

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภวาปี

จิราพร ทาระแพน, พย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (research and development) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สภาพการณ์และปัญหาการพยาบาล 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับ 3) ความรู้และการปฏิบัติตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 4) ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภวาปีระหว่างเดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรผู้ให้บริการ 25 คน และผู้ป่วย จำนวน 54 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลผู้ป่วยค่า CVI=1 ทุกข้อ แบบสอบถามความรู้ KR-20=0.97 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล $\alpha = 0.95$ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ มี 4 ระยะ ดังนี้ การค้นหาปัญหาทางคลินิก, กระบวนการพัฒนา, การทดลองใช้และประเมินการใช้แนวปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์ ได้เป็นคู่มือปฏิบัติการ 9 กิจกรรม ได้แก่ (1) การประเมินสภาพแรกรับ (2) การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (3) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (4) การประกันคุณภาพทางการพยาบาล (5) การบันทึกทางการพยาบาล (6) การจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต (7) การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาภายในโรงพยาบาลและการส่งเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลศักยภาพสูงกว่า (8) การบันทึกบาดแผล และ (9) การเก็บสิ่งส่งตรวจที่พบป่วย หลังพัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการมีความรู้และการปฏิบัติตามมาตรฐานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินระดับสูงเพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนา เพิ่มจากร้อยละ 80.0 เป็น 100.0 มีการปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องระดับสูงเพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนา เพิ่มจากร้อยละ 72.0 เป็น 96.0 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหลังพัฒนาลดลงมากที่สุดคือระดับสีเขียว เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ลดจากร้อยละ 81.5 เป็น 77.8 ตามลำดับ มีความเสี่ยงผิดพลาดลดลงมากที่สุดคือ ไม่มีความเสี่ยง จากร้อยละ 88.9 เป็น 77.8 รองลงมาคือระดับ B เกิดความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตราย จากร้อยละ 96.3 เป็น 81.5 และระดับ A ไม่มีความคลาดเคลื่อนแต่มีข้อระวังเล็กน้อย จากร้อยละ 96.3 เป็น 85.2 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ ควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ห้องฉุกเฉินนี้ ไปใช้เพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

* โรงพยาบาลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

Development of clinical nursing practice guideline for initial assessment of multiple injuries patients in emergency room Kumphawapi Hospital

Jiraporn Tarapan, B.N.S.*

Abstract

This research and development aimed to study 1) nursing conditions and problems, 2) development of nursing practice guidelines for assessing initial conditions, 3) knowledge and practice of emergency accident work standards, 4) Effectiveness of nursing practice guidelines for initial assessment of multi-system injury patients receiving services at emergency room in Kumphawapi Hospital. Between July - November 2023, the sample group consisted of 25 personnel and 54 patients. Research tool was a questionnaire, including general information and patient information, CVI = 1 all items, knowledge KR-20 = 0.97, compliance with nursing guidelines alpha = 0.95. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results: found that the development of nursing practice guidelines for assessing initial conditions of multiple injuries patients 4 phases as follows: evidence triggered phase, process improvement, trialing and evaluating use of guidelines and results. Operational manual for 9 activities including 1) assessment of initial condition, 2) screening of emergency accident patients, 3) protection of patient rights, 4) nursing quality assurance, 5) nursing recording, patient death management, 7) Referring patients for internal treatment hospital and transfer for further treatment to a hospital with higher capacity, 8) recording wounds, and 9) collecting common specimens. After development, Service personnel there was higher level of knowledge and compliance with emergency room standards than before development, increasing from 80.0% to 100.0. The level increased more of correct nursing practice than before development, increasing from 72.0% to 96.0. The greatest decrease in post-improvement patient care outcomes was at the green level, non-emergency patients decreased from 81.5% to 77.8, respectively. Reduced risk of errors, the highest was no risk, from 88.9% to 77.8, followed by level B, error but not dangerous, from 96.3% to 81.5, and level A, no error but there is a slight caveat, from 96.3% to 85.2, respectively.

Suggestions: This nursing practices for assessing the condition of first admission to patients with multi-system injuries at the emergency room should be implemented to use for good results for patients

Keyword: Clinical Nursing Practice Guideline, Multiple Injuries Patients, Emergency Room

*Kumphawapi Hospital, Kumphawapi District, Udon Thani Province

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนนับเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ที่องค์การสหประชาชาติมุ่งแก้ไขปัญหามาอย่างต่อเนื่อง จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในปี พ.ศ. 2561 พบว่า ปัจจุบัน จำนวนผู้เสียชีวิตจากการชนบนถนนทั่วโลกต่อปีสูงขึ้นเป็น 1.35 ล้านคน คิดเป็นค่าเฉลี่ยวันละ 3,700 คน ซึ่งประเทศสมาชิกรวมทั้งประเทศไทยได้ร่วมขับเคลื่อนดำเนินงานตามเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ข้อที่ 3.6 ที่ตั้งเป้าหมายลดจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากการชน ในประเทศไทย สถิติ 5 ปีย้อนหลัง พบอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ต่อจำนวน 100,000 ประชากร ในปี 2561- 2565 พบว่า มีอัตราเสียชีวิต จำนวน 12.55, 12.84 , 10.98 , 9.94 และ 8.92 ตามลำดับ จากรายงานข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บเสียชีวิตทั่วประเทศ ปี 2558-2559 มีจำนวน 8,594 และ 9,332 คน ตามลำดับ และการบาดเจ็บหลายระบบเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตขึ้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ เมื่อแรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจึงมีความสำคัญมากและ ถือเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดช่วงหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ (golden period) ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจะเสียชีวิตในช่วงนี้ และในจำนวนนี้ประมาณหนึ่งในสาม อาจรอดชีวิตถ้าได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง (preventable death) ในความเป็นจริงแล้ว ในจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีเพียงประมาณร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอยู่ในภาวะอันตรายที่ต้องการรักษาอย่างรีบด่วนและถูกต้อง ซึ่งถ้ามีความผิดพลาดเกิดขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการ สำหรับผู้ป่วยที่เหลือ (ประมาณร้อยละ 85-90) มักจะมาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินในสภาพที่ไม่หนักนัก (stable) ซึ่งสามารถให้การรักษาอย่างเป็นระบบตามขั้นตอน โดยไม่ต้องเร่งร้อนเกินไป การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จึงเป็นอีกหนึ่งสิ่งสำคัญที่จะลดอัตราการเสียชีวิตและลดความรุนแรงของอาการบาดเจ็บเพื่อให้ประชาชนชาวไทยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด¹ ดังนั้นแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบด้านการสาธารณสุขจึงเป็นสาขาหนึ่งที่จะต้องพัฒนาการดูแลประชาชนอย่างทันสมัยได้มาตรฐานสากล

โรงพยาบาลกุมภวาปีเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 199 เตียง เปิดบริการจริง 258 เตียง เป็นแม่ข่ายรับส่งต่อโรงพยาบาลในโซนอีก 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลโนนสะอาด โรงพยาบาลศรีธาตุ โรงพยาบาลวังสามหมอ โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม และโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง โดยรวมประชากรที่ต้องดูแล 300,187 คน ให้บริการดูแลเฉพาะทางทุกสาขาหลักและสาขาย่อย ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม สูตินรีเวชกรรม ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จักษุวิทยา หูคอจมูก รังสีวินิจฉัย ศัลยกรรมช่องปากและ แม็กซิลโลเฟเชียล งานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและเวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยที่มารักษาส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักและรุนแรง มีความซับซ้อนในการรักษาและทำหัตถการ สถิติโรงพยาบาลกุมภวาปีพบผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2561-2565 โดยเป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุรวมทุกประเภท จำนวน 1,673, 1,517, 2,137, 1,221 และ 1,226 ราย ตามลำดับ แบ่งเป็นประเภทผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จำนวน 56, 62, 80, 79 และ 84 ราย ตามลำดับ คิดเป็นค่าเฉลี่ยปีละ 72 คน และมีผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เสียชีวิต จำนวน 20, 31, 27 และ 22 ราย ตามลำดับ คิดเป็นค่าเฉลี่ยปีละ 24 คน² การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภวาปี ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวทางการจัดการผู้ป่วย multiple injury ซึ่งตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของกรองไต อุณหสุต³ มาปรับและทดลองใช้ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโรงพยาบาลกุมภวาปี เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ เป็นที่ไว้วางใจของผู้รับบริการ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการได้ดีขึ้นและมีความตื่นตัว มีความตระหนักในความปลอดภัยของการพยาบาลรักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เพื่อให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภวาปี สามารถให้บริการตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

การประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ลดอุบัติเหตุ ความเสี่ยงจากการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดการสูญเสียชีวิตและความพิการ ทำให้เกิดความพึงพอใจในการให้บริการ ทั้งยังเป็นการเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ excellent trauma ของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภวาปี

สภาพปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโรงพยาบาลกุมภวาปี ด้านคุณภาพระบบบริการฉุกเฉิน พบว่า ยังไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินบางมิติ นอกจากนี้ ยังพบว่ามีปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภวาปีมีความหลากหลาย ยังไม่ชัดเจน บุคลากรส่วนมากจะปฏิบัติตามความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ที่มีอยู่ของแต่ละบุคคล ทำให้มีการปฏิบัติที่หลากหลายไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน อาจทำให้เกิดความล่าช้าและเกิดผลเสียกับผู้ป่วยได้ ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษาถึง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มารับบริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภวาปี ครั้งนี้ จากข้อมูลสภาพปัญหาโรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่า 1) ยังไม่มีรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ชัดเจน 2) การปฏิบัติยังมีความหลากหลายขึ้นกับความรู้และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติแต่ละคน 3) ผลลัพธ์งานบริการผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและเสียชีวิตสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบของโรงพยาบาลให้มีมาตรฐาน ดังนั้น บุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จึงต้องปฏิบัติงานโดยใช้ความรู้ความสามารถและตัดสินใจอย่างรวดเร็ว เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรีบด่วน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย รวมถึงการบริการอย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์และปัญหาการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภวาปี
2. เพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภวาปี
3. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับของบุคลากรผู้ให้บริการ
4. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภวาปี

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรอิสระ คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลกุมภวาปี

ตัวแปรตาม คือ การประเมินผลการพัฒนา เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา ดังนี้

1. กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ ได้แก่ ความรู้และการปฏิบัติตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับ
2. กลุ่มผู้ป่วย คือ ผลลัพธ์งานบริการในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ได้แก่ ผลการดูแลรักษา ผลลัพธ์ด้านเวลาในการดูแลผู้ป่วยและ ประสิทธิภาพการเจ็บป่วยแบ่งตามระดับสี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ศึกษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน 2566

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 25 คน คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภวาปี มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 16 คน นักฉุกเฉินการแพทย์ 1 คน และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 8 คน สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอด ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจและอยู่ในระยะปฏิบัติการพยาบาลแนวปฏิบัติใหม่

2. กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จำนวน 54 คน ที่เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินหลายระบบที่เข้ารับการรักษาทันทีในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ในช่วงที่ศึกษา กรกฎาคม 2566 ถึง พฤศจิกายน 2566 คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน⁴

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาหรือทำแบบสอบถามไม่ครบทั้ง 2 ครั้ง

2. กลุ่มผู้ป่วย ที่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบตามตัวแปรที่กำหนดไว้ในการศึกษา

การสุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 25 คน โดยสุ่มตัวอย่างศึกษาแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่ขึ้นปฏิบัติงานแบบหมุนเวียนมาให้การพยาบาลที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภวาปี ที่ขึ้นปฏิบัติงานระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

2. กลุ่มผู้ป่วย จำนวน 54 คน คือผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินหลายระบบที่เข้ารับการรักษาทันทีในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภวาปี ข้อมูลจากเวชระเบียนในช่วงศึกษา กรกฎาคม 2566 ถึง พฤศจิกายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน 9 กิจกรรม ประกอบด้วย (1) การประเมินสภาพแรกรับ (2) การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (3) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (4) การประกันคุณภาพทางการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (5) การบันทึกทางการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (6) การจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต (7) การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาภายใน รพ.และการส่งเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลศักยภาพสูงกว่า (8) การบันทึกบาดแผล และ (9) การเก็บส่งส่งตรวจที่พบบ่อย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับบุคลากร ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้และการปฏิบัติตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 20 ข้อ ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามแนวทางการจัดการผู้ป่วย multiple injury โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ กรองไฉ่ อุณหสูต³ เป็นกรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพและพนักงานเวชกิจฉุกเฉินงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาล เกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน การตอบดังนี้ 0= ไม่ใช่/ไม่ปฏิบัติ 1= ใช่/ปฏิบัติ การแปลผลคะแนนรวม 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ 0.00-6.66 ระดับต่ำ, 6.67-13.33 ระดับปานกลาง, 13.34-20.00 ระดับสูง

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับ ที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภวาปีที่พัฒนาขึ้น เกี่ยวกับการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน มี 9 กิจกรรม ประกอบด้วย (1) การประเมินสภาพแรกรับ (2) การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (3) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (4) การประกันคุณภาพทางการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (5) การบันทึกทางการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (6) การจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต (7) การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาภายในโรงพยาบาลและการส่งเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลศักยภาพสูงกว่า (8) การบันทึกบาดแผล และ (9) การเก็บสิ่งส่งตรวจที่พบป่วย คะแนนระดับการปฏิบัติ ตามมาตรวัดของลิเคิร์ท⁵ แบ่งเป็น 5 ระดับคือ รหัส 0= ไม่ได้ปฏิบัติ ถึง 5= มากที่สุด การแปลผลคะแนนรวม 45 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ 0.00-15.00 ระดับต่ำ, 16.00-30.00 ระดับปานกลาง, 31.00-45.00 ระดับสูง

ชุดที่ 2 แบบบันทึกผลลัพธ์ในผู้ป่วย ได้แก่ ผลการคัดกรองและระดับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ คือประเภทการเจ็บป่วยแบ่งตามระดับสี อ้างอิงตามหลัก MOPH ED-Triage⁶ และระดับความเสี่ยงที่เกิดจากการคัดกรองผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบผิดพลาด (A-I) ตามประเภทการเจ็บป่วยแบ่งตามระดับสี ดังนี้

แดง	ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมีภาวะคุกคามชีวิตต้องช่วยเหลือทันที
ชมพู	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องให้การช่วยเหลือเร่งด่วนระยะเวลารอคอย ไม่เกิน 10 นาที
เหลือง	ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน ระยะเวลารอคอย ไม่เกิน 30 นาที
เขียว	ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ระยะเวลารอคอย ไม่เกิน 120 นาที
ขาว	ผู้ป่วยทั่วไป ระยะเวลารอคอย 120-180 นาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1) การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบโดยพิจารณาเป็นรายข้อ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ค่า CVI ที่ยอมรับมีค่า = 1 ทุกข้อ คือ ข้อมูลผู้ป่วย

2) แบบสอบถามความรู้ นำคะแนนที่ได้มาหาค่าความยากง่าย ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ด้วยสูตร KR-20 ได้ค่าความยากง่ายแบบสอบถามความรู้ KR-20 เท่ากับ 0.97

3) หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในโรงพยาบาลห้วยเก็งและโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ค่าเชื่อมั่นแบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลประเมินสภาพแรกรับ $\alpha = 0.95$

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัยภาคสนาม จำนวน 2 คน โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างจริง รับข้อมูลแบบสอบถามกลับ ตรวจสอบความถูกต้องลงรหัส ทำการวิเคราะห์ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลกุมภวาปี รหัสโครงการ KPEC 24/2566 ลงวันที่ 19 มิถุนายน 2566

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ของโรงพยาบาลกุมภวาปี ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวทางการจัดการผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ตามหลักฐาน เชิงประจักษ์ของกรองได อุนฮุต³ แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้ การค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence triggered phase), กระบวนการพัฒนา (process improvement), การทดลองใช้และประเมินการใช้แนวปฏิบัติ (evidence observed phase) และ การประเมินผลลัพธ์ (results) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภวาปี โดยใช้วงจรล้อ PDSA (Purpose-Design-Study-Act-Audit) เป็นคู่มือปฏิบัติการพยาบาล 9 กิจกรรม ได้แก่ (1) การประเมินสภาพแรกรับ (2) การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (3) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (4) การประกันคุณภาพทางการพยาบาล (5) การบันทึกทางการพยาบาล (6) การจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต (7) การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษากายใน รพ.และการส่งเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลศัลยกรรมสูงกว่า (8) การบันทึกบาดแผล และ (9) การเก็บสิ่งส่งตรวจที่พบบ่อย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปปัญหาเดิม การพยาบาลแนวปฏิบัติใหม่ และผลการพัฒนา

ปัญหารูปแบบเดิม	การปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนา	ผลการพัฒนา
1. ยังไม่มีแนวปฏิบัติการประเมินสภาพและแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่ชัดเจน	ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมวิจัย (pretest) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบของโรงพยาบาลกุมภวาปี นำสู่การปฏิบัติในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ทุกคน ทั้งหมดมีจำนวน 25 คน ตามคู่มือและการปฏิบัติการ	1. มีรูปแบบและมีแนวปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ
2. ยังไม่มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 3. ยังไม่มีแนวปฏิบัติการประเมินผลที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม	แนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ 9 กิจกรรม ได้แก่ (1) การประเมินสภาพแรกรับ (2) การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (3) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (4) การประกันคุณภาพทางการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (5) การบันทึกทางการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (6) การจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต (7) การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษากายใน รพ.และการส่งเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลศัลยกรรมสูงกว่า (8) การบันทึกบาดแผล และการชันสูตรศพ และ (9) การเก็บสิ่งส่งตรวจที่พบบ่อย	2. มีคู่มือและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบใน 9 กิจกรรม 3. ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามหลังดำเนินการ (posttest) ในเดือนพฤศจิกายน 2566

2. ความรู้และการปฏิบัติตามมาตรฐานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของบุคลากรผู้ให้บริการ พบว่า หลังพัฒนามีความรู้และการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา โดยเพิ่มจากร้อยละ 80.0 เป็น 100.0 ได้แก่ มีการคัดกรองผู้ป่วย (triage), ความหมายของ Airway with cervical spine control, ปัจจัยเสี่ยงที่จะมีการบาดเจ็บต่อกระดูกสันหลังส่วนคอ (cervical spine), ข้อบ่งชี้ในการใส่ท่อช่วยหายใจ, การ resuscitation, การประเมินอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง, การทำ primary survey+ resuscitation, secondary survey และ ขั้นตอน secondary survey, การปฏิบัติการพยาบาลและการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหา, การส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย, การปฏิบัติการพยาบาลในฐานะส่วนหนึ่งของทีม และ definitive care ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรู้และการปฏิบัติตามมาตรฐานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (n=25)

ความรู้และการปฏิบัติ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. มีการคัดกรองผู้ป่วย (triage)	22	88.0	25	100.0
2. Airway with cervical spine control	23	92.0	25	100.0
3. ป้ายเสี่ยงที่จะมีการบาดเจ็บต่อกระดูกสันหลังส่วนคอ (cervical spine)	23	92.0	25	100.0
4. ข้อบ่งชี้ในการใส่ท่อช่วยหายใจ	23	92.0	25	100.0
5. Resuscitation	22	88.0	25	100.0
6. มีการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง	22	88.0	25	100.0
7. Primary survey+ Resuscitation ควรทำไปพร้อมกัน	23	92.0	25	100.0
8. Secondary survey	23	92.0	25	100.0
9. ขั้นตอน Secondary survey	23	92.0	25	100.0
10. มีการปฏิบัติการพยาบาลและการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหา	23	92.0	25	100.0
11. มีการส่งเสริมความสบาย	23	92.0	25	100.0
12. มีการปฏิบัติการพยาบาลในฐานะส่วนหนึ่งของทีม	23	92.0	25	100.0
13. Definitive care	23	92.0	25	100.0
ระดับความรู้และการปฏิบัติ				
ระดับต่ำ (0.00-6.66 คะแนน)	0	0.0	0	0.0
ระดับปานกลาง (6.67-13.33 คะแนน)	5	20.0	0	0.0
ระดับสูง (13.34-20.00 คะแนน)	20	80.0	25	100.0

3. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับ พบว่า หลังพัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการ มีการปฏิบัติถูกต้องอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนา โดยเพิ่มจากร้อยละ 72.0 เป็น 96.0 ด้านที่ปฏิบัติถูกต้องมากที่สุดคือ การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเพิ่มจาก 3.04 ± 0.97 เป็น 4.64 ± 0.70 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและการบันทึกทางการพยาบาล จาก 3.56 ± 0.82 เป็น 4.60 ± 0.70 และ การประเมินสภาพแรกรับ จาก 3.04 ± 0.79 เป็น 4.56 ± 0.71 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3 และ ตารางที่ 4

ตารางที่ 3 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับของบุคลากรผู้ให้บริการ (n=25)

แนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	Mean \pm SD	Mean \pm SD
1. การประเมินสภาพแรกรับ	3.04 \pm 0.79	4.56 \pm 0.71
2. การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน	3.04 \pm 0.97	4.64 \pm 0.70
3. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	3.20 \pm 0.86	4.60 \pm 0.70
4. การประกันคุณภาพทางการพยาบาล	3.24 \pm 0.77	4.48 \pm 0.71
5. การบันทึกทางการพยาบาล	3.56 \pm 0.82	4.60 \pm 0.70
6. การจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต	3.20 \pm 0.81	4.52 \pm 0.71
7. การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาภายใน รพ.และการส่งโรงพยาบาลศัลยกรรมสูงกว่า	3.32 \pm 0.69	4.12 \pm 1.054
8. การบันทึกบาดแผล	3.32 \pm 0.69	4.28 \pm 0.93
9. การเก็บส่งส่งตรวจที่พบบ่อย	2.68 \pm 0.85	4.24 \pm 0.92

ตารางที่ 4 ระดับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับของบุคลากรผู้ให้บริการ (n=25)

แนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	จำนวน(%)	จำนวน(%)
ระดับต่ำ (1.00-15.00 คะแนน)	0 (0.0)	0 (0.0)
ระดับปานกลาง (16.00-30.00 คะแนน)	7(28.0)	1(4.0)
ระดับสูง (31.00-45.00 คะแนน)	18(72.0)	24(96.0)

4. ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับ จากการเปรียบเทียบ Triage scale ประเภทการเจ็บป่วยแบ่งตามระดับสี พบว่า หลังพัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการคัดกรองผู้ป่วยระดับสีแดง ถูกต้องมากที่สุด คือ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมีภาวะคุกคามชีวิตต้องช่วยเหลือทันที ร้อยละ 100 และ ผู้ป่วยระดับ สีเขียว (ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน) ลดลงจากร้อยละ 81.5 เป็น 77.8 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบ Triage scale ประเภทการเจ็บป่วยแบ่งตามระดับสี (n=54)

Triage scale	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	จำนวน (%)	จำนวน (%)
1. แดง ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมีภาวะคุกคามชีวิตต้องช่วยเหลือทันที	27 (100.0)	27 (100.0)
2. เขียว ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ระยะเวลารอคอย ไม่เกิน 120 นาที	22 (81.5)	21 (77.8)

5. เปรียบเทียบระดับความเสี่ยงที่เกิดจากการคัดกรองผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ผิดพลาด (A-I) พบว่า หลังพัฒนา บุคลากรผู้ให้บริการ คัดกรองผิดพลาดลดลงมากที่สุดคือ ไม่มีความเสี่ยง จากร้อยละ 88.9 เป็น 77.8 รองลงมาคือระดับ B เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียหาย/ไม่ถึง ผู้รับบริการ จากร้อยละ 96.3 เป็น 81.5 และ ระดับ A ไม่มีความคลาดเคลื่อน แต่มีข้อระวังเล็กน้อย จาก ร้อยละ 96.3 เป็น 85.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบระดับความเสี่ยงที่เกิดจากการคัดกรองผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (n=54)

ความเสี่ยงที่เกิดจากการคัดกรอง	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	จำนวน (%)	จำนวน (%)
1. ไม่มีความเสี่ยง	14 (88.9)	21 (77.8)
2. B เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียหาย/ไม่ถึงผู้รับบริการ	26 (96.3)	22 (81.5)
3. A ไม่มีความคลาดเคลื่อน แต่มีข้อระวังเล็กน้อย	26 (96.3)	23 (85.2)

สรุปผลและอภิปรายผลการศึกษา

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ของ โรงพยาบาลกุมภวาปี ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวทางการจัดการผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ตามหลักฐานเชิง ประจักษ์ของกรองไค อุณหสูต³ แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้ การค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence triggered phase), กระบวนการพัฒนา (process improvement), การทดลองใช้และประเมินการใช้แนวปฏิบัติ (evidence observed phase) และ การประเมินผลลัพธ์ (results) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการ ประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภวาปี โดย ใช้วงล้อ PDSA (Purpose-Design-Study-Act-Audit) เป็นคู่มือปฏิบัติการพยาบาล 9 กิจกรรม ได้แก่ (1) การ

ประเมินสภาพแรกพบ (2) การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (3) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (4) การประกันคุณภาพทางการแพทย์ (5) การบันทึกทางการแพทย์ (6) การจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต (7) การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาภายใน รพ. และการส่งเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลศักยภาพสูงกว่า (8) การบันทึกบาดแผล และ (9) การเก็บสิ่งส่งตรวจที่พบบ่อย ทั้งนี้เนื่องจาก แนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกพบผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่พัฒนาขึ้นนี้มีความครบถ้วนเป็นไปตามมาตรฐานทั้งระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีภาวะฉุกเฉิน (emergency care system) ซึ่งระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสำคัญต่อผู้ป่วย การจัดการหรือการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสมจะสามารถช่วยไม่ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้มากถึงร้อยละ 90⁷ ซึ่งสอดคล้องกับการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลควรจัดกิจกรรมกลุ่มเพิ่มทักษะความสามารถในการฟื้นตัวภายหลังการบาดเจ็บ และพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี⁸ บทบาทสำคัญในการรักษาพยาบาลและต้องมีส่วนร่วมด้านการพยาบาลผู้ป่วยด้านศัลยกรรมอุบัติเหตุ ที่เข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาและสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม⁹ โดยการสร้างแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนกระทั่งจำหน่ายให้เกิดความปลอดภัย¹⁰ ต้องมีส่วนร่วมด้านการพยาบาลผู้ป่วยด้านศัลยกรรม ที่เข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาและสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม¹¹ สนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะการคัดแยกผู้ป่วยให้แก่พยาบาลและกลุ่มสหสาขาวิชาชีพอื่นที่ทำงานร่วมกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินมากขึ้น¹² การจัดโปรแกรมการศึกษาต่อเนื่องเป็นประจำสำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บของพยาบาล โดยเพิ่มพูนความรู้และแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพสูง¹³

2. ความรู้และการปฏิบัติตามมาตรฐานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า หลังพัฒนามีความรู้ระดับสูงมากกว่าก่อนพัฒนา เพิ่มเป็นร้อยละ 100.0 ได้แก่ มีการคัดกรองผู้ป่วย (triage), ความหมายของ Airway with cervical spine control, ปัจจัยเสี่ยงที่จะมีการบาดเจ็บต่อกระดูกสันหลังส่วนคอ (cervical spine), ข้อบ่งชี้ในการใส่ท่อช่วยหายใจ, การ resuscitation, การประเมินอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง, การทำ primary survey+ resuscitation, secondary survey และ ขั้นตอน secondary survey, การปฏิบัติการพยาบาลและการรักษาที่ สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วย, การส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย, การปฏิบัติการพยาบาลในฐานะส่วนหนึ่งของทีม และ definitive care หลังพัฒนามีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกพบระดับสูงมากกว่าก่อนพัฒนา มากที่สุดคือ การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน รองลงมาคือ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและ การบันทึกทางการแพทย์ และ การประเมินสภาพแรกพบ ตามลำดับ อธิบายได้ว่า การวิจัยนี้หลังประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกกระดับความรุนแรงฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติตามมาตรฐานของสหรัฐอเมริกาที่เน้นการคัดกรองผู้ป่วยหนักหรือมีความเสี่ยงที่ต้องการดูแลเร่งด่วน และเน้นความถี่ในการทำงานลดความแออัดที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งการใช้ระบบการคัดแยกจะช่วยทำให้พยาบาลมีแนวทางมาตรฐานการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ส่งผลให้การปฏิบัติงานเป็นระบบมากขึ้น สามารถคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วน อัตราการไหลเวียนของผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น เพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัคเคเน็ค แพรวาและคณะ¹⁴ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วม พบว่า ความเป็นไปได้ในการนำมาใช้อยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจต่อการนำใช้รูปแบบอยู่ที่ระดับมาก ซึ่งการคัดแยก MOPH ED สามารถ

ทำนายโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บได้แม่นยำ¹⁵ การพัฒนาระบบการจัดระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บในทีละส่วนของร่างกาย¹⁶ การกำหนดลักษณะความรุนแรงการบาดเจ็บ ที่เหมาะสมมีความสำคัญต่อตัวบ่งชี้คุณภาพบริการ การเปรียบเทียบชุดข้อมูล และการปรับความรุนแรงของการบาดเจ็บ¹⁷ ความสามารถลดอัตราการบาดเจ็บที่ล่าช้าลดลงได้ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บโดยการวินิจฉัยและการสนับสนุนทางคลินิก ภาพรังสีและการดูแลจาก สหสาขาวิชาชีพที่รวดเร็ว¹⁸

3. ผลลัพธ์งานบริการผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ผลการประเมินประเภทการเจ็บป่วยตามระดับสีหลังพัฒนาผู้ป่วยระดับสีแดงผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมีภาวะคุกคามชีวิตต้องช่วยเหลือทันที ร้อยละ 100 ลดลงมากที่สุดคือระดับสีเขียวผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ระดับความเสี่ยงที่เกิดจากการคัดกรองผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบหลังพัฒนาผิดพลาดลดลงมากที่สุดคือ ไม่มีความเสี่ยง รองลงมาคือเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายและไม่มี ความคลาดเคลื่อนแต่มีข้อระวังเล็กน้อย ตามลำดับ ทั้งนี้กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ได้แก่ การบาดเจ็บที่ศีรษะ-หน้าอกร่วมกับการบาดเจ็บที่ทรวงอก-ส่วนปลาย จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากบาดแผลได้¹⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ ภาควิชาวินิจฉัย และคณะ²⁰ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินพบว่า หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย มีการคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ Gomes, et al²¹ การศึกษาความปลอดภัยผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินด้านการพยาบาลฉุกเฉิน โดยมีกระบวนการพยาบาลที่เน้นความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตรวจคัดกรองผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน จะช่วยลดระยะเวลาการรอคอยการรักษาผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์

1. ด้านระบบงาน ควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ห้องฉุกเฉินนี้ อย่างต่อเนื่องและอาจนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน ควรได้รับการประเมินแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความมั่นใจในด้านคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านบุคลากร

2.1 ควรฝึกอบรมให้ความรู้ โดยกำหนดสมรรถนะในการคัดแยกผู้ป่วยเป็นสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน รวมถึง สนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะการคัดแยกผู้ป่วยให้แก่กลุ่มสหสาขาวิชาชีพอื่นที่ทำงานร่วมกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินมากขึ้น

2.2 ควรมีการให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรีและเคารพคุณค่าความเป็นมนุษย์ การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม โดยจัดโปรแกรมการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย เช่น สิทธิที่พึงมีและพึงได้รับจากโรงพยาบาล การใช้สถานที่ สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่ออยู่โรงพยาบาล ให้ข้อมูล เหตุผล และความจำเป็นของการลงนามยินยอมรับการรักษา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเชื่อมโยงลงไปสู่เครือข่ายปฐมภูมิในการดูแลฟื้นฟูต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บถึงในชุมชน และการศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บในเชิงลึกเฉพาะโรคเพื่อนำไปวางแผนปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรกต ปล้องทอง, บริบูรณ์ เซนธนากิจ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในแผนกฉุกเฉินนานมากกว่า 6 ชั่วโมง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2564; 15(3):381-90.
2. โรงพยาบาลกุ่มกวาปี จังหวัดอุดรธานี. เอกสารสรุปผลงานประจำปีงบประมาณ 2565. [เข้าถึงเมื่อ 15 กรกฎาคม 2566]; จาก: <https://kumpawapihospital.go.th>
3. กรองไต่ อุณหสูต และเครือข่ายการพยาบาลอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย Multiple Injury ตามแนวทางการจัดการผู้ป่วย Multiple ตามหลักฐานเชิงประจักษ์. การประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่2/2559; กรุงเทพมหานคร, 2559.
4. Wayne WD. Biostatistics: A Foundations for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. New York: Wiley & Sons; 1995.
5. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York : John Wiley & Son; 1967.
6. สำนักการพยาบาล. กรมการแพทย์.มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2) พ.ศ. 2550. [เข้าถึงเมื่อ 31 มีนาคม 2566]. จาก <http://www.sirindhornhosp.go.th>
7. ชีระ ศิริสมุด, กิตติพงศ์ พลเสน, และพรทิพย์ วชิรดิolk. ความรู้ ทักษะ และเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561; 12(4):668-80.
8. วิไลวรรณ แสงเนียม, ชนกพร จิตปัญญา. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการฟื้นพลัง การเผชิญปัญหาความรุนแรงของการบาดเจ็บ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ. Thai Red Cross Nursing Journal 2018; 11(2):132-52.
9. วิล อัมมูไร. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ: บาดเจ็บหลายระบบ. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล 2562; 4(1):1-14.
10. จารุพัทธ์ กัญจนิตานนท์, สุชาดา วิภวากานต์, รัตนา พรหมบุตร. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ โรงพยาบาลกระบี่. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2019; 20(1):339-50.
11. ปัทมดา เสนาะคุณ. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด : กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2021; 6(1):23-28.
12. พรณพิมล สุขวงษ์, ปาณิสรา หลีก้วน, นันทา จงศิริชัยกุล, พชรินทร์ ไชยบาล. รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลน่าน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2021; 29(4):58-68.
13. Elsayed WM, Hussein ZA, Amin MF. Nurses' Performance Regarding Advanced Care of Trauma Patients at Emergency Department. International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing 2020; 7(3):544-52.
14. ชัจฉณค์ แพรขาว, โพธิพงษ์ เรืองชัย, สุภาพรณัฏ์ ดัชนีสุระ, นิชาภัทร บุชมงคล, พจนา ทัพชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2561; 41-52.
15. วิพุธ เล้าสุขศรี, ปาริชาติ ชิวปรีชา, นุริยันธ์ สาเมาะ, ญาณิศา ไทยมิตร, ทวีวรรณ ศรีสุขคำ. การทำนายโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ได้รับการรักษาในห้องฉุกเฉินด้วยระบบการคัดแยกผู้ป่วยของประเทศไทยและ Trauma and Injury Severity Score (TRISS). เชียงใหม่เวชสาร 2564; 60(4):563-73.

16. Hsu SY, Wu SC, Rau CS, et al. Impact of Adapting the Abbreviated Injury Scale (AIS)-2005 from AIS-1998 on Injury Severity Scores and Clinical Outcome. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019; 16(24):5033-44.
17. Van Ditschneider JC, Sewalt CA, Palmer CS, Van Lieshout EMM, Verhofstad MHJ, Den Hartog D. The definition of major trauma using different revisions of the abbreviated injury scale. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2021;29(1): 1-10.
18. Orun S, Aköz A, Duman A, Ahmet Turkdogan K, Türe M, Unlu D. Delayed injuries in the emergency department in hospitalised trauma patients. *Trauma* 2020; 22(1):64-9.
19. Tachino J, Katayama Y, Kitamura T, et al. Assessment of the interaction effect between injury regions in multiple injuries: A nationwide cohort study in Japan. *J Trauma Acute Care Surg* 2021; 90(1):185-90.
20. ทศนีย์ ภาควิชาเวชศาสตร์, โสพิศ เวียงโสด, กฤตพัทธ์ ฝึกฝน. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา* 2562; 20(1):66-75.
21. Gomes ATL, Chiavone FBT, Bezerril MS, Ferreira LL, Silva MF, Neto AVL. Multiple Trauma Patient Safety in the Emergency Care: Scoping Review. *IAMSTO* 2016; 9(261):1-14.