



ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่าย จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

Factors Influencing Health Related Quality of Life in Traumatic Brain Injury Patients after Discharged from a Tertiary Hospital

ขนิษฐา อรัญตร¹, ประณีต สงวัฒนา², นฤมล อุนมาศ¹, ชมนนัส รัตติโชติ¹, สุมามิตา สวัสดิ์ดิณฤนาท², อัฐพล ชีวรุ่งโรจน์¹
Kanitha Arundon¹, Praneed Songwathana², Narumon Anumas¹, Chomnapas Rattichot¹,
Sumamitra Sawatdinarunart², Autthapol Cheevarungrod¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายเพื่อศึกษาอิทธิพลความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ ความพิการ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป จำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ ความพิการ 2) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ 3) ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า 4) แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยง ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2-4 เท่ากับ 0.92, 0.85 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่เป็นเพศชายอายุเฉลี่ย 38.3 ปี (S.D.= 17.75 ปี) ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) มีปัญหาสุขภาพ ที่พบมากที่สุดคือ ปวดศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน ตาพร่ามัว ประมาทครั้งหนึ่งพบว่า มีระดับความพิการหลงเหลือก่อนจำหน่ายในระดับปานกลาง มากที่สุด (ร้อยละ 49) คุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายโดยรวม อยู่ในระดับสูง (Mean= 68.79, S.D.=14.27) ส่วนปัจจัยที่ศึกษาพบว่าทุกตัวสามารถรวมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่ายได้ร้อยละ 61 ($R^2 = .61$, $F = 28.94$, $p = .001$) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตสูงสุดคือ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .357$, $p = .000$) ผลการวิจัยสะท้อนได้ว่า พยาบาลควรส่งเสริมคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมให้มากขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตหลังจำหน่าย ความวิตกกังวล บาดเจ็บศีรษะ ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคม

¹ โรงพยาบาลหาดใหญ่

¹ Hatyai Hospital

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

² Faculty of Nursing, Prince of Songkla University



Abstract

This cross-sectional study aimed to determine factors (level of conscious, disability, anxiety, depression, and social support) predicting quality of life (QoL) among Thai Traumatic Brain Injury (TBI) patients after being discharged. The samples of this study were 100 patients with mild, moderate or severe TBI at least 1 month after discharged from a large tertiary hospital in southern Thailand. The samples were purposively selected from medical records interview. The instrument of the study was a questionnaire which consisted of 4 parts: 1) Demographic Data, Glasgow Coma Scale (GCS), Disability-related Scale (DRS), 2) Quality of Life after Traumatic Brain Injury (QOLIBRI), 3) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and 4) Social Support. The questionnaire validity and reliability which were verified by using Cronbach's alpha coefficients of part 2-4 were at 0.92, 0.85 and 0.91. The data were analyzed by using descriptive statistics and multiple regression.

The results of the study showed that most of the samples were males with mean age 38.3 years (SD=17.75). After discharged, most of the samples had health problems (90%), the most common problems were headache, diplopia and poor vision. About half of them (49%) had disability before discharged. Overall, QoL after discharged remained high (Mean= 68.79, SD=14.27). A regression analysis revealed that 61% of the factors could significantly predict the health-related quality of life (HRQoL) ($R^2 = .61, F = 28.94, p = .001$). The most significant predictive factor was social support ($\beta = .357, p = .000$). In addition, the findings could enable nurses to enhance QoL of TBI patients after discharged through an increase the social support.

Keywords: Quality of Life after Discharge, Traumatic Brain Injury, Anxiety, Depression, Social Support

บทนำ

สุขภาพเป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health related quality of life หรือ HRQoL) จึงมีความจำเป็นโดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการหลงเหลือ ตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ เช่น การบาดเจ็บที่รุนแรงน้อย อาจมีอาการบางประการ ได้แก่ ความจำลดลง มึนงง ปวดศีรษะ เห็นภาพซ้อน การได้ยินลดลง อ่อนเพลีย สมาธิในการทำงานลดลงและซึม เป็นต้น แต่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติส่วนในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก อาจมีอาการหลงเหลือในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่พิการเพียงเล็กน้อยถึงพิการอย่างรุนแรงไม่สามารถช่วยตัวเองได้เลย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายของข้อต่อต่าง ๆ และกล้ามเนื้อ ทั้งในระยะพักฟื้นขณะอยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน เพื่อให้กล้ามเนื้อและข้อต่อมีความแข็งแรงเป็นปกติหรือสามารถใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ ได้ดี และไม่เกิดการผิดรูปของอวัยวะนั้นๆ รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพด้านารูคิด ความจำของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากญาติและชุมชนอย่างมากเพื่อพัฒนาความสามารถในการกลับไปทำกิจวัตรด้วยตนเอง ประกอบอาชีพ และดูแลความปลอดภัยในชีวิตประจำวันให้กับตนเองได้ดีขึ้น เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

เนื่องจากคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของปราชญ์ นิตยสารสุขภาพจิต, ภาวนานันท์ นิมิตพันธ์ และประณีต สังวัฒนา, (2558) กล่าวถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ หลังจำหน่ายพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เพศชาย 48 คน (ร้อยละ 68.6) เพศหญิง 22 คน (ร้อยละ 31.4) อายุเฉลี่ย 41 ปี (S.D.= 15.6) ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเฉลี่ยมานานกว่า 9 เดือน การวินิจฉัย แรกรับ เป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย จำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 51.4) รองลงมาคือ การบาดเจ็บ

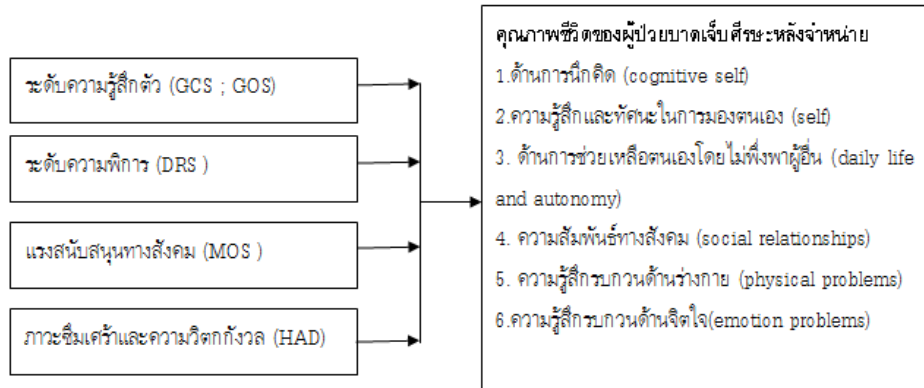


คีรีระ รุนแรง (ร้อยละ 34.3) ตามลำดับ ระดับความพิการหลงเหลือ ประเมินด้วย Glasgow Outcome Score (GOS) พบว่า มีความพิการหลงเหลือระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.7) รองลงมาอยู่ในระดับรู้สึกตัวดี (ร้อยละ 34.3) ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมค่อนข้างสูง ($M = 70.71$, $S.D. = 14.70$) และอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 62.9) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ บุรณวานิชและพรเทพ แพรขาว (2555) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและอาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หลังได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยที่มารับการรักษา ในโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยที่มารับการรักษา ในโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะร้อยละ 76.8 อาการปวดศีรษะมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในด้านพบว่า ด้านที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ที่สุดคือ ด้านครอบครัวส่วนด้านที่มีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดคือ ด้าน จิต-วิญญาณ นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังพบว่ามีปัจจัยบางประการที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระยะเวลาภายหลังการบาดเจ็บศีรษะ การทำกิจกรรมการงาน เป็นต้น และปัจจัยก่อนการบาดเจ็บที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตภายหลังการบาดเจ็บ เช่น ความสูงอายุ การไม่มีงานทำ/ว่างงาน การมีปัญหาด้านจิตใจก่อนการบาดเจ็บ (Grauwmeijer, Heijenbrok & Ribbers, 2014) เป็นต้น จากการศึกษาของ Battista, Godfrey, Soo, Catroppa, & Anderson (2014) พบว่าผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บศีรษะในกลุ่มวัยรุ่น มีภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ส่วนการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หลังจำหน่าย พบว่า ระดับความพิการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.30$, $p < 0.05$) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.52$, $p < 0.01$) (ปราณี นิพัทธกุลศลกิจ, ภินวนันท์ นิमितพันธ์ และประณีต สังวฒนา, 2558) แต่ยังไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยจำหน่ายดังกล่าวในประเทศไทย

เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ ที่มีการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ถึงรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวางแผนจำหน่ายก่อนออกจากโรงพยาบาล บางรายที่มีความต้องการการดูแลเฉพาะ ได้แก่ การดูแลทอเจาะคอ การดูแลสายยางให้อาหารทางจมูกหรือทางหน้าท้อง เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีการวางแผนจำหน่าย โดยมีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านในบางราย แต่ยังคงขาดการประเมินติดตามผลหลังจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยตรง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตหลังจำหน่าย คือ ระดับความรู้สึกตัวแรกเริ่ม ความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แรงสนับสนุนของครอบครัว ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เพื่อจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายและผลลัพธ์ที่มีความสำคัญทางสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่าย (QOLIBRI; Quality of life after Brain injury) (Von Steinbuchel, Wilson, Gibbons, Hawthorne & Hofer, 2010; Truelle et al., 2010) เป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งอธิบายถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 6 มิติย่อย คือ ด้านความคิด ความมีคุณค่าในตน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสัมพันธ์กับสังคมภายนอกกับชุมชน ปัญหาด้านร่างกายและด้านอารมณ์ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่ามีปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการ คือ ปัจจัยด้านการบาดเจ็บ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว (GCS; GOS) ระดับความพิการ (DRS; disability rating scale) และปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (MOS; medical outcome study social support) ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (HAD, Hospital related anxiety and depression) (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและอิทธิพลของปัจจัยด้านต่างๆ ได้แก่ ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ความพิการ แรงสนับสนุนของครอบครัว ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่าย

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ความพิการ แรงสนับสนุนของครอบครัว ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายเพื่อศึกษาปัจจัยด้านระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (GCS ; GOS) ระดับความพิการ (DRS) การสนับสนุนของครอบครัว (MOS) และภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (HAD) ต่อคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (COLIBRI) หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ จากฐานข้อมูลผู้ป่วย ในปี พ.ศ.2556

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง 2) มีระดับความรู้สึกตัว ที่สามารถตอบคำถามและมีความเข้าใจในภาษาไทยที่ใช้สื่อสารด้วยการอ่าน หรือการฟังได้ 3) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยวิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดความเชื่อมั่นที่ $\alpha = .05$ ให้อำนาจการทดสอบ power = 0.8 และกำหนดขนาดของค่าอิทธิพล (effect size) = 0.3 จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ (ปราณี นันทกุลกลกิจ, ภินวนันท์ นิมิตพันธ์ และประณีต สงวัฒนา, 2558; Von Steinbuchel et al., 2010; Sukraeny, Songwathana & Sae-Sia, 2014) พร้อมทั้งมีตัวแปรอิสระ 2 ตัว ที่เป็นอิสระต่อกัน เมื่อเปิดตาราง (Polit & Hungler, 1999) พบว่า



ได้คำนวณของกลุ่มตัวอย่างประมาณ 82 ราย แต่ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 99 ราย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ได้เก็บจำนวนกลุ่มตัวอย่างจริง 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านประชากรและสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ การนับถือศาสนา สถานภาพสมรส การอาศัยอยู่กับครอบครัว ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการบาดเจ็บ ระดับความรู้สึกตัว ระยะเวลาหลังการจำหน่าย การมีอาชีพก่อนและหลังการบาดเจ็บ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การเสพยาเสพติด ปัญหาสุขภาพหลังจำหน่าย และการกลับมารักษาซ้ำ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความรู้สึกตัวและการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (Disability Rating Scale; DRS) โดยดัดแปลงจากเบลเลนและคณะ (Bellon, Wright, Jamison, & Kolakowsky-Hayner, 2012) ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ การประเมินความรู้สึกตัวและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประเภทต่างๆ การประเมิน การพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน และการประเมินการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม มี คะแนนเต็ม 29 คะแนน แบ่งเป็น 9 ระดับ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-29 แต่ในการศึกษานี้ คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคะแนน 0-21 เท่านั้น ซึ่งมี 7 ระดับ คือ ระดับที่ 1 คะแนน 0 หมายถึง ปกติไม่มีความพิการ, ระดับที่ 2 คะแนน 1 หมายถึง ระดับความพิการ รุนแรงเล็กน้อยมาก, ระดับที่ 3 คะแนน 2-3 หมายถึงระดับความพิการ รุนแรงเล็กน้อย, ระดับที่ 4 คะแนน 4-6 หมายถึงระดับความพิการ รุนแรงถึงปานกลาง, ระดับที่ 5 คะแนน 7-11 หมายถึง ระดับความพิการรุนแรง, ระดับที่ 6 คะแนน 12-16 หมายถึง ระดับความพิการรุนแรงมาก, ระดับที่ 7 คะแนน 17-21 หมายถึง ระดับความพิการรุนแรงมากที่สุด

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม (MOS; Medical Outcome study social support) ประกอบด้วย 4 มิติ 18 ข้อย่อยคือ 3.1) การสนับสนุนทางอารมณ์/ การให้ข้อมูล (Emotional/Informational support) จำนวน 8 ข้อย่อย 3.2) การสนับสนุนที่จับต้องได้ (Tangible Support) มีจำนวน 4 ข้อย่อย 3.3) การสนับสนุนด้านความรัก (Affectionate support) มีจำนวน 3 ข้อย่อย 3.4) การสนับสนุนด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก (Positive social interaction) มีจำนวน 3 ข้อย่อย การประเมิน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1= ไม่เลย, 2 = เล็กน้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มากและ 5 = มากที่สุด) ซึ่งถ้าดัชนีการทำหน้าที่สนับสนุนทางสังคมมีคะแนนสูง แสดงถึงการสนับสนุนทางสังคมสูง การคำนวณค่าเฉลี่ยของคะแนนรายการทั้งหมด 18 ข้อ ใน 4 มิติ มีการแปลงคะแนนเพื่อการแปลผลเป็น 0-100 โดยใช้สูตร คือ นำคะแนนที่ได้นั้นมาหารกับผลต่างระหว่างคะแนนสูงสุดที่ได้ ลบกับคะแนนต่ำสุดที่ได้ แล้วนำมาคูณกับ 100 แปลผลค่าคำนวณที่ได้เป็น 2 ระดับ คือ < 80 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนน้อย และ > 80 คะแนน หมายถึงได้รับการสนับสนุนมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประเมินอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวลฉบับภาษาไทย (Thai HADS) มีจำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วนด้านความซึมเศร้า จำนวน 7 ข้อ และด้านความวิตกกังวล จำนวน 7 ข้อ คะแนนสูงสุด 14 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพหลังการบาดเจ็บศีรษะ (QOLIBRI; Quality of life after brain injury) เป็นการวัดความพึงพอใจด้านสุขภาพใน 6 มิติ ได้แก่ ด้านความคิด ความมีคุณค่าในตน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสัมพันธ์กับสังคมภายนอกกับชุมชน ปัญหาด้านร่างกายและด้านอารมณ์ โดยสอบถามความรู้สึกในสัปดาห์ที่ผ่านมา (Von Steinbuchel et al., 2010; Truelle et al., 2010; Hawthorne, Kaye, Gruen, Houseman, & Bauer, 2011) รวมทั้งสิ้น 37 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการนึกคิด มีจำนวน 7 ข้อ 2) ความรู้สึกและทัศนคติการมองตนเอง (self) มีจำนวน 7 ข้อ 3) ด้านการช่วยเหลือตนเองโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น (daily life and autonomy) มีจำนวน 7 ข้อ 4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships)



มีจำนวน 6 ข้อ 5) ความรู้สึกรบกวนด้านร่างกาย (physical problems) มีจำนวน 5 ข้อ และ 6) ความรู้สึกรบกวนด้านจิตใจ(emotion problems) มีจำนวน 5 ข้อ ใน 4 มิติแรก เป็นคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตในลักษณะที่แตกต่างกันออกไปภายหลังการบำบัดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ ความสามารถในการคิดในตอนนี้อารมณ์ความรู้สึกและทัศนคติการมองตนเองขณะนี้ การช่วยเหลือตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น สัมพันธภาพทางสังคมในตอนนี้อยู่ โดยให้คะแนนความพึงพอใจตั้งแต่ ไม่พึงพอใจเลย (1 คะแนน) พึงพอใจเล็กน้อย (2 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน) พึงพอใจค่อนข้างมาก (4 คะแนน) พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) ทั้งหมด 27 ข้อ อีก 2 มิติหลัง เป็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาทางกายและอารมณ์ที่รบกวนหรือก่อให้เกิดความรำคาญในขณะนี้ โดยให้คะแนน ไม่ได้รบกวน (1 คะแนน) รบกวนเล็กน้อย (2 คะแนน) รบกวนปานกลาง (3 คะแนน) รบกวนค่อนข้างมาก (4 คะแนน) รบกวนมากที่สุด (5 คะแนน) มีทั้งหมด 10 ข้อ ค่าคะแนนตั้งแต่ 37 คะแนนถึง 185 คะแนน

การแปลผล โดยการหาค่าเฉลี่ยของตัวแปรแต่ละด้าน (ค่าคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 1-5 คะแนน) ที่คำนวณได้ลบด้วย 1 แล้วนำมาคูณด้วย 25 ค่าใหม่ที่ได้อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน ตามหลักการที่กำหนดของเครื่องมือนี้ นำคะแนนที่ได้ไปหาค่าเฉลี่ยเพื่อการจัดแบ่งระดับเป็น 3 ระดับโดยใช้ค่าพิสัย ดังนี้ ค่าคะแนน 0-33.32 หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตต่ำ ค่าคะแนน 33.33 -66.66 หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ค่าคะแนน 66.67-100 หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านและตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นพบว่า มี 1) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังจากการบำบัดเจ็บที่ศีรษะ 2) แบบสอบถามความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และ 3) แบบสอบถาม แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยง ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.92, 0.85 และ 0.91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ (ID10) ในการดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตระหนักถึงจริยธรรมในการทำวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา และการนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยทราบ ตลอดจนเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย สอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างด้วยการลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เนื่องจากการวิจัยนี้อาจมีผลกระทบต่อความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจึงเตรียมการในเรื่องการดูแลด้านจิตใจและการให้ความช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างตามความเหมาะสม หากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเครียด วิตกกังวล โศกเศร้า เสียใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการตอบสัมภาษณ์ได้ทันที พร้อมกับเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างระบายความรู้สึก รับฟังและพูดคุยให้กลุ่มตัวอย่างได้ผ่อนคลาย หรือกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะวิกฤติทางจิตใจ เช่น โศกเศร้าเสียใจอย่างรุนแรง มีแนวโน้มความคิดอยากทำร้ายตนเอง เป็นต้น ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะให้ความช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างในเบื้องต้น และติดต่อกับเจ้าหน้าที่ในการให้การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ไม่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือระหว่างหรือภายหลังการสัมภาษณ์

วิธีการรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ มี 2 ขั้นตอนคือ 1) เตรียมทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลประจำที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 4 ปี ให้มีความรู้และเข้าใจในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการใช้แบบสอบถาม 2) การเก็บข้อมูล หลังได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาล จึงดำเนินการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก โดยผู้วิจัยและ



ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลาที่ผู้ช่วยมารับการรักษาหรือพบตามแพทย์นัด เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและขอความร่วมมือในการให้ข้อมูล ทั้งนี้มีการลงนามหรือตอบทางวาจาเมื่อยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่าง และให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง นาน 30 นาที ส่วนในรายที่ไม่สามารถตอบด้วยตนเอง ผู้ช่วยวิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านและบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถาม พร้อมทั้งเก็บข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากเวชระเบียนทุกราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ ใช้สถิติพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก และใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ในตัวแปรที่ศึกษา เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่าย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บ 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.0) อายุเฉลี่ย 38.3 ปี (S.D. = 17.75 ปี) ประมาณครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 52.0) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 42.0) โดยมีรายได้เฉลี่ย 7,269 บาท (S.D. = 9483.77) รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 42.0) ก่อนการบาดเจ็บมีอาชีพ (ร้อยละ 75.0) มากกว่าหลังการบาดเจ็บ (ร้อยละ 52.0) ประวัติการบาดเจ็บมานาน เฉลี่ย 22.13 เดือน (S.D. = 35.22) ไม่ดื่มเหล้า (ร้อยละ 86) และไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 73.0) ไม่กลับมาได้รับการรักษาซ้ำภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล (ร้อยละ 71) ผู้ป่วยร้อยละ 91 มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ปวดศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน ตาพร่ามัว มีชัก จากการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะแรกรับ ด้วยคะแนนความรู้สึกตัว (GCS) พบว่า เป็นการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมากที่สุด (ร้อยละ 45) มีระดับความพิการหลงเหลือก่อนจำหน่าย (Glasgow outcome score) ระดับปานกลาง (moderate disability) ร้อยละ 49 ดังตารางที่ 1 และ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่ายมีระดับความพิการที่ผิดปกติเล็กน้อย (Mean = 1.54 , S.D.= 2.91) คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 68.32, S.D.=13.37) ระดับความวิตกกังวลและระดับความซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยรวมมีค่าเฉลี่ยสูง (M = 68.79, S.D. = 14.27) เมื่อจำแนกตามรายดาน พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะด้านปัญหาการรบกวนด้านจิตใจและร่างกายนั้นไม่มี อยู่ในระดับสูง (mean = 82.25, S.D. = 15.96, Mean = 75.60, S.D. = 17.55) และความพึงพอใจต่อด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูง (M = 68.20, S.D. = 20.00) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n =100)

ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ
เพศ		ศาสนา	
ชาย	70	พุทธ	75
หญิง	30	อิสลาม	24
ระดับการศึกษา		คริสต์	1
ไม่ได้อ่านหนังสือ	2	การวินิจฉัยแรกรับ	
ประถมศึกษา	42	Mild head injury	45
มัธยมศึกษาตอนต้น	17	Moderate head injury	17
มัธยมศึกษาตอนปลาย	22	Severe head injury	38
อนุปริญญา/ปวส.	6		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	11		



ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n =100)

ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ
อาชีพก่อนการบาดเจ็บ		สถานภาพ	
ไม่มีอาชีพ	8	คู่	43
มีอาชีพ	75	โสด	52
นักเรียน	17	หม้าย/หย่า	2
รายได้		แยกกันอยู่	3
น้อยกว่า 5,000 บาท	47	ระดับความพิการ	
5,000 - 10,000 บาท	35	Good recovery	32
10,001 - 20,000 บาท	11	Moderate disability	49
20,001 - 30,000 บาท	4	Severe disability	18
มากกว่า 30,001 บาท	3	Persistent vegetative	1
มีปัญหาสุขภาพหลังการจำหน่าย	91	อาชีพหลังการบาดเจ็บ	
ดื่มสุรา	14	ไม่มีอาชีพ	40
สูบบุหรี่	27	มีอาชีพ	52
ใช้สารเสพติด	2	นักเรียน	8

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และระดับของคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่ศึกษา (n = 100)

ตัวแปร	Min	Max	Mean	S.D	ระดับ
ระดับความพิการ (DRS)	.00	17.00	11.54	2.91	มีความผิดปกติเล็กน้อย
ระดับสนับสนุนทางสังคม(MOS)	5.00	90.00	68.32	13.37	ปานกลาง
ระดับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Thai HADS)					
ภาวะซึมเศร้า	.00	13.00	4.36	3.34	ปกติ
ความวิตกกังวล	.00	13.00	4.45	3.33	ปกติ
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (รายด้าน)					
ด้านความรู้สึกนึกคิด	17.86	100.00	63.75	18.63	ปานกลาง
ด้านอารมณ์และทัศนคติในการมองตนเอง	17.86	100.00	64.03	18.72	ปานกลาง
ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่พึ่งผู้อื่น	.00	100.00	64.64	21.27	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	20.83	100.00	68.20	20.00	สูง
ด้านปัญหาการรบกวนด้านร่างกาย(ไม่มี)	15.00	100.00	75.60	17.55	สูง
ด้านปัญหาการรบกวนด้านจิตใจ(ไม่มี)	35.00	100.00	82.25	15.96	สูง
ด้านคะแนนรวมของคุณภาพชีวิต	35.14	97.97	68.79	14.27	สูง



2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นปัจจัยต่างๆ และคุณภาพชีวิต

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว (GCS) ระดับความพิการ (DRS) ระดับความวิตกกังวล (anxiety) และระดับความซึมเศร้า (depression) กับคุณภาพชีวิต ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าทุกตัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต คือ ระดับความพิการ ระดับความวิตกกังวล และระดับความซึมเศร้า ($r = -.351, p < 0.001, r = -.525, p < 0.001, r = -.640, p < 0.001$) ตามลำดับ ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวก กับคุณภาพชีวิต คือ ระดับความรู้สึกตัว และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = .202, p < 0.05, r = .550, p < 0.001$) ตามลำดับดังตาราง 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ระหว่างคุณภาพชีวิต ระดับความพิการ แรงสนับสนุนทางสังคม ระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ระดับความรู้สึกตัวและระดับคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1.คุณภาพชีวิต	1					
2.ระดับความรู้สึกตัว	.202*	1				
3.ระดับความพิการ	-.351**	-.096	1			
4.แรงสนับสนุนทางสังคม	.550**	.005	-.038	1		
5.ระดับความวิตกกังวล	-.525**	-.020	.049	-.315**	1	
6.ความซึมเศร้า	-.640**	-.065*	.226*	-.410**	.675**	1

* = $p < .05$, ** = $p < .001$

3. ปัจจัยทำนายระดับคุณภาพชีวิตกับปัจจัยที่ศึกษา 5 ตัวแปร

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ตัวแปรทุกตัวสามารถรวมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่ายได้ร้อยละ 61 ($R^2 = .61, F = 28.94, p = .001$) โดยพบว่า ปัจจัยด้านความรู้สึกตัว และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้มากที่สุด ($Beta = .153, p = 0.021$ และ $Beta = .357, p < 0.001$ ตามลำดับ) รองลงมา ระดับความพิการ ความซึมเศร้าและ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ส่วนระดับความวิตกกังวล สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้น้อยที่สุด ($Beta = -0.199, p = 0.28$) ดังตาราง 4 และมีสมการพยากรณ์ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบคือ

คุณภาพชีวิตโดยรวม = $48.48 + 513 * \text{ความรู้สึกตัว} - 1.208 * \text{ระดับความพิการ} + .381 * \text{แรงสนับสนุนทางสังคม} - .851 * \text{ระดับความวิตกกังวล} - 1.255 * \text{ความซึมเศร้า}$

สมการพยากรณ์ในรูปแบบมาตรฐาน คือ

คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ = $0.153 * Z_{\text{ความรู้สึกตัว}} - 0.247 * Z_{\text{ระดับความพิการ}} + 0.357 * Z_{\text{แรงสนับสนุนทางสังคม}} - 0.199 * Z_{\text{ระดับความวิตกกังวล}} - 0.294 * Z_{\text{ความซึมเศร้า}}$



ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุของปัจจัยด้านระดับความรู้สึกรู้ตัว ระดับความพิการ แรงสนับสนุนทางสังคม ระดับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

ตัวแปร	b	SEb	β	t	p-value
(ค่าคงที่)	48.482	6.476		7.486	.000
ความรู้สึกรู้ตัว	.513	.218	.153	2.353	.021
ระดับความพิการ	-1.208	.330	-.247	-3.656	.000
แรงสนับสนุนทางสังคม	.381	.076	.357	5.015	.000
ระดับความวิตกกังวล	-.851	.380	-.199	-2.239	.028
ความซึมเศร้า	-1.255	.406	-.294	-3.092	.003

$$R = .78, R^2 = .61, \text{adjusted } R^2 = .59, F = 28.94, P = .000$$

อภิปรายผล

ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพคู่ ร้อยละ 52.0 ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ยังสามารถกลับเข้าทำงานได้ ร้อยละ 52.0 แม้พบว่ามีปัญหาบริเวณด้านร่างกายถึงร้อยละ 90 ได้แก่ปวดศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน ตาพร่ามัว มีชัก แต่คะแนนเฉลี่ยด้านปัญหาการรบกวนด้านจิตใจและร่างกายมีไม่มาก โดยพบว่า เป็นผู้ที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย มากที่สุด (ร้อยละ 45) และ มีระดับความพิการหลงเหลือก่อนจำหน่าย ระดับปานกลาง (ร้อยละ 49) ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ตัวแปรทุกตัวสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่ายได้ร้อยละ 61 ($R^2 = .61, F = 28.94, p = .001$) โดยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ($Beta = .357, t = 5.051, p < 0.001$) สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้มากที่สุด รองลงมาอันดับที่ 2 และ 3 คือความซึมเศร้า ($Beta = -0.294, t = -3.092, p = 0.003$) และระดับความพิการ ($Beta = -0.247, t = -3.66, p < 0.001$) ส่วนระดับความวิตกกังวล ($Beta = .153, t = 2.353, p = 0.021$) และความรู้สึกรู้ตัว ($Beta = -0.199, t = -2.239, p = 0.28$) สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ลำดับที่ 4 และ 5 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4)

จากตารางที่ 3 และ 4 พบว่าระดับความรู้สึกรู้ตัวหลังการบาดเจ็บศีรษะ มีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .202, p < 0.05$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้สูง ($Beta = .153, t = 2.353, p < .021$) หมายความว่า ผู้ป่วยหลังบาดเจ็บศีรษะที่มีระดับความรู้สึกรู้ตัวเพิ่ม 1 คะแนนจะทำให้ระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.513 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีคะแนนสูง 13-15 คะแนนเป็นกลุ่มความรุนแรงการบาดเจ็บเล็กน้อย ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้ดี สามารถกลับเข้าสู่ชีวิตประจำวันได้ การศึกษาคุณภาพชีวิตหลังการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ปานกลางและมากในระยะเวลา 1 ปี พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงปานกลางและมากมีคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บเล็กน้อยภายหลัง 1 ปี ผู้ป่วยบาดเจ็บเล็กน้อยจะมีอาการเหมือนคนปกติ ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บรุนแรงจะมีผลกระทบต่อการทำงานด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ส่วนปัจจัยทำนายที่เป็นตัวแปรอิสระที่ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตต่ำคือ เพศหญิง ผู้สูงอายุ โรคความเครียดและคะแนนของการบาดเจ็บที่สูง (ISS) (Pagulayan, Temkin, Machamer, & Dikmen, 2006) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 62.9) และผู้ป่วยมีความพึงพอใจด้านการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับรู้คุณค่าในตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพทางสังคม อารมณ์และทัศนคติในการมองตนเอง และรับรู้ปัญหาสุขภาพที่รบกวนหลังจำหน่ายต่ำ การรับรู้ไม่มีปัญหาทั้งด้านอารมณ์และด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างสูง ($r = 0.52, p < 0.01$) (ปราณี นิพัทธ์กุลกิจ, ภินวนันท์ นิมิตพันธ์ และประณีต ส่งวัฒนา, 2558)



ส่วนการศึกษาคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ด้านจิตใจของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บศีรษะ ของ (Kalpakjian, Lam, Toussaint & Hansen Merbitz 2004) พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ

แรงสนับสนุนทางสังคม (MOS) มีความสัมพันธ์ทางบวก กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .550, p < 0.001$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ (Beta = .357, $p < 0.001$) หมายความว่า ผู้ป่วยหลังบาดเจ็บศีรษะที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะช่วยให้ระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น เทียบกับ 0.381 คะแนน เพราะกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมหลายประการ ดังแบบสอบถามรายชื่อ ได้แก่ ได้ข้อมูล สิ่งของที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เวลา ความรัก การเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย การสัมผัสกันด้วยความรัก การมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกในครอบครัว เพื่อนๆ และสังคม ซึ่งถือว่าเป็นการสนับสนุนที่ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลโดยตรงต่อความพึงพอใจทั้งด้านความมีคุณค่าในตนเอง และปฏิสัมพันธ์กับสังคม นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคม ยังเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะด้วย สอดคล้องกับ การศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หลังจำหน่าย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.526, p < 0.001$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (Beta = -.199, $t = -2.239, p < .021$) แสดงว่า ผู้ป่วยหลังบาดเจ็บศีรษะที่มีระดับวิตกกังวลสูงขึ้น 1 คะแนน จะช่วยให้คุณภาพชีวิตลดลง 0.851 คะแนน เนื่องจากภายหลังการบาดเจ็บศีรษะผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่หลงเหลืออยู่ได้แก่ภาวะชัก อาการชา และ กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพร้อยละ 91 และความสามารถกลับเข้าทำหน้าที่ตามปกติลดลง จากการบาดเจ็บผู้ป่วยประกอบอาชีพและสามารถกลับมาทำงานได้เพียงร้อยละ 52 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าความวิตกกังวลที่พบมักเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์หรือกิจกรรมต่างๆ มากผิดปกติ และอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติรวม เช่น กระวนกระวายใจ ปวดกล้ามเนื้อและนอนไม่หลับ โดยมีอาการเป็นมาอย่างน้อย 6 เดือน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

ระดับความซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.640, p < 0.001$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (Beta = -.294, $p < .021$) แสดงว่า ผู้ป่วยหลังบาดเจ็บศีรษะที่มีระดับความซึมเศร้าสูงขึ้น 1 คะแนน จะทำให้คุณภาพชีวิตลดลงเท่ากับ 1.26 คะแนน ทั้งนี้เนื่องจากอาการซึมเศร้าเป็นภาวะที่เกิดร่วมกับความรู้สึกเบื่อหน่ายและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีปัญหาสุขภาพร้อยละ 91 ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ภาวะชัก ตาพร่า หูอื้อ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษานำร่องในกลุ่มผู้ป่วยหลังบาดเจ็บศีรษะวัยผู้ใหญ่จำนวน 11 ราย โดยให้มีการรายงานตนเองด้วยแบบวัดความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และระดับคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยรายงานตนเองว่ามีภาวะซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.088, p < 0.001$) (Hu, Feng, Fan, Xiong & Huang, 2012) ดังนั้นควรมีการประเมินและรักษาภาวะ ซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังบาดเจ็บศีรษะที่เป็นกลุ่มวัยกลางคน เพื่อให้ระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพกายเรื้อรัง หลังการบาดเจ็บศีรษะ เช่น สูญเสียความจำ สูญเสียการพูด การได้ยิน สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจลดลง และส่วนผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงการบาดเจ็บและตำแหน่งบาดเจ็บศีรษะ ชนิดที่มีพยาธิสภาพหลายจุดในสมอง (multifocal lesion) จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจลดลงส่งผลให้การมีส่วนร่วมในสังคมลดลง (Lin et al., 2010) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีประวัติภาวะสมองขาดออกซิเจนหรือภาวะหัวใจหยุดเต้น จะมีการรับรู้ หลงลืมมาก ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่กิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตและระดับการมีส่วนร่วมในสังคม (Battista, Godfrey, Soo, Catroppa, & Anderson, 2014)



ระดับความพิการ มีความสัมพันธ์ในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.351, p < 0.001$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้มากที่สุด (Beta = $-.247, p < .000$) หมายความว่า ผู้ป่วยหลังบาดเจ็บศีรษะที่มีระดับความพิการสูงขึ้น 1 คะแนน จะทำให้คุณภาพชีวิตลดลงต่ำกว่า 1.208 คะแนน เนื่องจากผู้ป่วยหลังบาดเจ็บศีรษะที่มีระดับความพิการสูง ส่วนหนึ่งมีปัญหาด้านการบาดเจ็บ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถทำงานหรือใช้ชีวิตในสังคมได้ (Battista, Godfrey, Soo, Catroppa & Anderson, 2014) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศ ที่พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตและสภาพการทำงานของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ได้แก่คะแนนความพิการ ระยะฟื้นฟูสภาพ การจ้างงานก่อนการบาดเจ็บ การไม่มีประวัติใช้สารเสพติด (Mazzini, Cossa, Angelino, et.al., 2003; Scholten, Haagsma, Andriessen, et al., 2015)

สรุป

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่พบว่า มีปัจจัยบางประการทำนายคุณภาพชีวิตภายหลังจำหน่ายของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ โดยเฉพาะ แรงแสนับสนุนทางสังคม และระดับความพิการ ดังนั้น ผู้ป่วย ควรได้รับการสนับสนุนด้านการฟื้นฟูสภาพ และการสนับสนุนจากบุคคลและสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยการพัฒนากระบวนการสนับสนุนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ อาจมีข้อจำกัดที่ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย จึงควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ที่ยังไม่ได้ศึกษา เช่น การกลับเข้าทำงานหรือใช้ชีวิตในสังคมของผู้ป่วยกลุ่มนี้

รายการอ้างอิง

- ปราณี นิพัทธกุลกลกิจ, ภินันท์ นิมิตพันธ์ และประณีต สังวัฒนา. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่าย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, **35**(1), 135-152.
- วันเพ็ญ บูรณวานิช และพรเทพ แพรขาว. (2555). คุณภาพชีวิตและอาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังได้รับบาดเจ็บระดับเล็กน้อยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา. *วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, **30**(2), 82-87.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). โรคซึมเศร้า. ในสมภพ เรื่องตระกูล, *ตำราจิตเวชศาสตร์* (หน้า201-212). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- Battista, A.D., Godfrey, C., Soo, C., Catroppa, C., & Anderson, V. (2014). Depression and Health Quality of Life in Adolescent Survivors of a Traumatic Brain Injury: A Pilot Study. *PLOS ONE*, **9**(7), 1-9.
- Bellon, K., Wright, J., Jamison, L., & Kolakowsky-Hayner, S. (2012). Disability Rating Scale. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, **27**, 449-451.
- Grauwmeijer, E., Heijnenbrok, M.H., & Ribbers, G.M. (2014). Health -Related Quality of Life 3 Years After Moderate to severe traumatic Brain Injury : A Prospective Cohort Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, **95**, 1268-1276.



- Hawthorne, G., Kaye, A.H., Gruen, R., Houseman, D., & Bauer, I. (2011). Traumatic brain injury and quality of life: Initial Australian validation of the QOLIBRI. **Journal of Clinical Neuroscience**, **18**, 197-202.
- Hu, X., Feng, Z., Fan, Y., Xiong, Z., & Huang, Q. (2012). Health-related quality of Life after traumatic brain injury : A 2-year follow -up study in Wuhan, China. **Brain Injury**, **26**(2), 183-187.
- Kalpajian, C.Z., Lam, C.S., Toussaint, L.L. & Hansen Merbitz, N.K. (2004). Describing Quality of Life and Psychosocial Outcome After Traumatic Brain injury. **American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation**, **83**, 255-265.
- Lin, M.R., Chiu, W.T., Chen, Y.J., Yu, W.Y., Huang, S.J., & Tsai, M.D. (2010). Longitudinal Change in the Health-Related Quality of Life During the First Year After Traumatic Brain Injury. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, **91**, 474-480.
- Mazzini L., Cossa F M., Angelino, E. et al. (2003). Posttraumatic epilepsy: neuroradiologic and neuropsychological assessment of long -term outcome. **Epilepsia**, **44**, 569-574.
- 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.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). **Nursing research: Principle and method**. Philadelphia: Lippincott.
- Scholten, A.C., Haagsma, J.A., Andriessen, T.M.J.C., Vos, P.E, Steyerberg, et.al. (2015). Health- related quality of life after mild, moderate and severe traumatic brain injury: Patterns and predictors of suboptimal functioning during the first year after injury. **Injury- International of the Care of the Injured**, **46**, 616-624.
- Sukraeny, N., Songwathana, P., & Sae-Sia, W. (2014). Quality of life among traumatic brain injury survivors in Indonesia: a preliminary study. **Songklanagarind Journal of Nursing**, **34**, 119-128.
- Truelle, J.L., Koskinen, S., Hawthorne, G., Sarajuuri, J., Formisano, R., Von Wild, K., ... , Von Steinbuechel, N.; 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**, 1272-1291.
- Von Steinbuechel, N., Wilson, L., Gibbons, H., Hawthorne, G., Hofer, S.; QOLIBRI Task Force. (2010). Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI): Scale validity and correlate of quality of life. **Journal of Neurotrauma**, **27**, 1157-1165.