



บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

วิไลวรรณ แสงเนียม* กัลยพัชร แก้วอุดร** และ ศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์***

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จำนวน 110 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความสามารถในการฟื้นฟูร่างกาย แบบสอบถามการเผชิญปัญหา แบบสอบถามกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93, .92, .87, .88, และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา: 1) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 63.1$, $SD = 10.3$ และ $\bar{X} = 61.3$, $SD = 19.3$ ตามลำดับ) 2) ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อประเมินด้วยแบบสอบถาม QOLIBRI คือ การเผชิญปัญหา และความสามารถในการฟื้นฟูร่างกาย โดยมีอำนาจการทำนายร้อยละ 18.8 และปัจจัยกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความสามารถในการฟื้นฟูร่างกาย และระยะเวลาการบาดเจ็บ มีอำนาจการทำนายร้อยละ 41.4 เมื่อประเมินด้วยแบบสอบถาม SF-36V2

สรุป: ผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ โดยปัจจัยกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนเป็นปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายสูงสุด จึงควรเป็นตัวแปรแรกที่จะนำมาพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลจัดการกับกลุ่มอาการดังกล่าว เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ/ บาดเจ็บศีรษะ/ ปัจจัยทำนาย

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หัวหน้าโครงการวิจัยและผู้รับผิดชอบหลัก

E-mail: wilaiwan.s@chulahospital.org

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยร่วม

*** ผู้ตรวจการพยาบาลเฉพาะทางอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยร่วม



Predicting factors of health-related quality of life in patients with traumatic brain injury

Wilaiwan Saengniam* Kanyapat Kaewudon ** and Siriwan Kauwiriyan***

Abstract

Purpose: to examine the health-related quality of life (HRQoL) in patients who have experienced traumatic brain injury and to identify the predictive factors related to it.

Design: Predictive research.

Methods: The study involved 110 patients who had experienced traumatic brain injury. Data was collected through questionnaires, including a demographic data form, resilience, coping, post-concussion syndrome, functional status, Disease-Specific Quality of Life (QOLIBRI), and General Quality of Life (SF36V2). The Cronbach's alpha coefficients of the scales were .93, .92, .87, .88, and .96 respectively. The data was analyzed using stepwise multiple regression.

Results: 1) The overall HRQoL were moderate level (QOLIBRI; $\bar{X}$ = 63.1, SD = 10.3 and SF-36V2; $\bar{X}$ = 61.3, SD = 19.3) 2) Coping and resilience were factors predicting the HRQoL in patients with traumatic brain injury at the level of .05, with a prediction power of 18.8 percent (using QOLIBRI questionnaires). Post-concussion syndrome, resilience and time since of injury were factors predicting the HRQoL in patients with traumatic brain injury at the level of .05, with a prediction power of 41.4 percent (using SF-36V2 questionnaires).

Conclusion: The result findings can provide evidenced data for nurses to develop the nursing intervention to increase the HRQoL in patients with traumatic brain injuries. Post-concussion syndrome is the factor with the highest predictive power. Therefore, it should be the first variable that should be to develop a nursing intervention to manage these symptoms to increase the HRQoL in patients with traumatic brain injuries.

Keywords: Quality of life/ Traumatic brain injury/ Predictive factors

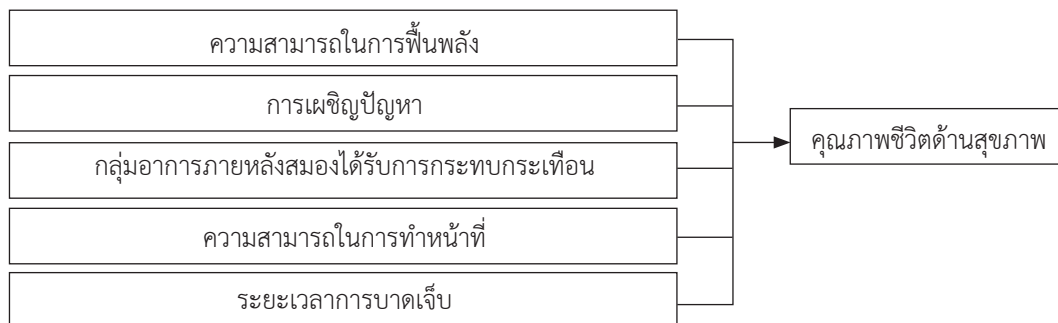


บทนำ

การบาดเจ็บศีรษะ เป็นปัญหาสุขภาพที่ทุกประเทศให้ความสำคัญ ในแต่ละปีมีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะกว่า 10 ล้านคน และมีผู้ป่วย 5.3 ล้านคน ที่ต้องทุกข์ทรมานและดำรงชีวิตอยู่กับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ได้แก่ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ชัก อารมณ์แปรปรวน ความสามารถในการทำกิจวัตรลดลง การคิดรู้และความจำบกพร่อง เป็นต้น ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยลดลง¹ ถึงแม้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจะดีขึ้นตามระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ผ่านไป แต่มีผู้ป่วยหลายรายที่ยังคงมีปัญหาความสามารถในการทำกิจวัตรลดลง การคิดรู้บกพร่อง สูญเสียความเป็นตัวเอง พึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ขาดกิจกรรมทางสังคม เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง² จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บศีรษะ พบว่า ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 เดือน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 60 และระดับต่ำ ร้อยละ 35.3³ ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยภายหลังการบาดเจ็บ 3 เดือน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง โดยมีคุณภาพชีวิตที่มีคะแนนต่ำมากที่สุดคือ มิติอารมณ์และทัศนคติในการมองตนเอง มิติความรู้สึคนึกคิด มิติสัมพันธภาพทางสังคม และมิติปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ตามลำดับ⁴ ส่วนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง ภายหลังการบาดเจ็บ 1-10 ปี พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับต่ำ โดยคะแนนคุณภาพชีวิตจะเพิ่มขึ้นเมื่อระยะเวลาผ่านไป แต่ใน 2 ปีแรก เป็นช่วงที่คะแนนคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด โดยพบว่า ภายหลังการบาดเจ็บ 1 ปี 2 ปี 5 ปี และ 10 ปี มิติด้านร่างกายมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 43.0, 43.2, 44.8 และ 48.6 ตามลำดับ ส่วนมิติด้านจิตใจมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 44.7, 45.5, 45.7

และ 48.0 ตามลำดับ ซึ่งมีมิติที่มีคะแนนต่ำ ได้แก่ มิติบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพกาย มิติความมีชีวิตชีวา มิติความปวด และมีบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ ตามลำดับ⁵

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2563 พบ 6 งานวิจัย เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย 3 งานวิจัย ตัวแปรที่พบ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความพิการ⁶ อาการปวดศีรษะ ความแปรปรวนของการนอนหลับ อาการอ่อนล้า⁴ อาการปวดศีรษะและเวียนศีรษะ การจัดการอาการ³ การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย 3 งานวิจัย ตัวแปรทำนายที่พบ ได้แก่ ความบกพร่องที่เหลืออยู่ การเผชิญปัญหา⁷ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ความพิการ⁸ กลาสโกว์โคมาสเกล การบูรณาการในชุมชน⁹ แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า⁸⁻⁹ ซึ่งปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความบกพร่องที่เหลืออยู่ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ความพิการกลาสโกว์โคมาสเกล ไม่สามารถนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพยาบาลได้ จึงทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศเพิ่มเติม ซึ่งพบตัวแปรที่น่าสนใจ ได้แก่ ความสามารถในการฟื้นพลัง (Resilience)¹⁰⁻¹² ความสามารถในการทำหน้าที่¹³⁻¹⁴ ระยะเวลาการบาดเจ็บ¹⁴ อาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน¹⁵ ซึ่งการนำมาศึกษาในบริบทที่แตกต่างกัน อาจให้ผลการวิจัยที่แตกต่างกันได้ เนื่องจากวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งแวดล้อมที่แตกต่าง จะสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แตกต่างกันได้ ตัวแปรการเผชิญปัญหา เป็นตัวแปรที่นำมาศึกษาซ้ำ เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ประเมินการเผชิญปัญหาและประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา และการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต 2 แบบ ดังรายละเอียดในเครื่องมือในการวิจัย ซึ่งอาจจะสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แตกต่างกันได้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ใช้แนวคิดที่อธิบายถึงการเจ็บป่วยหรือการดูแลรักษาภายหลังการบาดเจ็บที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ บทบาทหน้าที่ทางสังคมและการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป¹⁶ ซึ่งตัวแปรที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษานี้เป็นตัวแปรด้านร่างกาย จิตใจและบทบาทหน้าที่ทางสังคม ที่คัดเลือกมาจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยและต่างประเทศ ดังนี้ (แผนภาพที่ 1)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความสามารถในการฟื้นพลัง การเผชิญปัญหา กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความสามารถในการทำหน้าที่ ระยะเวลาการบาดเจ็บ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Descriptive predictive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลัง

การบาดเจ็บ 1 เดือน ถึง 2 ปี อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เคยนอนพักรักษาตัวภายใน 24 ชั่วโมง ที่หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ภายหลังการบาดเจ็บ 1 เดือน ถึง 2 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เคยนอนพักรักษาตัวภายใน 24 ชั่วโมง ที่หอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมบาดเจ็บหรือหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมประสาทของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 110 คน โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2562 ถึง 31 กรกฎาคม 2566

การคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด (Inclusion criteria) ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) มีระดับความรู้สึกตัว แกร์บ (Glasgow Coma Scale: GCS) คะแนนรวมตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป 2) มีความเข้าใจและสามารถสื่อสารด้วยการพูด อ่าน และฟังภาษาไทยได้ 3) ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการทางจิตประสาท สับสน หรือสมองเสื่อม 4) มีความยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978) ซึ่งจำนวนตัวแปรที่ศึกษามีทั้งหมด 6 ตัวแปร ดังนั้นกลุ่ม



ตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ $n \geq (10 \times 6) + 50 = 110$ ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 121 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นก่อนนำมาใช้เก็บข้อมูลกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และแบบสอบถามทั้งหมดผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือแล้ว ซึ่งเครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ปัจจุบัน โรคประจำตัว อาชีพปัจจุบัน ผลต่อการประกอบอาชีพหลังได้รับบาดเจ็บ โดยผู้ป่วยตอบเอง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเกี่ยวกับประวัติการบาดเจ็บศีรษะ ส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก มีข้อคำถาม 8 ข้อ ประกอบด้วย สาเหตุการบาดเจ็บ การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยโรคร่วม การบาดเจ็บร่วมกับระบบหรืออวัยวะอื่น ๆ คะแนน GCS แรกรับ ตำแหน่งของก้อนเลือด ระยะเวลายุ่งโรงพยาบาล ระยะเวลาดังแต่บาดเจ็บจนถึงปัจจุบัน ซึ่งได้ข้อมูลจากเวชระเบียน

2. แบบสอบถามความสามารถในการฟื้นพลัง ใช้ The Connor-Davidson Resilience Scale-10 Item (CD-RISC-10) ของ Connor and Davidson (2003)¹⁷ ดัดแปลงมาจาก The Connor-Davidson Resilience Scale-25 Item (CD-RISC-25) แปลเป็นภาษาไทยโดย Nauwarat Imlimtharn (2013) มีคำถาม 10 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-40 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถในการฟื้นพลังสูง ความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93

3. แบบสอบถามการเผชิญปัญหา ใช้แบบสอบถามการเผชิญปัญหา Jalowiec coping scales สร้างโดย Jalowiec et al. (1984) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของ ปราณี มิ่งขวัญ (2542)¹⁸ มีคำถาม 36 ข้อ แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาออกเป็น 3 วิธี คือ 1) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหามีคำถาม 13 ข้อ 2) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ มี 9 ข้อ 3) การเผชิญปัญหาแบบเลือกการรับรู้ปัญหา มี 14 ข้อ แต่ละข้อมีค่า 1-5 คะแนน ดังนั้นคะแนนการเผชิญปัญหาโดยรวม จึงมีค่าระหว่าง 36-180 คะแนน การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหามีค่า 13-65 คะแนน การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์มีค่า 9-45 คะแนน และการเผชิญปัญหาแบบเลือกการรับรู้ปัญหา มีค่า 14-70 คะแนน การแปลผล ใช้การคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ คือ การเปรียบเทียบสัดส่วนการเผชิญปัญหา โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ยรายด้านก่อน จากนั้นนำค่าเฉลี่ยแต่ละด้านหารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยของทุกด้าน จะได้เป็นคะแนนสัมพัทธ์ ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0.001-1.000 แล้วเปรียบเทียบการใช้การเผชิญปัญหาทุกด้าน คะแนนสัมพัทธ์ด้านใดมาก หมายถึง มีการใช้การเผชิญปัญหาด้านนั้นมาก ความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92

4. แบบสอบถามกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ใช้ The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire ของ King, et al. (1995) แปลเป็นภาษาไทยโดยธนภรณ์ เปรมสัย (2546)¹⁹ ใช้ประเมินความรุนแรงของกลุ่มอาการ มีข้อคำถามปลายปิด 16 ข้อ แบ่งเป็นกลุ่มอาการด้านร่างกาย ด้านการรับรู้ ด้านพฤติกรรมทางอารมณ์ และด้านการมองเห็น และคำถามปลายเปิด 2 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 ระดับ การแปลผลคะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรุนแรงของปัญหามาก ความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87

5. แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ ใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย Karnnfsky Performance Status Scale ของ Karnnfsky, et al.



(1949) แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดยอำนวยพร อาษานอก (2549)²⁰ สอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการทำงาน การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับงานบ้าน และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มี 1 ข้อคำถาม ให้คะแนนเป็นช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-100 โดยคะแนน 100 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีสุขภาพดี ไม่มีภาวะเจ็บป่วย สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินจากการซักถามผู้ป่วยและญาติ

6. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ประกอบด้วย 2 แบบสอบถาม คือ

6.1 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉพาะโรค ใช้ QOLIBRI แปลเป็นภาษาไทยโดยธิดา พึ่งฉิ่ง (2558)⁷ มี 37 ข้อคำถาม ประเมิน 2 มิติย่อย ได้แก่ มิติที่ 1 เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อตนเองและสัมพันธภาพทางสังคม และมิติที่ 2 เกี่ยวกับความรู้สึถึงปัญหาที่รบกวนด้านร่างกายและอารมณ์ ความรู้สึก การแปลผลใช้การหาค่าเฉลี่ยของตัวแปรแต่ละด้าน (ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 1-5 คะแนน) ที่คำนวณได้ ลบด้วย 1 แล้วคูณด้วย 25 จะได้ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง การมีคุณภาพชีวิตดี ความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88

6.2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป ใช้ SF-36Version 2.0 แปลภาษาไทย โดย กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัยและคณะ (2548)²¹ มี 36 ข้อคำถาม เป็นการประเมิน 2 ด้าน ด้านละ 4 มิติ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน คำนวณจากการนำคะแนนที่ได้มาเทียบเป็น 100 คะแนน (คะแนนที่ได้ $\times 100$) / คะแนนรวมทั้งหมดของคะแนนโดยรวมหรือรายด้านนั้น ซึ่งคะแนนจะมีค่าอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง การมีคุณภาพชีวิตดี ความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รหัสโครงการ 741/61 และผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการเก็บความลับ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และลงนามในหนังสือให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สารสนเทศเพื่อค้นหากลุ่มตัวอย่างจากระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลย้อนหลัง 1 เดือน ถึง 2 ปี หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากหอผู้ป่วย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ บันทึกวันที่ เวลา สถานที่ ที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก วันที่เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยงในการเข้าร่วมวิจัย แฉ่งเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้วิจัยได้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Statistical package for the social science (SPSS) for Windows version 22 โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าพิสัย 2) ความสามารถในการฟื้นพลัง การเผชิญปัญหา กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความสามารถในการทำหน้าที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วน



เบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) สำหรับการทดสอบสมมติฐานทางสถิติ โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยความเบ้และความโด่ง (Skewness and Kurtosis) การตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) ระหว่างปัจจัยใช้ Tolerance และ Variance Inflation Factor (VIF) ค่าความคลาดเคลื่อนของปัจจัยที่เป็นอิสระโดย Durbin-Watson และค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homoscedasticity of variance) ของตัวแปรตามใช้ scatter plot ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ซึ่งทุกตัวแปรเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น 4) การวิเคราะห์ปัจจัยและอำนาจการทำนาย ใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 66.4 เพศหญิง ร้อยละ 33.6 มีอายุเฉลี่ย 48 ปี ($\bar{X}=47.8$, $SD=22.2$) ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คืออายุ 18-30 ปี และอายุ 61 ปีขึ้นไป เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 44.5 มีสถานภาพคู่ และร้อยละ 43.7 สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือปวช. ร้อยละ 36.4 ภายหลังการบาดเจ็บกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.2 รายงานว่าการบาดเจ็บไม่ส่งผลต่อการประกอบอาชีพ โดยร้อยละ 67.3 ยังสามารถประกอบอาชีพได้ มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 29.1 อาชีพพนักงานบริษัท ร้อยละ 12.7 และรายได้ของกลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท ($\bar{X}=13,514.6$, $SD=16,294.2$)

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสาเหตุการบาดเจ็บจากการหกล้มศีรษะกระแทกพื้น ครึ่งหนึ่งไม่มีการบาดเจ็บร่วมกับระบบอื่น ร้อยละ 55.5 ไม่มีการวินิจฉัยโรคร่วม ร้อยละ 84.5 คะแนน Glasgow coma scale แรก รับ อยู่ระหว่าง 13-15 คะแนน ร้อยละ 45.5 ภายหลังการบาดเจ็บพบว่า ไม่มีเลือดออกในสมอง เกือบครึ่งหนึ่งระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 1-3 วัน ($\bar{X}=10.6$, $SD=18.9$) และส่วนใหญ่ระยะเวลาตั้งแต่บาดเจ็บจนถึงปัจจุบัน อยู่ระหว่าง 31-39 วัน ($\bar{X}=43.1$, $SD=23.4$)

3. ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ด้วยแบบสอบถาม QOLIBRI พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=63.1$, $SD=10.3$) วิเคราะห์คุณภาพชีวิตรายด้าน ดังตารางที่ 1

4. ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ด้วยแบบสอบถาม SF-36V2 พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=61.3$, $SD=19.3$) และเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิต 2 ด้าน พบว่า ทั้งด้านร่างกาย ($\bar{X}=59.1$, $SD=22.9$) และด้านจิตใจ ($\bar{X}=66.3$, $SD=17.6$) มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน วิเคราะห์ในมิติย่อยของด้านร่างกายและด้านจิตใจ ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ รายด้านและโดยรวม โดยใช้แบบสอบถาม QOLIBRI และแบบสอบถาม SF36V2 (n=110)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ		คะแนน		
ต่ำสุด-สูงสุด	Mean ($\bar{X}$)	SD	ระดับ	
QOLIBRI				
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	8.3-100	71.1	16.6	สูง
ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น	0-100	69.2	19.3	สูง
ด้านอารมณ์และทัศนคติในการมองตนเอง	25-100	69.2	17.4	สูง
ด้านความรู้สึกนึกคิด	0-100	67.9	18.7	สูง
ด้านปัญหาการบกพร่องทางร่างกาย	0-100	48.6	24.7	ปานกลาง
ด้านปัญหาการบกพร่องทางอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ	0-100	44.5	21.9	ปานกลาง
โดยรวม	37.1-84.5	63.1	10.3	ปานกลาง
SF36V2				
ด้านร่างกาย	5.4-100	59.1	22.9	ปานกลาง
-ความปวดของร่างกาย	0-100	69.3	24.3	สูง
-บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพกาย	0-100	64.1	28.2	ปานกลาง
-การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป	5-100	58.9	23.1	ปานกลาง
-การทำงานของร่างกาย	0-100	55.1	30.0	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	21.4-100	66.3	17.6	ปานกลาง
-การทำหน้าที่ทางสังคม	0-100	70.4	23.3	สูง
-สุขภาพจิต	35-100	68.5	17.1	สูง
-บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์	0-100	65.9	29.0	ปานกลาง
-ความมีชีวิตชีวา	0-100	61.9	20.0	ปานกลาง
โดยรวม	12.2-100	61.3	19.3	ปานกลาง

5. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เมื่อใช้แบบสอบถาม QOLIBRI ตรวจสอบข้อตกลงก่อนการวิเคราะห์ โดยค่าความคลาดเคลื่อนของปัจจัยเป็นอิสระต่อกัน ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.121 และไม่มี Multicollinearity ระหว่างตัวแปรทำนาย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรการเผชิญปัญหา และความสามารถ

ในการฟื้นฟูพลัง ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ร้อยละ 18.8 ($R^2 = .188$, $F = 12.408$, $p < .05$) ดังตารางที่ 2 ซึ่งสามารถสร้างสมการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ ดังนี้

$$\hat{Z}_{\text{คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ(QOLIBRI)}} = +.325Z_{\text{การเผชิญปัญหา}} + .214Z_{\text{ความสามารถในการฟื้นฟูพลัง}}$$



6. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต เมื่อใช้แบบสอบถาม SF36V2 ตรวจสอบข้อตกลงก่อนการวิเคราะห์ โดยค่าความคลาดเคลื่อนของปัจจัยเป็นอิสระต่อกัน ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.037 และไม่มี Multicollinearity ระหว่างตัวแปรทำนาย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการ

กระทบกระเทือน ความสามารถในการฟื้นฟูพลัง และระยะเวลาการบาดเจ็บ ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ร้อยละ 41.4 ($R^2 = .411$, $F = 24.915$, $p < .05$) ดังตารางที่ 2 ซึ่งสามารถสร้างสมการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ ดังนี้

$$\hat{Z}_{\text{คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (SF36V2)}} = -.388Z_{\text{กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน}} + .371Z_{\text{ความสามารถในการฟื้นฟูพลัง}} - .195Z_{\text{ระยะเวลาการบาดเจ็บ}}$$

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของการเผชิญปัญหา ความสามารถในการฟื้นฟูพลัง กลุ่มอาการภายหลังสมอง ได้รับการกระทบกระเทือน และระยะเวลาการบาดเจ็บ ในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ตัวแปรทำนาย	B	SEb	Beta	t	p-value	Tolerance	VIF
QOLIBRI							
Constant	37.232	5.334		6.980	.000		
การเผชิญปัญหา	6.314	1.758	.325	3.592	.000	.928	1.077
ความสามารถในการฟื้นฟูพลัง	.292	.124	.214	2.364	.002	.928	1.077
R = .434 $R^2 = .188$ Adjust $R^2 = .173$ SE = 9.34289 F = 12.408 D.W. = 2.121							
SF36V2							
Constant	52.140	6.768		7.704	.000		
กลุ่มอาการภายหลังสมอง							
ได้รับการกระทบกระเทือน	-.754	.157	-.388	-4.808	.000	.851	1.175
ความสามารถในการฟื้นฟูพลัง	.955	.208	.371	4.592	.000	.848	1.179
ระยะเวลาการบาดเจ็บ	-.155	.059	-.195	-2.614	.010	.991	1.009
R = .643 $R^2 = .414$ Adjust $R^2 = .397$ SE = 15.02630 F = 24.915 D.W. = 2.037							

การอภิปรายผล

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะด้วยแบบสอบถาม QOLIBRI และ SF-36V2 พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 63.1 (SD=10.3) และ 61.3 (SD=19.3) ตามลำดับ อาจเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90 รู้สึก

ว่าการบาดเจ็บทำให้เกิดปัญหารบกวนทั้งทางร่างกาย อารมณ์และความรู้สึก จากผลการวิจัยรายข้อพบว่า ร้อยละ 63.6 เกิดกลุ่มอาการรบกวนมากกว่า 6 อาการ ร้อยละ 19.2 เกิดอาการรบกวน 1-3 อาการ และร้อยละ 17.2 เกิดอาการรบกวน 4-6 อาการ โดยอาการที่พบได้แก่ อาการเวียนศีรษะหรือมึนงง (67.3%) ปวดศีรษะ (65.5%) อ่อนเพลียหรือเหนื่อยง่าย (55.5%) การนอนหลับผิดปกติ (50.0%) เป็นต้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจ



ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Costello และคณะ¹ ที่พบว่า ภายหลังการบาดเจ็บศีรษะ ผู้ป่วยเกิดปัญหาปวดศีรษะ เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย หลงลืมง่าย สมาธิสั้น คิดช้าลง วิตกกังวล สับสน คับข้องใจ เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถทำกิจกรรม หรือมีสัมพันธภาพกับสังคม หรือกลับไปทำงานได้ตามปกติ ทำให้รู้สึกคุณภาพชีวิตไม่ดี

ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้บาดเจ็บศีรษะ อภิปรายดังนี้

การเผชิญปัญหา สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้บาดเจ็บศีรษะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .325, p < .001$) จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 47 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ที่มีการสะสมประสบการณ์และวิธีการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ทำให้มีวุฒิภาวะด้านอารมณ์และจิตใจสมบูรณ์ ดังนั้นเมื่อเกิดปัญหาจึงสามารถคิดวิเคราะห์และเลือกวิธีจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหามากที่สุด ($\bar{X} = 3.27, SD = .79$) ทำให้แก้ไขปัญหาได้ ระดับความเครียดลดลง และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ ของ ธนิตา พึ่งฉิ่ง⁷ พบว่า วิธีการเผชิญปัญหาเป็นปัจจัยร่วมในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บศีรษะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้บาดเจ็บศีรษะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.388, p < .001$) ซึ่งกลุ่มอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Voormolen, et al.¹⁵ ที่พบว่า ผู้บาดเจ็บศีรษะร้อยละ 38.7 รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ผู้ป่วยเกิดอาการรบกวนเฉลี่ย 7 อาการ ซึ่งอาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($rS = -.621, p < .001$)

ความสามารถในการฟื้นฟูพลัง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้บาดเจ็บศีรษะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .371, p < .001$) จากข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างคิดว่าตนเองเป็นคนที่เข้มแข็งสามารถรับมือกับความท้าทายและอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตได้ ($\bar{X} = 3.0, SD = 1.07$) อีกทั้งคิดว่าตนเองเป็นคนที่ไม่ท้อแท้ง่าย ๆ กับความล้มเหลว ($\bar{X} = 2.90, SD = 1.13$) ซึ่งความคิดดังกล่าวนับเป็นศักยภาพด้านจิตใจที่สำคัญที่ช่วยให้การฟื้นฟูสภาพดีขึ้น และช่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Rapport, et al.¹¹ ที่พบว่า ความสามารถในการฟื้นฟูพลัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตทั้งมิติด้านร่างกายและมิติด้านจิตใจของผู้บาดเจ็บศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .73, p < .01$ และ $r = .36, p < .05$ ตามลำดับ) และการศึกษาของ Assonov¹² พบว่า ความสามารถในการฟื้นฟูพลัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้บาดเจ็บศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28, p < .001$) และเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บศีรษะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .172, p < .001$)

ระยะเวลาการบาดเจ็บ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้บาดเจ็บศีรษะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.195, p < .01$) ซึ่งหมายถึงระยะเวลาการบาดเจ็บที่ยาวนานทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยไม่ดี ซึ่งจะเห็นว่าภายหลังการบาดเจ็บศีรษะ ผู้ป่วยต้องประสบกับปัญหาสุขภาพหลาย ๆ ด้าน เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ วิตกกังวล ซึมเศร้า หงุดหงิด ความจำผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้กระทบต่อการดำเนินชีวิตปกติของผู้ป่วย หากผู้ป่วยต้องอยู่กับปัญหาสุขภาพยาวนานย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยแย่ลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Verdugo, et al.¹⁴ ที่พบว่า ระยะเวลาการบาดเจ็บที่ยาวนานส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลง ซึ่งระยะเวลาการบาดเจ็บเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้บาดเจ็บศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -3.97, p < .01$)



อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.5 ไม่มีการวินิจฉัยโรคร่วม ร้อยละ 84.5 คะแนน GCS แกร็บอยู่ระหว่าง 13-15 คะแนน (บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย) ร้อยละ 45.5 ไม่มีเลือดออกในสมอง ร้อยละ 70 มีความสามารถในการปฏิบัติตามกิจกรรมตามปกติ ทำงานได้โดยไม่ต้องการดูแลเป็นพิเศษ และร้อยละ 67.3 สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หลงเหลือความบกพร่องของร่างกายเล็กน้อย มีการฟื้นตัวดี จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยควรมีการจัดโปรแกรมทางการพยาบาลในการจัดการกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนเป็นอันดับแรก เพราะมีอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสูงสุด ซึ่งจะช่วยให้ลดความไม่สุขสบาย ลดอาการที่รบกวนสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป สามารถจัดเป็นโปรแกรมการพยาบาลได้ดังนี้

1. ควรพัฒนาโปรแกรมเชิงรุกเพื่อคัดกรองและวางแผนการจัดการกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน เพราะเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย

2. ควรส่งเสริมความสามารถในการฟื้นพลังโดยพัฒนาโปรแกรมสร้างความแข็งแกร่งทางจิตใจให้ผู้ป่วย เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยรับมือกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้

3. จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อเสริมทักษะการเผชิญปัญหาภายหลังการบาดเจ็บศีรษะ เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

ข้อจำกัดในการวิจัย

ระหว่างดำเนินงานวิจัยเกิดสถานการณ์การระบาดของไวรัส COVID-19 ทำให้จำนวนผู้ป่วยลดลง จึงต้องขยายเวลาในการเก็บข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางและระดับรุนแรงไม่สามารถมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกได้ ทำให้ขาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนการดำเนินวิจัยจากทุนวิจัยสภาขาชาดไทย ทั้งนี้ ทีมผู้วิจัยต้องขอขอบคุณสภาขาชาดไทยเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

References

1. Costello RS, Downing MG, Ponsford J. The experience of traumatic brain injury in a culturally and linguistically diverse sample in Australia. Disabil Rehabil [Internet]. 2024 May 16 [cited 2024 Jun 29];46(10): 2069-2078. Available from:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2023.2216473> doi: 10.1080/09638 288.2023.2216473

2. Rauen K, Reichelt L, Probst P, Schäpers B, Müller F, Jahn K, Plesnila N. Quality of life up to 10 years after traumatic brain injury: A cross-sectional analysis. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2020 Jun



- 4 [cited 2024 Jun 29];18(1): 166-77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32498679/> doi: 10.1186/s12955-020-01391-3 PubMed PMID: 32498679 PMCID: PMC7271485.
3. Ponjaras S, Hirunchunha S, Phonphet C. Headache and dizziness, symptom management, and quality of life of patients with mild traumatic brain injury. JRN-MHS [Internet]. 2018 Sep. 30 [cited 2024 Jun 2];38(3):65-78. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/148301> (In Thai).
4. Theankaew K, Samartkit N, Masingboon K. Relationships between headache, sleep disturbance, fatigue and quality of life in patients with mild traumatic brain injury at 3 months after the trauma. J Nurs Health Care [Internet]. 2019 Dec. 27 [cite 2024 Jun 2];37(4):157-66. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/233702/160613> (In Thai).
5. Forslund MV, Perrin PB, Sigurdardottir S, Howe EI, van Walsem MR, Arango-Lasprilla JC, et al. Health-related quality of life trajectories across 10 years after moderate to severe traumatic brain injury in Norway. J Clin Med [Internet]. 2021 Jan 5 [cited Jun 29];10(1):157-70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33466321/> doi: 10.3390/jcm10010157 PubMed PMID: 33466321 PMCID: PMC7794850.
6. Nipathakusolkiet P, Nimitphan P, Songwathana P. Factors related to quality of life among traumatic brain injury patients after discharged. Songklanagarind J Nurs [Internet]. 2015 Apr 21 [cited 2024 Jun 2];35(1):135-52. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/33104> (In Thai).
7. Puengching T. Predicting factors of health related quality of life among traumatic brain injury survivors [dissertations]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2015. 180 p. (In Thai).
8. Arundon K, Songwathana P, Anumas N, Rattichot C, Sawatdinarunart S, Cheevarungrod A. Factors influencing health related quality of life in traumatic brain injury patients after discharged from a tertiary hospital. pnujr [Internet]. 2016 Aug 27 [2024 Jun 2];8(3):1-13. Available from: https://www.nur.psu.ac.th/researchdb/file_warasarn/15415journal2.pdf (In Thai).
9. Songwathana P, Kitrungrote L, Anumas N, Nimitpan P. Predictive factors for health-related quality of life among Thai traumatic brain injury patients. J Beh Sci [Internet]. 2018 Jan. 31 [cited 2024 Jun 2];13(1):82-9. Available from: https://www.nur.psu.ac.th/researchdb/file_warasarn/14254journal2.pdf
10. Vos L, Poritz JMP, Ngan E, Leon-Novelo L, Sherer M. The relationship between resilience, emotional distress, and community participation outcomes following traumatic brain injury. Brain Inj [Internet]. 2019 [cited 2024 Jun 29];33(13-14):1615-23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31456432/> doi: 10.1080/02699052.2019.1658132 PubMed PMID: 31456432.
11. Rapport LJ, Wong CG, Hanks RA. Resilience and well-being after traumatic brain injury. Disabil Rehabil [Internet]. 2019 Jun 3 [cited 2024 Jun 29];42(14):2049-55. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2018.1552327> doi: 10.1080/



- 09638288.2018.1552327
12. Assonov D. Correlates and predictors of resilience in veterans with persistent traumatic brain injury symptoms. *Postep Psychiatr Neurol* [Internet]. 2022 Oct 24 [cited 2024 Jun 29];31(3):103-13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37082223/> doi: 10.5114/ppn.2022.120600 PubMed PMID: 37082223 PMCID: PMC9946368.
 13. Nelson LD, Temkin NR, Barber J, Brett BL, Okonkwo DO, McCrea MA, et al. Functional recovery, symptoms, and quality of life 1 to 5 years after traumatic brain injury. *JAMA Netw Open*. 2023 Mar 1 [cited 2024 Jun 29];6(3):e233660. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36939699/> doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.3660 PubMed PMID: 36939699 PMCID: PMC10028488.
 14. Verdugo MA, Fernandez M, Gomez LE, Amor AM, Aza A. Predictive factors of quality of life in acquired brain injury. *Int J Clin Health Psychol* [Internet]. 2019 Sep 19 [cited 2024 Jun 29];19(3):189-97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31516497/> doi: 10.1016/j.ijchp.2019.06.004 PubMed PMID: 31516497 PMCID: PMC6732774.
 15. Voormolen DC, Polinder S, von Steinbuechel N, Vos PE, Cnossen MC, Haagsma JA. The association between post-concussion symptoms and health-related quality of life in patients with mild traumatic brain injury. *Injury* [Internet]. 2019 May;50(5):1068-74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30554897/> doi: 10.1016/j.injury.2018. 12.002 PubMed PMID: 30554897.
 16. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. conceptual framework and item selection. *Med Care* [Internet]. 1992 Jun;30(6):473-83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1593914/> PubMed PMID: 1593914.
 17. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* [Internet]. 2003;18(2): 76-82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12964174/> doi: 10.1002/da.10113 PubMed PMID: 12964174.
 18. Mingkwan P. Stress and coping in the elderly stroke patients [dissertations]. Chiangmai: Chiangmai University; 1999. (In Thai).
 19. Premesai T. Follow up study of patients' adaptation after mild head injury [dissertations]. Bangkok: Mahidol University; 2003. (In Thai).
 20. Arsanok A. Selected factors related to quality of life in adult patients with brain tumor [dissertations]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2006. 182 p. (In Thai).
 21. Jirarattanaphochai K, Jung S, Sumananont C, Saengnipanthkul S. Reliability of the medical outcomes study short-form survey version 2.0 (Thai version) for the evaluation of low back pain patients. *J Med Assoc Thai* [Internet]. 2005 Oct [cited 2024 Jun 2];88(10): 1355-61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16519379/> PMID: 16519379.