

**แนวทางพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
ในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
Guideline for Developing Quality and Safety
in Caring for Patients with Accident and Emergency**

มาลี คำคง และกิตติพร เนาว่าสุวรรณ
Malee Kumkong and Kittiporn Nawsuwan
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
Boromrajonani College of Nursing Songkhla

บทคัดย่อ

คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นกระบวนการดูแลรักษาที่สำคัญและมีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้สูง การจัดระบบการดูแลรักษาจึงต้องมีคุณภาพ ซึ่งแนวทางการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินตามกระบวนการดูแลรักษามี 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 การดูแลระยะก่อนถึงโรงพยาบาล โดยจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลและเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการรวดเร็ว และปลอดภัย และระยะที่ 2 การดูแลระยะในโรงพยาบาลได้แก่ (1) จัดระบบการประเมินสภาพและคัดกรองผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (2) พัฒนาระบบการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและความปลอดภัย ได้แก่ พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยและนำสู่การปฏิบัติอย่างสมบูรณ์จัดระบบการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยให้ปลอดภัยจัดโซนพื้นที่ให้บริการและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน จัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพให้เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ และรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว และ (3) จำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพทุกประเภทของการจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และเข้าถึงและเข้ารับบริการอย่างปลอดภัยในครั้งต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน, คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

Abstract

Quality and safety of patients are the focal goals in health system. Particularly, when caring for patients who have experienced accidents and emergencies, the process of essential treatment is at a high risk and prone to medical negligence and undesired outcomes. Hence, the provision of a quality health system is required. The guidelines for developing quality and safety in caring for patients with accidents and emergencies includes 2 phases (1) Pre-hospital care phase: An A provision of emergency medical system of hospital and effective networks is necessary for patients to access quick and safe medical services and (2) In-hospital care phase: this phase includes:

(a) provision of effective patients' health assessment and screening, (b) development of quality and safe treatment systems, including developing comprehensive clinical practice guideline, providing monitoring system for patient safety, preparing service area and environment contributing to the tasks, providing nurse staffing, and maintaining good relationship with patients and families, and (c) promotion of hospital discharge system so discharged patients are able to perform self-care and be able to access and gain entry to the health care system next time.

Keywords: patients with accident and emergency, quality and safety of patients



บทนำ

คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นเป้าหมายสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นสิ่งที่สังคมคาดหวัง แม้จะมีความพยายามในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ความไม่พึงพอใจ ความขัดแย้ง ความเสี่ยงและความสูญเสียต่าง ๆ เกิดขึ้นตลอดเวลา ปัจจุบันจึงมีการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพกันอย่างกว้างขวาง เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน เป็นที่ไว้วางใจของผู้รับบริการ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการได้ดียิ่งขึ้น และมีความตื่นตัว ความตระหนักในความปลอดภัยของการดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลมีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety goal) พัฒนา และดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัย ติดตามวัดผลการลดระดับของปัญหา และสถาบันการศึกษาเริ่มมีการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรที่มุ่งเป้าหมายให้ผู้สำเร็จการศึกษาสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย (Limpanyalert, 2015)

อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นระบบงานบริการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตลอด 24 ชั่วโมงโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉิน เป็นผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน มีภัยอันตรายต่อชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาทันทั่วทั้งที่ เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้น (National Institute of Emergency Medicine, 2015) เมื่อ

พิจารณาตามหลัก DRIVE mnemonics จะเห็นว่า งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินมีโอกาที่จะเกิดความผิดพลาดสูง คือ (1) D: Difficulty ความยากของปัญหาของผู้รับบริการ (2) R: Rush ความเร่งรีบในการให้บริการ (3) I: Information ข้อมูลของผู้รับบริการจำกัด (4) V: Volume ผู้รับบริการจำนวนมาก และ (5) E: Emotion ความอ่อนล้า ความเครียด และอารมณ์เชิงลบต่าง ๆ ของผู้ปฏิบัติงาน (Mitsungnern, Phungoen & Kotruchin, 2013) เนื่องจากกระบวนการดูแลรักษาต้องจัดการกับปัญหามากมาย ได้แก่ มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องดูแลรักษา จึงเกิดสภาพความแออัด คับแคบ ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงต้องการการดูแลที่รวดเร็ว ลักษณะงานต้องประสานงานกับทุกฝ่าย และมีปัญหาหลายประการที่ต้องจัดการแก้ไข (Ramkaew & Oumtane, 2014) มีหลุมพรางหรืออันตรายที่ซ่อนเร้นจากอาการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา (Mitsungnern, Phungoen & Kotruchin, 2013) คุณภาพการดูแลในภาวะฉุกเฉิน จึงเกี่ยวข้องกับบทบาทผู้ให้การดูแล การสื่อสาร และการให้ข้อมูลผู้ป่วย ระยะเวลารอคอยรับบริการ ความใส่ใจภาวะคุกคามด้านร่างกาย การจัดการปัญหาทั่วไป รวมทั้งการช่วยเหลือญาติในการปรับตัวและความต้องการที่จำเป็น (Shankar, Bhatia & Schuur, 2014)

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาแสดงให้เห็นความด้อยคุณภาพในการบริการอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินแง่มุมต่าง ๆ เช่น ระยะเวลารอคอยรับบริการนานเกิน 4 ชั่วโมงจากการรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ รอส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง (Imsuwan & Imsuwan, 2015) การศึกษาของ

กมลวรรณ เอียงฮง (Ienghong, 2014) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการรับการรักษาเกิน 4 ชั่วโมงคือ เป็นผู้ป่วยเข้ารับบริการห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โดยรับส่งต่อผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี การคัดแยกผู้ป่วย Urgent และ Less emergent การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน โดยรับไว้เป็นผู้ป่วยในและส่งต่อ ช่วงเวลาปฏิบัติงาน เวรเช้าและเวรดึก นอกจากนี้ความค้ำยคุณภาพยังเกิดขึ้นจากการเข้าถึงบริการล่าช้าทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น และเสียโอกาสในการดูแลรักษา เครื่องมือและบุคลากรไม่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ ส่งผลให้การประเมินสภาพผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาล่าช้า ไม่เหมาะสม การส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมสุขภาพไม่เพียงพอในการตัดสินใจดูแลรักษาตามสภาพความเร่งด่วน ผู้ป่วยเกิดอาการทรุดระหว่างการดูแลรักษา และกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

แม้ปัญหาและข้อจำกัดในการบริการมากมายแต่สามารถพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินได้ โดยเริ่มจากการทบทวนกระบวนการทำงาน เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาในแต่ละขั้นตอน ปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น และยกระดับคุณภาพโดยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ นำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องมาใช้ในกระบวนการทำงาน เช่น เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วย แนวคิดห่วงโซ่การป้องกัน แนวคิดการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จึงมีนโยบายเร่งรัดพัฒนาระบบบริการอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินของโรงพยาบาลทุกระดับให้มีมาตรฐานเดียวกันทุกแห่ง เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤติได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง เพิ่มโอกาสรอดชีวิต ปลอดภัย ลดความพิการซ้ำซ้อนให้มากที่สุด (Ministry of Public Health, 2015)

แนวทางพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

จากแนวคิดคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และประสบการณ์ผู้เขียนที่ปฏิบัติงานด้านอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชน นานกว่า 10 ปี พบว่าห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกประเภท ทุกกลุ่มอายุที่ได้รับอุบัติเหตุหรือมีภาวะวิกฤติ-ฉุกเฉิน สภาพการเจ็บป่วยหลากหลาย มีความต้องการการดูแลเร่งด่วน มีกิจกรรมการดูแลรักษามากมายและต้องการความรวดเร็วในการปฏิบัติเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต ขณะที่การบริการมีความแออัด คับคั่งภายในห้องที่มีอาณาบริเวณจำกัด บุคลากรหลายสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา มีสมรรถนะแตกต่างกันตามประสบการณ์ จึงมีความผิดพลาดเกิดขึ้นทุกขั้นตอน เช่น การคัดแยกผู้ป่วยผิดพลาด ประเมินสภาพผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ดูแลรักษาล่าช้า ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยเกิดอาการทรุดระหว่างการดูแลรักษา จำหน่ายผู้ป่วยไม่เหมาะสม ผู้เขียนได้นำความผิดพลาดที่เกิดขึ้นมาเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้ของทีมด้วยบรรยากาศที่ปลอดภัย ไม่กล่าวโทษ ไม่ตำหนิ ร่วมออกแบบกับทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีความเหมาะสม รัดกุม โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามแนวคิด Plan Do Check Action (PDCA) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ (Phochan, 2015) ตั้งแต่นำปัญหามา กำหนดเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน พร้อมสื่อสารบุคลากรที่เกี่ยวข้อง นำแนวทางสู่การปฏิบัติ และติดตามผลการบรรลุเป้าหมายตามตัวบ่งชี้โดยการสุ่มทบทวน เวชระเบียน ทบทวนรายงานอุบัติการณ์ และสัมภาษณ์บุคลากร เช่น อัตราการคัดกรองผู้ป่วยถูกต้อง ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสำคัญ อุบัติการณ์อาการทรุดระหว่างการดูแลรักษา อัตราการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการส่งต่อ อาการทรุดระหว่างการส่งต่อ อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงหลังจำหน่าย และนำผลที่ได้มาทบทวนร่วมกันในทีมเพื่อแก้ไขปัญหา อุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมาย จนได้แนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และสามารถนำไปใช้ได้จริงใน

การปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลรักษา เช่น อัตราการคัดกรองผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้น อุบัติการณ์อาการทรุดระหว่างการดูแลรักษาลดลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการส่งต่อ ไม่เกิดอาการทรุดระหว่างการส่งต่อ อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงหลังจำหน่ายลดลง ผู้เขียนจึงนำเสนอแนวทางการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน 2 ระยะ คือ การดูแลระยะก่อนถึงโรงพยาบาลและการดูแลระยะในโรงพยาบาล ผู้อ่านสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและความปลอดภัย ดังนี้

การดูแลระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care)

การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินระยะก่อนถึงโรงพยาบาล โดยการพัฒนากระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลและเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อจัดให้มีการบริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่รวดเร็ว ทันเวลาและมีประสิทธิภาพตั้งแต่จุดเกิดเหตุ การดูแลระหว่างนำส่งจนถึงโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย เพราะการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่ล่าช้าจะส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเสียโอกาสในการรอดชีวิตทุกนาทีที่ผ่านไป การขนย้ายและการนำส่งโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสมจะทำอันตรายซ้ำเติมการบาดเจ็บ (Wangsri, 2013) แม้โรงพยาบาลชุมชนจะมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่สามารถดำเนินการภายใต้ข้อจำกัดให้มีคุณภาพได้ ดังนี้

1. พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล เป้าหมายคือ ออกให้บริการรวดเร็วและผู้ป่วยปลอดภัย โดยกำหนดอัตรากำลังที่ออกให้บริการต้องเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเวรนั้น ๆ อย่างน้อย 3 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินเป็นหัวหน้าทีมเวชกิจฉุกเฉิน และพนักงานขับรถ กรณีผู้ป่วยหนักหรือมีภาวะวิกฤติเพิ่มอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพจากผู้ป่วยในอีก 1 คน และจัดระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการ ได้แก่

จัดเครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ที่ต้องใช้ในการดูแลขั้นพื้นฐานไว้พร้อมทุกเวรและสามารถนำขึ้นรถออกให้บริการได้ทันทีโดยไม่ต้องเสียเวลาในการเตรียมเมื่อได้รับแจ้งเหตุ และเมื่อรับผู้ป่วยให้ประเมินขั้นต้นพร้อมประสานงานกลับมายังงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินเพื่อแจ้งการเตรียมทีมและเครื่องมือให้พร้อมดูแลรักษาผู้ป่วยได้ทันที

2. พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเครือข่าย ปัจจุบันเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐานกระจายอยู่ในชุมชนทั้งเทศบาล ชมรมต่าง ๆ มูลนิธิหน่วยงานเหล่านี้เข้าถึงผู้รับบริการได้รวดเร็วเพราะตั้งอยู่ในพื้นที่และปฏิบัติรู้จักพื้นที่เป็นอย่างดี จึงเป็นกำลังสำคัญในการจัดบริการ โรงพยาบาลในพื้นที่สามารถร่วมมือเครือข่ายให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ ดังนี้

2.1 พัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติของทีม โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูทักษะการปฏิบัติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เช่น การดูแลบาดแผลและการห้ามเลือด การตามอวัยวะที่หัก การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เพื่อให้ทีมสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม ลดความพิการและการเจ็บป่วยไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น

2.2 ทบทวนและปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยรายต่อราย เมื่อพยาบาลวิชาชีพพริบผู้ป่วยที่นำส่งโดยทีมการแพทย์ฉุกเฉินของเครือข่าย ให้ประเมินคุณภาพการดูแล และให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างกัลยาณมิตรทันที พร้อมทั้งส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลให้ได้มาตรฐาน เพื่อให้ทีมเกิดการเรียนรู้จากสภาพจริง เช่น ให้คำแนะนำและสาธิตการปฏิบัติถ้าทีมขาดทักษะ สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุกรณีวัสดุ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ

2.3 สร้างระบบการสื่อสารหลายช่องทาง โดยนำเทคโนโลยีมาใช้ในการสื่อสารระหว่างทีมออกให้บริการ รวมทั้งการขอความช่วยเหลือหรือขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญในขณะออกให้บริการ

2.4 นำทีมบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเครือข่าย ร่วมซ้อมแผนรับมืออุบัติเหตุ-อุบัติเหตุหมู่กับทีมโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง และทำงานร่วมกันอย่างราบรื่น

3. ประชาสัมพันธ์การเรียกใช้บริการหน่วยบริการ การแพทย์ฉุกเฉินผ่านช่องทางต่าง ๆ ที่มีอยู่ในท้องถิ่น เช่น วิทยุชุมชน ประกาศเสียงตามสายของเทศบาลหรือ หมู่บ้าน ติดป้ายประกาศแจ้งผ่านผู้นำชุมชนและหัวหน้า ส่วนราชการ เพื่อให้ผู้รับบริการรับทราบช่องทางการ ใช้บริการ นำไปสู่การเข้าถึงบริการได้ง่ายและสะดวก ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เหมาะสม ก่อนถึงโรงพยาบาล

การดูแลระยะในโรงพยาบาล (In-hospital care)

การดูแลรักษาในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็น การดูแลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วย ทีมต้องมั่นใจ ว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย กระบวนการรับผู้ป่วยตรงและถูกต้องกับปัญหาสุขภาพ หรือความต้องการ ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใน ัฒนาระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล ดังนี้

1. จัดระบบการประเมินสภาพและคัดกรองผู้ป่วย ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว โรงพยาบาลส่วนใหญ่คัดกรองโดยพยาบาลวิชาชีพ เพราะ การจัดผู้ป่วยแต่ละระดับความรุนแรงต้องใช้ทั้งความรู้ และประสบการณ์ การตัดสินใจ การประเมินและคัดกรอง ต้องเริ่มทันทีที่รับผู้ป่วย และจัดลำดับความเร่งด่วนด้วยการคิดสัญลักษณ์ป้ายสีตามประเภทผู้ป่วยที่เวชระเบียน และแวนป้ายสีที่เตียงผู้ป่วยเพื่อสื่อสารให้บุคลากรในทีม ทุกคนจัดลำดับการดูแลรักษาตามความเร่งด่วน ร่วมกันดูแล และเฝ้าระวังผู้ป่วยให้ปลอดภัยตลอดเวลา การแบ่งประเภท การคัดกรองขึ้นกับบริบทและระบบงานของโรงพยาบาล การศึกษาของพรทิพย์ วัชรดิлок และคณะ (Wachiradilok, et al., 2016) พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 75.8 มีการจัดระดับและสัญลักษณ์สีที่ใช้แยกแยะระดับความฉุกเฉิน

ใช้ระบบคัดแยก 5 ระดับตามความรุนแรง (Emergency Severity Index--ESI) ร้อยละ 12.4 ใช้ระบบคัดแยกแบบอื่น ๆ ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้มีประกาศ หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและ มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 เพื่อคุ้มครอง ความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินโดยให้คัดแยกระดับความ ฉุกเฉินตามเกณฑ์ประเมินระดับความฉุกเฉินตามแนวทาง Emergency Severity Index Version 4 ซึ่งแนวทางการ คัดกรองมี 5 ระดับ ดังนี้ (Gilboy, et al., 2012; National Institute of Emergency Medicine, 2015)

ระดับ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต เป็นผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยกะทันหัน มีภาวะคุกคามต่อชีวิตหากไม่ได้ รับการดูแลรักษาเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทผู้ป่วยจะมีโอกาส เสียชีวิตสูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของ ผู้ป่วยรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทันที เช่น หัวใจหยุดเต้น หยุดหายใจ หายใจเหนื่อยรุนแรง ระดับ ออกซิเจนในเลือด (SpO₂) ต่ำกว่า 90% ภาวะหัวใจเต้น เร็วหรือช้าผิดปกติที่มีภาวะเลือดไปเลี้ยงร่างกายไม่เพียงพอ ซ็อกจากการแพ้ ไม่รู้สึกตัวในทันทีทันใด ผู้ป่วยกลุ่ม นี้ใช้สัญลักษณ์สีแดง ต้องทำการดูแลรักษาทันที

ระดับ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน เป็นผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยเฉียบพลันมาก หรือเจ็บปวดรุนแรงเกณฑ์ การคัดกรองมี 3 ประเด็น คือ (1) มีความเสี่ยงสูงหรือไม่ เช่น มีอาการเจ็บหน้าอกที่เข้าได้กับภาวะหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน อาการของโรคหลอดเลือดสมอง (2) มีอาการ ชิมสับสนหรือไม่ ให้พิจารณาว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่ และ (3) กำลังทุกข์ทรมานหรือเจ็บปวดมากทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้สัญลักษณ์สีเหลือง จำเป็นต้อง ได้รับการดูแลรักษาอย่างรีบด่วน หรือให้การพยาบาล เบื้องต้นก่อน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วย รุนแรงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ส่งผลให้เสียชีวิตหรือ พิการในระยะต่อมา

ระดับ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงเป็นผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยเฉียบพลันแต่ไม่รุนแรง เช่น สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงอยู่ในโซนอันตราย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้สัญลักษณ์สีเขียว สามารถรับการดูแลรักษาในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควร จะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้

ระดับ 4 ผู้ป่วยทั่วไปเป็นผู้ที่เจ็บป่วยแต่ไม่ฉุกเฉิน สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงไม่มาก ใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษา น้อย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้สัญลักษณ์สีขาว สามารถรับการดูแลรักษาโดยไม่ก่อให้เกิดอาการรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

ระดับ 5 ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่นเป็นบุคคลที่มารับบริการสาธารณสุข หรือบริการอื่นไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษา กลุ่มนี้ใช้สัญลักษณ์สีดำ

2. พัฒนาระบบการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและความปลอดภัย โดยกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนทั้งแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ระบบการสื่อสาร ระบบสัญญาณเตือน สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ เครื่องมือที่มีคุณภาพพร้อมใช้งาน และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

2.1 พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยและนำสู่การปฏิบัติอย่างสมบูรณ์ ผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินจะมีโรคหรือกลุ่มอาการที่ยุ่ยาก ซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) อุบัติเหตุต่าง ๆ จึงต้องกำหนดแนวทางการดูแลรักษาที่มีมาตรฐาน (Clinical Practice Guideline--CPG) และผู้เขียนได้นำแนวทางการดูแลรักษาสู่การปฏิบัติจริง โดยดัดแปลงเป็นแบบบันทึกสำเร็จรูป (OPD card) เฉพาะโรคในลักษณะเดิมคำในช่องว่าง (ตัวอย่างแบบบันทึกสำเร็จรูปดังภาพ 1) ให้พยาบาลใช้ในการบันทึกการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ช่วยขึ้นนำการปฏิบัติทุกขั้นตอน เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดข้อจำกัด

ของมนุษย์ (human factor engineering) เพื่อช่วยเตือนให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Limpanyalert, 2016) ช่วยลดความผิดพลาดที่เกิดจากตัวบุคคล (human error) ที่เป็นสาเหตุความผิดพลาด เช่น ความหลงลืม ความเข้าใจผิด การขาดมาตรฐาน ความไม่รู้ การขาดประสบการณ์ ข้ามการปฏิบัติตามกฎบางข้อเนื่องจากคิดว่าไม่สำคัญ ขาดความใส่ใจความเพิกเฉยหรือไม่ตระหนักรู้ (Mitsungnern, Phungoen & Kotruchin, 2013) และปรับปรุง แก้ไขแบบบันทึกตามข้อมูลป้อนกลับจากผู้ใช้งาน ผลการใช้แบบบันทึกสำเร็จรูปเฉพาะโรคพบว่า พยาบาลสามารถประเมินสภาพผู้ป่วยได้ครบถ้วน มีข้อมูลในการรายงานแพทย์ได้ครบถ้วน รวดเร็วในครั้งเดียว ส่งผลให้แพทย์ตัดสินใจได้วินิจฉัยได้รวดเร็ว ดูแลรักษาผู้ป่วยถูกต้องตามมาตรฐานที่กำหนด ลดความผิดพลาดในการดูแลรักษา ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนเพิ่มขึ้น และมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการประเมินคุณภาพการดูแลรักษาและติดตามตัวชี้วัดเฉพาะโรค และสะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน

2.2 จัดระบบการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยให้ปลอดภัย การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยขึ้นอยู่กับความรู้และสมรรถนะของบุคลากร ความถี่ในการเฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วย การเข้าใจความหมายของข้อมูลที่ผิดปกติของผู้ป่วย การกำหนดค่าอาการเตือนของผู้ป่วยที่เหมาะสม และเฉพาะเจาะจงกับโรคหรือกลุ่มอาการ การตัดสินใจขอความช่วยเหลือจากทีม การตอบสนองของวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็ว โดยนำแนวคิดห่วงโซ่การป้องกัน (chain of prevention) มาเป็นแนวทางในการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ดังนี้ (Smith, 2010)

การเรียนรู้ (education) โดยพัฒนาบุคลากรให้เรียนรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการผู้ป่วย การตรวจจับอาการที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยกำลังจะเกิดอันตราย เรียนรู้วิธีการใช้และการแปลผลอาการเตือน วิธีการตามทีมช่วยเหลือ รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือขั้นต้นเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินชีวิต

บันทึกการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

E รถนอน


ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี HN..... รับ ว.ด.ป..... รับเวลา.....น.

U รถนั่ง

Onset ว.ด.ป..... (หากเวลา Onset ไม่แน่นอนให้บันทึกเวลาที่ผู้ป่วยยังปกติ)

N เดินมา

อาการสำคัญ/ประวัติการเจ็บป่วย..... ผู้นำส่ง.....

การประเมินสภาพผู้ป่วย	บันทึกผลการประเมินผู้ป่วย	ลงชื่อ
<p>Cincinnati Pre-hospital Stroke Scale</p> <p>1. กล้ามเนื้อใบหน้า : ยิ้มหรือยิงฟัน</p> <p>2. กล้ามเนื้อแขน : หักดา ยกแขน 2 ข้าง และเหยียดออกมาข้างหน้าค้างไว้ 10 วินาที</p> <p>3. การพูด : พูดซ้ำๆ เป็นประโยคง่ายๆ</p> <p>อาการอื่น ๆ : เดินเซ เวียนศีรษะทันที ทันใด เห็นภาพซ้อนหรือมิดมัว ข้างใด ข้างหนึ่งทันที</p> <p>ปวดศีรษะอย่างรุนแรง</p> <p>(Stroke: เป็นทั้งซีก เป็นทันที ทันใด)</p>	<p>ประเมินเวลา น. พบ 1 ใน 3 อาจเป็นโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p><input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มุมปากยกขึ้นไม่เท่ากัน 2 ข้าง.....</p> <p><input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ยกแขนไม่ได้ หรือยกขึ้นไม่เท่ากัน 2 ข้าง.....</p> <p><input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> พูดไม่ได้ พูดไม่ออก พูดฟังไม่รู้เรื่อง พูดคิดบางคำ</p> <p>อาการอื่นๆ</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นทันที ทันใด <input type="checkbox"/> เป็นทั้งซีก ระบุข้างที่เป็น.....</p> <p><input type="checkbox"/> ยังไม่รับการรักษาที่ใด <input type="checkbox"/> รับการรักษาที่.....</p>	
<p>V/S แรกรับและการประเมินอื่น ๆ</p> <p>ปัจจัยเสี่ยง: เคยเป็น TIA HT DM ไขมันในเลือดสูง</p> <p>สูบบุหรี่ โรคหัวใจ AF เลือดข้น อายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป กินยาคุม ความเครียด ไขมันเสพติด</p> <p>Hx. ครอบครัวยุเป็น Stroke</p>	<p>T =°C BP =mmHg P =/min R =/min</p> <p>DTX =mg % SpO₂ =% GCS .E..... V..... M.....</p> <p>Pupil Rt. Lt. Motor power </p> <p>EKG ผล</p> <p>ปัจจัยเสี่ยง: โรคประจำตัวและการรักษา.....</p> <p>นูหรี <input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> เคยสูบ <input type="checkbox"/> ยังสูบ..... มวน/วัน นาน..... <input type="checkbox"/> หยุดสูบ....</p> <p><input type="checkbox"/> อ้วนลงพุง <input type="checkbox"/> DLD <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> ประวัติครอบครัวเป็น stroke</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ</p>	

Airway : เวลา.....น. NA จัด Position On O2 cannular LPM On O2 mask + bag..... LPM

Suction Oral airway On ETT. No..... ลึกcms เวลา.....น.

Breathing : เวลา.....น. NA Ambu bag + O2 10 LPM On respiratorครั้ง/นาที Observe การหายใจ

Circulation : เวลา.....น. NA On lock On IV ชนิด 0.9 % NSS 1,000 ml rateml/hr CPR

Medication : เวลา.....น. ระบุชื่อยา

หัตถการ/อื่น ๆ ระบุ

การดูแลต่อเนื่องและประเมินผลการดูแลรักษา (ทุก 15-30 นาที)

เวลา	BP	PR	RR	SpO2	GCS	Pupil	อาการ อาการแสดง การดูแลและประเมินผล	ลงชื่อ

รายงานแพทย์เวลา.....น. แพทย์มาดูแลเวลา.....น. แพทย์เวร..... พยาบาลเวร

ประเภทการจำหน่าย Refer รพ. ออกจาก ER เวลา.....น. ปฏิเสธการรักษา เสียชีวิต

สภาพผู้ป่วย V/S BP=.....mmHg P =/min R =/min SpO2 =% GCSE..... V.... M Pupil.....

ภาพ 1 ตัวอย่างแบบบันทึกสิ่งสำเร็จรูป

การเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วย (monitoring) โดยกำหนดการประเมินอาการและสัญญาณชีพซ้ำอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ความถี่เหมาะสม วิเคราะห์และแปลความหมายของอาการและสัญญาณชีพ และมีระบบการบันทึกในเวชระเบียนที่ชัดเจน

การรับรู้ภาวะอันตราย (recognition) ให้พยาบาลตรวจจับอาการที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยกำลังแย่ลง โดยกำหนดอาการเตือน (early warning sign) เป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง หรือรายงานแพทย์เพื่อแก้ไขอาการ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงนั้นอย่างรวดเร็ว ดังนี้ (The Health Care Accreditation Institute, 2008)

Early warning sign สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่

- เจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย
- อัตราการเต้นของหัวใจ < 40 หรือ > 130 ครั้งต่อนาที
- ความดัน Systolic < 90 มิลลิเมตรปรอท
- อัตราการหายใจ < 8 or > 28 ครั้งต่อนาที
- O2 Saturation < 90 % ทั้งที่ให้ออกซิเจน
- การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว
- ปริมาณปัสสาวะ < 50 มล. ใน 4 ชั่วโมง

Early warning sign สำหรับผู้ป่วยเด็ก

- อายุ < 1 ปี หายใจ > 60 ครั้ง/นาที
- อายุ > 1 ปี หายใจ > 40 ครั้ง/นาที
- อายุ < 8 ปี ชีพจร < 80 หรือ > 160 ครั้ง/นาที
- อายุ > 8 ปี ชีพจร < 60 หรือ > 140 ครั้ง/นาที
- ความดัน Systolic เด็ก 1-10 ปี < 70 มิลลิเมตรปรอท + (อายุเป็นปี + 2)
- หายใจเร็วผิดปกติปลายจมูกบานทรงอกนูนหายใจเสียงดัง
- การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวซึมซึ้งกระสับกระส่าย
- คลำชีพจรปลายมือและปลายเท้าไม่ชัดเจน เชี่ยว O₂ Saturation < 95 %

นอกจากนี้ การนำตัวส่งสัญญาณ (trigger tool) มาใช้ในการเฝ้าระวังผู้ป่วย จะป้องกันการเกิดอาการทรุดระหว่างการดูแลรักษาได้ทันเวลา ด้วยการจัดทำบัญชี

รายการตัวส่งสัญญาณที่มีโอกาสเกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วย เช่น ค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการวิกฤติ อาการแสดงของผู้ป่วย โดยติดไว้ในพื้นที่ทำงานที่ทุกคนสามารถมองเห็นได้ง่าย รวมทั้งกำหนดค่าการเตือน (alarm) ในเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามผู้ป่วย (monitor) เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น จะสามารถป้องกันก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์รุนแรงได้ (The Health Care Accreditation Institute, 2016)

การเรียกขอความช่วยเหลือ (call for help) โดยใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และแนวทางการรายงานแพทย์ ซึ่งสถาบันพัฒนาบริการสุขภาพ (Institute for Healthcare Improvement--IHI) ให้แนวทางการสื่อสารระหว่างสมาชิกทีมผู้ให้บริการเกี่ยวกับสถานะผู้ป่วยโดยใช้หลัก SBAR (Situation Background Assessment Recommendation) ที่ง่ายต่อการจดจำ เป็นกลไกที่ชัดเจน และมีประโยชน์ในการกำหนดกรอบการสนทนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะวิกฤติที่ต้องการความสนใจและการลงมือปฏิบัติทันที ดังนี้ (The Health Care Accreditation Institute, 2008; Labson, 2013)

S: Situation สถานการณ์ผู้ป่วยที่ทำให้ต้องรายงานได้แก่ ระบุตัวผู้รายงาน หน่วยงาน ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ระบุปัญหาสั้น ๆ เวลาที่เกิดความรุนแรง

B: Background ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้ป่วย ได้แก่ การวินิจฉัย วันที่รับไว้ รายงานยาและสารน้ำที่ได้รับ การแพ้ยา สัญญาณชีพล่าสุด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันเวลาที่ตรวจ และผลการตรวจครั้งที่แล้วเพื่อเปรียบเทียบ ข้อมูลทางคลินิกอื่น ๆ

A: Assessment ประเมินสถานการณ์เป็นการสรุปเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้ป่วยในมุมมองของพยาบาล ความรุนแรงของปัญหา ผลการวิเคราะห์ปัญหา และทางเลือกในการแก้ปัญหาผู้ป่วย

R: Recommendation ข้อเสนอแนะหรือความต้องการของพยาบาล เช่น ต้องการให้ย้ายผู้ป่วยไปหน่วยวิกฤติผู้ป่วยควรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยควรได้รับการดูแลจากแพทย์ค่านหรือควรปรับเปลี่ยนแผนการรักษา

การตอบสนอง (response) โดยจัดระบบการ
ปรึกษาและการตอบสนองอย่างรวดเร็ว เช่น การปรึกษา
พยาบาลที่มีประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง
เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาอย่างมีคุณภาพ

2.3 จัดแบ่งโซนพื้นที่ให้บริการและจัดสภาพ
แวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน ดังนี้

จัดพื้นที่บริการอย่างเหมาะสม โดยจัดโซน
รับผู้ป่วยวิกฤติ-ฉุกเฉินที่สามารถเข็นเปลนอนจากศูนย์
เปลตรงเข้าห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินได้สะดวกและรวดเร็ว
ในแต่ละโซนจัดวางเครื่องมือ อุปกรณ์ ยาฉุกเฉินและ
สารน้ำสำหรับช่วยเหลือผู้ป่วยไว้ครบถ้วนและพร้อมใช้
ในการดูแลผู้ป่วยได้ทันทีไม่เกิน 4 นาที

จัดเครื่องมือให้เพียงพอและพร้อมใช้ได้อย่าง
มีคุณภาพโดยตรวจสอบสภาพ ตรวจสอบปริมาณให้
เพียงพอและพร้อมใช้ทุกเวร เช่น เครื่องกระตุกหัวใจ
รถฉุกเฉินพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิต เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้า
หัวใจ 12 ลีด ชุดเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้
เร่งด่วน เช่น ชุดใส่ท่อระบายทรวงอก ชุดเปิดเส้นเลือด
ซึ่งมักพบปัญหาการเตรียมล่าช้าและเครื่องมือไม่ครบถ้วน
ทำให้เสียเวลาในการหยิบเพิ่ม การทำงานของทีมติดขัด
ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาล่าช้า จึงควรจัดการ
เครื่องมือให้มีคุณภาพเอื้อต่อการทำงานของบุคลากร
ทุกระดับ เช่น (1) รถฉุกเฉินพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิต ควร
จัดเตรียมไว้ในสภาพที่พร้อมใช้งานทันที คือ ด้านบนของ
รถจัดวางอุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจครบชุด และ
ทุกชั้นต่อครบวงจรพร้อมหยิบใช้ทันทีโดยไม่ต้องเสีย
เวลา ด้านข้างจัดเรียงอุปกรณ์ที่สำรองให้เพียงพอ ถิ่นซัก
เก็บสารน้ำและยาฉุกเฉินพร้อมอุปกรณ์ และคลุมปิดให้
มิดชิดด้วยพลาสติกใสชนิดบาง (พลาสติกหุ้มอาหาร) ให้
สามารถมองเห็นอุปกรณ์ได้ชัดเจน พร้อมเขียนระบุวันที่
ที่ตรวจสอบ ชื่อผู้ตรวจสอบ และระบุสถานะพร้อมใช้
ปิดทับไว้ด้านบน สามารถตรวจสอบความพร้อมใช้ได้ง่าย
หากไม่มีการเปิดใช้เกิน 7 วันให้แกะพลาสติกออกตรวจ
สอบใหม่ เพื่อเปลี่ยนวัสดุ อุปกรณ์ที่อาจหมดอายุการ
ใช้งาน (2) เครื่องมือและอุปกรณ์ทำหัตถการสำคัญและ
เร่งด่วน ใช้หลักการในการเตรียมคือ หยิบใช้ได้ทันที

รวดเร็ว และครบถ้วนในครั้งเดียวโดยนำอุปกรณ์ต่าง ๆ
ที่ใช้ในการทำหัตถการแต่ละชนิด เช่น กระบอกฉีดยา
เข็มฉีดยา ไหมเย็บแผล ใบมีดผ่าตัด ผ้าปิดแผลใส่
ของพลาสติกใสรวมกันครบชุดและติดไว้กับชุดเครื่องมือ
นั้น ๆ เมื่อถึงเวลาต้องเตรียมเครื่องมือทำหัตถการสามารถ
เปิดของพลาสติกแล้วนำอุปกรณ์ที่เตรียมไว้เปิดใส่ใน
ชุดเครื่องมือได้ทันทีและครบถ้วน (3) จัดสิ่งแวดลอม
ให้เอื้อต่อการเรียนรู้และการทำงานอย่างมีคุณภาพสภาพ
แวดล้อมในห้องทำงานต้องเข้าถึงความรู้และวิธีปฏิบัติ
ที่มักเกิดปัญหาได้ง่าย ป้องกันความผิดพลาดที่เกิดจาก
ความไม่รู้ การขาดทักษะ การหลงลืม เช่น วิธีการบริหาร
ยาที่มีความเสี่ยงสูง การประเมินอาการทางระบบประสาท
การประเมินและจัดกลุ่มผู้ป่วยสูญเสียเลือดหรือน้ำ
(volume deficit classification) โดยจัดทำวิธีปฏิบัติขนาด
ใหญ่พอที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจนปิดบนฝาผนังห้อง
ในพื้นที่ใช้งานจะช่วยให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง สะดวกและ
รวดเร็ว (4) สร้างบรรยากาศการทำงานอย่างมีความสุข
ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินมีลักษณะงานที่เร่งด่วน มีความยาก
ความเสี่ยงสูงหรืออันตรายความกดดันจากผู้ป่วยและญาติ
บรรยากาศการทำงานและความสุขของคนทำงาน จึงมี
ความสำคัญเพราะมีผลกระทบต่อคุณภาพงานบรรยากาศ
การทำงาน จึงต้องเป็นบรรยากาศที่ปลอดภัย ไม่คุกคาม ใช้
ทักษะการสื่อสารที่ดี มีความเป็นกัลยาณมิตร และสร้าง
ความสัมพันธ์ที่ดีในทีมทุกระดับ

2.4 จัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพให้เพียงพอ
ทั้งปริมาณและคุณภาพ คือเพียงพอ เหมาะสมกับปริมาณ
และประเภทของผู้ป่วยและมีสมรรถนะเพียงพอในการดูแล
ผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย คือ สามารถประเมิน
สภาพและจำแนกผู้ป่วยตามความเร่งด่วนตามหลักการ
จำแนก ปฏิบัติทักษะการพยาบาลขั้นพื้นฐานและขั้นสูง
ในการดูแลและช่วยเหลือ/แก้ไขภาวะฉุกเฉินได้ทุกระบบ
อย่างคล่องแคล่ว ว่องไว และถูกต้อง อ่านและแปลผล
การตรวจต่าง ๆ ได้ถูกต้อง แม่นยำ ตัดสินใจทางคลินิก
ที่สำคัญทุกสถานการณ์โดยใช้ความรู้ ความสามารถ
ในการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละโรค แต่ละราย รวมทั้งใช้
ประสบการณ์เป็นฐาน สามารถรับรู้และระบุความเสี่ยง
ทางคลินิกของผู้ป่วยแต่ละราย และจัดการป้องกันความ

เสี่ยงทันที ใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง และคล่องแคล่ว จัดการสาธารณภัยและอุบัติเหตุ-อุบัติเหตุภัย มีทักษะการสื่อสารและการประสานงานที่เป็นเลิศ พฤติกรรมบริการที่ดี และดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Kumkong, 2015a)

2.5 รักษาสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยสร้างสัมพันธภาพให้เกิดการยอมรับ ได้รับการไว้วางใจ ด้วยการฟังอย่างตั้งใจไม่ขัดจังหวะระหว่างการเล่าประวัติการเจ็บป่วย สื่อสารอย่างสอดคล้องระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วยและญาติ จะช่วยให้ได้รายละเอียดข้อมูลการเจ็บป่วยและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และผู้ป่วยจะยอมรับฟังข้อมูลที่บุคลากรแนะนำ (Mitsungnern, Phungoen & Kotruchin, 2013)

3. จำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพทุกประเภทของการจำหน่าย การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ต้องเหมาะสมกับสภาวะเจ็บป่วยและศักยภาพของโรงพยาบาล ดังนี้

3.1 จำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยต้องได้รับคำแนะนำและพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและสภาวะของโรค ช่องทางการติดต่อกลับเมื่อต้องการคำแนะนำเพิ่มเติม โดยนำแนวคิดการจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้หลัก D-METHOD เพราะมีแนวทางในการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ชัดเจน ง่ายต่อการประเมินปัญหาแต่ละด้าน การให้ความรู้และการวางแผนจำหน่ายครอบคลุมมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย (Wangchom, 2012) ดังนี้

D: Diagnosis คือ ให้ความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและการปฏิบัติตัว การประเมินอาการตนเอง (self-monitor)

M: Medicine คือ แนะนำการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับเกี่ยวกับสรรพคุณยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวัง ภาวะแทรกซ้อนและข้อห้ามการใช้ยา

E: Environment and Economic คือ จัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ แหล่งสนับสนุนทางสังคม

T: Treatment คือ เข้าใจปัญหาของการรักษา มีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความสามารถในการเฝ้าระวังสังเกตอาการของตนเอง รวมทั้งสามารถจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเอง

H: Health คือ เข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ปรับวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

O: Out patient คือ มาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้านในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

D: Diet คือ รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลักเลี้ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

สำหรับผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชน ให้ส่งต่อข้อมูลและแผนการรักษาแก่ทีมเยี่ยมบ้าน และร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านในการติดตามดูแลผู้ป่วยเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองในระยะยาวของผู้ป่วยและผู้ดูแล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและปรับสภาพแวดล้อมในการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง และการประเมินอาการตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อการเข้าถึงและเข้ารับบริการในกระบวนการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย

3.2 จำหน่ายรับไว้ในโรงพยาบาล ก่อนส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ต้องดูแลรักษาตามแผนการรักษาจนอาการคงที่ และแผนการรักษาที่จำเป็นตามสภาวะของโรคหรือกลุ่มอาการต้องปฏิบัติให้ครบถ้วน ประสานและส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาเพื่อเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วย ประเมินสภาพก่อนส่งผู้ป่วย ถ้าพบอาการเปลี่ยนแปลงต้องรายงานแพทย์เพื่อทวนสอบแผนการรักษาก่อนส่ง กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติให้พยาบาลวิชาชีพดูแลระหว่างนำส่งจนถึงหอผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

3.3 จำหน่ายส่งผ่าตัด ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการผ่าตัด ต้องได้รับการเตรียมความพร้อมตามมาตรฐานที่กำหนด โดยแพทย์ผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล ซึ่งใช้แบบบันทึกการเตรียมผ่าตัดถึงสำเร็จรูป เพื่อขึ้นการปฏิบัติในการเตรียมผู้ป่วยให้ถูกต้อง ครบถ้วน

3.4 จำหน่ายส่งต่อ ผู้ป่วยวิกฤติและมีความเสี่ยงสูงที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาล ต้องกำหนดแนวทางการดูแลก่อนส่งต่อตามมาตรฐานการส่งต่อร่วมกับโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย และก่อนส่งต่อต้องดูแลรักษาขั้นต้นตามแนวทางที่กำหนดอย่างครบถ้วน เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การให้สารน้ำ การประสานงานแพทย์ที่รับส่งต่อ และมีพยาบาลวิชาชีพนำส่งเพื่อดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะวิกฤติระหว่างส่งต่อ

3.5 จำหน่ายไม่สมัครใจหรือปฏิเสธการรักษา ก่อนจำหน่ายต้องมั่นใจว่า แพทย์ได้ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาอย่างเพียงพอ รอบด้านเพื่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาแต่มีความเสี่ยงสูงต้องให้ข้อมูลซ้ำและให้เวลาในการตัดสินใจ และผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาทุกรายต้องได้รับการดูแลในขอบเขตที่ผู้ป่วยให้ความยินยอมอย่างสมบูรณ์ที่สุดก่อนจำหน่ายและขออนุญาตผู้ป่วยติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินภาวะอันตราย

3.6 จำหน่ายหนีกลับ ผู้ป่วยอาจเกิดอันตรายหลังจากออกจากโรงพยาบาล ทีมต้องติดตามผ่านช่องทางต่าง ๆ พื้นที่ที่ทราบเหตุหนีกลับ เช่น โทรศัพท์แจ้งญาติ ประสานทีมเครือข่ายระดับตำบลเพื่อติดตามดูแลผู้ป่วย และดำเนินการส่งต่อแผนการรักษา พร้อมส่งมอบยาที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาผ่านทีมเครือข่ายระดับตำบล

3.7 จำหน่ายเสียชีวิต การเสียชีวิตที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นภาวะวิกฤติของญาติเพราะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ไม่คาดคิด ญาติไม่ได้เตรียมรับมือกับความสูญเสีย จึงเกิดภาวะอารมณ์ต่าง ๆ ที่พยาบาลต้องเผชิญ ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติใกล้ตายในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีอุปสรรค

และข้อจำกัดหลายประการตามการรับรู้ของพยาบาล ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมเชิงโครงสร้าง เช่น ไม่มีห้องให้ข้อมูลญาติและให้ญาติพักในขณะที่โศกเศร้า ไม่มีห้องสำหรับดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย อุปสรรคด้านวัฒนธรรมที่มุ่งเน้นการช่วยชีวิตและการซื้อชีวิต ไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และอุปสรรคด้านศักยภาพของแพทย์และพยาบาล เช่น ขาดทักษะและความมั่นใจในการให้ข้อมูลญาติ ขาดทักษะการสื่อสารในการดูแลญาติในภาวะโศกเศร้าและไม่ยอมรับการตาย (Kongsuwan, Nilmanat & Matchim, 2014) พยาบาลสามารถพัฒนาระบบการดูแลภายใต้ข้อจำกัดของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดดูแลอย่างมีคุณภาพ ดังนี้

จัดหาพื้นที่ให้ญาติได้นั่งพัก เพื่อระบายความโศกเศร้า เสียใจ และช่วยเหลือญาติให้เผชิญกับการสูญเสีย กรณีไม่สามารถหาสถานที่ที่เหมาะสมได้ สามารถกันพื้นที่ชั่วคราวด้วยฉากกั้นหรือบังตา

ให้ญาติอยู่กับผู้เสียชีวิต เพื่อการกล่าวคำอำลา ขออภัย บอกล่าความรู้สึก และคำมั่นสัญญา

ดูแลด้านจิตวิญญาณและความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตหลังความตายแก่ผู้เสียชีวิตและญาติ โดยส่งเสริมสนับสนุนและช่วยเหลือญาติในการปฏิบัติต่อผู้เสียชีวิต ให้สอดคล้องตามความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมและประเพณีของท้องถิ่น เช่น สวดมนต์ กรวดน้ำ หรือกล่าวบทสวดหรือการปฏิบัติตนโดยบุตรหรือญาติใกล้ชิดของผู้เสียชีวิตที่นับถือศาสนาอิสลาม รวมทั้งการจัดการอุปกรณ์ในการปฏิบัติไว้ประจำห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินเพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติของญาติ (Kumkong, 2015b)

ดูแลและตกแต่งศพให้สะอาด สวยงามตามหลักศาสนา ความเชื่อและความประสงค์ของญาติ

จัดการเวชระเบียนและเอกสารต่าง ๆ รวมทั้งออกหนังสือรับรองการตายให้ทันที เพื่อให้ญาติสะดวกในการดำเนินการแจ้งงานทะเบียน โดยไม่ต้องเสียเวลากลับมารับในภายหลัง

บทสรุป

การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นกระบวนการดูแลรักษาที่สำคัญและมีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ การจัดระบบการดูแลรักษาจึงต้องมีคุณภาพ ทั้ง 2 ระยะ คือระยะที่ 1 การดูแลระยะก่อนถึงโรงพยาบาลโดยจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลและเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ ให้ดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย และระยะที่ 2 การดูแลระยะในโรงพยาบาล โดยจัดระบบการประเมินสภาพและคัดกรองผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและความปลอดภัยและจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพทุกประเภทของการจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และเข้าถึงและเข้ารับบริการอย่างปลอดภัยในครั้งต่อไป

แนวทางการพัฒนาระบบบริการงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินที่นำเสนอมานี้ ผู้อ่านสามารถใช้เป็นแนวทางการพัฒนางานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินทุกระดับให้เหมาะสมกับศักยภาพ ข้อจำกัดและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล

การนำแนวทางไปประยุกต์ใช้ สามารถดำเนินการ ดังนี้

1. กำหนดเป็นนโยบายโรงพยาบาลการพัฒนาคุณภาพงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน พร้อมสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินการ และกำกับ ติดตามอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง
2. ดำเนินการ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพเกิดจากความร่วมมือของทีมที่เกี่ยวข้องทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์และพยาบาลต้องร่วมมือขับเคลื่อนระบบอย่างจริงจัง
3. นำมาตรฐานมาใช้ทุกขั้นตอนของกระบวนการดูแล (care process) โดยประเมินระบบงานที่มีอยู่เดิม และค้นหาจุดอ่อนมาดำเนินการแก้ไขให้ตรงจุดและครบถ้วนอย่างเรียบง่าย ไม่มียึดติดรูปแบบ
4. นำเทคโนโลยีการสื่อสารผนวกกับความคิดสร้างสรรค์มาใช้ในการดำเนินการบางขั้นตอน เช่น การใช้สัญญาณเตือน การรายงานแพทย์ โดยต้องคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยจรรยาบรรณวิชาชีพ และการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตลอดเวลา



References

- Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, D., & Rosenau, A. M. (2012). *Emergency severity index (ESI) a triage tool for emergency department care*. Retrieved from <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/esi/esihandbk.pdf>
- Ienghong, K. (2014). Factors affecting length of stay more than 4 hours in the emergency department of Srinagarind hospital. *Srinagarind medical journal*, 29(1), 7-13. (in Thai)
- Imsuwan, I., & Imsuwan, I (2015). Factor associated with length of stay more than 4 hours at the emergency department of Thammasat university hospital. *Thammasat Medical Journal*, 15(1), 39-49. (in Thai)
- Kongsuwan, W., Nilmanat, K., & Matchim, Y. (2014). Barriers in caring for critically ill and dying patients in emergency rooms: nurses' experiences. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 34(3), 97-108. (in Thai)
- Kumkong, M. (2015a). The importance of a continued training program in order to maintain and improve the competencies of the emergency room nurses. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 1(1), 77-84. (in Thai)

- Kumkong, M. (2015b). Adapting the nursing practice into the belief in life after death of Buddhists and Muslims: A matter of spiritual health. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 1(2), 60-67. (in Thai)
- Labson, M. (2013). *SBAR - a powerful tool to help improve communication*. Retrieved from <https://www.jointcommission.org/blogs/blogger.aspx?BloggerId=385>
- Limpanyalert, P. (2016). *WHO patient safety curriculum guide*. Nonthaburi: D-One Books. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2015). *Improvement of emergency care*. Retrieved from http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=52285 (in Thai)
- Mitsungnern, T., Phungoen, P., & Kotruchin, P. (2013). Pitfall management in emergency room. *Srinagarind Medical Journal*, 28(special), 74-79. (in Thai)
- National Institute of Emergency Medicine. (2015). *Guidelines to follow the rules, criteria and procedures to sort and prioritize emergency care at the emergency room, according to the emergency medical board*. Nonthaburi: Author. (in Thai)
- Phochan, S. (2015). *Operation PDCA heart of continuous improvement*. Retrieved from <http://www.ftpi.or.th/2015/2125> (in Thai)
- Ramkaew, K., & Oumtanee, A. (2014). Working experience of emergency nurses in tertiary care hospital. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 227-234. (in Thai)
- Shankar, K. N., Bhatia, B. K., & Schuur, J. D. (2014). Toward patient-centered care: a systematic review of older adults' views of quality emergency care. *Annals of Emergency Medicine*, 63(5), 529-550.
- Smith, G. B. (2010). In-hospital cardiac arrest: Is it time for an in-hospital 'chain of prevention. *Resuscitation*, 81(9), 1061-1218.
- The Health Care Accreditation Institute. (2008). *Patient safety goal*. Retrieved from [http://www.med.cmu.ac.th/hospital/ha/HA/Document/original_Patient_Safety_Goals_SIMPLE7\[1\].pdf](http://www.med.cmu.ac.th/hospital/ha/HA/Document/original_Patient_Safety_Goals_SIMPLE7[1].pdf) (in Thai)
- The Health Care Accreditation Institute. (2016). *HA update 2016*. Nonthaburi: D-One Books. (in Thai).
- Wangchom, J. (2012). *The development of discharge planning pattern for type 2 diabetic patient at a private hospital in Samut Sakhon province*. Retrieved from <http://library.christian.ac.th/thesis/document/T033146.pdf> (in Thai)
- Wangsri, K. (2013). The EMS system in Thailand. *Srinagarind Medical Journal*, 28(special), 69-73. (in Thai)
- Wachiradilok, P., Sirisamutr, T., Chaiyasit, S., & Sethasathien, A. (2016). A nationwide survey of Thailand emergency departments triage systems. *Thai Journal of Nursing Council*, 31(2), 69-108. (in Thai)

