นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

พิกุล กันทะพนม,[1] สุภารัตน์ วังศรีคูณ[2] และ อัจฉรา สุคนธสรรพ์[2]

[1]ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, [2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแบบบันทึกการจัดการบาดแผล และศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แบบบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉิน

วิธีการ เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) โดยใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council, 1999) ในการพัฒนาแบบบันทึก ทดสอบความเป็นไปได้ของแบบบันทึกโดยให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลห้องฉุกเฉิน จำนวน 20 คน ใช้บันทึกการจัดการบาดแผลในผู้บาดเจ็บ 70 ราย และตอบแบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แบบบันทึกการจัดการบาดแผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา แบบบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นกระดาษ จำนวน 1 หน้า รูปแบบเป็นรายการตรวจสอบ และการกำหนดตัวย่อหรือสัญลักษณ์ ทั้งหมด 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินบาดแผล 2) การทำความสะอาดแผล 3) การซ่อมแซมบาดแผลและการทำแผล 4) การให้ยาปฏิชีวนะและวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และ 5) การติดตามประเมินซ้ำ หลังการทดลองใช้แบบบันทึกพบว่า การบันทึกการจัดการบาดแผลในองค์ประกอบที่ 1-5 มีความสมบูรณ์ ร้อยละ 88.57, 82.86, 90.00, 81.43, และ 82.86 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยหรือเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นใช้งานง่ายและสะดวก ชัดเจนและน่าเชื่อถือ เหมาะสมในการนำไปใช้ในการบันทึกการจัดการบาดแผลในแผนกฉุกเฉิน ประหยัดเวลาในการบันทึก ก่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในแผนกฉุกเฉิน

สรุป แบบบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง **เชียงใหม่เวชสาร 2564;60(2):209-20. doi 10.12982/CMUMEDJ.2021.19**

คำสำคัญ: ผู้บาดเจ็บ การจัดการบาดแผล บาดแผลจากการบาดเจ็บ การบันทึกบาดแผล

บทนำ

บาดแผลเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ที่มารับบริการ ณ แผนกฉุกเฉิน จากสถิติการเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน พบว่ามีผู้บาดเจ็บที่มีบาดแผลมารับบริการถึงร้อยละ 54 ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินทั้งหมด (1) ในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้บาดเจ็บที่มีบาดแผลฉีกขาดเข้ารับ

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ: สุภารัตน์ วังศรีคูณ, พย.ม., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200, ประเทศไทย
อีเมล์: suparat.w@cmu.ac.th

วันรับเรื่อง 22 พฤศจิกายน 2563, **วันส่งแก้ไข** 22 ธันวาคม 2563, **วันยอมรับการตีพิมพ์** 25 ธันวาคม 2563

บริการในแผนกฉุกเฉินถึง 12 ล้านบาดแผลต่อปี (2) ในประเทศไทยจากสถิติของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีผู้บาดเจ็บที่มีบาดแผลเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉินจำนวน 15,133 คน คิดเป็นร้อยละ 44 ของผู้รับบริการทั้งหมดในแผนกฉุกเฉิน (3) ซึ่งสาเหตุการบาดเจ็บที่ทำให้เกิดบาดแผล ได้แก่ อุบัติเหตุจราจรทางบก การพลัดตก หกล้ม ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ ไฟดูด และการทำร้ายร่างกาย (4)

จากการทบทวนวรรณกรรมการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บ ณ แผนกฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) การประเมินบาดแผล 2) การทำความสะอาดแผล 3) การซ่อมแซมบาดแผลและการทำแผล 4) การให้ยาปฏิชีวนะและวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และ 5) การติดตามประเมินซ้ำ (1,5,6) ซึ่งภายหลังการจัดการบาดแผลแล้วจำเป็นต้องมีการบันทึกที่ครอบคลุมผลของการจัดการบาดแผล (5,7,8)

ที่ผ่านมางานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉินมีจำนวนค่อนข้างน้อย ในประเทศไทยพบการศึกษาเพียง 1 เรื่อง (9) ซึ่งศึกษาความครบถ้วนในการบันทึกบาดแผลที่เกิดจากอาวุธปืนในเวชระเบียน โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ร้อยละ 44.47 ของเวชระเบียน ไม่มีการบันทึกตำแหน่งบาดแผล ร้อยละ 33.17 ของเวชระเบียนไม่มีการบันทึกขนาดบาดแผล และในต่างประเทศพบการศึกษาเพียง 1 เรื่อง (2) ซึ่งศึกษาการประเมินความยาวของบาดแผลฉีกขาดในแผนกฉุกเฉินเด็ก ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ร้อยละ 8.2 ของบาดแผลมีความผิดพลาดในการจัดระดับความรุนแรงของบาดแผลโดยระบุความยาวของบาดแผลมากกว่าความเป็นจริง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแบบไม่เป็นทางการในเรื่องการบันทึกการจัดการบาดแผลในผู้บาดเจ็บ ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 โดยการทบทวนเวชระเบียนของผู้บาดเจ็บเฉพาะเอกสารเวชระเบียนที่ทำการบันทึกโดยพยาบาล จำนวน 30 เวชระเบียน พบว่า ไม่มีการบันทึกขนาดบาดแผล จำนวน 20 เวชระเบียน คิดเป็นร้อยละ 66.67 บันทึกขนาดบาดแผลไม่ครบตามองค์ประกอบเรื่องการวัดความกว้าง ความยาว และความลึกของบาดแผล จำนวน 5 เวชระเบียน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ไม่มีการบันทึกตำแหน่งบาดแผล จำนวน 13 เวชระเบียน คิดเป็นร้อยละ 43.33 บันทึกตำแหน่งบาดแผลไม่ถูกต้อง จำนวน 7 เวชระเบียน คิดเป็นร้อยละ 23.33 ไม่มีการบันทึกชนิดบาดแผล จำนวน 10 เวชระเบียน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และบันทึกชนิดบาดแผลไม่ครบ จำนวน 5 เวชระเบียน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ทั้งนี้ในหน่วยงานยังไม่มีแบบบันทึกที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการจัดการบาดแผล แพทย์ผู้ทำการประเมินและรักษา จะบันทึกการตรวจร่างกาย บาดแผลและแผนการรักษาลงในเวชระเบียน พยาบาลที่ดูแลผู้บาดเจ็บจะบันทึกอาการและการประเมินผู้ป่วย การพยาบาล และหัตถการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับในแผ่นบันทึกทาง การพยาบาลของหน่วยตรวจฉุกเฉิน ซึ่งไม่มีรูปแบบการบันทึกที่ชัดเจน ทำให้การบันทึกในเรื่องการจัด การบาดแผลมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของพยาบาลแต่ละคน ข้อมูลที่ถูกบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในจุดต่าง ๆ ของแบบบันทึกทางการพยาบาล ทำให้ยาก และใช้เวลาเมื่อต้องการติดตามข้อมูล

การบันทึกการจัดการบาดแผลที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์จะส่งผลกระทบต่อการวินิจฉัย การตัดสินใจและการวางแผนดูแลรักษาบาดแผลให้มีความต่อเนื่อง (10) การบันทึกที่ไม่สมบูรณ์ ส่งผลกระทบต่อการสื่อสารระหว่างทีมผู้รักษาระหว่างหน่วยงาน ทำให้ขาดข้อมูลในการเฝ้าระวังการติดเชื้อและ

ติดตามการหายของบาดแผล อาจก่อให้เกิดผลกระทบในกรณีที่การบาดเจ็บเป็นคดีความ ทำให้ผู้บาดเจ็บขาดเอกสารหลักฐานการตรวจพบทางกายภาพเกี่ยวกับการถูกทำร้าย เพื่อยื่นฟ้องต่อชั้นศาล (11) นอกจากนั้น ในกรณีผู้บาดเจ็บจำเป็นต้องใช้เป็นหลักฐานในการขอค่าสินไหมทดแทน หรือลางานการบันทึกที่ไม่ครบถ้วนทำให้ขาดหลักฐานที่น่าเชื่อถือทางกฎหมาย และถูกปฏิเสธการรับเงินชดเชย (12,13) การบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉินให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน เป็นความท้าทายอย่างยิ่ง เนื่องจากบุคลากรจำเป็นต้องปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์เร่งรีบ มีผู้รับบริการเป็นจำนวนมากภายใต้สถานการณ์ที่มีเวลาจำกัด รวมทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานบางคนมีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญน้อย เหล่านี้ทำให้มีโอกาสเกิดการบันทึกที่ไม่ถูกต้องครบถ้วน (14) การส่งเสริมให้มีการบันทึกการจัดการบาดแผลที่แผนกฉุกเฉินมีความถูกต้อง ครบถ้วน ภายใต้ข้อจำกัดด้านเวลาจำเป็นที่ต้องมีแบบบันทึกที่ครอบคลุมประเด็นที่จำเป็นต้องบันทึก มีรูปแบบที่ง่าย และสะดวกแก่การบันทึก ใช้ระยะเวลาในการบันทึกน้อย (15,16) แบบบันทึกที่ดีจะส่งเสริมให้มีการบันทึกการจัดการบาดแผลมีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น (17)

การพัฒนาแบบบันทึกการจัดการบาดแผล เพื่อให้มีความน่าเชื่อถือ ถูกต้อง และทันสมัยต่อองค์ความรู้ในปัจจุบัน จำเป็นต้องมีขั้นตอนการพัฒนาที่ถูกต้อง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน (18, 19) เพื่อให้แบบบันทึกที่ได้สามารถนำไปใช้ได้ในสถานการณ์จริง รวมทั้งเนื้อหาที่ใช้ในการพัฒนาต้องมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความทันสมัยและเหมาะสมกับบริบท อีกทั้งยังต้องมีกลยุทธ์ในการนำสิ่งที่พัฒนาขึ้นไปใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติทางคลินิกได้จริง ซึ่งจะนำไปสู่การบันทึกการจัดการบาดแผลที่สมบูรณ์เพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงใช้แนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (20) มาเป็นกรอบในการพัฒนาแบบบันทึกการจัดการบาดแผล เนื่องจากแนวทางดังกล่าวมีขั้นตอนในการพัฒนาที่ชัดเจน มีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ในขั้นตอนการพัฒนาตลอดจน มีการทดลองใช้ประเมินผล รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาเข้ามามีส่วนร่วม ในกระบวนการพัฒนา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแบบบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉิน
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แบบบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉิน

วิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental study) ใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) 12 ขั้นตอน ได้แก่

1. กำหนดความต้องการและขอบเขตของการจัดทำแบบบันทึกการจัดการบาดแผล โดยผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลและนำเสนอประเด็นปัญหาของหน่วยงานในเรื่องของการบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉินแก่หัวหน้าพยาบาลหน่วยตรวจฉุกเฉิน
2. กำหนดทีมพัฒนาแบบบันทึกการจัดการบาดแผล ซึ่งประกอบด้วย ผู้วิจัย หัวหน้าพยาบาลหน่วยตรวจฉุกเฉิน พยาบาลประจำการหน่วยตรวจ

ฉุกเฉินผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉิน จำนวน 2 คน

3. กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แบบบันทึกการจัดการบาดแผล โดยทีมพัฒนากำหนดวัตถุประสงค์ในการพัฒนาแบบบันทึกการจัดการบาดแผลเพื่อทำให้การบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บที่รับบริการในแผนกฉุกเฉินมีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น และกลุ่มเป้าหมายได้แก่ พยาบาลประจำการหน่วยตรวจฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ที่มีหน้าที่ดูแลผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉิน จำนวน 20 คน พยาบาลประจำการหน่วยตรวจฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ที่ไม่ใช่ทีมพัฒนาแบบบันทึกการจัดการบาดแผลทั้งหมด จำนวน 20 คนที่มีหน้าที่ดูแลผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉิน

4. กำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาแบบบันทึกการจัดการบาดแผล โดยผลลัพธ์ของการพัฒนาแบบบันทึกการจัดการบาดแผลเป็นการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติของพยาบาล คือ การบันทึกการจัดการบาดแผลมีความสมบูรณ์ครอบคลุมเพิ่มขึ้น

5. ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยผู้วิจัยและทีมพัฒนา ร่วมกันรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ เอกสารงานวิจัยต่าง ๆ รวมทั้งแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นได้แก่ “trauma patients” “wound management” “traumatic wounds” “wound documentation” “acute wound recording” กำหนดแหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ ได้แก่ CINAHL, MEDLINE, Pubmed และ Science Direct รวมถึงเวปไซด์ ได้แก่ www.scholar. google.com ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความเกี่ยวข้อง จำนวน 17 เรื่อง นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ร่วมกันคัดเลือกแล้วมาพิจารณาถึงระดับของความน่าเชื่อถือและข้อเสนอแนะในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ โดยใช้การพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (21) เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพและมีความเหมาะสมต่อการพัฒนาแบบบันทึกการจัดการบาดแผลให้มากที่สุด ได้หลักฐานเชิงประจักษ์แบ่งตามระดับความน่าเชื่อถือ ดังนี้ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ level 1.a จำนวน 1 เรื่อง (23) level 1.b จำนวน 5 เรื่อง (1,24-27) level 3.a จำนวน 1 เรื่อง (28) level 5.a จำนวน 4 เรื่อง (29-32) และ level 5.b จำนวน 6 เรื่อง (12,33-37)

6. ยกร่างแบบแบบบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉิน ผู้วิจัยและทีมพัฒนาร่วมกันร่างแบบบันทึกการจัดการบาดแผล ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลสำคัญทางคลินิกที่ครอบคลุมการจัดการบาดแผล 5 องค์ประกอบได้แก่ 1) การประเมินบาดแผล 2) การทำความสะอาดแผล 3) การซ่อมแซมบาดแผลและการทำแผล 4) การให้ยาปฏิชีวนะและวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และ 5) การติดตามประเมินซ้ำ พร้อมจัดทำคู่มือการใช้แบบบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉิน และนำไปตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในแผนกฉุกเฉิน จำนวน 2 ท่าน จนได้แบบบันทึกฉบับยกร่าง ที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในแผนกฉุกเฉิน ผู้วิจัยและทีมพัฒนาจัดประชุมกลุ่มกับทีมผู้ปฏิบัติ เพื่อทำประชาพิจารณ์แบบบันทึกการจัดการบาดแผลฉบับยกร่าง และนำแบบบันทึกการจัดการบาดแผลไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของทีมผู้ปฏิบัติ

7. จัดเตรียมแบบบันทึกการจัดการบาดแผลฉบับยกร่างพร้อมทั้งจัดทำคู่มือการใช้งาน ผู้วิจัยได้จัดสถานที่และจัดวางแบบบันทึกการจัดการบาดแผลพร้อมทั้งคู่มือการใช้ให้ทีมผู้ปฏิบัติสามารถมองเห็นได้ชัดเจน มีความสะดวกและง่ายต่อการหยิบใช้งานเมื่อมีผู้บาดเจ็บมาถึงยังแผนกฉุกเฉิน

8. เตรียมผู้ปฏิบัติก่อนการนำแบบบันทึกการจัดการบาดแผลไปใช้จริง ผู้วิจัยดำเนินการจัดอบรมการใช้แบบบันทึกการจัดการบาดแผลและคู่มือการใช้แบบบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉิน ให้แก่ทีมผู้ปฏิบัติทั้งหมดจำนวน 20 คน จัดประชุมกลุ่มย่อยวันละ 2 กลุ่มใช้เวลาประมาณ 60 นาที เป็นเวลา 2 วัน

9. ทดลองใช้แบบบันทึกการจัดการบาดแผล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างใช้แบบบันทึกการจัดการบาดแผลคนละอย่างน้อย 3 ฉบับ ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ในเวรดึก เวรเช้า และเวรบ่ายของการปฏิบัติงาน

10. ประเมินผลการทดลองใช้แบบบันทึกการจัดการบาดแผลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แบบบันทึกการจัดการบาดแผล ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกของ พิกุล นันทชัยพันธ์ (22) รวมทั้งวิเคราะห์ผลการทดลองใช้แบบบันทึกการจัดการบาดแผลของกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 9

11. นำเสนอข้อมูลและสรุปผลการทดลองใช้แบบบันทึกการจัดการบาดแผลต่อทีมผู้ปฏิบัติ โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลของความเป็นไปได้ของการใช้แบบบันทึกการจัดการบาดแผล จากข้อคำถามในแบบประเมินทั้ง 6 ข้อ และความสมบูรณ์ของการบันทึกก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการจัดการบาดแผลตลอดจนร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการทดลองใช้แบบบันทึกการจัดการบาดแผล สิ่งที่ต้องปรับปรุง รวมทั้งข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของทีมผู้ปฏิบัติ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ปรับปรุงแบบบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉิน ให้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้ในสถานการณ์จริงต่อไป

12. ปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ใช่ทีมพัฒนา คือ ทีมผู้ปฏิบัติหรือผู้ใช้แบบบันทึกการจัดการบาดแผล เพื่อร่วมกันพิจารณาตัดสินใจและให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งทีมผู้ปฏิบัติมีความเห็นร่วมกันว่าสามารถนำแบบบันทึกการจัดการบาดแผลไปใช้และศึกษาประสิทธิผลของการใช้แบบบันทึกต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยมีการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเงื่อนไข และไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานใด ๆ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลประจำการหน่วยตรวจฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุตั้งแต่ 23-37 ปี (อายุเฉลี่ย 28.00 ปี) ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาตรี และมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินน้อยกว่า 5 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

2. ลักษณะของแบบบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉิน

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างทีมผู้ปฏิบัติจำแนกตามเพศ อายุ วุฒิการศึกษา และระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยตรวจฉุกเฉิน (n=20)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
เพศ	
ชาย	5
หญิง	15
อายุ	
(Mean=28.00, S.D.=4.22, range 23-37)	
< 30 ปี	14
30–39 ปี	6
วุฒิการศึกษา	
ปริญญาตรี	16
ปริญญาโท	4
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน	
(Mean=4.95, S.D.=4.20, range 1-14)	
< 5 ปี	14
5–10 ปี	3
> 10 ปี	3

ลักษณะของแบบบันทึกเป็นแบบบันทึกในกระดาษ จำนวน 1 หน้า มีรูปแบบดังนี้ 1) รายการตรวจสอบ 2) การกำหนดตัวย่อหรือสัญลักษณ์สำหรับการบันทึก 3) การเว้นช่องว่างเพื่อให้ผู้บันทึกกรอกรายละเอียดข้อมูลเอง 4) ภาพกายวิภาคแบบเต็มตัวเพื่อบันทึกตำแหน่ง (รูปที่ 1)

ข้อมูลในแบบบันทึกแบ่งเป็น ข้อมูลการประเมินทั่วไป และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบาดแผล องค์ประกอบ ในการจัดการบาดแผลแบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินบาดแผล 2) การทำความสะอาดแผล 3) การซ่อมแซมบาดแผลและการทำแผล 4) การให้ยาปฏิชีวนะและวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และ 5) การติดตามประเมินซ้ำ

3. ความเป็นไปได้ของการใช้แบบบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉิน

กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้แบบบันทึกการจัดการบาดแผลในผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินจำนวน 70 ราย โดยมีการบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินเวรบ่าย 40 ราย เวรเช้า 20 ราย และเวรดึก 10 ราย กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาประมาณ 5 นาทีในการบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บ 1 ราย ประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉินจากการตรวจสอบการบันทึกแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น พบว่ามีความสมบูรณ์ของการบันทึกในองค์ประกอบที่ 1-5 มากกว่าร้อยละ 80.00 ทุกองค์ประกอบ (ตารางที่ 2)

นอกจากนี้ผลการประเมินความเป็นไปได้จากการตอบแบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แบบบันทึกการจัดการบาดแผลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน พบว่า ส่วนใหญ่เห็นด้วยหรือเห็นด้วยอย่างยิ่งในประเด็นการใช้งานง่ายและสะดวก ความชัดเจนและน่าเชื่อถือ ความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการบันทึกการจัดการบาดแผลในแผนกฉุกเฉิน การช่วยประหยัดเวลาในการบันทึก การก่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีในการให้บริการ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงาน (ตารางที่ 3)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า แบบบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นช่วยให้การบันทึกการจัดการบาดแผลมีความสมบูรณ์ (ตารางที่ 2) ทั้งนี้เนื่องจากเป็นแบบบันทึกที่ง่าย มีโครงสร้างชัดเจน ลักษณะของแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นแบบบันทึกในกระดาษ จำนวน 1 หน้า โดยมีรูปแบบเป็นรายการตรวจสอบ (checklist) และการกำหนดตัวย่อหรือ

Wound Management Record Form for Traumatic Persons in an Emergency Department
Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

sticker

Wound assessment: time..... By.....

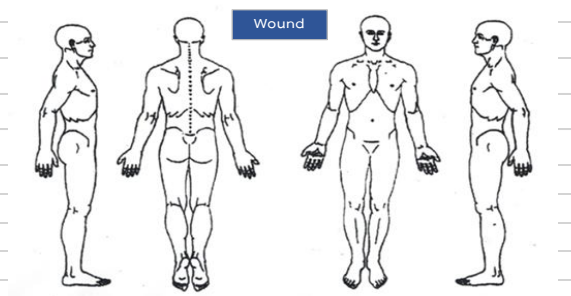
General assessment

Date..... time..... of injury
Allergies.....
Medications.....
Past medical history .....
Last meal at time.....
Event: ☐ MVC ☐ motorcycle ☐ bicycle ☐ bite ☐ pedestrian ☐ crush ☐ assault ☐ GSW ☐ stab ☐ fall.....m.

Mechanism of injury

☐ blunt ☐ penetrating ☐ burn

Wound assessment



Risk factors for deleyed healing

☐ Yes ☐ No

☐ chemotherapeutic agents ☐ anemia
☐ chronic renal failure ☐ crush injuries
☐ congenital immunodeficiencies ☐ location
☐ diabetes ☐ elderly
☐ hematologic malignancies ☐ steroids
☐ peripheral vascular disease ☐ vasculitis
☐ contamination
☐ foreign bodies
☐ tissue loss
☐ connective tissue disorders
☐ malnourished ☐ other.....

Treatment aim:

☐ stop bleeding ☐ infection control
☐ debridement ☐ conservative

Distalfunction: ☐ normal ☐ abnormal

wound number	1	2	3	4	5
wound type:					
Abrasion **A**vulsion **B**ite **C**ontusion					
Crush **C**ut **L**aceration **P**enetrating					
bleeding (yes/no)					
dimension (cm) L×W×D					
wound bed:					
1.necrotic **2.**sloughy **3.**granulating					
4.bone/tendon **5.**haematoma					
wound exudate:					
Amount: 1.low **2.**moderate **3.**high					
Type: 1.serous **2.**sanguineous					
3.serosanguineous **4.**purulent					
surounding skin:					
1.maceration **2.**excoriation					
3.dry skin **4.**hyperkeratosis					
5.haematoma **6.**callus **7.**eczema					

Wound cleansing: time..... By.....

Compress: with **1.**NSS **2.**providine **3.**chlorhexidine
Irrigating: with **1.**NSS.....ml **2.**providine : NSS (____ : ____).....ml

Closure and Dressing: time..... By.....

closure type: 1.tissue adhesive **2.**surgical strips **3.**suture
suture with: 1.chromic **2.**vicryl **3.**nylon **4.**silk
suture number ____/____ total.....stitches
local anesthetics/volume.....ml: **1.** lidocaine1% **2.**lidocaine1% with epinephrine **3.**lidocaine2% **4.**lidocaine2% with epinephrine **5.**other.....
dressing type: 1.gauze **2.**tulles **3.**foam **4.**hydrogel **5.**hydrocolloid **6.**alginates **7.**hemostatic agent **8.**other.....

Antibiotic: time..... By..... **and Vaccinations:** time..... By.....

Antibiotic: ☐ amoxicillin.....mg.....time/day route.....total.....day ☐ amoxicillin+clavulanate.....mg.....time/day route.....total.....day
☐ dicloxacillin.....mg.....time/day route.....total.....day ☐ clindamycin.....mg.....time/day route.....total.....day
☐ ciprofloxacin.....mg.....time/day route.....total.....day ☐ other ABO is.....mg.....time/day route.....total.....day

Tetanus/Rabies vaccine history: last tetanus vaccine injection..... last rabies vaccine injection.....
Tetanus vaccine injection: ☐ no ☐ yes: **DTaP, Tdap, Td** dose.....route..... ☐ booster ☐ couses **TIG** dose.....route.....
Rabies vaccine injection: ☐ no ☐ yes: **verorabies, verorab, speeda** dose.....route..... ☐ booster (1, 2 dose) ☐ couses (3, 5 dose)
Rabies immunoglobulin injection: ☐ **ERIG** test: (negative/positive) inj.....(40IU/kg) intra-lesion ☐ **HRIG:**.....(20IU/kg) intra-lesion

Follow up: schedule by.....

F/U for: ☐ dressing wound (daily/every.....days) ☐ stitches off at day..... Date..... ☐ wound re-assessment at OPD..... Date.....

ฉบับที่ 2 วันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2563 หน้า **1** จาก **1**

รูปที่ 1. แบบบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉิน

ตารางที่ 2. ความสมบูรณ์ของการบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉิน (n=70)

องค์ประกอบของการบันทึก	จำนวนที่บันทึกสมบูรณ์ (ร้อยละ)	จำนวนที่บันทึกไม่สมบูรณ์ (ร้อยละ)
1. การประเมินบาดแผล	62 (88.57)	8 (11.43)
2. การทำความสะอาดบาดแผล	58 (82.86)	12 (17.14)
3. การซ่อมแซมและการทำแผล	63 (90.00)	7 (10.00)
4. การให้ยาปฏิชีวนะ และวัคซีน	57 (81.43)	13 (18.57)
5. การติดตามประเมินซ้ำ	58 (82.86)	12 (17.14)

ตารางที่ 3. ความเป็นไปได้ในการนำแบบบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉินไปใช้ (n=20)

องค์ประกอบของการบันทึก	ความคิดเห็น (จำนวน)			
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. แบบบันทึกใช้งานได้ง่าย และสะดวก	3	14	3	0
2. แบบบันทึกมีความชัดเจน และเชื่อถือได้	13	7	0	0
3. แบบบันทึกมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้	4	9	6	1
4. การใช้แบบบันทึกจะช่วยให้บุคลากรประหยัดเวลาที่ใช้ในการเขียนบันทึก	5	8	6	1
5. การใช้แบบบันทึกจะทำให้เกิดประสิทธิผลที่ดีต่อผู้รับบริการ	12	7	1	0
6. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติหรือในสถานการณ์จริง	8	8	3	1

สัญลักษณ์สำหรับการบันทึก ซึ่งรูปแบบดังกล่าวเป็นการบันทึกแบบมีโครงสร้าง จึงทำให้ผู้บันทึกสามารถบันทึกรายละเอียดแต่ละองค์ประกอบได้ครอบคลุมโดยง่ายในเวลาอันรวดเร็ว เหมาะสมกับบริบทของห้องฉุกเฉิน ที่ต้องปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ที่เร่งรีบและมีเวลาจำกัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (14) ที่พบว่า การบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน โดยใช้รูปแบบเป็นรายการตรวจสอบ (checklist) ทำให้การบันทึกการจัดการบาดแผลมีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นมากกว่าการบันทึกแบบการเขียนบรรยาย

นอกจากนี้ในแบบบันทึกยังมีภาพกายวิภาคแบบเต็มตัวเพื่อบันทึกตำแหน่งบาดแผล โดยผู้บันทึกใส่สัญลักษณ์ตัวเลขของบาดแผลลงบนภาพกายวิภาคที่สัมพันธ์กับบริเวณที่พบบาดแผล จึงทำให้ได้ข้อมูลตำแหน่งบาดแผลของผู้บาดเจ็บที่ครอบคลุมชัดเจนอยู่ในแบบบันทึกแผ่นเดียวกัน ผู้บันทึกมีความสะดวก รวดเร็ว และประหยัดเวลาในการบันทึก โดยใช้เวลาในการบันทึกประมาณ 1 นาที ต่อการบันทึกข้อมูลบาดแผลของผู้บาดเจ็บ 1 คน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (15) ที่พบว่า การใช้ภาพกายวิภาคแบบเต็มตัวเพื่อบันทึกตำแหน่งบาดแผลกระสุนปืนสำหรับผู้บาดเจ็บที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ทำให้ความสมบูรณ์ของการบันทึกบาดแผลเพิ่มขึ้นอย่างมาก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้

ในการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง (ตารางที่ 3) ผลการวิจัยดังกล่าวน่าจะเกิดจากลักษณะของแบบบันทึกที่มีโครงสร้างชัดเจน ง่ายต่อการบันทึกดังที่กล่าวไว้ข้างต้น และจากการที่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในการบันทึกการจัดการบาดแผลมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาแบบบันทึก ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างประชาพิจารณ์แบบบันทึกในขั้นตอนการพัฒนา และทีมพัฒนาได้นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงเพื่อให้แบบบันทึกการจัดการบาดแผลฉบับยกร่างให้มีความเหมาะสมกับบริบทจริงเพิ่มขึ้น ซึ่งความรู้สึกมีส่วนร่วมของทีมผู้ปฏิบัติทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงาน ก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการนำแบบบันทึกการจัดการบาดแผลไปใช้ ทีมผู้ปฏิบัติเกิดการเรียนรู้ร่วมกันผ่านกระบวนการกลุ่ม มีการรับรู้เป้าหมายและข้อตกลงของหน่วยงานร่วมกัน (18,38)

ในการนำแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในสถานการณ์จริง ควรมีการวางแผนการนำไปใช้อย่างเป็นระบบ โดยประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การเผยแพร่ การนำไปใช้ และการประเมินผล (20) ระหว่างการใช้แบบบันทึกควรนำกลยุทธ์ ที่หลากหลายมาประยุกต์ใช้ เพื่อทำให้การนำแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริง เช่น การสนับสนุนของผู้นำ การจัดประชุม การจัดระบบเตือนความจำ และการสร้างแรงจูงใจ เป็นต้น (39)

แบบบันทึกการจัดการบาดแผลที่พัฒนาขึ้น เกิดจากกระบวนการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการตรวจสอบระดับความน่าเชื่อถือ และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ดังนั้นก่อนการนำแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงานอื่น ๆ จำเป็นต้องคำนึงถึงความเหมาะสมกับบริบทหน่วยงานนั้น ๆ ร่วมด้วย และควรมีการปรับปรุงแบบบันทึกการจัดการบาดแผลเป็นระยะ ๆ เพื่อให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์และบริบทของหน่วยงานที่เปลี่ยนแปลง

สรุป

แบบบันทึกการจัดการบาดแผลสำหรับผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นแบบบันทึกที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง เนื่องจากใช้งานง่าย สะดวก มีความชัดเจน น่าเชื่อถือ และประหยัดเวลา รวมทั้งช่วยส่งเสริมให้เกิดความสมบูรณ์ของการบันทึกการจัดการบาดแผล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหัวหน้าพยาบาลหน่วยตรวจฉุกเฉินและพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่มีส่วนช่วยให้การพัฒนาแบบบันทึกการจัดการบาดแผลนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ทุนสนับสนุน

งานวิจัยนี้ไม่มีแหล่งทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้วิจัยไม่มีความขัดแย้งหรือผลประโยชน์ทับซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับการวิจัย การประพันธ์ หรือการตีพิมพ์ บทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Prevaldi C, Paolillo C, Locatelli C, Ricci G, Catena F, Ansaloni L, et al. Management of traumatic wounds in the Emergency Department: position paper from the Academy of Emergency Medicine and Care (AcEMC) and

the World Society of Emergency Surgery (WSES). World Journal of Emergency Surgery: WJES. 2016;11:30.
2. Umbrello L, Maniaci V, Garcia Peña BM, Lozano JM, Friedman M. Accuracy of laceration length estimation in a pediatric emergency department and its impact on billing practices. Pediatr Emerg Care. 2013;29:1066-9.
3. Emergency unit. Annual statistical report. Chiang Mai: Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Faculty of Medicine 2018. [in Thai]
4. World Health Organization. Department for the Management of Noncommunicable Diseases DVaIP. Injuries and violence: the facts 2014. Geneva, Switzerland: Department for the Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention, World Health Organization; 2014. [cited 2019 July 4]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149798/1/9789241508018_eng.pdf?ua=1.
5. Coleman S, Nelson EA, Vowden P, Vowden K, Adderley U, Sunderland L, et al. Development of a generic wound care assessment minimum data set. Journal of Tissue Viability. 2017;26:226-40.
6. Ubbink DT, Brölmann FE, Go PMNYH, Vermeulen H. Evidence-Based Care of Acute Wounds: A Perspective. Advances in wound care. 2015;4:286-94.
7. Brown G. Wound documentation: managing risk. Adv Skin Wound Care. 2006;19:155-65, quiz 65-7.
8. Scott-Thomas J, Hayes C, Ling J, Fox A, Boutflower R, Graham Y. A practical guide to systematic wound assessment to meet the 2017-19 CQUIN target. Journal of Community Nursing. 2017;31:30-4.
9. Panngoen W. The completeness of gun-shot wound register in medical record at Siriraj Hospital. Bangkok: Silpakorn University; 2011.
10. Goldsmith H. Wound care documentation. Podiatry Management. 2007;26:83-5.
11. Armstrong M, Strack GB. Recognition and Documentation of Strangulation Crimes: A Review. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2016;142:891-7.
12. Moore J. A Step-by-Step Approach to Billing Wound Care Products Through Your Office. Podiatry Management. 2016;35:85-4.
13. Schaum KD. Lack of Documentation Is Costly to Wound Care Patients. Adv Skin Wound Care. 2016;29:344-6.
14. Kanegaye JT, Cheng JC, McCaslin RI, Trocinski D, Silva PD. Improved documentation of wound care with a structured encounter form in the pediatric emergency department. Ambul Pediatr. 2005;5:253-7.
15. Fackler ML, Mason RT. Gunshot wounds: evaluating the adequacy of documentation at a level I trauma center. J Trauma. 1999;46:741-2.
16. Haworth S, Bates AS, Beech A, Knepil G. Quality improvement in documentation for patients with suspected facial fractures: use of a structured record keeping tool. Emerg Med J. 2016;33:268-72.
17. Wrenn K, Rodewald L, Lumb E, Slovis C. The use of structured, complaint-specific patient encounter forms in the emergency department. Annals of Emergency Medicine. 1993;22:805-12.
18. Cullen L, Adams SL. Planning for Implementation of Evidence-Based Practice. J Nurs Adm. 2012;42:222-30.
19. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet. 2003; 362 (9391):1225-30.
20. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guideline 1999. [online] 1999 [cited 2019 March 25]. Available from: https://www.health. qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0029/143696/nhmrc_clinprgde.pdf
21. The Joanna Briggs Institute [JBI]. New JBI Levels of Evidence. [online] 2019 [cited 2019 September 2]. Available from: http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence
22. Nantachipan P. The CPGs quality evaluation questionnaire. Chiang Mai: Faculty of Nursing: 2006. [in Thai]

23. de Jonge SW, Boldingh QJJ, Solomkin JS, Allegranzi B, Egger M, Dellinger EP, et al. Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Evaluating Prophylactic Intra-Operative Wound Irrigation for the Prevention of Surgical Site Infections. Surg Infect (Larchmt) 2017;18:508-19.
24. Wynne MM. HSE National Wound Management Guidelines 2018. [online] 2018. [cited 2019 June 27]. Available from: https://www.hse.ie/eng/services/publications/nursing-midwifery%20services/wound management-guidelines-2018.pdf
25. Fernandez R, Griffiths R. Water for wound cleansing. Cochrane Database Syst Rev. 2012 15;(2):CD003861. doi: 10.1002/14651858.CD003861.pub3.
26. Nicks BA, Ayello EA, Woo K, Nitzki-George D, Sibbald RG. Acute wound management: revisiting the approach to assessment, irrigation, and closure considerations. Int J Emerg Med. 2010;3:399-407.
27. Forsch RT, Little SH, Williams C. Laceration Repair: A Practical Approach. Am Fam Physician. 2017;15;95:628-36.
28. Peterson N, Stevenson H, Sahni V. Size matters: how accurate is clinical estimation of traumatic wound size? Injury. 2014;45:232-6.
29. Devriendt N, de Rooster H. Initial Management of Traumatic Wounds. Vet Clin North Am Small Anim Pract. 2017;47:1123-34.
30. National Health Service [NHS]. Guildlines for the assessmemt and management of wounds. [online] 2014. [cited 2019 June 25]. Available from: https://www.nhft.nhs.uk/download.cfm?doc=docm93jijm4n1793.pdf&ver=17402
31. Fleck CA. Why “wet to dry”? J Am Col Certif Wound Spec. 2009;1:109-13.
32. World Health Organization. Rabies vaccines and immunoglobulins: WHO position: summary of 2017 updates. [online] 2018. [cited 2019 June 25]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259855/WHO-CDS-NTD-NZD-2018.04eng.pdf;jsessionid=CB2B9C97F72889D51B005A20258FB99A?sequence=1
33. Coleman S, Nelson EA, Vowden P, Vowden K, Adderley U, Sunderland L, et al. Development of a generic wound care assessment minimum data set. J Tissue Viability. 2017; 26:226-40.
34. Young SJ, Barnett PL, Oakley EA. 10. Bruising, abrasions and lacerations: minor injuries in children I. Med J Aust. 2005;182:588-92.
35. Cuzzell J. Wound assessment and evaluation: wound documentation guidelines. Dermatol Nurs. 2002;14:265-6.
36. Bryant R, Nix D. Acute and chronic wounds: current management concepts. [online] 2015. [cited 2019 March 28]. Available from: https://www.clinicalkey.com/nursing/#!/browse/book/3-s2.0-C20130013394
37. Liang JL, Tiwari T, Moro P, Messonnier NE, Reingold A, Sawyer M, et al. Prevention of Pertussis, Tetanus, and Diphtheria with Vaccines in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2018; 67:1-44.
38. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients’ care. Lancet. 2003; 362 (9391):1225-30.
39. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. How to put the evidence iinto practice: implementation and dissemination strategies. [online] 2000. [cited 2019 March 25]. Available from: https://nhmrc.gov.au/sites/default/ files/2018-03/how-to-put-the-evidence-into-practice-implementation-and-dissemination.pdf

Development of wound management record form for traumatic persons in Emergency Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

Kuntapanom P,[1] Wangsrikhun S[2] and Sukonthasarn A[2]

[1]Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Faculty of Medicine,
[2]Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Objectives To develop a wound management record form for traumatic patients in the emergency department and to explore the feasibility of using the form to record wound management of traumatic patients in an emergency department.

Methods This developmental study used the National Health and Medical Research Council's Guide to the Development of Clinical Practice Guideline (1999) as the research framework for development of the record form. The form was tested for feasibility by 20 emergency nurses who recorded wound management for 70 trauma patients who also completed a Wound Management Record Form Feasibility Questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics.

Results The Wound Management Record Form developed was a one-page paper form which includes a checklist, standard abbreviations, a full-body anatomical picture for recording location, and space for additional information. The form includes five components: wound assessment, wound cleansing, wound closure and dressing, antibiotics and vaccination, and follow-up. Evaluation of use of the form found the completeness of components 1-5 to be 88.57, 82.86, 90.00, 81.43, and 82.86 percent, respectively. The majority of participating nurses either agreed or strongly agreed that the form was easy and convenient, precise and valid, appropriate as a wound management record for the emergency department, and saved time in recording information. The majority felt the form to be effective and feasible for use in an emergency department.

Conclusion The Developed Wound Management Record Form is both appropriate and feasible for use in emergency departments. **Chiang Mai Medical Journal 2021;60(2):209-20. doi 10.12982/CMUMEDJ.2021.19**

Keywords: trauma patients/wound management/traumatic wounds/wound documentation