การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

Developing guidelines for the care of patients with head injuries receiving treatment at the Emergency and Forensic Medicine Department, Borabue Hospital, Maha Sarakham Province.

(Received: October 26,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

ศุภธิดา วรรณประภา[1]
Supatida Wannaprapa[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ ประเมินความถูกต้องเหมาะสมในการปฏิบัติตามแนวทาง และประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวทางที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 26 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 22 คน นักปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน 2 คน และเวชกิจฉุกเฉิน 2 คน คัดเลือกโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่พัฒนาขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ แบบตรวจสอบการปฏิบัติ และแบบประเมินความพึงพอใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon Test

ผลการศึกษาพบว่า แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ การประเมินอาการ การให้การพยาบาล และการให้คำแนะนำหลังจำหน่าย ด้านการปฏิบัติของบุคลากร พบว่าก่อนพัฒนาแนวทาง บุคลากรส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.5 และระดับไม่ดี ร้อยละ 11.5 (ค่าเฉลี่ย 19.92, S.D.=1.72) หลังพัฒนาแนวทาง บุคลากรทุกคนมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100 (ค่าเฉลี่ย 29.15, S.D.=1.05) และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Z= -4.48, p=.000) ด้านความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวทางที่พัฒนาขึ้นในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.95, S.D.=0.05)

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวทาง, ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ, อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

Abstract

This study was an action research aimed to develop a care guideline for patients with head injuries, evaluate the appropriateness of practice compliance, and assess personnel satisfaction with the developed guideline. The study was conducted from September to November 2024 at the Emergency and Forensic Medicine Department, Borabue Hospital, Mahasarakham Province. The sample consisted of 26 emergency department personnel selected by purposive sampling, comprising 22 registered nurses, 2 emergency medical practitioners, and 2 emergency medical technicians. Research instruments included an evidence-based head injury care guideline, a practice checklist, and a satisfaction questionnaire, all of which were validated for content validity by three experts. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics using the Wilcoxon Test.

The results revealed that the developed guideline consisted of three main components: symptom assessment, nursing care, and discharge instructions. Regarding personnel practice, before guideline

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

development, the majority of personnel had a moderate practice level at 88.5% and a poor level at 11.5% (Mean=19.92, S.D.=1.72). After guideline development, all personnel achieved a good practice level at 100% (Mean=29.15, S.D.=1.05), with a statistically significant increase at the .05 level (Z=-4.48, p=.000). Overall personnel satisfaction with the developed guideline was at a high level (Mean=2.95, S.D.=0.05).
Keywords: Head injury, Practice guideline, Emergency department

บทนำ

การบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic Brain Injury: TBI) เป็นวิกฤตทางสาธารณสุขระดับโลกที่ก่อให้เกิดความสูญเสียชีวิต ความพิการ และภาระทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล จากข้อมูล Global Burden of Disease ปี ค.ศ. 2021 พบผู้ป่วยรายใหม่สูงถึง 20.84 ล้านราย มีอัตราอุบัติการณ์ 259 รายต่อประชากร 100,000 คน และมีผู้ป่วยสะสมที่ยังมีชีวิตอยู่กับภาวะบาดเจ็บที่สมองถึง 37.93 ล้านราย ส่งผลให้เกิดปีชีวิตที่อยู่กับความพิการรวม 5.48 ล้านปี[1] แม้อัตราอุบัติการณ์มาตรฐานตามอายุจะมีแนวโน้มลดลง แต่จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โดยรวมยังเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางและต่ำซึ่งพบสัดส่วนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรสูงกว่าประเทศรายได้สูงถึงสามเท่า และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้แบกรับภาระโรคนี้สูงที่สุดในโลก[2]

ประเทศไทยเผชิญกับปัญหาอุบัติเหตุจราจรในระดับวิกฤต โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 36.20 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2560 และในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ประสบอุบัติเหตุบนท้องถนนสูงถึง 822,798 ครั้ง เสียชีวิต 14,119 ราย บาดเจ็บ 808,479 ราย โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 70.00 เกิดจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ และการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสูงถึง 2,770 ล้านบาทต่อปี[3,4]

จังหวัดมหาสารคามเป็นหนึ่งใน 20 จังหวัดที่มีความเร่งด่วนในการแก้ปัญหาอุบัติเหตุจราจร โดยมีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ย 16.72 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายตามกรอบปฏิญญามอสโก[5] จากข้อมูล Health Data Center เขตสุขภาพที่ 7 พบว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง และอยู่ใน 10 ลำดับแรกของปัญหาสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 7 ที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไข[6] การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องอาศัยการประเมินและจัดการที่รวดเร็ว แม่นยำ และเป็นระบบ โดยตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การประเมิน Glasgow Coma Scale (GCS) การประเมินสัญญาณชีพ การตรวจระบบประสาท และการให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย[7] แนวคิดหลักที่ใช้เป็นกรอบการพัฒนาแนวทางปฏิบัติครั้งนี้คือ หลักฐานเชิงประจักษ์ตาม Stetler Model ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมการ การตรวจสอบความตรง การประเมินเชิงเปรียบเทียบและการตัดสินใจ การนำไปสู่การปฏิบัติ และการประเมินผล[8] นอกจากนี้ยังบูรณาการแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management) ที่เน้นการประสานงานสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง[9]

โรงพยาบาลบรบือเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลลูกข่ายในพื้นที่ จากรายงานพบว่าปี พ.ศ. 2567 มีอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บเพิ่มสูงขึ้น สะท้อนปัญหาที่ต้องการการพัฒนาระบบการดูแลอย่างเร่งด่วน จากการทบทวนการปฏิบัติงานพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ การขาดมาตรฐานเดียวกันในการประเมินผู้ป่วย การบันทึก GCS ที่ไม่สม่ำเสมอ การติดตามอาการทางระบบประสาทที่ขาดความต่อเนื่อง และการขาดระบบให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ปัญหาเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งผลเสียต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย[10,11] แนวปฏิบัติที่ใช้อยู่จัดทำมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 และทบทวนครั้งล่าสุดปี พ.ศ. 2562 ซึ่งไม่ครอบคลุมและไม่สอดคล้องกับบริบทการทำงานในปัจจุบัน การพัฒนาแนวปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิง

ประจักษ์สามารถเพิ่มคุณภาพการปฏิบัติ ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความปลอดภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ[10,12]

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บบริเวณศีรษะที่มีความครอบคลุม ทันสมัย และปฏิบัติได้จริง เพื่อให้บุคลากรสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเป็นมาตรฐานเดียวกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อประเมินความถูกต้องเหมาะสมในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะของบุคลากร

3. เพื่อประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บบริเวณศีรษะของบุคลากร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 3 เดือน แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัยโดยศึกษาบริบทสภาพปัญหา และทบทวนวรรณกรรม ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัยโดยจัดทำและนำแนวทางปฏิบัติไปใช้จริง และระยะที่ 3 การประเมินผลโดยเปรียบเทียบผลการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนาแนวทาง ทบทวนปัญหาอุปสรรค และปรับปรุงแนวทางให้สมบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

2. กลุ่มตัวอย่าง คือบุคลากรทั้งหมด จำนวน 26 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 22 คน นักปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน 2 คน และเวชกิจฉุกเฉิน 2 คน คัดเลือกโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ (CNPG) ที่พัฒนาขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุม 3 ระดับความรุนแรง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 5 ข้อ แบบตรวจสอบการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ 10 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน และแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้แนวทางปฏิบัติ 10 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon Signed Rank Test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนาแนวทาง

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 26 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 80.77 และเพศชาย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 19.23 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 21-30 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 53.85 รองลงมาอยู่ในช่วง 31-40 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 34.62 อายุเฉลี่ย 32.04 ปี (S.D.=8.56) อายุน้อยสุด 23 ปี มากสุด 55 ปี ตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 84.62 รองลงมาเป็นนักปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินและเวชกิจฉุกเฉิน ตำแหน่งละ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 7.69 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 92.31 รองลงมาเป็นระดับปริญญาโทและอนุปริญญาตรี จำนวนอย่างละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.85 ประสบการณ์การทำงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 46.15 รองลงมาอยู่ในช่วง 6-10 ปี และ 11-15 ปี จำนวนเท่ากันกลุ่มละ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 15.38 ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 9.04 ปี (S.D.=7.97) น้อยสุด 1 ปี มากสุด 30 ปี

2. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และการพัฒนาแนวทาง จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในระยะเตรียมการพบว่า บุคลากรในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชยังขาดความเป็นมาตรฐานเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในหลายด้าน ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยและจำแนกระดับความรุนแรง การบันทึกแบบประเมิน Glasgow Coma Scale ที่ไม่สม่ำเสมอ การขาดแบบเฝ้าระวังสังเกตอาการทางระบบประสาทที่เป็นมาตรฐานเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติที่ยังไม่ครอบคลุม ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการดูแลและความไม่มั่นใจของผู้ปฏิบัติงาน แนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การประเมินอาการและจำแนกระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับ คือ รุนแรง (Severe Head Injury) ปานกลาง (Moderate Head Injury) และไม่รุนแรง (Mild Head Injury) พร้อมแนวทางการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเฉพาะแต่ละระดับ (2) การให้การพยาบาลตามแนวทางมาตรฐาน ครอบคลุมการจัดท่า การดูแลทางเดินหายใจ การให้ออกซิเจน การติดตามสัญญาณชีพและระบบประสาท และ (3) การให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายพร้อมแบบเฝ้าระวังสังเกตอาการทางระบบประสาทที่บ้าน

3. ผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง

3.1 ผลการปฏิบัติรายข้อก่อนและหลังการพัฒนาแนวทาง ก่อนการพัฒนาแนวทาง พบว่ารายการที่บุคลากรปฏิบัติทุกครั้งสูงสุด 2 อันดับแรก ได้แก่ การให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายผู้ป่วยและญาติ คิดเป็นร้อยละ 69.23 รองลงมาคือการประเมิน Glasgow Coma Scale คิดเป็นร้อยละ 26.92 รายการที่บุคลากรตอบว่าไม่ปฏิบัติสูงสุด 2 อันดับแรก ได้แก่ การประเมินสภาพผู้บาดเจ็บที่ศีรษะจำแนกระดับความรุนแรง และการให้แบบเฝ้าระวังสังเกตอาการทางระบบประสาทเมื่อจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 42.31 และร้อยละ 42.31 ตามลำดับ หลังการพัฒนาแนวทาง พบว่ารายการที่บุคลากรปฏิบัติทุกครั้งเพิ่มขึ้นในทุกรายการ โดยรายการที่ปฏิบัติทุกครั้งสูงสุด ได้แก่ การแจ้งข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ การประเมิน Vital signs การจัดท่านอนราบสูง 30 องศา การให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย และการให้แบบเฝ้าระวังสังเกตอาการทางระบบประสาทเมื่อจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 100.00 ทุกรายการ และไม่พบบุคลากรที่ตอบว่าไม่ปฏิบัติในรายการใดเลย

3.2 ผลการเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนาแนวทาง ก่อนการพัฒนาแนวทาง บุคลากรส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (18-23 คะแนน) จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 88.46 และระดับไม่ดี (10-17 คะแนน) จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 11.54 คะแนนเฉลี่ยรวม 19.92 คะแนน (S.D.=1.72) หลัง

การพัฒนาแนวทาง บุคลากรทุกคนมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับดี (24-30 คะแนน) จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 คะแนนเฉลี่ยรวม 29.15 คะแนน (S.D.=1.05) เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะหลังการพัฒนาแนวทางสูงกว่าก่อนการพัฒนาแนวทาง (Z=-4.48, p=.000)

3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวทางที่พัฒนาขึ้น ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=2.95, S.D.=0.05) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ารายการที่มีความพึงพอใจระดับมากทุกรายการ โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความเหมาะสมของแนวทางที่พัฒนาขึ้น ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ ความสะดวกของแบบบันทึก Neurological Signs ความเหมาะสมของแบบประเมิน Glasgow Coma Scale ความสะดวกในการใช้งาน ความครอบคลุมของแนวทางทั้งในห้องฉุกเฉินและการดูแลต่อที่บ้าน ความเหมาะสมของการตรวจเช็คอุปกรณ์หลังดูแลผู้ป่วย ความชัดเจนและถูกต้องของเอกสารคำแนะนำก่อนกลับบ้าน และความเพียงพอและง่ายต่อการหยิบจับของเอกสาร มีค่าเฉลี่ย 3.00 คะแนน (S.D.=0.00) ทุกรายการ ส่วนรายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความพอเพียงของอุปกรณ์เครื่องมือ และแบบฟอร์มที่ใช้ในการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ย 2.50 คะแนน (S.D.=0.51) ซึ่งยังอยู่ในระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ ผลการวิจัยพบว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ การประเมินอาการ การให้การพยาบาล และการให้คำแนะนำหลังจำหน่าย กระบวนการพัฒนาดำเนินการตามแนวทางวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยมีบุคลากรมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน สอดคล้องกับจุฑามาศ สมร่าง และสืบตระกูล ตันตลานุกุล[13] ที่พัฒนาแนวปฏิบัติโรงพยาบาลสมุทรปราการครอบคลุม 4 ด้าน ส่งผลให้คะแนนการปฏิบัติสูงขึ้นและอัตราการเสียชีวิตลดลง สิรินลักษณ์ พาบุ[14] ยืนยันว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมครอบคลุม 9 หมวด ได้รับการยอมรับจากบุคลากรในระดับสูง ขณะที่ Garbayo-Fernández และคณะ[15] ทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบพบว่าการแทรกแซงทางการพยาบาลที่มีประสิทธิผลครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การติดตามระบบประสาท การบริหารยา การเฝ้าระวังตัวชี้วัดทางชีวเคมี การฝึกอบรมบุคลากร และการมีส่วนร่วมของครอบครัว Hassan, Naveed และ Khan[16] ยืนยันว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติมาตรฐานร่วมกับการฝึกอบรมส่งผลให้การประเมิน GCS ครบถ้วนขึ้นและระยะเวลาตัดสินใจทำ CT scan ลดลง กระบวนการพัฒนาที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทำให้ได้แนวทางที่น่าเชื่อถือและสอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน

การประเมินความถูกต้องเหมาะสมในการปฏิบัติตามแนวทางของบุคลากร ผลการประเมินพบว่าบุคลากรทุกคนมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับดีหลังใช้แนวทางเพิ่มขึ้น โดยก่อนพัฒนาแนวทางส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดี ผลนี้สอดคล้องกับ จุฑามาศ สมร่าง และสืบตระกูล ตันตลานุกุล[13] ที่พบคะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการแจ้งข้อมูลผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการให้แบบเฝ้าระวังเมื่อจำหน่าย สิรินลักษณ์ พาบุ[14] รายงานว่าหลังใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยที่มี GCS 13-15 คงที่ในระดับสูงตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย สะท้อนว่าการปฏิบัติที่ถูกต้องส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ทางคลินิก Réa-Neto และคณะ[17] ยืนยันว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตโดยเฉพาะเมื่อ GCS ต่ำ ดังนั้นการประเมินและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดทั้งในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายจึงมีความสำคัญยิ่ง

Zhou[18] พบว่ากลุ่มที่ได้รับการแทรกแซงทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบมีอัตราการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะน้อยกว่าและระยะเวลานอนโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าการปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานมีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ทางคลินิก

การประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวทางของบุคลากร ผลการประเมินความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทุกรายการได้คะแนนระดับมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกับ จุฑามาศ สมร่าง และสืบตระกูล ตันตลานุกุล[13] ที่รายงานความพึงพอใจในระดับมากเช่นกัน เนื่องจากแนวทางตอบสนองต่อปัญหาที่แท้จริง ลดความคลุมเครือในการตัดสินใจทางคลินิก และสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาทำให้บุคลากรรู้สึกเป็นเจ้าของแนวทาง ซึ่ง สิรินลักษณ์ พาบุ[14] ยืนยันว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการยอมรับ พรพิไล นิยมถิ่น[19] ชี้ว่าแนวทางที่ทำให้บุคลากรตัดสินใจได้รวดเร็วและมีความรู้เพิ่มขึ้นส่งผลโดยตรงต่อความพึงพอใจ Hassan, Naveed และ Khan[16] เสริมว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกับการฝึกอบรมช่วยสร้างวัฒนธรรมคุณภาพในหน่วยงาน ความพึงพอใจในระดับสูงเป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคลากรมีแนวโน้มจะนำแนวทางไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน อันเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณศีรษะร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล และนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้การพัฒนาแนวทางประสบความสำเร็จและเกิดการยอมรับจากบุคลากรในหน่วยงาน

2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณศีรษะควรได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพและแนวปฏิบัติที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ พร้อมปรับให้เหมาะสมกับบริบทและทรัพยากรของโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด

3. การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณศีรษะในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องอาศัยความรู้ ความรวดเร็ว และความใส่ใจของบุคลากร โดยคำนึงถึงมาตรฐาน ความปลอดภัย คุณภาพ และการให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ผู้ป่วยและญาติทุกราย

4. การนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณศีรษะที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ควรใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อปรับแนวทางให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน และเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและความพึงพอใจของบุคลากรในระดับที่เหมาะสม

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผล เป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ บุคลากรโรงพยาบาลบรบือ และผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลบรบือ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสาคาม ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2021 Traumatic Brain Injury Collaborators.(2024). Global burden of traumatic brain injury in 204 countries and territories from 1990 to 2021. Am J Prev Med. 2024;68(1):1-10.
2. Dewan MC, Rattani A, Gupta S, Baticulon RE, Hung YC, Punchak M, et al.(2018). Estimating the global incidence of traumatic brain injury. J Neurosurg. 2018;130(4):1080-97.
3. ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2562). แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย; 2562.
4. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ Thai RSC.(2566). รายงานสถิติอุบัติเหตุทางถนนประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน; 2566.
5. แจ่มจันทร์ เทศสิงห์.(2565). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดมหาสารคาม. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2565;4(2):240-55.
6. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2567). รายงานประจำปี 2567 กองป้องกันการบาดเจ็บ. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2567.
7. นครชัย เผื่อนปฐม, ธีระเดช ศรีกิจวิไลกุล.(2562). แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
8. ฟองคำ ติลกสกุลชัย.(2549). การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2549.
9. อัญชลี โสภณ, ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์, ไพรวัลย์ พรมที, สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, อรไท โพธิ์ไชยแสน.(2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2561;29(3):126-38.
10. วัลลภา สุวรรณพิทักษ์, สุชาตา วิภวกานต์, บุญญารัศม์ ประคีตวาทิน.(2560). การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง โรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4(2):140-56.
11. ไคลศรี บาดาล.(2555). การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
12. วีณา วีสเพ็ญ, สุพรรณี ทองรอด, ปริศนา สมนา.(2566). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2566;10(2):45-61.
13. จุฑามาศ สมร่าง, สืบตระกูล ตันตลานุกูล.(2567). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2567;11(2):236-52.
14. สิรินลักษณ์ พาบุ.(2567). การพัฒนาระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารักษาและการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(1):185-96.
15. Garbayo-Fernández P, Lestrade-Pena M, García-Fernández R, Calvo-Ayuso N, González-García N, Martínez-Isasi S.(2024). Nursing interventions to prevent secondary injury in critically ill patients with traumatic brain injury: A scoping review. J Clin Med. 2024;13(8):2396.
16. Hassan W, Naveed A, Khan Z.(2024). Project to improve the management of the head injury patients presenting to the emergency department. BMJ Open Qual. 2024;13(2):e002603.
17. Réa-Neto Á, da Silva Júnior ED, Hassler G, Dos Santos VB, Bernardelli RS, Kozesinski-Nakatani AC, et al.(2023). Epidemiological and clinical characteristics predictive of ICU mortality of patients with

traumatic brain injury treated at a trauma referral hospital: A cohort study. BMC Neurol. 2023;23(1):101.

18. Zhou Y.(2025). The role of integrated nursing interventions in traumatic brain injury management in the emergency department: A retrospective study. Ther Clin Risk Manag. 2025;21:769-80.
19. พรพิไล นิยมถิ่น.(2566). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2566;6(2):27-37.