

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบ ที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี

ลดาวัลย์ ชูติมาโชติ, พย.บ*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวทางปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบ ที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากร จำนวน 13 คน ผู้ป่วย จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ แบบบันทึกผลการดูแลผู้ป่วย CVI=1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน KR-20= 0.84 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน $\alpha = 0.83$ และความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติ $\alpha = 0.81$ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า แนวทางปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบ 5 มาตรการ ได้แก่ 1) ปฏิบัติการก่อนถึงโรงพยาบาล 2) ในโรงพยาบาล 3) ระหว่างสถานพยาบาล 4) การจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต และ 5) การบริหารจัดการสาธารณสุข หลังพัฒนาบุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ร้อยละ 46.2 เป็นระดับสูง ร้อยละ 84.6 บุคลากรมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 69.2 เป็น ร้อยละ 92.3 และโดยรวมมีความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่ในระดับสูง (4.38±0.96) ผลการดูแลผู้ป่วย พบว่า มีการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ ร้อยละ 12.5 มีการดูแลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ 90.6 GCS ระดับล้มตาเมื่อถูกเรียก ร้อยละ 37.5 Triage scale ระดับ resuscitation (ฉุกเฉินวิกฤต) ร้อยละ 40.6 ระยะเวลาจากที่เกิดเหตุถึงโรงพยาบาล 9-29 นาที ร้อยละ 78.1 ระยะเวลาที่ผู้บาดเจ็บมีข้อบ่งชี้ได้รับการผ่าตัดต่ำกว่า 30 นาที ร้อยละ 75.0 ระยะเวลาที่ดูแลในห้องฉุกเฉิน 1 ชั่วโมงขึ้นไป ร้อยละ 75.0 ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยจนถึงได้รับเลือดมากกว่า 60 นาที ร้อยละ 6.3 ระยะเวลาตั้งแต่แรกรับจนถึงเวลาส่งต่อมากกว่า 60 นาที ร้อยละ 53.1 จำนวนวันนอน 2 วัน ร้อยละ 12.5 ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตที่ ER และภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 18.8 เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ ร้อยละ 9.4 ส่งต่อโรงพยาบาลศัลยกรรมสูงกว่า ร้อยละ 56.3

การใช้แนวทางปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบมีผลต่อผลลัพธ์งานบริการดีขึ้น โดยการระบุระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ถูกต้องทำให้เพิ่มคุณภาพการดูแลทันเวลาและผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ การประเมินสภาพแรกรับ ผู้บาดเจ็บหลายระบบ

* โรงพยาบาลศรีธาตุ อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี

Development of practice guidelines for assessing the initial condition of injured persons with multiple systems at the emergency room Srithat Hospital Udon Thani Province

Ladawan Chutimachot, B.N.S.*

Abstract

This action research aims to study development and assessing of practice guidelines for initial condition of injured persons with multiple systems at the emergency room Srithat Hospital Udon Thani Province. Between May and August 2025, the sample group consisted of 13 personnel and 32 patients. Instruments used were questionnaires: patient care record form CVI=1, knowledge of emergency patient care KR-20= 0.84, emergency patient care practice alpha = 0.83, and satisfaction with practice alpha = 0.81. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean and standard deviation.

The results: It was found that the practice guidelines for assessing initial condition of injured persons with multiple systems 5 measures: 1) pre-hospital, 2) in-hospital, 3) between hospitals, 4) patient death management and 5) disaster management. After developing personnel, the overall knowledge of emergency patient care increased from a moderate level of 46.2% to a high level of 84.6% and practice of caring for accident and emergency patients was at a high level, increasing from 69.2% to 92.3%. Overall, there was high level of satisfaction with practice of caring for emergency patients (4.38±0.96). Results of patient care found that 12.5% of patients were cared at the scene, 90.6% were cared in emergency room, 37.5% of GCS eyes open when called, 40.6% Triage scale resuscitation level, and 9-29 minutes from scene to hospital 78.1%, injured patients with surgery was less than 30 minutes 75.0%, care in emergency room 1 hour or more 75.0%, diagnosis to blood transfusion time more than 60 minutes 6.3%, the first admission to refer was more than 60 minutes 53.1%, number of stay was 2 days 12.5%, injured died in the ER and within 24 hours 18.8%, died at the scene 9.4% and transferred to hospital with higher capacity 56.3%.

Using of multiple systems assessment guidelines results in improved service outcomes, particularly in identifying the correct severity of injury, which leads to improved quality of care, timeliness, and patient safety.

Keywords: Practice Guidelines Development, Assessing Initial Condition, Multiple Injury

*Srithat Hospital Srithat District, Udon Thani Province

บทนำ

การบาดเจ็บด้วยภาวะฉุกเฉิน (Emergency illness) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นโดยฉับพลันมีภาวะวิกฤตต่อชีวิตและมีความเสี่ยงอย่างรุนแรงต่อการเสียชีวิตและอาจเกิดความพิการ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ นำส่ง และจัดการรักษาที่เหมาะสมอย่างถูกวิธีและทันเวลา จากรายงานขององค์การอนามัยโลก สถิติอุบัติเหตุจรรยาจรทั่วโลกพบว่า อัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจรรยาจร เพิ่มขึ้นเป็น 1.35 ล้านคนต่อปี คิดเป็นค่าเฉลี่ยวันละ 3,700 คน ในปี พ.ศ.2566 มีการประมาณกันว่าในทุกหนึ่งชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิตบนถนนมากถึง 3 คน ทำให้สถิติจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจรรยาจรในแต่ละปีสูงถึงกว่า 13,000 รายต่อปี ก่อให้เกิดความสูญเสียถึงชีวิตในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานเป็นอันดับที่ 1 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 ในทุกกลุ่มอายุรองจากโรคเอดส์ โรคเส้นเลือดในสมองแตก โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน¹

สถานการณ์สถิติการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย จากรายงานสถิติการแพทย์ฉุกเฉินโปรแกรม ITEMS ของทุกจังหวัด สำหรับประเภทของเหตุที่ให้บริการอากรนำและระดับความเร่งด่วนสีแดง พบว่ามากที่สุดคือ หายใจลำบาก/ติดขัด ไม่รู้สึก/ไม่ตอบสนอง/หมดสติชั่วคราว และป่วย/อ่อนเพลีย/อัมพาตเรื้อรัง/ไม่ทราบไม่จำเพาะ/อื่นๆ ทำให้การดูแลรักษาและเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ร้อยละ 0.27 และเสียชีวิตระหว่างนำส่ง ร้อยละ 0.03 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไปถึงจุดเกิดเหตุล่าช้าและมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินได้ ผู้ป่วยกลุ่มที่เสียชีวิตใช้เวลา operation time มากกว่า 40 นาที (ร้อยละ 24.1)² เนื่องจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในชุมชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากรายงานสถิติในประเทศไทย พบว่า มีปฏิบัติการฉุกเฉินเพิ่มสูงขึ้นจาก จำนวน 1,362,030 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2564 เป็นจำนวน 1,488,815 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2565 และ 1,568,952 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2566 คิดเป็นอัตรา 2,406.19 ครั้งต่อประชากรแสนคน³

โรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี สถานการณ์ผลงานบริการในที่ห้องฉุกเฉินระหว่างปี พ.ศ. 2564-2567 พบว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทั้งหมดจำนวน 21,601 คน, 32,689 คน, 26,247 คน และ 26,103 คน ตามลำดับ เป็นประเภทผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินหลายระบบ จำนวน 56, 69, 69 และ 78 คน แบ่งตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บฉุกเฉิน (Injury Severity Score: ISS) ตามหลัก MOPH ED-Triage 5 ระดับ ดังนี้ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินต่อชีวิต (resuscitation, life threatening condition) จำนวน 218 คน, 259 คน, 364 คน, 322 คน ฉุกเฉินวิกฤต (emergency) จำนวน 587 คน, 541 คน, 1,119 คน, 1,481 คน ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (urgent) จำนวน 3,043 คน, 3,461 คน, 3,802 คน, 4,407 คน เจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน (semi-urgent) จำนวน 8,744 คน, 16,648 คน, 9,390 คน, 9,036 คน และเป็นผู้ป่วยทั่วไป (non-urgent) จำนวน 9,009 คน, 11,780 คน, 11,572 คน และ 10,857 คน ตามลำดับ⁴ สภาพปัญหาการดูแลผู้บาดเจ็บหลายระบบในโรงพยาบาลศรีธาตุ ด้านคุณภาพระบบบริการฉุกเฉิน พบว่า ยังไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินบางมิติ ปัญหาที่พบได้แก่ ข้อยกจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล ไม่สามารถทำงาน full time ได้ ไม่มีพยาบาล nurse coordinator นอกจากนี้ยังพบปัญหารูปแบบบริการพยาบาลในที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลศรีธาตุ ที่มีความหลากหลายในการพยาบาลดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยของห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ยังไม่ชัดเจน บุคลากรส่วนมากจะปฏิบัติตามความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ที่มีอยู่ของแต่ละบุคคล ทำให้มีการปฏิบัติที่หลากหลายไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน อาจทำให้เกิดความล่าช้าและเกิดผลเสียกับผู้ป่วยได้ เช่นระบบบริการพยาบาลในที่ห้องฉุกเฉิน จำเป็นต้องมีประสิทธิภาพที่เป็นแนวทางปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบ ที่ห้องฉุกเฉินได้มาตรฐาน จากสภาพปัญหาเดิมของโรงพยาบาลศรีธาตุ ที่พบว่า ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินหลายระบบ และมีการปฏิบัติยังมีความหลากหลายขึ้นกับความรู้และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติแต่ละคน อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและเสียชีวิต ดังนั้น บุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บหลายระบบ จึงต้องปฏิบัติงานโดยใช้ความรู้ความสามารถและตัดสินใจอย่างรวดเร็ว

เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเร่งด่วน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ช่วยลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงการดูแลผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดการสูญเสียชีวิตและความพิการ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย จึงเป็นเหตุผลการทำการศึกษาถึง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบ ที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบ ที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีธาตุ
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบ ที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีธาตุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ คือ แนวทางปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบ ที่ห้องฉุกเฉิน
ตัวแปรตาม คือ การประเมินผล กลุ่มบุคลากร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และความพึงพอใจแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และผลการดูแลผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ศึกษาในห้องฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี

ประชากรที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามเกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria)

1. กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีธาตุ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 11 คน นักเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 2 คน จำนวน 13 คน
2. กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 32 คน คำนวณขนาดตัวอย่างผู้ป่วยที่ศึกษาจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน⁵ ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (exclusion Criteria)

1. กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉิน ที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา หรือทำแบบสอบถามไม่ครบทั้ง 2 ครั้ง
2. กลุ่มผู้ป่วย ที่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบตามตัวแปรที่กำหนดไว้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบ ที่ห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ประยุกต์ใช้บูรณาการกระบวนการวงจรวงจร PDCA ตามแนวคิด Kemmis & McTaggart⁶ แนวทางปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบ มี 5 มาตรการ ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) 2) การปฏิบัติการในโรงพยาบาล (In-hospital) 3) การปฏิบัติการระหว่างสถานพยาบาล (Inter-hospital Transportation) 4) การจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต และ 5) การจัดการเหตุสาธารณภัย

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ดังนี้

- ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับบุคลากร เพื่อสอบถามข้อมูลความคิดเห็นบุคลากร ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวทางการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของ รัฐพงษ์ บุรีวงษ์ และคณะ⁷ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 20 ข้อ การตอบ ถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลรวม 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับต่ำ (< 12 คะแนน) ระดับพอใช้ (12-15 คะแนน) ระดับดี (16 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 35 ข้อ การศึกษาการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย การปฏิบัติการฉุกเฉินในโรงพยาบาล (In-hospital emergency) การตอบเป็น rating scale 1-5 คือ 1=ปฏิบัติน้อยที่สุด ถึง 5= มากที่สุด การแปลผลรวม 175 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับต่ำ (35.00-81.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (81.87-128.33 คะแนน) ระดับสูง (128.34-175.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ การตอบระดับความพึงพอใจเป็น rating scale 1-5 (Likert, 1976) คือ 1=น้อยที่สุด ถึง 5= มากที่สุด การแปลผลรวม 25 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับต่ำ (5.00-11.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (11.67-18.33 คะแนน) ระดับสูง (18.34-25.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบบันทึกผลลัพธ์ในผู้ป่วย เก็บข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดอุดรธานี เป็นผลการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ การดูแลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน Triage scale ระยะเวลาจากที่เกิดเหตุถึงโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ผู้บาดเจ็บมีข้อบ่งชี้ได้รับการผ่าตัด ระยะเวลาที่ดูแลในห้องฉุกเฉิน ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยจนถึงได้รับเลือด ระยะเวลาตั้งแต่แรกรับจนถึงเวลาส่งต่อ จำนวนวันนอน เสียชีวิตที่ ER เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ ส่งต่อโรงพยาบาลศัลยกรรมสูงกว่า

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มผู้ให้บริการ

1.1 เก็บข้อมูลบุคลากร เดือนพฤษภาคม 2568 โดยทดสอบความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยก่อนใช้นโยบายปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.2 จัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.3 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้ในการใช้นโยบายปฏิบัติ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ และรายละเอียดแบบสอบถาม ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

1.4 ประเมินผลหลังใช้นโยบายปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยทดสอบความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย เดือนสิงหาคม 2568

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เก็บข้อมูลเพื่อศึกษาผลลัพธ์การให้บริการผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินจากเวชระเบียนผู้ป่วย

3. การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและการวิเคราะห์ประมวลผล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 10268 วันที่ 14 พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ผลของการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบ ที่ห้องฉุกเฉิน ประกอบด้วย 5 มาตรการ ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) 2) การปฏิบัติการฉุกเฉินในโรงพยาบาล (In-hospital emergency) ได้แก่ การตรวจและบำบัดรักษาทางคลินิก การตรวจและรักษาผู้บาดเจ็บหลายระบบ การจำหน่ายจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน การให้ความรู้/คำแนะนำ การส่งต่อเพื่อรับการรักษภายในโรงพยาบาล การให้ข้อมูลและการสื่อสารด้านสุขภาพ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 3) การปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล 4) การจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต และ 5) การบริหารจัดการสาธารณสุข **ผลการพัฒนา** ได้แก่ มีคู่มือแนวทางปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบ บุคลากรมีการปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบที่ใช้ในงานอุบัติเหตุเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และมีสรุปผลงานบริการผู้ป่วย รายงานผลและเผยแพร่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัญหารูปแบบเดิม รูปแบบการพยาบาลใหม่และผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ปัญหารูปแบบเดิม	รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาใหม่	ผลการพัฒนา
1. ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติการประเมินสภาพผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน	1.1 ทบทวนเวชระเบียนผู้บาดเจ็บฉุกเฉินหลายระบบ 1.2 ทบทวนแนวทางและการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้บาดเจ็บ	1. มีคู่มือแนวทางปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบ
2. การปฏิบัติยังมีความหลากหลายขึ้นกับความรู้อันและความประสพการณ์ของผู้ปฏิบัติแต่ละคน	ประกอบด้วย 5 มาตรการ ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) 2) การปฏิบัติการฉุกเฉินในโรงพยาบาล (In-hospital emergency) ได้แก่ การตรวจและบำบัดรักษาทางคลินิก การตรวจและรักษาผู้บาดเจ็บหลายระบบ การจำหน่ายจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน การให้ความรู้/คำแนะนำ การส่งต่อเพื่อรับการรักษภายในโรงพยาบาล การให้ข้อมูลและการสื่อสารด้านสุขภาพ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 3) การปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล 4) การจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต และ 5) การบริหารจัดการสาธารณสุข	2. บุคลากรมีการปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบ ที่ใช้ในงานอุบัติเหตุเป็นไปในแนวทางเดียวกัน
3. ยังไม่มีการประเมินผลที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม	ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด โดยการเปรียบเทียบความรู้และการใช้แนวปฏิบัติของบุคลากรก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ และประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ	3. มีสรุปผลงานบริการผู้ป่วย รายงานผลการศึกษา และเผยแพร่

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า หลังพัฒนาบุคลากรมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ความหมายของการปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล จากร้อยละ 69.2 เป็น ร้อยละ 100.0 รองลงมา คือการประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน เจ็บป่วยรุนแรง ใช้สัญญาณ “สีแดง” จากร้อยละ 76.9 เป็นร้อยละ 92.3 และมีความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ อาการฉุกเฉินที่ควรโทรแจ้ง 1669 จากร้อยละ 30.8 เป็นร้อยละ 46.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน รายข้อต่อบุคคล ก่อนและหลังพัฒนา (N=13)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การบริการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยประเมินภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วยและให้การพยาบาลเบื้องต้น	9	69.2	10	76.9
2. เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน (กู้ชีพ) EMT-I มีหน้าที่รับแจ้งเหตุและสั่งการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ	4	30.8	6	46.2
3. บทบาทนักฉุกเฉินการแพทย์ เป็นหนึ่งในทีมกู้ชีพ เน้นการรักษาคนไข้นอกโรงพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ	7	53.8	9	69.2
4. อาการฉุกเฉินที่ควรโทรแจ้ง 1669	4	30.8	6	46.2
5. เมื่อพบอุบัติเหตุ ผู้ป่วยมีกระดูกบริเวณขาหักมีแผลเปิดจนเห็นกระดูกโผล่ ห้ามดันกระดูกกลับเข้าที่เดิม	8	61.5	10	76.9
6. หากอยู่ในอาคารขณะเกิดแผ่นดินไหวให้รีบวิ่งออกจากอาคารให้เร็วที่สุด	4	30.8	8	61.5
7. ขณะเกิดไฟไหม้เมื่อติดอยู่ภายในอาคาร ใช้ผ้าชุบน้ำอุดตามช่องว่างรอบประตูหน้าต่างเพื่อกันควันไฟ	4	30.8	7	53.8
8. ขั้นตอนของห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต ได้แก่ เรียกคนช่วยอย่างรวดเร็ว และรีบแจ้งสายด่วน 1669 ให้เริ่มปฏิบัติการช่วยชีวิตในทันที	10	76.9	11	84.6
9. ขั้นตอนการกู้ชีพ คือ ตรวจสอบพื้นที่, ตะโกนขอความช่วยเหลือจากประชาชนใกล้เคียง, ตรวจสอบการหายใจ, กดนวดหน้าอก	6	46.2	9	69.2
10. การกดนวดหัวใจในการช่วยฟื้นคืนชีพให้กดนวดหัวใจด้วยอัตราเร็ว 100 ครั้งต่อนาที	8	61.5	10	76.9
11. กรณีมีผู้ช่วยฟื้นคืนชีพ 2 คนขึ้นไป ให้ช่วยกดนวดหัวใจ ด้วยอัตราเร็ว 30 ครั้งและช่วยหายใจด้วยการเป่าปาก 3 ครั้ง	1	7.7	10	76.9
12. ขั้นตอนการใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AED) ได้แก่ เปิดเครื่อง, ติดแผ่น electrode. ประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจ, ช็อคไฟฟ้าหัวใจ	9	69.2	10	76.9
13. หลังจากกระตุ้นหัวใจด้วยเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติแล้วให้หยุดดูอาการ 1 นาที	9	69.2	11	84.6
14. เมื่อพบผู้หกล้มกึ่งไม่เสียเบาะลุกขา ให้รีบดึงกึ่งไม้ออกจากขาทันทีก่อนทำแผล	5	38.5	9	69.2
15. การช่วยผู้ประสบภัยจากความร้อน โทรแจ้ง 1669 หากพบผู้ป่วยหมดสติปฐมพยาบาลเบื้องต้น	8	61.5	10	76.9
16. เมื่อพบมีผู้ถูกน้ำร้อนราดบริเวณผิวหนังให้ใช้ยาสีฟันหรือน้ำมันโลชั่นทาบริเวณนั้นทันที	6	46.2	9	69.2
17. เมื่อประสบภัยจากวัตถุต้องสงสัย หลบอยู่เหนือลม ปิดเครื่องปรับอากาศและสวมเสื้อผ้ามิดชิดเพื่อป้องกันอันตราย หากวัตถุนั้นเกิดประกายไฟหรือระเบิดให้หลบหลังที่กำบังที่แข็งแรง	8	61.5	10	76.9
18. กรณีเกิดอุบัติเหตุรุนแรงหรือตกจากที่สูงอาจมีการหักของกระดูกสันหลังได้ ควรโทรเรียก 1669 โดยเร็ว และต้องยกหรือเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บเข้าในรถหรืออาคาร	3	23.1	7	53.8
19. การประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน เจ็บป่วยรุนแรง ใช้สัญลักษณ์ “สีแดง”	10	76.9	12	92.3
20. การปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล หมายถึง กระบวนการในการดูแลรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาขั้นต้นและมีความจำเป็นต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลมีศักยภาพที่สูงกว่า	9	69.2	13	100.0

ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า หลังอบรมบุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ร้อยละ 46.2 เป็นระดับสูง ร้อยละ 84.6 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ก่อนและหลังอบรม (N=13)

ระดับความรู้ รวม 20 คะแนน	ก่อนอบรม		หลังอบรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 12 คะแนน)	4	30.8	0	0.0
ระดับปานกลาง (12 – 15 คะแนน)	6	46.2	2	15.4
ระดับสูง (16 คะแนนขึ้นไป)	3	23.1	11	84.6

3. การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า หลังพัฒนาบุคลากรมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ด้านการส่งต่อเพื่อรับการรักษาภายในโรงพยาบาล จาก 3.54 ± 2.02 เป็น 4.54 ± 1.39 รองลงมา คือ การตรวจและรักษาผู้บาดเจ็บหลายระบบ จาก 3.70 ± 2.23 เป็น 4.35 ± 1.06 และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือ ด้านการจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต จาก 3.00 ± 1.68 เป็น 3.52 ± 1.49 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินรายข้อ ก่อนกับหลังพัฒนา (N=13)

การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	Mean±SD	Mean±SD
การตรวจและบำบัดรักษาทางคลินิก	3.62±0.50	4.15±0.55
1. มีการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วย บาดเจ็บของผู้ป่วยอย่างทันทีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น	3.85±0.37	4.08±0.27
2. มีการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและการส่งต่อรักษาพยาบาล จะทำการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย อย่างต่อเนื่องตลอดเวลาระหว่างการนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่รับการดูแลต่อเนื่อง	3.77±0.43	4.08±0.49
การตรวจและรักษาผู้บาดเจ็บหลายระบบ	3.70±2.23	4.35±1.06
3. มีการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพจะประเมินปัญหาผู้ป่วยเพิ่มเติม และประเมินซ้ำเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ตามความเหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วย	3.85±0.68	4.08±0.49
4. ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก ได้รับการประเมินซ้ำทุก 10 - 15 นาที ผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้รับการประเมินซ้ำทุก 30 นาที ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ได้รับการประเมินซ้ำทุก 2 - 4 ชั่วโมง และบ่อยครั้ง ถ้าอาการเลวลงตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงาน	4.54±0.51	4.77±0.43
5. มีการปฏิบัติการพยาบาลให้การพยาบาล บำบัดทางการพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ และส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย	3.62±0.50	3.77±0.43
6. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ กรณีการเตรียมผ่าตัดฉุกเฉิน กรณีส่งต่อหรือจำหน่าย และประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงซ้ำ ถ้าอาการเลวลงจะต้องแก้ไขตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติในการดูแลเฉพาะโรค/กลุ่มอาการ	4.00±0.70	4.31±0.48
7. มีการปฏิบัติการพยาบาลในฐานะส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ รายงานให้ข้อมูลแพทย์ตามขั้นตอนการปฏิบัติ วิธีการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย	4.00±0.81	4.23±0.59

ตารางที่ 4 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินรายข้อ ก่อนกับหลังพัฒนา (N=13) (ต่อ)

การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	Mean±SD	Mean±SD
การจำหน่ายจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	3.62±1.19	4.01±1.10
8. มีการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล เป็นการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาลที่ให้และผลลัพธ์ที่คาดหวัง	3.77±0.59	4.00±0.40
9. ปฏิบัติงานตามสมรรถนะของการให้ความร่วมมือ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ ภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม และการใช้ความรู้เฉพาะในสาขา	3.77±0.59	4.00±0.40
10. แจ้งหน่วยงานการดูแลรักษาต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม และให้การพยาบาลระหว่างการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ	4.08±0.76	4.31±0.63
การให้ความรู้/คำแนะนำ	3.62±1.44	3.62±1.42
11. การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีเป้าหมายตามแผนการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยมุ่งเน้นปัญหาที่อาจเกิดขึ้น	3.69±0.63	4.00±0.57
12. มีการให้ความรู้/คำแนะนำเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการบาดเจ็บ และการเจ็บป่วย กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม	3.62±0.76	3.77±0.72
13. มีการประเมินความก้าวหน้าภาวะสุขภาพผู้ป่วย พร้อมทั้งปรับปรุงหน่วยงานารสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นปัจจุบัน	3.31±0.63	3.46±0.66
การส่งต่อเพื่อรับการรักษาภายในโรงพยาบาล	3.54±2.02	4.54±1.39
14. มีการตรวจสอบการลงข้อมูลเกี่ยวกับประวัติผู้ป่วยให้ครบถ้วน ได้แก่ อาการ อาการสำคัญ V/S, การตรวจร่างกาย ความช่วยเหลือเบื้องต้น การวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล	3.92±0.76	4.31±0.63
15. ตรวจสอบเอกสารใบ Order แพทย์ซึ่งอาจมีคำสั่ง Order stat หลังปฏิบัติตาม Order stat หรือหัตถการ กับผู้ป่วยแล้วลงบันทึกเวลาที่ให้ ตรวจสอบการบันทึกข้อมูล	4.69±0.48	4.92±0.27
16. ส่งข้อมูลผู้ป่วยตามหลัก ISBAR แก่พยาบาลผู้ป่วยใน กรณีผู้ป่วยต้องใช้นอนลม ต้องแจ้งตักผู้ป่วยในล่วงหน้า 30 นาที	4.46±0.51	4.62±0.50
17. พิจารณาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงอาการเลวลงระหว่างเคลื่อนย้ายต้องมีพยาบาลนำส่งได้แก่ ผู้ป่วยมาด้วยอาการชัก ผู้ป่วยอาการและหรือ V/S unstable	4.46±0.51	4.69±0.48
การให้ข้อมูลและการสื่อสารด้านสุขภาพ	3.38±1.12	3.95±0.80
18. มีการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม กับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ	3.77±0.59	4.00±0.40
19. มีพยาบาลผู้ประสานงานอุบัติเหตุ เพื่อทำหน้าที่ในการรักษาและเพิ่มระดับของมาตรฐานการดูแล ทั้งการศึกษา การวิจัย และระบบคุณภาพ	3.62±0.65	3.85±0.55
การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	3.92±1.60	3.89±1.03
20. ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่หน่วยงานกำหนด มาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ค่านึงถึงสิทธิ และความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยคุ้มครองสิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย อย่างเท่าเทียมกัน	3.62±0.50	3.92±0.27
21. รักษาความลับข้อมูลของผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยทุกราย โดยไม่คำนึงถึงอายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา	3.62±0.50	3.92±0.27
22. มีการบันทึกทางการพยาบาลของหน่วยงานการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ กิจกรรมการพยาบาล ผลลัพธ์ของการพยาบาล	3.69±0.85	3.85±0.80

ตารางที่ 4 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินรายข้อ ก่อนกับหลังพัฒนา (N=13) (ต่อ)

การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	Mean±SD	Mean±SD
การปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล	3.85±1.67	4.10±1.155
23. ผู้ป่วยที่มีโอกาสอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างเดินทาง ต้องมีพยาบาลนำส่ง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคสำคัญ เช่น ACS, Stroke, Sepsis, UGIH, หอบเหนื่อย	4.62±0.50	4.92±0.27
24. ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินวิกฤติ ต้องมีเจ้าหน้าที่นำส่ง 2 คน ได้แก่ post arrest, on ET tube, STEMI	4.62±0.50	4.85±0.37
25. กรณีผู้ป่วยอาการเลวลงระหว่างทาง ให้โทรปรึกษาแพทย์ผู้ส่งผู้ป่วย	4.62±0.50	4.77±0.43
26. กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาลเป้าหมาย ต้องนำศพกลับมาออกใบรับรองการตายที่ รพ.	3.77±0.83	4.00±0.70
27. กรณีส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช ประวัติคลุ้มคลั่ง อาละวาด ต้องมีเจ้าหน้าที่ชาย ได้แก่ เหว เปล/พนักงานสนาม/ยามช่วยนำส่ง	3.23±0.59	3.46±0.66
การจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต	3.00±1.68	3.52±1.49
28. พูดคุยกับญาติผู้เสียชีวิต ถึงสาเหตุการเสียชีวิต พร้อมกับประเมินความรู้สึกการยอมรับและการดูแลญาติตามความเหมาะสม	3.46±0.66	3.62±0.65
29. ทำความสะอาดร่างกายผู้เสียชีวิตอย่างเหมาะสม และถอดเครื่องมือต่าง ๆ และเขียนป้ายชื่อผูกข้อมือผู้เสียชีวิต ก่อนส่งห้องเก็บศพ	3.23±0.72	3.38±0.50
30. สอบถามญาติเรื่องยินยอมให้ฉีดยา complete ค่าบริการ และค่าฉีดยาศพในเวชระเบียน เขียนใบรับรองการตาย และให้แพทย์เขียนครบถ้วน	2.77±0.59	3.15±0.55
31. กรณีตายผิดธรรมชาติ ให้เจ้าหน้าที่แจ้งต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจทราบ และขอให้นำใบชันสูตรมาให้แพทย์เขียน เมื่อญาติมาติดต่อรับศพ ให้ถ่ายเอกสารใบชันสูตรให้ญาติ 1 ใบ เพื่อนำไปแจ้งตายนที่อำเภอพร้อมกับใบรับรองการตาย และลงทะเบียนคุมห้องเก็บศพ	3.54±0.51	3.77±0.43
การบริหารจัดการสาธารณภัย (Disaster management)	3.15±1.819	3.73±1.193
32. มีการจัดระดับของความเสี่ยงที่ชุมชนหรือสังคมโดยการจัดลำดับความเสี่ยงของโรคที่สำคัญ 3 ลำดับแรกและสาธารณภัยที่สำคัญ 3 ลำดับแรก	3.54±0.51	3.77±0.43
33. มีโครงสร้าง ICS เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาล โดยระบบ PHEOC รองรับ 3 ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพ	3.00±0.70	3.46±0.51
34. มีแผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) และแผนประกอบกิจการ (BCP) รองรับโรคและสาธารณภัย 3 ภัยที่สำคัญ	3.31±0.48	3.46±0.51
35. ดำเนินการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญอย่างน้อย 1 ภัย	4.31±1.18	4.69±0.75

ระดับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า หลังพัฒนาบุคลากรมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 69.2 เป็น ร้อยละ 92.3 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (N=13)

ระดับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 175 คะแนน	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (35.00-81.66 คะแนน)	1	7.7	0	0.0
ระดับปานกลาง (81.67-128.33 คะแนน)	3	23.1	1	7.7
ระดับสูง (128.34-175.00 คะแนน)	9	69.2	12	92.3

ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย หลังพัฒนา พบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง (4.38 ± 0.96) โดยพบว่ามีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล (4.15 ± 0.00) รองลงมาคือ ภาพรวมมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบ (4.08 ± 0.49) มีความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ แนวปฏิบัติด้านการบริหารจัดการสาธารณสุข (3.46±0.51) ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (N=13)

ความพึงพอใจ	Mean±SD	ระดับความพึงพอใจ
1. พึงพอใจแนวปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล	4.00±0.00	สูง
2. พึงพอใจแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล	4.15±0.00	สูง
3. พึงพอใจแนวปฏิบัติด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล มีการเก็บข้อมูลและสื่อสารข้อมูลระหว่างหน่วยงานเชื่อมโยงการพยาบาลนอกผู้ป่วยในและการส่งต่อจนกลับถึงชุมชน	3.85±0.37	สูง
4. พึงพอใจแนวปฏิบัติด้านการบริหารจัดการสาธารณสุข	3.46±0.51	สูง
5. ภาพรวมมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบ	4.08±0.49	สูง
รวม	4.38±0.96	สูง

4. ผลการดูแลผู้ป่วย พบว่า มีการดูแลที่จุดเกิดเหตุ ร้อยละ 12.5 มีการดูแลที่ห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 90.6 GCS ระดับลืมตาเมื่อถูกเรียก ร้อยละ 37.5 Triage scale ระดับ resuscitation ร้อยละ 40.6 ระยะเวลาจากที่เกิดเหตุถึงโรงพยาบาล 9-29 นาที ร้อยละ 78.1 ระยะเวลาที่ผู้บาดเจ็บมีข้อบ่งชี้ได้รับการผ่าตัดต่ำกว่า 30 นาที ร้อยละ 75.0 ระยะเวลาที่ดูแลในห้องฉุกเฉิน 1 ชั่วโมงขึ้นไป ร้อยละ 75.0 ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยจนถึงได้รับเลือดมากกว่า 60 นาที ร้อยละ 6.3 ระยะเวลาตั้งแต่แรกรับจนถึงเวลาส่งต่อมากกว่า 60 นาที ร้อยละ 53.1 จำนวนวันนอน 2 วัน ร้อยละ 12.5 ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตที่ ER และภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 18.8 เสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ร้อยละ 9.4 ส่งต่อโรงพยาบาลศัลยกรรมสูงกว่า ร้อยละ 56.3 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลลัพธ์งานบริการดูแลผู้ป่วย (n=32)

การดูแลผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลที่จุดเกิดเหตุ		
ไม่มี	6	18.8
0.9%nss load, CPR	4	12.5
0.9%nss load, ตามคอ	3	9.4
0.9%nss load, ตามคอ, ตามขา	3	9.4
ตามคอ, stopbleed	3	9.4
ตามขา	2	6.3
ตามคอ, ตามขา	2	6.3
อื่นๆ	9	28.1
การดูแลที่ห้องฉุกเฉิน		
ไม่มี	3	9.4
มี	29	90.6
GCS		
1. ไม่ลืมตา ไม่รู้สึกตัว ไม่มีการเคลื่อนไหว	9	28.1
2. ส่งเสียงไม่เป็นคำ เขยียดแขน-เคลื่อนไหว ผิดปกติ	3	9.4
3. ลืมตาเมื่อถูกเรียก พูดเป็นคำๆ แขนผิดปกติเมื่อเจ็บ	12	37.5
4. ลืมตาเอง พูดคุยได้ แต่สับสน ถอนตัวเมื่อเจ็บ	8	25.0

ตารางที่ 7 ผลลัพธ์งานบริการดูแลผู้ป่วย (n=32)

การดูแลผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
Triage scale		
Resuscitation (ฉุกเฉินวิกฤต)	13	40.6
Emergency (ฉุกเฉิน)	9	28.1
Urgent (เร่งด่วน)	8	25.0
Non-urgent (ไม่ฉุกเฉิน)	2	6.3
ระยะเวลาจากที่เกิดเหตุถึงโรงพยาบาล		
ต่ำกว่า 9 นาที	5	15.6
9-29 นาที	25	78.1
30 นาที ขึ้นไป	2	6.3
ระยะเวลาที่ผู้บาดเจ็บมีข้อบ่งชี้ได้รับการผ่าตัด		
ต่ำกว่า 30 นาที	24	75.0
30 นาทีขึ้นไป	8	25.0
ระยะเวลาที่ดูแลในห้องฉุกเฉิน		
ต่ำกว่า 1 ชั่วโมง	8	25.0
1 ชั่วโมงขึ้นไป	24	75.0
ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยจนถึงได้รับเลือด		
ไม่มี	29	90.6
60 นาที	1	3.1
มากกว่า 60 นาที	2	6.3
ระยะเวลาตั้งแต่แรกรับจนถึงเวลาส่งต่อ		
ภายใน 60 นาที	15	46.9
มากกว่า 60 นาที	17	53.1
จำนวนวันนอน		
ไม่ได้นอน	27	84.4
1 วัน	1	3.1
2 วัน	4	12.5
ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตที่ ER และภายใน 24 ชั่วโมง		
ไม่ใช่	26	81.3
ใช่	6	18.8
เสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ		
ไม่ใช่	29	90.6
ใช่	3	9.4
ส่งต่อโรงพยาบาลศัลยกรรมสูงกว่า		
ไม่ใช่	14	43.8
ใช่	18	56.3

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. แนวทางปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบ ที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้วงจร PDCA ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Do) การสังเกตผลของงาน (Check) และการประเมินผล (Action) แนวทางปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบ ที่ห้องฉุกเฉิน ประกอบด้วย 5 มาตรการ ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) 2) การปฏิบัติการในโรงพยาบาล (In-hospital) ได้แก่ การตรวจและ

บำบัดรักษาทางคลินิก การตรวจและรักษาผู้ป่วยหลายระบบ การจำหน่ายจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน การให้ความรู้/คำแนะนำ การส่งต่อเพื่อรับการรักษาภายในโรงพยาบาล การให้ข้อมูลและการสื่อสารด้านสุขภาพ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 3) การปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล 4) การจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต และ 5) การบริหารจัดการสาธารณสุข ผลการพัฒนา ได้แก่ มีคู่มือแนวทางปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบ บุคลากรมีการปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบที่ใช้ในงานอุบัติเหตุเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และมีสรุปลงาน สอดคล้องกับการศึกษาของอนุสร การเกษและคณะ⁸ ศึกษารูปแบบการลดความแออัด ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า รูปแบบการลดความแออัดแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย (1) การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินคุณภาพ (2) การคัดกรองผู้ป่วย (3) มีมาตรการกำหนดระยะเวลาผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่เกิน 4 ชั่วโมง (4) มีระบบการเงินและการชำระค่าใช้จ่ายในการรักษา (5) การให้ข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเองหลังการจำหน่าย (6) มีการส่งต่อด่วนระบบ Fast track (7) ใช้ระบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ณ จุดดูแลผู้ป่วย (8) มีการประยุกต์ใช้รูปแบบ patient journey model และการศึกษาของกิตติศักดิ์ นาสูงชน⁹ ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ประกอบด้วย 91 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ โดยแบ่งออกเป็น 11 ด้าน คือ 1. ด้านการคัดกรอง 2. ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามที่จะทำให้เกิดเสียชีวิต ต้องช่วยเหลือทันที 3. ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน 4. ด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วนที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและอวัยวะ 5. ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วนทั่วไป 6. ด้านการดูแลผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน 7. ด้านการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ 8. ด้านการบันทึกทางการแพทย์และสถิติรายงาน 9. ด้านการส่งรักษาต่อ 10. ด้านงานเชิงรุก และ 11. ด้านกฎหมายการพิทักษ์สิทธิคุณลักษณะและพฤติกรรมบริการ

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า หลังพัฒนามบุคลากรมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ความหมายของการปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล รองลงมา คือการประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน เจ็บป่วยรุนแรง ใช้สัญลักษณ์ “สีแดง” และมีความรู้ด้านอาการฉุกเฉินที่ควรโทรแจ้ง 1669 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ภายหลังอบรมบุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตร ศรีสุพล และคณะ¹⁰ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และการจัดการความปวดเฉียบพลันของพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า การมีความรู้และทักษะเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดเฉียบพลันของพยาบาล และการศึกษาของวิจิตรศรี สุทธิกุล และคณะ¹¹ ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บกลุ่มวิกฤตฉุกเฉินเร่งด่วนของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า มีความรู้และการปฏิบัติหลังการใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นและผลการดูแลทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย

3. การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า หลังพัฒนามบุคลากรมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ด้านการส่งต่อเพื่อรับการรักษาภายในโรงพยาบาล รองลงมา คือการตรวจและรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มขึ้นด้านการจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต ตามลำดับ อธิบายได้ว่า หลังพัฒนามบุคลากรมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น และโดยรวมบุคลากรมีความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่ในระดับสูง มากที่สุด คือ ด้านแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล รองลงมาคือ ภาพรวมมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบ และแนวปฏิบัติด้านการบริหารจัดการสาธารณสุข ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัยนี้หลังประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ซึ่งเป็นมาตรฐานของสหรัฐอเมริกาที่เน้นการคัดกรองผู้ป่วยหนักหรือมีความเสี่ยงที่ต้องการดูแลเร่งด่วน และเน้นความสั้นไหลในการทำงานลดความแออัดในห้องฉุกเฉินได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซังคเน็ค แพรวขาวและคณะ¹² ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วม พบว่า รูปแบบการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วมมีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ การศึกษาของ มะลิสสา โรจนศิริณ¹³ ที่ศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวทางปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ พบว่า แนวทางปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้จริงให้ผลลัพธ์ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น และการศึกษาของจากรุพักตร์ ภัฏจนิตานนท์ และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ พบว่า จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ได้รับการผ่าตัดทันเวลาเพิ่มขึ้นและพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้น

5. ผลการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลายระบบ พบว่า มีการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ ด้วย 0.9% nss load, CPR ผลการดูแลที่ห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่พบว่า ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดผิดปกติ อัตราการหายใจผิดปกติ อัตราชีพจรผิดปกติ ความดันโลหิต systolic ผิดปกติ GCS ระดับสติเมื่อถูกเรียก Triage scale ระดับ resuscitation (ฉุกเฉินวิกฤต) ระยะเวลาจากที่เกิดเหตุถึงโรงพยาบาล 9-29 นาที ระยะเวลาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บมีข้อบ่งชี้ได้รับการผ่าตัดต่ำกว่า 30 นาที ระยะเวลาผู้ป่วยบาดเจ็บ GCS <9 ได้รับการใส่ ET Tub ภายใน 5 นาที ระยะเวลาที่ดูแลในห้องฉุกเฉิน 1 ชั่วโมงขึ้นไป ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยจนถึงได้รับเลือดมากกว่า 60 นาที ระยะเวลาตั้งแต่แรกรับจนถึงเวลาส่งต่อมากกว่า 60 นาที จำนวนวันนอน 2 วัน มีการส่งต่อโรงพยาบาล ศักยภาพสูงกว่าและไม่มีผู้เสียชีวิตระหว่างส่งต่อ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การปฏิบัติที่มีคุณภาพมาตรฐานการดูแลที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีการดูแลในระยะต่อเนื่องและติดตามหลังจำหน่ายพบว่าสามารถลดจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ทั้งนี้กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ได้แก่ การบาดเจ็บที่ศีรษะ-หน้าอก ร่วมกับการบาดเจ็บที่ทรวงอก-ส่วนปลาย ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากบาดแผลได้¹⁵ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ ภาคภูมิวิวินิจฉัย และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย มีการคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ Gomes¹⁷ การศึกษาความปลอดภัยผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินด้านการพยาบาลฉุกเฉิน โดยมีกระบวนการพยาบาลที่เน้นความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตรวจคัดกรองผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน พบว่า ลดระยะเวลารอคอยการรักษาผู้ป่วย ร้อยละ 91.7 ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับสูง ร้อยละ 96.0 และการศึกษาของเทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์ (2564) ศึกษาการพัฒนาระบบการพยาบาลคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า มีการพยาบาลคัดแยกถูกต้องและผู้ป่วยได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรง

ข้อสรุป การพัฒนาและใช้แนวทางปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับของผู้บาดเจ็บหลายระบบมีผลต่อผลลัพธ์งานบริการดีขึ้น โดยเฉพาะการระบุระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ถูกต้องทำให้เพิ่มคุณภาพการดูแลทันเวลาและผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการพัฒนาระบบงาน ควรมีการอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล พร้อมทั้งซ่อมแผนรับอุบัติเหตุหมู่และสาธารณภัยเครือข่ายการประเมินผู้ป่วยและกู้ชีพเบื้องต้น โดยผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือตามมาตรฐาน ซึ่งหน่วยปฏิบัติการที่ให้บริการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ ควรให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลความรู้การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับประชาชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งเตรียมความพร้อมของการให้บริการฉุกเฉินทั้งด้านอุปกรณ์ ความรู้ทักษะการประเมินผู้ป่วยและกู้ชีพเบื้องต้น

2. ด้านบุคลากร ควรฝึกอบรมให้ความรู้บุคลากรในการดูแลต่อเนื่องตามมาตรฐานการบริการผู้ป่วยที่เหมาะสมและให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิต ระหว่างการเคลื่อนย้าย และผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องทันทีที่ถึงหน่วยงานหรือโรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาการประเมินคุณภาพตามมาตรฐานการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินในเชิงลึกเฉพาะโรคเพื่อนำไปวางแผนปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Status Report on Road Safety 2023. Geneva: World Health Organization; 2023. [Internet]. [cited 2023 December 13]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086517>
2. รัตเกล้า วงศ์ชัยสุริยะ, เกียรติศักดิ์ ปินตาธรรม, ยุทธนา ไคว์จริยะพันธ์, พรธีรา พรหมยวง. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่นำส่งด้วยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย 2564; 1(1): 14-22.
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือแนวทางการคัดแยกกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน [intranet] 2566. [เข้าถึงเมื่อ 14 กันยายน 2567]. เข้าถึงจาก: <https://www.niems.go.th>
4. โรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี. สรุปรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีธาตุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 12 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://srithathospital.moph.go.th/index.php>
5. ปรีดี นุกุลสมปรารธนา. จำนวน Sample Size ที่เหมาะกับการทำ Research. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก www.qualtrics.com
6. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Geelong, Victoria, Australia: Deakin University Press; 1988.
7. รัฐพงษ์ บุรีวงษ์. การประเมินและช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน. [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงจาก: <https://webportal.bangkok.go.th/nurse>
8. อนุสร การเกษ, สมชาย ภาณุมาสิวิวัฒน์, วรณชาติ ตาเลิศ, สอนอง ประนม. การลดความแออัด ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(1): 102-112.
9. กิตติศักดิ์ นาสูงชน. การพัฒนากอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2564; 6 (2): 86-95.
10. วิจิตร ศรีสุพล, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, พิชญ์ประอร ยังเจริญ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และการจัดการความปวดเฉียบพลันของพยาบาลในผู้บาดเจ็บที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. Rama Nurs J. 2565;28(2): 228-39.
11. วิธิรงค์ สุทธิกุล, นุชนารถ เขียนนุกูล, สมพร ศรีทันดร, พัศตราภรณ์ ปัญญาประชุม, นิรมล ผาเวช. ผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาศมรรถนะการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บกลุ่มวิกฤตฉุกเฉินเร่งด่วนของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. วารสารกรมการแพทย์ 2568; 50(1): 139-49.

12. ชัจจณเฑาะว์ แพรชาว, โปธิพงษ์ เรืองจ้อย, สุภาพรณัฏ์ ตันท์สุระ, นิชาภัทร บุชมงคล, พจนา ทัพซ่าย. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2561: 41-52.
13. มะลิสา โรจนศิริณัฏ์. ประสิทธิภาพการใช้แนวทางปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2563; 28(3): 413-25.
14. จารุพัทธ์ กัญจนิตานนท์, สุชาตา วิภวกันต์, รัตนา พรหมบุตร. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้บาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ โรงพยาบาลกระบี่. วารสารพยาบาลทหารบก 2562; 20(1): 339-50.
15. 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.
16. ทศนีย์ ภาคภูมิวิจิณัฏ์, โสพิศ เวียงโอสถ, กฤตพัทธ์ ฝักฝน. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2562; 20(1): 66-75.
17. Gomes ATL, Ferreira MA, Salvador PCO, Bezerril MS, Chiavone FBT, Santos VEP. Safety of the patient in an emergency situation: perceptions of the nursing team. Rev Bras Enferm. 2019; 72(3): 753-9.
18. เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์. การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 2564: 15(36): 160-78.