

ปัญหาและอุปสรรคของการใช้แบบประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ
ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท

Problems and Obstacles of Using the Initial Assessment of Form for Evaluating Multiple
Injury Patients In the Trauma and Nervous System Units

Corresponding author E-mail: vasana.sookgun@gmail.com

(Received: July 12, 2019; Revised: December 15, 2020;

Accepted: December 20, 2020)

วาสนา สุขกันต์ (Vasana Sookgun)¹

จุฬาวรี ชัยวงศ์นาคพันธ์ (Chulawaree Chaiwongnakkapun)²

กชพร พงษ์แท้ (Kodchaporn Pongtae)³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการใช้แบบประเมินแรกรับในการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ใช้ในปัจจุบันของหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท กลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Informants) เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม 2) แบบบันทึกขณะสนทนากลุ่ม 3) เครื่องบันทึกเสียง ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจำแนกชนิดข้อมูล (Typological Analysis) ของ มายส์และฮิวเบอร์แมน (Miles & Huberman, 1994) โดยให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายกับข้อความสำคัญหรือประโยคที่มีความสำคัญและนำมาจัดระบบข้อมูล

ผลการวิจัย ประเด็นจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูล มีดังนี้ 1) ได้รับความหมายของผู้บาดเจ็บหลายระบบ มาจากประสบการณ์การทำงานที่พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่เกิดขึ้นในร่างกายตั้งแต่สองระบบขึ้นไป หรืออาจเกิดขึ้นหลายระบบพร้อม ๆ กัน 2) สาเหตุส่วนใหญ่ มาจากอุบัติเหตุจราจร ช่วงเวลาที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ วันหยุดสุดสัปดาห์ หรือในช่วงเทศกาลต่างๆ 3) ลักษณะการประเมิน ปัญหา อุปสรรคที่พบขณะประเมินในปัจจุบัน พบประเด็นดังนี้ การประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบด้วยกรอบแนวคิดของกอร์ดอน มีขอบเขตกว้างและมีความยุ่งยากเนื่องจากมีข้อคำถามมาก ไม่มีความเฉพาะเจาะจงในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บ ทำให้ใช้ระยะเวลาในการประเมิน ในด้านมิติการมีคุณค่าและความเชื่อ (Value-Belief Pattern) ในกรณีผู้ป่วยหมดสติ หรือมีอาการสับสน เพ้อ (Delirium) หรือไม่มีญาติจะไม่สามารถประเมินผู้ป่วยได้ การประเมินขึ้นอยู่กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในกลุ่มเริ่มต้น (Novice) หรือในกลุ่มผู้เรียนรู้ (Advance Beginner) จะประเมินรายละเอียดสำคัญได้ไม่ครบเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ประเมินที่มีประสบการณ์มากกว่า และ 4) ลักษณะของแบบประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ต้องการพัฒนา ควรมีการบันทึกการตรวจร่างกายตามแนวทางการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บแยกการตรวจตามระบบ มีรูปภาพประกอบระบุตำแหน่งของบาดแผล หรือ

1 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแพร่

RN., Professional Level, Phrae Hospital

2 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรดิตถ์

RN., Senior Professional Level, Borommarajonani College of Nursing, Phrae

3 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรดิตถ์

RN., Practitioner Level, Borommarajonani College of Nursing, Phrae

อีเมล: vasana.sookgun@gmail.com

Email: vasana.sookgun@gmail

ใช้การ check list จะทำให้เข้าใจง่ายสะดวกในการสื่อสารถ่ายทอดข้อมูลในทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ และมีข้อมูลในด้านพฤติกรรมกรรมการแสดงออกเมื่อแรกรับของผู้ป่วยเพื่อนำมาสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บเฉพาะรายได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม

คำสำคัญ: ปัญหาและอุปสรรค, แบบประเมินแรกรับ, ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

ABSTRACT

This research is a qualitative research that uses focus group discussion. The objective is to study the problems and obstacles to the use of the first multiple injury patients assessment model. The current form used in the accident and neurological surgery ward. Implemented 2 times in November 2018 and December 2018. Informants were 15 professional nurses, purposive sampling was chosen. The research instruments consisted of 1) questionnaire in group discussion 2) record while in group discussion 3) voice recorder data were collected by group discussion. The data were analyzed by using Typological Analysis of Miles and Huberman (1994), with the data subjects giving meaning to important messages or sentences and used to organize the information system.

The results of the research from the focus group discussion were as follows: 1) the patient's meaning. Multiple system injuries comes from work experience that finds patients admitted in the wards into patients. The injury occurs in two or more systems of the body or may occur at the same time 2) the most likely cause come from traffic accident. The most common time for seeing a patient is on the weekends or during various festivals 3) assessment characteristics of obstacles encountered during the present evaluation found the following points difficulty in evaluating multiple injury systems using the Gordon framework. there are broad in scope and difficult because there are many questions, no specificity in trauma assessment, make use of the time period for evaluation In terms of dimension, value, and belief (Value-Belief Pattern). In case of unconsciousness or have delirium, or have no relatives, will not be able to assess patients. Assessment depends on the competencies of professional nurses in nursing who have experience of caring for trauma patients in the novice group or in the advance beginner group, unable to fully evaluate the important details compared to the more experienced assessors and 4) the characteristics of the first condition assessment form for injury patients who need to develop physical examination should be recorded according to guidelines. Assessment of injury patients by systematic examination have pictures or have a check list system such as details of wound, type deformation of the injured organ make it easy to understand, easy to communicate, convey information in a multidisciplinary team. Assessing the severity of the injury and information on behavior, expression at the first reception of patients. This will lead to the

determination of nursing diagnosis and able to provide accurate and comprehensive nursing for trauma patients.

Keywords: Problems and obstacles, The initial assessment, The multiple injury patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บหลายระบบ เป็นการบาดเจ็บของอวัยวะร่วมกันตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป (Butcher & Balogh, 2014) การบาดเจ็บดังกล่าวมีสาเหตุมาจากการเกิดอุบัติเหตุที่มีผลกระทบต่อร่างกายหลายแห่งหรือหลายระบบในเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อนในการคัดกรองอาการแรกรับเพื่อวินิจฉัยการพยาบาลและรายงานแพทย์ ตลอดจนการติดตามดูแลผู้ป่วยในระยะรักษา ผ่าตัด และระยะพักฟื้นในหอผู้ป่วย มักเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็วเนื่องจากเสียเลือดอย่างรุนแรง ทางเดินหายใจอุดกั้นหรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ หรือจากสมองได้รับการบาดเจ็บรุนแรง (Aimaurai, 2019) โดยสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บมีภาวะคุกคามถึงชีวิตเกิดจากความผิดพลาดในการประเมินขั้นต้นและการช่วยชีวิตถึงร้อยละ 20 ส่วนความผิดพลาดในการตรวจร่างกายและการตรวจวินิจฉัย ที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะคุกคามถึงชีวิตพบเพียงร้อยละ 14 (Office of Policy and Strategy Ministry of Public Health, 2012) เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ คือ การช่วยให้รอดชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุดด้วยการประเมินสภาพและให้การรักษาเบื้องต้นอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (Sennunt, Thosingha, & Sindhu, 2008) การประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบจึงเป็นสิ่งจำเป็น ถ้าหากเกิดความผิดพลาดในการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบตั้งแต่ระยะแรกรับจะทำให้เกิดความเสียหายมากมายตามมา เช่น เสียชีวิตเนื่องจากบาดเจ็บทรวงอกและช่องท้อง เป็นต้น (Phuengbunhan, Pamosinlapathum, & Mechan, 2014)

พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ในทีมสุขภาพที่รับผู้ป่วยและมีความสำคัญในการประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกรับ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ที่ถูกต้องในการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ซึ่งหากทางหน่วยงานมีแนวทางในการประเมินสภาพแรกรับของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ชัดเจนตั้งแต่เริ่มแรกและวางแผนตัดสินใจให้การพยาบาลที่เหมาะสม จะส่งผลให้ความรุนแรงที่เกิดลดลงและช่วยลดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนั้นแบบประเมินผู้ป่วย TTS (Tertiary trauma survey) จึงได้ถูกกำหนดขึ้นโดยกลุ่มสาขาวิชาชีพดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยข้างเตียง (Petersen, 2005) เพื่อลดความผิดพลาดจากการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และได้ถูกนำมาใช้ในการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บแรกรับ

TTS (Tertiary trauma survey) คือ การประเมินผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ได้รับการระบุว่าได้รับบาดเจ็บทั้งหมด หลังจากการช่วยชีวิตและการผ่าตัดฉุกเฉิน เป็นการบันทึกข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย การรักษาเบื้องต้น กลไกการบาดเจ็บ และปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อมูลด้านปฏิบัติการรังสีรักษาที่เกี่ยวข้อง เป็นการทำซ้ำตั้งแต่ขั้นตอน primary and secondary survey (Biffl, Harrington, & Cioffi, 2003) TTS ถูกนำมาให้คำจัดความในการประเมินซ้ำเต็มรูปแบบในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภายใน 24 ชั่วโมง และรวมไปถึงถูกนำมาประเมินในขณะที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งในการติดตามผลการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Keijzers,

Giannakopolous, Mar, Bakker & Geeraedts, 2012) มีการศึกษาถึงผลของการนำ TTS ไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ พบว่า กลุ่มควบคุมพบความผิดพลาดจากการบาดเจ็บหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 14 ส่วนกลุ่มที่ใช้ Tertiary survey พบว่าเกิดความผิดพลาดจากการบาดเจ็บเพียงร้อยละ 9 เมื่อเปรียบเทียบความผิดพลาดจากการบาดเจ็บภายใน 24 ชั่วโมงและขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ในกลุ่มที่ใช้ TTS สามารถค้นพบความผิดพลาดจากการบาดเจ็บเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 9 (Keijzers, Mar, Geeraedts, Byrnes & Beller, 2015) และ มีการศึกษาโดยการนำแบบประเมิน TTS มาบริหารจัดการในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ พบว่า กลุ่มควบคุมพบความผิดพลาดจากการบาดเจ็บสูงถึง ร้อยละ 40.17 อัตราการเกิดตัวชี้วัดทางคลินิกที่สำคัญ ร้อยละ 17.9 และ อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10.25 ส่วนกลุ่มที่ใช้ TTS พบว่า มีความผิดพลาดจากการบาดเจ็บเพียงร้อยละ 15.3 มีอัตราการเกิดตัวชี้วัดทางคลินิกที่สำคัญ ร้อยละ 3.36 และมีอัตราการเสียชีวิตลดลงเหลือ ร้อยละ 4.25 (Vioque, Cladera, Aufroy, Diaz, & Bayo, 2013) เป็นต้น

หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท โรงพยาบาลแพร่ เป็นหน่วยงานรับผิดชอบรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ได้แก่ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะร่วมกับบาดเจ็บตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย บาดเจ็บช่องท้อง บาดเจ็บทรวงอก ที่ผ่านมามีพบว่า การประเมินผู้ป่วยยังมีหลากหลายขึ้นอยู่กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งในปัจจุบันการประเมินสภาพแรกเริ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจะใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 1976 cited in Ibrahim, 2003) แต่พบว่าแบบประเมินดังกล่าวไม่สามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนและครอบคลุม จากสถิติที่ผ่านมาในปี 2560 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 2,423 ราย เป็นกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ 1,517 ราย พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ได้รับ

การประเมินไม่ครอบคลุม 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.8 (Trauma and neurological surgery unit, 2017) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบได้รับการรักษาล่าช้า ได้รับการทำหัตถการเพิ่มเติมและมีวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น

คณะทีมวิจัยในฐานะบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท โรงพยาบาลแพร่ มีความสนใจที่จะนำแบบประเมิน TTS มาพัฒนาและประยุกต์ใช้ในการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ทำการศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการทำงานจริง เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบการประเมิน TTS ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแพร่ จากนั้นจะทำการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการประเมินดังกล่าวต่อไป บทความนี้จะนำเสนอผลการวิจัยระยะที่ 1 ซึ่งเป็นวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บแรกเริ่มรูปแบบเดิมในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อนำมาสู่การพัฒนารูปแบบประเมิน TTS (Tertiary trauma survey) ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาทต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บแรกเริ่มรูปแบบเดิมในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท

วิธีการดำเนินการวิจัย

ระยะเวลาดำเนินการ เดือน พฤศจิกายน 2561 และ ธันวาคม 2561

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Informants) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท

2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ใช้สอบถามพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัย เพื่อประเมินสภาพปัญหา สถานการณ์ และสรุปปัญหา แนวคำถามได้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ดังนี้

ความหมายของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบสาเหตุและช่วงเวลาที่ยพบผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบลักษณะการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรคที่พบขณะประเมินและความเหมาะสมของรูปแบบการประเมิน และลักษณะของแบบประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ต้องการพัฒนา แนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้รับคำแนะนำและปรับปรุงแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิจัยของเขตสุขภาพที่ 1

3) แบบบันทึกขณะสนทนากลุ่ม โดยบันทึกเหตุการณ์ตามจริง วิเคราะห์เนื้อหาและสรุปประเด็น

4) เครื่องบันทึกเสียง ใช้บันทึกเสียงในการสนทนากลุ่ม การสะท้อนคิดจากการปฏิบัติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลแพร่ เลขที่ 4/2562 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2561 โดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัยทุกขั้นตอน ไม่ตัดข้อมูลบางส่วนทิ้งในการรวบรวมข้อมูล การบันทึกเทปและการจดบันทึกจะขออนุญาตผู้ร่วมวิจัยทุกครั้งในการสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะไม่รบกวนเวลาปฏิบัติงานหรือรบกวนน้อยที่สุด และผู้ร่วมวิจัยมีความยินดีและความพร้อมเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ในส่วนของผู้ช่วยวิจัยมาหน่วยงานภายนอก ผู้วิจัยขอความร่วมมือชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยที่จะให้ช่วยเหลือพร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับและ

ปฏิเสธการเป็นผู้ช่วยงานวิจัยครั้งนี้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลต่อหน้าที่การทำงานใด ๆ ทั้งสิ้นในการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยจะไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล แต่จะใช้ชื่อสมมุติในการวิเคราะห์และรายงานผลการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท โดยให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นบุคคลภายนอกเข้าพบผู้ให้ข้อมูลตามเวลาที่นัดหมาย ผู้ช่วยวิจัยได้แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย โดยทำการสนทนากลุ่ม ใช้แนวคำถามที่เตรียมไว้ เปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ วิเคราะห์ปัญหากำหนดรูปแบบการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยระหว่างการสนทนากลุ่มผู้ช่วยวิจัยระมัดระวังไม่แสดงความคิดเห็นในการกำหนดรูปแบบการประเมิน แต่จะกระตุ้นด้วยคำถามปลายเปิดให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ เพื่อหาคำตอบในประเด็นคำถามข้างต้น สร้างบรรยากาศไม่ให้เกิดความเครียด จัดหาของว่างให้รับประทานขณะสนทนากลุ่ม และขออนุญาตสมาชิกในที่ประชุม บันทึกเทปเสียง ถ่ายภาพ และจดบันทึกข้อมูลขณะสนทนากลุ่ม

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ปฏิบัติงานประจำ ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 36 ปีขึ้นไป 5 คน รองลงมาอยู่ในช่วง 31-35 ปีและ 22-25 ปี กลุ่มละ 4 คน และอายุอยู่ในช่วง 26-30 ปี 2 คน ระดับการศึกษาปริญญาตรีจำนวน 15 คน จบเฉพาะทางวิกฤต 1 คน เฉพาะทางศัลยกรรมระบบประสาทศัลยศาสตร์ 1 คน เฉพาะทางศัลยกรรมทั่วไป 2 คน จัดตามกลุ่มสมรรถนะเฉพาะตามประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ 10 ปีขึ้นไปจำนวน 5 คน รองลงมามีประสบการณ์ในช่วง 5-7 ปี ในช่วง 3-4 ปี และ ในช่วง 1-2 ปี กลุ่มละ 3 คน ส่วนกลุ่มที่มีประสบการณ์ในช่วง 8-10 ปี มีจำนวน 1 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจำแนกชนิดข้อมูล (Typological Analysis) (Miles & Huberman, 1994) โดยให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายกับข้อความสำคัญหรือประโยคที่มีความสำคัญ นำมาจัดระบบข้อมูลและนำมาทำความเข้าใจร่วมกัน (reach shared understanding) วิเคราะห์ประเด็นร่วม (thematic analysis) กับผู้ช่วยวิจัย ทำไปพร้อมกับการเก็บข้อมูลตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย 2 เดือน กำหนดเกณฑ์ดังนี้ ผู้วิจัยอ่านข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการถอดเทปหลังสนทนากลุ่มทุกครั้ง หลังสนทนากลุ่มคัดเลือกข้อความหรือประโยคที่มีความสำคัญ (extract significant statements) จัดกลุ่มและแยกออกมาเป็นประเด็น (Clusters of themes) โดยนำสาระสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความถูกต้อง และให้ผู้ช่วยวิจัยเพิ่มเติมการวิเคราะห์ข้อมูลตามที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะ

การกำหนด ชื่อ รหัสกลุ่มผู้ให้ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเป็น “RN 1 RN 2” จนครบจำนวนผู้วิจัย “RN 15”

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจเกี่ยวกับการบาดเจ็บหลายระบบและวิธีการประเมินผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหลายระบบ ในประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ ความหมายของผู้บาดเจ็บหลายระบบ สาเหตุและช่วงเวลาที่พบผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ลักษณะการประเมินปัญหา อุปสรรคที่พบขณะประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในปัจจุบันและลักษณะของแบบประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ต้องการพัฒนา

1. ความหมายของผู้บาดเจ็บหลายระบบ จากการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลด้านการรับรู้ความหมายของผู้บาดเจ็บหลายระบบมาจากการประสบการณ์การทำงานที่พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบ

ประสาท ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบส่วนใหญ่ที่พบเป็นผู้บาดเจ็บเจ็บศีรษะร่วมกับบาดเจ็บตามตำแหน่งอื่นของร่างกาย เช่น ผู้บาดเจ็บเจ็บศีรษะร่วมกับบาดเจ็บทรวงอก ผู้บาดเจ็บเจ็บศีรษะร่วมกับการแตกหักของกระดูกซี่โครงของร่างกาย หรือเป็นผู้บาดเจ็บเจ็บทรวงอกร่วมกับช่องท้อง เป็นต้น ดังคำสนทนาของพยาบาล

“ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่พบ เป็นผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บตั้งแต่สองระบบขึ้นไป เช่น ผู้บาดเจ็บเจ็บศีรษะร่วมกับบาดเจ็บช่องท้อง ผู้บาดเจ็บเจ็บศีรษะร่วมกับการแตกหักของกระดูกแขน หรือขาหัก หรือมีบาดเจ็บทรวงอกร่วมกับมีบาดเจ็บช่องท้อง บาดเจ็บที่ม้ามหรือตับ เป็นต้น ”

สรุปแล้วความหมายของผู้บาดเจ็บหลายระบบ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ (Trauma หรือ injury) ที่เกิดขึ้นในร่างกายสองระบบขึ้นไป หรืออาจเกิดขึ้นหลายระบบพร้อมๆ กัน

2. สาเหตุและช่วงเวลาที่ยพบผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท โรงพยาบาลแพร่ พยาบาลผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า สาเหตุส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ส่วนสาเหตุด้านอื่น ๆ ที่พบ คือ พลัดตกหกล้ม ถูกทำร้ายร่างกายด้วยอาวุธต่าง ๆ หรือถูกยิง เป็นต้น

“ส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุจราจร พลัดตกหกล้ม ถูกทำร้ายร่างกาย ถูกยิง” (RN 10, RN 12, RN13: 6 ธันวาคม 2561)

พยาบาลผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า ช่วงเวลาวันหยุดสุดสัปดาห์ หรือในช่วงเทศกาลต่าง ๆ เช่น เทศกาลสงกรานต์ เทศกาลวันขึ้นปีใหม่ งานประจำปีของจังหวัด ทำให้รับผู้ป่วยบาดเจ็บจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อภาระงานของพยาบาลที่มากเกินไปเกินเกณฑ์ที่กำหนดและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บที่เกิดขึ้น ทำให้ประเมินไม่ครบถ้วน เกิดความผิดพลาดจากการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ดังคำกล่าวของพยาบาล

“ภาระงานที่มากกับจำนวนพยาบาลที่ไม่สัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินไม่ได้ตามเวลาที่กำหนด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้า ปัญหาความเสี่ยงที่พบจากการประเมินผู้ป่วยแรกรับ คือการประเมินไม่ครบถ้วน มักพบการบาดเจ็บภายหลัง เช่น กระดูกหักตามร่างกายต่าง ๆ ของร่างกาย กระดูกใบหน้า กระดูกเข้าตาแตกซึ่งมีผลต่อการมองเห็น ทำให้ได้รับการรักษาล่าช้า” (RN 10, RN 13: 6 ธันวาคม 2561)

3. ลักษณะการประเมิน ปัญหา อุปสรรคที่พบขณะประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในปัจจุบัน

ปัจจุบันที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท ทำการประเมินผู้ป่วยที่บาดเจ็บหลายระบบด้วยกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มีการประเมินผู้ป่วยในมิติต่าง ๆ จำนวน 11 มิติ ซึ่งแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นแนวคิดที่กว้างและยืดหยุ่น ปัญหาที่พบเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโดยใช้แบบประเมินดังกล่าว พบว่า การประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบยังไม่มีเฉพาะเจาะจงขาดความชัดเจนในการประเมินในแต่ละระบบ ยังไม่มีพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยกรอบแนวคิดดังกล่าวสรุปประเด็นปัญหาของการประเมิน ได้ดังนี้

ความยุ่งยากในการประเมิน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของพยาบาลพบการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบด้วยกรอบแนวคิดของกอร์ดอนมีความยุ่งยากในการประเมิน ซึ่งความยุ่งยากดังกล่าวเกิดจากแบบประเมินดังกล่าวมีหัวข้อหรือมิติในการประเมินหลายด้าน มีขอบเขตกว้างมาก ทำให้ใช้ระยะเวลาในการประเมินนานเกินไปและทำให้กระบวนการส่งผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาช้า ดังคำกล่าวของพยาบาล

“แบบประเมินแรกรับรูปแบบเดิมมีข้อความที่มาก เขียนซ้ำกันหลายๆที่แต่ความครอบคลุมไม่ละเอียดพอที่จะนำมาใช้ประเมินผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บได้ทั้งหมด ทำให้มีผลต่อการ

บริหารจัดการเวลาในการทำงาน มีภาระงานเพิ่มจากการกรอกเอกสารให้ครบแต่ไม่สามารถเอาข้อมูลมาใช้ได้ทั้งหมด” (RN1, RN 3, RN4: 6 ธันวาคม 2561)

แบบประเมินแรกรับรูปแบบเดิมไม่แยกการตรวจตามระบบ ไม่มีรูปภาพ ทำให้บันทึกข้อมูลที่ตรวจร่างกายผู้ป่วยได้ไม่ละเอียด มักตรวจพบปัญหาการบาดเจ็บผู้ป่วยภายหลัง เช่น การหักตามกระดูกต่างๆของร่างกาย กระดูกสันหลังหัก กระดูกเข้าตาแตก ทำให้การรักษาล่าช้า” (RN12, RN15: 6 ธันวาคม 2561)

การประเมินบางมิติ เช่น มิติด้านการมีคุณค่าและความเชื่อ (Value-Belief Pattern) การประเมินด้านสังคม อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธา ต้องอาศัยข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะ หรือผู้ป่วยที่มีญาติที่สามารถให้ข้อมูลได้ แต่ในบางกรณีพบผู้ป่วยหมดสติ หรือมีอาการสับสน เพ้อ (Delirium) หรือไม่มีญาติ ทำให้ไม่สามารถประเมินผู้ป่วยในมิติดังกล่าวได้ครอบคลุมปัญหาดังกล่าวทำให้พยาบาลรู้สึกไม่สบายใจหรือกังวลใจที่ไม่สามารถบันทึกข้อมูลดังกล่าวได้ดังคำกล่าวของพยาบาล

“ในกลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไม่รู้สึกรู้ตัว ผู้ป่วยเมาสุรา แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับของกอร์ดอน ใช้ในการประเมินผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ยาก ข้อมูลไม่สามารถประเมินได้จริงและไม่สามารถนำข้อมูลการประเมินมาใช้ได้ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บ ไม่มี ความจำเป็นในการประเมินในขณะแรกรับ ควรช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นวิกฤตหรือความเจ็บป่วยที่มา ก่อน แต่จำเป็นต้องลงข้อมูลในเอกสารการประเมินแรกรับให้ครบตามแบบฟอร์ม” (RN1, RN 2, RN 5, RN 6: 7 ธันวาคม 2561)

การประเมินบางหัวข้อมีขอบเขตกว้างแต่ไม่สามารถนำข้อมูลที่ได้นำมาใช้ประโยชน์ได้ เช่น การประเมินมิติที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน (Activities of daily living) การรับประทาน

อาหารตรงเวลาหรือไม่ตรงเวลา แบบแผนการนอนหลับ แบบแผนการขับถ่าย หรือการประเมินด้านการพัฒนาการ การเจริญเติบโต ดังคำกล่าวของพยาบาล

“แบบประเมินแรกรับผู้ป่วยแบบเดิมข้อคำถามที่ต้องบรรยายหรือเขียนซ้ำกันหลาย ๆ ที่ แต่ไม่ละเอียดพอที่จะนำมาใช้ประเมินผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บได้ทั้งหมด เป็นเพียงการเขียนข้อมูลในเอกสารให้ครบเท่านั้น แต่ความจริงใช้ข้อมูลจากการตรวจประเมินที่พบปัญหาจริงมากกว่าสรุปคือไม่ได้เอาข้อมูลจากในแบบประเมินมาใช้จริง” (RN1, RN 3, RN 4, RN5, RN6: 27 พฤศจิกายน 2561)

นอกจากเรื่องมิติหรือหัวข้อในการประเมินที่มีสร้างความยุ่งยากและซ้ำซ้อนในการประเมินแล้วในการบันทึกข้อมูลก็เกิดความยุ่งยากเช่นกัน การประเมินตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน มีหัวข้อที่ต้องบันทึกมากในขณะที่แบบประเมินมีพื้นที่ไม่เพียงพอบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ตรวจพบ ทำให้พยาบาลแก้ปัญหาโดยการนำไปบันทึกในบันทึกทางการพยาบาล บันทึกในรูปแบบฟอร์มรับส่งเวร และหากบุคลากรทีมสุขภาพอื่นไม่อ่านจากบันทึกนี้ก็จะได้ข้อมูลของผู้ป่วย ทำให้ปัญหาของผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไข หรือพยาบาลอาจได้รับความเสี่ยงในเรื่องการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ดังคำกล่าวของพยาบาล

“การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยในใช้การประเมินการตรวจร่างกายในลักษณะศีรษะจรดเท้า และใช้วิธีการจดจำว่ามีอาการบาดเจ็บบริเวณไหน ซึ่งแบบประเมินแรกรับที่ใช้ในปัจจุบันมีพื้นที่การลงข้อมูลไม่เพียงพอ ทำให้แยกการกรอกข้อมูลสำคัญไปเขียนในเวชระเบียนหลายส่วน เช่น ในใบบันทึกข้อมูลเพื่อรับส่งเวร ในบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล เพื่อความสะดวกในการรายงานแพทย์” (RN6: 27 พฤศจิกายน 2561 และ RN8: 6 ธันวาคม 2561)

สมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบของพยาบาลวิชาชีพ

การปฏิบัติเป็นไปตามประสบการณ์ หรือสมรรถนะการทำงานของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ 1 - 2 ปี ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้เริ่มต้น (Novice) เป็นพยาบาลที่จบการศึกษาใหม่ หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ 3-4 ปีหรือเรียกกลุ่มผู้เรียนรู้ (Advance Beginner) ยังพบปัญหาจำแนกประเภทผู้ป่วยบาดเจ็บผิดพลาด ประเมินผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุม ทำให้เกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับการประเมินล่าช้า ส่งผลต่อการดูแลรักษา พยาบาลกลุ่มดังกล่าวจำเป็นต้องมีพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ 5 - 7 ปี พยาบาลกลุ่มผู้ปฏิบัติ (competent) หรือในกลุ่ม 8-10 ปี พยาบาลกลุ่มผู้ชำนาญ (Proficient) หรือในกลุ่ม 10 ปีขึ้นไป พยาบาลกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Expert) เป็นพี่เลี้ยงสอนงาน ฝึกทักษะในการประเมินผู้ป่วยแก่น้องที่มาทำงานใหม่ จัดประชุมวิชาการภายในหน่วยงานเมื่อมีความรู้ใหม่ และพยาบาลที่มีประสบการณ์ต้องติดตามควบคุมกำกับ นิเทศงานขณะที่ปฏิบัติงานในเวรผลัดเช้า ผลัดบ่าย และผลัดดึก ในด้านพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใหม่ จะต้องใส่ใจที่จะพัฒนาตัวเองทั้งด้านความรู้ทางวิชาการ ดังคำกล่าวของพยาบาล

“ประสบการณ์ในการทำงานและความรู้ทางวิชาการ การใช้แบบประเมินแบบเดิมทำให้การประเมินผู้ป่วยในรายที่ผู้ประเมินที่มีประสบการณ์น้อยไม่เคยเจอมาก่อน ทำให้ประเมินรายละเอียดสำคัญได้ไม่ครบเมื่อเทียบกับผู้ประเมินที่มีประสบการณ์มากกว่า และอาจจะทำให้ขาดประเด็นที่สำคัญที่เป็นปัญหาหลักของผู้ป่วย พยาบาลที่มีประสบการณ์ต้องเป็นพี่เลี้ยงประเมินผู้ป่วยร่วมด้วย” (RN5: 27 พฤศจิกายน 2561)

4. ลักษณะของแบบประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ต้องการพัฒนา

หลังจากได้ทำการสนทนากลุ่มและนำปัญหาหรือประเด็นต่าง ๆ มาจัดกลุ่มและแยกออกมาเป็นประเด็น (Clusters of themes) พยาบาลกลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแบบประเมินตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน มีข้อดี คือเป็นแบบประเมินมีแนวคิดที่กว้างและยืดหยุ่น แต่ยังไม่เหมาะสมในการใช้ประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ยังขาดการประเมินที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับใช้ประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ดังคำกล่าวของพยาบาล

“แบบประเมินที่ใช้อยู่ในปัจจุบันไม่เหมาะสมกับการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ควรเพิ่มเติมในส่วนข้อมูลการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับมาแล้วจาก รพช. เช่น การได้รับการเย็บแผล การตัดไหม การฉีดยาแก้ปวด ยาแก้คลื่นไส้ เพื่อเป็นข้อมูลของผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเดิมไม่มีการบันทึกในข้อมูลเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง และเห็นด้วยว่าควรจะมีรูปภาพที่ระบุตำแหน่งของบาดแผล หรือช่อง check list รายละเอียดชนิดของแผล การผิดรูปของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ โดยเอาลักษณะที่พบได้บ่อยมาทำเป็นช่องให้เลือก ทำให้เข้าใจง่ายสะดวกในการสื่อสารถ่ายทอดข้อมูลในทีมสหสาขาวิชาชีพ” (RN10, RN12: 6 ธันวาคม 2561)

ดังนั้น สิ่งที่ต้องการพัฒนาแบบประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บให้มีความเฉพาะเจาะจงสรุปประเด็นได้ ดังนี้

- การบันทึกการตรวจร่างกายตามแนวทางการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บ ให้แยกการตรวจตามระบบให้ครบถ้วน ชัดเจน ควรมีรูปภาพประกอบการบันทึก หรือมี check list รายละเอียดที่พบเพื่อจะไม่เสียเวลาในการบันทึกสิ่งที่ผิดปกติอย่างยืดเยื้อ

- ข้อมูลบันทึกผลการรักษาเบื้องต้นที่ผู้ป่วยได้รับหรือหรือข้อมูลด้านการรักษาที่ได้รับมา

จากโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานบริการอื่น เช่น การได้รับการฉีดยาแก้คลื่นไส้แก้ปวด

- ควรเพิ่มเติมข้อมูลการบันทึกส่วนอื่นๆ ให้ครอบคลุม เช่น การประเมินระดับความรู้สึกตัว แกร็บ สัญญาณชีพ ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บในแบบประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บ

- การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเป้าหมายคือการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวม ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บ สิ่งสำคัญที่ต้องบันทึกข้อมูลคือข้อมูลในด้านการพฤติกรรมแสดงออกแรกรับของผู้ป่วยที่พบซึ่งจะนำมาสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

อภิปรายผล

การศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการใช้แบบประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท โรงพยาบาลแพร่ เป็นจุดเริ่มต้นของการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ซึ่งจากการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพที่ให้ข้อมูล พบว่า การรับรู้ความหมายของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบมาจากประสบการณ์ที่พบผู้ป่วย การรับรู้ความหมายที่ถูกต้องจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพทำการประเมินและแยกแยะผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบได้อย่างครอบคลุม ซึ่งการที่พยาบาลวิชาชีพจะรับรู้ได้นั้นต้องอาศัยความจำจากประสบการณ์เดิมมาใช้และสถิติที่พบผู้ป่วยบาดเจ็บส่วนใหญ่สาเหตุมาจากบาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยผู้ขับขี่มักมีการดื่มสุราร่วมด้วย ช่วงเวลาที่พบจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้น คือ ช่วงเทศกาลวันหยุด เทศกาลประเพณีพื้นเมือง หรือในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์และมักพบในช่วงเวลากลางคืนทำให้ภาระงานของพยาบาลสูงมากเกินเกณฑ์ที่กำหนดและส่งผลให้ประสิทธิภาพในการประเมินผู้ป่วยลดลง ประเมินได้ไม่ครบถ้วน ทำให้ส่งผลต่อผู้ป่วยได้รับการดูแลล่าช้าซึ่งอาจส่งผลต่อระยะเวลาการรักษาในหอผู้ป่วยนานขึ้น หรืออาจส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุการซ้ำซ้อนตามมาได้

ภายหลัง ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าเกิดความผิดพลาดในการประเมินสภาพแกร็บผู้ป่วยในเบื้องต้นพบถึงร้อยละ 8.1 ซึ่งร้อยละ 56.3 ของความผิดพลาดที่สามารถหลีกเลี่ยงได้พบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจากความผิดพลาดนี้ด้วย (Buduhan & McRotchie, 2000 cited in Saehia & Zongwattana, 2013) หากหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท โรงพยาบาลแพร่ มีการประเมินสภาพแกร็บผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและชัดเจน จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพประเมินสภาพแกร็บผู้ป่วยได้ง่าย รวดเร็ว และครอบคลุมขึ้น ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพตัดสินใจให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้ช่วยลดความผิดพลาดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและข้อร้องเรียนต่าง ๆ ลงได้ ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยาบาลทันทั่วทั้ง

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะการประเมิน ปัญหา อุปสรรคที่พบขณะประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ พบว่าปัจจุบันใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแกร็บตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ที่นำมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยในมิติต่าง ๆ จำนวน 11 มิติ ยังพบปัญหาด้านความยุ่งยากในการประเมิน แบบประเมินยังไม่มีเฉพาะเจาะจงในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บ มีหัวข้อหรือมิติในการประเมินหลายด้าน มีขอบเขตกว้างมาก ทำให้ใช้ระยะเวลาในการประเมินนาน แบบประเมินแกร็บที่ใช้ในปัจจุบันมีพื้นที่การลงข้อมูลไม่เพียงพอ ทำให้แยกการกรอกข้อมูลสำคัญไปเขียนในเวชระเบียนหลายส่วนในบางมิติ เช่น มิติด้านการมีคุณค่าและความเชื่อ (Value - Belief Pattern) ด้านจิตสังคม ประเมินได้ยากในกลุ่มผู้ป่วยหมดสติ หรือมีอาการสับสน เพ้อ (Delirium) หรือไม่มีญาติ และไม่จำเป็นต้องประเมินมิตินี้ขณะแกร็บ เพราะต้องช่วยชีวิตให้ผู้ป่วยพ้นวิกฤตก่อน บางมิติมีความซ้ำซ้อนในการประเมิน เช่น การประเมินมิติที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำ

กิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน (Activities of daily living) และไม่สามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ได้จริง สัมพันธ์กับการศึกษาการพัฒนาและการประเมินประสิทธิภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินสภาพแกร็บผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลปัตตานี ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการจำนวน 30 คน ผลการเสวนาพบว่ากลุ่มเป้าหมายมีความคิดเห็นว่าการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบในขณะแกร็บยังไม่จำเป็นต้องประเมินสภาพจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจยังไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถสื่อสารได้ (Arttanuchit, 2009) ซึ่งจากการทบทวนหลักการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จะต้องประกอบด้วย 1) การประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทั่วไป 2) การประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บเฉพาะที่ และ 3) การประเมินสภาพผู้ป่วยด้านจิตสังคม โดยการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทั่วไป ผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การประเมินแกร็บ การประเมินขณะรับในหอผู้ป่วย การประเมินครบทุกระบบ และการประเมินอย่างต่อเนื่อง การประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บเฉพาะที่เป็น การประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของอวัยวะภายในร่างกายเฉพาะส่วนที่มีความผิดปกติ และการประเมินสภาพผู้ป่วยด้านจิตสังคม สามารถประเมินโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยหรือญาติ ตลอดจนสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยที่แสดงออกได้ (Saehia & Zongwattana, 2013) ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินให้ครบทุกด้านแบบองค์รวม สำหรับในด้านของจิตสังคม พยาบาลวิชาชีพสามารถประเมินได้ตั้งแต่แกร็บทั้งจากการพูดคุยหรือสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก ในกรณีที่ไม่สามารถประเมินได้ในระยะแกร็บ ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินซ้ำอีกครั้งหลังพ้นภาวะวิกฤตเพื่อช่วยให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

นอกจากนี้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 5 ปี ยังไม่สามารถประเมินปัญหาของผู้บาดเจ็บได้ครอบคลุมครบถ้วน ยังพบปัญหาจำแนกประเภทผู้ป่วยบาดเจ็บผิดพลาด ประเมินผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุม จำเป็นต้องมีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ 5 ปี ขึ้นไปเป็นผู้เลี้ยงให้คำแนะนำ สอนงาน และควบคุมกำกับในการประเมินผู้ป่วย ทำให้เกิดความมั่นใจในการประเมินผู้ป่วยภายใต้การดูแลจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์มานาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 2-5 ปี จะขาดความมั่นใจในการประเมินผู้ป่วย การเฝ้าระวัง และการจัดการภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ส่วนพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานมานานจะสามารถประเมินผู้ป่วยได้มากกว่า เนื่องจากได้มีการสั่งสมความรู้และประสบการณ์จากการทำงาน อีกทั้งยังได้รับการเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่หน่วยงานจัดให้ (Thepmusik, Camnanphol, Kraythong, Phonwisut, Nilas & Meenongwah, 2017)

ลักษณะของแบบประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ต้องการพัฒนา พยาบาลวิชาชีพผู้ให้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม มีความคิดเห็นตรงกันและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาแบบประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บ ดังนี้ การตรวจร่างกายให้แยกการตรวจตามระบบให้ครบถ้วน ชัดเจน ควรมีรูปภาพประกอบการบันทึกหรือมี check list ระบุรายละเอียดที่พบ จะช่วยให้ประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมเหมาะสมทุกระบบ และสามารถกลับมาประเมินซ้ำได้ ควรมีข้อมูลบันทึกผลการรักษาเบื้องต้นที่ผู้ป่วยได้รับหรือข้อมูลด้านการรักษาที่ได้รับมาจากโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานบริการอื่นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และได้รับการส่งต่อข้อมูลอย่างครบถ้วน ควรเพิ่มเติมข้อมูลที่สำคัญในส่วนการบันทึกส่วน

อื่น ๆ ให้ครอบคลุม ที่สำคัญที่ต้องบันทึกข้อมูลคือข้อมูลในด้านพฤติกรรมแสดงออกแรกรับของผู้ป่วยที่พบ ข้อมูลจากการประเมินสภาพด้านพฤติกรรมแสดงออกของผู้บาดเจ็บเมื่อแรกรับหรือหลังพ้นภาวะวิกฤต เพื่อให้สามารถนำมาสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและให้การพยาบาลทางด้านกาย อารมณ์ จิตสังคมของผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างครอบคลุม

ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพแบบประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บ เป็นการพัฒนาระบบงานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ การที่ทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยมีส่วนร่วมพัฒนาแบบประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บแรกรับจึงมีความสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ลดปัญหาความผิดพลาดจากการประเมินได้ในที่สุด และนำมาซึ่งการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. ควรมีการปรับปรุงแบบประเมินสภาพแรกรับในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบให้มีความเฉพาะเจาะจงตามแนวทางการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บ การตรวจร่างกายแยกเป็นระบบให้ชัดเจน มีวิธีการประเมินที่ง่าย สะดวก โดยใช้ระบบ check list เช่น ลักษณะของบาดแผลหรือการบาดเจ็บที่พบ เป็นต้น เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการประเมิน ลดภาระงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย และเพื่อผู้ป่วยบาดเจ็บได้รับการประเมินอย่างครอบคลุม ไม่เกิดความเสี่ยงผิดพลาดจากการประเมินได้

2. พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ 1-2 ปี ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้เริ่มต้น (Novice) หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ 3-4 ปี หรือเรียกกลุ่มผู้เรียนรู้ (Advance Beginner) ต้องได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการประเมิน

References

- Aimaurai, V. (2019). Nursing care for multiple trauma patients. *Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal*, 4(1), e0054-e0067. (in Thai).
- Arttanuchit, S. (2009). *Development and evaluation of nursing practice guideline for initial assessment of multiple injury patients at trauma units in Pattani hospital*. (Master's thesis). Prince of Songkla University. (in Thai).
- Biffi, W. L., Harrington, D. T., & Cioffi, W. G. (2003). Implementation of a tertiary trauma survey decreases missed injuries. *The Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care*, 54 (1), 38-44.
- Butcher, N. E., Balogh, Z. J. (2014). Update on the definition of polytrauma. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 40(2), 107-11.
- Ibrahim, F. (2003). *Nursing practice according to nursing theory*. Bangkok: Samcharoen Commercial. (in Thai)
- Keijzers, G. B., Giannakopoulos, G. F., Mar, C., Bakker, F. C., Geeraedts, Jr, L. M (2012). The effect of tertiary on missed injuries in trauma: A systematic review. *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medication*, 20, 1-9.
- Keijzers, G. B., Mar, C. D., Geeraedts, Jr, L. M., Byrnes, J. & Beller., E. M. (2015). What is the effect of a formalized trauma tertiary survey procedure on missed injury rates in multi-trauma patients? Study protocol for a randomized controlled trial. *The World Journal of Surgery*, 16, 1-8.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis*. 2nd ed. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Office of Policy and Strategy Ministry of Public Health. (2012). *Top 10 death statistics: 2010-2011*. Bangkok; Veterans Organization. (in Thai).
- Petersen, V. (2005). *The tertiary trauma survey What, Why, When, How & Who: Detecting Missed Injuries in the Multiply-Injured Patient*. Retrieved (2019, May 17) from <http://www.trauma.org/archive/nurse/tertiarysurvey.htm>
- Phuengbunhan, K., Pamosinlapathum, T. & Mechan, L. (2014). Developing a Model of Caring for the Critical Multiple Trauma Patients in Uttaradit Hospital. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 6(1), 24-37. (in Thai).
- Saehia, V. & Zongwattana, P. (2013). *The development of clinical practice guideline for initial assessment of for patients with multiple injuries admitted to hospitals*. Songkhla: Faculty of Nursing Prince of Songkla University. (in Thai).
- Sennunt, K., Thosingha, O., & Sindhu, S. (2008). Emergency resuscitation in trauma patients: A literary analysis. *Thai Journal of Nursing Council*, 23 (3), 26-39. (in Thai).
- Thepmusik, P., Chamnanphol, S., Kraythong, N., Phonwisut, S., Nilas, J. & Meenongwah, J. (2017). Knowledge regarding to delirium, monitoring, and management in critical ill patients

among nurses at Sunpasitthiprasong Hospital. Journal of Health Science. *Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong*, 1(2), 70-85. (in Thai).

Trauma and neurological surgery unit. (2017). *Summary of annual information about the trauma and neurological surgery unit*. Phrae Hospital. (in Thai).

Vioque, S. M., Cladera, P. R., Aufroy, A. L., Diaz, C. G., & Bayo, H. L. (2013). Tertiary survey in the management of patients with multiple injury. *Emergencias*, 25, 105-110.