนี้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมักมีอาการอื่น ๆ เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บศีรษะ เช่น อากาเรซึก (Posttraumatic seizure) ร้อยละ 2-5 พบในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงและปานกลาง เกิดภายหลังการบาดเจ็บสมอง 1-6 เดือน หรือพบได้ภายใน 1 ปี (Los Angeles Caregiver Resource Center, 2004) ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่ระยะ 3 เดือน พบปวดศีรษะตลอดเวลาและการบาดเจ็บระดับปานกลางและรุนแรง พบมีความบกพร่องหลงเหลือมากที่สุด (Hickey, 2003)

1.7.1.2 ผลกระทบด้านจิตสังคม (Psycho-Social Problems)

การเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพภายหลังได้รับการบาดเจ็บ การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและภาพลักษณ์จากการสูญเสียสมรรถภาพ ปัญหาเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยเองรู้สึกวุ่นวาย เป็นภาระ ไม่มีอิสระในการดำรงชีวิต และมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียการควบคุมตนเอง และเกิดปมด้อย (Jean-Bay, 2000 อ้างถึงใน ฉวีวรรณ วรรณทนะ , 2003) การได้รับบาดเจ็บศีรษะทำให้เกิดพยาธิสภาพที่สมอง การทำงานของอวัยวะต่างๆสูญเสียหน้าที่ ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลกระทบทางจิตสังคมของผู้ป่วย มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม (สิระยา สัมมาวาจ, 2540) เช่น สับสน จำอะไรไม่ได้

บางครั้งการรับรู้สึกและสติปัญญาลดลง ทำให้ตอบสนองต่อสิ่งมากระตุ้นไม่เหมาะสม (Los Angeles Caregiver Resource Center, 2004) อารมณ์ไม่เหมาะสม เปลี่ยนแปลงง่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมถดถอย มีอารมณ์ไม่เหมาะสม (สิระยา สัมมาวาจ, 2540 ; Hickey, 2003) และความเจ็บป่วยยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจ ไม่มั่นคง เกิดการเปลี่ยนแปลงในบทบาทของตนเองถือเป็นสิ่งคุกคามผู้ป่วย ดังนั้นการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะถือว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤต (นิภาวรรณ สามารถกิจ และคณะ, 2541) และเมื่อพ้นจากภาวะดังกล่าวแล้ว ยังคงต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาฟื้นฟูสภาพนาน และกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังในที่สุด (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ความผิดปกติดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นภาระ และกลับมาดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก มองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง มีการตอบสนองทางจิตสังคมที่ไม่เหมาะสม เริ่มแยกตัวจากสังคม โดยภาวะจิตสังคมที่ผู้ป่วยมักเผชิญ ได้แก่ ความเจ็บป่วย เครียดและวิตกกังวล สูญเสียพลังอำนาจ ปัญหาทางด้านอัตมโนทัศน์ ซึมเศร้าและแยกตัว ทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวังและอยากฆ่าตัวตาย (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2542)

1.7.1.3 ด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม

ผู้ป่วยอาจมีอาการเฉื่อยเมย เฉื่อยชา ก้าวร้าว เกิดปัญหาในการเรียนรู้ พฤติกรรมผิดปกติทางเพศ การสูญเสียความสามารถในการเข้าสังคม อารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้า เป็นต้น

1.7.2 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อครอบครัว

เมื่อมีสมาชิกภายในครอบครัวประสบอุบัติเหตุ ศีรษะและสมองได้รับบาดเจ็บ ส่งผลให้ไม่สามารถรับรู้สติและเกิดความพิการรุนแรงขึ้น ซึ่งผลกระทบจากการบาดเจ็บอาจแตกต่างกัน แต่สิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้น คือ ผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ย่อมส่งผลถึงสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ (กรณีย์พิชญ์ โครตประทุม, 2546 ; อุบลวรรณ กิติรัตน์การ, 2541) มีดังนี้

1. โครงสร้างของครอบครัวเกิดปัญหาและมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น จากการศึกษาติดตามในกลุ่มภรรยาผู้บาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวร้อยละ 60 (Curtiss, Klemz, & Vanderploghe, 2000) ในกรณีที่หัวหน้าครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยจำเป็นต้องหยุดงานเป็นระยะเวลาเวลานาน เปลี่ยนตำแหน่งงานหรือออกจากงาน ภรรยาจะเข้ามารับบทบาทหัวหน้าครอบครัวแทนสามี และในรายที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้นแต่มีความพิการหลงเหลืออยู่ ทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา บุคลิกภาพและพฤติกรรม สมาชิกครอบครัวคนอื่นๆต้องคอยดูแลและความพิการดังกล่าวทำให้บทบาทความรับผิดชอบต่างๆเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัวได้เช่นเดิม

2. ด้านเศรษฐกิจและสังคมเกิดปัญหาและมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น เมื่อสมาชิกในครอบครัวบาดเจ็บที่ศีรษะ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวทำหน้าที่ในการหารายได้ ต้องหยุดพักงานทำให้กระทบกับรายได้ของ

ครอบครัว แต่ถ้าภรรยาเกิดการเจ็บป่วยขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคน เพราะภรรยามีหน้าที่ดูแลบุคคลและสิ่งต่างๆภายในบ้าน

3. ผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์เปลี่ยนแปลง เมื่อสมาชิกภายในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยจะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดขึ้นภายในครอบครัวทันที โดยเฉพาะการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นฉับพลัน สมาชิกในครอบครัวไม่มีโอกาสในการเตรียมตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นสถานการณ์ที่ครอบครัวไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ทุกคนอยู่ภายใต้ภาวะกดดันและตึงเครียด เริ่มมีการแสดงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในระยะแรก เกิดความกลัวไม่ยอมรับความจริง กังวลกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต (Hudak,Gallo, & Morton ;1998) หรือกังวลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงการรักษาและค่าใช้จ่าย

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะมีการดูแลและรักษา แบ่งเป็น 2 วิธี คือ การรักษาโดยการผ่าตัด และการรักษาโดยไม่ผ่าตัด (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009) ในบทบาทของพยาบาลมีส่วนในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ดังนี้

1. การดูแลการบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนการผ่าตัด ควรจัดเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ดังนี้

1.1 การเตรียมทางด้านจิตใจ เพราะเมื่อผู้ป่วย และญาติรับรู้ว่าจะต้องรับการผ่าตัด มักจะเกิดความวิตกกังวลและกลัว ซึ่งความกลัวจะมีในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป เช่น กลัวไม่ฟื้นจากการผ่าตัด กลัวความพิการ กลัวผลที่เกิดหลังการผ่าตัดของญาติ เป็นต้น พยาบาลควรต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงพยายามแก้ปัญหา เพื่อช่วยคลายความวิตกกังวล อาจทำได้โดยการพูดคุย ปลอบโยนหรือตอบข้อข้องใจต่างๆ ซึ่งจะต้องใช้ไหวพริบ ในการพิจารณาตอบคำถาม

1.2 การเตรียมทางด้านร่างกาย การทำความสะอาดบริเวณที่จะผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัด ควรโกนผมก่อนผ่าตัดไม่เกิน 6 ชั่วโมง บางแห่งอาจโกนผมในห้องผ่าตัด ขึ้นอยู่กับแพทย์ที่จะทำการผ่าตัด

1.3 การเตรียมความพร้อมในด้านอื่นๆ ก่อนการผ่าตัด เช่นการงดอาหารและน้ำ การเตรียมเลือด การเซ็นใบยินยอมรับการรักษา โดยการผ่าตัด การให้ยาออกไปห้องผ่าตัด มีการบันทึกสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาทตามแบบประเมินของกลาสโกว์

1.4 การเตรียมสิ่งแวดล้อมเพื่อรับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่เงียบสงบ อากาศถ่ายเทดี ปราศจากฝุ่น เสียงรบกวน และเป็นห้องที่อยู่ใกล้ห้องทำงานของพยาบาลเตรียมเครื่องมือให้พร้อม เช่น เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน เป็นต้น

2. การดูแลการบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการผ่าตัด สามารถให้การดูแลได้ ดังนี้

2.1 การดูแลทางเดินหายใจ ปัญหาที่พบ คือ การอุดตันของทางเดินหายใจ (Airway obstruction) หรือการหายใจไม่เพียงพอ (hypoventilation) บางครั้งอาจต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง และสามารถช่วยดูดเสมหะออกได้

2.2 ประเมินอาการทางระบบประสาท ตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อติดตามระดับความรู้สึก โดยประเมินทุก 15-30 นาที นาน 2 ชั่วโมง จากนั้นทุก 1 ชั่วโมง ใน 3 ชั่วโมง

2.3 การจัดทำนอนยกศีรษะสูง 30 องศา ในกรณีที่ไม่มีอาการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังร่วมด้วย เพื่อลดการกดเบียดเนื้อสมอง ทำให้มีช่องว่างในสมอง ลดความดันในกะโหลกศีรษะ

2.4 ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ ใน 2-3 วันแรกของการผ่าตัด ร่างกายอาจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการผ่าตัด โดยการหลั่งฮอร์โมนวาคโซเพรสซินมากกว่าปกติ มีผลให้ร่างกายเก็บโซเดียมและน้ำ ทำให้ปัสสาวะออกน้อยลง แม้จะให้สารน้ำทางหลอดเลือดเพิ่ม อาจเกิดภาวะน้ำเป็นพิษ (water intoxication) และสมองบวมได้ ถ้าพบค่าโซเดียมในเลือดอยู่ระดับ 130-150 mEq/L หรือต่ำกว่านี้

2.5 ตรวจสอบบาดแผลหลังการผ่าตัด และเฝ้าระวังการเกิดเลือดออกซ้ำ

2.6 ดูแลท่อระบายให้อยู่ในระบบปิด ป้องกันการติดเชื้อ ลดการคั่งค้างของเลือดที่สมอง

2.7 การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น นอนนานอาจเกิดแผลกดทับได้ง่าย การตกหล่น ซึ่งเตียงควรจัดให้มีไม้กั้นทุกเตียง ช่วยการดูแลพลิกตะแคงตัวในกรณีที่อาการหนัก

2.8 การบันทึกรายละเอียดหลังการผ่าตัดเพื่อเป็นข้อมูลการรักษา และการดูแลต่อไป

3. การดูแลการบาดเจ็บศีรษะก่อนการจำหน่าย

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจะต้องทำตั้งแต่ในช่วงแรกในขณะที่ยังอยู่ในโรงพยาบาล เพราะครอบครัวของผู้ป่วยต้องมีการจัดเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวมีการเตรียมความพร้อม เพื่อรองรับการให้การดูแลในระยะยาว เป็นการให้เวลากับผู้ดูแล โดยเฉพาะได้รับการสอน และฝึกปฏิบัติการดูแลจากพยาบาลและทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพ เช่น การเคลื่อนย้ายและการเคลื่อนที่ การสังเกตอาการและอาการแสดงที่ควรรับนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ เช่น ปวดศีรษะมาก วิงเวียน มีอาการอ่อนแรงของแขนขามากขึ้น ตาพร่ามัว รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และพฤติกรรม เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึมลง ตลอดจนการดูแลในเรื่องรับประทานยา รับประทานอาหาร ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากภาวะเสี่ยงต่างๆ เช่น หล่น เกิดแผลกดทับและแนะนำการกลับมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด การทำกายภาพบำบัด แหล่งบริการสุขภาพในชุมชนใกล้บ้านที่สามารถเข้ารับบริการได้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

นอกจากนี้ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยทั่วไป (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2556; มาฆะ กิตติธรรกุล, 2015) มีรายละเอียด ดังนี้

1. การพยาบาลระยะวิกฤต ในระยะนี้พยาบาลต้องติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหนักและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และช่วยให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

1.1 ประเมินอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที ในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤต และ 1 – 4 ชั่วโมง

1.2 จัดทำนอนศีรษะสูงประมาณ 30 – 45 องศา เพื่อช่วยลดภาวะสมองบวม การไหลเวียนโลหิตดี ช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวก

1.3 หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระ การไอหรือจามแรง หรือการทำเพิ่มความดันในช่องอกหรือช่องท้องเพิ่ม เพื่อป้องกันการเกิด Valsalva maneuver

1.4 ดูแลอุณหภูมิของร่างกายไม่ให้สูง เนื่องจากการมีไข้สูงจะเป็นการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะได้ จากการที่หลอดเลือดขยายตัว

1.5 ประเมินความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย เพราะผู้ป่วยอาจเกิดภาวะ SIADH และ ADH ได้

2. การพยาบาลในระยะฟื้นฟู เน้นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนี้

2.1 เน้นให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแล และร่วมกันวางแผนการรักษาพยาบาล โดยพยาบาลควรให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

2.2 ฝึกระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ปอดติดเชื้อ และการติดเชื้อต่างๆ เป็นต้น

3. การวางแผนการจำหน่าย เป็นการเตรียมผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล ให้เกิดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ การให้ความรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น ปวดศีรษะ ชัก ความบกพร่องในการสื่อสาร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สอนวิธีการทำแผล tracheostomy เป็นต้น รวมถึงการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยไปยังสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านเพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

2. แนวคิดคุณภาพชีวิต

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ ซับซ้อน เป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพประชากร มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1994) คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อสถานะของตนเอง ตามบริบทสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม มีความสัมพันธ์กับเป้าหมายชีวิต และความคาดหวังของบุคคลนั้น

Ferrans และคณะ (2005) คุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกผาสุก (Well-being) เกี่ยวกับความสุขและความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมของบุคคลนั้นๆ

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นความสุข ความพึงพอใจของบุคคลตามบริบท และประสบการณ์ ซึ่งการบ่งชี้ถึงความสุขจะแตกต่างกันตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล

2.2 ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีความสำคัญอย่างมาก ที่จะช่วยให้เข้าใจโรคและการรักษา มีผลต่อชีวิตของผู้ป่วยอย่างไรในมุมมองของผู้ป่วยเอง (patient perspective) ซึ่งตรงกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) จะเห็นว่าภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญ และมีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้นเป้าหมายในการรักษาเพื่อดูแลไม่ให้โรคเกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยมีชีวิตที่เหลืออย่างมีคุณภาพ การมีสุขภาพที่ดีจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงกลายมาเป็นสิ่งสำคัญในการศึกษาวิจัยในการวัดผลกระทบจากการเจ็บป่วย ผลของการรักษา และวิเคราะห์หาสาเหตุของโรคที่มีความเฉพาะของโรค (นิตยา ศรีสุข, 2551 อ้างถึงในนิตยา ฤทธิเพชร, 2554) มีผู้ให้ความหมายของ “คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ” ดังนี้

Wilson and Cleary (1995) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบที่เกิดจากโรคและการรักษา รวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิต และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

Ferrans (2005) ให้ความหมายของ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นการมุ่งเน้นไปที่ความผิดปกติของร่างกายซึ่งเป็นผลจากการเจ็บป่วยและการรักษาโรค โดยมุ่งเน้นที่ผลกระทบด้านลบของการเจ็บป่วยต่อมุมมองการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคลต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

จิตภา จำปาเงิน (2550) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของการวัดผลการรักษาโรค มีความครอบคลุมความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ การรับรู้อาการของโรคและสุขภาพของตนเอง ผลที่ตามมาจากการเกิดโรคและการรักษา

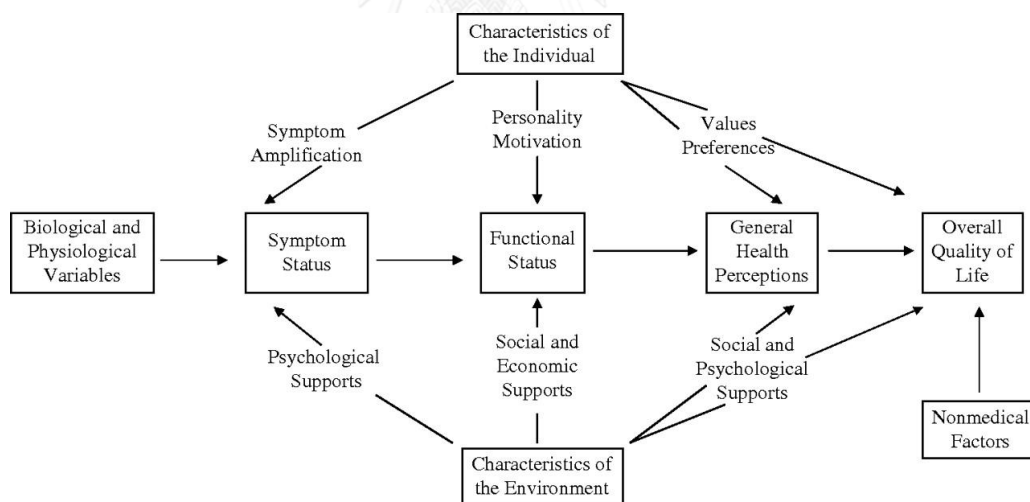
ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life) ได้ว่าเป็นการสะท้อนผลกระทบของความเจ็บป่วยและการรักษา การทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของบุคคลหนึ่ง ซึ่งเกิดจากการรับรู้ของบุคคลเอง ประกอบด้วยมิติหลักที่สำคัญ ได้แก่ มิติทางด้านร่างกาย มิติทางด้านจิตใจ และมิติทางด้านสังคม

โดยในการศึกษาครั้งนี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านเศรษฐกิจและสังคม และด้านครอบครัว

2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

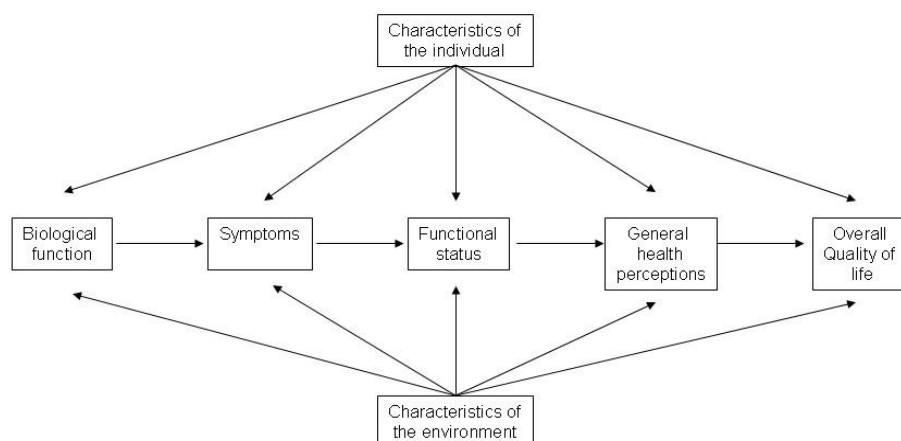
คุณภาพชีวิตสามารถประเมินได้จากองค์ประกอบพื้นฐาน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ เงื่อนไขทางด้านร่างกาย (Physical condition) ความผาสุกทางด้านจิตใจ (Psychological well-being) กิจกรรมทางสังคม (Social activity) และกิจวัตรประจำวัน (Everyday activity) เช่นเดียวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson & Cleary (1995) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตต้องประกอบด้วย การประเมินภาวะด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

Wilson & Cleary (1995) มองว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายความรวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิตและการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม Wilson & Cleary (1995) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยเพิ่มความซับซ้อนระหว่างด้านชีววิทยา ด้านสังคมและด้านจิตวิทยา โดยมีการนำตัวชี้วัดเกี่ยวกับปัจจัยด้านชีววิทยา เช่น ความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) มาบูรณาการกับตัวชี้วัดอื่นๆ เช่น การทำหน้าที่ทางกายภาพ (Physical functioning) การรับรู้สุขภาพโดยรวม (General health perceptions) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพื่อการประเมินมีความเหมาะสมกับการใช้งานทางคลินิก



Relationships among measures of patient outcomes in a health-related quality of life conceptual model. Used with permission: Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *J Am Med Assoc.* 1995; 273: 59–65.

ต่อมา Ferrans และคณะ (2005) ได้นำ Wilson and Cleary model for health-related quality of life มาพัฒนาปรับปรุงเป็น Conceptual Model of Health related Quality of Life



Revised Wilson and Cleary Model for Health Related Quality Life. Revised Wilson and Cleary Model for Health Related Quality of Life. Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 336–342. Adapted from Wilson, I.B., & Cleary, P.D (1995). Linking Clinical Variables with Health-Related Quality of Life: A Conceptual Model of Patient Outcomes. *JAMA*. 273, 59–65. Copyright JAMA. Used with permissions.

โดยมีความแตกต่างจาก Wilson and Cleary model for health - related quality of life ได้แก่

- 1). มีการเพิ่มทิศทางของลูกศรจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมไปยังปัจจัยด้านชีววิทยา เพื่อแสดงว่าปัจจัยด้านชีววิทยาได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม แตกต่างจากเดิมที่ทิศทางของลูกศรจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมจะเริ่มที่ปัจจัยด้านอาการ
- 2). มีการตัดตัวแปร Non-medical factors ออก เนื่องจากปัจจัยด้านนี้มีอยู่ในปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมแล้ว
- 3). มีการตัดคำอธิบายที่กำกับอยู่บนลูกศรออก เนื่องจากบางครั้งไม่เหมาะสมและจัดกระทำได้ยาก

ซึ่งสามารถอธิบายแนวคิดดังกล่าวได้ว่า ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกาย ส่งผลต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเมื่อร่างกายเกิดความผิดปกติ จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ระดับเซลล์ถึงอวัยวะ (Biological function) ส่งผลให้เกิดอาการแสดงของการเจ็บป่วย (Symptom) และกระทบต่อความสามารถทำสิ่งต่างๆในชีวิตประจำวันได้ (Functional status) มีผลถึงการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง (General health perception) และพบว่าการศึกษาความสัมพันธ์เป็นไปได้ ทั้งสองทิศทาง กล่าวคือ ตัวแปรบางตัวนอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อตัวแปรหนึ่งแล้ว ยังส่งผลโดยอ้อมต่อตัวแปรอีกตัวหนึ่ง เช่น ปัจจัยด้านชีววิทยา นอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอาการยังส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ โดยผ่านทางปัจจัยด้านอาการอีกด้วย หรือปัจจัยด้านชีววิทยาส่งผลต่อปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านอาการมีผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ ภาวะการทำหน้าที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปและการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งหมด

Conceptual Model of Health related Quality of Life ของ Ferrans et al. (2005) กล่าวถึงปัจจัยที่ผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลไว้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Characteristics of the individual) เป็น การทำหน้าที่ด้านชีววิทยา ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ด้านพัฒนาการ และด้านจิตใจ ซึ่งได้กล่าวว่า

ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส เชื้อชาติ และการทำหน้าที่ทางชีววิทยา มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ

ด้านพัฒนาการเป็นปัจจัยเฉพาะบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านชีววิทยา

ด้านจิตใจ จำแนกเป็น 1) กระบวนการรับรู้ไตร่ตรอง (Cognitive appraisal) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ความเชื่อและทัศนคติต่อการเจ็บป่วย การรักษาหรือพฤติกรรม 2) การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective response) เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว หรืออารมณ์สนุกสนาน 3) แรงจูงใจ (Motivation) ซึ่งองค์ประกอบด้านจิตใจเป็นกลไกขับเคลื่อนภายในตัวบุคคล เปลี่ยนแปลงได้และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) จำแนกเป็น

1) สิ่งแวดล้อมด้านสังคม ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น เพื่อน ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ 2) สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น ถิ่นที่พักอาศัย ที่ทำงาน ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ

3. ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological function) ครอบคลุมในระดับโมเลกุล ระดับเซลล์ หรือกระบวนการทำงานของอวัยวะทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยามีผลทั้งทางตรงและ

ทางอ้อม ต่อส่วนประกอบทั้งหมดภาวะสุขภาพ คือ การทำหน้าที่ทางกาย อากา การรับรู้สุขภาพ โดยรวมและคุณภาพชีวิต

4. ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) คือ การรับรู้ของบุคคลต่อความผิดปกติของด้านร่างกาย จิตใจ หรือ ความสามารถในการรับรู้ของบุคคล เช่น ความอ่อนล้า ความวิตกกังวล อากาซึมเศร้า สามารถจำแนกเป็น ด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) และด้านจิตสรีระ (Psychophysical)

5. ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) คือความสามารถสูงสุดในการทำหน้าที่ของในหลายๆด้านของแต่ละบุคคล เช่น การทำหน้าที่ทางกาย (Physical function) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) การทำหน้าที่ด้านบทบาทหน้าที่ (Role function) และการทำหน้าที่ด้านจิตใจ (Psychological function) ซึ่งเป็นความหมายกว้างๆ ซึ่งสามารถมองได้หลายมุมมอง โมเดลร่วมสมัยมุ่งสนใจเกี่ยวกับความบกพร่องทางกาย หรือความพิการที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

6. ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (General health perceptions) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของบุคคลนั้นๆ โดยการสังเคราะห์ความหลากหลายของภาวะสุขภาพทั้งหมดและมีความเป็นปรนัย ซึ่งเป็นผลมาจากการประมวลผลปัจจัยด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านชีววิทยา ด้านอาการ และด้านการทำหน้าที่ทางกาย

ปัจจัยทั้ง 6 ปัจจัยข้างต้นนั้น เป็นปัจจัยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ส่วนปัจจัยด้านชีววิทยา ส่งผลต่อปัจจัยด้านอาการ ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ทางกาย ส่งผลต่อการรับรู้สุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตตามลำดับ กล่าวคือ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือมีพยาธิสภาพของโรค มีการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์หรืออวัยวะ จนก่อเกิดอาการและอาการแสดงต่างๆของโรค เช่น อากาคลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อย อ่อนเพลีย ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า นอกจากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงแล้ว ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจได้รับผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ส่งผลกระทบให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เป็นปกติ ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆของบุคคลนั้นๆ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ดังเดิม ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงในท้ายที่สุดย่อมส่งผลต่อความสุข ความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิต (Ferrans et al., 2005) ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือได้รับผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และส่งผลกระทบให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เป็นปกติ นั้น หากผู้ป่วยยังรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี อาจส่งผลให้ภาวะของโรคแย่ลง ในทางกลับกันหากผู้ป่วยได้รับกำลังใจที่ดีจากสังคมรอบข้าง อาศัยอยู่

ในสิ่งแวดล้อมที่ดี อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคดีขึ้น กล่าวคือปัจจัยเฉพาะบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยา การแสดงออกของอาการ และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ถึงแม้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยา หรือมีพยาธิสภาพของโรคเหมือนกันก็ตาม (นุจรี ประทีปะวนิช จอห์น, 2552)

โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health Related Quality of Life) ของ Ferrans et al. (2005) เพราะเมื่อผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและโครงสร้างสมอง หลอดเลือดเล็กๆและเซลล์แกนประสาทนำออกถูกทำลาย การทำหน้าที่ของสมองผิดปกติ (Gouick et al., 2004) จนก่อให้เกิดอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ อ่อนล้า เห็นภาพซ้อน, ด้านการรู้คิด เช่น ความจำผิดปกติ สมาธิสั้น, ด้านอารมณ์ความรู้สึก เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล (อินทิรา ทาเอื้อ, 2553) และจากพยาธิสภาพร่วมกับอาการต่างๆ จึงทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกายลดลงหรือเปลี่ยนจากเดิม ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการรู้คิด ด้านการสื่อสาร ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้อย่างปกติ ส่งผลต่อการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยและสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ย่อมส่งผลต่อความสุขความพึงพอใจหรือคุณภาพชีวิตในที่สุด กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ferrans et al. (2005) แสดงให้เห็นว่า ในทุกมิติมีความเชื่อมโยงสอดคล้องทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และแนวคิดนี้สามารถใช้ประเมินผลลัพธ์ (Outcomes Research) ของวิธีการรักษาหรือการดูแลทางด้านสุขภาพ สามารถใช้ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการหนักและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และใช้ติดตามดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (Clinical Practice) โดยประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย ติดตามพยาธิสภาพของโรคและการตอบสนองต่อการการรักษา

2.4 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ สามารถแบ่งได้เป็น 6 ด้าน (von Steinbüchel et al., 2010a) ดังนี้

ด้านปัญหาทางร่างกาย และด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น

เมื่อได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง จะมีอาการเกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บตามมา และอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนมีหลากหลาย ซึ่งเป็นอาการที่แสดงออกทางด้านร่างกายมากที่สุด และเห็นเด่นชัดที่สุด เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ มีแนวโน้มทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยอาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านร่างกาย (รมณฤติ เกลี้ยงดา, 2552) เกี่ยวกับความสามารถในการทำสิ่งที่ต้องการ ความพอใจในผลกำลัง

การนอนหลับถูกรบกวน และความสามารถในการทำสิ่งต่างๆลดลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทนทุกข์ที่ไม่สามารถทำอะไรได้มากขึ้น (Lipton et al., 2003) ผลจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะยังทำให้ผู้ป่วยอ่อนแรง เป็นอัมพาต การเคลื่อนไหวยากลำบากและมีท่าทางผิดปกติจากเดิม (Benson & Lusardi, 1995) นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีปัญหาหกลิ้นปัสสาวะไม่อยู่ถาวร ถ้าการบาดเจ็บนั้นเกิดบริเวณ right superior prefrontal lobe ภายหลังจากบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องหลงเหลืออยู่ และเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน มีการสูญเสียการควบคุมเคลื่อนไหว มีการทรงตัวไม่ดี และจากการบาดเจ็บที่ศีรษะยังอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทโดยตรง ซึ่งมีผลกระทบต่อสื่อสาร ด้านความคิดและอารมณ์ (Los Angeles Caregiver Resource Center, 2004) เช่น มีความผิดปกติในการพูด พูดไม่ชัด ความจำเสื่อม สับสน หรือก้าวร้าว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจ ไม่มั่นคง เกิดการเปลี่ยนแปลงในบทบาทของตนเอง ถือเป็นสิ่งคุกคามชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้การศึกษาของ Webb และคณะ (1995) พบว่า ระดับการสูญเสียสมรรถภาพหรือความบกพร่องนั้น มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ($r = -.31, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการกลับไปทำงานของผู้ป่วย ($r = -.26, p < .05$) ในขณะที่การได้กลับไปทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = -.35, p < .01$)

ด้านอารมณ์และทัศนในการมองตนเอง ด้านความรู้สึนึกคิด และด้านปัญหาการบกพร่องทางอารมณ์ต่างๆ

การเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพภายหลังได้รับบาดเจ็บที่สมองเป็นปัญหาที่หนักที่สุด การเปลี่ยนแปลงนี้อาจเกิดร่วมกับความบกพร่องของสติปัญญา ซึ่งรบกวนต่อหน้าที่การทำงานของ ผู้ป่วย (Lishman, 1978) และการสูญเสียการควบคุมอารมณ์ หงุดหงิด ก้าวร้าว ไม่สนใจต่อสังคม ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคม เก็บตัว และแยกตัวในที่สุด (สาวิตรี จิวังกูร และสงวนสิน รัตนเลิศ , 2529) การบาดเจ็บที่ศีรษะยังเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้าและคลุ้มคลั่ง (Yudofsky, 1985) และผลกระทบต่างๆของการบาดเจ็บที่ศีรษะ อาจทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่เสี่ยงต่อการท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า มองโลกในแง่ร้าย เสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตประสาทและมีชีวิตเหลืออยู่อย่างไม่มีคุณภาพชีวิต (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2544) ผลกระทบจากกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ถือเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดีสำหรับผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยประสบการณ์ปวดศีรษะมีความสัมพันธ์ทางลบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพด้านจิตใจ ต่อการมีสมาธิ ความรู้สึกดีและความพึงพอใจในตนเอง และถ้าความเจ็บป่วยครั้งนี้ส่งผลกับครอบครัวของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ก็จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะมีอาการเปลี่ยนแปลง เกิดความเครียด วิตกกังวล และส่งผลทำให้ความสุขในจิตใจลดลง (Clapp et al., 2008)

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม อารมณ์ สติปัญญา จึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกถูกทอดทิ้ง แยกตนเอง โดดเดี่ยว (เพ็ญจันทร์ ประตันมุข, 2542) การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นการบาดเจ็บที่ส่งผลกระทบต่อให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือมีความบกพร่องด้านต่างๆ รวมถึงความบกพร่องด้านการรับรู้ความรู้สึก เช่น ลืมง่าย สมาธิสั้น มีความบกพร่องทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย มีบุคลิกภาพ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดปัญหาในการเข้าสังคมในที่สุด (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546) ซึ่งส่งผลต่อการกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานลดลง (Rimel, 1978) และส่งผลกระทบต่อรายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว

การบาดเจ็บเป็นสถานการณ์ที่กะทันหันและเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต ทำให้ผู้บาดเจ็บต้องการความช่วยเหลือให้ตนเองพ้นจากอันตรายที่เกิดขึ้น เพื่อให้ตนเองได้รู้สึกปลอดภัย (สุรัตณี มณีแสง, 2543) โดยครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งจากการบาดเจ็บที่ศีรษะนี้เอง อาจมีผลกระทบต่อครอบครัวเท่ากับหรืออาจมากกว่าผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วย เพราะครอบครัวต้องคอยให้การช่วยเหลือและเป็นแหล่งพึ่งพาให้แก่ผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเป็นระยะเวลาานาน (นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2544) การบาดเจ็บที่ศีรษะมีผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ระบบครอบครัวเสียสมดุล สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด ตลอดจนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ และการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพจะมีผลกระทบต่อครอบครัวมากที่สุด (Oddy, 1978) การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพนี้เองเป็นตัวพยากรณ์ภาวะความเครียดในครอบครัว (Thomsen, 1984) ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในหลายๆเรื่อง เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านร่างกายและสติปัญญา มีความผิดปกติในการปรับตัวด้านอารมณ์ ส่งผลให้ครอบครัวมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น (Watanabe et al., 2000) ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถอยู่คนเดียวได้ในช่วง 2-3 ปี หลังได้รับอุบัติเหตุ (Thomsen, 1984) ระดับความพิการและความต้องการความช่วยเหลือ ในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวแตกต่างกันด้วย

2.5 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) นิยมใช้วัดผลกระทบจากการเจ็บป่วยหรือผลของการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยเรื้อรังเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในหลายมิติ ได้แก่ อาการแสดงของโรค อาการข้างเคียงจากการรักษา สภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย ความผิดปกติด้านจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพศสัมพันธ์ ภาพลักษณ์ และความพึงพอใจต่อการรักษา ซึ่งแตกต่างกันไปตามแต่ละประสบการณ์ของบุคคล (Testa & Simonson, 1996)

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. แบบสอบถามทั่วไป (General quality of life questionnaire)

แบบสอบถามทั่วไปเป็นแบบสอบถามที่ออกแบบครอบคลุมคุณลักษณะที่สำคัญทางด้านสุขภาพอย่างกว้างๆถึงผลกระทบจากโรคหรือการรักษา ไม่ได้มุ่งเน้นถึงตัวโรคหรือความเจ็บปวด สามารถประยุกต์ใช้ได้กับกลุ่มประชากรหรือบุคคลทั่วไป ทุกโรค ทุกสถานการณ์ สามารถนำข้อมูลคุณภาพชีวิตมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มบุคคล การเจ็บป่วย และการรักษาแต่ละวิธีได้ แต่ไม่สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้เฉพาะเจาะจงในสภาวะหรือโรคเฉพาะนั้นๆได้ (Testa and Simonson , 1996 อ้างถึงใน นิตยา ฤทธิเพชร, 2554) ได้แก่ The Sickness Impact Profile (SIP), The Nottingham Health Profile (NHP), The World Health Organization Quality of Life Measurement (WHOQOL), The Short - Form-36- Health Survey (SF-36), The Euroqol quality of Life Scale (EQ - 5D) เป็นต้น

1. แบบวัดผลกระทบจากการเจ็บป่วย (Sickness Impact Profile: SIP) เป็นแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ร่วมกับการติดตามการเปลี่ยนแปลงหลังได้รับกิจกรรมต่างๆ โดยวัดผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

2. The Nottingham Health Profile (NHP) เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิต ในลักษณะของการสะท้อนการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับปัญหาด้านร่างกาย ปัญหาด้านสังคมและปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยถามเกี่ยวกับความรู้สึกและสภาวะอารมณ์ในขณะนั้น ประกอบด้วยคำถาม 38 ข้อ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การเจ็บปวด การนอนหลับ การแยกตัว ปฏิกริยาทางอารมณ์และระดับการใช้พลังงาน

3. Short Form Health Survey 36 (SF-36) เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิต ทั่วไปในเรื่องการทำหน้าที่ด้านร่างกาย สภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมทางอารมณ์ การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม ความเจ็บปวดและความมีชีวิตชีวา The SF-36 ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพในลักษณะการประเมินการรับรู้แห่งตน เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่และภาวะสุขภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต คุณลักษณะที่สำคัญ สำหรับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่เป็นองค์ประกอบใน The SF-36 มีทั้งหมด 36 ข้อ ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิตที่สำคัญ 3 ด้านคือ สภาวะการทำหน้าที่ (functional status) ความผาสุก (well-being) และภาวะสุขภาพทั้งหมด (overall health)

4. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)) ประกอบด้วยข้อคำถาม 227 ข้อ และถูกปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 100 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความเชื่อส่วนบุคคล ข้อคำถามเป็นแบบการรับรู้เชิงรูปธรรม ประกอบด้วยข้อคำถามในแง่ของความเข้ม (intensity) ความจุ (capacity) ความถี่ (frequency) ของพฤติกรรมหรือความรู้สึกที่เป็นประสบการณ์ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต และคำถามเพื่อให้รายงานตามการรับรู้ของตนในเชิงประเมินสภาพปัญหาที่ตนเผชิญอยู่ว่าประสบการณ์นั้นมีผลอย่างไรต่อคุณภาพชีวิต

2. แบบสอบถามเฉพาะโรค (Disease – specific quality of questionnaire)

แบบสอบถามเฉพาะโรค ออกแบบเพื่อใช้สำหรับประเมินอาการและคุณภาพชีวิตในโรคนั้นๆ วัดผลกระทบจากโรคหรือสภาวะนั้นๆ โดยตรง ผลที่ได้จะชัดเจนและตรงตามความต้องการ ไม่เหมาะสมในการนำไปใช้เปรียบเทียบสภาวะหรือโรคที่แตกต่างกัน และอาจจำกัด เฉพาะกลุ่มประชากร (Testa and Simonson, 1996 อ้างถึงในนิตยา ฤทธิเพชร, 2554) จากการทบทวนวรรณกรรม พบแบบสอบถามเฉพาะสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้แก่ Quality of Life after Traumatic Brain Injury (QOLIBRI) , The University of Alabama at Birmingham’s Injury control Research Center (UAB-ICRC) ,The Cognitive Quality of life Questionnaire (CO - QOL) , Patient Competency Rating Scale for Neurorehabilitation (PCRS - NR) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. Quality of Life after Traumatic Brain Injury (QOLIBRI) ถูกพัฒนาขึ้นจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ฉบับปรับปรุงล่าสุดเมื่อปีค.ศ.2009 (von Steinbüchel et al., 2010b; Truelle et al., 2010) โดยวัดใน 2 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และทัศนคติในการมองตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น สัมพันธภาพทางสังคม และมิติที่ 2 ประกอบด้วย การรับรู้ปัญหาการรบกวนจากอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ และปัญหาการรบกวนทางร่างกาย โดยสอบถามความรู้สึกในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 37 ข้อ

มิติที่ 1 ลักษณะการตอบแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า Likert scale โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) และมิติที่ 2 มีลักษณะการตอบแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า Likert scale โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในทางตรงกันข้ามกับมิติที่ 1 เพื่อความสะดวกและเข้าใจง่าย โดยเห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน Quality of Life after Traumatic Brain Injury (QOLIBRI) ที่ถูกพัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี 1999 จากความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพในระดับ

นานาชาติ เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยช่วงปี 2002 – 2004 ได้พัฒนาต่อยอดมาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life : HRQOL) และช่วงปี 2004 – 2008 มีการนำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้เพื่อหาความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ และปรับปรุงครั้งสุดท้ายในปี 2009 สำหรับประเทศไทย ปราณี นิพัทธกุลศลกิจ และคณะ (2557) ได้นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Quality of Life after Traumatic Brain Injury: QOLIBRI) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 20 ราย และนำมาวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ (Pearson correlation coefficient) พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86

ดังนั้นแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคสำหรับผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ จึงเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี เนื่องจากสามารถวัดได้ครอบคลุมในทุกมิติ มีประสิทธิภาพ สามารถวัดผลกระทบจากการเจ็บป่วย และการรักษาที่มีต่อชีวิตในมิติต่างๆ และเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน และสำหรับงานวิจัยในต่างประเทศมีการนำไปใช้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างกว้างขวางกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

3. กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน

กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (Post-concussion syndrome : PCS) ซึ่งเกิดจากการที่ศีรษะถูกกระแทก ทบตี หรือการทำให้ศีรษะโยกโคลงอย่างแรง เป็นรูปแบบหนึ่งของการบาดเจ็บของสมอง เป็นการบาดเจ็บที่น้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับบาดเจ็บอื่นๆ ที่เกิดขึ้นกับสมอง (Carr, 2007) การบาดเจ็บชนิดนี้ทำให้การทำงานของสมองเสียหรือผิดปกติ ทำให้เกิดอาการหลายอาการพร้อมกัน หรือเกิดเพียงอาการเดียวได้ (Evans, 1996)

3.1 ความหมายของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน

กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (Post-concussion syndrome : PCS) หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเป็นผลแทรกซ้อนที่เกิดตามมาหลังจากมีการบาดเจ็บที่สมองสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วันแรกหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจนกระทั่งจำหน่ายกลับไปพักฟื้นที่บ้าน (Yang et al., 2007) และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยอาจมีอาการต่อเนื่องนานเป็นปี (Bazarina et al., 1999; Heitger et al., 2006 อ้างถึงในอินทิรา ทาเอื้อ, 2553) โดยประมาณร้อยละ 30 - 80 ของผู้ที่ประสบเหตุบาดเจ็บต่อสมองในระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลางจะมีอาการของกลุ่มอาการ PCS

3.2 เกณฑ์ในการวินิจฉัยกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน

1. จากคู่มือวินิจฉัยและสถิติของผู้มีความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4th edition : DSM-IV) เสนอว่า กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน คือ การรู้คิดผิดปกติภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน และการที่สมอง

ได้รับการกระทบกระเทือน ต้องหมดสตินานกว่า 5 นาที หลงลืมชั่วขณะเป็นระยะเวลามากกว่า 12 ชั่วโมงหรืออย่างน้อย และต้องมีอาการที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง เช่น ชัก นอกจากนี้ต้องมีอาการอย่างน้อย 3 อาการหรือมากกว่า ต้องแสดงออกมาให้เห็นอย่างน้อย 3 เดือนภายหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเพียงเล็กน้อย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หงุดหงิด มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ

2. จากการจำแนกโรคและปัญหาทางสุขภาพอื่นๆ (The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, 10th edition: ICD-10) เสนอว่ามีอย่างน้อย 3 อาการ เกิดขึ้นนานกว่า 4 สัปดาห์ ร่วมกับการหมดสติ (Nguyen & Yablon, 2002)

นอกจากนี้สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (The American Psychiatric Association, 2000) กล่าวว่า ผู้ที่มีอาการของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ต้องได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะมาก่อน เป็นสาเหตุให้สมองเกิดการกระทบกระเทือนและส่งผลกระทบต่อจิตประสาทต่อบุคคลนั้น (Neuropsychological testing) หรือการประเมินการรู้คิด (Quantified cognitive assessment) ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการจดจำหรือสนใจในสิ่งต่างๆ (Difficulty in attention or memory) ร่วมกับมีอาการเกิดขึ้นอย่างน้อย 3 อาการหรือมากกว่า เช่น อ่อนเพลีย การนอนผิดปกติ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หงุดหงิด อารมณ์ไม่มั่นคง วิตกกังวล ซึมเศร้า และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง (Changes in personality) ไม่เป็นตัวของตัวเอง (Lack of spontaneity) ซึ่งอาการทั้งหมดนี้ต้องเกิดขึ้นภายหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เกิดผลกระทบต่อการทำงานที่ในสังคม การประกอบอาชีพของผู้ป่วย (Occupational functioning) ความอดทนความเครียดลดลง (Reduced tolerance to stress) และมีภาวะตื่นเต้นทางอารมณ์ (Emotional excitement)

3.3 การเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้รอดชีวิตจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนเป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะเพียงเล็กน้อยภายหลังจากได้รับบาดเจ็บ บางอาการสามารถพบได้หลังจากได้รับบาดเจ็บในระดับปานกลางและรุนแรงได้เช่นกัน (Ryan & warden, 2003 อ้างถึงในอินทริทา ทาเอื้อ, 2553) โดยกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ มึนงง หงุดหงิด โกรธง่าย ก้าวร้าว สมาธิลดลง ความจำผิดปกติ อ่อนเพลียอ่อนล้า การมองเห็นผิดปกติ เช่น มองเห็นภาพเบลอหรือภาพซ้อน มีความไวต่อแสงและเสียง การตัดสินใจมีปัญหา ซึมเศร้าและวิตกกังวล (Alexander , 1995) หรือแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม (Deb, Lyons, & Koutzoukis, 1999; Rao & Lyketsos, 2002; Rees, 2003) ประกอบด้วย

1. ด้านการรู้คิด (Cognitive complaints) ได้แก่ ความจำผิดปกติ (Impaired memory) สมาธิลดลง (Decreased concentration) ความสนใจในสิ่งต่างๆลดลง (decrease attention)

ความคิดสับสน (conceptual disorganization) และความสามารถทางเพศลดลง (Dysexecutive function)

2. ด้านร่างกาย (Somatic complaints) ได้แก่ ปวดศีรษะ (Headache) อ่อนเพลีย (Fatigue) นอนไม่หลับ (Insomnia) เวียนศีรษะ (Dizziness) มีเสียงในหู (Tinnitus) หูหนวก (Deafness) มองเห็นภาพซ้อน (Diplopia) มีความไวต่อแสงและเสียง (Sensitivity to light or Noise sensitivity)

3. ด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affective complaints) ได้แก่ ซึมเศร้า (Depression) วิตกกังวล (Anxiety) และหงุดหงิดหรือโกรธง่าย (Irritability)

แต่จากการศึกษาของ Ludin และคณะ (2006) ได้แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1). อาการด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ มึนศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้หรืออาเจียน 2). อาการด้านการรู้คิด ได้แก่ หลงลืมง่าย คิดช้า สมาธิลดลง 3). อาการด้านการมองเห็น ได้แก่ มองเห็นภาพซ้อน มองเห็นภาพไม่ชัด ตาไวต่อแสง 4). อาการด้านพฤติกรรมทางอารมณ์ ได้แก่ กระสับกระส่าย วุ่นวาย ความอดทนต่ำ มีความผิดปกติของการนอน เช่น นอนไม่หลับหรือง่วงนอนมากผิดปกติ มีอาการซึมเศร้า เป็นต้น

ภายหลังจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย พบว่า ร้อยละ 56.4 – 85 จะมีกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนหลงเหลืออยู่ (Namasa, 2003; Premesai, 2003) ระยะเวลาการเกิดกลุ่มอาการสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่เริ่มแรกตั้งแต่ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (Binder et al., 1997) ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้ในระยะเวลารวดเร็ว แต่ในบางรายอาจเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนนานต่อเนื่องจนถึง 1 ปี (Emanuelson, Andersson, Bjorklund, & Staihammar, 2003) โดยแต่ละช่วงเวลามีผลต่ออาการ สามารถแบ่งได้ดังนี้

1. กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยก่อน 3 เดือนแรก ได้แก่ เวียนศีรษะหรือมึนงง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อ่อนเพลียไม่มีแรง สมาธิลดลง ความคิดช้า ซึมเศร้า รู้สึกไวต่อเสียง การนอนหลับมีความผิดปกติ (Premesai, 2003)

2. กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยที่ระยะ 3 เดือน ได้แก่ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เวียนศีรษะหรือมึนงง สมาธิลดลง หลงลืมง่าย หงุดหงิดง่ายหรือโกรธง่าย ซึมเศร้า วิตกกังวล และบกพร่องเกี่ยวกับการมองเห็น (Emanuelson et al., 2003)

3. กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยที่ระยะ 6 เดือน ได้แก่ อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ มึนงง ปวดศีรษะ ไวต่อเสียง ความจำลดลง สมาธิลดลง หลงลืมง่าย และมีความผิดปกติของการนอน (Smith – Seemiller et al., 2003)

4. กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยที่ระยะ 1 ปี ได้แก่ หงุดหงิดง่ายหรือโกรธง่าย มีความผิดปกติของการนอน ความอดทนต่อสิ่งต่างๆต่ำ ปวดศีรษะ ปวดคอ ซึมเศร้า หลงลืมง่ายและสมาธิลดลง (Emanuelson et al., 2003)

สรุปได้ว่า กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนเกิดขึ้นภายหลังการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หรือเวียนศีรษะบ้านหมุน หงุดหงิดหรือโกรธง่าย สมาธิลดลง ความจำผิดปกติ อ่อนเพลีย การมองเห็นผิดปกติ มีความไวต่อแสงและเสียง มีปัญหาในการตัดสินใจ ซึมเศร้าและวิตกกังวล (Alexander ,1995) หรืออาจแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม (Deb, Lyons, & Koutzoukis, 1999; Rao & Lyketsos, 2002; Rees, 2003) ได้แก่ ด้านการรู้คิด ด้านร่างกาย และด้านอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งในการวินิจฉัยกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนั้น จะต้องใช้เกณฑ์คู่มือวินิจฉัยและสถิติของผู้มีความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4th edition : DSM-IV) หรือการจำแนกโรคและปัญหาทางสุขภาพอื่นๆ (The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, 10th edition : ICD - 10) ขึ้นอยู่กับผู้ทำการประเมินจะเลือกใช้ และอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีความคล้ายคลึงกันตั้งแต่ก่อน 3 เดือนแรกจนถึงหลังได้รับบาดเจ็บที่ระยะ 1 ปี เช่น อาการปวดศีรษะ อ่อนล้า สมาธิลดลง ลืมง่ายและซึมเศร้า ซึ่งสามารถพบได้ในทุกช่วงระยะเวลาหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

3.4 ความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผู้ป่วยภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนจะเกิดอาการร้อยละ 56.4-85 (Namasa, 2002) ร้อยละ 38.6 มีอาการ 1-3 อาการ และร้อยละ 44.4 มีมากกว่า 3อาการ มีระดับความรุนแรงน้อยไปจนถึงรุนแรงมาก มีผลทำให้เกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งแสดงออก 3 ลักษณะ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านการรู้คิด และด้านพฤติกรรม (Hall et al., 2005; Ryan & Warden, 2003 อ้างถึงโดย อินทิรา ทาเอื้อ, 2553) ซึ่งกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ มึนงง อ่อนล้าหรือเหนื่อยง่าย คลื่นไส้หรืออาเจียน หลงลืมง่าย ความคิดช้า สมาธิลดลง เห็นภาพซ้อน มองเห็นภาพไม่ชัด สู้แสงไม่ได้ ไวต่อเสียง กระสับกระส่าย มีความผิดปกติในการนอน คับข้องใจหรือหงุดหงิดง่าย และซึมเศร้า (Lundin et al.,2006) ในช่วงระยะ 1-3 เดือนหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า มีอาการปวดศีรษะร้อยละ 28 เวียนศีรษะหรือมึนงงร้อยละ 26 อ่อนล้าหรืออ่อนเพลียร้อยละ 21 นอนไม่หลับร้อยละ 17 และไวต่อเสียงร้อยละ 17 (Jacobson , 1995) และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีอาการอ่อนล้ารุนแรงมีความสัมพันธ์กับการมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ทางสังคม และยังมีความสัมพันธ์กับอาการอื่นๆ ได้แก่ สมาธิ

ลดลง นอกจากนี้อาการอ่อนล้ายังทำให้มีปัญหาในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง (Stulemeijer et al., 2006) รวมถึงการทำหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน การเข้าสังคม ซึ่งอาการภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวม (Petchprapai, 2007)

การศึกษาของ Emanuelson และคณะ (2003) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยที่ระยะ 3 เดือนและ 1 ปี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 173 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรปกติ ใช้แบบตรวจสอบกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (Post-concussion checklist) วัดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน และใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต (Short Form 36 Healyh Survey : SF-36) ซึ่งมีคะแนน 4 ด้านที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่ ได้แก่ 1) การทำหน้าที่ด้านร่างกาย 2) ข้อจำกัดในบทบาทเนื่องจากการทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับด้านร่างกาย 3) สิ่งขัดขวางต่อการทำกิจกรรมในสังคมจากผลของปัญหาเกี่ยวกับร่างกายและอารมณ์ 4) ข้อจำกัดในบทบาทเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36) มีความบกพร่องทุกด้าน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม หลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 3 เดือนและ 1 ปี และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนกับคุณภาพชีวิต ($r = -0.68$ ถึง 0.85 , $p < 0.001$)

สำหรับในประเทศไทย วันเพ็ญ บูรณวานิช และพรเทพ แพรชาว (2552) ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและอาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หลังได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 177 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ภายหลังก่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 4 สัปดาห์ โดยการศึกษาวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกอาการที่พบภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน 3) แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 20.90$ $SD = 3.84$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี 2 ด้านคือ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ($\bar{x} = 21.12$ $SD = 4.17$) และด้านครอบครัว ($\bar{x} = 22.21$ $SD = 4.62$) ด้านที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ($\bar{x} = 20.44$ $SD = 4.33$) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านจิตวิญญาณ ($\bar{x} = 19.97$ $SD = 3.85$) เมื่อพิจารณาคุณภาพคะแนนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านจิตวิญญาณ ด้านสังคมและเศรษฐกิจต่ำกว่าด้านอื่นๆนั้น อธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนหลังได้รับบาดเจ็บ 1 เดือน จะมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม มีการหยุดงานในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตวิญญาณต่ำกว่าด้านอื่นๆ

นอกจากนี้ ยังพบมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย ซึ่งรายละเอียดในการวัดคุณภาพชีวิตบางส่วน จะมีขอบเขตรวมไปถึงภาวะการทำหน้าที่ เช่น การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และความสัมพันธ์ทางสังคม (Stewart & King ,1994 as cited in Petchprapai & Winkelman , 2007 อ้างถึงในอินทิตรา ทาเอื้อ, 2553) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาของ Ludin และคณะ (2006) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 3 เดือน โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนกับการสูญเสียสมรรถภาพในการทำหน้าที่ (Functional disability) โดยใช้แบบสอบถามกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire) ประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน และการสูญเสียสมรรถภาพในการทำหน้าที่ โดยใช้แบบสอบถามติดตามผู้ป่วยภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (The Rivermead Head Injury Follow-up Questionnaire) ซึ่งประกอบด้วย ด้านกิจกรรมและด้านการปฏิสัมพันธ์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนแบบสอบถามกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนสูง ก็จะมีคะแนนแบบสอบถามติดตามผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสูงด้วย แสดงให้เห็นว่า กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพในการทำหน้าที่ โดยเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างอาการด้านพฤติกรรมทางอารมณ์กับด้านกิจกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างอาการด้านร่างกายกับด้านการมีปฏิสัมพันธ์ต่ำกว่าความสัมพันธ์ระหว่างอาการด้านร่างกายกับด้านกิจกรรม

จากการวิจัยที่กล่าวถึง จะแสดงให้เห็นว่ากลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะ มีแนวโน้มจะทำให้การทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ลดลงและสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่ดี และถ้าผู้ป่วยมีอาการหลายอาการ และมีความรุนแรงมาก มีแนวโน้มทำให้มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ทางสังคม และทำให้การปฏิบัติกิจกรรมได้ลดลง จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงมีผลต่อการกลับไปทำงานของผู้ป่วย (Haboubi et al., 2001; Ruffolo et al., 1999; Stulemeijer et al., 2006)

3.5 การประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน มีการนำเครื่องมือมาใช้เพื่อประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ดังนี้

1. แบบสอบถามกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire) ของ King และคณะ (1995) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยธนภรณ์ เปรมสัย (2546) เป็นแบบสอบถามสำหรับประเมินความรุนแรงของกลุ่มอาการหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งแบบสอบถามนี้มีข้อคำถามปลายปิด 16 ข้อคำถามและมีข้อคำถาม

ปลายเปิดอีก 2 ข้อคำถาม และลักษณะการตอบแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 4 ระดับ

2. แบบประเมินระดับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (Post-Concussion Symptom (PCS) Scale) ของ Occupational Science & Occupational Therapy, University of Toronto ซึ่งแบบสอบถามนี้มีข้อคำถามเกี่ยวกับอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน จำนวน 22 ข้อ และลักษณะการตอบแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 7 ระดับ โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการนั้นๆเกิดขึ้น, 1 หมายถึง มีอาการนั้นๆเกิดขึ้นเล็กน้อย และ 6 หมายถึง มีอาการนั้นๆเกิดขึ้นรุนแรง

โดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire) ของ King และคณะ (1995) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยธนภรณ์ เปรมสัย (2546) ลักษณะของข้อคำถามสามารถวัดได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพในการประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน อีกทั้งแบบสอบถามนี้มีความน่าเชื่อถือเกี่ยวกับคุณภาพของเครื่องมือ เนื่องจากมีการนำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ได้แก่ ได้นำแบบสอบถามกลุ่มอาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะไปศึกษา กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 41 ราย ใช้วิธีทดสอบซ้ำ (test - retest) ใน 24 ชั่วโมง แล้วจึงนำข้อมูลทดสอบซ้ำ (test - retest) มาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสหสัมพันธ์สเปียร์แมนได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.91 ($P < .001$) เมื่อเทียบกับคะแนนรวมทั้งหมดของอาการ และนำไปตรวจสอบ ประเมินค่าความเชื่อมั่นภายใน (Inter-rater reliability) กับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 46 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.87 ($P < .001$) และธนภรณ์ เปรมสัย (2546) นำแบบสอบถามกลุ่มอาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะ หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient) กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยจำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89 และเมื่อใช้เครื่องมือนี้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.90 และ 0.94 ในสัปดาห์ที่ 2 และ 8 ตามลำดับ

4. ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ (Impairments) เป็นผลกระทบที่เกิดจากการที่สมองได้รับการกระทบกระเทือน ทำให้เกิดความบกพร่องในหลายๆส่วน เช่น มีความบกพร่องทางร่างกาย และการทำหน้าที่ ความบกพร่องทางอารมณ์ เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตได้

4.1 ความหมายของความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ให้คำนิยามว่า เป็นการสูญเสียหรือมีความผิดปกติของจิตใจและสรีระหรือโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย

ปิยะฉัตร มีหนูน คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ให้ความหมายของ “ ความบกพร่อง (Impairment) ” หมายถึง การสูญเสียหรือความผิดปกติของโครงสร้างของร่างกายหรือการใช้งานของร่างกายและจิตใจที่สังเกตหรือเห็นได้ชัด ดังนั้น ความบกพร่องจะพิจารณาที่ "อวัยวะ" หรือ "ระบบการทำงาน" ของส่วนต่างๆของมนุษย์

ดังนั้น “ ความบกพร่อง ” จึงเป็นการสูญเสียหรือมีความผิดปกติของโครงสร้างร่างกายและจิตใจอย่างชั่วคราวหรือถาวร เป็นผลให้เกิดอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน

4.2 ลักษณะของความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากการศึกษาของรัชกร ทรงทรัพย์ (2554) ได้อธิบายลักษณะของความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่เกิดขึ้นกับผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ดังนี้

4.2.1 ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ด้านระดับความรู้สึกตัว เมื่อเกิดการบาดเจ็บที่สมองส่วน Cerebral Cortex ก้านสมองถูกทำลาย ส่งผลให้ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ มีอาการหมดสติ สมองขาดออกซิเจน (Hypoxia) ระบบประสาทและสัญญาณชีวมีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ การหายใจ การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ความผิดปกติในการควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ

4.2.2 ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ผู้ป่วยขาดความสามารถในการให้ความหมายและทำความเข้าใจสิ่งแวดล้อม (Davis, 2000) ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวมีอาการสับสน สูญเสียการรับรู้ด้านเวลาและสถานที่ (Scott, Luca, Kathryn, & Satmana, 2004) มีความบกพร่องด้านความจำ เนื่องจากกระบวนการแปลความหมายในระยะสั้นไปสู่ความทรงจำถูกรบกวน ทำให้มีปัญหาความทรงจำระยะสั้น ความสนใจหรือสมาธิลดลง และการรับรู้ช้าลง (รัมภ์รดา อินทร, 2538)

4.2.3 ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ในการใช้ภาษาและการสื่อสาร (Communication Impairment) ถ้ามีการบาดเจ็บที่ผิวสมองพูนของสมองกลีบข้างหรือเรียกบริเวณเวร์นิก (Wernick's Area) ทำให้เกิดความบกพร่องของความเข้าใจภาษาและการพูด พูดจับใจความไม่ได้ ตอบไม่ตรงคำถาม และเกิดการบาดเจ็บที่ผิวสมองพูนล่างของสมองกลีบหน้า (Inferior Frontal Gyrus) หรือเรียกว่า บริเวณโบรคา (Broca's Area) ทำหน้าที่สั่งการเกี่ยวกับภาษา ถ้าเกิดความผิดปกติในบริเวณนี้ ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการพูดและการสร้างคำพูดให้เป็นประโยคที่มีความหมาย (พัสมณต์ คุ่มทวีพร ,ธิดาทิพย์ ชัยศรี และธัญญลักษณ์ โอบอ้อม , 2541)

ผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บที่สมองจะรู้สึกลำบากในการใช้ภาษา เรียกภาวะนี้ว่า “Aphasia” พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดภาวะนี้ 51% สามารถพูดได้อย่างคล่องแคล่วแต่เนื้อหาของ การพูด

ไม่สามารถเข้าใจได้ เนื่องจากการใช้ภาษาที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก (fluent aphasia) ร้อยละ 35 ผู้ป่วยจะพูดไม่คล่อง (nonfluent) และร้อยละ 14 ผู้ป่วยจะพูดได้ 2-3 คำที่พูดจนเคยชิน หรือบางครั้งไม่พูดเลยและไม่เข้าใจทั้งภาษาพูดและภาษาเขียน (global aphasia) ซึ่งเกิดขึ้นชั่วคราว ความเข้าใจภาษาอาจคืนมาบ้าง เมื่อเวลาผ่านไปหลังการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายไม่พบมีความผิดปกติทางกลไกของภาษาในเปลือกสมองใหญ่ สามารถเข้าใจภาษา รู้หลักภาษาแต่ออกเสียงไม่ได้ เรียกภาวะนี้ว่า “Dysarthria” (Sarno, 1986)

4.2.4 ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ลดลง หรือไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เช่น การแต่งตัว อาบน้ำ (Whyte, 1998)

4.2.5 ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ด้านร่างกาย (Physical Impairment) ภาวะที่อยู่ที่ภายใต้การควบคุมของสมองส่วนที่ได้รับบาดเจ็บทำงานไม่สมบูรณ์ ครอบคลุมลักษณะของความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว (Motor functioning impairments) ปัญหาที่พบคือ การเกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Paralysis) ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวไม่ได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น การติดเชื้อโรคทางเดินหายใจจากการสำลัก แผลกดทับ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะและข้อติดแข็ง

4.2.6 ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ด้านจิตใจ (Psychological Impairment) จากพยาธิสภาพและความพิการที่หลงเหลืออยู่ การสูญเสียสภาพลักษณะ การช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การพึ่งพาผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539) ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจตามมา เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด ประกอบกับความรุนแรงของอาการและการรักษาที่ได้รับทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัย ผู้ป่วยกลัวถูกทอดทิ้ง กลัวในสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคตและไม่แน่ใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและใช้วิธีการเผชิญความเครียดในการแก้ไขปัญหา เช่น หงุดหงิด สับสน ก้าวร้าว หมดหวัง แยกตัว ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพหรืออารมณ์ ส่งผลให้มีความบกพร่องด้านทักษะการเข้าสังคม (Bontke & Boake, 1996)

4.2.7 ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ด้านการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม (Personality and Behavioral Change) ผู้ป่วยมีอาการเฉื่อยชา (Apathy) อารมณ์แปรปรวน (Emotion Liability) วุ่นวาย (Irritability) หงุดหงิดหรือซึมเศร้า (Anxiety and Depression) (Fary, Lan, & Lan, 2003; Jo & Douglas, 2004)

4.3 ความสัมพันธ์ของความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ภายหลังจากการรอดชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ผู้ป่วยจะเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน และผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังพบมีความพร่องที่หลงเหลืออยู่ (Impairments) ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และการรับรู้ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักมีความพร่องในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

มากที่สุด แต่ความบกพร่องด้านการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรมถือเป็นปัญหาที่รุนแรงที่สุดสำหรับบุคคลในครอบครัว (Oddy, 1978) และภาวะซึมเศร้านับเป็นสิ่งสำคัญที่พบได้ในผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยจะเกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 48 (Merskey et al, 1972) ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีสมาธิสั้นและความจำลดลงถึงร้อยละ 96 (Linn et al., 1994) ทำให้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jorge และคณะ (1993) พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ส่งผลต่อด้านร่างกาย เช่น น้ำหนักลด เครียด วิตกกังวลนอนไม่หลับ ความต้องการทางเพศลดลง แยกตัวออกจากสังคม คุณค่าในตนเองลดลง ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง มีอารมณ์โกรธง่าย และคิดจะฆ่าตัวตาย และจากการศึกษาของ วไลพรณ เอี่ยมกมล (2012) พบว่า ระดับของความบกพร่องที่เหลืออยู่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยระดับความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีการทำหน้าที่ของร่างกายแตกต่างไปจากเดิม ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน พบผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น (Smith et al., 1994)

4.4 การประเมินความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

1. แบบประเมินระดับความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่และระดับการสูญเสียสมรรถภาพภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (Injury Impairment Scale (IIS) and Injury Disability Scale (IDS)) ของ States และคณะ (1990) แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1). ด้านการประเมินระดับความบกพร่องภายหลังการได้รับบาดเจ็บ (Injury Impairment Scale : IIS) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 ด้านย่อย ได้แก่ ด้านลักษณะการเคลื่อนไหวและความคล่องตัว ด้านการรับรู้และสภาพจิตใจ ด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน ด้านการรับรู้ความรู้สึก ด้านการรับรสและการไต่กลิ่น และด้านความรู้สึทางเพศและสมรรถภาพทางเพศ 2). ด้านการประเมินระดับการสูญเสียสมรรถภาพ (Injury Disability Scale : IDS) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้ง 1 ข้อ ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองมีระดับการสูญเสียสมรรถภาพอยู่ในระดับใด

2. แบบประเมินระดับความพิการของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ (Disability Rating Scale ; DRS) ของ Bellon และคณะ (2012) ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน 4 ส่วน ได้แก่ ความรู้สึกตัว และการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประเภทต่างๆ การพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและสังคม มีคะแนนเต็ม 29 คะแนน แบ่งเป็น 9 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 (คะแนน 0 หมายถึง ปกติหรือ ไม่มีความพิการ, good outcome) ระดับที่ 2 (คะแนน 1 หมายถึง มีความพิการรุนแรงเล็กน้อยมาก, mild disability) ระดับที่ 3 (คะแนน 2-3 หมายถึง มีความพิการรุนแรงบางส่วน, partial disability) ระดับที่ 4 (คะแนน 4-6 หมายถึง มีความพิการรุนแรงปานกลาง, moderate disability) ระดับที่ 5 (คะแนน 7-11 หมายถึง มีความพิการรุนแรงปานกลาง, moderately severe disability) ระดับที่ 6 (คะแนน

12-16 หมายถึง มีความพิการรุนแรงมาก, severe disability) ระดับที่ 7 (คะแนน 17-21 หมายถึง มีความพิการรุนแรงมากที่สุด, extremely severe disability) ระดับที่ 8 (คะแนน 22-24 หมายถึง มีสภาพเหมือนผัก, vegetative state) ระดับที่ 9 (คะแนน 25-29 หมายถึง มีสภาพเป็นผักมาก, extreme vegetative state)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินระดับความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่และระดับการสูญเสียสมรรถภาพภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (Injury Impairment Scale (IIS) and Injury Disability Scale (IDS)) ของ States และคณะ (1990) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ความละเอียดและครอบคลุมความบกพร่องต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ อีกทั้งยังมีการประเมินระดับการสูญเสียสมรรถภาพโดยรวม ทำให้สามารถประเมินความรุนแรงและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยได้ง่าย

5. วิธีการเผชิญปัญหา

เป็นกลไกที่บุคคลเลือกใช้ในการเผชิญกับปัญหาหรือความเครียดที่มากเกินไปกว่าระดับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน บุคคลจึงจำเป็นต้องมีวิธีการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องเป็นพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับต้นเหตุของความเครียดได้ แต่ถ้าใช้การเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะเป็นการทำให้ความเครียดลดระดับชั่วคราว ซึ่งถ้าใช้เป็นระยะเวลานาน จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพเนื่องจากร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้

5.1 ความหมายของวิธีการเผชิญความเครียด

Monart & Lazarus (1978) การเผชิญความเครียด เป็นกลไกทุกอย่างที่บุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลทางจิตใจที่ถูกรบกวนเพื่อให้บุคคลสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Lazarus & Folkman (1984) ให้ความหมาย การเผชิญความเครียด (coping) เป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามทั้งการกระทำ (behavior) และความรู้สึนึกคิดของตนเอง (cognitive) ในการจัดการกับความเครียด โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกว่าธรรมดา

สรุปได้ว่า วิธีการเผชิญความเครียด (Coping) เป็นความพยายามในการแก้ไขความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นความเครียดที่มากเกินไปกว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ ซึ่งใช้ความสามารถในการเผชิญความเครียด ทางด้านการควบคุมอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและการตอบสนองทางสรีรวิทยาของร่างกาย รวมไปถึงความพยายามในการควบคุมปัจจัยสภาพแวดล้อม มีเป้าหมายเพื่อกำจัดความเครียดและดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

5.2 วิธีการเผชิญปัญหา

การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ต้องเป็นพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับต้นเหตุของความเครียดหรือสิ่งที่มาคุกคามสำเร็จสามารถลดความไม่สบายใจจากปัญหาที่เกิดขึ้น (Ignavicius and Bayne 1991; Beare and Myers 1994) การเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะเป็นการทำให้ความเครียดลดลงชั่วคราวเท่านั้น และถ้าใช้วิธีการเผชิญความเครียดในลักษณะนี้เป็นเวลานานๆ จะทำให้ร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดพยาธิสภาพขึ้นหรืออันตรายต่อสุขภาพได้

ในปี ค.ศ. 1988 จาโลวิกได้ปรับปรุงและเสนอแนวคิดของการเผชิญความเครียดว่ามี 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) การจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (palliative coping)

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา เป็นวิธีการที่มุ่งควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยพยายามแก้ปัญหาและคิดวิธีต่างๆ เพื่อควบคุมปัญหา อาจใช้วิธีเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นผลจากความคิดของตนเอง หรือใช้วิธีเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่ตั้งเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา แสวงหาข้อมูล รายละเอียดที่จะแก้ปัญหา จัดการกับปัญหาเป็นขั้นตอนการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เป็นต้น

2. การจัดการกับอารมณ์ เป็นวิธีการที่มุ่งแก้ไขหรือควบคุมความรู้สึกเป็นทุกข์หรือความรู้สึกไม่สบายใจต่างๆ โดยการแสดงออกถึงความรู้สึกหรือการระบายอารมณ์ โดยที่เหตุการณ์ หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง เช่น ระบายอารมณ์เครียดไปสู่ผู้อื่น มีอารมณ์โกรธ โทษหรือตำหนิผู้อื่น คิดเพ้อฝัน เป็นต้น

3. การจัดการกับปัญหาทางอ้อม เป็นวิธีการที่ใช้ในการควบคุมเหตุการณ์ หรือแก้ปัญหาทางอ้อมเพื่อให้ความเครียดที่เกิดขึ้นน้อยลง หรือใช้เป็นแนวทางที่จะเปลี่ยนการรับรู้ปัญหา โดยที่ เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง เช่น นอนหลับ ปล่อยใจตนเองคิดว่าเป็นเคราะห์กรรม หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น ยอมรับสถานการณ์ สวดมนต์อ่อนน้อม ปล่อยให้ผู้อื่นเข้ามาแก้ไข เป็นต้น

การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน มีวิธีการพื้นฐานในการเผชิญความเครียดในทุกสถานการณ์ที่เผชิญ แต่จะมีวิธีการเฉพาะเจาะจงสำหรับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งขึ้นอยู่กับปัญหา และผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม (หทัยรัตน์ บำเพ็ญแพทย์ 2543 : 21)

5.3 ความสัมพันธ์ของวิธีการเผชิญปัญหาต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ภายหลังผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะรอดพ้นจากภาวะวิกฤต พบว่าผู้รอดชีวิตบางรายอาจยังหลงเหลือความบกพร่องไว้ นอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย โดยภาวะซึมเศร้า เป็นความบกพร่องที่เหลืออยู่ด้านการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม ร่วมกับความแปรปรวนทางอารมณ์ (Fary, Lan, & Lan, 2003; Jo & Douglas, 2004) หรืออาจเป็นกลไกทางจิต

อย่างหนึ่งที่ร่างกายสร้างขึ้นเมื่อต้องรับมือกับภาวะวิกฤตของชีวิต และภาวะซึมเศร้านี้เองที่ทำให้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะเปลี่ยนแปลงไป โดยผู้ป่วยจะเริ่มแยกตัวออกจากสังคม มองคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความเชื่อมั่นและคิดจะฆ่าตัวตายในที่สุด (Jorge et al., 1993) และในผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะพบมีความบกพร่องหลงเหลืออยู่มาก มีความพิการทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาศูนย์คนอื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน อาจทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพเสี่ยงต่อการท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า มองโลกในแง่ร้าย เสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตประสาท และการสูญเสียการควบคุมอารมณ์ หงุดหงิด ก้าวร้าว ไม่สนใจต่อสังคม ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคม เก็บตัว และแยกตัวในที่สุด (สาวิตรี จิวังกูร และสงวนสิน รัตนเลิศ , 2529) ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการแก้ไข

5.4 การประเมินวิธีการเผชิญปัญหา

1. แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (The Jalowiec Coping Scale, 1988) ฉบับปรับปรุง ค.ศ.1988 ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและลอเนียร์ (Lazarus & Launier, 1978: 300 cited in Jalowiec & Powers, 1981:11) จำนวน 36 ข้อ ครอบคลุมวิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) 13 ข้อ เป็นวิธีการที่มุ่งแก้ปัญหา โดยการพยายามขจัดสาเหตุของปัญหา เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ เช่น การพยายามแก้ไขปัญหา การค้นหาข้อมูล การตั้งเป้าหมาย และการนำประสบการณ์เดิมที่เคยใช้มาแก้ปัญหา เป็นต้น ได้แก่ ข้อคำถามข้อ ที่ 2, 5, 11, 15, 16, 17, 22, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 36

1.2 ด้านการจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) 9 ข้อ เป็นวิธีการมุ่งควบคุมอารมณ์ความรู้สึก โดยแสดงออกถึงความรู้สึกหรือการระบายอารมณ์โดยที่เหตุการณ์ หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง เช่น การรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่ คิดกังวล การตำหนิผู้อื่น ได้แก่ ข้อคำถามข้อ ที่ 1,6,9,12,13,19,21,23,24

1.3 ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด (palliative coping) 14 ข้อ coping เป็นวิธีการที่ใช้ควบคุมเหตุการณ์ หรือแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์หรือใช้เป็นแนวทางที่จะเปลี่ยนการรับรู้ปัญหา โดยที่ปัญหาหรือเหตุการณ์ไม่เปลี่ยนแปลง เช่น การเข้านอน การสวดมนต์อ่อนนวลสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นต้น ได้แก่ข้อคำถามข้อ ที่ 3,4,7,8,10,14,18,20,25,26,32,33,35

2. แบบวัดการเผชิญความเครียดของนิตยา สุทยากร (2531) ซึ่งแปลจากแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec 1988) มีจำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วย วิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 2,5,11,15,16,17,22,27,29,31,32,34 และ 36 การจัดการด้านอารมณ์ 9 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1,6,9,12,13,19,21,23 และ 24 และการบรรเทาความเครียด 14 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 3,4,7,8,10,14,18,20,25,26 28,30,33 และ 35

คะแนนเป็นมาตรา ส่วนประมาณค่า (Likert scale) มีระดับคะแนน 5 อันดับ มีคะแนนรวม ตั้งแต่ 36– 80 คะแนน ให้ คะแนนตามความบ่อยครั้งของการใช้วิธีการเผชิญความเครียด

เนื่องจากแต่ละด้านของการเผชิญความเครียดมีจำนวนข้อไม่เท่ากัน ดังนั้นการคำนวณด้วย คะแนนจริงจึงพบว่ามีข้อจำกัด คือไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างในการใช้การเผชิญความเครียดรายด้านได้ เพื่อหลีกเลี่ยงข้อจำกัดดังกล่าว การประเมินจึงใช้เกณฑ์จากการคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ (Vitalino and others, 1987) คือ การเปรียบเทียบสัดส่วนของการเผชิญความเครียด โดยนำคะแนนที่ได้รายข้อรวมกัน ทหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้น ได้เป็นค่าเฉลี่ยแต่ละด้าน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการเผชิญความเครียด ของนิตยา สุทธยากร (2531) ซึ่งแปลจากแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec 1988) มีจำนวน 36 ข้อ ซึ่งจาโลวีก (Jalowiec, 1988) ได้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดที่สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1979 ซึ่งประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 2 ด้าน 40 ข้อ ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 141 ราย แล้ววิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) พบว่า แบบวัดประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียดมากกว่า 2 ด้าน ปีค.ศ. 1988 จาโลวีก (Jalowiec, 1988) จึงได้นำแบบวัดดังกล่าวมาหาความตรงตามโครงสร้างอีกครั้ง โดยนำไปใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่จำนวน 1,400 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วย 790 ราย พยาบาล 353 ราย ญาติผู้ป่วย 133 รายและนักศึกษา 124 ราย วิเคราะห์ปัจจัยด้วยวิธีการทางสถิติขั้นสูง (LISREL Confirmatory Analysis) พบว่า แบบวัดประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้าน จำนวน 36 วิธี ส่วนอีก 4 วิธี ไม่สามารถจัดเข้าในด้านใดด้านหนึ่งได้ จึงปรับปรุงแบบวัดใหม่เป็นแบบวัดการเผชิญความเครียดฉบับปรับปรุงปีค.ศ. 1988

Jalowiec, (1988) ได้หาค่าความเที่ยงของแบบวัดที่ปรับปรุงแล้ว โดยการหาค่าความสอดคล้องภายในโดยรวมได้เท่ากับ .95 และรายด้านได้ดังนี้ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาเท่ากับ .85 ด้านการจัดการกับอารมณ์เท่ากับ .75 และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดเท่ากับ .75

สำหรับประเทศไทยนิตยา สุทธยากร (2531) ได้แปลแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก ฉบับปีค.ศ.1979 และให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญภาษาต่างประเทศจำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขและ นำไปใช้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .88 ครอบคลุมเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

6. การตำหนิตนเอง

การตำหนิตนเองหรือการโทษตนเอง (Self-Blame) เป็นกลไกป้องกันทางจิตอย่างหนึ่ง (Defense Mechanism) สามารถพบได้ในผู้ที่มีประสบการณ์เลวร้าย ประสบภัยพิบัติหรือได้รับอุบัติเหตุร้ายแรง

6.1 ความหมายของการตำหนิตนเอง

Harvey and Pauwels (2000) ได้ให้ความหมายของ “การตำหนิตนเอง” (Self-Blame) หมายถึง การตำหนิหรือให้โทษตนเอง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลใจ ภาวะซึมเศร้า มีความรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองลดลง และพบมากในผู้ป่วยระยะฟื้นฟูภายหลังการบาดเจ็บ

Bulman & Wortman (1977) กล่าวถึง “การตำหนิตนเอง” (Self-Blame) คือ ผลลัพธ์ของการปรับตัวภาพภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ

ดังนั้น การตำหนิตนเอง หมายถึง การกล่าวตำหนิหรือโทษตนเอง ที่เป็นสาเหตุให้เหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้น และเกี่ยวข้องกับภาวะทางจิตใจ ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บจะพยายามอธิบายถึงความเจ็บปวดจากการบาดเจ็บ และพยายามทำความเข้าใจว่าเพราะเหตุใดการบาดเจ็บถึงได้เกิดขึ้นกับตนเอง ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บมีแนวโน้มเชื่อว่าตนเองเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เหตุการณ์เลวร้ายเกิดขึ้น (Jannof- Bulman & Timko, 1987)

Jannof – Bulman & Timko (1987) ได้อธิบายถึง “การตำหนิตนเอง” สามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

บุคลิกลักษณะตำหนิตนเอง (Character self-blame) เป็นการมุ่งเน้นไปที่การตำหนิตนเอง โทษตนเองเป็นสาเหตุของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เชื่อว่าเป็นเพราะตนเองเหตุการณ์ร้ายจึงเกิดขึ้น การตำหนิตนเองนั้นมีความเชื่อมโยงกับการปรับสภาพจิตใจที่ไม่ดีหรือไม่สมบูรณ์ ก่อให้เกิดความรู้สึกหม่นหมองและมีความเชื่อว่า ไม่มีใครทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นได้

พฤติกรรมตำหนิตนเอง (Behavioral self-blame) เปรียบเสมือนเป็นการรับผิดชอบต่อพฤติกรรมซึ่งความเฉพาเจาะจง ถือเป็นความสำเร็จในการปรับสภาพจิตใจในการยอมรับผลลัพธ์จากสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ผู้ป่วยเกิดโอกาสในการปรับเปลี่ยนและป้องกัน

6.2 ความสัมพันธ์ของการตำหนิตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บมีแนวโน้มตำหนิตนเองว่าเป็นสาเหตุที่นำพาตนเองไปประสบกับอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น เปรียบเสมือนการถูกลงโทษอย่างเลวร้ายและรุนแรง แต่การตำหนิตนเองเป็นหนทางหนึ่งซึ่งใช้เพื่อรักษาและควบคุมความรู้สึกของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บ และช่วยลดความรู้สึกวิตกกังวลของการบาดเจ็บที่จะย้อนกลับมา แต่ในขณะเดียวกันจะทำให้ผู้รอดชีวิต

จากการบาดเจ็บเสียงต่อการมีพยาธิสภาพมากขึ้น โดยบุคคลที่ตอบสนองต่อการบาดเจ็บด้วยการตำหนิตนเอง ถือเป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเชิงลบ

การตำหนิตนเองโดยแท้จริงแล้วเป็นการบาดเจ็บภายใน ที่ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บไม่ได้คำนึงถึง แต่สามารถสร้างความเจ็บปวดให้แก่ตัวผู้ป่วยเองได้ เป็นผลจากการที่ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บยังคงคิดถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา และสิ่งที่ควรพูดหรือทำในขณะนั้นเพื่อให้เกิดความแตกต่างของผลลัพธ์ เกิดเป็นภาพขึ้นภายในจิตใจของบุคคลนั้นตลอดเวลา ดังนั้นจึงมีการนำกฎหมายมาใช้เพื่อให้ผู้รอดชีวิตเกิดการยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น ด้วยความหวังว่าจะสามารถบรรเทาภาระต่างๆ และการตำหนิตนเองให้ลดลงได้ โดยการยึดติดกับภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ

บุคคลที่ใช้กลไกทางจิตตำหนิตนหรือโทษตนเองนั้น จะมองว่าความบกพร่องหรือความผิดพลาดต่างๆเกิดจากตนเองเป็นสาเหตุ โดยจะเริ่มจากการตำหนิตนเองในจิตใจ พัฒนาไปถึงการลงโทษทางกายและรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลร้ายแรงจนนำไปสู่พฤติกรรมการทำร้ายตนเอง (Self - harm) หรือการฆ่าตัวตายได้ (Suicide) การตำหนิตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเองลดลง (Jannof- Bulman & Timko, 1987) สอดคล้องกับการศึกษาของ Fedoroff และคณะ (1992) พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามปกติ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น และการพึ่งพาผู้อื่นจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองลดลง (low self-esteem)

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่า เกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 48 (Merskey et al, 1972) งานวิจัยของ Jorge และคณะ (1993) อ้างถึงในวไลพรธณ เอี่ยมกมล (2556) พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย เช่น น้ำหนักลด เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ ความต้องการทางเพศลดลง แยกตัวออกจากสังคม คุณค่าในตนเองลดลง ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง โกรธง่าย คิดจะฆ่าตัวตายได้

6.3 การประเมินการตำหนิตนเอง

1. แบบสอบถามการมองเห็นคุณค่าในตนเองจากแนวคิดของ Rosenberg (1965) ที่ได้ทำการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินความรู้สึกการเห็นคุณค่าในตนเอง ค่าของความตรงและค่าของความเที่ยง Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .80 และเท่ากับ .79 ตามลำดับ ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย 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 โดยคะแนนร้อยละ 0 - 59 (10 - 23 คะแนน) หมายถึง การมองเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 60 - 79 (24 - 31 คะแนน) หมายถึง การมองเห็นคุณค่าในตนเองระดับ

ปานกลางและคะแนนร้อยละ 80 – 100 (32 – 40 คะแนน) หมายถึง การมองเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูง

2. แบบประเมินการรับรู้ภายหลังได้รับการบาดเจ็บ (Posttraumatic cognitions inventory: PTCI) ของ Foa และคณะ (1999) เป็นการประเมินการรับรู้ทัศนคติที่มีต่อตนเองภายหลังประสบการณ์การได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 33 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การรับรู้ด้านลบที่มีต่อตนเอง ประกอบด้วย ข้อ 2,3,4,5,6,9,12,14,16,17,20,21,24,25, 26,28,29,30,33,35,36, การรับรู้ด้านลบที่มีต่อสิ่งรอบตัว ประกอบด้วย ข้อ 7,8,10,11,18,23,27 และด้านการตำหนิตนเอง ประกอบด้วย ข้อ 1,15,19,22,31

โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือแบบประเมินการรับรู้ภายหลังได้รับการบาดเจ็บ (Posttraumatic cognitions inventory : PTCI) ของ Foa และคณะ (1999) เนื่องจากสามารถประเมินได้อย่างครอบคลุมกับสิ่งที่ผู้วิจัยศึกษา ข้อคำถามอื่นๆได้ประเมินถึงการรับรู้ตนเอง รวมถึงทัศนคติและการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ซึ่งเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันกับการตำหนิตนเองของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะด้วย

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

วันเพ็ญ บูรณวานิช และพรเทพ แพรขาว (2555) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและอาการหลังได้รับการบาดเจ็บศีรษะในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หลังได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยมารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมา จำนวน 177 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะร้อยละ 76.8 อาการปวดศีรษะมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 20.90$ $SD = 3.84$) เมื่อเปรียบเทียบในรายด้านพบว่าด้านที่มีคุณภาพชีวิตดีที่สุดคือด้านครอบครัว ($\bar{x} = 22.21$ $SD = 4.62$) ส่วนด้านที่มีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดคือ ด้านจิตวิญญาณ ($\bar{x} = 19.97$ $SD = 3.85$)

ฉวีวรรณ วรรณทนะ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง จำนวน 111 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ได้แก่ ระดับความพิการของผู้ป่วย ความสามารถของญาติผู้ดูแล และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ร่วมกันอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ 74.8% ($p < .01$)

แสงนวล เขียวประสิทธิ์ (2546) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความหวัง ปัจจัยบางประการ กับความผาสุกของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจำนวน 90 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคม และความหวังในระดับสูง ($\bar{X} = 136.81$, $S.D = 11.32$)

; $\bar{X} = 37.16$, S.D. = 3.18 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนความผาสุกของผู้ป่วยอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 72.44$, S.D. = 13.71) โดยที่การสนับสนุนทางสังคมและความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ($r = .401, .56$, $p < .01$ ตามลำดับ) สำหรับอายุและระยะเวลาหลังการบาดเจ็บไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ($r = -.037, .049$, $p > .05$ ตามลำดับ)

วรรณิษา ตุ่มประเสริฐ และคณะ (2552) ได้ศึกษาความต้องการความผาสุกและการได้รับการดูแลด้านความสุขสบายในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีคะแนนความต้องการความผาสุกและการได้รับการดูแลด้านความสุขสบายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 340.93$ SD = 28.58, $\bar{X} = 326.50$ SD = 30.27 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ($r = -4.67$, $p < .001$) โดยพบว่าคะแนนความต้องการความผาสุกโดยรวมมากกว่าการได้รับการดูแลด้านความสุขสบายโดยรวมและรายด้าน

ธนภรณ์ เปรมสัย (2546) ได้ทำการศึกษาดิตตามการปรับตัวของผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยจำนวน 60 ราย ผลการศึกษาพบว่า สัปดาห์ที่ 8 หลังการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย ผู้ป่วยร้อยละ 61.7 ยังคงมีอาการที่เกิดจากผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยจำนวน 8 รายไม่มีอาการหลังบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 8 และพบว่าหลังการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 8 ผู้ป่วยมีการปรับตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ กล่าวคือ คะแนนกลุ่มอาการหลังบาดเจ็บที่ศีรษะในสัปดาห์ที่ 8 น้อยกว่าคะแนนกลุ่มอาการหลังบาดเจ็บที่ศีรษะในสัปดาห์ที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ และคะแนนผลกระทบจากการบาดเจ็บที่มีผลต่อชีวิตประจำวันในสัปดาห์ที่ 8 น้อยกว่าคะแนนผลกระทบที่มีผลต่อชีวิตประจำวันในสัปดาห์ที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ

พรจันทร์ สุวรรณมนตรี (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางในระยะฟื้นฟูสภาพจำนวน 130 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางมีภาวะสุขภาพดี หรือมีการฟื้นฟูสภาพมากในระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ($\bar{X} = 8.40$) ปัจจัยเรื่องความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ และการมีส่วนร่วมของญาติมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง และระดับต่ำกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.380$, $r = -.266$) และความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.288$)

อาภาพรรณ นามอาษา (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจำนวน 110 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (93.6%) อายุ 15-74 ปี ($\bar{X} = 32.46$, SD = 14.96) สถานภาพสมรสโสด (49.1%) การศึกษาอยู่ในระดับ

ประถมศึกษา (48.2%) อาชีพรับจ้าง (27.3%) ระยะเวลาหลังการบาดเจ็บที่สมองอยู่ในช่วง 3 สัปดาห์ ถึง 8 ปี 9 เดือน ($\bar{X} = 39.05$, $SD = 80.43$) และยังมีปัญหากลุ่มอาการหลังสมองกระทบกระเทือน อยู่ (56.4%) ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่เป็นหญิง (82.7%) และมีสถานะเป็นมารดาของผู้ป่วย (48.2%) สถานภาพทางการเงินของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (36.4%) และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 7.58 ชั่วโมงต่อวัน ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะในการเป็นผู้ดูแล ระยะเวลาหลังการบาดเจ็บมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ($r = -.834$, $p < 0.01$; $r = -.333$, $p < 0.01$; $r = -.177$, $p < 0.05$ ตามลำดับ) และสถานภาพทางการเงินของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ($r = .233$, $p < 0.01$) ซึ่ง ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและระยะเวลาหลังการบาดเจ็บร่วมกันทำนายความผันแปรของภาวะ สุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้ร้อยละ 70.90 ($p < 0.05$)

นิवारรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งแพง (2540) ได้ศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 140 คู่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน และระยะเวลาของการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่สมองที่มีระดับความพิการที่แตกต่างกันมาก มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ (Sheffe's test) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความพิการปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการ และผู้ป่วยที่มีระดับความพิการน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $p < 0.01$) ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการมาก และผู้ป่วยที่มีความพิการไม่รู้สติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีระดับความพิการปานกลาง ระดับความพิการน้อย และไม่มีภาวะพิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สาวตรี จิวังกูร และสงวนสิน รัตนเลิศ (2529) ได้ศึกษาปัญหาทางจิตใจ และสังคมในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรอดชีวิต ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาเรื้อรังทั้งทางจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และปัญหาทางร่างกายหลงเหลืออยู่ และปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางจิตเวชในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ การปรากฏชัดขึ้นของบุคลิกภาพเดิม การเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพไปจากเดิม การเสื่อมลงของสติปัญญาความสามารถ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และโรคจิตภายหลังการบาดเจ็บของสมองรวมถึงการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ซึ่งอาการที่พบได้เสมอ คือ อาการปวดศีรษะ (Persistence headache) และ มึนงง (dizziness) ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานลดลง ส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจของผู้ป่วยโดยตรง ยังมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย

สมทรง บุตรช้วน (2550) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านกับการสูญเสียสมรรถภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บาดเจ็บศีรษะและผู้ดูแลกลุ่มละ 85 ราย ผลการศึกษาพบว่า ณ. วันจำหน่าย รายได้ของครอบครัวผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านที่ผู้ดูแลได้รับไม่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพของผู้บาดเจ็บศีรษะ การปรับตัวโดยรวมและรายด้าน 2 ด้านจาก 4 ด้านของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการสูญเสียสมรรถภาพ 1 ด้าน ($r = -0.218, p < 0.05$; $r = -0.248, p < 0.05$, $r = -0.348, p < 0.01$ ตามลำดับ) นอกจากนี้การปรับตัวรายด้านเพียง 1 ด้านที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการสูญเสียสมรรถภาพโดยรวมและรายด้านเพียง 1 ด้าน ($r = -0.268, p < 0.05$; $r = -0.247, p < 0.05$ ตามลำดับ) 1 เดือนหลังการจำหน่ายรายได้ของครอบครัวผู้ป่วยยังคงไม่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพ แต่การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการสูญเสียสมรรถภาพ รายด้าน 2 ด้าน ($r = -0.288, p < 0.05$; $r = -0.228, p < 0.05$, $r = -0.260, p < 0.05$; $r = -0.293, p < 0.01$ ตามลำดับ) และการปรับตัวของผู้ดูแลเพียง 1 ด้านที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับ 1 ด้านของการสูญเสียสมรรถภาพ ($r = -0.293, p < 0.05$)

อินทิรา ทาเอื้อ (2553) ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยจำนวน 88 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 64.8 อายุเฉลี่ย 36.77 ± 15.53 ปี สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดจากอุบัติเหตุการจราจรมากที่สุด (70.5%) หลังได้รับบาดเจ็บส่วนใหญ่ผู้ป่วยหมดสตินาน 30 นาที หลงลืมเหตุการณ์ชั่วขณะร้อยละ 72.7 กลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนอย่างน้อยหนึ่งอาการหรือมากกว่าร้อยละ 83 การเกิดและระดับความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนพบอาการด้านร่างกายมากที่สุด รองลงมาเป็นอาการด้านพฤติกรรมทางอารมณ์ อาการด้านความรู้สึก และอาการด้านเกี่ยวข้องกับ การมองเห็น ตามลำดับ ส่วนภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกลับพบว่า มีความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ด้านจิตสังคมเป็นอันดับแรก รองลงมาเป็นความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนโดยรวมกับภาวะการทำหน้าที่โดยรวมและรายด้านพบว่า ความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะการทำหน้าที่โดยรวม การทำหน้าที่ด้านจิตสังคมและการทำหน้าที่ด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .597, .697$ และ $.324$; $p < .01$ ตามลำดับ)

รมณฤดี เกลี้ยงดา (2552) ได้ศึกษาประสบการณ์อาการปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย จำนวน 88 ราย ผลการศึกษาพบว่า

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (56.8%) อายุเฉลี่ย 38.4 ± 16.1 ปี สาเหตุของการบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์มากที่สุด (54.5%) ผู้ป่วยเกือบครึ่งมีประสบการณ์อาการปวดศีรษะ (45.5%) และส่วนใหญ่มีอาการปวดศีรษะอยู่ในระดับเล็กน้อย ลักษณะของอาการปวดศีรษะพบแบบปวดเด่นเป็นจังหวะร้อยละ 32.5 แบบตื้อร้อยละ 27.5 แบบบีบร้อยละ 20 แบบมีน้าร้อยละ 15 และแบบจี้ร้อยละ 5 ส่วนใหญ่เลือกวิธีจัดการอาการโดยการรับประทานยาและนอนหลับมากที่สุด และบรรเทาอาการปวดศีรษะได้ในระดับกลาง ผลลัพธ์ของการจัดการอาการได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ในระดับกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม และด้านจิตใจอยู่ในระดับกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.564$ $r = -.517$ $r = -.582$ ที่ $p < .01$)

ปราณี นิพัทธกุลกิจ , ภินวนันท์ นิมิตรพันธ์ และ ประณีต ส่งวัฒนา (2557) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายอย่างน้อย 1 เดือน จำนวน 70 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 41 ปี ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมานานเฉลี่ย 9 เดือน เป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับน้อยมากที่สุด (ร้อยละ 51.4) การบาดเจ็บระดับรุนแรง (ร้อยละ 34.4) ประเมินระดับความพิการหลงเหลือด้วย Glasgow Outcome Score (GOS) พบมีความพิการหลงเหลือระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.7) ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมค่อนข้างสูง ($M = 70.71$, $SD = 14.70$) และอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 62.9) ปัจจัยอื่นๆที่มีความเกี่ยวข้อง พบว่า ระดับความพิการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.30$, $p < 0.05$) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.52$, $p < 0.01$)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Emanuelson และคณะ (2003) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยที่ระยะ 3 เดือนและ 1 ปี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 173 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรปกติ ใช้แบบตรวจสอบกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (Post-concussion checklist) วัดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน และใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต (Short Form 36 Healyh Survey : SF-36) วัดคุณภาพชีวิต ซึ่งมีคะแนน 4 ด้านที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่ ได้แก่ 1) การทำหน้าที่ด้านร่างกาย 2) ข้อจำกัดในบทบาทเนื่องจากการทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับด้านร่างกาย 3) สิ่งขัดขวางต่อการทำกิจกรรมในสังคมจากผลของปัญหาเกี่ยวกับร่างกายและอารมณ์ 4) ข้อจำกัดในบทบาทเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36) มีความ

บกพร่องทุกด้าน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 3 เดือนและ 1 ปี และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนกับคุณภาพชีวิต ($r = -0.68$ ถึง 0.85 , $p < .001$)

Pagulayan และคณะ (2006) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ 1 เดือน 6 เดือน 12 เดือน และ 3-5 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 133 ราย แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยที่วับชอนและบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจะวัดการทำหน้าที่ด้านร่างกายและการทำหน้าที่ด้านจิตสังคม โดยใช้แบบประเมินผลกระทบจากความเจ็บป่วย (The Sick Impact Profile : SIP) พบว่า หลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 1 เดือนจนถึง 3-5 ปี ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมในระยะต้นๆ หลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ หลังจากนั้นการทำหน้าที่ด้านร่างกายจะดีขึ้นภายใน 6 เดือนแรกหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนการทำหน้าที่ด้านจิตสังคมนั้น ไม่แตกต่างกันในทุกช่วงเวลาที่ทำการศึกษา อย่างไรก็ตามงานวิจัยฉบับนี้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่บาดเจ็บที่ศีรษะทุกระดับไม่จำเพาะเจาะจง และศึกษาคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 1 เดือนขึ้นไป

Tomberg และคณะ (2007) ได้ศึกษาวิธีการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม การมองโลกในแง่ดี และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้ศึกษาผู้ป่วย 31 ราย ผู้ป่วย 29 ราย (ร้อยละ 93.5) ใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ และผู้ป่วย 2 ราย ต้องการผู้ช่วยในการดำรงชีวิต แบ่งตามระดับGCS ผู้ป่วย 20 ราย มีการฟื้นตัวที่ดี ผู้ป่วย 11 ราย มีความพิการในระดับปานกลาง ผู้ป่วย 1 ราย (ร้อยละ 33) ไม่เกิดอาการแทรกซ้อน แต่ผู้ป่วย 21 ราย (ร้อยละ 67 เทียบกับร้อยละ 55 ในการศึกษาก่อนหน้านี้) มีอาการแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ได้แก่ ปวดศีรษะ วิงเวียน สมดุลร่างกายถูกรบกวน หงุดหงิด มีปัญหาในด้านความจำและอ่อนแรง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการศึกษา ($r = -0.46-0.63$; $p < .05$) สถานะการจ้างงาน ($r = -0.55 -0.69$; $p < .05$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = -0.45-0.65$; $p < .05$) และสุขภาพทางกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุของผู้ป่วย ($r = -0.48$; $p < .05$) สถานะการจ้างงานก่อนและหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 22 ราย ที่ทำงานและเรียนหนังสือพร้อมกันก่อนได้รับการบาดเจ็บที่สมอง มีผู้ป่วย 12 รายยังถูกจ้างงาน ผู้ป่วย 1 รายถูกเลิกจ้าง 1 รายลาออกจากงาน และผู้ป่วย 8 รายมีภาวะทุพพลภาพจึงไม่สามารถทำงานได้ การปรับเปลี่ยนการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.55-0.69$; $p < .05$) มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ($r = 0.39$; $p = 0.03$) และจำนวนของแหล่งสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.41$; $p < .05$)

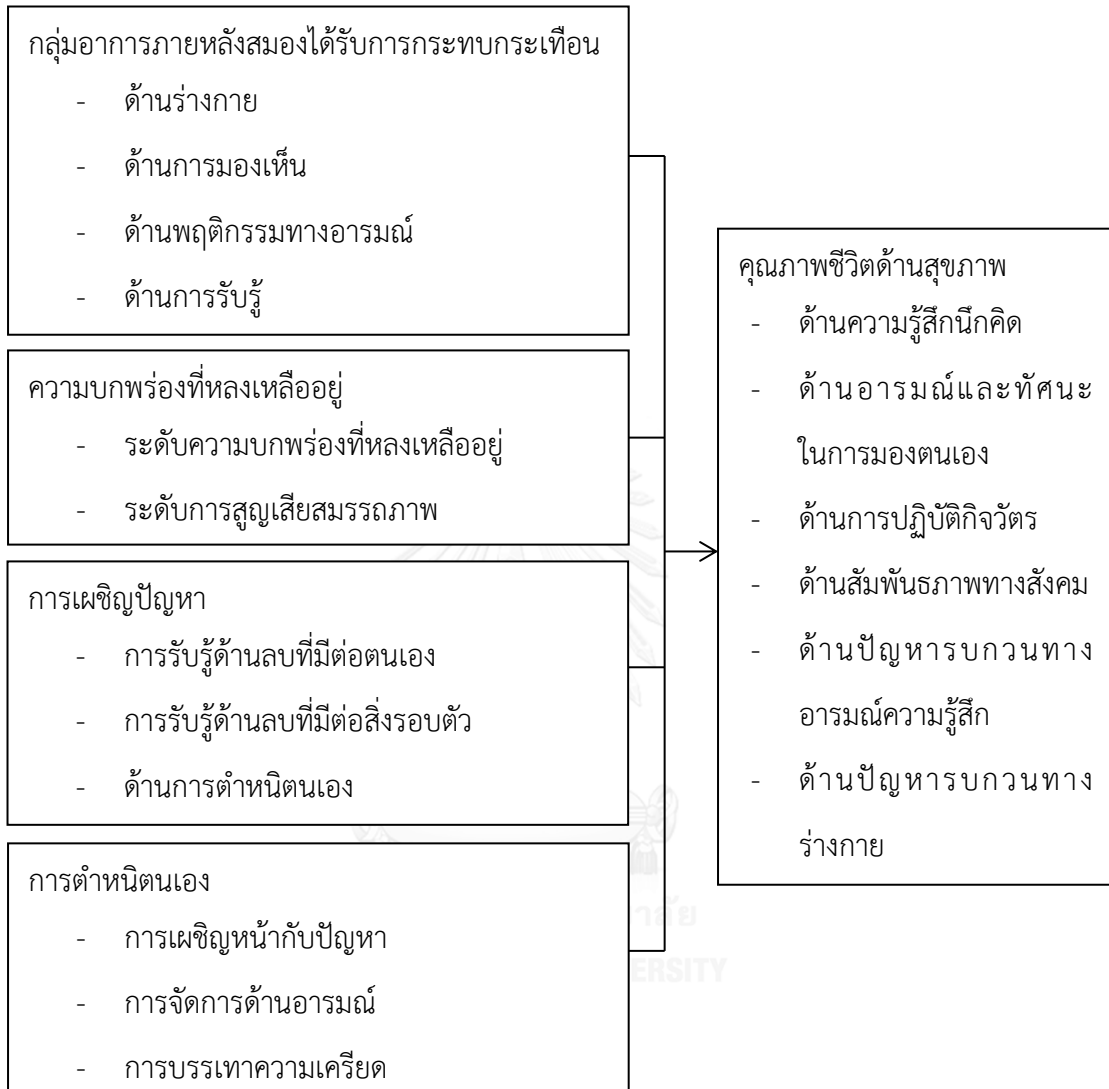
Sasse และคณะ (2014) ได้ศึกษา วิธีการเผชิญความเครียดที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ผลการศึกษาพบว่า มี 2 ปัจจัยที่ช่วยในการ

เผชิญปัญหาต่างๆภายหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง ได้แก่ การแสดงออกหรือการเบี่ยงเบนความสนใจ และการจำนนหรือการยอมรับสภาพ เป็นรูปแบบการเผชิญปัญหาในด้านลบกับทุกๆด้านของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ส่วนการเบี่ยงเบนความสนใจเป็นรูปแบบการเผชิญปัญหาด้านบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยทั้งสองนี้ยังมีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความกังวล ภาวะซึมเศร้า การฟื้นฟูสภาพ สถานะการรับรู้ สถานะทางอารมณ์และความรุนแรงของการบาดเจ็บ ปัจจัยในการเผชิญปัญหาทั้ง 2 ปัจจัยนี้มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกัน รูปแบบการปรับตัวในการเผชิญปัญหาเป็นบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งและควรได้รับการส่งเสริมเช่นกัน

Nury และคณะ (2014) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตภายหลังการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในประเทศอินโดนีเซีย ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 103 ราย ซึ่งได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับเล็กน้อย ปานกลางและรุนแรงในระยะเวลาใกล้เคียงกัน และออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เดือน โดยเครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษา คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (QOLIBRI) ผลของการศึกษาพบว่า ร้อยละ 58 (60ราย) ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับเล็กน้อย และร้อยละ 39 (40ราย) ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับปานกลาง คะแนนจากการประเมินคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะต่ำสุดอยู่ที่ 38 คะแนน และสูงสุดอยู่ที่ 92 คะแนน ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 69 คะแนน มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 60 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 18 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 17 อยู่ในระดับต่ำ คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์มีคะแนนสูงที่สุดในขณะที่ปัญหาด้านร่างกายและการทำหน้าที่มีคะแนนต่ำที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้วิจัยได้ปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ได้มาจาก Conceptual Model of Health-related Quality of Life ของ Ferrans et al. (2005) ได้แก่ กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ การทำหัตถการ และวิธีการเผชิญปัญหา โดยนำมาเขียนกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

8. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ จากปัจจัยดังต่อไปนี้ ได้แก่ กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ การดำเนินตนเอง และวิธีการเผชิญปัญหาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่ มีอายุตั้งแต่ 18 – 59 ปี เพศหญิงและเพศชายที่มาติดตามการรักษา ณ หน่วยตรวจโรคประสาท ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร โดยในปีงบประมาณ 2555 มีจำนวน 570 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่ ที่มาติดตามการรักษา ณ หน่วยตรวจโรคประสาท ศัลยศาสตร์ ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 110 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบ 3 ขั้นตอน (Three – Stage Sampling) ดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$N \geq 10k + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง}, K = \text{จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา})$$

$$N \geq (10 \times 5) + 50 \quad (\text{ศึกษาทั้งหมด 5 ตัวแปร})$$

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลอีกร้อยละ 10 (De Leeuw, Hox, and Dillman, 2008) จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 110 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มสกัดต่างๆของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมี 6 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดนายกรัฐมนตรื โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ และโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ (Cluster Sampling) โดยเลือกสุ่มมา 2 สังกัดจาก 6 สังกัด ซึ่งจากการสุ่มสังกัดได้โรงพยาบาลในสังกัดนายกรัฐมนตรื และสังกัดกระทรวงกลาโหม

ขั้นตอนที่ 2 ทำการสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดทั้ง 2 สังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยเป็นโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ที่มีหน่วยโรคประสาทศัลยศาสตร์

1.2.1 โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี มีโรงพยาบาลตำรวจเพียงแห่งเดียว

1.2.2 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม มี 3 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ทำการสุ่ม 1 ใน 3 โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

2. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล โดยคำนวณตามสัดส่วนประชากรของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งปีของแต่ละโรงพยาบาล (ปีงบประมาณ 2555) พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลตำรวจจำนวน 250 คน และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชจำนวน 320 คน รวมทั้งหมด 570 คน จากนั้นคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลโดยใช้สูตรคำนวณ proportion to size (รุจิเรศ ฐนุรักษ์และคณะ, 2543) ดังนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละ} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} \times \text{จำนวนผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ} \text{ โรงพยาบาลที่ต้องการ}}{\text{ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณตามสัดส่วนประชากรของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งปีของแต่ละโรงพยาบาลที่จะเก็บข้อมูล

โรงพยาบาลที่จะเก็บข้อมูล	ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลตำรวจ	320	62
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	250	48
รวม	570	110

ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยแบบกำหนดเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนด คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

- 1). ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวตามหลักการประเมินคะแนนกลาสโกว์ (Glasgow coma Scale: GCS) โดยไม่น้อยกว่าคะแนนรวม 3 ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล
- 2). ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

3). ผู้ป่วยไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยด้วยแบบประเมิน Mini Mental Status Exam-Thai 2002 (MMSE-Thai 2002) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

กรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน จาก 23 คะแนน
 กรณีที่เรียนจบประถมศึกษา ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน จาก 30 คะแนน
 กรณีที่เรียนจบสูงกว่าประถมศึกษา ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน จาก 30 คะแนน

4). ผู้ป่วยสามารถสื่อสารด้วยการอ่าน การเขียนหรือการฟังได้อย่างเข้าใจ
 เกณฑ์คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ได้แก่

1). ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นในระหว่างตอบแบบสอบถาม เช่น ปวดศีรษะอย่างรุนแรง เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เป็นต้น

2). มีประวัติโรคและอาการทางจิตประสาท เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ หรือโรคทางระบบประสาทอยู่เดิม

4. เลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลตามคุณสมบัติในขั้นตอนที่ 3 จากนั้นทำการเก็บข้อมูลในวันและเวลาที่ได้รับอนุญาตให้มีการเก็บข้อมูล จนครบตามจำนวนของแต่ละโรงพยาบาล ทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2558 ถึงธันวาคม 2558 โดยมีรายละเอียดวันเวลาในการเก็บข้อมูล ดังนี้

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช วันจันทร์ พุธและพฤหัสบดี เวลา 08.00 - 12.00 น.

โรงพยาบาลตำรวจ วันอังคารและศุกร์ เวลา 08.00 - 12.00 น.

จากกลุ่มประชากร 570 คน ทำการคัดเลือกตามเกณฑ์เบื้องต้นพบผู้ป่วยบางส่วนไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีอาการทางจิตประสาทอยู่เดิม มีระดับความรู้สึกตัวตามหลักการประเมินคะแนนกลาสโกว์น้อยกว่า 3 และญาติมาติดตามการรักษาโดยการรับยาแทน ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยผ่านเกณฑ์จำนวน 250 คน และเมื่อได้พบผู้ป่วยในวันเก็บข้อมูล พบผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (MMSE-Thai 2002) จำนวน 35 คน ปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม 25 คน ตอบแบบสอบถามไม่ครบสมบูรณ์ จำนวน 45 คน ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลจนครบจำนวน 110 คน และยุติการเก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ ตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะทางการเงินของครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติดและโรคประจำตัว ดังแสดงผลในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะทางการเงินของครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด โรคประจำตัว (n = 110)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (n = 110)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	82	74.5
หญิง	28	25.5
อายุ (ปี)		
18 – 25 ปี	21	19.1
26 – 35 ปี	26	23.6
36 – 45 ปี	21	19.1
46 – 55 ปี	31	28.2
55 – 59 ปี	11	10.0
$(\bar{x} = 39.39, SD = 12.68)$		
สถานภาพสมรส		
คู่	61	55.5
โสด	40	36.4
หม้าย / หย่า / แยก	9	8.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	4.5
ประถมศึกษา	15	13.6
มัธยมศึกษา / ปวช.	51	46.4
อนุปริญญา / ปวส.	8	7.3
ปริญญาตรี	24	21.8
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	7	6.4

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะทางการเงินของครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด โรคประจำตัว (n = 110) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (n = 110)	ร้อยละ
สถานะทางการเงินของครอบครัว (บาท/เดือน)		
เพียงพอ	81	73.6
ไม่เพียงพอ	29	26.4
น้อยกว่า 10,000 บาท	17	15.5
10,001 – 20,000 บาท	41	37.3
20,001 – 30,000 บาท	28	25.5
มากกว่า 30,001 บาท	24	21.8
อาชีพ		
รับราชการ	31	28.2
ว่างงาน	24	21.8
รับจ้าง	20	18.2
ค้าขาย	13	11.8
อื่นๆ (นักเรียน , นักศึกษา)	11	10.0
รัฐวิสาหกิจ	5	4.5
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	68	61.8
มีโรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	18	16.4
อื่นๆ/หลายโรคร่วมกัน	17	15.5
โรคเบาหวาน	5	4.5
โรคเกาต์	1	0.9
โรคหัวใจ	1	0.9

ตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ การบาดเจ็บร่วมกับระบบ หรือ อวัยวะอื่นๆ ระดับ Glasgow coma Scale: GCS แรกรับ ตำแหน่งของก้อนเลือด และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (n = 110)

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	จำนวน (คน) (n = 110)	ร้อยละ
สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ		
อุบัติเหตุจากรถ		
อุบัติเหตุจากรถยนต์	39	35.5
ขี่จักรยานยนต์	33	30.0
สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (ต่อ)		
หกล้มศีรษะกระแทกพื้น	16	14.5
ถูกทำร้ายร่างกาย	10	9.1
ตกจากที่สูง	9	8.2
อื่นๆ (ศีรษะถูกกระแทกจากสิ่งของ)	3	2.7
การบาดเจ็บร่วมกับระบบ หรือ อวัยวะอื่นๆ		
ไม่มี	45	40.9
มี		
บริเวณใบหน้า	19	17.3
หลายๆบริเวณร่วมกัน	14	12.7
ขา	12	10.9
แขน	11	10.0
ช่องอก	5	4.5
อื่นๆ (บริเวณมือและข้อมือ, ช่องท้อง)	3	2.7
กระดูกสันหลัง	1	0.9
ระดับ Glasgow coma Scale: GCS แรกรับ		
GCS < 8	19	17.3
GCS 9 – 12	29	26.4
GCS 13 – 15	62	56.4

ตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ การบาดเจ็บร่วมกับระบบ หรือ อวัยวะอื่นๆ ระดับ Glasgow coma Scale: GCS แกรับตำแหน่งของก้อนเลือด และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (n = 110) (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	จำนวน (คน) (n = 110)	ร้อยละ
ตำแหน่งของก้อนเลือด		
ไม่มีก้อนเลือดออกในสมอง	36	32.7
มีก้อนเลือดออกในสมอง		
เลือดออกระหว่างสมองและเยื่อหุ้มสมอง	29	26.4
เลือดออกในเนื้อสมอง	16	14.5
ตำแหน่งอื่นๆ/มีก้อนเลือดในหลายบริเวณ	12	10.9
เลือดออกนอกเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก	9	8.2
เลือดออกในเยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง	8	7.3
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
ไม่ได้พักรักษาตัวในโรงพยาบาล	2	1.8
พักรักษาตัวในโรงพยาบาล	108	98.2
1 – 3 วัน	21	19.1
4 – 7 วัน	16	14.5
มากกว่า 7 วันขึ้นไป ถึง 1เดือน	44	40.0
มากกว่า 1 เดือนขึ้นไป	27	24.5
ระยะเวลาได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ		
3 เดือน – 6 เดือน	53	48.2
7 เดือน – 12 เดือน	41	37.3
13 เดือน – 18 เดือน	10	9.1
19 เดือน – 24 เดือน	6	5.5

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น

ฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai 2012) แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2542 เป็นการทดสอบระดับความสามารถของสมอง ในด้านกระบวนการรับรู้ 6 ด้าน คือ การรับรู้เวลา สถานที่ การจดจำ ความตั้งใจ การคำนวณ การใช้ภาษาและการระลึกได้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) สภาพตาดานจิตใจ คือ การแนะนำ ให้รู้จักสถานที่ บุคคล เวลา 2). ความจำและการระลึกได้ คือ สมาธิและการคำนวณ ภาษา ปฏิบัติการตอบการ ตอบสนอง 3). ความสามารถในการเลียนแบบ จำนวน 30 ข้อ (ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะทางการเงินของครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติดและ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเกี่ยวกับประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับสาเหตุการบาดเจ็บ การบาดเจ็บร่วมกับ ระบบหรืออวัยวะอื่นๆ คะแนนกลาสโกว์ (Glasgow coma Scale : GCS) แรกรับ ตำแหน่งของ ก้อนเลือด การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะเวลาที่ออกจาก โรงพยาบาล ซึ่งได้จากการสอบถามจากผู้ป่วยและเวชระเบียนของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ใช้แบบประเมิน The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire ของ King และ คณะ (1995) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยชนภรณ์ เปรมสัย (2546) เป็นแบบสอบถามสำหรับประเมิน ความรุนแรงของกลุ่มอาการหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับกลุ่มอาการด้าน ร่างกาย กลุ่มอาการด้านพฤติกรรมทางอารมณ์ กลุ่มอาการด้านการรับรู้ และกลุ่มอาการด้านการมองเห็น ซึ่งแบบประเมินนี้มีข้อคำถามปลายปิด 16 ข้อคำถามและมีข้อคำถามปลายเปิด 2 ข้อ คำถาม

การคิดคะแนน The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire มีลักษณะการตอบแบบประเมินเป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (Rating scale) มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 4 ระดับ

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	0	หมายถึง	ไม่มีอาการทั้งก่อนและหลังการบาดเจ็บ
คะแนน	1	หมายถึง	มีอาการหลังการบาดเจ็บ แต่รู้สึกว่าเป็นปัญหา
คะแนน	2	หมายถึง	มีอาการหลังการบาดเจ็บ และรู้สึกว่าเป็นปัญหาเล็กน้อย
คะแนน	3	หมายถึง	มีอาการหลังการบาดเจ็บ และรู้สึกว่าเป็นปัญหาปานกลาง
คะแนน	4	หมายถึง	มีอาการหลังการบาดเจ็บ และรู้สึกว่าเป็นปัญหามาก

การแปลผลคะแนน ถ้ามีคะแนนรวมสูง หมายถึงมีความรุนแรงและมีปัญหามาก และคะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความรุนแรงและปัญหาน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมดไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก่ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท	1 คน
พยาบาลเฉพาะทางด้านระบบประสาท	2 คน
อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่	2 คน

ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ใช้เกณฑ์ค่า $CVI \geq .80$ (Polit & Hungler, 1999) โดยคำนวณค่า CVI จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามศัพท์ กำหนดระดับความคิดเห็น 4 ระดับ ดังนี้

4	หมายถึง	ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์มาก
3	หมายถึง	ข้อคำถามค่อนข้างมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์
2	หมายถึง	ข้อคำถามมีความสอดคล้องน้อยกับนิยามศัพท์
1	หมายถึง	ข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์

คำนวณโดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิ (คน) ให้คะแนนค่อนข้างสอดคล้อง / สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่า CVI เท่ากับ 0.87

1.2 ประเด็นที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา ดังนี้

ข้อคำถาม “รู้สึกไวต่อเสียง” แก้ไขเป็น “รู้สึกไวต่อเสียงรบกวน”

ข้อคำถาม “รู้สึกสู้แสงไม่ได้” แก้ไขเป็น “รู้สึกตาสู้แสงไม่ได้”

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว มาตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่มีคุณสมบัติตรงตามวัตถุประสงค์และใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 คน และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 110 คน นำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ดังนี้

แบบประเมิน	Cronbach's coefficient alpha ทดลองใช้ 30 คน	Cronbach's coefficient alpha เก็บรวบรวมข้อมูล 110 คน
กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน	.80	.91

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความบกพร่องที่เหลืออยู่ โดยใช้แบบประเมิน Injury Impairment Scale (IIS) and Injury Disability Scale (IDS) ของ States และคณะ (1990) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยผู้วิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1). ด้านการประเมินระดับความบกพร่องภายหลังการได้รับบาดเจ็บ (Injury Impairment Scale: IIS) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะการเคลื่อนไหวและความคล่องตัว, การรับรู้และสภาพจิตใจ, การเสริมแต่งเพื่อปกปิดความผิดปกติ, การรับรู้ความรู้สึก, การรับรู้ความเจ็บปวด, ความรู้สึกทางเพศและสมรรถภาพทางเพศ มี 9 ข้อคำถาม

การคิดคะแนน

ด้านลักษณะการเคลื่อนไหวและความคล่องตัว ประกอบด้วยเกณฑ์ 6 ระดับ ตั้งแต่ 0 – 5 โดย 0 หมายถึง ปกติ และ 5 หมายถึง อยู่ในสภาพไม่รู้สึกตัว (coma)

ด้านการรับรู้และสภาพจิตใจ ประกอบด้วยเกณฑ์ 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 – 4 โดย 0 หมายถึง ปกติ และ 5 หมายถึง อยู่ในสภาพไม่รู้สึกตัว (coma)

ด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน ด้านการผ่าตัดเสริมแต่งเพื่อปกปิดความผิดปกติ ด้านการรับรู้ความรู้สึก และด้านการรับรู้รส-การได้กลิ่น ประกอบด้วยเกณฑ์ 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 – 3 โดย 0 หมายถึง ปกติ และ 3 หมายถึง มีระดับความบกพร่องรุนแรง

ด้านความรู้สึทางเพศและสมรรถภาพทางเพศ ประกอบด้วยเกณฑ์ 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 – 3 โดย 0 หมายถึง ปกติ และ 3 หมายถึง สูญเสียสมรรถภาพทางเพศ

2). ด้านการประเมินระดับการสูญเสียสมรรถภาพ (Injury Disability Scale: IDS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองเกี่ยวกับระดับการไร้ความสามารถขณะปัจจุบันว่าเป็นอย่างไร

การคิดคะแนน

คะแนน 0 หมายถึง ปกติ (สามารถทำงานและกิจกรรมเสริมอื่นๆ ได้ตามปกติ)

คะแนน 1 หมายถึง เล็กน้อย (ช่วยเหลือตัวเองได้และทำกิจกรรมอื่นๆ ได้เล็กน้อย)

คะแนน 2 หมายถึง ปานกลาง (ช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ไม่สามารถทำกิจกรรมเสริมได้)

คะแนน 3 หมายถึง นำเป็นห่วง (ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แต่ต้องการผู้ดูแลในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน)

คะแนน 4 หมายถึง รุนแรง (อาศัยอยู่บ้านกับผู้ดูแลอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง หรือต้องมีผู้ดูแลเวลาออกไปซื้อของหรือจัดเตรียมอาหารและยา)

คะแนน 5 หมายถึง รุนแรงมาก (ต้องได้รับการดูแลอย่างเต็มที่ที่บ้าน พร้อมมีผู้ช่วยอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง หรือต้องได้รับการดูแลจากศูนย์ในการทำกิจกรรมการต่างๆ)

คะแนน 6 หมายถึง ร้ายแรงที่สุด (ต้องได้รับการดูแลจากศูนย์ในการช่วยเหลือ สำหรับการดำเนินชีวิตประจำวัน)

การแปลผลคะแนน แบบประเมินความบกพร่องที่เหลืออยู่ แปลระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าคะแนนระหว่าง 0 – 11.67 หมายถึง มีความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ระดับเล็กน้อย ค่าคะแนนระหว่าง 11.68 – 23.35 หมายถึง มีความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ระดับปานกลาง และค่าคะแนนระหว่าง 23.36 – 35 หมายถึง มีความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ระดับมาก

การพัฒนาเครื่องมือและตรวจคุณภาพแบบประเมินความบกพร่องที่เหลืออยู่ มีขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยนำแบบประเมิน Injury Impairment Scale (IIS) and Injury Disability Scale (IDS) มาเข้ากระบวนการในการแปลแบบประเมินจากภาษาต่างประเทศเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ (Translation / Back Translation) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตรงกันของความหมาย (Semantic equivalence) ของทั้งสองภาษา (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2554) ซึ่งแบบประเมินต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษ ผู้วิจัยให้ผู้แปลที่เชี่ยวชาญสองภาษา คนที่ 1 แปลเครื่องมือวิจัยจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และผู้แปลที่เชี่ยวชาญสองภาษา คนที่ 2 แปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความสอดคล้องถูกต้องตรงกันของภาษาก่อนที่จะนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความบกพร่องที่เหลื่ออยู่

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมดไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก่ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท	1 คน
พยาบาลเฉพาะทางด้านระบบประสาท	2 คน
อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่	2 คน

ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ใช้เกณฑ์ค่า $CVI \geq .80$ (Polit & Hungler, 1999) ผลการคำนวณได้ค่า CVI เท่ากับ 0.77

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา ดังนี้

ทุกข้อคำถามในส่วนที่ 1 ควรเพิ่มข้อความ “ท่านคิดว่า.....ของท่านเป็นอย่างไร”

ข้อคำถามที่ 6 ควรขยายความข้อคำถามให้ชัดเจน เป็น “ท่านคิดว่าการรับรู้ความรู้สึก เช่น ร้อน เย็น ของท่านเป็นอย่างไร”

คำตอบในส่วนที่ 2 “ร้ายแรงที่สุด” ปรับการเขียนอธิบายเป็น “ร้ายแรงที่สุด (ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในการดำเนินชีวิตประจำวัน)”

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความบกพร่องที่เหลื่ออยู่ ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว มาตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่มีคุณสมบัติตรงตามวัตถุประสงค์และใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 คน และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 110 คน นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ดังนี้

แบบประเมิน	Cronbach's coefficient alpha ทดลองใช้ 30 คน	Cronbach's coefficient alpha เก็บรวบรวมข้อมูล 110 คน
ความบกพร่องที่เหลื่ออยู่	.84	.83

ส่วนที่ 5 แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา โดยใช้แบบประเมิน Coping Strategies Questionnaire ของจาโลวิกฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 ฉบับภาษาไทยแปลโดยนิตยา สุทธยากร (2531)

ลักษณะของแบบประเมินประกอบด้วย ข้อความที่เป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียด จำนวน 36 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ

การเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 2,5,11,15,16,17,22,27,29,31,32,34 และ 36

การจัดการด้านอารมณ์ 9 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1,6,9,12,13,19,21,23 และ 24

การบรรเทาความเครียด 14 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 3,4,7,8,10,14,18,20,25,26 28,30,33 และ35

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 36 – 80คะแนน ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการใช้วิธีการเผชิญความเครียด ดังนี้

ถ้าเลือก ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหา	ได้	1	คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดนานๆครั้ง	ได้	2	คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดบางครั้ง	ได้	3	คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดบ่อยครั้ง	ได้	4	คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดเกือบทุกครั้ง	ได้	5	คะแนน

การแปลผลคะแนนทำได้ 2 วิธี คือ

คะแนนจริง (Raw score) คือ คะแนนรวมที่ได้จากคะแนนรายข้อ คะแนนยิ่งมาก หมายถึง ผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดจากวิธีต่างๆมาก คะแนนรวมของการเผชิญความเครียด อยู่ระหว่าง 36-180 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับการใช้การเผชิญความเครียดดังนี้

ใช้การเผชิญความเครียดรายข้อน้อย	หมายถึง	ค่าคะแนน 36-84
ใช้การเผชิญความเครียดรายข้อปานกลาง	หมายถึง	ค่าคะแนน 85-132
ใช้การเผชิญความเครียดรายข้อมาก	หมายถึง	ค่าคะแนน 133-180

คะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) คือ ค่าที่ได้จากการคำนวณสัดส่วนของค่าเฉลี่ย การเผชิญความเครียดแต่ละด้านต่อผลรวมค่าเฉลี่ยการเผชิญความเครียดจากทุกด้าน คะแนนสัดส่วน ไตมาก หมายถึงผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆมาก เมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ ซึ่งคะแนน สัมพัทธ์คำนวณได้จากสูตรดังนี้

เมื่อ	XR	=	ค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ของวิธีการเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน
	MC	=	ค่าเฉลี่ยทางด้านการเผชิญปัญหา
	ME	=	ค่าเฉลี่ยทางด้านการจัดการทางอารมณ์
	MP	=	ค่าเฉลี่ยทางด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม
	XR	=	$MP / (MP + ME + MC)$

คะแนนสัมพัทธ์ในแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 0-1 โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับ การใช้วิธีการเผชิญความเครียดในด้านนั้นๆ ดังนี้

ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆ น้อย	หมายถึง	ค่าคะแนน 0.01-0.33
ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆ ปานกลาง	หมายถึง	ค่าคะแนน 0.34-0.67
ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆ มาก	หมายถึง	ค่าคะแนน 0.68-1.00

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมดไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก่ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท	1 คน
พยาบาลเฉพาะทางด้านระบบประสาท	2 คน
อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่	2 คน

ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ใช้เกณฑ์ค่า $CVI \geq .80$ (Polit & Hungler, 1999) ผลการคำนวณได้ค่า CVI เท่ากับ 1

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว มาตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่มีคุณสมบัติตรงตามวัตถุประสงค์และใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 คน และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 110 คน นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ดังนี้

แบบประเมิน	Cronbach's coefficient alpha ทดลองใช้ 30 คน	Cronbach's coefficient alpha เก็บรวบรวมข้อมูล 110 คน
วิธีการเผชิญปัญหา	.80	.87

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการตำหนิตนเอง โดยใช้แบบประเมิน Posttraumatic cognitions inventory (PTCI) ของ Foa และคณะ (1999) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยเอง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 33 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

การรับรู้ด้านลบที่มีต่อตนเอง ได้แก่ ข้อ 2,3,4,5,6,9,12,14,16,17,20,21,24,25,
26,28,29,30,33,35,36,

การรับรู้ด้านลบที่มีต่อสิ่งรอบตัว ได้แก่ ข้อ 7,8,10,11,18,23,27

ด้านการตำหนิตนเอง ได้แก่ ข้อ 1,15,19,22,31

การคิดคะแนน (ให้ตัดข้อคำถาม 13, 32, 34 ไม่นำมาคิดคะแนน)

คะแนน 1	หมายถึง	ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยทั้งหมด
คะแนน 2	หมายถึง	ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
คะแนน 3	หมายถึง	ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยเล็กน้อย
คะแนน 4	หมายถึง	ท่านรู้สึกเห็นด้วยปานกลาง
คะแนน 5	หมายถึง	ท่านรู้สึกเห็นด้วยเล็กน้อย
คะแนน 6	หมายถึง	ท่านรู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง
คะแนน 7	หมายถึง	ท่านรู้สึกเห็นด้วยทั้งหมด

โดยนำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน (Total Score) และคิดคะแนน รายด้าน ดังนี้

การรับรู้ด้านลบที่มีต่อตนเอง	:	คะแนนรวมทั้งหมด ÷ 21
การรับรู้ด้านลบที่มีต่อสิ่งรอบตัว	:	คะแนนรวมทั้งหมด ÷ 7
ด้านการตำหนิตนเอง	:	คะแนนรวมทั้งหมด ÷ 5
และนำผลลัพธ์ 1 + 2 + 3 เท่ากับ คะแนนทั้งหมดของผู้ป่วย		

การแปลผลคะแนน แบบประเมินการตำหนิตนเอง แปลระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าคะแนนระหว่าง 33 - 99 หมายถึง มีการตำหนิตนเองอยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนนระหว่าง 99.01 - 165.01 หมายถึง มีการตำหนิตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และค่าคะแนน 165.02 - 231 หมายถึง มีการตำหนิตนเองอยู่ในระดับสูง

การพัฒนาเครื่องมือและตรวจคุณภาพแบบประเมินการตำหนิตนเอง มีขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยนำแบบประเมิน Posttraumatic cognitions inventory (PTCI) มาเข้ากระบวนการในการแปลแบบประเมินจากภาษาต่างประเทศเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ (Translation / Back Translation) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตรงกันของความหมาย (Semantic equivalence) ของทั้งสองภาษา (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554) ซึ่งแบบประเมินต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษ ผู้วิจัยให้ผู้แปลที่เชี่ยวชาญสองภาษา คนที่ 1 แปลเครื่องมือวิจัยจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และผู้แปลที่เชี่ยวชาญสองภาษา คนที่ 2 แปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์

ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความสอดคล้องถูกต้องตรงกันของภาษาก่อนที่จะนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการดำเนินตนเอง

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมดไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท	1 คน
พยาบาลเฉพาะทางด้านระบบประสาท	2 คน
อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่	2 คน

ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ใช้เกณฑ์ค่า CVI \geq .80 (Polit & Hungler, 1999) ผลการคำนวณได้ค่า CVI เท่ากับ 0.81

1.2 ประเด็นที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา ดังนี้

ข้อคำถามที่ 2 แก้ข้อความเป็น “ฉันเชื่อว่า ฉันไม่สามารถทำสิ่งที่ถูกต้องได้”

ข้อคำถามที่ 10 แก้ข้อความเป็น “ฉันไม่สามารถรู้ได้ว่าใครจะเป็นอันตรายต่อฉัน”

ข้อคำถามที่ 14 แก้ข้อความเป็น “ถ้าฉันคิดถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ฉันจะไม่สามารถจัดการสิ่งต่างๆได้”

ข้อคำถามที่ 16 แก้ข้อความเป็น “ความรู้สึกของฉันตั้งแต่เกิดเหตุการณ์ เหมือนฉันกำลังเป็นคนบ้า”

ข้อคำถามที่ 28 แก้ข้อความเป็น “ชีวิตของฉันถูกทำลายลงจากอุบัติเหตุอันเลวร้าย”

ข้อคำถามที่ 31 แก้ข้อความเป็น “มีอะไรบางอย่างเกี่ยวกับตัวฉัน เป็นสิ่งที่ทำให้เหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้น”

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการดำเนินตนเอง ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว มาตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่มีคุณสมบัติตรงตามวัตถุประสงค์และใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาล

สำรวจ จำนวน 30 คน และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 110 คน นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ดังนี้

แบบประเมิน	Cronbach's coefficient alpha ทดลองใช้ 30 คน	Cronbach's coefficient alpha เก็บรวบรวมข้อมูล 110 คน
การดำหนิตนเอง	.89	.94

ส่วนที่ 7 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Quality of Life after Traumatic Brain Injury (QOLIBRI) แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย

เครื่องมือฉบับนี้ประกอบด้วย 2 มิติย่อย ได้แก่ มิติที่ 1 เกี่ยวกับความพึงพอใจที่มีต่อตนเอง และสัมพันธภาพทางสังคม และมิติที่ 2 เกี่ยวกับความรู้สึกถึงปัญหาที่รบกวนด้านร่างกาย และอารมณ์ความรู้สึก มีข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ (Von Steinbüchel, Wilson, Hawthorne, & Schmidt, 2010a) ครอบคลุมทั้งหมด 6 ด้าน ดังนี้

มิติที่ 1: ความพึงพอใจที่มีต่อตนเอง และสัมพันธภาพทางสังคม มีทั้งหมด 27 ข้อ

ด้านความรู้สึกนึกคิด ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม เกี่ยวกับการมีสมาธิ การรู้จักตนเอง ความจำการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ จุดมุ่งหมายในชีวิตและความคิด

ด้านอารมณ์และทัศนคติในการมองตนเอง ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม เกี่ยวกับพลังงาน แรงจูงใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง รูปลักษณ์ การบรรลุเป้าหมาย การรับรู้ตนเอง และอนาคตของตนเอง

ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม เกี่ยวกับความเป็นอิสระในการดำรงชีวิต ความสามารถในการแสดงความต้องการ การทำกิจกรรมต่างๆ การบริหารจัดการการเงิน การมีส่วนร่วมในการทำงาน การมีส่วนร่วมทางสังคม และความเปลี่ยนแปลงชีวิต

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม เกี่ยวกับความรัก ครอบครัว เพื่อน คู่ชีวิต เพศและทัศนคติต่อสิ่งอื่นๆ

การคิดคะแนน ลักษณะการตอบแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า Likert scale โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1	หมายถึง	ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2	หมายถึง	ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วย
3	หมายถึง	ท่านรู้สึกเฉยๆ
4	หมายถึง	ท่านรู้สึกเห็นด้วย
5	หมายถึง	ท่านรู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง

มิตินี้ 2: ความรู้สึกไม่พึงพอใจปัญหาที่รบกวนด้านร่างกายและอารมณ์ความรู้สึก ทั้งหมด 10 ข้อ

ด้านร่างกาย ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม เกี่ยวกับความเหงา ความเบื่อหน่าย ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความโกรธ/ความก้าวร้าว

ด้านอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม เกี่ยวกับความล่าช้า/งุ่มง่าม การบาดเจ็บอื่นๆ ความเจ็บปวด การมองเห็น/การได้ยิน และผลกระทบจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

การคิดคะแนน มีการปรับค่าคะแนนในส่วนของมิตินี้ 2 เป็นทิศทางตรงกันข้าม เพื่อการสื่อความหมายที่ถูกต้องและเข้าใจง่าย โดยลักษณะการตอบแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert scale โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5	หมายถึง	ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4	หมายถึง	ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วย
3	หมายถึง	ท่านรู้สึกเฉยๆ
2	หมายถึง	ท่านรู้สึกเห็นด้วย
1	หมายถึง	ท่านรู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผลคะแนน โดยหาค่าเฉลี่ยของตัวแปรแต่ละด้าน (ค่าคะแนนที่ได้อยู่ในช่วง 1 – 5 คะแนน) ที่คำนวณได้ ลบด้วย 1 แล้วนำมาคูณด้วย 25 จะได้ค่าคะแนนใหม่อยู่ในช่วง 0 – 100 คะแนน ตามหลักเกณฑ์ของเครื่องมือนี้ (von Steinbuchel et al., 2010) และนำค่าคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ดังนี้ ค่าคะแนนระหว่าง 0 – 33.32 หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตต่ำ ค่าคะแนนระหว่าง 33.33 – 66.66 หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง และค่าคะแนนระหว่าง 66.67 – 100 หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตสูง

การพัฒนาเครื่องมือและตรวจคุณภาพแบบประเมินการดำเนินชีวิตตนเอง มีขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยนำแบบประเมิน Quality of Life after Traumatic Brain Injury (QOLIBRI) มาเข้ากระบวนการในการแปลแบบประเมินจากภาษาต่างประเทศเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ (Translation / Back Translation) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตรงกันของ ความหมาย (Semantic equivalence) ของทั้งสองภาษา (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2554) ซึ่งแบบประเมินต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษ ผู้วิจัยให้ผู้แปลที่เชี่ยวชาญสองภาษา คนที่ 1 แปลเครื่องมือวิจัยจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และผู้แปลที่เชี่ยวชาญสองภาษา คนที่ 2 แปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความสอดคล้องถูกต้องตรงกันของภาษาก่อนที่จะนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมดไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก่ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท	1 คน
พยาบาลเฉพาะทางด้านระบบประสาท	2 คน
อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่	2 คน

ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ใช้เกณฑ์ค่า $CVI \geq .80$ (Polit & Hungler, 1999) ผลการคำนวณได้ค่า CVI เท่ากับ 0.81

1.2 ประเด็นที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา ดังนี้

1.2.1. ก่อนขึ้นข้อความในแต่ละด้านของความรู้สึกพึงพอใจ (ก-ง) ควรมีคำว่า “ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจ.....” และก่อนขึ้นข้อความในแต่ละด้านของความรู้สึกไม่พึงพอใจ (จ-ฉ) ควรมีคำว่า “ท่านมีความรู้สึกไม่พึงพอใจ.....”

1.2.2. มาตรวัดที่ใช้ควรเป็นมาตรวัดเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย และสะดวกในการตอบคำถาม แก้ไขเป็น “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “ไม่เห็นด้วย” “เฉยๆ” “เห็นด้วย” “เห็นด้วยอย่างยิ่ง”

1.2.3 ด้าน ก. ข้อ 1. ปรับเปลี่ยนเป็น “ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจ ที่สามารถตั้งใจกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ เช่น เมื่ออ่านหนังสือ หรือติดตามบทสนทนา”

ข้อ 2. ปรับเปลี่ยนเป็น “ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจ ในการแสดงออกของตนเอง ในขณะที่สนทนากับผู้อื่น”

ด้าน ข. ข้อ 1. ปรับเปลี่ยนเป็น “ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจ ในระดับความกระตือรือร้นของตนเอง”

ข้อ 4. ปรับเปลี่ยนเป็น “ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจในรูปร่างลักษณะของตนเอง”

ด้าน จ. ข้อ 1. ปรับเปลี่ยนเป็น “ท่านรู้สึกไม่พึงพอใจ เมื่อเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวขึ้น ทั้งๆในขณะที่ท่านอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ”

ข้อ 2. ปรับเปลี่ยนเป็น “ท่านรู้สึกไม่พึงพอใจ เมื่อเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายขึ้น”

ด้าน ฉ. ข้อ 5. ปรับเปลี่ยนเป็น “ท่านรู้สึกไม่พึงพอใจในผลกระทบที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะโดยรวม”

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว มาตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่มีคุณสมบัติตรงตามวัตถุประสงค์และใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 คน และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 110 คน นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ดังนี้

แบบประเมิน	Cronbach's coefficient alpha ทดลองใช้ 30 คน	Cronbach's coefficient alpha เก็บรวบรวมข้อมูล 110 คน
แบบประเมินคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพ	.94	.91

ตารางที่ 4 สรุปค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยงภายในของแบบประเมิน

แบบประเมิน	จำนวนข้อ	ค่าความตรง	ค่าความเที่ยง	
			กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มตัวอย่างจริง (n=110)
1.แบบประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมอง ได้รับการกระทบกระเทือน The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire	18	0.87	0.80	0.91
2.แบบประเมินความบกพร่องที่เหลืออยู่ Injury Impairment Scale and Injury Disability Scale	10	0.77	0.84	0.83
3.แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา Coping Strategies Questionnaire	36	1	0.80	0.87
4.แบบประเมินการตำหนิตนเอง Posttraumatic cognitions inventory	36	0.81	0.89	0.94
5.แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Quality of Life after Traumatic Brain Injury	37	0.81	0.94	0.91

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำหนังสืออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล และการขอรับการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาล

ตารางที่ 5 แสดงการพิจารณาและรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	วันที่ผ่านการพิจารณา	ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล
โรงพยาบาลตำรวจ	8 กันยายน 2558	ตุลาคม 2558 – ธันวาคม 2558
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	5 ตุลาคม 2558	ตุลาคม 2558 – ธันวาคม 2558

เมื่อการศึกษาครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผู้วิจัยปฏิบัติตามข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน ใช้หลักเคารพในเกียรติบุคคล (Respect for human dignity) โดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และการให้การรักษาพยาบาล ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเอกสารยินยอม (Consent form) เข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ

โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงที่ร้ายแรงต่อผู้เข้าร่วมวิจัย แต่อาจทำให้เสียเวลาเพื่อใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 – 45 นาที ผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยก่อนทุกครั้งว่าต้องการให้ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้ฟังหรือไม่ เนื่องจากจำนวนข้อคำถามค่อนข้างมาก หากกลุ่มตัวอย่างต้องการอ่านด้วยตนเอง หากเกิดข้อสงสัยสามารถซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และในระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยล้ามาก ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ผู้ป่วยสามารถหยุดพักได้ แต่หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัดใจ ไม่ประสงค์จะทำแบบสอบถามต่อ ผู้วิจัยรักษาสีติของผู้ป่วยโดยการยุติการตอบแบบสอบถาม และหากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เช่น ปวดศีรษะ แน่นหน้าอกหรือมีอาการหายใจลำบาก ผู้วิจัยรายงานพยาบาลประจำแผนกทราบทันที เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลรักษาต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย / การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บเครื่องมือวิจัยด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชและโรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาล ทั้ง 2 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และศึกษาประวัติกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน พร้อมทั้งติดต่อประสานงาน ขอดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของแต่ละโรงพยาบาล ได้แก่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชและโรงพยาบาลตำรวจ

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและจริยธรรมผ่านเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้วิจัยพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม หน่วยตรวจพิเศษระบบประสาทและสมอง กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช แผนกห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม และโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม เพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขออนุญาตในการสำรวจรายชื่อและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

3.1 ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อและจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และรวบรวมรายชื่อผู้ป่วย

3.2 ศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้าก่อนหนึ่งวัน

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ในขณะที่ผู้ป่วยมารับการตรวจจากแพทย์ ที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม หน่วยตรวจพิเศษระบบประสาทและสมอง กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช แผนกห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับชื่อการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้ป่วย

ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร พิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยโดยระหว่างที่เข้าร่วมการวิจัยผู้ป่วยสามารถขอยุติหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาตามรายละเอียดในเอกสารที่ชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

4.1 เมื่อผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai 2002) ผู้ป่วยที่สามารถผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4.2 ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดแบบสอบถาม พร้อมอธิบายวิธีการตอบคำถาม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบคำถาม 30 – 45 นาที หากผู้ป่วยต้องการเว้นช่วงหยุดพักขณะทำแบบสอบถามก็สามารถทำได้ ผู้ป่วยสามารถหยุดหรือยุติการให้ข้อมูลและถอนตัวได้ตลอดเวลา และหากถึงเวลาผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและติดตามผลการรักษาจากแพทย์ ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาและติดตามผลการรักษาจากแพทย์ได้ทันที ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกเองโดยศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

4.3 ในระหว่างที่ผู้ป่วยตอบบทสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามแล้วมีข้อสงสัยผู้ป่วยสามารถซักถามผู้วิจัยเพิ่มเติมได้ และหากผู้ป่วยมีความรู้สึกอึดปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้หรืออาเจียน โดยหากพบว่ามีอาการดังกล่าวผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยพักสักครู่หนึ่งจนกว่าอาการจะดีขึ้น หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีที่จะตอบแบบสอบถามต่อไป ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์จนจบข้อความในแบบสอบถาม แต่หากผู้เข้าร่วมวิจัยพักแล้วอาการไม่ดีขึ้นผู้วิจัยจะประสานแพทย์ เพื่อให้การรักษาพยาบาลต่อไป

4.4 เมื่อเสร็จสิ้นการตอบบทสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามแต่ละฉบับด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป พร้อมกำกับแต่ละชุดแบบสอบถามด้วยรหัส และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.5 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะการทำงาน สถานะทางการเงินของครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติดและโรคประจำตัว โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ สาเหตุการบาดเจ็บ การบาดเจ็บร่วมกับระบบหรืออวัยวะอื่น คะแนนกลาสโกว์ (Glasgow coma Scale: GCS) แรกรับ ตำแหน่งของ

ก่อนเลือด การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะเวลาที่ออกจากโรงพยาบาล โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ภายหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง วิธีการเผชิญปัญหา การดำเนินตนเอง และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. การวิเคราะห์อำนาจในการทำนายปัจจัย ได้แก่ กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ วิธีการเผชิญปัญหา การดำเนินตนเองกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) แบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Selection)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ วิธีการเผชิญความเครียด การดำเนินตนเอง ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18-59 ปี ที่มาติดตามการรักษา ณ หน่วยตรวจโรคประสาท ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำอธิบาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ในเขตกรุงเทพมหานคร ดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 6 และตารางที่ 7

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 8 ถึงตารางที่ 10

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ วิธีการเผชิญปัญหาและการดำเนินตนเอง ดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 11 ถึงตารางที่ 17

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายจากกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ วิธีการเผชิญปัญหาและการดำเนินตนเอง ดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 18 และตารางที่ 19

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ในเขตกรุงเทพมหานคร

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะทางการเงินของครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด โรคประจำตัว (n = 110)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (n = 110)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	82	74.5
หญิง	28	25.5
อายุ (ปี)		
18 – 25 ปี	21	19.1
26 – 35 ปี	26	23.6
36 – 45 ปี	21	19.1
46 – 55 ปี	31	28.2
55 – 59 ปี	11	10.0
$(\bar{X} = 39.39, SD = 12.68)$		
สถานภาพสมรส		
คู่	61	55.5
โสด	40	36.4
หม้าย / หย่า / แยก	9	8.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	4.5
ประถมศึกษา	15	13.6
มัธยมศึกษา / ปวช.	51	46.4
อนุปริญญา / ปวส.	8	7.3
ปริญญาตรี	24	21.8
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	7	6.4

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะทางการเงินของครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด โรคประจำตัว (n = 110) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (n = 110)	ร้อยละ
สถานะทางการเงินของครอบครัว (บาท/เดือน)		
เพียงพอ	81	73.6
ไม่เพียงพอ	29	26.4
น้อยกว่า 10,000 บาท	17	15.5
10,001 – 20,000 บาท	41	37.3
20,001 – 30,000 บาท	28	25.5
มากกว่า 30,001 บาท	24	21.8
อาชีพ		
รับราชการ	31	28.2
ว่างงาน	24	21.8
รับจ้าง	20	18.2
ค้าขาย	13	11.8
อื่นๆ (นักเรียน , นักศึกษา)	11	10.0
รัฐวิสาหกิจ	5	4.5
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	68	61.8
มีโรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	18	16.4
อื่นๆ/หลายโรคร่วมกัน	17	15.5
โรคเบาหวาน	5	4.5
โรคเกาต์	1	0.9
โรคหัวใจ	1	0.9

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 46 - 55 ปี ($\bar{X} = 39.39$, $SD = 12.69$) สถานภาพคู่ ระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี สถานะทางการเงินต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 - 20,000 บาท เพียงพอต่อการดำรงชีวิต (ร้อยละ 81) ภายหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง และกลุ่มตัวอย่าง 24 คน (ร้อยละ 21.8) ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดั้งเดิม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยาเสพติดต่างๆ แต่มีบางส่วนที่ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่ (ร้อยละ 4.5) และดื่มสุรา (ร้อยละ 8.2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 68) แต่ร้อยละ 18 เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาร้อยละ 5 เป็นโรคเบาหวาน

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ การบาดเจ็บร่วมกับระบบ หรือ อวัยวะอื่นๆ ระดับ Glasgow coma Scale: GCS แกร็บ ตำแหน่งของก้อนเลือด และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (n = 110)

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	จำนวน (คน) (n = 110)	ร้อยละ
สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ		
อุบัติเหตุจราจร		
อุบัติเหตุจากรถยนต์	39	35.5
ขี่จักรยานยนต์	33	30.0
หกล้มศีรษะกระแทกพื้น	16	14.5
ถูกทำร้ายร่างกาย	10	9.1
ตกจากที่สูง	9	8.2
อื่นๆ (ศีรษะถูกกระแทกจากสิ่งของ)	3	2.7
การบาดเจ็บร่วมกับระบบ หรือ อวัยวะอื่นๆ		
ไม่มี	45	40.9
มี		

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามสาเหตุ การบาดเจ็บที่ศีรษะ การบาดเจ็บร่วมกับระบบหรืออวัยวะอื่นๆ ระดับ Glasgow coma Scale: GCS แรกรับ ตำแหน่งของก้อนเลือดและระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (n = 110) (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	จำนวน (คน) (n = 110)	ร้อยละ
การบาดเจ็บร่วมกับระบบ หรือ อวัยวะอื่นๆ (ต่อ)		
บริเวณใบหน้า		
หลายๆบริเวณร่วมกัน	39	35.5
ขา	33	30.0
แขน	16	14.5
ช่องอก	10	9.1
อื่นๆ (บริเวณมือและข้อมือ, ช่องท้อง)	9	8.2
กระดูกสันหลัง	3	2.7
ระดับ Glasgow coma Scale: GCS แรกรับ		
GCS < 8	45	40.9
GCS 9 – 12	29	26.4
GCS 13 – 15	62	56.4
ตำแหน่งของก้อนเลือด		
ไม่มีก้อนเลือดออกในสมอง	36	32.7
มีก้อนเลือดออกในสมอง		
เลือดออกระหว่างสมองและเยื่อหุ้มสมอง	29	26.4
เลือดออกในเนื้อสมอง	16	14.5
ตำแหน่งอื่นๆ/มีก้อนเลือดในหลายบริเวณ	12	10.9
เลือดออกนอกเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก	9	8.2
เลือดออกในเยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง	8	7.3
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
ไม่ได้พักรักษาตัวในโรงพยาบาล	2	1.8
พักรักษาตัวในโรงพยาบาล	108	98.2

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามสาเหตุ การบาดเจ็บที่ศีรษะ การบาดเจ็บร่วมกับระบบหรืออวัยวะอื่นๆ ระดับ Glasgow coma Scale: GCS แรกรับ ตำแหน่งของก้อนเลือดและระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (n = 110) (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	จำนวน (คน) (n = 110)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (ต่อ)		
1 – 3 วัน	21	19.1
4 – 7 วัน	16	14.5
มากกว่า 7 วันขึ้นไป ถึง 1เดือน	44	40.0
มากกว่า 1 เดือนขึ้นไป	27	24.5
ระยะเวลาได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ		
3 เดือน – 6 เดือน	53	48.2
7 เดือน – 12 เดือน	41	37.3
13 เดือน – 18 เดือน	10	9.1
19 เดือน – 24 เดือน	6	5.5

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางการจราจรมากที่สุด (ร้อยละ 72) เมื่อแยกประเภทของยานพาหนะที่ใช้ พบว่าเป็นอุบัติเหตุจากอุบัติเหตุจากการรถยนต์ (ร้อยละ 35.5) รองลงมาคือ จากการขับซึรดจักรยานยนต์ (ร้อยละ 30) มีการบาดเจ็บร่วม (ร้อยละ 59.1) เกิดที่บริเวณใบหน้ามากที่สุด (ร้อยละ 17.3) โดยลักษณะการบาดเจ็บร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แผลถลอก แผลฉีกขาด กระดูกโครงหน้าหักหรือแตก ร้าว รอยขีดหรือบวม เป็นต้น รองลงมาคือ การเกิดการบาดเจ็บร่วมในหลายบริเวณ (ร้อยละ 12.7) เช่น กระดูกแขนและขาหัก กระดูกหน้าแตก ร้าวและแขนหัก ศีรษะแตก และกระดูกซี่โครงหัก เป็นต้น ได้รับการวินิจฉัยแรกรับว่าเป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยมากที่สุด (ร้อยละ 56.4) รองลงมาคือ การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางและรุนแรง (ร้อยละ 26.4, ร้อยละ 17.3 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีก้อนเลือดออกในสมอง (ร้อยละ 67.3) โดยมีเลือดออกระหว่างสมองและเยื่อหุ้มสมอง (Subdural hematoma มากที่สุด (ร้อยละ 26.4) รองลงมาคือ เลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hematoma) (ร้อยละ 14.5) มีความจำเป็นในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ร้อยละ 98.2)

โดยพักรักษาตัวมากกว่า 7 วันถึง 1 เดือนมากที่สุด (ร้อยละ 40) รองลงมาคือ มากกว่า 1 เดือนขึ้นไป (ร้อยละ 24.5) ระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมานานตั้งแต่ 3 – 6 เดือน (ร้อยละ 48.2) รองลงมาคือ 7 เดือน – 12 เดือน (ร้อยละ 37.3)



ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึกรู้สึกด้านอารมณ์และทัศนในการมองตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านปัญหาการบกพร่องจากความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆ และด้านปัญหาทางร่างกาย

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ รายด้านและโดยรวม (n=110)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	\bar{x}	SD	ระดับ
ด้านปัญหาการบกพร่องทางอารมณ์ต่างๆ	65.63	27.28	ปานกลาง
ด้านปัญหาทางร่างกาย	59.77	23.83	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	58.90	19.26	ปานกลาง
ด้านความรู้สึกรู้สึก	58.24	18.94	ปานกลาง
ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น	56.91	20.88	ปานกลาง
ด้านอารมณ์และทัศนในการมองตนเอง	55.55	19.06	ปานกลาง
โดยรวม	58.79	14.22	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 58.79$, $SD = 14.22$) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะรายด้านพบว่า ความพึงพอใจด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด ($\bar{X} = 58.90$, $SD = 19.26$) ส่วนมิติของการรับรู้ต่อปัญหาการบกพร่องทางอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ พบว่า ไม่มีปัญหาการบกพร่องทางอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าไม่มีปัญหาการบกพร่องทางร่างกาย ($\bar{X} = 65.63$, $SD = 27.28$; $\bar{X} = 59.77$, $SD = 23.83$)

ตารางที่ 9 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยรวม (n=110)

ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	3	2.7
ระดับปานกลาง	79	71.8
ระดับสูง	28	25.5

จากตารางที่ 9 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.8) รองลงมา คือระดับสูง (ร้อยละ 25.5) และระดับต่ำ (ร้อยละ 2.7)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 110 คน (n=110) (แยกรายข้อ) (ต่อ)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	\bar{x}	SD
ความรู้สึกพึงพอใจด้านสัมพันธภาพทางสังคม		
- ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว	3.85	1.07
- ความรู้สึกที่มีต่อผู้อื่น	3.58	1.01
- ความสัมพันธ์กับเพื่อน	3.55	1.01
- ความสัมพันธ์กับคู่ครอง	3.01	1.35
-ทัศนคติของบุคคลอื่นที่มีต่อตัวท่านเอง	3.33	0.97
- ความสัมพันธ์ทางเพศ	2.83	1.31
โดยรวม	3.35	0.77
ความรู้สึกไม่พึงพอใจด้านปัญหาารบกวนทางอารมณ์ต่างๆ		
- ความรู้สึกโดดเดี่ยว ทั้งที่ท่านอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ	3.75	1.24
- ความรู้สึกโกรธเกิดขึ้น	3.74	1.25
- ความรู้สึกเบื่อหน่าย	3.60	1.18
- ความรู้สึกวิตกกังวล	3.55	1.20
- ความรู้สึกเศร้าหรือกดดัน	3.49	1.31
โดยรวม	3.62	1.09
ความรู้สึกไม่พึงพอใจด้านปัญหาทางร่างกาย		
- การเคลื่อนไหวที่เชื่องช้า	3.56	1.39
- การเจ็บปวดต่างๆ	3.48	1.16
- ปัญหาในการมองเห็น หรือการได้ยิน	3.35	1.37
- ผลกระทบที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะโดยรวม	3.30	1.14
- ผลกระทบของการบาดเจ็บร่วมต่างๆ	3.25	1.32
โดยรวม	3.39	0.95
โดยรวม	3.35	0.56

จากตารางที่ 10 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในรายด้านของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่าด้านปัญหาการบกพร่องทางอารมณ์ต่างๆมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 3.62 (SD = 1.09) เมื่อมาพิจารณาข้อคำถามในด้านอื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่าไม่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวที่เชิงซ้าย ($\bar{X} = 3.56$, SD = 1.39) ส่วนด้านอารมณ์และทัศนในการมองตนเอง มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ 3.22 (SD = 0.76) และพิจารณาข้อคำถามในด้านอื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกพึงพอใจในรูปร่างลักษณะของตนเองน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.06$, SD = 1.04)



ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ วิธีการเผชิญปัญหาและการทำหนดตนเอง

ตารางที่ 11 ความถี่และร้อยละของการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (PCS) ของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่พบกลุ่มอาการ PCS	13	11.8
พบกลุ่มอาการ PCS	97	88.2
1 – 3 อาการ	3	8.2
4 – 6 อาการ	22	20
มากกว่า 6 อาการ	66	60

จากตารางที่ 11 กลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 97 คน เกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (ร้อยละ 88.2) ส่วนใหญ่จะมีกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนมากกว่า 6 อาการ รองลงมาเกิด 4 – 6 อาการและเกิด 1 – 3 อาการตามลำดับ

ตารางที่ 12 ความถี่และร้อยละของการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (PCS) ของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (แยกตามอาการ) (n=97)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
อาการด้านร่างกาย		
อ่อนเพลียหรือเหนื่อยล้า	66	59.1
เวียนศีรษะหรือมึนงง	65	59.1
ปวดศีรษะ	61	55.5
รู้สึกไวต่อเสียง	47	42.7
คลื่นไส้หรืออาเจียน	27	24.5
อาการด้านพฤติกรรมทางอารมณ์		
มีความผิดปกติของการนอนหลับ	62	56.4
หงุดหงิดหรือโกรธง่าย	60	54.5

ตารางที่ 12 ความถี่และร้อยละของการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (PCS) ของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=97) (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
อาการด้านพฤติกรรมทางอารมณ์ (ต่อ)		
รู้สึกซึมเศร้า	44	40.0
รู้สึกคับข้องใจ	34	30.9
กระสับกระส่าย	27	24.5
อาการด้านการรับรู้		
หลงลืมง่าย	67	60.9
ความคิดช้าลง	61	55.5
สมาธิสั้นลง	60	54.5
อาการด้านการมองเห็น		
มองเห็นภาพไม่ชัด (เบลอ)	57	51.8
รู้สึกตาสู้แสงไม่ได้	52	47.3
มองเห็นภาพซ้อน	48	43.6

จากตารางที่ 12 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน พบว่า มีกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยอาการด้านร่างกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีอาการอ่อนเพลียหรือเหนื่อยล้ามากที่สุด รองลงมาคือเวียนศีรษะหรือมีนงงปวดศีรษะ รู้สึกไวต่อเสียงและคลื่นไส้อาเจียน ตามลำดับ อาการด้านพฤติกรรมทางอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีความผิดปกติของการนอนหลับมากที่สุด รองลงมาคือหงุดหงิดหรือโกรธง่าย รู้สึกซึมเศร้า คับข้องใจและกระสับกระส่าย ตามลำดับ อาการด้านการรับรู้ พบว่า อาการหลงลืมง่ายพบมากที่สุด รองลงมาคือความคิดช้าลงและสมาธิสั้นลง ตามลำดับ และอาการด้านการมองเห็นนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการมองเห็นไม่ชัด (เบลอ) มากที่สุด รองลงมาคือมีความรู้สึกตาสู้แสงไม่ได้และเห็นภาพซ้อนตามลำดับ

แต่เมื่อเรียงลำดับการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ 5 อันดับแรกพบว่า อาการหลงลืมง่ายพบมากที่สุด รองลงมาคือ อาการอ่อนเพลียหรือเหนื่อยล้า อาการเวียนศีรษะหรือมีนงง และมีความผิดปกติของการนอนหลับตามลำดับ

ตารางที่ 13 ความถี่และร้อยละของความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ ของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ความบกพร่องภายหลังการได้รับบาดเจ็บ*		
- ด้านลักษณะการเคลื่อนไหว และความคล่องตัว	61	55.5
- ด้านการมองเห็น	56	50.9
- ด้านการเสริมแต่งเพื่อปกปิดความผิดปกติ	45	40.9
- ด้านการรับรู้และสภาพจิตใจ	39	35.5
- ความรู้สึกทางเพศและสมรรถภาพทางเพศ	29	26.4
- ด้านการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด	28	25.5
- ด้านการรับรู้รสชาติและการไต่กลิ่น	23	20.9
- ด้านการรับรู้ความรู้สึกร้อน/เย็น	22	20.0
- ด้านการได้ยิน	19	17.3
ระดับความพิการภายหลังได้รับบาดเจ็บ		
ปกติ (ไม่มีความพิการ)	54	49.1
มีระดับความพิการเล็กน้อย	29	26.4
มีระดับความพิการปานกลาง	12	10.9
มีระดับความพิการเกือบรุนแรง	12	10.9
มีระดับความพิการรุนแรง	2	1.8
มีระดับความพิการรุนแรงมาก	1	0.9

* หมายถึง ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ 1 ราย มีความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ได้หลายด้าน

ตารางที่ 13 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน พบว่า มีความบกพร่องภายหลังการได้รับบาดเจ็บในด้านลักษณะการเคลื่อนไหว และความคล่องตัวมากที่สุด (ร้อยละ 55.5) รองลงมาคือ ด้านการมองเห็น (ร้อยละ 50.9) และด้านการเสริมแต่งเพื่อปกปิดความผิดปกติ (ร้อยละ 40.9) และเมื่อพิจารณาถึงระดับความพิการภายหลังได้รับบาดเจ็บ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปกติ ไม่มีความพิการใดๆที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิต แต่ร้อยละ 50.9 มีความพิการเกิดขึ้นภายหลังได้รับบาดเจ็บ โดยมีความพิการระดับเล็กน้อยมากที่สุด (ร้อยละ 26.4) รองลงมาคือ มีระดับความพิการปานกลาง และมีระดับความพิการเกือบรุนแรงเท่ากัน (ร้อยละ 10.9) และร้อยละ 2 พบมีความพิการอยู่ในระดับรุนแรง

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของวิธีการเผชิญปัญหาของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110)

ตัวแปรที่ศึกษา	\bar{x}	SD
การเผชิญหน้ากับปัญหา	2.81	0.70
ยอมรับปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่างๆอาจเลวร้ายได้	3.15	1.18
มองสิ่งใหม่ที่ต้องการอย่างแท้จริงและดีที่สุด	3.12	1.24
พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและทุกแง่มุม	3.12	1.13
พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา	3.03	1.13
ลองแก้ปัญหาหลายวิธี เพื่อดูว่าวิธีไหนดีที่สุด	3.01	1.16
พยายามค้นหาเป้าหมาย	2.95	1.17
ขอกำลังใจหรือขอความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน	2.91	1.20
กำหนดเป้าหมายให้เจาะจงชัดเจนเพื่อแก้ปัญหา	2.86	1.15
พยายามแก้ไขปัญหโดยแยกแยะปัญหาเป็นส่วนๆ	2.75	1.16
พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้	2.70	1.09
ระบายความเครียดโดยการออกกำลังกาย	2.65	1.43
ปรึกษาปัญหากับผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์แบบเดียวกัน	2.38	1.19
พยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่างจริงจัง	2.21	1.15
การจัดการด้านอารมณ์	2.68	1.04
การกิน การสูบ การขบเคี้ยว	3.01	1.56
กระวนกระวาย หงุดหงิดใจ	2.83	1.42
แยกตัวอยากอยู่คนเดียวตามลำพัง	2.80	1.48
ตำหนิผู้อื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา	2.73	1.63
กังวลใจ	2.67	1.39
คิดฝัน หรือเพ้อฝันไปเรื่อย	2.65	1.51
อารมณ์เสีย ฉุนเฉียว สาปแช่ง สบถ	2.65	1.51
ระบายอารมณ์กับคนและสิ่งของ	2.40	1.56
เตรียมการเกี่ยวกับความเลวร้ายที่สุด ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น	2.40	1.23
การบรรเทาความเครียด	2.80	0.56
ปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหา หรือควบคุมสถานการณ์	3.68	1.41
ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง	3.45	1.20

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของวิธีการเผชิญปัญหาของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110) (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	\bar{x}	SD
การบรรเทาความเครียด (ต่อ)		
บอกกับตนเองว่าไม่ต้องวิตกกังวลทุกอย่างจะดีขึ้น	3.24	1.12
มีความหวังว่าสิ่งต่างๆจะดีขึ้น	3.23	1.26
ยอมรับปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่างๆอาจเลวร้ายได้	3.15	1.18
เข้านอนโดยคิดหวังว่าสิ่งต่างๆจะดีขึ้น	3.01	1.21
พยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เพิ่มเติม	2.85	1.17
สวดมนต์เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่งที่เชื่อถือ	2.80	1.36
พยายามลืมปัญหา และคิดถึงเรื่องอื่นๆแทน	2.77	1.16
ถอยหนีจากสถานการณ์	2.61	1.58
พยายามทำอะไรก็ได้ แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่าจะช่วยแก้ปัญหาได้	2.56	1.13
อยู่เฉยๆ โดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายได้เอง	2.46	1.24
ปล่อยให้สถานการณ์เป็นไป	2.44	1.29
เลิกยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์นั้น เพราะคิดว่าหมดหนทางแก้ไข	2.05	1.10
โดยรวม (ทุกด้าน)	2.76	0.58

ตารางที่ 14 ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยรวมใช้วิธีการต่างๆในการเผชิญปัญหา เมื่อมาพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ($\bar{X} = 2.81$, $SD = 0.70$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธียอมรับปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่างๆอาจเลวร้ายได้มากที่สุด ($\bar{X} = 3.15$, $SD = 1.18$) รองลงมาคือ ใช้วิธีการบรรเทาความเครียด ($\bar{X} = 2.80$, $SD = 0.56$) โดยการปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์มากที่สุด ($\bar{X} = 3.68$, $SD = 1.41$) และการจัดการด้านอารมณ์ ($\bar{x} = 2.68$, $SD = 1.04$) โดยใช้วิธีการกินการสูบ การขบเคี้ยวมากที่สุด ($\bar{X} = 3.01$, $SD = 1.56$) ตามลำดับ

ตารางที่ 15 ระดับการใช้วิธีการเผชิญปัญหาของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110)

ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	\bar{x}	SD	ระดับ
การเผชิญหน้ากับปัญหา	0.34	0.61	ปานกลาง
การจัดการด้านอารมณ์	0.34	0.45	ปานกลาง
การบรรเทาความเครียด	0.31	0.82	น้อย
โดยรวม (ทุกด้าน)	0.33	1.88	น้อย

ตารางที่ 15 เมื่อคิดและแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ค่าคะแนนสัมพัทธ์เท่ากับ 0.33 (SD = 1.88) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนสัมพัทธ์เท่ากับ 0.34 (SD = 0.61) ใช้วิธีการจัดการด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนสัมพัทธ์เท่ากับ 0.34 (SD = 0.45) และใช้วิธีการบรรเทาความเครียดอยู่ในระดับน้อย ค่าคะแนนสัมพัทธ์เท่ากับ 0.31 (SD = 0.82)

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำหนิตนเองของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110)

ตัวแปรที่ศึกษา	\bar{x}	SD
การรับรู้ด้านลบที่มีต่อตนเอง	3.51	1.32
ฉันเชื่อว่าฉันไม่สามารถทำสิ่งที่ถูกต้องได้	3.57	1.81
ฉันเป็นคนที่อ่อนแอ	3.16	1.69
ฉันไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธตนเองได้	3.88	1.96
ฉันไม่สามารถตัดสินใจได้แม้แต่ปัญหาเล็กๆ	3.53	1.87
ฉันรู้สึกมีความทุกข์อยู่ตลอดเวลา	3.63	1.94
ฉันรู้สึกเหมือนคนตลกซาก	3.56	2.01
ฉันรู้สึกว่าตนเองต่ำต้อย	3.92	1.86
ฉันไม่สามารถจัดการสิ่งต่างๆได้เมื่อนึกถึงเหตุการณ์	3.68	1.92
ฉันกำลังจะเป็นคนบ้า เมื่อนึกถึงเหตุการณ์	3.38	1.10
ฉันจะไม่สามารถกลับไปมีอารมณ์แบบปกติได้อีกครั้ง	3.31	1.88
ฉันเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงอย่างถาวร	3.15	1.77
ฉันรู้สึกเหมือนเป็นสิ่งของ ไม่ใช่คน	3.36	2.04

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการกำหนดตนเองของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110) (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	\bar{x}	SD
การรับรู้ด้านลบที่มีต่อตนเอง (ต่อ)		
ฉันรู้สึกโดดเดี่ยว	3.63	1.89
ฉันเป็นคนไม่มีอนาคต	3.47	2.04
ฉันไม่สามารถหยุดประสบการณ์อันเลวร้ายได้	3.50	1.80
ชีวิตของฉันถูกทำลายลงจากอุบัติเหตุ	3.31	1.86
ความบกพร่องของฉันทำให้เกิดปัญหา	3.50	1.94
ฉันรับมือกับปัญหาได้แย่มาก ตั้งแต่อุบัติเหตุ	3.66	1.92
ฉันมีความรู้สึกเหมือนว่า ฉันไม่รู้จักตัวเองอีกต่อไป	3.49	2.09
ฉันไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้	3.44	2.03
จะไม่มีสิ่งดีๆเกิดขึ้นกับฉันอีกต่อไป	3.37	2.04
การรับรู้ด้านลบที่มีต่อสิ่งรอบตัว	3.76	1.10
ฉันไม่สามารถเชื่อถือในบุคคลอื่นได้	3.65	1.74
ฉันรู้สึกว่าต้องระวังตัวตลอดเวลา	3.98	1.88
ฉันไม่สามารถรู้ได้ว่าใครจะเป็นอันตรายต่อตัวฉัน	3.83	1.76
ฉันจะต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ	4.07	1.99
โลกนี้อันตราย	3.28	1.70
ฉันไม่สามารถเชื่อถือและพึ่งพาคนอื่นฯได้	3.47	1.79
คนอื่นฯไม่ได้เป็นอย่างที่พวกเขาแสดงออก	4.06	1.60
ด้านการกำหนดตนเอง	3.68	1.19
ฉันเป็นสาเหตุที่ทำให้เหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้น	3.93	1.90
ที่เหตุการณ์เกิดขึ้นกับฉันเพราะท่านเป็นคนแบบนี้	3.33	1.66
คนบางคนสามารถหยุดเหตุการณ์ต่างๆไม่ให้เกิดขึ้นได้	3.95	1.83
คนอื่นฯจะไม่นำพาตัวเองไปอยู่ในสถานการณ์เช่นนี้	3.49	1.69
ฉันไม่สามารถเชื่อถือและพึ่งพาคนอื่นฯได้	3.71	1.82
โดยรวม (ทุกด้าน)	3.65	1.03

จากตารางที่ 16 กลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะมีการกำหนดตนเองโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 3.65 (SD = 1.03) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีการรับรู้ด้านลบที่มีต่อสิ่งรอบตัวมากที่สุด ($\bar{X} = 3.76$, SD = 1.10) โดยประเมินว่า “ฉันจะต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ” มากที่สุด ($\bar{X} = 4.07$, SD = 1.99) รองลงมาคือ ด้านการกำหนดตนเอง ($\bar{X} = 3.68$, SD = 1.19) โดยกำหนดตนเองในเรื่องของ “คนบางคนสามารถหยุดเหตุการณ์ต่างๆไม่ให้เกิดขึ้นได้” มากที่สุด ($\bar{X} = 3.95$, SD = 1.83) และด้านการรับรู้ด้านลบที่มีต่อตนเอง ($\bar{X} = 3.51$, SD = 1.32) โดยมีความรู้สึกกว่าตนเองต่ำต้อยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.92$, SD = 1.86)

ตารางที่ 17 ระดับการกำหนดตนเองของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110)

การกำหนดตนเอง	\bar{x}	SD	ระดับ
การรับรู้ด้านลบที่มีต่อสิ่งรอบตัว	3.76	1.10	ปานกลาง
การกำหนดตนเอง	3.68	1.19	ปานกลาง
การรับรู้ด้านลบที่มีต่อตนเอง	3.51	1.32	ปานกลาง
โดยรวม	3.65	1.03	ปานกลาง

ตารางที่ 17 ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะมีการกำหนดตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.65$, SD = 1.03) ภายหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เมื่อแยกพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะมีการรับรู้ด้านลบที่มีต่อสิ่งรอบตัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.76$, SD = 1.10) มีการกำหนดตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.68$, SD = 1.19) และ การรับรู้ด้านลบที่มีต่อตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.51$, SD = 1.32)

ตอนที่ 4 การศึกษาความสามารถในการทำนายของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ วิธีการเผชิญปัญหา และการดำเนินตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ วิธีการเผชิญปัญหา และการดำเนินตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ดังตารางที่ 24 และ 25

ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) และค่าทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 110 คน (n=110)

ลำดับขั้น / ตัวแปรทำนาย	R	R^2	Adjusted R^2	R^2 change	F	P-value
1. ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่	.413	.170	.163	.170	22.194	.000
2. วิธีการเผชิญปัญหา	.449	.202	.187	.032	13.513	.000

จากตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยใช้วิธีแบบขั้นตอน พบว่า ขั้นตอนที่ 1 ตัวแปรความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแรกและสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย Adjusted R^2 เท่ากับ .163 ซึ่งหมายถึง ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้ร้อยละ 16.3

ขั้นตอนที่ 2 ตัวแปรวิธีการเผชิญปัญหาต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวที่สองและเพิ่มความสามารถของความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้ร้อยละ 3.2 (R^2 change =.032) โดยทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย Adjusted R^2 เท่ากับ .187 ซึ่งหมายถึง ตัวแปรความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่และวิธีการเผชิญปัญหาสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้ร้อยละ 18.7

ตารางที่ 19 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ ในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 110 คน (n=110)

ตัวแปรทำนาย	b	S.E _b	Beta	t	P-value
ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่	-1.546	.312	-.430	-4.951	.000
วิธีการเผชิญปัญหา	.212	.104	.177	2.044	.043
Constant = 110.653		R ² = 20.2			

จากตารางที่ 19 พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ ประกอบด้วยความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่และวิธีการเผชิญปัญหา โดยค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 2 ตัว มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบเท่ากับ -1.546 และ .212 มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานเท่ากับ -.430 และ .177 มีอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ร้อยละ 20.2 และสามารถอธิบายตามทิศทางของเครื่องหมายได้ว่า “ทิศทางลบ” หมายถึง เมื่อผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะมีความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่มากและมีความรุนแรงมาก จะส่งผลให้ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี และ “ทิศทางบวก” หมายถึง ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะถ้ามีวิธีการเผชิญปัญหาที่ดี จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีเช่นกัน

ดังนั้น สามารถสร้างสมการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้ดังนี้

1.สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y \text{ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ} = 110.653 - 1.546 \text{ ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่} + .212 \text{ วิธีการเผชิญปัญหา}$$

2.สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z \text{ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ} = ^{-.430Z^*} \text{ ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่} + ^{.177Z^*} \text{ วิธีการเผชิญปัญหา}$$

จากสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐานสามารถอธิบายได้ว่า ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากกว่าวิธีการเผชิญปัญหา เมื่อใช้ประโยชน์ในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาถึงอำนาจการทำนายระหว่างกลุ่มอาการ ภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ การดำเนินตนเองและวิธีการเผชิญปัญหาต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยมีวัตถุประสงค์ ในการวิจัย คือ

1. เพื่อศึกษาคูณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะจากปัจจัยดังต่อไปนี้ กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ การดำเนินตนเองและวิธีการเผชิญปัญหา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่ ที่มาติดตามการรักษา ณ หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานครในช่วงเดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนธันวาคม 2558 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มหลายขั้นตอน (multi - stage sampling) การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thondike ขนาดตัวอย่างเท่ากับ $10(5) + 50 = 100$ คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลอีกร้อยละ 10 รวมทั้งสิ้น 110 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. ระดับความรู้สึกตัวตามหลักการประเมินคะแนนกลาสโกว์ (Glasgow coma Scale: GCS) โดยไม่น้อยกว่าคะแนนรวม 3 ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล
2. สามารถสื่อสารด้วยการอ่าน การเขียนหรือการฟังได้อย่างเข้าใจ
3. มารับการตรวจติดตามการรักษา หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 เดือน
4. ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินด้านความรู้ความเข้าใจ (cognitive) ด้วยแบบประเมิน Mini Mental Status Exam-Thai 2002 (MMSE-Thai 2002) โดยกรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน กรณีที่เรียนจบประถมศึกษาได้มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน และกรณีที่เรียนจบสูงกว่าประถมศึกษา ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน จึงจะนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง
5. ไม่มีประวัติโรคและอาการทางจิตประสาท เช่นโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ หรือโรคทางระบบประสาทอยู่เดิม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามมี 2 ส่วนหลัก ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai 2002) และส่วนที่ 2 แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัย ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเกี่ยวกับประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนที่ 3 แบบประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ส่วนที่ 4 แบบประเมินความบกพร่องที่เหลืออยู่ ส่วนที่ 5 แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา ส่วนที่ 6 แบบประเมินการตัดสินใจ และส่วนที่ 7 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงด้วยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน

จากนั้นนำแบบประเมินที่ 3 - 7 คือ แบบประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน แบบประเมินความบกพร่องที่เหลืออยู่ แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา แบบประเมินการตัดสินใจและแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไปตรวจสอบความเที่ยง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80, .84, .80, .89 และ .94 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะทางการเงินของครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติดและโรคประจำตัว วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ สาเหตุการบาดเจ็บ การบาดเจ็บร่วมกับระบบหรืออวัยวะอื่นๆ คะแนนกลาสโกว์ (Glasgow coma Scale: GCS) แกรับ ตำแหน่งของก้อนเลือด รายละเอียดการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและระยะเวลาได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ศึกษาความสามารถในการทำนายของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่เหลืออยู่ วิธีการเผชิญปัญหา การตัดสินใจต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple regression)

สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาถึงอำนาจการทำนายของปัจจัยกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่เหลืออยู่ วิธีการเผชิญปัญหา และการดำเนินตนเองต่อคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 คน พบว่า เป็นเพศชายจำนวน 82 คน (ร้อยละ 74.5) และ เพศหญิงจำนวน 28 คน (ร้อยละ 25.5) มีอายุระหว่าง 46 - 55 ปี ($\bar{x} = 39.39$, $SD = 12.69$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี สถานะทางการเงินต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 - 20,000 บาท มีรายได้เฉลี่ยประมาณ 26,000 บาท ต่อเดือน เพียงพอต่อการดำรงชีวิต (ร้อยละ 81) ภายหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง และกลุ่มตัวอย่าง 24 คน (ร้อยละ 21.8) ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดังเดิม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยาเสพติดต่างๆ แต่มีบางส่วนที่ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่ (ร้อยละ 4.5) และดื่มสุรา (ร้อยละ 8.2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 68) แต่ร้อยละ 18 เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาร้อยละ 5 เป็นโรคเบาหวาน

2. พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางการจราจรมากที่สุด (ร้อยละ 72) เมื่อแยกประเภทของยานพาหนะที่ใช้ พบว่า เป็นอุบัติเหตุจากการ ขับขี่รถจักรยานยนต์มากที่สุด (ร้อยละ 35.5) รองลงมาคือ อุบัติเหตุจากการรถยนต์ (ร้อยละ 30) มีการบาดเจ็บร่วม (ร้อยละ 59.1) เกิดที่บริเวณใบหน้ามากที่สุด (ร้อยละ 17.3) โดยลักษณะการบาดเจ็บร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แผลถลอก แผลฉีกขาด กระดูกโครงหน้าหักหรือแตก ร้าว รอยขีดหรือบวม เป็นต้น รองลงมาคือ การเกิดการบาดเจ็บร่วมในหลายบริเวณ (ร้อยละ 12.7) เช่น กระดูกแขนและขาหัก กระดูกหน้าแตก ร้าวและแขนหัก ศีรษะแตกและกระดูกซี่โครงหัก เป็นต้น ได้รับการวินิจฉัยแรกรับว่าเป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยมากที่สุด (ร้อยละ 56.4) รองลงมา คือ การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางและรุนแรง (ร้อยละ 26.4, ร้อยละ 17.3 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีก้อนเลือดออกในสมอง (ร้อยละ 67.3) โดยมีเลือดออกระหว่างสมองและเยื่อหุ้มสมอง (Subdural hematoma) มากที่สุด (ร้อยละ 26.4) รองลงมาคือ เลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hematoma) (ร้อยละ 14.5) มีความจะเป็นในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ร้อยละ 98.2) โดยพักรักษาตัวมากกว่า 7 วันถึง 1 เดือนมากที่สุด (ร้อยละ 40) รองลงมาคือ มากกว่า 1 เดือนขึ้นไป (ร้อยละ 24.5) และระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมานานตั้งแต่ 3 - 6 เดือน (ร้อยละ 48.2) รองลงมาคือ 6 เดือน - 12 เดือน (ร้อยละ 37.3)

3. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ และวิธีการเผชิญปัญหา โดยสามารถรวมทำนายได้ร้อยละ 20.2 ซึ่งสร้างสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

$$Z_{\text{คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ}} = -.430Z_{\text{ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่}} + .177Z_{\text{วิธีการเผชิญปัญหา}}$$

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย จะนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 74.5) อาจเนื่องมาจากเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงหลายอย่าง เช่น ขับรถด้วยความเร็วสูง คิกคะนอง ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวกกันน็อกในขณะที่ขับขี่และดื่มสุรา เป็นสาเหตุให้ขาดสติและการตัดสินใจผิดพลาด โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 46 – 55 ปี (ร้อยละ 28.2) ($\bar{x} = 39.39$, $SD = 12.69$) มีสถานภาพคู่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 46.4) รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 21.8) ภายหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง จึงสามารถดูแลตนเองได้พอสมควร ซึ่งสถานะการทำงานและการปรับเปลี่ยนหน้าที่การทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Tomberg et al., 2007) แผลงรายได้ของครอบครัวจึงมาจากตนเองและบุคคลอื่นๆในครอบครัว มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท (ร้อยละ 37.3) เฉลี่ย 26,000 บาทต่อเดือน เพียงพอต่อการดำรงชีวิต (ร้อยละ 81) เนื่องจากมีแหล่งสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลต่างๆร่วมกับปัจจุบันรัฐบาลมีการสนับสนุนให้ประชาชนมีหลักประกันด้านสุขภาพและสวัสดิการด้านการรักษา แต่กลุ่มตัวอย่าง 24 คน (ร้อยละ 21.8) ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดังเดิม ซึ่งเป็นผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรคความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการรู้คิดและการทำหน้าที่เป็นผลให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการ ทำกิจกรรมและการดำเนินชีวิต (Premesai, 2003) ซึ่งปัญหาการว่างงานอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นและเริ่มแยกตัว และทำให้เกิดข้อจำกัดในด้านการคิดและตัดสินใจได้ (Huebner, Johnson , Bennett, & Schneck, 2003) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยาเสพติดต่างๆ แต่มีบางส่วนที่ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่ (ร้อยละ 4.5) และดื่มสุรา

(ร้อยละ 8.2) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 68) แต่ร้อยละ 18 เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมา ร้อยละ 5 เป็นโรคเบาหวาน เมื่อพิจารณาประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางการจราจรมากที่สุด (ร้อยละ 72) แยกประเภทของยานพาหนะที่ใช้ พบว่า เป็นอุบัติเหตุจากอุบัติเหตุจากการรถยนต์ (ร้อยละ 35.5) รองลงมาคือ จากการขี่รถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 30) ซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิดใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย (อินทริทา ทาเอื้อ , 2553; Bootchewan, 2007; Premesai, 2003) พบว่า สาเหตุการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดจากการอุบัติเหตุทางการจราจร มากที่สุด โดยเฉพาะจากการขี่รถจักรยานยนต์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการบาดเจ็บร่วม (ร้อยละ 59.1) เกิดที่บริเวณใบหน้ามากที่สุด (ร้อยละ 17.3) โดยลักษณะการบาดเจ็บร่วมของ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แผลลลอก แผลฉีกขาด กระดูกโครงหน้าหักหรือแตกร้าว รอยช้ำหรือบวม เป็นต้น รองลงมาคือ การเกิดการบาดเจ็บร่วมในหลายบริเวณ (ร้อยละ 12.7) เช่น กระดูกแขนและขาหัก กระดูกหน้าแตกร้าวและแขนหัก ศีรษะแตกและกระดูกซี่โครงหัก เป็นต้น ได้รับการวินิจฉัยแรกรับว่าเป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยมากที่สุด (ร้อยละ 56.4) รองลงมาคือ การบาดเจ็บที่ศีรษะ ระดับปานกลางและรุนแรง (ร้อยละ 26.4, ร้อยละ 17.3 ตามลำดับ) ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วย ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองที่ต่างกัน จะมีผลให้เนื้อสมองถูกทำลายและส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง ระดับรุนแรงจะสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสภาพได้ช้า (Karen, 2005) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีก้อน เลือดออกในสมอง (ร้อยละ 67.3) โดยมีเลือดออกระหว่างสมองและเยื่อหุ้มสมอง (Subdural hematoma) มากที่สุด (ร้อยละ 26.4) รองลงมาคือ เลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hematoma) (ร้อยละ 14.5) มีความจำเป็นในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ร้อยละ 98.2) โดยพักรักษาตัวมากกว่า 7 วันถึง 1 เดือนมากที่สุด (ร้อยละ 40) รองลงมาคือ มากกว่า 1 เดือนขึ้นไป (ร้อยละ 24.5) ระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมานานตั้งแต่ 3 – 6 เดือน (ร้อยละ 48.2) รองลงมาคือ 7 เดือน – 12 เดือน (ร้อยละ 37.3)

จากผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านอารมณ์และทัศนในการมองตนเอง ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น ด้านความรู้สึกนึกคิด ด้านปัญหาทางร่างกายและ ด้านปัญหาการบวกรทางอารมณ์ต่างๆอยู่ในระดับปานกลาง โดยคุณภาพชีวิตถือเป็นความรู้สึกพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจในแต่ละด้าน ซึ่งตัดสินโดยตัวของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะเองตามวิธีการ ดำเนินชีวิตและการรับรู้ต่อองค์ประกอบในด้านต่างๆ ซึ่งมีความสำคัญและสัมพันธ์กับผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (von Steinbüchel et al., 2010b; Truelle et al., 2010) จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ด้านอารมณ์และทัศนในการมองตนเอง ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่พึ่งพาผู้อื่นและด้านความรู้สึกนึกคิดอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยในการรับรู้ว่ามีปัญหาการรบกวนทางอารมณ์ต่างๆและปัญหาการรบกวนทางร่างกายอยู่ในระดับสูงกว่าทุกองค์ประกอบ (ตารางที่ 8) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และปัญหาต่างๆที่เกิดผลกระทบต่อร่างกายไม่ก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิต โดยระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการได้รับบาดเจ็บไม่เกิน 6 เดือน มีการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนหลายอาการ (ตารางที่ 11 และตารางที่ 12) ได้แก่ อาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย อาการด้านพฤติกรรมทางอารมณ์ เช่น มีความผิดปกติในการนอนหลับ หงุดหงิดหรือโกรธง่าย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Gbiri & Akinpelu (2012) พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตในช่วง 6 เดือนแรกของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากร่างกายมีความบกพร่องเป็นผลจากพยาธิสภาพของโรค ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายและไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sukraney et al., (2014) พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน เห็นได้จากการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความบกพร่องภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะด้านลักษณะการเคลื่อนไหวและความคล่องตัวมากที่สุด (ตารางที่ 13)

เมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตเป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านอารมณ์และทัศนในการมองตนเอง ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น ด้านความรู้สึกนึกคิด ด้านปัญหาทางร่างกายและด้านปัญหาการรบกวนทางอารมณ์ต่างๆอยู่ในระดับปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการไม่มีปัญหาการรบกวนทางอารมณ์ต่างๆอยู่ในระดับสูงที่สุด รองลงมาคือด้านไม่มีปัญหาการรบกวนทางร่างกาย อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ มีครอบครัวคอยให้การดูแลตั้งแต่เจ็บป่วยจนถึงภายหลังออกจากโรงพยาบาลและไปพักรักษาตัวต่อที่บ้าน รวมถึงสามารถกลับไปทำได้เลยและมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต เป็นแหล่งเงินทุนที่สำคัญที่ใช้ในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วย จึงไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมากนัก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปราณี นิพัทธกุลกิจและคณะ (2015) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เช่นเดียวกับหลายงานวิจัยที่พบ (Kalpakjian et al., 2004; Levack et al., 2010) แรงสนับสนุนทางสังคม เช่น การให้ความรักความเอาใจใส่จากครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว ที่ทำงาน เพื่อน หรือการให้ข้อมูลคำแนะนำที่เป็นประโยชน์จากบุคลากรสาธารณสุข ล้วนเป็นการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยต่อการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยในหลากหลายมิติ ทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าใน

ตนเอง ดังผลการวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจที่ไม่มีปัญหาครบถ้วนทางอารมณ์
 สูงที่สุด นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้
 (von Steinbüchel et al., 2005)

2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ วิธีการเผชิญปัญหาและการดำเนินตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ
 ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ
 ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ความบกพร่อง
 ที่หลงเหลืออยู่และวิธีการเผชิญปัญหา โดยสามารถรวมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิต
 จากการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ร้อยละ 20.2 ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ ในการศึกษาครั้งนี้ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ สามารถ
 ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ กล่าวคือถ้าผู้ป่วยมีความ
 บกพร่องภายหลังรอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะหลงเหลืออยู่มาก ร่วมกับมีความพิการหรือ
 การสูญเสียสมรรถภาพในด้านต่างๆ จะทำให้มีคุณภาพชีวิตแย่ลง เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง
 มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆอย่างต่อเนื่องและยาวนาน
 ต้องพึ่งพาและได้รับการดูแลจากผู้อื่น ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดังเดิม ในผู้รอดชีวิต
 บางรายจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการทำงานหรือไม่สามารถกลับไปทำงานได้ มีสภาพจิตใจที่ย่ำแย่
 เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงและการเป็นภาระของครอบครัว โดยเฉพาะ
 อย่างยิ่งถ้าผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นเป็นหัวหน้าครอบครัว จะมีผลต่อบทบาทหน้าที่ใน
 ครอบครัว ส่งผลกระทบต่อจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆรอบตัว เช่น เพื่อน สังคม ชุมชน
 เป็นต้น โดยบางรายอาจมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นร่วมกับความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ด้านอารมณ์ความรู้สึก
 ส่งผลให้ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะมีคุณภาพชีวิตแย่ลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี
 นิพัทธ์กุลศलग และคณะ (2015) พบว่า ระดับความพิการ (DRS) มีความสัมพันธ์ในทางตรงข้ามกับ
 คุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.30, p < 0.05$) ซึ่งถ้ามีความพิการ
 หรือระดับการสูญเสียสมรรถภาพมากขึ้นโดยเฉพาะทางด้านร่างกาย จะทำให้ความรู้สึกพึงพอใจใน
 การดำเนินชีวิตลดลง (von Steinbüchel et al., 2010b) ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพในผู้รอดชีวิตจากการ
 บาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความพิการหลงเหลืออยู่นั้น แม้การฟื้นฟูอาจทำได้เพียงเล็กน้อยและต้องใช้
 ระยะเวลายาวนานแต่ก็ถือได้ว่ามีความสำคัญอย่างมาก เพราะสามารถทำให้คุณภาพชีวิตของ
 ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะดีขึ้นได้ (Levack et al., 2010) และผู้ป่วยที่มีระดับความพิการ
 มากขึ้น ควรได้รับการสนับสนุนต่างๆจากระบบบริการสาธารณสุขภายหลังออกจากโรงพยาบาล

การส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม โดยส่งเสริมให้ครอบครัว เข้ามามีบทบาทในการช่วยดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นได้ (ปราณี นิพัทธ์กุลศลกิจ และคณะ, 2015) และจากงานวิจัยที่ผ่านมาของ Soberge et al., (2013) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความบกพร่องอยู่ในระดับปานกลางจนถึงรุนแรง ซึ่งผลการความพิการบกพร่องที่มากขึ้น มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ลดลง

วิธีการเผชิญปัญหา สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ ศีรษะได้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46 - 55 ปีและมีอายุเฉลี่ย 39 ปี อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีวุฒิภาวะในด้านจิตใจสมบูรณ์ เป็นผลจากประสบการณ์ต่างๆที่ผ่านมา สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา เตชะกิจโกศล (2552) พบว่า อายุที่มากขึ้นจะส่งผลต่อความมั่นคง ทางอารมณ์ เนื่องจากมีประสบการณ์ในการเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหา มีความสามารถในการคิด วิเคราะห์ปัญหาต่างๆ และเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุดในการแก้ไขปัญหา จึงทำให้ระดับความเครียด ลดลงได้ นอกจากนี้การมีคู่ครองที่คอยให้ความช่วยเหลือและดูแลยามเจ็บป่วย คอยเป็นที่ปรึกษาและ คอยอยู่เคียงข้างทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกผ่อนคลายจากปัญหาต่างๆ เนื่องจากไม่รู้สึกรู้สีกทอหดหู่ให้เผชิญ กับปัญหาเพียงลำพัง โดยคู่ครองมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีที่ปรึกษาในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ทำให้ การเผชิญปัญหาและการตัดสินใจต่างๆของผู้ป่วยเป็นไปอย่างรอบคอบ (รุ่งนภา เตชะกิจโกศล, 2552) ดังนั้นในหลายๆครั้งเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จะให้บุคคลใกล้ชิด เช่น ภรรยา บุตรหรือเพื่อน สนิทเป็นผู้แก้ปัญหาแทนตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีต่างๆ ในการเผชิญปัญหาโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย และเมื่อแยกวิธีการเผชิญปัญหาเป็นรายด้าน พบว่า ในด้านบรรเทาความเครียดนั้นกลุ่มตัวอย่างจะปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหา หรือควบคุมสถานการณ์ต่างๆ แทนตนเอง (ตารางที่ 14) จึงเป็นผลให้วิธีการที่เลือกใช้ในการเผชิญปัญหาจึงอาจไม่มีผลต่อการดำเนิน ชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถกลับไปทำงานได้ และหารายได้ มาจุนเจือครอบครัวอย่างเพียงพอกับค่าใช้จ่ายต่างๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดและความวิตก กังวลลดลง ถึงแม้จะมีข้อจำกัดทางร่างกายที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต แต่ไม่ส่งผลต่อการ ปรับบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว ซึ่งการมีรายได้ที่เพียงพอจะเป็นการเอื้ออำนวยในการเผชิญ ปัญหา ทำให้บุคคลมีทางเลือกในการเผชิญมากขึ้น และส่งผลดีต่อการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984)

3. ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ ศีรษะ ได้แก่ กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน วิธีการเผชิญปัญหาและการ ตำนินตนเอง ทั้งนี้เนื่องจาก

3.1 กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้มีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับเล็กน้อย ทำให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทและสมองมากนัก กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนที่แสดงออกมาจึงไม่รุนแรงและไม่ก่อให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยนั้นเกิดจากแรงเร่ง (Acceleration forces) หรือแรงหน่วง (Deceleration forces) ที่มากระทบต่อศีรษะและสมองในระดับที่ไม่รุนแรง สมองจึงถูกทำลายเพียงเล็กน้อย อาจหมดสติในช่วงเวลาสั้นๆ การทำหน้าที่ด้านร่างกายเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย แต่แรงที่มากระทบต่อศีรษะจะมีผลทำให้เซลล์ประสาทผิดปกติ เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านของการปล่อยสารสื่อประสาทและการส่งกระแสประสาทของ Axon (Carroll et al., 2004) ก่อให้เกิดปัญหาในด้านการรู้คิด ด้านจิตใจ และด้านจิตสังคมชัดเจนกว่าการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Bararian et al., 2006) และการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับข้อจำกัดทางร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวและความคล่องตัวของร่างกายชัดเจนที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของอินทรา ทาเอื้อ (2553) กลุ่มตัวอย่างจะรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการทางร่างกายมากที่สุด เนื่องจากอาการด้านร่างกายเป็นอาการที่แสดงออกมาเด่นชัดและมีผลต่อการดำเนินชีวิต จึงเป็นเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ารับการทำการกายภาพบำบัดฟื้นฟูสภาพในรายที่พบปัญหาจนเริ่มมีอาการดีขึ้น อีกทั้งมีผู้ดูแลเป็นบุคคลใกล้ชิดคอยให้การช่วยเหลือทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ นอกจากนี้ระยะเวลาที่ศึกษาอยู่ในช่วง 3 เดือนขึ้นไปหลังจากออกจากโรงพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3 – 6 เดือนภายหลังออกจากโรงพยาบาล ทำให้กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนไม่อยู่ในระดับรุนแรงและก่อให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิต ถึงแม้การศึกษาครั้งนี้จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนมากกว่า 6 อาการแต่ไม่ก่อให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต และพบว่าอาการด้านร่างกายเกิดขึ้นมากที่สุด ได้แก่ อ่อนเพลียหรือเหนื่อยล้า เวียนศีรษะหรือมึนงง ปวดศีรษะ รู้สึกไวต่อเสียงและคลื่นไส้หรืออาเจียน เมื่อเรียงลำดับการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ 5 อันดับแรกพบว่า อาการหลงลืมง่ายพบมากที่สุด รองลงมาคือ อาการอ่อนเพลียหรือเหนื่อยล้า อาการเวียนศีรษะหรือมึนงง และมีความผิดปกติของการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ ธนภรณ์ เปรมสัย (2546) ศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบและการปรับตัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยในช่วงสัปดาห์ที่ 2 และช่วงเดือนที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยจะมีการปรับตัวดีขึ้นและผลกระทบจากการบาดเจ็บที่ศีรษะจะลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป

3.2 การทำนายตนเอง ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการบาดเจ็บที่ศีรษะและ

ความบกพร่องพิกการอยู่ในระดับเล็กน้อย การเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน มีความรุนแรงและเป็นปัญหาต่อการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับเล็กน้อยเช่นกัน ร่วมกับการวินิจฉัยปัญหาที่เลือกใช้ คือ เลือกที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาที่เกิดขึ้น ร่วมกับการจัดการด้านอารมณ์ (ตารางที่ 15) โดยจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น และคิดเสียว่าสิ่งต่างๆอาจเลวร้ายได้มากที่สุด เป็นผลให้เกิดการระมัดระวังในการดำเนินชีวิตต่อไป ซึ่งถือว่าเป็นการมองโรคในแง่บวก ทำให้ผู้ป่วยไม่นำพาตนเองไปอยู่กับเหตุการณ์ในอดีตที่ผ่านมาและชีวิตสามารถดำเนินต่อไปได้ เช่น ขับขี่ยานพาหนะได้ตามปกติ สามารถผ่านบริเวณที่เกิดอุบัติเหตุได้ สามารถนึกย้อนถึงเหตุการณ์ได้โดยไม่มีท่าทีหวาดกลัวหรือวิตกกังวล รวมไปถึงมีความใส่ใจในสุขภาพของตนเองมากขึ้น โดยไปรับการตรวจติดตามการรักษาภายหลังออกจากโรงพยาบาล มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23.6 มีการเลิกสูบบุหรี่และเลิกดื่มสุรา ภายหลังจากเหตุการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของประทีป จินฉี (2551) พบว่า บุคคลที่คิดเชิงบวก มีมุมมองการคิดสร้างสรรค์ที่มีประโยชน์ ส่วนบุคคลที่คิดลบก็จะอยู่กับความทุกข์ ความวิตกกังวล และไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงความคิดเชิงบวกจึงมีความสำคัญ และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคนได้ และการมองว่าตนเองแ่เป็นภาระประหมื่น ความผิดพลาดบางส่วนของตนแล้วนำมาสรุปประหมื่นถึงตนเองทั้งหมด เป็นอุปสรรคและขัดขวาง การปรับตัวอย่างเหมาะสมเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ในทางลบ (Ellis, 1991; Dryden, 1996 อ้างใน ดาวประกาย มีบุญ, 2552) และเมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่า มีความพึงพอใจที่ไม่มีปัญหาบกพร่องทางอารมณ์มากที่สุด โดยมีความรู้สึกรอดชีวิตและซึมเศร้า เพียงเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงมีการดำเนินตนเองภายหลังรอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ระดับปานกลาง (ตารางที่ 17) สอดคล้องกับการศึกษาของ Curran et al. (2000) พบว่า การดำเนินตนเองมีความเกี่ยวข้องระดับสูงกับความรู้สึกรอดชีวิตและภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการดำเนินตนเอง จึงไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยที่ได้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ สำหรับการนำไปใช้ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ดังต่อไปนี้

1. พยาบาลควรชี้แนะและกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เมื่อพร้อม ด้วยการให้ความรู้ คำแนะนำในการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสภาพในรายที่สามารถทำได้ และปรึกษากับสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ เช่น นักกายภาพบำบัด สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือ

ตนเองได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานและการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ของร่างกายได้รับการฟื้นฟูและทำงานได้เป็นปกติ ซึ่งจะคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ ความรู้สึกไม่สิ้นหวัง มีกำลังใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2. ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนหนึ่งอาจมีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อาจเป็นผลจากพยาธิสภาพและการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีแนวโน้มมีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม บางรายมีอาการ หงุดหงิด โกรธง่าย อารมณ์แปรปรวนหรือซึมเศร้าและเริ่มแยกตัว จากงานวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีแนวโน้มในการดำเนินตนเองภายหลังรอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะอยู่ในระดับปานกลาง และมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมหรือสังครรอบๆตัวในแง่ลบ จึงต้องใช้ความระมัดระวังในการดำรงชีวิต เป็นพิเศษ และเริ่มไม่ไว้วางใจในบุคคลอื่นๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจกลายมาเป็นปัญหาด้านพฤติกรรม จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยต่อไป ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยควรมีการประเมินสภาพจิตใจ ความเครียด หรือทัศนคติในด้านต่างๆที่มีต่อการเจ็บป่วย แนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อสามารถ ให้คำแนะนำหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญมาช่วยในการดูแลผู้ป่วยต่อไป ถือเป็นเตรียมความพร้อมและ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมต่อไป

ด้านการศึกษาวิจัย

1. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง หรืออาจศึกษาในเขตภูมิภาคอื่นๆของประเทศ ที่มีบริบท แตกต่างไปจากโรงพยาบาลในเขตของกรุงเทพมหานคร ถือว่ามีการดูแลอย่างเป็นระบบ ทันสมัย อุปกรณ์และบุคลากรทางสาธารณสุขมีจำนวนเพียงพอ ซึ่งอาจทำให้ได้ข้อมูลที่มีความแตกต่างไปได้

2. อาจศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยด้านอื่นๆที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึง ศึกษาเพิ่มเติมเชิงคุณภาพในกรณีผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง เช่น มีความ พิจารณ์อยู่ในระดับรุนแรง ความเครียด พฤติกรรม อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อสภาพจิตใจ หรือญาติที่คอยให้การดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมระดับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ ศีรษะ โดยเน้นด้านการฟื้นฟูด้านสภาพร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านการรู้คิด เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีความพิการหรือความบกพร่องหลงเหลืออยู่น้อยที่สุด

รายการอ้างอิง

- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จารุวรรณ มานะสุการ. (2544). ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิตาภา จำปาเงิน. (2550). คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนวดแผนไทยที่โรงพยาบาลท่าสาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- จิรนาถ ฉัตรวิวัฒน์. (2547). การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาระหว่างกันของผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะหลังการผ่าตัดเปิดกระโหลกศีรษะ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัย และการจัดการทางการพยาบาล. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ออฟเซ็ท
- ฉวีวรรณ วรรณทนะ. (2546). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชไมพันธุ์ สันติกาญจน์, สมชาย เวียงพิทักษ์, และวนัสสนันท์ รุจิวิวัฒน์. (2545). รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในระดับจังหวัด ประเทศไทย พ.ศ. 2542. วารสารอุบัติเหตุ, 21, 144 – 155.
- ดวงเพ็ญ แว่ววันจิตร. (2554). การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับภาวะไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิตญา ฤทธิ์เพชร. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา สุขยากร. (2531). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นันทวัน มีกุล. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การทำหน้าที่ของครอบครัวและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ. (2540). ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ, & สุภาภรณ์ ดั่งแพง. (2544). ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 9(1).
- เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร. (2548). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประทีป จินฉี. (2555). ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, 4(1), 63-73.
- ปราณี นิพัทธกุลกิจ, ภินวนันท์ นิमितพันธ์ และประณีต ส่งวัฒนา. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่าย. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 35(1), 135-150.
- เพ็ญจันทร์ ประตันมุข. (2542). ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พีไลรัตน์ ทองอุไร. (2542). ภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 19(2), 38-47.
- พรจันทร์ สุวรรณมนตรี. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางในระยะฟื้นฟูสภาพ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรนิภา เอื้อเบญจพล. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับรู้ต่อการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ไม่รู้สึก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงแก้ว แสนคำ. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมและความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัสมณฑท์ คุ่มทวีพร, ธิดาทิพย์ ชัยศรี, & ธัญลักษณ์ โอบอ้อม. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการสื่อสารเนื่องจากพยาธิสภาพทางสมอง. *วารสารพยาบาล*, 47(1), 9-15.

- ทิพพาพร ตั้งอำนาจ. (2541). *การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มาฆะ กิตติธรรกุล. (2015). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงที่มี การติดเชื้อมดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 32(2), 173-188.
- ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. *แนวทางการรักษาพยาบาลด้านศัลยกรรม (CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN SURGERY)*. สาขาประสาทศัลยศาสตร์ พ.ศ.2552. [Online] สืบค้นข้อมูล 16 สิงหาคม พ.ศ. 2557, เข้าถึงจาก www.surgeons.or.th/cpg/2N98.pdf.
- รุ่งนภา เตชะกิจโกศล. (2552). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาลศิริราช. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร*.
- รมณฤดี เกลี้ยงดา. (2552). *ประสบการณ์อาการปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งรารวรรณ บัวชัย. (2553). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ บุรณวานิช, & พรเทพ แพรชชา. (2555). คุณภาพชีวิตและอาการหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. *วารสารพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(5), 82-88.
- วันนา จินดาเพิ่ม. (2551). *ผลของโปรแกรมกระตุ้นการสื่อสารต่อความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะอะเพเซีย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แสงนวล เขียวประสิทธิ์. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความหวัง ปัจจัยบางประการ กับความผาสุกของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สาวตรี จิวังกูรและสงวนสิน รัตนเลิศ. (2529). ปัญหาทางจิตใจและสังคมในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 31(3).
- สิระยา สัมมาวาจ. (2540). การตอบสนองทางจิตสังคมของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บ. *วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล*, 46(1), 196-201.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2555. [Online]

สืบค้นข้อมูล 16 ธันวาคม พ.ศ. 2557.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานการศึกษาของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจักรยานยนต์ในปี พ.ศ.2552-2554. Retrieved from <http://www.thaincd.com/good-stories-view.php?id=8255>

อภาพรธรรม นามอาษา. (2545). ปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อินทิรา ทาเอื้อ. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล. (2541). การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

Blumbers P.C. (2011). Neuropathology of Traumatic Brain Injury. In: Winn HR, editor. *Youmans Neurological Surgery*. 6th ed. Philadelphia: Saunders, The Curtis Center.p 3288-99

Centers for Disease Control and Prevention. Report to Congress on Mild Traumatic Brain Injury in the United States. (2003)
www.cdc.gov/ncipc/pubres/mtbi/mtbireport.pdf

Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual Model of Health-Related Quality of Life. *Journal Of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342.

Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.

Gouick. J., and Gentleman, D. (2004). The emotional and behavioral consequences of traumatic brain injury. *Trauma*, 6, 285-92.

Haboubi, N. H. J., Long, J., Koshy, M., & Ward, A. B. (2001). Short-term sequelae of minor head injury (6 years experience of minor head injury clinic). *Disability and Rehabilitation*, 23(14), 635-638.

Hall, R. C. W., & Chapman, M. J. (2005). Definition, diagnosis and forensic implications of postconcussional syndrome. *Psychosomatics*, 46(3), 195-202.

- Hickey, J. V. (2003). *The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hudak, C.M., Gallo, B.M., and Morton, P.G. (1998). *Critical Care Nursing: a holistic Approach*. Lippincott-Raven Publishers.
- Jalowice, A., and Power, M. J. (1981). Stress and coping in hypertension and emergency Room patient. *Nursing Research*, 10, 10-15.
- Jo, G., and Douglas, G. (2004). The emotional and behavioral consequences of traumatic Brain injury. *Trauma*, 6, 285-292.
- King, N., Crawford, S., Wenden, F., Moss, N., & Wade, D. (1995). The Rivermead Post-Concussion Symptoms Questionnaire. *Journal of Neurology*, 242, 587-592.
- Lazarus, R.S., and S. Folkmans. (1984). Stress appraisal and coping. *New York: Springer*.
- Lin, M.R., Chiu, W.T., Chen, Y.J., Yu, W.Y., Huang, S.J., & Tsai, M. D. (2010). Longitudinal changes in the health-related quality of life during the first year after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medical and Rehabilitation*, 91(3), 474-480.
- Lishman, M.A., (1978). *Organic Psychiatry : The psychological consequence of cerebral disorder*. Black Well Scientific Pub, London.
- Los Angeles Caregiver Resource Center. (2004). *Fact Sheet: Traumatic Brain Injury*. Retrieved February 8, 2015, เข้าถึงได้จาก [http://www.geroweb.usc.edu/lacrc/disease/Fact Sheets/tbi.htm](http://www.geroweb.usc.edu/lacrc/disease/Fact%20Sheets/tbi.htm)
- Lundin, A., De Boussard, C., Edman, G., & Borg, J. (2006). Symtoms and disability until 3months after mild TBI. *Brain Injury*, 20(8), 799-806.
- Namasa, A. (2002). *Factors predicting health of traumatic brain injured patients*. Unpublished Master's Thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Negin Maleknia, & Farhad Kahrazei (2015). The prediction of Quality of Life Dimensions on Stress coping Strategies in patients with Cancer *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 3(4), 472-478.
- Oddy. M., Humphrey, M., Uttley, D. (1978). Stresses upon the relatives of head-injured Patients. *Br J phychiatry*, 133, 507-512.

- Pagulayan, K. F., Temkin, N. R., Machamer, J., & Dikmen, S. S. (2006). A longitudinal study of health-related quality of life after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87, 611-618.
- Prabripoo, T., Wongvatunyu, S., & Junhavat, D. (2013). Effects of the Family Caregiver Supporting Program on the Ability and Perception of the Ability to Care for Traumatic Brain Injury Patients. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*, 59(1), 42-49.
- Petchprapai, N. (2007). *Adaptation to mild traumatic brain injury among Thai adults*. [dissertation]. Unpublished Doctor's thesis, Case Western Reserve University, Ohio, U.S.A.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research: Principle and method*. Philadelphia: Lippincott.
- Premasai, T. (2003). *Follow up study of patients's adaptation after mild head injury*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Ryan, L. M., & Warden, D. L. (2003). Post-Concussion Syndrome. *International Review of Psychiatry*, 15, 310-316.
- Watanate, Y., et al. (2000). An evaluation of neurobehavioral problems as perceived by family member and level of family 1-3 years following traumatic brain injury in Japan. *Clinical Rehabilitation*. 14(2), 174 -177.
- Ruffolo, C. F., Friedland, J. F., Dawson, D. R., and Colantonio, A. (1999). Mild traumatic brain injury from motor vehicle accidents : factors associated with return to work. *Archives Physical Medicine Rehabilitation*, 80, 392-398.
- Sara, E. L. (2009). Traumatic Brain Injury and Suicide. [Online] สืบค้นข้อมูล 1 กันยายน พ.ศ. 2557, เข้าถึงได้จาก <https://suite.io/sara-e-lewis/2gth2nx>
- Sarno, M. T., Buonaguro, A., and Levita, E., (1986). Characteristic of verbal impairment in closed head injury. *Arch. Phys. Med. Rehabil*, 67, 400.
- States, J. D., and Viano, D. C. (1990). Injury impairment and disability scales to assess the permanent consequences of trauma. *Accid Anal & Prev*, 22, 151-160. doi: 10.1016/0001-4575(90) 90066-T

- Stulemeijer, M., van der Werf, S., Bleijenberg, G., Biert, J., Brauer, J., & Vos, P. E. (2006). Recovery from mild traumatic brain injury: A focus on fatigue. *Journal of Neurology*, 253, 1041-1047.
- Sukraeny, N. (2013). Determinants of the Quality of Life of Patients with Traumatic Brain Injury in Indonesia. A thesis submitted in partial fulfillment of requirements for the degree of master of nursing science (international program). Prince of Songkla University, Songkhla.
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlational procedures for research*. New York: Gardner Press.
- Tomberg, T., Toomela, A., Pulver, A., and Tikk, A. (2007). Coping strategies, social support, life orientation and health-related quality of life following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 19, 1181 -1190.
- Truelle, J.L., Koskinen, S., Hawthorne, G., Sarajuuri, J., Formisano, R., Von Wild, K., ...QOLIBRI Task Force. (2010). Quality of life after traumatic brain injury: The clinical use of the QOLIBRI a novel disease-specific instrument. *Brain Injury*, 24(11), 1272-1291. doi: 10.3109/02699052.2010. 506865
- Von Steinbüchel, N., Wilson, L., Gibbons, H., Hawthorne, G., Höfer, S., & Schmidt, S., ...QOLIBRI Task Force. (2010a). Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI): Scale development and metric properties. *Journal of Neurotrauma*, 27(7), 1167-1185. doi: 10.1089/neu.2009.1076
- Von Steinbüchel, N., Wilson, L., Gibbons, H., Hawthorne, G., Höfer, S., Bullinger, M., ...QOLIBRI Task Force. (2010b). Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI): Scale validity and correlate of quality of life. *Journal of Neurotrauma*, 27(7), 1157-1165. doi: 10.1089/neu.2009.1077
- Webb, Wrigley, Yoels, & Fine. (1996). Explaining quality of life for persons with traumatic brain injuries 2 years after injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 76(12), 1113-1119. doi: 10.1016/S0003-9993(95)80118-9
- World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, Switzerland : World Health Organization. Retrieved from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004_update_full.pdf.

- World Health Organization. (2004). *World report on road traffic injury prevention: Summary*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/summary_en_rev.pdf
- 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.
- Yang, C., Young, K., Hua, M. S., & Huang, S. J. (2007). The association between the Post-concussion symptoms and clinical outcomes for patients with mild traumatic brain injury. *The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care*, 62(3), 657 – 663.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

นาวาตรี นพ. มนสิทธิ์ รัตนันนพัฒน์	แพทย์ฝ่ายบริการสุขภาพ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
นาวาอากาศตรีหญิง ฉัญรดี ปราบริปู	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ กองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
นาวาอากาศเอกหญิง ดร.โสพรรณ โททะยะ	ประจํากรมแพทย์ทหารอากาศ ปฏิบัติงานกองการพยาบาล
นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล	ผู้เชี่ยวชาญพยาบาลระดับ 8 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



ที่ ศธ 0512.11/ 1098



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

23 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธนิดา พึ่งฉิ่ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาอากาศตรีหญิง ธัญรดี ปราบริปู อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ กองการศึกษ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปราสงสง)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นาวาอากาศตรีหญิง ธัญรดี ปราบริปู

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางสาวธนิดา พึ่งฉิ่ง โทร. 08-9924-3532



ที่ ศธ 0512.11/1098

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธนิศา พึ่งฉิ่ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจผล ผู้เชี่ยวชาญพยาบาลระดับ 8 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจผล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

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

นางสาวธนิศา พึ่งฉิ่ง โทร. 08-9924-3532

ที่ ศธ 0512.11/1098



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๓ กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธนิดา พึ่งฉิ่ง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาอากาศเอกหญิง ดร. โสพรรณ โพทะยะ ประจํากรมแพทย์ทหารอากาศ ปฏิบัติงานกองการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตินสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สมิต ปรียาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรียาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นาวาอากาศเอกหญิง ดร. โสพรรณ โพทะยะ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

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

นางสาวธนิดา พึ่งฉิ่ง โทร. 08-9924-3532



ที่ ศธ 0512.11/ 1098

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธนิดา พึ่งฉิ่ง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาตรี นายแพทย์ มนสิทธิ์ รัตนนันทพัฒน์ แพทย์ฝ่ายบริการสุขภาพ กลุ่มงาน ศัลยกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สมิต ปรืชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรืชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นาวาตรี นายแพทย์ มนสิทธิ์ รัตนนันทพัฒน์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

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

นางสาวธนิดา พึ่งฉิ่ง โทร. 08-9924-3532

ที่ ศธ 0512.11/ 1098



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

23 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธนิดา พึ่งฉิ่ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สมิต มณีทอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

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

นางสาวธนิดา พึ่งฉิ่ง โทร. 08-9924-3532





โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๔๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง...จว. ๗๘ / ๒๕๕๘

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	PREDICTING FACTORS OF HEALTH – RELATED QUALITY OF LIFE AMONG TRAUMATIC BRAIN INJURY SURVIVORS
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นางสาว ธนิตา พึ่งฉิ่ง นิสิตชั้นมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงร่างการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๕๘ (Version 1.0 Date 8 September 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๕๘ (Version 1.0 Date 8 September 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๕๘ (Version 1.0 Date 8 September 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๔. อัตตประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๘ กันยายน ๒๕๕๘
วันหมดอายุ	๗ กันยายน ๒๕๕๙

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

ผู้วิจัยสามารถเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรองโครงการวิจัย

พันตำรวจเอกหญิง...
(พันวิติ รัตนสุมาวงศ์)
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ

พันตำรวจเอก...
(อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กรมแพทยทหารอากาศ

ขอรับรองว่า

โครงการ ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

โดย นางสาวธนิดา พึ่งฉิ่ง

สังกัด นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่พิจารณา: ๑. โครงร่างงานวิจัย

๒. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย และ เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ฉบับภาษาไทย

คณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ ได้พิจารณารายละเอียด
 โครงร่างงานวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้วเห็นว่า
 ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพหรือก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัยแต่ประการใด

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอได้ ณ วันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๕๘

นาวาอากาศเอก



(ไกรเลิศ เขียรนุกูล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กรมแพทยทหารอากาศ

พลอากาศตรี



(สันติ ศรีเสริมโภค)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กรมแพทยทหารอากาศ





บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๕/๒๕ ถนนพหลโยธินสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๓๐
 โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕๓ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๙๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒/๐๕๑๗/๕
 วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๕๘
 เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย
 เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๐๙๘ ลงวันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๘

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า
 ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางสาวธนิศา พึ่งฉิ่ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาล
 ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจาก
 การบาดเจ็บที่ศีรษะ” โดยมี ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้: แบบสอบถามกลุ่มอาการหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (The Rivermead
 Post Concussion Symptoms Questionnaire)

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: นางสาวณามรณ์ เปรมสัย เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตร
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. ๒๕๔๖
 เรื่อง “การศึกษาติดตามการปรับตัวของผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย” ซึ่งมี
 รศ.ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และ รศ.ดร. พรรณวดี พุฒวิริยะ เป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 ได้พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องอนุญาตให้ นางสาวธนิศา พึ่งฉิ่ง ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการ
 ศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์
 ของนักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และมีอาจารย์ท่านใดทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษา
 วิทยานิพนธ์หลัก และต้องปฏิบัติตามระเบียบการขอใช้เครื่องมือวิจัยของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งกำหนดให้ผู้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย
 ต้องดำเนินการตามระเบียบการขอใช้เครื่องมือวิจัย (ตามแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมนี้) และต้องชำระค่าบริการ
 การขอใช้เครื่องมือ จำนวน ๒๐๐บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ฉบับ โดยโอนเงินเข้าบัญชี

...../๒.

- ๒ -

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามธิบดี ชื่อบัญชี “หลักสูตรการศึกษาพยาบาลปริญญาโท
รามธิบดี ” เลขที่บัญชี ๐๒๖-๔-๓๕๑๘๗๓-๗ ประเภทออมทรัพย์ และแนบหลักฐานการโอนเงินมาพร้อมกับการ
กรอกแบบ บพร. ๑๕, บพร. ๑๖ ส่งมาที่.....

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระรามที่ ๖ เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทร. ๐-๒๒๐๑-๒๐๑๘ โทรสาร ๐-๒๒๐๑-๑๖๗๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ อัครปทุมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๕/๒๕ ถนนพหลโยธินสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐
 โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕๓ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๙๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒/๐๕๔๖๗๓
 วันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๕๘
 เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย
 เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๐๙๘ ลงวันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๘

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า
 ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางสาวธนิศา พึ่งฉิ่ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจาก
 การบาดเจ็บที่ศีรษะ” โดยมี ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เครื่องมือวิจัยที่ใช้: แบบวัดพฤติกรรมและการเผชิญปัญหา

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย : นางสาวนิตยา สุทธยากร เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตร
 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. ๒๕๓๑ เรื่อง
 “การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 สมองปัจจุบันของญาติ” ซึ่งมี รศ.ประคอง อินทรสมบัติ และรศ.มาลี เลิศมาลีวงศ์ เป็นคณะกรรมการ
 ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 ได้พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องอนุญาตให้ นางสาวธนิศา พึ่งฉิ่ง ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการ
 ศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์
 ของนักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และมีอาจารย์ท่านใดทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษา
 วิทยานิพนธ์หลัก และต้องปฏิบัติตามระเบียบการขอใช้เครื่องมือวิจัยของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งกำหนดให้ผู้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย
 ต้องดำเนินการตามระเบียบการขอใช้เครื่องมือวิจัย (ตามแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมนี้) และต้องชำระค่าบริการ
 การขอใช้เครื่องมือ จำนวน ๒๐๐บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ฉบับ โดยโอนเงินเข้าบัญชี

...../๒.

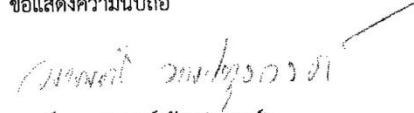
- ๒ -

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามธิบดี ชื่อบัญชี "หลักสูตรการศึกษาพยาบาลปริญญาโท
รามธิบดี" เลขที่บัญชี ๐๒๖-๔-๓๕๑๘๓-๗ ประเภทออมทรัพย์ และแนบหลักฐานการโอนเงินมาพร้อมกับการ
กรอกแบบ บพร. ๑๕, บพร. ๑๖ ส่งมาที่.....

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระรามที่ ๖ เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทร. ๐-๒๒๐๑-๒๐๑๘ โทรสาร ๐-๒๒๐๑-๑๖๗๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ อัครปทุมวงศ์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

RE: Permission to use the tool.



Nigel King (nigel.king@hmc.ox.ac.uk) [Add to contacts](#) 1/21/2015

To: TaNiTa Puengching

It is fine to use the questionnaire with the appropriate citation.
All the best in your research.
Dr Nigel King

From: TaNiTa Puengching [talay_loma@hotmail.com]

Sent: 20 January 2015 17:56

To: Nigel King

Subject: Permission to use the tool.

Dear Dr.Nigel King

My name is Tanita Puengching.I've been learning for master degree of nursing at Chulalongkorn University in Thailand. I'm really interested in studying on "Post concussion syndrome in Traumatic brain injury survivors after head injury." I'd like to use "The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire" in my research. So I'm sending you this e-mail to ask for your permission to use the tool which this tool that some Thai people translated to Thai language.

Thank you very much for your kindness.I'm looking forward to hearing from you.

Yours sincerely,
Tanita Puengching



Ellen Kubis [Add to contacts](#) 2/4/2015 Documents

To: talay_loma@hotmail.com Cc: 'Edna Foa'

1 attachment (19.9 KB)

Tanita,

We would be glad to have you translate the measure into Thai. Below is the process for translating.

1. Translate the PTCI into Thai.
2. Do a back translation of the Thai measure into English.
3. Send the back translation to Dr. Foa, at which point she will review and make any necessary comments or edits.
4. Edits are incorporated into the measure in Thai and then back-translated into English.
5. The English back translation is sent to Dr. Foa for final approval.

Please let me know if you have any questions.

Ellen Kubis

Executive Coordinator to Dr. Edna Foa

CHULALONGKORN UNIVERSITY



หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวรณิศา พึ่งฉิ่ง

ที่อยู่ติดต่อ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช แขวงคลองถนน เขตสายไหม กรุงเทพฯ 10220

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089 - 924 - 3532

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดี**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น รวมถึงการดูแลรักษา

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้า**ไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย** ข้าพเจ้าสามารถที่จะร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยาน

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Participant information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผู้วิจัย นางสาวธนิศา พึ่งฉิ่ง นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน 1 โรงพยาบาลปทุมเวช หอผู้ป่วย ICU ถ.รังสิต – ปทุมธานี อ.ธัญบุรี ปทุมธานี

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089 – 924 -3532

E-mail : talay_loma@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

โครงการนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

โดยทำการศึกษาตัวแปร ได้แก่ กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ วิธีการการเผชิญปัญหาและการดำเนินตนเอง

เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ที่ผู้วิจัยคาดว่า ความไม่สะดวกที่อาจเกิดขึ้น คือ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 - 45 นาที

ในการตอบแบบประเมินผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทน ชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ

3. รายละเอียดและขั้นตอนของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้จะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 110 คน โดยการสุ่มสังกัดต่างๆของโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมี 6 สังกัดโดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ โดยเลือกสุ่มมา 2 สังกัด จาก 6 สังกัด ซึ่งจากการสุ่มได้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ จากนั้นทำการสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดทั้ง 2 สังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยเป็นโรงพยาบาลรัฐที่มีหน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ และห้องตรวจโรคศัลยกรรมประสาท จากนั้นกำหนดเกณฑ์

ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยประกอบด้วย

- 1). ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวตามหลักการประเมินคะแนนกลาสโกว์ (Glasgow coma Scale: GCS) โดยไม่น้อยกว่าคะแนนรวม 3 ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล
- 2). ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป
- 3). ผู้ป่วยไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยด้วยแบบประเมิน Mini Mental Status Exam-Thai 2002 (MMSE-Thai 2002) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

กรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน จาก 23 คะแนน

กรณีที่ยังเรียนจบประถมศึกษา ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน จาก 30 คะแนน

กรณีที่ยังเรียนจบสูงกว่าประถมศึกษา ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน จาก 30 คะแนน

- 4). ผู้ป่วยสามารถสื่อสารด้วยการอ่าน การเขียนหรือการฟังได้อย่างเข้าใจ

เกณฑ์คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- 1). ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นในระหว่างตอบแบบสอบถาม เช่น ปวดศีรษะอย่างรุนแรง เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เป็นต้น

- 2). มีประวัติโรคและอาการทางจิตประสาท เช่นโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ หรือโรคทางระบบประสาทอยู่เดิม

4. ประโยชน์ที่ผู้วิจัยจะได้รับ เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และทางสาธารณสุข เพื่อนำไปประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล ในผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

5. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

6. ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีสิทธิบอกเลิกการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามที่ท่านต้องการ ซึ่งจะไม่มีการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่

7. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ท่านที่เข้าร่วมในการวิจัย

8. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถที่จะหยุดเข้าร่วมงานวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมงานวิจัย จะไม่มีผลกระทบต่อ ทั้งสิ้นต่อการได้รับบริการในโรงพยาบาล

9. ข้อมูลใดๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ข้อมูลโดยภาพรวมและสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวข้างต้น สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 02-218-8147 โทรสาร 02-218-8147 Email: eccu@chula.ac.th



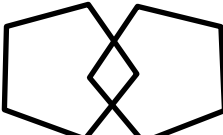
เครื่องมือสำหรับใช้ในการเก็บข้อมูล

โครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิต จากการบาดเจ็บที่ศีรษะ”

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมิน Mini – Mental State Examination (MMSE)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเกี่ยวกับประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน
 - ส่วนที่ 4 แบบประเมินความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวิธีการเผชิญปัญหา
 - ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการดำเนินตนเอง
 - ส่วนที่ 7 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย
(Mini Mental State Examination -Thai 2002)

Orientation for time/ 5	Naming/ 2
วันนี้วันที่เท่าไร()	<u>ยื่นสิ่งของให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า</u>
วันนี้วันอะไร()	“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”()
เดือนนี้เดือนอะไร()	“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”()
ปีนี้ปีอะไร()	Repetition/ 1
ฤดูนี้ฤดูอะไร()	พูดข้อความแล้วให้พูดตาม (บอกเพียงครั้งเดียว)
Orientation for place/ 5	“ใครใครขายไก่ไข่” ()
สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร.....()	Verbal command/ 3
ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไร()	<u>บอกผู้ถูกทดสอบว่าจะส่งกระดาษให้ แล้วให้รับ</u>
ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร()	<u>ด้วยมือขวา พับครึ่งด้วยมือ 2 ข้าง แล้ววางไว้ที่</u>
ที่นี่จังหวัดอะไร()	หน้าขา ()
ที่นี่ภาคอะไร()	พื้น ()
Registration/ 3	เก้าอี้ ()
<u>บอกชื่อของ 3 อย่างแล้วให้ผู้ถูกทดสอบพูดตาม</u>	Written command/ 1
ดอกไม้ ()	<u>ผู้ถูกทดสอบอ่านข้อความ แล้วให้ทำตาม</u>
แม่น้ำ ()	“หลับตา” ()
รถไฟ ()	Write a sentence/ 1
Attention/ Calculation/ 5	ผู้ถูกทดสอบเขียนข้อความที่มีความหมาย
<u>100 – 7</u>()
.....	Visuoconstruction/ 1
Recall/ 3	“ให้วาดภาพเหมือนภาพตัวอย่าง”
<u>ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ใหม่มีอะไรบ้าง</u>	
ดอกไม้ ()	
แม่น้ำ ()	
รถไฟ ()	

หมายเหตุ	()	ไม่ได้เรียนหนังสือ	>14 จาก 23 คะแนน	
(เกณฑ์คัดเข้า)	()	เรียนจบระดับประถมศึกษา	>17 จาก 30 คะแนน	คะแนนรวม.....
	()	เรียนจบสูงกว่าระดับประถมศึกษา	>22 จาก 30 คะแนน	

ลำดับที่.....

วัน/เดือน/ปี.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของคุณ
หรือเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนด

1. เพศ

 ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

 โสด คู่ หม้าย หย่า อื่นๆ ระบุ.....

4.

5.

6. อาชีพ

 ประกอบธุรกิจส่วนตัว รับจ้าง ค้าขาย เกษตรกรรม รับราชการ พนักงานบริษัท ไม่ได้ประกอบอาชีพ อื่นๆ ระบุ.....

7. สถานะการทำงาน

 สามารถกลับไปทำงานตำแหน่งเดิม ต้องเปลี่ยนตำแหน่งงานใหม่ อื่นๆ ระบุ.....

8.

9.

10. โรคประจำตัว

 ไม่มี มี (สามารถ ✓ ได้มากกว่า 1 ข้อ) โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจ โรคไต โรคเกาต์ โรคไทรอยด์ อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 : แบบบันทึกเกี่ยวกับประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของคุณ หรือเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนด

1. สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุจากรถ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> ตกจากที่สูง |
| <input type="checkbox"/> ถูกทำร้ายร่างกาย | <input type="checkbox"/> หกล้ม |
| <input type="checkbox"/> กีฬา นันทนาการ | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |

2. การบาดเจ็บร่วมกับระบบ หรือ อวัยวะอื่น

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| <input type="checkbox"/> มี (สามารถ ✓ ได้มากกว่า 1 ข้อ) | |
| <input type="checkbox"/> บริเวณใบหน้า | <input type="checkbox"/> แขน |
| <input type="checkbox"/> ขา | <input type="checkbox"/> กระดูกสันหลัง |
| <input type="checkbox"/> ช่องท้อง | <input type="checkbox"/> ช่องอก |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | |

3.

4.

5. รายละเอียดการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

วันที่เข้ารับการรักษายาบาล.....

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....

ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....วัน

6.

ส่วนที่ 3 : แบบประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน

คำชี้แจง แบบประเมินนี้สอบถามเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นกับท่านภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ขอให้ท่านเปรียบเทียบอาการดังกล่าวว่า **ก่อนการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะกับหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ** ท่านมีอาการใดบ้าง และท่านรู้สึกว่าเป็นปัญหาระดับใด จากนั้นให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับปัญหาและอาการของท่านมากที่สุด

อาการที่เกิดขึ้น ก่อนได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ - ปัจจุบัน	ไม่มีอาการ	มีอาการแต่ รู้สึกว่าเป็นปัญหา	มีอาการและ รู้สึกว่ามีปัญหามาก
1. ปวดศีรษะ					
2. เวียนศีรษะหรือมึนงง					
3. คลื่นไส้และ/หรืออาเจียน					
4. ไหวต่อเสียงรบกวน					
.....					
.....					
9. รู้สึกคับข้องใจ					
.....					
.....					
.....					
15. มองเห็นภาพซ้อน					
16. กระสับกระส่าย/กระวนกระวาย					
นอกจากปัญหาข้างต้นแล้ว ท่านยังมีอาการอื่นๆอีกหรือไม่ หากมีกรุณาระบุอาการและให้ระดับความรุนแรงของอาการ ดังเช่นปัญหาดังกล่าวข้างต้น					
17.....					
18.....					

ส่วนที่ 4 : แบบประเมินความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้สอบถามเกี่ยวกับระดับความบกพร่องที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยให้ท่านวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับระดับความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ ของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อจะมีเพียงคำตอบเดียว

1). แบบประเมินระดับความบกพร่องภายหลังได้รับบาดเจ็บด้านต่างๆ (Injury Impairment Scale: IIS)

ด้าน	ระดับความบกพร่อง	คะแนน
ท่านคิดว่าลักษณะการเคลื่อนไหวและความคล่องตัวในการเคลื่อนไหวของท่านเป็นอย่างไร	ปกติ	0
	เล็กน้อย	1
	ปานกลาง	2
	รุนแรง	3
	ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้และต้องพึ่งพาผู้อื่น	4
	อยู่ในสภาพไม่รู้สึกรู้สีกตัว (comatose)	5
ภายหลังการบาดเจ็บครั้งนี้ ท่านคิดว่า การได้ยินของท่านเป็นอย่างไร	ปกติ	0
	เล็กน้อย	1
	ปานกลาง	2
	รุนแรง	3
ความรู้สึทางเพศและสมรรถภาพทาง	ปกติ	0
	เล็กน้อย (ความถี่การมีเพศสัมพันธ์ลดลง)	1
	ปานกลาง (เริ่มมีอาการสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ)	2
	รุนแรง (สูญเสียสมรรถภาพทางเพศ)	3

2). ประเมินระดับความพิการภายหลังได้รับบาดเจ็บ (Injury Disability Scale: IDS)

ระดับสมรรถภาพของผู้บาดเจ็บ (Disability Level)	คะแนน
ปกติ (สามารถทำงานและกิจกรรมอื่นๆ ได้ตามปกติ)	0
เล็กน้อย (สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และทำกิจกรรมอื่นๆ ได้เล็กน้อย)	1
ปานกลาง (สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ไม่สามารถทำกิจกรรมอื่นๆ ได้)	2
 	3
	4
รุนแรงมาก (ต้องได้รับการดูแลอย่างเต็มที่ที่บ้าน พร้อมมีผู้ช่วยอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง หรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในการดำเนินชีวิตประจำวัน)	5



ส่วนที่ 5 : แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา

คำชี้แจง แบบประเมินนี้สอบถามเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหา ขอให้ท่านนึกย้อนถึงช่วงเวลาที่ผ่านมา ตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและออกจากโรงพยาบาลจนถึงขณะตอบแบบสอบถามนี้ ว่าท่านใช้วิธีใดบ้างในการจัดการกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น และใช้วิธีนั้นบ่อยครั้งแค่ไหน โดยทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยในแต่ละข้อจะมีเพียงคำตอบเดียว

ข้อ	วิธีการเผชิญความเครียด	ไม่ได้ใช้	ใช้นานๆ ครั้ง	ใช้บางครั้ง	ใช้บ่อยๆ	ใช้ตลอดเวลา
1.	กังวลใจ					
2.	ระบายความเครียดโดยการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายมากขึ้น					
					
					
13.	อารมณ์เสีย ฉุนเฉียว สาปแช่ง สบถ					
14.	ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง					
					
					
22.	พยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์จริงจั่ง					
23.	ระบายอารมณ์กับคนและสิ่งของ					
24.	แยกตัวอยากอยู่คนเดียวตามลำพัง					
					
					
35.	บอกกับตนเองว่าไม่ต้องวิตกกังวลทุกอย่างจะดีขึ้น					
36.	มองสิ่งใหม่ที่ต้องการอย่างแท้จริงและดีที่สุด					

ส่วนที่ 6 : แบบประเมินการรับรู้และการกำหนดตนเอง ภายหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้สอบถามเกี่ยวกับความรู้สึก หรือทัศนคติของท่านที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับการรับรู้ด้านลบที่มีต่อตนเอง สิ่งรอบตัว และด้านการกำหนดตนเอง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อจะมีเพียงคำตอบเดียว

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วยทั้งหมด	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	เฉยๆ	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยทั้งหมด
1. ฉันเป็นสาเหตุ ที่ทำให้เหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้น							
2. ฉันเชื่อว่า ฉันไม่สามารถทำสิ่งที่ถูกต้องได้							
.....							
.....							
7. ฉันไม่สามารถเชื่อถือในบุคคลอื่นได้							
8. ฉันรู้สึกว่าต้องระวังตัวตลอดเวลา							
9. ฉันรู้สึกเหมือนคนตาบอด							
.....							
.....							
17. ฉันจะไม่สามารถกลับไปมีอารมณ์แบบปกติได้อีกครั้ง							
18. โลกนี้อันตราย							
.....							
.....							
24. ฉันรู้สึกโดดเดี่ยว เหมือนถูกแยกออกจากคนอื่นๆ							
25. ฉันเป็นคนไม่มีอนาคต							
.....							
.....							
35. ฉันไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้							
36. จะไม่มีสิ่งดีๆเกิดขึ้นกับฉันอีกต่อไป							

ส่วนที่ 7 : แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

1). แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความรู้สึกพึงพอใจของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

คำชี้แจง แบบประเมินในส่วนนี้สอบถามเกี่ยวกับระดับความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต ภายหลังได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึก ปัจจุบันของท่านมากที่สุด (รวมทั้งสัปดาห์ที่ผ่านมา)

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉยๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<p>ก. ด้านความรู้สึกนึกคิดของท่าน</p> <p><u>ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจ</u></p> <p>1. ที่สามารถตั้งใจกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ เช่น เมื่ออ่านหนังสือ หรือติดตามบทสนทนา</p> <p>2. ในการแสดงออกของตนเองในขณะสนทนากับผู้อื่น</p> <p>3. ที่สามารถจดจำสิ่งต่างๆได้ เช่น ตำแหน่งของสิ่งของที่วาง</p> <p>4. ที่สามารถวางแผนและแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้ เช่น ทำอย่างไรหากถูกขโมย</p> <p>5. ในความสามารถในการตัดสินใจสิ่งต่างๆ</p> <p>6. ในความสามารถในการเดินทางไปในที่ต่างๆ</p> <p>7. ที่สามารถคิดในสิ่งต่างๆได้อย่างรวดเร็ว</p> <p style="text-align: center;">⋮</p>					
<p>ง. ความรู้สึกต่อความสัมพันธ์ทางสังคม</p> <p><u>ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจ</u></p> <p>1. ความรู้สึกที่มีต่อผู้อื่น เช่น เพื่อนร่วมงาน หรือครอบครัว</p> <p>2. ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว</p> <p>3. ความสัมพันธ์กับเพื่อน</p> <p>4. ความสัมพันธ์กับคู่ครอง</p> <p>5. ความสัมพันธ์ทางเพศ</p> <p>6. ทัศนคติของบุคคลอื่นที่มีต่อตัวท่านเอง</p>					

2). แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความรู้สึกไม่พึงพอใจของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

คำชี้แจง แบบประเมินในส่วนนี้สอบถามเกี่ยวกับระดับความรู้สึกไม่พึงพอใจในคุณภาพชีวิต ภายหลังได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึก ปัจจุบันของท่านมากที่สุด (รวมทั้งสัปดาห์ที่ผ่านมา)

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉยๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<p>จ. ด้านอารมณ์ ความรู้สึก ท่านมีความรู้สึกไม่พึงพอใจ</p> <p>1. ความรู้สึกโดดเดี่ยว ทั้งๆในขณะที่ท่านอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ</p> <p>2. เมื่อเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย</p> <p>3. เมื่อเกิดความรู้สึกกังวล</p> <p>4. เมื่อเกิดความรู้สึกเศร้า หรือกดดัน</p> <p>5. เมื่อมีความรู้สึกโกรธเกิดขึ้น</p>					
<p>ฉ. ด้านปัญหาทางกายภาพในปัจจุบัน ท่านมีความรู้สึกไม่พึงพอใจ</p> <p>1. การเคลื่อนไหวที่เชื่องช้า หรืออัมพาต</p> <p>2. ผลกระทบของการบาดเจ็บร่วมต่างๆ</p> <p>3. การเจ็บปวดต่างๆ เช่น ปวดหัว</p> <p>4. ปัญหาในการมองเห็น หรือการได้ยิน</p> <p>5. ผลกระทบที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะโดยรวม</p>					



ตอนที่ 1 การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ มีรายละเอียดดังนี้

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 1 : ตัวแปรอิสระไม่ควรมีความสัมพันธ์กันเองในระดับที่สูง สามารถทดสอบได้โดยใช้การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้วิธี Simple correlation technique และนำเสนอในรูปแบบของเมตริกซ์สหสัมพันธ์ (correlation matrix) ดังแสดงในตารางที่ 7 พบว่า ไม่มีตัวแปรทำนายตัวใดที่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง ใช้เกณฑ์การพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระในระดับสูงของ Burn & Grove (1993) เกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่า .65 ขึ้นไป

ตารางที่ 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความบกพร่องที่เหลืออยู่ วิธีการเผชิญปัญหาและการกำหนดตนเองกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะในรูปของเมตริกซ์สหสัมพันธ์ (correlation matrix)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. PCS	1				
2. Impairments	.585**	1			
3. Coping	.197*	.094	1		
4. Self - Blame	.222*	.130	-.288**	1	
5. HRQOL	-.287**	.413**	.137	-.206**	1

** P < .001

* P < .05

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 2 : ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทำนายและตัวแปรเกณฑ์ต้องมีความเป็นอิสระต่อกัน ทดสอบโดยสถิติ Dubin – Watson โดยแสดงในตารางที่ 23 จากการทดสอบได้ค่า Dubin – Watson เท่ากับ 2.258 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทำนายเป็นอิสระต่อกัน โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาค่า Dubin – Watson ที่ไม่ก่อให้เกิด Error term มีความสัมพันธ์กันเอง (Autocorrelations) ควรมีค่าระหว่าง 1.5 – 2.5

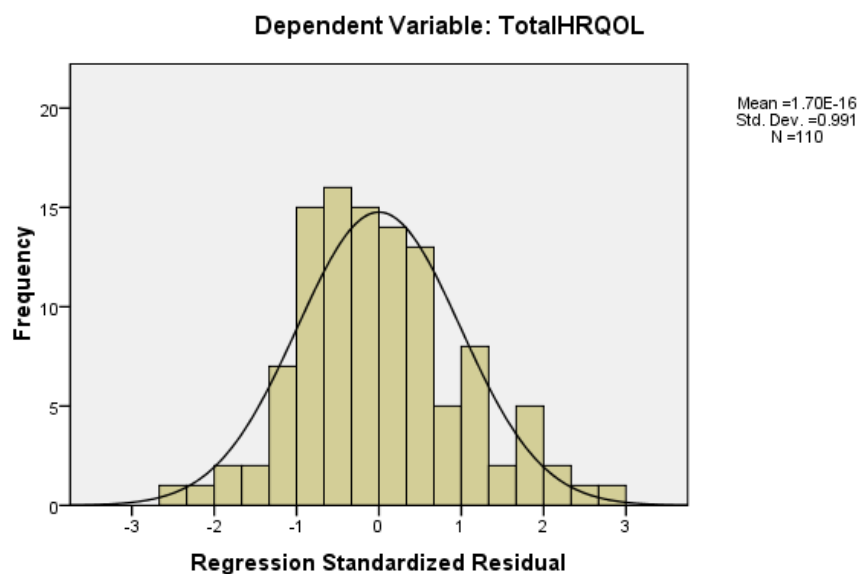
ตารางที่ 21 ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทำนายและตัวแปรเกณฑ์

Model	R	R ²	Adjusted R ²	Std.Error of the Estimate	Change Statistic					Dubin – Watson
					R ² Change	F Change	df1	df2	Sig.F Change	
1	.413 ^a	.170	.163	19.26811	.170	22.194	1	108	.000	2.258
2	.449 ^b	.202	.187	18.99070	.031	4.178	1	107	.043	

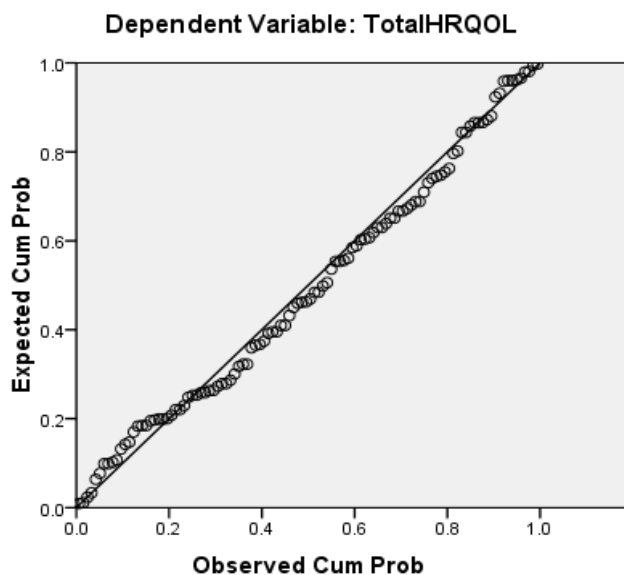
- a. Predictors: (Constant), ความพิการที่หลงเหลืออยู่
 b. Predictors: (Constant), ความพิการที่หลงเหลืออยู่, วิธีการเผชิญปัญหา
 c. Dependent variable: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 3 : ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่เท่ากับ (Homoscedasticity) ทดสอบโดยพิจารณาจากภาพการกระจาย (Scatter Plot) และถ้าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าไม่คงที่ของ X แสดงว่าเกิด Heteroscedastic (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2551)

Histogram

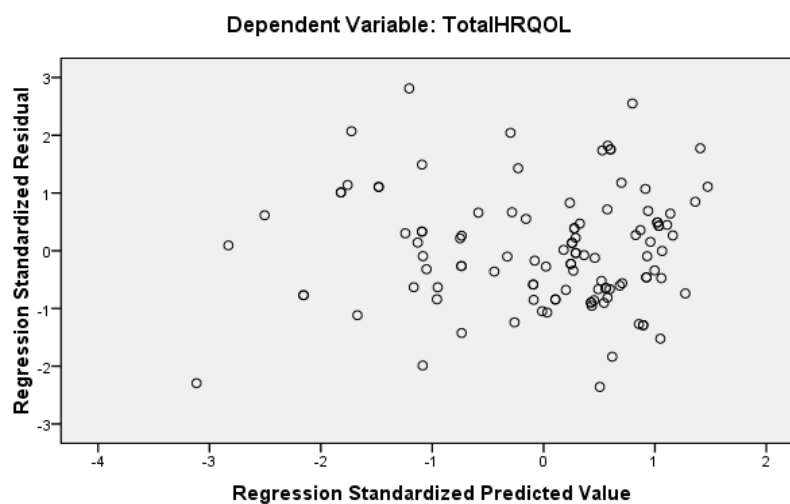


Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



ภาพแสดงการกระจายของค่าที่เป็นจริงกับค่าที่คาดหวัง โดยพิจารณาจากจุดการกระจายตามเส้นตรง จากภาพจุดแต่ละจุดมีการกระจายตามเส้นตรง หมายความว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

Scatterplot



จากภาพ Histogram พบว่า กราฟการกระจาย Scatterplot ระหว่างค่า Regression Standardized Predicted Value (X) กับ Regression Standardized Residual (Y) มีการกระจายของความคลาดเคลื่อนแบบไม่มีรูปแบบ แสดงว่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ จึงไม่เกิดปัญหา Heteroscedastic

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 4 : ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทุกตัวต้องเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution) สามารถทดสอบโดยใช้ Kolmogorov-smirnov test จากการทดสอบพบว่า ตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ได้แก่ ตัวแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ตัวแปรการตำหนิตนเอง และตัวแปรวิธีการเผชิญความปัญหา ส่วนตัวแปรกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (PCS) และตัวแปร Impairments มีนัยสำคัญทางสถิติ $P < .05$ แสดงว่ามีการแจกแจงข้อมูลแบบไม่เป็นโค้งปกติ ซึ่งมีลักษณะเบ้ซ้าย เมื่อทดสอบโดยการทำ Histogram

ตารางที่ 22 Test of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	df	Sig.
HRQOL	.072	110	.200*
PCS	.106	110	.004
Impairments	.179	110	.000
Self - Blame	.074	110	.174
Coping	.058	110	.200*

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

ตารางที่ 23 ความถี่และร้อยละของระดับความรุนแรงของการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (PCS) ของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110)

ระดับความรุนแรงของปัญหา	จำนวน	ร้อยละ
มีอาการเกิดขึ้นและรู้สึกว่าเป็นปัญหาเล็กน้อย	93	84.5
มีอาการเกิดขึ้นและรู้สึกว่าเป็นปัญหাপานกลาง	15	13.6
มีอาการเกิดขึ้นและรู้สึกว่าเป็นปัญหามาก	2	1.8

จากตารางที่ 23 พบว่า ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่มีอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนเกิดขึ้นและรู้สึกว่าเป็นปัญหาเล็กน้อย จำนวน 93 คน (ร้อยละ 84.5) รองลงมา มีอาการเกิดขึ้นและรู้สึกว่าเป็นปัญหাপานกลาง จำนวน 15 คน (ร้อยละ 13.6) และมีอาการเกิดขึ้นและรู้สึกว่าเป็นปัญหามาก จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.8) ตามลำดับ

ตารางที่ 24 ความถี่และร้อยละของระดับความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ ของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110)

ระดับความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่	จำนวน	ร้อยละ
ระดับเล็กน้อย	93	84.5
ระดับปานกลาง	15	13.6
ระดับมาก	2	1.8

จากตารางที่ 24 พบว่า ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่มีระดับความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ระดับเล็กน้อย จำนวน 93 คน (ร้อยละ 84.5) รองลงมา มีระดับความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ระดับปานกลาง จำนวน 15 คน (ร้อยละ 13.6) และมีระดับความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ระดับมาก จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.8) ตามลำดับ

ตารางที่ 25 ความถี่และร้อยละของระดับวิธีการเผชิญปัญหา ของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110)

ระดับวิธีการเผชิญปัญหา	จำนวน	ร้อยละ
ระดับเล็กน้อย	12	10.9
ระดับปานกลาง	92	83.6
ระดับมาก	6	5.5

จากตารางที่ 25 พบว่า ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่มีระดับวิธีการเผชิญปัญหาในระดับปานกลาง จำนวน 92 คน (ร้อยละ 83.6) รองลงมา มีระดับวิธีการเผชิญปัญหาในระดับเล็กน้อย จำนวน 12 คน (ร้อยละ 10.9) และมีระดับวิธีการเผชิญปัญหาระดับมาก จำนวน 6 คน (ร้อยละ 5.5) ตามลำดับ

ตารางที่ 26 ความถี่และร้อยละของระดับการกำหนดตนเอง ของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=110)

ระดับการกำหนดตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับเล็กน้อย	30	27.3
ระดับปานกลาง	61	55.5
ระดับมาก	19	17.3

จากตารางที่ 26 พบว่า ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่มีระดับการกำหนดตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 61 คน (ร้อยละ 55.5) รองลงมา มีระดับการกำหนดตนเองอยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 30 คน (ร้อยละ 27.3) และมีระดับการกำหนดตนเองอยู่ในระดับมาก จำนวน 19 คน (ร้อยละ 17.3) ตามลำดับ

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวธนิศา พึ่งฉิ่ง เกิดวันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2529 ที่จ.กรุงเทพมหานคร สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ เมื่อ ปีพ.ศ.2552 และปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ณ หออภิบาลศัลยกรรม โรงพยาบาลภูมิ พลอดุลยเดช กระทรวงกลาโหม และได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เมื่อปีพ.ศ. 2556 จนถึงปัจจุบัน

