

ประสบการณ์อาการปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ
ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสบการณ์อาการปวดศีรษะ วิธีการอาการ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

.....

นางสาวรณฤดี เกตุยงค์
ผู้วิจัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

อาจารย์บรรพต สัทธินามสุวรรณ,
พ.บ., ว.ว. ประสาทศัลยศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปรังทิพย์ ฉายพุทธ,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์ยาใจ สัทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสบการณ์อาการปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องสุขภาพ
ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552

.....

นางสาวรมณฤดี เกลี้ยงดา

ผู้วิจัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อุษาวดี อัครวิเศษ,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

.....

อาจารย์บรรพต สิทินามสุวรรณ,

พ.บ., ว.ว. ประสาทศัลยศาสตร์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เกรกรินทร์ อุทรียะประสิทธิ์,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์รณยูพา รอยกุลเจริญ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปรังทิพย์ ฉายพุทธ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างเป็นที่สุดจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ ในการให้คำแนะนำ ชี้แนะข้อบกพร่อง มอบกำลังใจ ความห่วงใย เป็นแบบอย่างของความมีเมตตาและความอดทนอย่างเสมอมา ผู้วิจัยมีความประทับใจอย่างสุดซึ้งในการได้รับความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาของการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรานทิพย์ ฉายพุทธและอาจารย์นายแพทย์บรรพต สิทธินามสุวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณามอบความรู้คำแนะนำ ข้อคิดและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่แก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ พร้อมกันนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรุณยุพา รอยกุลเจริญ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาเสียสละเวลาในการให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ในครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ที่ให้โอกาสได้เข้ามาศึกษา ณ คณะพยาบาลศาสตร์ รวมทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 สามัญ ขอขอบคุณพี่น้องและเพื่อนร่วมงานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 สามัญทุกท่านที่ให้โอกาส ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณองค์การอนามัยโลกในการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้เห็นโลกทัศน์ที่กว้างขึ้น และการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณพ่อและแม่ ที่คอยให้กำลังใจและสนับสนุนเรื่อยมา ขอขอบคุณพี่และน้องทุกท่านที่เข้าใจและเป็นกำลังใจในการศึกษาครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณครูอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตั้งแต่เริ่มเรียนจนถึงปัจจุบัน ขอขอบคุณพี่น้องและเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตรหัส 50 และท้ายสุดขอขอบคุณบุคคลที่รัก ที่ได้มอบประสบการณ์กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ ห่วงใยและเป็นแรงผลักดันให้แก่ผู้วิจัยตลอดมา จนสำเร็จการศึกษาครั้งนี้

รณณฤดี เกลี้ยงดา

ประสบการณ์อาการปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย
EXPERIENCES OF HEADACHE, MANAGEMENT STRATEGIES AND HEALTH-RELATED QUALITY OF
LIFE IN PATIENTS WITH MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY

รณณฤดี เกลิ้งศา 5036806 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, Ph.D, (Nursing), ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, Ph.D, (Nursing), บรรพต สิทินามสุวรรณ พ.บ., ว.ว. วิทยาศาสตร์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์อาการปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะกับ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยอายุ มากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจตามนัดครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล จำนวน 88 ราย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกประสบการณ์อาการปวดศีรษะและวิธีจัดการอาการปวดศีรษะที่ดัดแปลงจาก the Brief Pain Inventory (BPI) และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพใช้ WHOQOL-BREF-THAI วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (56.8%) อายุเฉลี่ย 38.4 ± 16.1 ปี สาเหตุของการบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์มากที่สุด (54.5%) ผู้ป่วยเกือบครึ่งมีประสบการณ์อาการปวดศีรษะ (45.5%) และส่วนใหญ่มีอาการปวดศีรษะอยู่ในระดับเล็กน้อย ลักษณะของอาการปวดศีรษะพบ แบบปวดเด่นเป็นจิ้งหะ ร้อยละ 32.5 แบบตื้อๆ ร้อยละ 27.5 แบบบีบ ร้อยละ 20 แบบมีนๆ ร้อยละ 15 และแบบจืด ร้อยละ 5 ส่วนใหญ่เลือกวิธีจัดการอาการโดยการรับประทานยาแก้ปวดและการนอนหลับมากที่สุด และพบว่า มีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดศีรษะได้ในระดับปานกลาง ผลลัพธ์ของการจัดการอาการได้แก่ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม และด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.564$ $r = -.517$ $r = -.582$ ที่ $p < .01$ และ $r = -.346$ ที่ $p < .05$ ตามลำดับ) แต่อย่างไรก็ดีความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะกับด้านสัมพันธ์ทางสังคม ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญกับอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและมีการประสานงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ควรมีการประเมินและพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีประสบการณ์อาการปวดศีรษะอย่างเป็นรูปแบบเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: อาการปวดศีรษะ / วิธีจัดการอาการ / คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ / ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

EXPERIENCES OF HEADACHE, MANAGEMENT STRATEGIES AND
HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH
MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY

ROMRUDEE KLIANGDA 5036806 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: KETSARIN UTRIYAPRASIT, Ph.D. (NURSING),
PRANGTIP CHAYAPUT, Ph.D. (NURSING), BUNPOT SITTHINAMSUWAN, M.D. M.Sc.

ABSTRACT

This research used a cross-sectional correlational design to explore the experience of headaches, management strategies, and the relationship between health-related quality of life in the headache experience in patients with mild traumatic brain injury. A sample of 88 mild traumatic brain injury patients aged 18 years or older who had first received follow-up treatment 2 weeks after hospitalization post injury at the tertiary hospital were approached.

The data were collected using questionnaires on demographic characteristics; the Brief Pain Inventory (BPI), which was modified to assess headache experience and management strategies; and WHOQOL-BREF-THAI, which was used to assess health-related quality of life. Descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation were employed for data analysis.

More than half of the participants were male (56.8%) with the average age of 38.4 ± 16.1 years. The most frequent cause of injury was motorcycle accidents (54.5%). Almost half underwent headache experiences (45.5%) and a majority of these patients had headaches with mild intensity. These patients described the characteristics of their headache as throbbing (32.5%), dullness (27.5%), pressure (20%) and sharp pain (5%). The majority of participants chose to use pain medication and sleep as the management strategies that were moderately effective.

Patients' overall health-related quality of life (HRQOL) was at a moderate level. The relationship between headache experiences and HRQOL was significantly and negatively related to the overall score, the dimensions of the physical, the environment, and the psychological dimension of HRQOL ($r = -.564$, $r = -.517$, $r = -.582$ at $p < .01$, and $r = -.346$ at $p < .05$ respectively). Only the social relationship dimension was not statistically significant with headache experiences.

From the research findings, it is recommended that the multidisciplinary care team should pay more attention to headache experiences in patients with traumatic brain injury and collaboration between related disciplinary care teams should be developed. Moreover, patients should have not only headache screening but clinical practice guidelines should be developed or nursing intervention should occur to enhance the HRQOL of those patients.

KEY WORDS: HEADACHE/ MANAGEMENT STRATEGY/ HEALTH-RELATED
QUALITY OF LIFE/ MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY

166 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	6
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	6
1.4 สมมติฐานการวิจัย	6
1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย	6
1.6 ขอบเขตการวิจัย	9
1.7 นิยามตัวแปร	9
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
2.1 อาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย	12
2.1.1 อุบัติการณ์และสาเหตุ	12
2.1.2 ลักษณะและอาการ	14
2.1.3 การรักษาอาการปวดศีรษะ	17
2.1.4 ปัญหาสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย	20
2.2 กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการ (Symptom management Model) ของ Dodd และคณะ (2001)	24
2.3 การจัดการอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย	28
2.3.1 ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการปวดศีรษะ	28
2.3.2 วิธีจัดการอาการปวดศีรษะ	30

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.3.3 ผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดศีรษะได้แก่ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย	34
2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดกับคุณภาพชีวิต ที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย	37
2.5 สรุป	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
3.2 แหล่งเก็บข้อมูล	42
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
3.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ	47
3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	48
3.6 การพิทักษ์สิทธิ์	50
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	51
บทที่ 4 ผลการวิจัย	52
บทที่ 5 การอภิปรายผล	68
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	77
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	82
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	106
รายการอ้างอิง	130
ภาคผนวก	140
ประวัติผู้วิจัย	166

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง	53
2. จำนวนและร้อยละข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยจำแนกข้อมูลทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง	56
3. จำนวนและร้อยละประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการประเมินอาการปวดศีรษะของกลุ่มตัวอย่าง	60
4. พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง	62
5. จำนวนและร้อยละของวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะที่เลือกใช้กับบุคคลที่ช่วยเหลือในการจัดการอาการปวดศีรษะของกลุ่มตัวอย่าง	63
6. จำนวน ร้อยละ และการแปลผลของวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะในเรื่องความถี่ในการใช้ต่อสัปดาห์กับประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดศีรษะในแต่ละวิธีของกลุ่มตัวอย่าง	64
7. ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของผลลัพธ์ของการจัดการได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	66
8. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนอง ต่ออาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย	67

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1. กรอบแนวคิดในการศึกษาประสบการณ์อาการปวดศีรษะ วิธีการอาการ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย	8
2. แสดงกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของดอคด์และคณะ 2001	25



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บศีรษะมีสาเหตุหลักมาจากอุบัติเหตุจราจร อัตราการเกิดการบาดเจ็บศีรษะจากทั่วโลกมีอัตราสูงขึ้นทุกปีและองค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณ์ว่าในปี 2030 อุบัติเหตุจราจรจะเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับ 5 และเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดการพึ่งพาที่มีสาเหตุจากโรคและการบาดเจ็บ (WHO, 2009) นอกจากนั้นการได้รับบาดเจ็บศีรษะยังเป็นปัญหาชีวิตหรือทำให้เกิดปัญหาเรื้อรังของประชากรในวัยทำงาน ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมส่วนใหญ่ของโลก (Cole, 2004; Ghajar, 2000; Sharma, 2008)

ในสหรัฐอเมริกา มีผู้บาดเจ็บศีรษะจำนวน 1.4 ล้านคนต่อปี เสียชีวิตประมาณปีละ 50,000 คน ได้รับความพิการ 5.3 ล้านคนในจำนวนนี้ได้เข้ารับการการรักษาในโรงพยาบาลคิดเป็น 403 รายต่อประชากร 100,000 คน (Langlois, Rutland-BrownT, & Thomas, 2004; The brain trauma foundation, 2007) จากการจำแนกตามโรคและสาเหตุของการเสียชีวิตของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าสาเหตุของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุและการเป็นพิษพบมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) และพบว่าอุบัติเหตุเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บศีรษะที่พบมากที่สุดและมักพบมากในกลุ่มวัยทำงาน (Evan, 2004; Tennant, 2005; Sharma, 2008) ในจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะมีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งซึ่งรู้ตัวภายหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะที่มีค่าผลรวมคะแนนกลาสโกว์ (Glasgow Coma Scale: GCS) ตั้งแต่ 13-15 จัดเรียกผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (Mild traumatic brain injury) (Rimel, Giordani, Boll, & Jane, 1981)

ในจำนวนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะทั้งหมด เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยถึงร้อยละ 50-85 (Kraus & Nourjah, 1989; Couch & Bearss, 2001) และร้อยละ 30-90 ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย จะตามมาด้วยกลุ่มอาการหลังการกระทบกระเทือน (Post-concussion syndrome หรือ PCS) (Legome & Wu, 2006) หนึ่งในอาการที่พบมากที่สุดคือ อาการปวดศีรษะ (Headache) พบได้ถึงร้อยละ 30-90 (Lew, Lin, Fuh, Wang, Clark et al., 2006; Mihalik, Guskiewicz, Mann, & Shields, 2007) ในขณะที่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลางและรุนแรงพบอาการปวดศีรษะเพียงร้อยละ 26 ส่วน

ใหญ่อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นจะหายภายใน 3-6 เดือน (Paniak, Reynolds, Phillips, Toller-Lobe, Melnyk et al., 2002) และอีกร้อยละ 7-15 จะยังคงมีอาการต่อไปเป็นปีหลังได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Hall Ryan, Hall Richard, & Chapman, 2005)

อาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเป็นอาการปวดศีรษะที่มีสาเหตุจากการได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะหรือคอ อาการปวดศีรษะหลังได้รับการบาดเจ็บ (posttraumatic headache หรือ PTH) จะเกิดภายใน 7 วันหลังได้รับการบาดเจ็บศีรษะหรือหลังมีการฟื้นฟูสภาพของความรู้สึกหลังได้รับการบาดเจ็บศีรษะ (ICHD, 2004) ลักษณะของอาการปวดศีรษะที่เกิดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะอาการปวดศีรษะแบบเครียด (tension-type) หรือแบบไมเกรน (migraine type) หรือพบทั้งสองแบบร่วมกัน (mixed type) (Lew et al., 2006) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับลักษณะของอาการปวดศีรษะในบุคคลทั่วไป

อาการปวดศีรษะในบุคคลทั่วไปนั้นสาเหตุเกิดจากการได้รับสิ่งกระตุ้นเช่น การทำงานที่หนักมากเกินไป การพักผ่อนไม่เพียงพอ อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ความเครียดหรือความวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งหากสามารถกำจัดหรือลดสิ่งกระตุ้นนั้นได้จะทำให้อาการปวดศีรษะนั้นหายไป แต่ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะพบว่าอาการปวดศีรษะมิได้มีสาเหตุจากการได้รับสิ่งกระตุ้น แต่เป็นผลจากการบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งทำให้เกิดการบาดเจ็บของสมอง มีการบาดเจ็บหรือฉีกขาดของแอกซอนทำให้เซลล์มีการทำงานที่ผิดปกติ เกิดการหลั่งกรดอะมิโน สารสื่อประสาท และซีโรโทนินที่มากเกินไป นอกจากนี้ยังพบว่าหลังการบาดเจ็บการอักเสบยังเป็นตัวการกระตุ้นให้เกิดอาการปวด ไม่เพียงเท่านั้น การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะยังทำให้ผิวหนังและกล้ามเนื้อบริเวณศีรษะ ใบหน้าและลำคอได้รับการบาดเจ็บร่วมด้วย ทำให้เกิดการดึงรั้งของผิวหนังและกล้ามเนื้อบริเวณดังกล่าวทำให้เกิดการกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึก (free nerve ending) ที่ผิวหนังและกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดศีรษะเกิดขึ้น (Hill, 1992) ทำให้อาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความรุนแรงและมีระยะเวลาของอาการปวดศีรษะที่ยาวนานขึ้น

การจัดการอาการปวดศีรษะที่เกิดกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามียุ่ด้วยกัน 2 กลุ่ม คือ การรักษาโดยการให้ยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยาเช่น การนวดกล้ามเนื้อ เทคนิคการผ่อนคลาย หรือการใช้ดนตรี เป็นต้น ซึ่งการรักษาจะให้ผลดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับกรณีและการวินิจฉัยและการใช้วิธีการที่เหมาะสมและรวดเร็ว (Lew et al., 2006) ในทางตรงข้ามหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ความปวดนั้นก็จะคงอยู่และอาจกลายเป็นความปวดเรื้อรังได้ในที่สุด ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Coda & Bonica, 2001; Zancocchi, Maero, Nicola, Martinelli, Luppino et al., 2007) แต่อย่างไรก็ตามในวิธีการจัดการอาการด้วยเทคนิคต่างๆ มิได้เกิดจากการจัดการกระทำหรือประสบการณ์จริงของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเอง

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นเป้าหมายหลักในการให้การดูแลรักษาของทีมสุขภาพซึ่งเป็นการให้ความสำคัญกับชีวิตของบุคคลแบบองค์รวม อาการปวดศีรษะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการดำรงบทบาทต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย (Physical) อารมณ์ (Emotional) การทำหน้าที่ในสังคม (Social functioning) และความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ของผู้ป่วยลดลง (Bussone, Usai, Grazzi, Rigamonti, Solari et al., 2004; Clapp, Beck, Palyo, & Grant, 2008) ทั้งนี้หากสามารถจัดการเกี่ยวกับอาการปวดศีรษะและให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตและดำเนินบทบาทต่างๆ ต่อไปในสังคมได้เร็วทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น (Emanuelson, Andersson, Bjorklund, & Stalhammar, 2003)

สุขภาพเป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต การวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (health-related quality of life) จึงมีความจำเป็นและยังเป็นตัวบ่งบอกถึงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญมากอย่างหนึ่งนอกเหนือจากอายุขัยหรือการมีชีวิตรอด ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้มีการให้ความสำคัญกับการวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพเป็นผลลัพธ์ที่ปรากฏออกมาจากการรายงานของผู้ป่วยเอง ในขณะที่ทางการแพทย์ได้นำมาใช้เป็นการประเมินคุณภาพในการดูแลในมิติด้านสุขภาพ ซึ่งพิจารณาจากผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ว่าจะเป็นสัญญาณและอาการ การเจ็บป่วย และการตาย (Hughes, Kaplan, Coons, Draugalis, Johnson et al., 1997; Mackensen & Bullinger, 2004) โดยข้อมูลที่ได้สามารถบ่งบอกได้ถึงกิจกรรมที่จะให้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ นอกจากนี้ในด้านของผู้ป่วยเองจะทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงโรคและผลการรักษาว่ามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (Maihan, Azouvi, & Dazord, 2005; Stancin, Frotar, Taylor, Yeates, Wade et al., 2002)) ในกลุ่มของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีอาการปวดศีรษะหลังได้รับการบาดเจ็บ พบว่าอาการปวดศีรษะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย การรู้คิดและจิตสังคมนานกว่า 6 เดือน หรืออาจนานเป็นระยะเวลาหลายปี (Emanuelson, Andersson, Bjorklund, & Stalhammar, 2003; Packard & Ham, 1994; Paniak et al., 2002) แต่ในประเทศไทยพบว่ายังมีจำนวนน้อยที่ศึกษาถึงผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะว่าภายหลังจากผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะแล้วมีประสบการณ์อาการปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพเป็นอย่างไรและอาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหรือไม่ อย่างไร

จากการทบทวนวรรณกรรม ในประเทศไทยพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับอาการปวดและอาการปวดศีรษะและวิธีจัดการอาการด้วยวิธีต่างๆ เพื่อลดอาการปวดนั้นเป็นการศึกษาอาการปวดในบุคคลทั่วไป มีเพียงการศึกษาเดียวเท่านั้นที่ทำการศึกษาในการใช้สมมติต่อการลดอาการปวดศีรษะในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยแต่การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาเพียงวิธีจัดการอาการปวด

ศีรษะเท่านั้นและมีได้กล่าวถึงประสบการณ์อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์ของผู้ป่วย และผลลัพธ์ของการจัดการอาการได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพภายหลังการได้ใช้วิธีการจัดการอาการว่าเป็นอย่างไร ในขณะที่อาการปวดศีรษะซึ่งนับเป็นปัญหาอันดับ 1 ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย และเป็นกลุ่มประชากรผู้บาดเจ็บศีรษะที่มีจำนวนมากที่สุด ยังพบว่ามีศึกษาน้อยทั้งที่อาการปวดศีรษะมีความซับซ้อนและยังคงอยู่เป็นระยะเวลานานและรุนแรงกว่าอาการปวดศีรษะจากสาเหตุอื่นทั่วไป ส่วนวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะ (Management strategies) พบว่ามีเพียงการรักษาตามอาการและแบบประคับประคองอาการที่เกิดขึ้น (Walker, 2004) จากประสบการณ์การทำงานพบว่าเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเข้ารับการรักษาภายในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลโดยการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด มีการประเมินสัญญาณชีพ ประเมินคะแนนกลาสโกว์ และได้รับการงดอาหารและน้ำดื่มอย่างน้อย 12 ชั่วโมง หากภายใน 24 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บไม่พบอาการผิดปกติใดๆ และมีคะแนนกลาสโกว์เท่ากับ 15 ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยปกติผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่เกิน 72 ชั่วโมง หากไม่พบความผิดปกติใดๆ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

หากผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยรายใดมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนมาก หรือมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาต่อในโรงพยาบาล จนกว่าอาการจะบรรเทาลงและสามารถที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวพร้อมเอกสารคำแนะนำเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ในกรณีที่ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะหรือคลื่นไส้อาเจียนอยู่ จะได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการดังกล่าวกลับไปรับประทานต่อที่บ้านด้วย ในส่วนของคำแนะนำเน้นเรื่องอาการผิดปกติที่ควรกลับมาพบแพทย์ แต่ยังขาดการวิธีการจัดการอาการที่เฉพาะเจาะจงต่ออาการที่เกิดและอาการที่อาจพบภายหลังการบาดเจ็บศีรษะที่ผู้ป่วยอาจจะต้องเผชิญทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ดังนั้นหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้าน ทีมสุขภาพจะไม่ทราบเลยว่าผู้ป่วยจะมีวิธีการจัดการอาการอย่างไรกับอาการที่เกิดขึ้น หรือวิธีการจัดการอาการที่เลือกใช้นั้นถูกหรือผิด เหมาะสมหรือไม่และส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย และจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่าบุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพร่างกายที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น แต่อย่างไรก็ตามพบว่าการบริหารทางด้านสุขภาพในส่วนของการให้คำแนะนำยังเป็นนามธรรมหรือการเข้าใจถึงเป็นเรื่องยากทำให้ผู้รับขาดความเชื่อและความรู้ในเรื่องดังกล่าวทำให้เกิดความยุ่งยากในการนำไปปฏิบัติ ทำให้การให้ความรู้หรือข้อมูลของทีมสุขภาพเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหาและกิจกรรมในการดูแลตนเองที่ให้แก่ผู้ป่วยไม่ได้ผล เนื่องมาจากว่า

ความรู้และทักษะที่ได้ให้แก่ผู้ป่วยในการแก้ไขสถานการณ์ต่างๆที่เป็นปัญหาเฉพาะที่เกิดขึ้นไม่สามารถที่จะใช้ได้กับปัญหาอื่นที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นจึงทำให้บุคคลแสวงหาความช่วยเหลือหรือความรู้เพื่อนำมาจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจากแหล่งประโยชน์อื่นเพิ่มเติมไม่ว่าจะเป็นจากเพื่อนญาติ ผู้ที่ประสบการณ์ปัญหาเช่นเดียวกันหรือแม้แต่ข้อมูลข่าวสารต่างๆที่มีอยู่ทั่วไป (Johnson et al., 1985; Johnson, Fieler, Wlasowicz et al., 1997; Johnson et al., 1988; Johnson, Rice et al., 1978 cited in Johnson, 1999) แต่หากข้อมูลข่าวสารหรือแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับและนำมาใช้ในการจัดการด้วยตนเองนั้นไม่มีการติดตามเพื่อประเมินถึงวิธีการจัดการและผลของการจัดการว่ามีความถูกต้องเหมาะสมเพียงใด อาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่เลวลงจากการเลือกใช้วิธีการที่ไม่เหมาะสม แต่หากการจัดการที่ผู้ป่วยเลือกใช้ในการนำมาจัดการด้วยตนเองนั้นมีประสิทธิภาพและเหมาะสมจะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมความรู้ ความสามารถและความเชื่อมั่นในการดูแลจัดการด้วยตนเอง ช่วยลดการพึ่งพา และค่าใช้จ่าย นอกจากนั้นทีมสุขภาพยังสามารถนำรูปแบบที่ผู้ป่วยนำไปใช้ในการจัดการด้วยตนเองที่ประสบความสำเร็จไปบูรณาการกับองค์ความรู้ทางการแพทย์เพื่อเป็นข้อมูลในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เดียวกันและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยต่อไป

นอกจากนั้นหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลยังมิได้มีการติดตามภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลว่าผู้ป่วยมีอาการเป็นอย่างไร จนกว่าผู้ป่วยจะมาตรวจตามนัดซึ่งแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้นัด แพทย์จะซักถามพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาต่างๆที่ผู้ป่วยต้องเผชิญภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการให้การรักษาคำแนะนำที่แพทย์มีต่อผู้ป่วยเท่านั้น โดยทีมสุขภาพอื่นอาจมีส่วนเกี่ยวข้องเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ดังนั้นข้อมูลเกี่ยวกับอาการปวดศีรษะ วิธีการจัดการอาการปวดศีรษะที่ผู้ป่วยเลือกใช้ขณะอยู่ที่บ้านได้ผลหรือถูกวิธีหรือไม่อย่างไรนั้น อาจมีข้อจำกัดต่อพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นหากทราบถึงอาการ วิธีการจัดการอาการปวดศีรษะที่ผู้ป่วยเลือกใช้ด้วยตนเองเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล จะเป็นประโยชน์ต่อทีมสุขภาพในการวางแผนจัดการให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาถึงประสบการณ์อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของผู้ป่วยและวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะที่ผู้ป่วยเลือกใช้ในการจัดการอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้น และผลลัพธ์ของการจัดการอาการได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านเป็นอย่างไร ตลอดจนศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะกับผลลัพธ์ของการจัดการอาการได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

ผลการศึกษาจะช่วยให้นักวิชาการทีมสุขภาพสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการอาการปวดศีรษะและนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการลดอาการปวดศีรษะที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพดีขึ้น

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย มีประสบการณ์อาการปวดศีรษะได้แก่ การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะอย่างไร
2. ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะอย่างไร
3. ผลลัพธ์ของการจัดการอาการได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเป็นอย่างไร
4. ประสบการณ์อาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์อาการปวดศีรษะได้แก่ การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย
2. เพื่อศึกษาวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการอาการได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

สมมติฐานการวิจัย

ประสบการณ์อาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

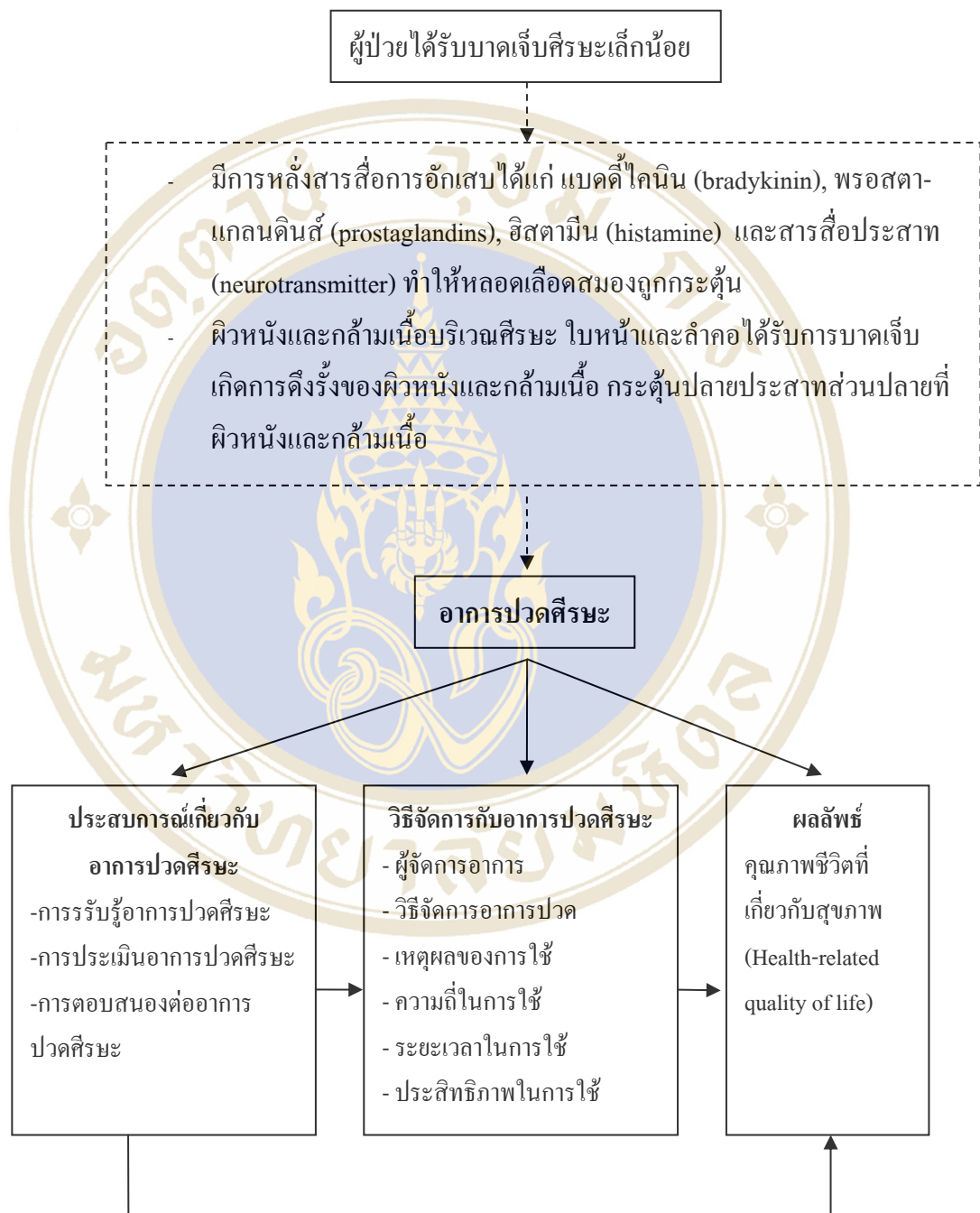
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการ (Symptom management Model) ของคอดด์ และคณะ (2001) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา ซึ่งกรอบแนวคิดประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันคือ ประสบการณ์อาการ (Symptom experience) วิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ของการจัดการ (Outcomes) ซึ่งประสบการณ์อาการ

(Symptom experience) มีความเป็นพลวัต โดยครอบคลุมเกี่ยวกับการรับรู้อาการของผู้ป่วย (Perception of symptoms) การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) และการตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) เมื่อผู้ป่วยได้รับประสบการณ์อาการ จะทำให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงการรับรู้อาการที่เกิดขึ้น มีการประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการ ทำให้ผู้ป่วยพยายามหาวิธีจัดการอาการที่เกิดขึ้น (Symptom management strategies) ด้วยวิธีต่างๆ ที่แตกต่างกัน ประกอบไปด้วย บุคคลที่เป็นผู้จัดการกับอาการที่เกิดขึ้น วิธีจัดการอาการที่เลือกใช้ เหตุผลการใช้ ความถี่ในการใช้ ระยะเวลาที่ใช้ และวิธีจัดการอาการที่เลือกใช้จะเป็นตัวบ่งชี้ได้ถึงผลลัพธ์ (Outcomes) ที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลต่อผู้ป่วยในด้านคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย การดูแลตนเอง ค่าใช้จ่าย สภาพอารมณ์ การเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตาย ซึ่งนอกจาก 3 มิติหลักแล้ว ยังมีองค์ประกอบด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยเข้ามามีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ (Symptom experience) วิธีจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ของการจัดการ (Outcomes)

โดยการศึกษาครั้งนี้ศึกษาถึงประสบการณ์อาการปวดศีรษะ (Headache experience) วิธีจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Outcomes) ได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-related quality of life) ของผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย ประสบการณ์อาการปวดศีรษะ (Headache experience) ศึกษาถึงการรับรู้อาการปวดศีรษะ การประเมินอาการปวดศีรษะและการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะของผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย โดยการรับรู้อาการปวดศีรษะหมายถึงการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้หรือรู้สึก โดยผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองว่าร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมคือมีอาการปวดศีรษะเกิดขึ้น การประเมินอาการปวดศีรษะหมายถึงการพิจารณาของผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะของอาการปวดศีรษะ ตำแหน่ง ความถี่ของการเกิดอาการปวดศีรษะ สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะมากขึ้น เวลาที่เริ่มมีอาการปวดศีรษะ และความรุนแรงของอาการปวดศีรษะ การตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะหมายถึงการที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมสังคมและพฤติกรรมเกิดขึ้น วิธีจัดการอาการ (Symptom management strategies) ศึกษาถึงวิธีจัดการอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่ผู้ป่วยนำมาปฏิบัติโดยผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการกระทำที่สามารถบรรเทาหรือจัดการอาการปวดศีรษะได้ ประกอบด้วย บุคคลที่เป็นผู้จัดการอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้น วิธีจัดการอาการปวดศีรษะที่เลือกใช้คืออะไร เหตุผลในการใช้วิธีนั้น ความถี่ในการใช้เท่าไร ระยะเวลาที่ใช้นานเท่าไร และประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดศีรษะเป็นอย่างไร ส่วนผลลัพธ์ของการจัดการ (Outcomes) ได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นผลมาจากการจัดการอาการปวดศีรษะของผู้ป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์อาการปวดศีรษะของผู้ป่วยด้วย โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้

การนำกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการ (Symptom management Model) ของคอคด์ และคณะ (2001) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้สามารถอธิบายได้ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาประสบการณ์อาการปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์อาการปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (Mild traumatic brain injury) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการตรวจตามนัด หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง ในส่วนภาคกลาง ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง กันยายน 2552

นิยามศัพท์

ประสบการณ์อาการปวดศีรษะ ได้แก่ การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ (Dodd, Janson, Facione, Faucett, Froelicher et al., 2001) ในที่นี้ศึกษาถึง การรับรู้อาการ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

การรับรู้อาการปวดศีรษะ หมายถึงการที่บุคคลมีการรับรู้และรู้ตัวว่าร่างกาย หรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม (Dodd et al., 2001) ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง การรับรู้ว่ามีอาการปวดศีรษะเกิดขึ้นของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

การประเมินอาการปวดศีรษะ หมายถึงการที่บุคคลมีการพิจารณาเกี่ยวกับ ลักษณะของอาการปวดศีรษะ (Characteristic) ตำแหน่ง (Location) ความถี่ของอาการปวดศีรษะ สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะมากขึ้น เวลาที่เริ่มมีอาการปวดศีรษะ และความรุนแรงของอาการปวดศีรษะ (Dodd et al., 2001) ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย พิจารณาถึงลักษณะของอาการปวดศีรษะ ตำแหน่ง ความถี่ สาเหตุ เวลาที่เริ่มมีอาการและความรุนแรงของอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้น

การตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะ หมายถึงปฏิกิริยาต่ออาการที่เกิดขึ้น ทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมสังคมและพฤติกรรม (Dodd et al., 2001) ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึงผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นผลมาจากอาการปวดศีรษะ

วิธีจัดการอาการปวดศีรษะ หมายถึงวิธีจัดการอาการปวดศีรษะที่ผู้ป่วยเลือกนำมา ปฏิบัติเพื่อเป็นการบรรเทาหรือขจัดอาการปวด โดยการจัดการอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามความยินยอมของผู้ป่วย วิธีจัดการอาการมีความเฉพาะเจาะจงว่า ใครเป็นคนจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการที่ใช้คืออะไร ใช้เมื่อไร ใช้ที่ไหน ทำไมต้องใช้ ใช้อย่างไร และใช้มากน้อยแค่ไหน (Dodd et al., 2001) ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง วิธีจัดการกับอาการปวด

ศีรษะหลังจากการได้รับบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยประกอบไปด้วย บุคคลที่เป็นผู้จัดการ ผู้จัดการที่เลือกใช้ เหตุผลในการใช้ ความถี่ ระยะเวลาที่ใช้ และประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดศีรษะ

ในการศึกษาครั้งนี้ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวดศีรษะและวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยสามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์อาการปวดศีรษะและวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบสัมภาษณ์อาการปวดและวิธีการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บข้อศอกประสาทส่วนแขนภายหลังการผ่าตัดของพรทิพย์ สาริโส (2552) มาใช้ในการประเมินประสบการณ์อาการปวดศีรษะ และวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ซึ่งในส่วนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวด พัฒนามาจากแบบประเมินอาการปวด (Brief Pain Inventory) ของกลุ่มวิจัยความปวด ภาควิชาประสาทวิทยา มหาวิทยาลัยวิสคอนซิน เมดิสัน (Pain research group, Department of Neurology, University of Wisconsin-Medison) (Cleeland, 1994) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย Khlongyant ในปี ค.ศ. 2001 เพื่อใช้ในการประเมินเกี่ยวกับประสบการณ์อาการปวดศีรษะใน 3 ด้าน คือ 1) การรับรู้อาการปวดศีรษะ 2) การประเมินอาการปวดศีรษะ และ 3) การตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะ และในส่วนของการจัดการอาการปวดได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของคอดด์ และคณะ (2001)

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลในการประเมินผลกระทบจากความเจ็บป่วยหรือการรักษาซึ่งมีความสำคัญกับการมีชีวิตอยู่ประกอบด้วยหลายมิติได้แก่ การทำหน้าที่ ด้านร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์ และสังคม (Cella, 1995) ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยต่อคุณภาพที่เกี่ยวข้องสุขภาพในด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม สามารถวัดได้โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) พัฒนาโดย นพ.สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2541)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. บุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับประสบการณ์อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย วิธีการจัดการอาการปวด ที่ผู้ป่วยเลือกในการจัดการอาการปวดศีรษะด้วยตนเองและผลลัพธ์ของการจัดการอาการไปประยุกต์ใช้ในการบรรเทาอาการปวดศีรษะที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถแนะนำวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะที่สามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพให้กับผู้ป่วยได้

2. พยาบาลและนักวิจัยทางการแพทย์สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนางานวิจัยทางการแพทย์ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นการขยายขอบเขตความรู้ให้กว้างขวางต่อไป

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบความสัมพันธ์แบบตัดขวางตามช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional correlational design) โดยศึกษาถึงประสบการณ์อาการปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย ได้มีการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้

- 2.1. อาการปวดศีรษะในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย
 - 2.1.1 อุบัติการณ์และสาเหตุ
 - 2.1.2 ลักษณะและอาการ
 - 2.1.3 การรักษาอาการ
 - 2.1.4 ปัญหาสุขภาพในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย
- 2.2 กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการ (Symptom management Model) ของคอดด์และคณะ (2001)
- 2.3 การจัดการอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย
 - 2.3.1 ประสบการณ์อาการปวดศีรษะ ได้แก่ การรับรู้อาการปวดศีรษะ การประเมินอาการปวดศีรษะ และการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะ
 - 2.3.2 วิธีจัดการอาการปวดศีรษะ
 - 2.3.3 ผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดศีรษะ ได้แก่ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related quality of life) ในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย
- 2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related quality of life) ในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย
- 2.5 สรุป

2.1 อาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

2.1.1 อุบัติการณ์และสาเหตุ

อาการปวดศีรษะเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและในจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทั้งหมดพบว่าอุบัติการณ์การเกิดอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีมากกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลางและรุนแรง (Cratlidge & Shaw, 1981) ซึ่งอัตราการเกิดอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยอยู่ที่ร้อยละ 30-90 (Baandrup & Jensen, 2004; Nicholson, 2004; Packard, 1999; Solomon, 2001) ในขณะที่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางและรุนแรงพบอาการปวดศีรษะเพียงร้อยละ 26 (Paniak et al., 2002) นอกจากนี้การเกิดอาการปวดศีรษะพบว่ากว่าร้อยละ 50 จะเกิดขึ้นขณะเข้ารับการรักษาอยู่โรงพยาบาล ร้อยละ 36 อาการปวดศีรษะเกิดขึ้นเมื่อจำหน่ายกลับบ้านไปแล้ว (Cratlidge & Shaw, 1981) โดยมากอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บจะหายภายใน 3-6 เดือน มีเพียงร้อยละ 7-15 ที่ยังคงมีอยู่เป็นปีหลังการบาดเจ็บ (Hall Ryan et al., 2005) นอกจากนี้บางรายงานยังพบว่าอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บยังคงมีอาการนานกว่า 6 เดือนสูงถึงร้อยละ 44 และร้อยละ 20 จะมีอาการปวดศีรษะอยู่ต่อไปจนกระทั่งถึงประมาณ 4 ปี (Martelli, Grayson Capt., & Zasler, 1999)

การบาดเจ็บศีรษะร้อยละ 30-42 พบว่าเกิดจากการได้รับอุบัติเหตุโดยตรงต่อศีรษะ และสาเหตุหลักของการบาดเจ็บศีรษะพบว่า ร้อยละ 20-30 เกิดจากอุบัติเหตุทางท้องถนน ร้อยละ 13 ตกจากที่สูง ร้อยละ 11 จากความรุนแรง ร้อยละ 8 ถูกตีด้วยวัตถุ และร้อยละ 2 ตกจากม้า (Baandrup & Jensen, 2004; Packard, 1999) สาเหตุของการบาดเจ็บดังกล่าวทำให้ศีรษะและสมองได้รับการกระทบกระเทือน จากการได้รับแรงกระแทกโดยตรงที่ศีรษะและการเกิดแรงเร่ง-แรงเฉื่อย (acceleration-deceleration) เกิดการหมุนหรือบิดตัวของกะโหลกศีรษะและสมองมีผลทำให้แอกซอนได้รับบาดเจ็บหรือฉีกขาดทำให้เซลล์ประสาทมีการดีโพลาไรซ์เซชัน (depolarization) เป็นผลทำให้เซลล์ทำงานผิดปกติและมีการทำลายเซลล์เกิดขึ้น เมื่อเซลล์ประสาทมีการดีโพลาไรซ์เซชันเป็นผลทำให้มีการหลั่งกรดอะมิโนมากเกินไปโดยเฉพาะ กลูตาเมต (glutamate) มีการหลั่งสารสื่อประสาท เช่น อะซิติลโคลีน (acetylcholine), สารพี (substance P), แอสปาร์เตต เอซิด (aspartate acid) มีการหลั่งซีโรโทนิน (serotonin) ที่ผิดปกติ มีการสูญเสียแคลเซียมและแมกนีเซียมซึ่งมีผลทำให้เกิดการลดลงของกิจกรรมการเผาผลาญในสมอง (cerebral metabolic activity) (Packard, 1999) และนอกจากนั้นยังพบว่ามีสารนิวโรเปปไทด์ส (neuropeptides) เกิดขึ้นอยู่บริเวณเส้นใยประสาทส่วนปลายอีกด้วยเช่นกัน ซึ่งสารนิวโรเปปไทด์สนี้จะส่งผลกระทบต่อระบบการไหลเวียนโลหิตที่สมองบริเวณปลายประสาทส่วนปลายของหลอดเลือดสมอง ที่ทำตัวเปรียบเสมือนตัวส่งสัญญาณประสาท

(neurotransmitters) ประกอบไปด้วย นิวโรเปปไทด์ วาย (neuropeptide Y) สารพี (substance P) แคลซิโทนิน จิน ที่เกี่ยวกับเปปไทด์ (calcitonin-gene-related peptide) และโพลิเปปไทด์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของหลอดเลือด (vasoactive intestinal polypeptide) ซึ่งเชื่อว่าเป็นผลทำให้เกิดการหดและขยายตัวของหลอดเลือดสมองและเป็นตัวส่งผ่านทำให้เกิดการกระตุ้นที่บริเวณระบบประสาทส่วนกลาง (Edvinsson, L., 1985; Larsson, L., Edvinsson, L., Fahrenkrug, J et.al., 1976 cited in Packard and Ham, 1994) และนอกจากสารต่างๆที่กล่าวมาแล้ว ยังพบว่าการหลั่งของสารสื่อการอีกเสบรวมด้วย เช่น แบริคตินิน (bradykinin), พรอสตาแกลนดินส์ (prostaglandins), ฮิสตามีน (histamine) นอกจากจะเป็นการกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกที่หลอดเลือดทำให้เกิดอาการปวดแล้วยังมีผลทำให้หลอดเลือดมีการขยายตัวและมีการซึมผ่านของสารผ่านทางหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดสมองบวม เส้นเลือดมีการขยายตัว ทำให้เกิดการกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกที่หลอดเลือดมีผลทำให้เกิดอาการปวดเกิดขึ้นได้อีกทาง (Ross & Narendra, 2005) นอกจากนั้นการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะยังทำให้ผิวหนังและกล้ามเนื้อบริเวณศีรษะ ใบหน้าและลำคอได้รับการบาดเจ็บร่วมด้วย ทำให้เกิดการดึงรั้งของผิวหนังและกล้ามเนื้อ เกิดการกระตุ้น ปลายประสาทรับความรู้สึกที่ผิวหนังและกล้ามเนื้อ การได้รับการกระตุ้น ปลายประสาทรับความรู้สึกดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดศีรษะเกิดขึ้น (Hill, 1992) หลังจากปลายประสาทได้รับการกระตุ้นแล้วจะมีการส่งสัญญาณไปทาง ascending pain pathway ส่งความปวดขึ้นไปยังก้านสมอง (brain stem) สมองส่วนกลาง (midbrain) ผ่านทางเซลล์ประสาทต่อไปที่ทาลามัส (thalamus) ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) และถูกส่งต่อไปยังสมองส่วน ซีรีบรัลคอร์เทกซ์ (cerebral cortex) และระบบลิมบิก (limbic system) (Hickey, 2003) ทำให้เกิดความไม่สบาย การรู้อาการปวดและจดจำรวมทั้งการตอบสนองต่ออาการปวดที่เกิดขึ้น

อาการปวดศีรษะเป็นการแสดงถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นจากระบบประสาท กระดูก กล้ามเนื้อ และหลอดเลือด ซึ่งอาการปวดศีรษะไม่เพียงแต่เป็นปัญหาทางด้านร่างกายเท่านั้นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดศีรษะเกิดขึ้น แต่ปัญหาทางด้านจิตสังคมยังเป็นปัญหาอีกปัญหาหนึ่งที่มีส่วนทำให้เกิดอาการปวดศีรษะได้เช่นเดียวกัน (Martelli, Grayson, Capt, & Zasler, 1999; Martelli, Zasler, Bender, & Nicholson, 2004)

2.1.2 ลักษณะและอาการ

ในปี 2004 องค์กรจัดประเภทอาการปวดศีรษะนานาชาติ (The International Headache Society Classification of Headache Disorders: ICHD) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า อาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บ (Posttraumatic headache: PTH) ว่าเป็นอาการปวด

ศีรษะที่เกิดขึ้นภายใน 7 วันหลังการบาดเจ็บศีรษะหรือหลังการรู้สึกตัวดีขึ้นจากการบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งการบาดเจ็บศีรษะจะประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้คือ

1. จะต้องไม่มีการสูญเสียความรู้สึก หรือมีการสูญเสียความรู้สึกน้อยกว่า 30 นาที
2. ระดับคะแนนกลาสโกว์มากกว่าหรือเท่ากับ 13
3. มีอาการหรือสัญญาณของการได้รับการกระทบกระเทือนที่ศีรษะ

นอกจากนั้นยังได้แบ่งลักษณะของการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บออกเป็น 2 ลักษณะ คืออาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บเฉียบพลัน (Acute posttraumatic headache) และอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บเรื้อรัง (Chronic posttraumatic headache)

อาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บเฉียบพลันคือ อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นหลังจากการบาดเจ็บศีรษะภายใน 7 วัน ไม่มีการสูญเสียความรู้สึกตัวหรือมีการสูญเสียความรู้สึกตัวน้อยกว่า 30 นาที คะแนนกลาสโกว์มากกว่าหรือเท่ากับ 13 มีอาการหรือสัญญาณของการได้รับการกระทบกระเทือนที่ศีรษะและอาการปวดศีรษะจะหายภายใน 3 เดือน

อาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บเรื้อรังคือ อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นหลังจากการบาดเจ็บศีรษะหรือหลังการฟื้นความรู้สึกตัวภายใน 7 วัน ไม่มีการสูญเสียความรู้สึกตัวหรือมีการสูญเสียความรู้สึกตัวน้อยกว่า 30 นาที คะแนนกลาสโกว์มากกว่าหรือเท่ากับ 13 มีอาการหรือสัญญาณของการได้รับการกระทบกระเทือนที่ศีรษะและอาการปวดศีรษะจะยังคงอยู่มากกว่า 3 เดือน ซึ่งอาจจะมีผลการทดสอบทางจิตประสาท (Neuropsychiatric testing) คลื่นสมอง (Electroencephalogram) ภาพถ่ายรังสีสมอง (Neuroimaging) น้ำไขสันหลัง (Cerebrospinal fluid) หรือการทดสอบการทรงตัว (Vestibular studies) ที่ปกติหรือผิดปกติก็ตาม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังพบว่ามีรายงานถึงลักษณะอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะออกเป็นลักษณะอาการต่างๆ ดังนี้ อาการปวดศีรษะแบบเครียด (Tension-type PTHA) แบบไมเกรน (Posttraumatic migraine headache) แบบคลัสเตอร์และ แบบเซอร์วิโคเจนิค (Cervicogenic headache) (Evan, 2004; Lew et al., 2006; Rodonov et al., 2001; Walker et al., 2006)

อาการปวดศีรษะแบบเครียด เป็นอาการปวดศีรษะที่เป็นผลมาจากการดึงรั้งของส่วนต่างๆ ที่ทำให้เกิดการปวดได้ภายในกะโหลก อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นในแต่ละวันซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกแบบตื้อๆ (dull) ปวดร้าว (aching) ซึ่งมีความรุนแรงของอาการที่แตกต่างอาจเป็นแบบเรื้อรัง (chronic) หรือแบบช่วง (episodic)

แบบไมเกรน เป็นอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงในการหดหรือขยายตัวของหลอดเลือด (vasomotor disturbance) บริเวณศีรษะ นอกจากนั้นยังมีการเปลี่ยนแปลง

ของระบบประสาทซึ่งจะมีปรากฏการณ์ก่อนหลอดเลือด การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีต่างๆ เกิดขึ้นด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงของซีโรโทนิน (serotonin) แคทีโคลามีนส์ (catecholamines) และเปปไทด์ (peptide) เป็นต้น อาการปวดศีรษะจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในแต่ละวัน ซึ่งไม่มีความแน่นอน อาการปวดศีรษะมักจะเริ่มมีอาการบริเวณซีกใดซีกหนึ่งก่อน โดยมากจะปวดบริเวณขมับก่อน อาการปวดจะเป็นแบบตื้อๆ จะมีความรุนแรงของการเกิดที่เพิ่มขึ้นและกลายเป็นแบบปวดตุ๊บ

แบบคลัสเตอร์ กลไกของการเกิดอาการปวดศีรษะยังไม่เป็นที่ชัดเจน เชื่อว่าเป็นอาการปวดที่ศีรษะที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและพบว่าการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีต่างๆ เช่นเดียวกับแบบไมเกรน เช่น ซีโรโทนิน สารพีและเอ็นโดฟิน (endorphine) เป็นต้น แต่เชื่อว่ากลไกการเกิดอาการปวดศีรษะนั้นแตกต่างกัน เนื่องจากลักษณะทางคลินิกหลายอย่างที่แตกต่างกัน อาการปวดศีรษะแบบคลัสเตอร์จะมีเกิดเป็นชุดๆ มักจะเกิดเวลาเดียวกันในแต่ละวัน

แบบเซอร์วิโคเจนิก เป็นอาการปวดศีรษะที่มีความรู้สึกแบบกว้างๆ ก้ำกึ่งกันระหว่างอาการปวดศีรษะแบบเครียดและแบบไมเกรน ซึ่งอาจเกิดจากโครงสร้างของกระดูกบริเวณคอหรือเนื้อเยื่ออ่อน ซึ่งไม่มีความจำเพาะเจาะจงและอาการปวดศีรษะแบบเซอร์วิโคเจนิกยังเกิดจากการได้รับการกระตุ้นอาการปวดของระบบไตรเจมินอล (trigeminal system) ซึ่งการถูกรบกวนของเส้นประสาทบริเวณดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดอาการปวดบริเวณด้านหน้า ด้านข้างของศีรษะ หรือบริเวณหู (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2533; Duarte & Zaidi, 2005; ICHD, 1988; Packard & Ham, 1993; Packard, 1999)

ในส่วนของคุณลักษณะอาการปวดศีรษะดังกล่าวข้างต้นพบในรายงานการวิจัยของ Lew และคณะ (2006) พบว่าคุณลักษณะของอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่จะเป็นคุณลักษณะอาการปวดศีรษะแบบเครียด (tension-type) ร้อยละ 37 แบบไมเกรน (migraine type) ร้อยละ 29 หรือพบทั้งสองแบบร่วมกัน (mixed type) ซึ่งสอดคล้องกับ Evan (2004) พบว่าอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บจะมีลักษณะของอาการปวดศีรษะเป็นลักษณะแบบเครียด (tension-type headache) ถึงร้อยละ 85 นอกจากนั้นบริเวณของการเกิดอาการปวดศีรษะพบแบบทั่วไป (generalized) ทั้งศีรษะ บริเวณท้ายทอย หน้าผาก ขมับ และรอบศีรษะ ส่วนรูปแบบของอาการปวดศีรษะจะมีรูปแบบถูกบีบ (pressure) รััดแน่น (tight or pressure) หรือตื้อๆ (dull) จากการศึกษาของ Walker และคณะ 2005 ที่ศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลางและรุนแรงจำนวน 109 คน พบว่าผู้ป่วยมีการบรรยายอาการปวดศีรษะแบบตื้อๆ ร้อยละ 43 แบบจี๊ด ร้อยละ 35 แบบเต้นเป็นจังหวะ ร้อยละ 13 แบบบีบ ร้อยละ 8 และแบบอื่นๆ ร้อยละ 3 นอกจากนี้ยังได้แบ่งชนิดของอาการปวดศีรษะโดยแยกออกเป็นแบบไมเกรน (vascular) แบบเครียด (muscle contraction) ผสมระหว่างแบบไมเกรนและเครียด (mixed) และอื่นๆ พบว่าอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเป็นแบบไมเกรน เครียด และผสมกันระหว่างไม

เกรนและเครียดจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 26 และอื่นๆ ร้อยละ 21 สอดคล้องกับการศึกษาของ Radonov และคณะ (2001) ได้ทำการวิเคราะห์ห่อการปวดศีรษะในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะเรื้อรัง หลังการบาดเจ็บ พบว่าลักษณะการปวดศีรษะมีลักษณะแบบเครียด ร้อยละ 37 แบบไมเกรน ร้อยละ 27 แบบเซอร์วิโคเจนิค (cervicogenic headache) ร้อยละ 18 และอีกร้อยละ 18 มีอาการที่ไม่สามารถบอกลักษณะได้ ในส่วนของรูปแบบอาการปวดศีรษะพบว่าเป็นแบบถูกบีบ รััดแน่น เต็มเป็น จังหวะ (pulsatile) ปวดแสบร้อน (burn) ปวดทันที (stitching) ซึ่งรูปแบบของอาการปวดศีรษะพบ ได้ทั้งรูปแบบเดียวหรือมากกว่าหนึ่งรูปแบบในการเกิดอาการปวดศีรษะ

จากการศึกษาของ Gurr และ Coetzer (2004) ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะหลังการ บาดเจ็บในช่วงอายุระหว่าง 22-72 ปี พบว่า มีอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บเป็นแบบเครียด ร้อยละ 58.5 แบบไมเกรน ร้อยละ 17.1 และร้อยละ 9.8 มีอาการปวดศีรษะทั้งลักษณะแบบเครียด และไมเกรน นอกจากนั้นยังพบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยของการเกิดอาการปวดศีรษะอยู่ที่ 10.46 ชั่วโมงต่อ วัน และใน 1 เดือนจะมีค่าเฉลี่ยของอาการปวดศีรษะอยู่ที่ 14 วันต่อเดือน ในส่วนของการประเมิน ความรุนแรงของอาการปวดศีรษะพบว่าร้อยละ 8.9 มีระดับของอาการปวดศีรษะอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 26.89 ระดับปานกลางและร้อยละ 63.4 ระดับรุนแรง ลักษณะของอาการปวดศีรษะ พบว่า ร้อยละ 28.81 เป็นแบบรััดแน่นและถูกบีบ ร้อยละ 18.64 แบบเต็มเป็นจังหวะ ร้อยละ 15.25 แบบถูก แทะหรือแหลมคม (stabbing and sharp) และร้อยละ 5.09 เป็นแบบอื่นๆ นอกจากนี้ยังพบลักษณะ ของอาการปวดศีรษะมากกว่า 2 ลักษณะขึ้นไป

แต่อย่างไรก็ตามการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวเป็นการทบทวนในผู้ป่วยบาดเจ็บ ศีรษะที่มีอาการปวดศีรษะเกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บที่มาติดตามผลการรักษา และระยะเวลาของอาการ ปวดศีรษะที่ศึกษาทำการศึกษานในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะในระยะเวลาเกินกว่า 6 เดือนจนถึง 3 ปี ขึ้นไปไม่ได้ทำการศึกษายาเฉพาะเจาะจงในช่วงระยะเวลาแรกที่ผู้ป่วยได้จำหน่ายจากโรงพยาบาลเช่น ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ยังขาดภาพของลักษณะ อาการปวดศีรษะ รูปแบบ ความถี่ รวมทั้งความรุนแรงของอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เล็กน้อยในระยะแรกที่ผู้ป่วยได้จำหน่ายจากโรงพยาบาลว่าเป็นอย่างไร

นอกจากนั้นยังพบว่าความแตกต่างเรื่องเพศยังเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการ ปวดศีรษะขึ้น โดยพบว่าเพศหญิงเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของการเกิดอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บ โดยเพศหญิงมีอาการปวดศีรษะมากกว่าเพศชาย คิดเป็นอัตราส่วน 1 : 0.7 (Gladstone, 2009; Lew et al., 2006; Walker et al., 2005) อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านชีววิทยา ด้านร่างกาย สรีรภาพ ระดับ สฮอร์โมนเพศ การดำเนินชีวิต มุมมองทางด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่มีความแตกต่างกันระหว่าง เพศหญิงกับเพศชาย (Verbrugge, 1985) จึงเป็นเหตุให้เพศหญิงมีการรับรู้การปวดศีรษะมากกว่า

สรุปได้ว่า อาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บเกิดได้ทั้งจากตัวเซลล์ภายในสมองที่เป็นผลจากการได้รับบาดเจ็บโดยตรง นอกจากนั้นยังมีผลจากระบบกระดูก กล้ามเนื้อ หลอดเลือดและระบบประสาทเข้ามามีส่วนร่วมซึ่งเป็นผลมาจากการบาดเจ็บ ส่งผลทำให้เกิดอาการปวดศีรษะเกิดขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่าลักษณะของอาการปวดศีรษะที่พบมิได้มีเพียงแต่ลักษณะอาการเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังพบว่าลักษณะอาการปวดศีรษะอาจมีร่วมมากกว่าหนึ่งลักษณะ ลักษณะอาการส่วนใหญ่ที่พบจะเป็นลักษณะปวดศีรษะแบบเกรียดย แบบไมเกรน และอาจผสมกันระหว่างแบบเกรียดยกับไมเกรน ทำให้บางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถแยกแยะได้ว่ามีลักษณะอาการปวดศีรษะเป็นแบบใด มิใช่เพียงแต่ลักษณะอาการปวดศีรษะเท่านั้นที่มีหลากหลายหรือผสมกันไป ความรู้สึกรู้สึกของอาการปวดศีรษะยังมีหลายหลายรูปแบบด้วยเช่นกัน โดยความรู้สึกรู้สึกของอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นนั้นจะมีลักษณะทั้งแบบตื้อกด ดึงรั้ง ปวดร้าว ปวดเสบ มีลักษณะเด่นตามจังหวะของชีพจร เป็นต้น

2.1.3 การรักษาอาการ

การรักษาอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บ (PTH) ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยุ่งยากและมีความซับซ้อนเนื่องจากประกอบไปด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง เช่น ระบบกระดูก กล้ามเนื้อ หลอดเลือด อวัยวะภายใน และระบบประสาท รวมทั้งการวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ล่าช้า (Walker, 2004) การรักษาจึงขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยที่รวดเร็วและการใช้วิธีบำบัดที่เหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามก็ยังพบว่าในการรักษาอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บยังมีการตอบสนองที่ไม่ดีเท่าที่ควรเนื่องจากการดูแลที่ไม่เหมาะสม ไม่ครอบคลุมกับอาการที่เกิดขึ้น (Lew et al., 2006) โดยทั่วไปแล้วการรักษาอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บนั้นนิยมรักษาตามอาการที่พบมีด้วยกัน 2 กลุ่ม คือ การรักษาโดยใช้ยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยา ดังต่อไปนี้

การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacologic treatment) ส่วนใหญ่จะให้การรักษตามอาการหรือกลไกที่ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะที่พบ การรักษาที่เป็นมาตรฐานประกอบด้วย การให้ยาในกลุ่มบรรเทาอาการปวดและยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAID) ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะแบ่งการรักษาอาการปวดศีรษะออกเป็น 2 กลุ่มคือ การรักษาอาการปวดศีรษะแบบเกรียดยและไมเกรน ในกลุ่มที่มีอาการปวดศีรษะแบบเกรียดย ผู้ป่วยจะได้รับยาในกลุ่มบรรเทาอาการปวดและยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ เช่น พาราเซตามอล ไอบรูโพรเฟน นอกจากนั้นยังมีการให้ยาคลายกล้ามเนื้อและด้านการซึมเศร้า (antidepressant) เช่น อะมิทริปไทลีน (amitriptyline) ร่วมด้วย ซึ่งจะทำให้การรักษาได้ผลดี (McGeeney, 2009 ; Lew et al., 2006; Supernaw 2007) นอกจากนั้นจากการศึกษาของ Bendtsen และคณะ (1996) พบว่าการรักษาอาการปวดศีรษะแบบเกรียดยโดยการ

ให้ยาต้านการซึมเศร้าไตรไซคลิก (tricyclic antidepressants) เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ประสบผลสำเร็จในการรักษามากขึ้น

ในส่วนของกลุ่มที่มีอาการปวดศีรษะแบบไมเกรน การรักษาที่ได้รับคือ ผู้ป่วยจะได้รับยารักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนเช่น เออร์โกตามีน (ergotamine) ไดไฮโดรเออร์โกตามีน (dihydroergotamine) และทริปแทนส์ (triptan) นอกจากนั้นเพื่อให้การรักษาประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้นจึงมีการให้ยาเพื่อป้องกันไมเกรนประกอบด้วย ในกลุ่มยาปิดกั้นแคลเซียม (calcium channel blocker) และปิดกั้นเบต้า (beta channel blocker) เพื่อเป็นการป้องกันและลดอาการของไมเกรนขึ้นซ้ำ โดยเฉพาะการให้ยาไดวาโลพโรเอกซ์ โซเดียม (divalproex sodium) เป็นยาที่ใช้ในการป้องกันการเกิดอาการปวดศีรษะไมเกรนซึ่งจะทำให้การรักษาได้ผลดี (Hall Ryan et al., 2005; Lew et al., 2006) นอกจากนี้หากพบว่ามีอาการปวดศีรษะผสมกันระหว่างอาการปวดศีรษะแบบเครียดกับไมเกรนที่เรียกว่า มิกซ์ ไทป์ (mixed-type) การรักษาจะได้รับยาในกลุ่มต้านการซึมเศร้าไตรไซคลิก ร่วมกับยาปิดกั้นเบต้าโดยเฉพาะยาโพรพราโนลอล (propranolol) จะทำให้ได้ผลในการลดอาการปวดศีรษะแบบผสมดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บ พบว่าสาเหตุของการเกิดอาการยังเป็นที่ไม่แน่ชัด ดังนั้นการรักษาอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บดังกล่าวจึงเป็นการให้การรักษาแบบผสมที่กว้าง โดยหวังจะให้ครอบคลุมทั้งหมดแต่ไม่ได้คำนึงถึงประสบการณ์อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้น เป็นผลทำให้ค่ารักษามีราคาสูงขึ้นโดยปราศจากหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นจากการทนทุกข์กับอาการปวดศีรษะดังกล่าว นอกจากนั้นยังพบว่าหลังจากการให้การดูแลจัดการเกี่ยวกับอาการปวดศีรษะแล้วแต่ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดศีรษะเกิดขึ้นอยู่ ส่วนหนึ่งเกิดจากการได้รับยาที่เกินขนาดจากการรักษาด้วยยาที่ต่างชนิดกัน ทำให้เกิดการย้อนกลับของอาการปวดศีรษะได้เช่นกัน (Warner & Fenichel, 1996) จากการศึกษาของ Baandrup และ Jensen (2004) พบว่าการรักษาอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บที่มีลักษณะอาการปวดศีรษะแบบเครียดนั้นพบว่าการใช้ยาบรรเทาอาการปวดมากเกินไปถึงร้อยละ 42 ในการใช้เพื่อการรักษาอาการปวดศีรษะเบื้องต้น ทำให้เกิดการย้อนกลับของอาการปวดศีรษะและส่งผลให้การจัดการอาการปวดศีรษะไม่ประสบความสำเร็จ

การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacologic treatment) เป็นการรักษาเพื่อปรับสารชีวเคมีที่ผิดปกติและเป็นการผ่อนคลายกระดูกและกล้ามเนื้อประกอบไปด้วย การนวดกายภาพบำบัด การใช้ไบโอฟีดแบค (Biofeedback) เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique) การทำสมาธิ (Meditation) การใช้ดนตรีบำบัด (Music therapy) การจัดการพฤติกรรมและพฤติกรรมบำบัด (Behavior management and Behavior therapy) เป็นต้น การรักษาโดยไม่ใช้ยานี้เป็นการจัดการเกี่ยวกับด้านพฤติกรรมและจิตใจซึ่งจะเป็นการช่วยเสริมกับการรักษาโดยใช้ยาเพื่อ

ส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการจัดการกับอาการปวดศีรษะ (Hall Ryan et al., 2005) จากการศึกษาของ Tatrow, Blanchard และ Silverman (2003) ในการศึกษาการรักษาอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บในผู้ป่วย 40 คนโดยการรักษาเป็นแพ็คเกจรวม มุ่งเน้นที่อาการปวดศีรษะร่วมกับอาการเครียดหลังการบาดเจ็บ โดยการรักษาประกอบด้วยเทอร์มอลไบโอฟีดแบค (Thermal biofeedback) อิเล็กโตรไทโอกราฟี ไบโอฟีดแบค การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพรเกรสซีฟ (Progressive muscle relaxation) การให้ความรู้และพฤติกรรมความรู้กิดบำบัด พบว่าหลังการรักษามีอาการปวดศีรษะลดลง นอกจากนั้นจากการศึกษาของ Packard และ Ham (1996) ในการใช้ไบโอฟีดแบคช่วยในการผ่อนคลายในการรักษาอาการปวดศีรษะแบบไมเกรนและแบบเครียดใน ผู้ที่มีอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บจำนวน 40 คนพบว่า ร้อยละ 53 มีอาการปวดศีรษะดีขึ้น ปานกลาง ร้อยละ 80 มีความสามารถในการผ่อนคลายและรับมือกับอาการปวดศีรษะได้ปานกลาง แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาดังกล่าวพบว่าหลังการให้การรักษากลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้ในการศึกษามีจำนวนที่น้อยไป ทำให้เป็นข้อจำกัดหนึ่งในการที่จะนำไปใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนั้นระยะเวลาในการศึกษาเน้นศึกษาในผู้ที่มีอาการปวดศีรษะอย่างน้อย 3-6 เดือน โดยขาดช่วงระยะเวลาแรกภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลทำให้ภาพของวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นช่วงแรกภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน

แต่อย่างไรก็ตาม การรักษาอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บ พบว่าไม่มีความจำเพาะเจาะจงเกี่ยวกับการรักษาอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้น ฉะนั้นการที่จะทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บได้รับการดูแลและรักษาให้ได้ผลดียิ่งขึ้นจึงควรให้การรักษาร่วมกับวิธีอื่น มิใช่เพียงแต่การรักษาทางยาเพียงอย่างเดียวเท่านั้น การรักษาจะได้ผลดีในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บคือต้องมีการผสมผสานวิธีการรักษาเข้าด้วยกันมากกว่าใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว (Lew et al., 2006)

สรุปการจัดการอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บเป็นเรื่องซับซ้อนและมีความละเอียดอ่อน การจัดการกับอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นโดยการใช้วิธีการจัดการอาการเพียงวิธีการเดียวนั้นพบว่า ไม่สามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องมีการให้การดูแลและจัดการอาการปวดที่เกิดขึ้นอย่างผสมผสานวิธีต่างๆเข้าด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นด้วยการใช้ยาหรือไม่ใช้ยาก็ดำเนินเพื่อให้ผู้ป่วยได้บรรเทาจากความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากอาการปวดศีรษะดังกล่าว นอกจากนั้นการรักษาอาการปวดศีรษะจะประสบความสำเร็จต้องขึ้นอยู่กับทีมสุขภาพและผู้ป่วยในการร่วมมือกันในการจัดการอาการปวดศีรษะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็วและตอบสนองต่อประสบการณ์อาการปวดตามที่ผู้ป่วยประสบขึ้นจริง เพื่อบรรเทาอาการปวดและลดระยะเวลาในการเกิดอาการปวดศีรษะที่จะเกิดขึ้นต่อไป หากอาการปวดศีรษะไม่ได้รับ

การดูแลรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยต่อไปในภายภาคหน้า มีรายงานว่าหนึ่งในสามของผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจะทำให้เกิดอาการปวดศีรษะเรื้อรังตามมา ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเป็นกลุ่มที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการปวดศีรษะมากที่สุด การรักษาอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บศีรษะยังได้รับความสนใจน้อย และวิธีการจัดการอาการนิยมใช้เพียงการรักษาทางยาเท่านั้น ภายหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลพบว่ายังมีได้มีแนวทางในการติดตามอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บศีรษะในระยะยาวว่าเป็นอย่างไร ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะอย่างไรเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยอย่างไร

2.1.4 ปัญหาสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ในจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนที่พบมากที่สุด ในจำนวนของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทั้งหมด ซึ่งสาเหตุหลักของการบาดเจ็บศีรษะเกิดจากการเกิดอุบัติเหตุทางจราจรมากที่สุด ตามมาด้วยการพลัดตกและถูกทำร้ายร่างกายตามลำดับ เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะผู้ป่วยจะมีกลุ่มอาการหลังการกระทบกระเทือน (Postconcussion syndrome หรือ PCS) เกิดขึ้น ซึ่งในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยพบว่ามีอัตราการเกิดอยู่ที่ร้อยละ 30-90 และปัญหาหลักของกลุ่มอาการหลังการบาดเจ็บแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มด้วยกัน ได้แก่ อาการทางด้านร่างกาย (Somatic) อารมณ์หรือจิตสังคม (Affective/ Psychosocial) และการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive/ Behavior) (de Kruijk, Leffers, Menheere, Meerhoff, Rutten et al., 2002; Paniak et al., 2002; Smith-Seemiller, Fow, Kant, & Franzen, 2003)

จากการศึกษาของ de Kruijk และคณะ (2002) ในการศึกษาตัวทำนายแรกของอาการหลังการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่จะเป็นตัวทำนายความรุนแรงของอาการที่เกิดหลังการบาดเจ็บหลัง 6 เดือน โดยการวัดกลุ่มอาการหลังการกระทบกระเทือน และความเข้มข้นของซีรัมมาร์คเกอร์ (serum markers) ได้แก่ นิวโรน สเปซิฟิค อีโนเลส (Neurone specific enolase หรือ NSE) และ เอสหนึ่งร้อย-บี (S 100-B) ทำการวัดที่ 6 ชั่วโมง 2 สัปดาห์และ 6 เดือนหลังการบาดเจ็บ และใช้แบบคำถามเกี่ยวกับกลุ่มอาการหลังการกระทบกระเทือน วัดในวันแรกและ 6 เดือนหลังการบาดเจ็บ จากการศึกษาพบว่าระดับความเข้มข้นของซีรัมมาร์คเกอร์ ได้แก่ นิวโรน สเปซิฟิค อีโนเลส และ เอสหนึ่งร้อย-บี มีจำนวนที่เพิ่มขึ้น ผลจากการเพิ่มขึ้นดังกล่าวทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ ปวดศีรษะและลึ้มง่ายเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า นอกจากนั้นอาการที่พบมากที่สุดหลังการบาดเจ็บในวันแรกคือ อาการทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ ปวดคอ และอาเจียน สัปดาห์ที่ 2 พบว่ามีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ซึม ลึ้มง่ายและมีปัญหาด้านการสนใจ และในส่วนของเดือนที่ 6

พบว่าผู้ป่วยยังคงมีปัญหาเกี่ยวกับการปวดศีรษะ เวียนศีรษะและซึมอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lundin และคณะ (2006) ในการศึกษากลุ่มอาการและความไวความสามารถใน 3 เดือนแรกหลังการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านร่างกายมากที่สุดได้แก่ อาการปวดศีรษะและอาการอ่อนล้า นอกจากนั้นยังมีความจำและการมีสมาธิที่เลวลง ในด้านอารมณ์พบว่ามีปัญหาด้านการนอนไม่หลับและวุ่นวาย และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการหลังการกระทบกระเทือนมากกว่าหนึ่งอาการ โดยเฉพาะในวันแรกพบว่ามีอาการปวดศีรษะ ปฏิกริยาไวต่อเสียง คิดนาน ซึมเศร้า เป็นอาการที่พบมากที่สุด และนอกจากนั้นยังพบว่าอาการที่เกิดขึ้นมากในวันที่ 1 หลังการบาดเจ็บศีรษะจะมีความสัมพันธ์กับอาการที่เกิดขึ้นในเดือนที่ 3 โดยพบมากเช่นเดียวกัน และระยะเวลาของการเกิดอาการหลังการกระทบกระเทือน พบว่ามีมากกว่า 10-30 วันขึ้นไป

นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Hall Ryan และคณะ (2005) พบว่าอาการที่เกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย การรู้คิด หรือการมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้น ล้วนทำให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมและการประกอบอาชีพมากกว่าก่อนการบาดเจ็บ โดยพบว่าอาการปวดศีรษะเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดหลังการบาดเจ็บศีรษะและการฟื้นฟูของกลุ่มอาการหลังการกระทบกระเทือนจะอยู่ภายใน 3-6 เดือน มีเพียงร้อยละ 7-15 ที่ยังคงมีอยู่เป็นปีหลังการบาดเจ็บ และยังพบว่าอาการปวดศีรษะจะคงอยู่และเกิดถี่กว่าก่อนการบาดเจ็บ ในส่วนของปัญหาด้านการรู้คิด พบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการมีสมาธิที่ลดลง มีความผิดปกติของกระบวนการของข้อมูล การสื่อสาร และการคิดที่ไม่สามารถจะบูรณาการได้ตามปกติ ซึ่งอาการเหล่านี้ส่วนใหญ่จะหายภายใน 6 เดือนแต่ก็ยังมีบางส่วนที่จะยังคงอยู่เป็นปี การรักษาหากได้รับการรักษาจะทำให้การฟื้นหายนานยิ่งขึ้น ซึ่งนอกจากปัญหาที่เกิดจากอาการแล้วยังมีปัญหาด้านการดูแลหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีการบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจและสังคมมากตามยิ่งขึ้น

แต่มีการศึกษาที่รายงานขัดแย้งกับการศึกษาที่กล่าวข้างต้นคือ การศึกษาของ Paniak และคณะ (2002) เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นภายใน 1 เดือนหลังการบาดเจ็บในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยจำนวน 118 คน และบุคคลทั่วไปจำนวน 118 คน พบว่าอาการที่พบในเดือนแรกหลังการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยรายงานมากที่สุดได้แก่ อาการอ่อนล้า ร้อยละ 91 ปวดศีรษะ ร้อยละ 78 หลงลืม ร้อยละ 73 ปัญหาการนอน ร้อยละ 70 และการทำสิ่งต่างๆ ซ้ำลง ร้อยละ 69 และนอกจากนั้นยังพบว่าจำนวนของอาการในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและความรุนแรงมีมากกว่าบุคคลทั่วไป และพบว่าอาการที่พบมากที่สุดคืออาการอ่อนล้า ขัดแย้งกับการศึกษาอื่นที่ผ่านมาที่พบว่าอาการปวดศีรษะเป็นอาการที่พบได้มากที่สุด

แต่อย่างไรก็ตาม อาการที่เกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บไม่ว่าจะเป็นอาการปวดศีรษะ อ่อนล้า หรือเวียนศีรษะเป็นผลที่เกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บเป็นปัญหาด้านร่างกายทั้งสิ้น ซึ่งพบว่าเป็นปัญหาที่

มากที่สุด นอกจากปัญหาด้านร่างกายแล้ว ปัญหาด้านการรู้คิดหรือการมีอาการที่เปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นล้วนแสดงให้เห็นถึงความเลวลงและความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมการประกอบอาชีพและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่ลดลงกว่าก่อนการบาดเจ็บ

จากการศึกษาของ Pagulayan และคณะ (2006) ในผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยถึงรุนแรงจำนวน 133 คนในเดือนที่ 1, 6, 12 และ 3-5 ปี เปรียบเทียบกับผู้ป่วยบาดเจ็บทั่วไปที่ไม่เกี่ยวกับบาดเจ็บศีรษะ จำนวน 111 คน และผู้ที่มีสุขภาพดีที่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจำนวน 87 คน ในเดือนที่ 1 และ 12 พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความจำกัดในการทำหน้าที่ด้านร่างกายมากที่สุดในเดือนแรกหลังการบาดเจ็บ โดยผู้ป่วยจะมีปัญหาเกี่ยวกับการพักผ่อน การดูแลร่างกาย การเคลื่อนไหว การทำงานและสัมพันธ์ทางสังคมมาก เมื่อแยกตามระดับความรุนแรงของการถูกจำกัดในการทำหน้าที่ พบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานสูงสุดตามด้วยการพักผ่อนและการใช้เวลาว่าง การจัดการในบ้านและการนอนและการพักผ่อนตามลำดับ เมื่อเวลาผ่านไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะเวลา 12 เดือนภายหลังการบาดเจ็บศีรษะ พบว่าผู้ป่วยยังคงมีปัญหาด้านร่างกายเกี่ยวกับการจำกัดด้านการทำงานสูงสุด ตามด้วยการพักผ่อน การใช้เวลาว่าง และพฤติกรรมกระตุ้นตัว ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบในเดือนที่ 1, 6, 12 และ 3-5 ปี พบว่าปัญหาด้านการทำงานยังคงสูงสุด ตามด้วยการพักผ่อนและการใช้เวลาว่างและพฤติกรรมกระตุ้นตัว ตามลำดับ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจะมีขีดจำกัดการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตสังคม โดยเฉพาะอาการด้านร่างกายจะค่อยๆ ดีขึ้นหลังจากการบาดเจ็บในเดือนที่ 1 ถึง 6 แต่ในทางตรงข้ามพบว่าปัญหาด้านการทำหน้าที่ด้านจิตสังคมกลับมีการฟื้นตัวช้ากว่า ซึ่งบางรายมีระยะเวลาเกินกว่า 3-5 ปีหลังการบาดเจ็บ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้วัดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทั้ง 3 กลุ่มคือบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยถึงรุนแรง ไม่ได้แยกประเภทของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะแต่อย่างใด และยังเป็นการศึกษาในระยะเวลาหลังการบาดเจ็บที่นานกว่า 1 เดือน ไม่ได้ทำการศึกษาในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านช่วงแรกกว่าเป็นอย่างไร

นอกจากนั้น การศึกษาของ Findler และคณะ (2001) ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยถึงรุนแรง แบ่งเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยจำนวน 98 คน ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลางและรุนแรงจำนวน 228 คน และผู้ที่ไม่มีความพิการ 271 คน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีภาวะซึมเศร้าหลังการบาดเจ็บมากกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลางและรุนแรง และพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะยังมีมากกว่ากลุ่มผู้ที่ไม่มีความพิการด้วย แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อทดสอบหาความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินภาวะสุขภาพ เอสเอฟ-36 ในการใช้ประเมินกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและเป็นการตรวจสอบเพื่อการแยกความแตกต่าง

ของการใช้เครื่องมือระหว่างผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้ที่ไม่มีอาการเช่นนั้น โดยมีได้ศึกษาถึงผลกระทบต่อผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บโดยตรง

ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บแบ่งออกได้เป็น 3 ด้านได้แก่ ปัญหาทางด้านร่างกาย อารมณ์/จิตสังคมและการรู้คิด/พฤติกรรม ซึ่งแบ่งออกตามปัญหาที่พบในแต่ละด้านดังนี้

1. ปัญหาที่พบทางด้านร่างกาย ประกอบไปด้วย อาการปวดศีรษะ ปวดคอ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ อ่อนล้า การมองเห็นเปลี่ยนแปลง มีความไวต่อเสียงและแสงมากกว่าปกติ เป็นต้น
2. ปัญหาด้านอารมณ์หรือจิตสังคมประกอบด้วย ความเครียด วิตกกังวล วุ่นวาย ก้าวร้าว และซึมเศร้า เป็นต้น
3. ปัญหาด้านการรู้คิด/พฤติกรรม ประกอบไปด้วย การสูญเสียความทรงจำ สมาธิสั้น และกระบวนการคิดช้าลง เป็นต้น

ปัญหาสุขภาพดังกล่าวพบว่าร้อยละ 30-90 จะเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนแรกหลังการบาดเจ็บศีรษะ ร้อยละ 60 พบว่าอยู่นานกว่า 3 เดือน และจะดีขึ้นในช่วงระยะเวลา 6 เดือนแรกหลังการบาดเจ็บศีรษะ แต่ยังคงมีรายงานพบว่าในเดือนที่ 6 หลังการบาดเจ็บ อาการดังกล่าวยังคงมีอยู่อีกถึงร้อยละ 20-80 (Alexander, 1999; de Kruijk et al., 2002; Dikmen, Macrame, & Timken, 2001; Van der Naalt, 1999; King, 1996) นอกจากนี้บางการศึกษาพบว่าปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากการบาดเจ็บศีรษะพบว่ามีระยะเวลานานกว่า 1 ปีขึ้นไป (Packard & Ham, 1994) อาการที่เกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ หรือความบกพร่อง เป็นระยะเวลานาน (Powell, Collin, & Sutton, 1996; Rimel, Giordiani, Barth, Ball, & John, 1981) ทำให้ผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้น มีการกลับไปทำงานที่ช้าลงหรือไม่สามารถกลับไปทำงานตามเดิมได้ มีการสูญเสียรายได้หรือค่าจ้างที่ลดลง และยังส่งผลทำให้เกิดปัญหาในครอบครัวขึ้นอีก (Dikmen, Ross, Machamer, & Temkin, 1995; Cicerone, Mott, Azulay, & Friel, 2004; Packard & Ham, 1994; Ruffolo, Friedland, Dawson, Colantonio, & Lindsay, 1999; Sander, Kreutzer, Rosenthal, Delmonico, & Young, 1996; Vanderploeg, Curtiss, Luis, & Salazar, 2007) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพเลวลงอีกด้วย (Moldover, Goldberg, & Prout, 2004; Rapoport, McCullagh, Streiner, & Feinstein, 2003)

สรุปได้ว่าหลังจากผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจะมีอาการที่เกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บตามมา และอาการหลังการบาดเจ็บดังกล่าวมีหลากหลายซึ่งเป็นอาการที่แสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ อารมณ์/จิตสังคม เช่น เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และการรู้คิด/พฤติกรรม เช่น สมาธิสั้น การกระบวนการคิดช้าลง เป็นต้น ในส่วนของระยะเวลาการเกิดอาการหลังการบาดเจ็บดังกล่าวพบว่ามีระยะเวลาของการเกิดอาการนานกว่า 3 เดือน ส่งผลให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการทำหน้าที่

ในด้านต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ต้องพึ่งพาผู้อื่น ปัญหาด้านสุขภาพต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะล้วนส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเลวลงอย่างเห็นได้ชัด

2.2 กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของดอดด์ และคณะ (2001)

แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (2001) เป็นแนวคิดที่พัฒนาต่อมาจากแนวคิดการจัดการอาการของ ลาร์สัน (Larson) และคณะ (1994) โดยกล่าวว่า อาการซึ่งมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลไปรับการรักษาในแต่ละปี อาการไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแต่ยังรบกวนการทำงานที่ทางสังคม โดยการจัดการกับอาการเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยแต่ละคนและสมาชิกในครอบครัว และพบว่าการรักษายังมีความยากลำบากในการประยุกต์ใช้ในระยะวิกฤตและการดูแลที่บ้าน เนื่องจากยังมีรูปแบบในการจัดการที่มาจากประสบการณ์น้อย ดังนั้นควรมีการจัดการให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นโดยการแนะนำและสอนในเรื่องความสำคัญของอาการปวด ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวเองจนสามารถให้ความหมาย สาเหตุและความสำคัญของอาการได้

ตามแนวคิดการจัดการอาการ อาการ (Symptom) เป็นประสบการณ์การรับรู้และตระหนักของผู้บุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ทางจิตสังคม (Biopsychosocial function) ในขณะที่อาการแสดง (Sign) เป็นสิ่งผิดปกติที่บ่งบอกถึงสถานะของโรคที่สามารถตรวจพบได้โดยตัวผู้ป่วยเองหรือโดยบุคคลอื่น (Harver & Mahler, 1990 cited in Dodd et al., 2001) ซึ่งทั้งอาการและอาการแสดงเป็นสิ่งสำคัญที่บ่งบอกถึงแนวทางการรักษาและประสิทธิภาพการรักษา

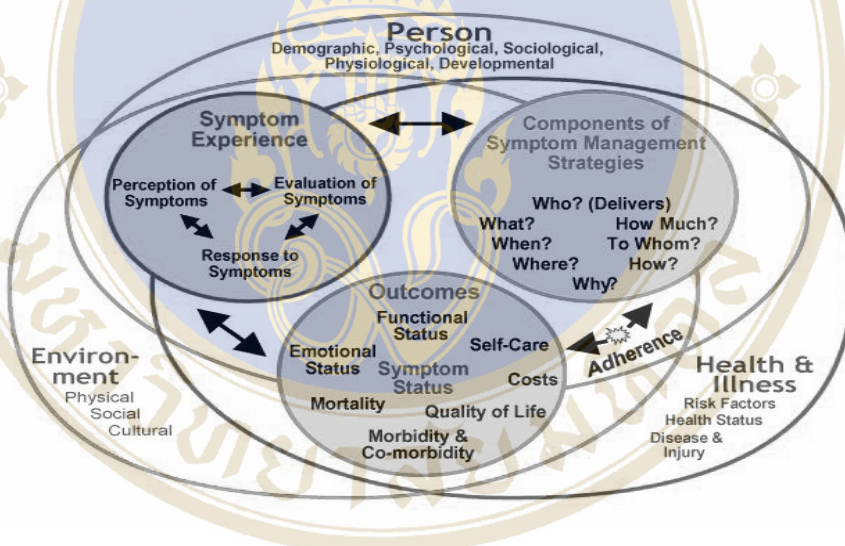
แนวคิดการจัดการกับอาการอยู่ภายใต้ข้อตกลงพื้นฐาน 6 ข้อ คือ

1. การศึกษาแนวคิดนี้อยู่บนพื้นฐานการรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของแต่ละบุคคลโดยผู้ป่วยเป็นผู้รายงานด้วยตนเอง
2. การประยุกต์ใช้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การจัดการของแต่ละบุคคล หากบุคคลมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการที่เป็นผลมาจากบริบทที่เป็นอยู่ เช่นการทำงานที่อันตราย การให้วิธีจัดการควรให้ก่อนที่บุคคลจะได้รับประสบการณ์อาการที่จะเกิดขึ้นนั้น
3. ในกรณีที่บุคคลมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหนึ่งๆ บุคคลนั้นควรได้รับการป้องกันหรือได้รับการจัดการก่อน

4. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด การรายงานอาการจากผู้ปกครองหรือผู้ดูแลนั้นเป็นที่ยอมรับว่าเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ และอาการที่เกิดขึ้นควรได้รับการแก้ไขทั้งหมด

6. วิธีจัดการอาการอาจมีเป้าหมายอยู่ที่ตัวบุคคล กลุ่ม ครอบครัวหรือสถานที่ทำงาน การจัดการอาการมีความเป็นพลวัตรหรือเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับผลลัพธ์ของบุคคลและจากอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยหรือสิ่งแวดล้อม

แนวคิดการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน คือ ประสบการณ์อาการ (Symptom experience) วิธีจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ (Outcomes) ซึ่งแสดงดังแผนภูมิที่ 2 ดังนี้



แผนภูมิที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการ (Dodd et al., 2001)

แนวคิดการจัดการอาการ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันคือ ประสบการณ์อาการ (Symptom experience) วิธีจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ (Outcomes) ดังนี้ คือ

1. ประสบการณ์อาการ (Symptom experience) ครอบคลุมเกี่ยวกับการรับรู้อาการของผู้ป่วย (Perception of symptoms) การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) และการตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) ซึ่งมีความเป็นพลวัตกันทั้ง 3 ด้าน

1.1 การรับรู้อาการ (Perception of symptoms) หมายถึงการที่บุคคลมีการรับรู้และรู้สึกร่างกายหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม

1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) หมายถึงการที่บุคคลมีการพิจารณาเกี่ยวกับลักษณะของอาการปวดศีรษะ (characteristic) ตำแหน่ง (location) ความถี่ของอาการปวดศีรษะ (Dodd et al., 2001)

1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response of symptoms) หมายถึงปฏิกิริยาต่ออาการที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมสังคมและพฤติกรรม

2. วิธีจัดการอาการ (Symptom management strategies) เป้าหมายของการจัดการอาการเพื่อป้องกันหรือชะลอผลลัพธ์ด้านลบ ด้วยการใช้ชีวการแพทย์ (Biomedical) บุคลากรทางการแพทย์ และวิธีการดูแลตนเอง (Self-care strategies) การจัดการจะเริ่มด้วยการประเมินถึงประสบการณ์อาการตามการรับรู้ของแต่ละบุคคลและตามด้วยการประเมินที่วิธีจัดการ โดยวิธีจัดการนั้นมีเป้าหมายเพื่อผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่า การจัดการอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งวิธีจัดการอาการมีความเฉพาะเจาะจงว่า ใครเป็นคนจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น วิธีจัดการที่ใช้คืออะไร ใช้เมื่อไร ใช้ที่ไหน ทำไมต้องใช้ ใช้อย่างไร และใช้มากน้อยแค่ไหน

3. ผลลัพธ์ (Outcomes) เป็นผลมาจากการจัดการอาการของผู้ป่วยที่มาจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วย คุณภาพชีวิต (Quality of life) สภาพอาการ (Symptom status) การทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional status) การดูแลตนเอง (Self care) ค่าใช้จ่าย (Costs) สภาพอารมณ์ (Emotional status) การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน (Morbidity and Co-morbidity) และอัตราการตาย (Mortality) ในการศึกษาครั้งนี้ผลลัพธ์ของการจัดการอาการที่เลือกศึกษาคือผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related quality of life)

เนื่องจากกรอบแนวคิดการจัดการอาการไม่ได้ให้ความหมายของผลลัพธ์ด้านต่างๆ ไว้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาจากเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความหมายของผลลัพธ์ในด้านคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพดังนี้ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหมายถึง การประเมินของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความผาสุกในชีวิต ที่ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพและกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพในขณะนั้น เป็นการเพิ่มและคงสภาพของระดับการทำหน้าที่ ตรงกับจุดมุ่งหมายของชีวิตและเป็นการสะท้อนถึงความผาสุกทั่วไป (Shumaker & Naughton, 1995) และหมายถึงการรับรู้ของบุคคลในการประเมินผลกระทบจากความเจ็บป่วยซึ่งมีความสำคัญกับการมีชีวิตอยู่ประกอบด้วยหลายมิติได้แก่ การทำหน้าที่ ด้านร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์ และสังคม (Ashing-Giwa, 2005; Cella, Tusslsky, & Gray, 1993; Gill & Feinstein, 1994)

นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อประสบการณ์อาการ วิธีจัดการอาการ และผลลัพธ์ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ (Dodd et al., 2001) ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านบุคคล (Personal domain) ประกอบด้วยลักษณะด้านบุคคลด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสรีรวิทยา เป็นมุมมองและการตอบสนองของอาการในแต่ละบุคคล
2. องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and illness domain) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคลได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การบาดเจ็บ และการไร้ความสามารถหรือพิการ มีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อประสบการณ์การจัดการ และผลลัพธ์
3. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) เป็นภาวะหรือบริบทที่ทำให้เกิดอาการขึ้น ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพ ประกอบด้วย บ้าน ที่ทำงานและโรงพยาบาล สังคม ประกอบด้วย เครือข่ายสนับสนุนทางสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และวัฒนธรรม ประกอบด้วยมุมมองเกี่ยวกับความเชื่อ คุณค่า และการปฏิบัติที่เกี่ยวกับจริยธรรม เชื้อชาติ และศาสนา

โดยสรุปกรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Symptom management model) ของคอคด์และคณะ (2001) ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์อาการ วิธีการอาการ และผลลัพธ์ ซึ่งประสบการณ์อาการ มีความเป็นพลวัตครอบคลุมเกี่ยวกับการรับรู้อาการของผู้ป่วย การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ เมื่อมีอาการเกิดขึ้นผู้ป่วยจะมีวิธีการอาการที่แตกต่างกันไป ส่งผลต่อผลลัพธ์ของอาการและชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบด้านบุคคล ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยและด้านสิ่งแวดล้อมเข้ามามีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ วิธีการอาการ และผลลัพธ์

โดยการศึกษาครั้งนี้ศึกษาถึงประสบการณ์อาการปวดศีรษะ (Headache experience) วิธีการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ได้แก่ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ประสบการณ์อาการปวดศีรษะ ศึกษาถึงการรับรู้อาการปวดศีรษะ การประเมินอาการปวดศีรษะและการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย การรับรู้อาการปวดศีรษะหมายถึงการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้หรือรู้สึกผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองว่าร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมคือมีอาการปวดศีรษะเกิดขึ้น การประเมินอาการปวดศีรษะหมายถึง การพิจารณาของผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะของอาการปวดศีรษะ ตำแหน่ง ความถี่ของการเกิดอาการปวดศีรษะ สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะมากขึ้น เวลาที่เริ่มมีอาการและความรุนแรงของปวดศีรษะ การตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะหมายถึงการที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมสังคมและพฤติกรรมเกิดขึ้น วิธีการอาการ ศึกษาถึงวิธีการอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่ผู้ป่วยนำมาปฏิบัติโดยผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการกระทำที่สามารถบรรเทาหรือจัดการอาการปวดศีรษะได้ ประกอบด้วยบุคคลที่เป็นผู้จัดการอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้น

การจัดการอาการปวดศีรษะที่เลือกใช้คืออะไร เหตุผลในการใช้วิธีนั้น ความถี่ในการใช้เท่าไร ระยะเวลาที่ใช้เท่าไร และประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดศีรษะเป็นอย่างไร ส่วนผลลัพธ์ของการจัดการ เป็นผลมาจากการจัดการอาการปวดศีรษะของผู้ป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์อาการปวดศีรษะของผู้ป่วยด้วย โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคาดว่าจะทำให้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น

2.3 การจัดการอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

2.3.1 ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวดศีรษะ

อาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เป็นประสบการณ์อาการที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย การมีประสบการณ์อาการปวดศีรษะเป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยต้องทนทุกข์กับการที่ไม่สามารถทำอะไรอย่างอื่นได้มากขึ้น (Lipton, Liberman, Kolodner, Bigal, Dowson et al., 2003) การรับรู้เกี่ยวกับอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ลักษณะอาการจะคล้ายคลึงกับการปวดศีรษะแบบเครียด แบบไมเกรน แบบกลุ่มคลัสเตอร์ และอื่นๆ ผสมกันไป สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Lew และคณะ (2006) พบว่าโดยส่วนใหญ่ลักษณะอาการปวดศีรษะเป็นแบบเครียดและไมเกรน นอกจากนั้นในส่วนของการรับรู้อาการปวดศีรษะพบว่ามีลักษณะอาการปวดศีรษะแบบตลอดเวลา แบบปวดร้าว และแบบเครียด (Hall Ryan, Hall Richard, & Chapman, 2005) ส่วนการประเมินอาการปวดศีรษะนั้นพบว่าความรุนแรงของอาการปวดศีรษะนั้นอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (Lew et al., 2006) อาการปวดศีรษะจะเป็นมากในวันที่ 1-3 หลังการบาดเจ็บและจะค่อยๆดีขึ้นหลังการบาดเจ็บไปแล้ว 7 วัน (Mihalik, Guskiewicz, Mann, & Shields, 2007) ในส่วนของการตอบสนองทางด้านร่างกายนั้นมีการตอบสนองต่อด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป

จากทบทวนวรรณกรรมของ Lew และคณะ (2006) เกี่ยวกับลักษณะของอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บศีรษะพบว่า ลักษณะของอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะอาการปวดศีรษะแบบเครียด ร้อยละ 37 แบบไมเกรน ร้อยละ 29 หรือพบทั้งสองแบบร่วมกัน ตำแหน่งของการปวดศีรษะประกอบด้วย บริเวณทั่วไปทั้งศีรษะ ท้ายทอย หน้าผาก ขมับ รอบศีรษะ และรูปแบบของอาการปวดศีรษะจะเป็นแบบถูกบีบ รัดแน่น หรือตื้อๆ เต็มเป็นจังหวะ ปวดแสบร้อน ปวดทันที ปวดร้าวและเครียด (Evan, 2004; Hall Ryan et al., 2005; Radonov et al., 2001) ผู้ป่วยอาจมีรูปแบบเดียวหรือตั้งแต่สองรูปแบบขึ้นไปก็ได้ ในส่วนของระยะเวลาของการเกิดอาการจะเกิดภายใน 7 วันหลังการบาดเจ็บ จะหายภายใน 3 เดือน แต่ก็ยังมีบางรายที่อาการปวด

ศีรษะยังคงมีอยู่ต่อไปเป็นปี ส่วนระดับความรุนแรงของอาการปวดศีรษะอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ผลกระทบของอาการปวดศีรษะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดลง การทำงาน และการเข้าสังคมลดลง ส่วนการตอบสนองด้านจิตใจอาการปวดศีรษะทำให้ผู้ป่วย มีสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (Findler, Cantor, Haddad, Gordon, & Ashman, 2001; Lipton et al., 2003; Lundin, De Boussard, Edman, & Borg, 2006; Pagulayan, Temkin, Machamer, Sureyya, & Dikmen, 2006)

สรุป อาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะทุกระดับความรุนแรงและโดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเป็นกลุ่มที่มีอาการ ปวดศีรษะที่พบมากที่สุด ในผู้ป่วยบางรายอาจจะไม่พบอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บศีรษะใน ขณะที่ได้รับการรักษาอยู่โรงพยาบาล แต่ไปพบว่าเกิดอาการปวดศีรษะขึ้นภายหลังจำหน่ายจาก โรงพยาบาล ลักษณะของอาการปวดศีรษะมีความหลากหลายแตกต่างกันไป ระยะเวลาของการเกิด อาการจะเกิดภายใน 7 วันหลังการบาดเจ็บและจะหายภายใน 3 เดือน แต่มีบางรายที่อาการปวดศีรษะ ยังคงมีอยู่ต่อไปเป็นปี ส่วนระดับความรุนแรงของอาการปวดศีรษะอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ผลกระทบของอาการปวดศีรษะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำงาน และการเข้าสังคมลดลง และยังทำให้ผู้ป่วยมีสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป แต่อย่างไรก็ดีจาก การศึกษาข้างต้นพบว่าเป็นการรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีอาการปวดศีรษะภายหลังจาก การได้รับบาดเจ็บศีรษะโดยมิได้แยกระดับของความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ ระยะเวลาหลัง การบาดเจ็บหรือการมาตรวจตามนัด เป็นการรายงานผลแบบภาพรวมในด้านลักษณะ รูปแบบ ตำแหน่ง ระยะเวลาและความรุนแรงของอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ นอกจากนั้น การศึกษาดังกล่าวยังเป็นการศึกษาในผู้ป่วยต่างประเทศ ซึ่งมีบริบทต่างจากประเทศไทย การศึกษา ในประเทศไทยยังมีน้อย ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์อาการปวดศีรษะในผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยในบริบทของประเทศไทยว่ามีลักษณะ รูปแบบ ตำแหน่ง และความรุนแรง ของอาการปวดศีรษะเป็นอย่างไรเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

2.3.2 วิธีจัดการอาการปวดศีรษะ

อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นตามมาหลังจากการได้รับบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยนั้น เป็นการ จัดการดูแลเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยุ่งยาก วิธีจัดการอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ส่วนใหญ่นั้นพบว่าสามารถแบ่งได้ออกเป็น 2 กลุ่มตามที่ได้กล่าวข้างต้นคือ กลุ่มวิธีจัดการอาการ ปวดศีรษะแบบใช้ยาและกลุ่มวิธีจัดการอาการปวดศีรษะแบบไม่ใช้ยา แต่อย่างไรก็ดีพบว่า การ จัดการและดูแลรักษาให้ได้ผลดียิ่งขึ้น ควรมีวิธีจัดการอาการกับอาการปวดศีรษะที่มีความ

หลากหลายร่วมกัน มิใช่เพียงแต่การรักษาทางยาเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ต้องมีการผสมผสานวิธีการรักษาเข้าด้วยกันมากกว่า 1 วิธีขึ้นไป จึงสามารถจัดการอาการได้ผลดี (Lew et al., 2006)

จากการศึกษาของ Vemon และคณะ (2009) ในการศึกษาเชิงทดลองในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะแบบเกรียตจำนวน 20 คน โดยการทดลองการใช้การนวดกระดูกสันหลังบริเวณคอ (Chiropractic) ร่วมกับการใช้ยาอะมิทริปไทลีน การนวดกระดูกสันหลังบริเวณคอร่วมกับการใช้ยาอะมิทริปไทลีนชนิดหลอก การนวดกระดูกสันหลังบริเวณคอหลอกร่วมกับการใช้ยาอะมิทริปไทลีน และการนวดกระดูกสันหลังบริเวณคอหลอกร่วมกับการใช้ยาอะมิทริปไทลีน หลอก พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะแบบเกรียตโดยทั่วไปเมื่อได้รับการให้การทดลองพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการนวดกระดูกสันหลังบริเวณคอ มีอาการปวดศีรษะดีขึ้นและความถี่ที่เกิดอาการลดลง นอกจากนั้นในกลุ่มที่ได้รับการทดลองเมื่อมีการกำหนดอายุและความถี่ของการเกิดอาการปวดศีรษะพบว่าผลของการนวดบริเวณกระดูกสันหลังบริเวณคอและยาอะมิทริปไทลีน ทำให้อาการปวดศีรษะดีขึ้นและความถี่ที่เกิดอาการลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Packard และ Ham (1996) โดยการใช้ไบโอฟีดแบคช่วยในการผ่อนคลายในการรักษาอาการปวดศีรษะแบบไมเกรนและแบบเกรียตในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บจำนวน 40 คนพบว่าร้อยละ 53 มีอาการปวดศีรษะดีขึ้นปานกลาง และร้อยละ 80 มีความสามารถในการผ่อนคลายและรับมือกับอาการปวดศีรษะได้ปานกลาง และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Tatrow, Blanchard และ Silverman (2003) ในการศึกษาการรักษาอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บในผู้ป่วย 40 คนโดยการรักษาเป็นแพ็คเกจรวม มุ่งเน้นที่อาการปวดศีรษะคู่กับอาการเกรียตหลังการบาดเจ็บ โดยการรักษาประกอบด้วยเทอร์มอลไบโอฟีดแบค (Thermal biofeedback) อิเล็กโตรไทโอกราฟี ไบโอฟีดแบค การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพรเกรสซีฟ (Progressive muscle relaxation) การให้ความรู้และพฤติกรรมความรู้คิดบำบัด พบว่าหลังการรักษา มีอาการปวดศีรษะลดลง

นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ Gurr และ Coetzer (2005) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บผู้ป่วยมีวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะโดยทั่วไปคือการพักผ่อน การผ่อนคลาย การใช้ยา และงดกิจกรรมต่างๆ ในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเลือกใช้วิธีการจัดการอาการปวดศีรษะโดยใช้ยาในการบรรเทาอาการปวดศีรษะถึงร้อยละ 58.4 และหลังจากการให้โปรแกรมบำบัดพฤติกรรมความรู้คิดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บซึ่งในโปรแกรมประกอบด้วย การใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการใช้ภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับจิตวิทยา กลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนการรู้คิดและพฤติกรรม การจัดการ การป้องกันและคงไว้เกี่ยวกับวิถีชีวิต ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีอาการปวดศีรษะมีอาการปวดศีรษะลดลง ระดับความรุนแรงและความถี่ของการเกิดอาการปวดศีรษะลดลง ความรู้ความสามารถ ซึ่งเกิดจาก

ผลของอาการปวดศีรษะลดลง การทำหน้าที่ดีขึ้น และนอกจากนั้นยังพบว่าความพึงพอใจด้านอารมณ์ดีขึ้นอีกด้วย การศึกษานี้เป็นการยืนยันในการใช้วิธีบำบัดอื่นนอกเหนือจากการใช้ยาสามารถลดอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ดี ทั้งในระดับความรุนแรงและความถี่ในการเกิดอาการปวดศีรษะและในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ทำการศึกษาก่อนเป็นผู้บาดเจ็บศีรษะทั้ง 3 กลุ่ม โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทั้ง 3 กลุ่ม แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการศึกษาในบริบทของต่างประเทศและเป็นการบาดเจ็บศีรษะที่เกิดจากการเล่นกีฬาเท่านั้น ซึ่งในส่วนของบริบทในประเทศไทยยังมีการศึกษาถึงวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะน้อย และนอกจากนั้นการบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่ของบริบทในประเทศไทย มีรายงานสาเหตุของการบาดเจ็บศีรษะ ส่วนใหญ่เกิดจากการบาดเจ็บทางยานยนต์มากกว่าการได้รับการบาดเจ็บศีรษะจากการเล่นกีฬาทำให้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะมีความรุนแรงที่แตกต่างกัน จึงเป็นที่น่าสนใจในการศึกษาต่อไปถึงวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันออกไป และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้มีอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยยังคงมีความรุนแรง เพื่อเป็นศึกษาถึงวิธีการที่ใช้ในการจัดการอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยที่มีความจำเพาะในแต่ละกลุ่ม

จากการสืบค้นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ พบว่าได้มีการศึกษาผลของสมาธิต่อการลดอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระดับเล็กน้อยในประเทศไทย ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน พบว่าผู้ป่วยมีการลดระดับของอาการปวดศีรษะลงเมื่อเทียบกับระหว่างอาการปวดศีรษะก่อนการได้รับการทำสมาธิ โดยได้อธิบายผลของการการเจริญสมาธิตามวิถีธรรมชาติที่มีต่ออาการปวดศีรษะ ดังนี้ การการเจริญสมาธิตามวิถีธรรมชาติ มีผลต่อระบบสรีรวิทยาของร่างกายช่วยให้เกิดการผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อธิบายโดยทฤษฎีการควบคุมประตู (Gate control theory) ได้ว่า การทำสมาธิเป็นวิธีผ่อนคลายอย่างหนึ่งเป็นการส่งกระแสประสาทของเซลล์ขนาดใหญ่ไปกระตุ้นเอสจีเซลล์ (SG cell) ให้ทำงาน เมื่อเอสจีเซลล์ทำงานจะไปยับยั้งการทำงานของทีเซลล์ (T cell) เมื่อทีเซลล์ไม่สามารถทำงานได้ จึงเป็นการปิดประตู (Close gate) ในระดับไขสันหลังทำให้ไม่สามารถส่งสัญญาณความปวดศีรษะได้ นอกจากนี้ผลของการผ่อนคลายยังช่วยให้นอนหลับพักผ่อนได้อย่างเต็มที่ ลดความเหนื่อยล้า ส่งผลให้มีระดับความอดทนต่อการปวดศีรษะสูงขึ้นด้วย แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่าจำนวนของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีจำนวนที่น้อยเกินไป ทำให้ไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยทั้งหมดได้ นอกจากนั้นยังไม่มีรายงานถึงการนำการเจริญสมาธิตามวิถีธรรมชาติเข้าไปใช้ในการจัดการอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่เกิดขึ้น และจากประสบการณ์การทำงานก็ยังมีได้มีการนำการเจริญสมาธิ

ตามวิธีธรรมชาติเข้ามาใช้ หรือให้คำแนะนำในการจัดการอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แต่อย่างใด

นอกจากวิธีการจัดการดังกล่าวข้างต้น การจัดการดูแลตนเองยังเป็นอีกวิธีหนึ่งที่พบว่ามี การเลือกใช้เพื่อลดผลจากอาการที่เกิดขึ้น อาจเป็นวิธีการดูแลจัดการตนเองที่ถูกหรือผิดก็ตาม ซึ่งวิธีการจัดการที่เลือกใช้นั้นเกิดขึ้นตามความเชื่อบริบทวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่น ที่มีความหลากหลายทางขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันไป วิธีการจัดการดูแลรักษายังคงอาศัยการแพทย์พื้นบ้าน โดยยึดการรักษาด้วยตนเองเป็นพื้นฐานมากกว่าไปพบแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งกิจกรรมในการดูแลตนเองนั้นเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม การเรียนรู้และแสดงออกภายใต้ความเชื่อเกี่ยวกับขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตของแต่ละชุมชนที่สืบทอดและสืบทอดกันมาเป็นระยะเวลายาวนาน ดังนั้นพฤติกรรมเพื่อการดูแลตนเองจึงขึ้นอยู่กับว่าแต่ละบุคคลหรือชุมชนได้ให้ความหมายแก่เหตุการณ์นั้นเป็นอย่างไร เช่น ในบางชุมชนหรือท้องถิ่นยังมีความเชื่อเรื่องภูติผี ปีศาจ เทวดา ไสยศาสตร์ เชื่อว่าเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของภูติผีที่คลั่งคลั่งให้เกิดขึ้น จึงมีวิธีการจัดการตามความเชื่อดังกล่าวโดยการสวดมนต์ ใช้น้ำมันดี เสกเป่าคาถาหรือการรำรำต่างๆ นอกจากนั้นยังมีการบิบนวด การใช้สมุนไพร เพื่อลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยนั้นๆ โดยขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจริง ดังนั้นการเรียนรู้การจัดการด้วยตนเองจากตัวผู้ป่วยตามความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจและยอมรับกับภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น นอกจากนั้นยังสามารถนำมาใช้เป็นกลยุทธ์ในการหาวิธีการช่วยเหลือ เพื่อลดผลเสียที่อาจเกิดขึ้นเช่น การติดเชื้อ การมีอาการที่รุนแรงมากขึ้นหรืออาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต หากการวิธีการจัดการที่ได้เลือกใช้เป็นวิธีการที่ผิด แต่ถ้าวิธีการที่เลือกใช้นั้นมีความถูกต้องเหมาะสมและก่อให้เกิดผลดีจะเป็นการสนับสนุนให้เกิดการเลือกใช้อย่างมีปัญญามากขึ้น และยังเป็นการสนับสนุนให้เกิดความมั่นใจในพฤติกรรมจัดการด้วยตนเอง และเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดพฤติกรรมจัดการด้วยตนเองที่ดี

เมื่อพยาบาลสามารถที่จะเข้าใจและยอมรับกับการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยแล้วจะทำให้ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันอันตรายที่จะคุกคามชีวิตผู้ป่วยต่อไป จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของ Thorne และคณะ 2003 พบว่าปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองพบว่า ลักษณะของเจ้าหน้าที่ก็เป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจโดยผู้ป่วยจะเลือกเจ้าหน้าที่ที่ยอมรับในการจัดการดูแลด้วยตนเองของผู้ป่วยเอง และเจ้าหน้าที่ที่เป็นเพียงผู้ที่มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ สนับสนุน และส่งเสริมให้ตรงกับประเด็นในการจัดการดูแลด้วยตนเองเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตามการจัดการด้วยตนเองเป็นลักษณะเฉพาะของการจัดการกับภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง แต่มีบ่อยครั้งที่ถูกมองข้ามหรือให้ความสำคัญน้อยลงไป

เนื่องจากการจัดการด้วยตนเองเป็นความสามารถเฉพาะตัวที่ต้องนำไปปฏิบัติอย่างแท้จริง (Glasgow, Funnll, Bonomi, Beckham, & Wagner, 2002) แต่อย่างไรก็ดีการจัดการด้วยตนเองในบริบทวัฒนธรรม และสังคมของตะวันตกที่มีแหล่งประโยชน์ในสังคม ระบบการดูแลที่เหมาะสมเอื้อต่อการสนับสนุนการดูแลด้วยตนเอง แต่ในบริบทของประเทศไทยการจัดการด้วยตนเองคงยังต้องมีการพัฒนาการดูแลรักษาพยาบาลในการจัดการตนเองต่อไป เนื่องจากปัจจัยด้านต่างๆ ในสังคมไทยยังไม่เอื้ออำนวยต่อการจัดการด้วยตนเอง นอกจากนั้นบริบทของประเทศไทยมักไม่นิยมที่จะกระทำต่อตนเองโดยนิยมพึ่งพาครอบครัวและบริการของรัฐมากกว่า

การจัดการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพต้องอยู่ภายใต้บริบท และทักษะในการดูแลของผู้ป่วยเอง ไม่อยู่บนพื้นฐานหรือมาตรฐานขององค์ความรู้เพียงอย่างเดียวเท่านั้น ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างกันของผู้ป่วยและทีมสุขภาพในการจัดการดูแลกับอาการที่เกิดขึ้น การวิจัยในครั้งนี้นอกจากจะได้มาซึ่งองค์ความรู้ที่มาจากประสบการณ์จริงของผู้ป่วย และการจัดการอาการที่เกิดขึ้นโดยผู้ป่วยโดยตรงในบริบทของประเทศไทย มีความแตกต่างจากบริบทต่างประเทศทั้งด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ เศรษฐกิจ และสังคม ยังเป็นการขยายขององค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

สรุปการจัดการกับอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นประกอบไปด้วย 2 กลุ่ม คือการใช้ยา และการไม่ใช้ยา การรักษาจะใช้วิธีการตามอาการปวดศีรษะที่พบ โดยส่วนใหญ่จะเน้นเรื่องการจัดการด้วยยา นอกจากนั้นยังพบว่าการนวด การทำใบโอไฟด์แบค และการทำสมาธิ มีผลทำให้อาการปวดศีรษะลดลงได้เช่นเดียวกัน แต่เนื่องจากการศึกษาในส่วนของการนวดและการทำใบโอไฟด์แบคเป็นการทำในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการปวดศีรษะทั่วไปไม่ใช่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยตรง จึงทำให้การบรรเทาปวดศีรษะเกิดผลลัพธ์ที่ดี แต่ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจำเป็นต้องอาศัยการรักษาที่หลากหลายและผสมผสานกันมากกว่าใช้เพียงวิธีใดวิธีหนึ่งจึงจะประสบผลสำเร็จในการรักษา ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับการลดปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะยังมีจำนวนน้อย อีกทั้งการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาจำเพาะเจาะจงเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะที่ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกใช้เองยังคงมีการศึกษาน้อย อาจจะมีวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมที่ผู้ป่วยเลือกใช้ในการจัดการอาการปวดศีรษะ ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาถึงวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะและประสิทธิผลของวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะในแต่ละวิธีที่ผู้ป่วยเลือกใช้ในการบรรเทาอาการปวดศีรษะภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

2.3.3 ผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดศีรษะ ได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ผลลัพธ์ของการจัดการหมายถึงผลที่เกิดจากการจัดการอาการของผู้ป่วย เป็นการประเมินว่าวิธีที่ใช้ในการจัดการนั้นได้ผลหรือไม่ โดยประเมินผลลัพธ์ของการจัดการอาการในหัวข้อ คุณภาพชีวิต (Quality of life) สภาพอาการ (Symptom status) การทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional status) การดูแลตนเอง (Self care) ค่าใช้จ่าย (Costs) สภาพอารมณ์ (Emotional status) โรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อน (Morbidity and Co-morbidity) และอัตราการตาย (Mortality) ในการศึกษาครั้งนี้ผลลัพธ์ของการจัดการอาการที่เลือกศึกษาคือ ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related quality of life)

คำว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแทบจะไม่แตกต่างจากคำว่าคุณภาพชีวิต ส่วนใหญ่ในทางการแพทย์และพยาบาลจะใช้ทั้งสองคำนี้ในความหมายที่คล้ายกัน (Wu, 2000) เนื่องจากโดยส่วนใหญ่แล้วจะประกอบไปด้วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย กลุ่มอาการ การแสดงบทบาททางสังคม ภาวะอารมณ์ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และเป็นการแสดงถึงความรู้สึกเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยเอง (Levine & Croog, 1989) ในปี 1982 Kaplan และ Bush ได้มีการเสนอคำว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ โดยการกำหนดภาวะสุขภาพเข้ามาเพื่อให้เกิดมุมมองที่แตกต่างกับคุณภาพชีวิตอื่นๆ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปใช้เป็นกรอบในการประเมินผลกระทบจากความเจ็บป่วยของบุคคลและมีความสำคัญกับการมีชีวิตอยู่ เป็นการรายงานจากตัวผู้ป่วยเอง (Cella, Tussky, & Gray, 1993) ประกอบด้วยหลายมิติในการประเมินได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านการทำหน้าที่ (Functional domain) ด้านจิตใจหรืออารมณ์ (Psychological or emotional domain) ด้านสังคม (Social domain) ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual domain) และด้านเพศ (Sexual domain) (Ashing-Giwa, 2005; Cella et al., 1993; Gill & Feinstein, 1994) เป็นการประเมินของบุคคลต่อความพึงพอใจโดยรวม ในช่วงเวลาของชีวิตจากการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความบกพร่อง ภาวะการทำหน้าที่ การรับรู้และโอกาสทางสังคม ที่เกิดจากโรค การบาดเจ็บ และการรักษา (National Institute of Health, 1990)

การศึกษาในปัจจุบันในบริบทเกี่ยวกับด้านสุขภาพนักวิจัยส่วนใหญ่จะใช้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแทนคำว่าคุณภาพชีวิต แต่อย่างไรก็ดีจากการทบทวนเกี่ยวกับคำจำกัดความของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพยังพบว่ายังมีคำจำกัดความที่ไม่แน่นอน โดยสรุปแล้วคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่ตนอยู่ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้คำว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพคือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธ์ทางสังคมและ

สิ่งแวดล้อมที่เป็นผลมาจากการบาดเจ็บศีรษะและผลลัพธ์ของการจัดการอาการที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บศีรษะ

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

สุขภาพเป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต การวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ จึงมีความจำเป็นและยังเป็นตัวบ่งบอกถึงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง นอกเหนือจากอายุขัยหรือการมีชีวิตรอด ซึ่งในทางด้านการแพทย์ได้มีการให้ความสำคัญกับการวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพสุขภาพมากขึ้น เนื่องคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพเป็นผลลัพธ์ที่ปรากฏออกมาจากการรายงานของผู้ป่วยเอง ที่มีต่อการบาดเจ็บ โรคหรือการรักษา ซึ่งสามารถเป็นตัวบ่งบอกถึงประสิทธิภาพในการดูแลทางการแพทย์ โดยปกติการวัดสุขภาพจะนิยมกล่าวถึงผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ว่าจะเป็นสัญญาณ อาการ การเจ็บป่วยและการตาย (Hughes et al, 1997; Mackensen & Bullinger, 2004) ซึ่งข้อมูลที่ได้นอกจากใช้ประเมินประสิทธิภาพในการดูแลรักษาแล้วยังสามารถบ่งบอกได้ถึงกิจกรรมที่จะให้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ นอกจากนั้นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นในด้านการแพทย์แล้ว ในด้านของผู้ป่วยเองจะทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงโรคและผลการรักษาว่ามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (Maihan, Azouvi, & Dazord, 2005; Stancin, Frotar, Taylor, Yeates, Wade et al., 2002) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะพบว่าอาการปวดศีรษะส่งผลถึงความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยพบว่าอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพลดลง (Bussone et al., 2004; Clapp et al., 2008; Lipton et al., 2003) ดังนั้นหากสามารถจัดการกับอาการปวดศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพย่อมทำให้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น

จากการศึกษาของ Vernon และคณะ (2009) ในการศึกษาเชิงทดลองในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะแบบเรื้อรังจำนวน 20 คน โดยการทดลองการใช้การนวดกระดูกสันหลังบริเวณคอ (Chiropractic) ร่วมกับการใช้ยาอะมิทริปไทลีน จำนวน 4 คน การนวดกระดูกสันหลังบริเวณคอ ร่วมกับการใช้ยาอะมิทริปไทลีนชนิดหลอก จำนวน 6 คน การนวดกระดูกสันหลังบริเวณคอหลอก ร่วมกับการใช้ยาอะมิทริปไทลีน จำนวน 5 คน และการนวดกระดูกสันหลังบริเวณคอหลอกร่วมกับการใช้ยาอะมิทริปไทลีนหลอก จำนวน 5 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะแบบเรื้อรังโดยทั่วไป เมื่อได้รับการให้การทดลองพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการนวดกระดูกสันหลังบริเวณคอ มีอาการปวดศีรษะดีขึ้นและความถี่ที่เกิดอาการลดลง นอกจากนั้นในกลุ่มที่ได้รับการทดลองเมื่อมีการกำหนดอายุและความถี่ของการเกิดอาการปวดศีรษะพบว่าผลของการนวดบริเวณกระดูกสันหลังร่วมกับการใช้ยาอะมิทริปไทลีน ทำให้อาการปวดศีรษะดีขึ้นและความถี่ที่เกิดอาการลดลง สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Gurr และ Coetzer (2005) พบว่าในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บผู้ป่วยมีวิธีจัดการอาการปวดศีรษะโดยทั่วไปคือ การพักผ่อน การผ่อนคลาย การใช้ยา และดื่มน้ำมากๆ ในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเลือกใช้วิธีจัดการอาการปวดศีรษะโดยใช้ยาในการบรรเทาอาการปวดศีรษะถึงร้อยละ 58.4 และหลังจากการให้โปรแกรมบำบัดพฤติกรรมการรู้คิดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บซึ่งในโปรแกรมประกอบด้วย การใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการใช้ภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับจิตวิทยา กลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนการรู้คิดและพฤติกรรม การจัดการ การป้องกันและคงไว้เกี่ยวกับวิถีชีวิต ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีอาการปวดศีรษะพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะลดลง ระดับความรุนแรงและความถี่ของการเกิดอาการปวดศีรษะลดลง ความรู้ความสามารถ ซึ่งเกิดจากผลของอาการปวดศีรษะลดลง การทำหน้าที่ดีขึ้น และนอกจากนั้นยังพบว่าความผาสุกด้านอารมณ์ดีขึ้น อีกด้วย จากการศึกษาข้างต้นเป็นการยืนยันถึงประสิทธิภาพของการจัดการอาการปวดศีรษะที่เลือกใช้ทั้งการรับประทานยาปวดไม่รับประทานยาแก้ปวด และการใช้วิธีบำบัดอื่นสามารถลดอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะได้ จะเห็นได้ว่าผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดศีรษะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะลดลง ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้มากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น

แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวมิได้ทำการศึกษาเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเท่านั้น เป็นการศึกษาถึงอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นกับบุคคลทั่วไปและในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทุกระดับความรุนแรง แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวเป็นการยืนยันถึงวิธีการจัดการกับอาการปวดศีรษะที่จำเป็นต้องได้รับการจัดการที่ผสมผสานกันหลายวิธี เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดการ ทำให้ผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดศีรษะได้แก่ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยที่ดีขึ้น ดังนั้นการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพจะเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สามารถบ่งบอกได้ถึงคุณภาพของการให้การดูแลรักษา อีกทั้งยังสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เพื่อวางแผนในการดูแลรักษาเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยให้ดีขึ้น ทั้งในส่วนของตัวผู้ป่วยเองและทีมสุขภาพ

สรุป อาการปวดศีรษะส่งผลถึงความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วย โดยอาการปวดศีรษะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในด้านต่างๆลดลง หากเลือกวิธีจัดการอาการปวดศีรษะที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ย่อมทำให้ผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดศีรษะดี นั่นคือการมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพที่ดีขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย

อาการปวดศีรษะเป็นประสบการณ์หนึ่งที่ทุกคนส่วนใหญ่ต้องเคยประสบ ในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อยก็เช่นเดียวกัน พบว่าอาการปวดศีรษะเป็นอาการที่พบมากที่สุด นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะที่มีประสบการณ์อาการปวดศีรษะหากเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการบาดเจ็บจะส่งผลถึงระยะเวลาของการฟื้นฟูหายจากอาการปวดศีรษะและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดีต่อตัวผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานขึ้น (de Kruijk et al., 2002) ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม และพบว่าปัญหาด้านร่างกายพบได้บ่อยที่สุด ส่งผลทำให้เกิดความบกพร่องทางด้านร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นการทํากิจวัตรประจำวัน การทำงาน จิตสังคมและอารมณ์ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ต้องใช้เวลานานเป็นเดือนจนถึงปีกว่าจะฟื้นฟูสภาพได้ (Hall et al., 2005; Paniak et al., 2002; Sheedy, 2007) ทำให้การฟื้นฟูหายช้าลง สอดคล้องกับการศึกษาของ de Kruijk และคณะ (2002) ในการศึกษาตัวชี้วัดแรกที่แสดงหลังการบาดเจ็บในการทำนายความรุนแรงของอาการที่จะเกิดขึ้นในอีก 6 เดือนของผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย พบว่าอาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการในอีก 6 เดือนข้างหน้า ดังนั้นอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันแรกหลังการบาดเจ็บย่อมส่งผลทำให้อาการดังกล่าวยังคงอยู่ต่อเนื่องต่อไปอีกนานกว่า 6 เดือน และยิ่งหากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและถูกวิธีตั้งแต่เริ่มต้น จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพเรื้อรังตามมา การรักษาต้องใช้เวลานานและยุ่งยากมากขึ้น และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น

จากการศึกษาของ Lipton และคณะ (2003) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลของอาการปวดศีรษะต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ที่มีอาการปวดศีรษะแบบไมเกรน โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะสุขภาพ เอสเอฟ-36 วัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ พบว่าในผู้ที่มีอาการปวดศีรษะแบบไมเกรนทำให้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพลดลงโดยมีระดับคะแนนต่ำใน 8 ด้านจาก 9 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย สังคม ภาวะทางอารมณ์ สุขภาพจิต การรับรู้ความเจ็บปวดของร่างกายและสุขภาพทั่วไป ยกเว้นด้านการรับข่าวสารทางสุขภาพ (Health transition) โดยพบว่าด้านบทบาททางร่างกาย (Role-physical) มีความแตกต่างกันมากที่สุด การศึกษานี้ยังเป็นการยืนยันว่าการปวดศีรษะแบบไมเกรนเป็นประสบการณ์อาการที่ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ และมีความสัมพันธ์กับความรู้ความสามารถในระดับสูง ความสามารถในการทำงานลดลงกว่าครึ่ง สูญเสียวันทำงานและลดประสิทธิภาพของงานลง (Paniak et al, 2002; Schwartz, Stewart, & Lipton, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Bussone และคณะ (2004) ศึกษาในผู้ป่วยมีอาการ ปวดศีรษะแบบไมเกรนจำนวน 68 คน แบบไมเกรนเรื้อรัง จำนวน 84 คน และแบบคลัสเตอร์ จำนวน 56 คน เปรียบเทียบกับชาวอิตาลีคนทั่วไปโดยใช้เครื่องมือประเมินความสูญเสียสมรรถภาพ (Disability Assessment Score: MIDAS)

ในการประเมินอาการปวดศีรษะที่มีผลต่อการไร้ความสามารถในการทำกิจกรรม 3 ด้าน คือ เกี่ยวกับการทำงาน วันที่เว้นจากกิจกรรมในสังคม ครอบครัวและการพักผ่อน ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ เอสเอฟ - 36 ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีกิจกรรมเกี่ยวกับบุคคล ครอบครัวและสังคมลดลงมากกว่าการทำงานและพบว่าการทำกิจกรรมในสังคม ครอบครัวและการพักผ่อนโดยรวมลดลงและพบว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะแบบไมเกรนไมเกรนเรื้อรังและคลัสเตอร์มีคะแนนต่ำกว่าชาวอิตาลีเกินทั่วไปในทุกด้าน อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะแบบไมเกรนและคลัสเตอร์เท่านั้น มิใช่ทำการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย แต่อย่างไรก็ดีผลการศึกษาเป็นการยืนยันว่าอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลต่อการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Clapp และคณะ (2008) ในการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความเครียดหลังการบาดเจ็บและอาการปวดกับบทบาทการทำหน้าที่และความพึงพอใจในชีวิต พบว่าอาการปวดและอารมณ์มีความสัมพันธ์กับบทบาทการทำหน้าที่ และความพึงพอใจในชีวิตโดยพบว่าอาการปวดและอารมณ์ทำให้เกิดบทบาทการทำหน้าที่และความพึงพอใจในชีวิตที่ลดลง ซึ่งบทบาทการทำหน้าที่และอารมณ์เป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวได้ทำการศึกษาในผู้ที่เกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ที่มีอาการปวดที่เกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บทางรถยนต์ไม่ได้แยกว่าอาการปวดเป็นอาการปวดจากตำแหน่งหรือชนิดใด

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ มีผลทำให้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นด้านการทำหน้าที่ ความพึงพอใจในชีวิต อารมณ์ และการดำรงบทบาทอื่นๆ ลดลง หากมิได้รับการจัดการดูแลรักษาอย่างถูกวิธีและเหมาะสม จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยเลวลง แต่อย่างไรก็ดีพบว่าการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพยังมีการศึกษาในประเทศไทยที่น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยพบว่ามีการศึกษาจำนวนน้อยมาก ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษาในประเด็นดังกล่าว เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นพื้นฐานในการวางแผนให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย นอกจากนั้นข้อมูลที่ได้ยังสามารถที่จะเป็นฐานเพื่อขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีอาการปวดศีรษะ รวมทั้งคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพให้มีความกว้างขวางและชัดเจนมากยิ่งขึ้น

สรุป

อัตราการเกิดการบาดเจ็บศีรษะจากทั่วโลกมีอัตราสูงขึ้นทุกปี การบาดเจ็บศีรษะมีสาเหตุหลักมาจากอุบัติเหตุจราจร ปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม และมักพบมากในวัยทำงาน ซึ่งเป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศชาติ ในจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทั้งหมด พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย มีจำนวนมากที่สุด หลังการบาดเจ็บศีรษะ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 30-90 ของผู้ป่วยที่จะตามมาด้วยกลุ่มอาการหลังการกระทบกระเทือน ปัญหาที่พบมากที่สุดของกลุ่มอาการหลังการกระทบกระเทือน ได้แก่ ปัญหาด้านร่างกาย ซึ่งในปัญหาด้านร่างกาย พบว่าอาการปวดศีรษะเป็นอาการหนึ่งที่พบมาก อาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บศีรษะดังกล่าวจะเกิดขึ้นภายใน 7 วันหลังการบาดเจ็บ และส่วนใหญ่จะหายภายใน 3-6 เดือน แต่ก็ยังพบว่าบางรายยังคงมีอาการต่อไปอีกเป็นปีหลังการบาดเจ็บ ลักษณะและรูปแบบของอาการปวดศีรษะมีหลากหลาย ทำให้บางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถแยกแยะได้ว่ามีลักษณะและรูปแบบอาการปวดแบบใด วิธีจัดการกับอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นโดยส่วนใหญ่จะเป็นการรักษา และจัดการตามอาการที่พบประกอบไปด้วยการจัดการโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา อาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บนั้น หากต้องการให้ได้รับการบรรเทาอาการปวดศีรษะที่ได้ผลดี และมีประสิทธิภาพต้องได้รับการดูแลจัดการมากกว่าหนึ่งวิธี เน้นหลักการรักษาที่ใช้การผสมผสานในการรักษาไม่ยึดเพียงการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามการรักษาทางการแพทย์นั้นพบว่า การให้ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขกับปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องที่เข้าใจยาก และยุ่งยากต่อการนำไปปฏิบัติ ไม่สามารถนำไปใช้ได้ สถานการณ์จริง ดังนั้นการจัดการด้วยตนเองจึงเป็นอีกหนทางหนึ่งที่ผู้ป่วยเลือกมาใช้ในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น แต่อย่างไรก็ตามหากวิธีการจัดการอาการที่ผู้ป่วยเลือกใช้นั้นไม่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดผลทางลบขึ้นกับผู้ป่วยได้ ดังนั้นการได้ทราบถึงวิธีการที่ผู้ป่วยเลือกใช้ในการจัดการตนเอง จะเป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะช่วยลดผลที่อาจเกิดขึ้นจากการเลือกใช้วิธีการที่ไม่เหมาะสม และหากวิธีการที่เลือกใช้เหมาะสมจะเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รู้จักการดูแลด้วยตนเอง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงประสบการณ์อาการปวดศีรษะ วิธีการจัดการอาการปวดศีรษะ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยว่าเป็นอย่างไร ในบริบทของประเทศไทยเองซึ่งมีความแตกต่างทางด้านศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อ ความเป็นอยู่ สังคม และเศรษฐกิจ การศึกษารุ่นนี้ไม่เพียงแต่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย และทีมสุขภาพเอง ยังเป็นพื้นฐานของการขยายองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นภายหลังจากการบาดเจ็บศีรษะ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งเป็นมุมมองจากตัวผู้ป่วยเอง ข้อมูล

ที่ได้เป็นประสบการณ์จริงที่ผู้ป่วยเผชิญ สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแล หรือการให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับอาการที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์จริงที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นการให้การดูแลรักษาที่ตรงตามกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตัวผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตรงกับความต้องการ ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์ ผลดี และการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากยิ่งขึ้นกว่าการให้การดูแลรักษาเพียงตามหลักทฤษฎีเท่านั้น



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบความสัมพันธ์แบบตัดขวางตามช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional correlational design) โดยศึกษาถึงประสบการณ์อาการปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่นำมาศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แรกรับว่ามีการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (Mild traumatic brain injury) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการตรวจตามนัดครั้งแรก แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง ในส่วนภาคกลาง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มประชากร ตามหลักเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. มีระดับความรู้สึกตัวตามหลักการประเมินคะแนนกลาสโกว์ ณ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เท่ากับ 13-15 คะแนน
2. ไม่มีอาการเลวลงหรือได้รับการผ่าตัดสมองในระหว่างที่เข้ารับการนอนรักษาตัว
3. มาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 7-14 วัน

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. มีประวัติได้รับการผ่าตัดสมองก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้
2. มีประวัติโรคทางจิตเวชและโรคทางระบบประสาทที่มีอยู่เดิม
3. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังและติดยาเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท
4. มีการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นร่วมเช่น การบาดเจ็บบริเวณทรวงอก ช่องท้องและมีการหักของกระดูกแขนขา

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้หลักของโพลิตและเบคก์ (Polit & Beck) (2008) โดยการเปิดตารางอำนาจการทำนาย กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบสมมติฐานแบบสองทาง (two-tailed) ที่ระดับ alpha 0.05 และขนาดอิทธิพลปานกลาง (moderate effect size) เท่ากับ 0.3 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 คน

3.2 แหล่งที่เก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มารับการตรวจและติดตามผลการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง ในส่วนภาคกลาง ทำการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มารับการตรวจติดตาม ซึ่งมีจำนวนผู้ที่มารับการตรวจประมาณ 1-5 คน / วัน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบและเติมคำตอบในช่องว่าง มีจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ต่อเดือน รายได้ต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว สิทธิในการรักษา ประวัติการใช้สารเสพติดและยาเสพติด ประวัติโรคประจำตัวและการใช้ยาแก้ปวด ในวันที่มารับการตรวจและติดตามการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเกี่ยวกับประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบในช่องว่าง มีจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย สาเหตุการบาดเจ็บ การบาดเจ็บร่วมของระบบอื่น คะแนนกลาสโกว์ ผลการถ่ายภาพรังสีกะโหลกศีรษะ ผลภาพคอมพิวเตอร์สมอง การวินิจฉัย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนวันที่แพทย์นัดตรวจและจำนวนวันหลังจำหน่าย-วันมาตรวจตามนัด ซึ่งได้จากเวชระเบียนของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกเอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์อาการปวดศีรษะและวิธีจัดการกับอาการปวดศีรษะ ในผู้ป่วยที่ได้รับศีรษะเล็กน้อย เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบในช่องว่าง มีจำนวน 11 ข้อ ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์อาการปวดและวิธีการจัดการกับอาการปวด ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บข่ายประสาทส่วนแขนภายหลังการผ่าตัดของพรทิพย์ สาริโส (2552) มาใช้ในการ

ประเมินประสบการณ์อาการปวดศีรษะ และวิธีจัดการอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ซึ่งในส่วนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวดพัฒนามาจากแบบประเมินอาการปวด (Brief Pain Inventory) ของกลุ่มวิจัยความปวด ภาควิชาประสาทวิทยา มหาวิทยาลัยวิสคอนซิน เมดิสัน ประเทศสหรัฐอเมริกา (Pain research group, Department of Neurology, University of Wisconsin-Medison) (Cleeland, 1994) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย Khlongyant ในปี ค.ศ. 2001 เพื่อใช้ในการประเมินเกี่ยวกับประสบการณ์อาการปวดศีรษะใน 3 ด้าน คือ 1) การรับรู้อาการปวดศีรษะ 2) การประเมินอาการปวดศีรษะ และ 3) การตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะ ในส่วนของวิธีจัดการอาการปวด พรทิพย์ สาริโส (2552) ได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอคค์ และคณะ (2001)

แบบประเมินเกี่ยวกับอาการปวด (Brief Pain Inventory) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวัดการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการปวด (Pain intensity) และผลกระทบของอาการปวดต่อการทำกิจวัตรประจำวัน ได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคหรือมีภาวะเรื้อรังเช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างหรืออาการปวดที่มาจากภาวะเฉียบพลันเช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในส่วนของการประเมินใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการปวด ผลกระทบของอาการปวดต่อการทำกิจวัตรประจำวัน ตำแหน่งที่ปวด ยาที่ใช้บรรเทาอาการปวด และระดับการบรรเทาอาการปวด ใน 24 ชั่วโมงหรือในอาทิตย์ที่ผ่านมา ลักษณะคำถามเป็นการรายงานจากตัวผู้ตอบเอง (Self-report) แบบสัมภพณ์ใช้เวลาประมาณ 5 นาที สำหรับฉบับย่อ ค่าความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ที่ 0.77-0.91 ได้รับการหาความตรงตามเนื้อหาและแปลมากกว่า 25 ภาษา (M.D. Anderson Cancer Center, 2008)

ในส่วนของประเทศไทย มีนักวิจัยนำแบบประเมินเกี่ยวกับอาการปวด มาใช้ในการศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวด ในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 80 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ในด้านของการรับรู้ถึงความรุนแรงเท่ากับ 0.72 และการตอบสนองต่ออาการปวดเท่ากับ 0.81 (ผ่องรัตน์ รัตนไทย, 2540) ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม จำนวน 98 ราย ได้ค่าประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.89 (มาริส สุวรรณราช, 2544) ผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาด้านการรับรู้ความรุนแรงเท่ากับ 0.819 และ ด้านการตอบสนองของอาการปวด เท่ากับ 0.925 (Khlongyant, 2001) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน จำนวน 105 ราย ได้ค่าประสิทธิ์แอลฟาวิธีการจัดการอาการปวด เท่ากับ 0.86 (จิตรรัตน์ พานชูวงศ์, 2550) และในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บขาประสาทรส่วนแขน หลังการผ่าตัด จำนวน 107 ราย ได้ค่าประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.94 (พรทิพย์ สาริโส, 2552)

แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวดศีรษะและวิธีจัดการอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบในช่องว่าง มีจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยประสบการณ์อาการปวดศีรษะแบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ 1) ด้านการรับรู้อาการ

ปวดศีรษะ 2) การประเมินอาการปวดศีรษะ และ 3) การตอบสนองต่ออาการปวด มีข้อความทั้งหมด 10 ข้อ และในส่วนของวิธีการจัดการอาการปวด มีข้อความทั้งหมด 1 ข้อ มีจำนวน 6 ข้อคำถามย่อย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามตามความรู้สึกที่ตรงกับความเป็นจริงของกลุ่มตัวอย่างเอง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย

3.1 ประสิทธิภาพการปวดศีรษะ

3.1.1 การรับรู้การปวดศีรษะ ประกอบด้วยข้อความจำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นตัวเลือกให้ตอบ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้และลักษณะของอาการปวดศีรษะใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

3.1.2 การประเมินอาการปวดศีรษะ ประกอบด้วยข้อความจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นตัวเลือกให้ตอบ จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 2, 7-9) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับตำแหน่งที่เกิดอาการปวดศีรษะ เวลาที่เริ่มมีอาการปวดศีรษะ ความถี่ของการเกิดอาการปวดศีรษะ และสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ และแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินความรุนแรงของอาการปวดศีรษะลักษณะคำถามให้เลือกตอบตามตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 3-6) เป็นแบบมาตรวัดที่ใช้ตัวเลขสื่อระดับของอาการปวด แทนค่าคะแนน 0-10 คะแนน ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด และระดับ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด

3.1.3 การตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะ ประกอบด้วยข้อความจำนวน 1 ข้อใหญ่ 7 ข้อย่อย (ข้อ 11) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินผลของอาการปวดศีรษะที่รบกวนการทํากิจกรรมทั่วไป อารมณ์ ความสามารถในการเดินทาง งานที่ทำประจำ สัมพันธภาพกับผู้อื่น การพักผ่อน/นอนหลับ และความรู้สึกเป็นสุขในชีวิต ลักษณะคำถามให้เลือกตอบตามตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก เป็นแบบมาตรวัดที่ใช้ตัวเลขสื่อระดับของผลกระทบจากอาการปวดศีรษะ แทนค่าคะแนน 0-10 คะแนน ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีผลกระทบเลย และระดับ 10 หมายถึง มีผลกระทบมากที่สุด

3.2 วิธีจัดการอาการปวดศีรษะ ประกอบด้วยคำถาม 1 ข้อ (ข้อ 10) มีจำนวน 6 ข้อย่อย เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการ บุคคลที่ให้การช่วยเหลือ ความถี่ในการใช้ และระยะเวลาในการใช้ในการใช้ ลักษณะคำถามแบบตัวเลือกให้ตอบ จำนวน 4 ข้อ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสาเหตุของการใช้ ลักษณะคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ และแบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการจัดการ ลักษณะคำถามให้เลือกตอบตามตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก เป็นแบบมาตรวัดที่ใช้ตัวเลขสื่อระดับของอาการปวด แทนค่า 0-100 เปอร์เซ็นต์ จำนวน 1 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยตอบตามวิธีการจัดการอาการปวดที่ใช้จริงในการลดอาการปวด ระดับ 0 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง ไม่ช่วยบรรเทาอาการเลย และระดับ 100 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง บรรเทาอาการได้มากที่สุด

สำหรับการแปลผลได้กำหนดระดับความรุนแรงของอาการปวด และผลของความปวด ที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของ Serlin และคณะ (1995) มาใช้ในการ กำหนดและแปลความหมาย โดยสเกลของระดับความรุนแรงของอาการปวด และผลของความปวด ที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับน้อย มีค่าคะแนนระหว่าง 1-4 หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่า มีความรุนแรงของอาการปวดศีรษะ หรือการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันน้อย

ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนระหว่าง 5-6 หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่า มีความรุนแรงของอาการปวดศีรษะ หรือการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันปานกลาง

ระดับรุนแรง มีค่าคะแนนระหว่าง 7-10 หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่า มีความรุนแรงของอาการปวดศีรษะ หรือการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันรุนแรง

สำหรับประสิทธิผลของวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะนั้น ใช้เกณฑ์แบ่งระดับของ ปาริชาติ (2548) ที่ได้ศึกษาวิธีการจัดการกับอาการปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 100 ราย เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของดอร์คและคณะ (Dodd, et al., 2001) มาใช้กำหนดและแปลความหมาย ดังนี้

0%	หมายถึง	ไม่ช่วยบรรเทาอาการปวดเลย
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30%	หมายถึง	บรรเทาอาการปวดได้เล็กน้อย
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 70%	หมายถึง	บรรเทาอาการปวดได้ปานกลาง
มากกว่า 70%	หมายถึง	บรรเทาอาการปวดได้ดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นแบบเลือกตอบ มีจำนวน 26 ข้อ การประเมินผลลัพธ์คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ ผู้วิจัยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL- BREF) มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเนื่องจากการศึกษาในประเทศไต้หวันของ Wen-Ta Chiu และคณะ (2006) ทำการทดสอบเครื่องมือ WHOQOL- BREF มาใช้หาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มบาดเจ็บศีรษะทั้ง 3 กลุ่มคือ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ปานกลางและรุนแรง จำนวน 199 ราย ได้ค่าความเที่ยงตรงภายในของเครื่องมือที่ 0.75-0.89 และค่าความเที่ยงโดยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest) อยู่ที่ 0.74-0.95

สำหรับในประเทศไทยได้มีการพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย นายแพทย์สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุลและคณะ (2541) ได้นำมาศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ใช้วัดคุณภาพชีวิต 4 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.8406 นอกจากนั้น สุจรรยา โลหาชีวะ (2548) ได้นำไปศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง จำนวน 30 ราย ได้ค่าประสิทธิผลแอลฟาเท่ากับ 0.82 และเขาวัดลักษณะ ชัยชนะ (2551) ได้นำ ไปศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บขาส่วนแขนขาหลังการผ่าตัด จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.90

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL- BREF-THAI) ฉบับภาษาไทยซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ซึ่งเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL- BREF-THAI) ฉบับภาษาไทยประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อคำถาม ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24
2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องเพศ ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนิน ชีวิต ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

ในส่วนข้อ 1 และข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ ประกอบทั้ง 4 ด้าน มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ 2, 9 และ 11

แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นแบบสอบถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบตามความรู้สึกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือ รู้สึกแย่มากเล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจหรือ รู้สึกแย่

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆหรือ รู้สึกแย่ระดับกลาง ๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี มากที่สุด
หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือ รู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก
รู้สึกดีมาก

คะแนนคุณภาพชีวิต มีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน

การแปลผลค่าคะแนนที่ได้ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่ได้กำหนด

คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิต ปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 – 35
2. ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 – 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 – 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 – 130

3.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ในส่วนของเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นคือ แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์อาการปวดศีรษะและวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทสมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ หลังจากได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์อาการปวดศีรษะและวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะมาพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาดำเนินข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์

2. การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL- BREF-THAI) ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปหาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 และรายด้านร่างกาย (physical) จิตใจ (psychological) ความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และสิ่งแวดล้อม (environment) เท่ากับ 0.78, 0.82, 0.42 และ 0.79 ตามลำดับ

3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิ 3 แห่ง ที่ใช้เป็นแหล่งเก็บข้อมูล เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาล เมื่อผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน และได้รับการอนุมัติในการเก็บข้อมูลแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล ณ แหล่งเก็บข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวต่อแพทย์ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ณ แหล่งเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้
2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ เป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยที่มารับการรักษาและติดตามผลการรักษาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ของกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบรายชื่อและคุณสมบัติของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งหนึ่ง
3. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการขณะที่ยังผู้ป่วยมารับการตรวจจากแพทย์ ณ หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย จากนั้นชี้แจงและอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือผู้ป่วยในการวิจัยและเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบายโครงการวิจัยตามเอกสารคำอธิบายโครงการ พร้อมทั้งแจ้งสิทธิแก่ผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย และระหว่างเข้าร่วมการวิจัยสามารถยุติหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาตามรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ประโยชน์ที่จะได้รับหากเข้าร่วมการวิจัยอาจไม่มีในขณะนี้ แต่จะมีประโยชน์แก่ผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกับท่านในอนาคต การเสนอข้อมูลจะทำโดยภาพรวม ไม่มีการเสนอเป็นบุคคล ไม่มีการเสนอชื่อหรือสิ่งใดๆ ที่จะทำให้ทราบได้ว่าเป็นใคร การเก็บหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะเก็บแยกจากแบบสอบถามที่เป็นข้อมูล โดยไม่มีข้อมูลใดที่จะเชื่อมโยงกันให้ทราบว่า เป็นของใคร หากมีข้อสงสัย ผู้วิจัยตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย จากนั้นให้ผู้ป่วยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้ผู้ป่วยลงนามในในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก โดยอาจก่อนพบแพทย์อย่างน้อย 60 นาทีหรือหลังจากเข้าพบแพทย์หรือติดต่อเจ้าหน้าที่ในการตรวจเรียบร้อยแล้ว ขณะดำเนินการเก็บข้อมูลหากถึงเวลาที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและติดตามผลการรักษาจากแพทย์ ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาดูแลและติดตามผลการรักษาจากแพทย์ได้ทันที และผู้ป่วยสามารถกลับมาตอบแบบสอบถามได้อีกครั้งภายหลังจากเข้าพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่เรียบร้อยแล้วตามความสะดวกของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะต้องได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องก่อนเสมอ

5. เมื่อผู้ป่วยพร้อมที่จะให้ข้อมูล ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้อ่านและตอบแบบสอบถามเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการอ่านหรือการมองเห็นผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ผู้ผู้ป่วยฟังและให้ผู้ผู้ป่วยเลือกตอบ จะใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์อาการปวดศีรษะและวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 15-30 นาที

ในส่วน of แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการบาดเจ็บศีรษะ ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึก โดยศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่แพทย์และพยาบาลบันทึกไว้ โดยขณะตอบแบบสอบถามหากผู้ป่วยต้องการพักหรือหยุดหรือทำแบบสอบถามไม่หมด ผู้ป่วยสามารถทำได้หรือกลับมาทำแบบสอบถามใหม่ได้ตามความสะดวกของผู้ป่วย ผลของการเว้นช่วงการทำแบบสอบถาม จะไม่มีผลต่อการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยในระหว่างที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล

หากผู้ป่วยมีการรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการปวดศีรษะมากกว่า 5 คะแนน จากมาตรวัดตัวเลข 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด โดยมีระดับความรุนแรงของอาการปวดศีรษะมากกว่า 5 คะแนน ผู้วิจัยจะประเมินอาการและให้ผู้ผู้ป่วยพักจนกว่าผู้ป่วยจะดีขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยประเมินอาการซ้ำและถามผู้ป่วยว่าต้องการทำต่อหรือไม่ ถ้าต้องการผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามต่อ หากผู้ป่วยปฏิเสธผู้วิจัยจะหยุดการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยออกจากการศึกษาทันที และจะไม่นำข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการวิเคราะห์ นอกจากนั้น

หากพบว่าภายหลังการให้ผู้ป่วยพักแล้วอาการปวดศีรษะไม่ดีขึ้น ผู้วิจัยจะหยุดการเก็บรวบรวมข้อมูลทันที และประเมินอาการแทรกซ้อนอื่นเช่น คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ตรวจวัดสัญญาณชีพ การประเมินคะแนนกลาสโกว์ และจะทำการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมวิจัยได้รับการรักษาพยาบาลและการรักษาจากแพทย์เจ้าของไข้ต่อไปตามขั้นตอนที่เหมาะสมและพิจารณาให้ผู้ป่วยออกจากการศึกษาครั้งนี้และจะไม่นำข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการวิเคราะห์

6. เมื่อเสร็จสิ้นการรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยอีกครั้งและตอบให้ผู้ป่วยหายสงสัย
7. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้นำมาคิดคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแต่ละแบบสอบถามแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอนขอความเห็นชอบการทำวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไม่เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆ กับผู้เข้าร่วมการวิจัยระหว่างการสอบถามเก็บข้อมูล หากระหว่างผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่นมีอาการปวดศีรษะมากขึ้น โดยมีการรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการปวดศีรษะมากกว่า 5 คะแนนจากมาตรวัดตัวเลข 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด โดยมีระดับความรุนแรงของอาการปวดศีรษะมากกว่า 5 คะแนน ผู้วิจัยจะประเมินอาการและให้การดูแลเบื้องต้นหากหลังจากการให้การดูแลเบื้องต้นแล้วไม่ดีขึ้นผู้ป่วยจะได้รับการประสานงานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลและการรักษาจากแพทย์เจ้าของไข้ต่อไปตามขั้นตอนที่เหมาะสม

ผลการวิจัยในครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยในภาพรวมคือ ได้ข้อมูลพื้นฐานในการนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคตได้ สำหรับการเก็บข้อมูล ณ แหล่งเก็บข้อมูลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง จะให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาก่อนผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ หรือช่วงเวลาหลังจากผู้ป่วยเข้าพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเรียบร้อยแล้ว ซึ่งไม่รบกวนต่อการเข้าตรวจรักษา และไม่รบกวนต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธในการตอบแบบสอบถาม และสามารถเลิกการตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาใดก็ได้ของการตอบแบบสอบถาม ซึ่งไม่มีผลต่อการได้รับการรักษาจากบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ มีการจัดเก็บแยกแยะระหว่างแบบฟอร์มยินยอมกับข้อมูลที่เก็บได้ และใช้หมายเลขประจำตัวแทนการใช้ชื่อในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัย

เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ได้ ส่วนผลการวิจัยมีการนำเสนอหรือตีพิมพ์ในวารสารที่เกี่ยวข้อง ในลักษณะของข้อมูลโดยภาพรวม และไม่มีการนำเสนอชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการอธิบายให้เข้าใจและทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัยแล้ว ให้ลงลายมือชื่อไว้เพื่อเป็นหลักฐานในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกและแบบสอบถามทั้งหมดมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ชนิดของการใช้สารเสพติดและยาเสพติดในปัจจุบัน ประวัติโรคประจำตัว การใช้ยาแก้ปวดในวันที่มารับการตรวจ และรายได้ต่อเดือน วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ และร้อยละ
2. ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ สาเหตุการบาดเจ็บ การบาดเจ็บร่วมของระบบอื่น คะแนนกลาสโกว์ ผลการถ่ายภาพรังสีกะโหลกศีรษะ ผลภาพคอมพิวเตอร์สมอง การวินิจฉัย การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ และร้อยละ ส่วนระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาและจำนวนวันหลังจำหน่าย-วันตรวจ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวดศีรษะ ได้แก่ การตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการประเมินอาการปวดศีรษะ ได้แก่ ลักษณะอาการปวดศีรษะ ตำแหน่งที่เกิดอาการปวดศีรษะ ความถี่ของการเกิดอาการปวดศีรษะ และการรับรู้อาการปวดศีรษะ วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ และร้อยละ
4. วิธีจัดการอาการปวดศีรษะของผู้ป่วย ได้แก่ วิธีจัดการ ระยะเวลาที่ใช้ บุคคลที่ให้การช่วยเหลือ เหตุผลของการใช้วิธีดังกล่าว วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ และร้อยละ ส่วนประสิทธิภาพในการลดอาการปวดศีรษะ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. ผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดศีรษะ ได้แก่ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
6. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบความสัมพันธ์แบบตัดขวางตามช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional correlational design) โดยศึกษาถึงประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ซึ่งมารับการตรวจตามนัดภายใน 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงกันยายน พ.ศ. 2552 ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดยินดีเข้าร่วมการศึกษา ไม่มีการคัดกลุ่มตัวอย่างออกหรือมีการปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อยจำนวนทั้งหมด 88 คน โดยผลการวิจัยรายงานได้เป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและทางการแพทย์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์อาการปวดศีรษะ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลวิธีจัดการอาการปวดศีรษะ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
(n = 88)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	50	56.8
หญิง	38	43.2
อายุ		
18-20 ปี	15	17.0
21-40 ปี	37	42.1
41-60 ปี	25	28.4
> 61 ปี	11	12.5
(Mean=38.4, S.D=16.1)		
สถานภาพสมรส		
คู่	47	54.4
โสด	30	34.1
หม้าย/หย่า/แยกทาง	11	9.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	8.0
ประถมศึกษา	37	42.0
มัธยมศึกษา	25	28.4
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	3	3.4
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	8	9.1
กำลังศึกษา	8	9.1

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
(n = 88) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	49	55.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	9.1
นักศึกษา	6	6.8
ธุรกิจ	6	6.8
เกษตรกรรม	6	6.8
ค้าขาย	5	5.7
แม่บ้าน	5	5.7
ข้าราชการ	3	3.4
รายได้/เดือน		
< 5,000 บาท	15	17.0
5,001-10,000 บาท	32	36.4
10,000-15,000 บาท	8	9.1
15,001-20,000 บาท	2	2.3
>20,000 บาท	4	4.5
ไม่มีรายได้	16	18.2
ไม่แน่นอน	11	12.5
รายได้ต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว		
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	39	44.3
เพียงพอและเหลือเก็บ	20	22.7
ไม่เพียงพอ	19	21.6
ไม่มีรายได้	10	11.4

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
(n = 88) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่	ร้อยละ
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ	48	54.5
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	17	19.3
จ่ายเอง	12	13.6
ข้าราชการ	5	5.7
ประกันสังคม	3	3.4
ประกันชีวิต	1	1.1
สังคมสงเคราะห์	1	1.1
กองทุนทดแทน	1	1.1
ชนิดของการใช้สารเสพติดและยาเสพติดในปัจจุบัน		
ไม่มีการใช้	62	70.5
มีการใช้	26	29.5
- บุหรี่	9	34.6
- เหล้า	9	34.6
- บุหรี่และเหล้า	8	30.8
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	72	81.8
มี	16	18.2
- ความดันโลหิตสูง*	9	56.3
- ไขมันในเลือดสูง*	4	25
- เบาหวาน*	4	25
- หอบหืด	1	6.3
- หัวใจ	1	6.3

* ผู้ป่วยหนึ่งคนตอบมากกว่าหนึ่งคำตอบ

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยจำแนกตามข้อมูลทางการแพทย์
(n = 88)

ข้อมูลทางการแพทย์	ความถี่	ร้อยละ
สาเหตุการบาดเจ็บ		
รถจักรยานยนต์	48	54.5
ถูกทำร้ายร่างกาย	14	15.9
ตกจากที่สูง	11	12.5
หกล้ม	6	6.8
ประกอบอาชีพ	4	4.5
รถยนต์	4	4.5
จักรยาน	1	1.1
การบาดเจ็บร่วมของระบบ/อวัยวะอื่น		
ไม่มี	68	77.3
มี	20	22.7
อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ		
ใบหน้า*	13	14.8
แขนและขา*	14	15.9
มือ	2	2.3
ไหล่*	5	5.7
เท้า *	2	2.3
คะแนนกลาสโกว์ (แรกรับ)		
13	4	4.5
14	8	9.1
15	76	86.4
คะแนนกลาสโกว์ (จำหน่าย)		
14	2	2.3
15	86	97.7

* ผู้ป่วยหนึ่งคนตอบมากกว่าหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย อายุเฉลี่ยประมาณ 38 ปี พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน สถานภาพคู่ ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และมากกว่าครึ่งประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้ส่วนใหญ่ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ สิทธิในการรักษาพยาบาลกว่าครึ่งใช้สิทธิ พ.ร.บ.ผู้ประสบภัยจากรถ รองลงมาคือ สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีประวัติการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่จำนวนเท่ากัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ ไ้หมันในเลือดสูงและเบาหวาน

ในวันที่มีการตรวจตามนัด พบผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะจำนวน 40 คน (ร้อยละ 45.5) ไม่มีอาการปวดศีรษะจำนวน 48 คน (ร้อยละ 55.5) เมื่อแยกเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจำนวน 40 คน พบว่าในวันที่มีการตรวจตามนัดผู้ป่วยที่รับประทานยาแก้ปวดจำนวน 10 คน (ร้อยละ 25) ไม่ได้รับประทานยาแก้ปวดจำนวน 30 คน (ร้อยละ 75) นอกจากนั้นพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะมีระยะเวลาที่รับประทานยาแก้ปวดจนถึงขณะสัมภาษณ์พบว่ามีระยะห่างมากที่สุดคือ 4 ชั่วโมง รองลงมาคือ 3 ชั่วโมง

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อยจำแนกตามข้อมูลทางการแพทย์
(n = 88) (ต่อ)

ข้อมูลทางการแพทย์	ความถี่	ร้อยละ
ได้รับการทำภาพรังสีกะโหลกศีรษะ		
ไม่ได้รับการทำ	15	17.0
ได้รับการทำ	73	83.0
ผลการตรวจวินิจฉัย		
ปกติ	57	78.1
ผิดปกติ	13	17.8
- กะโหลกร้าว	7	53.8
- กะโหลกแตก	2	15.4
- กะโหลกยุบ	2	15.4
- กะโหลกฐานศีรษะแตก	1	7.7
- ไม่ทราบผล	1	7.7
ไม่พบข้อมูลในการรายงานผล	3	4.1
ได้รับการทำภาพถ่ายคอมพิวเตอร์สมอง		
ไม่ได้รับการทำ	55	62.5
ได้รับการทำ	33	37.5
ผลการตรวจวินิจฉัย		
ปกติ	11	33.3
ผิดปกติ	21	63.7
- สมองช้า	5	23.8
- เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา	4	19.0
- เลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา	3	14.3
- สมองกระทบกระเทือน	3	14.3
- เลือดออกในสมอง	3	14.3
- สมองบวม	2	9.5
- สมองฝ่อ	1	4.8
ไม่พบข้อมูลในการรายงานผล	1	3.0

จากข้อมูลทางการแพทย์พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเกือบครึ่งมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ รองลงมาคือ ถูกทำร้ายร่างกายและตกจากที่สูง พบการบาดเจ็บร่วมของอวัยวะอื่นเพียงหนึ่งในสามของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด โดยได้รับบาดเจ็บบริเวณใบหน้าและแขนขา มีจำนวนมากใกล้เคียงกัน ผลคะแนนกลาสโกว์แรกรับและจำหน่ายส่วนใหญ่มีคะแนนเต็ม 15 คะแนน ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยส่วนใหญ่ได้รับการถ่ายภาพรังสีกะโหลกศีรษะและผลการถ่ายภาพรังสีกะโหลกศีรษะโดยมากปกติ ส่วนผลการตรวจที่ผิดปกติพบกะโหลกศีรษะร้าวมากที่สุด ครั้งหนึ่งของจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทั้งหมดไม่ได้รับการถ่ายภาพคอมพิวเตอร์สมอง ในกลุ่มที่ได้รับการถ่ายภาพคอมพิวเตอร์สมองพบผลผิดปกติมากกว่าผลปกติถึงสองเท่า ผลผิดปกติที่พบมากที่สุดคือสมองซ้ำ รองลงมาคือเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดुरา (ตารางที่ 2) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่รับไว้ในโรงพยาบาล (ร้อยละ 71.6) โดยมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 3 วัน (S.D = 2.8) และจำนวนวันหลังจำหน่ายถึงวันตรวจตามนัด เฉลี่ย 11.5 วัน (S.D = 4.1) และเป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มที่ได้รับการถ่ายภาพคอมพิวเตอร์สมองและมีผลการตรวจที่ผิดปกติ พบว่าผู้ป่วยที่มีผลเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดुरาและสมองกระทบกระเทือนมีอาการปวดศีรษะมากกว่าผลการตรวจผิดปกติอื่น และในส่วนของกลุ่มที่ได้รับการถ่ายภาพรังสีกะโหลกศีรษะและมีผลการตรวจที่ผิดปกติ นั้นพบว่าโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ และพบอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยที่มีกะโหลกร้าวเท่านั้น

ในกลุ่มที่ไม่มีอาการปวดศีรษะเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยไคสแควร์และค่าที เทียบกับกลุ่มที่มีอาการปวดศีรษะพบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติโรคประจำตัว ไม่มีความแตกต่างกันในด้านของข้อมูลส่วนบุคคล ยกเว้น เพศ สิทธิการรักษา เท่านั้น ที่พบว่ากลุ่มที่มีอาการปวดศีรษะมีเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย และ ใช้สิทธิในการรักษาเป็น พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = .041, .037$ ตามลำดับ)

ส่วนข้อมูลทางการแพทย์ พบว่าสาเหตุการบาดเจ็บ การบาดเจ็บร่วม คะแนนกลาสโกว์แรกรับและจำหน่าย การได้รับการถ่ายภาพรังสีกะโหลกศีรษะ การได้รับการถ่ายภาพคอมพิวเตอร์สมอง และจำนวนวันนอนพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์อาการปวดศีรษะ ได้แก่ การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองอาการปวดศีรษะ

ตารางที่ 3 ความถี่และร้อยละ ประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการประเมินอาการปวดศีรษะ (n = 40)

ประสบการณ์อาการปวดศีรษะ	ความถี่	ร้อยละ
ลักษณะการปวดศีรษะ		
ปวดเด่นเป็นจังหวะ	13	32.5
ปวดตื้อๆ	11	27.5
ปวดบีบ	8	20
ปวดมีนๆ	6	15
ปวดจี๊ด	2	5
ตำแหน่งของการปวดศีรษะ		
ด้านข้างศีรษะ	19	47.5
ทั้งศีรษะ	9	22.5
กลางศีรษะ	8	20
ด้านหลัง	3	7.5
หน้าผาก-ด้านหน้า	1	2.5
เวลาเริ่มมีอาการปวดศีรษะ		
ไม่แน่นอน	13	32.5
ช่วงเช้า* (08.00-12.00 น.)	9	22.5
ตลอดเวลา	7	17.5
เย็นถึงก่อนนอน* (15.00-21.00 น.)	7	17.5
หลังจากหลับไปแล้ว	2	5.0
ความถี่ของการเกิดอาการปวดศีรษะ/วัน		
1-2 ครั้ง	20	50.0
3-5 ครั้ง	13	32.5
มากกว่า 10 ครั้ง	5	12.5
6-9 ครั้ง	2	5.0

* ผู้ป่วยหนึ่งคนตอบมากกว่าหนึ่งคำตอบ

ตารางที่ 3 ความถี่และร้อยละ ประสพการณ์อาการปวดศีรษะด้านการประเมินอาการปวดศีรษะ (n = 40)
(ต่อ)

	ระดับความรุนแรงของอาการปวดศีรษะ				
	Range	Mean	S.D	Mode	Median
อาการปวดศีรษะรุนแรงสุด	2-10	6.2	2.5	7	6
อาการปวดศีรษะน้อยสุด	0-6	1	1.7	0	0
อาการปวดศีรษะเฉลี่ย	0-8	3.3	1.8	5	3
อาการปวดศีรษะ ณ ปัจจุบัน	0-7	1.7	2	0	1

ในจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยทั้งหมดจำนวน 88 คน พบว่า ภายหลังบาดเจ็บศีรษะในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาผู้ป่วยมีประสพการณ์การรับรู้อาการปวดศีรษะจำนวน 40 คน (ร้อยละ 45.5) และไม่มีประสพการณ์การรับรู้อาการปวดศีรษะจำนวน 48 คน (ร้อยละ 55.5) ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีประสพการณ์การรับรู้อาการปวดศีรษะทั้งหมดจำนวน 40 คน พบว่า ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีการประเมินอาการปวดศีรษะตามประสพการณ์และการรับรู้ของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมีการบรรยายถึงลักษณะของอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยส่วนใหญ่เป็นปวดตื้อเป็นจังหวะ รองลงมาคือ ปวดตื้อๆ ตำแหน่งของอาการปวดศีรษะส่วนใหญ่ได้รายงานการรับรู้ของอาการปวดศีรษะเกิดบริเวณด้านข้างศีรษะและเวลาที่เริ่มมีอาการปวดศีรษะไม่แน่นอน โดยมีความถี่ของอาการปวดศีรษะอยู่ที่ 1-2 ครั้ง/วัน รองลงมา คือ 3-5 ครั้ง/วัน ส่วนสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ พบว่า เกือบครึ่งผู้ป่วยให้เหตุผลว่าไม่ทราบสาเหตุของอาการปวดศีรษะ (ร้อยละ 40) รองลงมาคือ เกิดจากการใช้ความคิด (ร้อยละ 35) และมีเพียงส่วนน้อยที่ให้เหตุผลว่าเกิดจากการอดนอน (ร้อยละ 2) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยในส่วนของการประสพการณ์อาการปวดศีรษะด้านการประเมินอาการปวดศีรษะ พบว่า ผู้ป่วยมีการประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดศีรษะโดยเฉลี่ยของอาการปวดศีรษะ ใน 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อยู่ในระดับเล็กน้อย (จากตารางที่ 3)

ตารางที่ 4 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผล ประสพการณ์อาการปวดศีรษะด้าน
การตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านต่างๆ (n = 40)

การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันด้านต่างๆ	Range	Mean	S.D.	การแปลผล ระดับ
งานที่ทำประจำ (ทั้งงานประจำนอกบ้านและงานในบ้าน)	0-10	5.2	3.7	ปานกลาง
ความสามารถในการเดินทาง	0-10	3.3	3.3	เล็กน้อย
กิจกรรมโดยทั่วไป	0-9	3.2	3.3	เล็กน้อย
ความรู้สึกเป็นสุขในชีวิต	0-10	4.2	3.1	เล็กน้อย
การพักผ่อน/นอนหลับ	0-9	3.1	3.0	เล็กน้อย
อารมณ์	0-9	2.4	2.7	เล็กน้อย
สัมพันธภาพกับผู้อื่น/ครอบครัวส่วน โดยภาพรวม	0-10	1.5	2.4	เล็กน้อย
	0-10	3.3	1.7	เล็กน้อย

ตามประสพการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะในผู้ป่วย
บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยนั้น พบว่าอาการปวดศีรษะรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านต่างๆโดย
ภาพรวมมีระดับเล็กน้อย โดยพบว่าการรบกวนการดำเนินชีวิตด้านงานที่ทำประจำ (ทั้งงานประจำ
นอกบ้านและงานในบ้าน)ในระดับปานกลาง รองลงมาคือด้านกิจกรรมโดยทั่วไป อารมณ์
ความสามารถในการเดินทาง สัมพันธภาพกับผู้อื่น/ครอบครัว การพักผ่อน/นอนหลับ และความรู้สึก
เป็นสุขในชีวิตพบว่าการรบกวนการดำเนินชีวิตในระดับเล็กน้อย ตามลำดับ (จากตารางที่ 4)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการจัดการอาการปวดศีรษะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 ความถี่และร้อยละของการจัดการอาการปวดศีรษะที่เลือกใช้กับบุคคลที่ช่วยเหลือในการจัดการอาการปวดศีรษะ (n = 40)

วิธีการจัดการอาการที่เลือกใช้	บุคคลที่ช่วยเหลือในการจัดการ				
	ตนเอง		สมาชิกในครอบครัว		เพื่อน
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
รับประทานยาแก้ปวด	10	25	8 (20)	2 (5)	-
นอนพัก	4	10	3 (7.5)	1 (2.5)	-
นอนหลับ	1	2.5	-	1 (2.5)	-
ฟังเพลง	1	2.5	-	-	1 (2.5)
นวดบริเวณศีรษะ	1	2.5	1 (2.5)	-	-
เลือกวิธีปฏิบัติ 1 วิธี ขึ้นไป					
รับประทานยาแก้ปวด	11	27.5	9 (22.5)	2 (5)	-
และนอนหลับ					
รับประทานยาแก้ปวด	8	20	7 (17.5)	1 (2.5)	-
และนอนพัก					
รับประทานยาแก้ปวด	2	5	2 (5)	-	-
นวดบริเวณศีรษะ และนอนพัก					
รับประทานยาแก้ปวด	1	2.5	1 (2.5)	-	-
และนวดบริเวณศีรษะ					
ดมยาดมและนอนพัก	1	2.5	1 (2.5)	-	-

ตารางที่ 6 ความถี่ ร้อยละ และการแปรผลของวิธีจัดการอาการปวดศีรษะในเรื่องความถี่ในการใช้
ต่อสัปดาห์กับประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดศีรษะในแต่ละวิธี (n = 40)

วิธีการจัดการอาการ	ความถี่ในการใช้ต่อสัปดาห์					ประสิทธิภาพในการ บรรเทาอาการปวด	
	1-2 ครั้ง	3-5 ครั้ง	6-9 ครั้ง	>10 ครั้ง	รวม	ร้อยละ	การแปรผล ระดับ
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)		
รับประทานยาแก้ปวด	5 (12.5)	1 (2.5)	1 (2.5)	3 (7.5)	10 (25)	77	ดี
นอนพัก	1 (2.5)	3 (7.5)	-	-	4 (10)	76	ดี
นอนหลับ	-	-	-	1 (2.5)	1 (2.5)	60	ปานกลาง
ฟังเพลง	-	-	1 (2.5)	-	1 (2.5)	70	ปานกลาง
นวดบริเวณศีรษะ	1 (2.5)	-	-	-	1 (2.5)	80	ดี
เลือกวิธีปฏิบัติ 1 วิธี ขึ้นไป					23 (57.5)		
- รับประทานยาแก้ ปวด และนอนหลับ	-	3 (7.5)	3 (7.5)	5 (12.5)	11 (27.5)	70	ปานกลาง
- รับประทานยาแก้ ปวด และนอนพัก	1 (2.5)	2 (5)	2 (5)	3 (7.5)	8 (20)	70	ปานกลาง
- รับประทานยา แก้ปวด	-	1 (2.5)	-	1 (2.5)	2 (5)	100	ดี
นวดบริเวณศีรษะ และนอนพัก							
- รับประทานยา	1 (2.5)	-	-	-	1 (2.5)	100	ดี
แก้ปวด และนวด- บริเวณศีรษะ							
- ดมชาคม	-	-	-	1 (2.5)	1 (2.5)	100	ดี
และนอนพัก							

ในการศึกษารั้ครั้งนี้พบว่าโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยเลือกใช่วิธีจัดการอาการปวดศีรษะโดยเลือกวิธีปฏิบัติตั้งแต่ 1 วิธีขึ้นไปและพบว่าผู้ป่วยเลือกวิธีการรับประทานยาแก้ปวดและนอนหลับมากที่สุดและใกล้เคียงกับการรับประทานยาแก้ปวดและนอนพัก การรับประทานยาแก้ปวดเพียงอย่างเดียวพบว่าผู้ป่วยเลือกใช้อย่างหนึ่งในสามของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด เหตุผลของการเลือกใช่วิธีจัดการอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นเพื่อการบรรเทาอาการปวดศีรษะนั้นพบว่าโดยส่วนใหญ่เลือกปฏิบัติตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ (ร้อยละ 30) รองลงมาคือ คิดว่าได้ผล (ร้อยละ 25) และไม่มีเหตุผลมีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 5) ในส่วนบุคคลที่ช่วยเหลือในการจัดการอาการปวดศีรษะพบว่าผู้ป่วยเลือกจัดการอาการปวดศีรษะด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือ สมาชิกในครอบครัว

จากตารางที่ 6 แสดงถึง ความถี่ในการปฏิบัติตามวิธีที่เลือกใช้ในการจัดการอาการปวดศีรษะนั้นพบว่ามีความถี่ในการปฏิบัติมากกว่า 10 ครั้ง ขึ้นไปต่อสัปดาห์มากที่สุด โดยพบว่าการเลือกรับประทานยาแก้ปวด นวดบริเวณศีรษะ และนอนพักสามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะได้ดี โดยใช้เวลาในการปฏิบัติน้อยกว่า 5 นาที 15 นาทีและ 30 นาทีตามลำดับ ส่วนวิธีปฏิบัติตั้งแต่ 1 วิธีขึ้นไปเป็นวิธีที่ถูกเลือกใช้มากที่สุด โดยเลือกใช้ในการรับประทานยาแก้ปวดและนอนหลับมากที่สุด ซึ่งสามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะได้ระดับปานกลาง โดยใช้เวลาในการปฏิบัติน้อยกว่า 5 นาทีถึงมากกว่า 60 นาที นอกจากนั้นยังพบว่าการรับประทานยาแก้ปวดร่วมกับการนวดบริเวณศีรษะ การดมยาดมร่วมกับการนอนพัก และการรับประทานยาแก้ปวดร่วมกับการนวดบริเวณศีรษะและนอนพัก สามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะได้ดี โดยใช้เวลาในการปฏิบัติน้อยกว่า 5 นาที น้อยกว่า 10 นาที และ 10-60 นาทีตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

ตารางที่ 7 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของผลลัพธ์ของการจัดการ
ได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (n = 40)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	คะแนน		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผลระดับ
		ต่ำสุด	สูงสุด			
คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ						
ด้านร่างกาย	7-35	12	30	23.7	4.4	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	6-30	11	27	22.1	3.8	ปานกลาง
ด้านสัมพันธทางสังคม	3-15	9	14	11.9	1.3	ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-40	21	36	29.7	3.5	ดี
สุขภาพโดยรวม	26-130	58	113	94.2	11.7	ปานกลาง

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีการรับรู้การปวดศีรษะเกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าผลลัพธ์ของการจัดการอาการได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านสัมพันธทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ส่วนด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (จากตารางที่ 7)

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (n = 40)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะ	1					
2. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านร่างกาย	-.517**	1				
3. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านจิตใจ	-.346*	.684**	1			
4. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านสัมพันธ์ทางสังคม	-.306	.261	.194	1		
5. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อม	-.582**	.610**	.510**	.576**	1	
6. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวม	-.564**	.895**	.837**	.487**	.816**	1

**p < .01; *p < .05

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยพบว่าประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวมระดับปานกลาง ($r = -.564$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อแยกหาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพรายด้านพบว่า ประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านร่างกายและสิ่งแวดล้อมระดับปานกลาง ($r = -.517$ และ $r = -.582$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านจิตใจระดับปานกลาง ($r = -.346$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่อย่างไรก็ดีประสบการณ์อาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านสัมพันธ์ทางสังคมระดับปานกลาง ($r = -.306$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (จากตารางที่ 8)

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบความสัมพันธ์แบบตัดขวางตามช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional correlational design) โดยศึกษาถึงประสบการณ์อาการปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย โดยอภิปรายผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ประสบการณ์อาการปวดศีรษะ ได้แก่ การรับรู้อาการ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ส่วนที่ 2 วิธีจัดการอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ได้แก่ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ส่วนที่ 1 ประสพการณ์อาการปวดศีรษะ ได้แก่ การรับรู้อาการ การประเมิน และการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง วัยทำงาน ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 21-40 ปี เฉลี่ยประมาณ 38 ปี สาเหตุของการบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ (ร้อยละ 54.4) รองลงมาคือ ตกจากที่สูงและถูกทำร้ายร่างกาย (ร้อยละ 15.9 และ ร้อยละ 12.5 ตามลำดับ) สอดคล้องกับสถิติอุบัติเหตุจราจรทางบกของสำนักงานตำรวจแห่งชาติในปี 2551 ที่พบว่ารถจักรยานยนต์เป็นประเภทที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด และสอดคล้องกับ Young และคณะ (2005) ซึ่งพบว่าสาเหตุหลักของการบาดเจ็บศีรษะมาจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ ตามด้วยพลัดตก และถูกทำร้ายร่างกาย และเกิดในวัยทำงาน คือช่วงอายุ 15-44 ปี (Sharma, 2008) เหตุพออธิบายได้ว่าส่วนใหญ่ประเทศที่กำลังพัฒนาประชาชนที่อยู่ในวัยทำงาน โดยเฉพาะในเขตเมืองจะนิยมใช้รถจักรยานยนต์และรถยนต์ในการสัญจร เนื่องจากมีราคาถูก สะดวก รวดเร็วและคล่องตัวสูง จึงอาจทำให้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บได้บ่อย

ประสพการณ์อาการปวดศีรษะ

จากแนวคิดการจัดการอาการของคอคด์และคณะ (2001) กล่าวว่าประสพการณ์อาการครอบคลุมเกี่ยวกับการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการซึ่งทั้งหมดมีความเป็นพลวัตกัน

การศึกษานี้ทำการศึกษาถึงประสพการณ์อาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยภายใน 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลของการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเกือบครึ่งของจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยทั้งหมด มีการรับรู้อาการปวดศีรษะ จำนวน 40 คน (ร้อยละ 45.5) พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และอยู่ในวัยทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะจะมีประสพการณ์อาการปวดศีรษะ ร้อยละ 30-90 (Lew et al., 2006; Walker et al., 2005) เหตุผลที่พออธิบายในส่วนของประสพการณ์การรับรู้อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยในครั้งนี้ พบว่าอยู่ในช่วงระหว่าง ร้อยละ 30-90 อาจเนื่องจากเหตุผลทางระบาดวิทยาของการเกิดอาการปวดศีรษะ นั้นยังไม่มีเป็นที่ทราบแน่ชัดถึงอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นจริงเนื่องจากการให้คำจำกัดความของอาการปวดศีรษะและวิธีการศึกษาที่ใช้มีความแตกต่างกันและยังขาดความเข้าใจถึงธรรมชาติของการเกิดอาการปวดศีรษะภายหลังจากการได้รับบาดเจ็บศีรษะ (Gladstone, 2009; Neely, Midgett, & Scher, 2009)

จากผลการศึกษาครั้งนี้เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ไม่มีอาการปวดศีรษะกับกลุ่มที่มีอาการปวดศีรษะ พบว่าเพศมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = .041$) และพบว่าเพศหญิงในกลุ่มที่มีอาการปวดศีรษะมีการรับรู้อาการปวดศีรษะมากกว่าเพศชาย คิดเป็นอัตราส่วน 1 : 0.8 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะที่มีอาการปวดศีรษะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยคิดเป็นอัตราส่วน 1 : 0.7 (Lew et al., 2006; Walker et al., 2005) เหตุผลที่พออธิบายได้ถึงการรับรู้อาการปวดศีรษะในเพศหญิงที่มีมากกว่าเพศชาย อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านชีววิทยา ด้านร่างกาย สรีรภาพ ระดับฮอร์โมนเพศ การดำเนินชีวิต และสิ่งแวดล้อม ที่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย โดยเฉพาะในระดับฮอร์โมน พบว่าเพศหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศได้บ่อย พบว่าระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการก่อนเป็นประจำเดือนและส่งผลทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ นอกจากนั้นในส่วนของมุมมองและความเคยชินทางสุขภาพและการดูแลเอาใจใส่ตนเอง เพศหญิงจะมีการดูแลเอาใจใส่ดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย ทำให้พบความผิดปกติได้ก่อนและไปพบแพทย์ได้ไวก่อนอาการรุนแรง (Verbrugge, 1985) แต่อย่างไรก็ดีผลการศึกษานี้พบว่าขัดแย้งกับการศึกษาของ Braandrup (2004) พบว่ามีเพศชายมีการรับรู้อาการปวดศีรษะมากกว่าหญิงคือ มีอัตราส่วน 1.03 : 1 แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวทำการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลางและรุนแรงมิได้เน้นศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเพียงอย่างเดียวเท่านั้นนอกจากนั้นระยะเวลาที่ศึกษามิได้เน้นศึกษาภายใน 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การประเมินอาการปวดศีรษะ

ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่พบการรับรู้อาการปวดศีรษะ ผู้ป่วยมีการประเมินอาการปวดศีรษะตามประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมีการบรรยายถึงลักษณะของอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยส่วนใหญ่เป็นแบบเด่นเป็นจังหวะ ร้อยละ 32.5 รองลงมาคือแบบตื้อๆ (ร้อยละ 27.5) ตำแหน่งของอาการปวดศีรษะเกือบครึ่งเกิดบริเวณด้านข้างศีรษะ ตามด้วยทั้งศีรษะ กลางศีรษะ (ร้อยละ 47.5 ร้อยละ 22.5 และ ร้อยละ 20 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่เวลาเริ่มมีอาการปวดศีรษะไม่แน่นอน ครั้งหนึ่งของผู้ป่วยมีความถี่ของอาการปวดศีรษะอยู่ที่ 1-2 ครั้ง/วัน รองลงมา คือ 3-5 ครั้ง/วัน (ร้อยละ 50 และ 32.5 ตามลำดับ)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Walker และคณะ 2005 พบว่าผู้ป่วยมีการบรรยายอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นเป็นแบบตื้อๆ ร้อยละ 43 แบบจี๊ด ร้อยละ 35 แบบเด่นเป็นจังหวะ ร้อยละ 13 แบบบีบ ร้อยละ 8 และแบบอื่นๆ ร้อยละ 3 เมื่อแบ่งชนิดของอาการปวดศีรษะโดยแยกออกเป็นแบบไมเกรน (vascular) แบบเกร็ง (muscle contraction) ผสมระหว่างแบบไมเกรนและเกร็ง (mixed)

พบว่าอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเป็นแบบไมเกรน เครียด และผสมกันระหว่างไมเกรน และเครียดจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 26 และอื่นๆ ร้อยละ 21 (Walker et al., 2005) ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษาของ Gurr และ Coetzer (2004) ที่พบว่าในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะหลังการพบแบบรัดแน่นและถูกบีบ ร้อยละ 28.8 แบบเดินเป็นจังหวะ ร้อยละ 18.6 และพบอาการปวดแบบตื้อๆ เพียง ร้อยละ 5.1 และพบว่าอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บเป็นแบบเครียดมากกว่า แบบไมเกรน และผสมระหว่างแบบไมเกรนและเครียด (ร้อยละ 58.5 ร้อยละ 17.1 และร้อยละ 9.8 ตามลำดับ) ในส่วนของลักษณะของอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะนั้นยังไม่เป็นที่แน่ชัดสำหรับสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ แต่พอสามารถอธิบายได้ว่าอาการปวดศีรษะเกิดมาจากการได้รับแรงกระแทกโดยตรงที่ศีรษะและการเกิดแรงเร่ง-แรงเฉื่อย (acceleration-deceleration) เกิดการหมุนหรือบิดตัวของกะโหลกศีรษะและสมองมีผลทำให้แอกซอนได้รับบาดเจ็บเป็นผลทำให้เซลล์ทำงานผิดปกติและมีการทำลายเซลล์เกิดขึ้น และพบว่าการหลังของสารสื่อการอักเสบ และการดึงรั้งของกล้ามเนื้อบริเวณศีรษะ ใบหน้าและลำคอที่เกิดจากการบาดเจ็บทำให้เกิดการกระตุ้น ปลายประสาทรับความรู้สึกที่สมอง ผิวหนังและกล้ามเนื้อ การได้รับการกระตุ้น ปลายประสาทรับความรู้สึกดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้การปวดศีรษะเกิดขึ้น

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีการประเมินความรุนแรงของอาการปวดศีรษะในระยะ 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย มีการประเมินความรุนแรงของอาการปวดศีรษะโดยเฉลี่ยอยู่ที่ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 65 ระดับรุนแรงมากที่สุดอยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.5 และผู้ป่วยมีการประเมินว่าไม่มีอาการปวดศีรษะเลยจนถึงเล็กน้อยมากที่สุด ร้อยละ 67.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ Walker และคณะ (2005) พบว่าผู้ป่วยมีการประเมินความรุนแรงของอาการปวดศีรษะว่าไม่มีอาการปวดศีรษะเลยจนถึงเล็กน้อยมากที่สุด ร้อยละ 64 ส่วนประเมินว่ามีความรุนแรงปานกลางอยู่ที่ร้อยละ 36 ไม่พบว่ามีประเมินอาการปวดศีรษะถึงระดับรุนแรง เหตุผลที่พออธิบายได้ของกลุ่มที่มีการรับรู้การปวดศีรษะในการศึกษาครั้งนี้พบผลการตรวจด้วยภาพคอมพิวเตอร์สมอง และการถ่ายภาพรังสีกะโหลกศีรษะในกลุ่มที่รับรู้การปวดศีรษะนั้นมีผลเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดิวรา สมองกระทบกระเทือนและกะโหลกศีรษะร้าวมีอาการปวดศีรษะมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการปวดศีรษะ ส่วนผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการปวดศีรษะในระดับเล็กน้อยนั้น อาจเนื่องจากผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มีผลคะแนนกลาสโกว์เต็มคือ 15 คะแนน ซึ่งคะแนนดังกล่าวเป็นการบอกได้ถึง ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่มีต่อสมองว่ามีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ขัดแย้งกับการศึกษาของ Gurr และ Coetzer, (2005) พบว่ามีการประเมินความรุนแรงของอาการปวดศีรษะระดับระดับรุนแรงมากที่สุด ตามด้วยปานกลาง และเล็กน้อย (ร้อยละ 63.4 26.89 และ 8.9 ตามลำดับ) แต่อย่างไรก็ดีจาก

การศึกษานี้พบว่าเป็นการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทั้ง 3 ระดับคือ ในระดับรุนแรง ปานกลาง และเล็กน้อย แต่มีได้จำเพาะเจาะจงแต่ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเพียงอย่างเดียว

การตอบสนองของอาการปวดศีรษะ

การตอบสนองของอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย พบว่าอาการปวดศีรษะรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันโดยภาพรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าอาการปวดศีรษะรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในส่วนงานที่ทำประจำ (ทั้งงานประจำนอกบ้านและงานในบ้าน) มีระดับความรุนแรงมากกว่าด้านกิจกรรมโดยทั่วไป อารมณ์ ความสามารถในการเดินทาง สัมพันธภาพกับผู้อื่น/ครอบครัว การพักผ่อน/นอนหลับ และความรู้สึกเป็นสุขในชีวิต เหตุผลที่พออธิบายถึงการตอบสนองของอาการปวดศีรษะในการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน พบในส่วนงานที่ทำประจำทั้งงานประจำนอกบ้านหรืองานในบ้านที่มีระดับความรุนแรงมากกว่าด้านอื่นๆ ได้ว่า เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคม มีการทำงานไม่ว่าจะเป็นงานประจำทั้งในและนอกบ้าน การทำงานต่างๆทำให้ผู้ป่วยต้องมีการใช้ความคิด มีการแก้ปัญหา ต้องเผชิญกับภาวะเครียด ความกดดันและความวิตกกังวล ต่างๆ ที่เกิดจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่อยู่รอบตัวตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและความกดดันในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งความวิตกกังวลและความกดดันพบว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะรุนแรงมากขึ้น (Walker et al., 2005) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Cavallini และคณะ (1995) และ Bussone และคณะ (2004) ที่พบว่าอาการปวดศีรษะมีผลทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล ครอบครัว สังคม การทำงาน และการพักผ่อนลดลง และความพอใจในชีวิตลดลงแต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวเป็นเพียงการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะแบบไมเกรนและแบบคลัสเตอร์ที่เกิดกับบุคคลทั่วไปเท่านั้น ซึ่งปัจจัยและสาเหตุของอาการปวดศีรษะมีความแตกต่างจากผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ นอกจากนั้นการศึกษาดังกล่าวยังมิได้ระบุถึงระดับของความรุนแรงว่าอาการปวดศีรษะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับใด เป็นเพียงการกล่าวโดยรวมเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตามอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นนั้นล้วนส่งผลต่อการการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านต่างๆ ทั้งสิ้น

ส่วนที่ 2 วิธีจัดการอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีการรับรู้อาการปวดศีรษะเลือกวิธีจัดการอาการปวดศีรษะส่วนใหญ่ด้วยตนเอง (ร้อยละ 80) รองลงมาคือ สมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ช่วยเหลือในการจัดการอาการ ส่วนของวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะที่ผู้ป่วยเลือกใช้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีจัดการอาการปวดศีรษะตั้งแต่ 1 วิธีขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 57.5) โดยพบว่าผู้ป่วยเลือกวิธีการรับประทานยาแก้ปวดและนอนหลับมากที่สุด (ร้อยละ 27.5) ซึ่งสามารถ

บรรเทาอาการปวดศีรษะได้ระดับกลาง โดยใช้เวลาน้อยกว่า 5 นาทีถึงมากกว่า 60 นาที ส่วนการรับประทานยาแก้ปวดเพียงอย่างเดียวพบว่าสามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะได้ดีเช่นกันและใช้เวลาน้อยกว่า 5 นาที แต่อย่างไรก็ดีจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการเลือกใช้วิธีการจัดการอาการปวดมากกว่า 1 วิธีในการช่วยบรรเทาอาการปวดศีรษะนั้นมีประสิทธิภาพดีกว่าการเลือกใช้เพียงวิธีใดวิธีหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Vemon และคณะ (2009) พบว่าการใช้ยาอะมิทริปไทลีน (amitriptyline) และการนวดกระดูกสันหลังบริเวณคอ (Chiropractic) สามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะได้ดี นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการนวดกระดูกสันหลังบริเวณคอมีความถี่ที่เกิดอาการปวดศีรษะลดลง

เหตุผลที่พออธิบายได้ถึงประสิทธิภาพการบรรเทาอาการปวดในการเลือกใช้วิธีการจัดการอาการปวดศีรษะที่มีความหลากหลายวิธีร่วมกันคือวิธีการใช้น้ำมันเมื่อยาออกฤทธิ์จะช่วยยับยั้งการสร้างสารพรอสตาแกลนดินส์ ซึ่งเป็นสารที่สามารถไปกระตุ้นปลายประสาทรับรู้สีกปวด จึงทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการปวดศีรษะขึ้น ส่วนการนวดและการนวดบริเวณศีรษะจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อได้ ส่งผลให้เกิดกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่เกิดขึ้น จึงมีผลทำให้เกิดการยับยั้งการถ่ายทอดสัญญาณความปวด จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง ดังนั้นจึงจะเห็นได้ว่าการเลือกวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะมากกว่า 1 วิธีขึ้นไปไม่เพียงแต่ให้ยาเท่านั้นแต่ควรแนะนำให้การรักษาที่ไม่ใช่ยาร่วมด้วยจึงจะเป็นการส่งเสริมให้การจัดการอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น เหตุผลของการเลือกใช้วิธีการจัดการอาการปวดศีรษะ โดยส่วนใหญ่เลือกปฏิบัติตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ อาจเนื่องจากการรักษาอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่แผนการรักษาของแพทย์คือ การให้ยาแก้ปวดและอาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการปวดศีรษะอยู่ในระดับเล็กน้อย เมื่อผู้ป่วยใช้วิธีการรับประทานยาจะสามารถควบคุมอาการปวดได้ ผู้ป่วยจึงไม่แสวงหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่นๆอีก ดังนั้นผู้ป่วยจึงเลือกที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของการจัดการอาการได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีการรับรู้อาการปวดศีรษะในด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดศีรษะได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับ

สุขภาพด้านสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ส่วนด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ว่าตนเองมีอาการปวดศีรษะเพียงระดับเล็กน้อยแต่อย่างไรก็ดีอาการปวดศีรษะยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจากการศึกษาของ D 'Amico และคณะ (2006) พบว่าหลังการให้การรักษารูปแบบให้การป้องกันการเกิดอาการปวดศีรษะไมเกรน พบว่าหลังการให้การรักษามองพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มขึ้นในทุกด้านและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรได้เพิ่มขึ้น คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Ertsey และคณะ (2004) พบว่าภายหลังการได้รับการจัดการอาการปวดศีรษะตามการรักษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะแบบคลัสเตอร์ มีบทบาทด้านร่างกาย การเจ็บปวดของร่างกาย และการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้นและมีแนวโน้มของการมีชีวิตและสุขภาพจิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะแบบไมเกรนพบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกาย บทบาทด้านร่างกาย การเจ็บปวดของร่างกาย สุขภาพโดยทั่วไป และการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้นเช่นกัน ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดศีรษะด้วยวิธีต่างๆ ที่ผู้ป่วยเลือกใช้นั้นสามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะอยู่ในระดับปานกลางถึงดี จึงทำให้ผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดศีรษะได้แก่ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (2001) ที่กล่าวว่า หากผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหรือควบคุมอาการได้จึงทำให้ผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ป่วยดี นั่นคือคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยไม่ถูกรบกวนมาก

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองอาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย พบว่าประสบการณ์อาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมระดับปานกลาง ($r = -.564$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เมื่อแยกความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ด้านการตอบสนองอาการปวดศีรษะ อาการปวดศีรษะและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพเป็นรายด้านพบว่า ประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองอาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านร่างกาย ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านจิตใจระดับปานกลาง ($r = -.517$, $r = -.582$ ที่ $p < .01$ และ $r = -.346$ ที่ $p < .05$ ตามลำดับ) แต่อย่างไรก็ดี การศึกษานี้พบว่าประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการ

ตอบสนองอาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านสัมพันธ์ทางสังคม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้และสอดคล้องกับแนวทางการจัดการอาการของคอคดและคณะ (2001) ที่ว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้ประสบการณ์อาการเกิดขึ้น จะทำให้อุบัติการณ์เกิดการประเมินลักษณะ และการตอบสนองของอาการที่เกิดขึ้น และมองหาวิธีจัดการอาการที่เกิดขึ้น โดยหวังผลลัพธ์ของการจัดการอาการได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของที่ดีขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองอาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านร่างกาย

ผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองอาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านร่างกายเกี่ยวกับความสามารถในการทำสิ่งที่ต้องการ การนอน ความพอใจในกำลัง และความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bussone และ คณะ (2004) ซึ่งพบว่าอาการปวดศีรษะมีผลทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล ครอบครัวยุติ สังคม การทำงาน และการพักผ่อนลดลง และเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ D'Amico และคณะ (2002) Ertsey และคณะ (2004) และ Lipton และคณะ (2003) ที่พบว่าอาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับบทบาทด้านร่างกายจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยพอใจกับความสามารถในการทำสิ่งที่ต้องการและการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง เหตุผลที่พออธิบายได้เนื่องจากอาการปวดศีรษะที่พบในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อยแต่พบว่าความถี่ของอาการปวดศีรษะส่วนใหญ่เกิด 1-5 ครั้งต่อวัน และส่วนใหญ่อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นนั้นมีเวลาที่ไม่แน่นอน อาจทำให้รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยและการมีประสบการณ์อาการปวดศีรษะเป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยต้องทนทุกข์กับการที่ไม่สามารถจะทำอะไรอย่างอื่นได้มากขึ้น (Lipton et al., 2003) ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงกว่าครึ่ง สูญเสียวันทำงานและประสิทธิภาพของงานลดลง (Paniak et al., 2002; Schwartz, Stewart, & Lipton, 1997)

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองอาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านจิตใจ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าประสบการณ์อาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านจิตเกี่ยวกับความพอใจในชีวิต การมีสมาธิ ความรู้สึกดีและพอใจในตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า พบว่าอาการปวดศีรษะ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับอารมณ์และสุขภาพจิตใจของผู้ป่วย โดยพบว่าความพึงพอใจและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Cavallini et al., 1995; Clapp et al., 2008; D'Amico et al., 2002; Ertsey et al., 2004; Lipton et al., 2003) จากการศึกษานี้พบว่าประสบการณ์อาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบ

กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านจิตใจในระดับปานกลาง เหตุผลที่พออธิบายได้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพอยู่ ในวัยทำงาน ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้อยู่ที่ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติทำให้ต้องพึ่งพาครอบครัว และเป็นผลให้รายได้ในครอบครัวลดลง ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ตามสังคมไทยผู้ชายมักจะเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้นำ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตหรือครอบครัว อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เปลี่ยนแปลง เกิดความเครียด และวิตกกังวลรวมทั้งเกิดอาการปวดศีรษะมากขึ้นจึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในชีวิตด้านจิตใจลดลง (Clapp et al., 2008) ซึ่งเป็นการสนับสนุนแนวคิดการจัดการอาการของโรค และคณะ (2001) ที่ว่าประสบการณ์อาการปวดศีรษะและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์กัน และนอกจากนั้นองค์ประกอบด้านบุคคล ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยและด้านสิ่งแวดล้อมเข้ามามีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ วิธีจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นได้

ประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองอาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านสัมพันธ์ทางสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าประสบการณ์อาการปวดศีรษะไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านสัมพันธ์ทางสังคมในการผูกมิตร การได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และความพอใจทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าอาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านสังคมลดลง (Bussone et al., 2004; D'Amico et al., 2002; Ertsey et al., 2004 & Lipton et al., 2003) เช่นเดียวกันที่ Cavallini และคณะ (1995) พบว่าช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะเกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ต่อความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆของตัวเองที่ลดลง ได้แก่ด้านการทำหน้าที่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และความรู้สึกับข้องใจ เหตุผลที่พออธิบายได้เนื่องจากการศึกษาดังกล่าว เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะแบบไมเกรนและแบบคลัสเตอร์ และเป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะที่มีระยะเวลามากกว่าการศึกษาครั้งนี้คือ ตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป ซึ่งภายใน 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลดังกล่าวอาจเป็นช่วงที่ผู้ป่วยพักฟื้นในระยะเวลานั้นๆ หรือหยุดงานหลังจากการได้รับบาดเจ็บเป็นการพักผ่อนส่วนใหญ่อยู่ที่บ้านหรือกับครอบครัวเท่านั้น ดังนั้นการเข้าสังคมหรือความสัมพันธ์ทางสังคมจึงยังไม่ส่งผลกระทบต่อเทียบกับการศึกษาข้างต้นที่พบว่าประเมินในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะมากกว่า 2 เดือนขึ้นไป จึงทำให้พบปัญหาในการผูกมิตร การได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและความพอใจทางเพศที่มากกว่า นอกจากนั้นกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษาในครั้งนี่ยังพบความแตกต่างทางสังคม

วัฒนธรรมระหว่างชาวตะวันตกและชาวไทยก็อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านสังคมได้ เนื่องจากชาวตะวันตกส่วนใหญ่สังคมจะเป็นครอบครัวเดี่ยว พี่พาดตนเองเป็นส่วนใหญ่ มีการพึ่งพาระหว่างบุคคลที่อยู่ในสังคมกันน้อย มีความอิสระในความเป็นอยู่และการใช้ชีวิตสูง แต่ในสังคมและวัฒนธรรมของไทย ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความเอื้ออาทรกันระหว่างคนในสังคมและครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันอย่างลึกซึ้ง มีความเอื้ออาทร เกื้อหนุน มีความอบอุ่น และมีสายใยผูกพันมาช้านาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือทั้งจากครอบครัว และสังคมรอบข้าง (มนัส วณิชชานนท์, 2550) จึงอาจทำให้อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองอาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อม

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าประสบการณ์อาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมในเรื่องความมั่นคงของชีวิต สภาพบ้านเรือน สภาพแวดล้อม ค่าใช้จ่าย การใช้บริการสาธารณสุข การรับรู้ข่าวสาร การผ่อนคลาย และการเดินทางอยู่ในระดับปานกลาง เหตุผลที่อธิบายได้อาจเกี่ยวข้องกับรายได้ของผู้ป่วย สถานภาพสมรสและสิทธิในการรักษาพยาบาล โดยพบว่าผู้ป่วยมีรายได้อยู่ที่ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในครอบครัวแล้วผู้ป่วยมีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บ ซึ่งสอดคล้องกับอาชีพของผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง รายได้จึงอยู่ที่ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน นอกจากนั้นพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ทำให้มีรายได้เฉลี่ยเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย การบาดเจ็บครั้งนี้จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมในระดับกลางเท่านั้น เหตุผลอื่นๆอาจเนื่องจากสิทธิในการรักษาพยาบาลพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ศึกษาในครั้งนี้ใช้สิทธิพ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือการใช้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งผู้ประสบภัยจากรถสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทที่รับประกันภัยตามพ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจนกว่าจะเต็มจำนวนสิทธิที่ได้รับตามกฎหมายค่าเสียหายเบื้องต้นกรณีบาดเจ็บ 15,000 บาท สูงสุดไม่เกิน 50,000 บาทก่อน หลังจากนั้นจึงไปสิทธิเบิกส่วนเกินตั้งแต่ 50,001 บาทขึ้นไปตามสิทธิเฉพาะตัวที่ผู้ประสบภัยมีอยู่ ดังนั้นจึงทำให้ลดภาระการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนี้ไปอีกทาง นอกจากนั้นปัจจุบันยังมีระบบสาธารณสุขที่ให้บริการในเขตพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัย ไม่จำเป็นต้องเดินทางไปไกลจึงลดค่าใช้จ่ายในการไปตรวจ เดินทาง และลดระยะเวลาต่างๆได้ลดลง ทำให้ปัญหาเกี่ยวกับ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ของผู้ป่วยมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบความสัมพันธ์แบบตัดขวางตามช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional correlational design) เพื่อศึกษาถึงประสพการณ์อาการปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์อาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย โดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model) ของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มารับการตรวจตามนัดครั้งแรกที่หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง ในส่วนภาคกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 88 คนซึ่งมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีขึ้นไป และดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2552

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม มีจำนวน 4 ส่วน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกเกี่ยวกับประวัติการปวดเจ็บศีรษะ 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับประสพการณ์อาการปวดศีรษะและวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย และ 4) แบบวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ ผู้วิจัยนำเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL- BREF-THAI) ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ นำไปทดสอบใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำผลทดสอบที่ได้หาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 และรายด้าน ได้แก่ ร่างกาย (physical) จิตใจ (psychological) ความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และสิ่งแวดล้อม (environment) เท่ากับ 0.78, 0.82, 0.42 และ 0.79 ตามลำดับ

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าพบแพทย์อย่างน้อย 60 นาทีหรือหลังจากเข้าพบแพทย์หรือติดต่อเจ้าหน้าที่ในการตรวจเรียบร้อยแล้ว โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้อ่านและตอบแบบสอบถามเอง หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้อำนาจโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/Windows (Statistical Package of Social Science/Windows) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและทางการแพทย์

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างพบเพศชายมากกว่าเพศหญิง อยู่ในวัยทำงาน อายุเฉลี่ย 38.4 ± 16.1 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ซึ่งเพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ สิทธิในการรักษาพยาบาลกว่าครึ่งใช้สิทธิ พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ สาเหตุหลักส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ ผลคะแนนกลาสโกว์ แกร็บและจำหน่ายส่วนใหญ่มีคะแนนเต็ม ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว โรคประจำตัวที่พบคือโรคความดันโลหิตสูง ผลการถ่ายภาพรังสีกะโหลกศีรษะโดยมากปกติ ส่วนผลการตรวจที่ผิดปกติพบกะโหลกศีรษะร้าวมากที่สุด ส่วนผลการถ่ายภาพคอมพิวเตอร์สมองพบผลผิดปกติมากกว่าผลปกติถึงสองเท่า ผลผิดปกติที่พบมากที่สุดคือสมองข้างรองลงมาคือเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดورا ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยมีประสบการณ์การรับรู้การปวดศีรษะจำนวน 40 คน (ร้อยละ 45.5) และไม่มีประสบการณ์การรับรู้การปวดศีรษะจำนวน 48 คน (ร้อยละ 55.5)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์อาการปวดศีรษะ

ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยเกือบครึ่งมีประสบการณ์การรับรู้การปวดศีรษะ ผู้ป่วยได้มีการประเมินอาการปวดศีรษะโดยมีการบรรยายถึงลักษณะของอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นกับตนเอง พบว่าส่วนใหญ่มีลักษณะของอาการปวดศีรษะแบบปวดเด่นเป็นจังหวะ รองลงมาคือ แบบปวดตื้อๆ ตำแหน่งของอาการปวดศีรษะส่วนใหญ่เกิดบริเวณด้านข้างศีรษะและเวลาที่เริ่มมีอาการปวดศีรษะไม่แน่นอน โดยมีความถี่ของอาการปวดศีรษะอยู่ที่ 1-2 ครั้ง/วัน รองลงมาคือ 3-5 ครั้ง/วัน พบว่าใน ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีการประเมินความรุนแรงของอาการปวดศีรษะอยู่ในระดับเล็กน้อย ในส่วนของการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะพบว่าอาการปวดศีรษะรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านต่างๆ ในภาพรวมมีระดับเล็กน้อย โดยพบว่ามีกรรบกวนการดำเนินชีวิตด้านงานที่ทำประจำ (ทั้งงานประจำนอกบ้านและงานในบ้าน) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านกิจกรรมโดยทั่วไป อารมณ์ ความสามารถในการเดินทาง สัมพันธภาพกับผู้อื่น/ครอบครัว การพักผ่อน/นอนหลับ และความรู้สึกเป็นสุขในชีวิตพบว่ามีกรรบกวนการดำเนินชีวิตในระดับเล็กน้อย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลวิธีจัดการอาการปวดศีรษะ

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีประสบการณ์การรับรู้อาการปวดศีรษะ ส่วนใหญ่เลือกจัดการอาการปวดศีรษะด้วยตนเอง รองลงมาคือ สมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยเลือกวิธีปฏิบัติในการจัดการอาการปวดศีรษะตั้งแต่ 1 วิธีขึ้นไปเพื่อจัดการอาการปวดศีรษะมากกว่าการเลือกใช้เพียงวิธีเดียว โดยพบว่าผู้ป่วยเลือกวิธีการรับประทานยาแก้ปวดและนอนหลับมากที่สุด ซึ่งสามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะได้ระดับกลาง ใช้เวลา 5 นาทีถึง 60 นาทีขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบว่าการรับประทานยาแก้ปวดเพียงอย่างเดียวสามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะได้ระดับดี ใช้เวลาน้อยกว่า 5 นาทีในการปฏิบัติ เหตุผลของการเลือกใช้วิธีจัดการอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เลือกปฏิบัติตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์ของการจัดการอาการได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีการรับรู้อาการปวดศีรษะเกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ส่วนด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย พบว่าประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพระดับปานกลาง ($r = -.564$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่าประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองอาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านร่างกาย ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านจิตใจระดับปานกลาง ($r = -.517$, $r = -.582$ ที่ $p < .01$ และ $r = -.346$ ที่ $p < .05$ ตามลำดับ) แต่อย่างไรก็ดีการศึกษานี้พบว่าประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองอาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านสัมพันธภาพทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยทำให้ทีมสุขภาพทราบถึงประสบการณ์อาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อยในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับไว้ในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยแต่ละกลุ่มเกือบครึ่งมีการรับรู้อาการปวดศีรษะ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการประเมินความรุนแรงของอาการปวดศีรษะอยู่ในระดับเล็กน้อย นอกจากนี้จากผลการถ่ายภาพคอมพิวเตอร์สมองพบว่าผู้ป่วยที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดิวราและสมองกระแทกกระเทือนพบว่ามีอาการปวดศีรษะมากที่สุด จากผลการวิจัยดังกล่าวพยาบาลและทีมสุขภาพควรตระหนักถึงอาการปวดศีรษะที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว โดยอาจนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมความพร้อมของพยาบาลและทีมสุขภาพในด้าน ความรู้และความเข้าใจในการดูแล การประเมินอาการ การให้คำแนะนำ ในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและญาติที่จะต้องเผชิญกับอาการปวดศีรษะและร่วมวางแผนในการหาวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บศีรษะ นอกจากนี้อาจนำวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะที่ผู้ป่วยเลือกใช้ด้วยตนเองเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาลมาที่ได้ผลในการบรรเทาอาการปวดศีรษะมาใช้ในการวางแผนให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยต่อไป

2. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าทางเลือกวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะโดยการเลือกรับประทานยาแก้ปวดเพียงอย่างเดียว สามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะได้ระดับดี แต่อย่างไรก็ดีพบว่าการเลือกวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะตั้งแต่ 1 วิธีขึ้นไป สามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า เช่นการรับประทานยาแก้ปวดร่วมกับการนวดบริเวณศีรษะและนอนพัก การรับประทานยาแก้ปวดร่วมกับการนวดบริเวณศีรษะ และการดมยาดมร่วมกับการนอนพัก ดังนั้นทีมสุขภาพควรคำนึงวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะที่เกิดจากประสบการณ์จริงที่ผู้ป่วยเลือกใช้แล้วได้ผลดีและสามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะได้ มาประยุกต์ใช้หรือแนะนำแก่ผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำจากทีมสุขภาพเอง โดยคำนึงถึงประสบการณ์อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นและเลือกใช้ตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน

3. ผลการวิจัยนี้เป็นการยืนยันให้เห็นว่าประสบการณ์อาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยในทุกด้าน ทีมสุขภาพควรมีการวางแผนในการประเมินและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีประสบการณ์อาการปวดศีรษะอย่างเป็นรูปแบบในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

ด้านการศึกษา

อาจนำผลการวิจัยในครั้งนี้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมความพร้อมของพยาบาลและทีมสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจในการดูแล การประเมินอาการ การให้คำแนะนำ รวมถึงการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับอาการปวดศีรษะและสามารถเลือกวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะได้อย่างเหมาะสมเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ด้านการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประสบการณ์อาการปวดศีรษะในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่ได้รับการตรวจตามนัดครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นประเมินผู้ป่วยเพียงครั้งเดียว เพื่อให้สามารถทราบถึงปรากฏการณ์อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย จึงควรมีการศึกษาประสบการณ์อาการปวดศีรษะในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อยในเชิงการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study) ต่อไป

จากผลการวิจัยครั้งนี้ก็นำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนในการทำการวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย เพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น

- การใช้ยาร่วมกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การนวดหรือการใช้วิธีแพทย์แผนไทย
- การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้ยาร่วมกับการนวดกับการพยาบาลตามปกติในกลุ่มโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ข้อจำกัดของการวิจัย

ผลการศึกษาในครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากร เนื่องจากเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) ไม่ได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม และศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในส่วนภาคกลางเท่านั้น จึงอาจทำให้เป็นข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อยทั้งหมดได้

ประสบการณ์อาการปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

EXPERIENCES OF HEADACHE, MANAGEMENT STRATEGIES AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY

รณฤดี เกลิยงดา 5036806 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, Ph.D. (Nursing), ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, Ph.D. (Nursing), บรรพต สิทธินามสุวรรณ, พ.บ., ว.ว. (ประสาทศัลยศาสตร์)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยพบได้ถึงร้อยละ 50-85 ในจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทั้งหมด (Kraus & Nourjah, 1989; Couch & Bearss, 2001) และร้อยละ 30-90 ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยจะตามมาด้วยกลุ่มอาการหลังการกระทบกระเทือน (Post-concussion syndrome หรือ PCS) หนึ่งในอาการที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการปวดศีรษะ (Headache) พบได้ถึงร้อยละ 30-90 (Lew, Lin, Fuh, Wang, Clark et al., 2006; Mihalik, Guskiewicz, Mann, & Shields, 2007) ในขณะที่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลางและรุนแรงพบอาการปวดศีรษะเพียงร้อยละ 22 นอกจากนี้ระยะเวลาของอาการปวดศีรษะส่วนใหญ่ยังคงมีนานกว่า 3-6 เดือน (Paniak, Reynolds, Phillips, Toller-Lobe, Melnyk et al., 2002) และร้อยละ 7-15 จะยังคงมีอาการต่อไปเป็นปีหลังได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Hall Ryan, Hall Richard, & Chapman, 2005)

อาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บศีรษะ (Posttraumatic headache หรือ PTH) มีสาเหตุจากการได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะหรือคอ จะเกิดภายใน 7 วันหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะหรือหลังมีการฟื้นฟูสภาพของความรู้สึกหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะ (ICHD, 2004) ลักษณะของอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะอาการปวดศีรษะแบบเครียด (tension-type) หรือแบบไมเกรน (migraine type) หรือพบทั้งสองแบบร่วมกัน (mixed type) (Lew et al., 2006) ซึ่งลักษณะของอาการ

ปวดศีรษะมีความคล้ายคลึงกับลักษณะของอาการปวดศีรษะในบุคคลทั่วไป อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะพบว่าอาการปวดศีรษะเป็นผลจากการบาดเจ็บหรือฉีกขาดของเยื่อหุ้มสมองทำให้เซลล์ในการทำงานที่ผิดปกติ การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะยังทำให้ผิวหนังและกล้ามเนื้อบริเวณศีรษะ ใบหน้า และลำคอทำให้มีการดึงรั้งของหลอดเลือด ผิวหนังและกล้ามเนื้อบริเวณดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดศีรษะเกิดขึ้น จึงทำให้อาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความรุนแรงและมีระยะเวลาของอาการปวดศีรษะที่ยาวนานกว่าบุคคลทั่วไป

วิธีการจัดการกับอาการปวดศีรษะที่เกิดกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะพบว่ามียุทธวิธี 2 กลุ่ม คือ การรักษาโดยการใส่ยา และการรักษาโดยไม่ใส่ยา ซึ่งเป็นการรักษาลักษณะเดียวกับอาการปวดศีรษะทั่วไป ทำให้การรักษาอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร แต่ยังคงพบว่าการรักษาโดยการใส่ยาเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะที่เพิ่มและยาวนานขึ้น อย่างไรก็ตามการรักษาจะให้ผลดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับกรณีการวินิจฉัยและการใช้วิธีบำบัดและรักษาที่เหมาะสมและรวดเร็ว (Lew et al., 2006) ในทางตรงข้ามหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ความปวดนั้นก็จะคงอยู่และอาจกลายเป็นความปวดเรื้อรังได้ในที่สุด ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Coda & Bonica, 2001; Zancocchi, Maero, Nicola, Martinelli, Luppino, Gonella et al., 2007))

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นเป้าหมายหลักในการให้การดูแลรักษาของทีมสุขภาพซึ่งเป็นการให้ความสำคัญกับชีวิตของบุคคลแบบองค์รวม อาการปวดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการดำรงบทบาทต่างๆทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ การทำหน้าที่ในสังคม และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Clapp, Beck, Palyo, & Grant, 2008) หากสามารถจัดการเกี่ยวกับอาการปวดและให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตและดำเนินบทบาทต่างๆ ต่อไปในสังคมได้เร็วทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น (Emanuelson, Andersson, Bjorklund, & Stalhammar, 2003) สุขภาพเป็นอีกมิติหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต เป็นการวัดผลของโรคหรือการรักษาที่มีต่อผู้ป่วย โดยเป็นการรายงานจากตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพ จึงมีความจำเป็นและเป็นตัวบ่งบอกถึงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญมากอย่างหนึ่งนอกเหนือจากอายุขัยหรือการมีชีวิตรอด

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพเป็นผลลัพธ์ที่ปรากฏออกมาจากการรายงานของผู้ป่วย โดยทางการแพทย์ได้นำมาใช้เป็นการประเมินคุณภาพในการดูแลในมิติด้านสุขภาพ ซึ่งพิจารณาจากผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ว่าจะเป็นสัญญาณและอาการ การเจ็บป่วย และการตาย (Hughes, Kaplan, Coons, Draugalis, Johnson et al., 1997; Mackensen & Bullinger, 2004) โดยข้อมูลที่ได้สามารถบ่งบอกได้ถึงกิจกรรมที่จะให้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ นอกจากนั้นในด้านของผู้ป่วยเองจะทำให้

ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงโรคและผลการรักษาว่ามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (Maihan, Azouvi, & Dazord, 2005; Stancin, Frotar, Taylor, Yeates, Wade, & Minich, 2002) อาการปวดศีรษะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมลดลง (Ertsey, Manhalter, Bozsik, Áfra, & Jelencsik, 2004) ซึ่งในกลุ่มของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะพบว่าภายหลังจากการได้รับบาดเจ็บผลของการบาดเจ็บส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพทั้งทางร่างกาย การรู้คิดและจิตสังคมนานกว่า 6 เดือน หรืออาจนานเป็นระยะเวลาหลายปี (Pagulayan, Temkin, Machamer, & Dikmen, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรม ในประเทศไทยพบว่าการศึกษเกี่ยวกับอาการปวดและอาการปวดศีรษะและวิธีการด้วยวิธีต่างๆเพื่อลดอาการปวดนั้นเป็นการศึกษาอาการปวดในบุคคลทั่วไป มิใช่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้บาดเจ็บศีรษะ ซึ่งพบว่าอาการปวดศีรษะเป็นปัญหาหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย มีความซับซ้อนและยังคงอยู่เป็นระยะเวลานานและรุนแรงกว่าอาการปวดศีรษะที่เกิดจากสาเหตุอื่นๆไป แต่กลับพบว่าวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะ มีเพียงการรักษาตามอาการและแบบประคับประคองอาการที่เกิดขึ้น (Walker, 2004) ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาถึงประสบการณ์อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการอาการปวดศีรษะที่ผู้ป่วยเลือกใช้ในการบรรเทาอาการปวดศีรษะดังกล่าว และผลลัพธ์ได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านเป็นอย่างไร และอาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพหรือไม่ อย่างไร ผลการศึกษานี้จะช่วยให้นักการทีมสุขภาพสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการอาการปวดศีรษะและนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการลดอาการปวดศีรษะที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์อาการปวดศีรษะได้แก่ การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะในผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย
2. เพื่อศึกษาวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะในผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์โดยศึกษาแบบตัดขวางตามช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional correlational design) โดยศึกษาถึงประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวดศีรษะ วิธีการจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่นำมาศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แรกรับว่ามีการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (Mild traumatic brain injury) อายุเท่ากับหรือมากกว่า 18 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการตรวจตามนัด แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่งในส่วนของภาคกลาง ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2552

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้หลักของโพลิตและเบค (Polit & Beck) (2008) โดยการเปิดตารางอำนาจการทํานาย กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 แอลฟา (alpha) เท่ากับ 0.05 และขนาดอิทธิพลปานกลาง (moderate effect size) เท่ากับ 0.3 ได้จำนวนทั้งหมด 88 คน ตามหลักเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. มีระดับกลาสโกว์ เท่ากับ 13-15 คะแนน ณ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. ไม่มีอาการเลวลงหรือได้รับการผ่าตัดสมองในระหว่างที่เข้ารับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. มารับการตรวจตามนัดครั้งแรกภายใน 7-14 วัน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. มีประวัติได้รับการผ่าตัดสมองก่อนเข้ารับการรักษานี้
2. มีประวัติโรคทางจิตเวชและโรคทางระบบประสาทที่มีอยู่เดิม
3. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังและติดยาเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท
4. มีการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นร่วมเช่น การบาดเจ็บบริเวณทรวงอก ช่องท้องและมีการหักของกระดูกแขนขา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบและเติมคำตอบในช่องว่าง มีจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ต่อเดือน รายได้ต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว สิทธิในการรักษา ชนิดของการใช้สิ่งเสพติดและยาเสพติด ประวัติโรคประจำตัวและการใช้ยาแก้ปวดในวันที่มารับการตรวจและติดตามการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเกี่ยวกับประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบในช่องว่าง มีจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย สาเหตุการบาดเจ็บ การบาดเจ็บร่วมของระบบอื่น กระดูกกะโหลกศีรษะ ผลการถ่ายภาพรังสีกะโหลกศีรษะ ผลภาพคอมพิวเตอร์สมอง การวินิจฉัย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนวันที่แพทย์นัดตรวจและจำนวนวันหลังจำหน่าย-วันมาตรวจตามนัด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์อาการปวดศีรษะและวิธีการจัดการกับอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบประเมินอาการปวด (Brief Pain Inventory) ของกลุ่มวิจัยความปวด ภาควิชาประสาทวิทยา มหาวิทยาลัยวิสคอนซิน เมดิสัน (Pain research group, Department of Neurology, University of Wisconsin-Medison) (Cleeland, 1994) และแบบสัมภาษณ์อาการปวดและวิธีการจัดการกับอาการปวด พัฒนามาจาก สารีโต (2009) เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบในช่องว่าง มีจำนวน 11 ข้อและพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินเกี่ยวกับประสบการณ์อาการปวดศีรษะและวิธีการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ ได้พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกและได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในการใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทย ในปี 2006 ได้มีการใช้เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในประเทศไต้หวัน ได้ค่าความเที่ยงตรงภายในของเครื่องมืออยู่ในระดับดี และค่าความเที่ยงโดยวิธีการทดสอบซ้ำ (0.74-0.95) (Wen-Ta Chiu et al., 2006) จากการศึกษาที่ผ่านมา ได้มีการแนะนำให้ใช้เครื่องมือ (WHOQOL- BREF) มาใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของการจัดการอาการได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย โดยเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL- BREF-THAI) ฉบับภาษาไทย มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ซึ่งในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมมีจำนวน 2 ข้อและอย่างละ 1 ข้อ ใน 24 ข้อที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม) จากการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.91

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลประจำหน่วยแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำแผนกเป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่เข้ารับการตรวจตามนัดตามเกณฑ์ที่กำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้
3. ผู้วิจัยแนะนำตัวและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างรอพบแพทย์เพื่อรับการตรวจตามนัด อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัย
4. เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกเกี่ยวกับประวัติการบาดเจ็บศีรษะ แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์อาการปวดศีรษะและวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะ และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) ฉบับภาษาไทย โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 15-30 นาที
5. ผู้วิจัยนำข้อมูลในส่วนของคุณลักษณะส่วนบุคคล ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการปวดศีรษะ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดศีรษะไปวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้แนะนำตัวต่อผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการ ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยได้ตามความสมัครใจของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และระหว่างเข้าร่วมการวิจัยสามารถยุติหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่มีผลต่อการได้รับบริการทางการแพทย์หรือจากโรงพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยการใช้หมายเลขประจำตัวแทนการใช้ชื่อและที่อยู่หรือการนำเสนอข้อมูลเป็นรายบุคคล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
(n = 88)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	50	56.8
หญิง	38	43.2
อายุ		
18-20 ปี	15	17.0
21-40 ปี	37	42.1
41-60 ปี	25	28.4
> 61 ปี	11	12.5
(Mean=38.4, S.D=16.1)		
สถานภาพสมรส		
คู่	47	54.4
โสด	30	34.1
หม้าย/หย่า/แยกทาง	11	9.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	8.0
ประถมศึกษา	37	42.0
มัธยมศึกษา	25	28.4
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	3	3.4
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	8	9.1
กำลังศึกษา	8	9.1

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
(n = 88) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	49	55.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	9.1
นักศึกษา	6	6.8
ธุรกิจ	6	6.8
เกษตรกรรม	6	6.8
ค้าขาย	5	5.7
แม่บ้าน	5	5.7
ข้าราชการ	3	3.4
รายได้/เดือน		
< 5,000 บาท	15	17.0
5,001-10,000 บาท	32	36.4
10,000-15,000 บาท	8	9.1
15,001-20,000 บาท	2	2.3
>20,000 บาท	4	4.5
ไม่มีรายได้	16	18.2
ไม่แน่นอน	11	12.5
สาเหตุการบาดเจ็บ		
รถจักรยานยนต์	48	54.5
ถูกทำร้ายร่างกาย	14	15.9
ตกจากที่สูง	11	12.5
หกล้ม	6	6.8
ประกอบอาชีพ	4	4.5
รถยนต์	4	4.5
จักรยาน	1	1.1

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ที่มารับการตรวจตามนัดครั้งแรกภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง เดือน กันยายน 2552 จำนวน 88 ราย ที่เข้าเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษาและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย อายุเฉลี่ยประมาณ 38 ปี เพศชาย มากกว่าเพศหญิง อยู่ในวัยทำงาน สถานภาพโสด ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ประถมศึกษา ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และมากกว่าครึ่งประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้ ส่วนใหญ่ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท สถิติในการรักษาพยาบาลกว่าครึ่งใช้สิทธิ พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ ในวันที่มารับการตรวจตามนัดพบผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะจำนวน 40 คน (ร้อยละ 45.5) ไม่มีอาการปวดศีรษะจำนวน 48 คน (ร้อยละ 55.5)

สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่าเกือบครึ่งมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทาง รถจักรยานยนต์ รองลงมาคือ ถูกทำร้ายร่างกายและตกจากที่สูง ผลคะแนนกลาสโกว์แรกรับและ จำหน่ายส่วนใหญ่มีคะแนนเต็ม ผลการถ่ายภาพรังสีกะโหลกศีรษะโดยมากปกติ ผลการตรวจที่ ผิดปกติพบกะโหลกศีรษะร้าวมากที่สุด กลุ่มที่ได้รับการถ่ายภาพคอมพิวเตอร์สมองผลผิดปกติที่พบ มากที่สุดคือสมองซ้ำ รองลงมาคือเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา ในการศึกษานี้พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างโดยส่วนใหญ่รับไว้ในโรงพยาบาล (ร้อยละ 71.6) โดยมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 3 วัน (S.D = 2.8) และจำนวนวันหลังจำหน่ายถึงวันตรวจตามนัด เฉลี่ย 11.5 วัน (S.D = 4.1)

ในกลุ่มที่ไม่มีอาการปวดศีรษะเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยไคสแควร์และค่าที่ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีอาการปวดศีรษะพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในด้านของข้อมูลส่วนบุคคล ยกเว้น เพศ และสถิติการรักษาเท่านั้น ที่พบว่าเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย และใช้สถิติในการรักษา เป็น พ.ร.บ.ผู้ประสบภัยจากรถแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = .041, .037$ ตามลำดับ)

ส่วนข้อมูลทางการแพทย์ พบว่าสาเหตุการบาดเจ็บ การบาดเจ็บร่วม คะแนน กลาสโกว์แรกรับและจำหน่าย การได้รับการถ่ายภาพรังสีกะโหลกศีรษะ การได้รับการถ่ายภาพ คอมพิวเตอร์สมองและจำนวนวันนอนพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์อาการปวดศีรษะ ได้แก่ การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองอาการปวดศีรษะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการประเมินอาการปวดศีรษะ (n = 40)

ประสบการณ์อาการปวดศีรษะ	ความถี่	ร้อยละ
ลักษณะการปวดศีรษะ		
ปวดเด่นเป็นจังหวะ	13	32.5
ปวดตื้อๆ	11	27.5
ปวดบีบ	8	20
ปวดมีนๆ	6	15
ปวดจี๊ด	2	5
ตำแหน่งของการปวดศีรษะ		
ด้านข้างศีรษะ	19	47.5
ทั้งศีรษะ	9	22.5
กลางศีรษะ	8	20
ด้านหลัง	3	7.5
หน้าผาก-ด้านหน้า	1	2.5
เวลาเริ่มมีอาการปวดศีรษะ		
ไม่แน่นอน	13	32.5
เช้า* (08.00-12.00 น.)	9	22.5
ตลอดเวลา	7	17.5
เย็นถึงก่อนนอน* (15.00-21.00 น.)	7	17.5
หลังจากหลับไปแล้ว	2	5.0
ความถี่ของการเกิดอาการปวดศีรษะ/วัน		
1-2 ครั้ง	20	50.0
3-5 ครั้ง	13	32.5
มากกว่า 10 ครั้ง	5	12.5
6-9 ครั้ง	2	5.0

* ผู้ป่วยหนึ่งคนตอบมากกว่าหนึ่งคำตอบ

ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การรับรู้อาการปวดศีรษะจำนวน 40 คน พบว่าผู้ป่วยมีการประเมินอาการปวดศีรษะโดยมีการบรรยายถึงลักษณะของอาการปวดศีรษะแบบปวดเด่นเป็นจังหวะมากที่สุด ตำแหน่งของอาการปวดศีรษะส่วนใหญ่เกิดบริเวณด้านข้างศีรษะ เวลาที่เริ่มมีอาการปวดศีรษะไม่แน่นอน ความถี่ของอาการปวดศีรษะอยู่ที่ 1-2 ครั้ง/วัน ผู้ป่วยเกือบครึ่งให้เหตุผลว่าไม่ทราบสาเหตุของอาการปวดศีรษะ (ร้อยละ 40) และมีการประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดศีรษะโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อย (ตามตารางที่ 2) ในส่วนประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยนั้น พบว่าอาการปวดศีรษะรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านต่างๆ โดยภาพรวมมีระดับเล็กน้อย เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าการรบกวนการดำเนินชีวิตด้านงานที่ทำประจำ (ทั้งงานประจำนอกบ้านและงานในบ้าน) ในระดับปานกลาง รองลงมาคือด้านกิจกรรมโดยทั่วไป อารมณ์ ความสามารถในการเดินทาง สัมพันธภาพกับผู้อื่น/ครอบครัว การพักผ่อน/นอนหลับ และความรู้สึกเป็นสุขในชีวิตพบว่าการรบกวนการดำเนินชีวิตในระดับเล็กน้อย ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 ความถี่และร้อยละของวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะที่เลือกใช้กับบุคคลที่ช่วยเหลือในการจัดการอาการปวดศีรษะ (n = 40)

	วิธีการจัดการอาการ		บุคคลที่ช่วยเหลือในการจัดการ		
	ที่ใช้		ตนเอง	สมาชิกในครอบครัว	เพื่อน
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
รับประทานยาแก้ปวด	10	25	8 (20)	2 (5)	-
นอนพัก	4	10	3 (7.5)	1 (2.5)	-
นอนหลับ	1	2.5	-	1 (2.5)	-
ฟังเพลง	1	2.5	-	-	1 (2.5)
นวดบริเวณศีรษะ	1	2.5	1 (2.5)	-	-
เลือกวิธีปฏิบัติตั้งแต่ 1 วิธีขึ้นไป					
รับประทานยาแก้ปวดและนอนหลับ	11	27.5	9 (22.5)	2 (5)	-
รับประทานยาแก้ปวดและนอนพัก	8	20	7 (17.5)	1 (2.5)	-
รับประทานยา นวดและนอนพัก	2	5	2 (5)	-	-
รับประทานยาแก้ปวดและนวด	1	2.5	1 (2.5)	-	-
บริเวณศีรษะ					
ดมยาและนอนพัก	1	2.5	1 (2.5)	-	-

ตารางที่ 4 ความถี่ ร้อยละ และการแปรผลของวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะในเรื่องความถี่ในการใช้
ต่อสัปดาห์กับประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดศีรษะในแต่ละวิธี (n = 40)

วิธีการจัดการอาการ	ความถี่ในการใช้ต่อสัปดาห์					ประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวด	
	1-2 ครั้ง	3-5 ครั้ง	6-9 ครั้ง	>10 ครั้ง	รวม	ร้อยละ	การแปรผลระดับ
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)		
รับประทานยาแก้ปวด	5 (12.5)	1 (2.5)	1 (2.5)	3 (7.5)	10 (25)	77	ปานกลาง
นอนพัก	1 (2.5)	3 (7.5)	-	-	4 (10)	76	ปานกลาง
นอนหลับ	-	-	-	1 (2.5)	1 (2.5)	60	ปานกลาง
ฟังเพลง	-	-	1 (2.5)	-	1 (2.5)	70	ปานกลาง
นวดบริเวณศีรษะ	1 (2.5)	-	-	-	1 (2.5)	80	ดี
เลือกวิธีปฏิบัติตั้งแต่ 1 วิธีขึ้นไป					23 (57.5)		
- รับประทานยาแก้ปวดและนอนหลับ	-	3 (7.5)	3 (7.5)	5 (12.5)	11 (27.5)	70	ปานกลาง
- รับประทานยาแก้ปวดและนอนพัก	1 (2.5)	2 (5)	2 (5)	3 (7.5)	8 (20)	70	ปานกลาง
- รับประทานยาแก้ปวด	-	1 (2.5)	-	1 (2.5)	2 (5)	100	ดี
นวดบริเวณศีรษะและนอนพัก							
- รับประทานยาแก้ปวด	1 (2.5)	-	-	-	1 (2.5)	100	ดี
และนวดบริเวณศีรษะ							
- ดมยาหอมและนอนพัก	-	-	-	1 (2.5)	1 (2.5)	100	ดี

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีการจัดการอาการปวดศีรษะโดยเลือกวิธีปฏิบัติตั้งแต่ 1 วิธีขึ้นไป (ร้อยละ 57.5) และพบว่าผู้ป่วยเลือกวิธีการรับประทานยาแก้ปวดและนอนหลับมากที่สุด (ร้อยละ 27.5) เหตุผลของการเลือกใช้วิธีการจัดการอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นพบว่าโดยส่วนใหญ่เลือกปฏิบัติตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ (ร้อยละ 30) ส่วนบุคคลที่ช่วยเหลือในการจัดการอาการปวดศีรษะพบว่าผู้ป่วยเลือกจัดการอาการปวดศีรษะด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) (ตามตารางที่ 4) ความถี่ในการปฏิบัติตามวิธีที่เลือกใช้ในการจัดการอาการปวดศีรษะนั้นพบว่ามีความถี่ในการปฏิบัติมากกว่า 10 ครั้ง ขึ้นไปต่อสัปดาห์มากที่สุด โดยพบว่าการเลือกรับประทานยาแก้ปวด นวดบริเวณศีรษะ และนอนพัก สามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะได้ดี

โดยใช้เวลาน้อยกว่า 5 นาที 15 นาทีและ 30 นาทีตามลำดับ ส่วนวิธีปฏิบัติตั้งแต่ 1 วิธีขึ้นไปเป็นวิธีที่ถูกเลือกใช้มากที่สุด โดยเลือกให้การรับประทานยาแก้ปวดและนอนหลับมากที่สุด ซึ่งสามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะได้ระดับปานกลาง (จากตารางที่ 4) โดยใช้เวลาน้อยกว่า 5 นาทีถึงมากกว่า 60 นาที นอกจากนั้นยังพบว่า การรับประทานยาแก้ปวดร่วมกับการนวดบริเวณศีรษะ การดมยาดมร่วมกับการนอนพัก และการรับประทานยาแก้ปวดร่วมกับการนวดบริเวณศีรษะและนอนพัก สามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะได้ดี โดยใช้เวลาน้อยกว่า 5 นาที น้อยกว่า 10 นาที และ 10-60 นาที ขึ้นตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของผลลัพธ์ในการจัดการอาการปวดศีรษะได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (n = 40)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	คะแนน		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผลระดับ
		ต่ำสุด	สูงสุด			
คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ						
ด้านร่างกาย	7-35	12	30	23.7	4.4	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	6-30	11	27	22.1	3.8	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-15	9	14	11.9	1.3	ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-40	21	36	29.7	3.5	ดี
สุขภาพโดยรวม	26-130	58	113	94.2	11.7	ปานกลาง

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีการรับรู้อาการปวดศีรษะเกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์หลังการบาดเจ็บ พบว่าผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดศีรษะได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ส่วนด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (จากตารางที่ 5)

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (n = 40)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะ	1					
2. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านร่างกาย	-.517**	1				
3. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านจิตใจ	-.346*	.684**	1			
4. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านสัมพันธ์ทางสังคม	-.306	.261	.194	1		
5. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อม	-.582**	.610**	.510**	.576**	1	
6. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวม	-.564**	.895**	.837**	.487**	.816**	1

**p < .01; *p < .05

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยพบว่าประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวมระดับปานกลาง ($r = -.564$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อมและจิตใจระดับปานกลาง ($r = -.517$ $r = -.582$ ที่ $p < .01$ และ $r = -.346$ ที่ $p < .05$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ดีประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านสัมพันธ์ทางสังคมระดับปานกลาง ($r = -.306$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตามตารางที่ 6)

การอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ประสพการณ์อาการปวดศีรษะ ได้แก่ การรับรู้อาการ การประเมินและการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง วัยทำงาน ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 21-40 ปี เฉลี่ยประมาณ 38 ปี สาเหตุของการบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ (ร้อยละ 54.4) รองลงมาคือ ตกจากที่สูงและถูกทำร้ายร่างกาย (ร้อยละ 15.9 และ ร้อยละ 12.5 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับ Young และคณะ (2005) ซึ่งพบว่าสาเหตุหลักของการบาดเจ็บศีรษะมาจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ ตามด้วยพลัดตก และถูกทำร้ายร่างกาย และเกิดในวัยทำงาน คือช่วงอายุ 15-44 ปี (Sharma, 2008) เหตุพออธิบายได้ว่าส่วนใหญ่ประเทศที่กำลังพัฒนาประชาชนที่อยู่ในวัยทำงานในเขตเมืองจะนิยมใช้รถจักรยานยนต์และรถยนต์ในการสัญจร เนื่องจากมีราคาถูก สะดวก รวดเร็วและคล่องตัวสูง จึงอาจทำให้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บได้บ่อย

ประสพการณ์อาการปวดศีรษะ

การศึกษานี้ทำการศึกษถึงประสพการณ์อาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยภายใน 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลของการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเกือบครึ่งของจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยทั้งหมด มีการรับรู้อาการปวดศีรษะ จำนวน 40 คน (ร้อยละ 45.5) พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และอยู่ในวัยทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะจะมีประสพการณ์อาการปวดศีรษะร้อยละ 30-90 (Lew et al., 2006; Walker et al., 2005) เหตุผลที่พออธิบายในส่วนนี้ของประสพการณ์การรับรู้อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยในครั้งนี้ พบว่าอยู่ในช่วงระหว่าง ร้อยละ 30-90 อาจเนื่องจากเหตุผลทางระบาดวิทยาของการเกิดอาการปวดศีรษะนั้นยังไม่มีเป็นที่ทราบแน่ชัดถึงอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นจริงเนื่องจากการให้คำจำกัดความของอาการปวดศีรษะและวิธีการศึกษาที่ใช้มีความแตกต่างกันและยังขาดความเข้าใจถึงธรรมชาติของการเกิดอาการปวดศีรษะภายหลังจากการได้รับบาดเจ็บศีรษะ (Gladstone, 2009; Neely, Midgette, & Scher, 2009)

จากการศึกษานี้เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ไม่มีอาการปวดศีรษะกับกลุ่มที่มีอาการปวดศีรษะ พบว่าเพศมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = .041$) โดยพบว่าเพศหญิงในกลุ่มที่มีอาการปวดศีรษะมีการรับรู้อาการปวดศีรษะมากกว่าเพศชาย คิดเป็นอัตราส่วน 1: 0.8 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะที่มีอาการปวด

ศีรษะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยคิดเป็นอัตราส่วน 1: 0.7 (Lew et al., 2006; Walker et al., 2005) เหตุผลที่พออธิบายได้ถึงการรับรู้การปวดศีรษะในเพศหญิงที่มีมากกว่าเพศชาย อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านชีววิทยา ด้านร่างกาย สรีรภาพ ระดับฮอร์โมนเพศ การดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อม ที่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย โดยเฉพาะในระดับฮอร์โมนพบว่าเพศหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศได้บ่อย พบว่าระดับฮอร์โมน เอสโตรเจนเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการก่อนเป็นประจำเดือนและส่งผลทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ นอกจากนั้นในส่วนของมุมมองและความเคยชินทางสุขภาพและการดูแลเอาใจใส่ตนเอง เพศหญิงจะมีการดูแลเอาใจใส่ดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย ทำให้พบความผิดปกติได้ก่อนและไปพบแพทย์ได้ไวก่อนอาการรุนแรง (Verbrugge, 1985) แต่อย่างไรก็ดีผลการศึกษานี้พบว่าขัดแย้งกับการศึกษาของ Braandrup (2004) พบว่าเพศชายมีการรับรู้การปวดศีรษะมากกว่าหญิงคือ มีอัตราส่วน 1.03 : 1 แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวทำการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลางและรุนแรงมิได้เน้นศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเพียงอย่างเดียวเท่านั้น นอกจากนั้นระยะเวลาที่ศึกษามิได้เน้นศึกษาภายใน 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การประเมินอาการปวดศีรษะ

ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่พบการรับรู้การปวดศีรษะ ผู้ป่วยมีการประเมินอาการปวดศีรษะตามประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมีการบรรยายถึงลักษณะของอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยส่วนใหญ่เป็นแบบเต้นเป็นจังหวะ (throbbing) ร้อยละ 32.5 รองลงมาคือ แบบตื้อๆ (dull) (ร้อยละ 27.5) ตำแหน่งของอาการปวดศีรษะเกือบครึ่งเกิดบริเวณด้านข้างศีรษะ ตามด้วย ทั้งศีรษะ กลางศีรษะ ด้านหลังและด้านหน้า (ร้อยละ 47.5 และ 22.5 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่เวลาเริ่มมีอาการปวดศีรษะไม่แน่นอน ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีความถี่ของอาการปวดศีรษะอยู่ที่ 1-2 ครั้ง/วัน รองลงมา คือ 3-5 ครั้ง/วัน (ร้อยละ 50 และ 32.5 ตามลำดับ)

สอดคล้องกับการศึกษาของ walker และคณะ (2005) พบว่าผู้ป่วยมีการบรรยายอาการปวดศีรษะแบบตื้อๆ ร้อยละ 43 แบบจี๊ด ร้อยละ 35 แบบเต้นเป็นจังหวะ ร้อยละ 13 แบบบีบ ร้อยละ 8 และแบบอื่นๆ ร้อยละ 3 เมื่อแบ่งชนิดของอาการปวดศีรษะโดยแยกออกเป็นแบบไมเกรน (vascular) แบบเกร็ง (muscle contraction) ผสมระหว่างแบบไมเกรนและเกร็ง (mixed) พบว่าอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเป็นแบบไมเกรน เกร็ง และผสมกันระหว่างไมเกรนและเกร็งจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 26 ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษาของ Gurr และ Coetzer (2004) ที่พบว่าในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะหลังการพบแบบรัดแน่นและถูกบีบ (tight and pressure headache) ร้อยละ 28.8 แบบเต้นเป็นจังหวะ ร้อยละ 18.6 และพบอาการปวดแบบตื้อๆ เพียงร้อยละ 5.1 และพบว่าอาการ

ปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บเป็นแบบเรื้อรังมากกว่า แบบไม่เรื้อรัง และ ผสมระหว่างแบบไม่เรื้อรังและเรื้อรัง (ร้อยละ 58.5 ร้อยละ 17.1 และร้อยละ 9.8 ตามลำดับ) ในส่วนของลักษณะของอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะนั้นยังไม่มีที่แน่ชัดสำหรับสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ แต่พออธิบายได้ว่าอาการปวดศีรษะเกิดมาจากการได้รับแรงกระแทกโดยตรงที่ศีรษะและการเกิดแรงเร่ง-แรงเฉื่อย (acceleration-deceleration) เกิดการหมุนหรือบิดตัวของกะโหลกศีรษะและสมองมีผลทำให้แอกซอนได้รับบาดเจ็บเป็นผลทำให้เซลล์ทำงานผิดปกติและมีการทำลายเซลล์เกิดขึ้น และพบว่าการหลังของสารสื่อการอักเสบ และการดึงรั้งของกล้ามเนื้อบริเวณศีรษะ ใบหน้าและลำคอที่เกิดจากการบาดเจ็บทำให้เกิดการกระตุ้น ปลายประสาทรับความรู้สึกที่สมอง ผิวหนังและกล้ามเนื้อ การได้รับการกระตุ้น ปลายประสาทรับความรู้สึก ดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้อาการปวดศีรษะเกิดขึ้น

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีการประเมินความรุนแรงของอาการปวดศีรษะภายใน 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการประเมินความรุนแรงของอาการปวดศีรษะโดยเฉลี่ยอยู่ที่ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 65 ระดับรุนแรงมากที่สุดอยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.5 และผู้ป่วยมีการประเมินว่าไม่มีอาการปวดศีรษะเลย ร้อยละ 67 สอดคล้องกับการศึกษาของ Walker และคณะ (2005) พบว่าผู้ป่วยมีการประเมินความรุนแรงของอาการปวดศีรษะว่าไม่มีอาการปวดศีรษะเลยจนถึงเล็กน้อยมากที่สุด ร้อยละ 64 ส่วนประเมินว่ามีความรุนแรงปานกลางอยู่ที่ร้อยละ 36 ไม่พบว่าการประเมินอาการปวดศีรษะถึงระดับรุนแรง เหตุผลที่พออธิบายได้ของกลุ่มที่มีการรับรู้การปวดศีรษะในการศึกษานี้พบผลการตรวจด้วยภาพคอมพิวเตอร์สมองและการถ่ายภาพรังสีกะโหลกศีรษะในกลุ่มที่รับรู้การปวดศีรษะนั้นมีผลเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง สมองกระทบกระเทือนและกะโหลกศีรษะร้าวมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการปวดศีรษะ ส่วนผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการปวดศีรษะในระดับเล็กน้อยนั้นอาจเนื่องจากผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มีผลคะแนนกลาสโกว์เต็ม ซึ่งคะแนนดังกล่าวเป็นการบอกได้ถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บที่มีต่อสมองว่ามีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ขัดแย้งกับการศึกษาของ Gurr และ Coetzer, (2005) พบว่าการประเมินความรุนแรงของอาการปวดศีรษะระดับระดับรุนแรงมากที่สุด ตามด้วยปานกลาง และเล็กน้อย (ร้อยละ 63.4 ร้อยละ 26.89 และร้อยละ 8.9 ตามลำดับ) แต่อย่างไรก็ดีจากการศึกษานี้พบว่าเป็นการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทั้ง 3 ระดับรวมกันคือ ในระดับรุนแรง ปานกลาง และเล็กน้อย แต่ไม่ได้จำเพาะเจาะจงแต่ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเพียงอย่างเดียว

การตอบสนองของอาการปวดศีรษะ

การตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย พบว่าอาการปวดศีรษะรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันโดยภาพรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอาการปวดศีรษะรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในส่วนงานที่ทำประจำ (ทั้งงานประจำนอก

บ้านและงานในบ้าน) มีระดับความรุนแรงมากกว่าด้านกิจกรรมโดยทั่วไป อารมณ์ ความสามารถในการเดินทาง สัมพันธภาพกับผู้อื่น/ครอบครัว การพักผ่อน/นอนหลับ และความรู้สึกเป็นสุขในชีวิต เหตุผลที่พออธิบายถึงการตอบสนองของอาการปวดศีรษะในการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันที่พบในส่วนงานที่ทำประจำทั้งงานประจำนอกบ้านหรืองานในบ้านที่มีระดับความรุนแรงมากกว่าด้านอื่นๆ ได้ว่า เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคม มีการทำงานไม่ว่าจะเป็นงานประจำทั้งในและนอกบ้าน การทำงานต่างๆทำให้ผู้ป่วยต้องมีการใช้ความคิด มีการแก้ปัญหา ต้องเผชิญกับภาวะเครียด ความกดดันและความวิตกกังวล ต่างๆ ที่เกิดจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมต่างๆที่อยู่รอบตัวตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและความกดดันในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งความวิตกกังวลและความกดดันพบว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะรุนแรงมากขึ้น (Walker et al., 2005) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Cavallini และคณะ (1995) และ Bussone และคณะ (2004) ที่พบว่าอาการปวดศีรษะมีผลทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล ครอบครัว สังคม การทำงาน และการพักผ่อนลดลง และความพอใจในชีวิตลดลงแต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวเป็นเพียงการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะแบบไมเกรนและแบบคลัสเตอร์ที่เกิดกับบุคคลทั่วไปเท่านั้น ซึ่งปัจจัยและสาเหตุของอาการปวดศีรษะมีความแตกต่างจากผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ นอกจากนั้นการศึกษาดังกล่าวยังมิได้ระบุถึงระดับของความรุนแรงว่าอาการปวดศีรษะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับใด เป็นเพียงการกล่าวโดยรวมเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตามอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นนั้นล้วนส่งผลต่อการการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านต่างๆทั้งสิ้น

ส่วนที่ 2 วิธีจัดการอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีการรับรู้อาการปวดศีรษะเลือกวิธีจัดการอาการปวดศีรษะส่วนใหญ่ด้วยตนเอง (ร้อยละ 80) รองลงมาคือ สมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ช่วยเหลือในการจัดการอาการ ส่วนของวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะที่ผู้ป่วยเลือกใช้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีจัดการอาการปวดศีรษะตั้งแต่ 1 วิธีขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 57.5) โดยพบว่าผู้ป่วยเลือกใช้วิธีการรับประทานยาแก้ปวดและนอนหลับมากที่สุด (ร้อยละ 27.5) ซึ่งสามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะได้ระดับปานกลาง โดยใช้เวลาน้อยกว่า 5 นาทีถึงมากกว่า 60 นาที ส่วนการรับประทานยาแก้ปวดเพียงอย่างเดียวพบว่าสามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะได้ดีเช่นกันและใช้เวลาน้อยกว่า 5 นาที แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษานี้พบว่าทางเลือกใช้วิธีจัดการอาการปวดมากกว่า 1 วิธีในการช่วยบรรเทาอาการปวดศีรษะนั้นมีประสิทธิภาพดีกว่าการเลือกใช้เพียงวิธีใดวิธีหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Vemon และคณะ (2009) พบว่าการใช้ยาอะมิทริปไทลีน (amitriptyline) และการนวดกระดูกสันหลังบริเวณคอ (Chiropractic) สามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะได้ดี

นอกจากนั้นยังพบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการนวดกระดูกสันหลังบริเวณคอมีความถี่ที่เกิดอาการปวดศีรษะลดลง

เหตุผลที่พออธิบายได้ถึงประสิทธิภาพการบรรเทาอาการปวดในการเลือกใช้วิธีการจัดการอาการปวดศีรษะที่มีความหลากหลายวิธีร่วมกันคือวิธีการใช้น้ำมันเมื่อยาออกฤทธิ์จะช่วยยับยั้งการสร้างสารพรอสตาแกลนดินส์ซึ่งเป็นสารที่สามารถไปกระตุ้นปลายประสาทรับรู้สีกปวด จึงทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการปวดศีรษะขึ้น ส่วนการนอนและการนวดบริเวณศีรษะจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อลงได้ เป็นการส่งกระแสประสาทของเซลล์ขนาดใหญ่ไปกระตุ้นเอสจีเซลล์ (SG cell) ให้ทำงาน เมื่อเอสจีเซลล์ทำงานจะไปยับยั้งการทำงานของทีเซลล์ (T cell) เมื่อทีเซลล์ไม่สามารถทำงานได้ จึงเป็นการปิดประตู (Close gate) ในระดับไขสันหลังทำให้ไม่สามารถส่งสัญญาณความปวดศีรษะได้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะลดลง ดังนั้นจึงจะเห็นได้ว่าการเลือกวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะมากกว่า 1 วิธีขึ้นไปไม่เพียงแต่ให้ยาเท่านั้นแต่ควรแนะนำให้การรักษาที่ไม่ใช่ยาร่วมด้วยจึงจะเป็นการส่งเสริมให้การจัดการอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น เหตุผลของการเลือกใช้วิธีการจัดการอาการปวดศีรษะ โดยส่วนใหญ่เลือกปฏิบัติตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ อาจเนื่องจากการรักษาอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่แผนการรักษาของแพทย์คือให้ยาแก้ปวดและอาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการปวดศีรษะอยู่ในระดับเล็กน้อย เมื่อผู้ป่วยใช้วิธีการรับประทานก็จะสามารถควบคุมอาการปวดศีรษะได้ ผู้ป่วยจึงไม่แสวงหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่นๆอีก ดังนั้นผู้ป่วยจึงเลือกที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของการจัดการอาการได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีการรับรู้อาการปวดศีรษะในด้านการตอบสนองต่ออาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดศีรษะได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ว่าตนเองมีอาการปวดศีรษะเพียงระดับเล็กน้อย แต่อย่างไรก็ตามอาการปวดศีรษะยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดศีรษะด้วยวิธีต่างๆ ที่ผู้ป่วยเลือกใช้นั้นสามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะอยู่ในระดับปานกลางถึงดี จึงทำให้ผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดศีรษะได้แก่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หลังการให้การรักษาอาการปวด

ศีรษะพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มขึ้นในทุกด้านและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้เพิ่มขึ้น (D'Amico et al., 2006; Ertsey et al., 2004)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะในส่วนของการตอบสนองอาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย พบว่าประสบการณ์อาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมระดับปานกลาง ($r = -.564$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองอาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านร่างกาย ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านจิตใจระดับปานกลาง ($r = -.517$ $r = -.582$ ที่ $p < .01$ และ $r = -.346$ ที่ $p < .05$) ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ดี การศึกษานี้พบว่าประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองอาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านสัมพันธ์ทางสังคมระดับปานกลาง ($r = -.306$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองอาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านร่างกาย

ผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษานี้พบว่าประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองอาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านร่างกายเกี่ยวกับความสามารถในการทำสิ่งที่ต้องการ การนอน ความพอใจในกำลัง และความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอาการปวดศีรษะมีผลทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล ครอบครัว สังคม การทำงาน และการพักผ่อนลดลง (Bussone et al., 2004) และมีรายงานว่าอาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับบทบาทด้านร่างกาย (D'Amico et al., 2002; Ertsey et al., 2004; Lipton et al., 2003) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยพอใจกับความสามารถในการทำสิ่งที่ต้องและการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง เหตุผลที่พออธิบายได้เนื่องจากอาการปวดศีรษะที่พบในการศึกษานี้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย แต่พบว่าความถี่ของอาการปวดศีรษะส่วนใหญ่เกิด 1-5 ครั้งต่อวัน และส่วนใหญ่อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นนั้นไม่มีเวลาที่ไม่แน่นอน อาจทำให้รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยและการมีประสบการณ์อาการปวดศีรษะเป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยต้องทนทุกข์กับการที่ไม่สามารถจะทำอะไรอย่างอื่นได้มากขึ้น (Lipton et al., 2003) ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงกว่าครึ่ง สูญเสียวันทำงานและประสิทธิภาพของงานลดลง (Paniak et al., 2002; Schwartz, Stewart, & Lipton, 1997)

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองอาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านด้านจิตใจ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าประสบการณ์อาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านจิตใจเกี่ยวกับความพอใจในชีวิต การมีสมาธิ ความรู้สึกดีและพอใจในตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า พบว่าอาการปวดศีรษะ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับอารมณ์และสุขภาพจิตใจของผู้ป่วย (Cavallini et al., 1995; D'Amico et al., 2002; Ertsey et al., 2004; Lipton et al., 2003) จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าประสบการณ์อาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านจิตใจในระดับปานกลาง เหตุผลที่พออธิบายได้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพอยู่ในวัยทำงาน ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้อยู่ที่ 5,001-10,000 บาท ต่อเดือน มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติทำให้ต้องพึ่งพาครอบครัว และเป็นผลให้รายได้ในครอบครัวลดลง ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ตามสังคมไทยผู้ชายมักจะเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้นำ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตหรือครอบครัว อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เปลี่ยนแปลง เกิดความเครียด และวิตกกังวลรวมทั้งเกิดอาการปวดศีรษะมากขึ้นจึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในชีวิตด้านจิตใจลดลง (Clapp et al., 2008)

ประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองอาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านสัมพันธ์ทางสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าประสบการณ์อาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านสัมพันธ์ทางสังคมในการผูกมิตร การได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและความพอใจทางเพศ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าอาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลลดลง (Bussone et al., 2004; Cavallini et al., 1995; D'Amico et al., 2002; Ertsey et al., 2004; Lipton et al., 2003) เหตุผลที่พออธิบายได้เนื่องจากการศึกษาดังกล่าว เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะแบบไมเกรนและแบบคลัสเตอร์ และเป็นศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป มิใช่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและมีได้เป็นการประเมินผลของอาการปวดศีรษะที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านสัมพันธ์ทางสังคมในระยะเวลานั้นๆ คือภายใน 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งในช่วง 2 สัปดาห์ดังกล่าวอาจเป็นช่วงที่ผู้ป่วยพักฟื้น หรือหยุดงานหลังจากการได้รับบาดเจ็บเป็นการพักผ่อนอยู่ที่บ้านหรือกับครอบครัวเท่านั้น ดังนั้นการเข้าสังคมหรือสัมพันธภาพในสังคมจึงยังไม่ส่งผลกระทบ นอกจากนั้นกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษานี้ยังพบความแตกต่างทางสังคมวัฒนธรรมระหว่างชาวตะวันตกและชาวไทยก็อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้

มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านสัมพันธทางสังคมได้ เนื่องจากชาวตะวันตกส่วนใหญ่ สังคมจะเป็นครอบครัวเดี่ยว พึ่งพาตนเองเป็นส่วนใหญ่ มีการพึ่งพาระหว่างบุคคลที่อยู่ในสังคมกัน น้อย มีความอิสระในความเป็นอยู่และการใช้ชีวิตสูง แต่ในสังคมและวัฒนธรรมของไทย ส่วนใหญ่ เป็นครอบครัวขยาย มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความเอื้ออาทรกันระหว่างคนในสังคม จึงอาจ ทำให้อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้าน สัมพันธทางสังคม

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดศีรษะด้านการตอบสนองอาการปวด ศีรษะกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อม

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าประสบการณ์อาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมในความมั่นคงของชีวิต สภาพบ้านเรือน สภาพแวดล้อม ค่าใช้จ่าย การใช้บริการสาธารณสุข การรับรู้ข่าวสาร การผ่อนคลาย และการเดินทาง อยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าผู้ป่วยมีรายได้อยู่ที่ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน เมื่อเทียบกับ ค่าใช้จ่ายในครอบครัวแล้วผู้ป่วยมีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บ ซึ่งสอดคล้องกับ ประการของกระทรวงแรงงานอาชีพรับจ้าง รายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน นอกจากนั้นพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ทำให้มีรายได้เฉลี่ยเพียงพอกับค่าใช้จ่าย การบาดเจ็บครั้งนี้ จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในระดับกลางเท่านั้น อีกเหตุผลหนึ่งอาจเนื่องจากสิทธิใน การรักษาพยาบาลพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ศึกษาในครั้งนี้ใช้สิทธิพ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งสามารถรับค่าเสียหายเบื้องต้นกรณีบาดเจ็บ 15,000 บาทสูงสุดไม่เกิน 50,000 บาทก่อน หลังจากนั้นจึงไปใช้สิทธิเบิกส่วนที่เกินตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไปตามสิทธิเฉพาะตัวที่ผู้ประสบภัยมีอยู่ ดังนั้น จึงทำให้ลดภาระการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนี้ไปอีกทาง นอกจากนั้นปัจจุบันยังมีระบบ สาธารณสุขที่ให้บริการในเขตพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัย ไม่จำเป็นต้องเดินทางไปไกลจึงลดค่าใช้จ่ายในการ ไปตรวจ เดินทาง และลดระยะเวลาต่างๆได้ลดลง ทำให้ปัญหาเกี่ยวกับ ค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาล ของผู้ป่วยมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยทำให้ทีมสุขภาพทราบถึงประสบการณ์อาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยในกลุ่ม ผู้ป่วยที่รับและไม่ได้รับไว้ในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยแต่ละกลุ่มเกือบครึ่งมีอาการปวดศีรษะ ผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีการประเมินความรุนแรงของอาการปวดศีรษะอยู่ในระดับเล็กน้อย นอกจากนี้จากผลการ ถ่ายภาพคอมพิวเตอร์สมองพบว่าผู้ป่วยที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดुरาและสมอง กระแทกกระเทือนพบว่ามีอาการปวดศีรษะมากที่สุด จากผลการวิจัยดังกล่าวพยาบาลและทีมสุขภาพ

ควรตระหนักถึงอาการปวดศีรษะที่อาจเกิดขึ้น โดยอาจนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมความพร้อมของพยาบาลและทีมสุขภาพในด้านความรู้และความเข้าใจในการดูแล การประเมินอาการ การให้คำแนะนำ ในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและญาติในการหาวิธีจัดการอาการปวดศีรษะที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าทางเลือกวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะตั้งแต่ 1 วิธีขึ้นไปสามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการเลือกรับประทานยาแก้ปวดเพียงอย่างเดียวหรือการเลือกวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะเพียงวิธีใดวิธีหนึ่ง จากผลการวิจัยดังกล่าว พยาบาลและทีมสุขภาพควรมีการวางแผนในการดูแลและให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการจัดการเพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้น โดยคำนึงถึงประสบการณ์อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นและการเลือกวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะที่เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละคนเพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

ด้านการศึกษา อาจนำผลการวิจัยในครั้งนี้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมความพร้อมของพยาบาลและทีมสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจในการดูแล การประเมินอาการ การให้คำแนะนำ รวมถึงการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับอาการปวดศีรษะและสามารถเลือกวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะได้อย่างเหมาะสมเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ด้านการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์อาการปวดศีรษะในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่ได้รับการตรวจตามนัดครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นประเมนผู้ป่วยเพียงครั้งเดียว เพื่อให้สามารถทราบถึงปรากฏการณ์อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย จึงควรมีการศึกษาประสบการณ์อาการปวดศีรษะในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อยในเชิงการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study)

อาจนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนในการทำวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย เพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของการวิจัย

ผลการศึกษาในครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากร เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) ไม่ได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม และศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในส่วนภาคกลางเท่านั้น จึงอาจทำให้เป็นข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อยทั้งหมดได้

EXPERIENCES OF HEADACHE, MANAGEMENT STRATEGIES AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY

ROMRUDEE KLIANGDA 5036806 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: KETSARIN UTRIYAPRASIT, Ph.D. (NURSING), PRANGTIP CHAYAPUT, Ph.D. (NURSING), BUNPOT SITTHINAMSUWAN, M.D. M.Sc.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the study

Patients with mild traumatic brain injury (TBI) were 50-85% of those with head injury (Kraus & Nourjah, 1989; Couch & Bearss, 2001). Thirty to ninety percents of them, who suffered post-concussion syndrome (PCS), had headache which was one of the leading symptoms found (Lew, Lin, Fuh, Wang, Clark et al., 2006; Mihalik, Guskiewicz, Mann, & Shields, 2007). On contrary, headache was found only 26% in patients with moderate and severe head injury. However, most patients with traumatic brain injury experience headache after injury for 3 to 6 months (Paniak, Reynolds, Phillips, Toller-Lobe, Melnyk, et al., 2002). There are about 7-15% of those still further experience headache until 1 year (Hall Ryan, Hall Richard, & Chapman, 2005).

Posttraumatic headache (PTH) caused from head or neck injury can be develops within 7 days after head injury or regaining consciousness from head injury (ICHHD, 2004). Tension type or migraine type is mostly. The most characteristic of headache that the patients with PTH experience is tension-type, migraine, or mixed type (Lew et al., 2006) those types of headache are likely to occur in general people. Moreover, PTH may result from tissue trauma or tearing of axon that leads to abnormal function of cells. The injury affects directly to scalp, head, face and neck

muscles, and adjacent vessels and the force can injure those structures causing headache. Therefore, headache symptom in TBI patient will last longer and be more severe than other general people.

Headache management strategies in TBI patients can be divided into 2 groups; medication and non- medication treatment which are the same as the management strategies used in general headache. Therefore, it is not effective enough for the patient with TBI. Otherwise, pain medication might cause headache more severe and last longer. Moreover, the result of treatment depends on the early diagnosis and the appropriate treatment (Lew et al., 2006). If the patients do not receive the suitable treatments, the acute pain will still present and develop to the chronic pain which would decrease the quality of life in the patients with TBI (Coda & Bonica, 2001; Zancocchi, Maero, Nicola, Martinelli, Luppino, Gonella et al., 2007).

Quality of life is the main goal of holistic patient care by health care team. Pain affects quality of life in the physical, psychological, emotional, social status, daily-life activities, and satisfaction of life aspects (Clapp, Beck, Palyo, & Grant, 2008). Pain management strategies and effective treatments from health care providers may result good ability to perform daily living and fast returning to society which lead to good health status and quality of life (Emanuelson, Andersson, Bjorklund, & Stalhammar, 2003). Health is another significant dimension of the quality of life. Thus, health-related quality of life is the crucial indicator that can indicate patient's health outcome.

Health-related quality of life is the outcome from patient's medical information that health care providers evaluate from the sign, symptom, history of illness and mortality rate of the patients (Hughes, Kaplan, Coons, Draugalis, Johnson, et al., 1997; Mackensen, & Bullinger, 2004). Moreover, it can indicate the suitable intervention for health care providers that makes the patients understand their disease and treatment, and its effect to their living from their perspective (Maihan, Azouvi & Dazord, 2005; Stancin, Frotar, Taylor, Yeates, Wade & Minich, 2002). Headache extremely affects and decreases quality of life in the physical, emotional, and social dimensions (Ertsey, Manhalter, Bozsik, Áfra & Jelencsik, 2004). In the patient with TBI, the result from the injury still affects quality of life that related to physical,

cognitive, and psychosocial dimensions for 6 months or several years following the trauma (Pagulayan, Temkin, Machamer, & Dikmen, 2006).

From the literature review, in Thailand, the studies related to pain and headache symptoms, and management strategies in order to alleviate pain were conducted in other groups of subjects, not in mild TBI patients. However, headache symptom is most common problem that found in mild TBI patients. It is complex, lasts long, and has more intensity and severity than other headache occurred from other cause. Otherwise, the management strategies found literature were only symptomatic and supportive treatment (Walker, 2004). Thus, the researcher interested to studying about explore the experience of headaches, management strategies, and the relationship between health-related quality of life in the headache experience in patients with mild traumatic brain injury. The result from this study will help the nurses and other health care providers to manage headache symptom according to the information obtained. The information can be used to develop nursing intervention which can alleviate headache symptom related to mild TBI patients' needs appropriately and effectively and achieve the goals aiming to enhance patient's quality of life.

Objectives of the study

1. To study the experience of symptom: perceived headache, symptom evaluation and response to headache symptom in patients with mild TBI.
2. To explore headache management strategies in patients with mild TBI.
3. To examine the symptom management outcome which is health-related quality of life in patients with mild TBI.
4. To determine the relationship between headache experiences and health-related quality of life in patients with mild traumatic brain injury

Methodology

This study was a cross-sectional correlation design aiming to study headache experience, management strategies, and health related quality of life in patients with mild TBI, and also investigate the relationship between headache experience and health-related quality of life in patients with mild TBI.

Population and Sample of the study

The population consisted of male and female patients who were diagnosed with mild TBI. The patients were equal to or greater than 18 years old and went to out-patient department, of neurosurgery division, for follow up treatment. The study was conducted in three tertiary hospitals in central part of Thailand during June to September, 2009.

The sample size was calculated using Polit & Beck (2008). The power analysis was, therefore, determined at Power of test = .80 and $\alpha = .05$. The effect size was determined at .03 ($r = .3$), which is a medium value. The minimum sample size for this study was 88. The participants were recruited by the following criteria.

Inclusion criteria

1. having Glasgow Coma Scale 13-15 at discharge day.
2. having no worse condition or any surgery during admission.
3. having first follow up within 7-14 days after discharge from the hospital

Exclusion criteria

1. having history of brain surgery before this admission
2. having history of psychiatric and neurological disease
3. having diagnosis of alcoholic and drug addiction that affects neurological system.
4. having other injuries in this admission, such as chest or abdominal injury, or fracture of extremity.

Research instruments

The research instruments consisted of four questionnaires including:

1. Demographic questionnaire developed by the researcher which consists of 12 items including gender, age, marital status, educational level, religious, occupation, income per month, income per family, medical health coverage and insurance, type of drug addiction, congenital disease and pain reliever use on follow up day.

2. History of head injury questionnaire developed by the researcher consists of 9 items including cause of injury, injury of other organs, glasgow coma

score, result of skull x-ray, result of brain computed tomography, diagnosis, admission date, length of stay, number of day from the discharge day to the follow-up appointment.

3. The headache and management strategies questionnaire modified by the researcher from Brief Pain Inventory (short form) that developed by Pain research group, Department of Neurology, University of Wisconsin-Medison (Cleeland, 1994) and the interview form of perceived pain and management strategies that developed by Sareeso (2009). This questionnaire consisted of 11 items and developed for assessing headache experience and management strategies in patients with mild TBI.

4. The WHOQOL-BREF-THAI developed by the World Health Organization and translated by the Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand for assessing the quality of life in Thai people. In 2006, this instrument was used for assessing the quality of life among persons with TBI in Taiwan and demonstrated very good internal consistency and test-retest reliability (0.74-0.95) (Wen-Ta Chiu et al., 2006). The previous study recommended that the WHOQOL-BREF is an appropriate health-related quality of life (HRQOL) instrument for TBI patient. Then the researcher applied the WHOQOL- BREF-THAI for assessing health-related quality of life in patients with mild TBI. The WHOQOL-BREF- THAI contains 26 items, 2 items from the overall quality of life and general health dimension and 1 item from each of the remaining 24 health-related dimension (four domains: physical capacity, psychological well-being, social relationships and environment). The current study, cronbach's alpha coefficient was 0.91.

Data collection procedure

After receiving the approval from Institutional research board committee of faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, the data were collected by the researcher through the following process;

1. The researcher submitted a letter to the directors of three tertiary hospitals that were used as a setting in these studies, in order to request permission for data collection.

2. The researcher introduced herself to the head nurse and staff nurse at out-patient department of Tertiary Hospitals for informed consent process in data collection. The researcher asked for participation form potential subjects whose characteristics met the inclusion criteria from staff nurses.

3. The researcher introduced and informed the patients who were waiting for their follow-up appointment including objective of the study and data collection procedure. The participants were, then, asked for permission to take part in the study, and signed a consent form.

4. When permission was grant, the researcher collected data using four questionnaires including personal information, history of head injury, headache experiences and management strategies questionnaire and WHOQOL-BREF- THAI. The time for completion of questionnaires about 15-30 minutes.

5. The researcher gathered the dat. The data were analyzed using descriptive statistics for demographic data, history of injury, headache experience, headache symptom management strategy, and headache symptom management outcome. The relationship between headache experience and health-related quality of life were conducted using Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

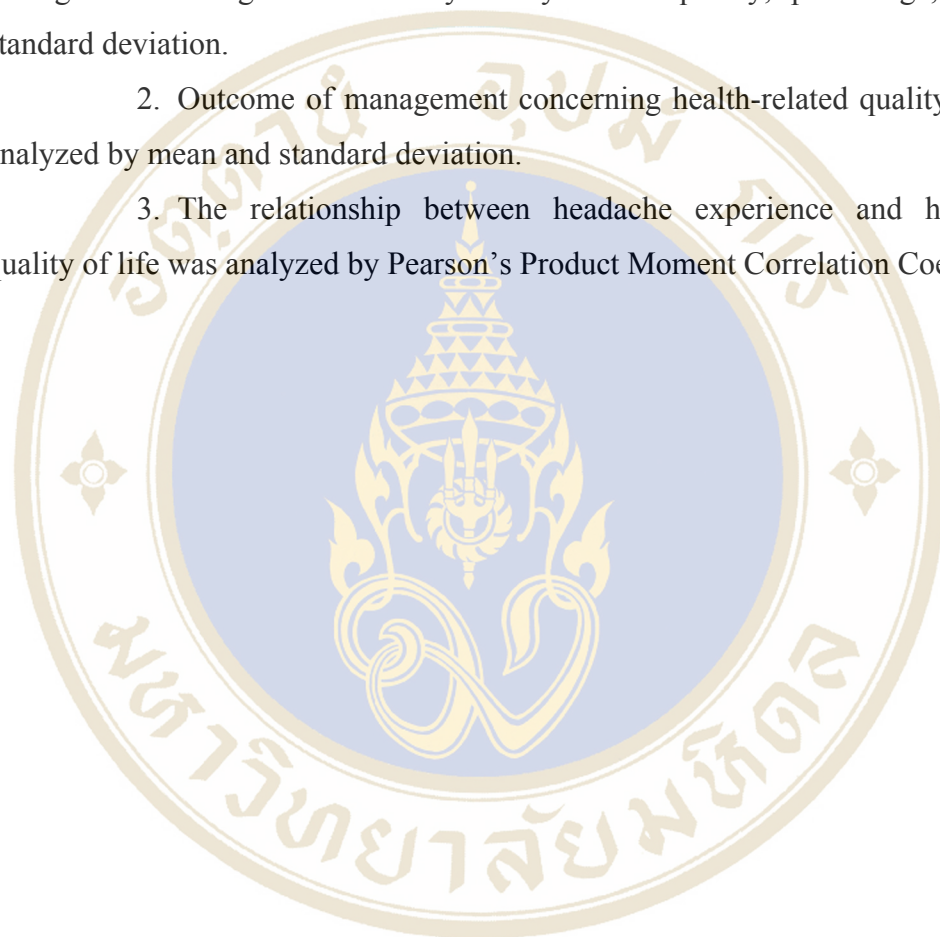
Protection of human rights

The researcher introduced herself to patients and informed the processes and objectives of study. The patients were also informed that they might decide to participate in the study or not voluntarily. The patients who would like to participate in the study were signed a consent form. The patients could withdraw from the study any time as they wish. Their withdrawal would not have any effect on any medical services that they received from the hospital. The information obtained from the participants was kept confidentially through coding numbers with no subject's name and address, or presentation of individual information.

Data analysis

To analyze the research data, Statistic Package for Social Sciences (SPSS) was used as follows:

1. The demographic, history of head injury, headache experience and management strategies were analyzed by the frequency, percentage, mean, and standard deviation.
2. Outcome of management concerning health-related quality of life was analyzed by mean and standard deviation.
3. The relationship between headache experience and health-related quality of life was analyzed by Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.



Results

Table 1 Demographic and clinical characteristics of mild traumatic brain injury patients (n = 88)

Data	frequency	%
Gender		
Male	50	56.8
Female	38	43.2
Age		
18-20 years	15	17.0
21-40 years	37	42.1
41-60 years	25	28.4
over 61 years	11	12.5
(Mean=38.4, S.D=16.1)		
Marital status		
Married	47	54.4
Single	30	34.1
Divorced/Widowed/Separate	11	9.5
Education level		
No study	7	8.0
Primary school level	37	42.0
Secondary level	25	28.4
Diploma	3	3.4
Bachelor or higher degree	8	9.1
Studying	8	9.1
Occupation		
Employees	49	55.7
Unemployed	8	9.1
Student	6	6.8
Personal business	6	6.8
Agricultural worker	6	6.8
Merchant	5	5.7
Housewife	5	5.7
Government	3	3.4

Table 1 Demographic and clinical characteristics of mild traumatic brain injury patients (n = 88) (Continued)

Data	frequency	%
Income (baht/month)		
< 5,000	15	17.0
5,001-10,000	32	36.4
10,000-15,000	8	9.1
15,001-20,000	2	2.3
>20,000	4	4.5
No income	16	18.2
Ambiguous	11	12.5
Cause of injury		
Motorcycle accident	48	54.5
Body assault	14	15.9
Fall from high	11	12.5
Fall	6	56.8
Occupation	4	4.5
Car accident	4	4.5
Bicycle	1	1.1

In this study 88 mild TBI patients who met the inclusion criteria and went to receive first follow-up appointment from June to September, 2009 were recruited by the researcher.

There were more male subjects (56.8 %) than female subjects (43.2 %). Almost half of the subjects were 18 to 80 years old with the mean age of 38 years old (S.D. = 16.1). Highest educational level was Primary school level. Most of participants were Buddhist. Most subjects were wage worker with approximate income per month 5,000-10,000 baths. More than half of sample had third party liability motor insurance. Causes of injury mostly were from motorcycle accident, physical violence, and fall from high, respectively. Most of sample had full Glasgow coma scores on admission and discharge day. Skull x-ray results of most sample showed normal condition. For the sample who had CT brain done, the results indicated abnormal condition including brain contusion. In this study, it presented that 71.6% were admitted with average length of stay of 3 days (S.D. = 2.8) and average length of stay from discharge to first appointment was 11.5 days (S.D. = 4.1).

Headache experience; Perception, Evaluation, and Response to headache

Table 2 Description of characteristic location and frequency of headache in mild traumatic brain injury patients (n = 40)

Data	frequency	%
Characteristic		
Throbbing	13	32.5
Dullness	11	27.5
Pressure	8	20
Tight	6	15
Sharp pain	2	5
Location		
Temporol	19	47.5
Holicephalic	9	22.5
Midcephalic	8	20
Occipital	3	7.5
Frontal	1	2.5
Onset		
Ambiguous	13	32.5
Mornings*	9	22.5
All time	7	17.5
Evening to before go to bed*	7	17.5
After sleep	2	5.0
Frequency/day		
1-2 times	20	50.0
3-5 times	13	32.5
over 10 times	5	12.5
6-9 times	2	5.0

* One patient reported more than one answer

Within two weeks after traumatic brain injury, about 45.5% of subjects perceived headache experience and about 55.5% of them had no headache experience. There were 40 participants who reported perceived headache experience. They reported most headache characteristics as throbbing and dullness, respectively. The headache mostly occurred was at the temporal area of head. Most subjects cannot identified the starting time of headache. The frequency of headache was about 1-2

times/day. Almost half of sample (40%) reported unidentified cause of headache. Most of sample reported mild headache experience as shown in table 2.

In the part of response to headache experience, the data shown that headache symptom mildly affects daily-life activities including routine work. Moreover, it moderately affects general activities, emotion, ability to travel, relationship between the others and family, rest and sleep, and life satisfaction.

Headache management strategies

Table 3 Description of headache management strategies in mild traumatic brain injury patients (n = 40)

	Management Strategies		Helper of management		
			myself	family's member	friend
	frequency	%	frequency (%)	frequency (%)	frequency (%)
Take pain relievers	10	25	8 (20)	2 (5)	-
Take a rest	4	10	3 (7.5)	1 (2.5)	-
Get sleep	1	2.5	-	1 (2.5)	-
Listen to the song	1	2.5	-	-	1 (2.5)
Head massage	1	2.5	1 (2.5)	-	-
Use combination of management strategies					
Take pain relievers and get sleep	11	27.5	9 (22.5)	2 (5)	-
Take pain relievers and rest	8	20	7 (17.5)	1 (2.5)	-
Take pain relievers, rest and head massage	2	5	2 (5)	-	-
Take pain relievers and head massage	1	2.5	1 (2.5)	-	-
Take mental inhaler and rest	1	2.5	1 (2.5)	-	-

Table 4 Mean, frequency and interpretation of frequency and effective in headache management strategies use in mild traumatic brain injury patients (n = 40)

Management strategies	Frequency use/week				Effective of pain reducing	
	1-2 times	3-5 times	6-9 times	>10 times	%	Interpre-tation
	frequency (%)	frequency (%)	frequency (%)	frequency (%)		
Take pain relievers	5 (12.5)	1 (2.5)	1 (2.5)	3 (7.5)	77	good
Take a rest	1 (2.5)	3 (7.5)	-	-	76	good
Get sleep	-	-	-	1 (2.5)	60	moderate
Listen to the song	-	-	1 (2.5)	-	70	moderate
Head massage	1 (2.5)	-	-	-	80	good
Use combination of management strategies						
Take pain relievers and get sleep	-	3 (7.5)	3 (7.5)	5 (12.5)	70	moderate
Take pain relievers and rest	1 (2.5)	2 (5)	2 (5)	3 (7.5)	70	moderate
Take pain relievers, rest and head massage	-	1 (2.5)	-	1 (2.5)	100	good
Take pain relievers and head massage	1 (2.5)	-	-	-	100	good
Take mental inhaler and rest	-	-	-	1 (2.5)	100	good

Most subjects (57.5%) used combination of headache management strategies including taking pain relievers and get sleep (27.5%) because health care providers suggested them (30%). Most of them managed their headache by themselves (80%), family's member, and friend, respectively as shown in table 3. The patients used combination of headache management strategies 10 times/week. The durations of each headache management strategies were 5 minutes for take pain relievers, 15minutes for sleep, 30 minutes for resting, and 15 minutes for head massage, respectively.

For the patients who used only one strategy to manage their headache including taking pain relievers, resting, and head massage, the result reported good effective headache management. For the strategies of getting some sleep and listening to the song, the results showed the moderate effective headache management. Similarly to the samples who used combination of headache management strategies, the result showed good effective headache management.

Health-related quality of life in mild traumatic brain injury patient

Table 5 Range, mean, standard deviation, and interpretation of health-related quality of life in mild traumatic brain injury patients (n=40)

Variables	Possible range	Actual range		M.	S.D.	Interpretation
		min	max			
Health-related quality of life						
Physical	7-35	12	30	23.7	4.4	moderate
Psychological	6-30	11	27	22.1	3.8	moderate
Social relationship	3-15	9	14	11.9	1.3	good
Environment	8-40	21	36	29.7	3.5	good
Health	26-130	58	113	94.2	11.7	moderate

The description statistics of health-related quality of life in this study are presented in Table 5. Health-related quality of life perceived by mild TBI patients 2

weeks since injury had moderate result of headache management strategies in the health dimension, the social relationship and environment dimension presented good result, and physical and psychological dimension showed moderate result.

The relationship between headache experiences and health-related quality of life in mild traumatic brain injury patients

Table 6 Correlation between headache experiences in the dimension of response and health-related quality of life in mild traumatic brain injury patients (n=40)

Variable	1	2	3	4	5	6
1. headache experiences response to headache	1					
2. health-related QOL in physical dimension	.2	1				
3. health-related QOL in psychological dimension	-.346*	.684**	1			
4. health-related QOL in social relationship dimension	-.306	.261	.194	1		
5. health-related QOL in environment domain	-.582**	.610**	.510**	.576**	1	
6. health-related QOL in overall	-.564**	.895**	.837**	.487**	.816**	1

**p < .01; *p < .05

The relationship between headache experience and health-related quality of life in mild TBI are presented in Table 6. The bivariate correlation matrix is shown statistically significant relationships between headache experience and health-related quality of life. The results revealed that headache experience in the response to pain had significantly moderate negative correlation with health-related quality of life ($r = -.564$, $p < .01$). Similarly, response to headache experience had significantly moderate

negative correlation with health-related quality of life in physical dimension ($r = -.517$, $p < .01$) and environmental dimension ($r = -.582$, $p < .01$), respectively.

Discussion of the Findings

Part 1: Headache experience, Perceived symptoms, Evaluation and Response to headache symptoms in patients with mild traumatic brain injury

The sample for the present study comprised patients with minor headache which showed more frequent in males than in females of working age. The most age range for headache experience was most 21-40 years with an average of 38 years. The most cause of head trauma was motorcycle accidents (54.4%), followed by falling from high places and physical assault (15.9% and 12.5% respectively). These findings were the same as in the study of Young and colleagues (2005), who found that the main cause of head trauma was automobile accidents, followed by falling and physical assault at the working age, i.e. ages from 15-44 years (Sharma, 2008). Head trauma etiology can be explained that, in most developing countries, people of working age in urban areas use motorcycles and cars to commute for because these modes of transportation are inexpensive, convenient, and fast, which results in being the frequent cause of accidents and injuries.

Headache experience

This research studied the headache experience; perceive, evaluation and response to headache symptoms of patients with mild TBI within two weeks following hospital discharge. According to the research findings, almost half of all patients (40 patients) with mild TBI perceive headache symptom (45.5%) which reported more frequent in females than males of working age. These findings concurred with the findings of previous studies which found that 30-90% of patients with head trauma experience headache (Lew et al., 2006; Walker et al., 2005). It can be explained that the part of perceived headache experience occurring in the patients with mild TBI in this study were 30-90%. It is not clearly known almost how the headache symptom occurs. Since the definitions of headache symptom and research methods are given

differently. The nature of headache symptom occurrence after head trauma still has some misunderstanding (Gladstone, 2009; Neely, Midgette, & Scher, 2009).

According to this study, statistical analysis were conducted between the group without headache symptoms and the group with headache symptoms. There was statistical significance ($\chi^2 = .041$) between genders. It was found that females in the group with symptoms of head trauma had greater perceptions of headache symptoms than males (1: 0.8). This finding was similar to previous studies that patients with mild TBI and headache symptoms were occurred more frequent in female than male at a ratio of 1:0.7 (Lew et al., 2006; Walker et al., 2005). One possible explanation for the perception of headaches that occur more frequent in female than male may be due to the differences between female and male in biological factors, physical factors, physiological factors, levels of hormones, lifestyles and the environments. Furthermore, it was found that estrogen level is a cause of premenstrual and headache symptoms. Moreover, in perceptive of health and self-care, females have more healthy behaviors than males, thus resulting in early detection, they will see doctors before symptoms become severe (Verbrugge, 1985). However, the findings of this study were contrast to the research of Brandrup (2004) who found that males have greater perception of headache symptoms than females at a ratio of 1.03:1. However, the aforementioned study was conducted in patients with moderate and severe TBI and did not conduct the study only in patients with mild TBI. Furthermore, the duration of the study was not the same as the current study that performed within 2 weeks after patients discharge from hospital.

Evaluating headache symptoms

In the entire sample group with perceived headache symptoms, patients reported headache according to their own experience and perception. It was found that the characteristics of headache occurring to them were mostly throbbing (32.5%) followed by dullness (27.5%). The area of almost half headache occurred was at the side of the head, followed by the entire head and the center of the head to the back and front of the head (47.5% and 22.5%, respectively). Most patients had uncertain headache. Half of the patients had headache frequency at 1-2 times/day followed by 3-5 times/day (50% and 32.5%, respectively).

These findings were in decordance with the study of Walker and colleagues (2005), which found that 43% of patients described dull headache, 35% sharp pain, 13% throbbing headaches, 8% pressure, and 3% miscellaneous other types. When the types of headache were categorized into vascular, muscle contraction and mixed types of headache, it was found that the headache in patients with TBI are vascular, while muscle contraction and mixed type of headache account for 26% each. It was contrary to the research of Gurr and Coetzer (2004) who found that 28.8% of patients with TBI had tight and pressure headache, 18.6% had throbbing headache and only 5.1% had dull headache. It was found that post-traumatic headache frequently caused by muscle contractions than vascular and mixed type of headaches (58.5%, 17.1% and 9.8% respectively). As for headache characteristics in patients with TBI, headache etiology remains unclear, but may be explained that headache causes by direct force to the head (acceleration-deceleration), thus resulting in rotation or twisting of the skull and brain causing injury to axon. It causes abnormal cell functioning and destroying the cells. Furthermore, it has been found that inflammatory transmitters releases causing muscle tension in the head, face and neck area and resulting in stimulation of the nerve endings in the brain, skin and muscles. The aforementioned stimulation of stimulating at the nerve endings will cause patients to perceive headache.

According to this study, patients with TBI were evaluated for headache severity within 2 weeks after patients discharge from hospital. Sixty five percents reported average headache severity at a mild level. The most severe of headache was at a moderate level (32.5%). Sixty seven percents of patients reported having no headaches. It is concurred with the research of Walker and colleagues (2005), who found that 64% of patients reported headache and had no headache or very mild headache. Moderate severity was at 36%. None of the headache was found to be at a severe level in their study. The explainable causes for the group that perceived headache in this study found that the results of examinations by computer imagery of the brain and radiographies of skulls in the group that perceived headache had more subdural hemorrhage and fractured skulls than the group with no headaches. As for the patients' perceived severity of headache at a minor level, it may be because most patients had full Glasgow score, which the indicated minor severity of brain trauma. It

was in contrast with the studies of Gurr and Coetzer (2005) who found that the most severe headache was most frequently showed, followed by moderate and minor headaches (63.4%, 26.89% and 8.9%, respectively). According to the findings of the present study, however, it was indicated that the study was covered all three levels of patients with head trauma, i.e. severe, moderate and minor levels. However, these were emphasized only in patients with mild TBI.

Response to headache

In response to the headache of patients with mild TBI, it was found that headache generally disturb daily life to a minor degree. When considered in terms of area, it was found that headaches disturb daily life on a regular basis in terms of work performance (regular work outdoors and housework) and had greater severity than ordinary activities, emotions, traveling capabilities, relationships with others/family members, rest/sleep, and feelings of contentment with life. The potential reasons for explaining response to headache in disturbing daily life were found in both outdoor work and housework with more severe level when patients had to return to society and work regularly. The work caused patients to think, solve problems, confront stress, and various anxieties caused by work and various surrounding environmental factors at all times, causing patients to suffer anxiety in daily life. Therefore, anxiety and stress were found to be causal factors for patients to have more severe headache (Walker et al., 2005). This finding was in agreement with the studies of Cavallini and colleagues (1995) and Bussone and colleagues (2004) who found that headaches reduced ability to perform the activities of individuals, family, society, work and rest while further reducing life satisfaction. However, the aforementioned research was concerned exclusively with the group of patients suffering vascular and cluster headaches occurring with ordinary individuals who have different factors and causes of headaches and patients with TBI. Furthermore, the aforementioned studies did not specify severity levels in terms of what degree that, effects headache on daily life and only mentioned the findings in general terms. Headaches that do occur, however, will cause impact on daily life in many ways.

Part 2: Headache management strategies in patients with mild mild traumatic brain injury

The current study found that patients with mild TBI accompanied by perception of headache chose to manage headache by themselves (80%), followed by family members. As for the headache management methods chosen by patients, it was found that most patients used more than 1 method (57.5%). They were taking pain relievers and sleeping (27.5%) which were able to relieve headache at a moderate degree occurring more than 5 minutes to less than 60 minutes. As for the method of taking pain relievers only, it was found that pain relievers were able to alleviate headache well and require less than 5 minutes. According to this research, however, it was found that using more than 1 method to relieve headache is much more effective than using only one method. It was in accordance with the research of Vemon and colleagues (2009), who found that the use of amitriptyline and chiropractic massages were able to help relieve headache well. Furthermore, it was found that patients who receive massage experience the decrease in headache frequency.

Possible explanations for pain reliever effectiveness as one of combined methods indicated that patient preferred to use pharmacological methods. Once medication takes effect, it will help to stop the production of prostaglandin, which is a substance capable of stimulating the nerve endings. Therefore, it prevents patients from suffering headache. Sleeping and head massaging provide both physical and mental relaxation reducing muscular tension, the large nerve fibers encouraged SG cell for inhibition T cell to stopping the transmission of pain signals in spinal cord level then close gate, thus the intensity of pain reduces in those patients. Therefore, it is evident that, choosing more than one method of headache management combined with medication was effective to use as non-pharmacological treatments among those patients. As for the reasons of choosing headache management methods, most patients chose to follow suggestions from health care providers and physicians' treatment plans for headache relief in patients including the use of ordered pain relievers. It also can explain by the fact that most patients in this study had perceptions of headache severity at a mild level, thus the pain could be controlled when they took medication. Therefore, patients did not seek for information from other resources. Moreover, most patients had chosen to follow the suggestions from health care providers.

Part 3: Symptom management outcomes, such as health-related quality of life in patients with mild traumatic brain injury

Health-related quality of life among patients with mild TBI with perceived of headache and response to manage headache were evaluated within two weeks following hospital discharge. It was found that headache management outcomes according to health-related quality of life and the overall health of patients were at a moderate level. According to the findings of this research, it indicated that, even though patients perceive headache only at a mild level, the headache also affects in health-related quality of life. The findings of the present research indicated that effectiveness in reducing headache by using various methods chosen by patients can reduce headache from moderate to high levels. Therefore, headache management outcomes, i.e health-related quality of life, are associated with health status improvement in those patients. This finding was in agreement with previous studies. It found that patients have increased all health-related quality of life aspects after headache treatment has been provided. It was also enabled patients to perform more activities (D 'Amico et al., 2006; Ertsey et al., 2004).

Part 4: Relationships between headache experience and health-related quality of life in patients with mild traumatic brain injury

According to analyses of the relationship between headache experience in terms of response to headache and health-related quality of life among mild TBI, it was found that headache experience was negatively related with health-related quality of life at a moderate level ($r = -.564$) with statistical significance at the level of 0.01.

When examined each aspect, it was found that headache experience in terms of response to headache was negatively related to health-related quality of life in physical, environmental and mental health dimensions at a moderate level ($r = -.517$, $r = -.582$ at $p < .01$ and $r = -.346$ at $p < .05$), respectively. However, this study found that headache experience regarding response to headache was not related to health-related quality of life in social health dimension.

The relationship between headache experience in terms of response to headaches and the physical dimension of health-related quality of life

The findings of this research indicated that headache experience concerned with response to headaches had a negative relationship with the physical dimension of health-related quality of life and capacity to perform tasks, sleeping, and physical satisfaction. It was in agreement with previous studies which found that headache reduced capacity in performing activities for individuals, families, society, such as work and sleep (Bussone et al., 2004). Furthermore, there had been report that headache had negative relationship to physical roles (D'Amico et al., 2002; Ertsey et al., 2004; Lipton et al., 2003). According to this study, it was found that patients were moderately satisfied with their capabilities in performing various necessary tasks and sleeping. Possible explanations for this finding may be due to the fact that most headaches discovered in this study were at a mild level of severity. However, it has also been found that the frequency of most headaches were 1-5 times per day and most of the headaches occurred at uncertain time, which may have disturbed the sleeping of the patients and headache experience caused the patients suffering with their inability to do anything more (Lipton et al., 2003). Work performance was also reduced by nearly half of patients. They had to stay home in some work days while suffering reduced work efficiency (Paniak et al, 2002; Schwartz, Stewart, & Lipton, 1997).

The relationship between headache experience in response to headaches and the psychological dimension of health-related quality of life

The present study found that headache experience had a negative relationship with the psychological dimension of health-related quality of life and life satisfaction, concentration, wellness and self-satisfaction. It was similar to previous studies which found that headache had a negative relationship with emotion and the mental health of patients (Cavallini et al., 1995; D'Amico et al., 2002; Ertsey et al., 2004; Lipton et al., 2003). From this study, it was found that headache experience had a negative relationship with the psychological dimension of health-related quality of life at a moderate level. This finding can be explained that most patients were married, in working age and were employed with income from 5,001 to 10,000 bahts per month and sufficient income but having no savings. It was the fact that patients were unable

to work regularly made them dependent on their families and reduced family income because most patients were males. In accordance with Thai society, men are usually acting as the heads of the families. When various changes impact on their life or family, patients are likely to also experience emotional changes with stress and anxiety. It might cause more headache and reduce mental satisfaction in their life (Clapp et al., 2008).

Headache experience in terms of response to headaches and social relationship dimension of health-related quality of life

The present study found that headache experience was related to the social relationship dimension of health-related quality of life in making friends, receiving help from others and sexual satisfaction with no statistical significance. This finding did not concur with the findings of previous studies which found that headache had a negative relationship with performances of social duties, and the social and interpersonal relationship dimension of health-related quality of life also reduced. (Bussone et al., 2004; Cavallini et al., 1995; D'Amico et al., 2002; Ertsey et al., 2004; Lipton et al., 2003). This finding may be explained that the aforementioned study was a research on patients with vascular and cluster headaches for more than 2 months. However, it was not studied on patients with mild TBI in health-related quality of life within 2 weeks discharge from hospital. The two weeks may be the period when patients took a sick leave or stop working after receiving injuries, so they were able to take a rest at home or with their families. Therefore, social and interpersonal relationships had no impact on. Furthermore, the group of patients studied in this research revealed social differences between Western and Thai cultures, which may also be another reason explaining the result of the social relationship dimension of health-related quality of life. It is because most westerners have a single family society, are mostly self-dependent with little dependence on others in society and have high freedom to live and spend their lives. Most families in Thai society, however, are extended families depending on one another with assistance among families in society. It may have caused the headache occurring in those patients which was unrelated to the social relationship dimension of health-related quality of life relationships.

Relationship between headache experience in terms of response to headaches and the environment dimension of health-related quality of life

The present study found that headache experience had a negative relationship with the social relationship dimension of health-related quality of life in terms of life stability, home conditions, environment, income, use of public health services, access to telecommunication and information, leisure and traveling to a moderate level. It also found that patients have incomes from 5,001 to 10,000 bahts per month. To compare with family expenses, patients have sufficient income, but having nothing left to save. It was in agreement with the announcement of the Ministry of Labor that national gross income for employee ranges from 5,001 to 10,000 baht per month. Furthermore, it was found that most patients were married, causing them to have sufficient average incomes to cover living expenses. Therefore, this injury caused moderate impact on health-related quality of life. Another reason may be the coverage from the funding of the motor vehicle accident and victims Act BE 2535 (1992). Most patients in this study were covered from this funding. The funding paid the injured compensation from 15,000 bahts a maximum of no more than 50,000 bahts for each patient and each injury. Moreover, the patients can reimburse lent for the other expense which more than 50,000 bahts. Therefore, this was also another way of reducing burdens in paying expenses for their treatment. Furthermore, the public health facility system providing services in the areas where patients are living and keeping patients from traveling which reduces cost from transportation to receive follow up, yet saves time in patients, so problems regarding expenses of patients are minor.

Recommendations and implementations of the research findings

The research findings enable healthcare team to be aware that headache experience is related to health-related quality of life in patients with mild TBI.

Nursing Practice: According to the research findings, almost half of mild TBI who were admitted or not admitted to the hospital, had headache. Most patients had a mild level of pain from headache. Furthermore, from the brain computer imaging taken, it was found that patients with subdural hemorrhage and concussions on the brain were found to have the most headaches. From the these research findings,

nurses and the healthcare team should be aware of potential headache that might occur in those patients by using the data in preparing the knowledge and understanding in providing care, assessing and evaluating symptoms, and providing recommendations for patients and relatives in methods for managing potential headache. Furthermore, it was found that selecting more than one method of headache management can reduce headaches more effectively than take only pain relievers or take only one headache management method. Nurses and the care team should make either treatment or discharge plans for reduction of headache in consideration of the fact that the headache experience and selection of appropriate headache management strategies. These strategies should be compatible with the environment of each patient in order to promote quality of life associated with health of patients.

Nursing Education: The research findings may be used as the baseline data in educating nurses and healthcare teams for more understanding the headache phenomena in patients with mild TBI.

Nursing Research: A longitudinal study should be conducted on headache incidence and management in patients with mild TBI. The research findings may be used as baseline data in planning for conducting experimental research on management of headaches occurring in each group of patients with mild TBI who received or used different methods for effective reduction of the headaches.

Research limitations

These research findings may have limitations with reference to populations because it comprises data collection by convenience sampling and used a few hospitals in central part of Thailand as a setting for data collection.

รายการอ้างอิง

- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2533). Mechanism of headache. ใน นิพนธ์ พวงวรินทร์ (บรรณาธิการ), *Headache*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.
- ทิพพาร ตั้งอำนาจ. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ และ วันเพ็ญ แก้วปาน. (2550). คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับบริการในคลินิกเอดส์ จังหวัดนราธิวาส: การประเมินโดยประยุกต์แบบวัด WHOQOL-HIV-BREF ขององค์การอนามัยโลก. นราธิวาส: โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส ปีงบประมาณ 2550
- ชนาภรณ์ เปรมสัย. (2546). การศึกษาติดตามการปรับตัวของผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธิดารัตน์ พานชูวงศ์. (2550). ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวดขาเนื่องจากการขาดเลือดมาเลี้ยง วิธีจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23 (1), 60-73.
- ผ่องรัตน์ รัตนไทย. (2540). ประสบการณ์อาการปวดและวิธีจัดการกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุทธ ไกยวรรณ. (2545). *พื้นฐานการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น การพิมพ์.
- เยาวลักษณ์ ชัยชนะ. (2551). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่วยประสาทส่วนแขน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไล อุดมพทยาสรรพ์. (2543). ผลการนวดไทยต่อการลดอาการปวดศีรษะจากความเครียดในผู้ที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริรัตน์ เปลี่ยนบางยาง. (2533). ผลของการฝึกอิเอ็มจีไปโอฟีดแบ่ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อการปวดศีรษะในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สงวนสิน รัตนเลิศ. (2546). *บาดเจ็บศีรษะ การดูแลตามระบบคุณภาพ HA*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. (2541). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) ฉบับภาษาไทย. Retrieved November 24, 2008, from <http://www.dmh.moph.go.th/test/whoqol/>
- สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์. กระทรวงสาธารณสุข, 2550
- อุบล ยี่เฮ็ง. (2549). Nursing care of head injury at the scene. ใน ศุภกิจ สงวนดีกุล, เสรี เสน่ห์-ลักษณะนาม, และ สิริรุจน์ สกฤตมรรคา (บรรณาธิการ), *The NAT update 2006*. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- Alexander, M. P. (1995). Mild traumatic brain injury: Pathophysiology, natural history, and clinical management. *Neurology*, 45(7), 1253-1601.
- Ashing-Giwa, K. T. (2005). The contextual model of health related-quality of life: A paradigm for expanding the health related-quality of life framework. *Quality of Life Research*, 14, 297-307.
- Baandrup, L., & Jensen, R. (2004). Chronic post-traumatic headache: A clinical analysis in relation to the International Headache Classification second edition. *Cephalalgia*, 25, 132-138.
- Bendtsen, L., Jensen, R., & Olesen, J. (1996). A non-selective amitriptyline, but not a selective (citalopram), serotonin reuptake inhibitor is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 61, 285-290.
- Bingefors, K., & Isacson, D. (2004). Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain-a gender perspective. *European Journal of Pain*, 8, 435-450.
- Brna, P., Gordon, K., & Dooley, J. (2006). Health-related- quality of life among Canadians with migraine. *Headache Pain*, 8, 43-48.
- Carroll, L. J., Cassidy, J. D., Holm, L., Kraus, J., & Coronado, V. G. (2004). Methodological issues and research recommendations for mild traumatic brain injury: The WHO Collaboration Centre task force on mild traumatic brain injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(suppl), 113-125.

- Cartlidge, N. E., & Shaw, D. A. (1981). Posttraumatic headache. In J. W. Walton (Ed.), *Head Injury*. Philadelphia: WB Saunders.
- Cella, D. F. (1995). Measuring quality of life in palliative care. *Seminars In Oncology Nursing*, 22(2 suppl 3), 73-81.
- Chiu, W-T., Huang, S-J., Hwang, H-F., Tsao, J-Y., Chen, C-F., Tsai, S-H., et al. (2006). Use of the WHOQOL-BREF for evaluation persons with traumatic brain injury. *Journal of Neurotrauma*, 23, 1609-1620.
- Cicerone, K. D., Mott, T., Azulay, J. A., & Friel, J. (2004). Community integration and satisfaction with functioning after intensive cognitive rehabilitation for traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 943-950.
- Clapp, D. J., Beck, J. G., Palyo, A. S., & Grant, M. D. (2008). An examination of the synergy of pain and PTSD on quality of life: Additive or multiplicative effects. *Pain*, 138, 301–309.
- Coda, B. A., & Bonica, J. J. (2001). General considerations of acute pain. In J. D. Loeser (Ed.), *Bonica's management of pain* (3rd ed.). Philadelphia: Lipincott Williams & Wikins.
- Cole, T. B. (2004). Global road safety crisis remedy sought: 1-2 million killed, 50 million injured annually. *The Journal of the American Medical Association*, 291, 2531–2532.
- de Haes, J. C. J. M., & van Knippenberg, F. C. E. (1987). The quality of life of cancer patient: A review of the literature. *Social Science and Medicine*, 20, 809-817.
- de Kruijk, J. R., Leffers, P., Menheere, P. P. C. A., Meerhoff, S., Rutten, J., & Twijnstra, A. (2002). Prediction of post-traumatic complaints after mild traumatic brain injury: Early symptoms and biochemical markers. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 73(6), 727-732.
- Dikmen, S. S., Ross, B. L., Machamer, J. E., & Temkin, N. R. (1995). One year psychosocial outcome in head injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 1, 67-77.
- Dikmen, S., Macrame, J., & Timken, N. (2001). Mild head injury: Facts and artifacts. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 23, 729-738.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., et al. (2001). Advancing the science of symptom Management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.

- Emanuelson, I., Andersson, H. E., Bjorklund, R., & Stalhammar, D. (2003). Quality of life and post-concussion symptoms in adults after mild traumatic brain injury: A population-based study in western Sweden. *Acta Neurologica Scandinavica*, 108, 332–338.
- Ertsey, C., Manhalter, N., Bozsik, G., A'fra, J., & Jelencsil, I. (2004). Health-related and condition-specific quality of life in episodic cluster headache. *Cephalalgia*, 24, 188–196.
- Evan, R. (2009). Post-traumatic headache: Commentary: Clinical characteristics, comorbidity, and treatment. *Headache*, 1116–1119.
- Faux, S., & Sheedy, J. (2008). A Prospective Controlled Study in the Prevalence of posttraumatic headache following mild traumatic brain injury. *American Academy of Pain Medicine*, 9(8), 1001–1011.
- Findler, M., Cantor, J., Haddad, L., Gordon, W., & Ashman, T. (2001). The reliability and validity of the SF-36 health survey questionnaire for use with individuals with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 15(8), 715–723.
- Glasgow, R. E., Funnell, M. M., Bonomi, A. E., Beckham, V., & Wagner, E. H. (2002). Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: Implementation with diabetes and heart failure teams. *Annual Behavior Medicine*, 24(2), 80–87.
- Ghajar, J. (2000). Traumatic brain injury. *Lancet*, 356, 923–29.
- Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of life measures. *The Journal of the American Medical Association*, 272, 619–626.
- Group, T. W. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from The World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403–1409.
- Hall Ryan, C. W., Hall Richard, C. W., & Chapman, M. J. (2005). Definition, diagnosis and forensic implications of postconcussional syndrome. *Psychosomatics*, 46, 195–202.
- Ham, L. P., & Packard, R.C. (1996). A retrospective, follow-up study of biofeedback-assisted relaxation therapy in patients with posttraumatic headache. *Biofeedback & Self Regulation*, 21, 93–104.

- Headache Classification Committee of the International Headache Society. (2004). The international classification of headache disorders second edition. *Cephalalgia*, 24 (suppl 1), 9–160.
- Hickey, V. J. (2003). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hill, G. A. (2002). Activities of daily living. In C. B. Lewis (Ed.), *Aging: The health-care challenge*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Hughes, T. E., Kaplan, R. M., Coons, S. J., Draugalis, J. R., Johnson, J. A., & Patterson, T. L. (1997). Construct validities of the quality of well-being scale and the MOS-HIV-34 health survey for HIV-infected patients. *Medical Decision Making*, 17, 439-446.
- Jensen, O. K, & Nielsen, F. F. (1990). The influence of sex and pre-traumatic headache on the incidence and severity of headache after head injury. *Cephalalgia*, 10, 285-293.
- Johnson, J. E. (1999). Self-regulation theory and coping with physical illness. *Research in nursing & Health*, 22, 435-448.
- Kaplan, R. M., & Bush, J. W. (1982). Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, 1, 61-80.
- King, R. C., & Hinds, S. P. (2003). *Quality of life from nursing and patient perspective* (2nd ed.). Boston: Jonse and Bartlett.
- King, S. (1996). Emotional, neuropsychological, and organic factors: Their use in the prediction of persisting postconcussion symptoms after moderate and mild head injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 61, 75-81.
- Khlongyant, P. (2001). *Pain experiences, depression, and pain management of the hospitalizes elderly*. Unpublished master's thesis of nursing science, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Kraus, J. F., & Nourjah, P. (1989). The epidemiology of mild head injury. In H. S. Levin, H. M. Eisenberg & A. L. Benton (Eds.), *Mild head injury* (pp. 8-22). New York: Oxford University Press.
- James, R.C., & Candace, B. (2001). Chronic daily headache in the posttrauma syndrome: Relation to extent of head injury. *Headache* 2001, 41, 559-564.

- Langlois, J. A, Rutland-Brown, W., & Thomas, K. E. (2004). Traumatic brain injury in the United States: Emergency department visits, hospitalizations, and deaths. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Legome, E., & Wu, T. (2006). *Postconcussive Syndrome*. eMedicine, Retrieved February 6, 2009 from www.emedicine.com/EMERG/topic865.htm.
- Lew, H. L., Lin, P. H., Fuh, J. L., Wang, S. J., Clark, D. J., & Walker, W. C. (2006). Characteristics and treatment of headache after traumatic brain injury: A focused review. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 619–627.
- McCrea, M. (2007). Epidemiology and impact of traumatic brain injury. *Mild traumatic brain injury and postconcussion syndrome* (3rd ed). New York: Oxford University Press.
- Mackensen, S. V., & Bullinger, M. (2004). HAEMO-QOL Group, Development and testing of an instrument to assess the quality of life of children with haemophilia in Europe (Haemo-QoL). *Haemophilia*, 10(suppl 1), 17-25.
- Martelli, M. F., Grayson Capt, R. L., & Zasler, N. D. (1999). Posttraumatic headache: Neuropsychological and psychological effects and treatment implications. *Journal Head Trauma Rehabilitation*, 14, 49-69.
- Martelli, M., Zasler, N., Bender, M., & Nicholson, K. (2004). Psychological, neurophysiological, and medical considerations in assessment and management of pain. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 19(1), 10-28.
- McGeeney, E. B. 2009. Secondary headache: Concepts and examples, *Techniques in Regional. Anesthesia and Pain Management* 13, 58-64.
- McQuellon, R. P., Kimmick, G., & Hurt, G. J. (1997). Quality of life measurement in women with breast cancer. *Breast*, 3, 178-186.
- Melzack, R., & Wall, P.D. (Eds). (2003). *Handbook of pain management: Headache*. London, UK: Churchill livingstone.
- Mihalik, R. J., Guskiewicz, M. K., Mann, D. J., & Shields, W. E. (2007). The effects of headache on clinical measures of neurocognitive function. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 17, 282–288.

- Moldover, J. E., Goldberg, K. B., & Prout, M. F. (2004). Depression after traumatic brain injury: A review of evidence for clinical heterogeneity. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 23(6), 792-808.
- Nicholson, K., & Martelli, M. (2004). The problem of pain. *Journal Head Trauma Rehabilitation*, 19, 2-9.
- Olesen, J., & Jensen, S. T. (2006). *From basic pain mechanisms to headache*. New York: Oxford University.
- Packard, R. C. (1999). Epidemiology and pathogenesis of posttraumatic headache. *Journal Head Trauma Rehabilitation*, 14(1), 9-12.
- Padilla, G. V., Grant, M. M., Ferrell, B. R., & Presant, C. A. (1996). Quality of life cancer. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. New York: Lippincott-Raven.
- Pagulayan, J. K., Temkin, R. N., Machamer, J., & Dikmen, S. S. (2006). A longitudinal study of health-related quality of life after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87, 611-618.
- Paniak, C., Reynolds, S., Toiler-Lobe, G., Melnyk, A., Nagy, J., & Schmidt, D. (2002). A longitudinal study of the relationship between financial compensation and symptoms after treated mild traumatic brain injury. *Journal of Clinical & Experimental Neuropsychology*, 24, 187-193.
- Powell, T. J., Collin, C., & Sutton, K. (1996). A follow-up study of patients hospitalized after minor head injury. *Disability and Rehabilitation*, 18, 231-237.
- Radanov, P. B., Di Stefano, G., & Augustiny, F. K. (2001). Symtomatic approach of posttraumatic headache and its possible implications for treatment. *European Spine Journal*, 10, 403-407.
- Rapoport, M. J., McCullagh, S., Streiner, D., & Feinstein, A. (2003). The clinical significance of major depression following mild traumatic brain injury. *Psychosomatics*, 44(1), 31-37.
- Rimel, R. W., Giordani, B., Barth, T. J., Boll, J. T., & Jane, A. J. (1981). Disability caused by minor head injury. *Neurosurgery*, 9(3), 221-228.
- Rimel, R., Giordiani, M., Barth, J., Ball, T. J., & John, A. J. (1981). Disability caused by minor head injury. *Neurosurgery*, 9, 221-228.

- Robinson, R. L., (2006). *Trauma rehabilitation*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ruffolo, C., Friedland, J., Dawson, D., Colantonio, A., & Lindsay, P. (1999). Mild traumatic brain injury from motor vehicle accidents: Factors associated with return to work. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(4), 392-398.
- Packard, C. P. (1999). Epidemiology and pathogenesis of posttraumatic headache. *Head Trauma Rehabilitation*, 14(1), 9-21.
- Rutherford, W. (1989). Postconcussion symptoms: Relation to acute neurological indices, individual differences, and circumstances of injury. In H. S. Levin, H. M. Eisenberg & A. L. Benton (Eds.), *Mild head injury* (pp. 217-228). New York: Oxford University Press.
- Sander, A. M., Kreutzer, J. S., Rosenthal, M., Delmonico, R., & Young, M. E. (1996). A multicenter longitudinal investigation of return to work and community integration following traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 11(5), 70-84.
- Sareeso, P. (2009). *Pain and pain management strategies in patients with brachial plexus injury post-reconstructive surgery*. Unpublished master's thesis of nursing science, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Saper, J. R. (2000). Posttraumatic headache: A neurobehavioral disorder. *Archives of Neurology*, 57, 1776-1778.
- Schwartz, B. S., Stewart, W. F., & Lipton, R. T. (1997). Lost workdays and decreased work effectiveness associated with headache in the workplace. *Occupational & Environmental Medicine*, 39(4), 320-327.
- Selin, R., Mendoza, T. R., Nakmur, Y., Edwards, K. R., & Cleeland, C. S. (1995). When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*, 61, 277-84.
- Sharma, B. R. (2008). Road traffic injuries: A major global public health crisis. *Public Health*, 122, 1399-1406.
- Shumaker, S. A., & Naughton, M. J. (1995). The international assessment of health-related quality of life: A theoretical perspective. In R. A. B. S. A. Shumaker (Ed.), *The international assessment of health-related quality of life: Theory, translation, measurement and analysis* (pp. 3-10). Oxford: Rapid Communications of Oxford.

- Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J & Cheever, K. (2008). *Health care delivery and nursing practice: Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith-Seemiller, L., Fow, N. R., Kant, R., & Franzen, M. (2003). Presence of post-concussion syndrome symptoms in patients with chronic pain vs mild traumatic brain injury. *Brain Injury*, 17, 199-206.
- Solomon, S. (2001). Posttraumatic headache. *Medical Clinics of North America*, 85, 987-996, vii-viii.
- Tatrow, K., Blanchard, E.B., & Silverman, D. J. (2003). Posttraumatic headache: An exploratory treatment study. *Applied and Psychophysiology and Biofeedback*, 28, 267-278.
- Tennant, A. (2005). Admission to hospital following head injury in England: Incidence and socio-economic association. *BMC Public Health*, 5(21),
- Thornhill, S., Teasdale, G. M., Murray, G. D., McEwen, J., Roy, C. W., & Penny, K. I. (2000). Disability in young people and adults one year after head injury: Prospective cohort study. *British Medical Journal*, 320, 1631-1635.
- Thorne, S., Paterson, B., & Russell, C. (2003). The structure of everyday self-care decision making in chronic illness. *Qualitative Health Research*, 13(10), 1337-1352.
- Vadikolias, K., Heliopoulos, I., Tripsianis, G., Achtopoulos, A., Homsioglou, E., Artemis, N., et al. (2002). Headache-related work disability in young men. *Journal Headache and Pain* 3, 87-92.
- van der Naalt, J., van Zomeren, A. H., Sluiter, W. J., & Minderhoud, J. M. (1999). One year outcome in mild and moderate head injury: The predictive value of acute injury characteristics related to complaints and return to work. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 66, 207-213.
- Vanderploeg, R. D., Curtiss, G., Luis, C. A., & Salazar, A. M. (2007). Long-term morbidities following self-reported mild traumatic brain injury. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 29(6), 585-598.
- Walker, W., Seel, R., Curtiss, G., & Wardent, D. (2005). Headache after moderate and severe traumatic brain injury: A longitudinal analysis. *Archives in Physical Medicine Rehabilitation*, 86(9), 1793-1800.

- Walker, W. C. (2004). Pain pathoetiology after TBI: Neural and non-neural mechanisms. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 19, 72–81.
- Warner, J. S., & Fenichel, G. M. (1996). Chronic posttraumatic headache often a myth. *Neurology*, 46, 915-916.
- Webster, K., & Christman, N. J. (1988). Perceived uncertainty and coping post myocardial infarction. *Western Journal of Nursing Research*, 10, 384–400.
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Windar, M., Ahlstrom, G., & Ek, AC. (2003). Health-related quality of life in persons with long-term pain after a stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 497–505.
- Woff, H. (1963). Headache and other head pain. New York: Oxford University press.
- World Health Organization. (2009). *10 Facts on the global burden of disease*. Retrieved Febuary 24, 2009, from <http://www.who.int>.
- World Health Organization, Division of Mental Health. (1993). *WHO-QOL study protocol: The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument*. Geneva, Switzerland.
- Young, W. B., Khoury, J. B., Ramadan, N. M. (2005). Headaches associated with head trauma (postconcussion headache). In J. P. Goadsby, D. Dodick, D. S. Silberstein (Eds), *Chronic daily headache for clinicians*. (pp. 185-197). Hamilton, Canada: B. D. Decker.
- Zanocchi, M., Maero, B., Nicola, E., Martinelli, E., Luppino, A., Gonella, F., et al. (2007). Chronic pain in a sample of nursing homeresidents: Prevalence, characteristics, influence on quality of life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 47, 121–128.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม
เกี่ยวกับอาการปวดศีรษะและวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะ ในผู้ป่วยที่ได้รับศีรษะเล็กน้อย

1. รองศาสตราจารย์นายแพทย์ ประจักษ์ ศรีรพีพัฒน์
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยศาสตร์
อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ สาขาวิชาประสาทศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปิยะวาท เกสมาศ
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาว สุกฤตกุล
ผู้ตรวจการงานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่า จะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ ประสพการณ์อาการปวดศีรษะการจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ชื่อผู้วิจัย นางสาวรณณฤดี เกลี้ยงดา

สถานที่วิจัย หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ ชั้น 3 ดึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ
หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 สามัญ โทร 02-4197723-4, 085-1995047

ผู้ให้ทุน -

ระยะเวลาในการวิจัย 15 พฤษภาคม– 31 ธันวาคม 2552

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาถึงประสพการณ์อาการปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย โดยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยคือ ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับประสพการณ์อาการปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการ ระดับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์อาการปวดศีรษะและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย และนำข้อมูลดังกล่าว ไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีวิธีจัดการอาการที่เหมาะสมกับประสพการณ์ที่เกิดขึ้น

ตลอดจนการทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพที่ดี และร่วมเสนอกับผลการวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ด้านอื่นๆ ในระดับนโยบายเกี่ยวกับการวางระบบการรักษาพยาบาล เพื่อการดูแลที่เป็นเลิศในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แรกรับว่ามีการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ไม่มีอาการเลวลงหรือได้รับการผ่าตัดสมอง ในระหว่างที่เข้ารับการนอนรักษาตัว มารับการตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ภายใน 7-14 วัน ไม่มีประวัติได้รับการผ่าตัดสมองก่อนเข้ารับการรักษา ไม่มีประวัติทางจิตเวชหรือโรคทางระบบประสาทอยู่เดิมและไม่มีประวัติการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นร่วม เช่น การบาดเจ็บทรวงอก ช่องท้องและการหักของกระดูกแขนและขา

จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 88 คน ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้น 6 เดือน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยโดยการทำท่านตอบแบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกเกี่ยวกับประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์อาการปวดศีรษะและวิธีจัดการกับอาการปวดศีรษะ ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย และแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเป็นจำนวน 58 ข้อ จะใช้เวลาประมาณ 15 – 30 นาที

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นเพียงการให้ท่านตอบแบบสอบถามเพราะฉะนั้นความเสี่ยงที่ร้ายแรงอาจจะไม่มี แต่อาจจะส่งผลให้ท่านต้องเสียเวลาในการให้ข้อมูลประมาณ 15-30 นาที ซึ่งระหว่างท่านตอบแบบสอบถาม หากท่านมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น หากท่านมีอาการปวดศีรษะมากขึ้นหรือมีระดับความรุนแรงของอาการปวดศีรษะเมื่อผู้วิจัยประเมินเท่ากับหรือมากกว่า 7 คะแนน ท่านจะได้รับการการประเมิน การตรวจวัดสัญญาณชีพ การประเมินคะแนนกลาสโกว์และส่งต่อเพื่อประเมินอาการและรับการรักษาจากแพทย์เจ้าของไข้ต่อไปอย่างเหมาะสม ท่านสามารถหยุดตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา หากท่านต้องการทำแบบสอบถามต่อ กรุณาแจ้งให้ผู้วิจัยทราบและหากท่านไม่ต้องการ ท่านสามารถหยุดการตอบแบบสอบถามได้ทันที โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะหยุดการเก็บรวบรวมข้อมูลและไม่นำข้อมูลในแบบสอบถามที่ทำแล้วไปวิเคราะห์

ท่านมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โดยท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาลและไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ ของท่าน

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัยสามารถติดต่อได้ที่ผู้วิจัยคือ

นางสาวรมณฤดี เกลี้ยงดา ตามที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ที่ระบุไว้ในตอนต้นของเอกสาร

ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการการวิจัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาคือ นางสาวรณณฤดี เกลี้ยงดา และในการเข้าร่วมวิจัยนี้ ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับการจากการวิจัย อาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงแก่ท่านในขณะนี้ แต่ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมแก่ผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกับท่านในอนาคต

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของท่านเป็นรายบุคคล อาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบคณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอศุขเวชวิกรม ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช เบอร์โทร. (02) 419-6405-6 โทรสาร. (02) 419-6405

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/วันที่.....
(.....)

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย เรื่องประสบการณ์อาการปวดศีรษะวิธีจัดการ
อาการและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเล็กน้อย

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย
รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการ
วิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหาก
เกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่าน
ข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบาย
และตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึง
ประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาวรณฤดี เกลี้ยงดา
โทรศัพท์ 085-1995047 ได้ 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หรือผู้แทน ได้ที่
สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอำนวยการ ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช โทร (02)
419-6405-6

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษ
จากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มี
ผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้
ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล
โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนา
ยินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/ วันที่.....
(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วม
การวิจัยคือ.....จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน/ วันที่.....
(.....)

ภาคผนวก ค

แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลำดับที่.....

วัน/เดือน/ปี.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแล้วบันทึกข้อมูล โดยการทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของกลุ่มตัวอย่างหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนด

1. เพศ

☐

ชาย

☐

หญิง

2. อายุ ปี

3. สถานภาพสมรส

☐

โสด

☐

คู่

☐

หม้าย

☐

หย่า

☐

อื่นๆ ระบุ.....

4. ระดับการศึกษา

☐

ไม่ได้เรียนหนังสือ

☐

ประถมศึกษา

☐

มัธยมศึกษา

☐

ปวช. / ปวส. / อนุปริญญา

☐

ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

☐

อื่นๆ ระบุ.....

5. ศาสนา

☐

พุทธ

☐

อิสลาม

☐

คริสต์

☐

อื่นๆ ระบุ.....

6. อาชีพ

☐

ประกอบธุรกิจส่วนตัว

☐

รับจ้าง

☐

เกษตรกร

☐

รับราชการ

☐

ไม่ได้ประกอบอาชีพ

☐

อื่นๆ ระบุ.....

7. รายได้ต่อเดือน

- | | |
|--|--|
| ☐ น้อยกว่า 5,000 บาท | ☐ 5,001 – 10,000 บาท |
| ☐ 10,001 – 15,000 บาท | ☐ 15,001 – 20,000 บาท |
| ☐ มากกว่า 20,000 บาท | |

8. รายได้ต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว

- ☐ รายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว
- ☐ รายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัวแต่ไม่เหลือเก็บ
- ☐ รายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัวและมีเหลือเก็บ

9. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

- | | |
|---|---|
| ☐ จ่ายเองทั้งหมด | ☐ เบิกจากต้นสังกัด |
| ☐ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ 30 บาท | ☐ ประกันสังคม |
| ☐ อื่นๆ ระบุ..... | |

10. ประวัติการใช้ยาเสพติด

- ☐ ไม่เคย
- ☐ เคย
- ☐ ขณะนี้กำลังใช้อยู่ ระบุ.....
- ☐ หยุดใช้ไปแล้ว เป็นระยะเวลา.....

11. ประวัติโรคประจำตัว

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี โปรดระบุ
- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ โรคเบาหวาน | ☐ โรคความดันโลหิตสูง |
| ☐ โรคหัวใจ | ☐ อื่นๆ ระบุ..... |

12. วันนี้ท่านรับประทานยาแก้ปวดหรือไม่

- ☐ ไม่รับประทาน
- ☐ รับประทาน
- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ เวลา..... | ห่างจากเวลาที่สัมผัส.....ชั่วโมง |
| ☐ ชื่อยา..... | ☐ ไม่ทราบชื่อยา |

ลำดับที่.....

วัน/เดือน/ปี.....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเกี่ยวกับประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ

คำชี้แจง ข้อมูลต่อไปนี้รวบรวมจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย โดยการทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงใน □

หน้าข้อความที่ตรงกับประวัติของกลุ่มตัวอย่างหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนด

1. สาเหตุการบาดเจ็บ

- | | |
|--|---|
| ☐ อุบัติเหตุจากรถยนต์ | ☐ อุบัติเหตุจากจักรยานยนต์ |
| ☐ ถูกทำร้ายร่างกาย | ☐ ตกจากที่สูง |
| ☐ อื่นๆ ระบุ..... | |

2. การบาดเจ็บร่วมของระบบอื่น

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ☐ ไม่มี | |
| ☐ มี | |
| ☐ ใบหน้า | ☐ ทรวงอก |
| ☐ ช่องท้อง | ☐ แขนและขา |
| ☐ กระดูกสันหลัง | ☐ อื่นๆ..... |

3. คะแนนกลาสโกว์ (Glasgow Coma Scale)

- | | | | |
|--------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| เมื่อแรกรับ | ☐ 13 | ☐ 14 | ☐ 15 |
| เมื่อจำหน่าย | ☐ 13 | ☐ 14 | ☐ 15 |

4. ผลการถ่ายภาพรังสีกะโหลกศีรษะ

- | | |
|---|--|
| ☐ ไม่มี | |
| ☐ มี โปรดระบุ | |
| ☐ ปกติ | |
| ☐ ผิดปกติ โปรดระบุ | ☐ กะโหลกร้าว (Linear skull fracture) |
| | ☐ กะโหลกยุบ (Depress skull fracture) |
| | ☐ อื่นๆ ระบุ..... |
| ☐ ไม่ทราบผล | |

5. ผลภาพคอมพิวเตอร์สมอง (CT brain)

☐ ไม่ได้ทำ

☐ ทำ

ผล ☐ เลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา (Epidural hematoma)

☐ เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา (Subdural hematoma)

☐ สมองกระทบกระเทือน (Brain concussion)

☐ สมองช้ำ (Brain contusion)

☐ กระโหลกร้าว (Linear skull fracture)

☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ ไม่ทราบผล

6. การวินิจฉัย (Diagnosis)

☐ บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (Mild traumatic brain injury)

☐ บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยร่วมกับ..... (Mild traumatic brain injury with.....)

☐ เลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา (Epidural hematoma)

☐ เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา (Subdural hematoma)

☐ สมองช้ำ (Brain concussion)

☐ กระโหลกร้าว (Skull fracture)

☐ อื่นๆ ระบุ.....

7. การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

☐ ไม่ได้เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

☐ ได้เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

ระยะเวลาการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล.....วัน

8. วันที่แพทย์นัดตรวจที่หน่วยตรวจประสาทศัลยศาสตร์.....

9. จำนวนวันหลังจำหน่าย-วันมาตรวจตามนัด.....

ลำดับที่.....

วัน/เดือน/ปี.....

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับอาการปวดศีรษะและวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะ ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

คำชี้แจง ในแต่ละข้อคำถาม ให้ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบคำถามที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุด โดยใช้เครื่องหมาย X ลงบนคำตอบที่กลุ่มตัวอย่างตอบ

1. ในอดีตที่ผ่านมา ท่านเคยมีประสบการณ์ของอาการปวดในลักษณะต่างๆ มาบ้างแล้ว เช่น ปวดฟัน หรือ อาการปวดเคล็ด ชัด ยอก ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการปวดศีรษะหรือไม่ ถ้ามี อาการปวดศีรษะของท่านมีลักษณะเป็นอย่างไร

☐ ไม่มี

☐ มี ลักษณะของอาการปวด

☐ ปวดตื้อเป็นจังหวะ

☐ ปวดบีบ

☐ ปวดเหมือนถูกแทง

☐ ปวดลักษณะอื่น ระบุ.....

2. กรุณาระบุตำแหน่งที่ท่านรู้สึกปวดศีรษะ (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)

☐ ด้านข้างศีรษะ

☐ ขวา

☐ ซ้าย

☐ ทั้ง 2 ข้าง

☐ กลางศีรษะ

☐ หน้าผาก-ด้านหลัง

☐ ขวา

☐ ซ้าย

☐ ทั้ง 2 ข้าง

☐ ด้านหลัง

☐ ขวา

☐ ซ้าย

☐ ทั้ง 2 ข้าง

☐ ทั้งศีรษะ

3. ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา อาการปวดศีรษะที่ท่านรู้สึกว่ารุนแรงมากที่สุดในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการปวด

ปวดมากที่สุด

4. ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาอาการปวดศีรษะที่ท่านรู้สึกว่ารุนแรงน้อยที่สุดในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการปวด

ปวดมากที่สุด

5. ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา อาการปวดศีรษะโดยเฉลี่ยของท่านอยู่ในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ไม่มีอาการปวด ปวดมากที่สุด

6. อาการปวดศีรษะที่ท่านรู้สึกอยู่ในขณะนี้อยู่ในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ไม่มีอาการปวด ปวดมากที่สุด

7. เวลาที่ท่านเริ่มมีอาการปวดศีรษะ (onset)

- | | |
|---|---|
| ☐ เช้าหลังตื่นนอน (6.00-8.00 น.) | ☐ ช่วงเช้า (8.00-12.00 น.) |
| ☐ เที่ยง (12.00-13.00 น.) | ☐ บ่าย (13.00-15.00 น.) |
| ☐ เย็น (15.00-18.00 น.) | ☐ ค่ำ (18.00-21.00 น.) |
| ☐ ก่อนนอน (21.00 น. เป็นต้นไป) | ☐ หลังจากหลับแล้ว |

8. ความถี่ของการเกิดอาการปวดศีรษะ โดยเฉลี่ย

- | | |
|---|--|
| ☐ มากกว่า 10 ครั้ง/วัน | ☐ 6-9 ครั้ง/วัน |
| ☐ 3-5 ครั้ง/วัน | ☐ 1-2 ครั้ง/วัน |
| ☐ ไม่มีอาการ | |

9. สาเหตุที่ทำให้ท่านเกิดอาการปวดศีรษะ

- | | |
|--|--|
| ☐ ใช้ความคิด | ☐ ออกกำลังกาย/ทำงาน |
| ☐ ดนตรี | ☐ อื่นๆ ระบุ..... |
| ☐ ไม่ทราบสาเหตุ | |

10. วิธีการจัดการกับอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นหลังจากการได้รับบาดเจ็บศีรษะ

ก. ท่านมีวิธีปฏิบัติเพื่อจัดการอาการกับอาการปวดศีรษะอย่างไร

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ รับประทานยาแก้ปวด | ☐ นอนพัก | ☐ นอนหลับ |
| ☐ ฟังเพลง | ☐ นวดบริเวณศีรษะ | ☐ อื่นๆ ระบุ..... |

ข. บุคคลที่ให้การช่วยเหลือท่านในการปฏิบัติคือใคร

- | | | |
|---------------------------------|--|-----------------------------------|
| ☐ พ่อแม่ | ☐ สามเณร/ภรรยา | ☐ พี่/น้อง |
| ☐ เพื่อน | ☐ อื่นๆ ระบุ..... | |

ค. เหตุใดท่านจึงใช้วิธีการปฏิบัติดังกล่าว

.....

ง. ความถี่ที่ท่านใช้ในการปฏิบัติกิจต่อสัปดาห์

☐ มากกว่า 10

☐ 6-9 ครั้ง

☐ 3-5 ครั้ง

☐ 1-2 ครั้ง

☐ อื่นๆ ระบุ.....

จ. ระยะเวลาที่ท่านใช้วิธีการปฏิบัติในแต่ละครั้งโดยเฉลี่ยเท่าใด

☐ มากกว่า 60 นาที

☐ 30-60 นาที

☐ 10-15 นาที

☐ 15-30 นาที

☐ อื่นๆ ระบุ.....

ฉ. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา วิธีการที่ท่านใช้จัดการอาการปวดศีรษะ ช่วยทำให้ท่านรู้สึกบรรเทาอาการปวดศีรษะได้มากน้อยเพียงใด

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

ไม่ช่วยบรรเทาอาการเลย

บรรเทาอาการมากที่สุด

11. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา อาการปวดศีรษะนั้น ได้รับการจัดการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านในด้านต่างๆ ต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด

ก. กิจกรรมโดยทั่วไป

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย

มีผลกระทบอย่างมากที่สุด

ข. อารมณ์

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย

มีผลกระทบอย่างมากที่สุด

ค. ความสามารถในการเดินทาง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย

มีผลกระทบอย่างมากที่สุด

ง. งานที่ทำประจำ (ทั้งงานประจำนอกบ้านและงานในบ้าน)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย

มีผลกระทบอย่างมากที่สุด

จ. สัมพันธภาพกับผู้อื่น / ครอบครัว

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีผลกระทบเลย						มีผลกระทบอย่างมากที่สุด				

ฉ. การพักผ่อน/ การนอนหลับ

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีผลกระทบเลย						มีผลกระทบอย่างมากที่สุด				

ช. ความรู้สึกเป็นสุขในชีวิตของท่าน

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีผลกระทบเลย						มีผลกระทบอย่างมากที่สุด				

ลำดับที่.....

วัน/เดือน/ปี.....

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

(WHOQOL - BREF - THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือ รู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือ รู้สึกแย่

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือ รู้สึกแยระดับกลาง ๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือ รู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บป่วยตามร่างกาย เช่น ปวดหัวปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักน้อยเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากนักน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากนักน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค่นั้น					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากนักน้อยเพียงใด					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยเหลือตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ภาคผนวก ง

การได้รับอนุญาต



version, 1.71

- ตรวจสอบจดหมายใหม่
- เขียนจดหมายใหม่
- สมุดบันทึกที่อยู่
- ดูจดหมายทั้งหมด
- Inbox
- ตัวเลือกทั้งหมด
- ค้นหา?
- Change password
- ออกจากระบบ

Inbox (6 new)

อย่าใส่ PASSWORD ให้ผิด !!

Check Quota

ย้าย | คัดลอก | เลือกดูจดหมาย

กลับสู่ดูจดหมาย
Inbox <>

Inbox : จดหมายฉบับที่ 5 จากจำนวน 27 ฉบับ

ลบจดหมาย | ดอนจดหมาย | ดอนจดหมายทั้งหมด | ส่งจดหมายต่อ | จัดเก็บจดหมาย

วันที่ : Wed, 11 Feb 2009 13:02:26 -0800

จาก : "O'Neill, Elfrieda" <elfrieda.oneill@nursing.ucsf.edu> [a]

ถึง : g5036806@student.mahidol.ac.th [a]

หัวข้อ : From Marilyn Dodd - re: symptom management model

เอกสารที่แนบมาด้วย :  Model Color White Background.doc (62.95 KB) 

 Model B&W.doc (59.53 KB) 

Dear K. Romrudee,

We are very pleased to give you permission to use the symptom management model in your thesis. I have attached two versions of the diagram of the model, and feel free to use them or adapt them to your purpose, if you wish.

If you ever decide to publish your thesis in a journal, then you would need additional permission to publish, and that would come from the Journal of Advanced Nursing - see the following (but for the purposes of your thesis, you don't need to ask them):

journalsrights@oxon.blackwellpublishing.com

The citation is:

Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, Lee K, Miasowski C, Puntillo K, Rankin S, Taylor D. (2001). Advancing the Science of Symptom Management. Journal of Advanced Nursing,33(5), 668-676.

Please let us know if we can be of further help.

Thank you for your interest in our work, and we wish you the best of luck with your thesis!

Yours sincerely,
Elfrieda O'Neill
For Marilyn Dodd

-----Original Message-----
From: g5036806@student.mahidol.ac.th
[mailto:g5036806@student.mahidol.ac.th]
Sent: Tuesday, February 10, 2009 7:38 AM
To: Dodd, Marilyn
Cc: sirkd@staff1.mahidol.ac.th
Subject: Ask for permission in symptom management model

Dear, Dr. M. Dodd

My name is K. Romrudee.

I'm a graduate student from Mahidol University in Thailand.

I'm studying in Master Degree about Advanced Nursing Practice.

I'm interested in symptom and symptom management after traumatic brain injury in patient mild traumatic brain injury and now I'm doing my thesis used conceptual framework on symptom management model. I would like to ask for permission using symptom management model in my thesis.

Thank you for your kind.

K. Romrudee.



version, 1.71

- ตรวจสอบจดหมายใหม่
- เขียนจดหมายใหม่
- สมุดบันทึกที่อยู่
- จัดจดหมายทั้งหมด
- Inbox
- ตัวเลือกทั้งหมด
- คำแนะนำ?
- Change password
- ออกจากระบบ

INBOX (6 new)

อย่าใส่ PASSWORD ในที่นี้ !!

Check Quota

ย้าย | คัดลอก | เลือกจัดจดหมาย

กลับสู่จัดจดหมาย
INBOX < >

INBOX : จดหมายฉบับที่ 1 จากจำนวน 27 ฉบับ

ลบจดหมาย | ดอนจดหมาย | ดอนจดหมายถึงทั้งหมด | ส่งจดหมายต่อ | จัดเก็บจดหมาย

วันที่ : Fri, 15 May 2009 08:44:48 -0500

จาก : "Cleeland,Charles" <cdeeland@mdanderson.org>

ถึง : "g5036806@student.mahidol.ac.th" <g5036806@student.mahidol.ac.th>

หัวข้อ : RE: Ask for your permission to use BPI (short form)

Yes, there is a Thai version. See our website:mdanderson/departments/prg/assessment. You have my permission to use the BPI for your study.

Charles S. Cleeland, PhD
Professor and Chair,
Department of Symptom Research
U.T. M.D. Anderson Cancer Center, Unit 1450
1400 Pressler
Houston, TX 77030

From: g5036806@student.mahidol.ac.th [g5036806@student.mahidol.ac.th]
Sent: Friday, May 15, 2009 5:35 AM
To: Cleeland,Charles
Subject: Ask for your permission to use BPI (short form)

Dear Prof.Charles S. Cleeland

May I introduce myself my name is Romrudee Kiangda. I'm studying in the degree of master of nursing science (adult nursing). I'm interest in patient with mild traumatic brain injury of Thailand. Now I'm doing a thesis in about headache experience and management strategies in patient with mild traumatic brain injury. And I'd like to use Brief Pain Inventory (Short Form), which use for symptom assessment tool. I think the BPI is appropriate using in the headache experienced assessment about pain intensity and interference. So I'm sending you this e-mail to ask for your permission to use BPI (short form) for my thesis. But in this study I have the necessity to adapt the BPI (short form) a little. I'd like to adapt time of the questionnaire from last 24 hours are last 2 week in all items because that time is the first follow up post discharge from hospital and I'd like to know headache experience when mild traumatic brain patient post discharge from hospital. The h! eadache disturb with function them or not and how? In the item 2, I'd replace body figure with check box describe the area of headache (include: frontal area, temporal area, occipital area and middle area) for appropriate in the symptom that happens.

So I'd like to know suggestion and permission from you, I'm glad take in an advice.

Is your questionnaire ever been translated in to Thai Language? I don't know who was? Please tell me.

First of all, thank you for your kind,
Romrudee Kiangda

This mail sent through MU-Webmail: webmail.mahidol.ac.th

ลบจดหมาย | ดอนจดหมาย | ดอนจดหมายถึงทั้งหมด | ส่งจดหมายต่อ | จัดเก็บจดหมาย

กลับสู่จัดจดหมาย
INBOX < >

ย้าย | คัดลอก |

เลือกจัดจดหมาย

User Agreement for WHOQOL Bref and related materials

This agreement is between the World Health Organization ("WHO") and Ms. Romrudee Kiangda. WHO hereby grants User a nonexclusive, royalty free license to use the World Health Organization Quality of Life Questionnaire and/or related materials (hereafter referred to as "WHOQOL Bref") in User's study outlined below. The term of this User Agreement shall be for a period of 1 year, commencing on the date 10 July 2009.

The approved study for this User Agreement is:

Study Title	EXPERIENCES OF HEADACHE, MANAGEMENT STRATEGIES AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY
Principal Investigator	Assist. Prof. Dr. KETSARIN UTRIYAPRASIT.
Sample characteristics	The population of this study consists of patients age equal to or greater than 18 years old with mild traumatic brain injury who have follow-up treatment at Surgery Unit, Outpatient Department, Tertiary Hospital in Thailand.
Sample size	The sampling was determined by using power analysis with a statistically significant level of 0.05 (α), power of test equaled 0.08 and moderate effect size equaled 0.30. From the table of power analysis (Polit & Beck, 2008), a sampling composed of 88 patients with mild traumatic brain injury.
Treatment Intervention	None
Total number of assessments	None
Assessment time points	First follow-up in 7-14 day post discharge from hospital.
WHOQOL Bref version	WHOQOL BREF Thai-version
Other measures	

This User Agreement is based upon the following conditions:

1. User shall not modify, abridge, condense, translate, adapt, recast or transform the WHOQOL Bref in any manner or form, including but not limited to any minor or significant change in wording or organization, or administration procedures, of the WHOQOL Bref. If User thinks that changes are necessary for its work, or if translation is necessary, User must obtain written approval from WHO in advance of making such changes.

2. User shall not reproduce WHOQOL Bref except for the limited purpose of generating sufficient copies for its own uses and shall in no event distribute copies of the WHOQOL Bref to third parties by sale, rental, lease, lending, or any other means. In addition, User agrees that it will not use the WHOQOL Bref for any purpose other than conducting studies as specified above, unless agreed in writing by WHO. In any event, the WHOQOL Bref should not be used for research or clinical purposes without prior written authorization from WHO;

3. User agrees to provide WHO with an annual update regarding activities related to the WHOQOL Bref.

4. User agrees to provide WHO with a complete copy of User's raw data and data code books, including the WHOQOL Bref and any other instruments used in the study. This data set must be forwarded to WHO upon the conclusion of User's work. While User remains the owner of the data collected in User's studies, these data may be used in WHO analyses for further examining the psychometric properties of the WHOQOL Bref. WHO asserts the right to present and publish these results, with due credit to the User as the primary investigator, as part of the overall WHOQOL Bref development strategy.

5. WHO shall be responsible for preparing and publishing the overall WHOQOL Bref results under WHO copyright, including:

- a. the overall strategy, administrative set-up and design of the study including the instruments employed;
- b. common methods used by two or more Users;
- c. the data reported from two or more Users ;
- d. the comparisons made between the data reported from the Users;
- e. the overall findings and conclusions.

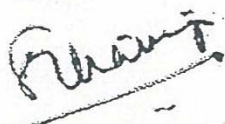
6. User shall be responsible for publications concerning information developed exclusively by User and methods employed only by User. Publications describing results obtained by User will be published in User's name and shall include an acknowledgement of WHO. User agrees to send to WHO a copy of each such paper prior to its submission for publication.

7. WHO may terminate this User Agreement at any time, in any event. Should WHO terminate this User Agreement, User shall immediately cease all use of the WHOQOL Bref and destroy or return all copies of the WHOQOL Bref. In the event of such termination, all other collateral materials shall be destroyed and no copy thereof shall be retained by User. Notwithstanding the return or destruction of the WHOQOL Bref and its collateral materials, User will continue to be bound by the terms of this User Agreement.

8. It is understood that this User Agreement does not create any employer/employee relationship. User and its affiliates are not entitled to describe themselves as staff members of WHO. User shall be solely responsible for the manner in which work on the project is carried out and accordingly shall assume full liability for any damage arising therefrom. No liability shall attach to WHO, its advisers, agents or employees.

Please confirm your agreement with the foregoing by signing and returning one copy of this letter to WHO, whereupon this letter agreement shall become a binding agreement between User and WHO.

WHO:



Dr. Somnath Chatterji
Measurement and Health Information Systems (MHI)
World Health Organization
Avenue Appia
Geneva 27
CH 1211 Switzerland

Date:

USER:



By: Ms. Romrudee Kliangda
Title: Graduate student of nursing science (adult nursing)
Institution: Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand.
Address: 2 Phrannok Road, Bangkok 10700, Thailand.
Date: 10 July 2009

ม.ล.ล.จ.



คณะพยาบาลศาสตร์	
เลขรับ	13139
วันที่	19 ส.ค. 2551
เวลา	

ที่ สร ๐๘๑๐/ ๔๗๕๙

โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต
๑๓๑ ถนนช่างหล่อ ตำบลหายยา
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๑๐๐

๒ ธันวาคม ๒๕๕๑

เรื่อง การขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ สร ๐๕๑๗.๐๕/๖๔๐๕

ลงวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๑

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ขออนุญาตให้นางสาวรมณฤฎี เกลี้ยงดา นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ใช้เครื่องมือวิจัยคือ เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF THAI) พัฒนาโดย นายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล เพื่อนำประกอบการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ประสบการณ์อาการปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคเจ็บปวดศีรษะเล็กน้อย" นั้น

โรงพยาบาลสวนปรุง พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง อนุญาตให้ นางสาวรมณฤฎี เกลี้ยงดา ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

เรียน *นางสาวรมณฤฎี เกลี้ยงดา*
☒ เพื่อโปรดทราบ
☐ เพื่อโปรดอนุมัติ
☐ เพื่อโปรดพิจารณา
☒ เรื่องแจ้ง *หลักฐาน ๖๔.๖*

ขอแสดงความนับถือ

นายปริทรรศ คิตปกิจ

(นายปริทรรศ คิตปกิจ)

นายแพทย์ ๕ วช. รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง

ดำริ้ว 1๐/๖

19 ส.ค. 2551

ฝ่ายบริหารทั่วไป

โทร ๐-๕๓๒๘-๐๒๒๘ ต่อ ๔๕๑

โทรสาร ๐-๕๓๒๗-๑๐๘๔

E-mail suanprung@suanprung.go.th

- ทน

- ส.ก.๑๖๖๖๖๖

๔/ ส.ก.๑๖๖๖๖๖

๑๓ ธ.ค. ๕๑



สำนักงานรองคณบดีฝ่ายวิจัย สำนักงานคณบดี
คึกค่อนนทราช ชั้น 3 โทร. 0 2419 9407, 9409

ที่ ศร 0517.07/ 8025

วันที่ ๒ มิถุนายน 2552

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ ศร 0517.05/869 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2552

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวรณณฤดี เกลียงดา นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เข้าเก็บโดยวิธีการออกแบบสอบถามกับผู้ป่วยโรคเจ็บหทัยะเล็กน้อยที่มารับการตรวจติดตามการรักษาครั้งแรก ที่หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ จำนวน 88 ราย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสพการณ์อาการปวดหทัยะ วิธีการจัดการอาการและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคเจ็บหทัยะเล็กน้อย” ความละเอียดดังแจ้งแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วยินยอมให้ นางสาวรณณฤดี เกลียงดา เก็บข้อมูลได้ตามที่ขอความอนุเคราะห์มา ทั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2552

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อนุพันธ์ ดันติวงศ์)

รองคณบดี ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สำนักงานรองคณบดีฝ่ายวิจัย

โทร. 0 2419 9407-9 โทรสาร 0 2419 3307

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, รองคณบดีฝ่ายวิจัย, หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์, หัวหน้าภาควิชาพยาธิวิทยา

2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700



โทร (662) 4196485-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข Si 248/2009

ชื่อโครงการภาษาไทย : ประสิทธิภาพการปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะ
เล็กน้อย

รหัสโครงการ : 228/2552(EC3)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวมนต์ฤดี เกียรติงดา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบสอบถาม

วันที่รับรอง : 22 พฤษภาคม 2552

วันหมดอายุ : 20 พฤษภาคม 2553

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรอง
โครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS
Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจรีชา เลิศอรรมณณี)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

25 พฤษภาคม 2552
วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ ภูมินานนท์)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

27 พฤษภาคม 2552
วันที่

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล นางสาวรณณฤดี เกลี้ยงดา
วัน เดือน ปีเกิด 7 มีนาคม 2522
สถานที่เกิด นครราชสีมา
ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2541-2545
พยาบาลศาสตรบัณฑิต การพยาบาลและการผดุงครรภ์
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550-2552
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
ทุนการศึกษา ทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช
สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วย อุบัติเหตุ 3 สามัญ
โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่ง: พยาบาลปฏิบัติการ
ที่อยู่ปัจจุบัน 36 ถ.พิมพาราม ซอย 2 ต.ปากช่อง อ.ปากช่อง
จ.นครราชสีมา 30130
E-mail-address: rom-dee@hotmail.com