

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล*

อรอนงค์ โกเมศ, RN.**

สุดศิริ หิรัญชุนทะ, DNS***

หทัยรัตน์ แสงจันทร์, Ph.D (Nursing)***

บทคัดย่อ: การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง และ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมงและผู้ดูแลกลุ่มละ 90 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ และแบบสอบถามการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ การหาความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำ ได้ค่าความคงที่ของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย เท่ากับ 0.80, 0.93 และ 1.00 ตามลำดับ และของผู้ดูแล เท่ากับ 0.85, 0.94 และ 1.00 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแลมีการรับรู้การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=5.82$, $SD=1.03$ และ $\bar{X}=6.02$, $SD=1.30$ ตามลำดับ) 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ($r=.26$, $p<.05$) แต่การรับรู้ความรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง สำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ($r=.18$, $p<.05$ และ $r=.20$, $p<.05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการจำหน่ายผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

วารสารสภาการพยาบาล 2553; 25(2) 54-63

คำสำคัญ: การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ผู้ดูแล

*วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2552

**พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทนำ

การบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (mild traumatic brain injury) เป็นการบาดเจ็บที่มีอาการไม่รุนแรง และมีปัญหาไม่ซับซ้อน อย่างไรก็ตามพบว่า ประมาณ ร้อยละ 0.8-3.3 ของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเกิดขึ้นภายหลัง¹ จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่ได้รับการสังเกตอาการในโรงพยาบาลประเทศสวีเดน จำนวน 24,000 คน พบว่า ร้อยละ 0.1 เสียชีวิต ร้อยละ 0.8 ต้องเข้ารับการผ่าตัดสมอง และร้อยละ 8 ตรวจพบพยาธิสภาพที่สมอง² นอกจากนี้มีการศึกษาภาวะแทรกซ้อนภายหลังการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ภายใน 3 สัปดาห์หลังการบาดเจ็บและได้รับการดูแลรักษาด้วยการสังเกตอาการที่บ้านเพียงอย่างเดียว พบว่า ร้อยละ 5.51 เสียชีวิต ร้อยละ 13.39 เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ร้อยละ 66 เกิดภาวะแทรกซ้อนภายในสัปดาห์ที่ 1 หลังการบาดเจ็บ ร้อยละ 21 เกิดภายในสัปดาห์ที่ 2 และร้อยละ 13 เกิดภายในสัปดาห์ที่ 3 สำหรับสาเหตุที่ทำให้ผู้บาดเจ็บต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาล คือ ร้อยละ 80.37 มีภาวะเลือดออกในสมอง และร้อยละ 19.63 สมองชอกช้ำ³ ดังนั้นผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยจำเป็นต้องมีการติดตามเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองอย่างต่อเนื่องภายหลังการบาดเจ็บ

การบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเป็นการบาดเจ็บจากการได้รับการกระทบกระเทือนหรือการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยผู้บาดเจ็บไม่รู้สึกรู้สีกตัวภายหลังการบาดเจ็บนานน้อยกว่า 20 นาที หรือจำเหตุการณ์ขณะเกิดเหตุไม่ได้^{2,4} อย่างไรก็ตามยังสรุปได้ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย เมื่อประเมินระดับความรู้สึก (Glasgow Coma Score: GCS) ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ คะแนน GCS ระดับ 13-15⁵⁻⁶ คะแนน GCS ระดับ 14-15^{4,7-8}

และคะแนน GCS 15² มีการศึกษาความแตกต่างของความผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีคะแนน GCS 13 14 และ 15 ดังเช่นการศึกษาของ จายเจอส์เตน และบริทตัน² พบว่า ผู้บาดเจ็บศีรษะที่มีคะแนน GCS 15 14 และ 13 ตรวจพบความผิดปกติ ร้อยละ 10 17 และ 32 ตามลำดับการศึกษาของ แอนแดรต์ และคณะ⁹ พบว่า ผู้บาดเจ็บศีรษะที่มีคะแนน GCS 15 ตรวจพบความผิดปกติ ร้อยละ 69.7 GCS 14 ตรวจพบความผิดปกติ ร้อยละ 67.3 และ GCS 13 ตรวจพบความผิดปกติ ร้อยละ 80.4

การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นมากที่สุดในการดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ตั้งแต่ระยะอยู่โรงพยาบาลจนเมื่อกลับบ้าน ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองโดยการประเมินระดับความรู้สึกตัว และตรวจสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง รวมถึงการสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกในสมอง ถ้าผู้บาดเจ็บรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ตรวจไม่พบความผิดปกติทางระบบประสาทในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ผู้บาดเจ็บกลุ่มนี้จะสามารถออกจากโรงพยาบาลได้โดยจะต้องมีการเฝ้าระวังต่อที่บ้าน ซึ่งผู้บาดเจ็บและผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองที่บ้าน โดยการสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกในสมอง การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บศีรษะซ้ำ รวมถึงวิธีการจัดการเมื่อพบความผิดปกติ¹⁰

การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองที่บ้านเป็นบทบาทของผู้บาดเจ็บและผู้ดูแลต้องปฏิบัติร่วมกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยอาจมีการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึ่งเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยส่วนใหญ่ไม่สามารถจดจำคำแนะนำในการ

ปฏิบัติตัวที่บ้านได้ทั้งหมด เนื่องจากมีความจำลดลง
สมาธิสั้น รวมถึงมีอาการมึนงง¹¹ ผู้ดูแลจึงมีบทบาท
สำคัญในการเฝ้าระวัง เพราะภาวะเลือดออกในสมอง
ซึ่งเป็นการบาดเจ็บที่ซ่อนเร้นอาจทำให้เกิดอันตราย
ต่อชีวิตของผู้บาดเจ็บ การค้นพบความผิดปกติตั้งแต่
ระยะแรกและนำผู้บาดเจ็บมาพบแพทย์อย่างรวดเร็ว
จะช่วยทำให้ได้รับการรักษาที่ทันเวลาที่ก่อนจะเข้าสู่
ภาวะวิกฤต ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและความ
พิการได้⁵

อย่างไรก็ตามการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง
เป็นพฤติกรรมสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของ
แต่ละบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ
เลือดออกในสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของการ
บาดเจ็บศีรษะ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการเฝ้าระวัง
ภาวะเลือดออกในสมอง โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงและ
การรับรู้ความรุนแรงส่งผลให้บุคคลตัดสินใจปฏิบัติ
ตามคำแนะนำในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคหรือ
ภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย ซึ่งการที่บุคคลจะมี
พฤติกรรมสุขภาพที่หลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือ
ภาวะแทรกซ้อน บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่ามีโอกาสเสี่ยง
ต่อการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยนั้นมีความรุนแรงและ
มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้น
จะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือ
ลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย¹² มีการศึกษาจำนวนมาก
ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง
มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล^{13,14} ดังนั้น หากผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยรับรู้
ว่าการบาดเจ็บศีรษะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเลือดออก
ในสมองได้ และรับรู้ว่าการบาดเจ็บมีผลกระทบรุนแรง
ต่อชีวิต ผู้บาดเจ็บจะมีการตัดสินใจตอบสนองด้วย
การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองอย่างต่อเนื่อง
กระตือรือร้น และสนใจที่จะรับฟังและปฏิบัติตาม

คำแนะนำ จากการศึกษา พบว่า ผู้บาดเจ็บที่รับรู้
อาการที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บไม่มีผลกระทบที่
รุนแรงต่อชีวิตจะมีการปฏิบัติตัวไม่ดี¹⁵ เช่นเดียวกับ
ผู้ดูแล หากมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงเกิดอันตรายและ
รับรู้ถึงความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับผู้บาดเจ็บ มีผลกระทบ
ให้ผู้ดูแลเฝ้าระวังผู้บาดเจ็บตามคำแนะนำเช่นกัน

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการ
ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงในการ
เกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน หรือ โรคกล้ามเนื้อ
หัวใจขาดเลือด เป็นต้น และศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ
เพื่อป้องกันโรคดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง
การรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย
รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของ
ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล ซึ่งเป็นการรับรู้
ต่อผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย
โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ของบุคคล ตามแบบแผน
ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กับ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ของเบคเกอร์¹² เพื่อเป็น
ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจำหน่ายผู้บาดเจ็บศีรษะ
เล็กน้อยให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง
ตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล
2. ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้โอกาสเสี่ยง
และการรับรู้ความรุนแรงกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออก
ในสมองตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย
และผู้ดูแล

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบเชิงบรรยาย
(descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสังเกตอาการไม่เกิน 48 ชั่วโมง และผู้ดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยดังกล่าว

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กล่าวคือ ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีระดับคะแนน GCS เท่ากับหรือมากกว่า 14 และผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเมื่อผู้บาดเจ็บศีรษะอยู่ที่บ้าน มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน จำนวนกลุ่มละ 90 ราย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (power analysis) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบที่ 0.8 และใช้ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจหรือขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 ซึ่งเป็นอิทธิพลของตัวแปรในระดับปานกลาง ใช้ในกรณีที่ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรมาก่อน¹⁶

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย และชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล แต่ละชุดประกอบด้วย

1) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของเบคเกอร์¹² จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ปัจจัยและอาการที่อาจนำมาสู่การเกิดภาวะเลือดออกในสมอง เป็นคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ คือข้อ 1, 2, 4, 5, 6 และคำถามทางลบจำนวน 3 ข้อ คือข้อ 3, 7, 8 คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้น จาก 0-10 แปลผลโดยแบ่งช่วงคะแนน 3 ระดับ คะแนน 0-26.66 การรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ระดับต่ำ

คะแนน 26.67-53.33 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 53.34-80 อยู่ในระดับสูง

2) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงการบาดเจ็บของจุฬาลักษณ์ ลิมลือชา¹⁷ จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามการรับรู้ผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งด้านร่างกาย ครอบคลุม และเศรษฐกิจ เป็นคำถามทางบวก 6 ข้อ คือ ข้อ 1, 4, 5, 6, 8, 10 คำถามทางลบ 4 ข้อ คือ ข้อ 2, 3, 7, 10 คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้น จาก 0-10 และ แปลผลโดยแบ่งช่วงคะแนน 3 ระดับ คะแนน 0-33.33 การรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 33.34-66.66 อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 66.67-100 อยู่ในระดับสูง

3) แบบสอบถามการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ดัดแปลงจากแบบสอบถามความจำเกี่ยวกับคำแนะนำภายหลังการจำหน่ายของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแลของเฮงและคณะ¹¹ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ แบบสอบถามนี้เป็นชุดผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย จำนวน 7 ข้อ และชุดผู้ดูแล จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติและการปฏิบัติตนขณะเฝ้าระวังภาวะเลือดออก ช่วง 48 ชั่วโมงแรกเมื่อกลับบ้าน คำตอบเป็นปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ แปลผลโดยแบ่งช่วงคะแนน 3 ระดับ คะแนน 0-2.33 และ 0-2.66 ตามลำดับ การเฝ้าระวังอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 2.34-4.66 และ 2.67-5.32 ตามลำดับ อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 4.67-7 และ 5.33-8 ตามลำดับ อยู่ในระดับสูง

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนและนำไปทดลองใช้กับผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล ที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธี

**ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง
ตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล**

การทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) มีระยะเวลาห่างกันประมาณ 4 ชั่วโมง ทั้งนี้เนื่องจากอาการเจ็บป่วยของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้และแบบสอบถามการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองมีระยะเวลาห่างกันประมาณ 24 ชั่วโมง ได้ค่าความความคงที่ของทั้งสามแบบสอบถาม ชุดของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย เท่ากับ 0.80, 0.93, 1.00 ตามลำดับ และ ชุดของผู้ดูแล เท่ากับ 0.85, 0.94, 1.00 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ การชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิด้วยวาจาและการเขียน เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมจึงเก็บข้อมูลเป็น แบ่ง 2 ระยะ คือ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง ในวันที่แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายหลังได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่บ้านจากแพทย์และพยาบาล และตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ในวันที่มาพบแพทย์ตามนัดในครั้งแรกภายใน 7-14 วัน กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่มาพบแพทย์ตามนัด ผู้วิจัยใช้วิธีการโทรศัพท์ติดต่อเพื่อสอบถามการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติพื้นฐาน หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน และทดสอบความสัมพันธ์โดยประมวลผลข้อมูลด้วย

โปรแกรมสำเร็จรูป ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ได้ทำการทดสอบลักษณะการกระจายของข้อมูล พบว่าการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงเลือกวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.44) อายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 34.33) อายุเฉลี่ย 30.40 ปี (SD=12.58) สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 54.40) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 50) เป็นผู้ที่ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 33.33) ประกอบอาชีพนักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 25.56) ไม่มีประสบการณ์การบาดเจ็บศีรษะ (ร้อยละ 65.56) ไม่มีประวัติการบาดเจ็บศีรษะของบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 88.89) และไม่มีอาการผิดปกติในวันที่แพทย์นัด (ร้อยละ 87.78)

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.11) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 75.55) อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (ร้อยละ 31.11) อายุเฉลี่ย 40.79 ปี (SD=12.58) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48.89) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 37.78) ประกอบอาชีพกรรมกร (ร้อยละ 23.33) ไม่มีประสบการณ์การบาดเจ็บศีรษะ (ร้อยละ 82.22) ไม่มีประวัติการบาดเจ็บศีรษะของบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 73.33) และมีสัมพันธภาพเป็นบิดา-มารดา (ร้อยละ 43.33)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีการรับรู้การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองในระดับสูง ($\bar{X}=5.82$, $SD=1.03$ และ $\bar{X}=6.02$, $SD=1.30$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนนแบบวัด คะแนนกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล (N = 90)

การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองโดยรวม	ช่วงคะแนน		$\bar{X}$	SD	ระดับ
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย	0-7	4-7	5.82	1.03	สูง
ผู้ดูแล	0-8	3-8	6.02	1.30	สูง

ผลการศึกษายังพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ($r=.26$, $p<.05$) แต่การรับรู้ความรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง

แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ($r=.18$, $p<.05$ และ $r=.20$, $p<.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง กับ การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน	p
กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย	.26*	0.021
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	-.06	0.280
การรับรู้ความรุนแรง		
กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	.18*	0.042
การรับรู้ความรุนแรง	.20*	0.028

* $p < 0.05$

อภิปรายผล

1. การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีการเฝ้าระวังเลือดออกในสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจาก

กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองจากแพทย์และพยาบาล ทั้งที่เป็นการสอนรายบุคคล และได้รับแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะไปทบทวนที่บ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออก

ในสมอง ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยดี จะมีพฤติกรรมสุขภาพดี¹⁸ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีสัมพันธภาพใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกี่ยวข้องเป็นบิดา-มารดา รองลงมาคือ สามเณร-ภรรยา จึงแสดงบทบาทผู้ดูแลในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองด้วยความรักความผูกพันและเต็มใจ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลคอยเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนสังเกตอาการและอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับภาวะเลือดออกในสมอง และงดใช้ยานอนหลับหรือยาระงับประสาท อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นว่าทำให้เกิดอันตรายกับชีวิตของผู้บาดเจ็บศีรษะได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่ปล่อยให้ผู้บาดเจ็บอยู่คนเดียวเพียงร้อยละ 64.44 และกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลปลุกผู้บาดเจ็บทุก 2 ชั่วโมง ในขณะที่ผู้บาดเจ็บหลับเพียงร้อยละ 62.22 ซึ่งการเฝ้าระวังทั้งสองข้อนี้เป็นการเฝ้าระวังที่สำคัญในระยะ 2 วันแรกหลังการบาดเจ็บ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีรายได้รายวัน และมีลักษณะอาชีพที่ต้องออกจากบ้านและส่วนหนึ่งเป็นนักเรียน/นักศึกษา ทำให้ไม่สามารถหยุดงานหรือหยุดเรียนเพื่อดูแลกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลอาจมีความอ่อนล้าจากการดูแลผู้บาดเจ็บในช่วงที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ประกอบกับเชื่อว่าการนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุดซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยอาการดีขึ้น การปลุกบ่อยๆ จะทำให้ผู้บาดเจ็บเกิดอาการอ่อนเพลีย นอกจากนี้การศึกษายังพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยไม่มาพบแพทย์ตามนัดร้อยละ 28.9 ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บ

ศีรษะเล็กน้อยส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติในวันที่แพทย์นัด สอดคล้องการศึกษาของ บาชาเรียน ฮาร์ทแมน และเดลาฮันต้า¹⁹ ที่พบว่า เหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยไม่มาพบแพทย์ตามนัดคือ รู้สึกว่าตนเองอาการดีขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยส่วนใหญ่เป็นนักเรียน วันที่แพทย์นัดเป็นวันที่โรงเรียนเปิดเรียน ประกอบกับช่วงที่เก็บข้อมูลเป็นช่วงระยะเวลาที่มีการสอบ การมาพบแพทย์ตามนัดทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยต้องขาดเรียนหรือขาดสอบ ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีเพียง ร้อยละ 36.67 ที่นำกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมาพบแพทย์ตามนัด อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีรายได้ต่ำ มีอาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไป ซึ่งมีรายได้รายวัน การหยุดงานเพื่อนำผู้บาดเจ็บมาพบแพทย์ จึงทำให้ขาดรายได้

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ส่วนการรับรู้ความรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองสูง จะมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองมาก ในทางกลับกันกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองน้อย จะมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองน้อยด้วย ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลมีการเอาใจใส่ต่อสุขภาพ โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำและให้การร่วมมือในการรักษา เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือภาวะ

แทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และการรับรู้โอกาสเสี่ยงยังเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมกำบังโรค และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย² สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามากมายการศึกษา⁷⁻¹⁰ ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่มารับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยหรือน้อยจะไม่ทำให้มีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองมากขึ้นหรือน้อยลง เนื่องจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานเล็กน้อยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกในสมอง และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การบาดเจ็บศีรษะและไม่มีประวัติการบาดเจ็บศีรษะในครอบครัว รวมทั้งอาการดีขึ้นภายหลังพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล การรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นเพียงการคาดการณ์เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่ยังไม่เกิดขึ้นจริง⁵

สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง แสดงให้เห็นว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีผลต่อการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองได้ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลทุกคนได้รับคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลจึงปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยรับรู้หากไม่เฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง อาจก่อให้เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรง เกิดความพิการหรือเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้บาดเจ็บได้ นอกจากนี้ผลการศึกษา ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่มีการรับรู้การบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและมีอันตรายมากจะมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองมาก ในทางกลับกันถ้ารับรู้ว่าการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเป็นการเจ็บป่วยไม่รุนแรง จะมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออก

ในสมองลดลง ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนไม่สูง และมักมีค่าจ้างรายวันจึงประเมินผลกระทบของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยว่าอาจทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้บาดเจ็บ และทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามาก ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา ซึ่งมีความรักและผูกพัน จึงเกิดความกลัวและไม่อยากให้เกิดอันตรายกับผู้บาดเจ็บ จึงพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากทีมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรอธิบายให้ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองที่อาจเกิดขึ้นในช่วง 2 วันแรกภายหลังการสังเกตอาการที่โรงพยาบาล และแพทย์จำหน่ายให้สังเกตอาการที่บ้าน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติก็ตามเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างพักฟื้นที่บ้าน

2. แม้ว่าจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของการปลุกผู้บาดเจ็บทุก 2 ชั่วโมงในขณะหลับ และไม่ปล่อยให้ผู้บาดเจ็บอยู่คนเดียวในช่วง 2 วันแรกภายหลังการบาดเจ็บก็ตาม พยาบาลยังควรอธิบายให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองทั้งสองข้อนี้ซึ่งเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นผู้ดูแลจะสามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บอย่างทันท่วงที

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเฝ้าระวังของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้บาดเจ็บและผู้ดูแล อาชีพ รายได้ ประสบการณ์การได้รับการบาดเจ็บศีรษะในครอบครัว เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจำหน่ายผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแลต่อไป

**ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง
ตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล**

2. ควรศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่าย เพื่อสร้างความรู้และเข้าใจแก่ผู้บาดเจ็บและผู้ดูแล ผู้บาดเจ็บให้เห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองที่อาจเกิดขึ้นที่บ้านในช่วง 2 วัน แรกภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Livingston DH, Lavery RF, Passannante MR, Skurnick JH, Baker S, Fabian TC, et al. Emergency department discharge of patients with negative cranial computed tomography scan after minimal head injury. *Ann Surg* 2000; 232: 126-32.
2. Geijerstam JL, Britton M. Mild head injury-mortality and complication rate: meta-analysis of finding in a systematic literature review. *Acta Neurochir* 2003; 145: 843-50.
3. Boussard CN, Bellocco R, Geijerstam JL, et al. Delayed intracranial complication after concussion. *J Trauma* 2006; 61: 577-81.
4. Evan RW. Concussion and mild traumatic brain injury. Retrieved November 4, 2007 from <http://www.plinexteen.com/200606285/concussion.htm>; 2006.
5. จเร ผลประเสริฐ. Head Injury. ใน ชาญวิทย์ ตันต์พิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์ (บรรณาธิการ). *ตำราศัลยศาสตร์* (หน้า 801-818). กรุงเทพมหานคร:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
6. ศุภโชค จิตรวานิช. แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. คู่มือประกอบการอบรมเรื่อง The NAT Updated Course 2004 วันที่ 26-28 พฤษภาคม, 2547 (หน้า 74-83). กรุงเทพมหานคร: สมาคมประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย; 2547.
7. Huynh T, Jacobs DG, Dix S, Sing RE, Miles WS, Thomason MH. Utility of neurosurgical consultation for mild traumatic brain injury. *Am Surgeon* 2006; 72: 1162-7.
8. Selladurai B, Reilly P. **Initial management of head injury: a comprehensive guide.** Sydney McGraw Hill; 2007.
9. Addrade AF, Almeda AN, Bor-Seng-Shu E, Lourenco L, Mandel M, Mareno RT. The value of cranial CT in high-risk, mildly head injured patient. *Surg Neurol*. 2006; 65: 10-3.
10. สงวนสิน รัตนเลิศ. บาดเจ็บที่ศีรษะ: การดูแลตามระบบคุณภาพ HA. กรุงเทพมหานคร: โอเอส พรินติ้งเฮาส์; 2546.
11. Heng KW, Tham KY, How KY, Foo JS, Lau YH, Li AY. Recall of discharge advice given to patients with minor head injury presenting to a Singapore emergency department. *Singapore Med J* 2007; 48: 1107-10.
12. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. New Jersey: Chaeles B. Slack; 1974.
13. ปิยนุช เสาวภาคย์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2549.
14. จิตติมา ภูริทัตกุล. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันเลือดผิดปกติ. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
15. Whittaker R, Kemp S, House A. Illness perceptions and outcome in mild head injury: a longitudinal study. *J Neurol Neurosurg Ps* 2007; 78: 644-6.
16. Polit DF, Sherman RE. Statistical power in nursing research. *Nurs Res* 1990; 39: 365-9.
17. จุฬาลักษณ์ ลิมลี้อา. ปัจจัยพื้นฐาน ความรุนแรงของการบาดเจ็บและความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บและพยาบาล. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
18. วัลภา คงกำเนิด. ทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ใน: สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ). *การส่งเสริมสุขภาพ.* นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2543.
19. Bazarian J, Hartman M & DelaHunta E. Minor head injury: predicting follow up after discharge from the emergency department. *J Emerg Med* 2000; 14: 285-94.

Relationships of Perceived Susceptibility and Perceived Severity to Intracranial Hemorrhage Monitoring in Persons with Mild Traumatic Brain Injury and Their Caregivers*

Onanong Komet, RN.**

Sudsiri Hirunchunha, DNS***

Hatharat Sangchan, Ph.D (Nursing)***

Abstract: The objectives of this descriptive research were to study intracranial hemorrhage monitoring and examine relationships of perceiving susceptibility and perceived severity to intracranial hemorrhage monitoring in persons with mild traumatic brain injury (MTBI) and their caregivers. Ninety pairs of mild traumatic brain injury at the tertiary hospital and their caregivers were included in this study. The instruments comprised of Perceived Susceptibility Scale, Perceived Severity Scale and Intracranial Hemorrhage Monitoring Questionnaire. Their content validity was tested by 3 experts, the reliability examined by test-retest method. The stabilities of Perceived Susceptibility Scale, Perceived Severity Scale, and Intracranial Hemorrhage Monitoring Questionnaire of persons with MTBI were 0.80, 0.93 and 1.00 respectively, and those of their caregivers were 0.85, 0.94 and 1.00 respectively. The data were analyzed using descriptive statistic and Spearman rank correlation coefficient.

The results revealed that 1) Persons with MTBI and their caregivers had a high level of intracranial hemorrhage monitoring ($\bar{X}$ =5.82, SD=1.03, and $\bar{X}$ =6.02, SD=1.30 respectively). 2) The perceived susceptibility of persons with MTBI had a significantly positive correlation with intracranial hemorrhage monitoring ($r = .26, p < .05$), whereas the perceived severity was not correlated with the intracranial hemorrhage monitoring. The caregiver' perceived susceptibility and perceived severity had significant positive correlation with their behaviors ($r = .18, p < .05$ and $r = .20, p < .05$, respectively).

This finding could be used to develop an effective discharge planning for persons with mild traumatic brain injury.

Thai Journal of Nursing Council 2010; 25(2) 54-63

Keyword: Perceived susceptibility, Perceived severity, Intracranial hemorrhage monitoring, Mild traumatic brain injury, Caregivers

*Master Thesis of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

**Registered Nurse, Shortstay Observation Ward, Songklanagarind Hospital

***Lecture, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University