

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ของผู้ประสบอุบัติเหตุจักรยานยนต์ Factor Influencing on Severity of Traumatic Brain Injury from Motorcycle Accidents

เฟื่องสิริ ต่อดำรงค์, พ.บ.
โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

Fuangsiiri Thodamrong, M.D.
Cha-am Hospital, Petchaburi

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ประสบอุบัติเหตุจักรยานยนต์

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบพรรณนา เก็บข้อมูลย้อนหลังจากรายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ประสบอุบัติเหตุจักรยานยนต์ ณ โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ในปีงบประมาณ 2559 นำเสนอข้อมูลเป็นค่าความถี่และค่าร้อยละ เปรียบเทียบสัดส่วนความเสี่ยง (odds ratio) ระหว่างกลุ่มบาดเจ็บระดับปานกลาง-รุนแรงกับกลุ่มบาดเจ็บระดับเล็กน้อย ด้วยการวิเคราะห์ multiple logistic regression วิธี forward และการประมาณค่าขอบเขตความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI)

ผลการศึกษา: ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ทั้งสิ้น 1,482 ราย เป็นเพศชาย 874 ราย (ร้อยละ 59.0) อายุ 20 ปีขึ้นไป 970 ราย (ร้อยละ 65.5) เป็นผู้ขับขี่ 1,220 ราย (ร้อยละ 82.3) ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ 882 ราย (ร้อยละ 59.5) ตีมีแอลกอฮอล์ 919 ราย (ร้อยละ 62.0) เพศชายบาดเจ็บระดับปานกลาง-รุนแรงมากกว่าระดับเล็กน้อย 4.14 เท่า (OR = 4.14, 95% CI = 1.59-10.75) ผู้ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่บาดเจ็บระดับปานกลาง-รุนแรงมากกว่าระดับเล็กน้อย 11.26 เท่า (OR = 11.26, 95% CI = 2.69-47.15) และผู้ตีมีแอลกอฮอล์บาดเจ็บระดับปานกลาง-รุนแรงมากกว่าระดับเล็กน้อย 6.52 เท่า (OR = 6.52, 95% CI = 1.98-21.42) ส่วนอายุ ประเภทผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และกลไกการเกิดการบาดเจ็บไม่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

สรุป: เพศและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้รถจักรยานยนต์เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ประสบอุบัติเหตุจักรยานยนต์ จึงควรกวดขันและตรวจจับผู้ฝ่าฝืนกฎจราจรอย่างเข้มงวดจริงจัง และสม่ำเสมอ ทั้งเรื่องการตีมีแอลกอฮอล์และการไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่เพื่อสร้างวินัยให้ผู้ขับขี่ ทำให้ลดความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ตลอดจนลดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคม

คำสำคัญ : การบาดเจ็บที่ศีรษะ อุบัติเหตุจักรยานยนต์ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ
วารสารแพทย์ เขต 4-5 2560 ; 36(3) : 138-144.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the factors that affect severity of traumatic head injury from motorcycle accident.

Research design: This is a retrospective descriptive study. The subjects were selected from medical records of head-injury-patients from motorcycle accidents, presented at the emergency department, Cha-am Hospital in fiscal year 2016. The data were analyzed by percentage and odds ratio between the moderate to severe head injury group and the mild head injury group using forward multiple logistic regression with 95% confidence interval reflects a significance level of 0.05.

Results: One thousand, four hundred and eighty two cases were collected, and displayed 874 males (59.0 %), 970 cases (65.5 %) were aged 20 years and over, 1,220 cases (82.3%) were the rider, 882 cases (59.5 %) did not wear helmets and 919 cases (62.0 %) drank alcohol. Male subjects had moderate to severe head injury 4.14 times higher than the mild head injury (OR = 4.14, 95% CI = 1.59-10.75). Subjects not wearing helmet had moderate to severe head injury 11.26 times higher than the mild head injury (OR = 11.26, 95% CI = 2.69-47.15) and subject with alcohol drinking had moderate to severe head injury 6.52 times higher than the mild head injury (OR = 6.52, 95% CI = 1.98-21.42) The other factors (age, rider or passengers, mechanism of injury) showed no different influential in both head injury groups.

Conclusion: Sex of the subjects, driving behavior without wearing helmet, and drink-drive are the risk factors those related to severity of traumatic head injury from motorcycle accident. Law enforcement in the issue of wearing helmet and drink-drive will decrease severity of head injury and reduce economic loss.

Keywords: head injury, motorcycle accident, severity of injury

Reg 4-5 Med J 2017 ; 36(3) : 138-144.

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้รายงานเรื่องความปลอดภัยทางถนนของโลกและรายงานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนของโลก พ.ศ. 2556 จากการสำรวจ 180 ประเทศทั่วโลกพบว่าในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เกิดอุบัติเหตุทางถนน 17.3 ต่อประชากรแสนคน โดยประเทศไทยมีอัตราการตายเป็นอันดับหนึ่งในภูมิภาคนี้ จากรายงานดังกล่าวได้ประมาณการณ์ว่าประเทศไทยมีอัตราการตายเป็นอันดับ 2 ของโลกคืออัตราการตาย 36.2 ต่อ

ประชากรแสนคน ที่สำคัญประเทศไทยพบผู้เสียชีวิตเนื่องจากรถจักรยานยนต์เป็นอันดับ 1 (26 ต่อประชากรแสนคน)¹ ซึ่งข้อมูลการศึกษาภาวะโรคการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย พ.ศ. 2556 พบว่าอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะอันดับ 2 ในเพศชายและอันดับ 8 ในเพศหญิงโดยค่าความสูญเสียในเพศชายปีสุขภาวะสูงกว่าเพศหญิงถึงกว่า 4 เท่า และในกลุ่มอายุ 15-29 ปี พบว่าสูงเป็นอันดับที่ 1 ทั้งเพศชายและเพศหญิง²

นอกจากนี้พบว่าเขตบริการสุขภาพที่ 6 มีอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนสูงที่สุด (35.62 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมา คือ เขตบริการสุขภาพที่ 5 (31.06 ต่อประชากรแสนคน) เมื่อพิจารณาข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจำแนกตามประเภทยานพาหนะพบว่า รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด (ร้อยละ 66)³ อึ่งจากผลการวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ของงานการพยาบาลผู้ประสบภัยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ปี พ.ศ. 2556 เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้บาดเจ็บศีรษะปานกลางถึงรุนแรงที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่ารถจักรยานยนต์มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุเฉลี่ยสูงขึ้นถึงร้อยละ 41 จากจำนวนอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมดแยกตามประเภทยานพาหนะ โดยการบาดเจ็บของผู้ที่ใช้รถจักรยานยนต์พบว่าแขนขาเป็นอวัยวะที่บาดเจ็บมากที่สุด แต่อวัยวะที่บาดเจ็บรุนแรงและเป็นสาเหตุสำคัญของการตาย คือ การบาดเจ็บบริเวณศีรษะ

จังหวัดเพชรบุรีมีแหล่งท่องเที่ยวที่มีเส้นทางสายหลัก คือ ถนนเพชรเกษม ซึ่งผ่านไปยังภาคใต้ เป็นเส้นทางที่มียานพาหนะสัญจรเป็นจำนวนมากเฉลี่ยประมาณ 60,000–70,000 คัน/วัน ทำให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจราจรสูงกว่าจังหวัดอื่น ๆ ซึ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางบก 3 ลำดับแรก ได้แก่ การตัดหน้าระยะกระชั้นชิด การขับเร็วเกินอัตรากำหนด และการแซงรถอย่างผิดกฎหมาย ส่วนยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุจราจรทางบก 3 ลำดับแรกคือ รถจักรยานยนต์ รถบรรทุก ขนาดเล็ก (ปิกอัพ) และรถยนต์เก๋ง⁴ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาต่อยอดการให้บริการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ต่อไป ทั้งนี้

การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การได้รับอันตรายจากแรงภายนอกมากระทบที่บริเวณหนังศีรษะกะโหลกศีรษะ และเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ สมอง และเส้นประสาทสมอง แล้วทำให้ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะในช่วงระยะเวลาเท่าไรก็ตาม แต่ไม่รวมถึงผู้บาดเจ็บที่ใบหน้า

ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ส่งผลให้ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง โดยศึกษาจากแบบประเมินความรุนแรงตามคะแนนระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale: GCS) ของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้าในโรงพยาบาล ซึ่งประเมินพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การลืมตา (eye opening) ด้านที่ 2 ได้แก่ การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (best motor response) และด้านที่ 3 การพูดที่ดีที่สุด (best verbal response) จำแนกความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็น 3 ระดับ คือ การบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย (mild head injury) คะแนน GCS อยู่ในช่วง 13-15 คะแนน การบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง (moderate head injury) คะแนน GCS อยู่ในช่วง 9-12 คะแนน และการบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรง (severe head injury) คะแนน GCS อยู่ในช่วง 3-8 คะแนน⁵

อุบัติเหตุจราจรในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในถนนโดยผู้ใช้รถจักรยานยนต์มีได้ตั้งใจและเหตุการณ์นั้นต้องทำให้บุคคลถึงแก่ความตายบาดเจ็บ หรือทรัพย์สินเสียหาย

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบพรรณนาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลังนี้ ศึกษาจากรายงานการเฝ้าระวังการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรที่ใช้จักรยานยนต์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2559 เป็นระยะเวลา 1 ปี (ปีงบประมาณ 2559) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัย

สร้างเองและได้ทดลองใช้แล้วพบว่าบันทึกได้ครบถ้วน ข้อมูลที่ศึกษา ประกอบด้วยเพศ อายุ ประเภทผู้ใช้รถจักรยานยนต์ กลไกการบาดเจ็บ พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ (การไม่สวมหมวกนิรภัยและการดื่มแอลกอฮอล์) การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ และระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ระบุรหัสแล้วบันทึกลงคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลเป็นค่าความถี่และค่าร้อยละ เปรียบเทียบสัดส่วนความเสี่ยง (odds ratio) ระหว่างกลุ่มบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง-รุนแรงกับกลุ่มบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย ด้วยการใช้วิเคราะห์ multiple logistic regression วิธี forward และการประมาณค่าขอบเขตความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ช่วงค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ไม่คร่อม 1 ทั้งนี้การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพะเยา และสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2560 เลขที่ คจม.พบ.15/60

ผลการศึกษา

ในปีงบประมาณ 2559 มีผู้ใช้รถจักรยานยนต์ทั้งสิ้น 1,482 ราย เป็นเพศชาย 874 ราย (ร้อยละ 59.0) อายุ 20 ปีขึ้นไป 970 ราย (ร้อยละ 65.5) เป็นผู้ขับขี่ 1,220 ราย (ร้อยละ 82.3) บาดเจ็บจากการชน 761 ราย (ร้อยละ 51.3) ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ 882 ราย (ร้อยละ 59.5) และดื่มแอลกอฮอล์ 919 ราย (ร้อยละ 62.0) ทั้งนี้ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ที่เป็นเพศชายมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง-รุนแรงมากกว่าระดับเล็กน้อย 4.14 เท่า (OR = 4.14, 95% CI = 1.59-10.75) ส่วนผู้ใช้รถจักรยานยนต์ที่ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง-รุนแรงมากกว่าระดับเล็กน้อย 11.26 เท่า (OR = 11.26, 95% CI = 2.69-47.15) และผู้ใช้รถจักรยานยนต์ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง-รุนแรงมากกว่าระดับเล็กน้อย 6.52 เท่า (OR = 6.52, 95% CI = 1.98-21.42) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลไกการเกิดการบาดเจ็บ และพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ รวมทั้งสัดส่วนความเสี่ยงระหว่างกลุ่มบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง-รุนแรงและกลุ่มบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)			Odds Ratio ^a (95% CI)
	รวม (n = 1,482)	ปานกลาง-รุนแรง (n = 34)	เล็กน้อย (n = 1,448)	
เพศ				4.14
ชาย	874 (59.0)	29 (85.3)	845 (58.4)	(1.59-10.75)
หญิง	608 (41.0)	5 (14.7)	603 (41.6)	
อายุ (ปี)				0.48
< 20	512 (34.5)	7 (20.6)	505 (34.9)	(0.21-1.12)
≥ 20	970 (65.5)	27 (79.4)	943 (65.1)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลไกการเกิดการบาดเจ็บ และพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ รวมทั้งสัดส่วนความเสียหายระหว่างกลุ่มบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง-รุนแรงและกลุ่มบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)			Odds Ratio ^a (95% CI)
	รวม (n = 1,482)	ปานกลาง-รุนแรง (n = 34)	เล็กน้อย (n = 1,448)	
ประเภทผู้ใช้รถจักรยานยนต์				3.50 (0.83-14.70)
ผู้ขับขี่	1,220 (82.3)	32 (94.1)	1,188 (82.0)	
ผู้โดยสาร	260 (17.7)	2 (5.9)	260 (18.0)	
กลไกการเกิดการบาดเจ็บ				2.01 (0.97-4.16)
ชน	761 (51.3)	23 (67.7)	738 (51.0)	
ตกจากรถ/รถล้ม หมุน พลิกคว่ำ	721 (48.7)	11 (32.4)	710 (49.0)	
พฤติกรรมเสี่ยง				
ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่	882 (59.5)	32 (94.0)	850 (58.7)	11.26 (2.69-47.15)
ดื่มแอลกอฮอล์	919 (62.0)	31 (91.2)	888 (61.3)	6.52 (1.98-21.42)

^aForward multiple logistic regression

วิจารณ์

ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ที่เป็นเพศชายมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง-รุนแรงมากกว่าระดับเล็กน้อย 4.14 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์เป็นเพศชายในสัดส่วนสูงกว่าและเพศชายปฏิบัติตามกฎหมายจราจรน้อยกว่าเพศหญิงในด้านความเร็ว ด้านการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ และด้านการดื่มสุรา⁶ โกลัเคียงกับผลการศึกษาผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร ที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ที่พบว่า เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2.73 เท่า⁷ และเช่นเดียวกับผลการวิจัยในห้องฉุกเฉินของต่างประเทศที่พบอัตราการเกิดอุบัติเหตุที่สมองได้รับการกระทบกระเทือนในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง^{8,9}

ด้านพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้รถจักรยานยนต์พบว่าผู้ใช้รถจักรยานยนต์ที่ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะ

ขับขี่ มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง-รุนแรงมากกว่าระดับเล็กน้อยถึง 11.26 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สาเหตุที่ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสารเนื่องจากประมาท เห็นว่าเดินทางระยะทางไกลไม่ได้ขับขี่ออกถนนใหญ่ และเร่งรีบ¹⁰ รวมทั้งเห็นว่าหมวกนิรภัยเป็นสิ่งที่น่ารำคาญและยุ่งยาก¹¹ ตรงกับผลการศึกษาของธิดา ธรรมรักษาและคณะ¹² ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ในผู้ประสบอุบัติเหตุจราจร ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร คือ การไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (หมวกนิรภัย/เข็มขัดนิรภัย) และตรงกับผลการศึกษาของสำนักกระบาดวิทยา¹³ ที่พบว่าผู้ขับขี่ที่ไม่สวมหมวกนิรภัยบาดเจ็บที่ศีรษะร้อยละ

75.35 บาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (Glasgow Coma Score \leq 8) ร้อยละ 12.05 ส่วนผู้ขับขี่ที่สวมหมวกนิรภัย บาดเจ็บที่ศีรษะร้อยละ 15.66 บาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (Glasgow Coma Score \leq 8) ร้อยละ 2.27

ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง-รุนแรงมากกว่าระดับเล็กน้อย 6.52 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากสุราเป็นสารเสพติดที่ทำลายสมอง และร่างกายของผู้ที่ดื่ม ทำให้สมองเสื่อม ความคิด ความจำ การตัดสินใจช้ากว่าปกติ¹⁴ ซึ่งผลการวิจัยนี้ตรงกับผลการศึกษาของธิดา ธรรมรักษาและคณะ¹² ที่พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ในผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตรงกับผลการรายงานการวิจัย ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) ปี พ.ศ. 2553 เรื่องการศึกษาข้อมูลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์พบว่าพฤติกรรมของผู้บาดเจ็บที่ส่งเสริมให้เกิดอุบัติเหตุจราจรคือการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 31.6 แต่แตกต่างกับผลการศึกษาของ Ding และคณะ¹⁵ ที่ได้สรุปรวมผลการวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับเรื่องการได้รับแอลกอฮอล์ภายในระยะสั้นและความเสี่ยงต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่าระดับแอลกอฮอล์ในเลือดไม่เกี่ยวข้องกับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

ส่วนปัจจัยด้านอายุ ประเภทผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และกลไกการเกิดการบาดเจ็บไม่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ประสบอุบัติเหตุจักรยานยนต์ในงานวิจัยนี้ ตรงกับผลการศึกษาของธิดา ธรรมรักษาและคณะ¹² ที่พบว่าปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ อายุ ประเภทผู้บาดเจ็บ สาเหตุของการบาดเจ็บและตรงกับผลการศึกษาของ Leitgeb และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาปัจจัยด้านเพศต่อการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่าเพศหญิงไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

จากผลการศึกษารึ้นนี้ผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางการลดอุบัติเหตุจราจรและ ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ใช้จักรยานยนต์ที่ประสบอุบัติเหตุจราจร คือ การกวดขันและตรวจจับผู้ฝ่าฝืนกฎจราจรอย่างเข้มงวด จริงจัง และสม่ำเสมอ ทั้งเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์และการไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ เพื่อสร้างวินัยให้ผู้ขับขี่ยานพาหนะ ทำให้ลดความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ตลอดจนลดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.ประกาศิต ชมชื่นและนางปราณี มหาบุญปิติ ที่สนับสนุนการทำวิจัยขอขอบคุณ ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ และ อ.นพ.สิโรตม์ ศรีมหาโตไทย สำหรับการเป็นที่ปรึกษาวิจัยซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาอย่างดียิ่ง และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ได้ร่วมมือในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2559. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
2. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. สาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะในแต่ละกลุ่มอายุ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
3. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2558.

4. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดเพชรบุรี สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดเพชรบุรี. การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน [อินเทอร์เน็ต]. 2554. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: http://www.phetchaburi.go.th/data/km_pp54.pdf
5. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*. 1974;2(7872):81-4.
6. นัชรศม์ ชูหิรัญญวัฒน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามกฎหมายจราจร ของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ภายในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา 2555. [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ป.] [เข้าถึงเมื่อ 17 กรกฎาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://sutir.sut.ac.th:8080/sutir/bitstream/123456789/4310/2/fulltext.pdf>
7. ชัชวาล จันทะเพชร. การศึกษาลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจร 2551. โรงพยาบาลภูมิพล [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ป.] [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.taem.or.th/node/129>
8. Guerrero JL, Thurman DJ, Sniezek JE. Emergency department visits associated with traumatic brain injury: United States, 1995-1996. *Brain Inj*. 2000;14(2):181-6.
9. Wu X, Hu J, Zhuo L, et al. Epidemiology of traumatic brain injury in eastern China, 2004: a prospective large case study. *J Trauma*. 2008;64(5):1313-9.
10. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาทางระบาดวิทยา การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน ในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และการทบทวนมาตรการเกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2559;47(25):385-89.
11. กาญจน์กรอง สุอังคะ. การศึกษาพฤติกรรมการขับขี่ของวัยรุ่นที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://sutir.sut.ac.th:8080/sutir/bitstream/123456789/5898/2/Fulltext.pdf>
12. ธิตา ธรรมรักษา, บุษผา ลาภทวี, อมรพล กันเลิศ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*. 2559;1(1):13-25.
13. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ลักษณะการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการใช้รถจักรยานยนต์ในเด็กและเยาวชนไทย ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน-31 กรกฎาคม 2557. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2559;47(14):209-16.
14. ภาวิณี เทพคำราม. ต้มสุรามากสมองเสื่อม. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 17 กรกฎาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihealth.or.th/Content/23623-ต้มสุรามาก%20สมองเสื่อม.html>
15. Ding Q, Wang Z, Shen M, et al. Acute alcohol exposure and risk of mortality of patients with traumatic brain injury: A systematic review and meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res*. 2017;10.1111/acer.13436.
16. Leitgeb J, Mauritz W, Brazinova A, et al. Effects of gender on outcomes after traumatic brain injury. *J Trauma*. 2011;71(6):1620-6.

ว่างขาว
หน้า 145