



**คุณภาพชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรและบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิด
กะโหลกศีรษะในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี**

สุรไพ ศรีเพชร

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารบริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

พ.ศ. 2549

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี



**QUALITY OF LIFE IN THE PATIENT HEAD INJURY FROM
ACCIDENT AND POST OPERATIVE CRANIOTOMY
AT SAPPASITTHIPRASONG HOSPITAL, UBONRATCHATHANI**

SURUMPAI SRIPECH

**AN INDEPENDENT STUDY SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF MASTER OF SCIENCES
MAJOR IN HEALTH CARE MANAGEMENT
FACULTY OF PHAMACEUTICAL SCIENCES
UBON RAJATHANEE UNIVERSITY**

YEAR 2006

COPYRIGHT OF UBON RAJATHANEE UNIVERSITY



ใบรับรองการค้นคว้าอิสระ
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารบริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์

เรื่อง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรและบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ
ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ผู้วิจัย นางสุรไพ ศรีเพชร

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สัมมนา มูลสาร)

..... กรรมการ
(นางทัศนีย์ จังกาจิตต์)

..... คณบดี
(รองศาสตราจารย์ ดร.נגนิตย์ วีระวัฒนสุข)

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี รับรองแล้ว

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ประกอบ วิโรจน์คุณ)

อธิการบดีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ปีการศึกษา 2549

กิตติกรรมประกาศ

การค้นคว้าอิสระฉบับนี้ประสบความสำเร็จได้ เพราะได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือจากบุคคลหลายๆ ท่านด้วยกัน เพียงลำพังผู้วิจัยคนเดียวเชื่อว่าคงต้องมีปัญหาอุปสรรคมากมาย และอาจไม่สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ. ดร.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษา เป็นอย่างสูงที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆ ที่มีประโยชน์มากต่อการวิจัย รวมทั้งการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการศึกษา จนกระทั่งสำเร็จ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์กวี ไชยศิริ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ขอขอบพระคุณ คุณพันธ์เรือง ทวีวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี คุณมัลลิกา สาธุภาค หัวหน้างานหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจตลอดเวลา งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่อำนวยความสะดวกในการ และขอขอบพระคุณ คุณอัมพวัน ประดับศรี พยาบาลวิชาชีพ คุณปิยพร ไชยกุล และทีมงานงานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 ที่ช่วยเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ รศ. ดร. สัมมนา มูลสารและ คุณทัศนีย์ จังกาจิตต์ พยาบาลวิชาชีพ ที่กรุณาเป็นกรรมการสอบและให้คำแนะนำช่วยให้การสอบครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงและให้ความช่วยเหลือที่มีประโยชน์ต่อการวิจัยนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อยู่เบื้องหลัง อันประกอบไปด้วย บิดา มารดาผู้ให้กำเนิด สามีน บุตรชาย และ เพื่อน ที่มีส่วนร่วมสนับสนุน ร่วมทุกข์ร่วมสุข และให้กำลังใจในการทำ การค้นคว้าอิสระนี้มาตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จโดยสมบูรณ์

นางสุรไพ ศรีเพ็ชร
(นางสุรไพ ศรีเพ็ชร)

ผู้วิจัย

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง : คุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

โดย : สุรวิทย์ ศรีเพชร

ชื่อปริญญา : วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา : การบริหารบริการสุขภาพ

ประธานกรรมการที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์. ดร.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา

ศัพท์สำคัญ : บาดเจ็บที่ศีรษะ คุณภาพชีวิต

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรและผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปี จัยด้านสุขภาพ ปี จัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ กับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกะโหลกศีรษะในระยะเวลา 1 ถึง 6 เดือน ที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2547 จำนวน 90 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 94.44) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านการรับรู้ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 98.89, 98.89, 92.22 และ 98.89 ตามลำดับ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านการรับรู้ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ พบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ และระดับความพิการมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต ($r = -0.658, -0.635$ และ -0.817 ตามลำดับ) ส่วนระดับกลาสโกว์โคมาสเกลแรกรับ และระดับกลาสโกว์โคมาสเกลหลังจำหน่ายมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.619, 0.677$) ปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ พบว่า ระดับการศึกษารายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีเพียงการดูแลผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต ($r = -0.606$) ส่วนปัจจัยด้านประชากรไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย

ABSTRACT

TITLE : QUALITY OF LIFE IN THE PATIENT HEAD INJURY FROM ACCIDENT
AND POST OPERATIVE CRANIOTOMY AT SUPPASITTHIPRASONG
HOSPITAL, UBONRATCHATHANI

BY : SURUMPAI SRIPECH

DEGREE : MASTER OF SCIENCE

MAJOR : HEALTH CARE MANAGEMENT

CHAIR : ASST.PROF. ANUN CHAIKOOLVATANA, Ph.D.

KEYWORD : HEAD INJURY / QUALITY OF LIFE

It is descriptive study design. The aim of the study is to evaluate the quality of life in head injured patients caused by a traffic accident. Also, the relation between population & health & social and economic factors and quality of life of the patients. The volunteers enrolled into the study is a head injured patients visiting to Neurological Clinic, Sapasithiprasong Hospital, Ubon Ratchathani. The study conducted between April through September 2004. The total number of volunteers is equal to 90 patients. All volunteers were given a questionnaire paper to fill out. The result showed that most of volunteers mainly had a high quality of lives (94.44%). When considered individual aspect, we found that the qualities of lives including; happiness, life perception, health, and social & economic were generally high (98.89%, 98.89%, 92.22%, and 98.89% consecutively). Additionally, the result showed that health factors including duration of hospital stay, medical complications after head surgery, level of disability were highly negative related to the quality of life ($r = -0.658, -0.635, \text{ and } -0.817$ consecutively). Glasgow scores compared between admission and discharge is positively related to the quality of life ($r = 0.619, 0.677$). Regarding social and economic factors, levels of education, family incomes were not related to quality of life, except the daily patient care was negatively related to the quality of life ($r = -0.606$). However, the population factor was not related to the quality of life.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่	
1. บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	4
1.4 สมมติฐานการวิจัย	5
1.5 ขอบเขตการวิจัย	5
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
1.7 ตัวแปร/นิยามตัวแปร/การจัด	5
2. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	9
2.2 การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ	13
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	14
2.4 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต	16
2.5 การประเมินคุณภาพชีวิต	18
2.6 การประเมินคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของชาน	20
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	24
3. วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 ประชากรเป้าหมาย	30
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	30
3.3 เกณฑ์การให้คะแนน	31

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ	33
3.5 วิธีเก็บข้อมูล	34
3.6 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล	34
4. ผลการวิจัย	
4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ	36
4.2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ	44
4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะตามปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย และปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ	50
4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ด้านสุขภาพร่างกาย และด้านสังคมสิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ	52
5. วิเคราะห์และข้อเสนอแนะ	
5.1 ข้อมูลทั่วไป	56
5.2 ระดับคุณภาพชีวิต	57
5.3 ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ	59
5.4 ข้อจำกัดในการวิจัย	61
6. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
6.1 ผลการศึกษา	63
6.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัย	64
เอกสารอ้างอิง	65
ภาคผนวก	
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	72

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	74
ค การทดสอบเครื่องมือคุณภาพวัด	83
ง แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วย	89
จ การประเมินระดับความรู้สติ	91
ประวัติผู้วิจัย	96

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากรจำแนกตามเพศ ศาสนา สถานภาพสมรสก่อนผ่าตัด	37
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากรจำแนกตามระดับการศึกษา สถานภาพในครอบครัว	38
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากรจำแนกตามอาชีพปัจจุบัน	39
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากรจำแนกตามรายได้ของครอบครัว	40
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามแหล่งสนับสนุน ค่ารักษาพยาบาล การดูแลผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน	41
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตาม ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ โรงพยาบาล ระยะเวลาหลังผ่าตัด	42
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ระดับความพิการ ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ	43
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตาม ระดับความรุนแรงของการ บาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับ ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่าย	44
9	ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะโดยรวม	44
10	ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะด้านความ พึงพอใจในชีวิต	45
11	ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะด้านการรับรู้	46
12	ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะด้านสุขภาพ ร่างกาย	48
13	ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะด้าน สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ	49
14	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย คุณภาพชีวิต จำแนกตามการรักษา	50
15	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมจำแนกตามสิทธิการรักษา	51
16	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตจำแนกตามเพศ	51
17	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตจำแนกตามสถานภาพสมรส	52

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
18	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลัง การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ	53
19	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพร่างกายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลัง การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ	54
20	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและ เศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ	55

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อุบัติเหตุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง เนื่องจากในปัจจุบันการคมนาคม โดยการใช้รถบนท้องถนนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี โดยอุบัติเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตมากที่สุด คืออุบัติเหตุจราจร โดยเฉพาะอุบัติเหตุจราจรทางบก และอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บสูงสุดคือ ศีรษะร้อยละ 35.41 มีความรุนแรงส่งผลให้เกิดการสูญเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 33.6 ในรายที่รอดชีวิตเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ามีความพิการร้อยละ 2.8 จากจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บทั้งหมด (สุนันทา ศิริวิวัฒน์และคณะ, 2543) ในสหรัฐอเมริกา พบว่าในแต่ละปีมีประชากรจำนวน 7,000,000 คนที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะและมีประชากรประมาณ 500,000 คนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในประเทศไทยจากรายงานของสำนักงานตำรวจแห่งชาติพบว่าในช่วงเวลา 15 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2527-2541) เกิดอุบัติเหตุทางจราจรเพิ่มขึ้น 3.6 เท่า อัตราตายเพิ่มขึ้น 3.2 เท่า และอัตราการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น 4.4 เท่า พบว่าประชากรประมาณ 270,000 คนได้รับบาดเจ็บจนถึงขั้นทุพพลภาพและพิการ ซึ่งผู้ป่วยต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลและทรัพย์สินเสียหายเป็นเงินประมาณ 1,1900 ล้านบาทต่อปี ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลปีละ 1.5 ล้านครั้งและ 9 ใน 10 คน ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากพบว่าผู้ประสบอุบัติเหตุดังกล่าวอยู่ในวัยทำงานและสร้างผลผลิตให้กับประเทศชาติ (สันต์ หัตถิรัตน์, 2543) สำหรับรายงานสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรทางบกที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 19,216 คนซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและรับไว้ในแผนกศัลยกรรมประสาทจำนวน 2,380 คนได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะจำนวน 144 คน มีอัตราการรอดตายร้อยละ 97 มีจำนวนวันที่อยู่รักษาเฉลี่ย 5.7 วัน ซึ่งมีอัตราติดเชื้อร้อยละ 6.9 (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี, 2544)

ในปัจจุบันเทคโนโลยีด้านการแพทย์และการพยาบาลมีความเจริญก้าวหน้าขึ้นมาก สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะรอดชีวิตได้เพราะการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเป็นการรักษาทางศัลยกรรมที่สามารถลดอัตราตายจากร้อยละ 72 เหลือร้อยละ 25 (Rowland, 1995) จะเห็นได้ว่าการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตหรือมีชีวิตรอดยืนนานเพิ่มขึ้นแต่ยัง

พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตนั้นยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ (Carson, 1993) ความพิการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะนั้นมีความผิดปกติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม (Naalt et al, 1999) ความผิดปกติด้านร่างกายพบว่ามีความพิการรุนแรงร้อยละ 2.9 ความพิการปานกลางร้อยละ 25.5 และความพิการสามารถฟื้นฟูสภาพได้ร้อยละ 69.3 (Deb et al, 1998) นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ความรู้สึนึกคิด ความจำ สมาธิและความตั้งใจและถูกกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมต่างๆเช่น แสง เสียง ได้ง่าย เป็นต้น (Riedel & Shaw, 1997) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม พบว่าผู้ป่วยมีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว โมโหง่าย ขาดความอดทน และก้าวร้าว บางรายมีอาการซึมเศร้าและแยกตัวเอง บางรายมีแบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไป (Deb et al, 1998) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลูกิเนนและคณะ (Luukinen et al, 1999) ซึ่ง พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปเมื่อได้รับบาดเจ็บศีรษะจะทำให้เกิดการเสื่อมลงของการรับรู้ ความจำ ความคิด และเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะความจำเสื่อมตามมาในที่สุด

นอกจากนี้ผลกระทบที่ตามมาคือ มีปัญหาทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมทางสังคมได้ พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระดับรุนแรงมีเพียงร้อยละ 13 ที่สามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม ร้อยละ 35 ทำงานได้ดีไม่เท่าปกติและร้อยละ 52 ไม่สามารถทำงานได้เลย พบว่าปัญหาในการกลับเข้าทำงานส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากความพร้อมด้านการรับรู้ ความพิการด้านร่างกาย บุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลง รวมถึงอาการเหนื่อยล้า ซึมเศร้า และการมีมนุษยสัมพันธ์ไม่ดีอีกด้วย (Wehman et al, 1993) นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ตนเองเปลี่ยนไป ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันรวมถึงการทำกิจกรรมต่างๆมีปัญหาด้านการสื่อสาร การมีเพศสัมพันธ์และการที่ต้องสูญเสียอำนาจและบทบาทหน้าที่ทางสังคมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลงส่งผลให้แยกตัวเองไม่ยอมเข้าสังคม (Sinclzin, 1991)

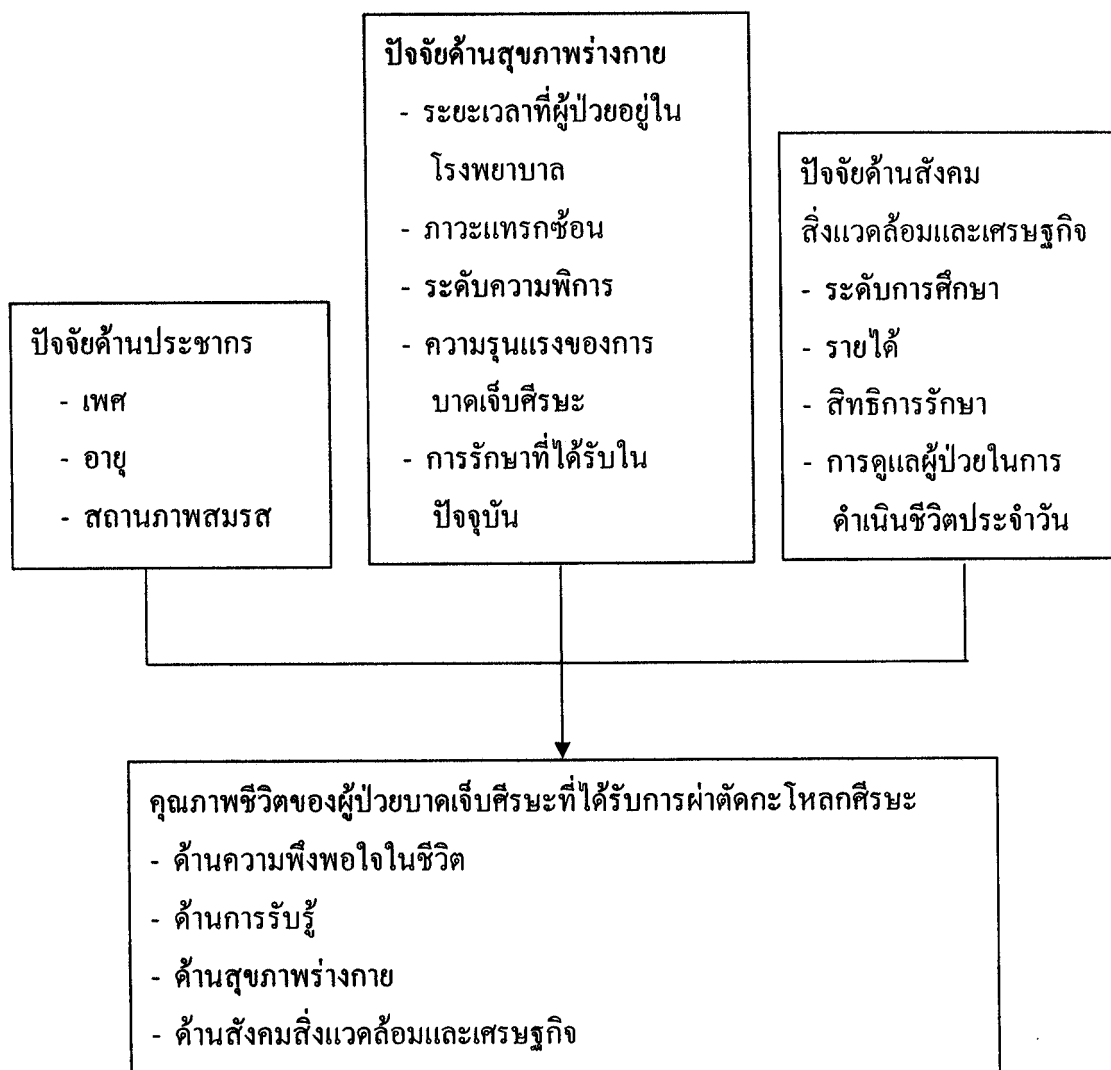
จะเห็นได้ว่าหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะแล้ว จะไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพเหมือนคนปกติ (Stewart-Amidei, 1995) ประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลไม่ใช่เพียงแค่ผลลัพธ์ของการรอดชีวิตเพียงอย่างเดียว แต่ควรประเมินถึงคุณภาพชีวิตด้วย ทั้งนี้เพราะคุณภาพชีวิตจะบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดีความรู้สึกเป็นปกติในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล (Hartshorn & Byer, 1992) คุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นประเด็นหนึ่งที่กำหนดไว้เป็นเป้าหมายหลักของนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขและระบบบริการทางสุขภาพ คุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนปรารถนาแม้จะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย บุคคลสามารถจะมีความสุข (Well-being) ได้แม้จะมีความทุกข์ยากลำบากต่างๆรวมทั้งความทุกข์ยากที่เกิดจากความเจ็บป่วยและความพิการ (Orem, 1991) คุณภาพชีวิตเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลอันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิต รวมทั้งฐานะ

เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ซึ่งซาน (Zhan, 1992) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตว่า ควรประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านการรับรู้ ด้านสุขภาพ และการทำงานของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

สำหรับความพึงพอใจในชีวิตเป็นความรู้สึกที่ผ่านกระบวนการรับรู้ต่อความเป็นจริงหรือสิ่งที่ผ่านเข้ามาในชีวิตโดยเปรียบเทียบสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่คาดหวัง หรืออยากให้เป็น ดังนั้นความพึงพอใจในชีวิตจึงเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการดำรงชีวิต และสภาพความเป็นอยู่ โดยทั่วไป ส่วนการรับรู้ความรู้สึกที่มีต่อตนเองในด้าน ลักษณะ รูปร่าง บุคลิกภาพ รวมถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยการรับรู้ของแต่ละบุคคลเป็นผลมาจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในสังคม ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต กล่าวคือ การมีสุขภาพที่ดีสามารถกระทำการต่างได้ด้วยตัวเอง จะนำมาซึ่งความสุขและความสำเร็จในชีวิต ดังนั้นปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางด้านร่างกายจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้วย สำหรับด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและ ครอบครัว การประกอบอาชีพ และรายได้ (Zhan, 1992)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี โดยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของซาน (Zhan, 1992) ที่มีผลกระทบด้านต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ภาวะแทรกซ้อน ระดับความพิการ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สิทธิการรักษา ผู้ดูแล ซึ่งผลการศึกษานี้คาดว่าจะสามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขได้ตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะและนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยให้ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและใช้ในการพัฒนากลยุทธ์เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

1.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย



1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

1.3.2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านประชากร ด้านสุขภาพร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

1.4 สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยทางด้านประชากร ด้านสุขภาพร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางจราจรบาดเจ็บศีรษะหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางจราจรบาดเจ็บศีรษะหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในระยะ 1 เดือน ถึง 6 เดือนหลังการผ่าตัดที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกศัลยกรรมประสาทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 90 คนในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2547 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2547

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทำให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วยในระยะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลและระยะที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

1.7 ตัวแปร / นิยามตัวแปร / การจัด

1.7.1 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรอิสระได้แก่

ปัจจัยด้านประชากร

- (1) เพศ
- (2) อายุ
- (3) สถานภาพสมรส

ปัจจัยด้านสุขภาพ

- (1) ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล
- (2) ความรุนแรงของการบาดเจ็บ

- (3) ภาวะแทรกซ้อน
- (4) ระดับความพิการ
- (5) การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ

- (1) ระดับการศึกษา
- (2) รายได้
- (3) อาชีพ
- (4) สิทธิการรักษา
- (5) การดูแลผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ตัวแปรตามได้แก่

- (1) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ
- (2) ด้านความพึงพอใจ
- (3) ด้านการรับรู้
- (4) ด้านสุขภาพร่างกาย
- (5) ด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ

1.7.2 นิยามตัวแปร

1.7.2.1 ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะต่อหนังศีรษะกะโหลกศีรษะเยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง หลอดเลือดและเลือดที่ออกภายใต้กะโหลกศีรษะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรทางบกเท่านั้น

1.7.2.2 คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมาโดยมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในชีวิตซึ่งมีความต่อเนื่องและซับซ้อน ซึ่งงาน (Zhan, 1992) พบว่า ปัจจัยด้านประชากร ด้านสุขภาพ และด้านสังคมและเศรษฐกิจมีผลต่อการรับรู้ความหมายของคุณภาพชีวิต

1.7.2.3 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) หมายถึง การรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเอง ครอบครอง อยู่ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้ และความสำเร็จที่ได้รับในเรื่องทั่วไป ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม และครอบครัว

2) ด้านการรับรู้ หมายถึง เป็นความรู้สึกที่มีต่อตนเองของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่งเป็นเรื่องของความผาสุกด้านจิตใจ รวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3) ด้านสุขภาพร่างกาย หมายถึง ความรู้สึกเจ็บปวดและไม่สุขสบาย
ความรู้สึกมีกำลังความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยอ่อนล้า การนอนหลับ และการพักผ่อน

4) ด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ หมายถึงการรับรู้ความผาสุกด้าน
สังคมทั่วไปรวมถึงอาชีพ และรายได้

1.7.2.4 ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง ความรุนแรงที่แบ่งออก
ตามลำดับการรู้สติโดยใช้ Glasgow Coma Scale (Teasdale & Jennet, 1974) เป็นตัวกำหนด ดังนี้

1) การบาดเจ็บเล็กน้อย (Mild or head injury) อยู่ในช่วง

GCS. 13-15 คะแนน

2) การบาดเจ็บระดับปานกลาง (Moderate head injury) อยู่ในช่วง

GCS. 9-12 คะแนน

3) การบาดเจ็บระดับรุนแรงมาก (Severe head injury) อยู่ในช่วง

GCS. 3-8 คะแนน (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2540)

1.7.2.5 ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับ
การรักษาในหอผู้ป่วย (Admission) จนผู้ป่วยกลับบ้าน (Discharge)

1.7.2.6 ภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลก
ศีรษะมีภาวะผิดปกติเช่นแขนขาอ่อนซีกใดซีกหนึ่ง มีการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ มีแผลกด
ทับมีชักเกร็งกระตุก

1.7.2.7 ระดับความพิการ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะจากได้รับ
การศึกษาพยาบาลจนรอดชีวิตอาจมีความพิการหลงเหลืออยู่ โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

1) Persistent vegetative state ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถพูดได้ มีปฏิสัมพันธ์
กับผู้อื่นอย่างไม่มีควมหมาย ตื่นลืมได้เอง มีแบบแผนการนอนและการตื่นเฉพาะ ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองทั้งหมดได้โดยสิ้นเชิงสาเหตุที่ทำให้
ผู้ป่วยอยู่ในระดับนี้ คือ มีการบาดเจ็บกระจายอย่างกว้างขวางที่ White matter และหรือมีรอยโรคที่
ก้านสมอง

2) Severe disability ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารและเคลื่อนไหวได้บ้าง
และอาจดูแลตนเองได้บ้าง

3) Moderate disability ผู้ป่วยสามารถใช้ยานพาหนะของสาธารณะบาง
รูปแบบได้ทำงานในสิ่งแวดล้อมที่มีขีดจำกัดได้ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจยังมีความพิการทางด้านจิต
ประสาทหรือการเคลื่อนไหวหลงเหลืออยู่บางส่วนและมีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ

4) Good recovery ผู้ป่วยอาจมีความพิการหลงเหลืออยู่เพียงเล็กน้อยสามารถทำงานทุกอย่างได้โดยอิสระและสามารถทำงานเต็มเวลาได้เช่นเดียวกับก่อนได้รับบาดเจ็บ

1.7.2.8 การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน หมายถึง การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล รวมถึงภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและในขณะที่มาพบแพทย์ตามคลินิกศัลยกรรมประสาทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ทุกครั้ง

1.7.2.9 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดที่ผู้ป่วยได้รับขณะทำการการศึกษา

1.7.2.10 รายได้ หมายถึง ระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วยและครอบครัว

1.7.2.11 อาชีพ หมายถึง การประกอบอาชีพของผู้ป่วยขณะทำการการศึกษา

1.7.2.12 สิทธิการรักษา หมายถึง สิทธิคำรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อมารักษาที่โรงพยาบาล เช่น เบิกคำรักษาจากหน่วยงานต้นสังกัด ประกันสังคม ประกันสังคม ประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ พ.ร.บ.บุคคลที่ 3 เหล่านี้เป็นต้น

1.7.2.13 การดูแลผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโดยตรง การติดต่อประสานงานกับบุคคลต่างๆ รวมถึงการทำกิจกรรมต่างๆไป

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อตามลำดับดังนี้

- 2.1 ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
- 2.2 การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
- 2.4 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
- 2.5 การประเมินคุณภาพชีวิต
- 2.6 การประเมินคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของชาน
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ในปัจจุบันการได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุกำลังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี โดยเฉพาะการบาดเจ็บศีรษะ ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต เนื่องจากสมองเป็นอวัยวะสำคัญในการควบคุมการทำงานของอวัยวะทุกระบบในร่างกาย

การบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง การเกิดอันตรายต่อหนังศีรษะ (scalp) กะโหลกศีรษะ (skull) เยื่อหุ้มสมอง (meninges) เนื้อสมอง (brain tissue) เส้นเลือดและเส้นประสาทสมอง ซึ่งจะเกิดเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งหรือหลาย ๆ อย่างร่วมกัน (ทิพพพร ดังอำนวย, 2536; Luckmann & Sorensen, Sands & Dennison, 1995)

การบาดเจ็บศีรษะเกิดขึ้นได้จากสาเหตุหลายประการ เช่น อุบัติเหตุบนท้องถนน ตกจากที่สูง หกล้มศีรษะฟาดพื้น ถูกทำร้ายร่างกาย อุบัติเหตุจาก กีฬาและนันทนาการ เป็นต้น พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจร ทำให้มีการกระทบกระเทือนต่อศีรษะและสมอง และประมาณร้อยละ 70 มีสาเหตุมาจากการขับขี่จักรยานยนต์ (Phipps, Long, Woods, & Cassmeyer, 1991) ปัญหาสำคัญที่มักพบบ่อยและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ได้แก่ สมองถูกกระทบกระเทือน สมองชอกช้ำหรือฉีกขาด และการตกเลือดภายในโพรงกะโหลกศีรษะ

ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะจะแตกต่างกันไป โดยพิจารณาตามแบบการประเมินความรู้สึกตัวของกลาสโกว (Glasgow Coma, Scale GCS) ทีสเดลและเจนเน็ต (Teasdale & Jennet, 1974) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (minor head injury) ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี สามารถลืมตาได้เองหรือเมื่อถูกเรียก ทำตามคำสั่ง และตอบคำถามได้ถูกต้องหรือสับสนบ้างเป็นบางครั้งมีค่า GCS อยู่ระหว่าง 13 – 15 คะแนน สำหรับการบาดเจ็บศีรษะปานกลาง (moderate head injury) ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวลดลงและสับสน มักหลับเกือบตลอดเวลา จะตื่นเมื่อถูกปลุกสามารถทำตามคำสั่งหรือคำถามง่ายๆ ได้ บางรายอาจเพียงเคลื่อนไหวหนีความเจ็บปวดหรือส่งเสียงไม่เป็นคำพูด มีค่า GCS อยู่ระหว่าง 9 – 12 คะแนน และการบาดเจ็บศีรษะรุนแรง (severe head injury) ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวน้อยมาก หรือไม่รู้สึกตัวเลย อาจส่งเสียงไม่เป็นคำพูดเมื่อเจ็บปวดหรือเคลื่อนไหวชักแขนขาหนี งอหรือเหยียดในท่าผิดปกติมีค่า GCS อยู่ระหว่าง 3 – 8 คะแนน

ในการประเมินระดับความรู้สึกตัวเป็นการประเมินทางระบบประสาทที่สำคัญและมีประโยชน์มากที่สุดเพราะทำให้ทราบถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับสมองและการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญและเริ่มแรกสุดของการเกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นภายในกะโหลกศีรษะ เช่น ก้อนเลือด เป็นต้น นอกจากนี้ยังทำให้ทราบผลการรักษา เช่น หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวขึ้นหรือเลวลง

การประเมินความรู้สึกตัวเป็นอาการแสดงที่สำคัญและเป็นอาการแรกที่คุณดูแลผู้ป่วยทางระบบประสาทสามารถทดสอบได้ง่ายและรวดเร็วโดยไม่ต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษใดๆ โดยการใช้การซักถามหรือกระตุ้นผู้ป่วยก็สามารถประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยได้ แต่เนื่องจากการแบ่งระดับการรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัวกว้างมาก ทำให้การประเมินดังกล่าวค่อนข้างยากในการสื่อสารให้เข้าใจเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันจึงมีเครื่องมือในการประเมินที่เรียกว่า Glasgow Coma Scale ในการประเมินระดับการรู้สึกตัวโดยการประเมินดังนี้

หัวข้อที่ประเมิน	ค่าคะแนน	พฤติกรรมการตอบสนองของผู้ป่วย
1. การลืมตา (Eye Opening)	4	ลืมตาได้เอง (Spontaneous) = สามารถลืมตาได้เอง โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นแต่เป็นการลืมตาที่แสดงถึงการตื่นตัว
	3	ลืมตาเมื่อเรียก (To Speech) = ลืมตาเมื่อถูกกระตุ้นด้วย คำพูด
	2	ลืมตาเมื่อเจ็บ (To Pain) = ลืมตาเมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด
	1	ไม่ลืมตาเลย (None) = ไม่ลืมตาเลยแม้จะกระตุ้นด้วยอะไรก็ตาม
2. การพูดที่ดีที่สุด (Verbal to Response)	5	พูดคุยได้ไม่สับสน (Oriented) = สามารถรู้เวลา สถานที่ บุคคล ให้เหตุผลและข้อมูลส่วนตัวได้
	4	พูดคุยได้แต่สับสน (Confuse) = ตอบไม่ตรงคำถาม แต่ใช้ภาษาได้ถูกต้อง
	3	พูดเป็นคำๆ (Inappropriate Words) = สามารถพูดได้เป็นคำๆ ไม่เป็นประโยค และใช้คำพูดไม่เหมาะสม
	2	ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด (Incomprehensible Sounds) = ส่งเสียงในลำคอไม่เป็นคำพูด ฟังไม่เข้าใจ
	1	ไม่เปล่งเสียงเลย (None) = ไม่มีเสียงเปล่งออกมาจากผู้ป่วยแม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
3. การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best Motor Response)	6	ทำตามคำสั่ง (Obey Command) = สามารถเคลื่อนไหวแขนขา คำสั่งได้ และทำซ้ำๆกันได้
	5	ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (Localized to Pain) = สามารถเอามือปิดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือรู้ตำแหน่งของความเจ็บปวด โดยเอามือมาลูบ หรือถูบริเวณเจ็บปวดได้
	4	ชักแขนขาหนี (Withdraws from Pain) = ไม่รู้ตำแหน่งที่เจ็บปวดเมื่อถูกกระตุ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเคลื่อนไหวของแขนและขา

หัวข้อที่ประเมิน ค่าคะแนน พฤติกรรมการตอบสนองของผู้ป่วย

- | | |
|---|---|
| 3 | แขนงออย่างผิดปกติ (Abnormal Flexion)= ผู้ป่วยอยู่ในท่า Decorticate เองหรือเมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด |
| 2 | แขนเหยียดอย่างผิดปกติ (Abnormal Extension) = ผู้ป่วยอยู่ในท่า Decerebrate เอง หรือเมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด |
| 1 | ไม่เคลื่อนไหวเลย (None) = ไม่มีการเคลื่อนไหวเลยแม้จะกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด หรือเรียกว่าอยู่ในระยะอ่อนปวกเปียก (Flaccid) |

ดังนั้น Glasgow Coma Scale จึงมีค่าคะแนนสูงสุด 15 คะแนน ซึ่งหมายถึงภาวะการรับรู้สติและคะแนนต่ำสุด 3 คะแนน ซึ่งหมายถึงภาวะหมดสติอย่างลึก โดยทั่วไป Glasgow Coma Scale < 8 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยหมดสติ

ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีจำนวนมากกว่า 5 แสนคนต่อปี ซึ่งจำนวนนี้ประมาณ 2.9 แสนคน อยู่ในระหว่างที่รักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลและอีกประมาณ 1.5 แสนคน อยู่ในภาวะทุพพลภาพ ซึ่งต้องได้รับการฟื้นฟูตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลาง มีจำนวนผู้ที่ตกอยู่ในภาวะบกพร่องของร่างกาย ในระยะพักฟื้นตั้งแต่ประมาณ 3 เดือนขึ้นไป มีจำนวนประมาณ 7.5 หมื่นคนต่อปี (Luckmann & Sorensen, 1993) จะเห็นได้ว่าการประเมินดังกล่าวเป็นดัชนีชี้ความรุนแรงตลอดจนการพยากรณ์โรค แต่ความรุนแรงอาจเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วหลังจากได้รับบาดเจ็บอาจเนื่องจากผลของพยาธิสภาพที่มีขนาดเพิ่มขึ้น ซึ่งถือเป็นการบาดเจ็บระยะที่สอง ทำให้เซลล์สมองถูกเบียด หรือความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure) ซึ่งเป็นภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องทันที ในผู้ใหญ่ประมาณร้อยละ 50 และเด็กร้อยละ 25 ของการบาดเจ็บศีรษะรุนแรงจะมีก้อนเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะ ซึ่งประสาทศัลยแพทย์จะต้องตัดสินใจทำการผ่าตัดเพื่อแก้ไขสาเหตุอย่างรวดเร็ว (Rowland, 1995)

2.2 การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniotomy) เป็นวิธีการรักษาที่สำคัญอย่างหนึ่งซึ่งสามารถป้องกันและลดผลกระทบจากการบาดเจ็บระยะที่สอง เช่น ลดความดันในโพรงกะโหลกศีรษะ ป้องกันภาวะสมองเคลื่อนย้าย (Howell et al, 1988, Thelan et al, 1994)

การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ หมายถึง การผ่าตัดเปิดกระดูกกะโหลกศีรษะเข้าไปสำรวจเนื้อสมอง และแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดภายในโพรงกะโหลกศีรษะ เช่น ก้อนเลือด เนื้องอก หรือ ตกแต่งซ่อมแซมเส้นเลือดโป่งพอง (Aneurysm) เป็นต้น (Hickey, 1992, Luckmann & Sorensen, 1993)

การผ่าตัดบริเวณศีรษะที่นิยมทำโดยทั่วไปมี 2 ชนิด โดยอาศัยเยื่อเทนทอเรียม (Tentorium cerebeli) เป็นตัวแบ่ง ได้แก่

(1) การผ่าตัดส่วนเหนือเทนทอเรียม (supratentorial surgery) เป็นการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อแก้ไขความผิดปกติของสมองใหญ่หรือส่วนซีรีบรัม (cerebrum) ได้แก่บริเวณสมองส่วนหน้า (frontal lobe) ส่วนบน (parietal lobe) ส่วนขมับ (temporal lobe) และส่วนท้ายทอย (occipital lobe)

(2) การผ่าตัดส่วนใต้เทนทอเรียม (infratentorial surgery) เป็นการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติส่วนสมองเล็กหรือส่วนซีรีเบลลัม (cerebellum) รวมถึงแกนสมอง (brain stem) ได้แก่ มิดเบรน (mid brain) พอนส์ (pons) และเมดัลลา (medulla)

ในการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะแพทย์จะพิจารณาจากผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ร่วมกับการตรวจร่างกาย เช่น ในกรณีที่มีก้อนเลือดได้เยื่อ dura ในระยะเฉียบพลัน ถ้ามีขนาดหนาน้อยกว่า 3 มิลลิเมตร แพทย์มักจะไม่ทำการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อเข็บหรือผูกมัดเส้นเลือดแดงที่เป็นสาเหตุและในกรณีที่มีก้อนเลือดในเนื้อสมอง ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดเสมอไป แพทย์จะพิจารณาผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเลวลงหรือเซลล์สมองถูกเบียด (Howell et al., 1988)

ผู้ป่วยเหล่านี้ภายหลังการผ่าตัด อาจมีอาการและอาการแสดงที่หลงเหลือจากการที่เซลล์ถูกทำลาย ตามตำแหน่งของสมองที่ได้รับการผ่าตัด หรือจากสภาพพยาธิของโรค ภายหลังการบาดเจ็บศีรษะ มักพบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องหลงเหลืออยู่ ซึ่งสามารถพยากรณ์ได้จากการประเมินเกี่ยวกับภาวะพึ่งพาผู้อื่นทางด้านร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจ สามารถทำนายถึงผลลัพธ์เมื่อครบ 6 เดือน ภายหลังผ่าตัด ตามแบบการพยากรณ์ผลของกลาสโกว (Glasgow Outcome Scale; GOS) ของเจนเนตต์และบอนด์ (Jennett & Bond, 1975) ดังต่อไปนี้

(1) หายเป็นปกติ (good outcome) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาจหายสนิท หรือหลงเหลือความพิการเล็กน้อย แต่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ เหมือนระยะก่อนบาดเจ็บ

(2) มีความพิการปานกลาง (moderate disability) ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่นแต่ไม่สามารถกลับไปทำงานได้เต็มที่ เช่นเดียวกับก่อนได้รับบาดเจ็บ อาจเกิดความผิดปกติของความจำ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการเคลื่อนไหวได้บ้าง

(3) มีความพิการอย่างรุนแรง (severe disability) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่รู้สึกรู้สีกตัว แต่อาจตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นก็ได้ และอาจต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงิน และการเข้าสังคมในทุกสถานการณ์ เนื่องจากมีความพิการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมอย่างมาก

(4) ไม่สามารถทำอะไรได้เลย (persistent vegetative state) ผู้ป่วยกลุ่มนี้หายจากการบาดเจ็บแต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย อวัยวะต่างๆ สูญเสียหน้าที่ไม่สามารถปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้ แต่จะสามารถลืมตาและกรอกตาไปมาโดยไม่สัมพันธ์กับเสียงที่กระตุ้น

จากการศึกษาของไรเมิลและลันเกรน (Rimel & Lundgren, 1986) ซึ่งได้ประเมินผลภายหลังการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยในระยะ 3 เดือนหลังการบาดเจ็บ ตามแบบการพยากรณ์ผลกลาสโกวของเจนเนตต์และบอนด์พบว่า มีอาการเป็นปกติร้อยละ 66 มีความพิการปานกลางร้อยละ 22 มีความพิการรุนแรงร้อยละ 8 และไม่สามารถทำอะไรได้เลยร้อยละ 4

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นแนวคิดที่สำคัญที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตของบุคคล เพราะถ้าบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็จะนำไปสู่การพัฒนาในด้านต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ส่วนทางด้านสุขภาพก็ได้นำแนวคิดของคุณภาพชีวิตมากำหนดเป็นเป้าหมายในการให้บริการการรักษาพยาบาล โดยเน้นด้านการส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี มิใช่เพียงแค่ปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น (WHO, 1947 cited in Cooley, 1998)

ปัจจุบันได้มีนักวิชาการต่างๆ ได้พยายามศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหาแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่า คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่เป็นพลวัตที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Cooley, 1998) ซึ่งสามารถประเมินได้โดยพิจารณาจากโครงสร้างมิติเดียว หรือพิจารณาจากโครงสร้างหลายมิติ โดยแต่ละมิติจะมีความสัมพันธ์กัน คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ เป็นความคิดที่เกิดขึ้นภายหลังการรับรู้ความรู้สึก การสังเกต หรือการ

ตระหนักถึงเหตุการณ์บางอย่างที่บุคคลมีประสบการณ์ อาจกล่าวได้ว่าเป็นความคิดเห็นหรือการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสำคัญของเหตุการณ์ ลำดับของปรากฏการณ์ หรือมุมมองในชีวิตเพียงบางส่วนหรือทั้งหมดของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงสัมพันธ์กับเวลา (time related) และขึ้นกับสถานการณ์ (situation-dependent) (Peplau, 1994) จากการที่ประสบการณ์ของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงและมีความซับซ้อน คุณภาพชีวิตในแต่ละบุคคลจึงมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับภูมิหลังของบุคคล สถานภาพในสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม อายุ และการให้ความสำคัญของคุณภาพชีวิตในแต่ละบุคคล (Ferrans, 1990; Zhan, 1992) จึงเป็นการยากที่จะให้คำจำกัดความของคำว่า คุณภาพชีวิต ได้ชัดเจนและแน่นอน อย่างไรก็ตาม ได้มีผู้อธิบายความหมายของคุณภาพชีวิตไว้หลายลักษณะ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่จะมีความคล้ายคลึงหรือสอดคล้องกัน แต่จะแตกต่างกันในรายละเอียดตามธรรมชาติของบุคคล ดังนี้

มีเบอร์ก (Meeberg, 1993) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตโดยรวมของบุคคล เช่นเดียวกับ ชาน (Zhan, 1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกผาสุกในชีวิตที่บุคคลรับรู้ความหมาย และประเมินได้ด้วยตนเองซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ภูมิหลังของบุคคล สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และอายุ เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ต่างกัน ส่วนยังและลองแมน (Young & Longman, 1985 cited in Mast, 1995) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า เป็นสิ่งที่บุคคล รับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ของบุคคล และคูลีย์ (Cooley, 1998) ได้กล่าวว่าคุณภาพชีวิต เป็นสิ่งที่บุคคลประเมินถึงชีวิตความเป็นอยู่ด้วยตนเอง โดยใช้ความคิดและสติปัญญาของตนในการประเมิน

คณะกรรมการพัฒนาการใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Quality of Life Assessment) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความเป็นอยู่ของตนภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบการให้คุณค่าทางสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความหวัง มาตรฐานทางสังคมและความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล

เฟอร์รานส์ และพาวเวอร์ส (Ferrans & Power, 1992) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคลที่พิจารณาจากความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจในช่วงที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ เช่นเดียวกับ เฟอรัล แกรนท์ ฟังก์ โอทิส-กรีน และการ์เซีย (Ferrell, Grant, Funk, Otis-Green, & Garcia, 1997, 1998) ที่ได้สรุปเกี่ยวกับความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคล ประกอบด้วยความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

สำหรับในการศึกษาค้นคว้า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกลึกซึ้งในชีวิตที่บุคคลรับรู้ ให้ความหมาย และประเมินได้ด้วยตนเองซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล (Zhan, 1992)

ฟลานาแกน (Flanagan, 1978) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้

- (1) มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุ ได้แก่ มีบ้านน่านอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ
- (2) มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตร และการเลี้ยงดูบุตร ก็ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย
- (3) การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น
- (4) มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ และมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้ สนใจการเรียนรู้และเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเองมีงานทำที่น่าสนใจ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์
- (5) มีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ปลูกพืช หรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

2.4 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตอาจถูกมองว่าประกอบด้วยโครงสร้างที่มีมิติเดียว หรือหลายมิติ กลุ่มที่เห็นว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติหรือหลายด้าน ได้แก่ จอร์จ และเบียร์อน (George & Bearon, 1980 cited in Ferrans & Power, 1992) ที่กล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตว่า มี 4 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และสถานะสังคมเศรษฐกิจ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับแนวคิดของ ชาน (Zhan, 1992) ที่ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตโดยการศึกษารวบรวมแนวคิดจากนักวิชาการหลายๆท่านได้ 4 องค์ประกอบ คือ

- (1) ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครอบครองอยู่ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับในเรื่องทั่วไป ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม และครอบครัว

(2) อัตมโนทัศน์ (self-concept) เป็นความรู้สึกที่มีต่อตนเองของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง เป็นเรื่องของความผาสุกด้านจิตใจ รวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง ประกอบด้วยลักษณะรูปร่างหน้าตา บุคลิกภาพ ความหวัง การยึดมั่นในศาสนา การยอมรับและการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง

(3) สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (health and functioning) เป็นการรับรู้ความผาสุกของร่างกาย เกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถด้านร่างกาย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

(4) ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ (socio-economic factors) เป็นการรับรู้ถึงความผาสุกด้านสังคมทั่วไป รวมถึงอาชีพ และรายได้

เฟอร์รานส์ (Ferrans, 1900) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน ดังนี้

(1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (health and functioning domain) ได้แก่ ภาวะสุขภาพ รวมถึงการดูแลสุขภาพของบุคคล ภาวะพึ่งพาด้านร่างกาย การตอบสนองของร่างกาย อาการหรือภาวะมาสุขสบายต่างๆ การปฏิบัติกิจกรรม เพศสัมพันธ์ และการทำงานอดิเรก

(2) ด้านสังคมเศรษฐกิจ (socioeconomic domain) ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ รายได้ ที่อยู่ อาศัย อาชีพ การศึกษา เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์

(3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (psychological / spiritual domain) ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขในชีวิต ความรู้สึกต่อตนเอง เป้าหมายในชีวิต ความเชื่อทางศาสนา และความสงบสุข

(4) ด้านครอบครัว (family domain) ได้แก่ ความสุขในครอบครัว คู่สมรส บุตร และภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว

เฟอร์เรลล์ (Ferrell, 1996) ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

(1) ด้านความผาสุกของร่างกาย (physical well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลในการควบคุม หรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยด้านร่างกาย และการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย

(2) ด้านความผาสุกทางจิตใจ (psychological well-being) เป็นการหาวิธีที่จะเผชิญต่อความเจ็บป่วยของบุคคล ให้มีความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้น ในด้านการเผชิญความเครียด ความรู้สึกกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ และการให้ทางเลือกของชีวิต

(3) ด้านความผาสุกทางสังคม (social well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และบทบาททางสังคม

(4) ด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) ได้แก่ ความหวัง และความเชื่อของบุคคลทั้งในด้านศาสนา หรือสิ่งอื่นที่เป็นแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณของบุคคล

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 6 ด้าน ดังนี้ (WHOQOL Group, 1996)

(1) ด้านร่างกาย ได้แก่ ความรู้สึกเจ็บปวดและไม่สบาย ความรู้สึกมีกำลัง ความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยอ่อนล้า การนอนหลับ และการพักผ่อน

(2) ด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกด้านบวก หรือลบเกี่ยวกับความคิด การเรียนรู้ ความจำ และสมาธิ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาพลักษณ์เกี่ยวกับร่างกายและลักษณะทั่วไปของตนเอง

(3) ด้านระดับของความเป็นอิสระไม่พึ่งพา (level of independence) ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพา หรือการรักษาทางการแพทย์ความสามารถในการทำงาน

(4) ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) ได้แก่ การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคม การมีเพศสัมพันธ์

(5) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความมั่นคงปลอดภัยด้านร่างกาย สภาพแวดล้อมภายในบ้าน การได้รับบริการทางสังคมเกี่ยวกับสุขภาพ แหล่งรายได้ โอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสาร การพักผ่อนหย่อนใจหรือการใช้เวลาว่าง การคมนาคมขนส่ง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น มลพิษทางอากาศ เสียง การจราจร สภาพภูมิอากาศ เป็นต้น

(6) ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความรู้สึกทางจิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อสำหรับการศึกษารั้วนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของชานมาใช้ เนื่องจากมีความสอดคล้องและครอบคลุม ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านสังคมเศรษฐกิจ

2.5 การประเมินคุณภาพชีวิต

เนื่องจากการมีแนวคิดที่หลากหลายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต การประเมินคุณภาพชีวิตจึงมีความแตกต่างกันไปด้วย ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง ซึ่งในการประเมินคุณภาพชีวิต ผู้ศึกษาต้องให้ความหมายและองค์ประกอบ (component dimensions) ของคุณภาพชีวิตที่ต้องการศึกษาให้ชัดเจนตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา อย่างไรก็ตาม ได้มีผู้เสนอแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

แฟรงค์ – สตรอมเบอร์ก (Frank – Stormberg, 1984) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

(1) การประเมินเชิงวัตถุวิสัย โดยวัดเป็นเชิงปริมาณ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยผู้อื่น เช่น แพทย์หรือนุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งประเมินจากภาวะสุขภาพของบุคคล ความสามารถในการทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวัน และสภาพความเป็นอยู่โดยทั่วไปของบุคคล โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

(2) การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นเชิงปริมาณ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง โดยให้บุคคลประเมินตามการรับรู้ เกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองในขณะนั้น ภาวะสุขภาพความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตในด้านต่างๆ โดยประเมินความเป็นอยู่ของตนในขณะนั้น ภาวะสุขภาพความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตในด้านต่างๆ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนนเช่นกัน

(3) การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นเชิงคุณภาพ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง โดยมีคำถามเพื่อให้บุคคลได้พูด หรือบรรยายเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตน ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ รวมถึงสภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นอยู่ในขณะนั้น

มีเบอร์ก (Meeberg, 1993) ได้เสนอแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 แนวทาง คือ

(1) การประเมินด้านวัตถุวิสัย (objective indicators) เป็นการประเมินโดยบุคคลอื่นว่า บุคคลนั้นดำเนินชีวิตด้วยความพอเพียงที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ และปราศจากการถูกคุกคาม

(2) การประเมินด้านจิตวิสัย (subjective indicators) เป็นการประเมินโดยบุคคลประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตโดยรวม รวมถึงการที่บุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ของตนเอง

เช่นเดียวกับ จอร์จ และเบียร์อน (George & Bearon, 1980) และรัสเตียน (Rustoen, 1995) ที่กล่าวถึงการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการประเมินในด้านวัตถุวิสัยและจิตวิสัยเช่นกัน ซึ่งการประเมินทางด้านวัตถุวิสัย สามารถแสดงถึงสิ่งที่มีอิทธิพลในชีวิตของบุคคลขณะนั้นเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง แต่การประเมินทางด้านจิตวิสัย เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า เนื่องจากบุคคลประเมินด้วยตนเอง จึงสามารถบ่งบอกประสบการณ์ชีวิตของบุคคลทุกด้านได้โดยตรง (Campbell et al., 1976 cited in Meeberg, 1993)

คูลเลย์ (Cooley, 1998) ได้กล่าวถึงการประเมินคุณภาพชีวิตว่ามี 2 ลักษณะ คือ

(1) การประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม (global evaluation) เป็นการประเมินถึงความพึงพอใจในชีวิต และลักษณะความเป็นอยู่ในชีวิตของบุคคล

(2) การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health-related quality of life) เป็นการประเมินคุณภาพ ชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในหลายมิติ ได้แก่ อาการแสดงของโรค อาการ

ข้างเคียงจากการรักษา สถานภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย ความผิดปกติด้านจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพศสัมพันธ์ ภาพลักษณ์ และความพึงพอใจต่อการรักษา

2.6 การประเมินคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของชาน

ชาน (Zhan, 1922) ได้กล่าวถึง “คุณภาพชีวิต” โดยให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิตรวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ ทั้งนี้ชานยังได้ให้แนวคิดว่าคุณภาพชีวิตสามารถประเมินทั้งในด้านวัตถุวิสัยและจิตวิสัย แต่การวัดในเชิงวัตถุวิสัย ชานได้อ้างถึงการศึกษาของแคมป์เบลล์ (Campbell 1976 cited in Zhan, 1922) ซึ่งกล่าวไว้ว่า แม้ผลการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัยอยู่ในลักษณะที่ดี แต่เมื่อศึกษาถึงระดับความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลนั้นปรากฏว่าไม่ได้อยู่ในระดับที่ดีตามผลการประเมินเชิงวัตถุวิสัย ดังนั้น ชานจึงให้ความสนใจในการประเมินคุณภาพชีวิต โดยศึกษาเรื่องนี้อย่างจริงจังและกว้างขวางและได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยว่าควรประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ด้านการรับรู้ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายและด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อวิเคราะห์และติดตามการศึกษาแนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตของชานสามารถรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งขอนำมากล่าวไว้ดังต่อไปนี้

ชานกล่าวถึง คุณภาพชีวิตว่า เริ่มมีการศึกษาโดยนักปราชญ์ชาวกรีกชื่อ อริสโตเติล ซึ่งได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงความสุข ที่ได้รับจากพระเจ้า ทำให้ชีวิตดำเนินต่อไปได้อย่างมีความสุข (McKeon 1947 cited in Zhan, 1992) ชานยังนำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตตามปรัชญาของชาวจีน เรื่องหยินและหยางมาเป็นพื้นฐานในการศึกษา ที่แสดงให้เห็นถึงความสมดุลของชีวิตในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยเมื่อมีความสมดุลของหยินและหยาง จะทำให้มนุษย์มีชีวิตที่ดีและยืนยาว นอกจากนั้น ชานกล่าวถึง การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิตว่าได้เริ่มขึ้นในต้นปี ค.ศ. 1960 ฟลานาแกน (Flanagan 1982 cited in Zhan, 1992) ได้ศึกษา และกล่าวว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับความนิยม และนำไปปฏิบัติตลอดระยะเวลาอย่างน้อยหนึ่งทศวรรษ ต่อมาในปี ค.ศ. 1947 องค์การอนามัยโลก (Who, 1947) ให้ความหมายของ ภาวะสุขภาพไม่เพียงแต่เป็นความไม่มีโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น แต่ยังหมายถึงความปกติสุขด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมด้วย (Zhan, 1922)

ซานได้กล่าวถึง คาร์นอฟสกี (Karnofsky, 1949) ว่าเป็นผู้บุกเบิกในการสร้างมาตรวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยศึกษาเพื่อสร้างมาตรวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด และสปิตเซอร์ (Spitzer, 1987 cited in Zhan, 1992) สร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการทำงานของร่างกาย จากแนวคิดการสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยดังกล่าว ซานได้สรุปว่าเป็นการประเมินองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย

ซานได้กล่าวว่า พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล โดยต้องให้ความสนใจบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจรวมถึงคุณภาพชีวิตด้วย มีนักวิจัยทางการแพทย์ได้ศึกษาเพื่อค้นหาความหมายของการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และพบว่าทำให้ความหมายคุณภาพชีวิตที่แน่นอนนั้นเป็นเรื่องยาก เนื่องจากความแตกต่างด้านวัฒนธรรม จริยธรรม ศาสนา และค่านิยม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความหมายและความสำคัญของคุณภาพชีวิต นอกจากนี้พบว่า ความไม่สอดคล้องกันระหว่างแนวคิดกับการปฏิบัติพยาบาล เป็นสิ่งที่นำมาซึ่งปัญหาในการประเมินคุณภาพชีวิต (Ferrans & Power, 1985)

สตรอมเบอร์ก (Stromberg 1988 cited in Zhan, 1992) กล่าวว่าตัวบ่งชี้ในการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยประกอบด้วย รายได้ การประกอบอาชีพ ระดับการศึกษา สุขภาพและการทำงานของร่างกาย สภาพอยู่อาศัย และอากาศบริสุทธิ์ ซึ่งตัวบ่งชี้เหล่านี้ไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้แน่นอน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของแคมป์เบลล์ (Campbell, 1976 cited in Zhan, 1992) ที่พบว่าตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัยไม่ได้เป็นสิ่งที่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตที่แท้จริง จากการศึกษาของเพอร์แมนและเอิร์ลแมน (Pearlman & Uhlman, 1988) พบว่าการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอาจได้ผลการประเมินไม่ตรงกับที่ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง

จากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตอย่างกว้างขวางซานจึงสรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมา โดยมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในชีวิตซึ่งมีความต่อเนื่องและซับซ้อน นอกจากนี้ซานยังพบว่า ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ มีผลต่อการรับรู้ความหมายของคุณภาพชีวิต ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตที่แท้จริงนั้น ไม่สามารถวัดได้ด้วยการประเมินด้านจิตวิสัย หรือด้านจิตวิสัย เพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น ซานจึงได้เสนอองค์ประกอบที่สำคัญที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยไว้ 4 ด้าน ได้แก่ด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) ด้านอัตมโนทัศน์ (Self Concept) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio – Economic Factors) และด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health and Functioning)

2.6.1 องค์ประกอบด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction)

ความพึงพอใจในชีวิตเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิต (Ferrans & Power, 1985) ความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนครองอยู่ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนา ที่ตั้งไว้กับความสำเร็จที่ได้รับในสิ่งที่ปรารถนาก็จะเป็นความพึงพอใจในเชิงบวก แต่ถ้าสิ่งที่ได้รับนั้นต่ำกว่าสิ่งที่ปรารถนา ความพึงพอใจก็จะเป็นเชิงลบ (Cantrill, 1965 cited in Zhan, 1992) ชานพบว่างานวิจัยบางเรื่องมีการใช้ “ความพึงพอใจในชีวิต” และ “ความสุข” ในความหมายเดียวกันหรือใช้แทนกัน ซึ่งการใช้ความหมายแทนกันนี้ นำไปสู่ความสับสนและความไม่ชัดเจนของการประเมินการรับรู้ประสบการณ์ในชีวิตที่ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของบุคคลได้ ดังนั้น ชานจึงมีแนวคิดว่า ความพึงพอใจในชีวิตและความสุข ไม่สามารถใช้แทนกันได้โดยชานสนับสนุนตามแนวคิดของแคมเบลล์ (Campbell, 1976 cited in Zhan, 1992) ที่กล่าวว่า ความสุขเป็นความรู้สึกหรือเป็นผลกระทบทางอารมณ์ของประสบการณ์ในชีวิต แต่ความพอใจในชีวิตเป็นความรู้สึกที่มากกว่านั้น กล่าวคือ เป็นความรู้สึกที่ผ่านกระบวนการรับรู้ต่อความเป็นจริงนั้นหรือสิ่งที่ผ่านเข้ามาในชีวิต แต่ความพึงพอใจในชีวิตนั้นอาจเปลี่ยนแปลงได้จากอิทธิพลของปัจจัยภายนอกได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้น ในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ พยาบาลจึงควรมีความเข้าใจและสนใจถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และให้มีความพึงพอใจในชีวิตตามความเหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง พยาบาลจำเป็นต้องเอาใจใส่และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้โดยคุณภาพชีวิตที่ดี

2.6.2 องค์ประกอบด้านอัตมโนทัศน์ (Self Concept)

อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความเชื่อและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในห้วงเวลาหนึ่ง ความเชื่อและความรู้สึกเหล่านี้มีต้นกำเนิดมาจากการรับรู้ จากปฏิกิริยาและพฤติกรรมของบุคคล อื่นอัตมโนทัศน์เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิด พฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล แอนดรู (1991) ได้กล่าวว่า อัตมโนทัศน์ด้านบวกเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลเผชิญต่อปัญหาต่างๆ ในชีวิต ซึ่งเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตไม่สามารถนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นได้ทั้งหมด อย่างไรก็ตาม การประเมินอัตมโนทัศน์ต้องอยู่บนพื้นฐานความเชื่อว่า บุคคลสามารถประเมินตนเองได้ อัตมโนทัศน์เป็นส่วนหนึ่งที่บอถึงคุณภาพชีวิต ดังนั้น ในการประเมินคุณภาพชีวิตควรประเมินอัตมโนทัศน์ของบุคคลด้วย

2.6.3 องค์ประกอบด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health and Functioning)

จากการวิจัยมีการพบมากขึ้นเป็นลำดับว่าสุขภาพเป็นส่วนที่สำคัญในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ยิ่งกว่านั้นยังกล่าวได้ว่า การมีสุขภาพที่ดีเปรียบเสมือนการประสบความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (Zhan, 1992) ถึงแม้ว่า ภาวะสุขภาพจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต แต่ก็ไม่ใช่ว่าเรื่องง่ายที่จะให้คำจำกัดความหรือวัดภาวะสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ทางการพยาบาลมีผู้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพไว้อย่างต่าง ๆ กันเช่น จอห์นสัน (Johnson, 1980) ได้กล่าวถึงภาวะสุขภาพว่า หมายถึงความสมดุลของร่างกาย ส่วนรอย (Roy, 1984) ให้ความหมายว่า เป็นการผสมผสานกันของสภาวะในร่างกาย โอเรม (Orem, 1980) ให้ความหมายในด้านความสัมพันธ์ของบทบาทหน้าที่และการดูแลตนเอง (Zhan, 1992) ได้ให้ความหมายในด้านการตระหนักถึงการควบคุมตนเอง การเสริมพลังอำนาจและความเข้าใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง

ชานกล่าวสรุปไว้ว่า ภาวะสุขภาพเป็นประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตได้ทั้งเชิงวัตถุและจิตวิสัย การวัดภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ไม่เพียงแต่เป็นการวัดอาการแสดงทางคลินิกเท่านั้นแต่ยังต้องวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคม

2.6.4 องค์ประกอบด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-Economic Factors)

ทฤษฎีสังคมศาสตร์ ได้กล่าวถึงสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินคุณภาพชีวิต (Zhan, 1992) ซึ่งปัจจัยด้านนี้อาจเกี่ยวข้องกับความคิดทางจิตใจ ความรู้สึกปลอดภัยในชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนนโยบายด้านสังคมโดยทั่วไปจะมองสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจว่าเกี่ยวข้องกับแหล่งรายได้ของบุคคลเท่านั้น (US Department of Health Education and Welfare, 1971 cited in Zhan, 1992) ซึ่งสถานภาพสังคมและเศรษฐกิจถูกกำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคมว่าประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การประกอบอาชีพ การศึกษา และรายได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย อันเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตาม ความสมบูรณ์ของบุคคลเชิงวัตถุวิสัยสามารถนำมาประเมินคุณภาพชีวิตในเชิงจิตวิสัยได้เช่นเดียวกันกับภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากการรับรู้ความเพียงพอของรายได้ ความพึงพอใจในแหล่งรายได้ ดังนั้น ในการประเมินด้านสังคมและเศรษฐกิจยังเป็นปัญหาเมื่อนำมาประเมินในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ เนื่องจากประชากรกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นวัยเกษียณอายุจึงควรมีการประเมินถึงอาชีพเดิมก่อนเกษียณ ส่วนการประเมินด้านการศึกษาคือต้องประเมินทั้งด้านความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาด้วย ด้านการประเมินรายได้ใน

ผู้สูงอายุ ไม่ควรประเมินจากจำนวนรายได้ในแต่ละเดือนเท่ากัน แต่ควรประเมินความรู้สึกเพียงพอของรายได้ด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมด้านคุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้น ชานได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ดังแสดงในแผนภูมิกล่าวคือ คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ ที่เกิดขึ้นจากปัจจัยพื้นฐานด้านประชากร ด้านสุขภาพ และด้านสังคมและเศรษฐกิจ สามารถประเมินได้ในเชิงจิตวิสัยโดยแบ่งออกเป็นองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ซึ่งผู้วิจัยศึกษากรอบแนวคิดของชาน และพิจารณาว่าน่าจะเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะได้เป็นอย่างดี เพื่อนำไปเป็นประโยชน์ในการวางแผนในการดูแลและเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

คุณภาพชีวิตในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรม จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ดังนี้

2.7.1 เพศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัวและสังคม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ อาจต้องเปลี่ยนบทบาทในครอบครัวและสังคมทั้งความสามารถที่ลดลงทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เกิดความรู้สึกไม่พอใจในตนเองและไม่พอใจในสิ่งที่สูญเสียไป ส่วนในเพศหญิง การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงเช่นกันแต่น้อยกว่าเพศชาย เนื่องจากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆและความคาดหวังจากสังคมน้อยกว่า (ทัศนีย์ จินางกูร, 2530) จากการศึกษาของ สนธยา พิชัยกุล (2530) เกี่ยวกับการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษา โดยการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า เพศหญิงมีระดับการรับรู้ความผาสุกสูงกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตาม จากความคิดที่ว่าผู้หญิงยังคงเป็นผู้ตามไม่ว่าในด้านธุรกิจ การเมืองและสังคม ดังนั้น ผู้หญิงถึงต้องฝ่าฟันอุปสรรคมากมายและมีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ การศึกษา การจ้างงาน สถานภาพทางเศรษฐกิจ ชีวิตสมรส การมีครอบครัวและการฟื้นฟูสภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรามัย ใช้เทียมวงศ์ (2535) ศึกษาในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังและสุทธาทิพย์ อุปลาบดี (2537) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่าเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่า

เพศหญิง ดังนั้น เพศ จึงเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

2.7.2 อายุ อายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่จะส่งผลต่อการเผชิญปัญหา และแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ไรแอนและคณะ (Ryan et al., 1985) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดแขนขา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ จินางกูร (2530) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังด้วยการล้างไต พบว่าผู้ป่วยที่อายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของ นัยมิและคณะ (Neimi et al., 1988) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตต่ำอย่างรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ทั้งนี้เนื่องจากความพิการและปัญหาสุขภาพที่พบมากกว่าในวัยชรา และจากการศึกษาของ สุทธาทิพย์ อุปลาบติ (2537) ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาว พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่อายุมาก

2.7.3 สถานภาพสมรส ผู้ป่วยที่มีชีวิตคู่ส่วนใหญ่จะมีผู้คอยปลอบโยน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ก่อให้เกิดความอบอุ่นใจ ช่วยลดความเครียด ทำให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมให้รู้จักคิดและแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรคมากขึ้น ช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤติ ส่งเสริมให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ คณิงนิจ อนุโรจน์ (2535) ที่ศึกษาในผู้ป่วยถูกตัดขา พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญ นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสจะมีการปรับตัวที่ดี ในขณะที่กลุ่มโสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ มีการปรับตัวที่ไม่ดี คณิงนิจ อนุโรจน์ (2535) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่า กลุ่มที่โสด หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ จะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มที่อยู่กับคู่สมรส 7 เท่า

2.7.4 ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นส่วนที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล เป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ ความคิดของตนเข้าแก้ปัญหาการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ การศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิฏ, 2535) นอกจากนี้ระดับการศึกษายังมีความเกี่ยวข้องกับชนิดของอาชีพ ระดับรายได้ ค่านิยม อัตมโนทัศน์ รวมทั้งการปรับตัวของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัยหลายท่านที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ระดับการศึกษาน้อย (ประภา รัตนเมธานนท์, 2532; ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2534; สุทธาทิพย์ อุปลาบติ, 2537)

2.7.5 รายได้ มาสโลว์ (Maslow, 1970) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการหรือความปรารถนาขั้นพื้นฐานของบุคคลว่า ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) เช่น ความหิว กระหาย ฯลฯ เป็นความต้องการพื้นฐานที่มาก่อนความต้องการอย่างอื่น ซึ่งความต้องการเหล่านี้จะได้รับการตอบสนองได้ต้องอาศัยปัจจัยพื้นฐานอันได้แก่ เงินรายได้ เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นบ้าน ที่อยู่อาศัยในสภาพดี อาหารที่คุ้มค่า และการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ดังนั้น รายได้จึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง และรายได้ยังเป็นตัวกำหนดให้ความพึงพอใจในชีวิตแตกต่างกัน (Burckhardt, 1985) จากการศึกษาของนักวิจัยที่ผ่านมา พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โดย การศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) ในผู้สูงอายุที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต แต่จากการศึกษาของ สุทธาทิพย์ อุปลาบดี (2536) ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

2.7.6 สิทธิการรักษา ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิการรักษาตามรัฐธรรมนูญไทยปี พ.ศ.2541 ว่าด้วยสิทธิการรักษาพยาบาล เช่น เบิกคืนสังกัด พรบ. ประกันสังคม บัตรทอง 30 บาท

2.7.7 การดูแลผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า 50% ของการตายของประชากรวัยผู้ใหญ่ในแต่ละปี มีสาเหตุมาจากการมีแบบแผนชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพ นั้น มีส่วนเกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิด ปัจจุบันพบว่า สาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคลโดยเฉพาะเป็นพฤติกรรมที่กระทำติดต่อกันเป็นระยะเวลานานสนับสนุนคำกล่าวที่ว่า การมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่ดี เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

2.7.8 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล สุธิดา กาญจนรังสี (2538) ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อนพบว่า ไม่ว่าผู้ป่วยจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อนมานานเท่าใดก็ตามจะไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเขา

2.7.9 ภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลยทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเช่น ปอดบวม แผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาโรงพยาบาลอีกครั้ง ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2.7.10 ระดับความพิการ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ อาจมีอาการและอาการแสดงที่หลงเหลือจากการที่เซลล์ถูกทำลาย ตามตำแหน่งของสมองที่ได้รับการผ่าตัด หรือจากสภาพพยาธิของโรค ภายหลังจากการบาดเจ็บศีรษะ มักพบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องหลงเหลืออยู่ ซึ่งสามารถพยากรณ์ได้จากการประเมินเกี่ยวกับภาวะพึ่งพาผู้อื่นทางด้าน

ร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจ สามารถทำนายถึงผลลัพธ์เมื่อครบ 6 เดือนภายหลังผ่าตัด ตามแบบการพยากรณ์ผลของกลาสโกว (Glasgow Outcome Scale; GOS) ของเจนเนตต์และบอนด์ (Jennett & Bond, 1975) ดังต่อไปนี้

2.7.10.1 หายเป็นปกติ (good outcome) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาจหายสนิท หรือหลงเหลือความพิการเล็กน้อย แต่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ เหมือนระยะก่อนบาดเจ็บ

2.7.10.2 มีความพิการปานกลาง (moderate disability) ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่นแต่ไม่สามารถกลับไปทำงานได้เต็มที่เช่นเดียวกับก่อนได้รับบาดเจ็บ อาจเกิดความผิดปกติของความจำ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการเคลื่อนไหวได้บ้าง

2.7.10.3 มีความพิการอย่างรุนแรง (severe disability) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่รู้สึกรู้สีกตัว แต่อาจตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นก็ได้ และอาจต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงิน และการเข้าสังคมในทุกสถานการณ์ เนื่องจากมีความพิการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างมาก

2.7.10.4 ไม่สามารถทำอะไรได้เลย (persistent vegetative state) ผู้ป่วยกลุ่มนี้หายจากการบาดเจ็บแต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย อวัยวะต่างๆ สูญเสียหน้าที่ที่ไม่สามารถปฏิบัติสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้ แต่จะสามารถลืมตาและกรอกตาไปมาโดยไม่สัมพันธ์กับเสียงที่กระตุ้น

จากการศึกษาของไรเมิลและลันเกรน (Rimel & Lundgren, 1986) ซึ่งได้ประเมินผลภายหลังการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยในระยะ 3 เดือนหลังการบาดเจ็บ ตามแบบการพยากรณ์ผลของกลาสโกวของเจนเนตต์และบอนด์พบว่า มีอาการเป็นปกติร้อยละ 66 มีความพิการปานกลางร้อยละ 22 มีความพิการรุนแรงร้อยละ 8 และไม่สามารถทำอะไรได้เลยร้อยละ 4 พบว่าไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวได้เนื่องจากความพิการดังกล่าวมีผลทำให้บทบาทและความรับผิดชอบของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปเป็นภาระหนักต่อครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (วลัยพรนันท์ สุภวัฒน์, 2538) ความพิการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะพบที่มีความผิดปกติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม (Naalt et al., 1999) ความผิดปกติด้านร่างกายพบที่มีความพิการรุนแรงร้อยละ 2.9 ความพิการปานกลางร้อยละ 25.5 และความพิการที่สามารถฟื้นฟูสภาพได้ร้อยละ 69.3 (Deb et al., 1998) นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด ความจำ สมาธิความตั้งใจ และถูกกระตุ้นจากสภาพแวดล้อมต่างๆ เช่น ส่งเสียงได้ง่ายเป็นต้น (Riedel & Shaw, 1997) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากเดิมพบว่าผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว โมโหง่าย ขาดความอดทนและก้าวร้าวบางรายมีอาการซึมเศร้าและแยกตัวเอง บางรายมีแบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไป (Deb et al., 1998) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลูคินเนน

และคณะ (Luukinen et al., 1999) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปเมื่อได้รับบาดเจ็บศีรษะจะทำให้เกิดการเสื่อมลงของการรับรู้ ความจำ ความคิดและเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะความจำเสื่อม (Dementia) ตามมาในที่สุด

2.7.11 ความรุนแรงของความบาดเจ็บศีรษะ แบ่งออกตามลำดับการรู้สติโดยใช้

Glasgow Coma Scale (GCS) เป็นตัวกำหนด

2.7.11.1 การบาดเจ็บระดับเล็กน้อย (Mild or minor head injury) อยู่ในช่วง

GCS. 13-15 คะแนน

2.7.11.2 การบาดเจ็บระดับปานกลาง (Moderate head injury) อยู่ในช่วง

GCS. 9-12 คะแนน

2.7.11.3 การบาดเจ็บระดับรุนแรงมาก (Severe head injury) อยู่ในช่วง

GCS. 3-8 คะแนน (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2540)

2.7.12 การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะถ้ามีการบาดเจ็บที่สมองเพียงอย่างเดียวการรักษาจะเป็นแบบประคับประคองเพื่อให้สภาพศีรษะและความดันในโพรงกะโหลกอยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุดมีการไหลเวียนโลหิตที่นำออกซิเจนและน้ำตาลในปริมาณสมบูรณ์เข้าหล่อเลี้ยงสมอง เนื้อสมองได้มีโอกาสฟื้นได้มากที่สุดถ้าตรวจพบว่าการแตกเลือดในโพรงกะโหลก (epidural, subdural หรือ intracerebral hematoma) ร่วมด้วยจะต้องรีบผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกโดยเร็ว การดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บสมองแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (จเร ผลประเสริฐ, 2541)

2.7.12.1 Manage of mild head injury ได้แก่ ผู้ป่วยที่มี GCS. 13 – 15 คะแนน ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีรู้สติ อาจมีอาการปวดศีรษะ อาเจียน ถ้าตรวจร่างกายไม่พบการบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะอาจไม่จำเป็นต้องเอกซเรย์กะโหลกศีรษะ นอกจากผู้ป่วยจะมี subgaleal hematoma หรือ scalp laceration ควรเฝ้าสังเกตอาการในห้องฉุกเฉินสักระยะหนึ่งแล้วให้กลับบ้าน หากมีอาการซึมลง ปวดศีรษะมากขึ้น อาเจียนติดต่อกัน แขนขาอ่อนแรงให้รีบมาพบแพทย์ทันที

2.7.12.2 Management of moderately severe brain injury ได้แก่ ผู้ป่วยที่มี GCS. 9 – 12 คะแนนต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เด็กเล็กอายุ 0 – 5 ปี ควรเข้าอยู่ใน ICU นอนศีรษะสูง 10 – 15 องศา ห้ามให้ยา sedative เพราะจะทำให้ผู้ป่วยซึ่งลงและมี hypoventilation ที่ทำให้สมองบวมมากขึ้น หากผู้ป่วยมีระดับการรู้สติลดลงหรือชักควรเอกซเรย์กะโหลกศีรษะและทำ CT scan หากพบว่าการแตกเลือดให้ผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก ในกรณีที่มีอาการชักควรให้ยาหยุดอาการชัก (phenytoin 10 mg/kg หรือ diazepam 0.25 mg/kg) แล้ว intubate และ hypoventilation ต่อไป

ผู้ป่วยที่มีระดับการรู้สติไม่ดีขึ้นใน 1 – 2 วัน หลังเฝ้าดูอาการ ควรทำ CT scan ซ้ำ เพื่อตรวจหาการตกเลือดในโพรงกะโหลกซึ่งจะเกิดขึ้นได้หลังจากการบาดเจ็บศีรษะ หากไม่มีการตกเลือดใน โพรงกะโหลกควรให้การรักษาระดับประคับประคอง 2 – 3 วันความรู้สึกละบากกลับมาเป็นปกติ (GCS. 15 คะแนน)

2.7.12.3 Management of severe brain injury ได้แก่ ผู้ป่วยที่มี GCS. 3 – 8 คะแนน ระหว่างนำส่งโรงพยาบาลหรือเมื่อถึงห้องฉุกเฉินให้ใส่ endotracheal tube (intubate) โดยขยับคอให้น้อยที่สุดให้ IV fluid ใส่ foley catheter แล้วตรวจร่างกายเพื่อหาการบาดเจ็บร่วมด้วยของระบบอื่น และตรวจระบบประสาทโดยเฉพาะอาการไขสันหลังบาดเจ็บ การให้ steroid นอกจากไม่ได้ประโยชน์แล้วยังอาจเกิดโรคแทรกซ้อน (stress peptic ulcer, infection) ได้ควรนำผู้ป่วยไปทำ CT scan ทันทีแล้วเอกซเรย์ปอดและคอฉีก่อนเลือดในโพรงกะโหลกให้ผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกโดยด่วน ถ้าไม่มีเลือดตกในโพรงกะโหลกให้นำผู้ป่วยเข้า ICU แล้วใส่ monitor ภาวะ ICP หากพบว่า ICP สูงควรจัดท่านอนศีรษะสูง 10 – 15 องศา และให้ fluid maintenance หากยังพบว่า ICP ยังสูงอยู่ควรให้ mannitol 0.5 – 1 gm/kg. โดยให้ทุก 8 ชั่วโมงหรือให้สลับกับ furosemide 0.5 – 1 mg/kg. ภาวะ ICP ยังลดลง ควรให้ Barbiturate therapy จนระดับยาในเลือดสูงระหว่าง 3 – 5 mg% และตรวจ EEG เป็น flat tracing เพื่อคงสภาวะ CPP ไว้มากกว่า 40 มม.ปรอท เพื่อป้องกันภาวะ ischemia hypoxia หากการรักษาดังกล่าวมาสามารถบรรเทาได้ผู้ป่วยจะเสียชีวิต

จากการทบทวนผลงานวิจัยที่มาข้างต้น สรุปได้ว่า ภายหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลก ศีรษะของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ เมื่อมีพยาธิสภาพบาดเจ็บต่อสมอง จะมีผลทำให้การทำงานของสมองเปลี่ยนแปลงไป และการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายผิดปกติตามระดับความรุนแรงและประสบปัญหา ความสามารถทางด้านร่างกายลดลง ส่งผลต่อจิตใจ และสังคมตามมาผู้ป่วยจะมีภาวะการรับรู้สุขภาพ ซึ่งเป็นผลของการตอบสนองหรือปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ดังกล่าวแตกต่างออกไปในแต่ละบุคคล กล่าวคือ มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันนั่นเอง โดยเฉพาะการทราบถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละด้าน โดยผู้ป่วยมีการรับรู้และประเมินคุณค่าตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงต่อภาวะสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย ด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการรับรู้ จะช่วยให้เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขวางแผนการดูแลเพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive survey study) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต และหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านประชากร ด้านสุขภาพร่างกายและ ด้านสังคมและเศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในระยะเวลา 1 เดือน ถึง 6 เดือน

3.1 ประชากรเป้าหมาย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจร หลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในระยะเวลา 1 ถึง 6 เดือน ที่มาตรวจร่างกายตามนัดภายหลังการผ่าตัดที่คลินิก ศัลยกรรมประสาทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ตั้งแต่เดือน เมษายน พ.ศ. 2547 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2547 จำนวน 90 คน การเลือกประชากรโดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

3.1.1 ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจร หลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ในระยะ 1 เดือนถึง 6 เดือน

3.1.2 ผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมในการทำการศึกษานี้

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรสก่อนผ่าตัด สถานภาพสมรสหลังผ่าตัด สถานภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพก่อนการผ่าตัด อาชีพปัจจุบัน รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่มาจาก รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน รายได้ทั้งหมดพอเพียงกับการใช้จ่าย ในครอบครัวหรือไม่ แหล่งสนับสนุนค่ารักษาพยาบาล การดูแลผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์มาจากแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของชาน (Zhan,1992) และนำแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของสำนวนภาษา ความชัดเจน และครอบคลุมในเนื้อหา ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) ระดับของการประเมิน 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่มีเลยจำนวน 35 ข้อ เนื้อหาเกี่ยวกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

- (1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ
 - (1.1) เป็นข้อคำถามเชิงบวก 5 ข้อ ไม่มีข้อคำถามเชิงลบ
- (2) ด้านการรับรู้ มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ
 - (2.1) เป็นข้อคำถามเชิงบวก 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6,7,8,10,11,12
 - (2.2) เป็นข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9
- (3) ด้านสุขภาพร่างกาย มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ
 - (3.1) เป็นข้อคำถามเชิงบวก 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 14,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27
 - (3.2) เป็นข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13,15
- (4) ด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ
 - (4.1) เป็นข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ ไม่มีข้อคำถามเชิงลบ
 (รายละเอียดแบบสัมภาษณ์ในภาคผนวกข)

3.3 เกณฑ์การให้คะแนน

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า โดยข้อความประกอบด้วยข้อความในเชิงบวกและเชิงลบ วิธีการให้คะแนนแต่ละคำตอบ เป็นไป 2 ทาง คือ

ระดับความคิดเห็น	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
ไม่มีเลย	1	5

การจำแนกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกโดยรวมและแต่ละด้านตามจำนวนข้อคำถาม ดังนี้

ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะโดยรวม ใช้เกณฑ์แบ่งคะแนน ดังนี้

1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกอยู่ในระดับต่ำ

2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกอยู่ในระดับปานกลาง

3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกอยู่ในระดับสูง
ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ รายด้าน ใช้เกณฑ์แบ่งคะแนน ดังนี้

3.3.1 ด้านความพึงพอใจในชีวิต

1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับต่ำ

2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับปานกลาง

3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับสูง

3.3.2 ด้านการรับรู้

1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านการรับรู้ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับต่ำ

2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านการรับรู้ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับปานกลาง

3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านการรับรู้ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับสูง

3.3.3 ด้านสุขภาพร่างกาย

1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับต่ำ

2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับปานกลาง

3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย
บาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับสูง

3.3.4 ด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ

1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ
ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับต่ำ

2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ
ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับปานกลาง

3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ
ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับสูง

3.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1 การหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านพิจารณา
ตรวจสอบความเหมาะสมของจำนวนภาษาความชัดเจนและความครอบคลุมในเนื้อหาผู้ทรงคุณวุฒิ
ประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาท 1 ท่าน

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาท 1 ท่าน

นักกายภาพบำบัด 1 ท่าน

หลังจากผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาแล้วผู้วิจัยแก้ไขและ
ปรับปรุงให้เหมาะสม

3.4.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ภายหลังได้มีการปรับปรุงแบบสัมภาษณ์แล้วผู้วิจัยนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของ
เครื่องมือโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ
จำนวน 30 ราย แล้วมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
(Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของมาตรวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บ
ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในแต่ละมิติ ดังนี้

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ยความเชื่อมั่นแอลฟาเฉลี่ย
- ด้านความพึงพอใจในชีวิต	.8582
- ด้านการรับรู้	.7605
- ด้านสุขภาพร่างกาย	.9539

- ด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ .8575

และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของมาตรวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจร หลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ค่าเฉลี่ยโดยรวม .9642

3.5 วิธีเก็บข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2547 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2547 ดังนี้

3.5.1 การสัมภาษณ์ โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกศัลยกรรมประสาทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรทางบกทุกคนและอยู่ในระยะพักฟื้นที่บ้านในระยะเวลา 1 ถึง 6 เดือน จำนวน 90 คน กรณีผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ไม่ได้ ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ชิดตอบแบบสัมภาษณ์

3.5.2 การสัมภาษณ์ครั้งนี้ เป็นการสมัครใจของผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมโครงการ

3.5.3 นำข้อมูลสัมภาษณ์ไปทดสอบทาง statistical analysis ต่อไป

3.6 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) เพื่อบรรยายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และศึกษาค่ามัธยฐานเลขคณิต (Arithmetic Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อบรรยายความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 4 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านการรับรู้ ด้านสุขภาพร่างกาย และด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สัมประสิทธิ์สัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient : r) ในกรณีที่ตัวแปรอิสระอยู่ในระดับ interval / ratio และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation Coefficient : rpb) สำหรับกรณีที่ตัวแปรอิสระเป็น nominal ได้แก่ ปึงจัย ด้าน สุขภาพร่างกาย คือ ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดกะโหลกศีรษะ และปึงจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ คือ ระดับการศึกษา การดูแลผู้ป่วยใน

ชีวิตประจำวัน ได้ทำตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ในการวิเคราะห์ระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ใช้ โดยมีเกณฑ์ วัดระดับความสัมพันธ์ ดังนี้

- 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์เต็มที่และไปในทิศทางตรงข้าม
- 0.76 ถึง - 0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมากและไปในทิศทางตรงข้าม
- 0.56 ถึง - 0.75 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงและไปในทิศทางตรงข้าม
- 0.26 ถึง - 0.55 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางและไปในทิศทางตรงข้าม
- 0.01 ถึง - 0.25 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำและไปในทิศทางตรงข้าม
- 0.00 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์
- 0.01 ถึง 0.25 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำและไปในทิศทางเดียวกัน
- 0.26 ถึง 0.55 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางและไปในทิศทางเดียวกัน
- 0.56 ถึง 0.75 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงและไปในทิศทางเดียวกัน
- 0.76 ถึง 0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมากและไปในทิศทางเดียวกัน
- 1.0 หมายถึง มีความสัมพันธ์เต็มที่และไปในทิศทางเดียวกัน

สถิติ t – test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะตามปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ และปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ได้แก่ สิทธิการรักษาพยาบาล

สถิติ F – test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ตามปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ สถานภาพสมรส และปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจร หลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ในระยะ 1 เดือน ถึง 6 เดือน ที่มารับการตรวจรักษาตามนัดที่คลินิกศัลยกรรมประสาทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ในช่วงเดือน เมษายน พ.ศ. 2547 ถึงเดือน กันยายน 2547 จำนวน 90 ราย ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติและกำหนดการเสนอผลการวิจัยเป็นตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

4.2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะตามปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย และปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ด้านสุขภาพร่างกาย และด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับการตรวจรักษาตามนัดที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 90 ราย มีลักษณะทั่วไป ดังนี้

ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.11) ผู้ป่วยทุกรายนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) สถานภาพสมรสก่อนผ่าตัด และสถานภาพสมรสหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน คือ ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 51.11) และรองลงมามีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 44.44) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะจำแนกตาม เพศ ศาสนา สถานภาพสมรสก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=90)	ร้อยละ (100.00)
เพศ		
ชาย	64	71.11
หญิง	26	28.89
ศาสนา		
พุทธ	90	100.00
สถานภาพสมรสก่อนผ่าตัด		
โสด	40	44.44
คู่	46	51.11
หม้าย หย่า แยกกัน	4	4.45
สถานภาพสมรสหลังผ่าตัด		
โสด	40	44.44
คู่	46	51.11
หม้าย หย่า แยกกัน	4	4.45

ระดับการศึกษา และสถานภาพในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ส่วนใหญ่มีการศึกษา อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45.55) และมัธยมศึกษา (ร้อยละ 35.56) ส่วนสถานภาพในครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยมีสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 50) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะจำแนกตาม ระดับการศึกษา และสถานภาพในครอบครัว

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=90)	ร้อยละ (100.00)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	2	2.22
ประถมศึกษา	41	45.55
มัธยมศึกษา	32	35.56
อนุปริญญา	6	6.67
ปริญญาตรี	8	8.89
สูงกว่าปริญญาตรี	0	1.11
สถานภาพในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	45	50.00
สมาชิกในครอบครัว	45	50.00

อาชีพ ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ พบว่า ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร(ร้อยละ41.11) รองลงมา มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันได้แก่ นักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ16.67) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 14.44) และอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 13.33) ตามลำดับ และหลังการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพเดิม (ร้อยละ 57.78) รองลงมา ยังประกอบอาชีพเดิมแต่ไม่เต็มที่เปลี่ยนลักษณะงานหรือเปลี่ยนแผนก (ร้อยละ 24.44) และต้องพักงานหรือพักการเรียน (ร้อยละ 15.56) ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะจำแนกตาม อาชีพก่อนการผ่าตัด และอาชีพปัจจุบัน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=90)	ร้อยละ (100.00)
อาชีพก่อนการผ่าตัด		
ไม่ได้ทำงาน	5	5.56
รับราชการ	51	5.56
รัฐวิสาหกิจ	2	2.22
ค้าขาย	12	13.33
เกษตรกรรม	37	41.11
รับจ้าง	13	14.44
นักเรียน/นักศึกษา	15	16.67
อื่นๆ	1	1.11
อาชีพปัจจุบัน		
ประกอบอาชีพเดิม	52	57.78
ประกอบอาชีพเดิมแต่ไม่เต็มที่/เปลี่ยนลักษณะงานหรือเปลี่ยนแผนก	22	24.44
เปลี่ยนอาชีพใหม่	2	2.22
พักงานหรือพักการเรียน	14	15.56

รายได้ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ พบว่า รายได้หลักของครอบครัวส่วนใหญ่มาจากตัวผู้ป่วยเองและบุคคลอื่นในครอบครัว (ร้อยละ 65.56) รองลงมา คือ รายได้ที่มาจากบุคคลอื่น (ร้อยละ 21.11) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ มีรายได้ 2,001 – 4,000 บาท (ร้อยละ 31.11) รองลงมา มีรายได้ 5,000 – 8,000 บาท (ร้อยละ 24.44) ส่วนความเพียงพอของรายได้ทั้งหมดกับค่าใช้จ่าย พบว่า มีความพอเพียงกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 86.67) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะจำแนกตามรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่มาจาก รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน รายได้ทั้งหมดเพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=90)	ร้อยละ (100.00)
รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่มาจาก		
ตนเอง	12	13.33
ตนเองและบุคคลอื่นในครอบครัว	59	65.56
บุคคลอื่นๆ	19	21.11
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่เกิน 2,000 บาท	8	8.89
2,001 – 4,000 บาท	28	31.11
4,001 – 5,000 บาท	11	12.22
5,001 – 8,000 บาท	22	24.44
8,001 – 10,000 บาท	7	7.78
10,001 บาทขึ้นไป	14	15.56
รายได้ทั้งหมดเพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่		
พอเพียง	78	86.67
ไม่พอเพียง	12	13.33

สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ และการดูแลผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 85.56) มีเพียงส่วนน้อยที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางส่วน (ร้อยละ 14.44) ด้านการดูแลผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และผู้ป่วยที่ต้องมีผู้ดูแล มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 52.22 และ 47.78)) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ จำแนกตาม สิทธิการรักษาพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=90)	ร้อยละ (100.00)
สิทธิการรักษาพยาบาล		
ไม่เสียค่าใช้จ่าย	77	85.56
จ่ายเองบางส่วน	13	14.44
การดูแลผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน		
ดูแลตนเอง	47	52.22
มีผู้ดูแล	43	47.78

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ อยู่โรงพยาบาล และระยะเวลาหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ขึ้นไปถึง 2 สัปดาห์ (ร้อยละ 65.56) รองลงมาใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ขึ้นไปถึง 6 สัปดาห์ (ร้อยละ 18.89) ส่วนระยะเวลาหลังผ่าตัด พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 เดือน (ร้อยละ 43.34) และผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2 เดือน (ร้อยละ 35.56) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจากรถหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ จำแนกตาม ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล และระยะเวลาหลังผ่าตัด

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=90)	ร้อยละ (100.00)
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล		
1 วัน – 1 สัปดาห์	12	13.33
1 สัปดาห์ขึ้นไป – 2 สัปดาห์	59	65.56
2 สัปดาห์ขึ้นไป – 6 สัปดาห์	17	18.89
6 สัปดาห์ขึ้นไป	2	2.22
ระยะเวลาหลังผ่าตัด		
1 เดือน	39	43.34
2 เดือน	32	35.56
3 เดือน	13	14.44
4 เดือน	3	3.33
5 เดือน	2	2.22
6 เดือน	1	1.11

การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ระดับความพิการ และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาพร้อมกับกายภาพบำบัด มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 35.56 และ 36.67) ระดับความพิการ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความพิการ (ร้อยละ 48.89) และมีความพิการเล็กน้อย (ร้อยละ 27.78) ผู้ป่วยบางส่วนที่มีความพิการปานกลางและมีความพิการมาก (ร้อยละ 12.22 และ 11.11) ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดกะโหลกศีรษะ พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดกะโหลกศีรษะมีสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 50.00 และ 50.00) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะจำแนกตาม การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ระดับความพิการ และภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=90)	ร้อยละ (100.00)
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน		
ยา	32	35.56
กายภาพบำบัด	11	12.22
ยาร่วมกับกายภาพบำบัด	33	36.67
อื่นๆ	14	15.56
ระดับความพิการ		
ไม่มีความพิการ	44	48.89
มีความพิการเล็กน้อย	25	27.78
มีความพิการปานกลาง	11	12.22
มีความพิการมาก	10	11.11
ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดกะโหลกศีรษะ		
ไม่มี	45	50.00
มี	45	50.00

ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะแรกเริ่ม และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ พบว่า ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะแรกเริ่ม ส่วนใหญ่บาดเจ็บปานกลาง (ร้อยละ 43.33) รองลงมา คือ บาดเจ็บเล็กน้อยและบาดเจ็บรุนแรง (ร้อยละ 38.89 และ 17.78 ตามลำดับ) ส่วนระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะก่อนจำหน่าย พบว่า ส่วนใหญ่บาดเจ็บเล็กน้อย (ร้อยละ 80.00) รองลงมาคือบาดเจ็บปานกลาง และบาดเจ็บรุนแรง (ร้อยละ 16.67 และ 3.33 ตามลำดับ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะจำแนกตาม ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะแรกรับ และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะก่อนจำหน่าย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=90)	ร้อยละ (100.00)
ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะแรกรับ		
บาดเจ็บรุนแรง (3 - 8 คะแนน)	16	17.78
บาดเจ็บปานกลาง (9 - 12 คะแนน)	39	43.33
บาดเจ็บเล็กน้อย (13 - 15 คะแนน)	35	38.89
ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะก่อนจำหน่าย		
บาดเจ็บรุนแรง (3 - 8 คะแนน)	3	3.33
บาดเจ็บปานกลาง (9 - 12 คะแนน)	15	16.67
บาดเจ็บเล็กน้อย (13 - 15 คะแนน)	72	80.00

4.2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับคุณภาพชีวิต ของ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ โดยรวมทั้ง 4 ด้าน พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.61) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 96.45) มีเพียงส่วนน้อยที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ (ร้อยละ 3.33 และ 2.22) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะโดยรวม

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (n=90)	ร้อยละ (100.00)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
คุณภาพชีวิตโดยรวม			4.16	0.61
ระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	2	2.22		
ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	3	3.33		
ระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)	85	94.45		

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะด้านความพึงพอใจในชีวิต พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ มีคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52) และเมื่อพิจารณาจากการจำแนกตามเกณฑ์การแบ่งระดับคุณภาพชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 98.89) โดยผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงในเรื่องการมีความสุขทางใจ (ค่าเฉลี่ย 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64) และรู้สึกพอใจกับการดูแลรักษาที่ได้รับระหว่างที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 3.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะด้านความพึงพอใจในชีวิต

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (n=90)	ร้อยละ (100.00)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต			3.84	0.52
ระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	1	1.11		
ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	0	0.00		
ระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)	89	98.89		
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านตอนนี้			3.73	0.76
2. ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตของท่านประสบ ความสำเร็จตามที่ท่านมุ่งหวังไว้			3.81	0.60
3. ท่านรู้สึกพอใจกับการดูแลรักษาที่ ได้รับระหว่างที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล			3.91	0.65
4. ขณะนี้ท่านมีความสุขทางจิตใจ			3.92	0.64
5. ท่านรู้สึกพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ใน ปัจจุบัน			3.82	0.61

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะด้านการรับรู้ พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ มีคุณภาพชีวิตด้านการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48) และเมื่อพิจารณาจากการจำแนกตามเกณฑ์การแบ่งระดับคุณภาพชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 98.89) โดยผู้ป่วยมีการรับรู้สูงในเรื่องสามารถจำสถานที่ที่คุ้นเคยได้ (ค่าเฉลี่ย 4.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69) และสามารถจำบุคคลใกล้ชิดได้ (ค่าเฉลี่ย 4.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.60) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะด้านการรับรู้

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (n=90)	ร้อยละ (100.00)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
คุณภาพชีวิตด้านการรับรู้			4.20	0.48
ระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	1	1.11		
ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	0	0.00		
ระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)	89	98.89		
6. ท่านสามารถจำบุคคลที่ใกล้ชิดท่านได้ (เช่น บิดา, มารดา, สามี, ภรรยา,ญาติพี่น้อง)			4.71	0.60
7. ท่านสามารถจำสถานที่ที่ท่านคุ้นเคยได้ (เช่น บ้านที่อยู่อาศัย, สิ่งแวดล้อม)			4.72	0.69
8. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ได้ดี			3.96	0.87
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล			2.34	0.82
10. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย			4.40	0.58
11. ท่านยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่			4.18	0.76
12. ท่านมีความเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยให้ อาการเจ็บป่วยของท่านดีขึ้น			3.74	1.11

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะด้านสุขภาพร่างกายพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ มีคุณภาพชีวิตด้านการสุขภาพร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87) และเมื่อพิจารณาจากการจำแนกตามเกณฑ์การแบ่งระดับคุณภาพชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 92.22) โดยเฉพาะในเรื่องการสามารถควบคุมกล้ามเนื้อหูรูดในการขับถ่ายและถ่ายได้เองอย่างสม่ำเสมอ (ค่าเฉลี่ย 4.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88) และสามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้ทั้งกลางวันและกลางคืน (ค่าเฉลี่ย 4.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะด้านสุขภาพร่างกาย

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (n=90)	ร้อยละ (100.00)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย			4.19	0.87
ระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	6	6.67		
ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	1	1.11		
ระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)	83	92.22		
13.การเจ็บป่วยของท่านเป็นอุปสรรคในการทำกิจวัตรประจำวันของท่าน			2.64	1.05
14.การนอนหลับพักผ่อนของท่านเป็นปกติ			4.16	0.86
15.ท่านจำเป็นต้องกลับไปโรงพยาบาลเพิ่มเติมหลังการผ่าตัดเพื่อที่จะทำงาน			2.36	1.09
16.ท่านสามารถทำงานได้อย่างที่เคยหลังการผ่าตัด			3.82	1.00
17.ท่านสามารถรับประทานอาหารได้เองจากถาดหรือบนโต๊ะ ซึ่งได้มีผู้ได้จัดไว้ให้			4.43	1.07
18.ท่านสามารถลุกนั่งจากท่านอนบนเตียงเคลื่อนย้ายจากเตียงไปสู่รถนั่งได้ปลอดภัย			4.36	1.04
19.ท่านสามารถล้างมือ ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดโดยไม่ต้องมีคนช่วย			4.41	1.06
20.ท่านสามารถนั่งส้วม ลุกได้เอง อาจจะต้องอาศัยที่ยึดเวลาลุก-นั่ง-ถอดใส่เสื้อผ้า			4.32	1.06
21.ท่านสามารถอาบน้ำได้เอง โดยอาจจะเป็นการตักน้ำอาบ การใช้ฝักบัว			4.32	1.08
22.ท่านสามารถสวมหรือถอดเสื้อผ้าที่เป็นของใช้ตนเอง			4.44	0.36
23.ท่านสามารถเดินได้ระยะทางอย่างน้อยที่สุด 50 หลา โดยไม่ต้องช่วยเหลือ			4.18	1.18
24.ท่านสามารถขึ้นลงบันไดได้อย่างปลอดภัย โดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ			4.16	1.21
25.ท่านสามารถควบคุมกล้ามเนื้อหูรูดในการขับถ่ายและถ่ายได้เองได้อย่างสม่ำเสมอ			4.56	0.88
26.ท่านสามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ทั้งกลางวันและกลางคืน			4.52	0.88
27.ท่านพอใจในชีวิตของท่านแค่ไหน			4.22	0.73

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ มีคุณภาพชีวิตด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.51) และเมื่อพิจารณาจากการจำแนกตามเกณฑ์การแบ่งระดับคุณภาพชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 98.89) โดยเฉพาะในเรื่อง สภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมตัวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น (ค่าเฉลี่ย 4.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.55) และการได้คบหาสมาคมกับคนอื่นๆหลังได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (ค่าเฉลี่ย 4.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ
ด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (n=90)	ร้อยละ (100.00)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
คุณภาพชีวิตศีรษะด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ			4.27	0.51
ระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)				
ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	1	1.11		
ระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)	0	0.00		
	89	98.89		
28. ท่านคบหาสมาคมกับคนอื่นๆหลังได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ			4.36	0.69
29. ท่านได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนๆเหมือนที่เคยเป็นมา			4.41	0.63
30. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความมั่นคง ปลอดภัย			4.20	0.72
31. ท่านมีเงินใช้จ่ายตามความจำเป็นหลังจากได้รับการผ่าตัด			4.09	0.80
32. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในแต่ละวัน			4.09	0.80
33. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดในบางโอกาส			4.13	0.72
34. สภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมตัวท่าน (เช่น ญาติพี่น้อง, พ่อแม่, เพื่อนบ้าน) ทำให้ท่านรู้สึกดีขึ้น			4.62	0.56
35. ท่านพอใจกับการเดินทางไปอื่นๆ (เช่น ต่างจังหวัดหรือที่ไกลๆ)			4.24	0.87

4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะตามปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย และปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่ได้รับการรักษาในปัจจุบันแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการทำกายภาพบำบัด และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการใช้อาร่วมกับการทำกายภาพบำบัด รายละเอียดแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ จำแนกตามการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

การรักษาที่ได้รับ ในปัจจุบัน	จำนวน (n=90)	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	F	Sig	Sheffe			
						1	2	3	4
1. ยา	32	4.52	0.25	24.85	<.001		**	**	
2. กายภาพบำบัด	11	4.01	0.69			**			
3. ยาร่วมกับ กายภาพบำบัด	33	3.67	0.58			**			
4. อื่นๆ	14	4.62	0.16						
รวม	90	4.16	0.61						

** หมายถึง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $< .001$

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ จำแนกตามสิทธิการรักษา พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษาเองบางส่วน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.025$) โดยผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษาเองบางส่วน รายละเอียดแสดงในตาราง ที่ 15

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ จำแนกตาม สัทธิการรักษ

สัทธิการรักษ	จำนวน (n=90)	ค่าเฉลี่ย	SD	t	sig
ไม่เสียค่าใช้จ่าย	77	4.21	0.57	2.03	0.025
จ่ายของบางส่วน	13	3.85	0.77		
รวม	90	4.16	0.61		

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ จำแนกตามเพศ พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพศชายและเพศหญิง มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ จำแนกตาม เพศ

เพศ	จำนวน (n=90)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	T	sig (2 tailed)
ชาย	77	4.24	0.53	1.836	0.07
หญิง	13	3.98	0.75		
รวม	90	4.16	0.61		

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ จำแนกตาม สถานภาพการสมรส พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ
จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวน (n=90)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	F	sig
โสด	40	4.22	0.62	0.78	0.46
สมรส	46	4.09	0.62		
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	4	4.38	0.28		
รวม	90	4.16	0.61		

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ด้านสุขภาพร่างกาย และด้านสังคมสิ่งแวดล้อม และ เศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.212$) หมายถึงผู้ป่วยที่มีอายุน่าจะมีคุณภาพชีวิตด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ				
	เปิดกะโหลกศีรษะ				
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	ด้านความพึงพอใจในชีวิต	ด้านการรับรู้	ด้านสุขภาพร่างกาย	ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ
ปัจจัยด้านประชากร					
อายุ	-0.143	0.009	0.009	-0.170	-0.212*

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพร่างกายกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ และระดับความพิการ มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -0.658, -0.635, -0.817$ ตามลำดับ) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลน้อย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และมีความพิการเล็กน้อย จะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ต้องนอนในโรงพยาบาลนาน มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และมีความพิการมาก ส่วนระดับกลาสโกว์โคมาสเกลซึ่งแสดงถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะแรกรับและความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.619, 0.677$ ตามลำดับ) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระดับกลาสโกว์โคมาสเกลสูงแสดงถึงมีความรุนแรงของการบาดเจ็บน้อย ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับกลาสโกว์โคมาสเกลต่ำแสดงถึงมีความรุนแรงของการบาดเจ็บมาก รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพร่างกายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ				
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	ด้านความพึงพอใจในชีวิต	ด้านการรับรู้	ด้านสุขภาพร่างกาย	ด้านสังคมและเศรษฐกิจ
ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย					
ระยะเวลาหลังผ่าตัด	-0.127	-0.033	-0.130	-0.121	-0.130
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล	-0.658**	-0.399**	-0.529**	-0.696**	-0.458**
ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดกะโหลกศีรษะ	-0.635**	-0.533**	-0.524**	-0.6198**	-0.500**
ระดับความพิการ	0.619**	0.428**	0.509**	0.618**	0.498**
ระดับกลาสโกว์โคมาสเกล	0.677**	0.541**	0.612**	0.654**	0.527**
แรกรับ					
ระดับกลาสโกว์โคมาสเกลจำหน่าย					

** และ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า การดูแลผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -0.606$) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่ต้องมีผู้ดูแลแต่สามารถดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ต้องมีบุคคลอื่นช่วยเหลือในการดูแลในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r = 0.006$) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-0.064$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ				
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	ด้านความพึงพอใจในชีวิต	ด้านการรับรู้	ด้านสุขภาพร่างกาย	ด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ
ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ					
ระดับการศึกษา	0.006	-0.038	-0.025	0.013	0.028
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	-0.064	-0.092	-0.107	-0.067	0.023
การดูแลผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน	-0.606**	-0.483**	-0.493**	-0.591**	-0.489**

** และ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ 09

บทที่ 5

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ กับคุณภาพชีวิต ทำเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์จากกลุ่มประชากรจำนวน 90 ราย ที่มาตรวจร่างกายตามนัดภายหลังจากการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในระยะเวลา 1 ถึง 6 เดือน ที่คลินิกศัลยกรรมประสาทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ตั้งแต่เดือน เมษายน พ.ศ.2547 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2547 จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

5.1 ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.11) มีสถานภาพสมรสก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นคู่ (ร้อยละ 51.11) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 45.56) มีการประกอบอาชีพก่อนการผ่าตัดเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 41.11) ซึ่งส่วนมากยังประกอบอาชีพเดิมหลังการผ่าตัด (ร้อยละ 57.78) และยังประกอบอาชีพเดิม แต่ไม่เต็มที่ (ร้อยละ 24.44) แตกต่างจากผลการศึกษาของ Wehman (1993) และคณะที่พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับรุนแรงมีเพียงร้อยละ 13 เท่านั้นสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ แต่สามารถกลับไปทำงานได้ไม่เท่าปกติมีถึงร้อยละ 52 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัว 2,000 – 4,000 บาท (ร้อยละ 31.11) ซึ่งรายได้ทั้งหมดพอเพียงกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 86.67) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 52.22) และมีผู้ดูแล (ร้อยละ 47.78)

สำหรับระดับความพิการพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความพิการ (ร้อยละ 48.89) และมีความพิการมาก (ร้อยละ 11.11) สอดคล้องกับการศึกษาของ Deb และคณะ (1998) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นมีความพิการรุนแรงเพียงแค่ร้อยละ 2.90 เท่านั้น ความพิการในระดับปานกลางร้อยละ 25.50 แต่มีความพิการที่สามารถฟื้นฟูสภาพได้ถึงร้อยละ 69.30

5.2 ระดับคุณภาพชีวิต

5.2.1 ด้านความพึงพอใจในชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98.89) อยู่ในเกณฑ์สูง มีเพียงส่วนน้อยที่ระดับคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ต่ำ (ร้อยละ 1.11) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ทั้งในด้าน การพอใจต่อสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน ความรู้สึกที่ชีวิตประสบความสำเร็จตามที่มุ่งหวังไว้ รู้สึกพอใจต่อการดูแลสุขภาพที่ได้รับระหว่างพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ความรู้สึกมีความสุขทางจิตใจ และความรู้สึกพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก ความพึงพอใจในชีวิต เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครอบครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้ และความสำเร็จในเรื่องทั่วไป เช่น ความพึงพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก ความพึงพอใจในชีวิต เป็นการรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครอบครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้ และความสำเร็จในเรื่องทั่วไป เช่น ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต สภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบัน สิ่งแวดล้อม และครอบครัว (George & Bearon, 1980) ดังนั้นจากสาเหตุดังกล่าว ทำให้ กลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เมื่อสิ้นสุดการรักษาตัวที่โรงพยาบาลกลับไปบ้าน เมื่อตรวจร่างกายตามแพทย์นัดแล้ว พบว่าเป็นกลุ่มที่ไม่มีอาการ (ร้อยละ 48.89) และสามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้ (ร้อยละ 57.78) ทำให้มีความระดับความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในเกณฑ์สูงได้

5.2.2 ด้านการรับรู้

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านการรับรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 98.89 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีระดับการรับรู้อยู่ในเกณฑ์สูงเช่นกัน ทั้งในด้านความสามารถจำบุคคลที่ใกล้ชิดได้ สามารถจำสถานที่ที่คุ้นเคยได้ มีสมาธิในการทำงานต่างๆ ได้ดียอมรับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ สำหรับความรู้สึกที่ไม่ดีเช่น รู้สึกเศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลนั้นมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีระดับการบาดเจ็บอยู่ในระดับ ปานกลางและเล็กน้อย (ร้อยละ 43.33 และ 38.89 ตามลำดับ) เมื่อแพทย์สิ้นสุดการรักษาที่โรงพยาบาลและจำหน่ายกลับบ้านแล้ว มีระดับความพิการน้อย ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาด้านการรับรู้ อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มนี้ยังมีความรู้สึกที่ไม่ดีอยู่บ้าง เช่น รู้สึกเศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล ซึ่งอาจเนื่องจาก ถึงแม้ว่าจะสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติแล้วแต่ก็มีบางส่วนที่มีระดับความสามารถในการทำงานลดลง ทำให้ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม (ร้อยละ 24.44) จึงทำให้มีความพึงพอใจในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลางได้ ซึ่งมีคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายหลังการรับรู้ ความรู้สึก การสังเกต หรือการตระหนักถึงเหตุการณ์บางอย่างที่บุคคลมีประสบการณ์ (Mast, 1995)

5.2.3 ด้านสุขภาพร่างกาย

จากการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในเกณฑ์สูง (ร้อยละ 92.22) เช่น การนอนหลับพักผ่อนที่เป็นปกติ สามารถทำงานได้อย่างที่เคยหลังการผ่าตัด สามารถรับประทานอาหารได้เอง สามารถนั่งได้เองจากท่านอนบนเตียง เคลื่อนย้ายจากเตียงได้อย่างปลอดภัย สามารถอาบน้ำได้เอง แต่มีบางคนที่มึ่ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (ร้อยละ 6.67) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านยังพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายในเรื่องการรับการรักษาเพิ่มเติมภายหลังผ่าตัดเพื่อให้สามารถทำงานได้ และ ความสามารถทำงานได้อย่างที่เคยภายหลังผ่าตัด อยู่ในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีระดับความพิการหลังจากสิ้นสุดการรักษา (ร้อยละ 48.89) ทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในเกณฑ์สูง แต่มีบางส่วนที่มีระดับความพิการเล็กน้อย ปานกลางและรุนแรง (ร้อยละ 27.78, 12.20 และ 11.11 ตามลำดับ) ซึ่งในกลุ่มนี้ จะไม่สามารถ ช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มที่ เช่น มาสามารถทำงานได้เหมือนเดิม ต้องมีผู้ช่วยเหลือในขณะอาบน้ำ ใส่เสื้อผ้า การลุกนั่งจากท่านอนบนเตียง รวมถึงการเคลื่อนย้ายตนเอง เหล่านี้เป็นต้น รวมถึงความจำเป็นต้องกลับไปรักษาพยาบาลเพิ่มเติมหลังการผ่าตัด ในการกลับไปทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ไม่อยู่ในระดับสูงเช่นด้านอื่นๆ

5.2.4 ด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ อยู่ในเกณฑ์ระดับสูง (ร้อยละ 98.89) เช่น การคบหาสมาคมกับคนอื่นภายหลังการผ่าตัด การได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนๆ เหมือนที่เคยเป็นมา ความรู้สึกว่ามีชีวิตมีความมั่นคง ปลอดภัยมีเงินใช้จ่ายตามความจำเป็น รู้เรื่องข่าวสารที่จำเป็นในแต่ละวัน มีโอกาสได้พักผ่อน คลายเครียดในบางโอกาสสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม (เช่น ญาติพี่น้อง, พ่อแม่, เพื่อนบ้าน) ทำให้มีความสุขที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 51.11) เมื่อสิ้นสุดการรักษาจากโรงพยาบาลแล้วสามารถประกอบอาชีพเดิมได้มีถึงร้อยละ 57.78 และประกอบอาชีพเดิมได้แต่ไม่เท่าเดิมร้อยละ 24.44 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในระดับ 2,001 – 4,000 บาท ร้อยละ 31.11 และ 5,0001 – 8,000 บาท ร้อยละ 24.44 ซึ่งรายได้ดังกล่าวเพียงพอกับค่าใช้จ่ายถึงร้อยละ 86.67 จากสาเหตุดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ อยู่ในเกณฑ์ระดับสูงได้

5.3 ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

5.3.1 ปัจจัยด้านการรักษา

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่ได้รับการรักษาในปัจจุบันแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการทำการกายภาพบำบัด และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการเข้าร่วมกับการทำการกายภาพบำบัด ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากในกลุ่มที่ให้การรักษาดูแลเพียงอย่างเดียวเป็นกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะแรกเริ่มอยู่ในระดับปานกลางและเล็กน้อย (ร้อยละ 43.33 และ 38.89) เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านส่วนใหญ่จะมีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 80) ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีภาวะความพิการและภาวะแทรกซ้อนน้อยจึงทำให้คุณภาพชีวิตในกลุ่มนี้ดีกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่น ซึ่งการรักษาทางยาและการรักษาทางกายภาพบำบัดนั้นส่วนใหญ่แพทย์จะใช้รักษาพร้อมในกลุ่มที่มีภาวะความพิการและมีภาวะแทรกซ้อนมาก ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการรุนแรงและมีความพิการมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ให้การรักษาดูแลเพียงอย่างเดียว ดังนั้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มนี้จึงดีขึ้นน้อยกว่าในกลุ่มที่รักษาดูแลเพียงอย่างเดียวได้

5.3.2 ปัจจัยด้านประชากร

5.3.2.1 เพศ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ทศนีย์ จินางกูร (2530) ที่พบว่า เพศหญิงการเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆ และความคาดหวังจากสังคมน้อยกว่าเพศชาย ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากในภาวะปัจจุบันทั้งเพศหญิงและเพศชายต่างมีภาระรับผิดชอบที่ใกล้เคียงกัน ทำให้ไม่พบความแตกต่างกันระหว่างคุณภาพชีวิตทั้งเพศหญิงและเพศชาย

5.3.2.2 อายุ จากการศึกษาพบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.212$) หมายถึงผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ จินางกูร (2530) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยอายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันด้วย และจากการศึกษาของ Neimi และคณะ (1988) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า ผู้ป่วยอายุมากมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ทั้งนี้เนื่องจาก ความพิการและปัญหาสุขภาพที่พบมากกว่าในวัยชรา นอกจากนี้จาก

การศึกษาของ สุทธาทิพย์ อุปลานัติ (2537) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก

5.3.2.3 สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน แตกต่างกับการศึกษาของ คณิงนิจ อนุโรจน์ (2535) ที่ศึกษาในผู้ป่วยถูกตัดขา พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญ นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสจะมีการปรับตัวที่ดี ในขณะที่กลุ่มโสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ มีการปรับตัวที่ไม่ดี โจเซฟ (Joseph, 1984 ใน คณิงนิจ อนุโรจน์, 2535) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่า กลุ่มที่โสด หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ จะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มที่อยู่กับคู่สมรส 7 เท่า

5.3.3 ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และระดับความพิการ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนาน มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดสูงและมีระดับความพิการรุนแรงมาก จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำ ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลยจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นหลังจำหน่ายหลังจากออกจากโรงพยาบาลเช่น ปอดบวม แผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาโรงพยาบาลอีกครั้ง ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้จากการศึกษาของ Rimel & Lundgren (1986) ได้ประเมินผลภายหลังการบาดเจ็บเล็กน้อยในระยะ 3 เดือน หลังการบาดเจ็บความพิการมีผลทำให้บทบาทและความรับผิดชอบของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปเป็นภาระหนักต่อครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง แตกต่างกับการศึกษาของ สุริดา กาญจนรังสี (2538,98) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อนพบว่า ไม่ว่าผู้ป่วยจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อนมานานเท่าใดก็ตามจะไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเขา

5.3.4 ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ

5.3.4.1 ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ระดับการศึกษาในการศึกษารั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต แตกต่างกับการศึกษาของผู้วิจัยหลายท่านที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ระดับการศึกษาต่ำ (ประภา รัตนเมฆานนท์, 2532; ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2534 และ สุทธาทิพย์ อุปลานัติ, 2537) นอกจากนี้ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และ นิภา มนูญปิฎ (2535) กล่าวว่า การศึกษาเป็นส่วนที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล เป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้

สติปัญญาและสุขภาพของบุคคล เป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ ความคิดของตนเข้าแก้ปัญหาการดำรงชีวิตที่ดี สาเหตุที่ทำให้ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตในการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 41.11) ซึ่งคนในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีความศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45.56) แต่ ลักษณะการทำงานของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้นำความรู้ด้านวิชาการมาใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันมากนัก กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจนสามารถไปประกอบอาชีพได้ ก็สามารถทำงานได้ เช่น สามารถทำนา ทำไร่ได้ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้ และมีความพอใจระดับหนึ่งกลุ่ม ตัวอย่างจึงมีความรู้สึกว่าได้ตนเองสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ การศึกษาจึงไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตใน กลุ่มนี้

5.3.4.2 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แตกต่างจากการศึกษาของนักวิจัยที่ผ่านมา พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต จากการศึกษานักศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒนากุล (2534) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุพบว่า รายได้ความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตกล่าวคือเมื่อมีรายได้ สูงทำให้คุณภาพชีวิตสูงตามไปด้วย จากการศึกษานี้ สาเหตุที่รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรมีการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมชนบท ซึ่งมาจากการศึกษาพบว่ารายได้ส่วนใหญ่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตประจำวันดังนั้นรายได้จึงไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตในการศึกษาครั้งนี้

5.3 ข้อจำกัดในการวิจัย

การเลือกประชากรเป็นแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง และเป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะที่คลินิกศัลยกรรมประสาทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เท่านั้น จึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการศึกษาไปถึงประชากรกลุ่มอื่นๆ

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive survey study) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านประชากร ด้านสุขภาพร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในระยะเวลา 1 เดือน ถึง 6 เดือน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะระยะเวลา 1 เดือน ถึง 6 เดือนที่มาตรวจร่างกาย ตามนัดที่คลินิก ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน 2547 จำนวน 90 ราย โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลมีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) เพื่อบรรยายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และศึกษา ค่ามัธยฐานเลขคณิต (Arithmetic Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อบรรยายความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 4 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านการรับรู้ ด้านสุขภาพร่างกาย และด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันในกรณีที่ ตัวแปรอิสระอยู่ในระดับ interval / ratio และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (Point Biserial Correlation Coefficient : rpb) สำหรับกรณีที่ตัวแปรอิสระเป็น nominal ได้แก่ ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย คือภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดกะโหลกศีรษะ และปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ คือระดับการศึกษา การดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน ได้ทำตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ในการวิเคราะห์ระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ใช้ โดยมีเกณฑ์ วัดระดับความสัมพันธ์ ดังนี้

6.1 ผลการศึกษา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.11) ผู้ป่วยทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100.0) ส่วนใหญ่ทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 51.11) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา (ร้อยละ 45.56 , 35.56) และผู้ป่วยครึ่งหนึ่งมี สถานภาพภายในครอบครัว

ครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 50.0) อาชีพของผู้ป่วย พบว่า ก่อนผ่าตัดส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 41.11) และหลังผ่าตัดยังประกอบอาชีพเดิม (ร้อยละ 57.78) รองลงมา ยังประกอบอาชีพเดิมแต่ไม่เต็มที่ / เปลี่ยนลักษณะงานหรือเปลี่ยนแผนก (ร้อยละ 24.44) รายได้ของครอบครัว ส่วนใหญ่มาจากตนเองและบุคคลอื่นในครอบครัว (ร้อยละ 65.56) ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ย / เดือน 2,000 – 4,000 บาท (ร้อยละ 31.11) รองลงมา มีรายได้ 5,000 – 8,000 บาท (ร้อยละ 24.44) และรายได้พอเพียง (ร้อยละ 86.67) ด้านแหล่งสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา (ร้อยละ 85.56)

การรักษายาบาลและการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งสามารถดูแลตนเองได้ในชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 52.22) รองลงมา ต้องมีผู้ดูแล (ร้อยละ 47.78) ระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ขึ้นไป (ร้อยละ 65.56) ระยะเวลาในการมาพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายตามนัดพบว่า มีระยะเวลาหลังผ่าตัด 1 เดือน (ร้อยละ 43.33) รองลงมา ระยะเวลา 2 เดือน (ร้อยละ 35.56) การรักษาที่ได้รับ พบว่า มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยร่วมกับการทำกายภาพบำบัด และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเดียว (ร้อยละ 36.67, 35.56) ระดับความพิการ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความพิการ (ร้อยละ 48.89) รองลงมา มีความพิการมาก (ร้อยละ 11.11) ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดเท่ากับไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ร้อยละ 50.0) ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะแรกพบ พบว่า ส่วนใหญ่บาดเจ็บปานกลาง (ร้อยละ 43.33) รองลงมา บาดเจ็บเล็กน้อย (ร้อยละ 38.89) และบาดเจ็บรุนแรง (ร้อยละ 17.78) ส่วนความรุนแรงก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่บาดเจ็บเล็กน้อย (ร้อยละ 80.00) รองลงมา บาดเจ็บ ปานกลาง (ร้อยละ 16.67) และบาดเจ็บรุนแรง (ร้อยละ 3.33)

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีคุณค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านเรียงตามลำดับ คือ ด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ด้านการรับรู้ ด้านสุขภาพร่างกาย และด้านความพึงพอใจในชีวิต (4.27, 4.20, 4.19 และ 3.64) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ตามปัจจัยด้านประชากร พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลมีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากผู้ป่วยที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลเอง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผู้ป่วยที่รักษาด้วยการทำกายภาพบำบัด และผู้ป่วยที่รักษาด้วยยา ร่วมกับการทำกายภาพบำบัด ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และระดับความพิการ มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -0.458, -0.500$ และ 0.628)

ส่วนระดับกลาสโกว์โคมาสเกลแรกเริ่มและก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.498, 0.527$)

6.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อทราบอุปสรรคและแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระยะยาวที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม สำหรับผู้เกี่ยวข้องได้นำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติ

6.1.1 ระยะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะแรกเริ่ม มีการบาดเจ็บศีรษะที่ระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.33) และมีภาวะแทรกซ้อนถึงร้อยละ 50 ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วยในระยะแรกเริ่มเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา ที่รวดเร็ว เพื่อลดระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และให้การดูแลในเรื่องสิทธิในการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

6.1.2 ระยะที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการดูแลตนเอง (ร้อยละ 52.22) ดังนั้นควรมีการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการดูแลตนเองในด้านสุขภาพร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการดูแลสุขภาพ สามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยมีครอบครัวเป็นผู้สนับสนุน

เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

- คะนิงนิจ อนุโรจน์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- จอม สุวรรณโณ. ญาติผู้ดูแล : แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลปีที่ 47
(3), 2541 : 147 – 157.
- จรัส สุวรรณเวลา & จตุพร หงส์ประภาส. บาดเจ็บที่ศีรษะ. กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯเวชสาร.
จเร ผลประเสริฐ, ชาญวิทย์ ดันติพิพัฒน์, ธนิต วัชรพุกก์, (บรรณาธิการ). ตำราศัลยศาสตร์.
พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. โรคหลอดเลือดสมอง : การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล.
พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซต, 2541.
- ฉัตรวลัย ไออารีย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับ
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534
- ชนิดา มณีวรรณ และคณะ. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน.
วารสารพยาบาล, 43(4) : 236-244.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. การพยาบาลทางศัลยกรรมประสาท. สงขลา : โรงพิมพ์อัลลายดีเพลส,
2534.
- เดือนใจ เห่งจิ้น. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- ทัศนีย์ จินางกูร. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530
- ทิพพาพร ดังอำนวย. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.
- นิรามัย ใช้เทียมวงศ์. แรงสนับสนุนทางสังคมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

ประภา รัตนเมฆานนท์. การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

พรชัย จุลเมตต์. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.

พาริดา อิบราฮิม. ปัญหาผู้ป่วยระบบประสาททางอายุรศาสตร์. มโนมติและการพยาบาล. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

มยุรี แก้วจันทร์. การพยาบาลผู้บาดเจ็บทางระบบประสาท. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แม็ก, 2531.

ยุวดี ฤาชา และคณะ. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : สยามศิลป์การพิมพ์, 2537.

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (2540). แนวทางการรักษาโรคทางศัลยกรรม : บาดเจ็บที่ศีรษะคลินิก, 17(15) : 177-182.

ราไฟ สุขสวัสดิ์ ณ อยุธยา และสุรศักดิ์ ก้องเกียรติกุล. แนวโน้มการตายด้วยอุบัติเหตุยานยนต์และเนื่องจากร้ายทุกตำแหน่งของประเทศไทย พ.ศ. 2527-2536 : กรณีศึกษา อัตราการตายตามมาตรฐาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2540.

วลัยพร นันทสุภวัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2538

สนทยา พิชัยกุล. ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อหุ้มท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์และนิภา มนูญปิฎ. ประชากรกับคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2535.

สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจวาย. ในการพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ. วี.เจ.พรินติ้ง, 2536.

สิระ นุณยรัตน์เวช. หลักการรักษาบาดเจ็บที่ศีรษะ. โครงการตำรา คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ, 2526.

สุธิดา กาญจนรังสี. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสียแขนขา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

- สุรชาติ อุปลาบัติ. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- สุวิมล พนาวัฒนกุล. อัครมนต์. ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- สุนันทา ศรีวิวัฒน์ และคณะ. Trauma registry. ขอนแก่น : สำนักงานโครงการวิจัยและตำรา
โรงพยาบาลขอนแก่น, 2534.
- สันต์ หัตถิรัตน์. ระบบป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน. คลินิก. วารสารเวชปฏิบัติและการใช้ยา,
16(12), 2543: 852 - 859.
- Andrew, H. A. & Roy, S. C. The Roy adaptation model: The definitive statement. Norwalk :
Appleton & Lange, 1991.
- Burckhardt, GS, Woods SL, Schultz AA, Ziebarth, DM. Quality of life of adults with
chronic illness: A psychometric study. Research in Nursing and Health, 1989:
347 – 354.
- Campbell, A. “Subjective Measure of Well – being”, American Psychologist, 1976:
117 – 124.
- Cantrill, H. A study of aspiration. Scientific American, 1963: 41 – 45.
- Carson, P. Investing in the Comeback : Parent’s Experience Following Trumatic Brain
Injury. Journal of Nuroscience Nursing, 1993: 165 -173.
- Ferrans, C.E. and Powers, M.J. “Quality of Life Index : Development and Psychometric
Properties”, Advance in Nursing Science, 1985: 15 -24.
- Ferrell, B.R. The impact of pain on quality of life: a decade of research. Nursing Clinics
of North America, 1996: 609 – 624.
- Hanucharumkul, S. Social Support, Self Care and Quality of Life in Cancer Patients
Receiving Radiotherapy in Thailand. Doctural Dissertation in nursing. Graduate
School Wayne State University, 1988.
- Hickey, V.J. & Minten, S. M. The Nursing Clinic of North America: Neuroscience. Nursing
for New Millennium, 1999: 541 - 555.
- Jennett, B. & Teasdale, G. Management of Head injury. Philadelphia: Davis Company, 1981.

- Johnson, P.B. One Family's Experience with Head Injury: A Phenomenological Study.
Journal of Neuroscience nursing, 1980: 113 – 118.
- Luukinen, H, Virano, P., Koski K., Laippala, P. Kivela, L.S. Head injury and cognitive decline among older adults. Neurology, 1999: 577 - 561
- Maslow AH. Motivation and Personality. 2nd ed. New York: Harper & Row , 1970.
- Meeberg, G.A. "Quality of life: A Concept Analysis", Journal of Advanced Nursing,
1993: 32 - 38.
- Naalt, D.J., Zomerren, H.A., Sluiter, J.W., Minderhoud, M.J. One year outcome in mild to moderate head injury: the predictive value of acute injury characteristics related to complaints and return to work. Journal of Neurosurg Psychiatry, 1999:
207 - 213
- Niemi, M.L., at al. "Quality of life 4 year After Stoke", Stoke, 1998: 1101 - 1107.
- Orem, D. E. Nursing: Concepts of practice. (4 th ed.) St, Louis: Mosby Year Book, 1991.
- Pearlman, & Uhlman's. "Quality of Life in Chronic Diseases Perception of Elderly Patients", Journal of Gerontology, 1988: 25 – 30.
- Riedel & Shaw, V. Nursing Management of Patients with Brain Injury Requiring One – on – One Case. Rehabilitation Nursing, 1997: 36 - 39
- Rowland, L.P. Trauma. In L.P. Rowland (Ed). Merritt's textbook of neurology (6 th ed.).
Baltimore: William & Wikins, 1995: 417 - 440.
- Roy, Sr.C. Introduction to Nursing: An Adaptation Model. New Jersey: Prentice – Hall,
1984.
- Ryan, B. et al. "Functional Change in Vascular Amputee Patients: Evaluation by Barthel Index, Pulses Profile And ESCROW Scale." Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 1985: 508 – 511.
- Spiker, B. Quality of life assessment in clinical trials. New York: Ravan, 1990.
- Spitzer, W.O., Dobson, A. & Hall. J. "Measuring the Quality of Life of Cancer Patients",
A Concise QL – Index For Use By Physicians. Journal of Chronic Disease,
1987.
- Stewart-Amidei, C. Quality of life in the neuro-oncology patient: A symposium. Journal of Neuroscience Nursing, 1995: 557 - 564.

Stromberg, M.F. "Selection and Instrument to measure Quality of Life", Oncology Nursing Forum, 1988.

The WHOQOL Group. The development of the world health organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In J. Orley & W. Kuyken (Eds.), Quality of life assessment international perspective Berlin : Springer-verlage, 1993: 41 – 57. US Department of Health Education and Welfare, 1971.

Wehman, P., Sherron, P., Kregel, J., Kreutzer, J., Tran, S., & Cifu, D. Return to work for persons following severe traumatic brain injury. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 1993: 355 – 363.

Zhan, L. Quality of life: Conceptual and measurement issue. Journal of Advanced Nursing, 1992: 17, 795-800.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ	ตำแหน่ง
1. นายแพทย์เชิญ พรหมคุปต์	ประสาทศัลยแพทย์ ระดับ 9 อดีตหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
2. คุณมัลลิกา สารภูภาค	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 8 หัวหน้างานหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุวิจิต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
3. คุณนิจกานต์ ตันอุ๋นเดช	นักกายภาพบำบัด ระดับ 7 กลุ่มงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและหลังได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

เลขที่แบบสัมภาษณ์

คำชี้แจง

--	--

แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและหลังได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและหลังได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ
คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์หรือผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย / ใน () หน้าข้อความที่เป็นคำตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่างในคำตอบแต่ละข้อ

ก. สำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ชิด

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา () พุทธ () อื่นๆ (ระบุ).....

4. สถานภาพสมรสก่อนผ่าตัด () โสด () คู่ () หม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่

5. สถานภาพสมรสหลังผ่าตัด () โสด () คู่ () หม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่

6. สถานภาพในครอบครัว

() หัวหน้าครอบครัว

() สมาชิกในครอบครัว (ระบุ).....

7. ระดับการศึกษา

- ☐ ไม่ได้ศึกษา ☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษา ☐ อนุปริญญา
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี (ระบุ).....

8. อาชีพก่อนการผ่าตัด

- ☐ ไม่ได้ทำงาน ☐ รับราชการ
☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ ค้าขาย
☐ เกษตรกรรม ☐ รับจ้าง
☐ นักเรียน / นักศึกษา ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

9. อาชีพปัจจุบัน

- ☐ ประกอบอาชีพเดิม
☐ ประกอบอาชีพเดิมแต่ไม่เต็มที / เปลี่ยนแปลงลักษณะงานหรือเปลี่ยนแผนก
☐ เปลี่ยนอาชีพใหม่ เนื่องจาก (ระบุ).....
☐ พักงานหรือการเรียน

10. รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่มาจาก

- ☐ ตนเอง
☐ ตนเองและบุคคลอื่นๆ (บิดา / มารดา / คู่สมรส / บุตร / ญาติพี่น้อง)
☐ บุคคลอื่นๆ (ระบุ).....

11. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

- ☐ ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท ☐ 2,001 – 4,000 บาท
☐ 4,001 – 5,000 บาท ☐ 5,001 – 8,000 บาท
☐ 8,001 – 10,000 บาท ☐ 10,001 บาทขึ้นไป

12. รายได้ทั้งหมดพอเพียงกับการใช้จ่ายในครอบครัวหรือไม่

- ☐ พอเพียง
☐ ไม่พอเพียง

13. สิทธิการรักษาพยาบาล

() ไม่เสียค่าใช้จ่าย (เบิกได้ / ประกันสังคม / ประวัติ / พ.ร.บ. บุคคลที่ 3 / บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า / และสังคมสงเคราะห์)

() จ่ายทั้งหมด

() จ่ายเองบางส่วน

14. การดูแลผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน

() ดูแลตนเอง

() ผู้ดูแล (ระบบความเกี่ยวข้อง).....

ข. สำหรับผู้ป่วย

15. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล

() 1 วัน – 1 สัปดาห์

() 1 สัปดาห์ขึ้นไป – 2 สัปดาห์

() 2 สัปดาห์ขึ้นไป – 6 สัปดาห์

() 6 สัปดาห์ขึ้นไป

16. ระยะเวลาหลังผ่าตัด

() 1 เดือน

() 2 เดือน

() 3 เดือน

() 4 เดือน

() 5 เดือน

() 6 เดือน

17. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

() ยา (ระบุ).....

() กายภาพบำบัด (ระบุ).....

() ยาร่วมกับกายภาพบำบัด (ระบุ).....

() อื่นๆ (ระบุ).....

18. ระดับความพิการ

() ไม่มีความพิการ

() มีความพิการเล็กน้อย

() มีความพิการปานกลาง

() มีความพิการมาก

19. ภาพแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดกะโหลกศีรษะ.....
20. ระดับคะแนนของกลาสโกว์โคมาสเกลแรกรับ.....คะแนน ($E=.....M=.....V=.....$)
21. ระดับคะแนนของกลาสโกว์โคมาสเกลจำหน่าย.....คะแนน ($E=.....M=.....V=.....$)

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต
2. ด้านการรับรู้
3. ด้านสุขภาพร่างกาย
4. ด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต

เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่รับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจในสภาพความเป็นอยู่ การรักษาพยาบาล การดำเนินชีวิต และความสำเร็จในชีวิต

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตด้านการรับรู้

เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่รับรู้เกี่ยวกับตนเองในเรื่อง สภาพร่างกาย บุคลิกภาพ คุณค่าในตนเอง ความเชื่อ และการยึดมั่นในศาสนา

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย

เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็น การออกกำลังกาย เพศสัมพันธ์ และสิ่งที่ทำเป็นประจำ

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ

เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่รับรู้เกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและเพื่อน กิจกรรมทางสังคม การศึกษา การประกอบอาชีพ และรายได้ให้ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของกลุ่ม

ตัวอย่างเกณฑ์การตอบมีดังนี้

- | | | |
|---------------|---------|--|
| มากที่สุด (5) | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างทุกประการ |
| มาก (4) | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนใหญ่ |
| ปานกลาง (3) | หมายถึง | ข้อความนั้นมีทั้งตรงและไม่ตรงกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน |
| น้อย (2) | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนน้อย |
| ไม่มีเลย (1) | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างเลย |

ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	ไม่มี เลข (1)
ด้านความพึงพอใจในชีวิต					
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านตอนนี้					
2. ท่านรู้สึกว่าการใช้ชีวิตของท่านประสบความสำเร็จตามที่ท่านมุ่งหวังไว้					
3. ท่านรู้สึกพอใจกับการดูแลรักษาที่ได้รับระหว่างที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล					
4. ขณะนี้ท่านมีความสุขทางจิตใจ					
5. ท่านรู้สึกพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน					
ด้านการรับรู้					
6. ท่านสามารถจำบุคคลที่ใกล้ชิดท่านได้ (เช่น บิดา, มารดา,สามี, ภรรยา,ญาติพี่น้อง)					
7. ท่านสามารถจำสถานที่ที่ท่านคุ้นเคยได้ (เช่น บ้านที่อยู่อาศัย, สิ่งแวดล้อม)					
8. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆดี					
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล					
10. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย					
11. ท่านยอมรับร่างกายที่เป็นอยู่					
12. ท่านมีความเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยให้อาการเจ็บป่วยของท่านดีขึ้น					
ด้านสุขภาพร่างกาย					
13. การเจ็บป่วยของท่านเป็นอุปสรรคในการทำกิจวัตรประจำวันของท่าน					
14. การนอนหลับพักผ่อนของท่านเป็นปกติ					
15. ท่านจำเป็นต้องกลับไปรักษาพยาบาลเพิ่มเติมหลังการผ่าตัดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
16. ท่านสามารถทำงานได้อย่างที่เคยหลังการผ่าตัด					

ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	ไม่มี เลย (1)
17. ท่านสามารถรับประทานอาหารได้เองจากถาดหรือบนโต๊ะ ซึ่งได้มีผู้ได้จัดไว้ให้ในระยะทางที่สามารถเอื้อมถึง					
18. ท่านสามารถลุกนั่งจากท่านอนบนเตียงเคลื่อนย้ายจากเตียง ไปสู่รถนั่งได้อย่างปลอดภัย					
19. ท่านสามารถล้างมือ ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด โดยไม่ต้องมีคนช่วย และสามารถเก็บอุปกรณ์เข้าที่ตัวเอง					
20. ท่านสามารถนั่งส้วม – ลุกได้เอง อาจจะต้องอาศัยที่ยึดเวลา ลุก-นั่ง-ถอด ใส่เสื้อผ้าได้เอง					
21. ท่านสามารถอาบน้ำได้เอง โดยอาจจะเป็นการตักน้ำอาบ การใช้ฝักบัว					
22. ท่านสามารถสวมหรือถอดเสื้อผ้าที่เป็นของใช้ตนเองหรือ จำเป็นต้องใช้					
23. ท่านสามารถเดินได้ระยะทางอย่างน้อยที่สุด 50 หลา โดย ไม่ต้องช่วยเหลือนหรือดูแลอาจใช้เครื่องพยุงหรือไม่ทำ					
24. ท่านสามารถขึ้นลงบันไดได้อย่างปลอดภัย โดยไม่ต้องมี คนช่วยเหลือน					
25. ท่านสามารถควบคุมกล้ามเนื้อหูรูดในการขับถ่ายและถ่าย ได้เองได้อย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง)					
26. ท่านสามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ทั้งกลางวัน และกลางคืน					
27. ท่านพอใจในชีวิตของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางหมายถึง เมื่อ เกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลาย ลงได้รวมไปถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์					
ด้านสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ 28. ท่านคบหาสมาคมกับคนอื่นๆหลังได้รับการผ่าตัดกะโหลก ศีรษะ					

ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	ไม่มี เลข (1)
29. ท่านได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนๆเหมือนที่เคยเป็นมา					
30. ท่านรู้สึกว่าคุณมีความมั่งคั่ง ปลอดภัย					
31. ท่านมีเงินใช้จ่ายตามความจำเป็นหลังจากได้รับการผ่าตัด					
32. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในแต่ละวัน					
33. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดในบางโอกาส					
34. สภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมตัวท่าน (เช่นญาติพี่น้อง, พ่อแม่, เพื่อนบ้าน) ทำให้ท่านรู้สึกดีขึ้น					
35. ท่านพอใจกับการเดินทางไปอื่นๆ (เช่นต่างจังหวัดหรือที่ไกลๆ)					

ภาคผนวก ก
การทดสอบคุณภาพเครื่องมือวัด

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือวัด

เครื่องมือวัดในการวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยและนำไปหาความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านและนำไปหาความน่าเชื่อถือ (Reliability) โดยใช้ Conbrach s Alpha Coefficient ซึ่งการทดสอบคุณภาพเครื่องมือวัดในการวิจัยครั้งนี้นำเสนอเป็นตารางได้ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบคุณภาพมาตรวัดคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต

ข้อมูลสอบถาม	Alpha if Item Deleted
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านตอนนี้	0.7972
2. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านประสบความสำเร็จตามที่ท่านมุ่งหวังไว้	0.7983
3. ท่านรู้สึกพอใจกับการดูแลรักษาที่ได้รับระหว่างที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล	0.9292
4. ขณะนี้ท่านมีความสุขทางจิตใจ	0.7813
5. ท่านรู้สึกพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	0.7919

Alpha = 0.8582

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบคุณภาพมาตรวัดคุณภาพชีวิตด้านการรับรู้

ข้อมูลสอบถาม	Alpha if Item Deleted
6. ท่านสามารถจำบุคคลที่ใกล้ชิดที่ท่านได้ (เช่น บิดา,มารดา ,สามี,ภรรยา,ญาติพี่น้อง)	0.6859
7. ท่านสามารถจำสถานที่ที่ท่านคุ้นเคยได้ (เช่น บ้านที่อยู่อาศัย,สิ่งแวดล้อม)	0.6859
8. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ได้ดี	0.6579
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล	0.6994
10. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตท่านมีความหมาย	0.7101
11. ท่านยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่	0. 7277
12. ท่านมีความเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยให้อาการเจ็บป่วยของท่านดีขึ้น	0.8732

Alpha = 0.7605

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบคุณภาพมาตรวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย

ข้อมูลสอบถาม	Alpha if Item Deleted
13. การเจ็บป่วยของท่านเป็นอุปสรรคในการทำกิจวัตรประจำวันของท่าน	0.9505
14. การนอนหลับพักผ่อนของท่านเป็นปกติ	0.9541
15. ท่านจำเป็นต้องกลับไปรักษาพยาบาลเพิ่มเติมหลังการผ่าตัดเพื่อที่จะทำงาน หรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	0.9504
16. ท่านสามารถทำงานได้อย่างที่เคยหลังการผ่าตัด	0.9483
17. ท่านสามารถรับประทานอาหารได้เองจากถาดหรือบน โต๊ะซึ่งได้มีผู้จัดไว้ให้ ในระยะเวลาที่สามารถเอื้อมถึง	0.9462
18. ท่านสามารถลุกนั่งจากท่านอนบนเตียงเคลื่อนย้ายจากเตียงไปสู่รถนั่ง ได้อย่างปลอดภัย	0.9464
19. ท่านสามารถล้างมือ ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด โดยไม่ต้องมีคนช่วย และสามารถเก็บอุปกรณ์เข้าที่ได้อเอง	0.9458
20. ท่านสามารถนั่งส้วม – ลูกได้เอง อาจจะต้องอาศัยที่ยึดเวลาลุก-นั่ง-ถอด ใส่เสื้อผ้าได้เอง	0.9456
21. ท่านสามารถอาบน้ำได้เอง โดยอาจจะเป็นการตักน้ำอาบ การใช้ฝักบัว	0.9456
22. ท่านสามารถสวมหรือถอดเสื้อผ้าที่เป็นของใช้ตนเองหรือจำเป็นต้องใช้	0.9461
23. ท่านสามารถเดินได้ระยะทางอย่างน้อยที่สุด 50 หลา โดยไม่ต้องช่วยเหลือ หรือคอยดูแล อาจใช้เครื่องช่วยพยุง เช่น ไม้เท้า	0.9460
24. ท่านสามารถขึ้นลงบันไดได้อย่างปลอดภัย โดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ	0.9465
25. ท่านสามารถควบคุมกล้ามเนื้อหูรูดในการขับถ่ายและถ่ายเองได้อย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง)	0.9499
26. ท่านสามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้ทั้งกลางวันและกลางคืน	0.9493
27. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศหมายถึง เมื่อ เกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)	0.9548

Alpha = 0.9539

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบคุณภาพมาตรวัดคุณภาพชีวิตด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ

ข้อมูลสอบถาม	Alpha if Item Deleted
28. ท่านคบหาสมาคมกับคนอื่นๆหลังได้รับการผ่าตัดกะโหลกศีรษะ	0.8382
29. ท่านได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนๆเหมือนที่เคยเป็นมา	0.8369
30. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านมีความมั่นคง ปลอดภัย	0.8386
31. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นหลังจากได้รับการผ่าตัด	0.8557
32. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน	0.8191
33. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดในบางโอกาส	0.8257
34. สภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมตัวท่าน (เช่นญาติพี่น้อง,พ่อแม่,เพื่อนบ้าน) ทำให้ท่านรู้สึกดีขึ้น	0.8526
35. ท่านพอใจกับการเดินทางไปที่อื่นๆ (เช่นต่างจังหวัดหรือที่ไกลๆ)	0.8512

Alpha = 0.8575

ตารางที่ 5 ผลการทดสอบคุณภาพมาตรวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม

ข้อมูลสอบถาม	Alpha if Item Deleted
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านตอนนี้	0.9634
2. ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตของท่านประสบความสำเร็จตามที่ท่านมุ่งหวังไว้	0.9638
3. ท่านรู้สึกพอใจกับการดูแลรักษาที่ได้รับระหว่างที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล	0.9655
4. ขณะนี้ท่านมีความสุขทางจิตใจ	0.9630
5. ท่านรู้สึกพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	0.9634
6. ท่านสามารถจำบุคคลที่ใกล้ชิดที่ท่านได้ (เช่น บิดา, มารดา, สามิ, ภรรยา, ญาติพี่น้อง)	0.9622
7. ท่านสามารถจำสถานที่ที่ท่านคุ้นเคยได้ (เช่น บ้านที่อยู่อาศัย, สิ่งแวดล้อม)	0.9622
8. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ได้ดี	0.9629
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล	0.9636
10. ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตท่านมีความหมาย	0.9641
11. ท่านยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่	0.9634
12. ท่านมีความเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยให้อาการเจ็บป่วยของท่านดีขึ้น	0.9679
13. การเจ็บป่วยของท่านเป็นอุปสรรคในการทำกิจวัตรประจำวันของท่าน	0.9621
14. การนอนหลับพักผ่อนของท่านเป็นปกติ	0.9631
15. ท่านจำเป็นต้องกลับไปรักษาพยาบาลเพิ่มเติมหลังการผ่าตัดเพื่อที่จะทำงาน หรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	0.9621
16. ท่านสามารถทำงานได้อย่างที่เคยหลังการผ่าตัด	0.9624
17. ท่านสามารถรับประทานอาหารได้เองจากถาดหรือบนโต๊ะซึ่งได้มีผู้จัดไว้ให้ ในระหว่างที่สามารถเอื้อมถึง	0.9627

ตารางที่ 6 ผลการทดสอบคุณภาพมาตรวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม (ต่อ)

ข้อมูลสอบถาม	Alpha if Item Deleted
18. ท่านสามารถลุกนั่งจากท่านอนบนเตียงเคลื่อนย้ายจากเตียงไปสู่รถนั่งได้อย่างปลอดภัย	0.9617
19. ท่านสามารถล้างมือ ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด โดยไม่ต้องมีคนช่วย และสามารถเก็บอุปกรณ์เข้าที่ตัวเอง	0.9615
20. ท่านสามารถนั่งส้วม – ลูกได้เอง อาจจะต้องอาศัยที่ยึดเวลาลุก-นั่ง-ถอดใส่เสื้อผ้าได้เอง	0.9615
21. ท่านสามารถอาบน้ำได้เอง โดยอาจจะเป็นการดักน้ำอาบ การใช้ฝักบัว	0.9615
22. ท่านสามารถสวมหรือถอดเสื้อผ้าที่เป็นของใช้ตนเองหรือจำเป็นต้องใช้	0.9617
23. ท่านสามารถเดินได้ระยะทางอย่างน้อยที่สุด 50 หลา โดยไม่ต้องช่วยเหลือหรือคอยดูแล อาจใช้เครื่องช่วยพยุง เช่น ไม้เท้า	0.9616
24. ท่านสามารถขึ้นลงบันไดได้อย่างปลอดภัย โดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ	0.9617
25. ท่านสามารถควบคุมกล้ามเนื้อหูรูดในการขับถ่ายและถ่ายเองได้อย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง)	0.9625
26. ท่านสามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้ทั้งกลางวันและกลางคืน	0.9621
27. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศหมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมไปถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)	0.9635

ตารางที่ 7 การทดสอบคุณภาพมาตรวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม (ต่อ)

ข้อมูลสอบถาม	Alpha if Item Deleted
28. ท่านคบหาสมาคมกับคนอื่นๆหลังได้รับการผ่าตัดกะโหลกศีรษะ	0.9643
29. ท่านได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนๆเหมือนที่เคยเป็นมา	0.9647
30. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านมีความมั่นคง ปลอดภัย	0.9632
31. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นหลังจากได้รับการผ่าตัด	0.9648
32. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน	0.9640
33. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดในบางโอกาส	0.9646
34. สภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมตัวท่าน (เช่น ญาติพี่น้อง, พ่อแม่, เพื่อนบ้าน) ทำให้ท่านรู้สึกดีขึ้น	0.9639
35. ท่านพอใจกับการเดินทางไปอื่นๆ (เช่น ต่างจังหวัดหรือที่ไกลๆ)	0.9643

Alpha = 0.9642

ภาคผนวก ง
แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วย

แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ดังนี้

แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 ระดับการรู้สติ

รู้สึกตัวดี	4 คะแนน
สับสนไม่รู้กาลเวลา และ/หรือสถานที่ และ/หรือบุคคล	3 คะแนน
ไม่รู้รู้สึกตัวแต่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น	2 คะแนน
ไม่รู้รู้สึกตัวและไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น	1 คะแนน

ด้านที่ 2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ทำเองได้ทั้งหมด	3 คะแนน
พึ่งพาผู้อื่นบางส่วน	2 คะแนน
พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด	1 คะแนน

ด้านที่ 3 การเข้าสังคม

เข้าสังคมได้ตามปกติ	4 คะแนน
เข้าสังคมได้เองแต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ	3 คะแนน
เข้าสังคมได้แต่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย	2 คะแนน
เข้าสังคมไม่ได้เลย	1 คะแนน

ด้านที่ 4 การกลับไปทำงานหรือเล่าเรียน

กลับไปทำงานหรือเล่าเรียนได้ตามปกติ	4 คะแนน
กลับไปทำงานหรือเล่าเรียนได้แต่ไม่เต็มที่	3 คะแนน
พักงานหรือเล่าเรียน (หลังจากจำหน่ายผู้ป่วย)	2 คะแนน
ออกจากงานหรือการเล่าเรียน	1 คะแนน

รวม.....

.....คะแนน

ภาคผนวก จ

การประเมินระดับความรู้สติ โดยใช้หลัก Glasgow Coma Scale

หัวข้อที่ประเมิน	ค่าคะแนน	พฤติกรรมการตอบสนองของผู้ป่วย
1. การลืมตา (Eye Opening)	4	ลืมตาได้เอง (Spontaneous) = สามารถลืมตาได้เอง โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นแต่เป็นการลืมตาที่แสดงถึงการตื่นตัว
	3	ลืมตาเมื่อเรียก (To Speech) = ลืมตาเมื่อถูกกระตุ้นด้วยคำพูด
	2	ลืมตาเมื่อเจ็บ (To Pain) = ลืมตาเมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด
	1	ไม่ลืมตาเลย (None) = ไม่ลืมตาเลยแม้จะกระตุ้นด้วยอะไรก็ตาม
2. การพูดที่ดีที่สุด (Verbal to Response)	5	พูดคุยได้ไม่สับสน (Oriented) = สามารถรู้เวลา สถานที่ บุคคล ให้เหตุผลและข้อมูลส่วนตัวได้
	4	พูดคุยได้แต่สับสน (Confuse) = ตอบไม่ตรงคำถาม แต่ใช้ภาษาได้ถูกต้อง
	3	พูดเป็นคำๆ (Inappropriate Words) = สามารถพูดได้ เป็นคำๆ ไม่เป็นประโยค และใช้คำพูดไม่เหมาะสม
	2	ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด (Incomprehensible Sounds) = ส่งเสียงในลำคอไม่เป็นคำพูด ฟังไม่เข้าใจ
	1	ไม่เปล่งเสียงเลย (None) = ไม่มีเสียงเปล่งออกมาจากผู้ป่วย แม้กระตุ้นแล้วก็ตาม
3. การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best Motor Response)	6	ทำตามคำสั่ง (Obey Command) = สามารถเคลื่อนไหว แขนขา คำสั่งได้ และทำซ้ำๆ กันได้

หัวข้อที่ประเมิน	ค่าคะแนน	พฤติกรรมการตอบสนองของผู้ป่วย
	5	ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (Localized to Pain) = สามารถเอา มือ ปิดกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือรู้ตำแหน่งของความ เจ็บปวด โดยเอามือมาลูบ หรือถูบริเวณเจ็บปวดได้
	4	ชักแขนขาหนี (Withdraws from Pain) = ไม่รู้ตำแหน่งที่ เจ็บปวดเมื่อถูกกระตุ้น ผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนไหวของแขน และขา
	3	แขนงออย่างผิดปกติ (Abnormal Flexion) = ผู้ป่วยอยู่ในท่า Decorticate เองหรือเมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด
	2	แขนเหยียดอย่างผิดปกติ (Abnormal Extension) = ผู้ป่วยอยู่ ในท่าDecerebrate เอง หรือเมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด
	1	ไม่เคลื่อนไหวเลย (None) = ไม่มีการเคลื่อนไหวเลยแม้จะ กระตุ้นด้วยความเจ็บปวด หรือเรียกว่าอยู่ในระยะอ่อน ปวกเปียก (Flaccid)

ดังนั้น Glasgow coma Scale จึงมีค่าคะแนนสูงสุด 15 คะแนน ซึ่งหมายถึง
ภาวะการรับรู้สติและคะแนนต่ำสุด 3 คะแนน ซึ่งหมายถึงภาวะหมดสติอย่างลึก โดยทั่วไป
Glasgow Coma Scale < 8 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยหมดสติ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive survey study) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต และหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านประชากร ด้านสุขภาพร่างกายและ ด้านสังคมและเศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในระยะเวลา 1 เดือน ถึง 6 เดือน

3.1 ประชากรเป้าหมาย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจร หลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในระยะเวลา 1 ถึง 6 เดือน ที่มาตรวจร่างกายตามนัดภายหลังการผ่าตัดที่คลินิก ศัลยกรรมประสาทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ตั้งแต่เดือน เมษายน พ.ศ. 2547 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2547 จำนวน 90 คน การเลือกประชากรโดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

3.1.1 ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจร หลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ในระยะ 1 เดือนถึง 6 เดือน

3.1.2 ผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมในการทำการศึกษานี้

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรสก่อนผ่าตัด สถานภาพสมรสหลังผ่าตัด สถานภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพก่อนการผ่าตัด อาชีพปัจจุบัน รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่มาจาก รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน รายได้ทั้งหมดพอเพียงกับการใช้จ่าย ในครอบครัวหรือไม่ แหล่งสนับสนุนค่ารักษาพยาบาล การดูแลผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์มาจากแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของชาน (Zhan,1992) และนำแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของสำนวนภาษา ความชัดเจน และครอบคลุมในเนื้อหา ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) ระดับของการประเมิน 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่มีเลยจำนวน 35 ข้อ เนื้อหาเกี่ยวกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

- (1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ
 - (1.1) เป็นข้อคำถามเชิงบวก 5 ข้อ ไม่มีข้อคำถามเชิงลบ
 - (2) ด้านการรับรู้ มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ
 - (2.1) เป็นข้อคำถามเชิงบวก 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6,7,8,10,11,12
 - (2.2) เป็นข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9
 - (3) ด้านสุขภาพร่างกาย มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ
 - (3.1) เป็นข้อคำถามเชิงบวก 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 14,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27
 - (3.2) เป็นข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13,15
 - (4) ด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ
 - (4.1) เป็นข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ ไม่มีข้อคำถามเชิงลบ
- (รายละเอียดแบบสัมภาษณ์ในภาคผนวกข)

3.3 เกณฑ์การให้คะแนน

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า โดยข้อความประกอบด้วยข้อความในเชิงบวกและเชิงลบ วิธีการให้คะแนนแต่ละคำตอบ เป็นไป 2 ทาง คือ

ระดับความคิดเห็น	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
ไม่มีเลย	1	5

การจำแนกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกโดยรวมและแต่ละด้านตามจำนวนข้อคำถาม ดังนี้

ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะโดยรวม ใช้เกณฑ์แบ่งคะแนน ดังนี้

1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกอยู่ในระดับต่ำ

2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกอยู่ในระดับปานกลาง

3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกอยู่ในระดับสูง
ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ รายด้าน ใช้เกณฑ์แบ่งคะแนน ดังนี้

3.3.1 ด้านความพึงพอใจในชีวิต

1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับต่ำ

2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับปานกลาง

3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับสูง

3.3.2 ด้านการรับรู้

1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านการรับรู้ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับต่ำ

2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านการรับรู้ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับปานกลาง

3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านการรับรู้ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับสูง

3.3.3 ด้านสุขภาพร่างกาย

1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับต่ำ

2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับปานกลาง

3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย
ขาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจากรถหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับสูง

3.3.4 ด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ

1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ
ของผู้ป่วยขาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจากรถหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับต่ำ

2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ
ของผู้ป่วยขาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจากรถหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับปานกลาง

3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ
ของผู้ป่วยขาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจากรถหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอยู่ในระดับสูง

3.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1 การหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านพิจารณา
ตรวจสอบความเหมาะสมของจำนวนภาษาความชัดเจนและความครอบคลุมในเนื้อหาผู้ทรงคุณวุฒิ
ประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาท 1 ท่าน

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาท 1 ท่าน

นักกายภาพบำบัด 1 ท่าน

หลังจากผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาแล้วผู้วิจัยแก้ไขและ
ปรับปรุงให้เหมาะสม

3.4.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ภายหลังได้มีการปรับปรุงแบบสัมภาษณ์แล้วผู้วิจัยนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของ
เครื่องมือโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยขาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจากรถหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ
จำนวน 30 ราย แล้วมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
(Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของมาตรวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยขาดเจ็บ
ศีรษะจากอุบัติเหตุจากรถหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในแต่ละมิติ ดังนี้

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ยความเชื่อมั่นแอลฟาเฉลี่ย
- ด้านความพึงพอใจในชีวิต	.8582
- ด้านการรับรู้	.7605
- ด้านสุขภาพร่างกาย	.9539

- ด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ .8575

และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของมาตรวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจร หลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ค่าเฉลี่ยโดยรวม .9642

3.5 วิธีเก็บข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2547 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2547 ดังนี้

3.5.1 การสัมภาษณ์ โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกศัลยกรรมประสาทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรทางบกทุกคนและอยู่ในระยะพักฟื้นที่บ้านในระยะเวลา 1 ถึง 6 เดือน จำนวน 90 คน กรณีผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ไม่ได้ ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ชิดตอบแบบสัมภาษณ์

3.5.2 การสัมภาษณ์ครั้งนี้ เป็นการสมัครใจของผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมโครงการ

3.5.3 นำข้อมูลสัมภาษณ์ไปทดสอบทาง statistical analysis ต่อไป

3.6 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) เพื่อบรรยายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และศึกษาค่ามัชฌิมเลขคณิต (Arithmetic Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อบรรยายความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 4 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านการรับรู้ ด้านสุขภาพร่างกาย และด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สัมประสิทธิ์สัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficiency : r) ในกรณีที่ตัวแปรอิสระอยู่ในระดับ interval / ratio และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation Coefficiency : rpb) สำหรับกรณีที่ตัวแปรอิสระเป็น nominal ได้แก่ ปึงจัย ด้าน สุขภาพร่างกาย คือ ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดกะโหลกศีรษะ และปึงจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ คือ ระดับการศึกษา การดูแลผู้ป่วยใน

ชีวิตประจำวัน ได้ทำตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ในการวิเคราะห์ระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ใช้ โดยมีเกณฑ์ วัดระดับความสัมพันธ์ ดังนี้

- 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์เต็มที่และไปในทิศทางตรงข้าม
- 0.76 ถึง - 0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมากและไปในทิศทางตรงข้าม
- 0.56 ถึง - 0.75 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงและไปในทิศทางตรงข้าม
- 0.26 ถึง - 0.55 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางและไปในทิศทางตรงข้าม
- 0.01 ถึง - 0.25 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำและไปในทิศทางตรงข้าม
- 0.00 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์
- 0.01 ถึง 0.25 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำและไปในทิศทางเดียวกัน
- 0.26 ถึง 0.55 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางและไปในทิศทางเดียวกัน
- 0.56 ถึง 0.75 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงและไปในทิศทางเดียวกัน
- 0.76 ถึง 0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมากและไปในทิศทางเดียวกัน
- 1.0 หมายถึง มีความสัมพันธ์เต็มที่และไปในทิศทางเดียวกัน

สถิติ t – test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะตามปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ และปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ได้แก่ สิทธิการรักษาพยาบาล

สถิติ F – test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ตามปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ สถานภาพสมรส และปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ

นางสุรไพ ศรีเพชร

ประวัติการศึกษา

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

อุบลราชธานี, พ.ศ. 2526

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, พ.ศ. 2549

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาบริหารบริการสุขภาพ

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2526-ปัจจุบัน

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ตำแหน่งปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพ 8 วช. ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

กลุ่มงานการพยาบาล

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี