

Original article

Relationships among pain, anxiety, social support, and post concussive syndromes

Kanjana Kinklaykan¹Chanokporn Jitpanya^{2*}

Abstract

Background: Individuals with head injury are at risk of having post concussion syndromes (PCS) for months or years after their injury. Currently, studies investigating PCS and its correlates are limited in Thailand.

Objectives: To investigate PCS and the relationships among pain, anxiety, social support, and PCS in persons after head injury.

Methods: This was a descriptive correlational research. One hundred and forty-three patients with head injury were recruited at out-patient Departments of Neurological Surgery, Bhumibol Adulyadej Hospital, and Police General Hospital. A purposive sampling was used. The instruments of the study consisted of problem checklist as a screening instrument, demographic data questionnaire, an illness data questionnaire, the Rivermead post-concussion symptoms questionnaire, a pain scale, the State - Trait Anxiety Inventory, and a social support questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics, and Pearson product-moment correlation.

Results: 78.3% of the sample reported PCS with more than 6 symptoms. The most common symptom was headache (93.7%); sleep disorders (83.2%); slow thinking (73.4%); and light sensitivity (72.7%). The highest severity of PCS reported was headache (2.51 ± 1.08), followed by sleep disorders (1.93 ± 1.31), and dizziness (1.67 ± 1.52), respectively. It was found that PCS was significantly related to pain ($r = 0.393$, $P < 0.01$), anxiety ($r = 0.737$, $P < 0.01$), and social support ($r = -0.291$, $P < 0.01$).

Conclusion: Pain, anxiety and social support correlated with PCS. Therefore, the medical staff should deal with such factors to reduce the symptoms. Future studies are needed to explore other factors related to PCS.

Keywords: Post concussion syndromes, pain, anxiety, social support, head injury.

*Correspondence to: Chanokporn Jitpanya, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received: October 29, 2018

Revised: November 22, 2018

Accepted: December 26, 2018

¹Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

²Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

นิพนธ์ฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับ การกระทบกระเทือน

กาญจนา กลิ่นคล้ายกัน¹

ชนกพร จิตปัญญา²

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน อาการที่เกิดขึ้นอาจคงอยู่เป็นเวลาหลายเดือนหรือหลายปีหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะ แต่ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนยังมีอยู่ค่อนข้างน้อย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษากลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนและความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของผู้บาดเจ็บศีรษะ

วิธีการทำวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจำนวน 143 ราย ที่มาติดตามการรักษา ณ หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และโรงพยาบาลตำรวจ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบสอบถามปัญหา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกเกี่ยวกับประวัติการบาดเจ็บศีรษะ แบบประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน แบบวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยาย และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา: ร้อยละ 78.3 ของกลุ่มตัวอย่างรายงานกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนมากกว่า 6 อาการ โดยอาการที่พบสูงสุดแยกเป็นรายด้าน คือ ด้านร่างกาย คือ ปวดศีรษะ (ร้อยละ 93.7) ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับการนอน (ร้อยละ 83.2) ด้านการรู้คิด คือ ความคิดช้า (ร้อยละ 73.4) ด้านการมองเห็น คือ รู้สึกแสงไม่ได้ (ร้อยละ 72.7) สำหรับระดับความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน พบว่าอาการที่มีความรุนแรงสูงสุด คือ ปวดศีรษะ (2.51 ± 1.08) รองลงมา คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับการนอน (1.93 ± 1.31) และเวียนศีรษะ (1.67 ± 1.52) ตามลำดับ และพบว่ามีปัจจัยความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ได้แก่ ความปวด ($r = 0.393, P < 0.01$) ความวิตกกังวล ($r = 0.737, P < 0.01$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = -0.291, P < 0.01$)

สรุป: ความปวด ความวิตกกังวล และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงควรเข้าไปจัดการกับปัจจัยดังกล่าว เพื่อลดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน และค้นหาปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติมในการศึกษาต่อไป

คำสำคัญ: กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน, ความปวด, ความวิตกกังวล, แรงสนับสนุนทางสังคม, ผู้บาดเจ็บศีรษะ.

¹หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (post concussion syndromes, PCS) หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นตามมาหลังจากมีการบาดเจ็บที่ศีรษะ และมีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นปัญหา Ludin A. และคณะ⁽¹⁾ ได้แบ่งกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) อาการด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ มึนศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ หรืออาเจียน 2) อาการด้านการรู้คิด ได้แก่ หลงลืมง่าย คิดช้า สมาธิลดลง 3) อาการด้านการมองเห็น ได้แก่ มองเห็นภาพซ้อน มองเห็นภาพไม่ชัด ตาไวต่อแสง 4) อาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ได้แก่ กระสับกระส่าย วุ่นวาย ความอดทนต่ำ มีความผิดปกติของการนอน เช่น นอนไม่หลับหรือง่วงนอนมากผิดปกติ มีอาการซึมเศร้า เป็นต้น

กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนสามารถพบได้ถึงร้อยละ 56 - 86 ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย⁽¹⁻³⁾ เกิดขึ้นตั้งแต่ช่วงสัปดาห์แรกหลังบาดเจ็บศีรษะจนถึง 1 ปีหรือมากกว่า⁽⁴⁾ ผู้ป่วยร้อยละ 24 - 84 มีกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนหลงเหลืออยู่เป็นระยะเวลา 3 - 6 เดือนหลังจากได้รับบาดเจ็บ⁽⁵⁾ และร้อยละ 7 - 50 อาจมีอาการอยู่นานถึง 1 ปี⁽⁶⁾ โดยพบว่าภายหลังบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย 2 - 52 สัปดาห์ อาการกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน เกิดขึ้นเฉลี่ย 10 อาการ โดยอาการที่พบบ่อยคือ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ซึมเศร้า คิดนาน⁽⁷⁾ กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ส่งผลต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวัน⁽⁸⁾ การประกอบอาชีพ อีกทั้งยังเป็นภาระต่อครอบครัว การเข้าสังคม และคุณภาพชีวิต⁽²⁾

ในประเทศไทยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจำนวน 4 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน กับการทำหน้าที่ของร่างกาย 2 เรื่อง และความสัมพันธ์กับคุณภาพ

ชีวิต 1 เรื่อง แต่พบการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน เพียง 1 เรื่อง โดยผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 92.8 ของผู้ป่วยมีอาการของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ทั้งด้านร่างกาย (ร้อยละ 57.9) ด้านพฤติกรรมทางอารมณ์ (ร้อยละ 53.3) ด้านการรู้คิด (ร้อยละ 65.1) ด้านเกี่ยวข้องกับการมองเห็น (ร้อยละ 42.1) นอกจากนี้ยังพบว่าอายุ โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน⁽⁹⁾

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยทางคลินิกที่ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย ได้แก่ ความปวด และปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต่อไป วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อศึกษากลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนและความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของผู้บาดเจ็บศีรษะ

วิธีการทำวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บาดเจ็บศีรษะที่มาติดตามการรักษา ณ หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และโรงพยาบาลตำรวจจำนวน 143 ราย เกณฑ์คุณสมบัติการคัดเลือก คือ 1) ระดับความรู้สึกตัวตามหลักการประเมินคะแนนกลาสโกว์ เท่ากับ 13 - 15 เมื่อแรกรับและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2) ขณะที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระดับความรู้สึกตัวตามหลักการประเมินคะแนนกลาสโกว์ต้องเท่ากับหรือมากกว่า 13 และ 3) ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดตั้งแต่สัปดาห์แรกถึง 1 ปี หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ช่วงเวลาที่ทำ

การศึกษา คือ ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561

การพิทักษ์จริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช (หมายเลขเอกสารรับรอง IRB 84/61) และคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ (หมายเลขเอกสารรับรอง จว.46/2561)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบสอบถามปัญหา (The Problem Checklist: PCL) ของ Kay T. และคณะ⁽¹⁰⁾ แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 43 ข้อ ลักษณะการตอบคำถามแบ่งเป็น มีอาการและไม่มีอาการการคิดคะแนน คือ มีอาการได้ 1 คะแนน ไม่มีอาการได้ 0 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำเครื่องมือมาคำนวณ หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี KR 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.0

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะทางการเงินของครอบครัว อาชีพ โรคประจำตัว และสิทธิการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเกี่ยวกับประวัติการบาดเจ็บศีรษะ ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับสาเหตุการบาดเจ็บ การบาดเจ็บร่วมกับระบบหรืออวัยวะอื่น คะแนนการประเมินระดับความรู้สึกตัว ผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง การวินิจฉัยโรคระยะเวลาในการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะเวลาที่ออกจากโรงพยาบาล ซึ่งได้จากการสอบถามจากผู้ป่วยและเวชระเบียนของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire ของ King NS. และคณะ⁽¹¹⁾ ซึ่งแปลโดยผู้วิจัยประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด 16 ข้อคำถามและมีข้อคำถามปลายเปิด 2 ข้อคำถาม ลักษณะการตอบเป็นมาตราวัดแบบประเมินค่า (rating scale) มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 4 ระดับ โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการ, คะแนน 1 หมายถึง มีอาการแต่รู้สึกว่าไม่เป็นปัญหา, คะแนน 2 หมายถึง มีอาการและรู้สึกว่า มีปัญหาเล็กน้อย, คะแนน 3 หมายถึง มีอาการและรู้สึกว่า มีปัญหามาก, คะแนน 4 หมายถึง มีอาการและรู้สึกว่า มีปัญหามาก, โดยคะแนนรวมที่สูง หมายถึง อาการมีความรุนแรงและปัญหามาก และคะแนนรวมต่ำ หมายถึง อาการมีความรุนแรงและปัญหาน้อย ในการศึกษาครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำเครื่องมือมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 4 แบบวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่นำมาใช้ในการวัดความปวด โดยมาตราวัดกำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอดจาก 0 - 10 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวด และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย (State - Trait Anxiety Inventory [STAI Form Y-1]) ซึ่งพัฒนาโดย Spielberger CD. และคณะ⁽¹²⁾ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ดาราวรรณ ต๊ะปินตา⁽¹³⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราวัดแบบประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้าง มีค่อนข้างมาก และมีมากที่สุด ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มองได้รับการกระทบกระเทือน โดยคะแนนรวมน้อย หมายถึง วิตกกังวลน้อย คะแนนรวมมาก หมายถึง วิตกกังวลมาก ในการศึกษาครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำเครื่องมือมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม สร้างขึ้นโดย Schaefer C. และคณะ⁽¹⁴⁾ แปลและดัดแปลงโดย จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย⁽¹⁵⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบ likert scale มี 5 ระดับ ตั้งแต่ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด ได้รับความช่วยเหลือค่อนข้างมาก ได้รับความช่วยเหลือปานกลาง ได้รับความช่วยเหลือเล็กน้อย และไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย คะแนนรวมน้อย หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนรวมมาก หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมมาก ในการศึกษาครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำเครื่องมือมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูล เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.5) มีอายุอยู่ในช่วง 26 - 36 ปี (ร้อยละ 22.4) และ 36 - 45 ปี (ร้อยละ 22.4) มากที่สุด มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 56.6) มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 41.3) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย) (n = 143)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	88	61.5
หญิง	55	38.5
อายุ (ปี)		
18 - 25 ปี	26	18.1
26 - 35 ปี	32	22.4
36 - 45 ปี	32	22.4
46 - 55 ปี	31	21.7
56 - 59 ปี	22	15.4
Min = 18 ปี, Max = 59 ปี		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	3.5
ประถมศึกษา	29	20.2
มัธยมศึกษา / ปวช.	59	41.3
อนุปริญญา / ปวส.	15	10.5
ปริญญาตรี	35	24.5
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	0	0

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของการบาดเจ็บที่สมอง คือ อุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 82.5) ส่วนใหญ่ไม่มีการบาดเจ็บร่วมกับระบบหรืออวัยวะอื่น (ร้อยละ 76.9) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีการบาดเจ็บร่วมกับระบบหรืออวัยวะอื่น พบการบาดเจ็บร่วมกับใบหน้ามากที่สุด (ร้อยละ 13.3)

ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกมากที่สุด (ร้อยละ 53.1) รองลงมาคือมีเลือดออกนอกเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (ร้อยละ 15.4) ระยะเวลาภายหลังการบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่ระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป (ร้อยละ 73.4) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2. ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	จำนวน (ราย) (n = 143)	ร้อยละ
สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ		
อุบัติเหตุจราจร	118	82.5
หกล้มศีรษะกระแทกพื้น	14	9.8
ถูกทำร้ายร่างกาย	4	2.8
ตกจากที่สูง	4	2.8
การเล่นกีฬา	3	2.1
การบาดเจ็บร่วมกับระบบหรืออวัยวะอื่นๆ		
ไม่มี	110	76.9
มี		
บริเวณใบหน้า	19	13.3
บริเวณแขน	5	3.5
บริเวณขา	4	2.8
บริเวณกระดูกสันหลัง	5	3.5
ผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง		
ไม่ได้ทำ	0	0
ทำ		
ไม่มีก้อนเลือดออกในสมอง	20	14
มีเลือดออกในสมอง	3	2.1
มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง	7	4.9
มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก	76	53.1
มีเลือดออกนอกเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก	22	15.4
มีเลือดออกมากกว่า 1 ตำแหน่ง	15	10.5
ระยะเวลาภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ		
น้อยกว่า 1 เดือน	19	13.3
1 - 3 เดือน	13	9.1
4 - 6 เดือน	6	4.2
6 เดือนขึ้นไป	105	73.4

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

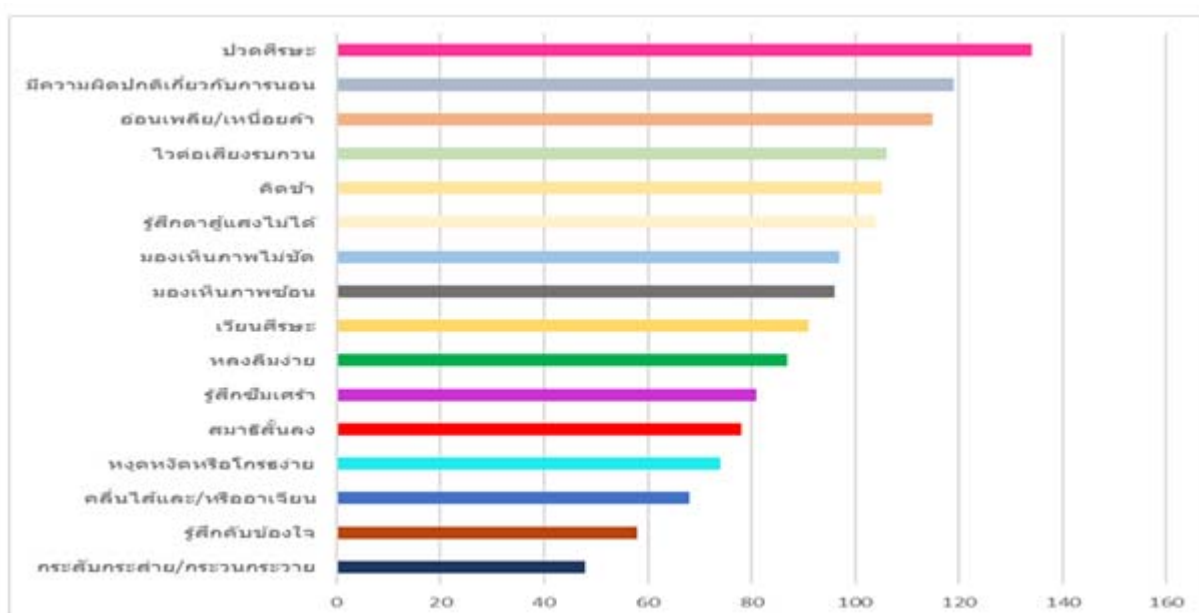
พบว่ากลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของกลุ่มตัวอย่างพบอาการตั้งแต่ 1 - 3 อาการ (ร้อยละ 2.8) 4 - 6 อาการ (ร้อยละ 18.9) 7 - 9 อาการ (ร้อยละ 18.2) และ 9 อาการขึ้นไป (ร้อยละ 60.1) ความถี่ และร้อยละของการเกิด PCS ด้านร่างกาย พบ

มากที่สุด คือ ปวดศีรษะ (ร้อยละ 93.7) รองลงมา คือ อ่อนเพลีย/เหนื่อยง่าย (ร้อยละ 80.4) ด้านพฤติกรรมทางอารมณ์ คือ มีความผิดปกติของการนอน (ร้อยละ 83.2) รองลงมา คือ หงุดหงิดหรือโกรธง่าย (ร้อยละ 51.7) ด้านการรู้คิดคือ คิดช้า (ร้อยละ 73.4) รองลงมา คือ หลงลืมง่าย (ร้อยละ 60.8) และด้านการมองเห็น คือ รู้สึกแสงไม่ชัด (ร้อยละ 72.7) รองลงมา คือ มองเห็นภาพไม่ชัด (ร้อยละ 67.8) ดังแสดงในตารางที่ 3 และตารางที่ 4 ตามลำดับ

ตารางที่ 3. ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

จำนวนอาการ PCS ที่เกิดขึ้น	จำนวน (n = 143)	ร้อยละ
1 - 3 อาการ	4	2.8
4 - 6 อาการ	27	18.9
มากกว่า 6 อาการ	112	78.3
Mean = 10.18	SD = 3.56	

ตารางที่ 4. ความถี่และร้อยละของการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (แยกตามอาการ)



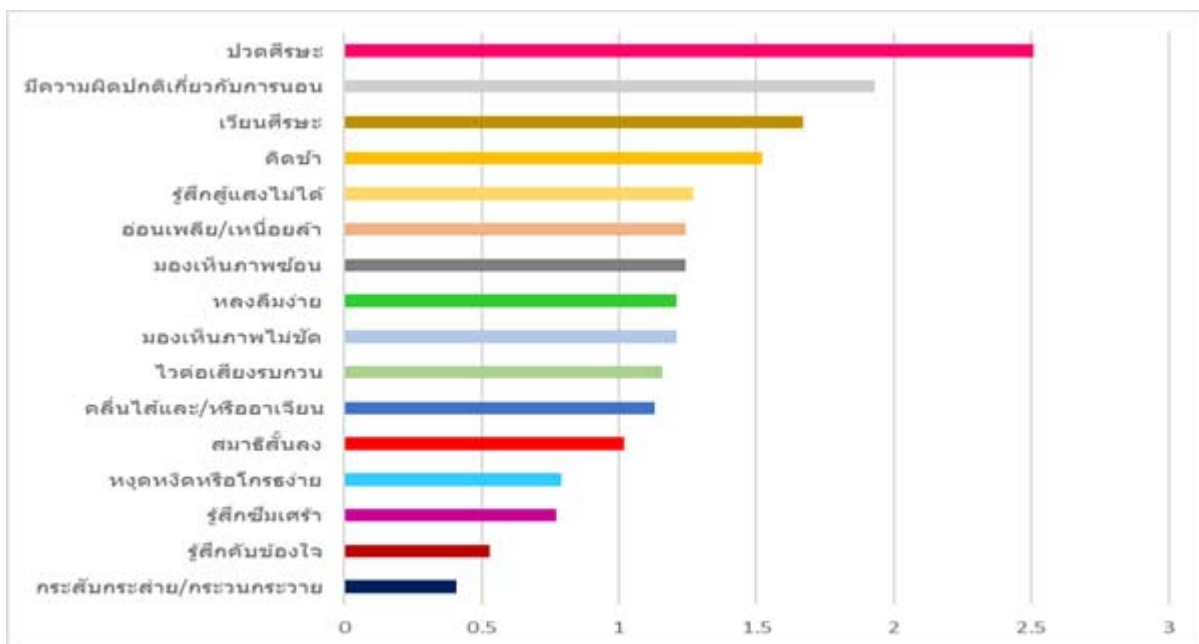
ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

พบว่าอาการที่มีความรุนแรงสูงสุด คือ ปวดศีรษะ รองลงมาคือ ความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนและเวียนศีรษะ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ทำการศึกษากับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

พบว่าความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ($r = 0.393$, $P < 0.01$) ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ($r = 0.737$, $P < 0.01$) แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ($r = -0.291$, $P < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5. ค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ



ตารางที่ 6. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ความปวด	1.00			
2. ความวิตกกังวล	0.432*	1.00		
3. แรงสนับสนุนทางสังคม	-0.288*	-0.480*	1.00	
4. PCS	0.393*	0.737*	-0.291*	1.00

*Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

อภิปรายผล

กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน เกิดขึ้นมากกว่า 6 อาการ อธิบายได้ว่าการบาดเจ็บสมองส่งผลให้โครงสร้างของสมองมีการเปลี่ยนแปลง รวมถึงหลอดเลือดเล็ก ๆ ในสมองถูกทำลายทำให้เกิดอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนเกิดขึ้นโดยอาการอาจเกิดขึ้นได้หลาย ๆ อาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งและพยาธิสภาพของสมองบริเวณที่ได้รับการกระทบกระเทือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ธนิตา พิงฉิ่ง⁽¹⁶⁾ และอรุณรัตน์ อุทัยแสง⁽⁹⁾ และเมื่อแบ่งตามอาการที่เกิดขึ้นสูงสุดแยกเป็นรายด้าน คือ ด้านร่างกาย คือ ปวดศีรษะ ด้านพฤติกรรม และอารมณ์ คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับการนอน ด้านการรู้คิด คือ ความคิดช้า ด้านการมองเห็น คือ รู้สึกแสงไม่ได้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ Carroll LJ. และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าอาการที่พบได้มากที่สุด คือ ปวดศีรษะ เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของ PCS พบว่าอาการที่มีความรุนแรงสูงสุดคือ ปวดศีรษะ รองลงมาคือ ความผิดปกติเกี่ยวกับการนอน และเวียนศีรษะตามลำดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการทางกายมากที่สุด อาจเนื่องมาจากอาการทางกายเป็นอาการที่แสดงออกมาเด่นชัดที่สุด และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ความปวด ความวิตกกังวล และแรงสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน พบว่าความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน เนื่องจากเมื่อเกิดความปวดจะส่งผลให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อความปวด ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต และการดูดซึมน้ำกลับเข้าสู่หลอดเลือด ทำให้พยาธิสภาพทางสมองรุนแรงขึ้น และยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร และการนอนหลับ มีผลให้กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนมีความรุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Meares S. และคณะ⁽¹⁸⁾ และการศึกษาของ Ponsford J.

และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าความรุนแรงของความปวดมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน เนื่องจากพยาธิสภาพ และความพิการที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ทำให้ไม่สามารถกลับไปทำงานหรือใช้ชีวิตได้เหมือนปกติ ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ผู้ป่วยจึงมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น ผลของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นส่งผลต่อความจำทำให้ความจำลดลง กล้ามเนื้อมีการหดเกร็ง ทำให้มีการเพิ่มของกรดแลคติกก่อให้เกิดความเมื่อยล้า และอาการปวดกล้ามเนื้อต่าง ๆ ได้ และยังกระทบต่อการนอนหลับอีกด้วย ส่งผลให้กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนรุนแรงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Dischinger PO. และคณะ⁽²⁰⁾ และการศึกษาของ Ponsford J. และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพใน 3 ด้าน กล่าวคือ 1) ช่วยปรับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลตลอดจนพฤติกรรม 2) ช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า 3) ช่วยให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การช้ยา⁽²¹⁾ การบาดเจ็บศีรษะส่งผลกระทบที่สำคัญในผู้ป่วยได้แก่ ความพิการที่หลงเหลือจากการบาดเจ็บ ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน⁽²²⁾ ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น⁽²³⁾ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์อย่างสูงกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน⁽²⁰⁾ รวมทั้งการได้รับแรงสนับสนุนที่เพียงพอและเหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นฟูและบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บศีรษะอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Reuben A. และคณะ⁽²⁴⁾ ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่มี

ความความสัมพันธ์อย่างสูงกับความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร อาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงกับผู้บาดเจ็บศีรษะที่อื่น ๆ

สรุป

ปัจจัยทางคลินิกและจิตสังคมมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงควรเข้าไปจัดการกับปัจจัยดังกล่าวเพื่อลดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน และค้นหาปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติมในการศึกษาค้างต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถาม เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และโรงพยาบาลตำรวจ ที่ให้ความช่วยเหลือ ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Lundin A, de Boussard C, Edman G, Borg J. Symptoms and disability until 3 months after mild TBI. *Brain Inj* 2006;20:799-806.
2. ธนาภรณ์ เปรมสัย. การศึกษาติดตามการปรับตัวของผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
3. วันเพ็ญ บุรณวานิช, พรเทพ แพรขาว. คุณภาพชีวิตและอาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวชพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555;30:82-8.
4. อินทรี ทาเอื้อ. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
5. Ryan LM, Warden DL. Post concussion syndrome. *Int Rev Psychiatry* 2003;15:310-6.
6. Heitger MH, Jones RD, Dalrymple-Alford JC, Frampton CM, Ardagh MW, Anderson TJ. Motor deficits and recovery during the first year following mild closed head injury. *Brain Inj* 2006;20:807-24.
7. ศุภกานต์ แก่นเพชร. ประสบการณ์อาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน การจัดการอาการและคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บสมองเล็กน้อยในเขตภาคใต้ตอนบน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2558.
8. Emanuelson I, Andersson Holmkvist E, Björklund R, Stålhammar D. Quality of life and post-concussion symptoms in adults after mild traumatic brain injury: a population-based study in western Sweden. *Acta Neurol Scand* 2003;108:332-8.
9. อรุณรัตน์ อุทัยแสง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บเล็กน้อย [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.
10. Kay T, Cavallo MM, Ezrachi O, Vavagiakis P. The head injury family interview: a clinical

- and research tool. *J Head Trauma Rehabil* 1995;10:12-31.
11. King NS, Crawford S, Wenden FJ, Moss NE, Wade DT. The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire: a measure of symptoms commonly experienced after head injury and its reliability. *J Neurol* 1995;242: 587-92.
 12. Spielberger CD. The nature and measurement of anxiety. In: Spielberger, Diaz-Guerrero R, editors. *Cross-cultural anxiety*. Washington, DC: Hemisphere; 1976. p. 3-10.
 13. ดาราวรรณ ตะปิ่นตา. การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2534.
 14. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. *J Behav Med* 1981;4:381-406.
 15. จุฬารักษ์ กวีวิรัชย์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2536.
 16. ธนิตา พึ่งฉิ่ง. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
 17. Carroll LJ, Cassidy JD, Peloso PM, Borg J, von Holst H, Holm L, et al. Prognosis for mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *J Rehabil Med* 2004; (43 Suppl):84-105.
 18. Meares S, Shores EA, Taylor AJ, Batchelor J, Bryant RA, Baguley IJ, et al. Mild traumatic brain injury does not predict acute post-concussion syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008;79:300-6.
 19. Ponsford J, Cameron P, Fitzgerald M, Grant M, Mikocka-Walus A, Schonberger M. Predictors of postconcussive symptoms 3 months after mild traumatic brain injury. *Neuropsychology* 2012;26:304-13.
 20. Dischinger PC, Ryb GE, Kufera JA, Auman KM. Early predictors of postconcussive syndrome in a population of trauma patients with mild traumatic brain injury. *J Trauma* 2009;66: 289-96.
 21. Callaghan P, Morrissey J. Social support and health: a review. *J Adv Nurs* 1993;18:203-10.
 22. Shukla D, Devi BI, Agrawal A. Outcome measures for traumatic brain injury. *Clin Neurol Neurosurg* 2011;113:435-41.
 23. Petchprapai N, Winkelman C. Mild traumatic brain injury: determinants and subsequent quality of life. A review of the literature. *J Neurosci Nurs* 2007;39:260-72.
 24. Reuben A, Sampson P, Harris AR, Williams H, Yates P. Postconcussion syndrome (PCS) in the emergency department: predicting and pre-empting persistent symptoms following a mild traumatic brain injury. *Emerg Med J* 2014;31:72-7.