

ความเป็นไปได้และผลลัพธ์ทางคลินิกในการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ไปใช้ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉิน

Feasibility and Clinical Outcomes of Nursing Care Protocol for Persons with Mild Head Injury in Emergency Medical Ward

วันเพ็ญ ชำนาญธรรม^{1*} วารินทร์ บินโฮเซ็น² และ น้าอ้อย กักคิ้ววงศ์²

Wanpen Chumnanthum^{1*} Varin Binhosen² and Nam-oy Pakdevong²

^{1*} นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ถนนพหลโยธิน
ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี 12000

² อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรังสิต ถนนพหลโยธิน
ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี 12000

^{1*} Graduate student in Master of Nursing Science (Adult Nursing), School of Nursing, Rangsit University, Phahonyothin Rd.,
Lak-hok, Patumthane, Thailand 12000

² Lecturer in Master of Nursing Science (Adult Nursing), School of Nursing, Rangsit University, Phahonyothin Rd.,
Lak-hok, Patumthane, Thailand 12000

*Corresponding author, E-mail: karn_kad@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบหนึ่งกลุ่มศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Prospective intervention study) เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และผลลัพธ์ทางคลินิกในการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยไปใช้ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉินจำนวน 9 ราย และผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยจำนวน 62 ราย การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ประยุกต์ตามขั้นตอนของ CURN Model เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2557 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและWilcoxon signed rank test ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คะแนนความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยหลังพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$, $p=0.006$ ตามลำดับ) พยาบาลทุกคน (ร้อยละ 100) เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมาก ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยจำนวน 62 ราย พบว่า เป็นกลุ่มความเสี่ยงต่ำ 1 ราย (ร้อยละ 1.6) เสี่ยงปานกลาง 34 ราย (ร้อยละ 54.8) และเสี่ยงสูง 27 ราย (ร้อยละ 43.5) และตลอดเวลาที่ใช้นโยบายปฏิบัติไม่พบการเกิดการบาดเจ็บศีรษะระยะที่ 2 ขณะอยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่าย 3 วัน และ 7 วัน ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยควรใช้นโยบายปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยในการตรวจจบการก้าวเข้าสู่การบาดเจ็บระยะที่ 2

คำสำคัญ : ความเป็นไปได้ ผลลัพธ์ ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

Abstract

This prospective intervention study aimed to study the feasibility and clinical outcomes of nursing care protocol for persons with mild head injury in emergency medical ward. A purposive sample of 9 registered nurses and 62 patients with mild head injury were recruited for this study. CURN model was used as a conceptual framework for system development and implementation of the nursing care protocol. During the process of development, participation of registered nurses was focused. Clinical outcomes were collected since 1 November 2014 to 31 January 2015. Descriptive statistics and Wilcoxon signed rank test were used in data analysis. The findings showed that nursing knowledge and caring patients with mild head injury, after system development, were improved significantly ($p = .007$ and $.006$, respectively). Moreover, all nurses unanimously agreed that the nursing care protocol was feasible at a high level. In addition, a sample of 1 patient (1.6%), 34 patients (54.8%), and 27 patients (43.5%) with mild head injury were classified as low risk, medium risk, and high risk for secondary head injury, respectively. It was also found that secondary head injury was not found during admission and after discharge 3 and 7 days. This study suggested that nursing care protocol for persons with mild head injury should be implemented for early detection of secondary head injury.

Keywords: feasibility, clinical outcomes, persons with mild head injury

1. บทนำ

การบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (mild head injury) หมายถึง การบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลัน จากแรงภายนอกที่กระทำต่อศีรษะ เป็นการบาดเจ็บศีรษะในระยะแรก (primary head injury) โดยมีอาการได้แก่ 1) มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า ประกอบด้วย สับสนหรือมีอาการสับสนในกระบวนเวลาหรือสถานที่ หมดตติน้อยกว่า 30 นาที จำเหตุการณ์ไม่ได้ น้อยกว่า 24 ชั่วโมง หรือ มีความผิดปกติของระบบประสาทชั่วคราว เช่น การรับรู้หรือพฤติกรรมที่ผิดปกติ อาการชัก และ มีการบาดเจ็บที่เนื้อสมองโดยไม่จำเป็นต้องทำการผ่าตัด 2) ระดับคะแนนความรู้สึกรู้ตัวกลาสโกว์อยู่ระหว่าง 13-15 หลังจากได้รับบาดเจ็บ 30 นาที หรือมีอาการปวดศีรษะหลังจากได้รับบาดเจ็บ โดยไม่ได้เกิดจากการใช้ยา แอลกอฮอล์ การรักษาด้วยยา และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับบาดเจ็บที่อวัยวะส่วนอื่น

หรือมีบาดแผลแทงทะลุเข้ากะโหลกศีรษะเล็กน้อย (The American Congress of Rehabilitation Medicine [ACRM], 2010) ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีโอกาสที่จะก้าวเข้าสู่การบาดเจ็บในระยะที่สอง (secondary head injury) ได้ คือ มีการบาดเจ็บที่สมองมากขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกรู้ตัว ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังจากการบาดเจ็บศีรษะระยะแรก (Clement et al., 2006) ซึ่งผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยควรได้รับการสังเกตอาการในโรงพยาบาลเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง (Vos et al., 2002) ถ้าได้รับการสังเกตอาการในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลายาวนานกว่า 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยอาจกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการที่รุนแรงขึ้นและบางรายอาจเสียชีวิตได้ (Hickey, 2003) ดังนั้น การติดตามตรวจวัด (monitoring) และตรวจจับ (early detection) การเกิดการบาดเจ็บศีรษะระยะที่ 2 ในระยะเริ่มแรกเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก ที่ผู้บาดเจ็บศีรษะ

เล็กน้อยควรได้รับ (สวางสิน รัตนเลิศ, 2546) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลงของคะแนนระดับความรู้สึกตัวกลาสโกว์ลดลง พบได้ตั้งแต่ 4 ชั่วโมง หรืออาจเป็นวันได้ (Biasca, Wirth, Maxwell, & Simmen, 2005) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการก้าวเข้าสู่การบาดเจ็บศีรษะระยะที่ 2 ได้แก่ การแตกของกะโหลกศีรษะ (fracture of skull) ประวัติหมดสติ (loss of consciousness) (Fabbri et al., 2004) อาการแสดงของผู้ป่วยต่อการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่ 2 ได้แก่ การสูญเสียความทรงจำช่วงขณะ (amnesia) อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง (diffuse headache) อาการอาเจียน (vomiting) อาการพักผ่อนไม่ได้ (restless) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลก่อให้เกิดการบาดเจ็บศีรษะระยะที่ 2 ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี การมีลิ่มเลือด (coagulopathy) มีประวัติเคยผ่าตัดสมอง (previous neurosurgery) ประวัติชักหลังเกิดอุบัติเหตุ (posttrauma epilepsy) การดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาอื่นๆ (alcohol and/or drug misuse)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลและการประเมินผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยนั้น The Neurotraumatology Committee of the World Federation of Neurosurgical Societies (<http://www.medscape.org/viewarticle/online>) แบ่งผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ตามปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มความเสี่ยงต่ำ (low risk) กลุ่มความเสี่ยงปานกลาง (medium risk) และกลุ่มความเสี่ยงสูง (high risk) จากการศึกษาของ Fabbri et al., (2004) พบว่า ในการประเมินและดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยกลุ่ม high risk ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้สังเกตอาการในโรงพยาบาล 24-48 ชั่วโมง หลังจากนั้นให้กลับบ้าน และกลุ่มที่สังเกตอาการที่บ้าน ต้องได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล 12 ชั่วโมง กรณีที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ต้องมีการประเมินถึง

ภาวะอันตราย หรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จากผลการวิจัย เช่น ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ หรือการได้รับยาละลายลิ่มเลือด อายุ ประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาท อาการแสดงต่างๆ นอกจากนี้งานวิจัยของ วิจิตรกุล สุทธิกุล (2556) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยจากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในหอผู้ป่วยฉุกเฉินที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่เข้ารับบริการจำนวน 626 ราย เป็นผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยกลุ่มความเสี่ยงต่ำ 293 ราย (ร้อยละ 46.6) กลุ่มความเสี่ยงปานกลาง 77 ราย (ร้อยละ 12.4) และกลุ่มความเสี่ยงสูง 256 ราย (ร้อยละ 41) และสามารถตรวจจับการบาดเจ็บศีรษะระยะที่ 2 ได้จำนวน 31 ราย ซึ่งแพทย์สามารถให้การรักษาได้ทันทั่วถึง

จากการทบทวนสถานการณ์ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ประสบอุบัติเหตุ จากสถิติเดือนตุลาคม พ.ศ.2552 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2553 พบผู้ประสบอุบัติเหตุและมีการบาดเจ็บศีรษะจำนวน 156 ราย จำแนกเป็นผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมากที่สุด จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 46.79 รองลงมาเป็นผู้บาดเจ็บศีรษะปานกลาง จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 30.77 และผู้บาดเจ็บศีรษะรุนแรง จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 22.44 (กลุ่มงานสถิติ, 2552) ในจำนวนผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย พบว่า 3 ราย หลังสังเกตอาการพบว่า มีการก้าวสู่การบาดเจ็บศีรษะระยะที่ 2 ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ และต้องเข้ารับการรักษา ซึ่งตรวจจับการเปลี่ยนแปลงได้ล่าช้า การดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะของหอผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉิน พบว่าการประเมินผู้บาดเจ็บศีรษะของพยาบาลที่ปฏิบัติอยู่ พยาบาลจะเน้นการดูแลกับผู้บาดเจ็บศีรษะรุนแรง โดยมีการติดตามประเมินอาการทุก 1-2 ชั่วโมง ส่วนผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย มีการประเมินติดตามอาการทุก 4 ชั่วโมงหรือ 8 ชั่วโมงตั้งแต่แรกเริ่ม หรือประเมินจากอาการของผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งยังไม่ได้นำ

ปัจจัยความเสี่ยงมาจำแนกผู้ป่วยกลุ่มนี้ พยาบาลปฏิบัติงานตามประสบการณ์ ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงและอาจส่งผลให้ไม่สามารถตรวจจับอาการของการก้าวเข้าสู่การบาดเจ็บศีรษะระยะที่ 2 ได้ทันที และการที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เมื่อนำมาใช้ในหน่วยงานต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติมาใช้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความเป็นไปได้และผลลัพธ์ทางคลินิกในการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยไปใช้ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานต่อไป

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยไปใช้
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ จำนวนของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่เข้าสู่การบาดเจ็บระยะที่ 2 และระยะเวลาที่เกิดการบาดเจ็บศีรษะระยะที่ 2

3. วิธีการดำเนินการวิจัย

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อยู่ประกอบด้วย 2 กลุ่มประกอบด้วย

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 9 ราย

2. ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉินระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2557-มกราคม 2558

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้กำหนดโดยใช้กรอบเวลาคือผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2557-มกราคม 2558 มีจำนวนผู้ป่วย 62 ราย

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

3.2.1 เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยซึ่งพัฒนาโดย วิธิรงค์ สุทธิกุล (2556) และผู้วิจัยขออนุญาตใช้ประกอบด้วย

1) แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้ค่า CVI = 1.00

2) แผนการสอนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้ค่า CVI = 1.00

3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการวิจัยซึ่งพัฒนาโดย วิธิรงค์ สุทธิกุล (2556) ประกอบด้วย

1) แบบประเมินการคัดแยกระดับความเสี่ยงผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้ค่า CVI = 1.00

2) แบบบันทึกทางการพยาบาลในการเฝ้าระวังผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยของโรงพยาบาลราชวิถี

3) แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยระยะก่อนจำหน่าย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้ค่า CVI = 1.00

4) แบบบันทึกทางการพยาบาลในการติดตามผลการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยตามระดับความเสี่ยงหลังการจำหน่ายทางโทรศัพท์ ในวันที่ 3 และวันที่ 7

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
ได้ค่า CVI = 1.00

5) แบบบันทึกการทำ Nursing round/ Nursing conference /แบบบันทึกการรับ-ส่งเวรของโรงพยาบาลราชวิถี

3.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของ
พยาบาลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
ของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ
สมรส การศึกษา ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วย
เวชกรรมฉุกเฉิน 2) แบบสอบถามความรู้ของพยาบาล
วิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยศีรษะเล็กน้อย ซึ่งพัฒนา
โดยวิริรงค์ สุทธิกุล (2556) มีข้อคำถาม 20 ข้อ มีค่า
ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ด้วยวิธีคู
เดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method) ได้ค่า KR
20 (Alpha) = 0.90 และผู้วิจัยขออนุญาตนำมาใช้ ใน
งานวิจัยนี้ หากค่าความสอดคล้องภายใน (Internal
consistency) ด้วยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-
Richardson Method) โดยนำไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่
เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 คน ได้ค่า KR 20 (Alpha) =
0.83 3) แบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลในการ
ดูแลผู้ป่วยศีรษะเล็กน้อยซึ่งพัฒนาโดยวิริรงค์ สุทธิ
กุล (2556) มีข้อคำถาม 25 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นชนิด
ความสอดคล้องภายในสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาค
0.95 และผู้วิจัยขออนุญาตใช้ ในงานวิจัยนี้หากค่าความ
เชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในสัมประสิทธิ์อัลฟา
คอนบาค โดยนำไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่ม
ตัวอย่างจำนวน 9 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาค
0.75 4) แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำแนว
ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ศีรษะ
เล็กน้อยไปใช้ มีทั้งหมด 7 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและ
ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
ได้ค่า CVI = 1.00

3.2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของ
ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยซึ่งพัฒนาโดยวิริรงค์ สุทธิกุล
(2556) และผู้วิจัยขออนุญาตใช้ ในงานวิจัยนี้
ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้
บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย และ 2) แบบบันทึกการเกิดกา
รบาดเจ็บศีรษะระยะที่ 2

การดำเนินการวิจัย มีการพัฒนาระบบ
ปฏิบัติการพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติการดูแล
ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยไปใช้ โดยประยุกต์ใช้ CURN
Model ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการนำผลการวิจัยไปใช้
ในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติ ซึ่งพัฒนาโดยสมาคม
พยาบาลมิชิแกน (Michigan Nurse Association)
(Horsley et al., 1983) นำมาเป็นกรอบแนวคิดซึ่งเน้น
การมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้ปฏิบัติในงานวิจัยครั้งนี้
ผู้วิจัยได้นำกระบวนการปรับเปลี่ยนตามแนวคิดของ
CURN มาใช้ในการพัฒนาระบบปฏิบัติการพยาบาลใน
การนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยไป
ใช้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดของ CURN 5 ขั้นตอน เพื่อ
ใช้ในหน่วยงานเวชกรรมฉุกเฉิน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการ
ระบุนเกี่ยวกับปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยศีรษะ
เล็กน้อย อย่างเป็นระบบ โดยการประชุมกลุ่ม ทดสอบ
ความรู้และประเมินการปฏิบัติของพยาบาลครั้งที่ 1 ใน
การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยก่อนพัฒนาระบบ 2)
การแจกแจงและการรวบรวมความรู้จากการวิจัย เพื่อใช้
แก้ปัญหาของการปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย ด้าน
พยาบาล อบรมให้ความรู้รายบุคคล 3) การบูรณาการ
ผลการวิจัยมาใช้ในการออกแบบนวัตกรรมเพื่อเป็น
แนวปฏิบัติการพยาบาล (ซึ่งในขั้นตอน 3 ผู้วิจัยขอ
อนุญาตใช้แนวปฏิบัติของวิริรงค์ สุทธิกุล) 4) ทดลอง
และสรุปนวัตกรรมของแนวปฏิบัติ ในการดูแล
ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย มีการวัดผลของการปฏิบัติตาม
กระบวนการพัฒนา การทำ nursing round/nursing
conference และการส่งต่อข้อมูลในแต่ละเวรและจุด

บันทึกปัญหาในการปฏิบัติ ทดสอบความรู้ในการดูแล ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยหลังพัฒนาระบบ และประเมิน การปฏิบัติของพยาบาลครั้งที่ 2 และ 3 ในสัปดาห์ที่ 4 และ 3 ตามลำดับ และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิด กับผู้บาดเจ็บศีรษะ ได้แก่ จำนวนผู้เกิดการบาดเจ็บ ศีรษะระยะที่สองและช่วงเวลาที่เกิด 5) การตัดสินใจ ขอมรับนวัตกรรมของแนวปฏิบัติในการดูแลผู้บาดเจ็บ ศีรษะเล็กน้อย โดยประเมินจากความเป็นไปได้ในการ นำแนวปฏิบัติฯไปใช้ในหน่วยงาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงร่างวิจัย ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้ทำวิจัยจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย (ระดับคณะ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต (เลขที่อนุญาต 019/2013) และ คณะกรรมการการวิจัยของโรงพยาบาลราชวิถี(เลขที่ อนุญาต 067/2557) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การ วิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และชี้แจงให้ ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลสามารถปฏิเสธการ เข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน กลุ่ม ตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยไม่มีผลต่อการรับบริการทั้งใน ปัจจุบันและอนาคต เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วม การวิจัยให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยาย โดย แสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ และการปฏิบัติตามแนว ปฏิบัติในการดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะของพยาบาล จากกร ตอนแบบสอบถาม ก่อนและหลังการพัฒนาระบบโดยใช้ สถิติ Wilcoxon signed rank test
3. ความเป็นไปได้ วิเคราะห์โดยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. จำนวนการเกิดและระยะเวลาที่เกิดการบาดเจ็บระยะ ที่ 2 ของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย โดยแสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล วิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 9 ราย เป็นเพศหญิง 7 ราย ร้อยละ 77.8 มีอายุระหว่าง 25 – 44 ปี ($\bar{x} = 34.22$, $SD = 6.49$) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.6 ระดับการศึกษา อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 88.89 ทั้งหมดมี ตำแหน่งเป็นข้าราชการ ระยะเวลาการทำงานในหอ ผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉินอยู่ระหว่าง 4-16 ปี ($\bar{x} = 10.56$, $SD = 5.13$)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บาดเจ็บศีรษะ เล็กน้อย 62 ราย พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 87.1 มีอายุ ระหว่าง 18 – 83 ปี ($\bar{x} = 37.98$, $SD = 17.64$) มีระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 51.6 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 66.1 สาเหตุการบาดเจ็บพบว่า ได้รับการ บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจร ร้อยละ 53.5 เมื่อจำแนก ตามความเสี่ยงพบว่าเป็นกลุ่มความเสี่ยงปานกลาง ร้อย ละ 54.8 รองลงมา เป็นกลุ่มความเสี่ยงสูง ร้อยละ 43.55 และกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 1.61 มีระยะเวลาการนอน โรงพยาบาล 1-8 วัน ($\bar{x} = 3.4$, $SD = 1.55$)

คะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้บาดเจ็บ ศีรษะเล็กน้อยของพยาบาลก่อนนำแนวปฏิบัติฯไปใช้ จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน อยู่ระหว่าง 9-19 คะแนน ($\bar{x} = 15.33$, $SD = 3.67$) หลังนำแนวปฏิบัติฯไปใช้ คะแนน อยู่ระหว่าง 20-20 คะแนน ($\bar{x} = 20$, $SD = 0.00$) เมื่อ เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลก่อนและหลัง การนำแนวปฏิบัติไปใช้ด้วยสถิติ Wilcoxon-Signs Rank test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .007$) รายละเอียดดังตารางที่ 1-2 ในขณะที่คะแนน

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาลจากคะแนนเต็ม 25 คะแนน ก่อนนำแนวปฏิบัติใช้ มีคะแนนระหว่าง 12-13 คะแนน ($\bar{x} = 12.67, SD = 0.50$) หลังนำแนวปฏิบัติไปใช้มีคะแนน 20-22 คะแนน ($\bar{x} = 21.78, SD = 0.67$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ด้วยสถิติ Wilcoxon-Signs Rank test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .006$) รายละเอียดดังตารางที่ 3-4

คะแนนความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระดับศีรษะเล็กน้อยไปใช้ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉิน มีคะแนนเต็ม 35 คะแนนมีค่าระหว่าง 32-35 คะแนน เมื่อแบ่งระดับเป็น 3 ระดับโดยคะแนน 28-35 เป็นระดับมาก คะแนน 21-27 เป็นระดับปานกลาง และน้อยกว่า 21 เป็นระดับต่ำ พบว่า คะแนนความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมากทั้ง 9 ราย เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 2 ราย ระบุว่า แนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังผู้ป่วยระดับศีรษะเล็กน้อยกลุ่มความเสี่ยงปานกลางโดยประเมิน GCS ทุก 2 ชั่วโมง ใน 6 ชั่วโมงแรกและทุก 4 ชั่วโมงจนจำหน่ายมีความเป็นไปได้ในระดับปานกลาง และพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 4 ราย ระบุว่า แนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังผู้ป่วยระดับศีรษะเล็กน้อยในการติดตามอาการของผู้ป่วยระดับศีรษะเล็กน้อยหลังจำหน่ายทางโทรศัพท์ที่มีความเป็นไปได้ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังตารางที่ 5-6

ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ประเมินจากจำนวนผู้ที่เกิดการบาดเจ็บระยะที่ 2 ไม่พบการบาดเจ็บระยะระยะที่ 2 ในผู้ป่วยระดับศีรษะเล็กน้อยที่รับไว้สังเกตอาการระหว่างอยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่ายในวันที่ 3 และ 7

ตารางที่ 1 พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

ความรู้ของพยาบาล	พิสัย	$\bar{X} \pm SD$
ก่อนพัฒนาระบบ	9-19	15.33± 3.67
หลังพัฒนาระบบ	20-20	20±.00

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระดับศีรษะเล็กน้อยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติ Wilcoxon-Signs Rank test

ความรู้ของพยาบาล	n	Mean Rank	Sum Rank	Z test	p-value
หลังพัฒนาระบบ	0	0	0		
<ก่อนพัฒนา				-2.675	.007
หลังพัฒนาระบบ	9	5.0	45.0		
>ก่อนพัฒนา					

ตารางที่ 3 พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ	พิสัย	$\bar{X} \pm SD$
ก่อนพัฒนาระบบ	12-13	12.67 ±.50
หลังพัฒนาระบบ	20-22	21.78 ±.67

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระดับศีรษะเล็กน้อยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติ Wilcoxon-Signs Rank test

การปฏิบัติของพยาบาล	n	Mean Rank	Sum Rank	Z test	p-value
หลังพัฒนาระบบ	0	0	0		
<ก่อนพัฒนาระบบ				-2.754	.006
หลังพัฒนาระบบ	9	5.0	45.0		
>ก่อนพัฒนาระบบ					

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของคะแนนความเป็นไปได้ในการนำ
แนวปฏิบัติฯไปใช้จำแนกรายข้อ

ข้อที่	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	n
	n	n	n	n	
1.	9	0	0	0	0
2.	9	0	0	0	0
3.	9	0	0	0	0
4.	7	0	2	0	0
5.	9	0	0	0	0
6.	9	0	0	0	0
7.	2	3	4	0	0

หมายเหตุ 1 คือ การมอบหมายงานให้ผู้รับผิดชอบการปฏิบัติ
ตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระดับศีรษะเล็กน้อย 2 คือ การ
ประเมินระดับความเสี่ยงของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยตามแบบ
ประเมิน 3 คือ การเฝ้าระวังกลุ่มความเสี่ยงต่ำโดยประเมิน GCS
ทุก 4 ชั่วโมง จนจำหน่าย 4 คือ การเฝ้าระวังกลุ่มความเสี่ยงปาน
กลางโดยประเมิน GCS ทุก 2 ชั่วโมง ใน 6 ชั่วโมงแรก และทุก 4
ชั่วโมง จนจำหน่าย 5 คือ การเฝ้าระวังกลุ่มความเสี่ยงสูงโดย
ประเมิน GCS ทุก 2 ชั่วโมง ใน 6 ชั่วโมงแรก และทุก 4 ชั่วโมง
จนจำหน่าย 6 คือ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยก่อน
จำหน่าย 7 คือการติดตามอาการของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยทาง
โทรศัพท์

ตารางที่ 6 พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้หลังการ
พัฒนาระบบ

การประเมิน	พิสัย	$\bar{X} \pm SD$	ระดับความเป็นไปได้		
			มาก (n)	ปานกลาง (n)	น้อย (n)
ความเป็นไปได้	32-35	33.33±.866	9	0	0

5. การอภิปรายผล

5.1 ด้านความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
เล็กน้อย พบว่าพยาบาลมีความรู้หลังใช้แนวปฏิบัติฯ
มากกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ อธิบายได้ว่า เป็นผลจาก
การจัดอบรมให้ความรู้เรื่องแนวปฏิบัติการพยาบาลใน
การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเป็นรายกลุ่มและ
รายบุคคล พบว่าก่อนให้ความรู้พยาบาลทั้ง 9 ราย ไม่มี
การคัดแยกผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยตามระดับความ
เสี่ยง แต่ภายหลังการให้ความรู้ทำให้พยาบาลเข้าใจแนว
ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ทำให้คะแนน
การตอบของพยาบาลสูงขึ้น นอกจากนี้การจัด
กิจกรรม nursing round และ nursing conference ช่วย
ให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ที่ตรง
กับความต้องการของแต่ละราย ดังนั้นเมื่อสิ้นสุดการ
วิจัยพยาบาลจึงมีความรู้ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ
งานวิจัยของวิธิรงค์ สุทธิกุล (2556) พบว่าความรู้ของ
พยาบาลในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการ
ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยหลังพัฒนาระบบสูงกว่า
ก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$)

5.2 ด้านการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ
ศีรษะเล็กน้อย พบว่าพยาบาลมีคะแนนการปฏิบัติหลัง
ใช้แนวปฏิบัติฯมากกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ อธิบายได้
เป็นผลจากจัดให้มีการบันทึกในการปฏิบัติการพยาบาล
ในแต่ละรายซึ่งสามารถติดตามการปฏิบัติและมีระบบ
การนิเทศโดยพยาบาลหัวหน้าทีมและผู้วิจัย 3 ครั้งคือ
ครั้งที่ 1 ให้พยาบาลประเมินการปฏิบัติของตนเองก่อน
การพัฒนาระบบ ครั้งที่ 2 ประเมินสัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 3
ประเมินสัปดาห์ที่ 12 หลังการพัฒนาระบบ ซึ่งพบว่า
การประเมินผลการปฏิบัติของพยาบาลที่ไม่ได้ปฏิบัติ
ในช่วงก่อนพัฒนาระบบคือ ระยะเวลาประเมินแรกรับ
ไม่มีการคัดแยกระดับความเสี่ยงของผู้บาดเจ็บศีรษะ
ระยะเวลาดูแลและการติดตามเฝ้าระวังการบาดเจ็บที่

ศีรษะระยะที่ 2 ขังขาดการประเมินทางระบบประสาท ทุก 2 ชั่วโมงใน 6 ชั่วโมงแรกในกลุ่มความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงสูง แต่เมื่อผ่านการนิเทศและการให้ความรู้ พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ นอกจากนี้ยังมีการอภิปรายแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ทำให้เกิดความเข้าใจในแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยศีรษะเล็กน้อย มีการติดตามและประเมินผลวิเคราะห์ข้อมูลทุกการประชุมอย่างต่อเนื่องทำให้การปฏิบัติของพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยศีรษะเล็กน้อยหลังพัฒนาระบบดีกว่าก่อนพัฒนาระบบปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของวิริรงค์ สุทธิกุล (2556) พบว่าการปฏิบัติของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยศีรษะเล็กน้อยหลังพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$)

5.3 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยศีรษะเล็กน้อยไปใช้ พบว่าพยาบาลเห็นว่าการปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในระดับมากในการนำไปใช้ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉิน อธิบายได้ว่าตลอดการดำเนินการวิจัยเน้นให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและมีการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลด้านความรู้และมีการติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ เมื่อสิ้นสุดการวิจัยพยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ได้ โดยเห็นว่าการมอบหมายงานให้มีผู้รับผิดชอบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยศีรษะเล็กน้อย การประเมินระดับความเสี่ยงของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยตามแบบประเมิน การเฝ้าระวังกลุ่มความเสี่ยงต่ำโดยประเมิน GCS ทุก 4 ชั่วโมง จนจำหน่าย การเฝ้าระวังกลุ่มความเสี่ยงปานกลางโดยประเมิน GCS ทุก 2 ชั่วโมง ใน 6 ชั่วโมงแรก และทุก 4 ชั่วโมง จนจำหน่าย การเฝ้าระวังกลุ่มความเสี่ยงสูงโดย

ประเมิน GCS ทุก 2 ชั่วโมง ใน 6 ชั่วโมงแรก และทุก 4 ชั่วโมง จนจำหน่าย การให้ความรู้แก่ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยก่อนจำหน่าย และการติดตามอาการของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยทางโทรศัพท์ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยศีรษะเล็กน้อย อย่างไรก็ตามพยาบาลผู้เฝ้าระวังปฏิบัติจำนวน 2 ราย ระบุว่าแนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยกลุ่มความเสี่ยงปานกลางโดยประเมิน GCS ทุก 2 ชั่วโมง ใน 6 ชั่วโมงแรกและทุก 4 ชั่วโมงจนจำหน่ายมีความเป็นไปได้ในระดับปานกลาง และพยาบาลผู้เฝ้าระวังปฏิบัติจำนวน 4 ราย ระบุว่าแนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยในการติดตามอาการของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยหลังจำหน่ายทางโทรศัพท์ที่มีความเป็นไปได้ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยศีรษะเล็กน้อยมากขึ้น

5.4 ด้านผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดการบาดเจ็บศีรษะระยะที่ 2 ได้แก่ 1) การแตกของกะโหลกศีรษะ 2) อาการแสดงที่สัมพันธ์กับการเกิดการบาดเจ็บศีรษะระยะที่ 2 และ 3) ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดการบาดเจ็บศีรษะระยะที่ 2 (Boyle et al., 1991; Kelly, 1995) ดังนั้นจึงจำเป็นเป็นอย่างมากในการประเมินและการเฝ้าระวังการเกิดการบาดเจ็บศีรษะระยะที่ 2 อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ซึ่งเมื่อนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยศีรษะเล็กน้อยของวิริรงค์ สุทธิกุล (2556) มาใช้ให้ตรงกับบริบทของหอผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉิน พบว่าผู้ป่วยศีรษะเล็กน้อยทั้งกลุ่มความเสี่ยงต่ำ กลุ่มความเสี่ยงปานกลาง และกลุ่มความเสี่ยงสูงทั้งหมดจำนวน 62 ราย ไม่พบการเกิดการบาดเจ็บศีรษะระยะที่ 2 ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของวิริรงค์ สุทธิกุล (2556) ที่พบผู้ป่วยที่

ศีรษะระยะที่ 2 ทั้งสิ้น 31 ราย โดยพบว่าเป็นผู้อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลาง 9 ราย (ร้อยละ 29) และกลุ่มความเสี่ยงสูง 22 ราย (ร้อยละ 71) ช่วงเวลาที่พบการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่ 2 พบได้ 3 ช่วงเวลาคือ พบหลังประเณินอาการแรกรับ 24 ราย (ร้อยละ 77.4) พบขณะที่สังเกตอาการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3 ราย (ร้อยละ 9.7) และพบหลังจากจำหน่ายจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินแล้วกลับมาตรวจซ้ำ 4 ราย (ร้อยละ 12.9) ดังนั้นแนวปฏิบัติในการพยาบาลในการดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่นำมาใช้จึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลทำให้สามารถประเมินการก้าวผู้บาดเจ็บศีรษะระยะที่ 2 ได้อย่างรวดเร็วและรายงานแพทย์ได้ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ จากการให้การดูแล โดยแยกตามกลุ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่ 2

6. บทสรุป

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า มีความเป็นไปได้ในระดับมากในการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยไปใช้ ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉิน และพบว่าระบบปฏิบัติการพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉินมีผลต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการสนับสนุนให้มีการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยไปใช้ในการดูแลและประเมินการบาดเจ็บศีรษะระยะที่ 2 และจัดให้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรคในระดับโรงพยาบาลต่อไป ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย ควรศึกษาดูตามการเกิดการบาดเจ็บศีรษะในระยะที่ 2 โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางและกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงอย่างต่อเนื่องทุกเดือน

7. กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ.ประคอง อินทรสมบัติ คณะอาจารย์ที่ปรึกษา ดร.วารินทร์ บินโฮเซ็น ดร.น้ำอ้อยภักดีวงศ์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี หัวหน้าหอผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉิน และพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยทุกท่านที่มีส่วนสำคัญในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ให้บรรลุผลสำเร็จตามประสงค์

8. เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานสถิติ. เอกสารสรุปยอดผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2552. หอผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี, 2552.
- วิธิรงค์ สุทธิกุล. (2556). การพัฒนาระบบปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต.
- สงวนสิน รัตนเลิศ. (2546). การรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดไม่รุนแรง. สงขลา: คณะแพทยศาสตรมหาวิทาลัยสงขลานครินทร์.
- Biasca, N., Wirth, S., Maxwell, W., and Simmen, H. (2005): Minor traumatic brain injury(mTBI). European Journal of Trauma. : 31-33.
- Clement, M., Ian, G., and Michael, J. (2006). Clinical Features of Head Injury Patients Presenting With a Glasgow Coma Scale Score of 15 and Who Require Neurosurgical Intervention. the American College of Emergency Physicians.doi:annemergmed, J.annemergmed. 25: 58-83.

- Fabbri, A., Servadei, F., Marchesini, G., Dente, M., Tiziana, L., Spada, et al. (2004). A Which type of observation for patients with high risk mild head injury and negative computed tomography, European. Journal of Emergency Medicine. 22 : 103-107. Neurotraumatology
- Hickey, J. V. Craniocerebral Trauma. In J. V. Hickey. (2003). The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing. (5 th Ed.). Houston, Texas:Courier-Westfor.
- Horsley, J.A., Crane, J., Crabtree, M. K. and Woos, D.J. (1983). Using research to improve nursing practice: A guide (CURN Project). Orlando FL: Grune & Stratton, 1983.
- The American Congress of Rehabilitation Medicine, ACRM. Definition of mild traumatic brain injury. (2010) (On line). Available from : http://www.acrm.org/TBIDef_English (2010, Oct 28)
- The Neurotraumatology Committee of the World Federation of Neurosurgical Societies. Guidelines Validated for the Management of Mild Head Injury. (2013) (On line). Available from : <http://www.medscape.org/viewarticle/4705> (2013, January 20)
- Vos, P.E., Battistin, L., Birbamer, G., Gerstenbrand, F., Potapov, A., Precec., Stepan, Ch. Traubner, A. P., Twijnstra, A., Vecsei, L and Von, K. (2002). EFNS guideline on traumatic brain injury: report of an EFNS task force: European. Journal of Neurology. : 217-219.