

# Influence of Alcohol and Drug Use, Post-Traumatic Amnesia, and Irritability on Health Recovery among Patients with a Mild to Moderate Traumatic Brain Injury\*

Ramida Chanathipnithisiri<sup>1</sup>, Wallada Chanruangvanich, RN, DNS<sup>1</sup>,  
Orapan Thosingha, RN, DNS<sup>1</sup>, Bunpot Sittinamsuwan, MD<sup>2</sup>

---

## Abstract

**Purpose:** The present study aimed at investigating the influence of alcohol and drug use, post-traumatic amnesia, and irritability on health recovery of patients with a mild to moderate traumatic brain injury.

**Design:** Correlational predictive design.

**Methods:** The sample consisted of 78 patients with a mild to moderate traumatic brain injury at two tertiary hospitals. Data were collected by means of the demographic characteristics questionnaire, the Thai Mental State Exam, the traumatic brain injury record form, the Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), the Irritability Scale, and the Health Recovery Questionnaires. Multiple regression analysis was used to analyze the data.

**Main findings:** The study findings revealed that the subjects, 79.7% drank alcohol, and 59.5% smoked cigarettes. The mean score of post-traumatic amnesia was at a normal level ( $\bar{X} = 28.23$ ,  $SD = 1.73$ ), their mean score of irritability was at a low level ( $\bar{X} = 45.24$ ,  $SD = 18.77$ ), their mean score of overall health recovery was at a good level ( $\bar{X} = 123.07$ ,  $SD = 21.67$ ). However, irritability, alcohol and drug use were accounted for 32.5% of variance in post-traumatic recovery of patients with statistical significance ( $R^2 = .325$ ,  $F_{(3,70)} = 11.211$ ,  $p < .05$ ).

**Conclusion and recommendations:** Alcohol and drug use, and irritability influent on health recovery. Therefore, nurses should assess the alcohol and drug use, and irritability of the patients for managing problems and promoting early recovery.

**Keywords:** alcohol and drug use, irritability, post-traumatic amnesia, recovery, traumatic brain injury

---

*J Nurs Sci. 2016;34(4):68-78*

Corresponding Author: Assistant Professor Wallada Chanruangvanich, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: wallada.cha@mahidol.ac.th

\* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

<sup>1</sup> Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

<sup>2</sup> Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

# อิทธิพลของการใช้สุราและสารเสพติด การหลงลืมภายหลังบาดเจ็บ และความแปรปรวนทางอารมณ์ ต่อการฟื้นตัวของสุขภาพผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยถึงปานกลาง\*

รศ.ดร. เชนาธิปดิษฐ์ วลัยลดา<sup>1</sup> วัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวณิชย์, พย.ด.<sup>1</sup> อรพรรณ ไทสิงห์, พย.ด.<sup>1</sup>  
บรรพต สิกขิณามสุวรรณ, พ.บ.<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** ศึกษาอิทธิพลของการใช้สุราและสารเสพติด การหลงลืมภายหลังบาดเจ็บ และความแปรปรวนทางอารมณ์ ต่อการฟื้นตัวของสุขภาพผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยถึงปานกลาง

**รูปแบบการวิจัย:** การหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

**วิธีดำเนินการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยถึงปานกลาง 78 ราย ของโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 2 แห่ง เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสภาพสมองของไทย แบบประเมินการใช้สุราและสารเสพติด ความแปรปรวนทางอารมณ์ และการฟื้นตัวของสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ

**ผลการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างดื่มสุรา 79.7% สูบบุหรี่ 59.5% การหลงลืมภายหลังบาดเจ็บอยู่ในเกณฑ์ปกติ ( $\bar{X} = 28.23$ ,  $SD = 1.73$ ) ความแปรปรวนทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 45.24$ ,  $SD = 18.77$ ) การฟื้นตัวของสุขภาพอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 123.07$ ,  $SD = 21.67$ ) ทั้งนี้ ความแปรปรวนทางอารมณ์ และการใช้สุราและสารเสพติดสามารถอธิบายความแปรปรวนของการฟื้นตัวของสุขภาพได้ร้อยละ 32.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .325$ ,  $F_{(3, 70)} = 11.211$ ,  $p < .05$ )

**สรุปและข้อเสนอแนะ:** ความแปรปรวนทางอารมณ์ และการใช้สุราและสารเสพติดมีอิทธิพลต่อการฟื้นตัว จึงเสนอแนะว่าพยาบาลควรประเมินการใช้สุราและสารเสพติด ความแปรปรวนทางอารมณ์ เพื่อบำบัดและส่งเสริมการฟื้นตัวของสุขภาพผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะตั้งแต่ระยะแรก

**คำสำคัญ:** การใช้สุราและสารเสพติด การฟื้นตัว การหลงลืมภายหลังบาดเจ็บ ความแปรปรวนทางอารมณ์ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

J Nurs Sci. 2016;34(4):68-78

Corresponding Author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวณิชย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: wallada.cha@mahidol.ac.th

\* วิทยาลัยนวัตน์สุขภาพศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>1</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2</sup> คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

## ความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บศีรษะเป็นปัญหาสำคัญที่นำไปสู่ความทุพพลภาพและเสียชีวิต การรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่าในปี พ.ศ. 2552-2554 การบาดเจ็บศีรษะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ป่วยจำนวน 13,244, 13,766 และ 14,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.87, 21.61 และ 21.79 ต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับ<sup>1</sup> สาเหตุของการบาดเจ็บศีรษะนั้นส่วนใหญ่มาจากการประสูติเหตุทางจราจร<sup>2</sup> การใช้สุราและสารเสพติด การลัดตกหกล้ม การถูกทำร้าย อย่างไรก็ตามการบาดเจ็บศีรษะโดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.14 เป็นการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย และร้อยละ 12.21 เป็นการบาดเจ็บศีรษะปานกลาง<sup>3</sup>

การจำแนกความรุนแรงของการบาดเจ็บใช้เครื่องมือมาตรฐานระบบสากล คือ Glasgow Coma Scale ประเมินความรู้สึกตัวและแจกแจงระดับการบาดเจ็บ<sup>4</sup> การบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยจะมีคะแนนกลาสโกว์ 13-15 คะแนน และมีการหลงลืมภายหลังการบาดเจ็บน้อยกว่า 24 ชั่วโมง โดยจะจำเหตุการณ์ก่อนหรือหลังการบาดเจ็บไม่ได้ อาจมีปัญหาด้านจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ขาดความสนใจ อาจรวมถึงโศก ตะโกนแผดเสียง มีความรุนแรงทางกาย มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และเพิ่มการใช้สุราและสารเสพติด การบาดเจ็บระดับปานกลางมีคะแนนกลาสโกว์ 9-12 คะแนน จะมีความบกพร่องด้านการรู้คิด ได้แก่ การเรียนรู้ ความจำ การประมวลผล และการสื่อสาร มีการเปลี่ยนแปลงด้านการใช้เหตุผล การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ การใช้ความคิด เนื่องจากการนำกระแสประสาทและความรู้สึกผิดปกติ<sup>5</sup> เกิดการหลงลืมภายหลังการบาดเจ็บมากกว่า 24 ชั่วโมง ถึง 7 วัน โดยมีสาเหตุจากแรงภายนอกที่มากกระทำต่อกะโหลกศีรษะอย่างทันทีทันใดทำให้เกิดการบาดเจ็บของสมอง มีการเปลี่ยนแปลงของระดับบิอออน เซลล์ การเผาผลาญ และเกิดกระบวนการอักเสบตามมา<sup>6</sup>

การใช้สุราและสารเสพติดมีเพิ่มขึ้นทั่วโลก พบการใช้

สารเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย ได้แก่ สุรา ร้อยละ 50 สูบบุหรี่ ร้อยละ 20 และใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย ร้อยละ 3-4 ของประชากรโลก<sup>7</sup> เสี่ยงต่อการบาดเจ็บศีรษะ เนื่องจากขณะมึนเมา การเคลื่อนไหว การรับรู้และสมรรถนะในการตัดสินใจลดลง รวมทั้งมีพฤติกรรมก้าวร้าว<sup>8</sup> สารเสพติดบางชนิดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้น้อยลง และการใช้สุราและสารเสพติดยังส่งผลต่อการรับรู้ (cognitive status) มีผลกระทบต่อสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ การงาน และความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง นอกจากนั้นการใช้สารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยังส่งผลต่อการฟื้นตัวกลับไปทำงาน ตลอดจนการเกิดบาดเจ็บซ้ำของผู้ป่วย<sup>9</sup>

ความแปรปรวนทางอารมณ์เป็นปัญหาที่พบได้ ร้อยละ 30-80<sup>8</sup> ในผู้ป่วยบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยเฉพาะหลังบาดเจ็บศีรษะ ระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วยความรู้สึกน่ารำคาญ การพูดก้าวร้าว ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการทำงานที่ด้านความรู้คิดถูกทำลาย เป็นผลโดยตรงจากรอยโรคในสมองส่งผลต่อการฟื้นตัวของสุขภาพทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการทำกิจกรรม

การฟื้นตัวของระบบประสาทสั่งการเกิดได้ตั้งแต่วันแรกหรือสัปดาห์แรกภายหลังบาดเจ็บ ร่างกายจะมีกระบวนการปรับตัวเพื่อให้การทำงานที่ด้านร่างกาย ด้านการรับรู้ และด้านพฤติกรรมกลับสู่ภาวะปกติเหมือนระยะก่อนป่วย<sup>9</sup> หากผู้ป่วยมีความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การรับรู้ และการแสดงออกด้านอารมณ์จะส่งผลต่อการฟื้นตัว การดำเนินชีวิต และการทำงาน อย่างไรก็ตามพบว่าการทำงานฟื้นตัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ เนื่องจากร้อยละ 56 ของผู้ป่วยยังไม่สามารถกลับไปทำงานได้ภายใน 2 สัปดาห์ภายหลังบาดเจ็บ และร้อยละ 12.5 มีอาการเจ็บป่วยนานถึง 6 สัปดาห์ โดยร้อยละ 51-86 มีภาวะแทรกซ้อนหลงเหลืออยู่ภายหลังการบาดเจ็บนานถึง 3-6 เดือน<sup>10</sup> ก่อให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานที่ และมีปัญหาด้านจิตสังคมเรื้อรัง ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามเดิมเนื่องจากมีความทุพพลภาพ ต้องการผู้ดูแล ส่งผลต่อปัญหาค่าใช้จ่ายและเศรษฐกิจสังคมที่สูงขึ้น ตลอดจนการเกิดปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆ<sup>6</sup> เช่น มีการใช้ยาและ

สารเสพติด การดื่มสุรามากขึ้น และมีความแปรปรวนทางอารมณ์ อาการที่แสดงออก ได้แก่ ก้าวร้าว หยาดคาย หรือ โหมโง่

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อการฟื้นตัวของสุขภาพผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยที่ผู้ป่วยเองไม่ได้ตระหนักว่าตนเองมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป จึงเกิดข้อจำกัดด้านการฟื้นตัวของสุขภาพขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปดำเนินชีวิตตามปกติ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่ได้รับการรักษาแล้วถูกจำหน่ายออกจากแผนกฉุกเฉินขณะที่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลางไม่ได้มีแนวทางการดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงหรือการติดตามผลที่สอดคล้องกัน ในขณะที่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงได้รับการรักษาและถูกส่งต่อสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการดูแลในระยะยาว<sup>11</sup> ซึ่งการเข้าใจถึงปัจจัยดังกล่าวจะนำไปสู่การตรวจคัดกรอง ประเมินปัญหา และส่งเสริมการฟื้นตัวของสุขภาพ ตลอดจนการติดตามและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยถึงปานกลางในช่วง 2 สัปดาห์แรกภายหลังได้รับบาดเจ็บ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ระบบประสาทสมองเริ่มฟื้นตัวอย่างรวดเร็ว จึงสามารถนำผลที่ได้ไปช่วยแก้ไขปัญหาเบื้องต้น ให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนการฟื้นฟูได้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย อันจะนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพการพยาบาลอีกทางหนึ่ง

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของการใช้สุราและสารเสพติด การหลงลืมภายหลังบาดเจ็บ และความแปรปรวนทางอารมณ์ ต่อการฟื้นตัวของสุขภาพผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยถึงปานกลาง

### สมมุติฐานการวิจัย

การใช้สุราและสารเสพติด การหลงลืมภายหลังบาดเจ็บ และความแปรปรวนทางอารมณ์สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นตัวของสุขภาพผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยถึงปานกลาง

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยชนิดความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

*ประชากร* คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป มีระดับความรู้สึกรับรู้ตัวแรกด้วยคะแนนกลาสโกว์มากกว่าหรือเท่ากับ 9-15 คะแนน ได้รับบาดเจ็บศีรษะในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และมาตรวจตามนัดครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์ ณ โรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร 1 แห่ง และจังหวัดนครปฐม 1 แห่ง

*กลุ่มตัวอย่าง* คัดเลือกจากประชากร มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีการรู้คิดปกติ ประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Exam: TMSE) ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 23 2) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาทางจิตประสาท และ 3) ไม่มีการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นๆ ร่วม ได้แก่ กระดูกแขนขาท่อนใหญ่หัก การบาดเจ็บช่องท้อง

เนื่องจากยังไม่เคยมีงานวิจัยที่ใช้ตัวแปรชนิดนี้ จึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตาราง Power analysis for Multiple regression<sup>12</sup> ระดับความเชื่อมั่นที่  $\alpha = .05$  อำนาจการทดสอบ (power) = .80 และกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง ( $R^2 = .13$ ) สำหรับตัวแปรอิสระ 3 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 78 ราย แต่มีการตัดข้อมูลออก 4 รายเนื่องจากมีการกระจายตัวออกนอกกลุ่ม จึงนำเสนอข้อมูล จำนวน 74 ราย

### เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือคัดกรองและประเมินการหลงลืมภายหลังการบาดเจ็บของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Exam: TMSE) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง<sup>13</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน คือ ด้านการรับรู้วันเวลา สถานที่ บุคคล การจำระยะสั้น ช่วงของความสนใจ การคิดคะแนน ภาษา และการระลึกได้ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 23 หมายถึง มีระดับการรู้คิดปกติ จึงคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนั้น TMSE สามารถสะท้อนถึงสภาพสมองในด้านการเก็บจำ การระลึกได้

การจำระยะสั้น ความจำ ระยะยาว ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ มีอิทธิพลต่อการหลงลืม จึงใช้แบบประเมินนี้มาประยุกต์ใช้ในการประเมินการหลงลืมหลังบาดเจ็บ

## 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกประวัติการบาดเจ็บศีรษะ ประกอบด้วยสาเหตุของการได้รับบาดเจ็บศีรษะ ระยะเวลาการบาดเจ็บศีรษะจนมารับการตรวจรักษา ระยะเวลาการหมดสติ การหลงลืม คะแนนกลาสโกว่าร์แรกรับ ข้อมูลจากการสอบถามและเพิ่มเฉพาะเขียนของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการใช้สุราและสารเสพติด (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test: ASSIST)<sup>7</sup> องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้น และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขนำมาใช้ แปลเป็นภาษาไทยโดย สาวิตรี อึ้งฉานกักรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และพันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์<sup>14</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ การแปลผลคะแนนเครื่องมือแอลกอฮอล์ (สุรา เบียร์ ไวน์) ได้แก่ 0-10 คะแนน มีระดับความเสี่ยงต่ำ 11-26 คะแนน มีระดับความเสี่ยงปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ 27 คะแนน มีระดับความเสี่ยงสูง และการแปลผลคะแนนสารเสพติดอื่นๆ (ผลิตภัณฑ์ยาสูบ กัญชา โคเคน สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน ยาแก้ปวดประสาท สารระเหย สารกลุ่มฝิ่น และสารชนิดอื่นๆ) ได้แก่ 0-3 คะแนน มีระดับความเสี่ยงต่ำ 4-26 คะแนน มีระดับความเสี่ยงปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ 27 คะแนน มีระดับความเสี่ยงสูง โดยระดับความเสี่ยงต่ำ หมายถึง มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่นๆ ที่เกิดจากการใช้สารเสพติดในระดับต่ำ ระดับความเสี่ยงปานกลาง หมายถึง มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่นๆ ที่เกิดจากการใช้สารเสพติดในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความแปรปรวนทางอารมณ์ (National Taiwan University Irritability Scale: The NTUIS) พัฒนาโดย Yang และคณะ<sup>15</sup> แปลเป็นภาษาไทย

ด้วยเทคนิค Back translation โดยทีมผู้วิจัย ประกอบด้วย ข้อคำถาม 18 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบชนิดลิเคิร์ตที่มี 6 ระดับ ตั้งแต่ไม่เลย จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมตั้งแต่ 18-108 คะแนน ประกอบด้วยความรู้สึกหงุดหงิด รำคาญ (ช่วงคะแนน 9-54 คะแนน) และการพูดก้าวร้าว (ช่วงคะแนน 9-54 คะแนน) ซึ่งคะแนนรวมมากกว่า 78 คะแนน หมายถึง มีความแปรปรวนทางอารมณ์

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการฟื้นตัวของสุขภาพ (Quality of Recovery: QoR-15 patient survey) พัฒนามาจาก Quality of Recovery: QoR-40 โดย Stark, Myles และ Burke<sup>16</sup> แปลภาษาไทยด้วยเทคนิค Back translation โดย อรพรรณ โตสิงห์<sup>17</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ คะแนนรวมตั้งแต่ 0-150 คะแนน คะแนนรวมมากกว่า 70 คะแนน หมายถึง มีการฟื้นตัวของสุขภาพดี

เมื่อได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัยจากเจ้าของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index) พบว่าแบบประเมินความแปรปรวนทางอารมณ์ และแบบประเมินการฟื้นตัวของสุขภาพ เท่ากับ .94 และ .86 ตามลำดับ และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้นำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค พบว่าแบบประเมินการใช้สุราและสารเสพติดเท่ากับ .73 แบบประเมินการความแปรปรวนทางอารมณ์เท่ากับ .81 แบบประเมินการฟื้นตัวของสุขภาพเท่ากับ .90 ส่วนแบบทดสอบสภาพสมองของไทยเป็นเครื่องมือที่นำไปใช้อย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น

## การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รหัสโครงการ 553/2557(EC3) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม รหัสโครงการ NPH B-002/2015

## วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

ภายหลังผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยนอก เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัวและอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการที่จะเข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิเสธตามความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีและลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมิน โดยใช้เวลารวม 40-60 นาที

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสมการถดถอยเชิงพหุคูณแบบ Enter

#### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-60 ปี อายุเฉลี่ย 34 ปี (SD = 13.70) เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.1 เพศหญิง ร้อยละ 41.9 เป็นผู้ปวดบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย มีคะแนนกลาสโกว์แรกรับ 13-15 คะแนน คิดเป็น ร้อยละ 95.9 กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลาง มีคะแนนกลาสโกว์แรกรับ 9-12 คะแนน คิดเป็น ร้อยละ 4.1 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 51.4 รองลงมา มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 43.2 และสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 5.4 การศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.6 รองลงมา คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 28.4 ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 21.7 และประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ร้อยละ 5.4 ตามลำดับ มีอาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัทมากที่สุด ร้อยละ 48.6 รองลงมา เป็นนักเรียน/นักศึกษา/แม่บ้าน ร้อยละ 24.4 รับราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 14.9 ประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 12.2 รายได้ 5,001-10,000 บาท/เดือนมากที่สุด ร้อยละ 35.1 ใช้สิทธิในการรักษาด้วยบัตรสุขภาพ ร้อยละ 28.4 รองลงมา คือ จ่ายเอง/ประกันชีวิตและเบิก พ.ร.บ. เท่ากัน คือ ร้อยละ 21.6

สิทธิข้าราชการ ร้อยละ 18.9 และสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 9.5

สาเหตุของการได้รับบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากการจราจร ร้อยละ 54.1 จำแนกเป็นอุบัติเหตุจากรถยนต์ ร้อยละ 44.6 และอุบัติเหตุรถยนต์ ร้อยละ 9.5 ตามลำดับ สาเหตุรองลงมา คือ ถูกทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 28.4 และสาเหตุจากการพลัดตก หกล้ม ร้อยละ 17.6 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.4 สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว จะป่วยเป็นโรคไตและโรคความดันโลหิตสูงเท่ากัน ร้อยละ 5.4 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 2.7

กลุ่มตัวอย่างมีการใช้สุราและสารเสพติดอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 11.2$ ,  $SD = 12.8$ ,  $Min = 0$ ,  $Max = 44$ ) โดยส่วนใหญ่เคยดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 79.7 รองลงมา ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ร้อยละ 59.5 ัญชา ร้อยละ 16.2 ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนและไบกระท่อมมีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 12.5 สารระเหย ร้อยละ 8.1 สารผสมน้ำดื่มไบกระท่อม ร้อยละ 5.4 สารกลุ่มฝิ่น ยากลุ่มประสาทหรือยานอนหลับ และยาหลอนประสาทจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 2.7 โคเคน ร้อยละ 1.4

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการหลงลืมภายหลังบาดเจ็บอยู่ระหว่าง 25-30 คะแนน ( $\bar{X} = 28.23$ ,  $SD = 1.73$ ,  $Min = 25$ ,  $Max = 30$ ) กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนมากกว่า 23 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรู้คิดปกติ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแปรปรวนทางอารมณ์ อยู่ระหว่าง 18-86 คะแนน ( $\bar{X} = 45.25$ ,  $SD = 18.77$ ,  $Min = 18$ ,  $Max = 86$ ) จากคะแนนรวม 18-108 คะแนน พบว่าไม่มีความแปรปรวนทางอารมณ์ ร้อยละ 94.6 และมีความแปรปรวนทางอารมณ์ ร้อยละ 5.4

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการฟื้นตัวของสุขภาพอยู่ระหว่าง 68-149 คะแนน ( $\bar{X} = 123.07$ ,  $SD = 21.67$ ,  $Min = 68$ ,  $Max = 149$ ) จากคะแนนรวม 0-150 คะแนน พบว่าส่วนใหญ่มีการฟื้นตัวของสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 97.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการหลงลืมภายหลังบาดเจ็บ ความแปรปรวนทางอารมณ์ และการฟื้นตัวของสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 74)

	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>การหลงลืมภายหลังบาดเจ็บ (คะแนน TMSE)</b>		
25 คะแนน	5	6.8
26 คะแนน	13	17.6
27 คะแนน	7	9.5
28 คะแนน	11	14.9
29 คะแนน	11	14.9
30 คะแนน	27	36.5
( $\bar{X}$ = 28.23, SD = 1.73, Min = 25, Max = 30, Range = 0-30)		
<b>ความแปรปรวนทางอารมณ์</b>		
ไม่มีความแปรปรวนทางอารมณ์	70	94.6
มีความแปรปรวนทางอารมณ์	4	5.4
( $\bar{X}$ = 45.25, SD = 18.77, Min = 18, Max = 86, Rang = 18-108)		
<b>การฟื้นตัวของสุขภาพ</b>		
การฟื้นตัวดี	72	97.3
การฟื้นตัวไม่ดี	2	2.7
( $\bar{X}$ = 123.07, SD = 21.67, Min = 68, Max = 149, Range = 0-150)		

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณพบว่า การใช้สุราและสารเสพติด การหลงลืมภายหลังบาดเจ็บ และความแปรปรวนทางอารมณ์ สามารถร่วมกันทำนาย การฟื้นตัวของสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 32.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .325$ ,  $F_{(3,70)} = 11.211$ ,

$p < .05$ ) โดยพบว่า ความแปรปรวนทางอารมณ์และการ ใช้สุราและสารเสพติด มีอิทธิพลทางลบต่อการฟื้นตัวของ สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $\beta = -.438$ ,  $p < .05$ ;  $\beta = -.222$ ,  $p < .05$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ ( $\beta$  coefficient) ของการใช้สุราและสารเสพติด ความแปรปรวนทางอารมณ์ ต่อการฟื้นตัวของสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรที่ศึกษา	B	Std. Error	$\beta$	t	p-value
การใช้สุราและสารเสพติด	-.370	.185	-.222	-1.997	.050
ความแปรปรวนทางอารมณ์	-.498	.122	-.438	-4.091	.000
การหลงลืมภายหลังบาดเจ็บ	.609	1.270	.049	.479	.633
(Constant)	132.573	36.303		3.652	.000

$R = .570$ ,  $R^2 = .325$ ,  $F = 11.211$ ,  $df = 3,70$ ,  $p < .05$

## การอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่าการใช้สุราและสารเสพติด การหลงลืมภายหลังบาดเจ็บ และความแปรปรวนทางอารมณ์สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นตัวของสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 32.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .325, F_{(3,70)} = 11.211, p < .05$ ) ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ<sup>18</sup> ที่กล่าวว่า เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ เงื่อนไขส่วนบุคคล เงื่อนไขของชุมชน และเงื่อนไขของสังคม ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านบุคคลที่ขัดขวางการเปลี่ยนผ่านที่ส่งผลต่อการฟื้นตัวของสุขภาพที่ล่าช้า คือ การใช้สุราและสารเสพติด และความแปรปรวนทางอารมณ์ พบว่าการใช้สุราและสารเสพติด และความแปรปรวนทางอารมณ์มีอิทธิพลต่อการฟื้นตัวของสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{X} = -.222, p < .01; X = -.438, p < .05$ ) ตามลำดับ

การใช้สุราและสารเสพติดออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลต่อการรู้คิด จึงมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ การงาน และความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง มีผลต่อการฟื้นตัวของสุขภาพ ผลการศึกษานี้พบว่า การใช้สุราและสารเสพติดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการฟื้นตัวของสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างมีการใช้สุราและสารเสพติดซึ่งจะส่งผลให้คะแนนการฟื้นตัวไม่ดี ( $r = -.40, p < .05$ ) และการใช้สุราและสารเสพติดมีอิทธิพลต่อการฟื้นตัวของสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{X} = -.222, p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>19,20</sup> พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายมีการใช้สุราและสารเสพติดก่อนได้รับบาดเจ็บศีรษะ ร้อยละ 80 ยังคงใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย ร้อยละ 34 และมีปัญหาสุขภาพจากการใช้สารเสพติด ร้อยละ 37 ซึ่งพบว่าอัตราการติดเชื้อของบาดแผลภายหลังเกิดการบาดเจ็บเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของ Neutrophil และ Phagocytic ลดลงในผู้ที่ดื่มสุรา เกิดการอักเสบส่งผลให้แผลหายช้า<sup>19</sup> และบุหรีประกอบด้วยนิโคติน ซึ่งเป็นสารพิษที่ออกฤทธิ์โดยตรงที่สมอง โดยระยะแรกนิโคตินจะมีฤทธิ์กระตุ้นสมองและระบบประสาทส่วนกลาง ระยะต่อมามีฤทธิ์กดประสาท ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นจากหลอดเลือดหดตัว และ

จะกระตุ้นหัวใจให้เต้นเร็วขึ้น ส่งผลให้เนื้อเยื่อได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลง นอกจากนี้มีสารพิษอื่นๆ ที่พบในบุหรี ได้แก่ คาร์บอนโมนอกไซด์ ซึ่งจะขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง<sup>21</sup> ดังนั้นผู้ที่สูบบุหรีจะได้รับออกซิเจนต่ำกว่าปกติ เนื่องจากคาร์บอนโมนอกไซด์ไปแย่งจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง หัวใจต้องทำงานหนักเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ปัญหาดังกล่าวทำให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยต้องล่าช้าออกไป

ความแปรปรวนทางอารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการฟื้นตัวของสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.52, p < .05$ ) และมีอิทธิพลต่อการฟื้นตัวของสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{X} = -.438, p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang และคณะ<sup>22</sup> ที่รายงานว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีความแปรปรวนทางอารมณ์ประกอบด้วยความรู้สึกไร้ค่าและการพูดจาก้าวร้าว และพบอาการนี้มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Hammond และคณะ<sup>23</sup> รายงานว่าการตอบสนองของคู่สมรสกระตุ้นความแปรปรวนทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะได้ กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสถึง ร้อยละ 43.2 จึงอาจก่อให้เกิดการกระทบกระทั่งและกระตุ้นความแปรปรวนทางอารมณ์ของผู้ป่วยได้ ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความแปรปรวนทางอารมณ์มากจะส่งผลให้คะแนนการฟื้นตัวไม่ดี หากกลุ่มตัวอย่างมีความแปรปรวนทางอารมณ์น้อยจะส่งผลให้คะแนนการฟื้นตัวดี<sup>24</sup> อธิบายได้จากการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดถูกทำลาย ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากรอยโรคในสมอง ที่สมองได้รับการกระทบกระเทือนโดยตรง ซึ่งจะทำให้มีบุคลิกภาพแปรปรวน<sup>22</sup> อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับบริเวณที่สมองหรือระบบประสาทมีพยาธิสภาพ สมองที่ควบคุมอาการดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นสมองบริเวณ Dorsal Lateral Frontal Cortex (DLFC) สมองส่วนกลาง (midbrain) ได้แก่ Amygdala และ Hippocampus การมีพยาธิสภาพที่บริเวณลิมบิก (limbic) ทั้งสองข้างทำให้มีปัญหาในการเรียนรู้ และมีบุคลิกภาพแบบเจ้าอารมณ์ ผู้ป่วยมีลักษณะขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่สามารถรับรู้สัมพันธ์ภาพ หงุดหงิด ขาดการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่ปรับตัวเองเข้าหาสิ่งแวดล้อมหรือคนใกล้ชิด



มีปัญหาความสัมพันธ์กับครอบครัว และมีความอดทนต่อภาวะเครียดหรือสิ่งกระตุ้นต่ำ และยังมีปัญหาด้านอารมณ์อื่นๆ ได้แก่ ซึมเศร้า วิตกกังวล พบได้บ่อยภายหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะ อุบัติการณ์ และความรุนแรงของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะ เมื่อกลับมาตรวจซ้ำในครั้งแรก 1 เดือน ภายหลังการได้รับบาดเจ็บศีรษะ ยังมีปัญหาปวดศีรษะ ปวดคอ วิตกกังวล และมีความแปรปรวนทางอารมณ์<sup>24</sup>

การหลงลืมภายหลังบาดเจ็บไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวของสุขภาพ ( $r = .14, p > .05$ ) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Stuss และคณะ<sup>25</sup> ที่พบว่า การหลงลืมภายหลังบาดเจ็บ (post-traumatic amnesia) ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยพบได้ภายใน 24 ชั่วโมง และในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลาง พบการหลงลืมภายหลังบาดเจ็บได้ภายใน 6 ชั่วโมง เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้คะแนน TMSE ประเมินการหลงลืมภายหลังบาดเจ็บ และคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างด้วยช่วงคะแนนที่มีระดับรู้คิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 24-30 คะแนน  $\bar{X} = 28.23, SD = 1.73, Min = 25, Max = 30, Range = 0-30$  และผู้ป่วยมีการฟื้นตัวโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับดี จึงอาจทำให้การหลงลืมนี้ถึงแม้จะเข้าสมการทำนาย แต่ไม่มีอิทธิพลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย

การฟื้นตัวของสุขภาพอยู่ในระดับดี 97.3% ( $\bar{X} = 123.07, SD = 21.67, Min = 68, Max = 149$ ) มีเพียงร้อยละ 2.7 ที่การฟื้นตัวไม่ดี แตกต่างจากการศึกษาของ Naalt และคณะ<sup>24</sup> พบว่าภายหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะ 2-3 วัน ผู้ป่วยยังคงมีความบกพร่องด้านการรับรู้ รวมทั้งความจำ การประมวลผลข้อมูล และความสนใจ นอกจากนั้นสาเหตุของการกลับไปทำงานช้า คือ ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ระหว่างพักอยู่ในโรงพยาบาล ได้รับบาดเจ็บเกี่ยวกับกะโหลกศีรษะ ปวดศีรษะรุนแรงในระยะแรกของการได้รับบาดเจ็บ และมีข้อจำกัดในการทำงานและการตัดสินใจ ซึ่งมีผลต่อการฟื้นตัวของสุขภาพ<sup>26</sup> สาเหตุที่การฟื้นตัวของการศึกษาครั้งนี้ดีกว่าการศึกษาอื่น อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย มีคะแนนกลาสโกว่าร์แรกรับ 13-15 คะแนน คิดเป็น 95.9%

และกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลางมีคะแนนกลาสโกว่าร์แรกรับ 9-12 คะแนน คิดเป็น ร้อยละ 4.1 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยไม่มีปัจจัยเสี่ยงเกิดความพิการในระยะยาว<sup>11</sup> อย่างไรก็ตามการใช้สุราและสารเสพติด ความแปรปรวนทางอารมณ์สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นตัวของสุขภาพผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยถึงปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานบางส่วนที่ว่า การใช้สุราและสารเสพติด และความแปรปรวนทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นตัวของสุขภาพที่ล่าช้า

### ข้อเสนอแนะ

#### ด้านการพยาบาล

1. พยาบาลควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยการประเมินการใช้สุราและสารเสพติด ควบคู่กับความแปรปรวนทางอารมณ์ เพื่อติดตามการฟื้นตัว และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะพักฟื้น ภายหลังการบาดเจ็บ นอกจากนั้นกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สุราและสารเสพติดมีโอกาสที่จะกลับไปใช้สุราและสารเสพติด จนเกิดอุบัติเหตุซ้ำ และมีความรุนแรงยิ่งขึ้น จึงควรให้ความสนใจอย่างมากในกลุ่มนี้

2. เป็นแนวทางให้พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ นำข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สุราและสารเสพติด และความแปรปรวนทางอารมณ์ของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยถึงปานกลาง นำมาวางแผนป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการฟื้นตัวของสุขภาพผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยถึงปานกลาง และเพิ่มคุณภาพการพยาบาลต่อไป

#### ด้านการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลแก่นักวิจัย เกี่ยวกับการฟื้นตัวของสุขภาพผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยถึงปานกลาง ในการพัฒนารูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาแนวทางดูแล และส่งเสริมการฟื้นตัวที่ดี

2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง เพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางในการดูแล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดีในระยะพักฟื้นภายหลังการบาดเจ็บ

## References

1. Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary of Public Health, Royal Thai Police. The table shows the number and rate of deaths from road accidents 2000-2012 [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary of Public Health, Royal Thai Police; 2012 [cited 2012 Jan 1]. Available from: <http://www.thaincd.com/document/file/info/injured/.../202000-2012.pdf>. (in Thai).
2. Yongchaitrakul T. Contributing factors to road traffic accident and organ injury: cases study in trauma center level 1&2. *The Thai Journal of Trauma*. 2011;30(3):120-7. (in Thai).
3. LeBlanc J, de Guise E, Gosselin N, Feyz M. Comparison of functional outcome following acute care in young, middle-aged and elderly patients with traumatic brain injury. *Brain Inj*. 2006;20(8):779-90.
4. Bergman K, Maltz S, Fletcher J. Evaluation of moderate traumatic brain injury. *J Trauma Nurs*. 2010;17(2):102-8.
5. Faux S, Sheedy J, Delaney R, Riopelle R. Emergency department prediction of post-concussive syndrome following mild traumatic brain injury--an international cross-validation study. *Brain Inj*. 2011;25(1):14-22.
6. Leon-Villalpos C, McLernon S. The pathophysiology of traumatic brain injury: a case study approach. *British Journal of Neuroscience Nursing*. 2012;8(5):282-7.
7. Humeniuk R, Ali R, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, et al. Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction*. 2008;103(6):1039-47.
8. Riggio S. Traumatic brain injury and its neurobehavioral sequelae. *Neurol Clin*. 2011;29(1):35-47.
9. Marshman LA, Jakabek D, Hennessy M, Quirk F, Guazzo EP. Post-traumatic amnesia. *J Clin Neurosci*. 2013;20(11):1475-81.
10. Haboubi NHJ, Long J, Koshy M, Ward AB. Short-term sequelae of minor head injury (6 years experience of minor head injury clinic). *Disabil Rehabil*. 2001;23(14):635-8.
11. Bergman K, Maltz S, Fletcher J. Evaluation of moderate traumatic brain injury. *J Trauma Nurs*. 2010;17(2):102-8.
12. Polit FD, Beck TC. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
13. Train The Brain Forum Committee. Thai Mental State Examination (TMSE). *Siriraj Medical Journal*. 1993;45(6):359-74. (in Thai).
14. Atsadangkornchai S, Arunpongpan S, Kittiratpibul P. A brief interventions as a result of screening ASSIST for substance use is risky and dangerous: guide for use in primary care. Nonthaburi: Adjective Thailand Company Limited. 2011. (in Thai).
15. Yang CC, Huang SJ, Lin WC, Tsai YH, Hua MS. Divergent manifestations of irritability in patients with mild and

- moderate-to severe traumatic brain injury: perspectives of awareness and neurocognitive correlates. *Brain Inj.* 2013;27(9):1008-15.
16. Stark PA, Myles PS, Burke JA. Development and psychometric evaluation of a postoperative Quality of Recovery score: the QoR-15. *Anesthesiology.* 2013;118(6):1332-40.
17. Thosing O. Measurement of recovery of surgical patients. Bangkok: Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University. 2013. (in Thai).
18. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci.* 2000;23(1):12-28.
19. Bombardier CH, Rimmel CT, Zintel H. The magnitude and correlates of alcohol and drug use before traumatic brain injury. *Arc Phys Med Rehabil.* 2002;83(12):1765-73.
20. Greiffenstein P, Molina PE. Alcohol-induced alterations on host defense after traumatic injury. *J Trauma.* 2008;64(1):230-40.
21. Ahn C, Mulligan P, Salcido RS. Smoking-the brain of wound healing: biomedical interventions and social influences. *Adv Skin Wound Care.* 2008;21(5):227-36.
22. Yang CC, Hua MS, Lin WC, Tsai YH, Huang SJ. Irritability following traumatic brain injury: divergent manifestation of annoyance and verbal aggression. *Brain Inj.* 2012;26(10):1185-91.
23. Hammond FM, Davis CS, Cook JR, Philbrick P, Hirsch MA. Relational dimension of irritability following traumatic brain injury: a qualitative analysis. *Brain Inj.* 2012;26(11):1287-96.
24. van der Naalt J, van Zomeren AH, Sluiter WJ, Minderhoud JM. One year outcome in mild to moderate head injury: the predictive value of acute injury characteristics related to complaints and return to work. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1999;66(2):207-13.
25. Stuss DT, Binns MA, Carruth FG, Levine B, Brandys CE, Moulton RJ, et al. The acute period of recovery from traumatic brain injury: posttraumatic amnesia or posttraumatic confusional state? *J Neurosurg.* 1999;90(4):635-43.