บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่าย

ปราณี นิพัทธกุศลกิจ* ภินวนันทน์ นิมิตรพันธ์* ประณีต ส่งวัฒนา**

บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตหลังการบาดเจ็บศีรษะเป็นตัวชี้วัดอย่างหนึ่งที่สะท้อนถึงการฟื้นหายและการดูแลอย่างต่อเนื่อง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับความพิการ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังการจำหน่ายอย่างน้อย 1 เดือน จำนวน 70 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยเฉพาะ (Quality of Life after Brain injury; QOLIBRI) แรงสนับสนุนทางสังคม (Medical Outcomes Study; MOS) และระดับความพิการ (Disability Rating Scale; DRS) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เพศชาย 48 คน (ร้อยละ 68.6) เพศหญิง 22 คน (ร้อยละ 31.4) อายุเฉลี่ย 41 ปี (SD = 15.6) ได้รับบาดเจ็บศีรษะเฉลี่ยมานานกว่า 9 เดือน การวินิจฉัยแรกรับ เป็นการบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย จำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 51.4) รองลงมาคือ การบาดเจ็บศีรษะรุนแรง (ร้อยละ 34.3) ตามลำดับ ระดับความพิการหลงเหลือ ประเมินด้วย Glasgow Outcome Score (GOS) พบว่า มีความพิการหลงเหลือระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.7) รองลงมาอยู่ในระดับรู้สึกตัวดี (ร้อยละ 34.3) ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมค่อนข้างสูง (M = 70.71, SD =14.70) และอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 62.9) ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ระดับความพิการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.30$, $p < 0.05$) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.52$, $p < 0.01$) พยาบาลจึงควรให้การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยเพิ่มแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และเน้นการให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต; ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ; ระดับความพิการ; แรงสนับสนุนทางสังคม

* พยาบาลระดับชำนาญการ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและไฟไหม้น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

ความเป็นมาของปัญหา

การบาดเจ็บศีรษะ เกิดจากหลายสาเหตุ ส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุบนท้องถนน จากรายงานการศึกษาของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2556) เกี่ยวกับผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจักรยานยนต์ และผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2552-2554 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุและรับการรักษาในโรงพยาบาล มีจำนวนแสนกว่ารายต่อปี ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะถึงร้อยละ 42-43 ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเกิดความพิการ ในขณะเดียวกันพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีทั้งผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรง สำหรับสถิติของหน่วยประสาทศัลยศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปี พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2556 พบว่า มีผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเข้ารับการรักษาปีละ 1000 กว่าราย มีจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เฉลี่ย 43-45 รายต่อเดือน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระดับเล็กน้อยมากที่สุด รองลงมาคือ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระดับรุนแรง และปานกลาง ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม หลังการรักษาพบว่า อัตราการรอดชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงสูงถึงร้อยละ 70-72 (หน่วยประสาทศัลยศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์, 2556)

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงที่รอดชีวิตมีมากขึ้น ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่าย เนื่องจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากการบาดเจ็บศีรษะที่สำคัญ ได้แก่ ความพิการที่หลงเหลือจากการบาดเจ็บ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความไม่สุขสบาย อาการที่รบกวนต่อการใช้ชีวิต (Shukla, Devi, & Agrawal, 2011) นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพสมอง ทำให้การควบคุมร่างกาย พฤติกรรม จิตใจ อารมณ์ และสังคมผิดปกติ มีผลต่อการพูด การคิด การจำ การเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การปฏิบัติบทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลงไปหรือเกิดเป็นความพิการขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ทั้งหมด เพราะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือต้องการการดูแลทดแทนทั้งหมด จึงต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล โดยเฉพาะเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผลกระทบต่อเนื่องเมื่อกลับไปบ้าน ได้แก่ ผลกระทบทางด้านจิตใจ และการมีปฏิสัมพันธ์ต่อสังคม ชุมชน โดยบางรายเกิดภาวะซึมเศร้า จากผลกระทบดังกล่าวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจที่เปลี่ยนไปและการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเปลี่ยนไป กล่าวได้ว่า การบาดเจ็บศีรษะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเปลี่ยนไปหลังการจำหน่าย (Arango-Lasprilla, Krch, Drew, De Los Reyes Aragon, & Stevens, 2012; Lin et al., 2010; Petchprapai, 2007)

คุณภาพชีวิต เป็นตัวชี้วัดอย่างหนึ่งซึ่งสะท้อนถึงผลลัพธ์ของการดูแล รักษา และการวางแผนจำหน่าย ความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ รวมทั้งเป็นผลลัพธ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ อารมณ์ สังคม เมื่อกลับไปอยู่บ้านและชุมชน (ชัชวาลและรสริน, 2554; Shukla, et al., 2011) จากการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตต่างๆ เช่น เครื่องมือฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกที่ครอบคลุมมิติ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษาพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตดีขึ้นเกือบทุกด้าน (Johnson & Miklos, 2002; Lin et al., 2010; Steadman-Pare, Colantonio, Ratcliff, Chase, & Vernich, 2001) สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ซึ่งวัดโดยเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ เฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส แปลโดย ณัฐฐิตา เพชรประไพ (Petchprapai, 2005) ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านครอบครัว ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านจิตวิญญาณ ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพ

ชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี คะแนนคุณภาพชีวิตด้านที่ดีที่สุด ได้แก่ ด้านครอบครัว รองลงมาคือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายอยู่ในระดับดี และด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุดได้แก่ ด้านจิตวิญญาณ (วันเพ็ญและพรเทพ, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความบีบคั้นทางอารมณ์ (emotional distress) (Hogen, Nangle, Morrison, & Mcguire, 2013; Siponkoski, Wilson, von Steinbüchel, Sarajuuri, & Koskinen, 2013) ปริมาณความต้องการการดูแล ความวิตกกังวล ระดับการศึกษา และอายุในขณะที่ได้รับบาดเจ็บ สถานภาพสมรส การดื่มแอลกอฮอล์ (Lin et al., 2010; Siponkoski et al., 2013) ระดับความพิการหลงเหลือ (Glasgow Outcome Scale, GOS) ระดับความรู้สึกนึกคิด (cognitive) ภาวะพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และแรงสนับสนุนทางสังคม (Lin et al., 2010) ปัญหาการว่างงาน ทำให้มีภาวะซึมเศร้า และแยกตัว การมีข้อจำกัดในการคิดและตัดสินใจ (Huebner, Johnson , Bennett, & Schneck, 2003) นอกจากด้านร่างกายและด้านอารมณ์แล้วยังมีด้านสังคม ได้แก่ การบูรณาการในชุมชน การได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม (Kalpakjian, Lam, Toussaint, & Hansen Merbitz, 2004; Hogen et al., 2013) แม้จะพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แต่ปัจจัยดังกล่าวเป็นการศึกษาที่พบในบริบทสังคมตะวันตก ซึ่งอาจมีความแตกต่างไปจากบริบทสังคมไทย เช่น สภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ วัฒนธรรม ภาวะเศรษฐกิจ และแรงสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวและชุมชน เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบว่า เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตยังมีความแตกต่างกันในองค์ประกอบของการวัด และไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ปัจจุบันนี้เครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพชีวิตได้แก่ Quality of Life after Brain injury; QOLIBRI เหมาะสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งประกอบด้วย ด้านสติปัญญาหรือการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง (cognitive self) ด้านการใช้ชีวิตประจำวันและความเป็นอิสระ (daily life and autonomy) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) ด้านอารมณ์ (emotions) ด้านข้อจำกัดและปัญหา (restrictions and problems) และ ด้านสภาพร่างกาย (physical condition) (von Steinbüchel et al., 2010a; Truelle et al., 2010) ซึ่งเมื่อนำไปวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะพบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต อยู่ในช่วง 58-69 จากคะแนนเต็ม 100 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับปานกลางค่อนไปสูง (Soberge et al., 2013; Siponkoski et al., 2013; Sukraeny, Songwathana, & Sae-Sia, 2014) ส่วนปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้แก่ ระดับความพิการหลงเหลือ ซึ่งวัดด้วย Glasgow Outcome Scale (GOS) ความสามารถในการทำกิจกรรม/การทำหน้าที่การงาน สติปัญญาการรับรู้ ภาวะด้านอารมณ์ ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคม (Lin et al., 2010; Soberge et al., 2013; von Steinbüchel et al., 2010b; Kalpakjian et al., 2004) โดยพบว่า หากผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความบกพร่องด้านร่างกายและสติปัญญาการรับรู้ เช่น ปัญหาด้านสายตา ปัญหาการพูด การได้ยิน แขนขาอ่อนแรง ทรงตัวลำบาก บุคลิกภาพหรือนิสัยเปลี่ยนไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำ แต่ในบางการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสูงคือ การรับรู้สุขภาพจิตที่ดี การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง (Steadman-Pare et al., 2001; Johnson & Miklos, 2002) จะเห็นได้ว่า ระดับความพิการและแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง จากงานวิจัยมิได้บ่งบอกว่าคุณภาพชีวิต

ผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ (Soberge et al., 2013) แต่อยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคมในรายที่หลังจำหน่ายมากกว่า 1 ปี ไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Lin et al., 2010) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะวัดด้วยเครื่องมือ QLIBRI และนำมาหาความสัมพันธ์กับระดับความพิการและแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระดับตติยภูมิ ที่เป็นศูนย์กลางการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงและซับซ้อน ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ และมีแผนการดูแลขยายต่อไปถึงบ้านและชุมชนผ่านเครือข่ายองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรงซึ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วนั้น ทุกรายมีความไม่สุขสบายทางกายและมีความพิการหลงเหลือไม่มากก็น้อย ทุกรายมีญาติผู้ดูแลซึ่งได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน อย่างไรก็ตาม ยังคงพบปัญหาของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายจากข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มาตามนัด (ร้อยละ 60-70) พบได้บ่อย ได้แก่ มึนศีรษะ ปวดศีรษะ ชัก เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ด้วยสาเหตุต่างๆ เช่น ไม่มีใครพามาส่ง ใช้สิทธิการรักษาต่อไม่ได้ญาติจึงไม่พามา เป็นต้น และข้อมูลจากการโทรศัพท์เยี่ยมบ้าน ในบางรายพบว่า ยังมีปัญหาด้านพฤติกรรมความจำ ชัก หลงๆ ลืม เป็นต้น จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนผลของความพิการที่หลงเหลือและแรงสนับสนุนทางสังคมที่อาจมีผลต่อการติดตามการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ ส่งผลโดยรวมเป็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ที่ผ่านมาไม่มีการศึกษาวิจัยประเด็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ว่าเป็นอย่างไร และปัจจัยที่น่าจะสัมพันธ์โดยตรง คือ ระดับความพิการของผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นอย่างไร และมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ได้แก่ ระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้พัฒนา ปรับปรุงแนวทางในการวางแผนจำหน่าย ปรับวิธีการ กลยุทธ์เพื่อให้เข้าถึงผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ รวมถึง ปรับรูปแบบการติดตาม การรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการและแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

คำถามการวิจัย

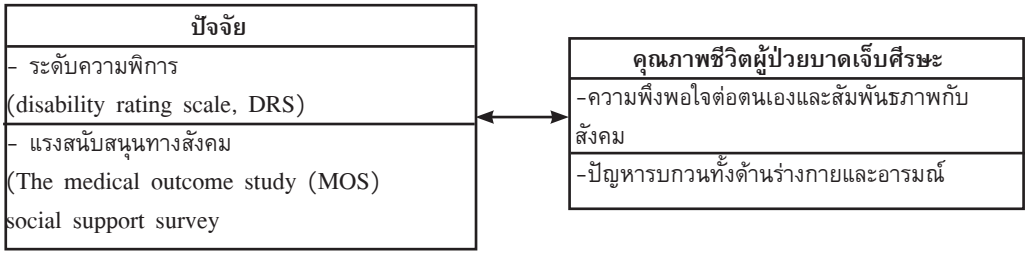
1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อยู่ในระดับใด
2. ระดับความพิการ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหรือไม่ อย่างไร
3. แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหรือไม่ อย่างไร

ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษานี้ เป็นวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อบรรยายระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและหาความสัมพันธ์ของปัจจัย ได้แก่ ระดับความพิการ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 70 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยอุบัติเหตุโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อย่างน้อย 1 เดือน นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ถึง 2556

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดตามความหมายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่าย (QOLIBRI) ที่ได้พัฒนาขึ้นจากทีมสหสาขานานาชาติ ที่จัดตั้งขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1999 เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยเฉพาะที่พัฒนาต่อยอดจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health related quality of life; HRQoL) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002-2004 และเริ่มนำมาใช้เพื่อหาความตรงและความเที่ยง เมื่อปี ค.ศ. 2004-2008 ล่าสุดเมื่อปี ค.ศ. 2009 ได้ปรับปรุงเป็นครั้งสุดท้าย ประกอบด้วย 2 มิติย่อย ได้แก่ 1) ความพึงพอใจต่อตนเอง สัมพันธภาพกับสังคม และ 2) ความรู้สึกถึงปัญหาที่รบกวนทั้งด้านร่างกาย และด้านอารมณ์ความรู้สึก จำนวน 37 ข้อ (von Steinbüchel et al., 2010b; Truelle et al., 2010) รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรม ได้คัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ได้แก่ ระดับความพิการ (disability rating scale; DRS) ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและแรงสนับสนุนทางสังคม (medical outcome study (MOS) social support survey) (Sherbourne & Stewart., 1991) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศรีษะหลังจำหน่าย

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างเดือน มกราคม 2555 - กุมภาพันธ์ 2556 จำนวน 579 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป รู้สึกตัวดี มีระดับความพิการรุนแรงมากขึ้นไป (ค่าคะแนน DRS >12) สามารถตอบคำถามทดสอบความเข้าใจได้ถูกต้อง สามารถสื่อสารด้วยการอ่าน การเขียนหรือการฟังได้ เป็นผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2555 – กุมภาพันธ์ 2556 และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดความเชื่อมั่นที่แอลฟา 0.05 อำนาจการทดสอบ power = 0.80 และกำหนดขนาดของ effect size = 0.3 จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ (Polit & Hungler, 1999; von Steinbüchel et al., 2010b; Sukraeny, 2013) พร้อมทั้งมีตัวแปรอิสระ 2 ตัว ที่เป็นอิสระต่อกัน ทำให้สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 68 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 70 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ การนับถือศาสนา สถานภาพสมรส การอาศัยอยู่กับครอบครัว ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บ ระยะเวลาหลังจำหน่าย การมีอาชีพก่อนและหลังการบาดเจ็บ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การเสพสารเสพติด ปัญหาสุขภาพหลังจำหน่าย และการกลับมารักษาซ้ำ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งใช้ Disability Rating Scale (DRS) โดยดัดแปลงจาก เบลลอนและคณะ (Bellon, Wright, Jamison, & Kolakowsky-Hayner, 2012) ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน 4 ส่วน ได้แก่ ความรู้สึกตัวและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประเภทต่างๆ การพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมและสังคม ซึ่งมีคะแนนเต็ม 29 คะแนน แบ่งเป็น 9 ระดับ คือ ระดับที่ 1 (คะแนน 0 หมายถึง ปกติหรือไม่มีความพิการ, 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 17-21หมายถึง มีความพิการรุนแรงมากที่สุด, extremely severe disability) ระดับที่ 8 (คะแนน 22-24 หมายถึง มีสภาพเหมือนผัก, vegetative state) ระดับที่ 9 (คะแนน 25-29 หมายถึง มีสภาพเป็นผักมาก, extreme vegetative state)

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม (medical outcomes study social support survey) แบบประเมินการได้รับการสนับสนุน ทั้งในด้านมิตรภาพ ความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนด้านต่างๆ เมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ หรือต้องการการสนับสนุนในแต่ละด้าน (มีทั้งหมด 18 ข้อ) โดยดัดแปลงจาก เชอบลอนและสจ๊วต (Sherbournce & Stewart, 1991) ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์และข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนจากบุคคล การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และความรักที่ได้รับ และปฏิสัมพันธ์ กับสังคมในเชิงบวก นำคะแนนรวมที่ได้มาหาร กับผลต่างระหว่างคะแนนสูงสุดกับคะแนนต่ำสุดที่ได้ แล้วนำมาคูณ 100 เป็นผลค่าคะแนนที่ได้ การแปลผลมี 2 ระดับ หากค่าคะแนนในช่วง 0-80 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนน้อย หากมีคะแนน > 80 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ได้ดัดแปลงด้วยการแปลจากเครื่องมือ QLIBRI ที่พัฒนาขึ้นจากทีมสหสาขานานาชาติ ฉบับล่าสุดปรับปรุงเป็นครั้งสุดท้ายเมื่อปี ค.ศ. 2009 (von Steinbüchel et al., 2010b; Truelle et al., 2010) โดยวัด 2 มิติ มิติที่ 1 ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อความรู้สึกนึกคิด อารมณ์และทัศนะในการมองตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น สัมพันธภาพทางสังคม มิติที่ 2 ประกอบด้วย การรับรู้ต่อปัญหารบกวนจากอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ ปัญหารบรวนจากด้านร่างกายโดยสอบถามความรู้สึกในสัปดาห์ที่ผ่านมา มีจำนวนทั้งหมด 37 ข้อ มิติที่ 1 มีการวัดเป็นแบบลิเกิต โดยให้คะแนนความพึงพอใจตั้งแต่ ไม่พึงพอใจเลย (1 คะแนน) พึงพอใจเล็กน้อย (2 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน) พึงพอใจค่อนข้างมาก (4 คะแนน) พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) มีทั้งหมด 27 ข้อ ส่วนในมิติที่ 2 เป็นการสอบถามประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาที่รบกวนหรือก่อให้เกิดความรำคาญภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในปัจจุบัน ได้แก่ ความรู้สึกต่างๆ ที่รบกวน ปัญหาทางด้านร่างกายที่รบกวน มีการวัดเป็นแบบลิเกิต โดยให้คะแนน ดังนี้ ไม่ได้รบกวน (1 คะแนน) รบกวนเล็กน้อย (2 คะแนน) รบกวนปานกลาง (3 คะแนน) รบกวนค่อนข้างมาก (4 คะแนน) รบกวนมากที่สุด (5 คะแนน) มีทั้งหมด 10 ข้อ (Truelle et al., 2010) ในการแปลผลจำเป็นต้องปรับค่าคะแนนคำตอบของตัวแปรในส่วนปัญหาที่รบกวนเป็นตรงกันข้าม เพื่อการสื่อความหมายที่ถูกต้องสอดคล้องกับมิติที่ 1 และเข้าใจง่าย

สำหรับการแปลผลคุณภาพชีวิต โดยการหาค่าเฉลี่ยของตัวแปรแต่ละด้าน (ค่าคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 1-5 คะแนน) ที่คำนวณได้ ลบด้วย 1 แล้วนำมาคูณด้วย 25 ค่าใหม่ที่ได้อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน ตามหลักการที่กำหนดของเครื่องมือนี้ (von Steinbüchel et al., 2010a) นำคะแนนที่ได้ไปหาค่าเฉลี่ยเพื่อการจัดแบ่งระดับเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าพิสัย ดังนี้ ค่าคะแนน 0-33.32 หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตต่ำ ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 33.33-66.66 หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 66.67-100 หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วน ไปหาความตรงด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ทางศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญทางด้านระบบประสาทและสมอง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่ให้การสอนและดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและสมอง 1 ท่าน พบว่า มีความเห็นในแต่ละข้อตรงกัน 2 ใน 3 ขึ้นไป ซึ่งได้แก้ไขและปรับคำบางคำในข้อมูลทั่วไปให้สามารถสื่อสารได้เข้าใจง่าย ปรับข้อคำถามย่อยในเนื้อหาของแบบสอบถามบางข้อ ให้ตรงความหมายกับต้นฉบับมากที่สุด และสื่อสารเข้าใจง่าย และนำความเห็นมาปรับปรุงตามคำแนะนำ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 20 ราย และนำมาหาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Pearson correlation coefficient) พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของคุณภาพชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.86, 0.96 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (disability rating scale)ใช้การทดสอบซ้ำ test-retest ได้ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (หนังสืออนุญาตหมายเลข EC 56-441-15-7)

โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. คัดเลือกชื่อผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและ HN จากข้อมูลสถิติของหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ และติดตามวันนัด

2. ติดตามรายชื่อผู้ป่วยตามวันนัด ณ คลินิกศัลยกรรมระบบประสาท และเลือกแบบเฉพาะเจาะจง สอบถามความสมัครใจของผู้ป่วย ด้วยการอธิบายถึงความสำคัญ วัตถุประสงค์ของการวิจัย การรับรองความลับของข้อมูล ให้อิสระในการตัดสินเข้าร่วมวิจัย และหากในระหว่างการทำวิจัย ผู้ป่วยสามารถขอถอนตัวจากการวิจัย โดยให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อกลับ ในขณะสัมภาษณ์หากรู้สึกเครียด สามารถขอระยะเวลาพักได้ โดยใช้ใบเชิญชวนและใบยินยอมเมื่อผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

3. เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบเอง หรือผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ ในระหว่างรอตรวจหรือตรวจเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ในทุกวันจันทร์ พุธ พฤหัส โดยใช้เวลาสัมภาษณ์ ประมาณ 15-20 นาที

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป และปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistics) โดยวิเคราะห์เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ วิเคราะห์ด้วยสถิติหาค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.6) และมีอายุเฉลี่ย 41 ปี (SD = 15.6) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 82.9) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 58.6) อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 92.8) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา (ร้อยละ 36.9) มีรายได้ 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 21.4) รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 35.7) ก่อนการบาดเจ็บพบว่ามีอาชีพ (ร้อยละ 80) หลังบาดเจ็บจำนวนคนมีอาชีพลดลง (ร้อยละ 62.9) มีประวัติได้รับบาดเจ็บมานานกว่าเฉลี่ย 9 เดือน ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 81.4 และ 84.3 ตามลำดับ) แต่ยังมีปัญหาสุขภาพหลังจำหน่าย (ร้อยละ 61.4) แต่ไม่เคยรับการรักษาซ้ำ (ร้อยละ 80)

ตาราง 1 การวินิจฉัยแรกรับและระดับความพิการหลงเหลือก่อนจำหน่าย (N = 70)

การวินิจฉัยแรกรับ (Glasgow coma score)	จำนวน	ร้อยละ	ระดับความพิการหลงเหลือก่อนจำหน่าย (Glasgow outcome score)	จำนวน	ร้อยละ
บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย	36	51.4	รู้สึกตัวดี	24	34.3
บาดเจ็บศีรษะปานกลาง	10	14.3	พิการหลงเหลือระดับปานกลาง	32	45.7
บาดเจ็บศีรษะรุนแรง	24	34.3	พิการหลงเหลือระดับรุนแรง	11	15.7
			พิการสภาพผักเรื้อรัง	3	4.3

จากตาราง 1 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแรกรับเป็นบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (ร้อยละ 51.4) รองลงมาบาดเจ็บศีรษะรุนแรง (ร้อยละ 34.3) ก่อนจำหน่ายพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความพิการหลงเหลือระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 45.7) รองลงมา รู้สึกตัวดี (ร้อยละ 34.3)

ตาราง 2 ปัญหาสุขภาพที่รบกวนหลังจำหน่าย (N = 43)

ปัญหาสุขภาพที่รบกวนหลังจำหน่าย	จำนวน	ร้อยละ
ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ มึนศีรษะ หน้ามืด	11	25.6
ตาพร่า พูดไม่ชัด หูอื้อ	7	16.3
อาการปวดบริเวณที่บาดเจ็บร่วม	6	13.9
ชัก ซึม ชา	5	11.6
ความจำไม่ดีเหมือนเดิม หลงๆ ลืมๆ	4	9.3
การทรงตัวไม่ดี พฤติกรรมเปลี่ยน	4	9.3
ศีรษะโป่งตึงขึ้น กะโหลกเทียมติดเชื้อ	4	9.3
โรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง	3	6.9
อารมณ์หงุดหงิดง่าย	2	4.6

จากตาราง 2 พบว่า ปัญหาสุขภาพที่รบกวนหลังจำหน่ายของกลุ่มตัวอย่าง คือ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ มึนศีรษะ หน้ามืด (ร้อยละ 25.6) ตาพร่า พูดไม่ชัด หูอื้อ (ร้อยละ 16.3) มีอาการปวดบริเวณที่บาดเจ็บร่วม (ร้อยละ 13.9) ดังนั้น ปัญหาสุขภาพที่รบกวนในผู้ป่วยแต่ละราย บางรายอาจมีอาการมากกว่า 1 อย่าง รวมทั้งผู้ป่วยบางรายยังมีโรคประจำตัวที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมด้วย (ร้อยละ 6.9)

ตาราง 3 ระดับความพิการ (disability rating scale) ขณะให้ข้อมูล (N = 70)

DRS	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ ไม่มีความพิการ	8	11.4
ความพิการรุนแรงเล็กน้อยมาก	17	24.3
ความพิการรุนแรงเล็กน้อย	34	48.6
ความพิการปานกลาง	5	7.1
ความพิการรุนแรงปานกลาง	4	5.7
ความพิการรุนแรงมาก	2	2.9

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพิการรุนแรงเล็กน้อย (ร้อยละ 48.6) รองลงมา มีความพิการรุนแรงเล็กน้อยมาก (ร้อยละ 24.3) และน้อยที่สุดคือ ความพิการรุนแรงมาก (ร้อยละ 2.9)

ตาราง 4 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม (MOS) (N = 70)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ได้รับการสนับสนุนน้อย (0-80) จำนวน (ร้อยละ)	ได้รับการสนับสนุนมาก (>80) จำนวน (ร้อยละ)	M	SD
การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และความรัก	3 (4.3%)	67 (95.7%)	4.26	0.80
การสนับสนุนจากบุคคล	4 (5.7%)	66 (94.3%)	4.12	0.84
ปฏิสัมพันธ์กับสังคมในเชิงบวก	14 (20%)	56 (80%)	4.03	0.96
การสนับสนุนทางอารมณ์และข้อมูลข่าวสาร	0	70 (100%)	3.95	0.78
โดยรวม	0	70 (100%)	4.04	0.72

จากตาราง 4 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมากทุกด้าน โดยเฉพาะด้านอารมณ์ และความรัก (M = 4.26, SD = 0.80) มีค่าเฉลี่ยโดยรวมระดับสูง (M = 4.04, SD = 0.72)

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรายด้านและโดยรวม (N = 70)

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ	M	SD	ระดับ
ปัญหารบกวนทางด้านอารมณ์ (ไม่มี)	76.71	23.61	สูง
สัมพันธภาพทางสังคม	73.09	17.30	สูง
ปัญหารบกวนทางด้านกายภาพ (ไม่มี)	71.50	18.42	สูง
อารมณ์และทัศนะในการมองตนเอง	69.89	17.14	สูง
ความรู้สึกนึกคิด	68.62	18.54	สูง
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น	66.73	22.23	สูง
โดยรวม	70.71	14.70	สูง

จากตาราง 5 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยรวม มีค่าเฉลี่ยค่อนข้างสูง (M = 70.71, SD = 14.70) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรายด้านพบว่า ความพึงพอใจต่อด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด (M = 73.09, SD = 17.30) ส่วนมิติการรับรู้ต่อปัญหารบกวนจากอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ พบว่า ไม่มีปัญหารบกวนทางด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าไม่มีปัญหารบกวนทางด้านกายภาพ (M = 76.71, SD = 23.61; M = 71.50, SD = 18.42 ตามลำดับ)

ตาราง 6 ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (โดยรวม) (N = 70)

ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (โดยรวม)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	2	2.8
ระดับปานกลาง	24	34.3
ระดับสูง	44	62.9

จากตาราง 6 ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 62.9) รองลงมา ระดับปานกลาง (ร้อยละ 34.3) และระดับต่ำ (ร้อยละ 2.9)

ตาราง 7 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการและแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (N = 70)

ตัวแปร	ระดับความพิการ (DRS)	แรงสนับสนุนทางสังคม (MOS)	คุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
ระดับความพิการ (DRS)	1.00		
แรงสนับสนุนทางสังคม (MOS)	0.09	1.00	
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ	-0.30*	0.52**	1.00

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

จากตาราง 7 พบว่า ระดับความพิการกับคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์ในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.30^*$, $p < 0.05$) ขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.52^{**}$, $p < 0.01$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 62.9) (ตาราง 6) และหากพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับรู้คุณค่าในตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพทางสังคม อารมณ์และทัศนะในการมองตนเอง ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ตาราง 5) และส่วนใหญ่รับรู้ปัญหาสุขภาพที่รบกวนหลังจำหน่ายต่ำกว่าร้อยละ 20 (ตาราง 2) จากค่าเฉลี่ยของการรับรู้ไม่มีปัญหาทั้งด้านอารมณ์และด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง (ตาราง 5) ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างสูง สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ (วันเพ็ญและพรเทพ, 2555; Lin et al., 2010; Soberge et al., 2013; Siponkoski et al., 2013) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 58.60) และอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 92.8) มีประวัติไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่ใช้ยาเสพติด ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Steadman-Pare et al., 2001; Chan, Parmenter, & Stanceliffe, 2009; Lin et al., 2010) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความพิการหลงเหลือก่อนจำหน่ายระดับรู้สึกตัวดี (ร้อยละ 34.3) และพิการหลงเหลือระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.7) (ตาราง 1) ซึ่งมีผลต่อการช่วยเหลือตนเองและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี (von Steinbüchel, Peterson, Bullinger, & QLIBRI Group, 2005; Soberge et al., 2013) ถึงแม้จะสูญเสียความสามารถด้านร่างกายและจิตใจหรือมีความพิการหลงเหลือและมีปัญหาสุขภาพรบกวนบ้าง ซึ่งปัญหาทางสุขภาพที่รบกวนได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ มึนศีรษะ หน้ามืด (ร้อยละ 25.6) ตาพร่า พูดไม่ชัด หูอื้อ (ร้อยละ 16.3) (ตาราง 2) กลุ่มตัวอย่างได้รับการฟื้นฟูสภาพและได้รับการดูแลจากครอบครัวเมื่อหลังจำหน่าย โดยกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 92.8) มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจดี (Chan et al., 2009; Soberge et al., 2013) ส่งผลให้โดยรวมมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในระดับสูง

นอกจากนี้ อาจเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีการจัดการตนเองใหม่ เพื่อสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยที่สังเคราะห์จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ 23 เรื่อง เกี่ยวกับผลลัพธ์และประสบการณ์การฟื้นฟูสภาพหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะ พบว่า มีประเด็นที่เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ

และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ สามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเผชิญกับการสูญเสียต่างๆ ในขั้นตอนแรก ได้แก่ การสูญเสียการเชื่อมต่อระหว่างกายและจิต (mind/body disconnect) ทั้งในด้านการรับรู้และความสามารถส่วนบุคคล สูญเสียการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (social disconnect) สูญเสียความเป็นตัวเองไปจากเดิมหรือก่อนบาดเจ็บศีรษะ (disconnect with pre-injury self) โดยทั้งหมดจะเกิดผลกระทบต่อเนื่องด้านอารมณ์ เมื่อเกิดการสูญเสียในลักษณะดังกล่าว ผู้ป่วยจะอาศัยแหล่งสนับสนุนต่างๆ ที่มีทั้งภายในและภายนอก แหล่งสนับสนุนภายในได้แก่ ความเข้มแข็งในตัวบุคคล (personality strength) แหล่งสนับสนุนภายนอก ได้แก่ แรงสนับสนุนต่างๆ เช่น บุคคลที่รัก การได้รับข้อมูลจากระบบบริการสุขภาพและโอกาสการเข้าถึงบริการ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวใหม่ (reconstruction) เป็นบุคคลใหม่ มีการดำเนินชีวิตแบบใหม่ (reconstruction of place in world) การให้ความหมายกับตัวตน ความเป็นตัวเองใหม่ (reconstruction of self-identity) บุคลิกภาพตัวเองใหม่ (reconstruction of personhood) (Levack, Kayes, & Fadyl, 2010) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตใหม่ที่ดีได้

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในเรื่อง การให้ความหมายของความเป็นอยู่ที่ดีหรือความรู้สึกที่ดีๆ สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลางและรุนแรงที่ได้รับบาดเจ็บมานาน 7-15 ปี พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ความหมายกับการมีชีวิตที่ดีในมิติของการมีความเข้มแข็ง การฟื้นสภาพหรือปรับสภาพในแต่ละวัน การได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่สำคัญในชีวิตเพื่อเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน ทำทุกอย่างให้ดีที่สุดเท่าที่ตนเองจะทำได้ และความรู้สึกที่ดีจะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยสามารถเข้าใจถึงสิ่งที่ตนเองสูญเสียและเข้าใจถึงข้อจำกัดที่ตนเองมี สามารถปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตตนเองตามภาวะสุขภาพที่เหลืออยู่ให้เต็มที่ (Jumisko, Lexell, & Sodenberg, 2009) ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า เมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต้องเผชิญปัญหากับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ จะใช้แหล่งสนับสนุนที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับตัวทั้งภายในตัวเอง ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมภายนอกเพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตและดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณภาพตามสภาวะสุขภาพที่เหลืออยู่ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ให้ผลที่แตกต่างไปจากบางงานวิจัยที่วัดด้วยเครื่องมือเดียวกัน (QLIBRI) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอยู่ในระดับปานกลาง (Sukraney et al., 2014) ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยดังกล่าว ส่วนใหญ่มีระดับความพิการอยู่ในระดับปานกลางและรุนแรง ซึ่งผลจากความพิการที่มีมากขึ้น มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ลดลงด้วย (Soberge et al., 2013)

นอกจากนี้ การมีคุณภาพชีวิตระดับสูงของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ อาจสะท้อนให้เห็นถึงระบบการดูแลและวางแผนจำหน่ายที่โรงพยาบาลดำเนินการอยู่ ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการรักษา และระบบสนับสนุนที่มีในสังคมวัฒนธรรมไทย เช่น ระบบบริการสุขภาพชุมชน ระบบการดูแลในครอบครัวแบบญาติพี่น้อง เป็นต้น (ชัชวาลและรสริน, 2554) ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระดับหนึ่งได้

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยพบว่า ระดับความพิการ (DRS) มีความสัมพันธ์ทางตรงกันข้ามกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -0.30$, $p < 0.05$) (ตาราง 7) นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการต่ำ มักมีคุณภาพชีวิตสูง เนื่องด้วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ประเมินจากแบบวัด QOLIBRI ซึ่งมีการวัดที่ครอบคลุมมิติความพึงพอใจในการช่วยเหลือตนเอง ความพึงพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และความรู้สึกต่อปัญหาที่รบกวนด้านร่างกาย ดังนั้น หากความพิการทางด้านร่างกายมีมาก ทำให้ความพึงพอใจต่อกิจกรรมลดลง หรือความรู้สึกต่อปัญหาที่รบกวนมากขึ้นเช่นเดียวกัน (von Steinbüchel et al., 2005; von Steinbüchel et al., 2010b) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่ใช้เครื่องมือวัดระดับความพิการเดียวกันพบว่า ระดับความพิการเป็นปัจจัย

ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (von Steinbüchel et al., 2010b; Soberge et al., 2013) เช่นเดียวกับอีกงานวิจัยที่ศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังได้รับบาดเจ็บ 1 ปีหรือมากกว่านั้น ยังพบว่า ระดับความพิการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ (Lin et al., 2010) ดังนั้น การฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีระดับความพิการอยู่แม้การฟื้นฟูจะมีเพียงเล็กน้อยและใช้เวลาแต่มีความสำคัญ เพราะจะทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นได้ (Levack et al., 2010) นอกจากนี้ ยังพบว่า การใช้เครื่องมือวัดระดับความพิการแบ่งย่อยเป็น 8 ระดับ (Bellon et al., 2012) สามารถวัดระดับความพิการได้ละเอียดขึ้น ทำให้นำไปสู่การวางแผนและประเมินผลการฟื้นฟูสภาพได้ดี สรุปได้ว่า ระดับความพิการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเพราะส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตคือความพึงพอใจในการช่วยเหลือตนเอง ความสามารถทางด้านร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวัน และการให้คุณค่าตนเองจากการที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (von Steinbüchel et al., 2010b)

แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.52$, $p < 0.01$) (ตาราง 7) เช่นเดียวกับงานวิจัยหลายงานที่พบ (Steadman-Pare et al., 2001; Johnson & Miklos, 2002; Kalpakjian et al., 2004; Levack et al., 2010) เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งวัดจาก MOS (medical outcome study) เป็นแบบวัดการช่วยเหลือหรือการสนับสนุนที่ให้กับผู้ป่วยและตอบสนองสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยได้ชัดเจน ได้แก่ การให้ข้อมูล ให้สิ่งของที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การให้เวลา การให้ความรัก การเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย การสัมผัสกันด้วยความรัก การมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกในครอบครัว เพื่อนๆ และสังคม ซึ่งถือว่าเป็นการสนับสนุนต่อผู้ป่วยหลายมิติทั้งด้านจิตใจ ความรัก อารมณ์ สังคม (Sherboure & Stewart, 1991) ส่งผลโดยตรงต่อความพึงพอใจทั้งด้านความมีคุณค่าในตนเองและปฏิสัมพันธ์กับสังคม ดังจะเห็นได้จาก การไม่มีปัญหาที่รบกวนทางด้านอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง (ตาราง 5) นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทางสังคม ยังเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (Steadman-Pare et al., 2001; von Steinbüchel et al., 2005) ทั้งนี้เพราะ การได้รับความรัก การเอาใจใส่ การมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกจากบุคคล หรือแม้แต่การมีคนรักหรือครอบครัวที่รักผู้ป่วย ทำให้ช่วยในการลดภาวะซึมเศร้า ลดความวิตกกังวล มีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็ง ส่งเสริมด้านการปรับตัว การต่อสู้กับการเจ็บป่วยโดยตรง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (Steadman-Pare et al., 2001; Johnson & Miklos, 2002; Kalpakjian et al., 2004; Levack et al., 2010) บางงานวิจัยแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตช่วงหลังการจำหน่ายปีแรก มีเพียงระดับความพิการที่ยังมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต (Lin et al., 2010) อาจเพราะว่า ในระยะปีแรกหลังการจำหน่ายผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เรียนรู้ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จนสามารถปรับตัว เข้าใจและพึ่งตนเองได้ แต่งานวิจัยนี้ ผู้ป่วยมีประวัติได้รับบาดเจ็บมานานกว่าเฉลี่ย 9 เดือน ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมยังคงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และต้องให้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อเนื่องเพื่อคงคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุปข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในงานวิจัยนี้พบว่า อยู่ในระดับค่อนข้างสูง และพบว่า ระดับความพิการ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีระดับความพิการที่มากขึ้น ควรได้รับการสนับสนุนต่างๆ จากระบบบริการสุขภาพหลังจำหน่าย และการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม และช่วยส่งเสริมการฟื้นฟู

สภาพผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ อาจมีข้อจำกัดที่ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อย จึงควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและศึกษาเพิ่มเติมในด้านปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต และศึกษาถึงคุณภาพชีวิตโดยใช้วิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วย โดยเฉพาะในรายที่มีความพิการระดับรุนแรงขึ้นไป

บรรณานุกรม

ชัชวาล เตชะมีเกียรติชัย และรสริน วรรณจีรวิไล. (2554). *การพัฒนาเครือข่ายสุพรรณบุรีเพื่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.* เอกสารประกอบการประชุม The 10th Symposium on TQM-Best Practices in Thailand (หน้า 67-92). ปทุมธานี: มูลนิธิส่งเสริมทีคิวเอ็มในประเทศไทย.

วันเพ็ญ บูรณวานิช และพรเทพ แพรขาว.(2555). คุณภาพชีวิตและอาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังได้รับบาดเจ็บระดับเล็กน้อยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงหนือ, 30*(2), 82-87.

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

หน่วยประสาทศัลยศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์. (2556). *รายงานจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ประจำปี 2556.* สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

Arango-Lasprilla, J. C., Krch, D., Drew A., De Los Reyes Aragon, C. J., & Stevens, L. F. (2012). Health-related quality of life of individual with traumatic brain injury in Barranquilla Colombia. *Brain Injury, 26*(6), 825-833.

Bellon, K., Wright, J., Jamison, L., & Kolakowsky-Hayner, S. (2012). Disability Rating Scale. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation, 27*(6), 449-451. doi: 10.1097/HTR.0b013e31826674d6

Chan, J., Parmenter, T., & Stanceliffe, R. (2009). The impact of traumatic brain injury on the mental health outcomes of individuals and their family carers. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 8*(2), 1-10.

Hogan, M., Nangle, N., Morrison, T. G., & Mcguire, B. E. (2013). Evaluation of the Patient Generated Index as a measure of quality of-life in people with severe traumatic brain injury. *Brain Injury, 27*(3), 273-280. doi: 10.3109/02699052.2012.743177

Huebner, R. A., Johnson, K., Bennett, C. M., & Schneck, C. (2003). Community participation and quality of life outcomes after adult traumatic brain injury. *American Occupational Therapy Association, 57*(2), 177-85.

Johnson, M. V., & Miklos, C. S. (2002). Activity-related quality of life in rehabilitation and traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 83*(12 Suppl 2), S26-38.

Jumisko, E., Lexell, J., & Soderbeg, S. (2009). The meaning of feeling well in people with moderate or severe traumatic brain injury. *Journal of Clinical Nursing, 18*(16), 2273-2281. doi: 10.11111/j.1365-2702.2008.02738.x

Kalpakjian, 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*(4), 255-265.

Levack, W. M., Kayes, N. M., & Fadyl, J. K. (2010). Experience of recovery and outcome following traumatic brain injury: a metasynthesis of qualitative research. *Disability and rehabilitation, 32*(12), 986-999. doi: 10.3109/09638281003775394

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 Medicine and Rehabilitation, 91*(3), 474-80. doi: 10.1016/j.apmr.2009.10.031

Petchprapai, N. (2005. *Factors Effecting on Quality of life of Valvular Heart Discase Patients.* Master's thesis, Adult Nursing, Faculty of nursing, Knon Kaen University, Khonkaen.

Petchprapai, N. (2007). *Adaptation to Mild Traumatic Brain Injury among Thai Adults.* Case Western Reserve University. Retrieved from http:22rave.ohiolink.edu2etdc2viewMacc_ num=case1175874744

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principle and method.* Philadelphia: Lippincott.

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support surveys. *Social Science and Medicine, 32*(6), 705-714.

Shukla, D., Devi, B. I., & Agrawal, A. (2011). Outcome measure for traumatic brain injury. *Clinical Neurology and Neurosurgery, 113*(6), 435-441. doi: 10.1016/j.clineuro. 2011.02.013

Siponkoski, S. T., Wilson L., von Steinbüchel, N., Sarajuuri, J., & Koskinen, S. (2013). Quality of life after traumatic brain injury: Finnish experience of the QOLIBRI in residential rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine, 45*(8), 835-842. doi: 10.2340/ 16501977-1189

Soberge, H. L., Røe, C., Anke, A., Carlos, J., Arango-Lasprilla, J. C., Skandsen.T., ...Andelic, N. (2013). Health-Related Quality of Life 12 month after severe traumatic brain injury: A prospective nationwide cohort study. *Journal of Rehabilitation Medicine, 45*(8), 785-791.

Steadman-Pare, D., Colantonio, A., Ratcliff, G., Chase, S., & Vernich, L. (2001). Factors associated with perceived quality of life many years after traumatic brain injury.

The Journal of Head Trauma Rehabilitation, 16(4), 330-342.

Sukraeny, N. (2013). *Determinants of the Quality of Life of Patients with Traumatic Brain Injury in Indonesia.* A thesis submitted in partial fulfillment of requirement s for the degree of master of nursing science (international program). Prince of Songkla University, Songkhla.

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., ...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., Petersen, C., Bullinger, M., & the QOLIBRI Group. (2005). Assessment of health-related quality of life in persons after traumatic brain injury-development of QOLIBRI, a specific measure. *Acta Neurochirurgica, S93,* 43-49.

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

Factors Related to Quality of Life among Traumatic Brain Injury Patients after Discharged

Pranee Nipathakusolkit* Phinwanan Nimitphan* Praneed Songwathana**

Abstract

Quality of life of patients with TBI is an indicator of continuing of care. The purpose of this study was to explore the QOL of patients with TBI and related factors, which included social support and disability among patients with TBI after discharge from Songklanakarind Hospital. Seventy TBI patients were purposively selected after discharge from Songklanakarind Hospital for at least 1 month. They were interviewed using the Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI) questionnaire, the Medical Outcomes Study scale (MOS) and the Disability Rating Scale (DRS). Data were analyzed using Pearson correlation coefficient.

The sample comprised 48 males and 22 females with mean age 41 years (SD = 15.6). On average they had a history of traumatic brain injury more than 9 months previously. Initial diagnosis was reported as mild TBI (51.4%), followed by severe TBI (34.3%). Regarding the patients' status before discharge assessed by Glasgow Outcome Score (GOS), nearly half had at a moderate disability (45.7%) and 34.3% had good outcome. Mean QOL of TBI patients was 70.71 (SD = 14.70) and 62.9% were at a high level. DRS was negatively significantly correlated with QOL ($r = -0.30$, $p < 0.05$) while MOS scale was a positively significantly correlated with QOL ($r = 0.52$, $p < 0.01$)

Nurses should promote the QOL of TBI patients by increasing social support dimension from family and community and focusing on continuing rehabilitation program for TBI patients.

Keywords: quality of life; traumatic brain injury patient; social support; disability

* Registered Nurse, Trauma & Burn unit Songklanakarind Hospital Thailand, Songkhla, Thailand.

** Associate Professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.