



ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะ
เลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล

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

อรอนงค์ โกเมศ

Ornanong Komet

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลผู้ใหญ่)

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

Prince of Songkla University

2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง กับ
การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและ
ผู้ดูแล
ผู้เขียน นางสาวอรอนงค์ โกเมศ
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ดร.สุคดีรี หิรัญชุนหะ)ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)
.....กรรมการ (ดร.สุคดีรี หิรัญชุนหะ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมกรรมการ (ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์)
..... (ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์)กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)
.....กรรมการ (รองศาสตราจารย์ช่อลดา พันธุเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.เกริกชัย ทองหนู)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง กับ การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล
ผู้เขียน	นางสาวอรอนงค์ โกเมศ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2552

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์น้อยกว่า 48 ชั่วโมงและผู้ดูแล กลุ่มละ 90 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง 2) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย และ 3) แบบสอบถามการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีทดสอบซ้ำ ได้ค่าความคงที่ของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย เท่ากับ 0.80, 0.93 และ 1.00 ตามลำดับ และของผู้ดูแล เท่ากับ 0.85, 0.94 และ 1.00 ตามลำดับ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทีละคน โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงเก็บในวันที่แพทย์จำหน่ายผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย และการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองเก็บในวันที่แพทย์นัดครั้งแรกภายหลังการจำหน่าย วิเคราะห์ข้อมูลด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ คำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษา มีดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองและการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 47.44$, $SD = 8.65$ และ $\bar{X} = 47.70$, $SD = 7.66$ ตามลำดับ) มีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองในระดับสูง ($\bar{X} = 5.82$, $SD = 1.03$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ($r = .26$, $p < .05$) แต่การรับรู้ความรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง และ 2) กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองและการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยในระดับปานกลาง

($\bar{X} = 45.97$, $SD = 14.33$ และ $\bar{X} = 46.94$, $SD = 20.56$ ตามลำดับ) รวมทั้งมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองในระดับสูง ($\bar{X} = 6.02$, $SD = 1.30$) เช่นเดียวกับกับผู้ป่วยเจ็บ แต่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ($r = .18$, $p < .05$ และ $r = .20$, $p < .05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเจ็บศีรษะเล็กน้อย เพื่อให้ทั้งผู้ป่วยเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

Thesis Title	Relationships of Perceived Susceptibility and Perceived Severity to Intracranial Hemorrhage Monitoring in Persons with Mild Traumatic Brain Injury and their Caregivers.
Author	Miss Ornanong Komet
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2009

ABSTRACT

This descriptive research aimed to examine relationships of perceived susceptibility and perceived severity to intracranial hemorrhage monitoring in persons with mild traumatic brain injury and their caregivers. The sample consisted of 90 persons with mild traumatic brain injury and their caregivers. The instruments comprised of 1) Perceived Susceptibility Scale, 2) Perceived Severity Scale and 3) Intracranial Hemorrhage Monitoring Questionnaire. Their content validity was tested by 3 experts, and their reliability examined by test-retest method and the percent of agreement between two-time testing calculated. The stability of Perceived Susceptibility Scale, Perceived Severity Scale, and Intracranial Hemorrhage Monitoring Questionnaire of persons with mild traumatic brain injury were 0.80, 0.93 and 1.00 respectively, and that of their caregivers 0.85, 0.94 and 1.00 respectively. Data were collected by interviewing the traumatic patients and their caregiver case by case, perceived susceptibility and perceived severity were collected on their discharge day and intracranial hemorrhage monitoring were collected on their first follow up. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and Spearman rank-order correlation coefficient.

The results from the persons with mild traumatic brain injury revealed that their perceived susceptibility to intracranial hemorrhage and perceived severity of mild traumatic brain injury were at a moderate level ($\bar{X} = 47.44$, $SD = 8.65$ and $\bar{X} = 47.70$, $SD = 7.66$, respectively). In contrast, their behavior in relation to intracranial hemorrhage monitoring was at a high level ($\bar{X} = 5.82$, $SD = 1.03$). The perceived susceptibility had a significantly positive correlation with intracranial hemorrhage monitoring ($r = .26$, $p < .05$), whereas the perceived severity was not correlated with the intracranial hemorrhage monitoring .

Similarly, the results from the caregivers showed that perceived susceptibility and perceived severity were at a moderate level ($\bar{X} = 45.97$, $SD = 14.33$ and $\bar{X} = 46.94$, $SD = 20.56$, respectively). Their behaviors in relation to intracranial hemorrhage monitoring were at a high level ($\bar{X} = 6.02$, $SD = 1.30$). The factors relating the caregivers' intracranial hemorrhage monitoring were different from those of the persons with mild traumatic brain injury, i.e., both perceived susceptibility and perceived severity had significant positive correlation with their behaviors ($r = .18$, $p < .05$ and $r = .20$, $p < .05$, respectively).

The findings of this study could be used to develop a discharge planning guideline to promote appropriate health perception for persons with mild traumatic brain injury and their caregivers.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ดร.สุคศิริ หิรัญขุนหะ และดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ให้ข้อเสนอแนะ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องและสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาตลอด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ระหว่างการศึกษาในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยสังเกตอาการและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยสังเกตอาการทุกท่านที่เอื้ออำนวยความสะดวกอย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแลทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณพ่ออัมพร คุณแม่เพ็ญ ที่เป็นแรงบันดาลใจ ขอขอบคุณพี่ราศรี แก้วนพรัตน์ พี่นันทา เกลี้ยงเกิด ที่ให้การสนับสนุนและให้โอกาสในการศึกษา ขอขอบคุณพี่ประจวบ เกตุชาติ และคณะแพทย์ที่ให้การสนับสนุนทุนการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลหอผู้ป่วยสังเกตอาการทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาขึ้นปฏิบัติงานแทนผู้วิจัยในหลาย ๆ โอกาส ขอขอบคุณจันทรา พรหมน้อย น้องวัชรระพันธ์ พิสุทธิพันธ์ สำหรับความช่วยเหลือต่าง ๆ ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาโท ภาคพิเศษรุ่น 6 ทุกท่าน รวมถึงทุกกำลังใจ ทุกความช่วยเหลือ ที่หลาย ๆ ท่านมิให้ตลอดการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถกล่าวนามไว้ได้ทั้งหมดในที่นี้

อรอนงค์ โกเมศ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
ABSTRACT.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ	(8)
รายการตาราง	(10)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด.....	5
นิยามศัพท์.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	7
การบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย.....	7
การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง.....	12
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะ เล็กน้อยและผู้ดูแล.....	19
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	25
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	25
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	26
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	29
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	30
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	30
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	31

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจารณ์และการอภิปรายผล	33
ผลการวิจัย	33
อภิปรายผลการวิจัย	47
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	55
บรรณานุกรม.....	57
ภาคผนวก	66
ก. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย.....	67
ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	68
ค. การแจกแจงข้อมูล	81
ง. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	85
ประวัติผู้เขียน	86

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย	34
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล	36
3	ช่วงคะแนนแบบวัด คะแนนกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย....	38
4	ช่วงคะแนนแบบวัด คะแนนกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย...	40
5	ช่วงคะแนนแบบวัด คะแนนกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล.....	41
6	ช่วงคะแนนแบบวัด คะแนนกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล	42
7	จำนวน ร้อยละ จำแนกตามการเฝ้าระวังภาวะเลือดในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย.....	43
8	จำนวน ร้อยละ จำแนกตามการเฝ้าระวังภาวะเลือดในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล	44
9	ช่วงคะแนนแบบวัด คะแนนกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล.....	45
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย	46
11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล	47

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บศีรษะเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของนานาชาติ จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้บาดเจ็บศีรษะประมาณ 1 ล้าน 5 แสนคนต่อปี โดยในจำนวนดังกล่าว เสียชีวิต 5 หมื่นคน พิการ 8 หมื่นคน (Brain injury Association of America, 2007; National Center of Injury Prevention and Control, 2006) สหภาพยุโรปมีผู้บาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 1 ล้านคนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บศีรษะประมาณ 5 หมื่นคนต่อปี (European Brain Injury Society, 2007) สำหรับประเทศไทยจำนวนผู้บาดเจ็บศีรษะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2547 มีจำนวน 76,018 คน และปี พ.ศ. 2549 จำนวน 80,899 คน ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตประมาณปีละ 5 พันคน (กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ซึ่งจากสถิติต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้บาดเจ็บศีรษะมักพบว่าเป็นผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยร้อยละ 70-90 (จาคูรงค์ และนครชัย, 2542; Brain Injury Association of America; Cassidy et al., 2004; Flaada et al., 2007; National Center of Injury Prevention and Control)

การบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (mild traumatic brain injury) เป็นการบาดเจ็บที่มีอาการไม่รุนแรง และมีปัญหาไม่ซับซ้อน อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยประมาณร้อยละ 0.8-3.3 มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเกิดขึ้นในภายหลัง (Livington et al., 2000) โดยผู้บาดเจ็บมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เช่น ปวดศีรษะ วิงเวียน มึนงง สับสน ชักเกร็งหรือชักกระตุก แขนขาอ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัวมองเห็นไม่ชัดหรือมองเห็นภาพซ้อน เป็นต้น (Maniker, 2003) จากการศึกษาติดตามภาวะแทรกซ้อนของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย จำนวน 60 คน พบว่า สัปดาห์ที่ 8 หลังการบาดเจ็บศีรษะ ผู้บาดเจ็บร้อยละ 61.7 ยังคงมีอาการที่เกิดจากผลกระทบของการบาดเจ็บศีรษะ เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลง ความจำลดลง ปวดศีรษะ มึนงง มีปัญหาการนอนหลับ สมาธิในการทำงานลดลง เหนื่อยง่าย เป็นต้น (ธนภรณ์, 2546) จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่ได้รับการสังเกตอาการในโรงพยาบาล จำนวน 24,000 คน พบว่า เสียชีวิต ร้อยละ 0.1 ต้องเข้ารับการผ่าตัดสมอง ร้อยละ 0.8 และ ตรวจพบพยาธิสภาพที่สมอง ร้อยละ 8 (Geijerstam, 2005) จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนภายในกะโหลกศีรษะภายหลังการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ในผู้บาดเจ็บที่มารักษาในโรงพยาบาล ภายใน 3 สัปดาห์หลังการบาดเจ็บและได้รับการดูแลรักษาด้วย

การสังเกตอาการที่บ้านเพียงอย่างเดียว พบว่า เสียชีวิตร้อยละ 5.51 เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ร้อยละ 13.39 โดยระยะเวลาในการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบภายในสัปดาห์ที่ 1 หลังการบาดเจ็บ ร้อยละ 66 ภายในสัปดาห์ที่ 2 ร้อยละ 21 และ ภายในสัปดาห์ที่ 3 ร้อยละ 13 สำหรับสาเหตุที่ทำให้ ผู้บาดเจ็บต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาล คือ มีภาวะเลือดออกในสมอง ร้อยละ 80.37 และสมอง ชอกช้ำ ร้อยละ 19.63 (Boussard, Bellocco, Geijerstam, Borg, & Adami, 2006) สอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมาที่มักพบว่า ภาวะแทรกซ้อนของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจาก ภาวะเลือดออกในสมอง หรือสมองบวมมากขึ้น (สงวนสิน, 2546; Evan, 2006) ดังนั้นผู้บาดเจ็บ ศีรษะเล็กน้อยจำเป็นต้องมีการติดตามเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองอย่างต่อเนื่องภายหลังการ บาดเจ็บ

การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองเป็นสิ่งที่จำเป็นมากที่สุดในการดูแลผู้บาดเจ็บ ศีรษะเล็กน้อย ตั้งแต่ระยะอยู่ในโรงพยาบาลรวมถึงเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง โดยการประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score: GCS) และตรวจสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง รวมถึงการสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ เลือดออกในสมอง ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ถ้าผู้บาดเจ็บรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ตรวจไม่พบ ความผิดปกติทางระบบประสาท ผู้บาดเจ็บกลุ่มนี้จะสามารถออกจากโรงพยาบาลได้โดยจะต้องมี การเฝ้าระวังต่อที่บ้านโดยผู้บาดเจ็บร่วมกับผู้ดูแล ซึ่งผู้บาดเจ็บและผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำการ เฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองที่บ้าน โดยการสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออก ในสมอง การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บศีรษะซ้ำ รวมถึงวิธีการจัดการ เมื่อมีความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น (สงวนสิน, 2546; Evan, 2006; Andrews & Bruns, 2008)

การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองระยะที่ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยอยู่ที่บ้านเป็นสิ่ง ที่จำเป็นซึ่งผู้บาดเจ็บและผู้ดูแลต้องปฏิบัติร่วมกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยอาจมีการ เปลี่ยนแปลงที่ส่งผลให้ระดับความรู้สึกตัวลดลงซึ่งเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ผู้บาดเจ็บศีรษะ เล็กน้อยส่วนใหญ่ ไม่สามารถจดจำคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ได้รับก่อนการจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลได้ทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากผู้บาดเจ็บมีความจำลดลง สมาธิสั้น รวมถึงมีอาการมึนงง (ชนาภรณ์, 2546; Heng et al., 2007) ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญเช่นเดียวผู้บาดเจ็บที่จะต้องเฝ้าระวัง ภาวะเลือดออกในสมอง เพราะภาวะเลือดออกในสมองเป็นการบาดเจ็บที่ซ่อนเร้น ซึ่งอาจทำให้เกิด อันตรายต่อชีวิตของผู้บาดเจ็บ การค้นพบความผิดปกติตั้งแต่ระยะแรก การนำผู้บาดเจ็บพบแพทย์ อย่างรวดเร็ว จะช่วยให้ได้รับการรักษาที่ทันท่วงทีก่อนจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งจะช่วยลดอัตราการ เสียชีวิตและทุพพลภาพได้ (จเร, 2549)

การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองอย่างต่อเนื่องขณะที่ผู้บาดเจ็บศีรษะอยู่ที่บ้าน ย่อมขึ้นกับการให้ความสำคัญของแต่ละบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยของผู้บาดเจ็บศีรษะและผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงส่งผลให้บุคคลตัดสินใจปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย (Janz, Champion, & Strecher, 2002) ซึ่งการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่หลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยนั้นมีความรุนแรง มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัติตนนั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Becker, 1974) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (sick-role behaviors) และผู้ดูแล ดังเช่น การศึกษาการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิต พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนน้อย จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้น 2.15 เท่า (ปิยนุช, 2549) การศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ ร้อยละ 50.1 (จิตติมา, 2547)

สำหรับผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยคาดว่า หากบุคคลรับรู้ว่าการบาดเจ็บศีรษะที่เกิดขึ้นมีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเลือดออกในสมองได้ในภายหลัง และรับรู้ว่าการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีผลกระทบที่มีความรุนแรงต่อชีวิต ผู้บาดเจ็บและผู้ดูแลจะมีการตัดสินใจตอบสนองต่อการเจ็บป่วยด้วยการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองอย่างต่อเนื่อง รู้สึกกระตือรือร้น สนใจที่จะรับฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาลตามแผนการรักษา ซึ่งจากการศึกษาของวิทเทเกอร์ แคมป์ และเฮาส์ (Whittaker, Kemp, & House, 2007) ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยจำนวน 73 คน พบว่า ผู้บาดเจ็บที่รับรู้ว่าการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บไม่มีผลกระทบที่รุนแรงต่อชีวิตจะมีการปฏิบัติตัวไม่ดี ทำให้ความผิดปกติที่เกิดจากการบาดเจ็บศีรษะคงอยู่เป็นเวลานาน

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแลที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของ

ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ของบุคคล ตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (sick-role behavior) ของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการหาแนวทางการพยาบาลผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย
2. ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้ดูแล

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย อยู่ในระดับใด
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของผู้ดูแล อยู่ในระดับใด
3. การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย อยู่ในระดับใด
4. การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้ดูแล อยู่ในระดับใด
5. การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยหรือไม่
6. การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้ดูแลหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้ดูแล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ของบุคคล ตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (sick-role behavior) ของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) และการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองจากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

การรับรู้ส่วนบุคคลเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อพฤติกรรม โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและเชื่อว่าปัญหาสุขภาพนั้นมีความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีการหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีที่สุด ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง เป็นการรับรู้ของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะคุกคามของการเจ็บป่วย ซึ่งผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเป็นผู้บาดเจ็บที่มักมีอาการไม่รุนแรง ซึ่งอาจตรวจไม่พบความผิดปกติในระยะแรก แต่มีการบาดเจ็บซ่อนเร้น ได้แก่ การเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งเป็นอันตรายที่อาจทำให้ผู้บาดเจ็บเสียชีวิต โดยภาวะเลือดออกในสมองอาจเกิดขึ้นในระยะเวลาอันนานเป็นนาที ชั่วโมง วัน หรืออาจนานเป็นสัปดาห์ การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองจึงเป็นสิ่งสำคัญในการค้นพบความผิดปกติตั้งแต่ระยะแรก ผู้บาดเจ็บจึงต้องเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองอย่างต่อเนื่องเมื่อออกจากโรงพยาบาล แต่เนื่องจากภาวะเลือดออกในสมองทำให้ผู้บาดเจ็บมีระดับความรู้สึกลดตัวลง ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง เช่นเดียวกับผู้บาดเจ็บ การนำผู้บาดเจ็บมาพบแพทย์ทันทีที่พบความผิดปกติ จะช่วยให้ผู้บาดเจ็บได้รับการรักษาที่เหมาะสม ผู้บาดเจ็บจะรอดชีวิตและไม่เกิดทุพพลภาพ โดยหากผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแลมีการรับรู้ว่าการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองและการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีผลกระทบที่มีความรุนแรงต่อตนเองและครอบครัว ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแลจะเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง

นิยามศัพท์

การรับรู้โอกาสเสี่ยง หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกลึกซึ้งของ ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล ในการคาดการณ์เกี่ยวกับโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย สามารถประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การรับรู้ความรุนแรง หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล ในการประเมินระดับของผลกระทบจากการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย สามารถประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บของจุฬาลักษณ์ (2547)

การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง หมายถึง การปฏิบัติเพื่อการติดตามและจัดการกับอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล ประกอบด้วยการค้นหาและติดตามอาการผิดปกติ การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจทำให้เกิดความสับสนว่าเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาท รวมถึงการพบแพทย์ตามนัด สามารถประเมินโดยใช้แบบสอบถามการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความจำเกี่ยวกับคำแนะนำภายหลังการจำหน่ายของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล ของเฮง และคณะ (Heng et al., 2007)

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ไม่เกิน 48 ชั่วโมง และผู้ดูแล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเพื่อการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล โดยมีขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย
 - 1.1 ลักษณะของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย
 - 1.2 พยาธิสรีรภาพการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย
2. การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง
 - 2.1 ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล
 - 2.2 ระยะเวลาอยู่ที่บ้าน
 - 2.2.1 บทบาทของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย
 - 2.2.2 บทบาทของผู้ดูแล
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล
 - 3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง
 - 3.2 การรับรู้ความรุนแรง
 - 3.3 ปัจจัยส่วนบุคคล

การบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

การบาดเจ็บศีรษะมักเกิดจากมีแรงที่เข้ามากระทำต่อศีรษะและร่างกายแล้วก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะและสมองกับเส้นประสาทสมอง (ศุภโชค, 2547) ซึ่งอาจทำให้มีหรือไม่มี การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว โดยความรุนแรงของการบาดเจ็บจะขึ้นกับแรงที่มากระทำต่อศีรษะ (Hartwig, 2008) การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะมีความสำคัญต่อการรักษาและการพยากรณ์โรค ซึ่งการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะจะต้องกระทำตั้งแต่ระยะแรกของการบาดเจ็บ ในปัจจุบันนิยมใช้แบบประเมินระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกว์ (Glasgow Coma Score: GCS) (จเร, 2549; นครชัย, 2546; ศักดิ์ชัย, 2548; ศุภโชค; สงวนสิน, 2546; Hickey, 2003; Mateo, 2003; Oyesiku, 2005) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมิน

ระดับความรู้สึกรู้ตัวได้อย่างรวดเร็วและมีความแม่นยำ เป็นดัชนีชี้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ ตลอดจนสามารถพยากรณ์โรคภัยหลังจากการบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งก่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันของ ทีมรักษาพยาบาลมากกว่าวิธีอื่น โดยจะประเมินใน 3 องค์ประกอบ คือ การลืมตา (คะแนน 1-4) การเคลื่อนไหว (คะแนน 1-6) และการใช้คำพูด (คะแนน 1-5) ผลรวมของคะแนนทั้งสามด้านสามารถบอกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งคะแนนมากที่สุด คือ 15 คะแนน เป็น ผู้บาดเจ็บที่รู้สึกตัวดี แต่อาจพบประวัติหมดสติหรือจำเหตุการณ์ขณะเกิดเหตุไม่ได้ คะแนนน้อยที่สุด คือ 3 คะแนน เป็นผู้บาดเจ็บที่ไม่รู้สึกตัว มักพบมีการบาดเจ็บศีรษะในระดับที่รุนแรง (जर; ศุภโชค; สงวนสิน; Hickey) การบาดเจ็บศีรษะสามารถแบ่งตามระดับความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) บาดเจ็บศีรษะรุนแรง (severe traumatic brain injury) พบได้ร้อยละ 5 2) บาดเจ็บศีรษะปานกลาง (moderate traumatic brain injury) พบได้ร้อยละ 5-10 และ 3) บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (mild traumatic brain injury) พบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 85-90 (Flaada et al., 2007)

ลักษณะของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

การบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเป็นการบาดเจ็บจากการได้รับการกระทบกระเทือนหรือ การเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยภายหลังการบาดเจ็บผู้บาดเจ็บไม่รู้สึกตัวนานน้อยกว่า 20 นาที หรือจำเหตุการณ์ขณะเกิดเหตุไม่ได้ (นกรชัย, 2546; Cushman et al., 2001; Evan, 2006; Geijerstam & Britton, 2003) อย่างไรก็ตามยังสรุปได้ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย เมื่อประเมินด้วยคะแนน GCS ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ คะแนน GCS ระดับ 13-15 (जर, 2549; ศุภโชค, 2547; Hickey, 2003) คะแนน GCS ระดับ 14-15 (นกรชัย; Evan; Huynh et al., 2006; Selladurai & Reilly, 2007) และคะแนน GCS 15 (Geijerstam & Britton) มีการศึกษาความแตกต่างของความผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีคะแนน GCS 13 14 และ 15 ดังเช่นการศึกษาของจายเจอส์เตน และบริทตัน (Geijerstam & Britton) พบว่า ผู้บาดเจ็บศีรษะที่มีคะแนน GCS 15 ตรวจพบความผิดปกติ ร้อยละ 10 GCS 14 ตรวจพบความผิดปกติ ร้อยละ 17 และ GCS 13 ตรวจพบความผิดปกติ ร้อยละ 32 การศึกษาของแอนแดรด และคณะ (Andrade et al., 2006) พบว่า ผู้บาดเจ็บศีรษะที่มีคะแนน GCS 15 ตรวจพบความผิดปกติ ร้อยละ 69.7 GCS 14 ตรวจพบความผิดปกติ ร้อยละ 67.3 และ GCS 13 ตรวจพบความผิดปกติ ร้อยละ 80.4

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้บาดเจ็บที่มีระดับคะแนน GCS 13 เกิดความผิดปกติทางสมองมากกว่า ผู้บาดเจ็บที่มีระดับคะแนน GCS 14 และ 15 อย่างชัดเจน ทำให้ผู้บาดเจ็บที่มี GCS 13 ได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลเช่นเดียวกับผู้บาดเจ็บศีรษะปานกลางหรือ

มีระดับคะแนน GCS 9-12 ในการศึกษาครั้งนี้จึงขอสรุปลักษณะของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย คือ การได้รับการกระทบกระเทือนหรือมีการบาดเจ็บของศีรษะ โดยผู้บาดเจ็บไม่มีความผิดปกติทางระบบประสาท แต่อาจมีอาการหมดสติหลังจากได้รับบาดเจ็บไม่เกิน 20 นาที หรือจำเหตุการณ์ขณะเกิดเหตุไม่ได้ ที่มีระดับคะแนน GCS 14-15 คะแนน

พยาธิสรีรภาพการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

การบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นทันทีที่มีแรงมากระทำต่อศีรษะ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนที่ของศีรษะอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจทำให้ศีรษะเคลื่อนที่เร็วขึ้น หรือหยุดการเคลื่อนที่ (Selladurai & Reilly, 2007) โดยวัตถุที่มากระทบอาจเป็นวัตถุที่ไม่มีคม หรือมีคม แต่ไม่มีการแทงทะลุกะโหลกศีรษะส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพขึ้นภายหลังการบาดเจ็บ โดยพยาธิสภาพการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยสามารถแบ่งได้ตามระยะเวลาการบาดเจ็บ ได้แก่ การบาดเจ็บศีรษะระยะแรก และการบาดเจ็บศีรษะระยะที่สอง (จเร, 2549; Karen, 2005; Selladurai & Reilly; Scot, 2005) ดังนี้

1. การบาดเจ็บระยะแรก (primary brain injury) เป็นพยาธิสรีรภาพที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ที่มีแรงมากระทบศีรษะ ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของอวัยวะชั้นต่าง ๆ ของศีรษะดังนี้

1.1 การบาดเจ็บที่หนังศีรษะ (scalp) ลักษณะของการบาดเจ็บขึ้นอยู่กับลักษณะของวัตถุ ความเร็ว น้ำหนัก ความรุนแรงและทิศทางของแรงที่กระทบบนศีรษะ เช่น หนังศีรษะบวม ช้ำ (contusion) เป็นการชอกช้ำที่หนังศีรษะชั้นนอกที่เกิดจากวัตถุไม่มีคม ซึ่งเกิดจากแรงกระทบในแนวตรง ก้อนเลือดคั่งที่ซับเกลียด (subgaleal hematoma) เกิดจากแรงกระทบลงบนศีรษะในแนวเฉียง ทำให้หนังศีรษะเกิดการเคลื่อนที่บนกะโหลกศีรษะ เกิดการฉีกขาดของเส้นเลือดดำเอมิสซารี (emissary vein) โดยที่หนังศีรษะไม่มีลักษณะของการบาดเจ็บ หนังศีรษะถลอก (abrasion) เป็นการบาดเจ็บของหนังศีรษะที่มีการหลุดของผิวหนังชั้นหนังกำพร้าและหนังศีรษะฉีกขาด (laceration) เป็นการบาดเจ็บที่หนังศีรษะเกิดบาดแผลจากวัตถุมีคมแผลมักมีขอบเรียบ แต่ถ้าวัตถุที่ขอบแผลจะชอกช้ำและไม่เรียบ บางครั้งหนังศีรษะขาดหาย (avulsion)

1.2 การบาดเจ็บของกะโหลกศีรษะ (skull) พบกะโหลกศีรษะแตก โดยอาจเป็นแบบแตกยาว (linear fracture) หรือแบบแตกยุบ (depressed fracture) ซึ่งเกิดจากแรงกระทบที่มีพลังมากทำให้กะโหลกแตกเป็นเสี่ยงและยุบตัวลง รอยแตกอาจยาวลงไปถึงฐานกะโหลก (basilar fracture) ทำให้ผู้บาดเจ็บเกิดอาการเขียวช้ำรอบดวงตา (recoon's eyes) หรือพบรอยช้ำบริเวณหลังหู (battle's sign) อาจเกิดขึ้นภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บ (Hickey, 2003) โดยผู้บาดเจ็บจะมี

น้ำไขสันหลัง (cerebral spinal fluid: CSF) ไหลออกมาจากจมูก (rhinorrhea) หรือทางหู (otorrhea) ร้อยละ 6 จะพบภาวะเลือดออกในสมอง (นครชัย, 2546)

1.3 การบาดเจ็บภายในกะโหลกศีรษะ เป็นการบาดเจ็บของแอกซอน (axon) ซึ่งเกิดขึ้นในการบาดเจ็บศีรษะทุกระดับความรุนแรง (Selladurai & Reilly, 2007) โดยเป็นการบาดเจ็บของสมองที่เกิดโดยเฉพาะต่อ axon ส่งผลให้การทำหน้าที่ของสมองหยุดชะงักลง ทำให้ไม่สามารถสั่งการได้ ผู้บาดเจ็บจะมีการหมดสติทันทีภายหลังจากการบาดเจ็บ หลังจากนั้นผู้บาดเจ็บจะมีการสับสนและสูญเสียความจำอาจเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด (post-traumatic amnesia) การฟื้นตัวกลับจะเป็นไปได้มากขึ้นกับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ซึ่งตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่สุดใช้บอกความรุนแรง คือ ระยะเวลาของการหมดสติและการสูญเสียความจำว่าเกิดขึ้นนานเท่าไร ในการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยการบาดเจ็บของ axon จะเป็นภาวะที่เซลล์สมองถูกกระทบกระเทือนแบบไม่รุนแรง ทำให้ไม่สามารถสั่งการได้ชั่วคราว และสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้อย่างสมบูรณ์ ผู้บาดเจ็บจะมีการหมดสติชั่วคราวประมาณ 5-10 นาที เมื่อฟื้นขึ้นมาจะตรวจไม่พบความผิดปกติของระบบประสาท แต่ผู้บาดเจ็บอาจจำเหตุการณ์ไม่ได้ (จเร, 2549)

2. การบาดเจ็บศีรษะระยะที่สอง (secondary brain injury) เป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นภายหลัง ซึ่งจัดเป็นภาวะแทรกซ้อนของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย โดยพบได้ร้อยละ 3.9 - 38 (Geijerstam & Britton, 2003; Ibenez et al., 2004; Saboori & Ahmadi, 2006; Thiruppathy & Multhukumar, 2004) โดยอาจใช้เวลาเป็นนาฬิกา ชั่วโมง วัน หรืออาจนานเป็นสัปดาห์ (ศิริพจน์, 2548; Boussard et al., 2006; Ono, Wada, Takahara, & Shirotani, 2007) ซึ่งเมื่อเกิดการบาดเจ็บศีรษะในระยะนี้ขึ้น ส่งผลให้การพยากรณ์โรคไม่ดี (Hickey, 2003) แต่ถ้าได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที จะช่วยลดอัตราการตายและความพิการได้ (จเร, 2549; สมพร, 2543) โดยการบาดเจ็บศีรษะระยะที่สองหรือภาวะแทรกซ้อนที่พบจากการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย มีดังนี้ (Geijerstam & Britton; Kushner, 2001)

2.1 ก้อนเลือดในโพรงศีรษะ (intracranial hematoma) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถป้องกันได้ (Fabbri et al., 2004) และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้บาดเจ็บกลับมารักษาในโรงพยาบาล (Boussard et al., 2006) พบได้ร้อยละ 8 ของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (Geijerstam & Britton, 2003) โดยสามารถพบได้หลายตำแหน่ง คือ

2.1.1 ก้อนเลือดเหนือเยื่อหุ้ม (epidural hematoma: EDH) เกิดจากการแตกของกะโหลกร่วมกับมีการฉีกขาดของเส้นเลือดแดงเม็นนิงเจียลเส้นกลาง (middle meningeal artery) ผู้บาดเจ็บจะหมดสติไปชั่วระยะเวลาหนึ่งต่อมาฟื้นสติ และมักมีผลเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์สมองปกติในระยะแรก ต่อมาจะมีอาการเลวลงอย่างช้า ๆ จากก้อนเลือดไปกดสมอง อาจเกิดขึ้นในระหว่าง

วันที่ 1-6 ภายหลังการบาดเจ็บ โดยอาการและอาการแสดงมักจะเริ่มด้วยการปวดศีรษะแบบไม่รุนแรง (Inamasu et al., 2001) ซึ่งหากให้การช่วยเหลือไม่ทัน ผู้บาดเจ็บจะไม่รู้สึกตัวและเสียชีวิตในเวลาต่อมา วิธีการรักษาเป็นการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก โดยผลการผ่าตัดส่วนใหญ่ผู้บาดเจ็บกลับมาเป็นปกติได้ดี (Chulaneurosurgery, 2008) ซึ่งสามารถพบได้ร้อยละ 1 ของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีระดับคะแนน GCS 15 (Geijerstam & Britton, 2003) และร้อยละ 11.81 ของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน (Boussard et al., 2006)

2.1.2 ก้อนเลือดใต้เยื่อหุ้มสมอง (subdural hematoma: SDH) เกิดจากมีการฉีกขาดของเส้นเลือดดำบริดจิง (bridging veins) การเกิดก้อนเลือดอาจเป็นแบบรวดเร็วภายใน 48 ชั่วโมง หรืออาจใช้เวลานานเป็นวัน หรือนานถึง 3 สัปดาห์ (Inamasu et al., 2001; Lee, Liu, Wong, Yeh & Tzaan, 2001; Lee, 2008) โดยในผู้สูงอายุสมองจะฝ่อลงทำให้มีช่องว่างใต้เยื่อหุ้มสมองมากกว่าคนอายุน้อย เมื่อเลือดออกในระยะแรกจึงไม่มีอาการ ต่อมาจะมีเยื่อมาหุ้มก้อนเลือด เมื่อเวลาผ่านไปก้อนเลือดจะละลายกลายเป็นของเหลวหรือเลือดเก่าและอาจมีเลือดออกซ้ำบริเวณเยื่อหุ้มเข้าไปในก้อนเลือดทำให้ขนาดใหญ่ขึ้น เมื่อถึงจุดหนึ่งสมองทนขีดจำกัดไม่ได้เกิดมีอาการแสดงออกมา เช่น แขนขาอ่อนแรงหรือปวดศีรษะหรือซึมลง เป็นต้น ซึ่งเป็นอาการที่ทำให้ผู้บาดเจ็บมาโรงพยาบาล (Chulaneurosurgery, 2008) โดยพบว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด ร้อยละ 34.70-47.24 ของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน (Boussard et al., 2006; Saboori & Ahmadi, 2006) และพบได้ร้อยละ 1.3 ของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีระดับคะแนน GCS 15 (Geijerstam & Britton, 2003)

2.1.3 ก้อนเลือดใต้เยื่อเรอคนอยค์ (subarachnoid hematoma: SAH) เกิดจากการฉีกขาดของ bridging veins ระหว่างผิวสมองและแองเจเลือดดำใหญ่ (venous sinus) เลือดจะกระจายอยู่ใน CSF และไม่จับตัวเป็นก้อน ซึ่งถ้าเลือดออกไม่มาก อาการผิดปกติจะมีเพียงช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ซึ่งอาจกลับมาเป็นปกติได้โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษา (จเร, 2549) สามารถพบได้ ร้อยละ 15.2 ของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน (Saboori & Ahmadi, 2006)

2.2 เนื้อสมองช้ำ (brain contusion) เป็นการบาดเจ็บที่เนื้อสมองที่มีเลือดแทรกอยู่ระหว่างเซลล์สมองใต้เยื่อเพีย (subpial space) โดยไม่มีการฉีกขาดของเยื่อ อเรอคนอยค์ (achnoid) และเพีย (pia) ทำให้ผิวของสมองมีสีคล้ำ ซึ่งมักเกิดจากมีแรงกระทบทำให้ศีรษะมีการเคลื่อนไหว ทำให้สมองเคลื่อนภายในกะโหลกศีรษะ ส่งผลให้ด้านตรงข้ามเกิดการกระทบกับบริเวณด้านในของกะโหลกจนเกิดการบาดเจ็บ (contrecoup lesion) และบางครั้งแรงกระทบบนศีรษะที่รุนแรง จะทำให้กะโหลกจะมีการเปลี่ยนรูป แดก หรือยุบลงตรงบริเวณที่ถูกกระทบ ซึ่งอาจทำให้สมองบริเวณนั้นชอกช้ำหรือฉีกขาด (coup lesion) (จเร, 2549) โดยส่วนใหญ่ภาวะสมองช้ำ

มักจะพบที่บริเวณสมองส่วนหน้ากับด้านข้าง เนื่องจากกะโหลกศีรษะบริเวณนี้มีลักษณะขรุขระ ภาวะสมองซ้ำอาจมีเลือดออกหรือไม่มีเลือดออกก็ได้ ในระยะแรกอาจพบสมองซ้ำขนาดเล็ก เมื่อระยะเวลาผ่านไปขนาดอาจใหญ่ขึ้นหรือมีเลือดออกทำให้อาการเลวลงได้ (Chulaneurosurgery, 2008) ซึ่งสามารถพบได้ร้อยละ 19.63 ของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (Boussard et al., 2006)

2.3 สมองบวม (cerebral edema) เป็นภาวะที่เนื้อสมองเพิ่มปริมาตร เนื่องจากสมองบวมภายหลังการบาดเจ็บศีรษะ โดยปัจจัยที่ทำให้สมองบวมมากขึ้นอาจเกิดจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนน้ำทั้งภายนอกและภายในเซลล์ หรือการเพิ่มปริมาตรของน้ำหล่อเลี้ยงสมอง หรือมีก้อนเลือดในเนื้อสมอง

2.4 ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure: IICP) เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตของผู้บาดเจ็บ และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีอาการเลวลง (Livingston et al., 2000) โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะ IICP ได้แก่ การเพิ่มปริมาตรในสมอง การมีเลือดในสมองเพิ่มขึ้น และการทำให้มี CSF เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่งเสริมได้แก่ ภาวะเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจน (hypoxia) การไหลเวียนกลับของเลือดดำไม่สะดวก การเผาผลาญที่เพิ่มขึ้นจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ภาวะไข้สูง อุณหภูมิร่างกายต่ำเกินไป ความเจ็บปวด และการเสียสมดุลของอิเล็กโตรลัยท์ (Lan, 2004)

การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง

การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงมากที่สุด ในการดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะ โดยเฉพาะผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ซึ่งเป็นกลุ่มผู้บาดเจ็บที่มักถูกกละเลยมองข้าม รวมถึงอาจเกิดการวินิจฉัยที่ผิดพลาด เกิดขึ้นเนื่องจากลักษณะของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่ไม่มีความผิดปกติทางระบบประสาทในระยะแรก (Hartwig, 2008; Stiell et al., 2001) โดยผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่ไม่มีอาการแสดงความผิดปกติทางระบบประสาท อาจมีการบาดเจ็บที่ซ่อนเร้นหรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการบาดเจ็บที่อาจทำให้ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตได้ จึงมีความจำเป็นที่ผู้บาดเจ็บต้องได้รับการสังเกตอาการเพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง โดยเริ่มตั้งแต่สงสัยว่ามีการบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกในสมองจะขึ้นอยู่กับอัตราการเกิดเลือดออกในสมอง ถ้าเส้นเลือดที่ฉีกขาดมีขนาดเล็กจะพบอาการและอาการแสดงอย่างช้า ๆ อาจเกิดในระยะ 3 วัน หรือนานถึง 3 สัปดาห์ (Inamasu et al., 2001; Lee et al., 2001; Lee, 2008) การค้นพบความผิดปกติภายในสมองตั้งแต่ในระยะแรก จะทำให้สามารถตัดสินใจให้การดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว สามารถช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บและลดความพิการได้ (Vos et al., 2002) การเฝ้าระวัง

ภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย มี 2 ระยะ คือ ระยะอยู่โรงพยาบาล และระยะอยู่ที่บ้าน ดังนี้

ระยะอยู่โรงพยาบาล

การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ระยะอยู่โรงพยาบาล จะขึ้นอยู่กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งพิจารณาจากระดับคะแนน GCS อาการ และอาการแสดง รวมถึงประวัติการบาดเจ็บศีรษะ โดยสามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (นครชัย, 2546; Fabbri et al., 2004; Ibenes et al., 2004; Shiomi & Echigo, 2004; Thiruppathy & Multhukumar 2004; Vos et al., 2002)

1. กลุ่มเสี่ยงเล็กน้อย (low risk) เป็นผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีระดับคะแนน GCS 15 ที่ตรวจไม่พบความผิดปกติทางระบบประสาทและไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นกลุ่มผู้บาดเจ็บที่มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในสมองที่ต้องการการผ่าตัดมีน้อยกว่าร้อยละ 1 ผู้บาดเจ็บสามารถกลับบ้านได้ภายหลังการตรวจ ณ ห้องฉุกเฉิน โดยผู้บาดเจ็บและผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำในการสังเกตอาการภาวะเลือดออกในสมองต่อที่บ้าน กรณีไม่มีผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อทำการสังเกตอาการภาวะเลือดออกในสมอง 24 ชั่วโมง

2. กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (medium risk) เป็นผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีระดับคะแนน GCS 15 โดยมีอาการและอาการแสดงอย่างน้อย 1 อาการ คือ มีประวัติสลับ จำเหตุการณ์ไม่ได้ อาเจียน ปวดศีรษะ โดยผู้บาดเจ็บจะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกในสมองที่ต้องการการผ่าตัด ร้อยละ 1-3 เป็นกลุ่มผู้บาดเจ็บที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อทำการสังเกตอาการภาวะเลือดออกในสมอง 24 ชั่วโมง

3. กลุ่มเสี่ยงสูง (high risk) เป็นผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีระดับคะแนน GCS 14 หรือ 15 ที่มีประวัติการบาดเจ็บไม่ชัดเจน ได้รับการกระทบอย่างรุนแรง จำเหตุการณ์ก่อนเกิดเหตุไม่ได้ นานกว่า 20 นาที มีการบาดเจ็บเหนือระดับกระดูกไหปลาร้าขึ้นไป และ/หรือ มีสัญญาณที่บ่งชี้ว่าการแตกตัวของกะโหลกศีรษะ ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียนรุนแรงหรืออาเจียนพุ่ง ตรวจพบความผิดปกติทางระบบประสาท ชัก อายุน้อยกว่า 2 ปี หรือมากกว่า 60 ปี การแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ รวมถึงการได้รับพิษจากแอลกอฮอล์ หรือยา โดยผู้บาดเจ็บมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ร้อยละ 15-20 และต้องการการผ่าตัด ร้อยละ 2-6 เป็นกลุ่มผู้บาดเจ็บที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อทำการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด 24-48 ชั่วโมง และควรได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan)

การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ใน 24 ชั่วโมงแรก ในระยะอยู่โรงพยาบาล มีดังนี้

1. การประเมินระดับความรู้สึกตัว ทุก 15 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรก และทุก 1 ชั่วโมง อย่างน้อย 12 ชั่วโมง (Ingebrigtsen, Ronmer & Kock-Jensen, 2000) การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวเป็นอาการที่สังเกตได้เร็วที่สุดเมื่อเกิดความผิดปกติของสมอง โดยเฉพาะภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งระดับความรู้สึกตัวสามารถบอกถึงสถานะที่ดีขึ้นหรือเลวลง (วิจิตร และ นภาพกรณ์, 2546; Hickey, 2003) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวอาจเป็นไปอย่างช้า ๆ ระยะเวลาเป็นวันหรือสัปดาห์ หรืออาจเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วภายใน 10-15 นาที อาการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกแสดงถึงความรุนแรงของการทำลายโดยทั่วไปของสมอง ถ้าเวลาผ่านไประดับความรู้สึกตัวที่เลวลงแสดงว่าอาจมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงหรือมีเลือดออกในสมอง (วิจิตร และ นภาพกรณ์) โดยระดับคะแนน GCS ที่ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 หมายถึง ภาวะที่ผู้บาดเจ็บมีระดับความรู้สึกตัวที่เลวลง (Ingebrigtsen et al.) ซึ่งประกอบด้วย

การลืมตา (eye opening) การลืมตาจะสามารถประเมินหน้าที่ของศูนย์ควบคุมระดับความรู้สึกตัว (reticular activating system) โดยมีคะแนน GCS 4 คะแนน ตามการตอบสนอง ประกอบด้วย ลืมตาได้เอง ได้ 4 คะแนน ลืมตาเมื่อเรียก ได้ 3 คะแนน ลืมตาเมื่อเจ็บ ได้ 2 คะแนน และไม่ลืมตาเลย ได้ 1 คะแนน ในกรณีที่ผู้บาดเจ็บลืมตาทั้งสองข้างต่างกันบันทึกคะแนนโดยเลือกข้างที่ตอบสนองดีที่สุด

การพูดที่ดีที่สุด (best verbal response) เพื่อประเมินความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น โดยมีคะแนน GCS 5 คะแนน ซึ่งสามารถพิจารณาได้คือ พูดคุยได้ไม่สับสน คือ รู้เวลาสถานที่ และบุคคล รวมถึงผู้บาดเจ็บที่มีการรับรู้ปกติแต่มีพยาธิสภาพของสมองบริเวณที่ควบคุมการพูด ทำให้อาจพูดไม่ได้ หากผู้บาดเจ็บสามารถเขียนสื่อสารได้ถูกต้อง ได้ 5 คะแนน พูดคุยได้แต่สับสน (disoriented) โดยผู้บาดเจ็บมักจะตอบคนละเรื่องกับคำถาม ได้ 4 คะแนน พูดเป็นคำ ๆ (speech inappropriate) ผู้บาดเจ็บไม่สามารถพูดเป็นประโยคได้ แต่จะพูดเป็นคำสั้น ๆ ได้ 3 คะแนน ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด (sound incomprehensible) ผู้บาดเจ็บไม่ได้ตอบด้วยคำพูดเลยมีแต่เสียงในลำคอ เช่น เสียงคราง ได้ 2 คะแนน และไม่ออกเสียงเลย (no response) ผู้บาดเจ็บจะไม่ออกเสียงเลย แม้จะถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด ได้ 1 คะแนน

การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (best motor response) เพื่อดูการควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายของสมอง ในทางปฏิบัติจะประเมินการเคลื่อนไหวของแขนขาเท่านั้น เนื่องจากเห็นได้ชัดกว่าและไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองของไขสันหลัง (withdrawal spinal reflex) เข้ามาเกี่ยวข้อง โดยมีคะแนน GCS 6 คะแนน การให้คะแนนพิจารณาจากการตอบสนอง คือ ทำตามสั่ง (obey

verbal command) ได้ 6 คะแนน ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (localize pain) กระตุ้นด้วยความเจ็บปวดแล้ว ผู้บาดเจ็บสามารถเอามือมาปิดหรือยกขึ้นมาบริเวณที่ถูกกระตุ้นได้ ได้ 5 คะแนน ชักแขนขาหนี (flexion withdrawal) ผู้บาดเจ็บจะรู้สึกเจ็บป่วยเมื่อถูกกระตุ้นแต่ไม่ทราบตำแหน่งกระตุ้นจึงมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดโดยไม่มี ความหมาย ได้ 4 คะแนน แขนงอเมื่อเจ็บ (abnormal flexion) เมื่อกระตุ้นด้วยความเจ็บปวดผู้บาดเจ็บจะเกร็ง งอแขนชิดอก นิ้วมือกำเข้าหากัน ขาเหยียดตรง (decorticate rigidity) ซึ่งเป็นภาวะที่สมองใหญ่เสียหายที่จนถึงระดับไดเอนเซฟฟาโลนส์ (diencephalons) ได้ 3 คะแนน แขนเหยียดเกร็งเมื่อเจ็บ (abnormal extension) ผู้บาดเจ็บจะมีลักษณะเกร็งแขนแนบเข้าหากัน คอเหยียดออกจากลำตัว ขาเหยียดตรง (decerebrate rigidity) ซึ่งแสดงว่ามีพยาธิสภาพที่ระดับแกนสมอง (midbrain) ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย (no response) ผู้บาดเจ็บจะไม่มี การตอบสนองต่อความเจ็บปวดเลย แต่อาจมีการเคลื่อนไหวที่เกิดจากการตอบสนองแบบอัตโนมัติของไขสันหลัง (withdrawal spinal reflex) ให้เห็นเท่านั้น ได้ 1 คะแนน โดยในกรณีที่ผู้บาดเจ็บมีการเคลื่อนไหวของแขนขาทั้งสองข้างไม่เท่ากัน ให้บันทึกคะแนนของข้างที่ดีที่สุด

2. การประเมินส่วนที่มีพยาธิสภาพของสมอง ซึ่งต้องประเมินร่วมกับการประเมินระดับความรู้สึกตัว (Ingebrigtsen et al., 2000)

2.1 ขนาดของรูม่านตา (pupil) ในภาวะปกติมีขนาด 2-4 มิลลิเมตร และมีขนาดเท่ากันสองข้าง ในการบันทึกให้ลงขนาดของรูม่านตา และปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา ประกอบด้วย รูม่านตามีปฏิกิริยาโดยตรง (direct light reflex) รูม่านตาไม่มีปฏิกิริยา (on react to light) และรูม่านตามีปฏิกิริยาเชื่องช้ากว่าปกติ (sluggish) โดยความผิดปกติที่พบในผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ได้แก่ ขนาดของรูม่านตาไม่เท่ากัน โดยความผิดปกติของสมองจะเกิดซีกเดียวกันกับขนาดของรูม่านตาที่มีความผิดปกติ นอกจากนี้รูปร่างของรูม่านตายังบอกถึงความผิดปกติ ได้แก่ รูม่านตารูปไข่ พบได้ในผู้บาดเจ็บที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากการกดเบียดของพื้นที่ในสมอง ดังเช่นภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งก่อนที่รูม่านตาจะขยายขนาดใหญ่ขึ้นจะเปลี่ยนรูปร่างเป็นรูปไข่ก่อน และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วมาก

2.2 การเคลื่อนไหวและกำลังของแขนขา การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุดจะบอกหน้าที่ของสมองทั้งหมด แต่ถ้ามีการเสียหายของสมองบางส่วน (localize brain damage) จะทราบได้จาก การตรวจแขนขาข้างที่เคลื่อนไหวน้อยที่สุด โดยการตรวจทั้งกำลังและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ แขนขาทั้งสองข้างเปรียบเทียบกัน ในผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยซึ่งเป็นผู้บาดเจ็บที่รู้สึกตัวจะสามารถตรวจพบกล้ามเนื้อตึงแต่มีอาการอ่อนแรงเล็กน้อย (ทิพพาวร, 2545) ซึ่งอาการอ่อนแรงของแขนขาจะบอกถึงภาวะผิดปกติในสมองในด้านตรงข้ามกัน

3. การวัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพเป็นอาการแสดงที่สำคัญอย่างหนึ่งในการประเมินผู้บาดเจ็บทางระบบประสาท ซึ่งจะต้องประเมินควบคู่ไปกับระดับความรู้สึกตัว โดยสัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนมักพบในระยะหลังของการบาดเจ็บศีรษะ (ทิพพافر, 2545) เนื่องจากร่างกายมีระบบการชดเชย (compensate) โดยกลไกการควบคุมอัตโนมัติ (auto regulation) ซึ่งเป็นช่วงระยะแรกที่เกิดการกดเบียดพื้นที่ในสมอง โดยอาจเกิดจากภาวะเลือดออกในสมอง ร่างกายจะมีกลไกควบคุมอัตโนมัติของสมองเพื่อรักษาปริมาตรของพื้นที่ในสมอง โดยการดูดซึมน้ำไขสันหลังเข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น และจะควบคุมปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองให้คงที่อยู่เสมอ ระยะเวลาที่ผู้บาดเจ็บจะรู้สึกตัวและไม่พบการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ แต่ถ้าภาวะการกดเบียดของพื้นที่ในสมองไม่ได้รับการแก้ไข จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่เรียกว่า อาการคushing's sign ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากความดันในกะโหลกศีรษะสูงมากขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจะพบว่า การเต้นของชีพจรจะเป็นสิ่งแสดงอย่างแรกที่เกิดขึ้น คือ อัตราการเต้นของหัวใจช้าลงเหลือ 40-50 ครั้งต่อนาที จังหวะไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากหัวใจต้องบีบตัวแรงมากขึ้นเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น (ทิพพافر) ความดันซิสทอลิก (systolic blood pressure) สูงขึ้น ความดันไดแอสทอลิก (diastolic blood pressure) ต่ำลงเล็กน้อยอย่างไม่ได้สัดส่วนกัน ทำให้ค่าความดันชีพจร (pulse pressure) กว้างขึ้น การหายใจช้าและไม่สม่ำเสมอ จากมีการรบกวนศูนย์ควบคุมการหายใจ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการประเมินสัญญาณชีพจึงต้องให้ความสำคัญถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแม้เพียงเล็กน้อย โดยในระยะนี้หากได้รับการแก้ไขผู้บาดเจ็บอาจรอดชีวิต (วิจิตรา และ นภภรณ์, 2546)

4. ประเมินอาการและอาการแสดงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ได้แก่ (Ibenez et al., 2004; Saboori & Ahmadi, 2006; Shiomi & Echigo, 2004; Thiruppathy & Multhukumar, 2004)

4.1 ปวดศีรษะ สาเหตุจากมีการดึงรั้งของผนังหลอดเลือดดำ หลอดเลือดแดง บริเวณฐานสมองและเยื่อหุ้มสมอง โดยจะพบในผู้บาดเจ็บศีรษะถึงร้อยละ 80 (ทิพพافر, 2545) ในผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย อาการปวดศีรษะที่รุนแรงขึ้นหรือเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นอาการที่บ่งบอกถึงความผิดปกติภายในกะโหลกศีรษะ

4.2 อาเจียน เป็นอาการที่บ่งบอกถึงภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งเกิดจากมีการกดเบียดของเนื้อสมองโดยมีสาเหตุมาจากภาวะเลือดออกในสมอง

4.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น เช่น ตาพร่ามัวหรือเห็นภาพซ้อน เป็นอาการของข้อประสาทตาบวม (papilloedema) หรือมีการกดเบียดเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3 ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับการมองเห็น เป็นต้น

4.4 อาการชัก เกร็งกระตุก

4.5 มีเลือดหรือน้ำใส ๆ ไหลออกจากหู หรือจมูก หรือรู้สึกว่ามีเลือดคอก เกิดจากการรั่วของ CSF ซึ่งเป็นอาการที่แสดงถึงการแตกรั่วของฐานกะโหลกศีรษะ โดยอาจไม่สามารถตรวจพบได้ด้วยการเอ็กซ์เรย์กะโหลก (Selladurai & Reilly, 2007)

ระยะอยู่ที่บ้าน

การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองในระยะที่ผู้ป่วยเจ็บอยู่ที่บ้านเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งช่วยให้สามารถค้นพบความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะแรก ผู้บาดเจ็บที่ได้รับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองในโรงพยาบาลหลัง 24 ชั่วโมงแรกแล้ว ผู้บาดเจ็บรู้สึกตัวดี แต่อาจมีอาการปวดศีรษะ มึนงง ตรวจไม่พบความผิดปกติของระบบประสาท มีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ยกเว้นกรณีผู้ป่วยเจ็บมีประวัติของโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือโรคทางเดินหายใจ อาจมีค่าสัญญาณชีพที่ผิดปกติ ซึ่งไม่ได้เกิดจากพยาธิสภาพใต้กะโหลกศีรษะ มีผู้ดูแลที่บ้านที่เชื่อถือได้ เพื่อเป็นผู้ทำการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ผู้บาดเจ็บจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปพักฟื้นที่บ้านพร้อมคำแนะนำการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง (Fabbri et al., 2004) โดยบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองในระยะที่ผู้ป่วยเจ็บศีรษะอยู่ที่บ้าน มีดังนี้

1. ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย บทบาทการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ได้แก่ การติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกในสมองที่ผู้บาดเจ็บจะต้องมาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการ คือ มึนงง ปวดศีรษะรุนแรงซึ่งไม่ทุเลาลงหลังได้รับยาบรรเทาปวดพาราเซตามอล (paracetamol) ตาพร่า เห็นภาพซ้อน อาเจียน แขนขาอ่อนแรง เดินเซ พูดลำบาก ชักเกร็งกระตุก มีเลือดหรือน้ำใส ๆ ไหลออกจากหู หรือจมูก หรือไหลลงคอ ชีพจรเต้นช้ามาก หายใจหอบถี่ และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจากเดิม เช่น เอะอะไววาย หงุดหงิดง่าย เป็นต้น (Heng et al., 2007) และการหลีกเลี่ยงกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บศีรษะซ้ำ ดังนี้ (ทิพพาวร, 2545; นครชัย, 2546; ศุภโชค, 2547; สงวนสิน, 2546; Ingebrigtsen et al., 2000)

- 1.1 การสังเกตอาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในสมอง

- 1.2 ไม่ควรรับประทานยานอนหลับ หรือดื่มสุรา เพื่อให้สามารถแยกแยะอาการของภาวะเลือดออกในสมองได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในช่วงสัปดาห์แรกหลังการบาดเจ็บ

1.3 งดการรับประทานยาแก้ปวดที่มีส่วนประกอบของสารละลายลิ้มเลือด เช่น เอสไพริน เป็นต้น เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ยาจะทำให้เลือดไม่แข็งตัว ผู้ป่วยจะมีอาการเลวลงอย่างรวดเร็ว อาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต

1.4 ไม่ควรอยู่คนเดียว โดยเฉพาะในช่วง 2 วันแรก หลังจากกลับจากโรงพยาบาล เนื่องจากภาวะเลือดออกในสมองจะส่งผลให้ผู้บาดเจ็บมีระดับความรู้สึกตัวลดลง

1.5 งดกิจกรรมที่อาจทำให้เกิดความสับสนว่าเป็นอาการเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาท ได้แก่ การใช้สายตาเป็นเวลานาน การดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ การใช้คอมพิวเตอร์ รวมถึงการเล่นกีฬาที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บของศีรษะซ้ำ เช่น ฟุตบอล ตะกร้อ เป็นต้น เพื่อให้สามารถแยกอาการ ปวดศีรษะ ตาพร่า ที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่เกิดจากความผิดปกติทางสมอง

1.6 งดการขับขี่รถยนต์ รถจักรยานยนต์ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องยนต์กลไก เมื่อมีอาการมึนศีรษะ

1.7 พบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการและค้นหาความผิดปกติที่หลบซ่อน

2. ผู้ดูแล ซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเนื่องจากผู้บาดเจ็บอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงที่เลวลง ซึ่งเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ผู้บาดเจ็บไม่ควรอยู่คนเดียว จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล โดยบทบาทของผู้ดูแลในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ได้แก่ การติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกในสมองที่ต้องนำผู้บาดเจ็บมาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการ คือ ระดับความรู้สึกตัวลดลง หมดสติ สับสนพูดคุ้ยไม่รู้เรื่อง หลับมากปลุกตื่นยาก มึนงง จำผู้ดูแลไม่ได้ ปวดศีรษะรุนแรงซึ่งไม่ทุเลาลงหลังได้รับยาบรรเทาปวดพาราเซตามอล ตาพร่า เห็นภาพซ้อน อาเจียน แขนขาอ่อนแรง เดินเซ พูดลำบาก ชักเกร็งกระตุก มีเลือดหรือน้ำใส ๆ ไหลออกจากหูหรือจมูก หรือไหลลงคอ ชีพจรเต้นช้ามาก หายใจหอบลึก และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจากเดิม เช่น เอะอะ วิงวายน หงุดหงิดง่าย เป็นต้น รวมถึงการดูแลผู้บาดเจ็บเพื่อป้องกันการเกิดการบาดเจ็บศีรษะซ้ำ เช่นเดียวกับการเฝ้าระวังของผู้บาดเจ็บศีรษะ ดังนี้

2.1 สังเกตอาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในสมองในช่วง 2 วันแรกหลังกลับจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลควรปลุกผู้บาดเจ็บ ทุก 2 ชั่วโมงขณะหลับ และต้องทำการทดสอบการตอบสนองต่าง ๆ เช่น การพูดคุ้ย การทำตามสั่ง เป็นต้น เพื่อตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ซึ่งจะช่วยให้สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาเมื่อผู้บาดเจ็บมีอาการเปลี่ยนแปลงเลวลง

2.2 ไม่ควรให้ผู้บาดเจ็บรับประทานยานอนหลับ หรือคัมสุรา เพื่อให้สามารถแยกแยะอาการของภาวะเลือดออกในสมองได้อย่างชัดเจน

2.3 ไม่ควรปล่อยให้ผู้บาดเจ็บอยู่คนเดียวโดยเฉพาะในช่วง 2 วันแรกหลังการบาดเจ็บ เนื่องจากภาวะเลือดออกในสมองจะส่งผลให้ผู้บาดเจ็บมีระดับความรู้สึกตัวลดลง

2.4 ดูแลผู้บาดเจ็บให้คงกิจกรรมที่อาจทำให้เกิดความสับสนว่า เป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาท ได้แก่ การใช้สายตาเป็นเวลานาน การดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ การใช้คอมพิวเตอร์ รวมถึงการเล่นกีฬาที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บของศีรษะซ้ำ เช่น ฟุตบอล ตะกร้อ เป็นต้น เพื่อให้สามารถแยกอาการ ปวดศีรษะ ตาพร่า ที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่เกิดจากความผิดปกติทางสมอง

2.5 ดูแลผู้บาดเจ็บงดการขับขีรถยนต์ รถจักรยานยนต์ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องยนต์กลไก เมื่อมีอาการมีศีรษะ

2.6 นำผู้บาดเจ็บไปพบแพทย์ทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติขึ้นเนื่องจากผู้บาดเจ็บกลุ่มนี้ต้องการการรักษาที่รีบด่วน การวินิจฉัยและรับการรักษาอย่างทันที่ จะช่วยลดอัตราการตาย และความพิการของผู้บาดเจ็บ (จเร, 2549; สมพร, 2543) รวมถึงการนำผู้บาดเจ็บพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการและค้นหาความผิดปกติที่หลบซ่อน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง

การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง เป็นพฤติกรรมสุขภาพของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (sick-role behaviors) และผู้ดูแล ซึ่งปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้บาดเจ็บและผู้ดูแล ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย (perceived susceptibility หรือ vulnerability) เป็นการรับรู้ต่อโอกาสในการเกิดปัญหาสุขภาพของบุคคล เป็นลักษณะของการคาดการณ์ล่วงหน้า ซึ่งการรับรู้จะมีระดับแตกต่างกันแต่ละบุคคล ตั้งแต่ไม่รู้ว่าตนเองมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพ จนถึงระดับที่รู้ว่าตนเองมีโอกาสสูงมากที่จะเกิดปัญหาสุขภาพนั้น โดยเปลี่ยนแปลงขึ้นกับความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การคาดคะเนต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นการรับรู้ส่วนบุคคลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ส่งผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ในการร่วมมือทางด้านสุขภาพอนามัย รวมถึงการปฏิบัติตัว

เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเจ็บป่วย ซึ่งการที่บุคคลจะมีการหลีกเลี่ยงจากภาวะโรคหรือภาวะแทรกซ้อน จำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันและมีการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน บุคคลที่มีการรับรู้ความเสี่ยงในระดับสูงจะมีแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพ ระดับสูง (Becker, 1974) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของพฤติกรรม การป้องกันโรค และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (Janz et al., 2002)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นความรู้สึคนึกคิด หรือการคาดการณ์ล่วงหน้าของผู้ บาดเจ็บที่ระยะเล็กน้อยว่าตนเองเป็นผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งการรับรู้นี้จะ ส่งผลกระทบต่อผู้บาดเจ็บแสดงพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการบาดเจ็บที่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองซึ่งจะช่วยให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีเมื่อเกิด ความผิดปกติ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (จิตติมา, 2547; ชาญลักษณ์, 2544; ปิยนุช, 2549; รัชนิย์, 2543; ศิริพร, 2545) กลุ่มบุคคลที่มีสุขภาพดี (รุจิรา, 2548; อัญชติ, 2546; Ali, 2002) และจากการศึกษาของบริเวอรี่ และคณะ (Brewer et al., 2007) ได้รวบรวมงานวิจัย เกี่ยวกับการรับวัคซีน จำนวน 34 เรื่อง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการ รับวัคซีน อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะเลือดออกในสมองกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้บาดเจ็บที่ระยะเล็กน้อย

นอกจากนี้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ระยะเล็กน้อยมีความสำคัญ ต่อการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บที่ระยะเล็กน้อย เนื่องจากผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ต้อง ทำหน้าที่เฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง และนำผู้บาดเจ็บไปพบแพทย์เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ดูแลที่รับรู้ว่าคุณบาดเจ็บที่ระยะเล็กน้อยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองจะปฏิบัติตาม คำแนะนำของแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้บาดเจ็บภายหลังการบาดเจ็บที่ระยะ โดยเฉพาะการ เฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลในกลุ่มมารดาที่ดูแลบุตร (สุภรัตน์, 2543; สุวคนธ์ และผ่องพักต์, 2543) อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บ ที่ระยะเล็กน้อย

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หรือภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย (perceived seriousness หรือ severity) เป็นความเชื่อความรู้สึคนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ที่เกิดขึ้นมีผลทำอันตรายต่อร่างกาย หรือกระทบต่อบทบาทหน้าที่การทำงาน ชีวิตครอบครัว หรือ ความสัมพันธ์ต่าง ๆ โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากจะมีความวิตกกังวลมาก

รู้สึกไม่แน่ใจในความปลอดภัยของตนเอง และมีความต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล (จุฬาลักษณ์, 2547) การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม โดยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นการรับรู้ส่วนบุคคล บุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่เป็นผลดีกับตนเอง และในขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา หรือเกิดผลเสีย (Becker, 1974) โดยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (Janz et al., 2002)

ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีการรับรู้ว่าการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรง ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง จากการศึกษาของวิทท์เทเกอร์ และคณะ (Whittaker et al., 2007) เกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย พบว่า ผู้บาดเจ็บที่รับรู้ว่าการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บไม่มีผลกระทบที่รุนแรงต่อชีวิตจะมีการปฏิบัติตัวไม่ดี ทำให้ความผิดปกติที่เกิดจากการบาดเจ็บศีรษะคงอยู่เป็นเวลานาน นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (กมล, 2548; จิตติมา, 2547; นัยนา, 2544; ปิยนุช, 2549; รัชนิย์, 2543; ศิริพร, 2545; ัญญาลักษณ์, 2544) และกลุ่มบุคคลที่มีสุขภาพดี (เพ็ญประภา, 2546; Ali, 2002; Ho et al., 2005)

นอกจากนี้การรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองเช่นกัน โดยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ผู้ดูแลที่รับรู้ว่าการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเป็นสภาวะการณ์ที่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้บาดเจ็บ ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง เนื่องจากการนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตั้งแต่เกิดความผิดปกติในระยะแรก สามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการได้ (จเร, 2549) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแล (สุภรัตน์, 2543; สุคนธ์ และ ผ่องพักต์, 2543) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยกับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

3. ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของผู้บาดเจ็บและผู้ดูแล ซึ่งคาดว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล ดังนี้

3.1 อายุ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต พัฒนาการและวุฒิภาวะ เนื่องจากอายุที่ต่างกันทำให้มีการรับรู้ข้อมูลและเรียนรู้การเผชิญปัญหาแตกต่างกัน โดยเมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ (Orem, 2001) ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแลกลุ่มที่มีอายุมากขึ้นน่าจะมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองดีขึ้น จากการศึกษาของศิริพร (2545) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การศึกษาของอารี (2543) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดแตกต่างกัน

3.2 ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้และปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ เนื่องจากบุคคลที่ได้รับการศึกษาน้อยจะขาดโอกาสในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงน่าจะมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองมากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำ จากการศึกษาของวรรณกรรมพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพบุคคลที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพ (ณรงค์ และเอกพล, 2546; วรรณิภา, 2545) พฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา (วาริ, 2543) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่ขัดแย้ง ดังเช่น การศึกษาของ ศิริพร (2545) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

3.3 ฐานะทางเศรษฐกิจ ประกอบด้วย อาชีพ รายได้ของครอบครัว โดยบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสุขภาพดีกว่าบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า เนื่องจากบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำหรือมีรายได้น้อยจะไม่มีเวลาในการเอาใจใส่ตนเองมากนัก จะมุ่งความสนใจไปในการหาเลี้ยงชีพเพื่อความอยู่รอด ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำหรือมีรายได้น้อย อาจมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองน้อยกว่ากลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจหรือมีรายได้สูงกว่า เนื่องจากต้องหยุดงานหรือสูญเสียรายได้เพื่อทำการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง จากการศึกษาของวรรณกรรมพบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (สุกรินทร์, 2548) พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลกลุ่มที่มีความเสี่ยง (วรรณิภา, 2545; อุมภรณ์ และกรพร, 2550) พฤติกรรมของผู้ดูแล (วาริ, 2543) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่ขัดแย้ง ดังเช่น การศึกษาของอัญชลี (2546) ที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของครูสตรีวัยกลางคน จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากปัจจุบันมีการกระตุ้นให้ประชาชนมีความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น รวมถึงมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย เพื่อให้ทุกคนมีสุขภาพดี และทุกคนมีสิทธิ์ที่จะเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้เท่าเทียมกัน โดยไม่ต้องสิ้นเปลืองเรื่องค่าใช้จ่าย

3.4 ประสิทธิภาพเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือการดูแลผู้ป่วย โดยบุคคลที่มีประสิทธิภาพจะมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมมากกว่าบุคคลที่ไม่มี ประสิทธิภาพ ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพการบาดเจ็บศีรษะหรือการดูแล ผู้บาดเจ็บศีรษะน่าจะมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ประสิทธิภาพการเจ็บป่วยยังมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย จากการศึกษา ของจุฬาลักษณ์ (2547) พบว่าผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่ไม่มีประสิทธิภาพการเจ็บป่วยมาก่อนมี การรับรู้ความรุนแรงการบาดเจ็บในระดับที่มากกว่าผู้บาดเจ็บที่มีประสิทธิภาพการเจ็บป่วย และการศึกษา ของย้งบลูท โคโรทรี และ คูลูซ (Youngblut, Dorothy, & Kuluz, 2005) พบว่า มารดาที่ไม่มี ประสิทธิภาพการเจ็บป่วยของบุตรมาก่อน มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของบุตรในระดับ ที่มากกว่ามารดาที่มีประสิทธิภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวัง ภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแลได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะเลือดออกในสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย เนื่องจากการรับรู้ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการเกิดพฤติกรรม โดยบุคคลจะเข้าไปใกล้สิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้น น่าจะเกิดผลดีกับตนเองและจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่ปรารถนา ซึ่งพฤติกรรมที่สัมพันธ์ กับสุขภาพ (health-related behavior) ได้แก่ 1) ความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย หรือถ้าอยู่ใน ภาวะความเจ็บป่วยก็จะมีปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีหายจากโรค และ 2) เชื่อว่าการปฏิบัติทางด้าน สุขภาพจะป้องกันหรือเยียวยาความเจ็บป่วยได้ เช่น การคาดคะเนว่าจะลดภาวะคุกคามของการ เจ็บป่วยได้โดยขึ้นกับการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละบุคคล การที่บุคคลรู้ว่าตนเองมีโอกาเสี่ยง ต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและเชื่อว่าปัญหาสุขภาพนั้นมีความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันให้บุคคลมี การหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรคโดยการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีที่สุด (Becker, 1974)

สรุปจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย เป็นกลุ่มที่พบเป็นส่วนใหญ่ของผู้บาดเจ็บศีรษะ ซึ่งเป็น กลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรง อาจตรวจไม่พบความผิดปกติในระยะแรก แต่อาจมีการบาดเจ็บหลบซ่อน ได้แก่การเกิดภาวะเลือดออกในสมองซึ่งเป็นอันตรายที่อาจทำให้ผู้บาดเจ็บเสียชีวิต โดยภาวะเลือดออก ในสมองอาจเกิดขึ้นในระยะเวลาอันเป็นนาที ชั่วโมง วัน หรืออาจนานเป็นสัปดาห์ การเฝ้าระวัง ภาวะเลือดออกในสมองจึงเป็นสิ่งสำคัญในการค้นพบความผิดปกติ ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะอยู่โรงพยาบาลและระยะที่กลับไปอยู่บ้าน ซึ่งในระยะนี้ผู้บาดเจ็บและผู้ดูแลจะมีบทบาท

สำคัญในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง โดยการสังเกตอาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในสมอง หลีกเลี่ยงกิจกรรมต่าง ๆ ที่อาจทำให้เกิดความสับสนว่าเป็นอาการเกี่ยวข้องกับภาวะเลือดออกในสมอง ไม่ควรอยู่คนเดียว โดยเฉพาะในช่วง 2 วันแรกหลังการบาดเจ็บ เนื่องจากภาวะเลือดออกในสมองทำให้ผู้บาดเจ็บมีระดับความรู้สึกตัวลดลง การนำผู้บาดเจ็บมาพบแพทย์ทันทีที่พบความผิดปกติจะช่วยให้ผู้บาดเจ็บได้รับการรักษาที่เหมาะสม ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและการเกิดทุพพลภาพ โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงและปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง จากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้บาดเจ็บ (sick-role behavior) ของเบคเกอร์ (Becker, 1974) เชื่อว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและเชื่อว่าปัญหาสุขภาพนั้นมีความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีการหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรคโดยการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีที่สุด ซึ่งหากผู้บาดเจ็บศรัทธาและผู้ดูแลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่เหมาะสมจะทำการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรเป็นผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่เกิน 48 ชั่วโมง และผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ไม่เกิน 48 ชั่วโมงและผู้ดูแล เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

1. อายุ 15 ปีขึ้นไป
2. มีระดับคะแนน GCS เท่ากับหรือมากกว่า 14

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแล

1. อายุ 15 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ดูแลหลักเมื่อกลุ่มตัวอย่างที่ 1 อยู่ที่บ้าน
3. มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้บาดเจ็บ เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร

เพื่อน และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) โดยใช้การเปิดตารางประมาณค่าอำนาจการทดสอบสหสัมพันธ์ (sample size estimates for bivariate correlation tests) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์ กำหนด

อำนาจการทดสอบ (power of test: $1 - \beta$) เท่ากับ .08 และขนาดของอิทธิพลของตัวแปร (effect size) เท่ากับ .30 ซึ่งเป็นอิทธิพลของตัวแปรในระดับปานกลาง ใช้ในกรณีที่ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรมาก่อน (Polit & Sherman, 1990) เปิดตารางได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 90 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ชุด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย และ ชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย โดยเครื่องมือแต่ละชุด มีรายละเอียดของเครื่องมือดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์การบาดเจ็บศีรษะ และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้บาดเจ็บกับผู้ดูแล

2. แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6 และคำถามทางลบจำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 3, 7, 8 ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้น (linear analog scale) จาก 0-10 โดยเกณฑ์การให้คะแนน ผู้วิจัยกำหนดดังนี้

คำถามทางบวก คะแนน 0 หมายถึง การรับรู้ว่าการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง และ คะแนน 10 หมายถึง การรับรู้ว่าการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองมากที่สุด

คำถามทางลบ คะแนน 0 หมายถึง การรับรู้ว่าการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองมากที่สุด และคะแนน 10 หมายถึง การรับรู้ว่าการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง

ผู้วิจัยแบ่งระดับคะแนนของการรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยรวมและรายข้อ เป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีการกำหนดอันตรภาคชั้นนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการ (ชูศรี, 2544)

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยรวม มีค่าระหว่าง 0 - 80 แบ่งระดับคะแนนได้ ดังนี้

คะแนน 0 - 26.66 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยรวม อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 26.67-53.33 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 53.34-80 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยรวม อยู่ในระดับสูง ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงรายข้อ มีค่าระหว่าง 0-10 แบ่งระดับคะแนนได้ ดังนี้

คะแนน 0-3.33 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยง อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 3.34-6.66 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยง อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 6.67-10 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยง อยู่ในระดับสูง

3. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงการบาดเจ็บของจุฬาลักษณ์ (2547) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อร่างกาย จิตใจ และครอบครัว จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามทางบวก จำนวน 6 ข้อ คือ ข้อ 1, 4, 5, 6, 8, 10 และคำถามทางลบจำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 2, 3, 7, 9 ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้น (linear analog scale) จาก 0-10 โดยเกณฑ์การให้คะแนน ผู้วิจัยกำหนดดังนี้

คำถามทางบวก คะแนน 0 หมายถึง การรับรู้ว่าการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยไม่มีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต และ 10 หมายถึง การรับรู้ว่าการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิตมากที่สุด

คำถามทางลบ คะแนน 0 หมายถึง การรับรู้ว่าการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิตมากที่สุด และ 10 หมายถึง การรับรู้ว่าการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยไม่มีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต

ผู้วิจัยแบ่งระดับคะแนนของการรับรู้ความรุนแรงโดยรวมและรายข้อ เป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีการกำหนดอันตรภาคขั้นนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการ (ชูศรี, 2544)

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงโดยรวมมีค่าระหว่าง 0-100 แบ่งระดับคะแนนได้ ดังนี้

คะแนน 0-33.33 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงโดยรวม อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 33.34-66.66 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 66.67-100 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงโดยรวม อยู่ในระดับสูง

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงรายข้อ มีค่าระหว่าง 0-10 แบ่งระดับคะแนนได้ ดังนี้

- คะแนน 0-3.33 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรง อยู่ในระดับต่ำ
 คะแนน 3.34-6.66 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรง อยู่ในระดับปานกลาง
 คะแนน 6.67-10 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรง อยู่ในระดับสูง

4. แบบสอบถามการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความจำเกี่ยวกับคำแนะนำภายหลังการจำหน่ายของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแลของ เฮง และคณะ (Heng et al., 2007) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีความแตกต่างกันขึ้นกับชุดของแบบสอบถาม คือ ชุดผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามทางบวก จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 1, 7 และคำถามทางลบจำนวน 5 ข้อ คือข้อ 2, 3, 4, 5, 6 และชุดผู้ดูแล จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 5, 7, 8, และคำถามทางลบจำนวน 3 ข้อ คือข้อ 3, 4, 6 ลักษณะคำตอบ มี 2 ระดับ คือ ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ โดยเกณฑ์การให้คะแนน ผู้วิจัยกำหนดดังนี้ คำถามด้านบวก ตอบปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน คำถามด้านลบ ตอบปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน ตอบไม่ปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน

ผู้วิจัยได้แบ่งระดับคะแนนของการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง เป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีการกำหนดอันตรายภาคขึ้น นำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนขั้นที่ต้องการ (ชูศรี, 2544)

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัดการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง โดยรวมของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย มีค่าระหว่าง 0-7 แบ่งระดับคะแนนตามค่าเฉลี่ยได้ ดังนี้

- คะแนน 0-2.33 หมายถึง การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง อยู่ในระดับต่ำ
 คะแนน 2.34-4.66 หมายถึง การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง อยู่ในระดับปานกลาง
 คะแนน 4.67-7 หมายถึง การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง อยู่ในระดับสูง

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัดการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง โดยรวมของผู้ดูแล มีค่าระหว่าง 0-8 แบ่งระดับคะแนนตามค่าเฉลี่ยได้ ดังนี้

- คะแนน 0-2.66 หมายถึง การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง อยู่ในระดับต่ำ
 คะแนน 2.67-5.32 หมายถึง การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 5.33-8 หมายถึง การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง
อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย และแบบสอบถามการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ทั้งสองชุด เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้วยประสาทศัลยศาสตร์ 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์ 1 ท่าน ตรวจสอบความเข้าใจ ความถูกต้อง ความสอดคล้องของเนื้อหา กับกรอบแนวคิดในการสร้างแบบสอบถาม ความชัดเจนของข้อความถาม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนและเหมาะสมมากขึ้นก่อนนำไปหาความเที่ยง

ความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้รับการแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล ที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย หาความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย และแบบสอบถามการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง โดยใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย มีระยะเวลาห่างกันประมาณ 4 ชั่วโมง ทั้งนี้เนื่องจากอาการเจ็บป่วยของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง และแบบสอบถามการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองมีระยะเวลาห่างกันประมาณ 24 ชั่วโมง ได้ค่าความเที่ยงของชุดผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย เท่ากับ 0.80, 0.93, 1.00 ตามลำดับ และ ชุดผู้ดูแล เท่ากับ 0.85, 0.94, 1.00 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย โดยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มต้นเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลงานวิจัย โดยเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัว การปกปิดความลับของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้แนะนำตัว อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งแจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยการตอบรับหรือปฏิเสธ ซึ่งจะไม่มีผลต่อการรักษา ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบแบบสอบถามจนครบ สามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยมีต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อการรักษา หรือหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน หรือมีความผิดปกติอื่น ๆ ระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันทีและจะให้การดูแลเบื้องต้นแก่กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งประสานงานกับทีมพยาบาลเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวม และข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหน้าที่ขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์เพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1.2 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยทำหน้าที่ขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัยต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยสังเกตอาการ หัวหน้าคลินิกศัลยกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยตรวจสอบทะเบียนผู้ป่วยและประเมินผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และลงทะเบียนกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

2.2 ติดต่อกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายเพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแลทราบและขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิก่อนการเก็บข้อมูล

2.3 การเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

2.3.1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงตามแบบสอบถาม โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ละคน แยกระหว่างกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ในวันที่แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภายหลังจากได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่บ้านจากแพทย์และพยาบาล

2.3.2 ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองตามแบบสอบถาม โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ละคน แยกระหว่างกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ตามนัดในครั้งแรกหลังการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย เพื่อติดตามอาการภายหลังการบาดเจ็บศีรษะประมาณ 7-14 วัน กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย จำนวน 19 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล จำนวน 57 คน ไม่มาพบแพทย์ตามนัด ผู้วิจัยใช้วิธีการโทรศัพท์ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง

2.4 เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทบทวนความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามอีกครั้ง ถ้ามีข้อมูลขาดหายไปจะขอความร่วมมือทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจนสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลส่วนบุคคลของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลการเฟื่อรังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล นำมาหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงกับการเฟื่อรังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) เนื่องจากเมื่อทดสอบการลักษณะของข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็น โคงปกติ (ภาคผนวก ค)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ไม่เกิน 48 ชั่วโมง มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีระดับคะแนน GCS เท่ากับหรือมากกว่า 14 จำนวน 90 คน และผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 15 ปี ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่าง ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยขณะอยู่ที่บ้าน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน จำนวน 90 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือน มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2552 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตาราง ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล
3. การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย และกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ส่วนใหญ่เพศชาย (ร้อยละ 64.44) โดยมีช่วงอายุน้อยกว่า 20 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 34.33) อายุเฉลี่ย 30.40 ปี (SD = 14.34) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 54.40) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 50) เป็นกลุ่มที่ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 33.33) ประกอบอาชีพนักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 25.56) ไม่มีประสบการณ์การบาดเจ็บศีรษะ (ร้อยละ 65.56) ไม่มีประวัติการบาดเจ็บศีรษะของบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 88.89) และไม่มีอาการผิดปกติในวันที่แพทย์นัด (ร้อยละ 87.78) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (N=90)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	58	64.44
หญิง	32	35.56
อายุ (ปี) \bar{X} = 30.40, SD = 14.34, min-max = 15-71		
< 20	31	34.44
20-30	23	25.56
31-40	14	15.56
41-50	12	13.33
51-60	7	7.78
> 60	3	3.33
สถานภาพสมรส		
โสด	49	54.40
คู่	34	37.80
หย่า/หม้าย	7	7.80
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	24	26.67
มัธยมศึกษา	45	50.00
อนุปริญญา	5	5.55
ปริญญาตรี	14	15.56
สูงกว่าปริญญาตรี	2	2.22
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ไม่มี	30	33.33
< 5,000	16	17.78
5,000 – 10,000	25	27.78
> 10,000	19	21.11

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	9	10.00
นักเรียน/นักศึกษา	23	25.56
เกษตรกร	14	15.56
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	12	13.33
รับจ้างทั่วไป	13	14.44
พนักงานบริษัท	17	18.89
รับราชการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	2.22
ประสบการณ์การบาดเจ็บศีรษะ		
มี	31	34.44
ไม่มี	69	65.56
ประวัติการบาดเจ็บศีรษะของบุคคลในครอบครัว		
มี	10	11.11
ไม่มี	80	88.89
อาการและอาการแสดงในวันที่แพทย์นัด		
ไม่มีอาการผิดปกติ	79	87.78
มีอาการผิดปกติ	11	12.22
มีศีรษะ	9	81.82
หูอื้อ	2	18.18

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 71.11) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 75.55) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 31.11) อายุเฉลี่ย 40.79 ปี (SD = 12.58) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 75.55) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48.89) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 37.78) ประกอบอาชีพกรรมกร (ร้อยละ 23.33) ไม่มีประสบการณ์การบาดเจ็บศีรษะ (ร้อยละ 82.22) ไม่มีประวัติการบาดเจ็บศีรษะ

ของบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 73.33) และมีสัมพันธภาพเป็นบิดา-มารดา (ร้อยละ 43.33) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแล (N=90)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	28.89
หญิง	64	71.11
อายุ (ปี) \bar{X} = 40.79, SD = 12.58, min-max = 18-76		
< 20	3	3.33
20-30	15	16.67
31-40	25	27.78
41-50	28	31.11
51-60	12	13.33
> 60	7	7.78
สถานภาพสมรส		
โสด	16	17.78
คู่	68	75.55
หย่า/หม้าย	6	6.67
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	2.22
ประถมศึกษา	44	48.89
มัธยมศึกษา	24	26.67
อนุปริญญา	5	5.56
ปริญญาตรี	13	14.44
สูงกว่าปริญญาตรี	2	2.22

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ไม่มี	16	17.78
< 5,000	17	18.89
5,000 – 10,000	34	37.78
> 10,000	23	25.55
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	14	15.56
นักเรียน/นักศึกษา	3	3.33
เกษตรกร	19	21.11
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	16	17.78
กรรมกร	21	23.33
พนักงานบริษัท	13	14.44
รับราชการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	4.44
ประสบการณ์การบาดเจ็บศีรษะ		
มี	16	17.78
ไม่มี	74	82.22
ประวัติการบาดเจ็บศีรษะของบุคคลในครอบครัว		
มี	24	26.67
ไม่มี	66	73.33
สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย		
บิดา-มารดา	39	43.33
บุตร	2	2.22
พี่-น้อง	9	10.00
สามี-ภรรยา	22	24.45
เพื่อน	7	7.78
อื่น ๆ เช่น พี่สะใภ้ น้ำ อา ลุง ป้า หลาน	11	12.22

การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะ
เล็กน้อยและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 47.44$, $SD = 8.65$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ที่ผู้บาดเจ็บศีรษะมีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมองได้มากกว่าผู้บาดเจ็บอื่น มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 7.98$, $SD = 2.34$) และการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไม่ทำให้ผู้บาดเจ็บศีรษะเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.18$, $SD = 2.96$) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

ช่วงคะแนนแบบวัด คะแนนกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ($N=90$)

การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ช่วงคะแนน		\bar{X}	SD	ระดับ
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
1. ผู้บาดเจ็บศีรษะมีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมองได้มากกว่าผู้บาดเจ็บอื่น	0-10	0-10	7.98	2.34	สูง
2. ผู้บาดเจ็บศีรษะที่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง หรืออาเจียนรุนแรง มีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง	0-10	0-10	7.93	2.33	สูง
3. ผู้บาดเจ็บศีรษะที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง	0-10	0-10	7.88	2.64	สูง
4. การหมดสติหรือสลบภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้บาดเจ็บเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง	0-10	0-10	7.47	2.82	สูง
5. อาการชักที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บศีรษะเกี่ยวข้องกับการเกิดเลือดออกในสมอง	0-10	0-10	5.99	3.37	ปานกลาง

ตาราง 3 (ต่อ)

การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ช่วงคะแนน		\bar{X}	SD	ระดับ
	แบบ วัด	กลุ่ม ตัวอย่าง			
6. การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอาจทำให้เกิดเลือดออกในสมอง	0-10	0-10	4.90	3.78	ปานกลาง
7. การมีแผลบริเวณศีรษะไม่ทำให้ผู้บาดเจ็บศีรษะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง	0-10	0-10	3.12	2.91	ต่ำ
8. การดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไม่ทำให้ผู้บาดเจ็บศีรษะเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง	0-10	-10	2.18	2.96	ต่ำ
โดยรวม	0-80	26-60	47.44	8.65	ปานกลาง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 47.70$, $SD = 7.66$) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ทำให้เป็นภาระของบุคคลอื่น มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 8.29$, $SD = 2.71$) และการบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ทำให้เสียชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.29$, $SD = 2.31$) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4

ช่วงคะแนนแบบวัด คะแนนกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ จำแนกตาม การรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (N=90)

การรับรู้ความรุนแรง	ช่วงคะแนน		\bar{X}	SD	ระดับ
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
1. การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้เป็นภาระของบุคคลอื่น	0-10	0-10	8.29	2.71	สูง
2. การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ต้องหยุดเรียน หรือหยุดงาน	0-10	0-10	7.93	2.73	สูง
3. การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ครอบครัวเดือดร้อน	0-10	0-10	7.32	3.11	สูง
4. การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้สูญเสียเงินหรือรายได้	0-10	0-10	7.11	3.34	สูง
5. การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้รู้สึกเครียดและวิตกกังวล	0-10	0-10	4.93	3.41	ปานกลาง
6. การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้มีปัญหาในการเรียนรู้	0-10	0-8	3.74	3.77	ปานกลาง
7. การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับระบบประสาท	0-10	0-9	2.18	2.57	ต่ำ
8. การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้พิการ	0-10	0-9	1.78	2.47	ต่ำ
9. การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ความจำเสื่อม	0-10	0-8	1.39	2.11	ต่ำ
10. การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้เสียชีวิต	0-10	0-9	1.29	2.31	ต่ำ
โดยรวม	0-80	30-70	47.70	7.66	ปานกลาง

สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 45.97$, $SD = 14.33$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่า ผู้บาดเจ็บศีรษะที่มีอาการปวดศีรษะรุนแรงหรือ

อาเซียนรุนแรงมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 8.13$, $SD = 2.26$) และการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไม่ทำให้ผู้บาดเจ็บศีรษะเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.84$, $SD = 2.22$) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

ช่วงคะแนนแบบวัด คะแนนกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ จำแนกตาม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ($N=90$)

การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ช่วงคะแนน		\bar{X}	SD	ระดับ
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
1. ผู้บาดเจ็บศีรษะที่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง หรืออาเซียนรุนแรง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเลือดออกในสมอง	0-10	0-10	8.13	2.26	สูง
2. ผู้บาดเจ็บศีรษะที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง	0-10	1-10	8.08	2.25	สูง
3. ผู้บาดเจ็บศีรษะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมองได้มากกว่าผู้บาดเจ็บอื่น	0-10	0-10	7.59	2.56	สูง
4. การหมดสติหรือสลบภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้บาดเจ็บเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง	0-10	0-10	7.50	2.62	สูง
5. อาการชักที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บศีรษะเกี่ยวข้องกับการเกิดเลือดออกในสมอง	0-10	1-10	5.91	3.15	ปานกลาง
6. การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอาจทำให้เกิดเลือดออกในสมอง	0-10	1-10	4.88	2.97	ปานกลาง
7. การมีแผลบริเวณศีรษะไม่ทำให้ผู้บาดเจ็บศีรษะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง	0-10	0-10	3.77	2.79	ปานกลาง
8. การดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไม่ทำให้ผู้บาดเจ็บศีรษะเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง	0-10	0-10	1.84	2.22	ต่ำ
โดยรวม	0-100	5-70	45.97	14.33	ปานกลาง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 46.94$, $SD = 20.56$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้สูญเสียเงินหรือรายได้ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 6.53$, $SD = 3.47$) และการบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ทำให้ผู้บาดเจ็บเสียชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.20$, $SD = 3.08$) ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6

ช่วงคะแนนแบบวัด คะแนนกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ($N=90$)

การรับรู้ความรุนแรง	ช่วงคะแนน		\bar{X}	SD	ระดับ
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
1. การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้สูญเสียเงิน หรือ รายได้	0-10	0-10	6.53	3.47	ปานกลาง
2. การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ต้องหยุดเรียน หรือหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้บาดเจ็บ	0-10	0-10	6.52	3.72	ปานกลาง
3. การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้รู้สึกเครียดและวิตกกังวล	0-10	0-10	6.49	3.31	ปานกลาง
4. การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ครอบครัวเดือดร้อน	0-10	0-10	6.22	3.60	ปานกลาง
5. การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้บาดเจ็บเป็นภาระที่ต้องให้การดูแล	0-10	0-10	5.72	3.69	ปานกลาง
6. การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้บาดเจ็บมีปัญหาในการเรียนรู้	0-10	0-10	4.98	3.51	ปานกลาง
7. การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้บาดเจ็บป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับระบบประสาท	0-10	0-10	3.06	3.27	ต่ำ
8. การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้บาดเจ็บความจำเสื่อม	0-10	0-10	2.62	2.79	ต่ำ
9. การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้บาดเจ็บพิการ	0-10	0-10	2.60	3.00	ต่ำ

ตาราง 6 (ต่อ)

การรับรู้ความรุนแรง	ช่วงคะแนน		\bar{X}	SD	ระดับ
	แบบ วัด	กลุ่ม ตัวอย่าง			
10. การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้บาดเจ็บ เสียชีวิต	0-10	0-10	2.20	3.08	ต่ำ
โดยรวม	0-100	2-84	46.94	20.56	ปานกลาง

การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและ
กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยสังเกตอาการและอาการ
แสดงที่สัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในสมอง และ งดการใช้นานอนหลับ หรือยาระงับประสาท มาก
ที่สุด (ร้อยละ 100) และงดการขับรถ จักรยานยนต์ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องยนต์กลไก เมื่อมี
อาการผิดปกติหรือมีนศีรษะ น้อยที่สุด (ร้อยละ 60) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7

จำนวน ร้อยละ จำแนกตามการเฝ้าระวังภาวะเลือดในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย
(N=90)

การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง	ปฏิบัติ (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ (ร้อยละ)
1. สังเกตอาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในสมอง	90 (100)	0 (0)
2. งดการใช้นานอนหลับ หรือยาระงับประสาท	90 (100)	0 (0)
3. งดการเล่นกีฬาที่อาจทำให้ศีรษะถูกกระแทก	86 (95.56)	4 (4.44)

ตาราง 7 (ต่อ)

การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง	ปฏิบัติ (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ (ร้อยละ)
4. งดดื่มสุรา	75 (83.33)	15 (16.67)
5. มาพบแพทย์ตามนัด	71 (78.89)	19 (21.11)
6. ไม่อยู่คนเดียวในช่วง 2 วันแรกหลังการบาดเจ็บ	58 (64.44)	32 (35.56)
7. งดการขับรถ จักรยานยนต์ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องยนต์กลไก เมื่อมีอาการผิดปกติ หรือมีศีรษะ	54 (60.00)	36 (40.00)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างสังเกตอาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในสมอง และงดการใช้ยานอนหลับหรือยาระงับประสาท มากที่สุด (ร้อยละ 100) และนำผู้บาดเจ็บมาพบแพทย์ตามนัด น้อยที่สุด (ร้อยละ 36.67) ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8

จำนวน ร้อยละ จำแนกตามการเฝ้าระวังภาวะเลือดในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล (N=90)

การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง	ปฏิบัติ (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ (ร้อยละ)
1. สังเกตอาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับภาวะเลือดออกใน สมอง	90 (100)	0 (0)
2. ห้ามผู้บาดเจ็บใช้ยานอนหลับ หรือยาระงับประสาท	90 (100)	0 (0)
3. ห้ามผู้บาดเจ็บการเล่นกีฬาที่อาจทำให้ศีรษะถูกกระแทก	86 (95.56)	4 (4.44)

ตาราง 8 (ต่อ)

การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
4. ห้ามผู้บาดเจ็บดื่มสุรา	75 (83.33)	15 (16.67)
5. ไม่ปล่อยให้ผู้บาดเจ็บอยู่คนเดียวในช่วง 2 วันแรกหลังการบาดเจ็บ	58 (64.44)	32 (35.56)
6. ปลุกผู้บาดเจ็บทุก 2 ชั่วโมงในช่วง 2 วันแรกหลังการบาดเจ็บ	56 (62.22)	34 (37.78)
7. ห้ามผู้บาดเจ็บขับรถ ชี้อกรยานยนต์ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องยนต์กลไก เมื่อมีอาการผิดปกติ หรือมีศีรษะ	54 (60.00)	36 (40.00)
8. นำผู้บาดเจ็บมาพบแพทย์ตามนัด	33 (36.67)	57 (63.33)

ผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีการเฝ้าระวังเลือดออกในสมองของโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 5.82$, $SD = 1.03$) และกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีการเฝ้าระวังเลือดออกในสมองโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 6.02$, $SD = 1.30$) ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9

ช่วงคะแนนแบบวัด คะแนนกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ($N = 90$)

การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง โดยรวม	ช่วงคะแนน		\bar{X}	SD	ระดับ
	แบบวัด	กลุ่ม ตัวอย่าง			
กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย	0-7	4-7	5.82	1.03	สูง
กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล	0-8	3-8	6.02	1.30	สูง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง และ การรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล

ผลการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลทดสอบโดยกราฟฮิสโตแกรมและใช้สถิติ One-sample kolmogorov-smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ (ภาคผนวก ค) ดังนั้นผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์แมน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .26, p < .05$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์แมน ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ($N=90$)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์แมน
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	.26*
การรับรู้ความรุนแรง	-.06

* $p < 0.05$

ผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .18, p < .05$) และการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .20, p < .05$) ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง กับการ
 ใฝ่ระวังภาวะเลือดออกในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล (N=90)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	.18*
การรับรู้ความรุนแรง	.20*

* $p < 0.05$

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองและการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยกับการใฝ่ระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล มีประเด็นอภิปรายผลตามข้อสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล

ผลการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.44) ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศชาย ชอบความท้าทาย ชอบเสี่ยง ใจร้อน ตัดสินใจเร็ว จึงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูงกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของสุวณีย์ (2548) ที่พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจรสูงกว่าเพศหญิง นอกจากนี้เพศชายมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง การป้องกันอันตรายหรือการป้องกันอุบัติเหตุจึงมีน้อยกว่าเพศหญิง ซึ่งจากสถิติการป้องกันอุบัติเหตุ พบว่า ผู้ชายมีพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย และคาดเข็มขัดนิรภัยน้อยกว่าผู้หญิง (สำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2551) และจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมี อายุเฉลี่ย 30.40 ปี ซึ่งค่าเฉลี่ยของการศึกษาครั้งนี้ ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ธนาภรณ์ (2546) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีอายุเฉลี่ย 29.9 ปี โดยการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุ น้อยกว่า 20 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 34.44) ทั้งนี้อาจเนื่องจากวัยนี้เป็นช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสิ่งเร้าต่าง ๆ และควบคุมอารมณ์ได้ไม่ดี ลักษณะอารมณ์ของวัยนี้ คือ ขาดความยั้งคิด ขาดการเหนียวรั้ง เมื่อมีความรู้สึกอย่างไร

จะแสดงออกทันทีโดยไม่มีอาการขยับยั้ง (สุชา, 2542) มั่นใจในตัวเองสูง คือรั้นคิงดันเอาแต่ใจ ก็กคะนองชอบความท้าทาย โลดโผน และมีความอยากรู้อยากลองสูง (ศรีเรื่อน, 2545) ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการใช้รถ ใช้ถนน ในการเดินทางเป็นไปด้วยความประมาทส่งผลให้ประสบอุบัติเหตุได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ สอดคล้องกับอุบัติการณ์ของการเกิดอุบัติเหตุทางจราจร ตั้งแต่ปี 2541-2550 ซึ่งเป็นการบาดเจ็บศีรษะถึงร้อยละ 82.5 พบว่า ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และเป็นกลุ่มอายุ 15-19 ปี มากที่สุด (สำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2551) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย มีอาชีพเป็นนักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 25.56) เกษตรกร (ร้อยละ 15.56) รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 14.44) ซึ่งเป็นลักษณะอาชีพที่ต้องเดินทางออกจากบ้านหรือที่พัก ทำให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุที่อาจส่งผลให้มีการบาดเจ็บศีรษะได้ง่าย

สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลพบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 71.11) ทั้งนี้เนื่องจากสังคมและระบบครอบครัวไทยมีการปลูกฝังค่านิยม กำหนดบทบาทผู้ทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของผู้หญิง และจากพื้นฐานความเชื่อทางวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันมาคาดหวังว่า เพศหญิงจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลบ้านและดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ทุกคนดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมาก (ขวัญตา, สาลี, ลัทธนา, และศิริวรรณ, 2546; จันทรา, เพลินพิศ, และประนอม, 2548; ชัญญูชิตา, อัจฉรา, และกนกพร, 2548; พิทยาภรณ์, ประณีต, และสุดศิริ, 2549) ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สำหรับช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล อยู่ในช่วง 31-50 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 58.89) และส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับเป็นบิดา-มารดาของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (ร้อยละ 43.33) ซึ่งช่วงอายุดังกล่าวเป็นวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีประสบการณ์ในชีวิตมาก มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีความมั่นคงทางด้านจิตใจ สามารถตัดสินใจ และเผชิญปัญหาได้ดี (ศรีเรื่อน, 2545; สุชา, 2542) ทำให้มีความพร้อมในการรับบทบาทผู้ดูแล นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยส่วนใหญ่เป็นนักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 25.56) ซึ่งจะพักที่หอพักใกล้สถานศึกษาทำให้มีกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนหนึ่ง มีความสัมพันธ์เป็นเพื่อนของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (ร้อยละ 7.78)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแล

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 47.44$, $SD = 8.6$ และ $\bar{X} = 47.70$, $SD = 7.66$ ตามลำดับ) (ตาราง 3 และ 5) อธิบายได้จาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

ไม่มีประสบการณ์การบาดเจ็บศีรษะ และไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวบาดเจ็บศีรษะทำให้รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ กรูบส์ และทาบูโน (Grubbs & Tabuno, 2000) พบว่า บุคคลที่ไม่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยและไม่มีอาการบาดเจ็บของบุคคลในครอบครัว มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยน้อยกว่าคนที่มีความเสี่ยงการบาดเจ็บหรือมีอาการบาดเจ็บของบุคคลในครอบครัว ประกอบกับจากการพักรักษาสังเกตอาการ 24 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีอาการดีขึ้น ร่วมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 20 ปี (ตาราง 1) มีความคิดว่าเป็นวัยที่มีสุขภาพแข็งแรง ภายหลังจากพักรักษาตัวมีอาการดีขึ้น ไม่มีความผิดปกติทางระบบประสาท แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา (2543) ยุภาพร (2548) และสุเมธ (2549) ที่พบว่า บุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือไม่มีอาการและอาการแสดงของการบาดเจ็บจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยนั้น ๆ อยู่ในระดับไม่สูง และการศึกษาของนันทกา (2547) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของการบาดเจ็บเล็กน้อย จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับไม่สูง

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย และกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย อยู่ในระดับสูง คือ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่า ผู้บาดเจ็บที่มีอาการปวดศีรษะรุนแรงหรืออาเจียนรุนแรงมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ($\bar{X} = 7.93$, $SD = 2.32$ และ $\bar{X} = 8.13$, $SD = 2.26$ ตามลำดับ) ผู้บาดเจ็บศีรษะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเลือดออกในสมองได้มากกว่าผู้บาดเจ็บอื่น ($\bar{X} = 7.89$, $SD = 2.34$ และ $\bar{X} = 7.59$, $SD = 2.56$ ตามลำดับ) ผู้บาดเจ็บศีรษะที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ($\bar{X} = 7.88$, $SD = 2.64$ และ $\bar{X} = 8.08$, $SD = 2.25$ ตามลำดับ) และการหมดสติภายหลังการบาดเจ็บศีรษะทำให้ผู้บาดเจ็บเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ($\bar{X} = 7.47$, $SD = 2.82$ และ $\bar{X} = 7.50$, $SD = 2.62$ ตามลำดับ) (ตาราง 3 และ 5) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะจากทีมสุขภาพ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจว่าเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น การบาดเจ็บที่ศีรษะและหมดสติหรือมีอาการปวดศีรษะรุนแรงทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองได้ แต่จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการดื่มแอลกอฮอล์ไม่ทำให้ผู้บาดเจ็บศีรษะเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเลือดออกในสมอง มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.18$, $SD = 2.96$ และ $\bar{X} = 1.84$, $SD = 2.96$ ตามลำดับ) (ตาราง 3 และ 5) ซึ่งอาจเนื่องจากปัจจุบันมีสื่อประชาสัมพันธ์มากมายร่วมกันรณรงค์การงดดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับขีรถเพื่อลดอุบัติเหตุ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งในความเป็นจริงการดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุส่งเสริมที่สำคัญทำ

ให้เกิดอุบัติเหตุและเป็นผลต่อเนื้อที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บศีรษะ การดื่มแอลกอฮอล์จึงมิใช่สาเหตุโดยตรงทำให้เกิดภาวะเลือดออกในสมอง

การรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล มีการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 45.97$, $SD = 14.33$ และ $\bar{X} = 46.94$, $SD = 20.56$ ตามลำดับ) (ตาราง 4 และ 6) ทั้งนี้อธิบายได้จากการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพียงการคาดการณ์ผลกระทบจากการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่ยังไม่เกิดขึ้นจริง หรือเรื่องไกลตัว (Janz et al., 2002) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาสั้นและตรวจไม่พบความผิดปกติทางระบบประสาท ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าผู้บาดเจ็บอาการดีขึ้นหรือหายจากการเจ็บป่วยแล้ว จึงประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยไม่สูง

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีการรับรู้ความรุนแรงของบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยกระทบการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับสูง คือ การบาดเจ็บศีรษะทำให้ครอบครัวเดือนร้อน ($\bar{X} = 7.32$, $SD = 3.11$) สูญเสียเงินและรายได้ ($\bar{X} = 7.11$, $SD = 3.34$) หยุดเรียนหรือหยุดงาน ($\bar{X} = 7.93$, $SD = 2.73$) และเป็นภาระกับบุคคลอื่น ($\bar{X} = 8.29$, $SD = 2.71$) (ตาราง 4) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่มีรายได้ และอยู่ในช่วงอายุน้อยกว่า 20 ปี (ตาราง 1) ซึ่งไม่สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักเรียน นักศึกษา (ตาราง 1) การบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยส่งผลให้ต้องหยุดเรียน นอกจากนี้ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยจำเป็นต้องเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองอย่างต่อเนื่องตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ทำให้บุคคลในครอบครัวต้องรับภาระการเป็นผู้ดูแล ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลรับรู้ว่าการบาดเจ็บศีรษะทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยซึ่งเป็นบุคคลที่รักเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลจึงรับรู้ถึงความจำเป็นของการที่จะต้องดูแล ถึงแม้ว่าจะต้องหยุดงานและสูญเสียรายได้ แต่อย่างไรก็ตามการเข้ารับการรักษากลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเป็นเพียงช่วงเวลาสั้น ๆ คือ สังเกตอาการในโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง และเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่บ้าน 1 สัปดาห์

การศึกษาครั้งนี้กลับพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยว่าเกิดผลกระทบต่อชีวิตในระดับต่ำ เช่น มีผลทำให้เสียชีวิต หรือพิการ หรือเกิดความจำเสื่อม (ตาราง 4 และ 6) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยส่งผลกระทบต่อระดับความรู้สึกตัวน้อย ผู้บาดเจ็บมีคะแนน GCS เท่ากับ 14-15 และอาจมีอาการหมดสติในช่วงเวลาสั้น ๆ ซึ่งนานน้อยกว่า 20 นาที เมื่อรู้สึกตัวสามารถพูดคุยได้เป็นปกติ ตรวจไม่พบอาการผิดปกติทางระบบประสาทหรือมีเพียงอาการปวดศีรษะ ทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้ความรุนแรงที่มีผลกระทบต่อชีวิตในระดับต่ำ

การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย และกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีการเฝ้าระวังเลือดออกในสมองโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 5.82$, $SD = 1.03$ และ $\bar{X} = 6.02$, $SD = 1.29$ ตามลำดับ) (ตาราง 9) อาจอธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างทุกคน ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองจากแพทย์และพยาบาลทั้งที่เป็นการสอนรายบุคคล และได้รับแจกแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะนำกลับไปทบทวนที่บ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองเป็นอย่างดี ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยดีจะมีพฤติกรรมสุขภาพดี (วัลลา, 2543) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีสัมพันธภาพใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกี่ยวข้องเป็น บิดา-มารดา (ร้อยละ 43.33) รองลงมา คือ สามี-ภรรยา (ร้อยละ 24.45) (ตาราง 2) จึงแสดงบทบาทผู้ดูแลในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองด้วยความรักความผูกพัน และเต็มใจ

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ จากการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนสังเกตอาการและอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับภาวะเลือดออกในสมอง และงดใช้ยานอนหลับหรือยาระงับประสาท ซึ่งอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ว่าทำให้เกิดอันตรายกับชีวิตของผู้บาดเจ็บศีรษะได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษากลับพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการเฝ้าระวังในระยะ 2 วันแรกหลังการบาดเจ็บ โดยไม่ปล่อยให้ผู้บาดเจ็บอยู่คนเดียวเพียงร้อยละ 64.44 และกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลปลุกผู้บาดเจ็บทุก 2 ชั่วโมงในขณะที่ผู้บาดเจ็บหลับเพียงร้อยละ 62.22 (ตาราง 7 และ 8) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล มีรายได้แบบวันต่อวัน มีลักษณะอาชีพที่ต้องออกจากบ้าน และส่วนหนึ่งเป็นนักเรียน/นักศึกษา ทำให้ไม่สามารถหยุดงานหรือหยุดเรียนเพื่ออยู่ดูแลกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลอาจมีความอ่อนล้าจากการดูแล

ผู้บาดเจ็บในช่วงที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ประกอบกับเชื่อว่าการนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุดซึ่งจะช่วยให้อาการของผู้บาดเจ็บดีขึ้น การปลุกบ่อย ๆ จะทำให้เกิดอ่อนเพลียได้ จากการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมาพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 71.1 และกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีเพียง ร้อยละ 36.67 ที่นำผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมาพบแพทย์ตามนัด ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.78) ไม่มีอาการผิดปกติในวันที่แพทย์นัด (ตาราง 1) และกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยส่วนใหญ่เป็นนักเรียน วันที่แพทย์นัดเป็นวันที่โรงเรียนเปิดเรียน ประกอบกับช่วงที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นช่วงการสอบ การมาพบแพทย์ตามนัดทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องขาดเรียนหรือขาดสอบ สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.45) มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 21.11) และรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 23.33) (ตาราง 2) ซึ่งเป็นอาชีพที่มีรายได้ต่อวัน การหยุดงานเพื่อนำผู้บาดเจ็บมาพบแพทย์ จึงทำให้ขาดรายได้

สมมติฐานที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .26$, $p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ส่วนการรับรู้ความรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองสามารถนำมาอธิบายการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยได้ คือ กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองสูง จะมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองมาก ในทางกลับกันกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองน้อย จะมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองน้อยด้วย ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลมีการเอาใจใส่ต่อสุขภาพ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำและให้การร่วมมือในการรักษา เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (วัลลา, 2543) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (Janz et al., 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายงาน (พัชรินทร์, 2545; รุจิรา, 2548; ศิริพร, 2545; อัญชลิ, 2546; Brewer et al., 2007) ที่

พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมืดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

ส่วนการรับรู้ความรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมากหรือน้อยจะไม่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองมากขึ้นหรือน้อยลง ทั้งนี้อธิบายได้จาก กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกในสมอง ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การบาดเจ็บศีรษะและไม่มีประวัติการบาดเจ็บศีรษะในครอบครัว รวมทั้งสภาพร่างกายภายหลังการบาดเจ็บ และภายหลังพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลทำให้อาการดีขึ้น การรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่าง จึงเป็นเพียงการคาดการณ์เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่ยังไม่เกิดขึ้นจริง (Janz et al., 2002) ซึ่งพบว่ามีงานวิจัยหลายงาน (ชนิกานต์, 2549; ชนิตา, 2543; บุญผา, 2544; เพ็ญประภา, 2547; ยุภาพร, 2548; รุจิรา, 2548; อัญชลี, 2546) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มบุคคลที่ไม่มีอาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับโรค การรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจึงเป็นเพียงการคาดการณ์ถึงความรุนแรงในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นจริง

สมมติฐานที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้ดูแล

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .18, p < .05$ และ $r = .20, p < .05$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่มีการรับรู้ว่าคุณบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองสูงจะมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองมาก ในทางกลับกันกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่มีการรับรู้ว่าคุณบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองน้อย จะมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองน้อยด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีความรู้สึกรู้สึกดี และความเข้าใจเกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยว่าคุณบาดเจ็บอาจมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในสมองได้ ซึ่งเกิดจากได้รับคำแนะนำของทีมสุขภาพ ผู้ดูแลจึงปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพด้วยการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ทั้งนี้เพื่อช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น โดยผู้ดูแลเชื่อว่าหากไม่เฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง อาจก่อให้เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรง ความพิการ หรือเป็นอันตรายต่อชีวิตของคุณบาดเจ็บได้ ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยง

เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลมีการเอาใจใส่ต่อสุขภาพ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (วัลลา, 2543) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของพฤติกรรม การป้องกันโรค และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (Janz et al., 2002) จากการศึกษาวิจัยหลายงาน (ศุภรัตน์, 2543; สุคนธ์ และ ผ่องพันธ์, 2543) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยของผู้ดูแล

การรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่มีการรับรู้ว่าการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและอันตรายมาก จะมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองมาก ในทางกลับกันกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่รับรู้ว่าการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง จะมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนไม่สูง ประกอบอาชีพแบบรายได้ต่อวัน ประเมินผลกระทบของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยว่าทำให้เกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตมาก และอาจทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้บาดเจ็บได้ กลุ่มตัวอย่างจึงเกิดความกลัวและไม่อยากให้เกิดขึ้น จึงพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากทีมสุขภาพ เพื่อหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์นั้น ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย (Janz et al., 2002) สอดคล้องกับการของ ศุภรัตน์ (2543) สุคนธ์ และ ผ่องพันธ์ (2543) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยของผู้ดูแล

โดยสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองเฉพาะกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเท่านั้น ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย เพื่อการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองต่อไป

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์น้อยกว่า 48 ชั่วโมงและผู้ดูแล จำนวนกลุ่มละ 90 คน เลือกรandomตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเป็นผู้บาดเจ็บศีรษะที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป รวมถึงมีระดับคะแนน GCS 14-15 และผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเมื่อกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยอยู่ที่บ้าน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน และมีอายุ 15 ปีขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด คือ ชุดผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและชุดผู้ดูแล ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและแบบสอบถามการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีทดสอบซ้ำ (test-retest method) ได้ค่าความเที่ยง ชุดผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย เท่ากับ 0.80, 0.93, 1.00 ตามลำดับ และ ชุดผู้ดูแล เท่ากับ 0.85, 0.94, 1.00 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติแบบบรรยาย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ซึ่งผลการศึกษา พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 47.44$, $SD = 8.6$ และ $\bar{X} = 45.97$, $SD = 14.33$ ตามลำดับ) มีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองในระดับสูง ($\bar{X} = 5.82$, $SD = 1.03$) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .26$, $p < .05$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองและการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 47.70$, $SD = 7.66$ และ $\bar{X} = 46.94$, $SD = 20.56$ ตามลำดับ) มีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองในระดับสูง ($\bar{X} = 6.02$, $SD = 1.29$) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .18$, $p < .05$ และ $r = .20$, $p < .05$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะในวันที่แพทย์จำหน่าย ภายหลังจากได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่าง ๆ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังนั้นการได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลอาจมีผลต่อการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลควรแนะนำผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย โดยเน้นความสำคัญของการเฝ้าระวังความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในช่วง 2 วันแรกภายหลังการสังเกตอาการที่โรงพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มผู้บาดเจ็บที่มีอาการปวดศีรษะต้องมีการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง และต้องมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อค้นหาความผิดปกติที่อาจซ่อนเร้น

1.2 พยาบาลควรให้ความรู้ และเน้นให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง โดยเฉพาะความสำคัญของการปลุกผู้บาดเจ็บทุก 2 ชั่วโมงในขณะหลับ การไม่ปล่อยให้ผู้บาดเจ็บอยู่คนเดียว ในช่วง 2 แรกหลังการบาดเจ็บ ซึ่งเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นผู้ดูแลจะสามารถช่วยผู้บาดเจ็บอย่างทันท่วงที ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมถึงผู้ดูแลควรนำผู้บาดเจ็บมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อค้นหาความผิดปกติ

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง เพื่อวัดระดับคุณภาพของการเฝ้าระวังที่มากกว่าการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ

2.2 ควรศึกษาพฤติกรรมกรรมการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน จากการเจ็บป่วยในผู้ป่วยอื่นที่กลับบ้านและต้องมีการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น กลุ่มผู้ป่วยเส้นเลือดสมองตีบชั่วคราว (Transient Ischemic Attack: TIA) ผู้ป่วยไข้เลือดออก เป็นต้น

บรรณานุกรม

- กมลลา สีหาพงษ์. (2548). *ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีในระยะสุดท้าย* โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการการบริหารทั่วไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *ข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ*. ค้นเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2550, จาก [http://203.157.15.4/index.php? send=injury](http://203.157.15.4/index.php?send=injury)
- ขวัญตา บาลทิพย์, สาลี เกลิมวรรณพงศ์, ลัพณา กิจรุ่งเรือง, และศิริวรรณ พิริยคุณธร. (2546). การทบทวนองค์ความรู้งานวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลังในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2534-2543. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 23(2),1-22.
- จเร ผลประเสริฐ. (2549). Head Injury. ใน *ชาญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์ และชนิด วัชรพุกก์(บรรณาธิการ). ตำราศัลยศาสตร์* (หน้า 801- 818). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์พรหมน้อย, เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นานนท์, และประนอม หนูเพชร. (2548). ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(6), 405-412.
- จาดรงค์ เทพาหุดี และนครชัย เพื่อนปฐม. (2542). บาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์: ยุคปัจจุบัน. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 17(2), 109-115.
- จิตติมา ฤทธิ์ทดกุล. (2547). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันเลือดผิดปกติ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จุฬาลักษณ์ ลิมลี้อา. (2547). *ปัจจัยพื้นฐาน ความรุนแรงของการบาดเจ็บและความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บและพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ชนัญชิตา โปธิประสาท อัจฉรา สุคนธสรพร และกนกพร สุคำวัง. (2548). พฤติกรรมการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่ผู้บาดเจ็บศีรษะ. *พยาบาลสาร*, 32(1), 105-118.

- ชนิกานต์ สมจारी. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของสตรีไทยมุสลิม กลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ชนิดา สุรจิตต์. (2543). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2544). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิตการพิมพ์.
- ณรงค์ ลือขจร และเอกพล เหมรา. (2546). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุระหว่าง 45-55 ปี จังหวัดสตูล*. *วารสารวิชาการเขต 1*, 14(3), 21-28.
- ทิพพาพร ตั้งอานวย. (2545). *การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ*. เชียงใหม่: ภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนาภรณ์ เปรมสัย. (2546). *การศึกษาดิตตามการปรับตัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์. (2544). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกระดูกเนื้อร้ายในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นครชัย เผื่อนปฐม. (2546). *Minor head injury*. ใน *Clinical practice guidelines* (หน้า 433-445). กรุงเทพมหานคร: โอเอส พรินติ้งเฮาส์.
- นันทกา สวัสดิพานิช. (2547). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นัยนา เมธา. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- บุปผา อินตะแก้ว. (2544). *ตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- ปิยบุษ เสาวภาคย์. (2549). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พัชรินทร์ ธรรมกรบัญญัติ. (2545). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงก่อนตั้งครรภ์ ศึกษาเฉพาะกรณี หญิงที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- พิทยาภรณ์ นวลสีทอง ประณีต ส่งวัฒนา และสุดศิริ หิรัญชุนหะ. (2549). *อาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(3),153-161.
- เพ็ญประภา ถวิลลาภ. (2547). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ยุภาพร ศรีจันทร์. (2548). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลป่าสัก กิ่งอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- รัชณี ไกรยศรี. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลิกที่เข้มแข็งและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- รุจิรา อักษร. (2548). *ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งตับและพฤติกรรมการบริโภคของบุคคลในอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วัลภา คงกำเนิด. (2543). *ทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในสมจิต หนูเจริญกุล วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด(บรรณาธิการ). การส่งเสริมสุขภาพ*. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- วรรณิภา อัสวชัยสุภิกรม. (2545). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตตำบลแสนสุข จังหวัดชลบุรี*. งานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

- วาริ จีระพันธุ์วานิช. (2543). *พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- วิจิตรา กุสุมภ์ และนภาภรณ์ กวางทอง. (2546). *ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบประสาท*. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ* (หน้า 191-244). กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.
- ศักดิ์ชัย แซ่เฮ้ง. (2548). *Head Trauma. คู่มือประกอบการอบรมเรื่อง โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและโรคทางระบบประสาทส่วนกลาง วันที่ 16 พฤษภาคม 2548* (หน้า 37-45). สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศิริพจน์ มะโนดี. (2548). *การบาดเจ็บที่ศีรษะ*. ค้นเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2550, จาก <http://www.bcns.ac.th/HEADIN.htm>
- ศิริพร ปาระมะ. (2545). *ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลจังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศุภโชค จิตรวานิช. (2547). *แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. คู่มือประกอบการอบรมเรื่อง The NAT Updated Course 2004 วันที่ 26-28 พฤษภาคม 2547* (หน้า 74-83). กรุงเทพมหานคร: สมาคมประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย.
- ศุภรัตน์ บุญนาค. (2543). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในอำเภอบางประอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- ศุภรินทร์ หาญวงศ์. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาด้านไวรัส และความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับประทานยาด้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2545). *จิตวิทยาพัฒนาการ ชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2 (พิมพ์ครั้งที่ 8)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สงวนสิน รัตนเลิศ. (2546). *บาดเจ็บที่ศีรษะ: การดูแลตามระบบคุณภาพ HA*. กรุงเทพมหานคร: โอเอส พรินติ้งเฮาส์.

- สมพร ชินโนรส. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ. ใน *การพยาบาลทางศัลยศาสตร์* (หน้า 163-187). กรุงเทพมหานคร: ธรรมสารจำกัด.
- สุชา จันทร์หอม. (2542). *จิตวิทยาพัฒนาการ* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- สุเมธ แสนสิงห์ชัย. (2549). *ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลป่าสัก อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาบัณฑิตวิทยาชัยภูมิ, เชียงใหม่.
- สุวคนธ์ บุญเจริญ และผ่องพักตร์ ชูศรี. (2543). การรับรู้และปฏิบัติในการดูแลความผิดปกติทางสายตาของมารดาที่มีต่อบุตรในวัยก่อนเรียน กรณีศึกษา โรงพยาบาลราชบุรี. *จักษุศาสตรนิตยสาร*, 14(2), 133-141.
- สุวนีย์ กุณอก. (2548). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจรของคนวัยทำงานที่ขับขีรถจักรยานยนต์ ในจังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *สถานการณ์แนวโน้มการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการขนส่ง พ.ศ. 2541-2550*. ค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2552, จาก http://203.157.15.4/publication/2552/Transport_accident_0904021017.pdf
- อัญชลี จันทร์รอด. (2546). *การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของครูสตรีวัยกลางคน จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อารี บินทปัญญา. (2543). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- อุมาภรณ์ ก้าวสิทธิ์ และกรพร สิงห์หล้า. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก. *Journal Science Technology MSU*, 26, 258-264.
- Ali, N. S. (2002). Prediction of coronary heart disease preventive behaviors in women: a test of the health belief model. *Women Health*, 35(1), 83-96.
- Andrade, A. F., Almeda, A. N., Bor-Seng-Shu, E., Lourenco, L., Mandel, M., & Mareno, R. (2006). The value of cranial CT in high-risk, mildly head injured patient. *Surgical Neurology*, 65, 10-13.

- Andrews, M., & Bruns, J. (2008). *Mild traumatic brain injury: Early evaluation and management*. Retrieved February 4, 2008, from http://goliath.ecnext.com/coms2/summary_0199-4971680_ITM
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Chaeles B. Slack.
- Boussard, C. N., Bellocco, R., Geijerstam, J. L., Borg, J., & Adami, J. (2006). Delayed intracranial complication after concussion. *The Journal of Trauma*, *61*, 577-581.
- Brain Injury Association of America. (2007). *About traumatic brain injury*. Retrieved November 4, 2007, from <http://www.biausa.org/aboutbi.htm>
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., & McCaul, K. D. (2007). Meta-Analysis of the relationship between risk perception and health behavior: The example of vaccination. *Health Psychology*, *26*, 136-145.
- Cassidy, J. D., Carroll. P. M., Borg. J., Holst. V. H., Holm. L., Kraus. J., et al. (2004). *Indication, risk factors and prevention of mild traumatic brain injury: Result of the WHO collaborating Center Task Force on mild traumatic brain injury*. Retrieved March 30, 2008, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
- Chulaneurology, (2008). *บาดเจ็บศีรษะ*. Retrieved February 14, 2008, from http://www.chulaneurology.org/index.php?option=com_content&task=category§ionid=6&id=22&Itemid=51
- Cushman, J. G., Agarwal, N., Fabian, T. C., Garcia, V., Nagy, K. K., & Pasquale, M. D., et al. (2001). *Practice management guideline for the management of mild traumatic brain injury*. Retrieved November 4, 2007, from <http://www.east.org/tpg/tbi.pdf>
- European Brain Injury Society. (2007). *Head injury*. Retrieved November 4, 2007, from <http://www.ebissociety.org/head-injury.html>
- Evan, R. W. (2006). *Concussion and mild traumatic brain injury*. Retrieved November 4, 2007, from <http://www.plin.exteen.com/20060625/concussion.htm>
- Fabbri, A., Servadel, F., Marchesini, G., Dente, M., Lervese, T., Spada, M., et al. (2004). Which type observation for patients with high-risk mild head injury and negative computer tomography? *European Journal of Emergency Medicine*, *11*, 65-69.

- Flaada, J. T., Leibson, C. L., Mandrekar, J. N., Diehl, N., Perkins, P. K., Brown, A. W., & et al. (2007). Relative risk of mortality after traumatic injury: A population-base study of the role of age and injury severity. *Journal of Neurotrauma*, *24*, 435-445.
- Fung, M., Willer, B., Moreland, D., & Leddy, J. J. (2006). A proposal for an evidence-based emergency department discharge form for mild traumatic brain injury. *Brain Injury*, *20*, 889-894.
- Geijerstam, J. L. (2005). *Mild head injury: In hospital observation or computed tomography*. Retrieved November 4, 2007, from <http://diss.kib.ki.se/2005/91-7140-463-5/>
- Geijerstam, J. L., & Britton, M. (2003). Mild head injury-mortality and complication rate: meta-analysis of finding in a systematic literature review, *Acta Neurochirurgica*, *145*, 843-850.
- Grubbs, L. M. & Tabuno, M. (2000). Use of sunscreen in health care professionals: The Health Belief Model, *Cancer Nursing*, *23*, 164-167.
- Hartwig, C. L. (2008). *Mild traumatic brain injury: What is it and What Dose it Do to the Sufferer?* Retrieved January 4, 2008, from http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/tbi_toolkit/physicians/mtbi/index.htm
- Heng, K. W. J., Tham, K. Y., How, K. Y., Foo, J. S., Lau, Y. H., & Li, A. Y. K. (2007). Recall of discharge advice given to patients with minor head injury presenting to a Singapore emergency department. *Singapore Medicine Journal*, *48*, 1107-1110.
- Hickey, J. V. (2003). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Ho, V., Yamal, J. M., Atkinson, E. N., Basen-Engquist, K., Tortolero-Luna, G., & Follen, M. (2005). Predictors of breast and cervical screening in Vietnamese woman in Harris County, Houston, Texas. *Cancer Nursing*, *28*, 119-129.
- Huynh, T., Jacobs, D.G., Dix, S., Sing, R. F., Miles, W. S., & Thomason, M. H. (2006). Utility of neurosurgical consultation for mild traumatic brain injury. *The American Surgeon*, *72*, 1162-1167.
- Ibenez, J., Arikan, F., Pedaza, S., Sanchez, E., Poca, M.A., & Rodriguez, D., et al. (2004). Reliability of clinical guidelines in the detection of patients at risk following mild head Injury: results of a perspective study. *Journal of Neurosurgery*, *100*, 825-34.

- Inamasu, J., Nakamura, Y., Saito, R., Horiguchi, T., Kanai, R., & Ichikazaki, K. I. (2001). Delayed, but acutely progressive epidural hematoma after mild head injury. *American Journal of Emergency Medicine, 19*, 324-325.
- Ingebrigtsen, T., Ronmer, B., & Kock-Jensen, C. K. (2000). Scandinavian guideline for initial management of minimal, mild, and moderate Head Injuries. *The Journal of Trauma, 48*, 760-766.
- Janz, N. K., Champion, V. L., & Strecher, V. J. (2002). The Health Belief Model. In Glanz, K., Rimer, B.K., & Lewis, F. M. (Eds), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (3rd ed., pp. 45-65), San Francisco: Jossey-Bass Publisher.
- Karen, R. T. (2005). Managing brain injury. *Neuroscience, 10*, 1-20.
- Kushner, D. (2001). Concussion in sport: Minimizing the risk for complication. *American Family Physician, 64*, 1007-1014.
- Lan, S. (2004). Intracranial hypertension after traumatic brain injury. *Indian Journal Critical Care Medicine, 8*, 120-126.
- Lee, A. (2008). *Intracranial hemorrhage: Three neurological emergencies involving bleeding within the skull*. Retrieved July 10, 2008, from http://brain-injury.suite101.com/article.cfm/Intracranial_hemorrhage
- Lee, S. T., Liu T. U., Wong, C. W., Yeh, Y. S., & Tzaan, W. C. (2001). Relative risk of deterioration after mild head injury. *Acta Neurochirurgica, 311*, 136-140.
- Livingston, D. H., Lavery, R. F., Passannante, M. R., Skurnick, J. H., Baker, S., Fabian, T. C., et al. (2000). Emergency department discharge of patients with negative cranial computed tomography scan after minimal head injury. *Annals of Surgery, 232*, 126-132.
- Maniker, A. H. (2003). *Giving a heads up on mild traumatic brain injuries*. Retrieved November 11, 2007, from <http://www.Umdnj.edu/cgi-bin/cgiwrap/quinnaj/printerpageHL.pl>
- Mateo, M. A. (2003). Evaluation of patients with mild traumatic brain Injury. *Lippincott's Case Management, 8*, 203-207.
- National Center of Injury Prevention and Control. (2006). *Traumatic brain injury*. Retrieved November 4, 2007, from <http://www.cdc.gov/ncipc/tbi/TBI.htm>

- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6th ed). St. Luis: Mosby.
- Oyesiku, N. M. (2005). What is the best way to assess and classify head-injury patient ?.
In A. B.Valadka, & B. T. Andrews (Eds.), *Neurotrauma evidence-based answer to common questions*. New York: Stuttgart Thieme Medical.
- Ono, K., Wada, K., Takahara, T., & Shirotani, T. (2007). Indications for computed tomography in patients with mild head injury. *Neurologia medico-chirurgica (Tokyo)*, 47, 291-298.
- Polit, D. F., & Sherman, R. E. (1990). Statistical power in nursing research. *Nursing Research*, 39, 365-369.
- Saboori, M., & Ahmadi, J. (2006). Indication for brain CT scan in patients with minor head injury. *Journal of Research in Medical Sciences*, 11, 176-184.
- Scot, N. (2005). Traumatic brain injury a review. *Critical Nursing*, 28, 188-194.
- Selladurai, B., & Reilly, P. (Ed.). (2007). *Initial management of head injury : A comprehensive guide*. Sydney: McGraw Hill.
- Shiomi, N., & Echigo, T. (2004). A Guide to initial management of mild head injury.
No Shinkei GeKa, 32, 465-470.
- Stiell, I. G., Lesiuk, H., Clement, C., Wells, G. A., De Maio, V. J., & Battram, E., et al. (2001).
The role of injury mechanism in the evaluation of patients with minor head injury.
Retrieved November 4, 2007, from <http://www.caep.ca/template.asp?id=80DB98302B704D77B4D84B849EC5C311#007>
- Thirupathy, S. P., & Multhukumar, N. (2004). Mild head injury: Revisited. *Acta Neurochirurgica*, 146, 1075-1083.
- Vos, P. E., Battistin, L., Birbamer, G., Gerstenbrand, F., Potapov, A., & Prevec, T., et al. (2002).
European Federation of Neurological Societies guideline on mild traumatic brain injury:
report of an EFNS task force. *European Journal of Neurology*, 9, 207-219.
- Whittaker, R., Kemp, s., & House, A. (2007). Illness perceptions and outcome in mild head injury:
A longitudinal study, *Journal of Neurological Neurosurgery Psychiatry*, 78, 644-646.
- Youngblut, J. M., Dorothy, B., & Kuluz, J. (2005). Parents' reactions at 24-48 hrs after a preschool child's head injury. *Pediatric Critical Care Medicine*, 6, 550-556.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย

สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาวอรอนงค์ โกเมศ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล เพื่อนำข้อมูลที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองในผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยต่อไป จึงขอความกรุณาให้ท่านช่วยตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลจากทีมสุขภาพแต่อย่างใด และถ้าท่านตอบแบบสอบถามแล้วไม่พอใจหรือคิดว่าจะมีผลกระทบต่อท่าน ท่านสามารถถอนตัวจากการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน ข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ และใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อสอบถามดิฉันได้ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หรือโทรศัพท์หมายเลข 0843093058 ดิฉันยินดีอย่างยิ่งที่จะตอบคำถามหรือข้อสงสัยของท่าน

ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

นางสาวอรอนงค์ โกเมศ

ผู้วิจัย

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถแสดงความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยได้ทั้งแบบลายลักษณ์อักษร และไม่มีลายลักษณ์อักษร และหากท่านมีความประสงค์ที่จะเข้าร่วมวิจัยแบบมีลายลักษณ์อักษร ท่านสามารถลงนามในข้อความข้างล่างนี้ได้

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบ ความความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง กับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล

แบบสอบถามนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 สำหรับผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย และชุดที่ 2 สำหรับผู้ดูแล โดยในแต่ละชุดแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ส่วนที่ 4 การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง

ชุดที่ 1 สำหรับผู้บาดเจ็บศีรษะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างและใส่เครื่องหมาย ✓ ใน () หน้าข้อความที่เป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ..... ปี
3. สถานภาพสมรส
() โสด () สมรส () หย่า/หม้าย
4. รายได้ของตนเองเฉลี่ยต่อเดือน
() ไม่มีรายได้ () ต่ำกว่า 5,000 บาท () 5,000 – 10,000 บาท
() มากกว่า 10,000 บาท
5. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() อนุปริญญา () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ
() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () นักเรียน นักศึกษา () เกษตรกร
() ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว () รับจ้างทั่วไป () พนักงานบริษัท
() รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () อื่น ๆ ระบุ.....
7. ประสบการณ์การบาดเจ็บศีรษะในอดีต
() มี () ไม่มี
8. ประวัติการบาดเจ็บศีรษะของบุคคลในครอบครัว
() มี () ไม่มี

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (x) ตรงหมายเลข ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งเป็นผลจากการบาดเจ็บศีรษะที่เกิดขึ้นในขณะนี้

1. การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ อาจทำให้ฉันเกิดเลือดออกในสมอง



ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

2. ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมองได้มากกว่าผู้บาดเจ็บอื่น ๆ



ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

3. การดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ทำให้ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง

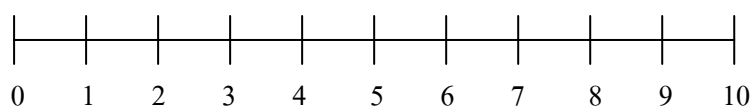


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

4. การหมดสติหรือสลบภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้ผู้บาดเจ็บมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง



ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

5. ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะที่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง หรืออาเจียนรุนแรง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง

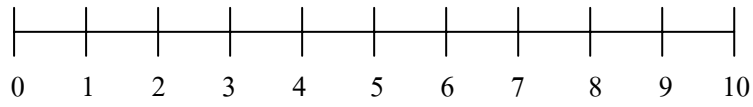


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

6. ผู้บาดเจ็บศีรษะที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง

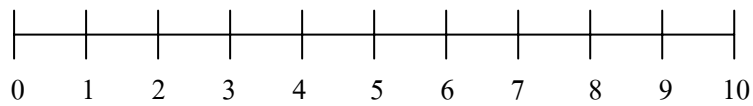


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

7. อาการชักที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดเลือดออกในสมอง



ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

8. ผู้บาดเจ็บศีรษะที่มีแผลที่ศีรษะ มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง



ไม่เห็นด้วย

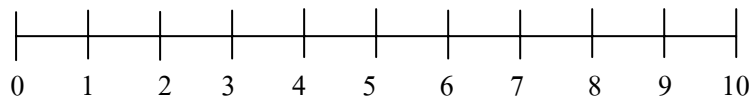
เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (x) ตรงหมายเลข ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน เกี่ยวกับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดขึ้นในขณะนี้

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ ทำให้ ฉันมีปัญหาในการเรียนรู้ เช่น ตามองไม่เห็น หูไม่ได้ยิน สมารถสิ้น

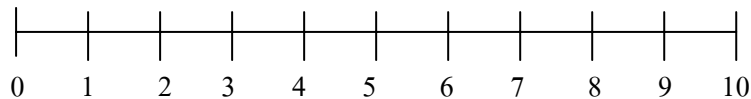


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

2. การบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ ไม่ทำให้ ฉันพิการ

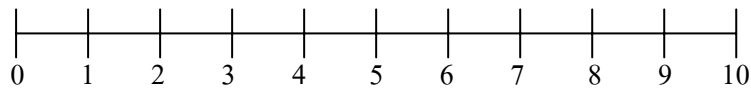


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

3. การบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ ไม่ทำให้ ฉันเสียชีวิต

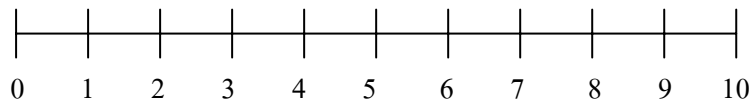


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

4. การบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ ทำให้ ฉันรู้สึกเครียดและวิตกกังวล



ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

5. การบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ ทำให้ ครอบครัวของฉันเดือดร้อน

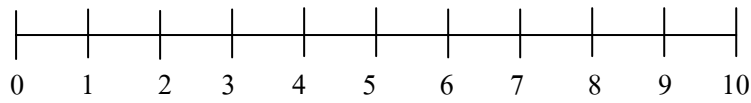


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

6. การบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ ทำให้ ฉันต้องสูญเสียเงิน หรือรายได้

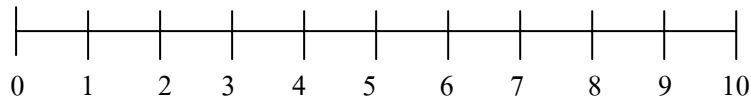


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

7. การบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ ไม่ทำให้ ฉันความจำเสื่อม

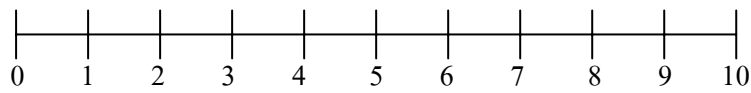


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

8. การบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ ทำให้ ฉันต้องหยุดเรียน หรือหยุดงาน

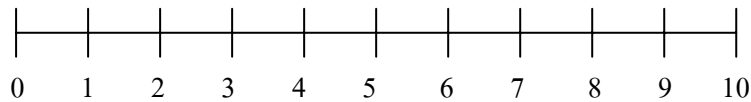


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

9. การบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ ไม่ทำให้ ฉันป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับระบบประสาท

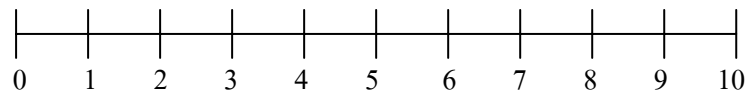


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

10. การบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ ทำให้ ฉันเป็นภาระของบุคคลอื่น เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ลูก เพื่อน



ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมาก

ส่วนที่ 4 การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของท่าน

ข้อที่	การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1	ฉันสังเกตอาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในสมอง		
2	ฉันดื่มสุรา		
3	ฉันใช้ยานอนหลับ หรือยาระงับประสาท		
4	ฉันอยู่คนเดียว ในช่วง 2 วันแรกหลังการบาดเจ็บ		
5	ฉันขับรถ จักรยานยนต์ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องยนต์กลไก ถึงแม้ว่าจะมีอาการมึนศีรษะ		
6	ฉันเล่นกีฬาที่อาจทำให้ศีรษะถูกกระแทก เช่น ฟุตบอล ตะกร้อ		
7	ฉันมาพบแพทย์ตามนัด		

อาการผิดปกติในวันที่แพทย์นัด

ไม่มี

มี ปวดศีรษะ ตาพร่า คลื่นไส้ อาเจียน หูอื้อ

อื่น ๆ ระบุ.....

ชุดที่ 2 สำหรับผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างและใส่เครื่องหมาย ✓ ใน () หน้าข้อความที่เป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ..... ปี
3. สถานภาพสมรส
() โสด () สมรส () หย่า/หม้าย
4. รายได้ของตนเองเฉลี่ยต่อเดือน
() ไม่มีรายได้ () ต่ำกว่า 5,000 บาท () 5,000 – 10,000 บาท
() มากกว่า 10,000 บาท
5. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() อนุปริญญา () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ
() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () นักเรียน นักศึกษา () เกษตรกร
() ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว () รับจ้างทั่วไป () พนักงานบริษัท
() รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () อื่น ๆ ระบุ.....
7. ประสบการณ์การบาดเจ็บศีรษะในอดีต
() มี () ไม่มี
8. ประวัติการบาดเจ็บศีรษะของบุคคลในครอบครัว
() มี () ไม่มี
9. สัมพันธภาพกับผู้บาดเจ็บ
() บิดา - มารดา () บุตร () พี่-น้อง
() เพื่อน () สามเณร-ภรรยา () ญาติ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (x) ตรงหมายเลข ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งเป็นผลจากการบาดเจ็บศีรษะที่เกิดขึ้นในขณะนี้

1. การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ อาจทำให้ผู้บาดเจ็บเกิดเลือดออกในสมอง



ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

2. ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมองได้มากกว่าผู้บาดเจ็บอื่น ๆ



ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

3. การดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ทำให้ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง

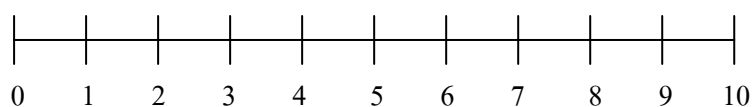


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

4. การหมดสติหรือสลบภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้ผู้บาดเจ็บมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง

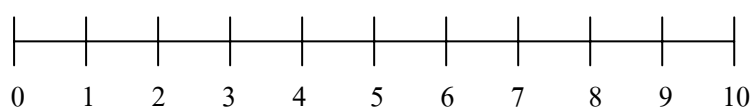


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

5. ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะที่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง หรืออาเจียนรุนแรง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง

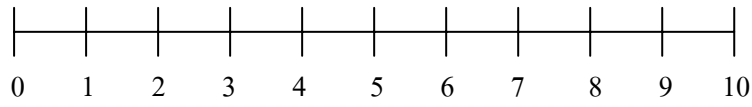


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

6. ผู้บาดเจ็บศีรษะที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง

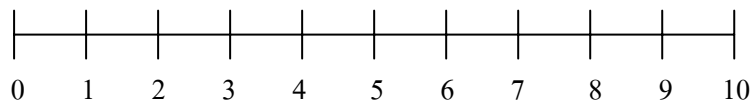


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

7. อาการชักที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดเลือดออกในสมอง



ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

8. ผู้บาดเจ็บศีรษะที่มีแผลที่ศีรษะ มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมอง



ไม่เห็นด้วย

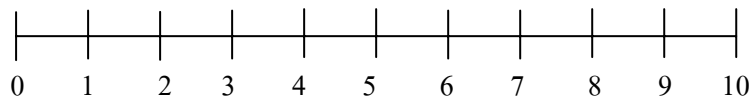
เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (x) ตรงหมายเลข ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน เกี่ยวกับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะที่เกิดขึ้นในขณะนี้

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ ทำให้ ผู้บาดเจ็บมีปัญหาในการเรียนรู้ เช่น ตามองไม่เห็น หูไม่ได้ยิน สมารถสิ้น

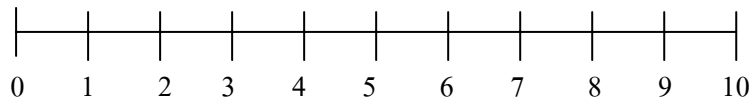


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

2. การบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ ไม่ทำให้ ผู้บาดเจ็บพิการ

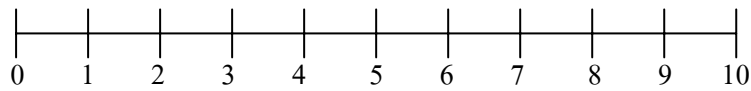


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

3. การบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ ไม่ทำให้ ผู้บาดเจ็บเสียชีวิต

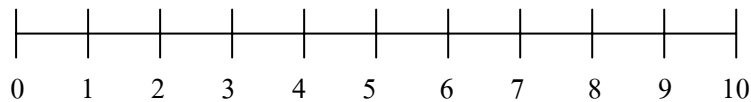


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

4. การบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ ทำให้ นัารู้สึกเครียดและวิตกกังวล



ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

5. การบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ ทำให้ ครอบครัวของฉันเดือดร้อน

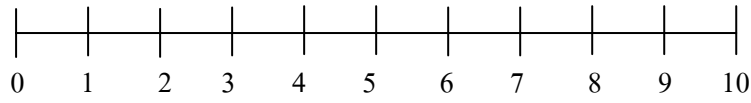


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

6. การบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ ทำให้ ฉันต้องสูญเสียเงิน หรือรายได้

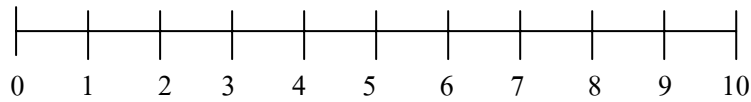


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

7. การบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ ไม่ทำให้ ผู้บาดเจ็บความจำเสื่อม

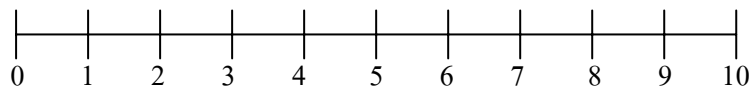


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

8. การบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ ทำให้ ฉันต้องหยุดเรียน หรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้บาดเจ็บ

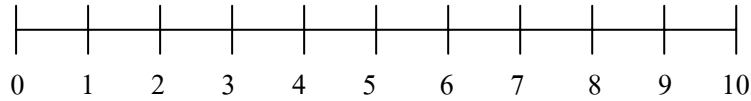


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

9. การบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ ไม่ทำให้ ผู้บาดเจ็บป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับระบบประสาท

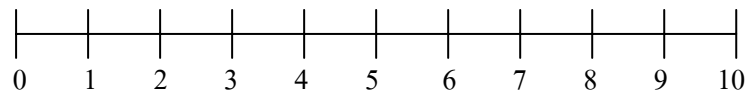


ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

10. การบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ ทำให้ ผู้บาดเจ็บเป็นภาระที่ฉันต้องดูแล



ไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมากที่สุด

ส่วนที่ 4 การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้ดูแล กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของท่าน

ข้อที่	การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1	ฉันสังเกตอาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในสมอง		
2	ฉันปลุกผู้บาดเจ็บ ทุก 2 ชั่วโมงในช่วง 2 วันแรกหลังการบาดเจ็บศีรษะ		
3	ฉันให้ผู้บาดเจ็บใช้ยานอนหลับ หรือยาระงับประสาท		
4	ฉันปล่อยให้ผู้บาดเจ็บอยู่นิ่งเฉย ในช่วง 2 วันแรกหลังการบาดเจ็บ		
5	ฉันห้ามผู้บาดเจ็บดื่มสุรา		
6	ฉันอนุญาตให้ผู้บาดเจ็บขับรถ จักรยานยนต์ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องยนต์กลไก เมื่อมีอาการมีนศีรษะ		
7	ฉันห้ามผู้บาดเจ็บเล่นกีฬาที่ศีรษะมีอาจถูกกระแทก เช่น ฟุตบอล ตะกร้อ		
8	ฉันนำผู้บาดเจ็บมาพบแพทย์ตามนัด		

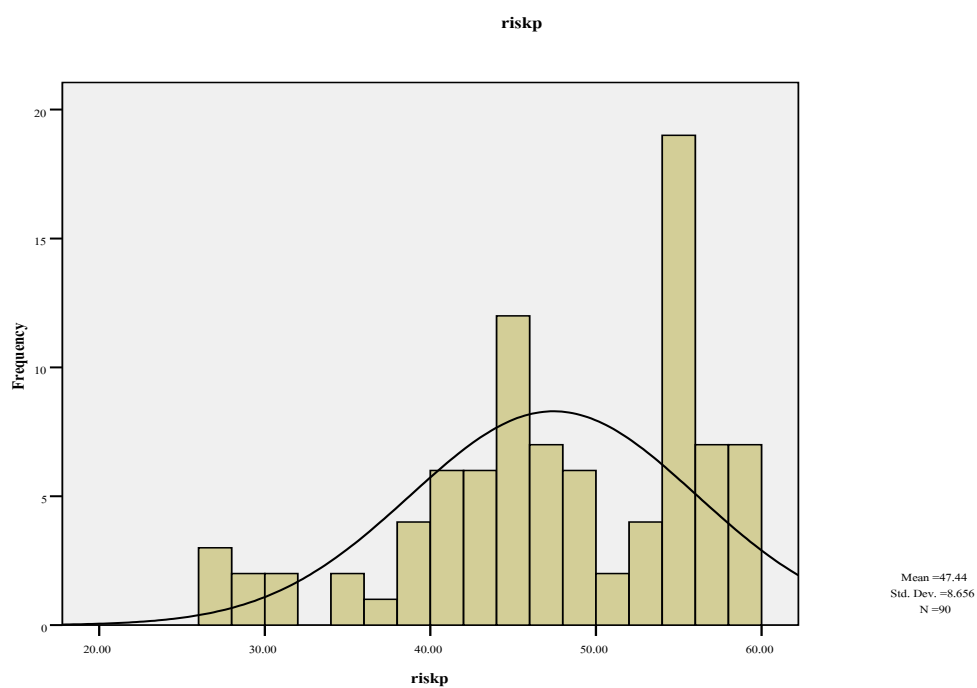
ภาคผนวก ค

การแจกแจงข้อมูล

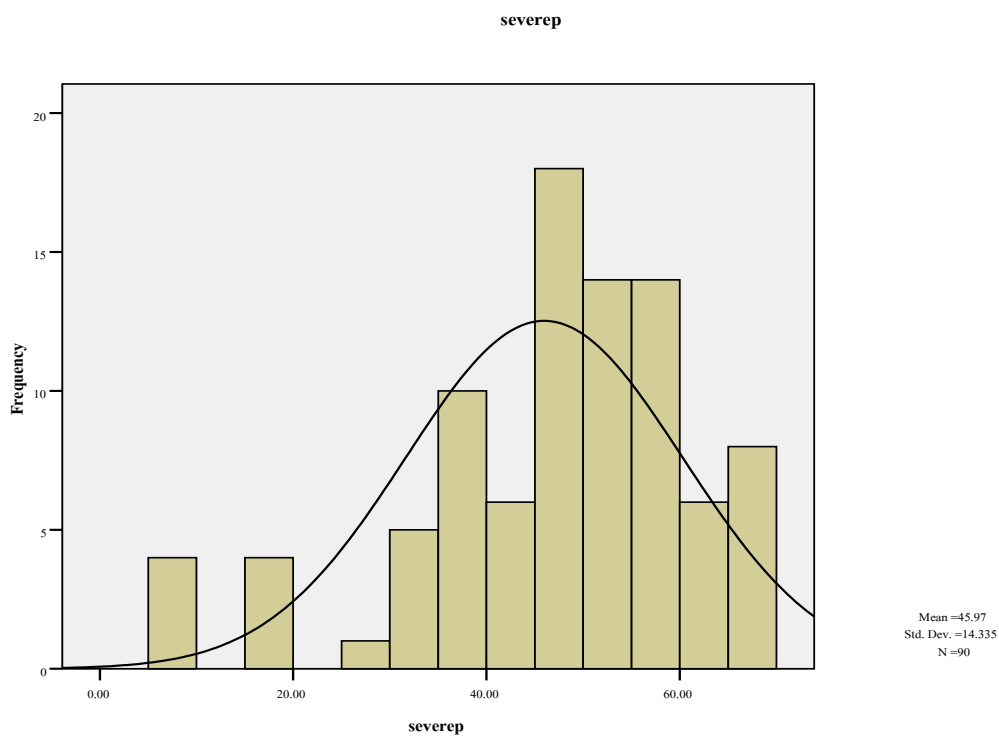
การทดสอบการแจกแจงข้อมูล ใช้ 2 วิธี คือ กราฟฮิสโตแกรม (Histogram) และ
ใช้สถิติ One-sample kolmogorov-smirnov test ดังนี้

กราฟ Histogram

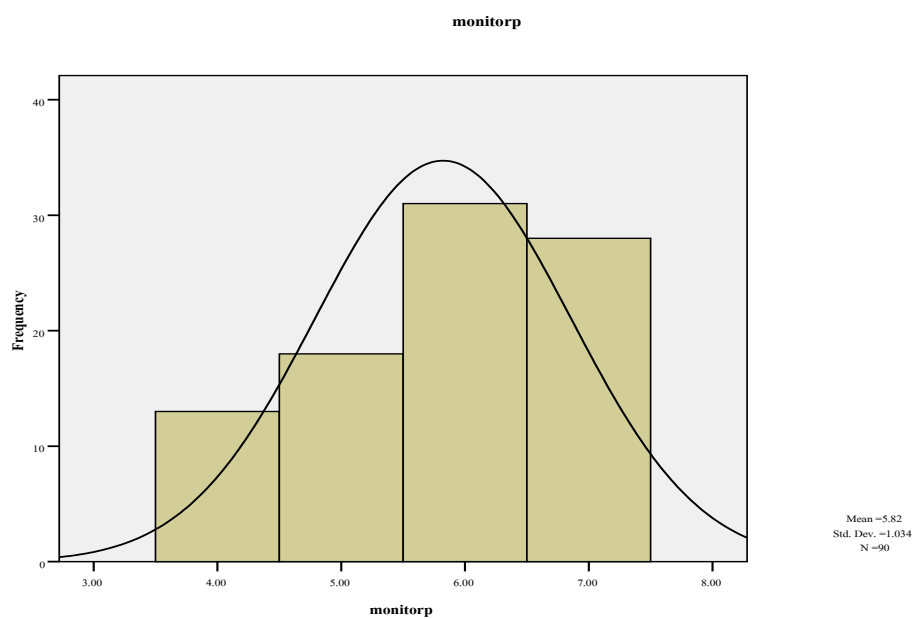
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย



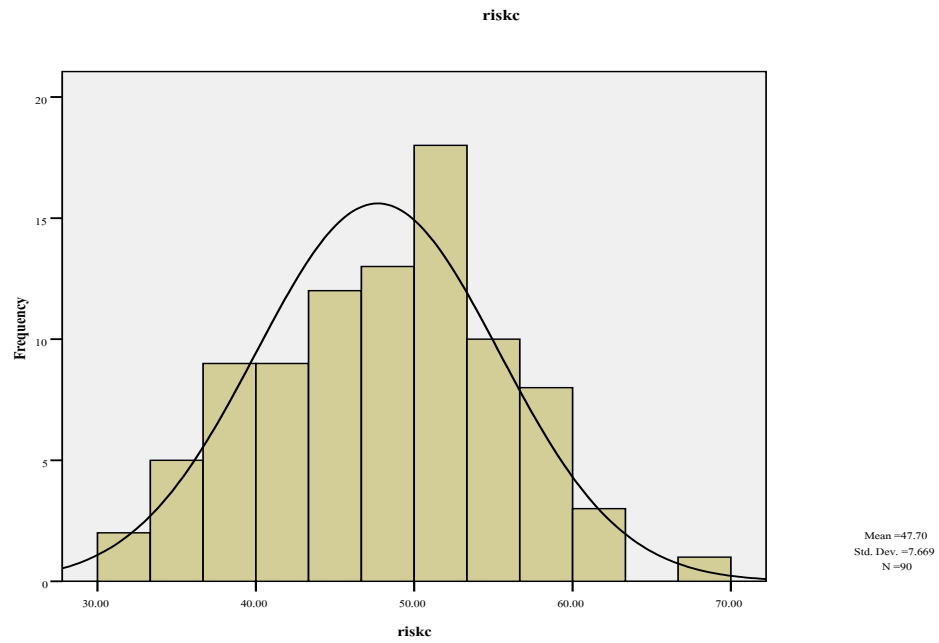
2. การรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย



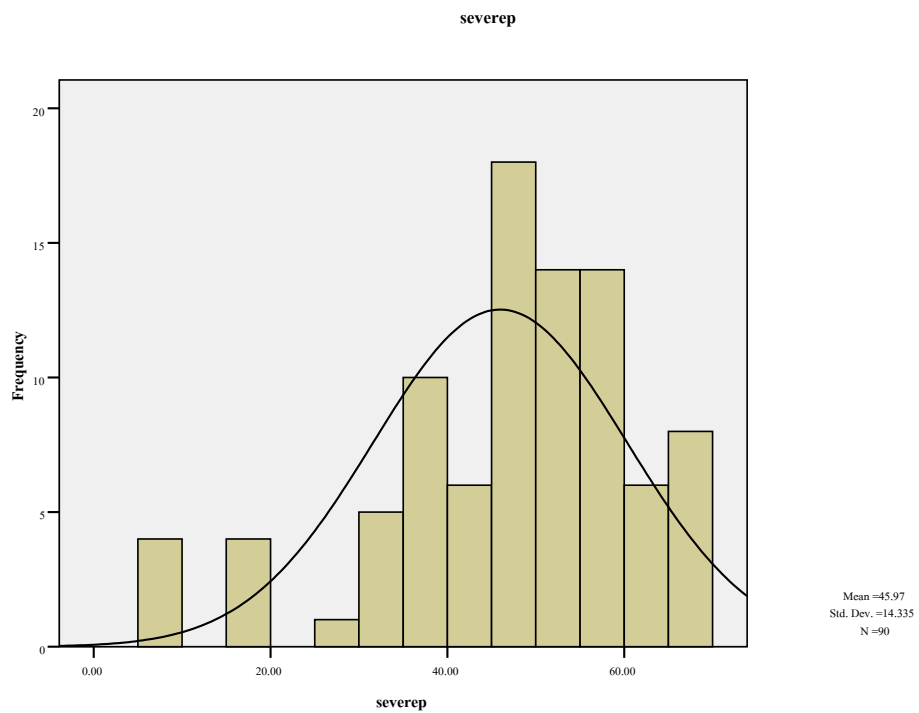
3. การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย



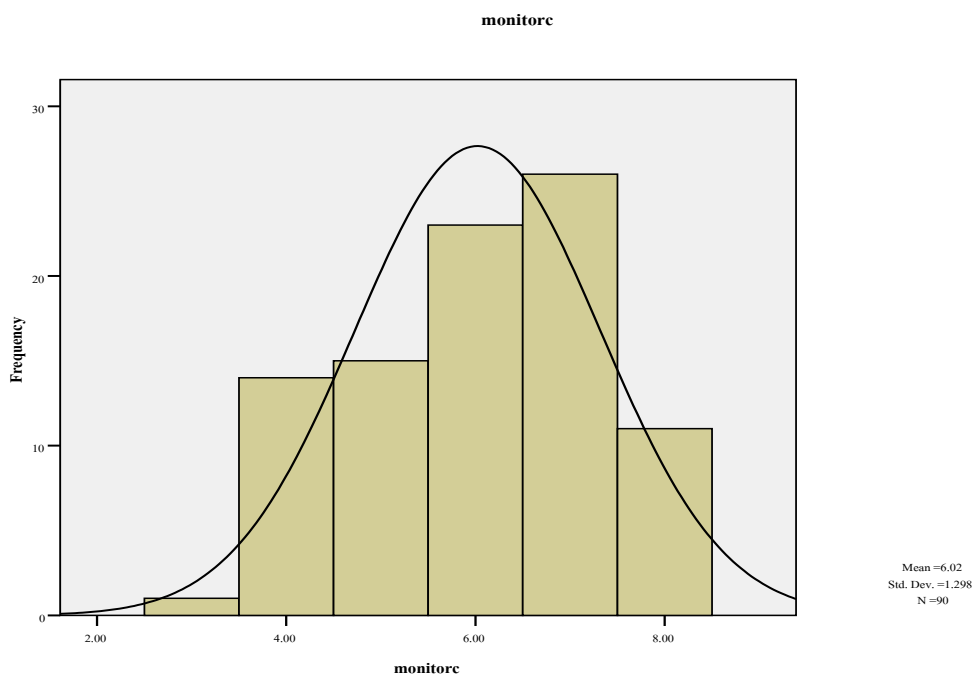
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล



5. การรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล



6. การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล



สถิติ *One-sample kolmogorov-smirnov test*

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	riskp	severep	monitorp	risc	severec	monitorc	
N	90	90	90	90	90	90	
Normal Parameters ^a	Mean	47.4444	45.9667	5.8222	47.7000	46.9444	6.0222
	Std. Deviation	8.65586	14.33504	1.03400	7.66936	20.56743	1.29803
Most Extreme Differences	Absolute	.142	.140	.224	.065	.062	.185
	Positive	.073	.059	.131	.065	.051	.118
	Negative	-.142	-.140	-.224	-.062	-.062	-.185
Kolmogorov-Smirnov Z	1.349	1.326	2.123	.612	.588	1.760	
Asymp. Sig. (2-tailed)	.052	.059	.000	.848	.879	.004	

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

ภาคผนวก ง
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ศาสตราจารย์ นายแพทย์สงวนสิน รัตนเลิศ
รองหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
2. นาวาอากาศโทหญิง ดร. โสพรรณ โพทะยะ
ผู้ตรวจการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุมพร ปุญญโสพรรณ
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวอรอนงค์ โกเมศ

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5010421063

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับสอง)	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2540

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6

สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา