

การพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในรูปแบบสหวิชาชีพ (Trauma Audit)
Development of services quality for injured persons from accident in a
multidisciplinary format (Trauma Audit)

วิไลกุล ครองยุทธ^{1*} กนกวรรณ เจริญศิริ² จุลินทร ศรีโพณฑ³

Wilaiakool krongyuth^{1*} kanokwan chareansiri² Julintorn Sripontan³

^{1,2}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลศูนย์ส่งต่อและการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000

^{1,2}Registered nurse professional, Referral center and emergency . Emergency Department. Mahasarakham Hospital. MahaSarakhm Province 44000

³Registered nurse professional Leve, Emergency Department. Mahasarakham Hospital. MahaSarakhm Province 44000

Corresponding Author: *E-mail: tikkypadthai@gmail.com

Received: 30 September 2023 Revised: 30 October 2023 Accepted: 4 November 2023

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษากระบวนการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ วิเคราะห์ปัญหาสาเหตุที่ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตและพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุให้ดีขึ้น ลดความพิการและเสียชีวิต

รูปแบบและวิธีวิจัย : เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้กรอบแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ด (Kemmis and McTaggart) ด้วยวงจรการวิจัยแบบพีเอโออาร์ สหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ 60 คน ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตที่มีค่าโอกาสการรอดชีวิต (Ps score) > 0.5 จำนวน 61 ราย ใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในรูปแบบสหวิชาชีพ (Trauma Audit) ค้นหาปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บเสียชีวิต สร้างข้อตกลง แนวทางปฏิบัติของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง แนวทางเวชปฏิบัติ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล นำไปใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สรุปผลหลังจากมีการนำไปใช้ วิเคราะห์และปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้น ขยายใช้ในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด

ผลการศึกษา : การพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในรูปแบบสหวิชาชีพมาพัฒนาระบบ โดยมีการสร้างแนวทางเวชปฏิบัติ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุให้ครอบคลุมปัญหาพบการเกิดประเด็นปัญหาข้อผิดพลาดลดลงจากก่อนการพัฒนา การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลปัญหาด้านระบบลดลงร้อยละ 11 ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบการรักษาผิดพลาดลดลงมากที่สุด ร้อยละ 16 รองลงมาคือ ด้านระบบที่เกี่ยวข้อง ลดลงร้อยละ 13 ตามมาด้วย วินิจฉัยล่าช้าและขั้นตอนผิดพลาด ลดลงร้อยละ 10, 7 ตามลำดับ ผู้ป่วยในพบ การรักษาผิดพลาดลดลงมากที่สุด ลดลงร้อยละ 14 รองลงมาคือการวินิจฉัยล่าช้าและด้านระบบที่เกี่ยวข้อง ลดลงร้อยละ 9, 8 ตามลำดับ การเสียชีวิตที่ป้องกันได้ อาจจะป้องกันได้ ไม่สามารถ

ป้องกันได้ ความรุนแรงของความพิการ ลดลงร้อยละ 6, 5, 2, 2 ตามลำดับ ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์มากที่สุด มากกว่าร้อยละ 80

สรุปผลการศึกษา : รูปแบบนี้ช่วยให้ค้นพบข้อผิดพลาดในกระบวนการให้บริการทั้งระบบ เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุ แนวทางปฏิบัติของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง แนวทางเวชปฏิบัติ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเกิดประโยชน์ทั้งกับผู้ป่วยและบุคลากร

คำสำคัญ : พัฒนาคุณภาพการให้บริการ, ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ, การพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในรูปแบบสหวิชาชีพ ค่าโอกาสการรอดชีวิต

ABSTRACT

Objective : To study the process of providing services to accident patients. Analyze the causes of death of accident patients and improve the quality of service for accident patients. Reduce disability and death

Methods : Action research Using the concept framework of Kemmis and McTaggart in the form of a multidisciplinary PAOR that participates in the service with Trauma Audit 60 persons, 61 accident patients died Ps score > 0.5. Use the Trauma Audit Model Find out the factors that result in the death of patients. Develop Guidelines standing order, CPG, CNPG Applied in related departments Summarize the results after implementation, analysis and improvement. Expand the use in the network hospitals in the province.

Results : pre-hospital care in systemic decrease 11 percent. In the emergency room Delayed diagnosis, errors in treatment, Error in technique, System Inadequacy decrease by 10,16,7,13 percent respectively. Ward delayed diagnosis, errors in treatment, System Inadequacy decrease 9,14,8 percent respectively. Preventable death, Potentially Preventable death, Non-Preventable death, Preventable Severity of morbidity decrease 5,2,2,6 percent respectively. Stakeholders satisfaction is at the highest level.

Conclusion : Trauma Audit helps to discover errors in the entire service process. Improve the quality of service for accident victims Guidelines for standing order CPG CNPG involved in caring for accidental injuries benefit both patients and staff.

Keywords : Improve service quality, Injuries from accidents, Trauma Audit, PS score

บทนำ

ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญของโลกที่ทุกประเทศกำลังเผชิญอยู่โดยมีแนวโน้มผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บสูงขึ้น สถิติประเทศไทยจากข้อมูลศูนย์อุบัติเหตุ⁽¹⁾ ในปี 2563 ผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนน 1,353,927 ราย เสียชีวิต 21,967 ราย ปี 2564 ผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนน 1,227,897 ราย เสียชีวิต 20,199 ราย ปี 2565 ผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนน 1,246,605 ราย เสียชีวิต 211,07 ราย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวงไม่เกิน 18 ต่อแสนประชากร เพื่ออัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน จังหวัดมหาสารคามจากข้อมูล 3 ฐาน⁽²⁾ ประชากรจำนวน 953,660 คน เป้าหมายการเสียชีวิตไม่เกิน 173 ราย ปี 2563 เสียชีวิต 238 ราย คิดเป็น 24.72 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ, เสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง, เสียชีวิตหลัง 24 ชั่วโมง ร้อยละ 26,64,10 ตามลำดับ ปี 2564 เสียชีวิตจริง 258 ราย คิดเป็น 27.05 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ, เสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง, เสียชีวิตหลัง 24 ชั่วโมง ร้อยละ 26,64,10 ตามลำดับ และในปี 2565 อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 23.52 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ, เสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง, เสียชีวิตหลัง 24 ชั่วโมง ร้อยละ 42,40,18 ตามลำดับ

โรงพยาบาลมหาสารคาม จากข้อมูลแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน⁽³⁾ อัตราเสียชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุวิกฤติฉุกเฉิน (Trauma level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 12 ข้อมูล ปี 2563 อัตราตายร้อยละ 21.70 ปี 2564 อัตราตายร้อยละ 21.50 ปี 2565 อัตราตายร้อยละ 19.43 ส่งผลให้จังหวัดมหาสารคามเป็นจังหวัดเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังและลดอัตราตายทางถนนลงให้ได้ผลและเป็นนโยบายเร่งด่วนในระดับจังหวัด มีการบูรณาการร่วมกันโดยใช้เวทีศูนย์ป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น อำเภอและจังหวัดมีการขับเคลื่อนอย่างจริงจังโดยผู้ว่าราชการจังหวัดทุกเดือนขับเคลื่อนการดำเนินงาน ป้องกัน และลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ผ่านระบบ สุขภาพอำเภอ หรืออำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (DHS-RTI) ให้ สามารถประเมิน ผลการดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม และเพื่อสร้างกลไกการดำเนินงานเชื่อมโยงกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยในระดับอำเภอ (ศปภ. อำเภอ) และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในระดับจังหวัด อำเภอและท้องถิ่น⁽⁴⁾ จากข้อมูลพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุค่อนข้างสูง กลไกการเกิดเหตุและความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ทำให้อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงและที่จุดเกิดเหตุสูงขึ้น ส่งผลให้จังหวัดมหาสารคามเป็นจังหวัดเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังและลดอัตราเสียชีวิตทางถนนลงให้ได้ผลและเป็นนโยบายเร่งด่วนในระดับจังหวัด ประเด็นการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุค่อนข้างสูงมีการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุ (Haddon's Matrix Model) แล้วนำข้อมูลสู่การป้องกันร่วมกับภาคีเครือข่ายเวทีศูนย์ป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ทั้งในระดับเทศบาล อำเภอ และจังหวัด การสอบสวนอุบัติเหตุ มีการขับเคลื่อนอย่างจริงจังต่อเนื่องโดยผู้ว่าราชการจังหวัด ด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลมีการวิเคราะห์ค้นหาประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ พบว่ายังขาดแนวทางในการปฏิบัติ พบปัญหาในระบบการให้บริการตั้งแต่การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล การรักษาเฉพาะทางในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลที่ต้องพัฒนาเชิงระบบเพื่อลดความเสี่ยง ข้อผิดพลาด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุที่ส่งผลให้ผู้ป่วยอุบัติเหตุเสียชีวิต
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในรูปแบบสหวิชาชีพ

รูปแบบและวิธีวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) โดยใช้กรอบแนวคิดของ เคมมิสและแม็กแท็กการ์ด (Kemmis and McTaggart, 1988:15) ในรูปแบบ PAOR และศึกษาย้อนหลัง(retrospective data collection) รูปแบบการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ดำเนินการแก้ไขปัญหา และระยะที่ 3 การประเมินผล

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เป็นผู้ป่วยในทั้งหมด 5,507 ราย เสียชีวิตและมีค่าโอกาสรอดชีวิต Probability of Survival (Ps) > 0.5 จำนวน 61 ราย คำนวณโดยวิธีของ TRISS Methodology จากตัวแปรที่สำคัญคือ Glasgow coma score (GSC) ความดันโลหิตค่าซิสโตลิก (Systolic BP) อัตราการหายใจ อายุของผู้บาดเจ็บ กลไกการบาดเจ็บ ตำแหน่งที่มีการบาดเจ็บ (Body region) และระดับความรุนแรง (Abbreviated injury) ผู้ป่วย Ps > 0.5 คือกลุ่มที่ไม่สมควรเสียชีวิต กลุ่มสทวิชาชีพเป้าหมายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงกลุ่มที่มีส่วนร่วมในการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ จำนวน 60 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

Inclusion criteria

ผู้ป่วยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครและมีความ Ps score > 0.5

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครและมีความ Ps score < 0.5

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection) เครื่องมือวิจัย

1. เวชระเบียนผู้ป่วยทางระบบคอมพิวเตอร์โรงพยาบาลมหาราชนคร การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) แปลงเป็นรหัสบันทึกเพื่อป้อนลงฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป
2. แบบฟอร์มวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บของโรงพยาบาลมหาราชนครซึ่งตรวจสอบโดยทีมกรรมการด้านอุบัติเหตุประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านอุบัติเหตุและผู้เชี่ยวชาญจากสทวิชาชีพ 5 คน ข้อมูลที่เก็บคือข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วย ข้อมูลการออกรับที่จุดเกิดเหตุ การดูแลขณะนำส่ง การประเมินระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกว์ (Glasgow coma score) ความดันโลหิตค่าซิสโตลิก อัตราการหายใจ อายุ กลไกการบาดเจ็บ ตำแหน่งที่มีการบาดเจ็บ (Body region) ระดับความรุนแรง (Abbreviated injury scale) โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค และการดูแลรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ระยะเวลาและสถานที่ทำวิจัย

เริ่มเดือนตุลาคม 2564 ถึง เดือนกันยายน 2565 โรงพยาบาลมหาราชนคร จังหวัดมหาสารคาม
ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ พยาบาลผู้ประสานงาน(Nurse Coordinator) ประจำศูนย์บริหารงานด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน(Trauma and Emergency Administration Unit : TEA Unit) ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุปี 2564 มีผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เป็นผู้ป่วยในทั้งหมดที่มีค่าโอกาสการรอดชีวิต > 0.5 จำนวน 5,507 ราย การทำนายโอกาสการรอดชีวิตโดยวิธีของทริส(TRISS Methodology)⁽⁶⁾ ซึ่งค่าโอกาสการรอดชีวิต (Probability of Survival: Ps) ได้จากข้อมูลระดับความรู้สึกตัวคำนวณจากแบบประเมินกลาสโกว์ (GSC) ความดันโลหิตค่าซิสโตลิก (Systolic BP) อัตราการหายใจ อายุของผู้บาดเจ็บ กลไกการบาดเจ็บ ตำแหน่งที่มี

การบาดเจ็บ(Body region) และระดับความรุนแรง (Abbreviated injury scale) ได้ผู้ป่วยในเสียชีวิตที่มีค่า Ps score > 0.5 จำนวน 61 ราย นำมาทบทวน วิเคราะห์ แล้วนำเสนอทีมกรรมการด้านอุบัติเหตุ (Trauma Registry) พบว่ายังขาดแนวทางในการปฏิบัติของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง แนวทางเวชปฏิบัติ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล พบปัญหาในระบบการให้บริการของสหวิชาชีพทั้งด้านการพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาล การรักษาเฉพาะทางในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล

ตารางที่ 1 ประเด็นที่พบจากการทบทวนโดยใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุด้วยสหวิชาชีพ

การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล	บาดเจ็บตลอดเลือด	บาดเจ็บช่องท้อง	บาดเจ็บศีรษะ	บาดเจ็บที่ทรวงอก	ไฟไหม้น้ำร้อนลวกไฟฟ้าช็อต	ด้านการพยาบาล
-การส่งการ	-ขั้นตอนการดูแล-วินิจฉัยผิดพลาด	-การรักษาคลาดเคลื่อน-วินิจฉัยล่าช้า	-ด้านระบบ	-วินิจฉัยผิดพลาด-วินิจฉัยล่าช้า-ขั้นตอนการดูแล	-การตรวจประเมินร่างกาย	-การบันทึกข้อมูลทางการแพทย์-การต่อสายระบายทรวงอก
-การบริหารจัดการจุดเกิดเหตุ	-การประเมินบาดเจ็บตลอดเลือด-ส่งต่อล่าช้า	-การจัดการภาวะช็อก-การจ้องเลือดด่วน-การผ่าตัดด่วน-ส่งต่อล่าช้า	-การตรวจวินิจฉัยด้วยเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ล่าช้า-การปรึกษาแพทย์เฉพาะทางล่าช้า-การส่งต่อล่าช้า-การเชื่อมต่อข้อมูลผลเอ็กซเรย์ผู้ป่วย	-การตรวจประเมินซ้ำ	-การประเมินซ้ำ-การประเมินขนาดแผลไฟไหม้-เกณฑ์การรักษาในโรงพยาบาล-การให้สารน้ำ-การส่งต่อล่าช้า	-การเฝ้าระวังการประเมินอาการ-การรายงานแพทย์-การดูแลระหว่างนำส่ง-การประเมินขนาดแผลไฟไหม้สมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพ

จากตารางที่ 1 จากการทบทวนโดยใช้รูปแบบการพัฒนาด้วยสหวิชาชีพ พบว่ามีประเด็นข้อบกพร่องในทุกกระบวนการ หลากหลายกลุ่มโรค และเกี่ยวข้องกับทุกวิชาชีพทั้งด้านการดูแลรักษาและด้านการพยาบาล

ระยะที่ 2 ดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยใช้วงจรวิจัยเพื่อเอโออาร์ (PAOR) จำนวน 4 วงรอบดังนี้

วงรอบที่ 1 พยาบาลผู้ประสานงาน ประจำศูนย์บริหารงานด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทบทวนเคสที่เกิดประเด็นปัญหาในการปฏิบัติงานของทีม และประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมประชุมทบทวนคุณภาพการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยมีรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์เป็นประธาน วิเคราะห์ ค้นหาประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ พบยังขาดแนวทางในการปฏิบัติผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ มติที่ประชุมสรุปให้มีการพัฒนาปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติในการดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ แนวทางการให้ยาฉีดแก้ปวด การทบทวนการส่งการร่วมกับสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและศูนย์ประสานส่งการองค์การบริหารส่วนจังหวัด และนำสู่การนำไปใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาลมหาสารคาม

วงรอบที่ 2 พยาบาลผู้ประสานงาน ประจำศูนย์บริหารงานด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉินร่วมกับทีมเลขานุการผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุของศัลยกรรมทบทวนเคสที่เกิดประเด็นปัญหาในการปฏิบัติงานของทีมเคสที่น่าสนใจ ประเด็นติดตามจากวงรอบที่ 1 นำมาวิเคราะห์เสนอกรรมการพัฒนาด้านอุบัติเหตุ (Trauma Registry) และประสานงานสหวิชาชีพร่วมทบทวนคุณภาพการบริการ ค้นหาประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ พบว่าแนวทางปฏิบัติยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มบาดเจ็บที่ศีรษะและบาดเจ็บหลอดเลือด จึงมีการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้บาดเจ็บหลอดเลือด (Vascular injury) แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบบช่องทางด่วน (Head injury Fast track) ตั้งแต่การดูแลก่อนนำส่งโรงพยาบาลจนถึงนำส่งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและการดูแลการประสานส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล และนำไปใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาลมหาสารคาม

สรุปผลคุณภาพการให้บริการหลังจากมีการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้พบว่าช่วยให้ข้อผิดพลาดลดลง ผู้ปฏิบัติมีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยจึงขยายแนวทางต่างๆ ไปยังเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนทั้งจังหวัดใช้เป็นแนวทางเดียวกัน และนำเสนอชี้แจงในการประชุมระบบส่งต่อจังหวัดมหาสารคาม (Refer Audit) ซึ่งมีโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคามเข้าร่วมประชุมโดยขับเคลื่อนร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

วงรอบที่ 3 พยาบาลผู้ประสานงาน ค้นหาประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ จากวงรอบที่ 2 เรื่องเพื่อติดตาม เคสที่น่าสนใจนำเสนอกรรมการอุบัติเหตุและประสานงานสหวิชาชีพร่วมทบทวนคุณภาพบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ พบแนวทางปฏิบัติยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มผู้ป่วยที่บาดเจ็บหลายระบบ การส่งการรักษาในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่มีระบบแพทย์อำนาจการ โรงพยาบาลชุมชนไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ระบบการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ,แนวทางส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จึงมีการปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บหลายระบบแนวทางการส่งการทางการแพทย์ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน แนวทางการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ,แนวทางส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์, กลุ่มไลน์สำหรับปรึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บช่องทางด่วน การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในระบบบริการสุขภาพจังหวัด สรุปผลคุณภาพการให้บริการหลังจากมีการนำแนวทางไปใช้พบว่าช่วยให้ข้อผิดพลาดลดลง ผู้ปฏิบัติมีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนทั้งจังหวัดใช้เป็นแนวทางเดียวกัน บุคลากรมีแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน มีช่องทาง

การปรึกษาที่ชัดเจนทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น แต่ยังพบประเด็นการขาดการติดตามบนรถพยาบาลระหว่างเดินทาง

วงรอบที่ 4 พยาบาลผู้ประสานงานค้นหาประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุจากวงรอบที่ 3 เคสที่น่าสนใจ เรื่องเพื่อติดตาม คือประเด็นการขาดการติดตามบนรถพยาบาลระหว่างเดินทาง จึงนำเสนอกรรมการอุบัติเหตุ และประสานงานสหวิชาชีพร่วมทบทวนคุณภาพบริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โดยประสานประชุมร่วมกับระบบส่งต่อเครือข่ายโรงพยาบาลในจังหวัดเพื่อพัฒนาระบบ การติดตามผู้ป่วยและทีมบนรถพยาบาลระหว่างเดินทาง ร่วมพัฒนาระบบบริหารจัดการรถพยาบาลในภาพจังหวัด มีการขับเคลื่อนในรูปแบบการพัฒนากระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัด ให้ทุกโรงพยาบาลใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในกลุ่มที่ต้องดูแลด้วยระบบช่องทางด่วน (Fast track) คือกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กลุ่มทารกวิกฤติ และผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (level 1) สรุปผลคุณภาพการให้บริการหลังจากมีการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ วิเคราะห์และปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้น ประเมินความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องและนำแนวทางไปใช้อย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

1. วัตถุประสงค์ด้านกระบวนการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต พบว่า รูปแบบที่พัฒนาทำให้ทราบข้อผิดพลาดข้อบกพร่องในกระบวนการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ ตั้งแต่การดูแลก่อนนำส่งโรงพยาบาล จนถึงนำส่งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและการดูแลการประสานส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล ทั้งในโรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจังหวัดมหาสารคาม วิเคราะห์ปัญหาสาเหตุที่ส่งผลให้ผู้ป่วยอุบัติเหตุเสียชีวิตพบว่าขาดแนวทางในการปฏิบัติของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง แนวทางเวชปฏิบัติ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลยังไม่ครอบคลุม กระบวนการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลพบปัญหาด้านระบบการสั่งการ การประสานนำส่ง ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินพบปัญหาการรักษาผิดพลาด ปัญหาด้านระบบที่เกี่ยวข้อง วินิจฉัยล่าช้าและขั้นตอนผิดพลาด ผู้ป่วยในพบปัญหาการรักษาผิดพลาด การวินิจฉัยล่าช้าและปัญหาด้านระบบที่เกี่ยวข้อง

2. วัตถุประสงค์ด้านผลการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในรูปแบบสหวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในรูปแบบสหวิชาชีพมาพัฒนาระบบโดยมีการสร้างแนวทางเวชปฏิบัติ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุให้ครอบคลุม ปัญหาพบการเกิดประเด็นปัญหาข้อผิดพลาดลดลงจากก่อนการพัฒนา การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลปัญหาด้านระบบลดลงร้อยละ 11 ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบการรักษาผิดพลาดลดลงมากที่สุด ร้อยละ 16 รองลงมาคือด้านระบบที่เกี่ยวข้อง ลดลงร้อยละ 13 ตามมาด้วย วินิจฉัยล่าช้าและขั้นตอนผิดพลาด ลดลงร้อยละ 10, 7 ตามลำดับ ผู้ป่วยในพบ การรักษาผิดพลาดลดลงมากที่สุด ลดลงร้อยละ 14 รองลงมาคือการวินิจฉัยล่าช้าและด้านระบบที่เกี่ยวข้อง ลดลงร้อยละ 9, 8 ตามลำดับ การเสียชีวิตที่ป้องกันได้ อาจจะป้องกันได้ ไม่สามารถป้องกันได้ ความรุนแรงของความพิการ ลดลงร้อยละ 6, 5, 2, 2 ตามลำดับ ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์มากที่สุด มากกว่าร้อยละ 80

ตารางที่ 2 สรุปผลจำนวนครั้งการเกิดประเด็นปัญหาข้อผิดพลาดในการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในรูปแบบสหวิชาชีพ

ประเด็นที่พบ	จำนวน ครั้งที่พบ ก่อนการ พัฒนา	แนวทางที่ได้จากการทบทวน	จำนวน ครั้งที่พบ หลังการ พัฒนา
การส่งการล่าช้า	12	ทบทวนแนวทางร่วมกับศูนย์ส่งการ	4
การบริหารจัดการ ณ จุดเกิดเหตุ	10	ทบทวนคุณภาพการออกปฏิบัติการ	2
การนำส่งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ	8	เครือข่ายกู้ชีพอำเภอเมืองมหาสารคาม	3
การห้ามเลือด	6	แนวทางการห้ามเลือด	1
		การใช้สายรัดห้ามเลือด(combat turnigae)	
การประเมินบาดเจ็บหลอดเลือด	9	แนวทางประเมินการบาดเจ็บหลอดเลือด	2
การจัดการภาวะช็อก	15	แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ	5
การจ้องเลือดดำ	10	แนวทางการจ้องเลือดดำ	2
การผ่าตัดดำ	9	แนวทางการเตรียมผ่าตัดดำ	3
ตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ล่าช้า	14	แนวทางการส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์	3
ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางล่าช้า	11	แนวทางการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง	2
ระบบเชื่อมต่อข้อมูลผลเอ็กซเรย์ ผู้ป่วยจาก รพช.	13	เชื่อมระบบข้อมูลผลเอ็กซเรย์จาก รพช/ โรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่	3
การส่งต่อล่าช้า	5	ทบทวนแนวทางร่วมกับศูนย์ส่งต่อ/รพช. การติดตาม ตัวชี้วัดเวลา	1
ประเมินซ้ำ	18	แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ แนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บขั้นสูง	4
การต่อสายระบายทรวงอก	4	แผนภาพการต่อสายระบายทรวงอกใน หน่วยงาน	0
การบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล	18	ตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการ พยาบาล	3
การประเมินและเฝ้าระวังอาการ ผู้ป่วย	12	เครื่องมือประเมินการเฝ้าระวังและป้องกัน การเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วย (early warning system; EWS)	4
การรายงานแพทย์	15	แนวทางการรายงานแพทย์	5
การดูแลระหว่างนำส่งตึกใน	10	ทบทวน แนวทางเกณฑ์การนำส่งผู้ป่วย	2

ประเด็นที่พบ	จำนวน ครั้งที่พบ ก่อนการ พัฒนา	แนวทางที่ได้จากการทบทวน	จำนวน ครั้งที่พบ หลังการ พัฒนา
สมรรถนะพยาบาลในการช่วยฟื้นคืนชีพ	9	อบรมการช่วยฟื้นคืนชีพเชิงปฏิบัติการ	1
การดูแลผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ไฟฟ้าช็อต	6	การคำนวณขนาดแผล การทำแผล	2
ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	5	แนวทางการดูแลก่อนและขณะส่งต่อ	
		แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ	1
การดูแลผู้ป่วยขณะนำส่งบนรถพยาบาล	5	แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ	2
		แนวทางการรายงานแพทย์	
		แนวทางการติดตามบนรถพยาบาล	
		สมรรถนะพยาบาลประจำศูนย์ส่งต่อ	

จากตารางที่ 2 พบว่าประเด็นปัญหาข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นภายหลังการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในรูปแบบสหวิชาชีพลดลงทุกข้อ ประเด็นที่พบมากที่สุดคือการประเมินซ้ำ การบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ก่อนการพัฒนาพบประเด็นจำนวน 18 ครั้ง หลังการพัฒนาพบจำนวน 4, 3 ครั้ง ตามลำดับ พบมากรองลงมาก็คือการจัดการภาวะช็อกและการรายงานแพทย์ พบประเด็นจำนวน 15 ครั้ง หลังการพัฒนาพบจำนวน 5 ครั้ง รองลงมาก็คือ การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ลำขา พบประเด็นจำนวน 14 ครั้ง หลังการพัฒนาพบจำนวน 3 ครั้ง พบน้อยที่สุดคือการต่อสายระบายทรวงอก พบประเด็นจำนวน 4 ครั้ง หลังการพัฒนาไม่พบอุบัติการณ์

ตารางที่ 3 แสดงผลการศึกษาภาพรวมข้อผิดพลาดความเสี่ยงที่ลดลงหลังการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในรูปแบบสหวิชาชีพ

ประเด็นที่พบจากการทบทวน	ข้อผิดพลาด/ความเสี่ยงที่ลดลง หลังพัฒนาด้วย Trauma Audit (ร้อยละ)
การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล	
ด้านระบบที่เกี่ยวข้อง	11
ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	
วินิจฉัยลำขา	10
การรักษาผิดพลาด	16
ขั้นตอนผิดพลาด	7
ด้านระบบที่เกี่ยวข้อง	13
ผู้ป่วยใน	
วินิจฉัยลำขา	9
การรักษาผิดพลาด	14

จากตารางที่ 3 พบว่าการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล ด้านระบบลดลงร้อยละ 11 ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบ การรักษามิติดพลาดลดลงมากที่สุด ร้อยละ 16 รองลงมาคือ ด้านระบบที่เกี่ยวข้อง ลดลงร้อยละ 13 ตามมาด้วย วินิจฉัยล่าช้าและขั้นตอนผิดพลาด ลดลงร้อยละ 10, 7 ตามลำดับ ผู้ป่วยในพบ การรักษามิติดพลาดลดลงมากที่สุด ลดลงร้อยละ 14 รองลงมาคือการวินิจฉัยล่าช้าและด้านระบบที่เกี่ยวข้อง ลดลงร้อยละ 9, 8 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 แสดงระดับความคิดเห็น ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความพึงพอใจการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในรูปแบบสหวิชาชีพที่สุด ร้อยละ 14 รองลงมาคือ วินิจฉัยล่าช้าและด้านระบบที่เกี่ยวข้อง ลดลงร้อยละ 9, 8 ตามลำดับ

การพัฒนา	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน	4.72	0.49	มากที่สุด
2. ด้านกระบวนการ/ขั้นตอน/แนวทาง	4.61	0.55	มากที่สุด
3. ด้านระบบที่ช่วยสนับสนุนในการปฏิบัติงาน	4.74	0.49	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 พบว่า ภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.70$ และ $SD = 0.50$) ซึ่งในรายละเอียดแต่ละด้านพบว่าระดับความพึงพอใจการพัฒนาระบบอยู่ในระดับมากที่สุดในทุกด้าน โดยเรียงลำดับได้ดังนี้ ด้านระบบสนับสนุน ($\bar{x} = 4.74$ และ $SD = 0.49$) ด้านเจ้าหน้าที่ ($\bar{x} = 4.72$ และ $SD = 0.49$) ด้านกระบวนการขั้นตอนแนวทาง ($\bar{x} = 4.61$ และ $SD = 0.49$)

เกณฑ์คะแนนความพึงพอใจ

คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายความว่า มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายความว่า มีระดับความพึงพอใจมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายความว่า มีระดับความพึงพอใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายความว่า มีระดับความพึงพอใจน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายความว่า มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

อภิปรายผล

การพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในรูปแบบสหวิชาชีพ (Trauma Audit) ช่วยให้เห็นข้อผิดพลาดในกระบวนการให้บริการ ตั้งแต่ การดูแลก่อนนำส่งโรงพยาบาลจนถึงนำส่งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและการดูแลการประสานส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล ทำให้เกิดการพัฒนาคูณภาพบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกิดแนวทางปฏิบัติของสหวิชาชีพ แนวทางเวชปฏิบัติ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้บาดเจ็บเชิงระบบและครอบคลุม การเสียชีวิตที่ป้องกันได้ อาจจะป้องกันได้ ไม่สามารถป้องกันได้ ความรุนแรงของความพิการ ลดลงร้อยละ 6, 5, 2, 2 ตามลำดับ ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด เกิดประโยชน์ทั้งกับผู้ป่วยและบุคลากรจึงควรทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของวิชาชาติบัญชาชัย (2541) ^(7,8) ที่กล่าวว่า(Trauma Audit) ทำให้คุณภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุดีขึ้น

เกิดการพัฒนาที่เห็นผลลัพธ์จริง สอดคล้องกับการศึกษาของชาติชาย คล้ายสุบรรณ (2561)⁽⁹⁾ กล่าวว่าหลังจากมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บระยะเวลาถึงห้องผ่าตัดลดลง ผู้บาดเจ็บได้รับการรักษาเจาะจงที่รวดเร็วขึ้น (definitive care) อัตราตายของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีโอกาสรอดชีวิต (PS) >0.5 ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของอุมาด แอแก้วและคณะ (2560)⁽¹⁰⁾ กล่าวว่าการทำ trauma audit ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บจาก 19 สาเหตุที่มีค่า โอกาสรอดชีวิต > 0.75 พบอัตราตาย ร้อยละ 1.33 จึงทำการวิเคราะห์จัดทำแผนงานและหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่มารับบริการด้วยการจัดหาระบบช่องทางด่วน (Fast Track) การดูแลผู้ป่วย ร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน และมีการใช้ระบบช่องทางด่วน มากกว่าร้อยละ 80 การผ่าตัดในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่นานเวลามากขึ้น ส่งผลให้อัตราตายลดลงเป็นร้อยละ 0.99

สอดคล้องกับการศึกษาของ Celso B, Tepas J, Langland-Orban B, Pracht E, Papa (2006)⁽¹¹⁾ กล่าวว่าการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีต่อผลการดูแล รักษา (outcome) ซึ่งได้แก่ อัตราตาย อัตราเสียชีวิตเกินคาดหมาย ระยะเวลาถึงห้องผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ อัตราการเสียชีวิตลดลง ร้อยละ 15-20 ปัญหาสำคัญอย่างเร่งด่วนใน การช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงคือการช่วยให้รอดชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุดสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บเสียชีวิตคือการเสียเลือดอย่างรุนแรง มีทางเดินหายใจ อุดกั้นหรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพสมองได้รับบาดเจ็บรุนแรง ในการจัดการแก้ไขสาเหตุการตายดังกล่าวก็คือการประเมินและให้การรักษาเบื้องต้นอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องสัมพันธ์กับการช่วยชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บที่มาถึงโรงพยาบาล สอดคล้องกับวินัย อิงพาณิชย์พงศ์ (2546)⁽¹²⁾ การตรวจสอบคุณภาพโดยใช้ระบบตรวจสอบข้อบกพร่องในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Trauma audit system) มีการตรวจสอบข้อบกพร่องในการดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้น 352 จุด ซึ่งหลังจากได้กำหนดวิธีการแก้ไขระบบดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุแล้วพบว่าข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นลดลงกว่า ร้อยละ 50 และข้อบกพร่องที่นำไปสู่การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุที่สามารถป้องกัน ได้ลดลงกว่าร้อยละ 50 เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของชัยญานัก วิจารณ์ (2565)⁽¹³⁾ เรื่องผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ปัจจัยด้านระยะทางจากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแล ณ จุดเกิดเหตุเข้าถึงบริการสุขภาพเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแล การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บอุบัติเหตุในโรงพยาบาล ระหว่างนำส่งโรงพยาบาลมีความสำคัญเช่นเดียวกับการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ และการดูแลในโรงพยาบาล เพราะ ในโรงพยาบาล มีอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตขั้นสูง สอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ นาคะปิกษิน (2566)⁽¹⁴⁾ เรื่องการพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต กล่าวว่าเน้นประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการเนื่องจากผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยนั้นเกิดจากความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่ดีในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหรือเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย และเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรพยาบาลใน การดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติและนำสู่ผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยได้

ปัจจัยความสำเร็จ ผู้บริหารให้ความสำคัญ สหวิชาชีพมีส่วนร่วมให้ความร่วมมือในการพัฒนาเชื่อมั่นว่าเป็นการทบทวนเพื่อให้เกิดประโยชน์กับการปฏิบัติของบุคลากรและผู้ป่วย ไม่ใช่การจับผิดหรือกล่าวโทษพยาบาลผู้ประสานงานประจำศูนย์บริหารงานด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร่วมศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย ส่งประเด็นปัญหาเสนอกรรมการผู้เกี่ยวข้อง จัดเวทีประชุมเป็นเลขานุการ สรุปรายงานการประชุม ติดตามผลประสานงานสหวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกองค์กร

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลรายโรคสำคัญทั้งระบบให้ครอบคลุม ตั้งแต่การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ขณะส่งต่อบรรณพยาบาล จนถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและผู้ป่วยใน เนื่องจากผลลัพธ์เชิงกระบวนการที่เกิดกับผู้ป่วยเกิดจากความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลการพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในผู้ป่วยวิกฤต จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่ดีในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่และเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรพยาบาลใน การดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติและนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยได้⁽¹⁴⁾

2. พัฒนาระบบการติดตามทีมและผู้ป่วยโดยศูนย์บริหารจัดการรถพยาบาล (Ambulance Operation Center: AOC) พัฒนาเครื่องมือประเมินการเฝ้าระวังและป้องกันการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วย (early warning system; EWS) กลุ่มโรคสำคัญขณะนำส่ง สมรรถนะพยาบาลประจำศูนย์ แนวทางการดูแลผู้ป่วย แนวทางการเฝ้าติดตามบรรณพยาบาล แนวทางการรายงานแพทย์

3. เพิ่มการเยี่ยมตรวจคุณภาพการรักษาและการพยาบาลผู้บาดเจ็บ (Trauma Quality Round) ผู้ป่วยที่ยังนอนรักษาในโรงพยาบาลเพื่อวางแผนการรักษาพยาบาล ประเมินปัญหา ความเสี่ยง และให้การดูแลรักษาอย่างทันทั่วที่ ลดการเสียชีวิตและความพิการ

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน. สถิติอุบัติเหตุประจำปี [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://www.thairsc.com/data-compare>
2. ศูนย์ป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดมหาสารคาม. รายงานข้อมูลบาดเจ็บเสียชีวิตปี 2563-2565. มหาสารคาม: สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดมหาสารคาม; 2565.
3. โรงพยาบาลมหาสารคาม. รายงาน service plan สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม ประจำปี 2563-2565. มหาสารคาม:โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2565.
4. วันทนา ไพศาลพันธ์ .รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บทางถนนอำเภอหนองหานจังหวัดอุดรธานี .วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2563;5(1):109-110
5. Kemmis s., McTaggart R. The Action Research Planer 3 rd ed. Victoria: Deakin University; 1988:15
6. Boyd CR, Tolson MA, Copes WS. Evaluating trauma care: the TRISS method. J Trauma. 1987;27(4):370-8.
7. วิทยา ขาติบัญชาชัยและคณะ. การพัฒนาคุณภาพการรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยการแก้ไขข้อบกพร่องในระบบบริการ.โรงพยาบาลขอนแก่น:ขอนแก่นการพิมพ์;2543.
8. วิทยา ขาติบัญชาชัย. การศึกษาเปรียบเทียบการสังเกตมาตรฐานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ. [อินเทอร์เน็ต] 2541. [สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2565] สืบค้นได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1543?show=full>
9. ขาติชาย คล้ายสุบรรณ .ผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้บาดเจ็บต่อผลการรักษาผู้บาดเจ็บรุนแรงของเครือข่ายจังหวัดปราจีนบุรี. บุรพาเวชสาร. 2561;5(1):28-35
10. อุมาม แอแก้วและคณะ. การบริหารจัดการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บวิกฤตในเครือข่ายจังหวัดยะลา. มหาราช นครศรีธรรมราชเวชสาร. 2560;1(1):96-97

11. Celso B, Tepas J, Langland-Orban B, Pracht E, Papa L, et al. A systematic review and meta-analysis comparing outcome of severely injured patients treated in trauma centers following the establishment of trauma systems. J Trauma. 2006; 60(2):371-8.
12. วินัย อิงพานิชย์พงศ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุในโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2546;18(1):30-35
13. ชัยญญาภัก วิจารณ์. ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. 2565;7(4):221-223.
14. จิรวรรณ นาคะปักชิน. การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต.วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2566;10(1):123-124