

การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาสารคาม

จุลินทร ศรีโพนทัน, พย.บ.

งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เพื่อพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 กระบวนการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้โมเดลการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ Rosswurm & Larrabee ส่วนที่ 2 ผลของการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้ใช้โมเดลของการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้ได้แผนที่การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เหมาะสมกับบริบทของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม

ในด้านความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ พบว่า ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ แผนการดูแลมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริงเห็นด้วยมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.88 แผนการดูแลสามารถใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วยเห็นด้วยมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.71 และแผนการดูแลใช้งานง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อนเห็นด้วยมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.65 ข้อที่ผู้ปฏิบัติมีความคิดเห็นในระดับมาก คือ แผนการดูแลมีความสะดวกในการใช้ ความพึงพอใจในการใช้แผน และแผนการดูแลมีผลทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย มีค่าเฉลี่ย ความคิดเห็นเท่ากับ 4.35, 4.35 และ 3.76 ตามลำดับ

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามหลักฐานเชิงประจักษ์, โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเป็นปัญหาสำคัญของหลายๆ ประเทศ ที่เป็นสาเหตุให้ประชาชนเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันสมควร และทำให้สูญเสียงบประมาณไปกับการรักษาพยาบาลเป็นจำนวน^{1,2,3,4,5} จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สาเหตุการตายด้วยโรคที่สำคัญ 10 กลุ่มแรก อุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 และมีอัตราการตายที่สูงขึ้นจาก 35.5 ต่อประชากร 100,000 คน มาตั้งแต่ปี 2541 เป็น 56.9 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2546 สาเหตุการตายที่สำคัญในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุคือการบาดเจ็บที่ศีรษะ โรงพยาบาลมหาสารคามให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ ในปี พ.ศ. 2547, 2548, และ ปี พ.ศ. 2549 จำนวน 4,485, 4,902 และ 4,450 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 53, 50 และ 58 รายตามลำดับ และเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาลทั้งหมด 80 ราย เสียชีวิตที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน 60 ราย เสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมง 21 ราย นับว่าเป็นจำนวนที่สูง สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต คือ การบาดเจ็บที่ศีรษะ^{6,7,8,12,13} จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ (Trauma audit) ในกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 50 ราย ในปี 2545 พบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิตที่ป้องกันได้ (Preventable dead) จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 22 และพบข้อบกพร่องในการดูแลผู้ป่วยที่ติดอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 23 ครั้ง และจากข้อบกพร่องนี้ส่งผลให้การเสียชีวิต (contribute to death) 18 ครั้ง ซึ่งปัญหาสำคัญที่พบคือการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะการซักประวัติและการตรวจร่างกายไม่ละเอียดพอ ทำให้ไม่มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่วนข้อผิดพลาดในการดูแลทางเดินหายใจ คือการช่วยหายใจที่ไม่เหมาะสม ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและบาดเจ็บรุนแรง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนา (Developmental study) โดยมุ่งพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งได้ดำเนินการในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2550 ถึงเดือนตุลาคม 2551 โดยใช้รูปแบบของการเปลี่ยนแปลงที่

นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ (A model for change to Evidence Base Practice)

ผู้เข้าร่วมพัฒนาและกลุ่มเป้าหมาย

การศึกษานี้ ทำการศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งมีจำนวน 20 คน คัดเลือกโดยเป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการที่ได้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แบ่งเป็นทีมพัฒนา 3 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และมีความเข้าใจในกระบวนการพัฒนาคุณภาพและมีความพร้อมในการเป็นทีมนำในการพัฒนา และกลุ่มผู้ใช้แผนการดูแลจำนวน 17 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ด้านข้อมูลทั่วไป และด้านความคิดเห็น
2. แบบประเมินการปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วย เครื่องมือในการดำเนินการศึกษา เป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ ประกอบด้วย
3. แผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาสร้างขึ้น เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
4. แบบบันทึกการการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม

การรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. เสนอโครงการ
2. จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์
3. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแผนการดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะโดยผู้เชี่ยวชาญ
4. ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ศึกษานำร่อง และประเมินผล ปรับแผนการดูแล
5. นำแผนการดูแลเสนอเข้าที่ประชุมผู้ปฏิบัติการพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อทำความเข้าใจในการปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

6. นำแผนการดูแลไปดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นเวลา 1 เดือน ในผู้ป่วย จำนวน 37 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกทางการ

7. ประเมินผลการนำไปใช้โดยใช้แบบสอบถามสำรวจความคิดเห็นและประเมินการปฏิบัติตามแผนการดูแล ความเป็นไปได้ในการใช้แผนการดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปนำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลแบบสำรวจความคิดเห็นการใช้แผนการดูแลของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

วิเคราะห์โดย แจกแจงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายรวมและรายข้อ

แบบประเมินการปฏิบัติพยาบาล ตรวจสอบ โดยการตรวจสอบจากการบันทึกทางการพยาบาล และ นำมาคิดค่าคะแนนความถี่ในลักษณะร้อยละ

ผลการศึกษา

กระบวนการการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาที่ต้องการแก้ไข จากประสบการณ์การปฏิบัติงาน จากข้อมูลความเสี่ยงของหน่วยงาน วิเคราะห์ด้านระบบการบริการ ด้วยวิธี SWOT Technique

ขั้นตอนที่ 2 เชื่อมโยงปัญหาที่ต้องการแก้ไขกับการพยาบาลและระบุข้อชี้วัดของผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ อัตราการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ (Preventable to dead) เท่ากับ 0

ขั้นตอนที่ 3 สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด

ขั้นตอนที่ 4 การออกแบบวางแผนเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติ

กำหนดรายละเอียดที่ต้องการเปลี่ยนแปลงและระบุแหล่งทรัพยากรที่จำเป็น และวางแผนกระบวนการในการนำไปใช้ การกำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากการปฏิบัติ คือ ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการดูแล และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลไม่เกิดการเสียชีวิตโดยเหตุอันไม่สมควร วางแผนเพื่อการศึกษา นำร่อง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ประเมินผล ปรับปรุง และนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 5 การนำไปใช้และประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

นำไปใช้โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็น พยาบาลผู้ให้บริการผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 17 ท่าน เป็นระยะเวลา 1 เดือน ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล จำนวน 37 ราย

ขั้นตอนที่ 6 ผลผสมผสานเข้าสู่การปฏิบัติและการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติ โดยนำเสนอผลการศึกษาและแผนการดูแลให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติเป็นงานประจำในอนาคตต่อไป

ผลการศึกษาของการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ผลการประเมินการปฏิบัติการพยาบาล จากบันทึกทางการพยาบาล

ตารางที่ 1 ผลการประเมินการปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย

กิจกรรมการดูแล	ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติ (ราย)	ปฏิบัติ ราย (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ ราย (ร้อยละ)
ระยะการประเมินเบื้องต้นและการคัดแยกผู้ป่วย			
1. การประเมินระดับความรู้สึกตัวเบื้องต้น (AVPU)	28	28 (100)	-
2. ประเมินชีพจร	28	28 (100)	-
3. ประเมินอัตราการหายใจ	28	28 (100)	-
4. ประเมินคะแนนกลาสโกว์	28	28 (100)	-
5. รายงาน แพทย์เวร ER ตรวจรักษาภายใน 30 นาที	28	28 (100)	-
การประเมินและการช่วยเหลือระยะแรก (Primary survey and resuscitation)			
1. ประเมินทางเดินหายใจ	28	28 (100)	-
2. ตามกระดูสันหลังส่วนคอ	3	3 (100)	-
3. ประเมินการหายใจ/สังเกตภาวะขาดออกซิเจน	28	28 (100)	-
4. ดูแลให้ออกซิเจน	1	1 (100)	-
5. ประเมินความดันโลหิต, ชีพจร	28	28 (100)	-
6. ประเมินการคืนตัวของเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนปลาย, การเสียเลือด	28	28 (100)	-
7. ห้ามเลือด, ยกส่วนเลือดออกให้สูงขึ้น	19	19 (100)	-
8. ให้สารน้ำ/เลือด	3	3 (100)	-
9. ประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	28	20 (71.4)	8 (28.6)
ระยะที่สอง (Secondary survey)			
1. ตรวจร่างกาย	28	28 (100)	-
2. ดูแลควบคุมอุณหภูมิร่างกาย	12	11 (91.66)	1 (8.33)
3. ดูแลให้ยา ลดไข้ เมื่ออุณหภูมิ > 38.7°	-	-	-
4. บรรเทาความปวด	15	12 (80)	3 (20)
5. ประเมินภาวะเสี่ยงต่อบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่สอง	28	28 (100)	-
6. เตรียมและส่งตรวจวินิจฉัย	9	9 (100)	-
ระยะเตรียมจำหน่ายและส่งต่อ (Plan discharge/Refer)			
1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท	28	18 (64.3)	10 (35.7)
2. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติตามหลัก D-METHOD และอธิบายแผนการรักษา	28	26 (92.9)	2 (7.1)
3. คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	12	11 (91.66)	1 (8.33)
4. ตรวจสอบเอกสาร เวชระเบียน	16	16 (100)	-
5. ประสานงาน	16	16 (100)	-
6. นำส่งผู้ป่วย	16	11 (68.75)	5 (31.25)

ตารางที่ 2 ผลของการประเมินการปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลางและรุนแรง

กิจกรรมการดูแล	ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติ (ราย)	ปฏิบัติ ราย (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ ราย (ร้อยละ)
การประเมินเบื้องต้นและการคัดแยกผู้ป่วย			
1. การประเมินระดับความรู้สึกตัว (AVPU)	9	9 (100)	-
2. ประเมินชีพจร	9	9 (100)	-
3. ประเมินอัตราการหายใจ	9	9 (100)	-
4. การประเมินค่าคะแนนกลาสโกว่า	9	9 (100)	-
5. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง (GCS = 9-13) รายงานแพทย์เวร ER ตรวจรักษาผู้ป่วยทันที และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง (GCS ≤ 8) รายงานแพทย์เวร ER ตรวจรักษาผู้ป่วยทันที/ consult แพทย์ศัลยกรรมตรวจรักษาผู้ป่วย ภายใน 30 นาที	9	9 (100)	-
การประเมินและการช่วยเหลือระยะแรก (Primary survey and resuscitation)			
1. ประเมินทางเดินหายใจ	9	9 (100)	-
2. เปิดทางเดินหายใจให้โล่งโดยวิธี Jaw thrust	9	9 (100)	-
3. ตามกระดุกสันหลังส่วนคอ	7	6 (85.71)	1 (14.29)
4. ดูดเสมหะ	9	8 (88.9)	1 (11.1)
5. ประเมินการหายใจ /สังเกตภาวะขาดออกซิเจน	9	9 (100)	-
6. ช่วยหายใจ (O2 mask/ET if GCS < 10/ventilator)	9	9 (100)	-
7. จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา	6	3 (50)	3 (50)
การประเมินและการช่วยเหลือระยะแรก (primary survey and resuscitation)			
1. ประเมินความดันโลหิต/ชีพจร	9	9 (100)	-
2. ประเมินประเมินการคืนตัวของเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนปลาย และการเสียเลือด	9	9 (100)	-
3. ห้ามเลือด/ยกส่วนเลือดออกให้สูงขึ้น	7	7 (100)	-
4. ให้สารน้ำ/เลือด	9	8 (88.9)	1 (11.1)
5. ประเมินและบันทึก คะแนนกลาสโกว่า ปฏิบัติ ของรूम่านตา การตอบสนองของกล้ามเนื้อแขน ขา ทุก 30 นาที	9	8 (88.9)	1 (11.1)
6. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 30-60 นาที	9	9 (100)	-
7. จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา คอตรง	6	3 (50)	3 (50)
8. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา	5	5 (100)	-
ระยะที่สอง (Secondary survey)			
1. ตรวจร่างกาย	9	9 (100)	-
2. ดูแลควบคุมอุณหภูมิร่างกาย	9	7 (77.8)	2 (22.2)
3. ดูแลให้ยา ลดไข้ เมื่ออุณหภูมิ > 38.7°	-	-	-
4. บรรเทาความปวด	1	-	1 (100)
5. ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่สอง	9	9 (100)	-
6. เตรียมและส่งตรวจวินิจฉัย	5	5 (100)	-

ตารางที่ 2 ผลของการประเมินการปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลางและรุนแรง (ต่อ)

กิจกรรมการดูแล	ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติ (ราย)	ปฏิบัติ ราย (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ ราย (ร้อยละ)
ระยะเตรียมจำหน่ายและส่งต่อ (Plan discharge/Refer)			
1. ประเมิน และบันทึกสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท	9	7 (77.8)	2 (22.2)
2. อธิบายแผนการรักษา	7	5 (71.43)	2 (28.57)
3. ตรวจสอบเอกสาร เวชระเบียน	9	9 (100)	-
4. ประสานงาน	9	9 (100)	-
5. นำส่งผู้ป่วย	6	6 (100)	-

การอภิปรายผล

การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยใช้รูปแบบของการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์

การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มาได้รับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาได้ใช้รูปแบบของการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Rosswurm and Larrabee^{11,12,13,23} เนื่องจากโมเดลนี้ให้ความสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของปัญหาทางคลินิกที่เกิดขึ้นจริงและเป็นปัญหาที่เป็นความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยแท้จริง เน้นกระบวนการวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัย เพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล เน้นการนำนวัตกรรมลงสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในองค์กร เพื่อแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน จึงได้ใช้รูปแบบการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์^{10,11,16} ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาจึงสามารถพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่องได้บาดเจ็บที่ศีรษะ เนื่องจากศึกษาได้

ผลของการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามหลักฐานเชิงประจักษ์

รูปแบบของแผนการดูแล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 การประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเบื้องต้น และการประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนที่ 2 การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขณะรับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินผลการศึกษาพบว่า

1) การประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเบื้องต้น และการประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่ามีการปฏิบัติทุกราย ร้อยละ 100 อธิบายได้ว่าการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทำให้เกิดผลดี คือ ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการและความรุนแรงเพื่อให้สามารถให้การดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็วตามระดับความรุนแรงและอาการของการบาดเจ็บ ทำให้ได้รับความปลอดภัย

2) การดูแลในแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขณะรับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินควรแบ่งขั้นตอนการช่วยเหลือเป็นระยะ 3 ระยะ โดยมีการประเมินและให้การพยาบาลไปตามอาการของผู้ป่วย คือ 1) การประเมินและการช่วยเหลือในระยะแรก 2) การประเมินดูแลในระยะที่สอง 3) การดูแลในระยะเตรียมจำหน่ายและส่งต่อ

โดยสรุปจากความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นแผนการดูแลที่ใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน สะดวกในการปฏิบัติ สามารถใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย ผู้ใช้มีความพึงพอใจและมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง

เอกสารอ้างอิง

1. กรองไผ่ อุณหภูมิต. การประเมินเบื้องต้นเพื่อการจัดการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ. **วารสารพยาบาลศัลยกรรมอุบัติเหตุ**, 2549. 8(1), 35-40.
2. จตุพรพร หงสประภาส และ จรัส สุวรรณเวลา. **บาดเจ็บที่ศีรษะ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2524.
3. จเร ผลประเสริฐ. **การบาดเจ็บที่ศีรษะ**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เยียร์นิกซ์พัลลปเซอร์, 2528.
4. จาตุรงค์ เทพาหุดี, และ นครชัย เมื่อนปฐม. บาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ : ยุคปัจจุบัน. **สงขลานครินทร์เวชสาร**, 2542. (17), 109-115.
5. บุญชม ศรีสะอาด. **การวิจัยเบื้องต้น**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2545.
6. บุญเลิศ ดันลัทธิแพทย์. ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**, 2541. 7(1), 13-19.
7. ปรีชา ศิริทองถาวร, สืบวงศ์ จุฑาภิสิทธิ์ และ อนันต์ ตันมุขกุล. **ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ**. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์อุบัติเหตุแห่งประเทศไทย, 2545.
8. พนอ เตชะอริก. **คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุฉุกเฉิน**. ขอนแก่น : โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544.
9. พิกุล นันทชัยพันธ์. **การปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การปรับปรุงคุณภาพด้วยการปฏิบัติตามหลักฐานอ้างอิง; 15-17 ธันวาคม 2547; เชียงใหม่ 2547.
10. ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. **การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ : หลักการและวิธีปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน, 2549.
11. วิชาญ ฆมาดล. **ความรู้พื้นฐานบาดเจ็บที่ศีรษะ**. ขอนแก่น : ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2536.
12. วีระพันธ์ สุพรรณไขมาตย์ และ วิทยา ชชาติบัญชาชัย. การพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**, 2549. 17(3), 352-362.
13. วีระศักดิ์ ศรีชวนชื่นสกุล และคณะ. **การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บในโรงพยาบาลมหาสารคาม**. (รายงานการวิจัย). มหาสารคาม : โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2545.
14. สงวนสิน รัตนเลิศ. การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งพูดได้ก่อน Coma. **สงขลานครินทร์เวชสาร**, 2542. 17(2), 147-151.
15. สุดาวดี หอมจุ. **การสร้างมาตรฐานการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543.
16. อรพรรณ โตสิงห์. Evidence-Based Practice. ในอุไรวรรณ แต่รุ่งเรือง, บรรณาธิการ. **การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด, 2547.
17. Harris, A., Williams, D., Jain, N., Lockett, A. Management of minor head injuries. according to NICE guidelines and changes in the number of patients requiring. computerized tomography imaging in a district general hospital : a retrospective study, 2006.
18. Hickman, C., Harvey, J. An evaluation of the effect that implementation of the NICE rules may have on a diagnostic imaging department for the early management of the head injuries. **Radiography**, 2006. 13(4), 4-12.
19. Ingebrigtsen, T., Romner, B., Kock-jenson, C. Scandinavian Guidelines for Initial Management of Minimal, Mild, Moderate Head Injuries. **The Journal of Trauma : Injury, Infection, and Critical care**, 2000. 48(4), 760-766.



20. Mock, C., Lormand, J.D., Goosen, J., Joshipura, M., Peden, M. **Guidelines for essential trauma care.** Geeva, Woral Health Organization. Retrieved October, 1, 2007,
from http://www.bamras.org/images/pdf/all_map/accident.pdf
21. Ratanaleart, S. The impacts and outcomes of implementing head injury guidelines : clinical experience in Thailand. Retrieved November 15, 2007,
from <http://vpn.kku.ac.th/cgi/reprint/24/1/>, Danainfo:emj. Bmj.com
22. Rosswurm, M. A., Larrabee, J. H. A Model for Change to Evidence-Based Practice. **Image : Journal of Nursing Scholarship**, 1999. 13(4), 317-322.
23. Savola, O. & Hillbom, M. Early predictors of post-concussion symptoms in patients with mild head injury. **EFNS European Journal of Neurology**, 2003 : 10; 175-181.

