

การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน
โรงพยาบาลธวัชบุรี

Emergency Nurse's Acute Agitation Management in Patients with
Traumatic Brain Injury at Thawatburi Hospital

รัชณี เนตรวงษ์*

Ratchanee Netwong*

งานพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลธวัชบุรี อำเภोधวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด
Forensic nursing in the emergency department, Thawat Buri Hospital,
Thawat Buri, Roi Et

*Corresponding author: rachninetwngs@gmail.com

Received: 3 December, 2025; Revised: 14 December, 2025; Accepted: 25 December, 2025

Abstract

This study aimed to describe the management patterns of acute confusion among patients with traumatic brain injury provided by emergency nurses and to examine the levels of acute confusion before and after management. A descriptive study design was employed. The sample consisted of 30 patients with acute confusion following traumatic brain injury who were admitted to the emergency department and selected using purposive sampling. Research instruments comprised three parts: (1) a patient data record form covering general characteristics and injury-related information, (2) the Agitated Behavior Scale (ABS) used to assess levels of acute confusion before and after management, and (3) an observation form documenting the management of acute confusion by emergency nurses. Three experts validated all instruments, yielding a content validity index of 1.00, and the observation form demonstrated an inter-rater reliability of 0.86. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. The results showed that all patients with traumatic brain injury received acute confusion management by emergency nurses according to the severity of confusion. Before management, most patients exhibited moderate to severe levels of acute confusion. After management, the number of patients without acute confusion increased, while those with severe acute confusion decreased. These findings provide baseline evidence for developing clinical guidelines

for managing acute confusion in patients with traumatic brain injury and for enhancing the competencies of emergency nurses in delivering appropriate and effective care.

Keywords: Acute Agitation Management; Patients with Traumatic Brain Injury
Emergency Nurse

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายรูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน และอธิบายระดับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยก่อนและหลังการจัดการ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลังการบาดเจ็บสมองซึ่งเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยซึ่งครอบคลุมข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการบาดเจ็บ (2) แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลังการบาดเจ็บสมอง สำหรับประเมินระดับภาวะสับสนก่อนและหลังการจัดการ และ (3) แบบสังเกตการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และแบบสังเกตมีความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.86 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองทุกรายได้รับการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันโดยพยาบาลห้องฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงของภาวะสับสน ก่อนการจัดการผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับภาวะสับสนปานกลางถึงรุนแรง ขณะที่ภายหลังการจัดการพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลันเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนระดับรุนแรงลดลง ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลห้องฉุกเฉินในการจัดการภาวะดังกล่าวอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน; ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง; พยาบาลห้องฉุกเฉิน

บทนำ

การบาดเจ็บสมอง (Traumatic Brain Injury: TBI) ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ความพิการระยะยาว และก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนซึ่งยังคงเป็นสาเหตุหลักของการบาดเจ็บรุนแรงในประเทศ จากรายงานของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2561–2565 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนรวมทั้งสิ้น 92,002 ราย หรือเฉลี่ยประมาณ 18,400 รายต่อปี และในปี พ.ศ. 2565 พบผู้บาดเจ็บรุนแรงจำนวน 212,271 ราย ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลมากกว่า 6,681 ล้านบาท รวมทั้งมีผู้พิการจากการบาดเจ็บจำนวน 9,761 ราย สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญทั้งด้านสุขภาพ

เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศภายหลังการบาดเจ็บสมอง ผู้ป่วยมักเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะเฉียบพลัน โดยเฉพาะภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลังการบาดเจ็บ (Post-Traumatic Agitation/Delirium) ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยและอาจนำไปสู่การบาดเจ็บสมองระยะที่สอง (secondary brain injury) หากไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม ภาวะดังกล่าวมีลักษณะเด่นคือการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวร่วมกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ความก้าวร้าว กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง อารมณ์แปรปรวน และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Khellaf et al., 2019) นอกจากนี้ ภาวะสับสนเฉียบพลันยังสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต ชีพจร และความดันในกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของเยื่อหุ้มสมอง เพิ่มความเสี่ยงต่อความพิการถาวรหรือการเสียชีวิต (Lulla et al., 2023)

ภาวะสับสนเฉียบพลันไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและทีมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ดูแลและครอบครัวมักเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะทางอารมณ์จากพฤติกรรมที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ของผู้ป่วย (Mortimer & Berg, 2017) ขณะเดียวกัน บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลในห้องฉุกเฉิน อาจมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานและคุณภาพของการดูแลรักษา (Oyesanya et al., 2017) การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลังการบาดเจ็บสมองสามารถแบ่งออกเป็นการจัดการโดยไม่ใช้ยาและการจัดการโดยใช้ยา โดยการจัดการโดยไม่ใช้ยาเป็นแนวทางสำคัญในระยะเฉียบพลัน เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การลดสิ่งกระตุ้น การใช้เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม และการผูกมัดร่างกายในกรณีที่มีความจำเป็น เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคลากร ขณะที่การจัดการโดยใช้ยามักนำมาใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง และต้องได้รับการประเมินและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด (Oyesanya et al., 2016) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับการจัดการในระยะฟื้นฟูสภาพเป็นหลัก ขณะที่ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในบริบทห้องฉุกเฉิน ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ต้องอาศัยการตัดสินใจอย่างรวดเร็วและคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญ ยังมีอยู่อย่างจำกัด (Gamble et al., 2020)

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในฐานะพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจำนวนหนึ่งมีภาวะสับสนเฉียบพลันที่จำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเร่งด่วน แต่ยังขาดข้อมูลเชิงระบบเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการภาวะดังกล่าวโดยพยาบาลในบริบทห้องฉุกเฉิน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันของพยาบาลห้องฉุกเฉิน และเพื่ออธิบายระดับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยก่อนและหลังการจัดการ เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในห้องฉุกเฉินให้มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริงมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายระดับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และอธิบายรูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาล

ธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลังการบาดเจ็บสมองซึ่งเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการบาดเจ็บสมอง 2) มีภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลังการบาดเจ็บสมอง ประเมินด้วยแบบประเมิน Agitated Behavior Scale (ABS) โดยมีอาการอย่างน้อย 1 ข้อจากทั้งหมด 14 ข้อ 3) มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2 ตอน ได้แก่

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติโรคประจำตัว และยาที่ใช้ประจำ

2) ข้อมูลการบาดเจ็บและประวัติการรักษา ได้แก่ วันและเวลาที่เกิดเหตุ วิธีการมาโรงพยาบาล อาการสำคัญ ประวัติการสลบ สาเหตุการบาดเจ็บ ลักษณะบาดแผล ระดับความรู้สึกตัว แกร็บ ความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง Injury Severity Score (ISS) การบาดเจ็บร่วม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและ CT scan (ถ้ามี) การรักษาในห้องฉุกเฉิน แผนการรักษา และระดับความรู้สึกตัวเมื่อจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลังการบาดเจ็บสมอง ใช้แบบประเมิน Agitated Behavior Scale (ABS) ประกอบด้วย 14 ข้อ (Corrigan, 1989; Amato et al., 2012) ให้คะแนนระดับความรุนแรงตั้งแต่ 1–4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14–56 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของ Sandel & Mysiw (1996) ได้แก่

≤ 21 คะแนน = ไม่มีภาวะสับสน

22–28 คะแนน = ภาวะสับสนเล็กน้อย

29–35 คะแนน = ภาวะสับสนปานกลาง

36–56 คะแนน = ภาวะสับสนรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน เป็นแบบสังเกตที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ ประเมินการปฏิบัติของพยาบาล โดยระบุว่า “ปฏิบัติ” หรือ “ไม่ปฏิบัติ” พร้อมบันทึกข้อมูลเชิงพรรณนาเพิ่มเติม เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และมีค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.86

ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) หลังได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าห้องฉุกเฉิน และ พยาบาลเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย และชี้แจงโครงการวิจัยตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อประกอบการตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์

ของการวิจัย สาเหตุที่ พยาบาลห้องฉุกเฉินได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ การนำข้อมูลไปใช้ในการทำวิจัยประโยชน์และความเสี่ยงที่พยาบาลห้องฉุกเฉินจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย หน้าที่ของพยาบาลห้องฉุกเฉินในฐานะของการเข้าร่วมโครงการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล สิทธิในการยกเลิกหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ ตลอดเวลา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลายมือชื่อ ในใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2) ผู้วิจัยขออนุญาตพยาบาลที่เข้าร่วมวิจัยด้วยวาจาอีกครั้ง ก่อนการเก็บข้อมูลด้วยการสังเกต การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

3) เมื่อมีผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังการบาดเจ็บสมองเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลังการบาดเจ็บสมองโดย การใช้เครื่องมือ ประเมินภาวะสับสน (ABS) ในการสังเกตอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองแบบไม่มีส่วนร่วม โดยไม่ให้มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของทีมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ

4) การเก็บข้อมูลการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บสมอง โดย พยาบาลห้องฉุกเฉิน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยสังเกตการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วย ภายหลังการบาดเจ็บสมองของพยาบาล โดยผู้วิจัยไม่มีส่วนร่วมใดๆ ในการพยาบาลผู้ป่วย การสังเกตเริ่มตั้งแต่ ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในห้องฉุกเฉินและสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน โดยระยะเวลาของการ สังเกตอยู่ระหว่าง 1 ชั่วโมง 10 นาที – 6 ชั่วโมง

5) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการประเมินผลหลังการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันผู้บาดเจ็บสมองโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะสับสน (ABS) ก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน

6) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของผู้ป่วยในส่วนของแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการบาดเจ็บ และประวัติ การรักษาของผู้ป่วยจากเวชระเบียนเท่านั้น โดยไม่มีการสอบถามข้อมูลใด ๆ จากผู้ป่วยใน ส่วนของพยาบาล นอกจากการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลห้องฉุกเฉินที่เข้าร่วมการ วิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้วยตนเองภายหลังสิ้นสุดการปฏิบัติงานในเวรนั้นๆ โดยใช้ ระยะเวลา ประมาณ 10 นาที

7) เมื่อเก็บข้อมูลครบผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำมาสรุปและวิเคราะห์ผล

การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของประชากรที่ศึกษา โดยนำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ HE2566-12-20-174 หมายเลขรับรอง COE 1742566 วันที่รับรอง 20 ธันวาคม 2566 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยข้อมูลที่ได้รับจนถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมผลวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและข้อมูลการบาดเจ็บ

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลังการบาดเจ็บสมอง จำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 73.3) อายุ 18–30 ปี (ร้อยละ 53.3) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 83.3) และมีประวัติดื่มสุรา (ร้อยละ 73.3) (Table 1)

ด้านการบาดเจ็บและประวัติการรักษา พบว่า สาเหตุการบาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุบนถนน (ร้อยละ 60.0) วิธีการมาโรงพยาบาลโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) (ร้อยละ 66.7) ระดับความรู้สึกตัวแรกรับส่วนใหญ่เป็นระดับเล็กน้อย (GCS 13) (ร้อยละ 50.0) รองลงมาเป็นระดับรุนแรง (GCS 3–8) (ร้อยละ 43.3) หัตถการที่พบบ่อยคือการทำแผล (ร้อยละ 100) และการเย็บแผล/ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (ร้อยละ 70.0) ก่อนจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน ระดับความรู้สึกตัวส่วนใหญ่เป็นระดับเล็กน้อย (GCS 13) (ร้อยละ 83.3) (Table 2)

ข้อมูลพยาบาลห้องฉุกเฉินที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำนวน 14 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.7) อายุ 23–30 ปี (ร้อยละ 42.9) รองลงมาอายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 35.7) ทุกคนจบการศึกษาระดับปริญญาตรี และได้รับการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บและ/หรือผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (ร้อยละ 100)

Table 1 Number and Percentage of General Characteristics of Patients and Emergency Nurses

Variable	Number (n)	Percentage
Sex		
- Male	22	73.3
- Female	8	26.7
Age (years)		
- 18–30 years	16	53.3
- >30 years	14	46.7
Underlying disease		
- No underlying disease	25	83.3
- With underlying disease	5	16.7
History of alcohol consumption		
- Yes	22	73.3
- No	8	26.7

Table 2 Injury and Treatment Characteristics of Patients (N = 30)

Variable	Number (n)	Percentage
Cause of injury		
Road traffic accident	18	60.0
Assault	5	16.7
Other / unknown	4	13.3
Mode of arrival to the hospital		
Emergency Medical Services (EMS)	20	66.7
Other	10	33.3
Glasgow Coma Scale (GCS) on admission		
Mild (GCS = 13)	15	50.0
Severe (GCS 3–8)	13	43.3
History of loss of consciousness		
No	12	40.0
Yes	18	60.0
Diagnostic investigations in the emergency department		
Laboratory tests	20	66.7
X-ray examination	10	33.3
Therapeutic procedures in the emergency department		
Wound care	30	100.0
Suturing and intravenous fluid administration	21	70.0
Glasgow Coma Scale (GCS) before discharge from the emergency department		
Mild (GCS = 13)	25	83.3
Other levels	5	16.7

ระดับภาวะสับสนเฉียบพลันผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บสมองก่อนการจัดการ

ระดับภาวะสับสนเฉียบพลันผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บสมองก่อนการจัดการ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสับสนรุนแรง (ร้อยละ 43.33) รองลงมาเป็นระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 40.0) (Table 3) พฤติกรรมที่พบในระดับรุนแรงที่รายงานบ่อย ได้แก่ หุนหันพลันแล่น/ทนต่อความปวดได้/กระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่ง (ร้อยละ 33.3) และไม่ให้ความร่วมมือ/ต่อต้านการดูแล รวมถึงโยกตัวหนีไปมา/คร่ำครวญ (ร้อยละ 23.33)

Table 3 Number and Percentage of Acute Confusion Levels Among Traumatic Brain Injury Patients Before Management (N = 30)

Severity Level	Number (Percentage)
Mild (22–28 points)	12 (40.0%)
Moderate (29–35 points)	5 (16.67%)
Severe (more than 35 points)	13 (43.33%)

ระดับภาวะสับสนเฉียบพลันผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บสมองก่อนการจัดการ

ระดับภาวะสับสนเฉียบพลันผู้ป่วยภายหลังการจัดการโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน พบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 53.33 และผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนระดับรุนแรงร้อยละ 23.33 (Table 4) พฤติกรรมที่พบในระดับปานกลางถึงรุนแรงที่รายงานบ่อย ได้แก่ โยกตัวไปมา/คร่ำครวญ (ร้อยละ 40.0) มีอารมณ์รุนแรงหรือโกรธทันทีทันใดร่วมกับดิ่งท่อ/สายระบาย/ผ้าที่ใช้ผูกมัด (ร้อยละ 36.67) และไม่ให้ความร่วมมือ/ต่อต้านการดูแล พูดเยาะ พูดเร็ว หรือเสียงดัง อารมณ์เปลี่ยนแปลงทันทีทันใด (ร้อยละ 26.67)

Table 4 Number and Percentage of Acute Confusion Levels Among Traumatic Brain Injury Patients after Management (N = 30)

Severity Level	Number (Percentage)
No acute confusion (≤ 21 points)	16 (53.33)
Mild (22–28 points)	5 (16.67)
Moderate (29–35 points)	2 (6.67)
Severe (more than 35 points)	7 (23.33)

ภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บสมองภายหลังการจัดการโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน

จากการใช้แบบประเมิน Agitated Behavior Scale (ABS) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจำนวน 30 คน ภายหลังการจัดการโดยพยาบาลห้องฉุกเฉินก่อนจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน (Table 5) พบว่า ผู้ป่วยมากกว่ากึ่งหนึ่งไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (ร้อยละ 53.33) รองลงมาคือผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันระดับรุนแรง (ร้อยละ 23.33) ระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 16.67) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 6.67) ตามลำดับ

สำหรับพฤติกรรมที่แสดงออกจากการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลังการจัดการ (N = 30) พบว่า พฤติกรรมระดับปานกลางถึงรุนแรงที่พบบ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) การโยกตัว ไปมา คร่ำครวญ หรือการกระทำอื่น ๆ ต่อตนเอง (n = 12, ร้อยละ 40.0) (2) การแสดงอารมณ์รุนแรง และ/หรือมีอารมณ์โกรธทันทีทันใด รวมถึงการดิ่งท่อ สายระบาย หรืออุปกรณ์ที่ใช้ผูกมัด (n = 11,

ร้อยละ 36.67) และ (3) การไม่ให้ความร่วมมือหรือการต่อต้านการดูแล คำสั่ง หรือคำขอ พุดมาก พุดเร็ว หรือพุดเสียงดัง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงอารมณ์อย่างฉับพลัน ($n = 8$, ร้อยละ 26.67)

Table 5 Number and Percentage of Acute Confusion Levels Among Traumatic Brain Injury Patients After Management ($N = 30$)

Severity Level of Acute Confusion	Number (Percentage)
None	16 (53.33%)
Mild	5 (16.67%)
Moderate	2 (6.67%)
Severe	7 (23.33%)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายรูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน และเพื่ออธิบายระดับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยก่อนและหลังการจัดการ ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทเชิงรุกของพยาบาลห้องฉุกเฉินในการประเมินเฝ้าระวัง และจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างเป็นระบบ ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลห้องฉุกเฉินมีรูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันที่เป็นกระบวนการดูแลอย่างเป็นระบบ เริ่มตั้งแต่การประเมินระดับความรุนแรงของอาการ การเฝ้าระวังพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และการจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยตามลำดับขั้น การใช้ Agitated Behavior Scale (ABS) เป็นเครื่องมือหลักในการประเมินภาวะสับสนสะท้อนถึงการดูแลที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ เนื่องจาก ABS เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาและยืนยันความน่าเชื่อถือในการประเมินพฤติกรรมสับสนและก้าวร้าวในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยเฉพาะในระยะเฉียบพลันและช่วง post-traumatic amnesia อีกทั้งช่วยลดความคลาดเคลื่อนจากการประเมินเชิงอัตวิสัย และสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเป็นระบบ (Corrigan & Bogner, 1995; Sandel & Mysiw, 1996)

ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระยะเฉียบพลันที่เน้นการป้องกันการเกิด secondary brain injury ซึ่งอาจเกิดจากความเครียด การกระตุ้นที่มากเกินไป หรือพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย (Khellaf et al., 2019; Lulla et al., 2023) การประเมินและจัดการภาวะสับสนอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะต้นจึงมีบทบาทสำคัญต่อการลดภาวะแทรกซ้อนและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ รูปแบบการจัดการที่เน้นการใช้มาตรการไม่ใช้ยาเป็นลำดับแรกได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การลดสิ่งเร้าที่อาจกระตุ้นความสับสน และการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมีแบบแผน สอดคล้องกับหลักการจัดการ delirium และ agitation ที่มุ่งลดปัจจัยกระตุ้นและส่งเสริมความรู้สึกลดภัยของผู้ป่วย ซึ่งมีหลักฐานสนับสนุนว่าสามารถลดความรุนแรงของอาการและป้องกันการลุกลามของภาวะสับสนในระยะเฉียบพลันได้ (Inouye et al., 2014)

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Phyland et al. (2021) ที่รายงานว่าพฤติกรรมสับสนและก้าวร้าวหลังการบาดเจ็บสมองพบได้บ่อยในบริบทโรงพยาบาล โดยเฉพาะในระยะเฉียบพลัน และการจัดการที่เริ่มจากการประเมินอย่างเป็นระบบร่วมกับการใช้มาตรการไม่ใช้ยา มีบทบาทสำคัญในการควบคุมอาการ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะสับสนระดับรุนแรงและมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น โรงพยาบาลต้องจำเป็นต้องใช้มาตรการผูกยึดร่างกายเพื่อควบคุมความเสี่ยงด้านความปลอดภัย ซึ่งสะท้อนถึงการตัดสินใจเชิงวิชาชีพภายใต้ข้อจำกัดของสถานการณ์ฉุกเฉิน อย่างไรก็ตาม แนวทางขององค์การอนามัยโลกเน้นย้ำว่าการผูกยึดควรใช้เฉพาะกรณีจำเป็น อยู่ภายใต้การประเมินซ้ำอย่างใกล้ชิด และต้องใช้มาตรการไม่ใช้ยาเป็นลำดับแรกเสมอ เพื่อลดผลกระทบทางกายและจิตใจของผู้ป่วย (World Health Organization, 2021)

ระดับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยก่อนและหลังการจัดการโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการจัดการ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่อยู่ในระดับภาวะสับสนเฉียบพลันปานกลางถึงรุนแรงตามการประเมินด้วย ABS ซึ่งสะท้อนถึงลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน โดยเฉพาะในช่วง post-traumatic amnesia ที่สมองยังมีความบกพร่องด้านการรับรู้ การควบคุมพฤติกรรม และการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (Corrigan & Bogner, 1995) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Phyland et al. (2021) ที่รายงานว่าพฤติกรรมสับสนและก้าวร้าวพบได้บ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระยะเฉียบพลัน และมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายระหว่างการรักษา ภายหลังการจัดการโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน พบว่าระดับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจน โดยจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสับสนเพิ่มขึ้น ขณะที่ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนระดับรุนแรงลดลง สะท้อนถึงประสิทธิผลของการจัดการที่เน้นการประเมินอย่างเป็นระบบ การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และการใช้มาตรการไม่ใช้ยาเป็นลำดับแรก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Sandel และ Mysiw (1996) ที่ระบุว่า การติดตามระดับ agitation อย่างต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐานช่วยสะท้อนการตอบสนองต่อการดูแล และสนับสนุนการปรับแผนการจัดการให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย การลดลงของระดับภาวะสับสนยังสอดคล้องกับหลักฐานด้านการดูแล delirium ที่ชี้ให้เห็นว่าการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและการลดสิ่งเร้ากระตุ้นสามารถลดความรุนแรงและระยะเวลาของภาวะสับสนได้ โดยเฉพาะในระยะเฉียบพลันที่สมองมีความเปราะบางต่อสิ่งกระตุ้นเพิ่มเติม (Inouye et al., 2014) ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกัน secondary brain injury และการเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

บทบาทพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในห้องฉุกเฉิน

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลห้องฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญในฐานะบุคลากรด่านแรกในการประเมิน เฝ้าระวัง และจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอย่างทันท่วงที การใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น ABS ช่วยให้การประเมินมีความเป็นระบบ ลดความคลาดเคลื่อนจากการประเมินเชิงอัตวิสัย และสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกอย่างมีหลักฐานรองรับ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Corrigan & Bogner (1995) รวมทั้งการพัฒนาและปรับใช้ ABS ในบริบทภาษาไทยที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานจริงของพยาบาล นอกจากนี้งานวิจัยด้านการพยาบาลชี้ให้เห็นว่าทัศนคติ ความเชื่อ และสมรรถนะของพยาบาลมีอิทธิพลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอย่างมีนัยสำคัญ (Oyesanya et al., 2016; Oyesanya et al., 2017) การพัฒนาศักยภาพพยาบาลผ่านการอบรมและ

การใช้เครื่องมือประเมินมาตรฐานจึงมีบทบาทในการยกระดับผลลัพธ์การดูแล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gamble et al. (2020) ที่รายงานว่า การพัฒนาศักยภาพพยาบาลและระบบติดตามอาการช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้ โดยภาพรวม บทบาทพยาบาลห้องฉุกเฉินครอบคลุมทั้งการจัดการด้านคลินิก การจัดการความเสี่ยง และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมภายใต้ข้อจำกัดของสถานการณ์ฉุกเฉิน บทบาทดังกล่าวมีส่วนสำคัญในการลดความรุนแรงของภาวะสับสน ป้องกัน secondary brain injury และยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในห้องฉุกเฉินให้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางสากล (Phylant et al., 2021; World Health Organization, 2021)

ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitations)

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการตีความผลการวิจัย

ประการแรก การศึกษาเป็นการดำเนินการในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจจำกัดการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้กับบริบทของสถานพยาบาลอื่นที่มีความแตกต่างด้านทรัพยากรและระบบการดูแล

ประการที่สอง การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันใช้ Agitated Behavior Scale (ABS) ซึ่งแม้เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีความน่าเชื่อถือ แต่ยังคงอาศัยการประเมินโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน อาจเกิดความแปรปรวนจากประสบการณ์และทักษะของผู้ประเมิน

ประการที่สาม การศึกษานี้มุ่งประเมินผลลัพธ์ในระยะเฉียบพลันภายในห้องฉุกเฉิน ยังไม่ได้ติดตามผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วยหลังการรักษา ซึ่งอาจไม่สะท้อนผลกระทบของการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างครบถ้วน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

ควรพัฒนาแนวทางหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลังการบาดเจ็บสมองในห้องฉุกเฉิน โดยกำหนดขั้นตอนการประเมิน การจัดการ และการติดตามผลให้สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของภาวะสับสน เพื่อให้การพยาบาลเป็นไปอย่างทันทั่วที่ปลอดภัย และมีมาตรฐานเดียวกัน

ควรจัดให้มีการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพพยาบาลและบุคลากรในห้องฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง ในด้านการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน การใช้เครื่องมือมาตรฐาน การเลือกมาตรการจัดการที่เหมาะสมทั้งแบบไม่ใช้ยาและใช้ยา รวมถึงการประเมินผลลัพธ์หลังการดูแล เพื่อเพิ่มความมั่นใจและลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยและบุคลากร

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลังการบาดเจ็บสมองในห้องฉุกเฉิน และประเมินประสิทธิผลของแนวทางดังกล่าวต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยและการลดภาวะแทรกซ้อน

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมการประเมินและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน เช่น โปรแกรมการอบรม การใช้แนวทางการดูแลแบบเป็นระบบ หรือการใช้เครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก เพื่อยืนยันผลลัพธ์เชิงประจักษ์และขยายผลการนำไปใช้ในบริบทอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่าวขนูรี จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัย และขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉินที่ช่วยในการเก็บข้อมูล รวมถึงผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ขอบคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

- Amato, S., Resan, M., & Mion, L. (2012). The feasibility, reliability, and clinical utility of the agitated behavior scale in brain-injured rehabilitation patients. *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 37(1), 19–24. <https://doi.org/10.1002/RNJ.00001>
- Corrigan, J. D. (1989). Development of a scale for assessment of agitation following traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 11(2), 261–277. <https://doi.org/10.1080/01688638908400888>
- Corrigan, J. D., & Bogner, J. A. (1995). Assessment of agitation following brain injury. *Neuro Rehabilitation*, 5(3), 197–206. <https://doi.org/10.3233/NRE-1995-5303>
- Gamble, M., Luggya, T. S., Mabweijano, J., Nabulime, J., & Mowafi, H. (2020). Impact of nursing education and a monitoring tool on outcomes in traumatic brain injury. *African Journal of Emergency Medicine*, 10(4), 181–187. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2020.05.013>
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911–922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)
- Khellaf, A., Khan, D. Z., & Helmy, A. (2019). Recent advances in traumatic brain injury. *Journal of Neurology*, 266(11), 2878–2889. <https://doi.org/10.1007/s00415-019-09541-4>
- Lulla, A., Lumba-Brown, A., Totten, A. M., Maher, P. J., Badjatia, N., Bell, R., & Bobrow, B. J. (2023). Prehospital guidelines for the management of traumatic brain injury: 3rd edition. *Prehospital Emergency Care*, 27(5), 507–538. <https://doi.org/10.1080/10903127.2023.2187905>

- Mortimer, D. S., & Berg, W. (2017). Agitation in Patients Recovering From Traumatic Brain Injury: Nursing Management. *Journal of Neuroscience Nursing*, 49(1), 25–30.
<https://doi.org/10.1097/jnn.0000000000000253>
- Oyesanya, T. O., Brown, R. L., & Turkstra, L. S. (2017). Caring for patients with traumatic brain injury: A survey of nurses' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 26(11–12), 1562–1574. <https://doi.org/10.1111/jocn.13457>
- Oyesanya, T. O., Thomas, M. A., Brown, R. L., & Turkstra, L. S. (2016). Nurses' beliefs about caring for patients with traumatic brain injury. *Western Journal of Nursing Research*, 38(9), 1114–1138. <https://doi.org/10.1177/0193945916636629>
- Phyland, R. K., Ponsford, J. L., Carrier, S. L., Hicks, A. J., & McKay, A. (2021). Agitated behaviors following traumatic brain injury: A systematic review and meta-analysis of prevalence by post-traumatic amnesia status, hospital setting, and agitated behavior type. *Journal of Neurotrauma*, 38(19), 2611–2627.
<https://doi.org/10.1089/neu.2021.0257>
- Sandel, M. E., & Mysiw, W. J. (1996). The agitated brain injured patient. Part 1: definitions, differential diagnosis, and assessment. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 77(6), 617-623. [https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(96\)90306-8/pdf](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(96)90306-8/pdf)
- World Health Organization. (2021). *Road traffic injuries: Key facts*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>