



การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครนายก

จันทิมา พรชนศวรพงศ์*

เพ็ญศรี ละออ*

กวิทร์นาฏ บุญชู*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาวิธีประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกศัลยกรรมตามแนวคิดกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Soukup) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่การค้นหาค้นหาปัญหา การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนารูปแบบการดูแลและทดลองใช้ และการนำไปใช้ปฏิบัติ จากการดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าว พบว่าผลการวิเคราะห์สถานการณ์หน่วยงานยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ครอบคลุมการปฏิบัติทุกกระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ การตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน เมื่อสืบค้นและคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินประกอบด้วย การคัดแยกประเภท การดูแลระยะแรก ระยะต่อมา การเตรียมจำหน่าย การให้ข้อมูลผู้ป่วยหรือญาติและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บใน 72 ชั่วโมงแรกที่แผนกศัลยกรรมสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บ ศีรษะ บาดเจ็บช่องอก/ช่องท้องและบาดเจ็บหลายระบบ เมื่อมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บและประเมินคุณภาพของรูปแบบแล้วนำไปทดลองใช้ พบว่าสามารถใช้ได้ในสถานการณ์จริง แต่ผู้ปฏิบัติมีความไม่สะดวกในการใช้จึงนำรูปแบบการดูแลมาปรับปรุงโดยให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมเสนอข้อคิดเห็น หลังจากนั้นนำมาปฏิบัติจริงและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแล 2 ระยะคือระยะที่ 1 (พฤศจิกายน 2557-มกราคม 2558) และระยะที่ 2 (กุมภาพันธ์-เมษายน 2558)

ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลพบว่าระยะที่ 2 ดีกว่าระยะที่ 1 ผลลัพธ์ด้านตัวชี้วัดทางคลินิกได้แก่ 1) พยาบาลสามารถคัดแยกประเภทผู้ป่วย ให้การดูแลระยะแรกและระยะต่อมาได้ถูกต้องมากขึ้น 2) ร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ $GCS \leq 8$ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมากขึ้น 3) การเตรียมผู้ป่วยบาดเจ็บส่งผ่าตัดภายใน 1 ชม. ได้เพิ่มขึ้น 4) ผู้ป่วยหรือญาติมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น 5) อุบัติการณ์ความผิดพลาดระหว่างการเคลื่อนย้ายลดลง ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการใช้รูปแบบการดูแลและมีการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ด้านผู้ปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมากกว่า จึงสรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บตามหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถนำไปใช้ได้จริง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งในผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยบาดเจ็บ; รูปแบบการดูแล; การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์



The Development of an Evidence Based Practice Care Model for Traumatic Injury Patients in Nakhon Nayok Hospital

Chantima Pornchensuanpong*

Pensri La-or*

Kavinat Boonchoo*

Abstract

The purpose of this research and development study was to develop an evidence-based practice care model for traumatic injury patients in the emergency and surgical department using the evidence-based practice process developed by Soukup (2000). The process includes 4 phases, including the evidence-triggered phase, evidence-supported phase, evidence-observed phase, and evidence-based phase. According to the implementation of this process, it was found in the situation analysis that there was not a comprehensive care model in every process of care for patients with traumatic injury, and nursing decision-making was dependent on the different experiences of each nurse. The results of searching and selecting the evidence-based practice revealed that the model of care for patients with traumatic injury in the emergency room included the triage, initial care, and ongoing care including discharge planning, patient or family member education, transfer to an appropriate facility, and the first 72 hours of care at the surgical care unit for head, chest, abdominal, or multiple organ injuries. Initially, the development, validation, and implementation of the model showed that this model was applicable to real situations. However, the practice was not easy. Then, the model was improved by the participation and sharing of nurses' ideas. Finally, the new developed model was implemented and evaluated in 2 phases: phase 1 (November 2014–January 2015), and phase 2 (February–April 2015).

The findings showed that the clinical indicators of phase 2 were better than those of phase 1. The clinical indicators were 1) the increasing number of nurses performing the task of triage, initial care, and ongoing care, 2) the increasing percentage of the intubation of head injury patients with GCS ≤ 8 , 3) the increasing percentage of patients prepared for pre-operation within 1 hour, 4) the increasing score of patients or family members' satisfaction, and 5) the decreasing incidence rate of transferring patients. The professional nurses demonstrated strongly agree with the model and increasingly performed nursing care using the model. The nurses were satisfied with the use of the model at a high level. It was concluded that the developed evidence-based practice care model for traumatic injury patients was applicable and provided positive outcomes for both clients and healthcare providers.

Keyword : Traumatic Injury; Care Model; Evidence Based Practice

*Nakhon Nayok Hospital; e-mail: chantima2501@gmail.com



ความเป็นมาและความสำคัญ

การบาดเจ็บเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก เป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและเสียชีวิตก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อม ในประเทศไทยพบการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับสองรองจากโรคมะเร็ง ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 52 รายต่อประชากร 100,000 คน¹ โดยสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บมีภาวะคุกคามชีวิตพบจากการประเินขันต้นและการช่วยชีวิตถึงร้อยละ 20 ส่วนการตรวจร่างกายและตรวจวินิจฉัยร้อยละ 14² ผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณทรวงอกและช่องท้อง บาดเจ็บหลายระบบในภาวะวิกฤตถ้าไม่ได้รับการประเินและช่วยเหลืออย่างถูกต้องรวดเร็วตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและเข้าถึงบริการที่ห้องผ่าตัดล่าช้าจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้³

การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นการบริการผู้ป่วยหลากหลายในสถานการณ์ที่เร่งด่วน ผู้ปฏิบัติจำเป็นต้องคัดแยกประเภทผู้ป่วย การดูแลระยะแรก (ABCDE) การช่วยชีวิตและการดูแลระยะต่อมา (SAMPLE) อย่างถูกต้องรวดเร็ว เหมาะสม รวมทั้งมีการสื่อสารประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย การดูแลที่เหมาะสมกับลักษณะและตำแหน่งของการบาดเจ็บอย่างต่อเนื่องทันเวลา หากการช่วยชีวิตไม่ถูกต้อง การสื่อสารไม่ชัดเจนจะทำให้การบาดเจ็บรุนแรงขึ้น⁴ สถานการณ์การปฏิบัติที่กล่าวมาอาจทำให้ผู้ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เกิดความเครียดในสภาวะที่ต้องเผชิญกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรง อีกทั้งผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลและต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีรูปแบบการปฏิบัติที่ชัดเจนไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถปฏิบัติตามได้ง่ายและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถตัดสินใจและเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น⁵ ลดความรุนแรงผลกระทบต่องานผู้ป่วยบาดเจ็บและลดความเครียดของผู้ปฏิบัติได้

โดยทั่วไปการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เป็น

ที่ได้รับการยอมรับ เนื่องจากมีหลักฐานยืนยันเกี่ยวกับวิธีการและผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ดังเช่นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่หน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของพนอ เตชะอธิก⁶ การพัฒนาระบบปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของกันติมารณ์ วิวัฒน์ตระกูลและคณะ⁷ เป็นต้น แต่จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ใช้ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และไม่สามารถนำรูปแบบดังกล่าวมาปฏิบัติตามภายใต้บริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีข้อจำกัดในด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางและเครื่องมือตรวจพิเศษทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน

โรงพยาบาลนครนายกเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยสภาพภูมิประเทศเป็นสถานที่ท่องเที่ยวได้ตลอดทั้งปี มีผู้ป่วยบาดเจ็บเข้ารับบริการทั้งในสถานการณ์ปกติและช่วงเทศกาล จากข้อมูลสถิติพบผู้ป่วยบาดเจ็บเข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2554-2556 จำนวน 8,525, 9,038 และ 9,456 รายตามลำดับ พบว่าส่วนใหญ่บาดเจ็บที่ศีรษะเฉลี่ยร้อยละ 32.02 รองลงมาบาดเจ็บช่องอก/ช่องท้องเฉลี่ยร้อยละ 6.96 และบาดเจ็บหลายระบบเฉลี่ยร้อยละ 5.10 พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บเฉลี่ยร้อยละ 28.7, 30.6 และ 29.3 จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาต่อในแผนกศัลยกรรม⁸ จากการศึกษาสถานการณ์ สัมภาษณ์ทีมผู้ปฏิบัติและผู้ที่เกี่ยวข้องทบทวนข้อมูลย้อนหลัง วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์พบว่าในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกศัลยกรรมยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ครอบคลุมการปฏิบัติทุกกระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ การปฏิบัติของพยาบาลมีความหลากหลายและตัดสินใจตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล พบความผิดพลาดในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยบาดเจ็บ การส่งตรวจพิเศษเพื่อการวินิจฉัยล่าช้าจากการประสานงาน เกิดอุบัติเหตุการฉะหว่างการเคลื่อนย้ายไปยังหน่วยงานอื่นจากการเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่ออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินไม่เหมาะสม ปัญหาเหล่านี้จะก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งตามแผนยุทธศาสตร์ของ



โรงพยาบาลนครนายกได้กำหนดนโยบายการพัฒนางานอุบัติเหตุให้เป็นหน่วยบริการสู่ความเป็นเลิศระดับ 3 จึงเป็นความท้าทายตามภารกิจที่สำคัญของผู้บริหารทางโรงพยาบาลที่ต้องบูรณาการแผนงาน พัฒนาและประยุกต์แก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางโรงพยาบาลและคณะเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ จึงร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในหออุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกศัลยกรรมตามกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีรูปแบบการปฏิบัติที่ชัดเจนสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบ เป็นการพัฒนาประสิทธิภาพของบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เข้ารับการรักษานในหออุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกศัลยกรรม
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในด้านตัวชี้วัดทางคลินิก ด้านกระบวนการ และด้านผู้ปฏิบัติ

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยบาดเจ็บ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บตามตำแหน่งของร่างกาย ได้แก่บาดเจ็บศีรษะ บาดเจ็บช่อง

อก/ท้อง และบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษานในหออุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกศัลยกรรม (72 ชั่วโมงแรก) โรงพยาบาลนครนายก

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ หมายถึง กระบวนการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่พัฒนาขึ้นตามกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Soukup)⁹ ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่หออุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกศัลยกรรม

ผู้ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในหออุบัติเหตุฉุกเฉิน และแผนกศัลยกรรม ได้แก่ ตึกศัลยกรรมชายและศัลยกรรมหญิง ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2557 ถึง 30 เมษายน 2558

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดตามกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Soukup)⁹ ที่มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ค้นหาวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ (Evidence-triggered phase) 2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase) 3) พัฒนารูปแบบการดูแลและทดลองใช้ (Evidence-observed phase) 4) ใช้รูปแบบการดูแลปฏิบัติ (Evidence-based phase) และประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลในด้านตัวชี้วัดทางคลินิก ด้านกระบวนการและด้านผู้ปฏิบัติ ดังแผนภูมิที่ 1



การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บตามหลักฐานเชิงประจักษ์

1. การค้นหา วิเคราะห์ปัญหา สถานการณ์ (Evidence-triggered phase)

- ศึกษาสถานการณ์ ทบทวนข้อมูลย้อนหลัง ค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข
- เตรียมความพร้อมของผู้ปฏิบัติ

2. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase)

- สืบค้นหลักฐาน วิเคราะห์ และคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์

3. การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และทดลองใช้ (Evidence-observed phase) ได้แก่

- 1) ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน : การคัดแยกประเภท การดูแลระยะแรก ระยะต่อมา การเตรียมจำหน่าย การให้ข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บหรือญาติ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บ
 - 2) ในแผนกศัลยกรรม : การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ บาดเจ็บช่องอก/ช่องท้อง บาดเจ็บหลายระบบ
- #### 4. การใช้รูปแบบการดูแล (Evidence-based phase) ประกาศใช้ในหน่วยงาน
- ประเมินผลลัพธ์ ระยะที่ 1
 - ทบทวนปรับปรุงและให้ข้อมูลย้อนกลับ นำไปปฏิบัติ
 - ประเมินผลลัพธ์ ระยะที่ 2

ผลลัพธ์

1. ด้านตัวชี้วัดทางคลินิก

- 1.1 ผลลัพธ์ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน
 - การคัดแยกประเภท
 - การดูแลระยะแรก
 - การดูแลระยะต่อมา
 - อุบัติการณ์ความผิดพลาดระหว่างเคลื่อนย้าย
 - ความพึงพอใจของผู้บาดเจ็บหรือญาติ
- 1.2 ผลลัพธ์ในแผนกศัลยกรรม
 - การเตรียมส่งผ่าตัดได้ภายใน 1 ชม.
 - ผู้บาดเจ็บเจ็บศีรษะ GCS $\leq$ 8 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ
 - ความพึงพอใจของผู้บาดเจ็บหรือญาติ

2. ด้านกระบวนการ

- ความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ
- การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ

3. ด้านผู้ปฏิบัติ

- ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครนายก โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ

1. ผู้บาดเจ็บที่แพทย์วินิจฉัยว่าบาดเจ็บศีรษะ บาดเจ็บช่องอก/ช่องท้อง และบาดเจ็บหลายระบบ ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยคือ ที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกศัลยกรรมระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2557 - เมษายน 2558 ผู้ป่วยหรือญาติยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การยุติเข้าร่วมหรือออกจากกรวิจัยคือ ผู้ป่วยไม่ยินยอมร่วมการวิจัยต่อหรือแจ้งความจำนงค์เพื่อขอออกจากกรวิจัย

2. ผู้ปฏิบัติพยาบาลวิชาชีพตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยคือ มีประสบการณ์การทำงานมาอย่างน้อย 1 ปี ปฏิบัติงานระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2557 - เมษายน 2558 ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 20 คน และในแผนกศัลยกรรมจำนวน 35 คน เกณฑ์การยุติเข้าร่วมหรือออกจากกรวิจัยคือ ไม่ยินยอมร่วมการวิจัยต่อหรือแจ้งความจำนงค์เพื่อขอออกจากกรวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ดำเนินการพัฒนาคือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ได้แก่

- 1.1 ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประกอบด้วย การคัดแยกประเภท การดูแลระยะแรก(ABCDE) การดูแลระยะต่อมา (SAMPLE) การเตรียมจำหน่าย การให้ข้อมูลผู้ป่วย



หรือญาติ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บ

1.2 ในแผนกศัลยกรรม ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอก/ท้อง และการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

ตรวจสอบประเมินคุณภาพและให้ข้อเสนอแนะโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยฉวีวรรณธงชัย¹⁰ ผลการประเมินความเชื่อมั่นทั้ง 6 มิติ พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในห้องฉุกเฉินได้ร้อยละ 90.83 ในแผนกศัลยกรรมได้ร้อยละ 90.5 และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนให้ข้อสรุปตรงกันว่าสามารถนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บนี้ไปใช้ได้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดทางคลินิก ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลการคัดแยกประเภท การดูแลและระยะแรก การดูแลระยะต่อมา อุบัติการณ์ระหว่างการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ GCS $\leq$ 8 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และการเตรียมผู้ป่วยบาดเจ็บส่งผ่าตัด

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยบาดเจ็บหรือญาติ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการของพนอ เตชะอธิก⁶ ที่ลักษณะคำตอบเป็นคะแนน 0-10 คะแนน โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .80

2.3 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบการดูแลของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 6 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์ของอมรินทร์ วินไทย¹¹ ลักษณะคำตอบให้ตามระดับคะแนนความคิดเห็น 1-5 โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .87

2.4 แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแล ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบประเมินการปฏิบัติของพนอ เตชะอธิก⁶ ที่ลักษณะเป็นแบบให้คะแนน 0 และ 1 ประเมินจากการสังเกตและตรวจสอบแบบบันทึกเวชระเบียน โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 1

2.5 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพการใช้รูปแบบการดูแล ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการของพนอ เตชะอธิก⁶

ที่ลักษณะคำตอบเป็นคะแนน 0-10 คะแนน โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครนายก ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักของการเข้าร่วมการวิจัยและตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง รวบรวมข้อมูลโดยบันทึกเฉพาะที่เกี่ยวข้องและถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามแนวคิดของ Soukup⁹ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 Evidence-triggered phase การค้นหาปัญหาการดูแลผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกศัลยกรรม โดยศึกษาสถานการณ์ สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติ ทบทวนเวชระเบียนและผลลัพธ์ตัวชี้วัดย้อนหลัง วิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์และนโยบาย พบว่าหน่วยงานยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บตั้งแต่รับไว้รักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจนถึงในแผนกศัลยกรรม การปฏิบัติเป็นไปตามประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติแต่ละบุคคลที่หลากหลายพบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยบาดเจ็บผิดพลาด การส่งตรวจพิเศษเพื่อการวินิจฉัยล่าช้าจากการประสานงานกับหน่วยงานอื่น เกิดอุบัติการณ์ระหว่างการเคลื่อนย้ายไปยังหน่วยงานอื่นจากเตรียมความพร้อมจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินไม่เหมาะสม เมื่อสืบค้นและคัดสรรข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินประกอบด้วย การคัดแยกประเภท การดูแลระยะแรก ระยะต่อมา การเตรียมจำหน่าย การให้ข้อมูลผู้ป่วยหรือญาติและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บใน 72 ชั่วโมงแรกในแผนกศัลยกรรม สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ บาดเจ็บช่องอก/ช่องท้อง และบาดเจ็บหลายระบบ ที่มีรูปแบบเหมาะสมกับบริบท ทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้อย่างง่าย



การเตรียมความพร้อมของผู้ปฏิบัติ โดยจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และเรื่องการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ขั้นตอนที่ 2 Evidence-supported phase สืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากผลงานวิจัย ตำรา เอกสารวิชาการที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2009–2014 ใช้วิธีการคือ 1) กำหนดวัตถุประสงค์การสืบค้นตาม PICO framework¹² 2) กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นได้แก่ trauma, multiple trauma, traumatic injury, triage, trauma nursing 3) กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ CINAHL, MEDLINE, PubMed, ฐานข้อมูลงานวิจัยทางการแพทย์แห่งประเทศไทย ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์และวารสาร 4) กำหนดเกณฑ์ที่ใช้ประเมินระดับของงานวิจัย¹³ และจัดระดับตามข้อเสนอแนะการนำไปใช้¹⁴

ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจำนวน 18 เรื่อง เป็นระดับ 2A 1 เรื่อง 2B 2 เรื่อง 3.1A 2 เรื่อง 3.2A 3 เรื่อง 4A 8 เรื่อง และ 4B 2 เรื่อง

ขั้นตอนที่ 3 Evidence-observed phase พัฒนารูปแบบการดูแลและทดลองใช้ โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดสรรได้มากร่างเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ได้แก่

3.1 ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประกอบด้วย การคัดแยกประเภท การดูแลระยะแรก (ABCDE) การดูแลระยะต่อมา (SAMPLE) การเตรียมจำหน่าย การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บ

3.2 ในแผนกศัลยกรรม ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอก/ท้อง และการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

เมื่อปรับปรุงตามข้อเสนอแนะผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกศัลยกรรมในเดือนตุลาคม 2557 พบประเด็นปัญหาความไม่สะดวกในการปฏิบัติระยะแรก ผู้วิจัยและคณะนำปัญหาอุปสรรคมาปรับแก้ไขในที่ประชุมให้ผู้ปฏิบัติได้มี

ส่วนร่วมเสนอแนะ เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่เหมาะสมกับบริบทที่สุด

ขั้นตอนที่ 4 Evidence-based phase นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไปใช้ปฏิบัติโดยจัดทำคู่มือการปฏิบัติ ประกาศใช้ในหน่วยงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกศัลยกรรม ผู้วิจัยและคณะจัดประชุมอธิบายชี้แจงวิธีการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บแก่ทีมผู้ปฏิบัติ เมื่อ 30 ตุลาคม 2557 พร้อมทั้งประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปปฏิบัติระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2557–เมษายน 2558

การประเมินผลหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บแบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2557–มกราคม 2558 ภายหลังการประเมินผลระยะที่ 1 แล้วทีมผู้วิจัยประชุมร่วมกับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัตินำปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติมาวิเคราะห์ปรับปรุงอีกครั้ง และให้ข้อมูลผลลัพธ์ย้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติ แล้วนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บมาใช้ปฏิบัติต่อระหว่างเดือนกุมภาพันธ์–เมษายน 2558 และประเมินผลเป็นระยะที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

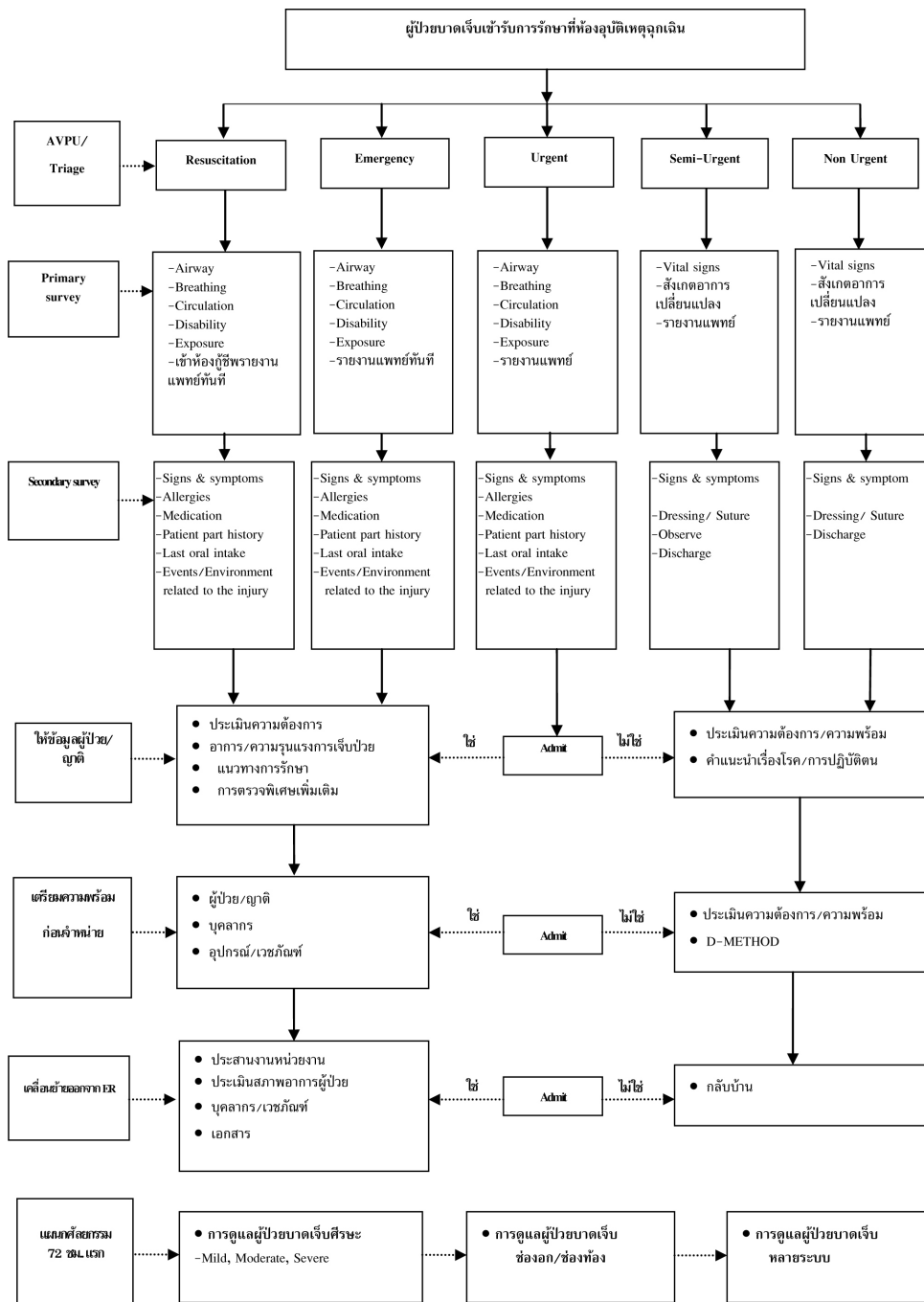
จากการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ประเด็นปัญหาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ พบว่าหน่วยงานยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บตั้งแต่รับไว้รักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินถึงในแผนกศัลยกรรม การปฏิบัติเป็นไปตามประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติแต่ละบุคคลที่หลากหลาย ทำให้เกิดการคัดแยกประเภทผู้ป่วยบาดเจ็บผิดพลาด การส่งตรวจพิเศษเพื่อการวินิจฉัยล่าช้าจากการประสานงาน เกิดเหตุการณ์ระหว่างการเคลื่อนย้ายไปยังหน่วยงานอื่นจากการเตรียมความพร้อมจำหน่ายไม่เหมาะสม ทีมผู้วิจัยจึงสืบค้นข้อมูลและคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์นำมาพัฒนารูปแบบ



การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ประกอบด้วยในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินมีการคัดแยกประเภท ดูและระยะแรก ระยะต่อมาเตรียมจำหน่าย ให้ข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บและญาติ การ

เคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บ และในแผนกศัลยกรรม ประกอบด้วยการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ บาดเจ็บช่องอก/ท้อง และบาดเจ็บหลายระบบ ตามแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลนครนายก





ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ พบว่า พยาบาลวิชาชีพในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินมีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานเฉลี่ย 15.4 ปี (SD=6.349) และในแผนกศัลยกรรมพยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานเฉลี่ย 12.69 ปี (SD=5.994) ดังตารางที่ 1

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยบาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.3 มีอายุเฉลี่ย 39.83 ปี (SD=22.187) การคัดแยกประเภทเป็น Urgent ร้อยละ 53.3 รองลงมาเป็น Emergency ร้อยละ 39.6 และพบบาดเจ็บที่ศีรษะมากที่สุด ร้อยละ 81.1 รองลงมาเป็นบาดเจ็บช่องอก/ช่องท้อง ร้อยละ 12.3

ระยะที่ 2 ผู้ป่วยบาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64 มีอายุเฉลี่ย 42.17 ปี (SD=21.424) การคัดแยกประเภทเป็น Urgent ร้อยละ 50.3 รองลงมาเป็น Emergency ร้อยละ 36 และพบบาดเจ็บที่ศีรษะร้อยละ 66.7 รองลงมาเป็นบาดเจ็บช่องอก/ช่องท้องร้อยละ 24 ดังตารางที่ 2

ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ

1. ผลลัพธ์ด้านตัวชี้วัดทางคลินิกระยะที่ 1 พบว่า พยาบาลวิชาชีพสามารถคัดแยกประเภท ดูแลระยะแรก ระยะต่อมาได้ถูกต้องเฉลี่ยร้อยละ 96.30 เกิดอุบัติการณ์ระหว่างเคลื่อนย้าย ร้อยละ 6.6 ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ระดับ GCS ≤ 8 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 100 การเตรียมผู้ป่วยบาดเจ็บส่งผ่าตัดภายใน 1 ชม. ได้ร้อยละ 85.71 และผู้ป่วยบาดเจ็บหรือญาติมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X} = 8.17$; SD=.457) ระยะที่ 2 พยาบาลวิชาชีพสามารถคัดแยกประเภท ดูแลระยะแรก ระยะต่อมาได้ถูกต้องเฉลี่ยร้อยละ 99.70 เกิดอุบัติการณ์ระหว่างเคลื่อนย้ายร้อยละ 1.6 ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับ GCS ≤ 8 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 100 การเตรียมผู้ป่วยบาดเจ็บส่งผ่าตัดภายใน 1 ชม. ได้ร้อยละ 100 และผู้ป่วยบาดเจ็บหรือญาติมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X} = 8.67$; SD=.472) ดังตารางที่ 3, 4

2. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการระยะที่ 1 พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการใช้รูปแบบการดูแล ($\bar{X} = 4.77$; SD=.159) และปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลร้อยละ 90 ระยะที่ 2 พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการใช้รูปแบบการดูแล ($\bar{X} = 4.94$; SD=.082) และปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลร้อยละ 100 ดังตารางที่ 5, 6

3. ผลลัพธ์ด้านผู้ปฏิบัติระยะที่ 1 พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลในระดับมาก ($\bar{X} = 8.56$; SD=.501) ระยะที่ 2 มีพยาบาลวิชาชีพความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลในระดับมาก ($\bar{X} = 8.96$; SD=.189) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกศัลยกรรม จำแนกตามอายุ ประสบการณ์การทำงาน (n=55)

ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ	min	max	$\bar{X}$	SD
ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (n=20)				
- อายุ (ปี)	25	55	42	7.026
- ประสบการณ์ปฏิบัติงาน (ปี)	3	25	15.4	6.349
แผนกศัลยกรรม (n=35)				
- อายุ (ปี)	24	52	38.7	6.037
- ประสบการณ์ปฏิบัติงาน (ปี)	2	28	12.69	5.994



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บจำแนกตามอายุ เพศ การคัดแยกประเภท และตำแหน่งการบาดเจ็บ

ลักษณะผู้ป่วยบาดเจ็บ		ระยะที่ 1 (n= 212)		ระยะที่ 2 (n= 189)	
อายุเฉลี่ย (ปี)		39.83	SD=	42.17	SD
			22.187		=21.424
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	130	61.3	121	64
	หญิง	82	38.7	68	36
การคัดแยกประเภท	Resuscitation	13	6.1	26	13.8
	Emergency	84	39.6	68	36
	Urgent	113	53.3	95	50.3
	Semi Urgent	2	.9	0	0
ตำแหน่งการบาดเจ็บ	บาดเจ็บศีรษะ	172	81.1	126	66.7
	บาดเจ็บช่องอก/ท้อง	26	12.3	47	24
	บาดเจ็บหลายระบบ	14	6.6	16	8.5

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บจำแนกตามผลลัพธ์ด้านตัวชี้วัดทางคลินิกของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ

ผลลัพธ์ด้านตัวชี้วัดทางคลินิก	ระยะที่ 1 (n= 212)		ระยะที่ 2 (n= 189)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน				
- การคัดแยกประเภทได้ถูกต้อง	209	98.6	188	99.5
- การดูแลระยะแรกได้ถูกต้อง	209	98.6	188	99.5
- การดูแลระยะต่อมาได้ถูกต้อง	209	98.6	188	99.5
- อุบัติการณ์ความผิดพลาดระหว่างเคลื่อนย้าย	14	6.6	3	1.6
แผนกศัลยกรรม				
- ผู้ป่วย HI ระดับ GCS≤8 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ	8(n=8)	100	17(n=17)	100
- การเตรียมส่งผ่าตัดได้ภายใน 1 ชม.	18(n=21)	85.71	18(n=18)	100



ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยบาดเจ็บหรือญาติต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยบาดเจ็บ หรือ ญาติ	ระยะที่ 1 (n=212)			ระยะที่ 2 (n=189)		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
- ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	8.12	.461	มาก	8.51	.501	มาก
- แผนกศัลยกรรม	8.21	.464	มาก	8.81	.389	มาก
เฉลี่ย	8.17	.457	มาก	8.67	.472	มาก

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ

การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแล	ระยะที่ 1			ระยะที่ 2		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับ
- ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (N=20)	17	85	มาก	20	100	มาก
- แผนกศัลยกรรม (N=35)	33	94.3	มาก	35	100	มาก
เฉลี่ย		90	มาก		100	มาก

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจ และความคิดเห็น ของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ	ระยะที่ 1			ระยะที่ 2		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
- ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (n=20)	8.4	.503	มาก	8.95	.224	มาก
- แผนกศัลยกรรม(n=35)	8.66	.482	มาก	8.97	.169	มาก
เฉลี่ย	8.56	.501		8.96	.189	มาก
ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ						
- ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (n=20)	4.73	.116	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4.92	.085	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- แผนกศัลยกรรม(n=35)	4.79	.154	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4.95	.079	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
เฉลี่ย	4.77	.159	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4.94	.082	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การอภิปรายผล

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกศัลยกรรมนี้ พัฒนขึ้นตามแนวคิดกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup⁹ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่การค้นหาค้นคว้าปัญหา

(Evidence-triggered phase) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase) การพัฒนารูปแบบการดูแลและทดลองใช้ (Evidence-observed phase) และการนำไปใช้ปฏิบัติ (Evidence-based phase) จากการดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าว พบว่าผลการวิเคราะห์



สถานการณ์หน่วยงานยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ครอบคลุมการปฏิบัติทุกกระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ การตัดสินใจในการปฏิบัติกรพยาบาลมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน เมื่อสืบค้นและคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินประกอบด้วย การคัดแยกประเภท การดูแลระยะแรก ระยะต่อมา การเตรียมจำหน่าย การให้ข้อมูลผู้ป่วยหรือญาติและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บใน 72 ชั่วโมงแรกแผนกศัลยกรรมสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ บาดเจ็บช่องอก/ช่องท้อง และบาดเจ็บหลายระบบ เมื่อมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บและประเมินคุณภาพของรูปแบบแล้วนำไปทดลองใช้ พบว่าสามารถใช้ได้ในสถานการณ์จริง แต่ผู้ปฏิบัติมีความไม่สะดวกในการใช้ จึงนำรูปแบบการดูแลมาปรับปรุงโดยให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมเสนอข้อคิดเห็น หลังจากนั้นนำมาปฏิบัติจริง และประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแล 2 ระยะ คือระยะที่ 1 (พฤศจิกายน 2557-มกราคม 2558) และระยะที่ 2 (กุมภาพันธ์-เมษายน 2558)

ผลการนำรูปแบบการดูแลไปใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บจำนวน 401 คน ระยะเวลา 6 เดือน ประเมินผลแบ่งเป็น 2 ระยะ พบว่าผลลัพธ์ระยะที่ 2 ดีกว่าระยะที่ 1 คือผลลัพธ์ด้านตัวชี้วัดทางคลินิกได้แก่ พยาบาลสามารถคัดแยกประเภทผู้ป่วย ให้การดูแลระยะแรกและระยะต่อมาได้ถูกต้องมากขึ้น ผู้ป่วยหรือญาติมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อุบัติการณ์ความผิดพลาดระหว่างการเคลื่อนย้ายลดลง ร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ $GCS \leq 8$ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และการเตรียมผู้ป่วยบาดเจ็บส่งผ่าตัดภายใน 1 ชม. ได้เพิ่มขึ้น ซึ่งการปฏิบัติในระยะแรกอย่างถูกต้องและรวดเร็วมีความสำคัญเพราะถือเป็นชั่วโมงทอง (golden hour)¹⁵ ผลลัพธ์ด้านกระบวนการพยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการใช้รูปแบบการดูแล และมีการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ด้านผู้ปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมากกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่พัฒนาขึ้นจาก

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดสรรเหมาะสมกับบริบท ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีแนวทางการปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บได้รับการคัดแยกประเภทถูกต้องตั้งแต่แรก รับเข้ามาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินได้รับการดูแลระยะแรก รับระยะต่อมา ได้รับข้อมูล เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เคลื่อนย้ายออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และเข้ารับการรักษาท่อในแผนกศัลยกรรมในระยะ 72 ชม. แรกได้ถูกต้อง และภายหลังการประเมินผลระยะที่ 1 ผู้วิจัยทบทวนปัญหาอุปสรรคร่วมกับผู้ปฏิบัติพบว่า มีผู้ปฏิบัติร้อยละ 10 ที่ปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลไม่ครบถ้วนเนื่องจากไม่เข้าใจในบางรายการของรูปแบบการดูแล เมื่อมีการประชุมร่วมกัน เปิดโอกาสให้ซักถามประเด็นที่ไม่เข้าใจ รับฟังข้อเสนอแนะและปรับปรุงรูปแบบการดูแล อีกทั้งได้รับข้อมูลผลลัพธ์ของการประเมินย้อนกลับ ทำให้มีความเข้าใจและยอมรับ และเมื่อนำไปปฏิบัติต่อจึงมีความคุ้นเคยกับรูปแบบการดูแล ส่งผลให้ระยะที่ 2 เกิดผลลัพธ์ทั้งด้านตัวชี้วัดทางคลินิก ด้านกระบวนการและด้านผู้ปฏิบัติดีขึ้นกว่าระยะที่ 1 ซึ่งการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เกิดผลลัพธ์ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพนอ เตชะอธิก⁶ กันติมาภรณ์ วิวัฒน์ตระกูลและคณะ⁷ เพ็ญศรี ดำรงจิตติ และคณะ¹⁶ ที่ใช้แนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์ดีขึ้น

จึงสรุปได้ว่าการมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนสอดคล้องกับบริบทสามารถนำไปใช้ได้จริง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งในผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรติดตามการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่พัฒนาขึ้นนี้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน
2. ด้านการวิจัย ควรศึกษาวิจัยการใช้รูปแบบการดูแลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยประเภทอื่นต่อไป



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครนายก อาจารย์ศิริมา ลีละวงษ์ สำนักการพยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้องในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกศัลยกรรมที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี เอกสารอ้างอิง

1. John AB, John JL, Thomas S, Creagh B, Thomas JP, Sarah R, et al. The right team at the right time: Multidisciplinary approach to multi-trauma patient with orthopedic injuries. *OPUS 12 Scientist*. 2012;6(1):6-10.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. สถิติ 10 อันดับการตาย: 2553-2554. นนทบุรี; 2555.
3. Gruen RL, Jurkovich GJ, McIntyre LK, Foy HM, Maie RV. Patterns of Errors contributing to Trauma mortality: lessons learned form 2594 deaths. *Annals of Surgery*. 2006;244(3):371-380.
4. Manuel M, Ulrike N, Matthias M, Christoph W, Herbert S, Bertrill B. The Shock Index revisited -a fast guide to transfusion requirement? A retrospective analysis on 21,853 patients derived from the Trauma Register DGU. [Internet]. 2013. [cited 2014 Oct 13]. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4057268/pdf/cc12851.pdf>.
5. กรองไธ อุณหสูต และเครือข่ายพยาบาลอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย. คู่มือการปฏิบัติงานพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ : ก้องการพิมพ์ ; 2554.
6. พนอ เตชะอธิก, สุนทรภาพร วันสุพงศ์, สุมณา สัมฤทธิ์รินทร์. ผลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่หน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 2554;34(3):65-74.
7. กันติมาภรณ์ วิวัฒน์ตระกูล, ปาณิสรา โกษารักษ์, วารณี เข็มลา, ตะวัน เขตปัญญา. การพัฒนาระบบปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 2015;33(2):160-167.
8. เวชระเบียนและสถิติ. สถิติข้อมูลโรงพยาบาลนครนายก : รายงานประจำปี 2554-2556. โรงพยาบาลนครนายก : 2556.
9. Soukup SM. Evidence-based practice model promoting the scholarship of practice. In SM Soukup & CF Beason Eds. *Nursing Clinic of North America*. Philadelphia : WB Saunders. 2000:301-309.
10. จีวีวรรณ ธงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2548;20(2):63-76
11. อมรินทร์ วินไทย. การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกหอผู้ป่วยไอ ซี ยู ศัลยกรรม1 โรงพยาบาลอุดรธานี. [งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556.
12. Beyea SC, Slattery MJ. Evidence-based practice in nursing: A guide to successful implementation. HCPro, Inc. Marblehead MA. 2006.
13. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. A guide to development implementation and evaluation of clinical practice guidelines. 1998; Retrieved April 24, 2014, from http://www.schoolofmassage.com.au/resources/mod3_wastemanagement.pdf.
14. The AGREE Collaboration. The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. London : St. George's Hospital Medical School. 2001.



15. สุนิตา อรรถอนุชิต, วิภา แซ่เซี้ย, ประณิต ส่งวัฒนา. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินสภาพแรกรับของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2553 ; 2 (20)16-28.
16. เพ็ญศรี ดำรงจิตติ, รสสุคนธ์ ศรีสนิท, พรเพ็ญ ดวงดี. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บรุนแรงในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2557; 28(1):43-54.