

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง

ณชนก เอียดสุย* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วริษา กันบัวลา** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

เขมรดี มาสิงบุญ*** D.S.N.

บทคัดย่อ :

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางและความสัมพันธ์ระหว่างความพิการ ความสามารถในการสื่อสาร และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางโดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง ณ โรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคตะวันออก จำนวน 88 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แบบประเมินความสามารถในการสื่อสาร แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 59.09 ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ความพิการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ส่วนความสามารถในการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลควรตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง และควรส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า ความพิการ ความสามารถในการสื่อสาร การสนับสนุนทางสังคม การบาดเจ็บศีรษะ

*Corresponding author, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: nachanok.a@gmail.com

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่รับบทความ 31 กรกฎาคม 2562 วันที่แก้ไขบทความ 22 กุมภาพันธ์ 2563 วันตอบรับบทความ 24 กุมภาพันธ์ 2563

Factors Related to Depression among Patients with Moderate Traumatic Brain Injury

Nachanok Aiadsuy M.N.S. (Adult nursing)*

*Warisa Kanbuala** M.N.S. (Adult nursing)*

*Khemaradee Masingboon*** D.S.N.*

Abstract:

This descriptive correlational research aimed to investigate depression in patients with moderate traumatic brain injury and the relationships of disability, communication ability, and social support to depression in patients with moderate traumatic brain injury. The transition theory was used to guide this study. The sample consisted of 88 patients with moderate traumatic brain injury who followed up in regional hospitals. The sample was selected by the inclusion criteria. The five instruments used in the study were: 1) the Demographic Data Form; 2) the Disability Rating Scale; 3) the Communicative Effectiveness Index; 4) the Personal Resources Questionnaire; and 5) the Beck Depression Inventory. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient. The results revealed that the majority of patients with moderate traumatic brain injury (59.09%) had mild depression. The disability was positively related to depression, while the communication ability and social support were negatively related to depression. This study suggests that nurses should be aware of depression in patients with moderate traumatic brain injury and promote communication ability and social support to care for this population.

Keyword: Depression, Disability, Communication skill, Social support, Traumatic brain injury

**Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Burapha University, E-mail: nachanok.a@gmail.com*

***Instructor, Faculty of Nursing, Burapha University*

****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University*

Received July 31, 2019, Revised February 22, 2020, Accepted February 24, 2020

ความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บศีรษะเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก แม้รัฐบาลในแต่ละประเทศจะพยายามกำหนดนโยบายเพื่อจัดการสถานการณ์ดังกล่าวแล้ว แต่จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลับยังคงเพิ่มสูงขึ้นทุกปีจากการศึกษาข้อมูลของผู้บาดเจ็บศีรษะในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าแต่ละปีมีผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมากกว่า 2 ล้านคน โดยพบมากในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 45 ปี¹ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรวัยทำงานที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ และพบว่าในบรรดาผู้ที่รอดชีวิตมีความพิการหลงเหลืออยู่ สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมากกว่า 2 แสนรายต่อปี ซึ่งเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25² โดยผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง หมายถึง ผู้บาดเจ็บศีรษะที่มีค่าคะแนนตามการประเมินการบาดเจ็บศีรษะด้วยเกณฑ์ Glasgow Coma Scale (GCS)³ อยู่ระหว่าง 9-12 คะแนน ซึ่ง GCS เป็นเครื่องมือประเมินที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายสามารถแบ่งความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย การบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรง (3-8 คะแนน) การบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง (9-12 คะแนน) และการบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย (13-15 คะแนน)

ปัจจุบันแม้ว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์จะสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางให้รอดชีวิตและสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้เกือบเป็นปกติมากขึ้น ผู้บาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางมากกว่าร้อยละ 50 ยังต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน⁴ ซึ่งแตกต่างจากผู้บาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรงที่มีอัตราการตายสูงและมักมีการพิการตลอดชีวิต¹ ส่วนผลกระทบจากการบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางพบมากกว่าการบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย⁵ ผลกระทบที่พบ ได้แก่ ความผิดปกติด้านความจำ⁶ ความพิการ

ทำให้เสียสมรรถภาพและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติงานกิจวัตรประจำวัน⁷ ความผิดปกติด้านการใช้ภาษาและการสื่อสาร⁴ อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ พฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลง⁸ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยเฉพาะเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้⁵ ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยถึงร้อยละ 48⁹ ปัญหาที่สามารถพบได้ตั้งแต่สัปดาห์แรกหลังการบาดเจ็บศีรษะ¹⁰ ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิต หากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการจัดการที่ดีอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด¹¹

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางเป็นภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติทางอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข หงุดหงิด โกรธง่าย เบื่อหน่าย หมดความสนใจในสิ่งต่างๆ ท้อแท้ สิ้นหวัง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวล มองโลกในแง่ลบ¹⁰ ภาวะซึมเศร่ายังเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายของผู้บาดเจ็บศีรษะ⁵ โดยเฉพาะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง⁹ เนื่องจากภายหลังการบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางเมื่อผู้ป่วยฟื้นตัวเริ่มทำงานและดำรงชีวิตอาจมีข้อจำกัดจากพยาธิสภาพของสมอง¹⁰ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านความสามารถในการรู้คิด อารมณ์ และการทำหน้าที่ด้านร่างกาย เป็นระยะเวลานาน¹² หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวตามภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงได้ จะทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล เครียด รู้สึกสิ้นหวัง และมีความคิดฆ่าตัวตาย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง ประกอบด้วย ความพิการ^{4,7} ความสามารถในการสื่อสาร และการสนับสนุนทางสังคม^{12,13}

ความพิการที่เป็นผลมาจากการได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจมากหรือน้อยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ระยะเวลา

และกลไกของการบาดเจ็บศีรษะที่เกิดขึ้น³ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผลกระทบดังกล่าว ได้แก่ ความรู้สึกตัวลดลง ภาวะกล้ามเนื้อเกร็ง อ่อนแรงหรืออัมพาต⁷ การเคลื่อนไหวและการทรงตัวผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ⁴ ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง⁷ ไม่สามารถกลับไปเรียนหนังสือ ทำงาน และเข้าสังคมได้เช่นเดิม¹⁴ ต้องพึ่งพาครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เครียด⁵ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกสิ้นหวัง⁹ และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด¹² ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 53⁵ ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางที่มีความพิการเกิดขึ้นหลังบาดเจ็บ

นอกจากความพิการทางด้านร่างกายที่พบได้แล้ว ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางที่มีการบาดเจ็บของสมองบริเวณรอยยูนของกลีบขมับส่วนบนหรือสมองส่วนที่สื่อความหมายบริเวณเปลือกสมอง³ อาจพบความบกพร่องในการสื่อสาร ซึ่งความสามารถในการสื่อสารเป็นความสามารถของบุคคลในการแสดงออกทางความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของตนเองให้ผู้อื่นรับทราบโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบอกความต้องการของตนเองผ่านทางกระบวนการสื่อสาร¹⁵ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิต เมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤติแล้ว การบาดเจ็บอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านการใช้ภาษาและการสื่อสารพบว่า ผู้ป่วยมีความบกพร่องของการพูด คือ พูดได้แต่จับใจความไม่ได้ ตอบไม่ตรงคำถาม ร้อยละ 50.5¹⁵ หรืออาจมีความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูด โดยผู้ป่วยไม่สามารถพูดหรืออธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจได้ร้อยละ 75.5¹⁶ ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นทราบได้ โดยเฉพาะเมื่ออยู่ที่บ้าน หากผู้ป่วยที่พร่องความสามารถในการสื่อสารอาจเป็นปัจจัยยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่าน เกิดอุปสรรคในการดำเนินชีวิต การทำงาน และการเข้าสังคม¹⁴ ผู้ป่วย

เกิดความรู้สึกคับข้องใจ โกรธ¹⁷ มีปัญหาการสื่อสารกับบุคคลอื่น¹⁸ เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต การทำงาน และการเข้าสังคม¹⁹

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน²⁰ โดยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือด้านสิ่งของ หรือข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ¹⁶ ทั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางมีผลต่อการติดตามการรักษา และการฟื้นฟูสภาพ⁴ การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว นำไปสู่การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้น²⁰ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ช่วยให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางสามารถเปลี่ยนผ่านจากการเจ็บป่วยรุนแรงที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า และลดความรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้าลงได้ แต่หากผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ อาจก่อให้เกิดปัญหาในการเปลี่ยนผ่าน ส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา²¹

การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางเป็นการเปลี่ยนผ่านจากบุคคลที่มีสุขภาพดีมาเป็นการเจ็บป่วยในระยะวิกฤติ และมาสู่ระยะฟื้นฟูหลังจำหน่ายกลับบ้าน¹³ โดยมีภาวะซึมเศร้าเป็นแบบแผนการตอบสนองต่อการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ หากผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนผ่านได้โดยที่ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า ถือว่าผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งการเปลี่ยนผ่านนั้นจะประสบความสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง คือ ความพิการ และความสามารถใน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง

การสื่อสารของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเงื่อนไขด้านบุคคล และเงื่อนไขด้านชุมชน คือ การสนับสนุนทางสังคม หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอตามความต้องการ สามารถช่วยส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่และการปรับตัวของผู้ป่วยต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป^{13,19}

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะพบว่า การศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาโดยรวมไม่ได้แบ่งตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ^{5,9,12} และในเขตภาคตะวันออกของประเทศไทย ซึ่งมีสถิติของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสูง² ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความพิการความสามารถในการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง เพื่อช่วยให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง โดยผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยให้สามารถระบุปัญหาของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านสู่การฟื้นฟูได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

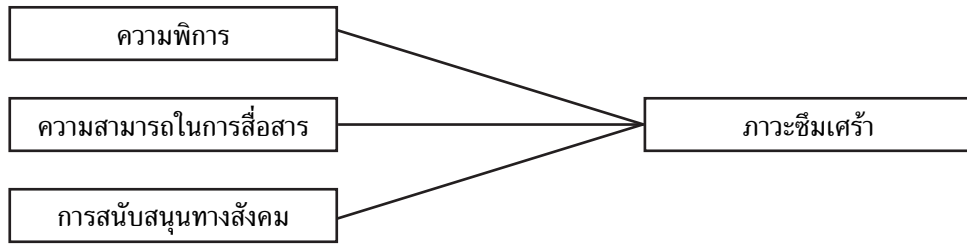
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพิการความสามารถในการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) ของเมลิสและคณะ²² และการทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยมีสาระสำคัญ คือ การเปลี่ยนผ่านเป็นการเปลี่ยนจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งของชีวิต ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางเป็นการเปลี่ยนผ่านของบุคคลที่มีภาวะสุขภาพปกติไปสู่ภาวะเจ็บป่วย ซึ่งเป็นลักษณะธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (nature of transition) ตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (health/ illness) โดยกระบวนการเปลี่ยนผ่านนั้นจะมีผลลัพธ์เป็นรูปแบบการตอบสนอง (pattern of responses) ซึ่งจะสำเร็จหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน (transition conditions) 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคคล (personal conditions) ด้านชุมชน (community conditions) และด้านสังคม (society conditions) ที่อาจช่วยส่งเสริมหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่าน

จากการทบทวนวรรณกรรม ภาวะซึมเศร้าจัดเป็นรูปแบบการตอบสนองต่อการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง หากผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านได้สำเร็จจะไม่เกิดภาวะซึมเศร้า²³ โดยมีปัจจัยเงื่อนไขที่อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง ด้านบุคคล คือ ความพิการ และความสามารถในการสื่อสาร ส่วนด้านชุมชน คือ การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางที่มีความพิการสูงจะช่วยเหลือตัวเองได้ลดลงจึงต้องพึ่งพาผู้อื่น⁷ รวมทั้งการพร่องความสามารถในการสื่อสารจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของตนเอง¹⁴ อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้^{4,5} ส่งผลกระทบต่อการมาตรวจรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่องและคุณภาพชีวิตลดลง¹⁹ แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ อาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านได้อย่างสำเร็จ¹⁴ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางที่มารักษาตามนัด ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560–พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ณ โรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง ในเขตภาคตะวันออกของประเทศไทย ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินของกลาสโกว์ Glasgow Coma Scale (GCS)³ มีค่าคะแนนระหว่าง 9–12 คะแนนที่มารักษาตามนัดภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีความสามารถในการรับรู้ปกติ ซึ่งคัดกรองโดยใช้แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test)²⁴

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้ power analysis โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญที่ .05 และอำนาจในการทดสอบที่ .80 ขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรคำนวณโดยใช้ค่าเฉลี่ยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จากการทบทวนวรรณกรรม^{4,6,10} และจากการคำนวณ power analysis^{25,26} ได้จำนวน เท่ากับ 88 ราย โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลจากการคำนวณตามสัดส่วนของประชากร (proportion to size) เทียบจากสถิติจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ของแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้ โรงพยาบาลที่ 1, 2, และ 3 เท่ากับ 18, 24, และ 46 คน ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย การอาศัยอยู่กับครอบครัว ระยะเวลาหลังจากได้รับบาดเจ็บนับจากวันจำหน่าย อาชีพก่อนและหลังการบาดเจ็บ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และปัญหาสุขภาพหลังจำหน่าย

2. แบบประเมินความพิการของผู้บาดเจ็บศีรษะ^{20,27} ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ของสมทรง บุตรชวิน¹³ ซึ่งปรับมาจากโสพรรณ โพทะยะ^{20,28} มีจำนวน 8 ข้อ เพื่อประเมินความพิการของผู้บาดเจ็บศีรษะ 4 ด้าน ด้านที่ 1) การตื่นตัว การตระหนักรู้ และการตอบสนอง มีจำนวน 3 ข้อ ใช้มาตรวัดลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) ในการวัด ประกอบด้วย 1) การลืมตา (0–3) 0 หมายถึง “ลืมตาได้เอง” ถึง 3 หมายถึง “ไม่ลืมตาเลย” 2) การพูด (0–4) 0 หมายถึง “พูดคุ้ยรู้เรื่อง” ถึง 4 หมายถึง “ไม่ออกเสียงเลย” และ 3) การเคลื่อนไหว (0–5) 0 หมายถึง “ทำตามสั่งได้” ถึง 5 หมายถึง “ไม่เคลื่อนไหวเลย” ด้านที่ 2) ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ มีจำนวน 3 ข้อ ด้านที่ 3) ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และการพึ่งพาผู้อื่น มีจำนวน 1 ข้อ และ ด้านที่ 4) ความสามารถในการปรับตัวเข้าสังคม มีจำนวน 1 ข้อ ด้านที่ 2 และ 4 ใช้มาตรวัดลิเคิร์ตสเกล 4 ระดับ คือ 0

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง

หมายถึง “ปฏิบัติได้เองครบทุกขั้นตอนถึง 3 หมายถึง “ไม่สามารถปฏิบัติได้” และ ด้านที่ 3 ใช้มาตรวัดลิเคิร์ทสเกล 5 ระดับ คือ 0 หมายถึง “ปฏิบัติได้เองครบทุกขั้นตอนอย่างปลอดภัยและใช้เวลาเหมาะสมโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ” ถึง 5 หมายถึง “ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดต้องการการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง” เมื่อนำค่าคะแนนที่ได้มารวมกัน ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–29 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพิการมาก ในการศึกษานี้ได้ทดสอบกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .91 และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

3. แบบประเมินความสามารถในการสื่อสาร ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินของวันนา จินดาเพิ่ม¹⁶ เพื่อประเมินความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มีจำนวน 14 ข้อ ข้อที่ 1 สามารถสบตากับบุคคลที่กำลังสื่อสารด้วย ข้อที่ 2 แสดงอารมณ์ที่เหมาะสมระหว่างการสื่อสาร โดยให้เลือกตอบว่า “ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้” ให้ 0 คะแนน หรือ “สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้” ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อที่ 3–14 ข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถสื่อสารในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับคำถาม แต่ละข้อใช้มาตรวัดลิเคิร์ทสเกล 5 ระดับ คือ 0 หมายถึง “ไม่สามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับคำถาม” 1 หมายถึง “นึกคำตอบลำบาก สื่อสารผิดพลาดมากกว่า 50%” 2 หมายถึง “นึกคำตอบลำบาก สื่อสารผิดพลาดมากกว่า 25%” 3 หมายถึง “นึกคำตอบลำบาก สื่อสารผิดพลาดน้อยกว่า 25%” และ 4 หมายถึง “ตอบคำถามได้ถูกต้องและเหมาะสม” เมื่อนำค่าคะแนนที่ได้มารวมกัน ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–50 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการสื่อสารมาก ในการศึกษานี้ได้ทดสอบกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .80 และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .98

4. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบประเมินของแบรนต์และไวเนอร์ผ่านการแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับโดยจิราภา หงษ์ตระกูล²⁹ มีจำนวน 25 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อใช้มาตรวัดลิเคิร์ทสเกล 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง “ไม่เห็นด้วย” 2 หมายถึง “ค่อนข้างไม่เห็นด้วย” 3 หมายถึง “เฉย ๆ” 4 หมายถึง “ค่อนข้างเห็นด้วย” และ 5 หมายถึง “เห็นด้วย” เมื่อนำค่าคะแนนที่ได้มารวมกัน ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25–125 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ในการศึกษานี้ได้ทดสอบกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91

5. แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ของของพัชรพรรณ ศรีคง³⁰ ซึ่งพัฒนาจากแบบสอบถามของเบค³¹ เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 18 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อใช้มาตรวัดลิเคิร์ทสเกล 4 ระดับ คือ 0 หมายถึง “ไม่ตรงกับความรู้สึก” 1 หมายถึง “ตรงกับความรู้สึกเล็กน้อย” 2 หมายถึง “ตรงกับความรู้สึกปานกลาง” และ 3 หมายถึง “ตรงกับความรู้สึกมาก” เมื่อนำค่าคะแนนที่ได้มารวมกัน ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–54 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้ามาก การแปลผลคะแนนภาวะซึมเศร้า³⁰ โดยมีเกณฑ์การประเมิน คือ 0.00–13.40 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรืออยู่ในระดับปกติ 13.50–26.90 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 27.00–40.40 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 40.50–54.00 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ในการศึกษานี้ได้ทดสอบกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยบูรพา (รหัส Sci 049/2560) และผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคตะวันออก ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มีความเคารพและตระหนักในสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย และสิทธิในการยินยอมเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ แม้ว่าได้ตอบรับเข้าร่วมการวิจัยไปแล้วก็ตามโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับ หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการตอบแบบสอบถามถูกเก็บรักษาไว้ไม่เปิดเผยผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ ภายหลังการวิจัยหากผู้วิจัยประเมินพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานและส่งต่อข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลช่วยเหลือและรักษาภาวะซึมเศร้าตามมาตรฐานของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพาเพื่อไปขอเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง ในเขตภาคตะวันออกแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บ

ข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลและพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บข้อมูล และอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ทราบจนเป็นที่เข้าใจตรงกัน จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกเก็บข้อมูลในส่วนแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และแบบประเมินความสามารถในการสื่อสาร ผู้ช่วยวิจัยฝึกสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า จนมีความเชี่ยวชาญชำนาญ และสามารถทำได้เช่นเดียวกับผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เอง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ติดตามประสานการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง 4 สัปดาห์ เพื่อตรวจสอบวิธีการเก็บข้อมูลให้สอดคล้องและตรงตามที่กำหนด โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง และผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง

3. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.1 เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับขอความร่วมมือโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยอย่างเคร่งครัด เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3.2 ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง ประเมินโดยใช้เกณฑ์ในการประเมินของ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง

กลาสโกว์ Glasgow Coma Scale (GCS)³ มีค่าคะแนนระหว่าง 9–12 คะแนน ที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม โรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคตะวันออกของประเทศไทย ภายหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีความสามารถในการรับรู้ปกติ

3.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างไปยังบริเวณที่สามารถตอบแบบสอบถามได้สะดวก ซึ่งมีความเป็นส่วนตัวและเงียบสงบ โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยแจ้งพยาบาลประจำห้องตรวจให้ทราบก่อน จากนั้นจึงอธิบายวิธีดำเนินการวิจัยและแนวทางในการตอบแบบสัมภาษณ์อย่างละเอียด จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ เริ่มจากแบบทดสอบหมวดหมู่เพื่อประเมินความสามารถในการรับรู้ปกติ จึงเริ่มให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แบบประเมินความสามารถในการสื่อสาร ส่วนแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอ่านข้อคำถามอย่างช้าๆ เพื่อให้แน่ใจว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าใจเวลาที่ใช้ในการทำแบบสอบถามทั้งหมด ประมาณ 30–40 นาที

3.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแบบประเมินเสร็จ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดอีกครั้ง หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามข้อใดไม่ครบ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบ

3.5 ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพิ่มเติม จากนั้นกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistics) โดยวิเคราะห์เป็น

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างความพิการ ความสามารถในการสื่อสาร และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง วิเคราะห์ด้วยสถิติการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์วิเคราะห์ทางสถิติ ซึ่งได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจำนวน 88 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 77.27) มีอายุเฉลี่ย 40.73 ปี (SD = 14.24) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.41) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 34.09) สิทธิในการรักษาบัตรทอง (ร้อยละ 68.18) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 95.45) สาเหตุของการบาดเจ็บศีรษะเกิดจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 68.18) และอุบัติเหตุรถยนต์ (ร้อยละ 15.91) การวินิจฉัยโรค พบ ภาวะเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง (Subdural Hematoma) มากที่สุด (ร้อยละ 32.95) ตำแหน่งของการบาดเจ็บศีรษะที่พบมากที่สุด คือ สมองกลีบหน้า (Frontal lobe) และ สมองกลีบข้าง (Parietal lobe) คิดเป็นร้อยละ 25.00 และร้อยละ 21.59 ตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (ร้อยละ 32.95) นอกจากนี้ พบว่า ผู้ป่วยมีอาชีพก่อนการได้รับบาดเจ็บ (ร้อยละ 82.95) มีรายได้เฉลี่ย 7,044.34 บาทต่อเดือน (SD = 14.24) ในจำนวนนี้มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 60.23) ส่วนภายหลังจากได้รับบาดเจ็บศีรษะ พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 57.95 ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ปัญหาสุขภาพหลังจำหน่ายที่พบได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ มึนศีรษะ (ร้อยละ 35.22) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 7.95)

ณชนก เอียดสุย และคณะ

อารมณ์เปลี่ยนแปลง ขาดสมาธิ (ร้อยละ 4.55) ตาพร่า พุดไม่ชัด หูอื้อ (ร้อยละ 6.82) อ่อนแรง (ร้อยละ 14.77) และชัก (ร้อยละ 4.55) ผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัวที่ต้องดูแลต่อเนื่องร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน (ร้อยละ 17.05)

ภาวะซึมเศร้า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้ารวมเท่ากับ 25.85 (SD = 8.19) ซึ่งอยู่ในระดับเล็กน้อย เมื่อแบ่งตามระดับของภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วย

บาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง ร้อยละ 59.09 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และรุนแรง ร้อยละ 5.68 ตามลำดับ ส่วนความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง พบว่า มีค่าเฉลี่ยของความพิการ เท่ากับ 6.59 (SD = 8.20) ความสามารถในการสื่อสาร มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 36.88 (SD = 18.96) และมีค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 104.29 (SD = 16.35) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความพิการ ความสามารถในการสื่อสาร การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง (N = 88)

ปัจจัย	Mean	SD
ภาวะซึมเศร้า	25.85	8.19
ความพิการ	6.59	8.20
ความสามารถในการสื่อสาร	36.88	18.96
การสนับสนุนทางสังคม	104.29	16.35

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ความพิการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .41, p < .01$) ความสามารถในการสื่อสาร และการ

สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.34, p < .01$ และ $r = -.34, p < .01$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง	p-value
ความพิการ	.41	< .001
ความสามารถในการสื่อสาร	-.34	.004
การสนับสนุนทางสังคม	-.34	.004

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง ร้อยละ 59.09 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย เนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลศูนย์ ในเขตภาคตะวันออก ซึ่งมีระบบส่งต่อการดูแลผู้ป่วยและเน้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา รวมทั้งการมีระบบสนับสนุนจากลักษณะสังคมวัฒนธรรมไทยที่เน้นระบบครอบครัว และการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 53.41 และอาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 95.45 ซึ่งทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย^{13,20} ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่างๆ ได้แก่ การให้ข้อมูล การช่วยเหลือด้านสิ่งของ การช่วยเหลือด้านการเงิน และการเผชิญกับปัญหาจะช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาครั้งนี้ ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ซึ่งแตกต่างจากผลการวิจัยในต่างประเทศ ที่พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางจะมีภาวะซึมเศร้าระดับสูงและรุนแรง^{32,33} แต่ประเด็นสำคัญ คือ ผู้ป่วยทุกรายมีภาวะซึมเศร้า ถึงแม้ว่าจะมีระดับความรุนแรงต่างกัน อาจเนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้พบว่า มีการบาดเจ็บในตำแหน่งของ Frontal lobe และ Parietal lobe มากที่สุด ร้อยละ 25.00 และร้อยละ 21.59 ตามลำดับ โดยสมองส่วนดังกล่าวทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ ความคิดตัดสินใจ³ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยในงานวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในการกลับไปดำเนินชีวิต การกลับไปเรียนหรือไปทำงาน อีกทั้งผู้ป่วยยังมีปัญหาสุขภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ มึนศีรษะร้อยละ 35.22 นอนไม่หลับร้อยละ 7.95 มีอารมณ์เปลี่ยนแปลง

ขาดสมาธิร้อยละ 4.55 ตาพร่า พุดไม่ชัด หูอื้อร้อยละ 6.82 อ่อนแรงร้อยละ 14.77 และชักร้อยละ 4.55 เป็นต้น เป็นอาการที่อาจจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย³⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 57.95 ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ตามปกติ และร้อยละ 60.23 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ซึ่งการบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและรายได้ที่ไม่เพียงพอ อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนผ่าน จึงอาจจะมีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าตามมาได้โดยผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า³⁵

สำหรับผลการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง พบว่า ความพิการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่พบความพิการมากจะมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยที่พบความพิการน้อยจะมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ในการศึกษาในระดับความพิการเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งภายหลังผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางถูกจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน จึงทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยซึ่งสามารถอธิบายภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิสและคณะ²² ที่กล่าวว่าความพิการเป็นปัจจัยเงื่อนไขด้านบุคคลที่มีผลยับยั้งการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง¹³ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าความพิการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³⁶ หากผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความพิการมากในช่วง 1 ปีแรกหลังการบาดเจ็บ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและการทำ

หน้าที่ของผู้ป่วย³² ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกเป็นภาระ และคิดว่าตนเองไร้ค่า ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปทำงาน และเข้าสังคมได้ตามเดิม จึงเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา¹⁰

ความสามารถในการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสามารถในการสื่อสารทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย อธิบายภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน²² ที่กล่าวว่า บุคคลจะประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยเงื่อนไขส่วนบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น ซึ่งคือ ความสามารถในการสื่อสารโดยผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางที่มีความสามารถในการสื่อสารดี จะสามารถบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นทราบได้ โดยเฉพาะเมื่ออยู่ที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิต ทำงาน และเข้าสังคมได้ตามปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁵ พบว่า ความสามารถในการสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยบอกความต้องการและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น หากผู้ป่วยมีความสามารถในการสื่อสารน้อย อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ เกิดความรู้สึกคับข้องใจ¹⁸ บางครั้งอาจไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ ซึ่งอาจมีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการเข้าสังคมของผู้ป่วย เกิดความรู้สึกคับข้องใจ โกรธ¹⁷ มีปัญหาในการสื่อสารกับบุคคลอื่น¹⁸ ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมแยกตัว จึงอาจก่อให้เกิดเป็นภาวะซึมเศร้าตามมา¹⁴ ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและการมาตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย¹⁹

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในงานวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 53.41 ให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือด้านสิ่งของ ค่าใช้จ่าย และข้อมูลข่าวสารต่างๆ

สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ^{37,38} เช่น การให้ข้อมูล การช่วยเหลือด้านสิ่งของที่จำเป็น การให้เวลาให้ความรักและเอาใจใส่ การช่วยเหลือแก้ปัญหา การให้คำปรึกษา การมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกในครอบครัว^{16,39} เป็นการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านสังคม^{20,23} ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดและความวิตกกังวล³² ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเงื่อนไขด้านชุมชนตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน²² ที่กล่าวว่าอาจช่วยส่งเสริมหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่าน เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เกิดความวิตกกังวล มีความสับสนวุ่นวาย รู้สึกไม่แน่นอนในการจัดการปัญหาสุขภาพหลังจากหาย³² หากได้รับการช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการปัญหาต่างๆ ได้^{7,9} ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าในตนเอง และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถปรับตัว เพื่อเผชิญการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น³⁹ สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณภาพตามภาวะสุขภาพที่เหลืออยู่ จึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าลดลง^{23,33} ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอทั้งด้านผู้ดูแล การเงิน และข้อมูล ทำให้มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ซึ่งอาจยับยั้งการเปลี่ยนผ่าน และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้³²

โดยสรุป ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิสและคณะ²² ที่กล่าวว่า บุคคลจะประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยเงื่อนไขที่จะช่วยส่งเสริมหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง ความพิการ และความสามารถในการสื่อสารเป็นปัจจัยเงื่อนไขด้านบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเงื่อนไขด้านชุมชนที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของรูปแบบการตอบสนองต่อการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง

เปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพ²³ ผลการวิจัยที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางทุกรายมีภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการป้องกันภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะแรก รวมทั้งการศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ทราบปัญหา และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลจากผลวิจัยแสดงให้เห็นว่า แม้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางจะมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ซึ่งสัมพันธ์กับการมีความพิการต่ำ สามารถสื่อสารได้ดี และได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีภาวะซึมเศร้า ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางและวางแผนการพยาบาลเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางในสถานบริการอื่นๆ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคตะวันออก
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการประเมินภาวะซึมเศร้าและดูแลช่วยเหลือโดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว รวมถึงการจัดให้มีการติดตามดูแลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติที่ปรึกษาในการวิจัยและผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุติมา ฉันทมิตรโอบาส รวมทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคตะวันออกที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2015; 2015 [cited 2018 October 18]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/GSRRS2015_Summary
2. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Public health statistics AD 2017; 2017 (in Thai)
3. Hickey JV. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing. 7thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
4. Einarsen CE, Naalt J, Jacobs B, Follestad T, Moen KG, Vik A, et al. Moderate traumatic brain injury: clinical characteristics and a prognostic model of 12-month outcome. World Neurosurg. 2018;114:e1199-210.
5. Bombardier CH, Fann JR, Temkin NR, Esselman PC, Barber J, Dikmen SS. Rates of major depressive disorder and clinical outcomes following traumatic brain injury. JAMA. 2010;303(19):1938-45.
6. Finnanger TG, Olsen A, Skandsen T, Lydersen S, Vik A, Evensen KI, et al. Life after adolescent and adult moderate and severe traumatic brain injury: self-reported executive, emotional, and behavioural function 2-5 years after injury. Behav Neurosci. 2015;2015:1-19.
7. Adams JH, Graham DI, Jennett B. The structural basis of moderate disability after traumatic brain damage. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2001;71:521-24.
8. Dams-O'Connor K, Gibbons LE, Landau A, Larson EB, Crane PK. Health problems precede traumatic brain injury in older adults. J Am Geriatr Soc. 2016;64(4):844-48.
9. Jorge RE, Robinson RG, Moser D, Tateno A, Crespo-Facorro B, Arndt S. Major depression following traumatic brain injury. Arch Gen Psychiatry. 2004;61(1):42-50.
10. Weddell RA, Wood RL. Exploration of correlates of self-reported personality change after moderate-severe traumatic brain injury. Brain Inj. 2016;30(11):1362-71.
11. Fisher LB, Pedrelli P, Iverson GL, Bergquist TF, Bombardier CH, Hammond FM, et al. Prevalence of suicidal behavior following traumatic brain injury: longitudinal follow-up data from the NIDRR traumatic brain injury model systems. Brain Inj. 2016;30(11):1311-18.

12. Seel RT, Kreutzer JS, Rosenthal M, Hammond FM, Corrigan JD, Black K. Depression after traumatic brain injury: a national institute on disability and rehabilitation research model systems multicenter investigation. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003;84(2):177-84.
13. Bootcheewan S. The relationships between transition conditions and disability in traumatic brain injury patients [thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2007. (in Thai)
14. Douglas JJ, Bracy CA, Snow PC. Return to work and social communication ability following severe traumatic brain injury. *J Speech Lang Hear Res.* 2016;59(3):511-20.
15. Meulenbroek P, Bowers B, Turkstra LS. Characterizing common workplace communication skills for disorders associated with traumatic brain injury: a qualitative study. *J Vocat Rehabil.* 2016;44(1):15-31.
16. Jindapern W. The Effect of communicative stimulation program on communication abilities of traumatic brain injury patients with aphasia [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2008. (in Thai)
17. Murphy A, Huang H, Montgomery E, Turkstra L. Conversational turn – taking in adults with acquired brain injury. *Aphasiology.* 2015;29(2):151-68.
18. Bosco FM, Angeleri R, Sacco K, Bara BG. Explaining pragmatic performance in traumatic brain injury: a process perspective on communicative errors. *Int J Lang Commun Disord.* 2015;50(1):63-83.
19. Andelic N, Howe EI, Hellström T, Sanchez MF, Lu J, Løvstad M, et al. Disability and quality of life 20 years after traumatic brain injury. *Behav Brain Res.* 2018;8(7):1-10.
20. Potaya S. Model for family caregivers' participation in caring for traumatic brain injured patients [dissertation]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2001. (in Thai)
21. Agtarap S, Boals A, Holtz P, Roden-Foreman K, Rainey EE, Ruggero C, et al. The effect of depressive symptoms on social support one year following traumatic injury. *J Affect Disord.* 2017;207:398-05.
22. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *J Adv Nurs.* 2000;23(1):12-28.
23. Bombardier CH, Hoekstra T, Dikmen S, Fann JR. Depression trajectories during the first year after traumatic brain injury. *J Neurotrauma.* 2016;33(23):2115-24.
24. Isaacs B, Kennie AT. The set test as an aid to the detection of dementia in old people. *Br J Psychiatry.* 1973;123:467-70.
25. Brandt PA, Weinert C. PRQ: Psychometric update. Washington DC: University of Washington; 1985.
26. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/lippincott Williams & Wilkins; 2008.
27. Bellon K, Wright J, Jamison L, Kolakowsky-Hayner S. Disability rating scale. *J Head Trauma Rehabil.* 2012;27(6):449-51.
28. Rappaport M, Hall KM, Hopkins K, Belleza T, Cope DN. Disability rating scale for severe head trauma: coma to community. *Arch Phys Med Rehabil.* 1982;63:118-23.
29. Hongtrakul C. Relationships among selected basic conditioning factors, social support and self-care agency in essential hypertensive patients [thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2001. (in Thai)
30. Srikong P, Ua-Kit N. Selected factors related to self-management on dietary control among heart failure patients in lower northeast region. *Kuakarun Journal of Nursing.* 2013;18(1):52-66. (in Thai)
31. Beck AT. Depression-clinical experimental and theoretical aspects. New York: Harper and Row; 1967.
32. Hart T, Hoffman JM, Pretz C, Kennedy R, Clark AN, Brenner LA. A longitudinal study of major and minor depression following traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2012;93: 1343-9.
33. Bay E, Covassin T. Chronic stress, somatic and depressive symptoms following mild to moderate traumatic brain injury. *Arch Psychiatr Nurs.* 2012;26(6):477-86.
34. Alway Y, McKay A, Gould KR, Johnston L, Ponsford J. Factors associated with posttraumatic stress disorder following moderate to severe traumatic brain injury: a prospective study. *Depress Anxiety.* 2016;33(1):19-26.
35. Hongsrisuwan N. Depression. *HCU Journal of Health Science.* 2016;19(38):105-18. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง

36. Eamkamol W, Jitpanya C, Preechawong S. Correlates of depression in adult patients with traumatic brain injury. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2013;20(1):30-40. (in Thai)
37. Oyesanya TO, Ward EC. Mental health in women with traumatic brain injury: a systematic review on depression and hope. *Int J Women Health*. 2016;37(1):45-74.
38. Hamilton M, Khan M, Clark R, Williams G, Bryant A. Predictors of physical activity levels of individuals following traumatic brain injury remain unclear: a systematic review. *Brain Inj*. 2016; 30(7):819-28.
39. Scholten AC, Haagsma JA, Cnossen MC, Olff M, Van Beeck EF, Polinder S. Prevalence of and risk factors for anxiety and depressive disorders after traumatic brain injury: a systematic review. *J Neurotrauma*. 2016;33(22):1969-94.