

บทความวิจัย

ผลลัพธ์ผู้ป่วยจากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย Patient Outcomes After Application of Clinical Nursing Practice Guideline for Mild Traumatic Brain Injury Patients

ชัชฌาญะ เพราขาว^{1*} สุกัญญา ขุนจำนงค์ภักดิ์²
Chatkhane Pearkao^{1*} Sukanya Khunjamnongpak²

¹รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

¹Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

²นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

²Master Nursing Student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: porpea@kku.ac.th

*Corresponding author: porpea@kku.ac.th

Received 8 August 2019 • Revised 3 August 2021 • Accepted 3 September 2021

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับปัจจัยเสี่ยง อาการหลังการจำหน่ายกลับบ้าน 24 ชั่วโมงแรกและ 7 วัน การกลับมารักษาซ้ำและผลการประเมินระดับปัจจัยเสี่ยงหลังการใช้แนวปฏิบัติที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีแห่งหนึ่ง **วิธีการ:** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 239 ราย โดยใช้แบบบันทึกแนวปฏิบัติในการเก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่และร้อยละ **ผลการศึกษา:** พบว่าส่วนใหญ่เพศชายมากกว่าเพศหญิง จำนวน 159 ราย (66.53%) อายุ 18-30 ปี จำนวน 103 ราย (43.09%) โรคประจำตัวร่วมจำนวน 82 (34.31%) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ ไม่เกิน อาการหลังจำหน่ายกลับบ้าน 24 ชั่วโมง ได้แก่ วิงเวียน จำนวน 188 ราย (78.66%) ปวดศีรษะฟุ้งยาแก้ปวด จำนวน 109 ราย (46.61%) และปวดศีรษะที่ไม่ฟุ้งยาแก้ปวด จำนวน 68 ราย (26.36%) ลดลงตามลำดับระยะ 7 วัน อาการเพิ่มเติม 24 ชั่วโมงแรก ได้แก่ วิงเวียน บ้านหมุน นอนไม่หลับ และตาลาย ร้อยละ 56.49 ร้อยละ 48.59 และร้อยละ 5.02 ตามลำดับ พบพฤติกรรมอย่างไฟ ร้อยละ 0.87 การกลับมารักษาซ้ำ 24 ชั่วโมง พบผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำ จำนวน 13 ราย (5.44%) ปัจจัยเสี่ยงปานกลาง จำนวน 1 ราย (0.42%) หลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลสามารถประเมินแยกระดับปัจจัยเสี่ยงได้ถูกต้อง ร้อยละ 100 **สรุป:** ผลลัพธ์ผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย; แนวปฏิบัติทางการพยาบาล; ผลลัพธ์ผู้ป่วย

Abstract

Objective: The purpose of this descriptive research was to explore the level of risk factors, the symptoms the first 24 hours and 7 day at the Emergency Department in a secondary hospital after discharge, the revisit, and the evaluation of risk factors following the implementation of the guidelines. **Method:** The research sample consisted of 239 patients. Practice Guideline forms were used in data collection. This research was conducted in October - December 2018. The frequency and percentage were used for data analysis. **Results:** There were 159 male patients (66.53%) greater than women, 103 patients aged 18-30 years were 43.09%, 82 patients (34.31%) had underlying illnesses, namely diabetes, high blood pressure, kidney disease, and migraine. After discharge from the hospital; 188 patients (78.66%) had dizziness; 109 patients (46.61%) relied on painkillers, and 68 patients (26.36%) did not rely on painkillers. The symptom duration reduced respectively by 7 days. The additional symptoms were vertigo (56.49%), sleep disorder (48.59%), and blurred vision (5.02%) during the first 24 hours. 2 patients (0.87%) practiced lying by the fire. 13 patients (5.44%) had low-risk factors, whereas 1 patient (0.42%) had medium-risk factors. The nurses can accurately assess the level of risk factors was 100 percent after the implementation of the guidelines. **Conclusion:** It indicates that outcome of this study can be used as baseline data to adequately adapt the care models for patients with particular illnesses within on the context of the hospital in order to improve the efficacy and the quality of nursing care.

Keywords: mild traumatic brain injury patient; clinical nursing practice guideline; patient outcomes

ความสำคัญของปัญหา

อุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและเกิดความพิการในวัยผู้ใหญ่ มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทั่วโลกประมาณ 1.35 ล้านคนต่อปี เฉลี่ย 3,700 คนต่อวัน¹ ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร 32.8 ต่อแสนประชากร เฉลี่ย 60 คนต่อวัน จัดเป็นอันดับ 9 ของโลกแต่เป็นอันดับ 1 ของเอเชีย² อุบัติเหตุจราจรทำให้เกิดความรุนแรงของการกระแทกมีผลต่อการได้รับบาดเจ็บสมองโดยตรง³ โดยสมองเป็นอวัยวะที่บาดเจ็บมากที่สุดพบร้อยละ 29.60 ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยทั้งหมด⁴ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย มีค่าคะแนนความรู้สึกตัว (GCS) 13-15 คะแนน ระยะแรกผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยจะรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการและอาการแสดงของทางระบบประสาท แต่ระยะต่อมาผู้ป่วยอาจมีระดับ GCS ลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของทางระบบประสาทที่บ่งบอกถึงความผิดปกติทางสมองและถึงขั้นเสียชีวิตได้⁵

การศึกษานี้ดำเนินการในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ระดับทุติยภูมิ ขนาด 60 เตียง จากการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 - 30 กันยายน 2560 พบว่าสถิติผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและ

ฉุกเฉินด้วยภาวะบาดเจ็บสมองเล็กน้อยมีจำนวนเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวน 198 ราย เสียชีวิต 2 ราย กลับมารักษาซ้ำ (re-visit) ระยะ 24 ชั่วโมงแรก ด้วยภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง (IICP) จำนวน 2 ราย ปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน 215 ราย เสียชีวิต 1 ราย กลับมารักษาซ้ำระยะ 24 ชั่วโมง ด้วยภาวะ IICP จำนวน 3 ราย และปี พ.ศ. 2560 มีจำนวน 288 ราย เสียชีวิต 2 ราย กลับมารักษาซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง ด้วยภาวะ IICP จำนวน 5 ราย จากบริบทของโรงพยาบาลดังกล่าว พบว่าพยาบาลเป็นบุคคลแรกของการประเมิน ชักประวัติ ตรวจร่างกายเพื่อค้นหาร่องรอยของการบาดเจ็บ⁶ ถ้าการประเมินและการจัดการทางการพยาบาลตามกลุ่มอาการที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้เกิดคุณภาพทางการพยาบาลและผลลัพธ์ที่ดีได้ อุบัติการณ์ที่พบผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยบางรายมากกว่า 50% ของแต่ละปี ที่ไม่ได้รับสังเกตอาการทางระบบประสาทอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ที่ผ่านมายังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย รูปแบบการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้านหลังได้รับบาดเจ็บสมองยังไม่ชัดเจน รวมทั้งการประเมินอาการผู้ป่วยไม่ตรงตามระดับปัจจัยเสี่ยงตามการดูแลของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ทาง

ระบบประสาท⁷

จากปัญหาข้างต้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 18 ธันวาคม 2560 มีองค์ประกอบดังนี้ แบบประเมินอาการผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่ระบุปัจจัยเสี่ยงแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ เสี่ยงต่ำ (Low risk) เสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) และเสี่ยงสูง (Hight risk) โดยพยาบาลคัดกรองเป็นผู้แยกประเภทผู้ป่วยระบุปัจจัยเสี่ยงตามแนวปฏิบัติ มีแนวทางในการปฏิบัติร่วมกัน ดังนี้

- 1) พยาบาลคัดกรองพบผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำ ส่งต่อให้พยาบาลที่ทำการตรวจรักษาคนไข้ประจำเวรทำการตรวจประเมินซ้ำ ให้การรักษา และแนะนำการสังเกตอาการทางระบบประสาทต่อที่บ้าน และอาการที่ต้องมาพบแพทย์ในภาวะฉุกเฉิน
- 2) พยาบาลคัดกรองพบผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงปานกลาง ส่งต่อให้พยาบาลที่ทำการตรวจรักษาคนไข้ตรวจประเมินซ้ำ รายงานแพทย์ และ
- 3) พยาบาลคัดกรองพบผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง ส่งต่อให้พยาบาลที่ทำการตรวจรักษาคนไข้ตรวจประเมินซ้ำ และรายงานแพทย์

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลลัพธ์ผู้ป่วยภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่ได้พัฒนาเพื่อการประเมินปัจจัยเสี่ยง การจัดกิจกรรมการพยาบาลที่มีความเหมาะสมและแม่นยำต่อการประเมินผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถเฝ้าระวังและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการที่รุนแรงกว่าเดิม รวมทั้งการดูแลรักษาทางการพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาและแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพก่อเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การประเมินระดับปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยเป็นอย่างไร
2. อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่จำหน่ายกลับบ้านระยะ 24 ชั่วโมงแรกและ 7 วันเป็นอย่างไร
3. การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่จำหน่ายกลับบ้าน ระยะ 24 ชั่วโมงแรก เป็นอย่างไร
4. ผลการประเมินระดับปัจจัยเสี่ยงหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยต่างจากก่อนใช้อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

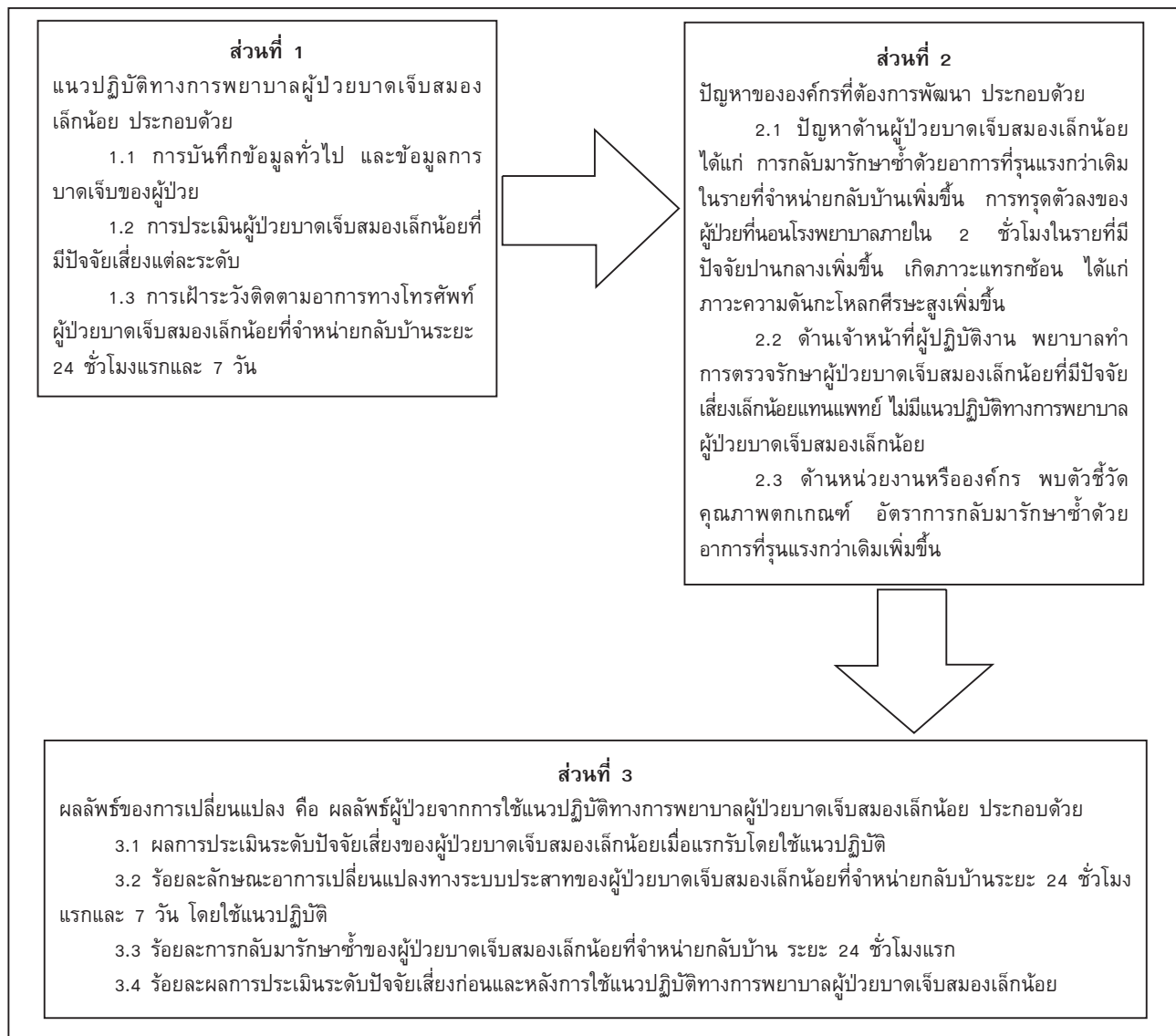
1. เพื่อศึกษาการประเมินระดับปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยเมื่อแรกรับโดยใช้แนวปฏิบัติ
2. เพื่อศึกษาอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่จำหน่ายกลับบ้านระยะ 24 ชั่วโมงแรกและ 7 วันโดยใช้แนวปฏิบัติ
3. เพื่อศึกษาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่จำหน่ายกลับบ้าน ระยะ 24 ชั่วโมงแรก
4. เพื่อเปรียบเทียบผลการประเมินระดับปัจจัยเสี่ยงก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย

รูปแบบการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาลงมือจากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย ผู้วิจัยได้ประยุกต์กระบวนการใช้ผลลัพธ์งานวิจัยตามกรอบของไอโอวา⁸ เริ่มจากตัวกระตุ้นที่พัฒนาจากการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจเป็น Knowledge Focused Trigger ที่มาจากการสร้างนวัตกรรมจากงานวิจัย และ Problem Focused Trigger จากปัญหาทางคลินิกหรือปัญหาในองค์กร เนื่องจากเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงแต่ละระดับที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลทุติยภูมิ ขั้นตอนของการพิจารณาปัญหาที่มาจากจากการปฏิบัติงาน ข้อมูลจากการบริหารความเสี่ยงซึ่งมีความชัดเจนและตรงกับกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยจึงนำกรอบทฤษฎีของไอโอวา⁸ มาประยุกต์ใช้ปรับรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย โดยปรับเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยตามแนวทางของโรงพยาบาล คือ พยาบาลประเมินแยกประเภทอาการผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยของแต่ละระดับ ดังนี้ พยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำ และให้คำแนะนำการดูแลตนเองต่อที่บ้าน ติดตามทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายกลับบ้านระยะ 24 ชั่วโมงแรกและ 7 วัน พยาบาลปรึกษาแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงปานกลาง เพื่อรับไว้สังเกตอาการในโรงพยาบาล และพยาบาลปรึกษาแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงเพื่อรับการส่งต่อวินิจฉัยเอกซเรย์สมองทางคอมพิวเตอร์ต่อไป 2) ปัญหาขององค์กรที่ต้องการพัฒนาและ

3) ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง แสดงตามกรอบแนวคิด ดังภาพ 1



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย ประยุกต์จากกรอบแนวคิดของไอโอวา โมเดล^๑

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยและแบบบันทึกแนวปฏิบัติผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีมีคะแนน GCS 13-15 คะแนน 2) ไม่มีการบาดเจ็บอย่างอื่นรุนแรงร่วมด้วย หรือภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่นที่คุกคามต่อชีวิต เช่น ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้รับการตรวจรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินแล้วจำหน่ายกลับบ้าน 3) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย 4) สามารถอ่าน เขียน พูด และฟังภาษา

ไทยและภาษาท้องถิ่นได้เข้าใจ และ 5) ยินดีให้ความร่วมมือและเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรกรณีประชากรกลุ่มเดียวที่ประมาณค่าสัดส่วน (One sample situations estimate population) ตามวิธีของ Cochrane^{9,10} จำนวน 239 ราย ศึกษาช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2561

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 21 กันยายน 2561 เลขที่ HE612267 การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

โดยการอธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการทำวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นอย่างชัดเจน เปิดโอกาสให้สอบถามจนเข้าใจ และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธได้ทุกขั้นตอนของการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่จะได้รับ รวมทั้งข้อมูลที่ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อของผู้ป่วยในแบบบันทึกข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมในเชิงวิชาการเท่านั้น ไม่มีการระบุรายชื่อและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ถ้าหากผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว แต่ภายหลังต้องการถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัย สามารถทำได้ทุกเมื่อโดยไม่มีข้อยกเว้น

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการบาดเจ็บของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ วันที่เข้ารับการรักษา จำนวนที่เข้ารับการรักษาของการบาดเจ็บครั้งนี้ ประวัติโรคประจำตัว เบอร์โทรศัพท์ ผลการรักษา และผลการวินิจฉัย

แบบบันทึกการประเมินปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยแต่ละระดับ ได้แก่ ระดับปัจจัยเสี่ยงต่ำ ระดับปัจจัยเสี่ยงปานกลาง และระดับปัจจัยเสี่ยงสูง

คุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงของเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นแบบบันทึกการประเมินปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยแต่ละระดับ ผู้วิจัยได้ขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ศัลยกรรม อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พยาบาลหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยของโรงพยาบาล เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ ความถูกต้องของสำเนาและความชัดเจนในภาษา จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือให้มีความเหมาะสมถูกต้องมากยิ่งขึ้น ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (Content validity index) ได้เท่ากับ 0.96 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ได้ค่าความเที่ยงโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .95

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากทางโรงพยาบาลที่ศึกษา โดยขออนุญาตเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย เวชระเบียนผู้ป่วย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากแผนกงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทุกวันและทุกเวร ครอบคลุมทั้งเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่จำหน่ายกลับบ้านเพื่อติดตามอาการและการกลับรักษาซ้ำระยะ 24 ชั่วโมงแรก และติดตามอาการที่ยังคงหลงเหลืออยู่ระยะ 7 วัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้โทรศัพท์สอบถามด้วยตนเอง

3. เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย จนกระทั่งครบ 239 ฉบับ ระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2561 รวมระยะเวลา 3 เดือน โดยแต่ละรายใช้ระยะเวลาในการโทรสอบถามเฉลี่ย 1 นาที/ราย

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics 20 และ Microsoft Excel การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป นำมาวิเคราะห์สถิติด้วยสัดส่วน ความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลการประเมินปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยแต่ละระดับเมื่อแรกรับนำมาวิเคราะห์สถิติด้วยความถี่และร้อยละ

3. วิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังติดตามอาการทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่จำหน่ายกลับบ้านระยะ 24 ชั่วโมงแรกและ 7 วัน นำมาวิเคราะห์สถิติด้วยความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาเสนอเป็นตารางและคำบรรยายแบ่งเป็น 4 ส่วน ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการประเมินระดับปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยเมื่อแรกรับโดยใช้แนวปฏิบัติ แสดง 3 ตาราง ดังนี้

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย (N = 239)

ข้อมูลทั่วไป	เวชระเบียนผู้ป่วย	
	จำนวน (N = 239)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	159	66.53
หญิง	80	33.47
2. อายุ (ปี)		
18-30	103	43.09
31-40	46	19.25
41-50	52	21.76
51-60	38	15.90
3. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาก่อนการบาดเจ็บครั้งนี้		
ครั้งที่ 1	239	100
- แนวทางการรักษา ระบุ จำหน่ายกลับบ้าน	159	66.53
- แนวทางการรักษา ระบุ รับไว้ในโรงพยาบาล	57	23.84
- แนวทางการรักษา ระบุ ส่งต่อ	23	9.63
ครั้งที่ 2	14	5.86
- แนวทางการรักษา ระบุ จำหน่ายกลับบ้าน	10	4.18
- แนวทางการรักษา ระบุ รับไว้ในโรงพยาบาล	1	0.42
- แนวทางการรักษา ระบุ ส่งต่อ	3	1.26
4. โรคประจำตัว		
มี	82	34.31
ไม่มี	157	65.69

หมายเหตุ ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย ช่วงเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2561

จากตาราง 1 ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง จำนวน 159 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.53 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 18-30 ปี จำนวน 103 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.09 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บและเข้ารับการรักษาก่อนครั้งที่ 1 จำนวน 239 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 เป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้าน จำนวน 159 ราย (66.53%) รับไว้ในโรงพยาบาล จำนวน 57 ราย (23.84%) ส่งต่อ จำนวน 23 ราย (9.63%) มีผู้ป่วยบาดเจ็บ

สมองเล็กน้อยที่ได้รับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแล้วกลับมารักษาซ้ำครั้งที่ 2 จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.86 ได้รับการตรวจรักษาและจำหน่ายกลับบ้าน จำนวน 10 ราย (4.18) รับไว้ในโรงพยาบาล จำนวน 1 ราย (0.42) และส่งต่อ จำนวน 3 ราย (1.26) จากแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย พบว่าผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ ครั้งที่ 2 ไม่มีระดับค่าคะแนน GCS ลดลง ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแนวปฏิบัติของแต่ละระดับปัจจัยเสี่ยง

ตาราง 2 แสดงข้อมูลจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีโรคประจำตัวร่วม (N = 82)

ลักษณะโรคร่วม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
โรคเบาหวาน	74	59.04
ความดันโลหิตสูง	66	54.12
โรคไต	39	31.98
โรคหัวใจ	7	5.74
ไมเกรน	16	13.12
ภูมิแพ้	5	4.10

หมายเหตุ ข้อมูลโรคร่วมผู้ป่วย 1 ราย มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

จากตาราง 2 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บส่วนใหญ่มิมีโรคประจำตัว จำนวน 157 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.69 มีโรคประจำตัว จำนวน 82 ราย ส่วนใหญ่

เป็นโรคเบาหวาน รองลงมาเป็นความดันโลหิตสูงและไต ดังแสดงในตาราง 2 ซึ่งผู้ป่วยมีโรคประจำตัว จำนวน 1 คน มากกว่า 1 โรค

ตาราง 3 แสดงข้อมูลจำนวนและร้อยละของการประเมินโดยพยาบาลเพื่อแยกระดับปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย (N = 239)

ระดับปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย	จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา (ราย)	พยาบาลประเมินปัจจัยเสี่ยง (ราย)	ร้อยละการประเมิน	ผลการรักษา (ราย)		
				D/C	Admit	Refer
ปัจจัยเสี่ยงต่ำ	159	159	100	159	0	0
ปัจจัยเสี่ยงปานกลาง	57	57	100	1	56	0
ปัจจัยเสี่ยงสูง	23	23	100	0	2	21

หมายเหตุ ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย ช่วงเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2561

D/C = discharge

จากตาราง 3 ผลการศึกษาพบว่า การตรวจประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย จำนวน 239 ราย แยกระดับปัจจัยเสี่ยงเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำ จำนวน 159 ราย พยาบาลสามารถประเมินได้ จำนวน 159 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ผลการรักษาผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้านทุกราย ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงปานกลาง จำนวน 57 ราย พยาบาลสามารถประเมินได้ จำนวน 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ผลการรักษาผู้ป่วยได้รับการรักษาไว้ใน

โรงพยาบาล จำนวน 56 ราย จำหน่ายกลับบ้าน 1 ราย และผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง จำนวน 23 ราย พยาบาลสามารถประเมินได้ จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ผลการรักษาผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ จำนวน 21 ราย และรับไว้ในโรงพยาบาล จำนวน 2 ราย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเฝ้าระวังติดตามอาการทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่จำหน่ายกลับบ้าน ภายใน 24 ชั่วโมงแรก และ 7 วัน

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลการเฝ้าระวังติดตามอาการทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่จำหน่ายกลับบ้านระยะ 24 ชั่วโมงแรกและ 7 วัน (N = 239)

อาการที่บ้าน	24 ชั่วโมง		7 วัน	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. ปวดศีรษะที่รับประทานยาแก้ปวดแล้วทุเลา	109	45.61	82	34.31
2. ปวดศีรษะที่รับประทานยาแก้ปวดแล้วไม่ทุเลา	68	26.36	53	22.18
3. วิงเวียนศีรษะ	188	78.66	95	39.74
4. คลื่นไส้ไม่อาเจียน	62	25.94	48	20.08
5. คลื่นไส้และอาเจียน	18	7.53	7	2.93
6. ปวดต้นคอ ก้มคอลำบาก	3	1.26	0	0
7. แขน ขา อ่อนแรง (เหนียวอ่อนล้า)	24	10.04	13	5.44
8. มีไข้	2	0.84	0	0
9. กระสับกระส่าย	5	2.09	0	0
10. ซึมลง	2	0.84	0	0

ตาราง 4 (ต่อ)

อาการที่บ้าน	24 ชั่วโมง		7 วัน	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
11. อาการอื่นๆ ที่พบ ได้แก่				
ง่วงเหงาหาวนอนตลอดเวลา	10	4.18	8	3.35
วิงเวียนแบบบ้านหมุน	135	56.49	66	27.61
นอนไม่หลับผิดปกติไปจากเดิม	116	48.59	10	4.18
ตาลาย	12	5.02	5	2.09
12. มีน้ำใสๆ และ/หรือ น้ำปนเลือด ไหลออกจากหู จมูก หรือ				
ลงคอ พุดผิดปกติไปจากเดิม ชัก เกร็ง หรือกระดูก	0	0	0	0
มองเห็นภาพซ้อน ซึมลงกว่าเดิมและหมดสติ หรือปลุกยาก				
ขึ้นกว่าเดิม และการดื่มแอลกอฮอล์				
13. พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ได้แก่ การย่างไฟ	2	0.87	0	0

จากตาราง 4 ผลการศึกษาพบว่า ระยะ 24 ชั่วโมงแรก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยมีอาการวิงเวียนศีรษะ จำนวน 188 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.66 รองลงมามีอาการปวดศีรษะที่รับประทานยาแก้ปวดแล้วทุเลา จำนวน 109 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.61 และพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยมีอาการปวดศีรษะรับประทานยาแก้ปวดแล้วไม่ทุเลา จำนวน 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.36 ระยะหลังการจำหน่ายกลับบ้าน 7 วัน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังคงมีอาการวิงเวียนมากที่สุด จำนวน 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.74 รองลงมามีอาการปวดศีรษะที่รับประทานยาแก้ปวดแล้วทุเลา จำนวน 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.31 และพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยมีอาการปวดศีรษะรับประทานยาแก้ปวดแล้วไม่ทุเลา จำนวน 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.18

อาการเพิ่มเติมที่พบของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยหลังจำหน่ายกลับบ้าน ระยะ 24 ชั่วโมงแรก พบว่า

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการวิงเวียนแบบบ้านหมุน จำนวน 135 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.49 รองลงมาผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับผิดปกติไปจากเดิม จำนวน 116 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.59 และพบว่าผู้ป่วยมีอาการตาลาย จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.02 ต่อมาระยะ 7 วัน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังคงมีอาการวิงเวียนแบบบ้านหมุน จำนวน 66 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.61 รองลงมาผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับผิดปกติไปจากเดิม จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.18 และพบว่าผู้ป่วยมีอาการง่วงเหงาหาวนอนตลอดเวลา จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.35 ทั้งนี้พบพฤติกรรมกร่างไฟ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.87

ส่วนที่ 3 ข้อมูลติดตามการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่จำหน่ายกลับบ้าน ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก

ตาราง 5 แสดงข้อมูลจำนวนและร้อยละการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยแต่ละระดับปัจจัยเสี่ยง (N = 239)

ระดับปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย	จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา (ราย)	การกลับมารักษาซ้ำระยะ 24 ชั่วโมงแรก		ผลการรักษาครั้งที่ 2 (ราย)		
		จำนวน	ร้อยละ	D/C	Admit	Refer
ปัจจัยเสี่ยงต่ำ	159	13	5.44	10	0	3
ปัจจัยเสี่ยงปานกลาง	57	1	0.42	0	0	1
ปัจจัยเสี่ยงสูง	23	0	0	0	0	0

หมายเหตุ ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยและการติดตามอาการระยะ 24 ชั่วโมง ช่วงเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2561

จากตาราง 5 ผลการศึกษาพบว่า หลังการจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำระยะ 24 ชั่วโมงโดยไม่มีนัดหมาย ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยระดับปัจจัยเสี่ยงต่ำ กลับมารักษาซ้ำ จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.44 ผลการรักษาครั้งที่ 2 พบว่าผู้ป่วยได้กลับบ้าน จำนวน 10 ราย และส่งต่อเพื่อเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยระดับปัจจัยเสี่ยง

ปานกลางกลับมารักษาซ้ำระยะ 24 ชั่วโมงแรก จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.42 ผลการรักษาครั้งที่ 2 พบว่าผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเปรียบเทียบผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยก่อนและหลัง

ตาราง 6 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงก่อนใช้แนวปฏิบัติและหลังใช้แนวปฏิบัติ

ประเภทผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย	ข้อมูลเวชระเบียนก่อนใช้แนวปฏิบัติ			ข้อมูลเวชระเบียนหลังใช้แนวปฏิบัติ		
	ช่วงเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2560			ช่วงเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2561		
	จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา (ราย)	การประเมินโดยพยาบาล		จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา (ราย)	การประเมินโดยพยาบาล	
		จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยเสี่ยงต่ำ	72	53	73.57	159	159	100
ปัจจัยเสี่ยงปานกลาง	18	11	61.11	57	57	100
ปัจจัยเสี่ยงสูง	12	9	75	23	23	100

หมายเหตุ ประกาศใช้แนวปฏิบัติ วันที่ 18 ธันวาคม 2560

จากตาราง 6 ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ มีผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำจำนวน 72 ราย พยาบาลสามารถประเมินได้ จำนวน 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.57 มีผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงปานกลาง จำนวน 18 ราย พยาบาลสามารถประเมินได้จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.11 และมีผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง จำนวน 12 ราย พยาบาลสามารถประเมินได้ จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 หลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยเพื่อแยกระดับปัจจัยเสี่ยง พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำ จำนวน 159 ราย พยาบาลสามารถประเมินได้ จำนวน 159 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงปานกลาง จำนวน 57 ราย พยาบาลสามารถประเมินได้ จำนวน 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 และผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงจำนวน 23 ราย พยาบาลสามารถประเมินได้ จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

การอภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการประเมินระดับปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยเมื่อแรกรับ

ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีอายุอยู่ระหว่างช่วง 18-30 ปี สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Ta-ue, et al.¹¹ และ Deethongkham¹² โดยศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีระดับจำนวนเตียงใกล้เคียงกับระดับของโรงพยาบาลที่ศึกษาพบผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงอยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี การเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นการรักษาครั้งแรกร้อยละ 100 กลับมารักษาซ้ำครั้งที่ 2 ร้อยละ 5.86 โดยไม่มีระดับคะแนน GCS ลดลง และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในทิศทางเดียวกันของ Suwanpitak, Vipavakarn and Prakeetavatin.¹³ ที่พบผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย ส่วนใหญ่ไม่กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการที่รุนแรงกว่าเดิม ไม่เสียชีวิต ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 66.53 ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Phunamyoi¹⁴ ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยระยะฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยใช้แนวปฏิบัติกับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยเพื่อแยกระดับปัจจัยของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำ พบมากกว่าระดับปัจจัยเสี่ยงกลางและสูง และมีค่าใกล้เคียงกับสถิติของ New South Wales¹⁵ ที่พบการบาดเจ็บที่สมองเล็กน้อย ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่บาดเจ็บสมองทั้งหมด แต่มีทิศทางตรงกันข้ามจากผลการศึกษาของ

Deethongkham¹² พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยส่วนใหญ่มิ่ประวัติการสลบชั่วคราว และสูญเสียความทรงจำช่วงเกิดอุบัติเหตุ ร้อยละ 85.20 และ 77.30 ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงปานกลาง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่จำหน่ายกลับบ้านระยะ 24 ชั่วโมงแรกและ 7 วัน อาการที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มิ่อาการวิงเวียนศีรษะมากที่สุด ร้อยละ 78.66 ใน 24 ชั่วโมงแรก และลดลงเหลือ ร้อยละ 39.74 ใน 1 สัปดาห์ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Deethongkham¹² ที่พบว่าผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บสมอง 1 สัปดาห์ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียน นอนไม่หลับ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Dayan, et al.¹⁶ และ Erickson¹⁷ ที่อาการปวดศีรษะและวิงเวียนยังคงหลงเหลืออยู่ในระยะ 1 เดือนและยาวนานถึง 6 เดือน จากผลการวิจัยอภิปรายร่วมกับพยาธิสภาพของการเกิดได้ว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยภายหลังสมองได้รับบาดเจ็บการทำหน้าที่สมองจะยังไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยยังคงหลงเหลืออาการ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียน ได้ของการบาดเจ็บระยะแรก โดยผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยจะรู้สึกตัวดี มิ่มีอาการและอาการแสดงของทางระบบประสาท แต่ระยะต่อมาผู้ป่วยอาจมีระดับการรับรู้สติหรือระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง พบร้อยละ 1⁵ จะมีอาการ และอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติทางสมอง ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียน วิงเวียนศีรษะ สับสน ชักเกร็งกระตุก หรือจนกระทั่งหมดสติ¹⁸ สิ่งสำคัญในระยะแรกของการประเมินปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้รวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสม อาการวิงเวียนศีรษะต้องอาศัยยาแก้วงเวียนนอนพักผ่อน ต้องการลดกิจกรรมชีวิตประจำวัน ได้แก่ การทำงาน และการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลติดตามการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่จำหน่ายกลับบ้านระยะ 24 ชั่วโมงแรก พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำ กลับมารักษาซ้ำระยะ 24 ชั่วโมงแรก จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.44 หลังการประเมินแยกระดับปัจจัยเสี่ยงซ้ำครั้งที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน จำนวน 10 ราย กลับมาโรงพยาบาลอีกครั้งเพื่อส่งต่อเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง จำนวน 3 ราย ปัจจัยเสี่ยงที่พบเพื่อส่งต่อ 3 ราย ได้แก่ อาการอาเจียน

3 ครั้ง และปวดศีรษะไม่ทุเลาร่วมกับปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ผลการศึกษาแตกต่างกับของ Phunamyoi¹⁴ หลังใช้แนวปฏิบัติไม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำอธิบายได้ว่าการใช้แนวปฏิบัติของทางโรงพยาบาลด้วยบริบทที่แตกต่างกันทำให้การประเมินปัจจัยเสี่ยงซ้ำขาดหายไป กล่าวคือ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขนาด 60 เตียง การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยถ้าประเมินได้ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำ พยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีบทบาทในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นและจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำ กลับไปสังเกตอาการทางระบบประสาทต่อที่บ้านได้ หรืออาจด้วยกลไกการบาดเจ็บที่พบแรกเริ่ม โดยราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ทางระบบประสาท (The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand)⁶ อธิบายว่า ระยะแรกของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล แรกเริ่มผู้ป่วยจะมีอาการรู้สึกตัวดี ระดับ GCS 15 คะแนน แต่ระยะต่อมาผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทได้ตามกลไกการบาดเจ็บสมองระยะที่สอง ทั้งนี้ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำมีปัจจัยเสี่ยงร่วมที่ไม่ได้แจ้งเจ้าหน้าที่คือ การรับประทานยาฟาริน (Warfarin) อภิปรายกับขบวนการออกฤทธิ์ของยาได้ว่า ยาต้านเกล็ดเลือดจะไปต้านการทำงานของเกล็ดเลือดโดยมีกลไกการออกฤทธิ์ขัดขวางการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือด ทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือด¹⁹ ผู้ป่วยจึงเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองมากขึ้น อาการทางระบบประสาทเปลี่ยนแปลง²⁰ และพบผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงปานกลาง กลับมารักษาซ้ำระยะ 24 ชั่วโมง จำนวน 1 ราย อภิปรายได้ว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย เมื่อพยาบาลประเมินแยกระดับได้แล้วด้วยบริบทของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาด 60 เตียง พยาบาลต้องรายงานแพทย์เพื่อทำการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล หลังการประเมินซ้ำโดยผู้ชำนาญกว่า ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ระยะ 24 ชั่วโมงผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการ ปวดศีรษะไม่ทุเลาหลังรับประทานยาแก้ปวด และมีอาเจียนติดต่อกัน 3 ครั้ง ปัจจัยเสี่ยงที่พบคือ ผู้ป่วยรับประทานยาลดลิ่มเลือด อธิบายร่วมกับ ผลการวิจัยของ Dayan, et al.¹⁶ และ Erickson¹⁷ ที่อาการปวดศีรษะยังคงหลงเหลืออยู่ในระยะ 1 เดือนและยาวนานถึง 6 เดือน จากผลการวิจัยอภิปรายร่วมกับพยาธิสภาพของการเกิดได้ว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยภายหลังสมอง

ได้รับบาดเจ็บการทำหน้าที่สมองจะยังไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยยังคงหลงเหลืออาการ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนได้ของการบาดเจ็บระยะแรก²¹ โดยผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยจะรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการและอาการแสดงของทางระบบประสาท แต่ระยะต่อมาผู้ป่วยอาจมีระดับการรับรู้สติหรือระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง ปัจจัยเสี่ยงสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Steinbuechel, et al.⁵ พบว่า การอาเจียนตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป โดยไม่มีอาการนำมาก่อน อาเจียนระยะห่าง 15 นาที/ครั้ง เป็นข้อบ่งชี้ของการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเปรียบเทียบผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยก่อนและหลังพบว่า พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถประเมินแยกประเภทผู้ป่วยได้ สามารถประเมินได้ ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงแต่ละระดับ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Phunamyoi¹⁴ หลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติพยาบาลสามารถประเมินได้ถูกต้องแต่ละระดับ ร้อยละ 100 แนวทางการรักษาหลังประเมินแยกระดับปัจจัยเสี่ยง พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำ ได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงปานกลาง ได้รับการรักษาไว้ที่โรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการทางระบบประสาท และผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง ได้รับการส่งต่อเพื่อเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ผลการศึกษพบว่าสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยแต่ละระดับปัจจัยเสี่ยง โดย The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand⁶ และสอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง โรงพยาบาลกระบี่¹³ รวมถึงสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Phunamyoi¹⁴ ด้วย

ข้อจำกัดของการศึกษา

ด้วยขอบเขตของการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีช่วงระยะเวลาศึกษาวิจัยค่อนข้างน้อย ผลที่ได้อาจเห็นภาพการประเมินผู้ป่วยในระยะเวลาอันสั้นเท่านั้น จึงอาจไม่ครอบคลุมอาการผู้ป่วยยังคงหลงเหลืออยู่ได้มากกว่า 7 วัน หรือยาวนานถึง 6 เดือนหลังผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บสมอง

สรุป

การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยทำให้เกิดผลลัพธ์ผู้ป่วยในทางบวก ช่วยให้การประเมินระดับปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยเป็นรูปธรรมได้มากขึ้น ผู้ป่วยมีการเฝ้าระวังติดตาม

อาการตนเองหลังจำหน่ายกลับบ้านเพื่อป้องกันอาการทรุดตัวลงก่อนมารับรักษาซ้ำ พยาบาลสามารถใช้แนวปฏิบัติเพื่อแยกประเภทผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยแต่ละระดับได้ถูกต้อง แม่นยำ ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะในการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บสมอง เพื่อให้การประเมินมีประสิทธิภาพ ได้ผลลัพธ์การประเมินที่ถูกต้อง จากผลการวิจัย พบว่า การซักประวัติไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลของการรับยาโรคประจำตัวของผู้ป่วย เช่น รายการผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยมีพฤติกรรมเมาสุรา การซักประวัติจึงควรได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจากญาติเพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูลที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ทักษะของผู้ปฏิบัติจึงมีความจำเป็นต่อการประเมินผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการเสริมความรู้และทักษะในองค์กรพยาบาลทุกระดับและทุกหน่วยงาน เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการประเมินผู้ป่วย การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การตอบคำถามผู้ป่วยและญาติได้ถูกต้องและเหมาะสม

2. จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีอาการวิงเวียนศีรษะเป็นส่วนใหญ่ บางรายขอใบรับรองแพทย์เพื่อรับการหยุดพักผ่อนอย่างน้อย 1-2 วัน

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติโดยหาความสัมพันธ์ของการประเมินผู้ป่วยต่อผลการรักษาทางการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความถูกต้องและแม่นยำอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน

4. ควรศึกษาติดตามอาการในช่วง 1-6 เดือนหลังสมองได้รับกระทบกระเทือน ระยะเวลาอาจขึ้นกับความแตกต่างบริบทและประชากรในพื้นที่ เช่น การศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ระยะ 2 เดือนหลังสมองได้รับบาดเจ็บพบผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดศีรษะ และพบอาการวิงเวียนมากที่สุดอาการยาวนานถึงระยะ 6 เดือน จึงควรมีการติดตามงานวิจัยโดยเพิ่มระยะเวลาศึกษานานขึ้น เพื่อให้ทราบปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยอย่างครอบคลุม

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้วิจัยดำเนินการเขียนบทความวิจัยด้วยตนเอง ตั้งแต่การเขียนโครงร่างการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย บทความวิจัยนี้ได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของทุกขั้นตอนจากอาจารย์ที่ปรึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น และผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Ghebreyesus TA, Bloomberg MR. Global status report on road safety 2018. 9 th ed. Geneva: World Health Organization. 2018.
- Thailand road traffic injury road safety 2017 [Internet]. Bangkok; 2018 [cited 2018 Dec 2]. Available from: www.thaincd.com/document/file/info/injured/thailand-of-road-safety.pdf.
- Siripa S, Damnakkeaw K, Kamwongsa O. Injury outbreak and death from accident road traffic in Thailand. Nonthaburi: Bureau of epidemiology, Department of disease control, Thailand; 2009. Thai.
- Rangpeung O, Tachakamonsuk P, Sangjantip A. Severe injuries related to motorcycle accident in Thailand 2012. Bangkok: Bureau of epidemiology, Thailand; 2013. Thai.
- Steinbuechel NV, Wilson L, Gibbons H, et al. QOLIBRI overall scale. A brief index of health-related quality of life after traumatic brain injury. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2012; 83(11):1041-7. doi: 10.1136/jnnp-2012-302361.
- The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand. Management of closed head injury. Bangkok: Thana press; 2013. Thai.
- The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand. Clinical practice guidelines for traumatic brain injury. Bangkok. 2013. Thai.
- Titler MG, Kleiber FC, Steelman VJ, et al. The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. Crit Care Nurs Clin North Am. 2001; 13(4): 497-509. doi: [https://doi.org/10.1016/S0899-5885\(18\)30017-0](https://doi.org/10.1016/S0899-5885(18)30017-0)
- Cochran WG. Sampling techniques. The United States of America; 1997.
- World Health Organization. Sample size determination in health studies; 1991.
- Ta-ue I, Utriyaprasit K, Chayaput P, et al. The relationships between post-concussion syndrome and functional status in patients with mild traumatic brain injury. JTNMC. 2010; 25(2) 39-53. Thai.
- Deethongkham D. Relationship between post-concussion syndrome and functional performance in patients with mild traumatic brain injury. [master's thesis]. [Chonburi]: Burapha University; 2015. 113 p. Thai.
- Suwanpitak W, Vipawakarn S, Prakeetavin B. Development of clinical nursing practice guideline for patients with mild traumatic brain injury in Krabi Hospital. SCNJ. 2017; 4(2): 140-56. Thai.
- Phunamyoi P. Development of the clinical nursing practice guideline for initial assessment of patients with mild traumatic brain injury emergency phase. [master's thesis]. [Khon Kaen]: Khon Kaen University; 2015. 129 p. Thai.
- NSW. Institute of trauma and injury management. Adult trauma clinical practice guidelines initial management of closed head injury in adults. Chatswood; 2015.
- Dayan PS, Holmes JF, Hoyle JJ, et al. Headache in traumatic brain injuries from blunt head trauma. Observational study. 2015; 135(3): 504-12. doi: 10.1542/peds.2014-2695.
- Erickson JC. Treatment outcomes of chronic post traumatic headaches after mild head trauma in US soldiers: An observational study; 2011.
- Hickey JV. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing. 7 th ed. Philadelphia: Wolters kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
- Thuphira P. Handbook of drugs nursing. 14 th ed. Bangkok: L.T. Press Co., Ltd; 2016. Thai.
- Sadoughi A, Rybinnik I, Cohen R. Measurement and management of increased intracranial pressure. BMJ Open. 2013; 6(2): 56-65. doi: 10.2174/1874828701306010056.
- Simmons JW, Powell MF. Acute traumatic coagulopathy: pathophysiology and resuscitation. BJA. 2016; 117(5): 31-43. doi: <https://doi.org/10.1093/bja/aew328>.