

การพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

The Development of Clinical Practice Guideline for Initial Assessment of for Patients

with Multiple Injuries Admitted to Hospitals

ผศ.ดร. วิภา แซ่เซี่ย¹

รศ.ดร.ประณีต ส่องวัฒนา²

บทคัดย่อ

ความผิดพลาดในการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบยังคงเกิดขึ้น การประเมินสภาพผู้ป่วยซ้ำเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจึงมีความจำเป็น วัตถุประสงค์การศึกษาครั้งนี้คือ การพัฒนาและประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยให้พยาบาลจำนวน 29 รายที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัตินี้ ซึ่งดัดแปลงจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงแล้วจากงานวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาในระดับปริญญาโท คุณภาพของแนวปฏิบัติประเมินในประเด็นความยาก-ง่าย ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ ความสามารถของพยาบาลในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง โดยใช้เครื่องมือในการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติประกอบด้วยแบบสอบถาม ประเมินความยาก-ง่ายและความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาโดยนักวิจัย ส่วนความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติประเมินโดยมาตรวัดตัวเลข และความสามารถของพยาบาลในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุมการประเมิน โดยนักวิจัยตามกรอบการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งทวีปอเมริกาเหนือ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลร้อยละ 79.3 ($n = 23$) ระบุว่าสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ ยกเว้นการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ และแนวปฏิบัติมีความง่ายในการนำไปปฏิบัติได้ ในหมวดต่อไปนี้เป็น การบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วย AMPLE การบันทึกข้อมูลการผ่าตัดและการทำหัตถการ การประเมินความปวดกรณีที่ผู้ป่วยสื่อสารได้ การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ส่วนหมวดที่พยาบาลระบุว่ามีความยากและเป็นไปได้ยากในการนำไปปฏิบัติได้แก่ การประเมินความปวดในกรณีที่ผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้และการประเมินด้านจิตใจ อย่างไรก็ตาม พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติร้อยละ 69 มีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัตินี้ในระดับสูง แต่มีพยาบาลเพียงร้อยละ 37.9 ที่สามารถกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม ดังนั้นแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่พัฒนามีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้กับผู้ป่วยแรกรับบาดเจ็บหลายระบบ หากมีการปรับปรุงเนื้อหาที่ซ้ำซ้อนกับแบบประเมินที่มีอยู่เดิม ค้นหาวิธีการในการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้

Abstract

Missed injuries still remain a problem in patients with multiple injured. Reassessment of patients' condition when they are admitted to wards is necessary. This study aimed to develop and evaluate the clinical nursing practice guideline (CNPG) for initial assessment of patients with multiple injured admitted to trauma wards. Twenty-night nurses working in trauma wards at the secondary, regional, and university hospitals were participated in this study. The CNPG was modified from the thesis of one Master-prepared student who developed the CNPG based on the evidence-based knowledge of trauma assessment. The CNPG was tested for its content validity and reliability based on the thesis work. The quality of the CNPG was evaluated in terms of feasibility and difficulty of CNPG use, compliance of CNPG use, nurses' satisfaction of CNPG use, and nursing diagnosis being stated correctly and comprehensively. The outcomes of feasibility, difficulty, and compliance of CNPG use were measured by the questionnaires developed by the researchers. Nurses' satisfaction was examined by the numeric rating scale. The correct and comprehensive statement of nursing diagnosis was evaluated based on the statement proposed by North of America Nursing Diagnosis Association. Data were analyzed by frequency and percentage.

The results showed that 79.3% of nurses complied with the CNPG use and all nurses reported that the CNPG was easy to be used in dimensions of assessing patients' history using AMPLE, operation and treatment procedures, pain perception, and laboratory information. The dimensions that were difficulty to implement were assessing pain in unable communicated patients and, assessing psychological problems. However, 69% of nurses were satisfied with the CNPG use at the high level. Only 37.9% of nurses stated nursing diagnosis correctively and comprehensively. Therefore, the CNPG is applicable for clinical practice after the revision of pain assessment in unable communicated patients and removing the repetitive sections has done.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ร่วมแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในเนื้อหาของแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุโรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในการให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในเรื่องการเก็บข้อมูลวิจัย ตลอดจนทั้งพยาบาลและผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	i
Abstract	ii
กิตติกรรมประกาศ	iii
สารบัญ	iv
สารบัญภาพ	v
สารบัญตาราง	vi
บทที่ 1 บทนำ	1
วัตถุประสงค์	2
ขอบเขตการวิจัย	2
กรอบแนวคิดการวิจัย	3
นิยามศัพท์	5
ขอบเขตการศึกษา	5
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	7
แนวคิดเกี่ยวกับการบาดเจ็บหลายระบบ	7
การประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบในหอผู้ป่วย	14
แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก	19
แนวปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ	28
สรุปการทบทวนวรรณกรรม	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	36
ระยะที่ 1 การสร้างแนวปฏิบัติ	36
ระยะที่ 2 การปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับหน่วยงาน	38
ระยะที่ 3 การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วย บาดเจ็บหลายระบบ	39
การวิเคราะห์ข้อมูล	40
บทที่ 4 ผลการวิจัย	41
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	49
บรรณานุกรม	51
ภาคผนวก	56
ประวัติคณะผู้วิจัย	61

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการพัฒนาและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติในการประเมิน สภาพแวดล้อมผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาล	4

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	เครื่องมือในการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้	15
4.1	จำนวนและร้อยละของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ จำแนกตามอายุ เพศ ระยะเวลาการปฏิบัติงานและ ประสบการณ์การอบรมเฉพาะทาง	42
4.2	จำนวน ร้อยละ การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย	43
4.3	ความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ ในด้านความยาก-ง่าย	44
4.4	ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ	44
4.5	ปัญหาอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ	45
4.6	ความสามารถของพยาบาลในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม จำแนกตาม โรงพยาบาล	46

บทที่ 1

บทนำ

การบาดเจ็บหลายระบบเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว จากการเสียชีวิตอย่างรุนแรง มีทางเดินหายใจอุดกั้นหรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ สมองได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง (กาญจนา, อรพรรณ, และศิริอร, 2551) เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบคือ การช่วยให้รอดชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุดด้วยการประเมินสภาพและให้การรักษาเบื้องต้นอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (ปริษา, เรวัต, กฤษณ์, และอนันต์, 2547) อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเกิดความผิดพลาดในการประเมินสภาพผู้ป่วยในเบื้องต้นถึงร้อยละ 8.1 ซึ่งร้อยละ 56.3 ของความผิดพลาดสามารถหลีกเลี่ยงได้และพบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตจากความผิดพลาดนี้ด้วย (Buduhan & McRotchie, 2000) นอกจากนี้ความผิดพลาดในการประเมินสภาพยังส่งผลกระทบต่อวันนอนในหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่นานขึ้น (Davis, Sullivan, Levine, & Dallara, 1995) ดังการศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่าเกิดความผิดพลาดในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก 12 รายการในผู้ป่วยจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 120 และผู้ป่วยจำนวน 3 รายต้องเข้ารับการผ่าตัดเพิ่มเติม โดยพบว่าปัญหาด้านกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อเป็นปัญหาที่พบบ่อยและถูกละเลยในการประเมินสภาพแรกรับ (Brooks, Holroyd, & Riley, 2004) ผลการศึกษากลายคลึงกับการศึกษาในประเทศสเปนที่พบความผิดพลาดในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยถึงร้อยละ 40.3 หลังจากที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแล้ว 24 ชั่วโมง โดยพบปัญหากระดูกหักเป็นความผิดพลาดในการประเมินสภาพแรกรับที่พบบ่อยที่สุด รองลงมาคือ ปัญหาบาดเจ็บทรวงอกและช่องท้อง (Montmany, Navarro, Rebaso, Hermoso, Hidalgo, & Canovas, 2008) จึงเห็นได้ว่าความผิดพลาดในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยยังอยู่ในอัตราที่สูง

พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด ดังนั้นพยาบาลจึงจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบอย่างถูกต้อง แม่นยำและครอบคลุม หากหน่วยงานมีแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่ชัดเจน จะช่วยให้พยาบาลมีการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ ถูกต้อง ครอบคลุมและรวดเร็ว รวมทั้งตัดสินใจวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากการวินิจฉัยผิดพลาดหรือจากภาวะแทรกซ้อนได้ ดังแนวคิดของจิตร, อนุวัฒน์, สงวนสิน, และเกียรติศักดิ์ (2543) ที่กล่าวว่า การมีแนวปฏิบัติที่จัดทำอย่างเป็นระบบและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สามารถนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติให้ผู้ป่วยปฏิบัติงานใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และง่ายต่อการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ การมีแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพผู้ป่วยที่เหมาะสมกับหน่วยงาน จัดเป็นการพัฒนาประสิทธิภาพการให้การพยาบาลซึ่งจะเกิดผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่เป็นระบบ ครอบคลุม ต่อเนื่อง ดังนั้นจึงควรมีแนวปฏิบัติใน

การประเมินสภาพแรกเริ่มผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางในการประเมินสภาพแรกเริ่มในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างรวดเร็ว ครอบคลุม ถูกต้อง และเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวินิจฉัยปัญหาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

การประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบจึงเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นหนึ่งในกระบวนการพยาบาล เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการและมีประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล การประเมินสภาพที่รวดเร็ว และถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูง และมีภาวะแทรกซ้อนน้อย (Wilson, Grande, & Hoyt, 2007) จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ครอบคลุมทุกระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดปัญหาตามมาภายหลัง เช่น เกิดภาวะช็อก มีระดับความรู้สึกตัวลดลง และอยู่ในภาวะวิกฤตเพิ่มมากขึ้น (Harris & Sethi, 2006) และจากการศึกษาข้อมูลของผู้วิจัยพบว่าแบบประเมินที่ใช้ประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ หรือโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ เป็นแบบประเมินผู้ป่วยทั่วไปที่ประกอบด้วยการประเมินสัญญาณชีพ ประวัติอาการสำคัญ อาการปัจจุบัน เวลาที่ได้รับบาดเจ็บเท่านั้น ยังไม่พบแบบประเมินที่ประเมินการบาดเจ็บหลายระบบที่ใช้ในปัจจุบันในโรงพยาบาลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินแรกเริ่มผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ใช้เวลารวดเร็วในการประเมินความรุนแรง สะดวกในการใช้ มีความแม่นยำ และสามารถกำหนดปัญหาทางพยาบาลได้อย่างครอบคลุมเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกเริ่มผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ
2. เพื่อประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

ขอบเขตการวิจัย (Scope)

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเมื่อแรกเริ่มในหอผู้ป่วยใน และทดสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นนี้กับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยกรอบแนวคิดที่ใช้ในขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้บาดเจ็บหลายระบบและกรอบแนวคิดที่ใช้ในขั้นตอนการทดสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น

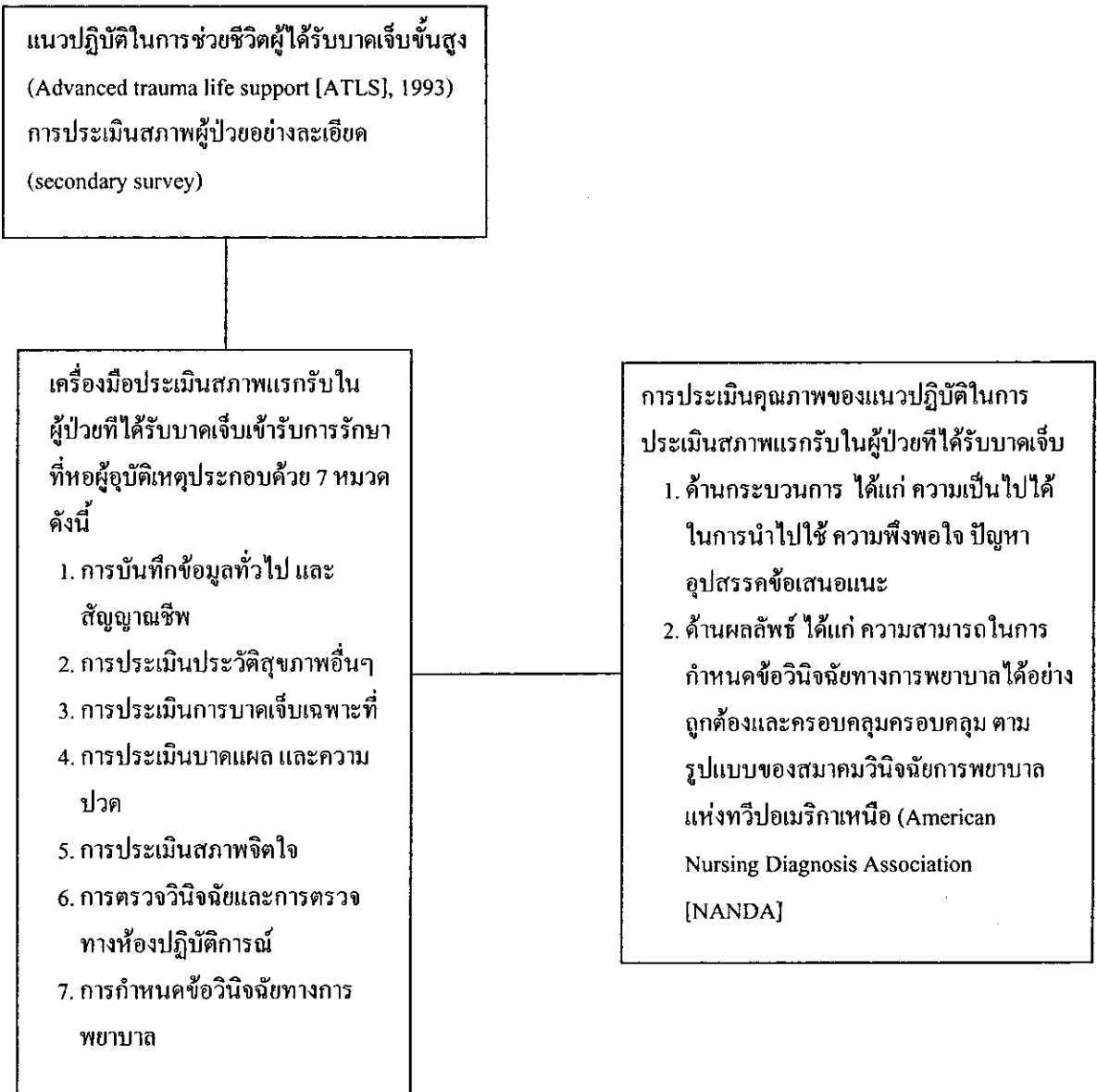
1. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ กรอบแนวคิดที่ใช้ในขั้นตอนนี้มี 2 กรอบแนวคิด คือ กรอบแนวคิดของแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (Advanced trauma life support [ATLS], 1978) และหลักการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline [CPG]) ของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1998) โดยผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดของแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (Advanced trauma life support [ATLS], 1978) มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างเนื้อหาของแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินและการรักษาผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ 4 ระยะ คือ ระยะการประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้น (primary survey) ระยะการช่วยฟื้นคืนชีพ (resuscitation) ระยะการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างละเอียด (secondary survey) และระยะการดูแลที่มีแบบแผนเฉพาะโรค (definitive care) โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำระยะของการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างละเอียด (secondary survey) ซึ่งประกอบด้วย 1) การซักประวัติ 2) การตรวจร่างกาย 3) การตรวจพิเศษอื่นๆ มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างเนื้อหาในการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สำหรับขั้นตอนการดำเนินการสร้างแนวปฏิบัติที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดหลักการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline [CPG]) ของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1998) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน คือ 1) การกำหนดประเด็นปัญหา 2) การกำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ 4) การสืบค้นและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์หรือแนวปฏิบัติที่มีอยู่ 5) การตรวจสอบแนวปฏิบัติ 6) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และ 7) การสรุปผลการศึกษา

สำหรับการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งก็คือแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (Advanced trauma life support [ATLS] ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพทางคลินิก (Appraisal of Guideline Research and Evaluation [AGREE], 2001) ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ ขอบเขตและวัตถุประสงค์ การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ความชัดเจนและการนำเสนอ การประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ

2. ขั้นตอนการประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ กรอบแนวคิดที่ใช้ในขั้นตอนนี้ คือ กรอบแนวคิดในการประเมินคุณภาพการบริการสุขภาพ (Donabedian, 1966 อ้างตาม มาริสตา, 2544) ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน 3 ขั้นตอน ได้แก่ การ

ประเมินด้าน โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การประเมินในด้าน กระบวนการและผลลัพธ์ มาเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดังนี้ การประเมินด้านกระบวนการจะประเมินในประเด็นต่อไปนี้ 1) ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ ได้แก่ ความยาก-ง่ายของการใช้แนวปฏิบัติ, ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ 2) ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ 3) ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ส่วนการ ประเมินด้านผลลัพธ์จะประเมินในประเด็นความสามารถของพยาบาลในการค้นพบข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม ดังแผนภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการพัฒนาและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ ได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

นิยามศัพท์

แนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบหมายถึง ข้อความที่กำหนดขึ้นเพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับที่ได้รับการบาดเจ็บหลายระบบ โดยข้อความที่กำหนดขึ้นนั้นดัดแปลงมาจากแนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลปัตตานีที่พัฒนาโดยสุนิดา, วิชา, และประณีต (2553) ที่พัฒนาจากแนวคิดของแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) โดยนำในส่วนของ การประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างละเอียด (secondary survey) ประกอบด้วย 1) การซักประวัติ 2) การตรวจร่างกาย 3) การตรวจพิเศษอื่นๆเป็นกรอบในการพัฒนา ภายใต้ขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งประกอบด้วย 1) การกำหนดประเด็นปัญหา 2) การกำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ 4) การสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์หรือแนวปฏิบัติที่มีอยู่ 5) การตรวจสอบแนวปฏิบัติ 6) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และ 7) การสรุปผลการศึกษา

คุณภาพของแนวปฏิบัติในการประเมินแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ หมายถึง การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับกับพยาบาลผู้ใช้ในเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ โดยการประเมิน คุณภาพในเชิงกระบวนการ ได้แก่ 1) ความเป็นไปได้ของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้แก่ ความยาก-ง่าย, ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ทำการประเมินโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 2) ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ประเมินโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scales) 3) ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ประเมินโดยใช้คำถามปลายเปิด ส่วนการประเมินคุณภาพในเชิงผลลัพธ์ จะประเมินในเรื่อง ความสามารถของพยาบาลในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม ทำการประเมิน โดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานในการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามรูปแบบของสมาคมวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งทวีปอเมริกาเหนือ (NANDA) (วิจิตร และอรุณี, 2551) ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้เปรียบเทียบเกณฑ์ด้วยตนเอง

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ เมื่อแรกรับในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลา หาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัตินี้กับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบในเชิงกระบวนการและผลลัพธ์

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้แนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ซึ่งช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยโดยกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครบคลุม ทำให้ผลการวินิจฉัยผิดพลาดได้ และทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้อย่าง ถูกต้องและทันท่วงที

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการบาดเจ็บหลายระบบ
 - 1.1 กลไกของการได้รับบาดเจ็บหลายระบบ
 - 1.2 ผลกระทบจากการบาดเจ็บหลายระบบ
2. การประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ
 - 2.1 การประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทั่วไป
 - 2.2 การประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บเฉพาะที่
3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบตามรูปแบบของสมาคมวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งทวีป อเมริกาเหนือ (America Nursing Diagnosis Association [NANDA])
4. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 4.1 ความหมายและขั้นตอนพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิก
 - 4.2 การประเมินประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้
5. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ
6. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดเกี่ยวกับการบาดเจ็บหลายระบบ

การบาดเจ็บ (trauma หรือ injury) หมายถึง การทำลายต่อร่างกาย โดยพลังงานจากสิ่งแวดล้อมถ่ายเทมาสู่ร่างกาย การบาดเจ็บหลายระบบมีคำหลายคำในภาษาอังกฤษที่ใช้ร่วมกัน คือ คำว่า major trauma, polytrauma, multitrauma, multiple injury หรือ critical trauma ซึ่งหมายถึง การบาดเจ็บที่รุนแรงที่เกิดขึ้นกับอวัยวะระบบเดียวหรือหลายระบบพร้อมๆ กัน การบาดเจ็บหลายระบบเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว จากระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาททำงานล้มเหลวอย่างเฉียบพลันหรือเสียชีวิตจากการติดเชื้อหรือระบบการทำงานของร่างกายทั้งหมดล้มเหลว การบาดเจ็บหลายระบบเกิดจากกลไกดังต่อไปนี้ (Newberry, 2003)

กลไกของการได้รับบาดเจ็บหลายระบบ

การบาดเจ็บหลายระบบ เกิดขึ้นเมื่อมีแรงกระทำภายนอกมากระทบร่างกายเป็นเหตุให้โครงสร้างทางกายวิภาคมีการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดการบาดเจ็บ แรงกระทำภายนอก ได้แก่ รั้งสี ไฟฟ้า ความร้อน สารเคมี หรือพลังงานจากเครื่องจักรกล ความรุนแรงของการบาดเจ็บหลายระบบขึ้นกับกลไกต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกายและสามารถทำนายถึงการบาดเจ็บที่จะมีต่อไปได้ โดยสามารถจำแนกกลไกการบาดเจ็บได้ดังนี้

1. การบาดเจ็บจากแรงกระแทกหรือวัตถุไม่มีคม (*blunt trauma*)

การบาดเจ็บจากแรงกระแทกหรือวัตถุไม่มีคม ส่วนใหญ่มักเกิดจากอุบัติเหตุจากขบวนการพาหนะ การเล่นกีฬาที่มีการกระแทกที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ หรือจากการพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการลดลงของความเร็วของวัตถุที่มากระทบต่อร่างกายแล้วหยุดลงอย่างกะทันหัน (*deceleration injury*) โดยเนื้อเยื่อและอวัยวะยังคงมีการเคลื่อนไหวไปข้างหน้า ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการบาดเจ็บต่อโครงสร้างของร่างกาย

2. การบาดเจ็บจากการถูกทิ่มแทง (*penetrating trauma*)

การบาดเจ็บจากการถูกทิ่มแทง พบได้ในการถูกแทงด้วยของมีคม (*stabbing*) อาวุธปืน การถูกแทง ซึ่งอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บเฉพาะเนื้อเยื่อตามแนวที่ถูกแทง หรือความรุนแรงของบาดแผลชนิดนี้ขึ้นอยู่กับอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ความลึกและการทำลายของเนื้อเยื่อ ถ้าลึกมากอาจเป็นอันตรายต่ออวัยวะภายใน หลอดเลือดและเส้นประสาทได้

ผลกระทบจากการบาดเจ็บหลายระบบ

เมื่อร่างกายได้รับการบาดเจ็บจะส่งผลกระทบต่อเนื้อเยื่อหรือเซลล์ของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บนั้นด้วย ซึ่งขึ้นกับกลไกของการบาดเจ็บของอวัยวะนั้น ผลกระทบจากการบาดเจ็บหลายระบบ แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ ผลกระทบต่อร่างกายทั่วไป ผลกระทบต่ออวัยวะเฉพาะที่ ผลกระทบทางด้านจิตสังคม และผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

1. ผลกระทบต่อร่างกายทั่วไป

1.1 ภาวะช็อก เกิดจากสาเหตุใดก็ตามที่ขัดขวางการไหลเวียนของเลือด ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงเซลล์หรืออวัยวะได้ ทำให้อวัยวะดังกล่าว ได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ จะมีผลทำให้เซลล์หรืออวัยวะนั้นหยุดการทำงานที่ ภาวะช็อกที่เกิดจากการสูญเสียปริมาณเลือด (*hypovolemic shock*) ในร่างกายเป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ซึ่งเกิดจากการมีแผลเปิดจากการได้รับบาดเจ็บหรือการสูญเสียภายในร่างกายโดยไม่มีแผลเปิด ได้แก่ การสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด หรืออวัยวะ

ภายในถูกกระทบกระเทือนจากการบาดเจ็บที่ไม่มีบาดแผลภายนอก (สูทธรรมชาติ, นกคส, ศุภวิทย์, ปริญญา, ปรียชยาพันธ์, และประยูรวิวัฒน์, 2550)

ถ้าสาเหตุของช็อกได้รับการแก้ไขและร่างกายสามารถปรับตัวได้สำเร็จ เซลล์ได้รับออกซิเจนและสารอาหารอย่างเพียงพอ ร่างกาย ก็สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ แต่ถ้าร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้ ภาวะช็อกยังคงดำเนินต่อไป เซลล์จะขาดออกซิเจนมากขึ้น จนทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงที่มีความรุนแรงมากขึ้น เช่น มีการเผาผลาญแบบ ใช้ออกซิเจน (anaerobic metabolism) มีการสร้างกรดแลคติก (lactic acid) มีภาวะอิลีกโทรไลต์ และภาวะกรด-ด่างไม่สมดุล เนื้อเยื่อถูกทำลายมากขึ้น ถ้าสาเหตุและผลกระทบดังกล่าวไม่ได้รับการแก้ไขได้ทันเวลาภายใน 1-2 ชั่วโมง หลังเกิดภาวะช็อก เซลล์และอวัยวะสำคัญหลายๆ อวัยวะจะถูกทำลาย (multiple organ dysfunction syndrome (MODS) (จริยา, 2547)

ร่างกายมีการตอบสนองต่อภาวะช็อกโดย มีค่าเฉลี่ยความดันของหลอดเลือดแดง (mean arterial pressure) ลดลง ซึ่งผลเนื่องจากการมีปริมาณเลือดในร่างกาย หรือปริมาณเลือดที่ไหลเวียนออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output) ลดลง หรืออาจเกิดจากการขยายของหลอดเลือด โดยปกติพบว่าถ้าค่าเฉลี่ยความดันของหลอดเลือดแดง (mean arterial pressure) ลดลงจากเดิม 5-10 มิลลิเมตรปรอท จะมีการกระตุ้นตัวรับสัญญาณประสาท (neuro receptor) เรียกว่า บาโรรีเซพเตอร์ (baroreceptors) ซึ่งอยู่ในเอออร์ติกาซ (aortic arch) และคาร์โรติดไซนัส (carotid sinus) (Krantz, 1999) และจะส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองส่วนกลางให้ร่างกายมีการตอบสนองและมีกลไกปรับตัว โดยการทำให้หลอดเลือดของอวัยวะที่มีความสำคัญน้อยหดตัว เช่น ไต ผิวหนัง ทางเดินอาหาร เลือดไปเลี้ยงน้อยลง ทั้งนี้เพื่อให้อวัยวะที่สำคัญเช่น สมอง หัวใจ ปอด มีเลือดไปเลี้ยงได้มากขึ้น นอกจากนี้จะมีกลไกการปรับตัวโดย กระตุ้นประสาทซิมพาทีติก (sympathetic nervous system) เพื่อทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตจึงเพิ่มขึ้น

1.2 เมื่อร่างกายได้รับบาดเจ็บจะเกิดการอักเสบจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย และถ้าไม่ได้รับการจัดการที่ถูกต้องและครอบคลุม การอักเสบเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและรุนแรงมากจนเกิดเป็นกลุ่มอาการอักเสบตามระบบต่างๆทั่วร่างกาย (systemic inflammatory response syndrome [SIRS]) โดยร่างกายพยายามปรับสมดุลให้มีการทำลายเซลล์ให้น้อยที่สุด เพื่อให้ร่างกายสามารถผ่านพ้นวิกฤตได้และมีการซ่อมแซมทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ทันท่วงทีและมีการติดเชื้อในร่างกายร่วมด้วย จะทำให้เกิดความล้มเหลวในการทำงานของแต่ละอวัยวะและเกิดการทำงานล้มเหลวหลายระบบในที่สุด สำหรับอวัยวะที่ได้รับผลกระทบเป็นอวัยวะแรก คือ ปอด โดยมีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง (acute respiratory distress syndrome [ARDS]) (Krantz, 1999)

เมื่อร่างกายได้รับบาดเจ็บหรือเกิดการอักเสบหรือเกิดการติดเชื้อ แบคทีเรียหรือที่อกซิมที่เข้าสู่กระแสโลหิต จะกระตุ้นให้มีการหลั่งสารคัดหลั่งเพิ่มขึ้น เช่น สารไคนิน (kinin), ฮีสตามีน (histamine), และซีโรโทนิน (serotonin) เป็นต้นซึ่งสารคัดหลั่งไคนิน หรือ ฮีสตามีน มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายเกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายเป็นภาวะที่มีพลังงานเพิ่มมากขึ้น (hyperdynamic) คือ ผู้ป่วยจะมีอาการตัวอุ่น ผิวหนังแดง แรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายที่หัวใจและปอดจะลดลง (decreased systemic vascular

resistance) ทำให้ปริมาณของเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจลดลง (decreased preload) จะพบความดันโลหิตต่ำ ปริมาตรเลือดที่ไหลออกจากหัวใจอาจลดลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดน้อยลง ร่างกายพยายามปรับ ด้วยการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและหายใจเร็วขึ้น เพื่อให้ ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีเพิ่มขึ้น แต่ถ้าหากร่างกายปรับตัวไม่ได้ หรือภาวะ MODS และ ภาวะ SIRS ไม่ได้รับการแก้ไขก็จะเข้าสู่ภาวะที่มีพลังงานลดลง (hypodynamic) กระตุ้นการหลั่งสารต่างๆ เช่น แคทีโคลามีน (catecholamine) และซีโรโทนิน ซึ่งจะมิฤทธิ์เพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดทำให้แรง ดันทานหลอดเลือดส่วนปลายที่หัวใจและปอดเพิ่มสูงขึ้น มีผลทำให้ปริมาตรเลือดที่ไหลเวียนออกจาก หัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ทำให้อวัยวะต่างๆ ได้รับเลือดไม่เพียงพอโดยเฉพาะหัวใจ สมอง ไต และลำไส้ จะ พบมีความดันโลหิตต่ำ มือเท้าเย็น ชีพจรเบา หายใจเร็ว เกิดการกั่งของกรดแลคติก ระดับความรู้สึกตัว เปลี่ยนแปลง ปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 ซีซี/ชม. ผลจากการที่ระบบไหลเวียนของเลือดไปสู่อวัยวะต่างๆ ลดลง เร็วๆ ทำให้เกิดการหดตัวของเส้นเลือดฝอย เกิดการกั่งของเลือดและมีการกระตุ้นสารคัดหลั่งที่กระตุ้นการ เพิ่มการจับกันของเกร็ดเลือด ทำให้เพิ่มความดันในหลอดเลือดฝอยในปอด เกิดภาวะน้ำรั่วเข้าสู่ถุงลม ถุงลม แฝบ เกิดภาวะระบบหายใจล้มเหลวในที่สุด ผลจากระบบหายใจหรืออวัยวะอื่นที่ล้มเหลวก่อนจะนำไปสู่ การล้มเหลวของอวัยวะอื่นต่อไปได้ (จรรยา, 2547)

1.3 ความปวด (pain) เป็นอาการสำคัญที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ เกิดจากการ ได้รับบาดเจ็บและมีบาดแผลเกิดขึ้นจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย พบได้บ่อยมากในทุกส่วนของร่างกาย (กระดูก, นันทา, และมรรยาท, 2551) และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับความปวดพร้อมกับพยาธิ สภาพของโรคที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ มีผลกระทบต่อรีเฟลกซ์ต่างๆของร่างกาย อาจทำให้เกิดการขยายหลอดเลือด ส่วนปลาย (peripheral vasodilatation) เกิดอาการหน้ามืดเป็นลม หรือช็อก จนกระทั่งเกิดภาวะการ ไหลเวียนล้มเหลว (cardiac collapse) และเสียชีวิตได้ ร่างกายจะตอบสนองโดยมีการเปลี่ยนแปลงของ สัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้น หรือเหนื่อยหอบ อัตราการเต้นของหัวใจ เหนือออก ตัวเย็น พฤติกรรมการเคลื่อนไหว สีหน้าท่าทางหรือการส่งเสียง เป็นต้น ความปวดมีผลกระทบกับคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Krantz, 1999)

2. ผลกระทบต่ออวัยวะเฉพาะที่

2.1 การบาดเจ็บที่ทรวงอกในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ส่วนมากจะมีการบาดเจ็บที่ ทรวงอกร่วมด้วย การบาดเจ็บที่ทรวงอกนั้นจะมีผลกระทบต่อระบบการไหลเวียนโลหิตและการหายใจ การ บาดเจ็บที่เกิดขึ้นมี 2 ชนิด คือ การบาดเจ็บที่ไม่มีแผลทะลุ (blunt หรือ non-penetrating chest injuries) เช่น การที่ทรวงอกถูกกระแทกอย่างแรงกับพวงมาลัย การตกจากที่สูง เป็นต้น และการบาดเจ็บที่มีแผลทะลุ (penetrating chest injuries) เช่น การถูกยิงหรือถูกแทงด้วยวัตถุมีคม ซึ่งทำให้เกิดการชอกช้ำ หรือมีบาดแผล ต่ออวัยวะทั้งในทรวงอกและส่วนอื่นของร่างกายได้ ภาวะผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ ทรวงอก (สิโรจน์, 2550) ได้แก่ การบาดเจ็บของซี่โครงและปอด ส่วนใหญ่เกิดจากแรงกระแทกหรือวัตถุไม่ มีคม (bunt trauma) มักทำให้กระดูกซี่โครงหักหนึ่งหรือหลายซี่ได้ ซึ่งอาจทำให้มีการฉีกขาดของเนื้อปอด

และเส้นเลือด ทำให้มีเลือดหรือทั้งเลือดและลมออกในช่องเยื่อหุ้มปอด (hemothorax, pneumothorax or hemothorax) หรือเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดหรือหลอดอาหาร ได้หรือถ้าเกิดร่วมกับกระดูกหน้าอกหัก ผนังทรวงอกส่วนนั้น จะเคลื่อนไหวยุบเข้าและโป่งออกเมื่อหายใจออกและถ้าเกิดกับซี่โครงส่วนล่าง อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ตับ ไต หรือม้ามร่วมด้วย (วีรวัดน์, 2544)

อาการที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่เกี่ยวกับซี่โครงและปอด ผู้ป่วยจะมีอาการ หายใจตื้นและเร็ว ไม่สามารถหายใจได้อย่างเต็มที่ อาจเห็นรอยช้ำและคล้ำได้เสียงกรอบแกรบบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บหรืออาจพบมีลมใต้ชั้นผิวหนัง (subcutaneous emphysema) และเจ็บหน้าอกข้างที่เป็น ถ้าเคาะด้านที่เป็นจะพบเสียงโปร่งผิดปกติ ในบางรายอาจพบ หายใจลำบาก (dyspnea) เขียว (cyanosis) ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) และคาร์บอนไดออกไซด์มาก (hypercapnea) ชีพจรเต้นเร็วขึ้น ถ้าขนาดของบาดแผลใหญ่เวลาหายใจเข้าและออก ความดันภายในช่องเยื่อหุ้มปอดและอากาศภายนอกจะเท่ากันทำให้ปอดขยายเข้าออกผิดปกติ และช่องกึ่งกลางระหว่างทรวงอก (mediastinum) เคลื่อนไปมา ซึ่งถ้าอาการรุนแรงมากอาจทำให้เกิดภาวะช็อกจากความเจ็บปวดอย่างรุนแรงและจากปริมาณเลือดที่หัวใจบีบออกต่อหนึ่งนาที (cardiac output) ลดน้อยลง เนื่องจากเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจน้อยลง (จุมพล, 2550)

2.2 การบาดเจ็บของหัวใจ

การบาดเจ็บของหัวใจพบบ่อยในการบาดเจ็บจากแรงกระแทกหรือวัตถุไม่มีคม (blunt trauma) พบได้ในอุบัติเหตุจากการที่ทรวงอกกระแทกกับพวงมาลัยรถ (cardiac contusion) ส่วนใหญ่มักเกิดบริเวณหัวใจห้องล่างขวา หรืออาจเกิดจากการมีแผลถูกยิง ถูกแทง เข้าบริเวณหัวใจโดยตรง ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการ เจ็บหน้าอกคล้ายกับอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อาจมีอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยอาจมีอาการเขียว หัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia) มีผลทำให้ปริมาณเลือดที่หัวใจบีบออกต่อหนึ่งนาที (cardiac output) ลดลง ความดันโลหิตต่ำ ถ้ามีเลือดออกอย่างเฉียบพลันเพียง 150-200 มล. จะขัดขวางการขยายตัวของหัวใจ ทำให้เกิดภาวะหัวใจถูกกด (tamponade) มีผลทำให้เลือดไหลกลับเข้าหัวใจห้องล่างขวาลดลงและปริมาณเลือดที่หัวใจบีบออกต่อหนึ่งนาที (cardiac output) ก็ลดลงด้วย

2.3 การบาดเจ็บของช่องท้อง

การบาดเจ็บบริเวณช่องท้องเกิดได้ทั้งจากการบาดเจ็บจากแรงกระแทกหรือวัตถุไม่มีคม (blunt trauma) มักเกิดจากอุบัติเหตุทางรถยนต์หรือตกจากที่สูง ซึ่งมีผลทำให้หน้าท้องถูกกระแทก และเกิดจากการบาดเจ็บที่ถูกรถที่มแทง (penetrating trauma) มักเกิดจากการที่มีแผลทะลุเข้าช่องท้อง เช่น ถูกยิง ถูกแทง เป็นต้น สำหรับอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บในช่องท้องที่พบบ่อย ได้แก่ ม้าม ตับตับอ่อน และการบาดเจ็บของอวัยวะเหล่านี้จะทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่พบ ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวอาจบ่นปวดท้องและร้าวไปสะบักหรือไหล่ทั้งนี้ขึ้นกับตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ในรายที่เสียเลือดมากอาจเกิดภาวะช็อกได้จากการมีเลือดออกในช่องท้อง (สุทธชาติ และคณะ, 2550)

2.4 การบาดเจ็บของทางเดินปัสสาวะและอุ้งเชิงกราน

ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหลายระบบ อาจมีการบาดเจ็บของทางเดินปัสสาวะร่วมด้วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีการบาดเจ็บที่ช่องท้องและกระดูกเชิงกราน ซึ่งเกิดจากการถูกยิง ถูกแทงที่หลัง ลำตัว ช่องท้อง การบาดเจ็บจากแรงกระแทกหรือของ ไม่มีคม (blunt trauma) การบาดเจ็บของระบบทางเดินปัสสาวะ อาจมีการบาดเจ็บของอวัยวะดังต่อไปนี้ (จุมพล, 2550)

2.4.1 การบาดเจ็บของไต พบได้บ่อย มักเกิดร่วมกับทรวงอกและช่องท้อง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้อง ปวดชายโครง ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด และอาจช็อกได้

2.4.2 การบาดเจ็บของท่อปัสสาวะ อาการบาดเจ็บที่ท่อปัสสาวะมักเกิดในผู้ป่วยผู้ชายที่ได้รับอุบัติเหตุจากกระดูกสะโพกหรือเชิงกรานหัก ผู้ป่วยจะปวดปัสสาวะและไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้ มีเลือดออกที่ปลายท่อปัสสาวะ อาจพบบริเวณฝีเย็บ มีรอยช้ำหรือบวม

2.4.3 การบาดเจ็บที่กระเพาะปัสสาวะ มักเกิดได้ยากถ้ากระเพาะปัสสาวะว่าง จะเกิดบาดเจ็บเมื่อมีปัสสาวะเต็มกระเพาะ และถูกระแทกอย่างแรงที่ท้องน้อยหรือกระดูกสะโพกหักมาที่มดแดงหรือถูกยิง ถูกแทงเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ ทำให้กระเพาะปัสสาวะช้ำ (bladder contusion) หรือทะลุได้ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องน้อย มีความรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะแต่ถ่ายไม่ออก สวมปัสสาวะจะพบมีเลือดในปัสสาวะ อาจมีภาวะช็อค กระสับกระส่าย ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะช็อก

2.5 การบาดเจ็บที่ศีรษะและไขสันหลัง

การบาดเจ็บหลายระบบอาจมีผลต่อการบาดเจ็บของศีรษะและไขสันหลังร่วมด้วย สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดได้จากหลายประการ เช่น ตกจากที่สูง หกล้มศีรษะกระแทกพื้น ถูกทำร้ายร่างกาย และที่พบบ่อยที่สุดคือจากอุบัติเหตุยานพาหนะ สมอ่งที่ได้รับบาดเจ็บมักเป็นสาเหตุของการตายที่พบได้บ่อยที่สุด (จุมพล, 2550) ปัญหาที่ทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตในผู้ป่วยได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) ภาวะช็อก จากการเสียเลือด (hypovolumic shock) และภาวะสมองได้รับบาดเจ็บรุนแรง (severe head injury) ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่มักเกิดขึ้นร่วมกันเมื่อมีการบาดเจ็บหลายระบบ (ATLS, 1993) พยาบาลจึงควรต้องประเมินปัญหาเหล่านี้และให้การช่วยเหลือไปพร้อมๆ กัน ในขณะเดียวกัน พึงระลึกไว้เสมอว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกต้นคอ (cervical spine injury) จะต้องจัดให้คออยู่นิ่งไม่เคลื่อนไหว จนกระทั่งแน่ใจว่าไม่ได้รับบาดเจ็บ มิฉะนั้นอาจทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาตได้จากกระดูกต้นคอกดไขสันหลัง (จิรวรรณ, 2545)

การบาดเจ็บของไขสันหลัง (spinal cord injury) มีอาการและอาการแสดงแตกต่างกันไปขึ้นกับระดับของไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บ ความรุนแรงและกลไกของการได้รับบาดเจ็บ การบาดเจ็บที่ไขสันหลังส่วนคอ พบได้บ่อยที่สุดและมักเกิดกับกระดูกไขสันหลังระดับ C5 และ C6 ในกระดูกไขสันหลังส่วนอก พบได้น้อย เพราะเป็นส่วนที่คงที่และได้รับการป้องกันอย่างดี ถ้าเกิดขึ้นมักเป็น T12 บาดเจ็บของไขสันหลังส่วนเอวพบมารองจากส่วนคอ การบาดเจ็บส่วนเอวระดับ L1 และ L5 เป็นระดับที่พบได้บ่อยที่สุด (จิรวรรณ, 2545)

2.6 การบาดเจ็บของกระดูกและข้อ

การบาดเจ็บของกระดูกและข้อเป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ มักเกิดร่วมกับอันตรายต่อเนื้อเยื่อใกล้เคียง ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บปวดบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บแบบทันทีทันใด กดเจ็บ บวม และสีผิวบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรงของอุบัติเหตุที่ได้รับ อาจมีเสียงที่เกิดจากปลายกระดูกเสียดสีกัน (crepitus) ขณะเคลื่อนไหวของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ หรืออาจมีการแตกหักของกระดูกเกิดขึ้น ซึ่งไม่เพียงแต่กระดูกเท่านั้นที่ได้รับอันตราย เนื้อเยื่อโดยรอบของกระดูก เส้นเลือด หลอดน้ำเหลือง เส้นประสาท เส้นเอ็น ก็ได้รับอันตรายด้วย การบาดเจ็บของกระดูกและข้อที่ค่อนข้างถึง คือ การหักของกระดูกเชิงกรานและกระดูกต้นขา อาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้จากการเสียเลือดหรือจากการบาดเจ็บของอวัยวะภายในและอาจทำให้อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร จากเส้นเลือด เส้นประสาทที่อยู่ส่วนปลายถูกกด (สุคาพรณ, 2546)

3. ผลกระทบด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

การเจ็บป่วยจากการได้รับบาดเจ็บหลายระบบ จะส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย แต่มีผลกระทบรวมถึงจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว งานวิจัยที่ผ่านมา ไม่มีผู้ศึกษาโดยตรงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่มีผู้ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีความเครียดทางอารมณ์สูง สูญเสียอำนาจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง ซึ่งหากภาวะเหล่านี้ไม่ได้รับการดูแล ช่วยเหลือจะมีผลกระทบต่อภาระหน้าที่ของโรคและการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องตระหนักตลอดเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาล (บุญดี, 2542) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ประสพภัยที่รอดชีวิตจากเหตุการณ์ระเบิดในภาคใต้ เกิดผลกระทบที่พบบ่อยคือ มีความรู้สึกโกรธ ถลันทวากระแวงอันทำให้เกิดความไม่แน่นอนตามมา มีความวิตกกังวล และต่อมายอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (กันตพร, 2549) จากการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น พบว่าผู้ประสพภัยที่รอดพ้นจากเหตุระเบิดปรมาณูที่ฮิโรชิมาและนางาซากิ ยังคงมีความรู้สึกวิตกกังวลและมีความผิดปกติทางด้านร่างกายอันเป็นผลกระทบต่อความวิตกกังวล เมื่อเหตุการณ์ผ่านมาแล้ว 20 ปี (Yamada & Izumi, 2002) ดังนั้น พยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถในการประเมิน หรือสังเกตพฤติกรรมต่างๆ รวมทั้งสามารถวิเคราะห์แปลความหมายได้อย่างถูกต้อง เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ (สิรินทร์, กิตติกร, ชูพา, ศรีวรรณ, และวราภรณ์, 2550)

โดยสรุปจะเห็นว่า ในการพยาบาลมีหลักการสำคัญภายใต้ความเชื่อที่ว่า บุคคลหรือผู้ใช้บริการเป็นองค์รวม ไม่แบ่งแยกส่วนประกอบของบุคคลออกเป็นส่วนๆ แต่เป็นการดูแลที่เกี่ยวเนื่องและผสมผสานกันระหว่างร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้รับบริการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี หรือสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ (สิรินทร์ และคณะ, 2550) ด้วยเหตุนี้ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สอดแทรกการประเมินด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณเข้าไปในแต่ละขั้นตอนที่ทำการประเมินสภาพผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

การประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบในหอผู้ป่วย

เป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ คือ ลดอัตราการเสียชีวิตและลดอัตราการพิการ (ไชยยุทธ, 2542) ดังนั้นการประเมินสภาพในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว มีความครอบคลุม เพื่อรีบให้การช่วยเหลือในภาวะที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยก่อน ในที่นี้ โดยมีหลักการประเมินประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทั่วไป การประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บเฉพาะที่และการประเมินสภาพผู้ป่วยด้านจิตสังคม

การประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทั่วไป

เนื่องจากการบาดเจ็บมีผลกระทบต่อร่างกายทั่วไปของผู้ป่วย ซึ่งเป็นภาวะที่มีพยาธิสภาพที่ซับซ้อน และมีผลต่อการทำงานของอวัยวะหลายระบบทั่วร่างกาย ถึงแม้ว่าจะมีความก้าวหน้าทางการแพทย์มาจนถึงปัจจุบันก็ยังมีอัตราการตายค่อนข้างสูง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพพยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินผู้ป่วยดังนี้

การประเมินทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอวัยวะทั่วไปจะต้องได้รับการประเมินเป็นระยะๆและต่อเนื่อง ได้แบ่งการประเมินผู้ป่วยเป็น 4 ระยะ (จริยา, 2547) ระยะที่ 1 การประเมินแรกเริ่ม (initial assessment) ระยะที่ 2 การประเมินขณะรับในหอผู้ป่วย (admission assessment) ระยะที่ 3 การประเมินครบทุกระบบ (complete assessment) ระยะที่ 4 การประเมินอย่างต่อเนื่อง (ongoing assessment)

ในการประเมินระยะที่ 1 และ 2 เป็นการประเมินเป็นลำดับขั้นตอน โดยเริ่มตั้งแต่ สาเหตุ (insult) และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนั้นในระยะนี้ผู้ป่วยได้รับการประเมินจากแพทย์เรียบร้อยแล้ว ก่อนเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วย ในช่วงการดูแลในหอผู้ป่วยจึงเป็นบทบาทของพยาบาลในการประเมินผู้ป่วย ในระยะที่ 3 และ 4 ดังนี้

การประเมินระยะที่ 3 เป็นการประเมินครบทุกระบบ (complete assessment) ผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในหอผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการประเมินซ้ำใหม่ให้ครบทุกระบบภายใน 24 ชั่วโมง ประกอบด้วย การประเมินการทำงาน การเปลี่ยนแปลงของทุกระบบอย่างใกล้ชิด ปรับเปลี่ยนและวิเคราะห์การวินิจฉัยทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาพอาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น บันทึกข้อมูลให้ชัดเจนเพื่อการสื่อสารในทีมเพื่อการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อร่างกายทั่วไป เช่น ภาวะช็อก การอักเสบและติดเชื้ออาการปวด เป็นต้น

การประเมินระยะที่ 4 ซึ่งเป็นการประเมินอย่างต่อเนื่อง (ongoing assessment) เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พยาบาลควรประเมินจากสิ่งที่ผู้ป่วยบอก ได้แก่ อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การสังเกตอาการทางคลินิกจากที่ปรากฏขึ้นกับผู้ป่วย เช่น เหนื่อย หอบ กระสับกระส่าย มีเลือดออก เหลืองมากขึ้น ชิด เขียวคล้ำ นอกจากนี้ยังมีการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยี

ชั้นสูงต่างๆในการประเมินสภาพผู้ป่วยในขั้นนี้ เช่น การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อประเมินการบาดเจ็บของสมอง พยาบาลจะต้องประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างละเอียดตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า รวมทั้งสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว ในเรื่องของความปวด ควรประเมินความปวดอย่างต่อเนื่องด้วยเช่นกัน เพื่อจะนำไปสู่การพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม (ลัดดา และคณะ, 2551) ข้อมูลความเจ็บปวดที่พยาบาลควรประเมิน คือ ตำแหน่งและขอบเขตที่ปวด ลักษณะของความปวด ความรุนแรงของความปวด ปัจจัยที่ทำให้อาการปวดมากขึ้นหรือลดลง ระยะเวลาและลักษณะการเริ่มของความปวด ผลกระทบจากความปวด การประเมินข้อมูลความปวดดังกล่าวข้างต้นไม่จำเป็นต้องประเมินครบทุกประการ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน (acute pain) ความปวดชนิดนี้สามารถบำบัดรักษาให้หายด้วยระยะเวลาอันสั้นจึงไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากนัก ส่วนใหญ่ประเมินเพียงตำแหน่งที่ปวด ความรุนแรงและลักษณะความปวด (McCaffery, 2002) สำหรับเครื่องมือในการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินความปวดด้วยตัวเลขได้ ประเมินได้จากการสังเกตพฤติกรรมที่ผู้แสดงออก (Hannallah & Broadman, 1987) โดยมีรายละเอียด ดังตารางที่ 2.1

ตาราง 2.1

เครื่องมือในการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้

ความดันโลหิต		ร้องไห้		การเคลื่อนไหว		อาการรุ่มนวย		ความปวด	
เกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์	คะแนน
± 10 ของ	0	ไม่ร้องไห้	0	เคลื่อนไหว	0	หลับ/สงบ	0	หลับ/ไม่	0
การวัด								บ่นปวด	
ครั้งแรก									
> 20%	1	ร้องไห้สงบ	1	กระสับ	1	เล็กน้อย	1	ไม่	1
ของการ		เมื่อปลอบ		กระ				สามารถ	
วัดครั้ง				ส่าย				บอก	
แรก								ตำแหน่ง	
								ปวด	
								แน่นนอน	
< 30%	2	ร้องไห้ไม่	2	ดิ้นไป	2	ตีโพยตี	2	บอก	2
ของการ		สงบเมื่อ		มา		พาย		ตำแหน่ง	
วัดครั้ง		ปลอบ						ปวดได้	
แรก									

การคำนวณคะแนนความปวด คือ การนำคะแนนของทั้ง 5 หมวดมารวมกัน คะแนนที่เป็นไปได้ 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ปวดน้อยที่สุด และ 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด

การประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอวัยวะเฉพาะที่

บาดเจ็บทรวงอกของอวัยวะภายในทรวงอก

ในการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอวัยวะภายในทรวงอกรวมถึงหัวใจ พยาบาลจะต้องประเมินและบันทึกลักษณะของการหายใจ เช่น หายใจลำบาก หายใจตื้นหรือลึก อัตราการหายใจ ฟังเสียงหายใจ (breath sound) สังเกตการเคลื่อนไหวกว้างของทรวงอกว่าเท่ากันทั้งสองข้างหรือไม่ ตำแหน่งของหลอดลมมีการเบี่ยงเบนไปทางใด เส้นเลือดที่คอโป่งหรือแฟบ มีบาดแผลหรือรอยฟกช้ำที่หน้าอก หาร่องรอยการเสียเลือดจากบาดแผลหรือจากอวัยวะภายใน การเจาะหาค่าก๊าซในหลอดเลือดแดง (arterial blood gas) เพื่อประเมินปริมาณออกซิเจน คาร์บอนไดออกไซด์และภาวะกรด-ด่างในเลือด การถ่ายภาพรังสีทรวงอกจะช่วยประเมินความผิดปกติภายในทรวงอกได้ รวมถึงประเมิน อาการเจ็บหน้าอก ตรวจวัดสัญญาณชีพและตรวจดูอาจพบว่ามีเส้นเลือดที่คอโป่ง ความดันเลือดส่วนกลางสูง (central venous pressure) ฟังเสียงหัวใจ อาจพบ เสียงหัวใจก้องลง (muffled heart sound) ความดันโลหิตต่ำ และความดันของชีพจร (pulse pressure) แคบลง (สิโรจน์, 2550)

บาดเจ็บช่องท้อง

ในการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บในช่องท้อง เป็นการประเมินที่ค่อนข้างยาก เนื่องจากจะมีการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นๆ เช่น ตีระยะ ทรวงอก หรือกระดูกหักร่วมด้วย บางครั้งไม่เห็นบาดแผลบริเวณช่องท้องและอาการแสดงไม่ชัดเจน ทำให้ถูกกละเลยไป จึงควรที่จะสงสัยและประเมินสภาวะทางช่องท้องร่วมกับการประเมินอาการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นๆ ร่วมด้วย (สุคาพรรณ, 2546)

สิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องคำนึงถึงในการประเมินสภาพผู้ป่วยคือ การประเมินคุณลักษณะของบาดแผล ถ้าเกิดจากกระสุนปืน ต้องตรวจดูรอยเข้าและออก จุดตำแหน่งของแผลและความลึกของแผลว่าถึงเยื่อช่องท้อง (peritoneum) หรือไม่ ประเมินโดยการวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น ชีพจรที่เร็วขึ้น ความดันโลหิตต่ำลงกว่า 80 มม.ปรอท (จุมพล, 2550) โดยเฉพาะค่าความดันตัวบน (systolic) จะมีส่วนช่วยในการประเมินภาวะเลือดออกในช่องท้องได้นอกจากนี้ การสังเกตและประเมินอาการทางหน้าท้อง เช่น รอยช้ำ รอยถลอก หรือบาดแผลบริเวณช่องท้อง ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวอาจบ่นปวดท้อง การคลำหน้าท้อง จะพบหน้าท้องตึง แข็งเกร็งและกดเจ็บ ซึ่งอาการและอาการแสดงเหล่านี้จะแสดงให้เห็นว่าอวัยวะภายในช่องท้องได้รับบาดเจ็บ

การทำหัตถการและการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความจำเป็นในการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในช่องท้อง ได้แก่ การใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินภาวะเลือดออกและการทำหน้าท้องโต การใส่สายยางเข้ากระเพาะอาหาร ดูเศษอาหารและลมออกมาช่วยให้กระเพาะอาหารว่างเพื่อป้องกันการสำลักและเป็นการประเมินภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร การเจาะท้องเพื่อประเมินการบาดเจ็บภายในและการใส่สายยางเข้าไปในเยื่อช่องท้อง เป็นวิธีการประเมินภาวะตกเลือดในช่องท้องที่

รวดเร็วและปลอดภัย แต่มีข้อห้าม คือ ห้ามทำในผู้ป่วยที่แผลทะลุในช่องท้อง มีการขยายของลำไส้ (dilated bowel) หญิงตั้งครรภ์เกิน 6 เดือน และในรายที่ท้องโตมาก (สิโรจน์, 2550)

สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีการบาดเจ็บในช่องท้องหรือ อวัยวะภายใน ควรตรวจปัสสาวะทุกราย ถ้าพบว่ามีเม็ดเลือดแดงสูง แสดงว่ามีการบาดเจ็บของทางเดินปัสสาวะ ถ้ามีเม็ดเลือดขาวสูงกว่า 15,000 - 20,000 ลบ.มล. ควรตรวจหาระดับความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) เป็นระยะๆ ถ้าพบว่าลดลงเรื่อยๆ อาจเกิดภาวะตกเลือดในช่องท้อง การตรวจเลือดหาค่า น้ำย่อยอะไมเลส (serum amylase) ซึ่งจะสูงขึ้นถ้ามีการบาดเจ็บของตับอ่อน (จุมพล, 2550) การประเมินที่สำคัญอีกอย่างในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บในช่องท้อง คือ การตรวจทางรังสี ถ้าพบว่ามีลมใต้กระบังลม แสดงว่ามีรูทะลุของอวัยวะในช่องท้อง อาจพบว่า มีกระดูกซี่โครงหรือกระดูกเชิงกรานหัก ทำให้เกิดการบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องได้

บาดเจ็บระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะภายใน

ในการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บในระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะภายใน พยาบาลต้องประเมินโดยการตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อป้องกันภาวะช็อกที่อาจเกิดขึ้นได้จากการเสียเลือด การเจาะติดตามความเข้มข้นของเลือด (serial hematocrit) เพื่อประเมินภาวะการเสียเลือด เตรียมปัสสาวะเพื่อการส่งตรวจ เพื่อดูความผิดปกติของจำนวนปัสสาวะที่ออกมา ตลอดจนจำนวนและสีของปัสสาวะและการตรวจพิเศษ โดยการฉีดสารทึบแสงแล้วเอกซเรย์ดูการทำหน้าที่ของไต ทางเดินปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งจะช่วยประเมินการบาดเจ็บของทางเดินปัสสาวะได้ (จุมพล, 2550)

บาดเจ็บศีรษะและไขสันหลัง

การประเมินที่สำคัญในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและไขสันหลัง ทั้งในกรณีที่ทราบแน่ชัดหรือสงสัยว่าจะได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะได้แก่ การตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การตรวจปฏิกิริยาของรูม่านตา การประเมินระบบการเคลื่อนไหว การประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ จะแบ่งระดับกำลังของกล้ามเนื้อตั้งแต่ เกรด 0-5 (ผ่องพรรณ, 2543) การประเมินทางระบบประสาท เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้นที่นิยมใช้กันอยู่ในปัจจุบัน คือ (Glasgow coma score) ใช้ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยการสังเกตการลืมตา การเคลื่อนไหวและการพูด แล้วให้คะแนนตามการตอบสนองของผู้ป่วย ให้คะแนนตั้งแต่ 3-15 คะแนน ในผู้ป่วยปกติจะมีคะแนนเท่ากับ 15 คะแนน (สุคาพรรณ, 2546)

บาดเจ็บกระดูกและข้อ

การประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของกระดูกและข้อ พยาบาลควรบันทึกความผิดปกติที่ตรวจพบ ประเมินการไหลเวียนของโลหิต จับชีพจรส่วนปลายของแขนและขา หากมีการ

เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ควรกระทำอย่างระมัดระวังและเหมาะสม ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวและได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ให้ระวังและให้การดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนคอได้รับบาดเจ็บ โดยให้งดอาหารและน้ำดื่มไว้ก่อน สอบถามเวลาที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารครั้งสุดท้าย บันทึก น้ำหนักตัว ส่วนสูงและเตรียมใบยินยอมในการให้แพทย์รักษาไว้ให้พร้อม เพราะบางรายอาจต้องดมยาสลบเพื่อจัดกระดูกเข้าที่ ที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือพยาบาลควรตระหนักถึงอันตรายของอวัยวะอื่นร่วมด้วย (จุมพล, 2550)

การประเมินสภาพผู้ป่วยด้านจิตสังคม

การประเมินด้านจิตสังคมของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ทำการประเมินโดยการสังเกต พฤติกรรม การพูดคุย กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อประเมินสภาพด้านจิตสังคมตามผลกระทบที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ได้แก่ วิตกกังวล ความไม่แน่ใจ โกรธ ซึมเศร้า ตลอดจนสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออก เพื่อวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยต่อไป (Shaler & Freedman, 2005)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบตามรูปแบบของสมาคมวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งทวีปอเมริกาเหนือ (America Nursing Diagnosis Association; NANDA)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำหรับพยาบาลในการระบุปัญหาของผู้ป่วยและใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารปัญหาผู้ป่วยระหว่างพยาบาลด้วยกัน ซึ่งในระยะแรกๆ ภาษาของข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะเป็นไปตามที่พยาบาลผู้วินิจฉัยกำหนดเอง ต่อมามีความก้าวหน้าทางการพยาบาล มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมและมีการพัฒนาการระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาโดยตลอด โดยได้จัดระบบการระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่ เพื่อให้มีมาตรฐานและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (สุระพรรณ และสุภาภรณ์, 2541) ซึ่งสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งทวีปอเมริกาเหนือ (America Nursing Diagnosis Association; NANDA) เป็นองค์กรหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดข้อความหรือคำศัพท์ (terminology) ที่ระบุไว้ในข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยได้พัฒนารูปแบบการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้เป็นระบบรายการ (taxonomy of nursing diagnosis) เพื่อสะดวกในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล (สุจิตรา, สุจิตรา, และวิพร, 2548) ในปัจจุบันได้แบ่งหมวดรายการออกเป็น 13 รายการ ซึ่งสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยยอมรับว่าแนวคิดการวินิจฉัยการพยาบาลนี้เป็นภาษาที่เป็นมาตรฐานและได้จัดไว้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพยาบาล นอกจากนี้สมาคมการศึกษาทางการพยาบาลแห่งชาติ ประเทศไทยได้จัดการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไว้ในหลักสูตรการศึกษาพยาบาล (วิจิตรา และอรุณี, 2551) แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจาก NANDA เป็นองค์กรที่ริเริ่มโดยประเทศสหรัฐอเมริกา จึงมีต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษ การนำมาใช้ในประเทศไทยจึงต้องมีการแปลเป็นภาษาไทย ซึ่งใช้ในการสอนนักศึกษาพยาบาลในสถานศึกษา อาจเป็นยากในการเข้าใจตลอดจนการนำไปใช้สำหรับพยาบาลที่ไม่คุ้นเคยกับภาษาที่แปลมา

สำหรับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ตามรูปแบบที่กำหนดโดย NANDA ได้แก่

1. ปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง เนื่องจาก ภาวะช็อก
2. อวัยวะและเนื้อเยื่อส่วนปลายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจาก ปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนลดลง
3. เสี่ยง/มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เนื่องจากการบวมของเซลล์สมอง/ เลือดออกในสมอง/ปริมาตรในสมองเพิ่มขึ้นจากการบาดเจ็บศีรษะ
4. ความปวด/ไม่สุขสบาย เนื่องจาก เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ
5. รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจาก เนื้อเยื่ออักเสบจากการบาดเจ็บบริเวณ/ ทรวงอก/สมอง/ไขสันหลังระดับ C4 ขึ้นไป
6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจาก เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ, มีบาดแผลหรืออวัยวะช่องท้องได้รับบาดเจ็บ
7. มีความบกพร่องของจิตใจและอารมณ์
 - 7.1 การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์
 - 7.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเปลี่ยนแปลง
 - 7.3 ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ
 - 7.4 ความรู้สึกสิ้นหวัง
 - 7.5 ความกลัว
 - 7.6 ความวิตกกังวล
 - 7.7 ความโศกเศร้า

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

1. ความหมายและความสำคัญ

ในการปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพควรเป็นการปฏิบัติโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice- [EBP]) ที่ได้มีการพิสูจน์แล้วว่าก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์และเกิดคุณภาพการบริการ การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีเครื่องมือที่สำคัญ คือ แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline [CPG]) ที่สามารถเป็นตัวเชื่อมระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์และการวิจัยกับการปฏิบัติได้ (จิตร และคณะ, 2543) โดยได้มีผู้ให้ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิกไว้มากมายซึ่งส่วนใหญ่จะมีความคล้ายคลึงกันในที่นี้จะขอกล่าวที่เป็นหลักใหญ่ ดังนี้

แนวปฏิบัติทางคลินิกหมายถึง ข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ให้บริการเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับภาวะใดภาวะหนึ่ง

(Graham & Harrison, 2005) นอกจากนี้มีผู้ให้ความหมายว่า แนวปฏิบัติทางคลินิก คือ ข้อความที่ผ่านการจัดทำหรือสร้างอย่างเป็นระบบ โดยยึดหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นแนวทางหรือช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ป่วยประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับสภาวะหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งตามที่แนวทางระบุไว้ (Miller & Kearney, 2004 อ้างใน กัญญา, 2549)

โดยสรุป แนวปฏิบัติทางคลินิกหมายถึง ข้อความหรือเอกสารที่มีการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจอย่างเหมาะสมของบุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่เฉพาะเจาะจง

แนวทางปฏิบัติทางคลินิกมีประโยชน์คือ ทำให้รูปแบบการดูแลไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลาย เนื่องจากแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเป็นตัวชี้แนวทางการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับวิจรณ์ญาณและความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย การพัฒนาและการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกเป็นการส่งเสริมการทำงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยเน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง ทำให้ผู้ให้บริการได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน ลดโอกาสเกิดการผิดพลาด ลดกิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่ไม่จำเป็นหรือซ้ำซ้อน เพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับประโยชน์สูงสุด ค่าใช้จ่ายต่ำ และปรับปรุงคุณภาพการบริการสม่ำเสมอ และผลลัพธ์ที่ทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องปรารถนาสูงสุดคือ ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการที่ดีขึ้น เช่น อัตราตาย ความพิการ ภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายลดลง ในขณะที่คุณภาพชีวิตดีขึ้น (NHMRC, 1998)

2. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

ได้มีองค์กรด้านสุขภาพหลายองค์กรพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกขึ้น เช่น สภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC]), แนวปฏิบัติระหว่างเครือข่ายมหาวิทยาลัย ประเทศสกอตแลนด์ (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN]), สำนักงานนโยบายด้านการดูแลสุขภาพและการวิจัย (Agency for Health Care Policy and Research [AHCPR]) ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นสำนักงานการวิจัยด้านสุขภาพและคุณภาพการบริการ (Agency for Health Care Research and Quality [AHRQ]), สมาคมการพยาบาลออนตาริโอ (Registered Nurse Association of Ontario [RNAO]), ราชวิทยาลัยการพยาบาล (Royal College of Nurses [RCN]), สถาบันความเป็นเลิศทางคลินิกนานาชาติ (National Institute for Clinical Excellence [NICE]) เป็นต้น (AHCPR, 1991; Graham & Harison, 2005; NHMRC, 1998; NICE, 2001 cited in Hewitt-Taylor, 2005) แต่ละองค์กรได้มีการกำหนดแนวทางการพัฒนาการปฏิบัติทางคลินิกที่มีความหลากหลายของขั้นตอน ตั้งแต่ 4-5 ขั้นตอน จนกระทั่งถึง 17-18 ขั้นตอน แต่หลักการใหญ่ๆ จะมีความคล้ายคลึงกัน และอิงกรอบแนวคิดของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น ต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดำเนินงาน ต้องสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ ต้องบูรณาการความคิดเห็น ประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ การมีส่วนร่วม

ร่วมของผู้ใช้บริการ ต้องผ่านการทดลองใช้และมีการปรับปรุง เป็นต้น ในที่นี้ผู้วิจัยจะขอระบุขั้นตอนที่เกิดจากการทบทวนขั้นตอนของทุกองค์กรและสถาบันดังกล่าว และนำมาเรียบเรียงเพื่อให้ครอบคลุมรายละเอียดของกิจกรรมที่ควรปฏิบัติในกระบวนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิก มีดังต่อไปนี้ (ฉวีวรรณ, 2548; AHCPR, 1991; NHMRC, 1998; NICE, 2001 cited in Hewitt-Taylor, 2005)

2.1 การกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยการใช้แนวทางการปฏิบัติทางคลินิก

เนื่องจากแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเป็นข้อความที่ได้จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยผู้ปฏิบัติในการตัดสินใจในการดูแลภาวะสุขภาพในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง ดังนั้นการกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแนวทางปฏิบัติทางคลินิก ควรเป็นประเด็นสำคัญที่หน่วยงานต้องการปรับปรุงคุณภาพ และหน่วยงานมีความเห็นพ้องต้องกัน

2.2 การกำหนดทีมพัฒนา

ทีมงานควรมาจากสหสาขาวิชาชีพ ที่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นหรือหัวข้อเรื่องที่จะพัฒนาแนวทางปฏิบัติ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนาการ เป็นต้น ทีมงานควรเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญในเรื่องที่จะทำ สามารถสืบค้น อ่าน ประเมินผล คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ จำนวนทีมควรอยู่ระหว่าง 5-10 คน เพื่อความสะดวกในการนัดหมายประชุมและทำงาน (Glanville, Schrim, & Wineman, 2000 อ้างใน ฉวีวรรณ, 2548)

2.3 การกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขตและผลลัพธ์

การกำหนดวัตถุประสงค์ต้องมีความชัดเจน สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย มีการกำหนดผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการให้การดูแลตามแนวทางปฏิบัติ ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการส่วนใหญ่จะเป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (health outcomes) เช่น อัตราตาย อัตรารอด การเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เป็นต้น

2.4 การสืบค้นและการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์

ในการสืบค้นต้องกระทำอย่างเป็นระบบและทั่วถึงทุกแหล่งของข้อมูล เนื่องจากเป้าหมายหลักของกรณีแนวทางปฏิบัติทางคลินิก คือ การทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด เกิดอันตรายต่ำสุดและมีค่าใช้จ่ายต่ำ (ฉวีวรรณ, 2548) ดังนั้นจึงต้องมีการมีการวางแผนการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังต่อไปนี้

2.4.1 การกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น การกำหนดคำสำคัญที่ถูกต้องจะทำให้ได้หลักฐานเกี่ยวข้องกับหัวข้อเรื่องที่จะพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิก

2.4.2 การกำหนดแหล่งสืบค้นและวิธีการสืบค้นที่สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เป็นระบบ ซึ่งมีแหล่งสืบค้นข้อมูลทางเทคโนโลยี นอกจากนี้ยังมีแหล่งสืบค้นอื่นๆ อีก เช่น จาควารสาร จากเอกสารอ้างอิง และจากผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น

2.4.3 การคัดเลือกและการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ต้องทำอย่างเป็นระบบ กล่าวคือ จะต้องมีการประเมินหลักฐานที่เป็นงานวิจัยจะต้องพิจารณาให้ครอบคลุมถึงการออกแบบงานวิจัย การควบคุมและการลดอคติที่อาจเกิดขึ้นในการดำเนินการวิจัย วิธีการวัดผลลัพธ์ เป็นต้น

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ต้องมีการพิจารณาคุณสมบัติของงานวิจัยที่นำมาทบทวน พิจารณาข้อสรุปที่ได้จากการทบทวนว่า มีความไวต่อการนำไปใช้เพียงใดและข้อสรุปเชิงปริมาณได้รับการอภิปรายอย่างมีเหตุผลและเหมาะสม โดยคำนึงถึงการนำไปใช้ เพื่อแก้ไขปัญหาทางคลินิกในวงกว้างหรือไม่

2.4.4 การจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (levels of evidence) หากหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นงานวิจัย จะมีการจัดแบ่งระดับหลักฐานเชิงประจักษ์หลากหลายระดับ ตั้งแต่ 3-5 ระดับ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้พัฒนาจะต้องระบุว่ามีการเลือกใช้วิธีการวัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ขององค์กรใด และมีหลักการประเมินอย่างไร ในการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์หลายลักษณะ แต่ละลักษณะจะมีหลักในการพิจารณาที่คล้ายคลึงกัน ในการพิจารณาว่าจะนำหลักฐานระดับใดไปใช้ โดยส่วนใหญ่จะพยายามหาหลักฐานที่มีค่าระดับมาก่อนถ้าไม่มีก็จะพิจารณาหลักฐานที่ลดระดับลงไป (จิตร และคณะ, 2543) ในที่นี้จะขอกกล่าวถึงรายละเอียดการแบ่งระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำเสนอโดยสภาการวิจัยทางการแพทย์ (NHMRC, 1998) และไรท์ (Wright, Swionkowski, & Heckman, 2003) ซึ่งคณะอนุกรรมการ (Committee on Trauma [COT]) ใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติทางพยาบาลในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ได้มีการจัดแบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์หลายแบบ ซึ่งโดยสรุปแล้วจะมีความคล้ายคลึงกัน ในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้จะนำเสนอการจัดแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์เพียง 2 แบบ ดังนี้

การจัดแบ่งระดับของหลักฐานของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) เป็นดังนี้

ระดับ 1 หลักฐานอ้างอิงมาจากทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบ โดยที่งานวิจัยทุกเรื่องมีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพร้อมทั้งมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (Randomize Control Trial [RCT]) ทั้งหมด

ระดับ 2 หลักฐานอ้างอิงมาจากงานวิจัยที่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มอย่างน้อย 1 เรื่อง

ระดับ 3.1 หลักฐานอ้างอิงมาจากการศึกษาทดลองที่มีกลุ่มควบคุมแต่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

ระดับ 3.2 หลักฐานอ้างอิงมาจากการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (cohort studies) หรือเป็นรายงานกรณีศึกษาแบบกลุ่มควบคุม (case control) จากกลุ่มงานวิจัยมากกว่า 1 กลุ่มขึ้นไป

ระดับ 3.3 หลักฐานการอ้างอิงมาจากการศึกษาติดตามระยะยาว โดยไม่มีการทดลอง

ระดับ 4 หลักฐานการอ้างอิงที่ได้มาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านประสบการณ์ทางคลินิก ผลการศึกษาเชิงพรรณนา หรือรายงานของคณะผู้เชี่ยวชาญ

การจัดแบ่งระดับหลักฐานของไรท์ (Wright et al., 2003) เป็นดังนี้

ระดับ 1 เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้า มีการเปรียบเทียบผลการวิจัยกับมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ

ระดับ 2 เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยในระดับที่ 1 อย่างเป็นระบบ หรือเป็นการวิจัยที่ศึกษาไปข้างหน้า แต่วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยมีคุณภาพ

ระดับ 3 เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยในระดับที่ 2 อย่างเป็นระบบ หรือเป็นการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม แต่การวิจัยไม่มีการติดตามไปข้างหน้า ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแบบตัดขวาง

ระดับ 4 เป็นหลักฐานที่ได้จากการศึกษากรณีศึกษา หรือการศึกษาย้อนหลัง หรือการทบทวนการวิจัยในระดับ 3 อย่างเป็นระบบ

ระดับ 5 เป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

2.4.5 การประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติ

ในปัจจุบันพบว่า การประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติตามเกณฑ์การประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติที่เรียกว่า แบบประเมินคุณภาพทางคลินิก (The Appraisal of Guideline for Research & Evaluation [AGREE]) ซึ่งสร้างและพัฒนาโดย The AGREE Collaboration (2001) เป็นที่ยอมรับและนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย เครื่องมือนี้ออกมาจัดทำขึ้นโดยกลุ่มแพทย์จากประเทศทางยุโรปและอเมริกาเหนือรวมทั้งสิ้น 13 ประเทศ เพื่อนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ การประเมินประกอบด้วย 6 หัวข้อใหญ่ 23 หัวข้อย่อย แต่ละข้อย่อยมีการให้คะแนน 1-4 โดยที่คะแนน 4 เป็นคะแนนสูงสุด หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อย่อยนั้นๆ ในขณะที่คะแนน 1 เป็นคะแนนต่ำสุด หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือไม่พบว่ามีการจัดทำในข้อย่อยนั้นๆ โดยหัวข้อการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ 6 หัวข้อดังนี้

ความชัดเจนขอบเขตและวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ โดยประเมินจากเกณฑ์ดังนี้ คือ แนวปฏิบัติมีการระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง คำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นปัญหาทางคลินิก และมีการระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัตินี้

การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง โดยประเมินจากเกณฑ์ ดังนี้คือ มีทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรจากสาขาวิชาชีพ ผู้ให้บริการมีส่วนออกความคิดเห็น มีการระบุกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติชัดเจน และแนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมาย

ความชัดเจนของขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยประเมินจากเกณฑ์ ดังนี้คือ มีการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ มีการระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยชัดเจน มีการระบุวิธีการกำหนดข้อเสนอแนะชัดเจน มีการพิจารณาถึงประโยชน์ ผลกระทบและความเสี่ยงในการกำหนดข้อเสนอแนะ ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒินอกองค์กรก่อนนำไปใช้ และมีการระบุขั้นตอนของการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติให้ทันสมัย ความชัดเจนในการนำเสนอ โดยประเมินจากเกณฑ์ ดังนี้คือ

ข้อเสนอแนะมีความเป็นรูปธรรมเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์และกลุ่มผู้ป่วยตามที่ระบุไว้ในหลักฐาน มีการระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์ ข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย และมีคำอธิบายวิธีใช้แนวปฏิบัติ เช่น อาจเป็นในรูปของแผนผังสรุปแนวทางที่ต้องทำ คู่มือการปฏิบัติ

การนำแนวปฏิบัติไปประยุกต์ใช้ โดยประเมินจากเกณฑ์ ดังนี้คือ มีการระบุสิ่งที่ปัญหา และอุปสรรคของการนำข้อเสนอแนะไปใช้ มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ และ แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ

ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ โดยประเมินจากเกณฑ์ ดังนี้คือ แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาขึ้นมาอย่างอิสระจากผู้จัดทำ และมีการบันทึกความเห็นที่ขัดแย้งกันของทีมในระหว่างการพัฒนา แนวปฏิบัติ

ในการคำนวณคะแนนความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัตินั้น จะใช้จำนวนผู้ที่ประเมินแนวปฏิบัติ 2-4 คน จากนั้นนำคะแนนความคิดเห็นมาคำนวณ โดยใช้สูตร ดังต่อไปนี้

$$\text{คะแนนของแต่ละขอบเขต} = \frac{\text{คะแนนที่รวมได้} - \text{คะแนนความเป็นไปได้ต่ำสุด}}{\text{คะแนนความเป็นไปได้สูงสุด} - \text{คะแนนความเป็นไปได้ต่ำสุด}} \times 100$$

คะแนนความเป็นไปได้สูงสุด = 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) x 3 (ข้อคำถาม) x 4 (ผู้ประเมิน)
คะแนนความเป็นไปได้ต่ำสุด = 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) x 3 (ข้อคำถาม) x 4 (ผู้ประเมิน)

ความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติ พิจารณาจากระดับคะแนนที่ได้โดยในแต่ละขอบเขต คะแนนที่คำนวณได้มากกว่า 60 เปอร์เซนต์ ถือว่าแนวปฏิบัตินั้นมีคุณภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้ ส่วนใน ข้อที่มีคะแนนน้อยกว่า 30 เปอร์เซนต์ จะบ่งชี้ว่าแนวปฏิบัตินั้นมีคุณภาพต่ำไม่ควรนำมาเป็นแนวปฏิบัติ (AGREE Collaboration, 2001)

แบบประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติทางคลินิกตามเกณฑ์การประเมินของแบบประเมิน คุณภาพทางคลินิก (AGREE instrument) ได้ออกแบบมาเพื่อให้ทั้งผู้พัฒนาและผู้ใช้แนวปฏิบัตินำไปใช้เป็น เกณฑ์ในการสร้างแนวปฏิบัติหรือใช้ในการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติที่มีผู้พัฒนาแล้ว แม้ว่าจะใช้ เกณฑ์ประเมินคุณค่าทางคลินิก (AGREE instrument) ในการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติแล้วก็ตาม ก็ ควรมีการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเนื้อหาของแนวปฏิบัติ และควรต้องพิจารณาถึงเนื้อหาใน แนวปฏิบัตินั้นว่ามีความทันสมัย สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย สะดวก เหมาะกับหน่วยงาน สิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยและครอบครัว และที่สำคัญคือมีต้นทุนต่ำ (ฉวีวรรณ, 2548; Wallim, Profetto-Mc Grath, & Lever, 2005) และการทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการได้นั้น ไม่ได้อาศัยเพียงแนวปฏิบัติ แต่ต้องการการนำไปใช้อย่าง ต่อเนื่อง สม่าเสมอและมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (จิตร อนุวัฒน์ สงวนสิน และเกียรติศักดิ์, 2543)

2.5 การยกร่างแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

2.5.1 การสรุปสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ

โดยรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ถูกประเมินและคัดเลือกมาแล้ว การจัดหมวดหมู่ของสาระสำคัญของแนวปฏิบัตินั้น สามารถจัดทำแตกต่างกันไปตามลักษณะของประเด็นทางคลินิก ขั้นตอนนี้ต้องมีผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ความคิดเห็น มีการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น อาจเป็นการประชุมกลุ่ม การปรึกษาหารือร่างแนวปฏิบัติ การขอความคิดเห็น โดยใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ หรือการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อร่วมกันแสดงความคิดเห็น สรุปสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ

2.5.2 การจัดทำแผนประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติไว้ล่วงหน้า

โดยจัดทำแบบประเมินผลให้ครอบคลุมด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ วางแผน วิธีการรวบรวมข้อมูล เช่น การใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต หรือการรวบรวมข้อมูลจากรายงานผู้ป่วย เป็นต้น การประเมินของกระบวนการใช้แนวปฏิบัติ จะต้องครอบคลุมการประเมินการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของบุคลากรว่ามีความถูกต้องตามแนวปฏิบัติ การประเมินความรู้ ความเข้าใจในแนวปฏิบัติของบุคลากร ประเมินความสะดวก ความง่าย ประเมินปัญหา อุปสรรค ความพึงพอใจและทัศนคติของผู้ใช้ในการใช้แนวปฏิบัติ

2.5.3 การจัดทำรูปเล่มแนวปฏิบัติฉบับยกร่าง

รูปเล่มแนวปฏิบัติ ควรประกอบด้วยส่วนประกอบสำคัญ คือ 1) ชื่อแนวปฏิบัติและรายชื่อทีมพัฒนา ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน คำนำ สารบัญ 2) วัตถุประสงค์ ขอบเขตและผลลัพธ์ 3) กระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอนอย่างละเอียด 4) คำจำกัดความที่ใช้ 5) สาระสำคัญของแนวปฏิบัติเป็นหมวดหมู่ ระบุระดับของหลักฐาน 6) ขั้นตอนการแก้ปัญหาสำหรับขั้นตอนที่ซับซ้อนและสำคัญ (ถ้ามี) 7) แหล่งอ้างอิง และ 8) ภาคผนวก

2.6 การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ รูปเล่มแนวปฏิบัติฉบับยกร่าง ต้องได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ โดยกำหนดให้มีผู้เชี่ยวชาญในประเด็นทางคลินิกที่พัฒนาแนวปฏิบัติและอย่างน้อยควรมีผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างน้อย 1 คน เพื่อตรวจสอบกระบวนการพัฒนา ภายหลังจากการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ทีมพัฒนานำมาปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานก่อนนำไปทดลองใช้

2.7 การทดลองใช้ โดยการนำร่างแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 5-10 คน หรือใช้ระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ (จิตร และคณะ, 2543) ทีมพัฒนาทำการประเมินผลการทดลองใช้ ซึ่งจะเป็นการประเมินเชิงโครงสร้างและกระบวนการมากกว่าเป็นการประเมินเชิงผลลัพธ์ หลังจากนั้นนำผลการประเมินมาปรับปรุงแนวปฏิบัติและจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

3. ขั้นตอนการประเมินประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลควรมีการจัดทำแผนการประเมินไว้ล่วงหน้า โดยจัดทำแบบประเมินประสิทธิภาพให้มีความครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (out comes) (ฉวีวรรณ, 2548) และมีการวางแผนวิธีรวบรวม

ข้อมูล เช่น การใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต หรือการรวบรวมข้อมูลจากรายงานผู้ป่วย เป็นต้น การประเมินผลด้านกระบวนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล จะต้องครอบคลุมการประเมินการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของบุคลากรว่าปฏิบัติถูกต้องตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลหรือไม่ การประเมินผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ หรืออาจมีการประเมินผลในระหว่างการดำเนินกิจกรรมการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ การประเมินความรู้ความเข้าใจในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของบุคลากร ประเมินความสะดวก ความยาก-ง่ายในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ทั้งทางด้าน โครงสร้างและกระบวนการ ประเมินความพึงพอใจ และทัศนคติของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (ฉวีวรรณ, 2548)

ในงานวิจัยที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเพื่อประเมินเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหลายแง่มุม ส่วนใหญ่จะศึกษาในประเด็นของความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ดังการศึกษาต่อไปนี้ การพัฒนาแนวปฏิบัติด้านคลินิกด้านการดูแลคนไข้ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ โรงพยาบาลลำปาง (กรรณิการ์, 2548) การพัฒนาแนวปฏิบัติด้านคลินิกด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (กันยา, 2549) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางด้านคลินิกสำหรับการทำแผลอุบัติเหตุในโรงพยาบาลจอมทอง จ.เชียงใหม่ (จิราภรณ์, 2551) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความเจ็บปวดระหว่างการทำแผลในผู้ป่วยแผลไหม้ (จิตชนก, อรพรรณ, และสุพร, 2549) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (ณิชากร นันทา และทิพพาพร, 2551) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการผูกยึดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลอุดรดิตต์ (เบญจมาพร, 2548) ประสิทธิภาพของการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัดตามมาตรฐานทางคลินิก (บังอร, 2548) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ.สุราษฎร์ธานี (ปลดดา, วันดี, และอรัญญา, 2550) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางด้านคลินิกด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตดิ่งอักเสบเฉียบพลัน ก่อนได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จ.น่าน (นาฏนภา, 2551) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: การดูแลทารกแรกเกิด เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (นิตยา, 2551) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางด้านคลินิกด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (วัชรภรณ์, นันทา, และวันชัย, 2548) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหยา่เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุโขทัย (ศิริพร, 2548) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (สุรีย์พร, นันทา, และกนกพร, 2551)

นอกจากนี้ยังมีการประเมินด้านกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคือประเมินด้านความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติและผู้รับบริการ ดังการศึกษาต่อไปนี้ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด (ชาลิตา, พิณิจ, สรวรรณ, ศรีสุวรรณ, และกานดา, 2551) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการลื่น

ล้มตกล้มในผู้ป่วยออร์โทปีดิกส์ (บุบผา, 2550) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกการดูแลผู้ป่วยที่มีสายสวนหลอดเลือดดำชนิดฝังอยู่ใต้ผิวหนัง (ปานจิตร, จิราภรณ์, จริยา, ฐิติมา, แม้นมนา, และสุวรรณณี, 2551) ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา (ปราณี และกรรณิการ์, 2550) ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ (มยุรี, ฉวีวรรณ, และพิศกุล, 2549) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (สุรียพร และคณะ, 2551) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (อุสาห์, ภัทรา, สุกัญญา, และกานต์ธิดา, 2551)

ส่วนการประเมินด้านอื่นๆ ได้แก่ ประสิทธิภาพเชิงผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ ดังการศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการทำแผลอุบัติเหตุในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ (จิราภรณ์, 2551) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด (ชาลิลา และคณะ, 2551) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิก สำหรับการผูกยึดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ (เบญจมาพร, 2548) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: การดูแลทารกแรกเกิด เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (นิตยา และปิยภรณ์, 2551) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางด้านคลินิกด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตตั้งอักเสบเฉียบพลัน ก่อนได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จ.น่าน (นาฎนภา, 2551) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการลื่นล้มตกล้มในผู้ป่วยออร์โทปีดิกส์ (บุบผา, 2550) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกการดูแลผู้ป่วยที่มีสายสวนหลอดเลือดดำชนิดฝังอยู่ใต้ผิวหนัง (ปานจิตร และคณะ, 2551) ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่มีพื้นฐานบนความรู้เชิงประจักษ์ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (ปริศนา, ฉวีวรรณ, พิชัย, พรสวรรค์, และสุวิมล, 2549) ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา (ปราณี และคณะ, 2550) ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ (มยุรี และคณะ, 2549) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (อุสาห์และคณะ, 2551)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลกับพยาบาลผู้ใช้ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ ตามประเด็นดังต่อไปนี้ ประสิทธิภาพในเชิงกระบวนการ ได้แก่ 1) ความเป็นไปได้ของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ได้แก่ ความยาก-ง่ายของแนวปฏิบัติการพยาบาล, ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล 2) ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 3) ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

และประสิทธิภาพในเชิงผลลัพธ์ ได้แก่ ความสามารถของพยาบาลในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ

มีหลายองค์กรที่พัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ โดยใช้ชื่อต่างกันไปตามองค์กรที่เป็นผู้ริเริ่ม เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์และพยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ได้แก่ สมาคมศัลยศาสตร์ภาคตะวันออก (Eastern Association for the Surgery of Trauma [EAST]), สมาคมศัลยศาสตร์ภาคตะวันตก (The Western Trauma Association [WTA]), สมาคมศัลยศาสตร์อเมริกา (The American Association for the Surgery of Trauma [AAST]), และแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support [ATLS]) นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ใช้สำหรับกลุ่มอาสาสมัครในการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากภัยพิบัติ ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการดูแลก่อนส่งโรงพยาบาลและการดูแลเบื้องต้นในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ได้แก่ หน่วยช่วยชีวิตก่อนส่งโรงพยาบาล (Pre-Hospital Trauma Life Support [PHTLS]), เทคนิคการช่วยชีวิตบนเทือกเขาสูง (Technische Hilfswerk [THF]), ระบบบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ ฟานโก-เยอรมัน (Fanco-German Emergency Medical Services System [FGS]), ระบบบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ อังกฤษ-อเมริกา (Anglo-American Emergency Medical Services System [AAS]) และหน่วยบริการอุบัติเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์ (Emergency medical services system [EMSS]) โดยใช้หลักการประเมินที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยประเมินภาวะที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยและให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

ในปัจจุบันมีแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมาสำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ โดยเฉพาะองค์กรที่ชื่อคณะอนุกรรมการแห่งวิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกัน (Committee on Trauma of the American College of Surgeons) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support [ATLS]) ซึ่งเป็นหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นสำหรับแพทย์ เริ่มต้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1978 เพื่อใช้ในการประเมินสภาพและเป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ สถาบันหลายแห่งในอเมริกาได้จัดหลักสูตรอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้แนวทางของแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง นี้ เป็นหลักสูตรที่พัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญ และมีความน่าเชื่อถือในด้านความรู้ทางการแพทย์และทักษะในการดูแลการบาดเจ็บที่มีความเฉพาะเจาะจง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับ 2-5 (Wright et al., 2003) และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันสมัยอยู่เสมอ ในปัจจุบันมีการปรับปรุงเป็นครั้งที่ 8 โดยความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและ ลดอัตราการตาย อัตราการพิการในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ แนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง เริ่มต้นจากหลักการง่ายๆ ที่มีประสิทธิภาพ สามารถเข้าถึงการ

ประเมินและการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ เป็นที่นิยมใช้กันอย่างกว้างขวางกว่า 50 ประเทศทั่วโลก มีตัวแทนองค์กรจากหลายประเทศนำแนวปฏิบัตินี้ไปพัฒนาให้เป็นภาษาประจำชาติของตนเอง แนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง ได้แบ่งการดูแลเป็น 4 ระยะ คือ การประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ การตรวจร่างกายโดยละเอียดและการดูแลที่มีแบบแผนเฉพาะโรค (สิโรจน์, 2550; Newberry, 2003) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้น (primary survey) เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บถึงแผนกฉุกเฉิน การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นเริ่มได้ในขณะที่ทำการประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินภาวะที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย และให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ซึ่งการประเมินด้วยวิธีของแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง นั้นจะใช้กระบวนการประเมินด้วยอักษรย่อภาษาอังกฤษ คือ “ABCDE” ดังต่อไปนี้ (Urden, Stacy, & Lough, 2006) ในการประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้นประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

A = Airway and cervical spine protection หมายถึง การประเมินและการจัดการให้ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจที่โล่งเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง รับประทานยาบางชนิด คัมแอลกอฮอล์และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกบริเวณใบหน้าหรือบริเวณกระดูกทรวงอก ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจมีสาเหตุมาจากมีสิ่งแปลกปลอม ลิ้มเลือดหรือการแตกหักของฟันไปอุดทางเดินหายใจ สำหรับในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและมีการประเมินระดับความรู้สึกตัว (glasgow coma scale) มีคะแนนเต็ม 15 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนเท่ากับ 8 คะแนนหรือต่ำกว่า ผู้ป่วยต้องการเครื่องช่วยหายใจและการให้การดูแลที่มีแบบแผนเฉพาะโรค

B = Breathing and ventilation หมายถึง การประเมินแบบแผนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ และครอบคลุมถึงประเมินการแลกเปลี่ยนก๊าซในร่างกาย มีความสำคัญถัดมา และเป็นตัวบ่งบอกถึงประสิทธิภาพของการจัดการกับระบบทางเดินหายใจให้โล่ง การประเมินต้องครอบคลุมถึงการขีดขยายของผนังทรวงอก ลักษณะและอัตราการหายใจ การฟัง การเคาะปอดสามารถบ่งชี้เพื่อแยกความแตกต่างระหว่างอากาศและเลือดในช่องปอดได้ ซึ่งหากผู้ป่วยมีการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อช่วยให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ (สิโรจน์, 2550)

C = Circulation หมายถึง การประเมินภาวะของการเสียเลือดซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด (hypovolemic shock) และเสียชีวิตในเวลาต่อมา (สิโรจน์, 2550) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะนี้ สังเกตได้จากระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง ผิวหนังซีดลงระยะแรกชีพจรจะเร็วขึ้นต่อมากวามดันโลหิตจะลดลง ในกรณีที่มีเลือดออกในช่องท้องในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด ที่มีอาการแสดงทางหน้าท้องไม่ชัดเจน อาจต้องทำการวินิจฉัยโดยการใส่สายยางเข้าไปในเยื่อช่องท้อง หรือการทำอัลตราซาวแบบฉุกเฉิน เพื่อหาเลือดในช่องท้อง และในกรณีที่ผู้ป่วยมีกระดูกเชิงกรานหัก กระดูกต้นขาหักอาจทำให้เกิดการสูญเสียเลือดภายในบริเวณกระดูกที่หักจนเกิดภาวะช็อก

D = Disability: Neurologic status หมายถึง การประเมินทางระบบประสาทอย่างรวดเร็วจะช่วยบอกได้ว่าผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวเพียงใด ประเมินโดยใช้แนวปฏิบัติในการประเมินทางระบบประสาท

(glasgow coma scale) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การลืมตา (eye opening) (1-4 คะแนน) การตอบสนองของการทำงานของกล้ามเนื้อ (best motor responses) (1-6 คะแนน) การตอบสนองโดยคำพูด (best verbal response) (1-5 คะแนน) ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกรู้ตัวปกติจะมีคะแนน 15 คะแนน ผู้ป่วยที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน แสดงว่าอาจจะมีภาวะสมองได้รับบาดเจ็บ โดยสามารถรายงานเป็นรูปแบบ เช่น ในคนปกติมี E₄ M₆ V₅ (สิโรจน์, 2550) วิธีนี้ค่อนข้างละเอียดและต้องใช้เวลาพอสมควร เราอาจใช้วิธีบ่งง่าย ๆ ที่เรียกว่า AVPU method ได้แก่ A = Alert หมายถึง การตื่นตัว, V = respond to vocal stimuli หมายถึง การตอบสนองต่อการกระตุ้นด้วยคำพูด, P = Respond to painful stimuli หมายถึง การตอบสนองต่อการกระตุ้นด้วยความเจ็บ, U = Unresponsive to all stimuli หมายถึง ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น

ระดับความรู้สึกรู้ตัวที่ลดลงเกิดขึ้นได้จากออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ อาจเกิดจากการรับประทานยาบางชนิด คีมีแอสคอสอล หรือเกิดจากมีการบาดเจ็บที่สมองได้ โดยเฉพาะถ้ามีการขยายของม่านตาไม่เท่ากัน มีเลือดออกทางหู มีอาการอ่อนแรงของร่างกายไปซีกหนึ่ง ซึ่งอาการเหล่านี้บอกได้ถึง การบาดเจ็บที่สมอง และต้องอาศัยการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองต่อไป

พยาบาลควรประเมินและบันทึกที่ระดับความรู้สึกรู้ตัวของผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยเข้ามาในแผนกฉุกเฉิน โดยการประเมินอาการทางระบบประสาท โดยใช้ เครื่องมือการประเมินทางระบบประสาท (GCS) ทุก 15 นาที และบันทึกสัญญาณชีพบ่อยๆ เพื่อสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่ และบันทึกภาวะของการเพิ่มความดันในสมอง เช่น อาการปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง ตาพร่ามัว ชีพจรช้าลง ความดันชีพจร (pulse pressure) กว้าง ระดับความรู้สึกรู้ตัวลดลงเรื่อยๆ

E = Exposure / Environment หมายถึง การประเมิน โดยการตรวจร่างกายทั้งตัว เพื่อตรวจว่าได้รับบาดเจ็บบริเวณใดบ้างต้องถอดหรือตัดเสื้อผ้าเพื่อดูโดยละเอียด แต่ต้องมีผ้าคลุมตัวผู้ป่วยในการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) รวมทั้งการให้สารน้ำหรือเลือดควรทำให้อุ่นก่อนให้ผู้ป่วย

2. ระยะเวลาช่วยฟื้นคืนชีพ (resuscitation) ระยะเวลาเกิดขึ้นหลังจากการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น ซึ่งระยะนี้ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้และต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนภายใน 24 ชั่วโมง (Newberry, 2003) โดยใช้หลักการประเมิน ABC เช่นเดียวกันกับการประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้นที่ได้กล่าวมาแล้ว

3. การประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างละเอียด (secondary survey) การประเมินในระยะนี้จะกระทำหลังจากการประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้นและระยะเวลาช่วยฟื้นคืนชีพ จนผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ สัญญาณชีพดีแล้ว การประเมินอย่างละเอียดนี้ จะทำภายหลัง 24 ชั่วโมงที่ผู้ป่วย (Newberry, 2003) ในระยะนี้จะทำการตรวจร่างกายอย่างละเอียด ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า และตรวจทางระบบประสาทโดยละเอียด การตรวจเอกซเรย์ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษอื่นๆ ตามความจำเป็น (Newberry, 2003; Urden, et al., 2006) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 การซักประวัติ (history) เพื่อประเมินว่ากลไกการบาดเจ็บเกิดจากสาเหตุใดทำให้สามารถประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บได้ นอกจากนี้ยังใช้เป็นข้อมูลสำหรับการรักษาผู้ป่วยต่อไป การซัก

ประวัติควรครอบคลุมในประเด็นต่อไปนี้ โดยมีการกำหนดหลักการประเมินเป็นอักษรย่อภาษาอังกฤษว่า AMPLE (Newberry, 2003) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

A = Allergies หมายถึงประวัติการแพ้ยา

M = Medications currently used หมายถึง ประวัติการใช้ยาต่างๆ

P = Past illnesses/Pregnancy หมายถึง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต รวมทั้งประวัติประจำเดือน กรณีที่อาจตั้งครรภ์

L = Last meal หมายถึง เวลาที่รับประทานอาหารมื้อสุดท้าย เพื่อเป็นข้อมูลในการผ่าตัด หรือ การตรวจพิเศษอื่นๆ

E = Events/Environment related to the injury หมายถึง เหตุการณ์ที่ได้รับบาดเจ็บซึ่งสามารถบอกถึงกลไกการบาดเจ็บได้ ลักษณะการบาดเจ็บอาจเกิดได้จากหลายกรณี เช่น การบาดเจ็บจากแรงกระแทก หรือวัตถุไม่มีคม การบาดเจ็บจากการถูกทิ่มแทง การบาดเจ็บจากความร้อน ความเย็นและการบาดเจ็บจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย เช่น พิษจากสารเคมี วัตถุมีพิษ กัมมันตภาพรังสี เป็นต้น

3.2 การตรวจร่างกาย (physical examination)

ควรทำการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอย่างละเอียดตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า ขั้นตอนการตรวจร่างกายมีดังต่อไปนี้

การตรวจศีรษะ

เป็นการตรวจหาการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยละเอียด เพื่อหาอาการบาดเจ็บ เช่น บาดแผลฉีกขาด ฟกช้ำ ลักษณะที่อาจมีกระดูกแตกร่วมด้วย ถ้ามีอาการบวมบริเวณเปลือกตา ควรตรวจตาโดยละเอียด การตรวจดูการบาดเจ็บของกระดูกบริเวณใบหน้า ไม่จำเป็นต้องรีบให้การรักษาโดยเร่งด่วน ยกเว้นมีปัญหาในเรื่อง การหายใจหรือเลือดออก ในผู้ป่วยที่บาดเจ็บกระดูกใบหน้าถ้าสงสัยว่าอาจมีการแตกของกระดูกในจมูก (cribiform) ควรหลีกเลี่ยงการใส่ท่อหรือสายขางทางจมูก(Urden, et al., 2006)

การตรวจกระดูกไขสันหลังและคอ

ในผู้ป่วยที่พบการบาดเจ็บบริเวณศีรษะหรือใบหน้า ให้สงสัยไว้ก่อนว่าอาจมีการบาดเจ็บของกระดูกต้นคอ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ซึ่งไม่อาจบอกหรือตรวจได้ว่ามีอาการบาดเจ็บของกระดูกบริเวณคอได้ การวินิจฉัยให้แน่ชัดต้องอาศัยการเอกซเรย์ ให้เห็น กระดูกไขสันหลังทั้ง 7 ว่าอยู่ในสภาพที่ปกติ กรณียังไม่แน่ใจให้ใส่ที่รองกระดูกต้นคอ (collar) ไว้ก่อน การถอดหมวกนิรภัย หรือ ที่รองกระดูกต้นคอ เพื่อตรวจศีรษะและคอ ควรกระทำด้วยความระมัดระวังและมีผู้ช่วยจับยึดคอและศีรษะ เพื่อไม่ให้เกิดเคลื่อนของกระดูกต้นคอกกรณีที่มีการบาดเจ็บที่กระดูกไขสันหลัง การตรวจคอต้องอาศัย การดู คลำ และฟัง เพื่อตรวจหาความผิดปกติต่างๆ เช่น การอ่อนแรงของแขนขา เป็นต้น (Urden, et al., 2006)

การตรวจทรวงอก

ควรตรวจโดยการค้อนทุ้งทรวงอกทั้งด้านหน้าและด้านหลัง เพื่อหาตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บโดยละเอียด เช่น การถลอก ฟกช้ำ คุบแผลว่าเป็นแผลเปิดหรือมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือไม่ การหักของกระดูกซี่โครงกลางทรวงอก อาการที่สำคัญ คือ การเจ็บ หายใจลำบาก ภาวะพร่องออกซิเจน การฟังเสียงการหายใจของปอดทั้งสองข้าง การเคาะเพื่อแยกภาวะเลือดออกหรือมีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด การเอียงของหลอดลมไปด้านใดด้านหนึ่ง ฟังเสียงการเต้นของหัวใจ การตรวจเอกซเรย์จะช่วยบอกภาวะมีลมรั่วหรือมีเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือมีกระดูกซี่โครงหัก หรือมีการบาดเจ็บของหลอดเลือดแดงในช่องทรวงอกได้ (Newberry, 2003)

การตรวจช่องท้อง

การวินิจฉัยว่ามีการบาดเจ็บหรือมีภาวะเลือดออกของอวัยวะในช่องท้องโดยเฉพาะในช่วงแรกอาจมีความยากในการวินิจฉัย ทั้งนี้เนื่องจากในระยะแรกเลือดออกน้อย หรืออยู่ในภาวะที่ผู้ป่วยหมดสติและมีอาการแสดงทางหน้าท้องไม่ชัดเจน ดังนั้น การวัดสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ กรณีผู้ป่วยบาดเจ็บซึ่งเกิดจากภาวะช็อกโดยไม่ทราบสาเหตุ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บทางระบบประสาทและไม่รู้สีกตัว ให้สงสัยไว้ว่าเกิดจากภาวะเลือดออกในช่องท้อง การวินิจฉัยที่ต้องทำคือการใส่สายยางในกระเพาะอาหารหรือการทำอัลตราซาวด์เพื่อตรวจดูภาวะเลือดออกในช่องท้อง แต่ถ้าอาการแสดงทางหน้าท้องชัดเจนว่ามีเลือดออกในช่องท้อง เช่น หน้าท้องแข็งเกร็ง มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ให้ปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อพิจารณาทำผ่าตัด สำหรับบริเวณใกล้เคียงที่อาจได้รับบาดเจ็บ เช่น บริเวณฝีเย็บ ช่องทวารหนัก ควรตรวจบริเวณฝีเย็บว่ามีรอยถลอกหรือฟกช้ำ หรือมีแผลฉีกขาด หรือเลือดออกทางท่อทางเดินปัสสาวะ เพื่อหาการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้น ในรายที่มีการบาดเจ็บของท่อทางเดินปัสสาวะ เช่น มีเลือดออกในทางเดินปัสสาวะ มีกระดูกเชิงกรานหัก ตรวจโดยการคลำทางทวารหนักของผู้ป่วยชาย จะพบว่า อัณฑะอยู่สูงหรือคลำไม่พบ กรณีนี้ห้ามใส่สายสวนปัสสาวะ เพราะจะทำให้มีการบาดเจ็บในท่อทางเดินปัสสาวะมากขึ้น ในผู้ป่วยหญิง การตรวจทางช่องคลอดมีความสำคัญโดยเฉพาะ กรณีที่มีแผลฉีกขาดภายในหรือสงสัยว่าอาจมีการตั้งครรภ์ร่วมด้วย (สิโรจน์, 2550)

การตรวจระบบกระดูก

เป็นการตรวจระบบกระดูกทั้งหมด ได้แก่ แขน ขา กระดูกสันหลัง กระดูกเชิงกราน เพื่อหาบาดแผล การผิดรูป และตำแหน่งที่มีการบาดเจ็บ การตรวจระบบกระดูกประกอบด้วย การคลำชีพจร การตรวจทางระบบประสาท หากไม่สามารถคลำชีพจรบริเวณแขน-ขาได้ก็อาจเป็นอาการแสดงว่าแขน-ขาอาจได้รับเลือดไปเลี้ยงไปเพียงพอ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอาจทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อได้ (compartment syndrome) (Newberry, 2003)

การตรวจทางระบบประสาท

ได้แก่ การตรวจ ระดับความรู้สึกตัว การขยายของม่านตา การเคลื่อนไหวของลูกตา ตลอดจนประสาทรับคำสั่ง ประสาทรับความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนอง ให้ตรวจและบันทึกอย่างต่อเนื่องเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การตรวจทางระบบประสาทประกอบด้วย การประเมินอาการชาของ

แขน-ขาที่อาจบ่งบอกว่าเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ ในกรณีที่กระดูกเชิงกรานหักและกระดูกต้นขาหัก พยาบาลควรประเมินภาวะเลือดออก เพราะการหักของกระดูกทั้งสองแห่งนี้จะทำให้เกิดการสูญเสียเลือดจำนวนมากจนทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกได้ (Newberry, 2003) โดยการใช้แบบประเมินทางระบบประสาท (GCS) เช่นเดียวกันกับการประเมินสภาพเบื้องต้น

3.3 การตรวจพิเศษอื่นๆ เพื่อหาความผิดปกติต่างๆ จะกระทำหลังจากผู้ป่วยมีอาการทั่วไปคงที่แล้ว และต้องมีการติดตามดูแลผู้ป่วยโดยใกล้ชิด การตรวจพิเศษต่างๆ ได้แก่ เอกซเรย์ส่วนต่างๆ ของร่างกายที่สงสัยว่าจะมีการบาดเจ็บ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจการฉีดสีตรวจพิเศษ การทำอัลตราซาวด์ การส่องกล้องในหลอดลมและการส่องกล้องในทางเดินอาหาร เป็นต้น

4. การดูแลที่มีแบบแผนเฉพาะโรค (definitive care) ระยะนี้จะเริ่มเมื่อการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างละเอียดเสร็จสมบูรณ์แล้ว การดูแลในขณะนี้เป็นการรักษาที่เฉพาะเจาะจงกับการได้รับบาดเจ็บตามการวินิจฉัย เพราะผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบต้องได้รับการคัดแยกว่าจำเป็นต้องได้รับการรักษาจากศัลยแพทย์เฉพาะทางหรือส่งไปรักษายังศูนย์ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการรักษาผู้ป่วยเฉพาะด้าน ถ้าจำเป็นที่จะติดต่อแจ้งให้โรงพยาบาลที่จะส่งตัวผู้ป่วยไป ให้ทราบถึงข้อมูลเพื่อเตรียมการรักษาผู้ป่วย ในระหว่างทางเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องมีบุคลากรที่สามารถช่วยเหลือให้การรักษาผู้ป่วยในระหว่างทางและมีอุปกรณ์พร้อมรวมทั้งรายละเอียดการรักษาและผลการรักษาที่ได้ให้กับผู้ป่วยไปแล้วด้วย (Urden, et al., 2006)

ในประเทศไทย ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยได้ร่วมมือกับวิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกัน จัดตั้งการฝึกอบรมหลักสูตรแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) ขึ้นในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2546 และในปัจจุบันได้จัดให้มีการฝึกอบรมหลักสูตรนี้อย่างต่อเนื่องปีละ 25 ครั้ง (John, Jameel, Fred, Reginald, Francisco, Vagn, et al., 2008) แนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง เป็นหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นมาสำหรับแพทย์ในการบริหารจัดการผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ มุ่งเน้นให้ผู้ฝึกปฏิบัติทำตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูงอย่างเคร่งครัด แต่ในทางปฏิบัติอาจไม่เหมาะสมกับบริบทในแต่ละหน่วยงาน ผู้วิจัยมีความเห็นว่าพยาบาลสามารถนำแนวคิดนี้มาใช้ประโยชน์ในกระบวนการพยาบาลได้ในส่วนของการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบสำหรับพยาบาล โดยอิงแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง ในส่วนของการตรวจร่างกายอย่างละเอียด (secondary survey) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ สำหรับการศึกษาครั้งนี้มีขั้นตอนการพัฒนาดังต่อไปนี้

1. นำแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) เฉพาะระยะการตรวจร่างกายอย่างละเอียด (secondary survey) มาวิเคราะห์ และตรวจสอบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้สร้างแนวปฏิบัติ

ทางการพยาบาล ซึ่งพบว่า แนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่อยู่ในระดับ 2-5 (Wright et al., 2003) มาเป็นแนวทางในการสร้างแนวปฏิบัตินี้

2. ตรวจสอบคุณค่าของแนวปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) โดยประเมินขั้นตอนการสร้างว่ามีความถูกต้องทุกขั้นตอนหรือไม่ตามแนวคิดการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาโดย NHMRC (1998) และประเมินคุณค่าทางคลินิกของแนวปฏิบัติตามเกณฑ์ (The AGREE Collaboration, 2001) ซึ่งพบว่าขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติของแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) ตรงกับขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติที่น่าเสนอโดย NHMRC (1998) ทุกขั้นตอน และแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) นี้มีคุณภาพทางคลินิกตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด 6 องค์ประกอบ 23 ข้อย่อย (The AGREE Collaboration, 2001) ดังนี้

ความชัดเจนของขอบเขตและวัตถุประสงค์

แนวปฏิบัติของแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) มีการระบุวัตถุประสงค์ไว้อย่างชัดเจนและมีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ สร้างมาจากปัญหาทางคลินิกที่เกิดขึ้น มีกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัตินี้อย่างชัดเจน คือ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ

การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง

ทีมพัฒนาประกอบด้วยบุคลากรจากสาขาวิชาชีพร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก มีการระบุกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติชัดเจนแนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้ มีการประชุมหารือกันเป็นระยะๆ

ความชัดเจนของขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ

มีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยใช้เกณฑ์ในการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ของไวท์และคณะ (Wright et al. Level of Evidence) (Wright et al., 2003) มีการพิจารณาถึงประโยชน์ ผลกระทบและความเสี่ยงในการกำหนดข้อเสนอแนะ แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำมาใช้

ความชัดเจนและการนำเสนอ

แนวปฏิบัติมีความเป็นรูปธรรมเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ เข้าใจง่าย มีคำอธิบายในการใช้แนวปฏิบัติ

การประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน

มีการระบุสิ่งที่อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ และมีการพัฒนา ปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ ซึ่ง แนวคิดของแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) มีการปรับปรุงมาแล้ว 8 ครั้ง โดยคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง

ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างอิสระจากผู้จัดทำ มีการบันทึกความคิดเห็นที่ขัดแย้งกันของทีมในระหว่างการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) ซึ่งผ่านการประเมินคุณค่าทางคลินิก โดยใช้ แบบประเมินคุณค่าทางคลินิก (The AGREE instrument, 2001) ดังกล่าวข้างต้นแล้วจากงานวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาปริญญาโท (สุนิดา, วิชา และประณีต, 2553) โดยแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) มีระดับคะแนนที่คำนวณได้มากกว่า 60 เปอร์เซนต์ทุกองค์ประกอบ แสดงว่าแนวปฏิบัตินั้นมีคุณภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้

สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2546 โรงพยาบาลศิริราชได้มีการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยลักษณะของแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความคล้ายคลึงกับหลักการของแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) แต่แตกต่างกันในเรื่องของช่วงเวลาในการใช้แบบบันทึก โดยบันทึกตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินและสิ้นสุดที่ขั้นตอนการสรุปการจำหน่าย ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้ (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, 2549)

แบบรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการซักถามผู้ป่วยและญาติหรือผู้นำส่งและจากเอกสารต่างๆ

แบบรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ สังคมอย่างละเอียด

แบบบันทึกและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและการรักษา

แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการแพทย์พยาบาล

แบบบันทึกการดูแลรักษาต่อเนื่อง

แบบบันทึกสิทธิคำรักษาพยาบาล

แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบให้ครอบคลุม ครบถ้วน จะต้องอาศัยการประเมินอย่างเป็นระบบที่ผ่านมาพบว่า มีแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) เป็นแนวปฏิบัติที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับประเมินและรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบซึ่งใช้แพร่หลายในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันการพัฒนาแบบประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบยังมีน้อย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แม้ว่าจะมีการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ตั้งแต่แรกรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งเป็น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งการนำไปใช้ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอาจจะไม่เหมาะสม นอกจากนี้แบบบันทึกนี้ยังไม่มีการใช้อย่างแพร่หลายและยังไม่มีการทดสอบคุณภาพและประสิทธิภาพของแบบบันทึก จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ และนำไปประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัตินี้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินการ 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

แนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้พัฒนาโดยผู้วิจัยร่วมกับนักศึกษาปริญญาโท เพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยนักวิจัยนำแนวปฏิบัติฯ ที่นักศึกษาได้พัฒนาแล้วไปปรับใช้กับโรงพยาบาล 3 แห่ง ดังที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น ซึ่งขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติที่นักศึกษาได้ดำเนินการ มีดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การสร้างแนวปฏิบัติ

เป็นระยะการสร้างแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ โดยใช้หลักการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline [CPG]) ของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย มีทั้งหมด 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ในการสร้างเนื้อหาของแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ จากการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จาก CD ROM โดยใช้ฐานข้อมูลทางด้านสุขภาพ ได้แก่ PubMed, CINAHL, Science Direct, Ovid รวมทั้งสืบค้นในเว็บไซต์ต่างๆ และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย โดยใช้คำหลักในการสืบค้น ดังนี้ แนวปฏิบัติในการประเมินสภาพ clinical practice guideline, trauma injury, health assessment, initial assessment, missed injuries or management ตลอดจนสืบค้นจากตำรา วารสารทางการแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและอังกฤษ ผลสรุปจากการสืบค้นพบว่า ไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบโดยตรง มีเพียง แนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) ที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินสภาพและรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (Alexandar & Proctor, 1993) ซึ่งมีใช้แพร่หลายในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า การประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ใช้ในประเทศไทย เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างละเอียด (secondary survey) และการวางแผนจำหน่าย แต่ยังคงการประเมินประสิทธิภาพของแบบบันทึกดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้เนื้อหาของแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) โดยนำเนื้อหาเฉพาะในส่วนการประเมินร่างกายอย่างละเอียด (secondary survey) มาเป็นกรอบในการสร้างเนื้อหาของแนวปฏิบัติในการศึกษารุ่นนี้ ร่วมกับการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์

ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสร้างแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) พบว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับ 2-5 (Wright, et al., 2003) จากการวิเคราะห์เนื้อหาในขั้นตอนนี้ พบว่า แนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูงดังกล่าวมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ และมีการปรับปรุงเป็นครั้งที่ 8 โดยความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง และเมื่อพิจารณาคุณค่าทางคลินิกของแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูงพบว่าแนวปฏิบัตินี้เป็นแนวปฏิบัติที่มีความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์การประเมินคุณค่าทางคลินิกที่กำหนดโดยผ่านเกณฑ์การยอมรับความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติทุกหมวดที่ร้อยละ 60 (AGREE Collaboration, 2001) ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ได้ว่าแนวปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูงเป็นแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยพบว่าแนวปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูงยังขาดการประเมินด้านจิตใจ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเช่นกัน เนื่องจากการพยาบาลต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม ดังนั้นผู้วิจัยได้เพิ่มเติมเนื้อหาในส่วนของ การประเมินพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วยที่บ่งบอกถึงภาวะวิกฤติทางด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกโกรธ กลัว หวาดระแวงอันทำให้เกิดความไม่แน่นอนตามมา มีความวิตกกังวล (บุญดี, 2542) โดยระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัยที่สืบค้นอยู่ในระดับ 5 คือ รายงานความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Wright, et al., 2003) และพัฒนาจนได้เป็นร่างแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ประกอบด้วยหลักสำคัญในการประเมินและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล มี 7 หมวด ดังนี้ 1) การบันทึกข้อมูลทั่วไปและสัญญาณชีพ 2) การประเมินประวัติสุขภาพอื่นๆ (AMPLE) 3) การบันทึกข้อมูลการบาดเจ็บเฉพาะที่ 4) การบันทึกบาดแผลและความปวด 5) ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย 6) การตรวจวินิจฉัยโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ 7) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ

ขั้นตอนที่ 2 จัดประชุมกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสัลยศาสตร์ 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสัลยกรรมกระดูก 1 ท่าน พยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านสัลยกรรมกระดูก 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านสัลยศาสตร์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านสัลยศาสตร์ 1 ท่าน โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นนักศึกษาปริญญาโทนำเสนอร่างของแนวปฏิบัติฯ พร้อมคู่มือการใช้แนวปฏิบัติฯ ไปร่วมเสวนา วิเคราะห์ หาข้อสรุปของเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าว และตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติฯ โดยการคำนวณร้อยละของความคิดเห็นที่ตรงกันระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90 หลังการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติฯ พร้อมคู่มือการใช้ที่สร้างขึ้นนี้ไปทดสอบความเที่ยงต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 ความเที่ยงของแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นนี้ผ่านการทดสอบความเที่ยงจากงานของนักศึกษาปริญญาโทที่พัฒนาแนวปฏิบัติฯ โดยใช้วิธีสังเกตร่วม (inter-rater reliability) ของพยาบาลที่ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คน โดยแบ่งเป็น 3 คู่ ให้พยาบาลแต่ละคู่ต่างใช้แนวปฏิบัตินี้ประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบภายใน 24 ชั่วโมงแรกรับ จำนวน 1 รายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มกับพยาบาลที่เป็นผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาและใช้แนวปฏิบัตินี้ จำนวน 10 ราย เพื่อร่วมวิเคราะห์ ประเด็นปัญหาการใช้แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นนี้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และทำการทดสอบความเที่ยงอีกครั้ง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 เช่นกัน

ขั้นตอนที่ 4 นำแนวปฏิบัติที่ปรับแก้ไขแล้วจากพยาบาลกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ในขั้นตอนที่ 3 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม ตรวจสอบอีกครั้ง พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเห็นชอบกับแนวปฏิบัติที่ปรับแก้ก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 2 การปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับหน่วยงาน

ผู้วิจัยทำการประชุมทีมยกย่องระหว่างนักวิจัยจากสถาบันแหล่งฝึก 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป อย่างละ 1 แห่ง รวม 10 ท่าน ร่วมกับอาจารย์พยาบาลจำนวน 2 ท่าน จากภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อร่วมพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติ ในการประเมินสภาพแรกรับที่ได้รับการพัฒนาแล้วจากงานวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาระดับปริญญาโท ที่นำเสนอแล้วในระยะที่ 1 ไปใช้โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

2.1 นำแนวปฏิบัติที่ผ่านการปรับปรุงไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยให้โรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลนำร่อง โดยทดลองใช้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุจำนวน 22 คนเป็นเวลา 1 เดือน และประเมินประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ (ตามแบบประเมินในระยะที่ 3 ที่จะกล่าวต่อไป) พร้อมทั้งทำกลุ่มสนทนากับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 4 คน เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรคของการใช้แนวปฏิบัติ รวมทั้งขอข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแนวปฏิบัติด้วย หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติไปปรับปรุงแก้ไข และทำการทดลองใช้ใหม่กับพยาบาลกลุ่มเดิม เป็นเวลา 1 เดือน หลังจากนั้นทำการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ ต่อไป

2.2 นำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วจากโรงพยาบาลทั่วไป ในข้อ 2.1 ไปทดลองใช้ที่โรงพยาบาลศูนย์ เป็นเวลา 1 เดือน กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย จำนวน 5 ราย เพื่อประเมิน ปัญหาอุปสรรคของการใช้แนวปฏิบัติ รวมทั้งขอข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแนวปฏิบัติด้วย และทำกลุ่มสนทนากลุ่มสนทนากับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 3 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติไปปรับปรุงแก้ไข และทำการทดลองใช้ใหม่กับพยาบาลกลุ่มเดิม เป็นเวลา 1 เดือน หลังจากนั้นทำการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ ต่อไป

2.3 นำขั้นตอนในข้อ 2.1 ไปปฏิบัติกับกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 5 ราย เป็นเวลา 1 เดือน เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรคของการใช้แนวปฏิบัติ รวมทั้งขอข้อเสนอแนะในการปรับปรุง และทำกลุ่มสนทนากลุ่มสนทนากับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 2 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติไปปรับปรุงแก้ไข และทำการทดลองใช้ใหม่กับพยาบาลกลุ่มเดิม เป็นเวลา 1 เดือน หลังจากนั้นทำการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ ต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

ภายหลังจากการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พร้อมชี้แจงแบบพิกัดภัยสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยและพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยมีคุณสมบัติคือ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยดำเนินการเก็บข้อมูลกับพยาบาลทุกคนที่มีคุณสมบัติดังกล่าว จำนวน 29 คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงขั้นตอนและวิธีการในการใช้แนวปฏิบัติฯ โดยกำหนดให้ผู้ใช้นำแนวปฏิบัติฯ ทุกรายทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบอย่างน้อย 1 รายต่อคน หลังจากนั้น ผู้วิจัยให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ ตอบแบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย

1. ความเป็นไปได้และความยาก-ง่ายของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ ทำการประเมิน โดยการใช้แบบสอบถามความคิดเห็นความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติฯ โดยใช้แบบประเมินมาตรวัดแบบตัวเลข 0-10 แบ่งระดับความพึงใจออกเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนน 0-3 มีระดับความพึงพอใจ ในระดับต่ำ

คะแนน 4-6 มีระดับความพึงพอใจ ในระดับปานกลาง

คะแนน 7-10 มีระดับความพึงพอใจ ในระดับสูง

3. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ ประเมิน ใช้คำถามปลายเปิด และการทำสนทนากลุ่ม

4. ความสามารถของพยาบาลในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม ประเมิน โดยผู้วิจัยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามรูปแบบของสมาคมวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งทวีปอเมริกาเหนือ (NANDA) (วิจิตร และอรุณี, 2551)

การสรุปผลการศึกษา ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพของแนวปฏิบัติฯ ในการประเมินสภาพแกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ นำเสนอต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ และศัลยกรรมทั่วไป เพื่อนำเสนอผู้บังคับบัญชาต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเป็นไปได้และความยาก-ง่าย ของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้แบบประเมิน ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติฯ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ พยาบาลประจำการ และ อาจารย์พยาบาล ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

ผู้วิจัยทำการประเมินความเที่ยงของแบบประเมินความเป็นไปได้และความยาก-ง่าย ของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติฯ โดยวิธีการประเมินความเห็นที่สอดคล้องในการทำแบบประเมินซ้ำ 2 ครั้ง ห่างกัน 1 วันกับพยาบาล 2 ราย พบค่าร้อยละของความเห็นสอดคล้องเท่ากับ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คุณภาพของแนวปฏิบัติ วิเคราะห์กระบวนการและผลลัพธ์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรก
รับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการ
รักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ หรือหอผู้ป่วยศัลยกรรมที่รับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาล 3 แห่ง คือ
โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยโรงพยาบาลทั่วไปจะเป็น
โรงพยาบาลนำร่องในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ก่อน ตามด้วยโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
เนื้อหาหลักของแนวปฏิบัติที่ใช้ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ มีเนื้อหาที่เหมือนกัน โดย
พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจะทำการบันทึกสภาพแรกรับผู้ป่วยบนกระดานแบบบันทึก แต่เนื้อหาของแนว
ปฏิบัติที่ใช้ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีการดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทหอผู้ป่วย โดยทำการประเมิน
สภาพผู้ป่วยแรกรับและบันทึกในคอมพิวเตอร์ กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับ
ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ คือพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ
ของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2552- มกราคม 2553 ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลแบ่ง
ตามโรงพยาบาลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ
2. ข้อมูลส่วนบุคคลและการบาดเจ็บของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ
3. เนื้อหาของแนวปฏิบัติ
4. ความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ
 - 4.1 ความยาก-ง่าย ของการใช้แนวปฏิบัติ
 - 4.2 ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ
5. ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ
6. ปัญหาอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ
7. ความสามารถของพยาบาลในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและ
ครอบคลุม
8. อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ

ตาราง 1 แสดงผลข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ โดยพบว่าพยาบาลมีอายุระหว่าง
24-55 ปี อายุเฉลี่ย 34.24 ปี (SD = 7.5 ปี) มีประสบการณ์ทำงานระหว่าง 1 ถึง 23 ปี โดยส่วนใหญ่มี

ประสบการณ์ทำงาน 6-10 ปี พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีประสบการณ์การเข้าอบรมเฉพาะทางด้วยสัดส่วนที่แตกต่างกันดังตาราง 4.1

ตาราง 4. 1

จำนวนและร้อยละของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ จำแนกตามอายุ เพศ ระยะเวลาการปฏิบัติงานและประสบการณ์การอบรมเฉพาะทาง (N = 29)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (M = 34.24, SD = 7.48, Min = 24, Max = 55)		
23-35	17	58.62
36.45	12	41.38
เพศ		
ชาย	-	-
หญิง	29	100
ระยะเวลาปฏิบัติงาน (ปี) (M = 11.66, SD = 7.64, Min = 1, Max 32)		
1-5	9	31.03
6-10	9	31.03
11-15	4	13.80
≥ 16	7	24.14
ประสบการณ์การอบรมเฉพาะทางศัลยกรรม (ปี)		
ผ่านการอบรมเฉพาะทางศัลยกรรม	12	41.38
ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางศัลยกรรม	17	58.62

ข้อมูลส่วนบุคคลและการบาดเจ็บของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ โดยอวัยวะที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือระบบประสาท รองลงมาคือบาดเจ็บระยะข้อม ข้อเท้า เท้า และช่องท้อง ดังตาราง 4.2

ตาราง 4.2

จำนวน ร้อยละ การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย

การวินิจฉัยโรค	จำนวน (ร้อยละ)
บาดเจ็บระบบประสาท	33 (45.83)
การบาดเจ็บใบหน้า	9 (12.5)
การบาดเจ็บทรวงอก	5 (6.94)
การบาดเจ็บช่องท้อง	11 (15.28)
การบาดเจ็บระยะง่าก	14 (19.44)

เนื้อหาของแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

เนื้อหาหลักของแนวปฏิบัติที่พัฒนาของแต่ละโรงพยาบาลจะเหมือนกันทั้งสามแห่ง ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาในงานวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาปริญญาโท ที่ใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ประกอบด้วย การบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินประวัติการเจ็บป่วยด้วย AMPLE การบันทึกข้อมูลการผ่าตัดและการทำหัตถการ การตรวจร่างกายโดยละเอียดตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การประเมินปวด การประเมินสภาพจิตใจ การประเมินสภาพตามแบบแผนสุขภาพ และการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ภาคผนวก ก)

ความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ

ความยาก-ง่ายในการใช้แนวปฏิบัติ

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทุกคน มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาในครั้งนี้มีความง่ายในการนำไปใช้ในหมวดข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ การประเมินการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วย AMPLE การบันทึกข้อมูลการผ่าตัดและการทำหัตถการ และการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่สื่อสารได้ ส่วนหมวดการประเมินที่พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความคิดเห็นว่ายากคือ การประเมินด้านจิตใจและสังคม การตรวจร่างกายอย่างละเอียด Head to toe การประเมินความปวดในกรณีที่ผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ และการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังตาราง 4.3

ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

โดยภาพรวม พยาบาลร้อยละ 79.3 (n =23) ระบุสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ ยกเว้นการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้

ตาราง 4.3

ความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ ในด้านความยาก-ง่าย (N = 29)

หมวดการประเมิน	ความยาก (%)	ความง่าย (%)
การบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	0	100
การประเมินประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วย AMPLE	0	100
การประเมินด้านจิตใจ	85.7	14.3
การบันทึกข้อมูลการผ่าตัดและการทำหัตถการ	0	100
การตรวจร่างกายอย่างละเอียด Head to toe	27.8	72.2
การประเมินการสูญเสียเลือด	0	100
การประเมินความปวด		
- กรณีสื่อสารได้	0	100
- กรณีสื่อสารไม่ได้	77.8	22.2
การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ	0	100
การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	5.6	94.4

ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติร้อยละ 31 (n = 9) มีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 69 (n = 20) มีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ดังตาราง 4.4

ตาราง 4.4

ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ (N = 29)

ความพึงพอใจ	n (%)
ระดับต่ำ (คะแนน 0-3)	-
ระดับปานกลาง (คะแนน 4-6)	9(31.0)
ระดับสูง (คะแนน 7-10)	20(69.0)

ปัญหาอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ

ผลการวิจัยพบว่าปัญหาที่คล้ายคลึงกันคือไม่สามารถทำการประเมินผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติได้ทุกหัวข้อให้แล้วเสร็จในการประเมินครั้งแรก เนื่องจากมีภาระงานมากและอัตรากำลังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะใน

เวรภัยและตึก ปัญหารองลงมาคือเนื้อหาของแนวปฏิบัติที่พัฒนานี้มีความซ้ำซ้อนกับแบบประเมินที่มีอยู่แล้ว ได้แก่ การกำหนดปัญหาและความเสี่ยงของการเกิดปัญหา การประเมินแบบแผนสุขภาพ นอกจากนี้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติบางท่านระบุว่าข้อวินิจฉัยที่กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติยังไม่ครอบคลุมปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยขาดเจ็บหลายระบบ และการประเมินความปวดผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ไม่สามารถประเมินได้ ดังตาราง 4.5

ตาราง 4.5

ปัญหาอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ (N = 29)

ปัญหา/อุปสรรค	n (%)
ประเมินไม่ทันในการประเมินครั้งแรกจากผู้ป่วยรับใหม่มากและอัตราค้างของพยาบาลไม่พอเพียง	11(37.9)
เนื้อหาบางบางส่วนไม่จำเป็นเช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	3(10.3)
การประเมินปวดในผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ ทำได้ยาก	12(41.4)
ข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพ และการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีความซ้ำซ้อนกับแบบบันทึกเดิมที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน	4(13.8)
ข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพไม่สามารถประเมินได้ เช่นการประเมินเรื่องเพศสัมพันธ์	2(6.9)
ทำการประเมินไม่ได้ครบทุกข้อ ได้แก่ ความปวด การประเมินด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ปวดมาก เมา	6(20.7)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติยังไม่ครอบคลุม บางปัญหาไม่ได้กำหนดไว้ เช่นปัญหาเรื่องปวด การประเมินด้านจิตสังคม	2(6.9)

ความสามารถของพยาบาลในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลร้อยละ 37.9 (n = 11) มีความสามารถในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ถูกต้องและครอบคลุม พร้อมทั้งระบุเหตุผลในการกำหนดข้อวินิจฉัยไม่ถูกต้องหรือครอบคลุม ดังตาราง 4.6

ตาราง 4.6

ความสามารถของพยาบาล ในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม จำนวนตามโรงพยาบาล

การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	n (%)	เหตุผลในการกำหนดข้อวินิจฉัยไม่ถูกต้องหรือครอบคลุม
ถูกต้อง	11(37.9)	- ไม่ได้กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย
ครอบคลุม	11(37.9)	- ไม่ระบุปัญหาความปวดต่างๆที่มีข้อมูล - ไม่ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล - ไม่ได้ระบุปัญหาเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน - ไม่ได้ระบุปัญหา HCP - ไม่ระบุภาวะ shock - ไม่ได้นำข้อมูลในการประเมิน ไปกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้บาดเจ็บหลายระบบและประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัตินี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่รับผู้บาดเจ็บหลายระบบ ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย การพัฒนาแนวปฏิบัติในการศึกษานี้ได้จากการคัดแปลงเนื้อหาของแนวปฏิบัติที่เป็นวิทยานิพนธ์ ที่พัฒนาโดยนักศึกษาในระดับปริญญาโท ซึ่งใช้เป็นต้นแบบในการคัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ระหว่าง 6-10 ปี เฉลี่ย 11 ปี มีประสบการณ์การอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุร้อยละ 41 (12 ใน 29 ราย) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาการบาดเจ็บของระบบประสาทร่วมกับการบาดเจ็บของระบบอื่นๆ ได้แก่ บาดเจ็บทรวงอก ช่องท้อง และระยางค์

การประเมินคุณภาพการใช้แนวปฏิบัติ

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลร้อยละ 79.3 ระบุว่าสามารถประเมินสภาพผู้ป่วยตามเนื้อหาที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติได้และมีความง่ายในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วย ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าพยาบาลผู้ใช้งานมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาหลายปีและร้อยละ 40 ของพยาบาลกลุ่มดังกล่าวก็มีประสบการณ์ในการผ่านการอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุมาแล้ว ดังนั้นจึงรู้สึกไม่ยากลำบากในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและไม่มีความยากในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม พยาบาลผู้ใช้งานแนวปฏิบัติ ระบุว่าประเมินความปวดผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว คืมเกล้า หรือใส่ท่อช่วยหายใจ และการประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วย มีความยากในการประเมิน เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถบอกระดับความปวดได้ แม้ว่าจะมีแบบประเมินพฤติกรรมความปวดแล้วก็ตาม ปัญหาหลักที่ทำให้พยาบาลผู้ใช้งานแนวปฏิบัติไม่สามารถใช้แนวปฏิบัติได้ครบถ้วนทุกหัวข้อในการประเมินครั้งแรกเนื่องจากภาระงานมาก

ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ

การพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ได้จากการปรับปรุงเนื้อหาของแนวปฏิบัติการประเมินสภาพแรกรับในผู้ป่วยที่บาดเจ็บหลายระบบ ที่พัฒนาโดยนักศึกษาปริญญาโท ที่พัฒนาเพื่อใช้ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ทำให้การนำไปใช้ต่างโรงพยาบาลที่เป็นระดับ โรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่พยาบาลมีภาระงานมาก อาจนำไปใช้ทั้งหมด จึงทำให้พยาบาลรับรู้ว่าเป็นความไม่สะดวกที่ต้องมาทำการบันทึกเพิ่มเติมจากแบบบันทึกเดิมที่มีอยู่ จึงทำให้พยาบาลร้อยละ 31 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง และพยาบาลร้อยละ 69 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง และเนื่องจากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความเฉพาะเจาะจงและครอบคลุมในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบมากกว่าแบบบันทึกการพยาบาลที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน จึงทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจการใช้แนวปฏิบัตินี้

อย่างไรก็ตาม พบว่าร้อยละของพยาบาลที่มีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติในการศึกษารุ่นนี้ต่ำกว่าการใช้แนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เป็นต้นฉบับของการพัฒนาแนวปฏิบัติในการศึกษารุ่นนี้ที่พัฒนาโดยสุนิดา (2553) ซึ่งร้อยละ 93 ของพยาบาลโรงพยาบาลทุติยภูมิมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับสูง เนื่องจากการสร้างแนวปฏิบัติฯของคุณสุนิดา พยายามให้พยาบาลผู้ใช้งานแนวปฏิบัติฯเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ โดยการร่วมประชุมเสวนาเป็นระยะๆ ตลอดการทำวิจัยครั้งนี้ เพื่อพยาบาลผู้ใช้งานแนวปฏิบัติให้รู้สึกมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว จึงทำให้พยาบาลผู้ใช้งานแนวปฏิบัติเกิดความพึงพอใจ

ความสามารถในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ถูกต้องและครอบคลุม

การที่พยาบาลเพียงประมาณร้อยละ 40 เท่านั้นที่สามารถกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ถูกต้องและครอบคลุมกับข้อมูลที่ประเมินได้ในแนวปฏิบัติ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากพยาบาลไม่คุ้นเคยกับภาษาที่กำหนดในข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวิเคราะห์จากแบบสอบถามพบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติระบุว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนามีรายละเอียดมากเกินไป ทำให้พยาบาลไม่มีเวลาในการทำการประเมินได้ทั้งหมดเนื่องจากต้องใช้เวลาทำงานประจำที่มีมาก โดยเฉพาะในเวรบายดึก ทำให้ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการประเมินที่ถูกต้องและครอบคลุมได้ ส่งผลให้การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไม่ถูกต้องและไม่ครอบคลุมได้

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเนื้อหาและประเมินผลสัมฤทธิ์ในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อย่างละ 1 แห่ง โดยให้พยาบาลจำนวน 29 ราย ที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเป็นผู้ใช้แนวปฏิบัตินี้ วิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการศึกษาครั้งนี้เริ่มจากการนำเนื้อหาของแนวปฏิบัติซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ที่พัฒนาโดยนักศึกษาระดับปริญญาโทนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลทั้ง สามแห่งข้างต้น โดยศึกษานำร่องที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลทั่วไปก่อน ตามด้วยโรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ผลการวิจัยพบว่าเนื้อหาหลักที่ประกอบเป็นแบบประเมินแรกรับในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ประกอบด้วย การบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินประวัติการเจ็บป่วยด้วย AMPLE การบันทึกข้อมูลการผ่าตัดและการทำหัตถการ การตรวจร่างกายโดยละเอียดตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การประเมินปวด การประเมินสภาพจิตใจ การประเมินสภาพตามแบบแผนสุขภาพ และการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติที่พัฒนานี้พบว่าพยาบาลร้อยละ 79.3 ($n = 23$) ระบุว่าสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ ยกเว้นการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ และแนวปฏิบัติมีความง่ายในการนำไปปฏิบัติได้ ในหมวดต่อไปนี้เป็น การบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วย AMPLE การบันทึกข้อมูลการผ่าตัดและการทำหัตถการ การประเมินปวดกรณีที่ผู้ป่วยสื่อสารได้ การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ส่วนหมวดที่พยาบาลระบุว่ามีความยากและเป็นไปได้ยากในการนำไปปฏิบัติได้แก่ การประเมินความปวดในกรณีที่ผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ การประเมินด้านจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ ด้านเพศสัมพันธ์ตามแบบแผนสุขภาพ อย่างไรก็ตาม พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติร้อยละ 69 มีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติในระดับสูง แต่มีพยาบาลเพียงร้อยละ 37.9 ที่สามารถกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ถูกต้องและครอบคลุม

ปัญหาอุปสรรคของการใช้แนวปฏิบัตินี้ คือ การที่พยาบาลไม่มีเวลาในการใช้แนวปฏิบัติในการประเมินสภาพผู้ป่วยให้แล้วเสร็จในการประเมินในครั้งแรก เนื่องจากภาระงานมาก อัตรากำลังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในเวรบ่าย-ดึก และเนื้อหาของแนวปฏิบัติมีความซ้ำซ้อนกับแบบประเมินที่ใช้อยู่ในปัจจุบันและการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือซึมเศร้าและใส่ท่อช่วยหายใจทำได้ยาก ดังนั้นควรมีการปรับปรุงแบบประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ โดยเลือกวิธีการประเมินที่ง่าย สะดวกแต่ยังคงความแม่นยำ เช่น ใช้การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยแทนการประเมินค่าความดันโลหิต นอกจากนี้ควรแทรกแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้เข้าไปกับแบบบันทึกทางการพยาบาลของแผนกฉุกเฉินและแบบบันทึกการพยาบาลเดิมที่ใช้ในหอผู้ป่วย โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการประเมิน ลคภาระงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย และเพื่อการประเมินสภาพที่มีความต่อเนื่อง

การนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพเรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่พัฒนานี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้กับผู้ป่วยเรกรับบาดเจ็บหลายระบบ หากมีการปรับปรุงเนื้อหาที่ซ้ำซ้อนกับแบบประเมินที่มีอยู่เดิม ค้นหาวิธีการในการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ และนำไปทดลองใช้อีกครั้ง เพื่อประเมินปัญหาต่างๆ ว่ามีอีกหรือไม่

ข้อจำกัดในการดำเนินการวิจัย

เนื่องจากการแนวปฏิบัติที่พัฒนานี้ถูกพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพที่เฉพาะเจาะจงกับหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเพียงสามแห่ง ดังนั้นการนำแนวปฏิบัตินี้ไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลอื่นๆ อาจมีข้อจำกัด แต่ก็สามารถใช้เนื้อหาของแนวปฏิบัตินี้ไปดัดแปลงให้เหมาะสมกับแต่ละหน่วยงานได้

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ กลิ่นหอม. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการดูแลคนไข้ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ โรงพยาบาลลำปาง. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กันยา อ้อยลี. (2549). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กาญจนา เช่นนันท, อรพรรณ โตสิงห์, และศิริอร สินธุ. (2551). การช่วยชีวิตของผู้บาดเจ็บในระยะการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา. *วารสารพยาบาลสวนดอก*, 13(1), 14-19.
- จริยา ดันติธรรม. (2547). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. กรุงเทพมหานคร: คณะอนุกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี.
- จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ สุขชาติกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ, และเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์. (2543). *Clinical practice guideline: การจัดทำและนำไปใช้*. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์.
- จิรวรรณ ชาประดิษฐ์. (2545). การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกแขน-ขาหักภายใน 48 ชั่วโมง หลังการเข้าเฝือก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- จิราภรณ์ ธิโป. (2551). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการทำแผลอุบัติเหตุในโรงพยาบาลจอมทอง จ. เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จุมพล วิชาศรีสมิ. (2550). *พื้นฐานศัลยศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร.
- ฉวีวรรณ ชงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 20(2), 63-76.
- ชัชชัย ปรีชาไว. (2550). การระงับปวดในผู้ป่วยวิกฤติ. ใน ชัชชัย ปรีชาไว อนงค์ ประสาธน์วนกิจ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (บรรณาธิการ), *ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหา*. (155-187). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ชาลิลา พรหมทอง, พินิจ ปรีชานนท์, สรวรรณ ภวพัฒนานุสรณ์, ศรีสุวรรณ ชูกิจ, และกานดา กาญจนโพธิ์. (2551). การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด. *รามารับดีพยาบาลสาร*, 14(1), 42-53.
- ชิตชนก มยุรภักดี, อรพรรณ โตสิงห์, และสุพร คณัญญ์ภูกุล. (2549). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความเจ็บปวดระหว่างการทำแผลในผู้ป่วยแผลใหม่. *วารสารสภาการพยาบาล*, 21(2), 73-83.

ไชยยุทธ ธนไพศาล. (2542). บทฟื้นฟูวิชาการ ข้อผิดพลาดที่พบบ่อยในการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บ.

ศรีนครินทร์เวชสาร, 14(4), 279-282.

ฉิชากร จิรัลคกุล, นันทา เล็กสวัสดิ์, และทิพพพร ตั้งอำนาจ. (2551). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง.

พยาบาลสาร, 35(1), 87-95.

นาฏนภา กุศล. (2551). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตตั้งอีกเสบเฉียบพลันก่อนได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จ.น่าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

นิตยา โรจนนิรันดร์กิจ และปิยภรณ์ ปัญญาวัชร. (2551). การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก: การดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิการต่ำในทารกคลอดครบกำหนดในห้องคลอดโรงพยาบาลรามาริบัติ. *รามาริบัติพยาบาลสาร, 14(1), 28-41.*

บังอร เผ่าน้อย. (2548). *ประสิทธิผลของการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัดตามมาตรฐานทางคลินิก.*

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

บุญถิ ศรีสุวรรณาสกุล. (2542). การเผชิญความเครียดจากความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

บุปผา จันทจรรัส. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการลื่นล้มตกเตียงในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. *วารสารพยาบาลสวนดอก, 13(1), 21-26.*

เบญจมาพร บัวหลวง. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการผูกยึดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลอุดรดิตต์. การค้นคว้าแบบอิสระ. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ปราณี จินต์สุภาวงศ์, และกรรณิการ์ เจริญสุขพงษ์. (2550). ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา. *วารสารพยาบาลสวนดอก, 13(1), 14-19.*

ปริศนา ะสี, ฉวีวรรณ ธงชัย, พิชัย พงศ์มันจิตร, พรสวรรค์ เชื้อเจ็ด, และสุวิมล สุขเกษม. (2549).

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่มีพื้นฐานบนความรู้เชิงประจักษ์ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *วารสารสภาการพยาบาล, 21(3), 75-85.*

ปรีชา ศิริทองถาวร, เรวัต ชุนหสุวรรณ, กฤษณ์ แก้วโรจน์, และอนันต์ ตันมุขกุล. (2547). *ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 13.* กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

- ปลาคา เหม โลหะ, วันดี สุทธิรังสี, และอรัญญา เชาวลิท. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ.สุราษฎร์ (Abstract). การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6 ประจำปี 2550 เรื่องสุขภาพจิต: ชีวิตชาวเมือง (1-3 สิงหาคม 2550) กรุงเทพมหานคร.
- ปานจิตร โชคพิชิต, จิราภรณ์ ชลธิชาชลาลักษณ์, จริยา ตันดิธรรม, จุติมา เกรียงไกรอุดม, แม้นมา จิระจรัส, และสุวรรณี สิริเลิศระกุล. (2551). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก ด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีสายสวนหลอดเลือดดำชนิดฝังอยู่ใต้ผิวหนัง: การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 14(1), 1-12.
- ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช. (2549). *คู่มือการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล เล่ม 2*. กรุงเทพมหานคร.
- มยุรี โรจนอังกูร, ฉวีวรรณ ธงชัย, และพิภูล นันทชัยพันธ์. (2549). ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลอุตรดิตถ์. *พยาบาลสาร*, 33(4), 56-77.
- มาริสา ไกรฤกษ์. (2544). แนวคิดในการวิจัยผลลัพธ์ทางสุขภาพ: ตอนที่ 1. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 24(1), 24-30.
- ลัดดา วงษ์พันธ์กมล, นันทา เล็กสวัสดิ์, และมรรยาท ณ นคร. (2551). ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเอง. *พยาบาลสาร*, 35(1), 105-114.
- วัชรภรณ์ หอมดอก, นันทา เล็กสวัสดิ์, และวันชัย มุ่งดู๋. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *วารสารสภาการพยาบาล*, 20(3), 74-91.
- วิจิตรา กุสุมภ์และอรุณี เฮงขสมาก. (2551). *NANDA NURSING DIAGNOSIS* ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA. กรุงเทพมหานคร: บพิธการพิมพ์.
- วีรวัฒน์ เหลืองชนะ. (2544). *ตำราพื้นฐานศัลยศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ภูเก็ต.
- ศิริพร วงศ์จันทร์. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุโขทัย. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สิรินทร์ ศาสตราบุรุษ, กิตติกร นิลมานัด, युพา อ่องโกทัย, ศรีวรรณ ช่วยนุกุล, และวัชรภรณ์ คงสุวรรณ. (2550). การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านจิตสังคมในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(1), 9-17.
- สีโรจน์ กาญจนปัญญา. (2550). *ตำราศัลยศาสตร์ทั่วไป หน่วยศัลยศาสตร์ทั่วไป สาย B*. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.

- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, และวิพร เสนารักษ์. (2548). *กระบวนการพยาบาลทฤษฎีและการนำไปใช้*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุดาพรรณ ธัญจิรา. (2546). *การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุ*. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.
- สุทธชาติ พีชผล, นกตล วรอุไร, ศุภวิทย์ มุตตามระ, ปริญา ทวีชัยการ, ปรีชาพันธ์ แสงอรุณ, และวิชัย ประยูรวิวัฒน์. (2550). *เวชศาสตร์ฉุกเฉิน*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- สุนิศา อรรถนุชิต, วิภา แซ่เซี้ย, และประณีต ส่งวัฒนา. (2553). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการประเมินสภาพแรกรับของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 2(2), 16-28.
- สุระพรรณ พนมฤทธิ์, และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์. (2541). *กระบวนการพยาบาล*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิ์การวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- สุรีย์พร คุณสิทธิ์, นันทา เล็กสวัสดิ์, และกนกพร สุคำวัง. (2551). การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *พยาบาลสาร*, 35(1), 96-104.
- อุสาห์ รุจิระวิโรจน์, ภัทธา นิโครธา, สุกัญญา ตันติประสพลาภ, และกานต์ธิดา ตันวัฒนาถาวร. (2551). การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย. *รามาริบดีพยาบาลสาร*, 14(1), 14-27.
- AGREE Collaboration. (2001). *Appraisal of guidelines for research and evaluation (AGREE) instrument*. Retrieved May 15, 2008, from <http://www.agreecollaboration.org>.
- AHCPR. (1991). *Agency for health care policy and research: interim manual for clinical practice guideline development*. Retrieved July 15, 2008, from <http://www.ahrq.gov>.
- Alexandar, R. H., & Proctor, H., J. (1993). *ATLS advance trauma life support 1993 student manual*. The American College of Surgeons: Chicago.
- Brooks, A. Holroyd, B. & Riley, B. (2004). Missed injury in major trauma patients. *Injury: International of the Care of the Injured*, 35, 407-410.
- Buduhan, G., Meritchie, & Donna, I. (2000). Missed injury in patients with multiple trauma. *Journal of Trauma Injury Infection and Critical Care*, 49(4), 600-605.
- Davis, B., Sullivan, S., Levine, A. Dallara, J. (1995). Factors affecting ED length-of-stay in surgical critical care patients. *American Journal of Emergency Medicine*, 13, 495-500.
- Graham, I. D., & Harrison, M. B. (2005). Evaluation and adaptation of clinical practice guidelines. *Evidence- Based Nursing*, 8(5), 68-72.
- Hannallah, R., Broadman, L. (1987). Comparison of caudal and ilioinguinal/iliohypogastric nerve blocks for control of post-orchiopey pain in pediatric ambulatory surgery. *Anesthesiol*, 66(3), 832-834.

- Harris, M. B., & Sethi, R. J. (2006). The initial assessment and management of the multiple trauma patient with an associated spine Injury. *Spine*, 31(11S): S9-S15.
- Hewitt-Taylor, J. (2004). Clinical guidelines and care protocols. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2(5), 45-52.
- John, B. K., Jameel, A., Fred, B., Reginald, A. B., Francisco, D. S., Vagn, E., et al., (2008). Advanced trauma life Support (8th ed.) *The Journal of Trauma*, 6(64), 1638-1645.
- Krantz, B. E., (1999). The international ATLS program. *Trauma Quarterly*, 3(14), 323-328.
- Mccaffery, M. (2002). *What is the role of nondrug method in the nursing care of patient with acute pain?* *Pain Management Nursing*, 3(3), 77-80.
- Montmany, S., Navarro, S., Rebasas, P., Hermoso, J., Hidalgo, J. M., & Canovas, G. (2008). A prospective study on the incidence of missed injuries in trauma patients. *Cirugia Espanola*, 84(1), 32-36.
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (1998). *A guide to development implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. Retrieved April 24, 2008, from , http://www.ausinfo.gov.au/gen_hottobuy.htm.
- National Institute for Clinical Excellence [NICE]. (2001). *Working together to prevent pressure ulcer*. Retrieved September 16, 2008, from <http://www.nice.org.uk>.
- Newberry, L. (2003). *Emergency nursing principle and practice*. Philadelphia: Mosby.
- Shaler, A. Y, & Freedman, S. (2005). PTSD Following terrorist attack: A prospective evaluation. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 1189-1191.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management*. St. Louis: Mosby.
- Wallim, L., Profetto- Mc Grath, J., & Jo Levers, M. (2005). Implementing nursing practice guidelines. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 32(5), 294-301.
- Wilson, W. G., Grande, C. M., & Hoyt, D. B. (2007). *Trauma: Emergency resuscitation perioperative anesthesia surgical management* (Eds.). Informa Healthcare: New York.
- Wright J.G., Swionkowski M. F., & Heckman J. D.(2003). Introducing levels of evidence to journal. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 85(1), 1-3.
- Yamada M., & Izumi S. (2002). Psychiatric sequel in atomic bomb survivors in Hiroshima and Nagasaki twondecades after the explosions. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 37(2), 409- 415.

ภาคผนวก

ชื่อผู้ป่วย.....

ใบประเมินแรกรับผู้ป่วย Trauma & SICU โรงพยาบาลสงขลา

1. รับจาก ER () Ward (...) OR () เวลา น. วินิจฉัยโรค.....

2. อาการสำคัญที่นำส่งโรงพยาบาล.....

.Secondary Survey

3. History : ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน / การบาดเจ็บ (AMPLE)

ชื่อผู้ติดต่อ.....

โทรศัพท์.....

รายการ	ไม่มี	มีระบุ.....
A = Allergics : การแพ้ยา / สารใดๆ		
M = Medications : การให้ยาต่างๆ		
P = Past illness : การเจ็บป่วยในอดีต		
L = Last meal : อาหารมื้อสุดท้าย		เวลา..... น.
E = Events : เหตุการณ์ที่เกิดก่อนการบาดเจ็บ		

สภาพร่างกายแรกรับเวลา.....

* สัญญาณชีพ : T = °C

ชีพจร = ครั้ง / นาที

การหายใจ = ... ครั้ง / นาที Sat.O₂.....%

ความดันโลหิต..... มม.ปรอท

การทำผ่าตัด : () ไม่มี () รอผ่าตัด..... () มี หรือผ่าตัดแล้วระบุ.....

การทำหัตถการ : () Retained NG tube () ไม่มี () มี () Retained Foley 's Catheter () ไม่มี () มี

: ICD () ไม่มี () มีบริเวณ (Rt , Lt) ต่อแบบ..... ขวด , มีการต่อ Suction () ไม่มี () มี

: Cut down () ไม่มี () มีบริเวณ..... Suture () ไม่มี () มีบริเวณ.....

: Intubation () ไม่มี () มี ระบุ ตำแหน่ง.....

4. Physical Examination: การตรวจร่างกาย (HEAD to TOE)

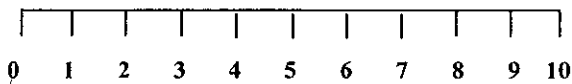
อวัยวะ	การตรวจร่างกาย
Head	ระดับความรู้สึกตัว () รู้สึกรู้ตัว () ไม่รู้สึกตัว () สับสน () ซึม () เมาสุรา () บาดแผล GCS (E...V...M....)..... คะแนน / Pupils Rt.....mm RTL... Ltmm RTL.... ตาขม () Rt () Lt Motor power : แขน Rt..... Lt..... ขา Rt..... Lt.....
Eyes	การมองเห็น () ปกติ () ผิดปกติ..... กระจอกตา / เลนซ์ตา / ลูกตา () ปกติ () ผิดปกติ.....
Nose	() ปกติ () ผิดปกติระบุ..... มีเลือดออกทางรูจมูก () ไม่มี () มีระบุ.....
Ears	การได้ยิน () ปกติ () ผิดปกติระบุ..... การบาดเจ็บ () ไม่มี () มีระบุ.....
รูปใบหน้า การสบฟัน	- กระดูกใบหน้าหัก / บาดแผล : โหนกแก้ม / เบ้าตา () ปกติ () ผิดปกติระบุ..... - คาง () ปกติ () ผิดปกติระบุ.....
คอ	บาดแผล () ไม่มี () มีระบุ..... ความผิดปกติอื่นๆ () ไม่มี () มีระบุ..... การบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอ (Fx. C- Spine) () ไม่มี () มีระบุ.....
Chest ช่องอก	บาดแผล () ไม่มี () มีระบุ..... กระดูกหัก : Clavicles / ribs / sternum () ไม่มี () มี..... บาดเจ็บทรวงอก : () ไม่มี () มี ระบุเสียงปอดผิดปกติที่ได้ยิน Rt Lt การหายใจ : () ปกติ () เหนื่อยหอบ () on respirator ระบุ..... () O ₂ canular () O ₂ Mask การไหลเวียนโลหิต : สีผิว () ปกติ () ซีด () ปลายมือปลายเท้า () ปกติ () ผิดปกติระบุ..... : อาการบวม () ไม่มี () มีระบุตำแหน่ง..... : สีผิวหนัง () ปกติ () อุ่น () ชื้น () เย็น () มีรอยช้ำบริเวณ..... มีรอยถลอกบริเวณ.....

Abdomen ช่องท้อง	-การคลำ: การเกร็งของกล้ามเนื้อเมื่อมีการกระตุ้นเชื่อบุช่องท้อง () ไม่มี () มี -การกดช่องท้อง: กดเจ็บและเมื่อปล่อยก็มีอาการเจ็บ () ไม่มี () มี -การเคาะ: เคาะได้โปร่ง: มีลมในกระเพาะ ถ้าได้หรือถ้าได้แตก () ไม่มี () มี : เคาะได้ทึบ: อาจมีลมออกในช่องท้อง () ไม่มี () มี -การฟัง: Bowel sounds () ไม่มี () มีระบุ..... -ดู GI content () ไม่มี () มีระบุ..... ดู content from DPI () ไม่มี () มีระบุ (content)..... -บาดแผล () ไม่มี () มีระบุ.....รอยข้ำ () ไม่มี () มีระบุ.....
Perineum & Rectum	-บาดแผลและการมีเลือดออกที่บริเวณ Rectum , Penis , Scrotum , Vagina () ไม่มี () มีระบุ.....
Musculoskeletal กล้ามเนื้อ กระดูก คอ - แขน - ขา	-การเคลื่อนไหว: () ปกติ () ผิดปกติระบุ.....รอยบวม () ไม่มี () มีบริเวณ..... -บาดแผล: แผลถลอก () ไม่มี () มีระบุ.....: แผลฉีกขาด () ไม่มี () มีระบุ..... -กระดูกหัก: () ไม่มี () มีบริเวณ..... () Open () Close : () Splint () Cast () Slab () Collar : Soft , Hard , Philadelphia () อื่นๆ.....

5. การประเมินการสูญเสียเลือด

ตำแหน่งที่มีเลือดออก..... ปริมาณเลือดออก..... ซี.ซี.

6. ความรุนแรงของความปวด: กรณีสื่อสารได้



ความรุนแรงความปวด: กรณีสื่อสารไม่ได้ (บันทึกพฤติกรรมกรรมการแสดงออก) คิ้วขมวด ใบหน้าเกร็ง จมูกย่น หน้าตาบิด

7. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

- ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง เนื่องจากภาวะช็อก
- เสี่ยงต่ออวัยวะหรือเนื้อเยื่อส่วนปลายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจาก ปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนลดลง
- เสี่ยง/มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เนื่องจากการบวมของเซลล์สมอง/เลือดออกในสมอง/ปริมาตรในสมองเพิ่มขึ้นจากการบาดเจ็บศีรษะ
- ปวด/ไม่สุขสบาย เนื่องจาก เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ
- รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการบาดเจ็บบริเวณทรวงอก/สมอง/ไขสันหลังระดับ C4 ขึ้นไป
- เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ มีบาดแผลเปิด หรืออวัยวะช่องท้องได้รับบาดเจ็บ
- มีความบกพร่องของจิตใจและอารมณ์.....
- อื่นๆ.....

ผู้บันทึก.....ตำแหน่ง.....Date.....time.....(ปรับปรุง ครั้งที่ 7 : 08 - 12 - 2009)

ประวัติคณะผู้วิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภา แซ่เซี้ย

- จบการศึกษาในระดับปริญญาเอกจาก University of Missouri-Columbia, U.S.A. ปี คศ. 2005
- ปัจจุบัน ดำรงตำแหน่งอาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ. หาดใหญ่ จ.สงขลา

2. รองศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่วงวัฒนา

- จบการศึกษาในระดับปริญญาเอกจาก The University of Queensland, Australia ปี คศ. 1998
- ปัจจุบัน ดำรงตำแหน่งหัวหน้า ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ. หาดใหญ่ จ.สงขลา