

รายงานการวิจัยเรื่อง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต
หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

The development of a care model for elderly leprosy
patients in critical condition Accident and
Emergency Unit , Rajpracha Samasai Institute

นางสาวรพีพร	เพ็ญจันทร์
นางจิราภา	ดวงวงศ์
นางสาวนรินทร์	กลกลาง
นางสาวลักษณารีย์	ทิทา

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
พ.ศ.2567

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความร่วมมือของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต และญาติในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย รวมทั้ง สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่เวรเปล พนักงานรักษาความปลอดภัย นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ ที่ร่วมปฏิบัติการวิจัยตลอดระยะเวลาการวิจัย ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ นายแพทย์เอนก มุ่งอ้อมกลาง ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย แพทย์หญิง สราญจิต วิมลชาติ รองผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย ภารกิจด้านบริการทางการแพทย์ และ นางสาวสุมาลี กลิ่นแย้ม หัวหน้างานการพยาบาลชุมชน ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.นวิยา นันทพานิช ที่ปรึกษางานวิจัย สถาบันราชประชาสมาสัย และรองศาสตราจารย์ ดร.รัชชานนท์ ศุภพงศ์พิเชฐ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ ที่มีภาวะวิกฤต ณ หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

รพีพร เพ็งจันทร์

สิงหาคม 2567

หัวข้อวิจัย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ
ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

ชื่อผู้วิจัย รพีพร เพ็งจันทร์ และคณะ

หน่วยงาน สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

ปีงบประมาณ 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย การออกแบบวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในการดำเนินการ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ระยะที่ 1 ทำความเข้าใจปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ระยะที่ 2 ยกร่างรูปแบบ SMART ER Leprosy Model เพื่อใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ระยะที่ 3 ทดลองและปรับปรุงรูปแบบ SMART ER Leprosy Model ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต การนำ SMART ER Leprosy Model ไปใช้ประชากรเป้าหมายของการวิจัย ประกอบด้วย ผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ เจ้าหน้าที่เวรเปล พนักงานรักษาความปลอดภัย พนักงานขับรถ) และผู้รับบริการ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตญาติผู้ป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนฯ รวมทั้งสิ้น 24 คน หน่วยงานที่ดำเนินการวิจัยคือ หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม แบบประเมินการยอมรับและแบบประเมินความพึงพอใจ แบบคัดลอกข้อมูล แบบฟอร์มการตรวจสอบความครบถ้วนของขั้นตอนการดำเนินการตามรูปแบบฯ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม – กรกฎาคม 2567 วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยมีดังนี้ (1) ผู้วิจัยได้ศึกษาและปรับปรุง SMART ER Leprosy Model ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย และได้นำไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันฯ รูปแบบการพยาบาลที่สร้างขึ้นนี้สามารถปฏิบัติได้จริงโดยมีพื้นฐานแนวคิดยึดถือผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นศูนย์กลางของการรักษาพยาบาล และแนวคิดในการพิจารณาความแตกต่างระหว่างปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยด้านความพิการ ภาวะพึ่งพิงและการไม่มีผู้ดูแล รูปแบบนี้จึงมีความเหมาะสมกับบริบทของสถาบันฯ (2) ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดจากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตฯ พบว่า หลังจากการนำรูปแบบ SMART ER Leprosy Model ไปใช้ ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตในชุมชนได้รับการคัดกรองโดยพยาบาลวิชาชีพภายใน 4 นาที ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่บ้านภายใน 8 นาที ร้อยละ 100.0 ไม่เกิดอุบัติเหตุ การคัดกรองผิดพลาด และไม่เสียชีวิตในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน จากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ (3) จากผลการประเมินการยอมรับและความพึงพอใจของทีมบุคลากรและผู้รับบริการ พบว่า มีการยอมรับที่จะนำไปใช้อยู่ในระดับมาก (Mean=4.3333, SD =.4815) และความพึงพอใจเฉลี่ยที่มีต่อการนำรูปแบบมาใช้มีค่าเฉลี่ย 4.4 ซึ่งอยู่ในระดับมากเช่นกัน (Mean=4.4167, SD = .5036)

ผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นบ่งชี้ให้เห็นว่า SMART ER Leprosy Model สามารถบริหารจัดการกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยให้ปลอดภัยพ้นวิกฤตได้ ดังนั้น สถาบันราชประชาสมาสัยควรพิจารณานำ SMART ER Leprosy Model ไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

คำสำคัญ รูปแบบการดูแล, ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต, อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

Title The Development of a Care Model for Elderly Leprosy Patients in Critical Condition
Accident and Emergency Unit , Raj Pracha Samasai Institute

Researcher Rapeeporn Pengchan et. al.

Organization Raj Pracha Samasai Institute, Department of Disease Control.

Academic Year 2024

Abstract

The purpose of this research was to develop a nursing care model for elderly leprosy patients in critical conditions, by taking accident and emergency unit of Raj Pracha Samasai Institute (RPSI), as a case for studies. The research design used an action research approach. The research activities were divided into 4 phases. Phase 1: Understanding the problems involved in nursing care for elderly leprosy patients in critical conditions. Phase 2: Drafting a nursing care model , called “SMART ER Leprosy Model”. for the elderly leprosy patients in critical conditions. Phase 3 : Trial and improvement of the drafted care model for the target patients. Phase 4 : Evaluating the nursing outcomes resulted from the utilization of SMART ER Leprosy Model. The target population of this research consisted of medical physicians , professional nurses, stretcher shift officers, security guards, medical technicians, radiology technicians, drivers, and the target patients (the relatives or caregivers of leprosy patients in the RPSI community), totaling of 24 persons. The research unit responsible for this research was the accident and emergency unit, RPSI. The instruments for this research included : in-depth interview form, group discussion technique, non-participative observation form, evaluation of acceptance and satisfaction forms, completeness verification form of nursing procedures according to the model, and data copy form. This research was carried out during January - July 2024. Analysis of quantitative data used descriptive statistics. Qualitative data were analyzed by using content analysis.

The results of this research were as follows: (1) The author had studied model of nursing care for the elderly leprosy patients in critical conditions, and successfully developed the “SMART ER Leprosy Model”. This model could be used as actually practice, for it was designed with the concept of the patients center, and taking into account the differences among the studied patients including disability dependency and having no caregivers.(2) The nursing outcomes resulting from using this SMART ER Leprosy Model revealed that 100.0 per cent of the emergency elderly leprosy patients in the community were screened in the community by nurses within 4 minutes and received care and assistance at home within 8 minutes. There were also 100.0 per cent of the patients were susceptible to miss-triage as well as there were no preventable death incidents occurred, incidence of screening, did not die in the emergency room.(3) Evaluation of the acceptance and the satisfaction among the medical and paramedical personnel as well as the elderly leprosy patients, their relatives or caregivers revealed that they satisfied and accepted the SMART ER Leprosy Model in the high level with average scores of 4.333 for acceptance level (Mean = 4.333, SD =.481), while the satisfaction were also in the high level, with average scores of 4.416 (Mean =4.416, SD = .503). The research findings mentioned above, indicated that the SMART ER Leprosy Model can manage the nursing care process to safe for elderly leprosy patients from critical to safety conditions. It was therefore Raj Pracha Samasai Institute should consider to put into practice the SMART ER Leprosy Model to the care service system of the accident and emergency unit (RPSI).

Key words : Nursing care model, Elderly leprosy patients in critical conditions, Emergency accident

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
สารบัญแผนภาพ	ซ
1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	4
1.3 วัตถุประสงค์	4
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย	5
1.5 คำจำกัดความปฏิบัติการ	5
2 ทบทวนวรรณกรรม	
2.1 องค์ความรู้ทางวิชาการ	6
2.1.1 องค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุในภาวะวิกฤต	6
2.1.2 การให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	8
2.2 บริบทของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย	9
2.3 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	10
2.4 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	10
2.4.1 มาตรฐานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	10
2.4.2 ทฤษฎีการมีส่วนร่วม	12
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)	17
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 พื้นที่วิจัย	21
3.2 ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินการวิจัย	21
3.3 เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ (Termination criteria for the study)	32
3.4 ประเด็นด้านจริยธรรม	32
3.5 ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย 6 เดือน	32
3.6 แผนการดำเนินการวิจัย	33
3.7 ขั้นตอนการวิจัย	34

บทที่	สารบัญ (ต่อ)	หน้า
4 ผลการวิจัย		
	4.1 สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตในหน่วยงาน อุบัติเหตุ จุกเหิน	35
	4.2 วิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปประเด็น ความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ จุกเหิน สถาบันราชประชาสมาสัย	41
	4.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ จุกเหิน สถาบันราชประชาสมาสัย	41
	4.4 ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ จุกเหินสถาบันราชประชาสมาสัย	49
5 สรุปผลการศึกษา การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ		
	5.1 สรุปผลการศึกษา	59
	5.2 อภิปรายผล	60
	5.3 ข้อจำกัดของการวิจัย	65
	5.4 ข้อเสนอแนะ	66
	5.4.1 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยครั้งนี้	66
	5.4.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	66
เอกสารอ้างอิง		
ภาคผนวก		

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 ระยะเวลาดำเนินการวิจัย จำแนกรายเดือน	33
4.1 จำนวน ร้อยละ ผลการสังเกตการณ์แบบไม่ส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ดุจเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย	50
4.2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ประเมินรูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ดุจเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย	52
4.3 การประเมินกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ดุจเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ	53
4.4 จำนวน ร้อยละ ผลการประเมินการยอมรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ดุจเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น จำแนกรายข้อ	55
4.5 จำนวน ร้อยละ ผลการประเมินความพึงพอใจรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตหน่วยงานอุบัติเหตุ ดุจเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น จำแนกรายข้อ	56
4.6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การยอมรับรวม และความพึงพอใจรวมต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ ที่มีภาวะวิกฤตหน่วยงานอุบัติเหตุ ดุจเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น	57
4.7 ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น	58

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
2.1 กรอบแนวคิดการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย”	20
3.1 ขั้นตอนการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย”	34

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
4.1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย	42
4.2 ขั้นตอนการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย	44

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤต นับเป็นประเด็นปัญหาสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของสถาบันราชประชาสมาสัย ซึ่งเป็นองค์กรที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระดับประเทศ ทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุความพิการซ้ำซ้อนทางร่างกาย มือเท้ากุด แขนขาด้วน ตาหลับไม่สนิท ตามองไม่เห็น ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่มีญาติมีภาวะพึ่งพิง จากผลการสำรวจผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พักอาศัยในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยในปี 2564 พบว่ามีผู้พักอาศัย รวมทั้งสิ้นจำนวน 419 ราย เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 351 ราย (ร้อยละ 83.0) เมื่อจำแนกผู้สูงอายุตามช่วงอายุ เป็น 3 กลุ่ม พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยระดับกลาง (ช่วงอายุ 70-79 ปี) ร้อยละ 46.0 กลุ่มผู้สูงอายุวัยระดับต้น (ช่วงอายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 32.0 และกลุ่มผู้สูงอายุวัยระดับปลาย (ตั้งแต่อายุ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 22.0 ตามลำดับ ในด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่าร้อยละ 62.0 มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 49.0 โรคเบาหวาน ร้อยละ 35.0 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 8.0 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 4.0 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.0 โรคไตเรื้อรังและโรคเมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษา ร้อยละ 1.0 ตามลำดับ (อรอนงค์ น้อยเจริญและคณะ, 2565) เมื่อผู้สูงอายุมารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน มักมีอาการที่รุนแรงใช้ระยะเวลาในห้องฉุกเฉินนานรวมทั้งต้องตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการหลายอย่าง และมีโอกาสที่ต้องเข้ารับการรักษใน ICU มากกว่า เมื่อเทียบกับคนที่อายุน้อย หลายครั้งที่ผู้สูงอายุจะได้รับการวินิจฉัยที่ผิดพลาด ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคบางอย่างที่ซ่อนเร้นอยู่ ได้รับภาวะแทรกซ้อนเพิ่มจากการรักษา (รักษันรินทร์ แก้วมีศรี และคณะ, 2560)

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ได้กำหนดนิยาม “ผู้ป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า บุคคล ซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงาน ของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้มีประกาศคณะกรรมการ การแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ.2554 เพื่อการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วย ฉุกเฉิน ให้สถานพยาบาลหน่วยปฏิบัติการ และผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินและ จัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามความเร่งด่วนในการปฏิบัติการ โดยกำหนดให้ใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉินตามแนวทางการคัดแยกของ Emergency Severity Index (ESI) Version 4 แบบ 5 ระดับ ระดับที่ 1 หมายถึง ผู้ป่วยวิกฤต (Resuscitation) ใช้สัญลักษณ์สีแดง และต้องให้แพทย์ ตรวจทันทีภายในเวลาไม่เกิน 4 นาที ระดับที่ 2 หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency) ใช้สัญลักษณ์สีชมพู รพแพทย์ตรวจได้ภายในเวลาไม่เกิน 10 นาที ระดับที่ 3 หมายถึงผู้ป่วยรีบด่วน (Urgency) ใช้สัญลักษณ์ สีเหลืองรพแพทย์ตรวจได้ 30 นาที ระดับที่ 4 หมายถึงผู้ป่วยไม่รีบด่วน (Semi urgency) ใช้สัญลักษณ์

สีเขียวรอแพทย์ตรวจได้ 60 นาที ระดับที่ 5 หมายถึงผู้ป่วยทั่วไป(Non urgency) ใช้สัญลักษณ์สีขาว รอแพทย์ตรวจได้ 2 ชั่วโมง (กรมการแพทย์, 2561)

การเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินวิกฤต เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยฉับพลัน เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตอาจก่อให้เกิดความพิการในระยะยาวและมีโอกาสเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือและรักษา ภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสม (ทิพย์วดี วุฒิพันธ์, 2565) นอกจากนี้ หากต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตจะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงที่ผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลง หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายได้ เช่น การขาดออกซิเจน ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นดังกล่าว ส่งผลให้มีอัตราการตายเพิ่มขึ้น งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Emergency Room : ER) เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญ และเป็นด่านแรกของโรงพยาบาลในการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลัน ซึ่งต้องการช่วยเหลือเร่งด่วน รวดเร็ว ถูกต้องทันเวลาและปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง การคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วน จะเพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ลดความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินอย่างแท้จริง รวมทั้งลดอัตราการตายที่ไม่สมควรตายที่แผนกฉุกเฉิน ดังนั้น การให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต จึงมีความท้าทายสำหรับพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต ต้องมีความรู้ มีทักษะเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย (จักรพงษ์ ปิติโชคโกคินท์ และคณะ, 2562) บทบาทสำคัญของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน คือ การคัดกรอง ดูแลให้อาการคงที่และส่งต่อผู้ป่วยในสภาพที่ดีที่สุดและรวดเร็วที่สุด ซึ่งการปฏิบัติงานต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และตัดสินใจอย่างรวดเร็วเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตอย่างรีบด่วนให้เกิดความปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย (ภัทรรัช เทศนอม, 2561) ทั้งนี้ การจัดบริการตามมาตรฐาน การพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประกอบกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ประกอบด้วย (1) การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (2) การประเมินผู้ป่วย (3) การวางแผน (4) การดูแลผู้ป่วย (5) การให้ข้อมูลเสริมพลังแก่ผู้ป่วย และ (6) การดูแลต่อเนื่อง (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2565)

จากข้อมูลสถิติสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติปี 2560-2564 พบว่าใน 5 ปี มีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตร้อยละ 36.48 ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 8 นาที เมื่อแยกรายปีพบว่าสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 8 นาที มีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 40.0 37.6 37.3 36.5 และ 33.1 ในปี 2560-2564 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจากจำนวน พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 89,586 ครั้ง 95,621 ครั้ง 105,737 ครั้ง 118,279 ครั้ง และ 128,797 ครั้ง ในปี 2560-2564 ตามลำดับ อัตราอุบัติการณ์จากการเจ็บป่วยฉุกเฉินในระยะเวลา 5 ปี (ปี 2559-2563) เท่ากับ 12,000 ต่อประชากรแสนคน โดยอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2559 จนถึงปี 2562 และลดลง ในปี 2563 อัตราการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ปี 2559-2563 เท่ากับ 179.6 ต่อแสนประชากร โดยอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2559 จนถึงปี 2562 และลดลงในปี 2563 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565) ผู้สูงอายุที่มารับบริการห้องฉุกเฉินมีระดับภาวะฉุกเฉินรุนแรงถึงวิกฤตเกือบร้อยละ 20 ส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะเจ็บป่วยได้ง่ายทั้งเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังที่มีอยู่เดิม (จิราภรณ์ ศรีอ่อน, 2564) และเมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของไทย

ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีแนวโน้มเข้ารับบริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเพิ่มขึ้น (แพรวา ธาตุเพชรและคณะ, 2564) และการมีโรคประจำตัวจำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิดทำให้บดบังอาการแสดงที่แท้จริง (จิราภรณ์ ศรีอ่อน, 2564) จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่รับบริการหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มได้รับการคัดแยกตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินของผู้ป่วยที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง และพบว่ามีการคัดแยกต่ำกว่าระดับความรุนแรงที่เป็นจริง (Under triage) 2.4 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ (กฤษฎา สวมชัยภูมิ และคณะ, 2562) ซึ่งการคัดแยกที่ต่ำกว่าระดับความรุนแรงที่เป็นจริง จะส่งผลให้ระยะรอคอยการตรวจรักษานานขึ้น หรือทรุดหนักขณะรอตรวจ

สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ในปี 2563-2565 พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตร้อยละ 60.0 68.8 และ 53.6 ตามลำดับ พบอุบัติการณ์เรื่องการเข้าถึงบริการล่าช้า เฉลี่ย 1 รายต่อปี และพบอุบัติการณ์ผู้ป่วย Stroke 1 ราย ญาติไม่สามารถนำส่งผู้ป่วยมาตรวจรักษาได้ นอกจากนี้ ยังพบอุบัติการณ์การส่งต่อล่าช้า เฉลี่ย 1 รายต่อปี ที่ผ่านมาหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ดำเนินการพัฒนารูปแบบการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย โดยอ้างอิงตามเกณฑ์ MOPH ED Triage ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแบ่งผู้ป่วยตามความเร่งด่วนในการให้การดูแลรักษาเป็น 5 ระดับคือ ระดับที่1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation) ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมาก (Emergency) ระดับที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Urgent) ระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (Semi-Urgent) และ ระดับที่5 ผู้ป่วยทั่วไป แต่ยังพบอุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาด ตั้งแต่ปี 2563 – 2565 จำนวน 236, 81, 29 รายตามลำดับ ถึงแม้ว่าแนวโน้มจะลดลงแต่หากวิเคราะห์ในเชิงลึก พบว่า เป็นการคัดกรองผิดพลาดในผู้ป่วยสูงอายุเฉลี่ยร้อยละ 2 ต่อปี (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2565) ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุมักเกิดภาวะไม่พึงประสงค์อยู่บ่อยครั้งทั้งจากการพลัดตกหกล้ม ภาวะความเจ็บปวดการติดเชื้อของระบบต่างๆ ในการเข้ามารับบริการแต่ละครั้ง การชักประวัติ และการคัดกรองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุทำได้ยากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากในบางรายมีอาการสับสน (Delirium) หรือไม่สามารทำให้ประวัติได้รวมไปถึงอาจมีความบกพร่องในเรื่องการสื่อสาร อันเนื่องมาจากการได้ยินที่ลดลง การมองเห็นไม่ชัด ซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ครอบคลุมและเกิดความล่าช้า นอกจากนี้ ในการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุในห้องฉุกเฉินพยาบาลยังต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินที่อาจส่งผลต่อการสื่อสารเนื่องจากสภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินที่มีคนจำนวนมาก มีเสียงดัง และความไม่เป็นสัดส่วนเป็นอุปสรรคสำคัญในการสื่อสารกับผู้ป่วย

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ได้วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤต พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตรูปแบบเดิมเป็นรูปแบบที่ใช้กับผู้ป่วยทั่วไป ไม่เป็นรูปแบบที่เฉพาะเจาะจง ไม่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ซึ่งมีปัญหาความพิการไม่มีญาติและมีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้บริบทของสถาบันราชประชาสมาสัยไม่มีหน่วยแพทย์ฉุกเฉินในการออกรับผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินเปิดให้บริการเชิงรับภายในสถาบันราชประชาสมาสัย กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ญาติหรือเพื่อนบ้านขอความช่วยเหลือจากพนักงานรักษาความปลอดภัยของสถาบันราชประชาสมาสัย ให้ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ซึ่งพนักงานรักษาความปลอดภัย

ไม่ทราบตำแหน่งที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่ชัดเจน (เฉลี่ยร้อยละ 20) อีกทั้งเตรียมอุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่เหมาะสมกับอาการและสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุทำให้เกิดอุบัติเหตุการเข้าถึงบริการล่าช้าและส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงในการยกเคลื่อนย้าย ทั้งผู้ป่วยและผู้ให้การช่วยเหลือ นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน อายุงานน้อยกว่า 2 ปีขาดประสบการณ์และความมั่นใจในการคัดแยก การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ต้องใช้ระบบพี่เลี้ยงช่วยประเมินคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต กรณีผู้ป่วยส่งต่อที่มีปัญหาซับซ้อนวิกฤต ต้องมีพี่เลี้ยงไปด้วยทำให้ขาดอัตรากำลังในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำเป็นต้องตามเวรฉุกเฉินมาช่วยปฏิบัติงาน ข้อบ่งชี้ที่เห็นได้ชัดคือ การคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุผิดพลาดในปี 2566 มีจำนวน 3 ราย นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์พยาบาลที่ส่งต่อขาดความมั่นใจในการประเมินระดับคะแนนความรู้สึกตัวของผู้ป่วยขณะส่งต่อ เนื่องจากพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินขาดประสบการณ์ และทักษะการปฏิบัติขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของพยาบาลแต่ละคน อาจทำให้ได้รับการจัดการล่าช้าอาการทรุดลง จากปัญหาที่กล่าวมาสะท้อนถึงการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัยที่ต้องปรับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2565)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่งผลให้มีคุณภาพปฏิบัติการได้ทันเวลาและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ปฏิบัติมีแนวทางในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่ป้องกันได้น้อยลง มีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น (ขวัญหล้า ไชยเมือง, 2566) อย่างไรก็ตามหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัยยังไม่มีรูปแบบและแนวปฏิบัติการดูแลเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ด้วยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพและสหวิชาชีพโดยคาดหวังว่าจะสามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตให้ปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอัตราการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต

1.2 คำถามการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

วัตถุประสงค์รอง เชิงกระบวนการ ดังนี้

1) เพื่อศึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

2) เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต
หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

3) เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงาน
อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

1) สถาบันราชประชาสมาสัยมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต สามารถ
ปฏิบัติได้จริงตามบริบทของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

2) ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างเหมาะสม
ครบถ้วน ลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

1.5 คำจำกัดความปฏิบัติการ

ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ หมายถึง ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคเรื้อน แต่ยังคง มีความ
พิการหลงเหลืออยู่ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พักอาศัยอยู่ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุในชุมชนสถาบัน
ราชประชาสมาสัย ที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ได้รับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน
อยู่ในระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation) หรือ ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมาก (Emergency)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หมายถึง รูปแบบการให้บริการพยาบาล
ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคเรื้อน แต่ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พักอาศัยอยู่
ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย และเจ็บป่วยด้วยภาวะวิกฤต มารับรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน
สถาบันราชประชาสมาสัย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ภายใต้รูปแบบประกอบด้วยคู่มือปฏิบัติงาน
การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย โปสเตอร์ขั้นตอน
การปฏิบัติงานเพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต สถาบันราชประชาสมาสัย

บทที่ 2

บททวนวรรณกรรม

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุในภาวะวิกฤต สถาบันราชประชาสมาสัย ในบทนี้จะเป็นการศึกษา ค้นคว้า รวบรวม องค์ความรู้จากตำรา เอกสารวิชาการ แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) องค์ความรู้ทางวิชาการ 2) บริบทของหน่วยงาน อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย 3) บทบาทของพยาบาล 4) แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 5) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 องค์ความรู้ทางวิชาการ

2.1.1 องค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุในภาวะวิกฤต

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ได้ให้นิยามผู้สูงอายุ (Older person) หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตามความหมายของผู้สูงอายุได้มีการให้คำนิยามไว้อย่างหลากหลาย และมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ เนื่องจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ในประเทศที่พัฒนาแล้วและก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาเป็นระยะเวลานาน เช่น ญี่ปุ่น ประเทศในแถบสแกนดิเนเวีย จะนิยามประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยได้นิยามผู้สูงอายุ หมายถึง “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิง และมีสัญชาติไทย” ตามที่ได้กล่าวไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุตอนต้น (Young old) คือ บุคคลที่มีอายุ 60-69 ปี ผู้สูงอายุวัยกลาง (Middle old) คือ บุคคลที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุวัยปลาย (Very old) อายุ 80 ปี ขึ้นไป

ผลการรายงานการประเมินและคัดกรองสุขภาพจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยกระทรวงสาธารณสุข ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2565 พบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 96.7 ติดบ้านร้อยละ 2.7 และติดเตียงร้อยละ 0.6 ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่พบ มักเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 15.6 โรคเบาหวานร้อยละ 9.8 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 7.7 ภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 0.9 และภาวะหกล้ม ร้อยละ 3.1 ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มสูงถึง 2,018 คน หรือเฉลี่ยวันละ 6 คน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุมากถึง 1,046 คน หรือเฉลี่ยวันละ 3 คน และ ร้อยละ 50 ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาจากการหกล้มเสียชีวิตใน 1 ปี (กรมอนามัย,2566)

การดูแลผู้สูงอายุที่มาใช้บริการห้องฉุกเฉิน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

- 1) การคัดกรองผู้ป่วย (Triage) ซึ่งการคัดกรองที่แนะนำให้ใช้คือ Emergency Severity Index (ESI) triage เพราะเป็นระบบคัดกรองอันเดียวที่พบว่ามีความถูกต้องเมื่อมาใช้กับผู้ป่วยทางคลินิกที่ซับซ้อนมากกว่า ใช้เวลาวินิจฉัยนานกว่าใช้ทรัพยากรมากกว่าและต้องใช้เวลาสังเกตอาการ
- 2) การประเมินทางคลินิก (Clinical evaluation) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมาด้วยปัญหาทางคลินิกที่ซับซ้อนมากกว่า ใช้เวลาวินิจฉัยนานกว่าใช้ทรัพยากรมากกว่าและต้องใช้เวลาสังเกตอาการ

นานกว่า ดังนั้น การที่มีห้องสังเกตอาการ (Observation units) จะมีประโยชน์มากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อลดอัตราการนอนและลดความเสี่ยงที่เกิดจากการนอนโรงพยาบาล เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ การประเมินภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุม (Comprehensive Geriatric Assessment) เช่น การใช้ Domain Management Model สามารถสรุปง่าย ๆ ได้ดังนี้ ประเมินสุขภาพกาย ได้แก่ ปัญหาโรคเรื้อรังอาจใช้เป็นแบบประเมินภาวะโรคร่วม (Charlson's Comorbid Index-CCI) ประเมินการเดิน การมองเห็น การได้ยิน การกิน การนอน การขับถ่าย ยาและโภชนาการ ประเมินภาวะจิตใจและความคิด โดยหลัก คือการประเมินภาวะ Delirium, Dementia และ Depression โดยอาจใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น ประเมินภาวะ Delirium ด้วย Confusion Assessment Method (CAM) หรือ Thai Delirium Rating Scales 6 ITEM, ประเมินภาวะ Cognitive impairment โดยใช้ Mini-Mental State Examination (MMSE -Thai 2002) , Thai Mini-Mental State Examination (TMSE) หรือให้ผู้ป่วยวาดหน้าปัดนาฬิกา (Clock drawing test) บอกเวลา 1.45 นาฬิกา หรือ Six Items Screener (SIS) หรือ ใช้ Mini-Cog ที่ออกแบบมาให้ใช้กับห้องฉุกเฉินโดยเฉพาะก็ได้ สุดท้ายก็คือการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) หรือ ใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม 1) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่ 2) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านรู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่ ที่ออกแบบมาให้ใช้กับห้องฉุกเฉินโดยเฉพาะ ประเมินด้านสังคมโดย ประเมินการสนับสนุนทางสังคม เช่น ผู้ดูแล ผู้มารับยาการเดินทาง (ความยากลำบากในการกลับมา Follow up ในกรณีที่นัดติดตามใจให้กลับไปดูอาการที่บ้าน) เป็นต้น ประเมินความสามารถเป็นการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการทำงาน (Baseline functional status เช่น การกินอาหาร ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ/แปรงฟัน/ล้างหน้า/เข้าห้องสุขาการเดิน) หรือการประเมินโดยใช้ Barthel Activities of Daily Living (ADL) ซึ่งห้องฉุกเฉินเป็นสถานที่ที่เหมาะสมในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม

3) การจำหน่ายกลับบ้าน (Discharge) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุนั้นหลังจากให้กลับบ้านแล้วจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูง ช่วยเหลือตนเองได้ลดลง และมีคุณภาพชีวิตแย่ลง จึงได้มีการคิดเครื่องมือเพื่อช่วยในการป้องกันการเกิดปัญหาเหล่านี้ ได้แก่ The Identification of Seniors At Risk (ISAR) และ The Triage Risk Screening Tool (TRST) เมื่อประเมินแล้วพบว่าผู้สูงอายุรายนั้นเป็นกลุ่มเสี่ยงก็ต้องมีกระบวนการบางอย่างรองรับ เช่น ประเมิน CGA ที่บ้านภายใน 24 ชั่วโมง การวางแผนการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การไปเยี่ยมบ้านหรือทางติดตามอาการทางโทรศัพท์ ในการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงวัยในบางครั้งพยาบาลต้องทราบถึงความเสื่อมตามวัยที่มีผลทำให้เกิดการสื่อสารลำบากและเมื่อร่างกายอยู่ในสถานะที่เจ็บป่วยอาจเป็นอุปสรรคมากขึ้น ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบได้แก่ การมองเห็นลดลงจากการเสื่อมของการมองเห็นหรือต้อกระจก การได้ยินและการทรงตัวบกพร่อง การพูดไม่ชัด เนื่องจากไม่มีฟันหรือโครงสร้างของเหงือกและฟันผิดปกติ การเสื่อมของการทำงานของสมองทำให้หลงลืม ดังนั้นเมื่อท่านจะสื่อสารกับผู้สูงอายุควรสื่อสารโดยให้ผู้สูงอายุมองเห็น การพูดต้องชัดเจน ไม่ควรปิดผ้าปิดปากขณะสื่อสาร กรณีผู้ป่วยมองไม่เห็นควรสัมผัสมือเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบว่าต้องการสื่อสารกับเขาอยู่ การจัดสิ่งแวดล้อมในห้องฉุกเฉินให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (Aged friendly environment) เช่น เรื่องการมองโดยการจัดแสงไฟให้สว่างเพียงพอไม่แยงตา เลือกใช้สีโทนร้อน (เหลือง แดง ส้ม) เพราะความสามารถ ในการแยกสีเขียว ฟ้ามดลง ใช้สีเพื่อแยกระหว่าง พื้นและผนังให้ชัดเจน

กำจัดเสียงรบกวน จำกัดการใช้เสียงเตือนของเครื่องมือต่างๆ เตือนพนักงานให้ระวังเรื่องการส่งเสียงดัง เลือกวัสดุทำพื้นและเพดานที่ดูดซับเสียง ใช้ผนังกันระหว่างเตียงแทนผ้า màn เพื่อดูดซับเสียงและเพิ่มความชื้นส่วนตัว ป้องกันการลื่นโดยไม่มีของวางระเกะระกะบนพื้น วัสดุปูพื้นไม่ลื่น แม้ว่าจะเปียกหรือแห้ง พื้นมีลักษณะแน่นแต่มีความนุ่มสามารถรองรับแรงกระแทกได้ มีราวจับตามทางเดิน ทางเดินกว้างเพียงพอสำหรับคนและรถเข็น มีที่ให้นั่งพักเป็นระยะ ประตูเปิดง่าย ห้องน้ำไม่ไกล มองเห็นได้ง่าย มีราวจับต่อเนื่องแสงสีส้ม-แดง และกว้างพอที่จะให้ผู้ช่วยเข้าไปด้วยหรือไว้วางอุปกรณ์ช่วยเหลืออื่นๆ เตรียมผ้าห่มอุ่นๆ ให้ผู้ป่วยเพื่อเป็นการช่วยในการรักษาอุณหภูมิเนื่องจากผู้สูงอายุไม่ค่อยทนต่อสภาวะอากาศที่เย็นโดยเฉพาะในเวลาที่ย่ำแย่ (กฤษฎาพร ทิพย์กาญจนา, 2566)

2.1.2 การให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีระบบบริการ 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะการคัดแยกผู้ป่วย (Triage) การนำผู้ป่วยไปห้องตรวจ (Room placement) การประเมินเบื้องต้น (Initial provider evaluation) การคัดแยก (Triage) เป็นการคัดแยกตามความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย เพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษา (Priority of care) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการคัดแยกผู้ป่วยต่ำกว่าความเป็นจริง (Under-triage) และระดับความรุนแรงของผู้ป่วยมากกว่าความเป็นจริง (Over-Triage) ทำให้เกิดความไม่เหมาะสมในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด การปฏิบัติงานจึงจำเป็นต้องมีระบบคัดแยกขึ้นเพื่อแบ่งระดับความรุนแรง ความเร่งด่วน ที่ต้องได้รับการรักษา

การจัดการหลังจากคัดแยก ประกอบด้วยการประเมินอาการเบื้องต้น (Initial assessment) การตรวจวินิจฉัย และการรักษาเบื้องต้น ขั้นตอนนี้จะดำเนินการโดยพยาบาลและแพทย์ ห้องฉุกเฉินการตรวจวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยที่เข้ามาตรวจในห้องฉุกเฉิน ทีมแพทย์ต้องตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยกให้เข้าตรวจในห้องฉุกเฉิน ด้วยความรวดเร็ว เพื่อแก้ไขอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยให้คงที่ ตามมาตรฐานการตรวจรักษาผู้ป่วยแต่ละโรค เพื่อความถูกต้องแม่นยำและคุณภาพในการให้การตรวจรักษา ลดความรุนแรงของอาการและอัตราการตายที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งในการตรวจวินิจฉัยและการรักษาในห้องฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) การประเมินครั้งแรก (Initial assessment) ทีมแพทย์และพยาบาล จะต้องมีการประเมิน Primary survey and resuscitation ชักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และตัดสินใจให้การรักษาทันที โดยมุ่งเน้นไปที่การจัดการเพื่อบรรเทาอาการที่คุกคามกับชีวิตของผู้ป่วย (Life threatening condition) เพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานของร่างกาย และการตรวจวินิจฉัยในการเข้าสู่ระบบช่องทางด่วน ได้แก่ STEMI, Stroke, Sepsis, Trauma เป็นต้น 2) การประเมินซ้ำ (Re-assessment) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจัดการกับอาการเจ็บป่วยที่คุกคามกับชีวิตในช่วงแรกจนอาการคงที่แล้วต้องได้รับการ ประเมิน Secondary survey ตรวจร่างกายตามระบบ ติดตามอาการซ้ำเพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยไปในหน่วยที่มีความเหมาะสม เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเฉพาะจะได้รับการรักษาที่เฉพาะเจาะจง ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มโรคเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ได้รับยาพ่นขยายหลอดลม (Inhaled anticholinergic agents) และหลังการบริหารยา Systemic corticosteroids ตามมาตรฐาน ต้องได้รับการประเมินซ้ำภายใน 15 นาที หลังการได้รับยาครั้งแรก หากอาการดีขึ้นเมื่อจำหน่ายกลับบ้านต้องได้รับคำแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการ

หอบหืดกำเริบ และผู้ป่วยที่มีอาการปวดอย่างรุนแรงหรือปวดปานกลาง ต้องประเมินความปวดภายใน 120 นาที หลังได้รับยาแก้ปวดครั้งแรก กระบวนการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจภาพทางรังสี การตรวจพิเศษ การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จะได้รับการบริหารจัดการโดยพยาบาลทั้งสิ้น ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการกำหนดความรวดเร็วและความถูกต้องของแต่ละขั้นตอน Through put หลังได้รับการตรวจรักษาแล้วผู้ป่วยอาจได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน รับไว้ในโรงพยาบาลหรือหน่วยสังเกตอาการต่อไป

2) ระยะเวลาให้การพยาบาล ตามการตรวจวินิจฉัยและการรักษา เป็นการลงทะเบียนประวัติผู้ป่วยและการส่งต่อผู้ป่วยไปยังจุดบริการที่เหมาะสม (Disposition) ไม่ว่าจะเป็นการรับไว้เป็นผู้ป่วยในส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น หรือการจำหน่ายกลับบ้าน โดยต้องดำเนินการให้อยู่ในระยะเวลาที่เหมาะสม ระยะเวลาการอยู่ในห้องฉุกเฉิน (Length of stay in ED) 2-4 ชั่วโมง ระบบบริการห้องฉุกเฉินแบ่งเป็นการคัดแยก การฟื้นคืนชีพหรือจัดการแก้ไขภาวะฉุกเฉิน (Resuscitation) การวินิจฉัยและการรักษา (Diagnosis and treatment)

3) การจำหน่าย (Disposition) การตัดสินใจเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์ห้องฉุกเฉินหลังจากที่รักษาภาวะคุกคามของชีวิตผู้ป่วยแล้วจนอาการคงที่ การย้ายหรือจำหน่ายผู้ป่วยก่อนออกจากห้องฉุกเฉิน เช่น การรับไว้ในนอนโรงพยาบาล (Admission) ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) การส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น (Referral) หรือการรับเข้าห้องสังเกตอาการ (Emergency Department Observation Units) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมตามอาการความเจ็บป่วยลดการกลับมารักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยโรคเดิม ลดอัตราการตายหรือความพิการ ทีมผู้ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินจึงต้องมีความเข้าใจในการตัดสินใจที่จะรับผู้ป่วยรักษาต่อในโรงพยาบาล การส่งต่อ หรือการจำหน่าย เพราะจะส่งผลถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ศิริอร สิ้นธุ ,2565)

2.2 บริบทของหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย มีหน้าที่ให้การรักษายาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในทุกสาขาโรคอย่างมีคุณภาพ เป็นหน่วยงานตั้งรับ ไม่มีหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน ให้การรักษายาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในทุกสาขาโรคตลอด 24 ชั่วโมง ประเมินอาการและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้องทันท่วงที ไม่เกิดความพิการ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจคุกคามต่อชีวิตขอขอบเขตงานรับผิดชอบ ได้แก่ (1) งานตรวจรักษาตลอด 24 ชั่วโมงและรับผู้ป่วยไว้สังเกตอาการจนพ้นภาวะวิกฤต (2) งานให้บริการหัตถการต่างๆ ได้แก่ เย็บแผล ทำแผล ฉีดยา ผ่าฝี เป็นต้น (3) งานศูนย์ส่งต่อของสถาบันราชประชาสมาสัย เพื่อการรักษายาบาลต่อเนื่อง (4) เตรียมพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉินตามแผนของสถาบันฯ มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน หมุนเวียนปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง เวรเช้า/บ่าย/ดึก 4:2:2 เจ้าหน้าที่เวรเปล จำนวน 5 คน หมุนเวียนปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง เวรละ 1 คน พนักงานช่วยการพยาบาลปฏิบัติงานเวรเช้า 1 คน และแพทย์เวร 1 คน

2.3 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการให้บริการพยาบาลแก่บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บและ/หรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต บทบาทของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที่ตั้งแต่การคัดกรอง/คัดแยก (Triage) ผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วนอย่างเหมาะสมโดยการประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิดเพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที่ ตลอดจนรับไว้สังเกตอาการเฉพาะหน้า ณ ห้องฉุกเฉิน หรือห้องสังเกตอาการ จนกระทั่งส่งต่อผู้ป่วยให้ทีมดูแลอย่างปลอดภัย พยาบาลที่ปฏิบัติงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะต้องปฏิบัติโดยใช้ความรู้ ความสามารถ และตัดสินใจอย่างเร่งด่วน เพื่อให้บริการพยาบาลมีคุณภาพ ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรีบด่วนปลอดภัย หรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพแต่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในระบบสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีผลให้ขอบเขตของการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้องยืดหยุ่นเพียงพอที่จะสามารถตอบสนองประเด็นการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยยึดมาตรฐานการบริการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของกองการพยาบาลเป็นแนวทาง ในการปฏิบัติงานและควบคุมกำกับให้บริการพยาบาลมีคุณภาพได้มาตรฐาน สร้างความประทับใจแก่ผู้รับบริการ

2.4 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 มาตรฐานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การจัดบริการการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีขอบเขตครอบคลุมผู้ป่วยทั้งด้านศัลยกรรม อายุรกรรม ทีมการพยาบาลที่รับผิดชอบประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พนักงน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ การพยาบาลที่ให้ป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายใต้กระบวนการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบในการให้การพยาบาลด้วยตนเอง หรือมอบหมายให้สมาชิกคนอื่นๆ ในทีมการพยาบาลปฏิบัติภายใต้ขอบเขต ความรับผิดชอบตามหน้าที่ และหลักเกณฑ์การมอบหมายงาน โดยมีการนิเทศควบคุมกำกับจากพยาบาลวิชาชีพ โดยยึดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล 8 มาตรฐาน ได้แก่ (สำนักการพยาบาล, 2551)

มาตรฐานที่ 1 การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Nursing therapeutic in emergency medical service) ประกอบด้วย 1) การคัดกรองผู้ป่วย (Triage) โดยการรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยและการประเมินอาการสำคัญ เพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล ณ สถานที่เกิดเหตุอย่างมีประสิทธิภาพถูกต้องรวดเร็ว 2) การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วย การบาดเจ็บของผู้ป่วยอย่างทันทีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 3) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและการส่งต่อรักษาพยาบาล จะทำการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาระหว่างการนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่รับการดูแลต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 2 การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Nursing therapeutic in emergency department) ประกอบด้วย 1) การคัดกรองผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ จะทำการคัดกรองด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างรวดเร็ว ประเมินอาการเจ็บป่วยสำคัญของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกรายและสัมพันธ์กับอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการสำคัญที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมได้ และจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาลตามสภาพปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อจัดระดับ ความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายตามมาตรฐานการจำแนกประเภทผู้ป่วยของหน่วยงาน หรือจำแนกเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) วินิจฉัยและวางแผนให้การรักษาพยาบาลบนพื้นฐานข้อมูลที่ได้รับรวบรวมได้ตามแนวปฏิบัติของหน่วยงาน ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤตที่เป็นอันตราย หรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิตตามแนวปฏิบัติของหน่วยงาน 2) การประเมินอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องพยาบาลวิชาชีพจะประเมินปัญหาผู้ป่วยเพิ่มเติม และประเมินซ้ำเป็นระยะอย่างต่อเนื่องตามความเหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยฉุกเฉินมากได้รับการประเมินซ้ำทุก 10-15 นาที ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการประเมินซ้ำทุก 30 นาที ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินได้รับการประเมินซ้ำทุก 2-4 ชั่วโมง และบ่อยครั้งถ้าอาการเลวลงตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงาน 3) การปฏิบัติการพยาบาล ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลและการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้การบำบัดทางการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการรบกวนต่างๆและส่งเสริมความสบายของผู้ป่วยเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติกรณีการเตรียมผ่าตัดฉุกเฉิน กรณีส่งต่อหรือจำหน่ายเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวและประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงซ้ำ ถ้าอาการเลวลง จะต้องแก้ไขตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติในการดูแลเฉพาะโรค/กลุ่มอาการของหน่วยงาน ปฏิบัติการพยาบาล ในฐานะส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ รายงาน/ให้ข้อมูลแพทย์ ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน เพื่อประโยชน์ในการกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย 4) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล เป็นการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาลที่ให้และผลลัพธ์ที่คาดหวัง

มาตรฐานที่ 3 การดูแลต่อเนื่อง เป็นลักษณะของการวางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสมและให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

มาตรฐานที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยมุ่งเน้นปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ให้ความรู้/คำแนะนำเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการบาดเจ็บและการเจ็บป่วย กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ประเมินความก้าวหน้า ภาวะสุขภาพผู้ป่วย พร้อมทั้งปรับปรุงแผนการสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นปัจจุบัน

มาตรฐานที่ 5 การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายในการคุ้มครองภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ป้องกันความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล ประเมินผู้ป่วยถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ป้องกันสุขภาพและความเสี่ยงของบุคลากร

มาตรฐานที่ 6 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และเหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

มาตรฐานที่ 7 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่หน่วยงานกำหนดและมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานจริยธรรม ให้เกียรติอย่างเท่าเทียมกัน โดยคำนึงถึงสิทธิและความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยคุ้มครองสิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย รักษาความลับข้อมูลของผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยทุกราย โดยไม่คำนึงถึง อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา

มาตรฐานที่ 8 การบันทึกทางการพยาบาล มีบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล อย่างมีคุณภาพ ตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและต่อเนื่อง ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือปัญหาและความต้องการด้านร่างกายและจิตวิญญาณ แผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ กิจกรรมการพยาบาล ผลลัพธ์ของการพยาบาล เพื่อสื่อสารกับทีมงาน และทีมสหสาขาวิชาชีพ และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในระยะฉุกเฉิน ต้องทำงานเป็นทีม พยาบาลแต่ละคนจะต้องมีความรู้ที่แม่นยำและความชัดเจนในการปฏิบัติ โดยใช้ความสามารถเชิงสมรรถนะของการให้ความร่วมมือการแก้ปัญหา การตัดสินใจ ภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม และการใช้ความรู้เฉพาะในสาขาเป็นสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงาน เพราะชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บในระยะนี้มักจะอยู่ในภาวะคุกคามชีวิต มีปัญหาของการหายใจและการไหลเวียนเลือด ซึ่งพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องเป็นผู้มีความสามารถในการประเมินปัญหาของผู้บาดเจ็บ เข้าใจกลไกของการบาดเจ็บ และสามารถคาดการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้บาดเจ็บได้

2.4.2 ทฤษฎีการมีส่วนร่วม

ทฤษฎีการมีส่วนร่วม Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1981) ให้ความหมายการมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่

1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ในกระบวนการของการตัดสินใจ สิ่งแรกที่ต้องกระทำ คือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการดำเนินงานตามกิจกรรมที่วางแผนไว้

3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ที่เป็นองค์ประกอบในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้วยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคมด้วย

4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้นสิ่งสำคัญจะ คือความเห็น (Views) ความชอบ(Preferences) และความคาดหวัง (Expectation) ซึ่งมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆ ได้

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จันทิรา วงศ์ชาลี (2566) ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลายระบบโรงพยาบาลนาโยง จังหวัดอุดรธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการพยาบาลฉุกเฉินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ 2) ศึกษาคุณภาพการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลฉุกเฉินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และ 3) ศึกษาผลลัพธ์งานบริการการพยาบาลฉุกเฉินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในโรงพยาบาลนาโยง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ.2566 กลุ่มตัวอย่างบุคลากรจำนวน 10 คน ผู้ป่วยจำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามได้แก่ คุณภาพการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลายระบบ (Alpha=0.84) การปฏิบัติตามรูปแบบ (Alpha=0.87) ความพึงพอใจการใช้รูปแบบ (Alpha =0.88) และผลลัพธ์งานบริการผู้ป่วย (CVI=1) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติไคสแควร์ และ Wilcoxon Signed Ranks Test ผลการศึกษาพบว่า 1) หลังพัฒนามีคุณภาพตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และมีการปฏิบัติตามรูปแบบมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) มากที่สุดคือด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (4.53 ± 0.47) รองลงมาคือการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลายระบบ (4.45 ± 0.65) และวิธีการใช้รูปแบบการพยาบาล (4.15 ± 0.66) ตามลำดับ สำหรับระดับความพึงพอใจต่อการมีและใช้รูปแบบการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่าความพึงพอใจโดยรวมต่อการนำไปใช้ในระดับสูง (4.36 ± 0.65) และพบว่าหลังพัฒนากลุ่มผู้ป่วยมีผลลัพธ์งานบริการดีกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สรุป หลังพัฒนาและใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลายระบบมีผลต่อผลลัพธ์งานบริการดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาทำให้เพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยทันเวลาและปลอดภัยต่อผู้ป่วย

นิตยา สินธุ์ภูมิ (2566) ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และ 3) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้และประเมินผล ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) การเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วยและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การรักษาและการพยาบาล 4) การส่งต่อผู้ป่วย 5) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล 6) การบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ ผลการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า ผู้ป่วยมีระดับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลง การส่งต่อลดลงร้อยละ 20.00 ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัย ไม่เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน นอกจากนั้นบุคลากร และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตมีความพึงพอใจ

สุภาวดี สุทธิอาจ สุบรรณ อาจสมัย (2566) การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนาแนวทาง ปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต โรงพยาบาลไชยวาน จังหวัดอุดรธานี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Stetler Model กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงคือพยาบาลวิชาชีพ เวชกิจฉุกเฉิน รวม 30 คน ระยะเวลาศึกษา

เดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผสาววิธทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและใช้สถิติเชิงอนุมานสำหรับเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรมและการสังเกต ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล 3 ท่าน และหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค พบว่าหลังการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต ครอบคลุมการได้ แนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต เป็นรูปแบบแนวปฏิบัติที่มีขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยที่ ครอบคลุม ทั้งหมด 3 ระยะคือ 1) การดูแลก่อนการส่งต่อ 2) การดูแลระหว่างส่งต่อ 3) การจัดการหลังส่งต่อ หลังพัฒนาได้นำแนวทางปฏิบัติไปใช้กับการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตทั้งหมด 115 ราย พบว่าการส่งต่อ ที่มีการดูแลเหมาะสมตามมาตรฐานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.58 เป็นร้อยละ 98.51 โดยทีมพยาบาลวิชาชีพ เวชกิจฉุกเฉิน และบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วย ที่ผ่านการฝึกการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้การดูแล และส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบอุบัติการณ์การเสียชีวิต บุคลากรและญาติมีความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติ ร้อยละ 94.84 เปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้และทักษะการปฏิบัติการส่งต่อก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า หลังการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต ในลักษณะ ของ E-Book เพื่ออำนวยความสะดวกต่อการใช้งาน และเป็นการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ ให้ทันสมัยมากขึ้น

ปรานต์พินิตา นาสุงชน และคณะ (2565) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลกุมภวาปี โดยเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์คัดเลือก โดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แนวปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต แบบสอบถาม บุคลากรและแบบบันทึกผลลัพธ์ในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ผลการวิจัยพบว่า ทักษะการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ได้แก่ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ (จาก 14.53 เป็น 19.33, S.D. = 1.11) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการพยาบาลดีขึ้น มากที่สุดด้านสถานที่ Resuscitation (จาก 1.56 เป็น 4.76, S.D. = 0.45) รองลงมา คือการทำความสะอาด อุปกรณ์และห้องความดันลบ (จาก 1.88 เป็น 4.55, S.D. = 0.32) และการเตรียมบุคลากร (จาก 1.79 เป็น 4.45, S.D. = 1.02) ตามลำดับ ผลการสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ปฏิบัติถูกต้อง ร้อยละ 91.2 มีความพึงพอใจ การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในระดับมากที่สุดคือ สามารถนำไป ปฏิบัติได้จริง (Mean = 4.67, S.D.= 0.49) นำไปใช้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพได้ (Mean = 4.67, S.D. = 0.62) และช่วยตัดสินใจเลือกการปฏิบัติได้ ง่ายขึ้น (Mean = 4.60, S.D. = 0.51) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยพบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ปัจจัยที่มีผลต่อ Return of spontaneous circulation (ROSC) in 30 minutes อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$) ได้แก่ ใส่ท่อทางเดินหายใจ ใน 10 นาที (ORadj = 3.049) อัตราการเต้นของชีพจร (ORadj = 0.318) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ในเลือด (ORadj = 0.309) ความดันโลหิตซิสโตลิก (ORadj = 0.134) และ อุณหภูมิกาย (ORadj = 0.116)

อรอนงค์ น้อยเจริญและคณะ (2565) ศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลครบวงจร สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันราชประชาสมาสัย โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ทำความเข้าใจปัญหาในระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

เป็นอยู่ในปัจจุบัน ระยะที่ 2 พัฒนาระบบบริการพยาบาล ระยะที่ 3 ทดลองใช้ระบบบริการพยาบาลครบวงจรฯ ระยะที่ 4 ประเมินผลระบบบริการพยาบาลครบวงจรฯ ประชากรเป้าหมายการพัฒนา คือ ผู้บริหารพยาบาลที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน บุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ผู้นำชุมชน บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหญ้าแพรก จังหวัดสมุทรปราการ รวม 76 คน ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ 124 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบสังเกตการปฏิบัติงานตามระบบฯ แบบประเมินความพึงพอใจและยอมรับระบบฯ แบบคัดลอกข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2562 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) ระบบบริการพยาบาลครบวงจรเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สามารถปฏิบัติได้จริง 2) ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพและสหสาขาวิชาชีพปฏิบัติงานตามระบบที่พัฒนาขึ้นได้ ร้อยละ 100.0 รวมทั้งมีความพึงพอใจ และยอมรับระบบบริการพยาบาลครบวงจรที่พัฒนาขึ้นในระดับมากทุกข้อ 3) ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุและผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจ และยอมรับระบบบริการพยาบาลครบวงจรฯ ในระดับมากทุกข้อเช่นกัน 4) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า จำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังลดลงก่อนมีระบบฯ ร้อยละ 16.9 จำนวนครั้งการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลงก่อนมีระบบฯ ร้อยละ 100.0 จำนวนครั้งการพลัดตกหกล้มลดลงก่อนมีระบบฯ ร้อยละ 70.0 จำนวนครั้งการเกิดแผลกดทับลดลงจากก่อนมีระบบฯ ร้อยละ 61.5

นวลทิพย์ อีระเดชากุล (2564) ทำการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินระดับ 3 (Urgent) ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ระยะที่ 1 เตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาข้อมูล สังเกตการปฏิบัติงาน สอบถามและสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ ทบทวนเวชระเบียน และทบทวนอุบัติการณ์ ระยะที่ 2 สร้างและพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยศึกษาเอกสารวิชาการ ผลงานวิจัย แล้วถอดบทเรียนนำแนวปฏิบัติที่ดี ร้างรูปแบบการพยาบาลแล้วนำไปทดสอบ ระยะที่ 3 นำรูปแบบการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติจัดอบรมการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ไปใช้ และระยะที่ 4 สรุปและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาล โดยประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาลและความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วนจำนวน 41 คน พยาบาลวิชาชีพและนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์จำนวน 39 คน ทีมพัฒนาคุณภาพการบริการ จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน 1) เครื่องมือในการดำเนินการได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วนและคู่มือประกอบการใช้เครื่องมือในการดำเนินการพัฒนาการมอบหมายงานแบบรายกรณีผู้ป่วยและการนิเทศและแบบบันทึกทางการพยาบาล 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการพยาบาลและแบบประเมินความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ ตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่าทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่า 0.5 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขและวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.7 และ 0.9 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Paired t-test และ Chi square test : รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย

เร่งด่วน ได้แก่ (1) จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ตามส่วนขาด โดยจัดทำแบบประเมินความรู้ และทักษะเจ้าหน้าที่ทั้งภาคปฏิบัติและภาคทฤษฎี (2) จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วน แนวทางการเฝ้าระวังอาการสำคัญที่นำไปสู่ภาวะคุกคามชีวิต (Early warning signs) ในกลุ่มโรคความเสี่ยงสูง (3) การมอบหมายงานการพยาบาลแบบรายกรณี การนิเทศและสอนงาน โดยหัวหน้าทีม (4) การบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus Charting เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน และหลังการพัฒนาพบว่าอัตราผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงระหว่างการรักษาและอัตราผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ด้วยอาการหรือโรคเดิมภายใน 48 ชั่วโมงหลังจำหน่ายลดลงแตกต่างกันกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้ปฏิบัติพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่มากกว่าแบบเดิม ในด้านความพร้อมความถูกต้อง ความชัดเจน ความรวดเร็วและง่ายต่อการนำไปใช้แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.7 และสามารถนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้โดยรวมร้อยละ 98.5 สรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบ การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วนมีประโยชน์ สามารถนำไปใช้ได้จริง ให้ผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งสะท้อนคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วน ทำให้ผู้ปฏิบัติมีแนวทางในการตัดสินใจ ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่ป้องกันได้น้อยลง หรือทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น

พิมล ปสนิตย์ (2564) ศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติทางพยาบาลในการดูแลและส่งต่อ ผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องทางเร่งด่วน (Trauma Fast Track) งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝือ จังหวัด อุตรดิตถ์ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ ทางพยาบาลในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องทางเร่งด่วน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝือ จังหวัดอุตรดิตถ์ วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างบุคลากรที่ใช้แนวปฏิบัติทางพยาบาลคือ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 28 คน กลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาล โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลบ้านฝือ ก่อนพัฒนาจำนวน 28 คน หลังพัฒนา จำนวน 42 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวปฏิบัติทางพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ แบบสอบถาม พยาบาล และแบบบันทึกผลลัพธ์งานบริการผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired samples T-Test ผลการศึกษาพบว่า หลังพัฒนา มีผลลัพธ์งานบริการผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบแตกต่างกับก่อนพัฒนา มากที่สุด คือ มีการระบุระดับ Life threatening condition เพิ่มขึ้น ร้อยละ 73.7 การระบุระดับ Emergency เพิ่มขึ้นร้อยละ 28.6 และอัตราการระบุระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บไม่ถูกต้องลดลง ร้อยละ 21.4 หลังการใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีผลต่อผลลัพธ์งานบริการทำให้การระบุระดับความรุนแรง ของการบาดเจ็บ มีความถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ < 0.05 สรุปได้ว่า หลังพัฒนา การพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีคุณภาพมาตรฐาน และหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน มีผลต่อผลลัพธ์งานบริการทำให้การระบุระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จักรพงษ์ ปิติโชคโกคินท์ และคณะ (2563) ศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่มีภาวะวิกฤต โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของของสเตตเลอร์ กับพยาบาลวิชาชีพเวชกิจฉุกเฉิน รวม 30 คน ระยะเวลาศึกษาเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนธันวาคม 2560

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้และทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย 2) แบบประเมินตามเกณฑ์คุณภาพการส่งต่อผู้ป่วย 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการต่อรูปแบบ 4) แบบประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของรูปแบบ ซึ่งตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5) ท่านใช้สถิติเชิงพรรณนาและใช้สถิติเชิงอนุมานสำหรับเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้และทักษะระหว่างก่อนและหลังโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาผ่านกระบวนการ 2 วงจร ได้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตเป็นรูปแบบไอซียูเคลื่อนที่ (Mobile ICU) โดยรูปแบบประกอบด้วย 1) การฝึกอบรมเพิ่มความรู้และทักษะพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต 2) การกำหนดทีม Mobile ICU 3) การกำหนดข้อบ่งชี้ที่ต้องใช้รถและพยาบาล 4) การจัดอุปกรณ์และรถให้เพียงพอพร้อมใช้มีอุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพแบบ Real Time Telemedicine 5) การจัดทำมาตรฐานต่างๆ และตั้งศูนย์ส่งต่อ 6) การกำหนดขั้นตอนส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต 3 ระยะ ได้แก่ 1) การดูแลก่อนการส่งต่อ 2) การดูแลระหว่างส่งต่อ 3) การจัดการหลังส่งต่อ หลังพัฒนาได้นำรูปแบบไปใช้ กับการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตทั้งหมด 450 ราย พบว่าการส่งต่อมีการดูแลที่มีคุณภาพมาตรฐานและเหมาะสมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 92.5 เป็นร้อยละ 98.50 มีทีมพยาบาลผ่านการฝึกการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้การดูแลและส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัยไม่พบอุบัติการณ์การเสียชีวิต บุคลากรและญาติมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมาก (Mean=70.17, SD= 2.18) ก่อนพัฒนามีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย (Mean =34.58, SD=4.21) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้และทักษะการปฏิบัติการส่งต่อก่อนและหลังการพัฒนา พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ข้อเสนอแนะควรพัฒนาแนวทางการรักษาและการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉพาะรายโรคเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลและมีผลลัพธ์คุณภาพที่ดีขึ้นต่อไป

ชลลดา ทอนเสาร์และคณะ(2562) ศึกษาการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม การศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวนที่ศึกษา 158 ราย ช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2562 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา Med MSU ESI –Triage และแบบเก็บข้อมูลคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสัดส่วนร้อยละและความถี่ ผลการศึกษาพบว่าการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินต้องร้อยละ 46.8 คัดแยกไม่ถูกต้องร้อยละ 53.2 โดยคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ และต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 33 และ 20.2 ตามลำดับ

วรวิทย์ ขาวทอง อัจฉรา สุคนธรรพ์ สุภารัตน์ วังศรีคุณ (2562) ศึกษาประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันตามแนวคิดกรอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เครื่องมือที่วิจัยคือ คู่มือการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินตามแนวคิดกรอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล และเครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบวัดความวิตกกังวลของกาเบอร์สัน (Gaberson, 1991) แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของคริสตันและคณะ (Kriston, et al., 2010) และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการพยาบาลสร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติแมนนวิทนียู (Mann-Whitney U-test) ผลการวิจัยพบว่า 1.สมาชิกในกรอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน

ที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมีความวิตกกังวล ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) 2.สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) 3.สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สุรภา ขุนทองแก้ว (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดราชบุรี เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบการศึกษาย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สถานการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในเขตจังหวัดราชบุรี ด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามสถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การรับรู้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการทดสอบไคสแควร์ผลการวิจัยปรากฏ ดังนี้ 1) สถานการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าการไม่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากความสะดวกในการใช้รถยนต์ส่วนตัวร้อยละ 57.54 และอยู่ภาวะตกใจจึงไม่ได้นึกถึงรถพยาบาลฉุกเฉิน ร้อยละ 26.9 การรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก ($M = 4.34$, $SD = .71$) และความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.52$, $SD = .71$) 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 คือการมีโรคประจำตัว การมีรถยนต์ส่วนตัว และการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($p = .325$) จากผลการวิจัยข้างต้น หน่วยปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ ควรให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลด้านการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินกับประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งความพร้อมของการให้บริการฉุกเฉินทั้งทางด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและเจ้าหน้าที่บริการ

กัลยารัตน์ หล้าธรรม ชัจจณณ์ แพรชาว (2560) การศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ การศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น จากเวชระเบียนของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มี คุณสมบัติสอดคล้องกับเกณฑ์การคัดเลือกมีจำนวนทั้งสิ้น 246 ฉบับ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนของผู้ป่วยฉุกเฉิน ช่วงเวลาระหว่างเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม พ.ศ.2559 โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Sampling) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลคือ Srinagarind Emergency Severity Index: SESI ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัดส่วน ร้อยละและความถี่ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน พยาบาลคัดแยกถูกต้อง ร้อยละ 67.50 คัดแยกไม่ถูกต้อง ร้อยละ 32.50 โดยคัด แยกสูงกว่าเกณฑ์และต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 28.40 และ 4.10 ตามลำดับ

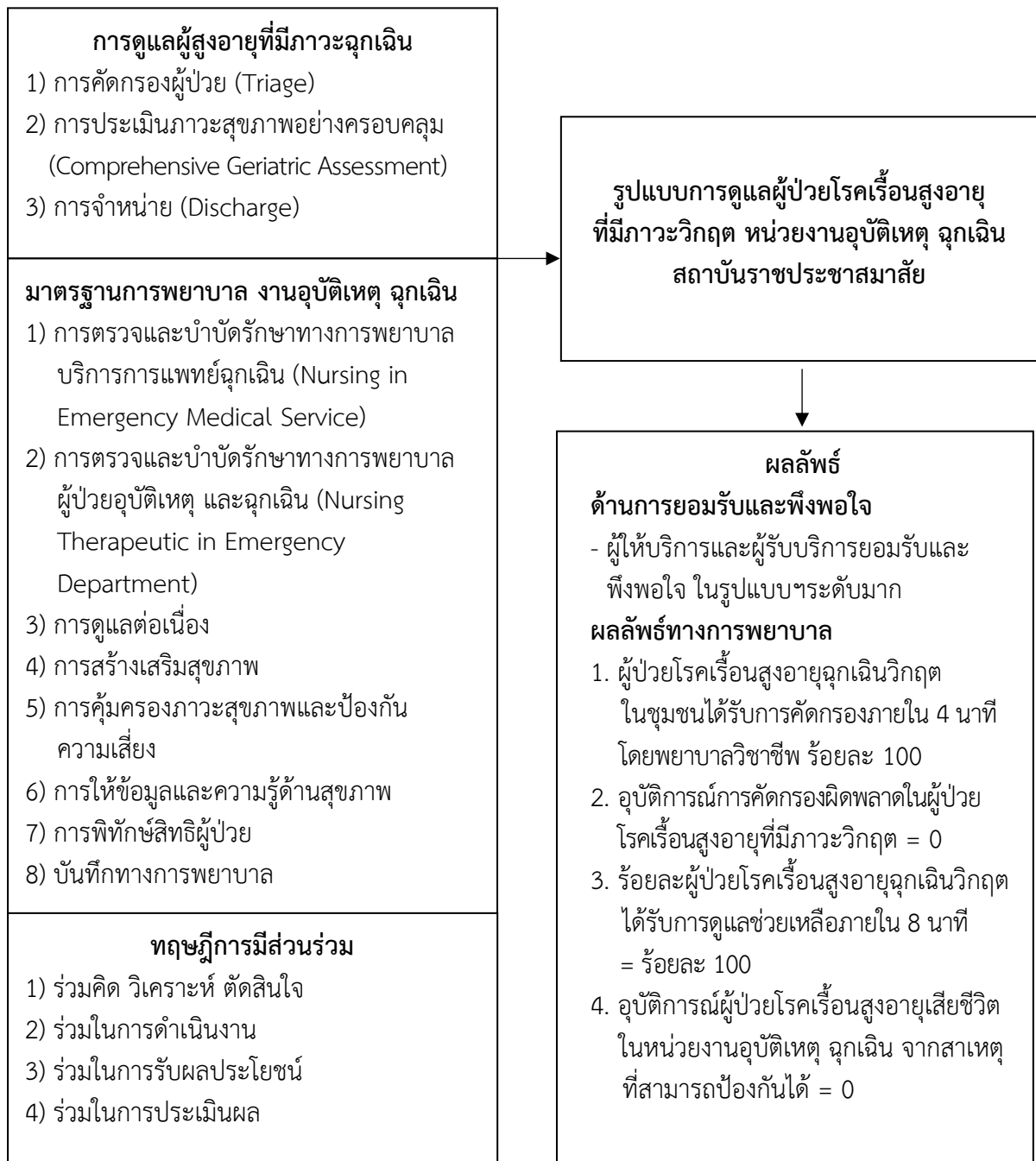
รักษันรินทร์ แก้วมีศรี และคณะ (2560) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมือง

กึ่งชนบท พบว่า รูปแบบที่พัฒนาเป็นการจัดการโดยเทศบาลตำบล มีการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาและประเมินผล โดยมีปัจจัยเงื่อนไขสำคัญของรูปแบบที่ต้องมีการพัฒนา 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ระบบข้อมูล การฝึกอบรม การสื่อสาร ระบบเทคโนโลยีสำหรับรับและแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการมีส่วนร่วม

นนทยา รัตนสกุล (2559) ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิต ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิตในงานเป็นอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ประชากรเป้าหมายการพัฒนา คือ พยาบาลวิชาชีพ 23 คน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 คน และผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิต 120 ราย แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย บูรณาการกรอบแนวคิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลและกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแม็กแท็กการท ดั้งนี้ 1) การวางแผนการพัฒนาระบบ เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิตพร้อมจัดทำร่างระบบการดูแลผู้ป่วย 2) การลงมือปฏิบัติตามร่างระบบการดูแลผู้ป่วยฯ 3) การสังเกตการปฏิบัติร่างระบบการดูแลผู้ป่วยฯ และ 4) การสะท้อนคิดผลการปฏิบัติ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการต่อระบบการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ประชากรเป้าหมายการพัฒนาส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลฯ อยู่ในระดับมาก และมีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิตเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาค้นครั้งนี้ยืนยันว่าการพัฒนาระบบงานที่สอดคล้องกับบริบทต้องอาศัยการวางแผนที่ดีและได้รับความร่วมมือจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับ 1) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะวิกฤต 2) มาตรฐานการพยาบาลงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และทฤษฎีการมีส่วนร่วม เพื่อกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินสถาบันราชประชาสมาสัย ดังแผนภูมิที่ 2.1



แผนภูมิที่ 2.1 กรอบแนวคิดการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย”

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัยและเป็นไปตามกรอบแนวคิดการวิจัย ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ 4 ระยะ คือ 1) ระยะทำความเข้าใจปัญหา 2) ระยะร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย 3) ระยะทดลองและปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย 4) ระยะประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย (ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, 2567)

3.1 พื้นที่วิจัย

เนื่องจากงานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัย Action Research ดังนั้นความพร้อมของสถานที่วิจัย และประชากรเป้าหมายจึงเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยจึงเลือกพื้นที่ศึกษาเป็นหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน ในสถาบันราชประชาสมาสัย ที่พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน มีความพร้อมที่จะพัฒนาและยอมรับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต

3.2 ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย วิจัยปฏิบัติการ (Action Research)

ระยะที่ 1 ทำความเข้าใจปัญหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

แหล่งข้อมูล หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย

- 1) พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- 2) สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- 3) บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน
- 2) สหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ได้แก่ แพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ในสถาบันราชประชาสมาสัย

3) บุคลากรที่เกี่ยวข้องที่มีประสบการณ์ช่วยรับผู้ป่วยจากชุมชนมารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ เจ้าหน้าที่เวรเปล พนักงานขับรถ พนักงานรักษาความปลอดภัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ไม่มี

กระบวนการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร

เนื่องด้วยผู้วิจัยหลักเป็นหัวหน้างานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ผู้วิจัยร่วมเป็นรองผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย การกีดกันการพยาบาล รองหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และรองหัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ จึงต้องระมัดระวังเป็นพิเศษเพราะอาจจะทำให้อาสาสมัครแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความเกรงใจ เหมือนถูกบังคับ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงจัดหาผู้ช่วยวิจัยที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ในการทำหน้าที่ขอคำยินยอมแทนผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจัดอบรมความรู้เรื่องโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการขอความยินยอมแก่ผู้ช่วยวิจัย และมีการบันทึกมอบหมายงานไว้เป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งกระบวนการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร ผู้ช่วยวิจัยจะนัดหมายอาสาสมัครเป็นรายบุคคลเพื่อให้ข้อมูลรายละเอียดโครงการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ การออกจากโครงการ ระบบการรักษาความลับ รวมทั้งขอคำยินยอมบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม แล้วเปิดโอกาสให้ซักถามรายละเอียดข้อสงสัยจนเป็นที่เข้าใจกันแล้วให้อาสาสมัครอ่านใบแสดงความยินยอม เมื่ออาสาสมัครได้รับทราบข้อมูลทั้งหมด และได้ซักถามจนหมดข้อสงสัยแล้ว หากยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยจะขอให้อาสาสมัครลงชื่อยืนยันการตัดสินใจในใบแสดงความยินยอมและให้อาสาสมัครเก็บไว้ 1 ชุด หากอาสาสมัครมีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามกับผู้วิจัยโดยตรงได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 092 283 2665 ตลอด 24 ชั่วโมง

การดำเนินการวิจัย

1) **สัมภาษณ์เชิงลึก** เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการ ปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดของการดูแลผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย แพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ ผู้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ทั้งในและนอกเวลาราชการ รวม 3 คน

เครื่องมือ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก การสร้างเครื่องมือดำเนินการ ดังนี้ (1) นำกรอบแนวคิดในการวิจัยและจุดมุ่งหมายของการวิจัยมาใช้เป็นหลักในการกำหนดประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (2) กำหนดประเด็นข้อคำถามหลักแต่ละข้อที่จะสัมภาษณ์ (3) สร้างแบบสัมภาษณ์เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลตามประเด็นที่กำหนด (4) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์กับกรอบแนวคิด จุดมุ่งหมายของการวิจัย ตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยผู้วิจัยก่อนนำไปใช้สัมภาษณ์จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคลในที่รโหฐานตามความพร้อมของผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละคน หลังจากลงนามยินยอม ระยะเวลาการสัมภาษณ์ประมาณ 1-2 ชั่วโมงต่อคน บันทึกข้อมูลด้วยเทปบันทึกเสียง และการบันทึกของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยวางแผนการสัมภาษณ์และดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) ด้วยผู้วิจัยกำหนดแนวทางการดำเนินการให้การสัมภาษณ์ มีมาตรฐานเดียวกัน คือ (1) ทบทวน ทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัยกรอบแนวคิดในการวิจัย และประเด็นคำถามของการสัมภาษณ์เชิงลึก ให้ชัดเจนในแต่ละข้อ (2) ติดต่อประสานงานขอความร่วมมือการเข้าสู่สถานที่นัดหมาย และแนะนำตนเองกับผู้ให้สัมภาษณ์

(3) ชี้แจงจุดมุ่งหมาย วัตถุประสงค์ของการวิจัย แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่าการสัมภาษณ์เป็นความลับ ขณะเดียวกัน ขออนุญาตบันทึกเสียงไว้ด้วย (4) เริ่มต้นการสัมภาษณ์ด้วยการตั้งคำถามแรกอย่างชัดเจน เปิดโอกาสให้ผู้ตอบได้ตอบอย่างเต็มที่ ผู้วิจัยจับประเด็นคำตอบแล้วซักถามเจาะลึกเพื่อให้ได้รายละเอียด มากที่สุด (พร้อมกับบันทึกการให้สัมภาษณ์ด้วยเทปและ Note ย่อ) คำถาม - คำตอบ จะเป็นไปตามกรอบ แนวคิดของการวิจัย ไม่ออกนอกกรอบ ยกเว้นว่าเห็นว่าเป็นประโยชน์ คำถามหลัก (Main Questions) เป็นการถามตามประเด็นที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์ คำถามชักใช้ไล่เลียง (Probe Questions) เป็นคำถาม เพื่อให้ผู้ตอบบรรลุถึงความรู้สึกเกี่ยวประเด็นนั้นๆ ขยายความมีนัยสำคัญของสิ่งที่ได้พูดไว้แล้ว ขณะที่สัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ปรับปรุง ข้อคำถามเพิ่มเติมเพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการให้มากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยตรวจสอบข้อมูลเชิงสามเส้า (Triangulation) วิเคราะห์ เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตรวจสอบข้อมูลเชิงสามเส้า ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาทุกครั้ง ผู้วิจัยทำการตรวจสอบ ความถูกต้องของข้อมูลในลักษณะ การตรวจสอบข้อมูล สามเส้า (Triangulation) (Denzin, 1970) โดย(1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) ผู้วิจัยเน้นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจาก แหล่งต่างๆ ทั้งแหล่งข้อมูล เวลา สถานที่ และบุคคลว่าถ้าต่างเวลา ต่างสถานที่และต่างบุคคลที่ให้ข้อมูล ข้อมูลที่ได้นั้นมีความเหมือนกันหรือไม่ ซึ่งถ้าทุกแหล่งข้อมูลพบว่า ได้ข้อค้นพบมาเหมือนกัน แสดงว่าข้อมูล ที่ผู้วิจัยได้มามีความถูกต้อง (2) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิจัย (Investigator Triangulation) จะเน้น การตรวจสอบจากผู้วิจัยว่า ได้ข้อค้นพบที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไรซึ่งถ้าผู้วิจัยหลายคนเก็บข้อมูล พบว่าข้อค้นพบที่ได้มีความเหมือนกัน แสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มามีความถูกต้อง

วิเคราะห์เชิงเนื้อหา จะสรุปเป็นประเด็น โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (1) การจัดกระทำ ข้อมูลหลังจากที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจะถอดเทปที่ได้จากสัมภาษณ์เชิงลึก ชนิดคำต่อคำ จัดระเบียบข้อมูล บรรณาธิกรข้อมูล วิเคราะห์และตีความสิ่งที่สังเกต จัดทำแฟ้มข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ อย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นประโยชน์ในการค้นหา เชื่อมโยงข้อมูล วิเคราะห์ เพื่อเขียนรายงาน (2) การให้รหัส ข้อมูล ผู้วิจัยแยกย่อยข้อมูลดิบโดยสรุปสาระ ของข้อมูลให้เห็นว่าแก่นคืออะไร แล้วสรรหาข้อความ ที่มีความหมายตรงประเด็น มีผลโดยตรงต่อการตอบคำถามการวิจัย มาจัดระเบียบโดยการย่อลดทอนข้อมูล ลงให้อยู่ในรูปของแนวคิด หลังจากนั้นทำการเปิดรหัสข้อมูลให้ได้มากที่สุด โดยอ่านข้อมูลดิบอย่างละเอียด หลายๆ รอบ จนกระทั่งเข้าใจข้อมูลอย่างถ่องแท้แล้วจับประเด็นหลักๆ ให้ได้ว่า สาระสำคัญของแต่ละ ข้อความนั้นคืออะไร แล้วนำสาระนั้นๆ มาจำหัว ให้เป็นรหัส เพื่อแยกแยะจัดกลุ่มความหมาย เปรียบเทียบ ความเหมือนและความต่างของข้อมูล โดยให้ข้อมูลเป็นตัวนำซึ่งกรอบของการให้รหัส ผู้วิจัยใช้จุดมุ่งหมาย ของการวิจัย และประสบการณ์ของผู้วิจัยเป็นตัวตั้ง (3) การวิเคราะห์ตีความและการให้ความหมาย (Analysis and Interpretation) เพื่อตอบคำถามการวิจัย ขณะที่ผู้วิจัยตีความจะคำนึงถึงโจทย์วิจัยเสมอ (เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติง, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, 2552)

2) สันทนากลุ่ม เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการ ปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัด การพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ สถาบันราชประชาสมาสัย

ผู้ให้ข้อมูลหลัก แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 จำนวน 8 คน คือ พยาบาลวิชาชีพหน่วยงาน อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ กลุ่มที่ 2 จำนวน 7 คน ประกอบด้วย (1) เจ้าหน้าที่เวรเปลที่ปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง 5 คน (2) พนักงานขับรถมีประสบการณ์ขับรถรับผู้ป่วยจากชุมชนมารักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ 1 คน

(3) พนักงานรักษาความปลอดภัย 1 คน ที่มีประสบการณ์ช่วยรับผู้ป่วยจากชุมชนมารักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ รวมทั้งสิ้น 15 คน

เครื่องมือ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ข้อคำถามประกอบด้วย (1) สภาพปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะวิกฤต ในหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ เป็นอย่างไร (2) มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ สถาบันราชประชาสมาสัย (3) สิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ สถาบันราชประชาสมาสัย คืออะไร (4) ท่านมีความต้องการความร่วมมือในการมีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ สถาบันราชประชาสมาสัยหรือไม่ อย่างไร (5) ท่านมีความคาดหวัง ต่อโครงการวิจัยอย่างไร

การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา ในการจัดสนทนากลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม เปิดโอกาสให้อาสาสมัครซักถามจนเป็นที่พอใจแล้ว จึงดำเนินการสนทนากลุ่มในที่รโหฐาน บันทึกข้อมูลด้วยเทปบันทึกเสียง และการบันทึกของนักวิจัย เป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างกว้างขวางแบบกันเอง การถกประเด็นสนทนามีความเป็นอิสระในการแสดงข้อคิดเห็น ปัญหาของการสนทนาถูกกำหนดโดยนักวิจัย ทีมวิจัยจะเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกแก่กลุ่มสนทนาและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการบันทึก เช่น เทปบันทึกเสียง ฯลฯ มีเครื่องดื่ม อาหารว่าง ทำให้บรรยากาศสนทนาผ่อนคลายและเกิดความเป็นกันเอง สร้างบรรยากาศให้ผู้เข้าร่วมสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระ ก่อนการจัดสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยประชุมทีมวิจัยเพื่อชี้แจง อธิบายรายละเอียด ขั้นตอนในการจัดสนทนากลุ่มและหาข้อตกลงร่วมในการจัดสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการกำหนดแนวคำถามในการวิจัยและประเด็นในการสนทนา โดยนำวัตถุประสงค์ของการวิจัยแต่ละข้อไปจำแนกเป็นประเด็นหลัก แล้วสร้างเป็นคำถามย่อยๆ วางแผนการจัดการ เพื่อเตรียมการทำสนทนากลุ่มเป็นการเตรียมสถานที่ กำหนดวัน เวลา และจัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆที่จำเป็น ทำความเข้าใจแนวคำถาม วิธีการซักถามและทดสอบแนวคำถามที่สร้างขึ้น โดยคำถามแรกๆ จะถามเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป ง่ายๆ เพื่อการเข้าใจ และสร้างบรรยากาศให้คุ้นเคยกันระหว่างนักวิจัยกับผู้เข้าร่วมสนทนาแล้วจึงวกเข้าสู่คำถามหลักและคำถามรองแล้วจบลงด้วยคำถามเบาๆ อีกครั้งหนึ่งเพื่อผ่อนคลาย ทีมวิจัยทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) สร้างบรรยากาศให้เกิดความเป็นกันเองมากที่สุดปล่อยให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่และเป็นธรรมชาติมากที่สุด สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้เป็นอย่างดี ผู้จดบันทึก (Note Taker) จะต้องอยู่ร่วมตลอดเวลาทำหน้าที่ในการจดบันทึกเพียงอย่างเดียว และเป็นผู้ถอดเทปด้วยตนเอง เพื่อความเข้าใจในสิ่งที่ได้บันทึกเนื้อหาสาระในเทปตรงกัน ผู้ช่วยทั่วไป (Assistant) คอยควบคุม เครื่องบันทึกเสียง เปลี่ยนเทปขณะดำเนินการสนทนา อำนวยความสะดวกแก่ผู้ดำเนินการสนทนาและผู้จดบันทึก เพื่อให้แต่ละคนทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ ทีมวิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มตามแนวทางในการสนทนากลุ่มที่สร้างตามแนวคำถามที่สร้างไว้โดยมีคำถามชักใช้ไล่เลียงในประเด็นที่มีประโยชน์ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย หลังจากนั้นดำเนินการถอดเทป จัดระเบียบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลสรุปข้อค้นพบให้เสร็จสิ้นในวันเดียวกับการสนทนา

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยตรวจสอบข้อมูลเชิงสามเส้า (Triangulation) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เช่นเดียวกับการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาห้วงข้อสัมภาษณ์เชิงลึก

ระยะที่ 2 ร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

แหล่งข้อมูล หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย

- 1) พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- 2) สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- 3) บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน
- 2) สหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอายุที่มีภาวะวิกฤต ได้แก่ แพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ในสถาบันราชประชาสมาสัย
- 3) บุคลากรที่เกี่ยวข้องที่มีประสบการณ์ช่วยรับผู้ป่วยจากชุมชนมารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ได้แก่ เจ้าหน้าที่เวรเปล พนักงานขับรถ พนักงานรักษาความปลอดภัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ขาดการประชุมเชิงปฏิบัติการมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป
- 2) มีกำหนดการโอน ย้าย หรือลาออกจากสถาบันราชประชาสมาสัย

เกณฑ์การให้เลิกจากการวิจัย (Discontinuation criteria)

- 1) ขอลถอนตัวจากโครงการวิจัยหลังจากตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว
- 2) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรม 2 ครั้ง ขึ้นไป
- 3) เจ็บป่วยร้ายแรง มีปัญหาสุขภาพ
- 4) เสียชีวิต

กระบวนการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร

ผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรม และได้รับมอบหมายงานให้ขอคำยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร นัดหมายอาสาสมัครเป็นรายบุคคลให้ข้อมูลรายละเอียดโครงการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่างรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ การออกจากโครงการ ระบบการรักษาความลับ แล้วเปิดโอกาสให้ซักถามรายละเอียดข้อสงสัย จนเป็นที่เข้าใจกันแล้ว ให้อาสาสมัครอ่านใบแสดงความยินยอม เมื่ออาสาสมัครได้รับทราบข้อมูลทั้งหมดและได้ซักถามจนหมดข้อสงสัยแล้ว หากยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยจะขอให้อาสาสมัคร ลงชื่อยืนยันการตัดสินใจในใบแสดงความยินยอมและให้อาสาสมัครเก็บไว้ 1 ชุด หากอาสาสมัครมีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามกับผู้วิจัยโดยตรงได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 092 283 2665 ตลอด 24 ชั่วโมง

การดำเนินการวิจัย

- 1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ กำหนดขั้นตอนการดำเนินงานตามการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

3) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพพนักงานเวรเปล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน 8 คน แพทย์ 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน นักรังสีการแพทย์ 1 คน เจ้าหน้าที่เวรเปล 5 คน พนักงานขับรถ 1 คน พนักงานรักษาความปลอดภัย 1 คน รวม 18 คน เครื่องมือ นักวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูล เชิงเนื้อหา (Content Analysis)เช่นเดียวกับระยะที่ 1

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

แหล่งข้อมูล หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย

- 1) พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- 2) สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- 3) บุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- 4) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน
- 2) สหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ได้แก่ แพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ
- 3) บุคลากรที่เกี่ยวข้องที่มีประสบการณ์ช่วยรับผู้ป่วยจากชุมชนมารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ เจ้าหน้าที่เวรเปล พนักงานขับรถ พนักงานรักษาความปลอดภัย
- 4) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต อาศัยอยู่ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย และมารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน ในช่วงระยะเวลาทดลองใช้รูปแบบ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด
- 2) มีกำหนดการโอน ย้าย หรือลาออกจากสถาบันราชประชาสมาสัย

เกณฑ์การให้เลิกจากการวิจัย (Discontinuation criteria)

- 1) ขอดอนตัวจากโครงการวิจัยหลังจากตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว
- 2) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างทดลองใช้
- 3) เสียชีวิต

กระบวนการขอความยินยอม

1) ขอความยินยอมพยาบาลวิชาชีพ สหสาขาวิชาชีพ และบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรม และได้รับมอบหมายงานให้ขอคำยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร นัดหมายอาสาสมัครเป็นรายบุคคลให้ข้อมูลรายละเอียดโครงการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ การออกจากโครงการ ระบบการรักษาความลับ แล้วเปิดโอกาสให้ซักถาม รายละเอียดข้อสงสัยจนเป็นที่เข้าใจกันแล้วให้อาสาสมัครอ่านใบแสดงความยินยอมเมื่ออาสาสมัคร ได้รับทราบข้อมูลทั้งหมดและได้ซักถามจนหมดข้อสงสัยแล้ว หากยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยจะขอให้ อาสาสมัคร ลงชื่อยืนยันการตัดสินใจในใบแสดงความยินยอม และให้อาสาสมัครเก็บไว้ 1 ชุด หากอาสาสมัคร มีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามกับผู้วิจัยโดยตรงได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0922832665 ตลอด 24 ชั่วโมง

2) ขอความยินยอมจากผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล

ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตต้องได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ไม่สามารถให้ข้อมูลและลงนาม ยินยอมได้จึงต้องขอคำยินยอมจากญาติหรือผู้ดูแล

2.1) การขอความยินยอมจากญาติ/ผู้ดูแล ที่อ่านหนังสือออก ผู้วิจัยได้จัดทำ หนังสือเอกสารชี้แจงและหนังสือลงนามยินยอม ที่เป็นภาษาเข้าใจง่ายและเพิ่มขนาดตัวอักษรความหนา ให้ใหญ่ขึ้นเพื่อให้อ่านได้ง่ายมากขึ้น โดยผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรม และได้รับมอบหมายงานให้ขอคำยินยอม ไว้เป็นลายลักษณ์อักษร จัดหาห้องที่มีมิติชัดเจนส่วนตัวในบรรยากาศสิ่งแวดล้อมไม่กดดัน โดยอธิบาย ถึงเอกสารชี้แจงข้อมูล เอกสารแสดงความยินยอม อธิบายวัตถุประสงค์ของการทดลองใช้รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย สิทธิ ในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ การออกจากโครงการ ระบบการรักษาความลับพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ญาติ/ ผู้ดูแล พูดคุยสอบถามถึงข้อสงสัย ข้อวิตกกังวล ตอบคำถามข้อที่สงสัย ตามความเป็นจริง ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนได้รับคำตอบจนเป็นที่พอใจ และมีความเข้าใจดี หรือสามารถนำไปปรึกษาแพทย์ ผู้ที่ไว้วางใจก่อนลงนาม ยินยอม

2.2) การขอความยินยอมจากญาติ/ผู้ดูแลที่อ่านหนังสือไม่ออก ผู้ช่วยวิจัย ที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ดำเนินการขอความยินยอมจากอาสาสมัครที่อ่านหนังสือไม่ออกโดยใช้วิธีการอ่าน ให้ญาติ/ผู้ดูแลฟังตั้งแต่ต้นจนจบโดยมีพยานที่ญาติ/ผู้ดูแลไว้วางใจร่วมรับฟังด้วย 1 คน ในบรรยากาศ สิ่งแวดล้อมไม่กดดัน โดยอธิบายถึงเอกสารชี้แจงข้อมูล เอกสารแสดงความยินยอมอธิบายวัตถุประสงค์ ของการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบัน ราชประชาสมาสัย สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ การออกจากโครงการ ระบบการรักษาความลับ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ญาติ/ผู้ดูแล พูดคุยสอบถามถึงข้อสงสัยข้อวิตกกังวล ตอบคำถามข้อที่สงสัย ตามความเป็นจริง ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนญาติ/ผู้ดูแลได้รับคำตอบจนเป็นที่พอใจและมีความเข้าใจดีหรือ สามารถนำไปปรึกษาแพทย์ผู้ที่ไว้วางใจก่อนลงนามยินยอม เมื่อญาติ/ผู้ดูแลยืนยันเข้าร่วมโครงการวิจัย ครั้งนี้ โดยความสมัครใจ จึงมีการลงนามยินยอมในเอกสารอย่างเป็น ลายลักษณ์อักษร โดยมีกรรมการลงนาม ทั้งผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ขอความยินยอมอาสาสมัคร พยาน และลงวันที่ในเอกสารยินยอมก่อนจะเริ่มกิจกรรมวิจัย

การดำเนินการวิจัย

1) สื่อสารรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นแก่พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน แพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ เจ้าหน้าที่เวรเปล พนักงานขับรถ พนักงานรักษาความปลอดภัย รวบรวมปัญหา ปรับปรุงแก้ไข 2 รอบ

2) ปรับปรุงรูปแบบสำหรับการประเมินผลลัพธ์ระยะที่ 4 โดยการประชุมร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน แพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ ในช่วงระยะเวลาทดลองใช้รูปแบบ

3) ผู้วิจัยสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ตามมาตรฐานการพยาบาลงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน

4) ทำการวิเคราะห์ และทบทวน ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ เพื่อการประเมินผลระยะที่ 4 ต่อไป

ผู้ให้ข้อมูลหลัก 1) พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน 8 คน แพทย์ 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน นักรังสีการแพทย์ 1 คน เจ้าหน้าที่เวรเปล 5 คน พนักงานขับรถ 1 คน พนักงานรักษาความปลอดภัย 1 คน รวม 18 คน 2) ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตที่อาศัยอยู่ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยและมารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน ในช่วงระยะเวลาทดลองใช้รูปแบบ จำนวน 6 คน (เฉลี่ยเดือนละ 1-2 คน) รวมทั้งสิ้น 24 คน

เครื่องมือ 1) นักวิจัย 2) แบบสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม

เก็บรวบรวมข้อมูล 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการปรับปรุงรูปแบบฯ 2) ผู้วิจัยสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมขณะพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉินให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ตามมาตรฐานการพยาบาลงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน

วิเคราะห์ข้อมูล เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เช่นเดียวกับระยะที่ 1

ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

แหล่งข้อมูล หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย

- 1) พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- 2) สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- 3) บุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- 4) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน
- 2) สหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ได้แก่ แพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ
- 3) บุคลากรที่เกี่ยวข้องที่มีประสบการณ์ช่วยรับผู้ป่วยจากชุมชนมารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ เจ้าหน้าที่เวรเปล พนักงานขับรถ พนักงานรักษาความปลอดภัย
- 4) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต อาศัยอยู่ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย และมารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยฯ และเคยผ่านการทดลองใช้รูปแบบในระยะที่ 3

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด
- 2) มีกำหนดการโอน ย้าย หรือลาออกจากสถาบันราชประชาสมาสัย

เกณฑ์การให้เลิกจากการวิจัย (Discontinuation criteria)

- 1) ขอลถอนตัวจากโครงการวิจัยหลังจากตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว
- 2) ไม่ได้ตอบแบบสอบถามประเมินผล.....
- 3) เสียชีวิต

กระบวนการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร

1) ขอความยินยอมพยาบาลวิชาชีพ สหสาขาวิชาชีพ และบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรม และได้รับมอบหมายงานให้ขอคำยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร นัดหมายอาสาสมัครเป็นรายบุคคลให้ข้อมูลรายละเอียดโครงการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ การออกจากโครงการ ระบบการรักษาความลับแล้วเปิดโอกาสให้ซักถามรายละเอียดข้อสงสัย จนเป็นที่เข้าใจกันแล้ว ให้อาสาสมัครอ่านใบแสดงความยินยอม เมื่ออาสาสมัครได้รับทราบข้อมูลทั้งหมดและได้ซักถามจนหมดข้อสงสัยแล้ว หากยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยจะขอให้อาสาสมัคร ลงชื่อยืนยันการตัดสินใจในใบแสดงความยินยอมและให้อาสาสมัครเก็บไว้ 1 ชุด หากอาสาสมัคร มีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามกับผู้วิจัยโดยตรงได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0922832665 ตลอด 24 ชั่วโมง

2) ขอความยินยอมจากผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล

2.1) การขอความยินยอมจากผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล ที่อ่านหนังสือออก ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือเอกสารชี้แจงและหนังสือลงนามยินยอมที่เป็นภาษาเข้าใจง่าย และเพิ่มขนาดตัวอักษรความหนาให้ใหญ่ขึ้นเพื่อให้อ่านได้ง่ายมากขึ้น โดยผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรม และได้รับมอบหมายงานให้ขอคำยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร จัดหาห้องที่มิดชิด เป็นส่วนตัว ในบรรยากาศสิ่งแวดล้อมไม่กดดัน โดยอธิบายถึงเอกสารชี้แจงข้อมูล เอกสารแสดงความยินยอม อธิบายวัตถุประสงค์ของการประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล พุดคุยสอบถามถึงข้อสงสัย ข้อวิตกกังวล ตอบคำถามข้อที่สงสัยตามความเป็นจริง ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนได้รับคำตอบจนเป็นที่พอใจและมีความเข้าใจดี หรือสามารถนำไปปรึกษาแพทย์ผู้ที่ไว้วางใจ ก่อนลงนามยินยอม

2.2) การขอความยินยอมจากผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล ที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ดำเนินการขอความยินยอมจากอาสาสมัครที่อ่านหนังสือไม่ออก โดยใช้วิธีการอ่านให้อาสาสมัครฟังตั้งแต่ต้นจนจบโดยมีพยานที่ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล ไว้วางใจร่วมรับฟังด้วย 1 คนในบรรยากาศสิ่งแวดล้อมไม่กดดัน โดยอธิบายถึงเอกสารชี้แจงข้อมูล เอกสาร แสดงความยินยอม อธิบายวัตถุประสงค์ของการประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ ที่มีภาวะวิกฤตหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้อาสาสมัครพุดคุยสอบถามถึงข้อสงสัย ข้อวิตกกังวลตอบคำถามข้อที่สงสัยตามความเป็นจริง ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล ได้รับคำตอบจนเป็นที่พอใจและมีความเข้าใจดี หรือสามารถนำไปปรึกษาแพทย์ผู้ที่ไว้วางใจก่อนลงนามยินยอม

เมื่อผู้ป่วยฯ/ญาติ/ผู้ดูแล ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ จึงมีการลงนามยินยอมในเอกสารอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีการลงนามทั้งผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นผู้ขอความยินยอม ผู้ป่วยฯ/ญาติ/ผู้ดูแล พยาน โดยลงวันที่ในเอกสารยินยอมก่อนจะเริ่มกิจกรรมวิจัย

การดำเนินการวิจัย

1) ประเมินด้านการยอมรับและพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย หลังจากรูปแบบฯ ไปทดสอบเบื้องต้น

(1) กรณีเป็นพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน สหสาขาวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมด้วยตนเองโดย แจกแบบสอบถามให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ ไม่ระบุชื่อนามสกุล ตำแหน่ง ที่จะเข้าถึงตัวบุคคล แล้วให้ส่งแบบสอบถามกลับภายใน 7 วันทำการโดยใส่กล่องที่จัดเตรียมวางไว้ที่หน้าหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน

(2) กรณีเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ญาติ/ผู้ดูแลฯ ที่ผ่านการทดลองใช้รูปแบบฯ ในช่วงเวลาที่กำหนด มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน และอ่านหนังสือออก ผู้ช่วยนักวิจัย แจกแบบสอบถามให้ตอบอย่างอิสระไม่ระบุชื่อนามสกุล ที่จะเข้าถึงตัวบุคคลแล้วให้ผู้ป่วยฯ/ญาติ/ผู้ดูแลฯ ส่งแบบสอบถามกลับภายใน 7 วันทำการ โดยใส่กล่องที่จัดเตรียมวางไว้ที่หน้าหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน

(3) กรณีเป็นผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตหรือญาติผู้ป่วยฯ ที่ผ่านการทดลองใช้รูปแบบฯ ในช่วงเวลาที่กำหนดหายเป็นปกติ มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน แต่อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยนักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฯ/ญาติ/ผู้ดูแลฯ ฟังทุกข้อคำถาม โดยมีพยานที่ให้อาสาสมัครไว้วางใจอยู่ด้วย 1 คน และเปิดโอกาสให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ

2) ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยผู้วิจัยคัดลอกข้อมูล

(1) ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุฉุกเฉินวิกฤตในชุมชนได้รับการคัดกรองภายใน 4 นาที โดยพยาบาลวิชาชีพ

(2) อุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาดในผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต

(3) ร้อยละผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุฉุกเฉินวิกฤตได้รับการดูแลช่วยเหลือภายใน 8 นาที

(4) อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุเสียชีวิตในห้องฉุกเฉินที่สามารถป้องกันได้

3) ประเมินความครบถ้วนของการปฏิบัติตามรูปแบบฯ โดยผู้วิจัยสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม และสอบถามจากผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุหรือญาติผู้ป่วยฯหรือผู้ดูแลผู้ป่วยฯ

4) คืบข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยคืนให้อาสาสมัครรับทราบข้อมูลเพื่อการยอมรับ

5) หลังเสร็จสิ้นโครงการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อพิจารณารูปแบบที่เกิดจากการวิจัยไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมในระบบบริการปกติ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก 1) พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน 8 คน แพทย์ 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน นักรังสีการแพทย์ 1 คน เจ้าหน้าที่เวรเปล 5 คน พนักงานขับรถ 1 คน พนักงานรักษาความปลอดภัย 1 คน รวม 18 คน 2) ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต

เกณฑ์การตัดสินมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ของรูปแบบฯ ในงานวิจัยชิ้นนี้ พิจารณาจากค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.51 ขึ้นไป และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่าไม่เกิน 1.00 ถือว่าผ่านการประเมิน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการให้ข้อเสนอแนะของอาสาสมัคร ผู้วิจัยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เช่นเดียวกับระยะที่ 1

3.3 เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ (Termination criteria for the study)

โครงการวิจัยนี้จะสิ้นสุดทั้งโครงการ แม้ว่าจะยังไม่เสร็จสิ้นแผนดำเนินการวิจัย กรณีดำเนินการวิจัยไปแล้ว 4 เดือน ยังไม่ได้รูปแบบฯ หรือพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ ถูกเลิกออกจากโครงการวิจัย จำนวน 4 คน

3.4 ประเด็นด้านจริยธรรม

1) ผลการวิจัยจะเก็บเป็นความลับในห้องที่จำกัด ผู้เข้าถึง จะอนุญาตให้เฉพาะผู้มีหน้าที่ควบคุมกำกับกรวิจัยเข้าถึงได้เท่านั้นเมื่อเสร็จสิ้นโครงการจะทำลายเอกสารด้วยเครื่องทำลายเอกสาร และข้อมูลที่บันทึกไว้เป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ทุกประเภทจะทำลาย โดยการล้างข้อมูลออกจากแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์ที่บันทึกข้อมูลไว้ใน 3 ปี หลังจากเสร็จสิ้นโครงการ

2) ผู้วิจัยตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการป้องกันแก้ไขในงานวิจัยชิ้นนี้ ซึ่งการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ประชุมเชิงปฏิบัติการ ตอบแบบสอบถาม การสังเกตการณ์ แบบไม่มีส่วนร่วมอาจทำให้อาสาสมัครรู้สึกอึดอัด หรือไม่สบายใจ อาสาสมัครมีสิทธิไม่ตอบคำถาม ในข้อที่ไม่ต้องการตอบข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ นำเสนอเป็นภาพรวมไม่มีข้อมูลที่เข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัคร

3) งานวิจัยนี้อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการจะไม่ได้ประโยชน์โดยตรง แต่อาจมีประโยชน์กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

4) การเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ อาสาสมัครมีสิทธิเสรีภาพเต็มที่ในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ โดยสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือการกดดันทั้งทางตรงและทางอ้อม และมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วม ปฏิเสธการตอบคำถาม และการถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งการเข้าร่วมโครงการหรือไม่นั้น หรือการถอนตัวจากโครงการจะไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้วิจัยจะย้ำเตือนให้อาสาสมัครเข้าใจถึงสิทธิเสรีภาพในการตัดสินใจเข้าร่วม สิทธิที่จะปฏิเสธ เข้าร่วมโครงการ และสิทธิในการถอนตัวจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้

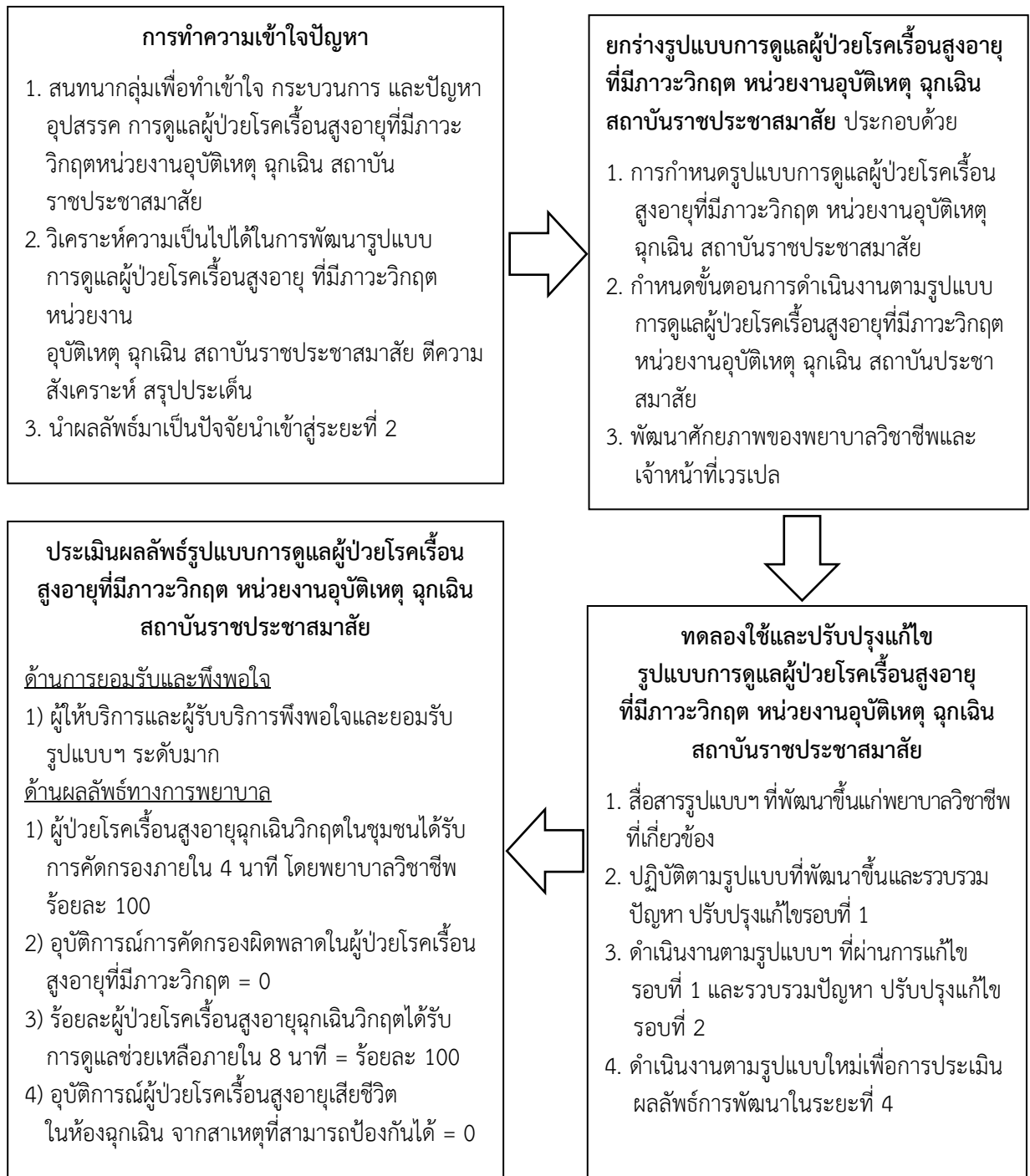
3.5 ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย 6 เดือน

3.6 แผนการดำเนินการวิจัย

ตารางที่ 3.1 ระยะเวลาดำเนินการวิจัย จำแนกรายเดือน

กิจกรรมการวิจัย	ระยะเวลาดำเนินการวิจัย (เดือน)					
	1	2	3	4	5	6
1. การทำความเข้าใจปัญหา - สัมภาษณ์เชิงลึก - สทนากลุ่ม 2 กลุ่ม	↔					
2. ยกร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ สถาบันราชประชาสมาสัย	↔					
3. ทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบ ที่พัฒนาขึ้น 3.1 สังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม 3.2 ปรับปรุงรูปแบบสำหรับการ ประเมินผลลัพธ์ระยะที่ 4	←					→
4. ประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น 4.1 ประเมินผลการยอมรับ และความพึงพอใจรูปแบบฯ 4.2 ประเมินความครบถ้วน ของรูปแบบฯ 4.3 ประเมินผลลัพธ์ ทางการพยาบาล 4.4 คำนวณข้อมูล						↔

3.7 ขั้นตอนการวิจัย



แผนภูมิที่ 3.1 ขั้นตอนการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ สถาบันราชประชาสมาสัย”

บทที่ 4

ผลการวิจัย

สาระสำคัญในบทนี้ นำเสนอผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตในหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ที่สามารถปฏิบัติได้จริง โดยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดดังนี้

4.1 สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตในหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก แพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ และสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ และกลุ่มเจ้าหน้าที่เวรเปล เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย พนักงานขับรถ รายละเอียดดังนี้

4.1.1 การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ในปัจจุบัน

บริบทของหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ เป็นหน่วยงานตั้งรับไม่ได้มีหน่วยแพทย์ฉุกเฉินในการออกรับผู้ป่วย และไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต เป็นการเฉพาะเจาะจง รวมทั้งไม่มีขั้นตอนแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร ในการออกรับผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ที่ผ่านมาเป็นการดำเนินการตั้งรับตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ กรณีผู้สูงอายุโรคเรื้อนเจ็บป่วยวิกฤตจะมีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ปฏิบัติงานให้กับสถาบันราชประชาสมาสัย นำส่งหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ แต่ปัจจุบันผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่ปฏิบัติงานให้กับสถาบันราชประชาสมาสัยดังกล่าวเข้าสู่ผู้สูงอายุ มีปัญหาด้านสุขภาพไม่สามารถนำผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุเข้ารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีญาติดูแล ต้องจ้างคนดูแล นำส่งหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ หรือบางคนให้เพื่อนบ้านมาตามเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยหรือเจ้าหน้าที่เวรเปลไปรับมาจากบ้านในชุมชน เพื่อเข้ารับการรักษาและพบว่าเพื่อนบ้านหรือผู้ที่รับจ้างดูแลให้ข้อมูลอาการเจ็บป่วยไม่ครบถ้วน ข้อมูลไม่ตรงกับอาการสำคัญ สำหรับการดูแลในหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ พบว่าพยาบาลวิชาชีพคัดกรอง แยกประเภทประเมินอาการเพื่อจัดลำดับการดูแล และให้การรักษายาตามความเร่งด่วน ตามมาตรฐานวิชาชีพแต่อย่างไรก็ตาม การคัดแยกประเภทผู้ป่วยยังคงคลาดเคลื่อน เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตไม่สามารถให้ข้อมูลการเจ็บป่วยได้ประกอบกับผู้นำส่งไม่ทราบอาการที่แท้จริง อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพบางคนขาดประสบการณ์การประเมินคัดแยกประเภทผู้ป่วย ส่งผลให้การรักษาล่าช้า

“บริบทของหน่วยงานเราตั้งรับ ไม่ได้มีออกรับผู้ป่วย... เวลาผู้ป่วยสูงอายุป่วยถ้าจ้างคนมาส่งไม่ได้ก็จะให้เพื่อนบ้านขับมอเตอร์ไซด์หรือวิ่งมารตามรถป.ก. ป้อมข้างๆ ชุมชนไปรับ แต่สิ่งที่ปรากฏ เมื่อ รถป.ก.เข้าไปก็เข้าบ้านไม่ถูก เนื่องจากคนมาตามมาแจ้งข่าวแล้วกลับ...ตรงนี้นะคะเรายังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา

อย่างรวดเร็ว เพราะคนไข้สูงอายุก็น้อยในชุมชน ยิ่งไงเราต้องดูแลเขาให้ดีที่สุด...ต้องหาวิธีร่วมกันค่ะ...ควรให้พยาบาลชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม...จัดทำแผนผัง หรือแผนที่บ้านคนไข้...”

“ก” พยาบาลวิชาชีพ

“...ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน ก็ดำเนินการตามมาตรฐานวิชาชีพค่ะ...แต่ยังขาดหัวข้อการเข้าถึงบริการที่เราไม่ได้ออกเชิงรุก...เมื่อก่อนมีคนงานคนไข้โรคเรื้อรังที่รับผิดชอบเป็นล็อก หรือโซน พามา แต่ตอนนี้พวกลุงๆป้าๆก็แก่กันแล้ว บางคนก็สูงอายุ มีปัญหาสุขภาพ ก็ไม่สามารถพาคนในชุมชนมารักษาได้...โดยส่วนใหญ่คนไข้เราพิการ แล้วไม่มีคนดูแล สื่อสารก็ลำบาก...บางคนไม่มีบัตรประชาชน...พอมารับ ER ก็ให้ข้อมูลระบุตัวตนไม่ได้...เป็นการยากมากที่จะซักประวัติได้ถูกต้อง ครบถ้วน จึงเป็นปัญหาในการคัดกรองแยกประเภทวิกฤต น้องบางคนก็ลืมนำ V/S มาคิดรวม ก็ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน...”

“ข” พยาบาลวิชาชีพ

“...หน่วยงานเรายังไม่มีแนวทาง รูปแบบโดยเฉพาะเจาะจง ที่ระบุว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต...ขั้นตอน แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุก็ไม่มีเป็นลายลักษณ์อักษร... เมื่อก่อนไข้เหล่านี้ป่วย...ปัญหาจะมากอยู่ที่ ER ว่าจะรับคนไข้จากบ้านมารักษาอย่างไร...ที่ผ่านมาหน่วยงานก็พยายามให้ความช่วยเหลือแบบหน่วยงานทำกันเอง...ไม่มีระบบรองรับ...บางทีมาตามให้เข้าไปรับโดยให้ข้อมูลไม่ครบ แค่ว่าบอกว่าเจ็บหนักแล้วเค้าก็ไป...ไม่มีข้อมูลรายละเอียดอื่น เราไม่รู้ว่าการเป็นอย่างไร หนักแค่ไหน ต้องเตรียมคนเตรียมของหรืออุปกรณ์ไปอย่างไร บางทีก็มาบอกแค่ชื่อแล้วเค้าก็ไป เรายังไม่รู้ว่าเป็นใครอยู่แพลตฟอร์ม ที่ผ่านมาโชคดีที่มีเวรเปลเป็นคนในชุมชน เค้าจะรู้ว่าบ้านอยู่โซนไหน ตัวใหญ่ตัวเล็ก เวลาเราจะไปรับก็หวั่งคนทางนี้ด้วย แล้วก็ความปลอดภัยเรากับน้องเป็นผู้หญิงต้องออกไปกับเวรเปลแล้วในชุมชนเราก็มีปัญหาเรื่อง...อะไรแบบนี้ด้วย...แล้วก็อุปกรณ์ที่จะนำออกไปเหมาะกับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เค้าอยู่ไหม...”

“ค” พยาบาลวิชาชีพ

“...คนไข้โรคเรื้อรังสูงอายุอยู่คนเดียวไม่มีคนดูแล หรือมีคนดูแลแต่ไม่ค่อยสนใจ ใช้เพื่อนบ้านให้มาตามที่ ER ให้เราไปรับคนไข้ข้างในว่าป่วยฉุกเฉินไหม ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่มีแรงให้ไปช่วยยกมาหน่อยแต่ไม่บอกว่าคนไข้ตัวใหญ่...พอไปเจอคนไข้ตัวใหญ่มากการเคลื่อนย้ายก็ลำบาก...บางทีก็เข้าบ้านไม่ถูก เตรียมอุปกรณ์ไปไม่ถูก...บางทีอยู่ชั้น 3 คนตัวใหญ่...การเคลื่อนย้ายก็จะลำบากมาก...บางทีคนที่มาบอกก็ไม่ให้รายละเอียด เตรียมของไปไม่ถูก บอกว่าไม่ได้เป็นอะไรมากเตรียมรถเข็นไปอย่างเดียว แต่พอไปถึงอาการร่อแร่ต้องกลับมาเตรียมของใหม่ทำให้ซ้ำไปอีก สถานการณ์ไม่เหมือนกัน...”

“ง” เจ้าหน้าที่เวรเปล

4.1.2 ปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า สถาบันราชประชาสมาสัย ไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตเป็นการเฉพาะเจาะจง ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ พบว่า

เป็นปัญหาการเข้าถึงบริการในภาวะฉุกเฉิน เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ ส่วนใหญ่มีความพิการ มีภาวะพึ่งพิง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่มีญาติ เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่สามารถเข้าถึงบริการหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องให้เพื่อนบ้าน คนรู้จักมาแจ้งที่หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และพบปัญหา การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ ทั้งด้านภาวะการเจ็บป่วย การระบุตัวตน การระบุสถานที่บ้าน ที่ต้องเข้าไปรับ การเตรียมความพร้อมจัดทีมเข้ารับผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งอุปกรณ์ที่ต้องช่วยเหลือเคลื่อนย้าย ปัญหาโรงพยาบาลไม่สามารถเข้าถึงบ้านผู้ป่วยได้เนื่องจากทางแคบ บางบ้านไม่มีทางเข้าต้องเดินเท้าลอด ใต้ถุนบ้านผู้อื่นเข้าไปรับผู้ป่วย ซึ่งการเข้ารับผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่บ้านต้องใช้อัตรากำลังในการยก เคลื่อนย้ายมากกว่า 1 คน แต่อัตรากำลังเจ้าหน้าที่เวรเปลนอกเวลาราชการ มีเพียง 1 คน จำเป็นต้องขอ ความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยมาช่วย ซึ่งเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยยังขาดทักษะ ในการยกเคลื่อนย้าย ในขณะที่เข้ารับบริการพบปัญหาการยืนยันตัวตน บางคนไม่เคยมีบัตรประชาชน บางคนมีบัตรประชาชนแต่ไม่ได้นำบัตรประชาชนติดตัวมา คนรู้จักหรือเพื่อนบ้านมักเรียกชื่อเล่น ไม่ทราบชื่อ นามสกุลจริง ไม่สามารถบอกอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุได้ บางครั้งการแจ้ง ประวัติอาการเจ็บป่วยไม่ตรงความเป็นจริง อีกทั้งตัวผู้ป่วยเองก็ไม่สามารถสื่อสารข้อมูลให้พยาบาลทราบ ได้บางคนมีภาวะจิตเวช บางคนสื่อสารไม่เข้าใจ จึงเป็นปัญหาในการคัดกรอง ชักประวัติ ในขณะที่พยาบาล วิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ที่มีอายุงาน น้อยกว่า 2 ปี มีปัญหาขาดประสบการณ์คัดแยกประเภท ผู้ป่วย คัดแยกประเภทผู้ป่วย ก่อให้เกิดการรักษาล่าช้า อีกทั้ง กรณีต้องส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น พยาบาลวิชาชีพยังขาดประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตขณะส่งต่อ และพบว่า เกิดการคัดแยกผิดพลาด คลาดเคลื่อนในผู้ป่วยสงสัย Stroke

“...บางทีคนที่มาบอกก็ไม่ให้รายละเอียด เตรียมของไปไม่ถูก บอกว่าไม่ได้เป็นอะไรมาเตรียมรถเข็นนั่งไปอย่างเดียว แต่พอไปถึงอาการร่อแร่ต้องกลับมาเตรียมของใหม่ ทำให้เข้าไปอีก สถานการณ์ไม่เหมือนกัน...”

“จ” เจ้าหน้าที่เวรเปล

“...ถ้าหากตอนไปรับเพราะเวรเปลฉุกเฉินอยู่คนเดียวตลอด คือ บางครั้งตามรปภ.บางคนก็ช่วยได้บ้างไม่ได้บ้างจะตามไปตลอดก็ได้...นอกเวลาแล้วเหมือนตัวคนเดียว ต้องยกคนเดียว...บางครั้งก็อาศัยพวกเด็กวัยรุ่นที่อยู่แถวนั้นบ้างถ้าเจอก็ดี ถ้าไม่เจอก็ลำบาก...ผมก็โชคดีที่... มาเห็นและช่วยกัน เพราะถ้าไม่ฉันผมคงยืนมองคนไข้ชักจนน้ำลายฟูมปากทำอะไรไม่ได้ ล่าสุดจนเราย้ายคนไข้ มาห้องฉุกเฉิน รปภ.ยังไม่มาเลย ถ้ามีการปรับปรุงตรงนี้นะดีมากแล้วครับ...ขอทีมเพิ่มแค่คนเดียวก็พอ... ที่ผมเจอก็เป็นอย่างนี้ตลอดเพราะผมออกไปรับบ่อย...รปภ.จะมีปัญหาไล่เลื่อนบ้าง ปวดหลังบ้างไม่ไหว...”

“ฉ” เจ้าหน้าที่เวรเปล

“...ผมว่าเสียเวลาของคนไข้ที่จะได้รับการรักษา บางครั้งก็เคยมีว่า บอกว่าเป็นเยาะ แต่ก็ไม่ได้เป็นเยาะ คนที่บอกอยากให้เราไปก็จะบอกว่าหนักไว้ก่อน...เค้าก็จะบอกว่าหนัก ไว้ก่อนแล้วให้เราไปขึ้นมา พอไปถึงปั๊บคนไข้ล้มเฉย ประมาณว่าพอเราเอารถนอนไปก็ลำบากกับคนไข้ เพราะเขาไม่ได้เป็นเยาะ...”

“ซ” เจ้าหน้าที่เวรเปล

“...อยู่คนเดียวไม่มีคนดูแล หรือมีคนดูแลแต่ไม่ค่อยสนใจ ใช้เพื่อนบ้านให้มาตามที ER ให้เราไปรับคนไข้ข้างในชุมชนฯ ว่าป่วยลูกไม่ไหว ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่มีแรงให้ไปช่วยยกมาหน่อยแต่ไม่บอกว่าคนไข้ตัวใหญ่ไหมพอไปเจอคนไข้ตัวใหญ่มาก การเคลื่อนย้ายก็ลำบาก...”

“ซ” เจ้าหน้าที่เวรเปล

“...บางที่อยู่ชั้น 3 คนตัวใหญ่การเคลื่อนย้ายก็จะลำบากมาก... บางทีก็เข้าบ้านไม่ถูก เตรียมอุปกรณ์ไปไม่ถูก...”

“ณ” เจ้าหน้าที่เวรเปล

“...พอไปถึงคือการเข้าไปรับคนไข้เหมือนเป็นช่องเล็กๆ ต้องมุดถึงจะเข้าไปในบ้านได้และต้องหามออกมา การเข้าไป 2 คนมันไม่ไหวจะไม่สามารถนำคนไข่ออกมาได้ เนื่องจากเคลื่อนย้ายไม่ไหว บ้านคนไข้ในชุมชนบางหลังเคลื่อนย้ายยากมากต้องยก...”

“ญ” เจ้าหน้าที่เวรเปล

“...คนมาตามก็ไม่ให้ข้อมูล...มาตามแล้วบอกชื่อเล่น ไม่บอกว่าบ้านอยู่ไหน...แล้วซื้รถออกไปเลย เรายังไม่ทันรู้ว่าคนไข้อยู่ตรงไหนผมว่าเวลาเราออกไป มีไปสัก 2 คนก็ยังดีกว่าคนเดียว...คนไข้ตัวใหญ่เรายกไม่ไหว หรือคนไข้ชักอยู่ก็ได้แต่ยืนมอง...ผมเคยเจอวันที่ฝนตกพอไปถึงเห็นคนไข้ก็ตกใจ เพราะเข็นมาไม่ได้ ต้องใช้เปลนอน...ต้องโทรแจ้งพยาบาลให้ขอรถฉุกเฉินรับคนไข้...โอ้โหกว่าเค้าจะมา...ญาติก็เยาะและกดดันด้วย...แล้วฝนก็ตกหนัก คนขับรถก็ยังไม่มา...ญาติก็กดดัน เราก็เลยกางร่มลุยฝนออกไปเลยครับ...”

“ญ” เจ้าหน้าที่เวรเปล

“...บางทีมาตามให้เข้าไปรับโดยให้ข้อมูลไม่ครบ...แค่บอกว่าเจ็บหนักแล้วเค้าก็ไป ไม่มีข้อมูลรายละเอียดอื่น เราไม่รู้ว่าอาการเป็นอย่างไร หนักแค่ไหน ต้องเตรียมคนเตรียมของหรืออุปกรณ์ ไปอย่างไร บางทีก็มาบอกแค่ชื่อเล่นแล้วเค้าก็ไป เราก็ไม่รู้ว่า เป็นใครอยู่แพลตฟอร์มที่ผ่านมาโชคดีที่มี เวรเปลเป็นคนในชุมชน เค้าจะรู้ว่าบ้านอยู่ไหน ตัวใหญ่ตัวเล็กเวลาเราจะไปรับก็หวั่งคนทางนี้ด้วย แล้วก็ความปลอดภัยเราก็น้องเป็นผู้หญิงต้องออกไปกับเวรเปล...แล้วในชุมชนเราก็มมีปัญหาเรื่อง...ด้วยแล้วก็อุปกรณ์ที่จะนำออกไป จะเหมาะกับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เค้าอยู่ไหม อีกอย่างก็ไม่รู้จุด Zone ผู้ป่วยว่ามันเป็นยังไง...และน้องส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงเข้าไปในชุมชนตอนมืดกับเวรเปลกลางคืนกลัวอันตราย...”

“ก” พยาบาลวิชาชีพ

“...ที่ตอนหนูมาแรกๆ ไปเยี่ยมบ้านเห็นสภาพบ้านที่ต้องมุดเข้าไป การใช้เปลยังลำบากเลยและคนไข้ก็ตัวใหญ่แล้วอยู่คนเดียว หรือคนที่อยู่ด้วยก็เป็น Leprosy ที่ช่วยเหลืออะไรเราไม่ได้...คือคนไข้ ส่วนใหญ่ก็จะอยู่คนเดียว ตอบอะไรก็ไม่ได้...การสื่อสารก็ลำบาก”

“ค” พยาบาลวิชาชีพ

“...สมมติว่าเราต้องไปรับของหนูที่เคยเจอแจ้งว่าเอารถนอนไปกับเวรเปล พอไปถึงคือการเข้าไปรับคนไข้เหมือนเป็นช่องเล็กๆ ต้องมุดถึงจะเข้าไปในบ้านได้และต้องหามออกมา การเข้าไป 2 คนมันไม่ไหวจะไม่สามารถนำคนไข่ออกมาได้ เนื่องจากเคลื่อนย้ายไม่ไหว บ้านคนไข้

ในชุมชนบางหลังเคลื่อนย้ายยากมาก...หนูเคยเข้าไปรับ 3 คน มี รปภ.คนนึงและเวรเปล แต่ก็เข้าใจว่า รปภ.เค้าอาจจะยกไม่เป็น บางทีเรากับเวรเปล 2 คน ก็ไม่ไหว...ส่วนปัญหาอีกอย่างก็คือมีคนพามาส่งพคนไข้มาไม่สามารถซักประวัติใครได้ คนที่มาส่งก็หายไปคนไข้ก็ให้ประวัติไม่ได้...”

“ข” พยาบาลวิชาชีพ

“...ของหนูเคยเข้าไปรับ...จะมีปัญหาเรื่องบาง Zone มีการต่อเติมบ้านจนรถเข้าไปไม่ถึง...บางเคสที่มีคนมาแจ้งอาการบอกไม่รู้สีกตัว คนที่ไปออกก็ต้องเตรียมออกซิเจนเตรียมอะไรเข้าไปแล้วไปถึงอาจจะไม่ได้ใช้ เปลืองทรัพยากร...”

“บ” พยาบาลวิชาชีพ

“...บางคนไม่เคยมีบัตรประชาชน บางคนก็ไม่นำบัตรมาด้วย คนมาแจ้งก็เรียกชื่อเล่น ไม่รู้ชื่อจริง...ไม่รู้ว่าอาการเป็นยังไง...แจ้งประวัติอาการเจ็บป่วยไม่ตรงความเป็นจริง...ผู้ป่วยก็สื่อสารไม่รู้เรื่อง...บัตรไม่ตรงกับชื่อ...มันลำบากใจมากเวลาเข้ามารับการรักษา... หนูเพิ่งมาทำงานไม่ถึง 2 ปี...บางทีก็ถูกหมอบ่นว่าคัดแยกไม่ถูก...เวลาส่งต่อก็ไม่มีประสบการณ์...”

“ง” พยาบาลวิชาชีพ

“...สำหรับผมบางทีเจอคนไข้ ซึมมาซักประวัติไม่ได้ ใส่ Tube ไปแบบงงๆ โดยไม่รู้ประวัติ...อยากให้มีคนรับผิดชอบให้หน่อยว่าใครมีอาการอย่างไร ประวัติอย่างไรเพราะว่าทุกที เวลาเรา ไม่รู้เรื่องเลยว่าใคร...เพราะเค้าชอบแจ้งแต่ชื่อเล่น...ข้อมูลในEMR ก็ไม่รู้เบอร์ญาติ ตามญาติไม่ได้ เวลา CPR ...บัตรก็ไม่มี บางทีก็ต้องถามจากเวรเปลแล้ว search ชื่อจาก EMR เา...”

“ป” พยาบาลวิชาชีพ

“...คัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้องในกลุ่มผู้ป่วยระดับที่ 2 โดยไม่นำ Danger zone vital signs มาคิด ทำให้การรักษาล่าช้า...”

“ผ” แพทย์

4.1.3 ความต้องการ ความพร้อม และความคาดหวัง ในการมีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

ผู้ปฏิบัติงานที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัยมีความคาดหวังและต้องการให้รูปแบบ ที่จะพัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ ด้วยการมีส่วนร่วมของพนักงานรักษาความปลอดภัย พนักงานขับรถ พยาบาลชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการประสานทีมเคลื่อนย้าย จัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับความพิการ สภาพแวดล้อมของบ้านผู้ป่วย และอาการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งทีมสนับสนุนและพยาบาลวิชาชีพ ให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตทั้ง การประเมินการเคลื่อนย้าย การส่งต่อโดยนาระบบการสื่อสารแบบอิเล็กทรอนิกส์เข้ามาใช้ รวมทั้งมีแนวทางคู่มือปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความพร้อมและยินดีร่วมพัฒนารูปแบบดังกล่าว

“...คาดหวังให้คัดแยกประเภทผู้ป่วยถูกต้อง...การส่งต่อมีประสิทธิภาพ...พร้อมที่จะช่วยพัฒนา...ขอให้มีความชัดเจน...ระบุตัวผู้ป่วยได้รวดเร็ว... มีคนให้ข้อมูลอาการที่ถูกต้อง...”

“ผ” แพทย์

“...รูปแบบที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ... มีพนักงานรักษาความปลอดภัย พนักงานขับรถช่วยเคลื่อนย้าย...พยาบาลชุมชน อสม. ผู้นำชุมชนช่วยในเรื่องการคัดกรอง ดูอาการเบื้องต้น แล้วประสานมาที่ ER ก่อนที่ผู้ป่วยจะแย่งลง...ที่สำคัญต้องจัดการเรื่องการมีบัตรประชาชน...แล้วพามาทุกครั้ง...มีสมุดประจำตัวของผู้ป่วย เรื่องโรคประจำตัว อาการเปลี่ยนแปลง การกินยา...แล้วอสม. ผู้นำชุมชนต้องช่วยเรื่องการระบุตำแหน่งบ้าน...อาการของผู้ป่วย จะได้เตรียมอุปกรณ์เคลื่อนย้าย...กำลังคนได้ถูก...”

“บ” พยาบาลวิชาชีพ

“...ผู้นำชุมชน ต้องแจ้งตำแหน่งบ้าน ลักษณะบ้านสภาพแวดล้อม ของบ้านผู้ป่วยที่จะเข้าไปรับ...ความพิการของผู้ป่วย... ทีมเคลื่อนย้ายต้องได้รับการฝึกฝน...พยาบาลก็ต้องพัฒนาให้มีทักษะ การประเมินผู้ป่วยวิกฤต และการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตด้วย...”

“ก” พยาบาลวิชาชีพ

“...เวลาคนไข้วิกฤตมาอยากให้มีการประชุมมาด้วยหรือ Update ไว้ใน EMR อยากให้มีคนในชุมชน คนมีอำนาจ หรือผู้นำในชุมชนช่วยรับผิดชอบตรงส่วนนี้ เพราะมันลำบากมากเวลา Refer...”

“ค” พยาบาลวิชาชีพ

“...คุยกับผู้นำชุมชน เพื่อสร้าง Model ที่สามารถวัดผลได้ และได้รับการยอมรับจากชุมชน ผลลัพธ์น่าจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังเข้าถึงบริการได้ ลดการเสียชีวิตที่บ้าน จึงควรมี Focal point...”

“ช” พยาบาลวิชาชีพ

“...การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย และช่องทางการสื่อสารมีการ ประสาน 3 ส่วน ER พยาบาลชุมชน ผู้นำชุมชน...”

“ฉ” เจ้าหน้าที่เวรเปล

“...มีเบอร์กลางให้เค้าติดต่อโดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีความรู้เรื่องการประเมินและส่งต่อข้อมูลให้ทาง ER เราจะได้มีการเตรียมข้อมูลและเตรียมออกไปรับได้ อย่างเหมาะสม...”

“บ” พยาบาลวิชาชีพ

“...เป็นรูปแบบที่ทำได้จริง...มีแนวทาง คู่มือปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร...พัฒนาความรู้ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเรื่องการให้ข้อมูลอาการคนไข้ฉุกเฉินวิกฤต และข้อมูลที่เป็นในการส่งต่อให้พยาบาล...พัฒนาศักยภาพพยาบาลให้มีทักษะ สามารถคัดแยกประเภทผู้ป่วย และส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตได้...”

“ง” พยาบาลวิชาชีพ

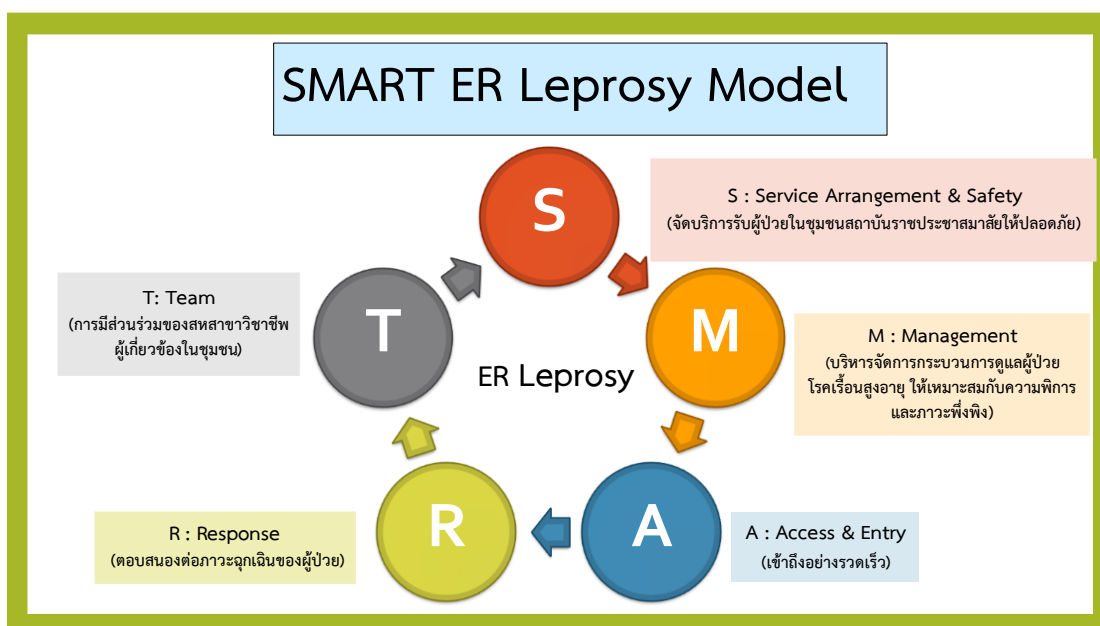
4.2 วิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปประเด็น ความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ผลการวิจัยในระยะที่ 1 ที่ศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัยที่เป็นอยู่ในปัจจุบันพบว่า สถาบันราชประชาสมาสัยยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตเป็นการเฉพาะเจาะจง ไม่มีแนวทาง คู่มือปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีปัญหาการเข้าถึงบริการการคัดกรองคลาดเคลื่อน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 2 ปีขาดประสบการณ์ในการส่งต่อส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือ เกิดการผิดพลาด คลาดเคลื่อนในการคัดกรองผู้ป่วย Stroke และพบว่า แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรสนับสนุน ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย มีความคาดหวังและต้องการให้รูปแบบที่จะพัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินที่มีความจำเพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ที่ปฏิบัติได้จริงตามบริบทของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยที่มีสภาพร่างกายที่พิการ ฟังฟัง ไม่มีผู้ดูแลมีปัญหาทางการสื่อสาร โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ครอบคลุมการจัดบริการรับผู้ป่วยเชิงรุก บริหารจัดการกระบวนการดูแลให้มีความจำเพาะเจาะจงเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ

4.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

จากการวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุสถาบันราชประชาสมาสัย ผู้วิจัยนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ค้นข้อมูลให้อาสาสมัครสหวิชาชีพ และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจำนวน 2 ครั้ง เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ตามบริบทของสถาบันราชประชาสมาสัย ผ่านการทดลองใช้ในระยะเวลาที่กำหนด สังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ สรุปผลปรับปรุงแก้ไขร่วมกันระหว่างนักวิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 2 รอบ เพื่อให้เกิดความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ผลการวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

4.3.1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ สถานบ้านราชประชาสมาสัย ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพและญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ คือ SMART ER Leprosy Model ภายใต้รูปแบบดังกล่าว มีคู่มือปฏิบัติงาน บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ โปสเตอร์ขั้นตอนการปฏิบัติงาน



แผนภาพที่ 4.1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ สถานบ้านราชประชาสมาสัย

S : Service Arrangement & Safety (จัดบริการรับผู้ป่วยในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ให้ปลอดภัย)

จัดเตรียมความพร้อมบริการ การออกมารับผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ให้มีความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ เหมาะสมกับบริบทของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย โดยการเพิ่มช่องทางการสื่อสาร ให้มีการประสานอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย (อสม.) เพื่อแจ้งขอความช่วยเหลือโดยแจ้งอาการเบื้องต้นให้ อสม. ประเมินอาการและสื่อสารให้หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ จัดทีมและอุปกรณ์เคลื่อนย้ายออกมารับผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อเข้ารับการรักษารวดเร็ว ปลอดภัย

M : Management (บริหารจัดการกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ ให้เหมาะสมกับความพิการและภาวะพึ่งพิง)

บริหารจัดการให้เกิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ในหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ให้มีความจำเพาะเจาะจงและเหมาะสมกับสภาพร่างกายพิการที่มีภาวะพึ่งพิง และไม่มีผู้ดูแล โดยยึดหลักเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุและมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ

A : Access & Entry (ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตสามารถเข้าถึงและเข้ารับบริการได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย)

ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตสามารถเข้าถึงและเข้ารับบริการได้อย่างปลอดภัยและรวดเร็ว โดยสามารถสื่อสารกับพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินได้ตลอดเวลา และมีทีมเคลื่อนย้ายที่ผ่านการอบรมมารับผู้ป่วยจากที่บ้านมายังหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

R : Response (ตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยอย่างมืออาชีพ)

การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตอย่างมืออาชีพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง

T: Team (การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และชุมชน)

การมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และสหสาขาวิชาชีพ รวมถึง พนักงานรักษาความปลอดภัย เจ้าหน้าที่เวรเปล พนักงานขับรถ พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานการพยาบาลชุมชน แพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนฯ และผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนและอาศัยอยู่ในชุมชนฯ

ER Leprosy Model (ER ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ)

หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตตามบริบทของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล

4.3.2 บทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบตามรูปแบบ ประกอบด้วย

1) พยาบาลวิชาชีพ

1.1) พยาบาลหัวหน้าเวร (In-charge) รับผิดชอบกำหนด/วางแผนปฏิบัติงาน การให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ในเวรรวมถึงเป็นผู้ประสานงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาทันต่อภาวะวิกฤต ประสานงานเรื่องการออกรับ/เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตจากชุมชน และประสานส่งต่อผู้ป่วย

1.2) พยาบาลปฏิบัติงาน (Med nurse) รับผิดชอบดูแลและให้การพยาบาลเบื้องต้น ให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้คำแนะนำต่างๆ กับผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ/ญาติ/ผู้ดูแล และออกมารับผู้ป่วยในชุมชนฯ ตามรูปแบบ SMART ER Leprosy Model

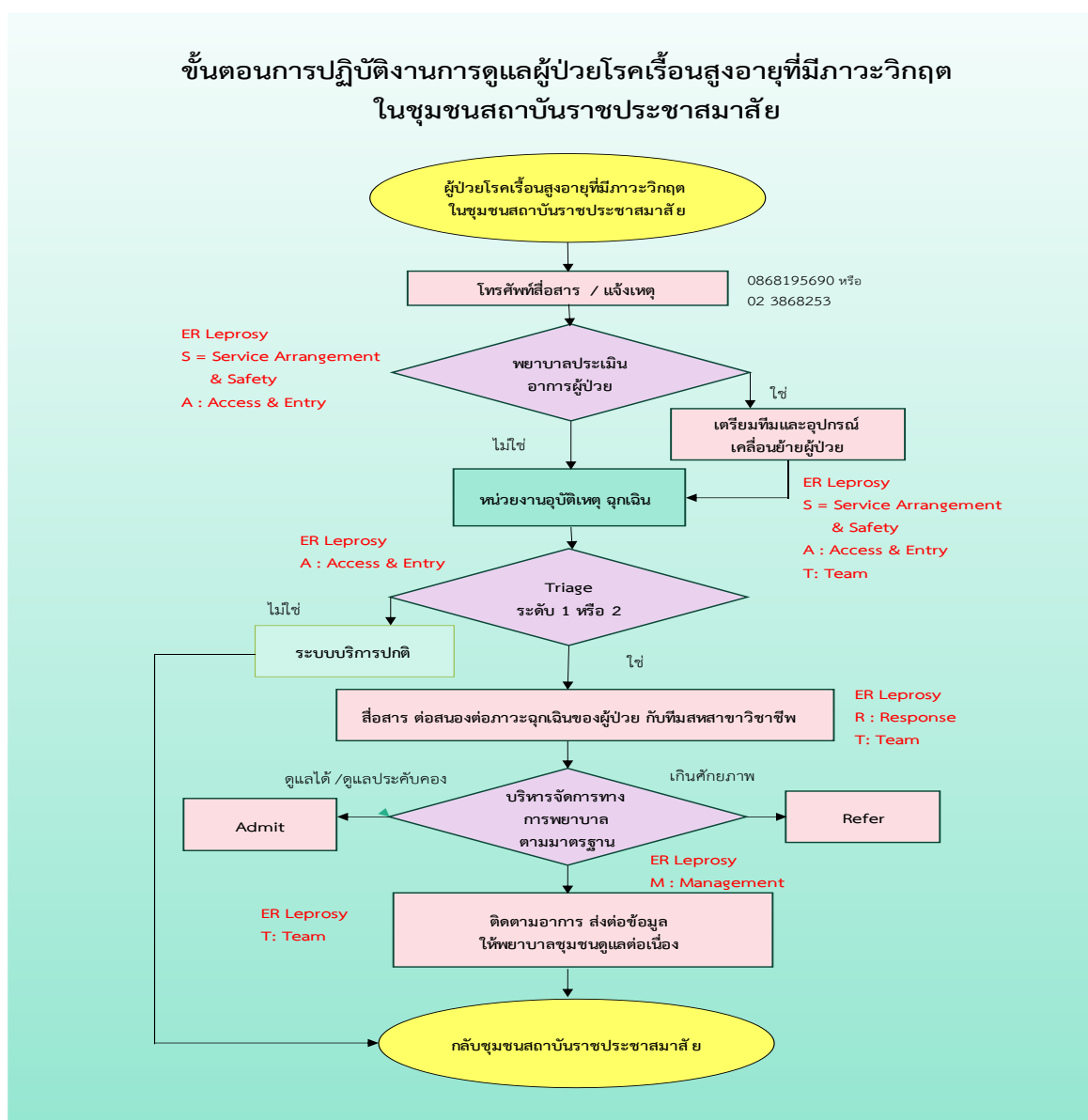
2) บุคลากรผู้เกี่ยวข้อง

2.1) พนักงานช่วยการพยาบาล (เจ้าหน้าที่เวรเปล) รับผิดชอบให้บริการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย พร้อมทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ถังออกซิเจน ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

2.2) พนักงานรักษาความปลอดภัย รับผิดชอบ ดูแลรักษาความปลอดภัยบริเวณพื้นที่หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ และให้ความช่วยเหลือในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

2.3) พนักงานขับรถ รับผิดชอบขับรถ รับผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุจากบ้านในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย มายังหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน กรณีที่พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินร้องขอ หรือส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเมื่อแพทย์พิจารณาส่งต่อ

4.3.3 ขั้นตอนการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ประกอบด้วย



แผนภาพที่ 4.2 ขั้นตอนการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต
ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

ขั้นตอนการปฏิบัติงานรับแจ้งเหตุประสานขอความช่วยเหลือ S : Service Arrangement & Safety)

กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยเจ็บป่วยฉุกเฉินให้ดำเนินการ ดังนี้

- 1) โทรศัพท์แจ้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย (คุณทัศนีย์ ศรีศิริ) ที่โทรศัพท์หมายเลข 086-8195690 หรือติดต่อหน่วยงาน 023868253 ต่อ 1065-1066
- 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ได้รับการประสานงาน ประเมินอาการเบื้องต้น โทรศัพท์แจ้งหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เพื่อขอทีมช่วยรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ นำส่งหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน
- 3) พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน รับแจ้งเหตุและคัดกรอง จัดระดับความเร่งด่วนกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต (ระดับ 1 และ 2) ประสานจัดทีมพร้อมรถ Ambulance เข้าช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต (ระดับ 3-5) มอบหมายเจ้าหน้าที่เวรแปลจัดอุปกรณ์ เช่น รถนั่ง รถนอนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ ออกรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย
- 4) พยาบาลวิชาชีพที่รับแจ้งเหตุมอบหมายเวรแปลจัดเตรียมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ เช่น รถเข็น (Wheel chair) เปลนอน (Stretcher) ตามลักษณะอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ
- 5) กรณีได้รับประสานขอความช่วยเหลือรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพช่วยดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในหน่วยงานมากกว่า 1 ราย พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวร โทรศัพท์แจ้งขอทีมสนับสนุน (Buddy) มาช่วยปฏิบัติงานเสริมในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

ขั้นตอนการประเมิน Triage ที่หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน (A : Access & Entry)

พยาบาลคัดกรอง (Triage nurse) ปฏิบัติหน้าที่ ณ จุดคัดกรองของหน่วยงาน ดังนี้

- 1) ประเมินอาการเบื้องต้นเพื่อคัดกรองผู้ป่วย (Primary assessment) อย่างรวดเร็ว ด้วยการรวบรวมข้อมูลที่สัมพันธ์กับอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลทันทีที่ผู้ป่วยมาถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการสำคัญที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย โดยใช้หลักการประเมิน ABCDVP ดังนี้
 - 1.1) A : Air way ประเมินการอุดกั้นทางเดินหายใจ โดยเฉพาะทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งอาจอุดกั้นบางส่วน หรืออุดกั้นทั้งหมด โดยสังเกตจากอาการต่อไปนี้
 - (1) อาการหายใจเร็ว หอบ มีสิ่งแปลกปลอมในปาก การกลืนลำบากอาหาร ลื่นติดอุดกั้นทางเดินหายใจ
 - (2) สีผิว ผู้ป่วยทางเดินหายใจอุดกั้นจะมีสีผิวเขียวคล้ำจากภาวะขาดออกซิเจน
 - (3) เสียง ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวสังเกตเสียงพูดว่าแหบหรือไม่ เสียงหายใจ ครืดคราด หรือเสียงผิดปกติต่าง ๆ

1.2) B : Breathing ประเมินการหายใจและการแลกเปลี่ยนออกซิเจนว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุหายใจปกติหรือไม่ โดยพิจารณาจากอัตราการหายใจว่าไม่อยู่ในภาวะอันตราย จังหวะการหายใจปกติ สม่ำเสมอ และการขยายตัวของทรวงอก ทั้งสองข้างเท่ากัน สังเกตการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ สังเกตและค้นหาอาการสำคัญที่มีผลต่อการหายใจ การบาดเจ็บอื่นๆ ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน บันทึกอัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ และความตื้นลึกของการหายใจ

1.3) C : Circulation and bleeding ประเมินการไหลเวียนโลหิต โดยสังเกตสีผิวผู้ป่วยที่มีการสูญเสียเลือด สารน้ำมาก อาจมีสีผิวซีด เย็น ชีพจรเบาเร็ว สังเกตอัตราและลักษณะการเต้นของชีพจร จังหวะการเต้นสม่ำเสมอหรือไม่ เบา แรงอย่างไร ค้นหาบริเวณที่เลือดออกและห้ามเลือด สังเกตอาการ อาการแสดงของภาวะช็อก และการเปลี่ยนสีของเล็บหลังถูกบีบหรือกด (Capillary refilling time) ซึ่งปกติสีเล็บควรกลับมาเป็นสีชมพูหรือแดงภายใน 2 วินาที และประเมินค่าความดันโลหิตอย่างรวดเร็ว

1.4) D : Disability ประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว โดยประเมินค่าคะแนน Glasgow Coma Score (GCS) ซึ่งพิจารณาปฏิกิริยาตอบสนองผู้ป่วยต่อการตรวจ ดังนี้

(1) การลืมตา (Eye opening) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ลืมตาได้เอง	4 คะแนน
ลืมตาเมื่อเรียก	3 คะแนน
ลืมตาเมื่อเจ็บ	2 คะแนน
ไม่ลืมตาต่อสิ่งกระตุ้นใด ๆ	1 คะแนน

(2) การเคลื่อนไหว (Motor response) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

สามารถเคลื่อนไหวตามคำสั่ง	6 คะแนน
ทราบตำแหน่งที่เจ็บ	5 คะแนน
ชักแขนขาหนีความเจ็บปวด	4 คะแนน
แขนงอผิดปกติ	3 คะแนน
แขนเหยียดผิดปกติ	2 คะแนน
ไม่มีการเคลื่อนไหว	1 คะแนน

(3) การพูดโต้ตอบ (Verbal response) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

พูดคุ้ยได้ ไม่สับสน	5 คะแนน
พูดได้เป็นประโยคแต่สับสน	4 คะแนน
พูดเป็นคำๆ	3 คะแนน
เปล่งเสียงไม่เป็นคำพูด คราง	2 คะแนน
ไม่ออกเสียง แม้กระตุ้นให้เจ็บ	1 คะแนน

1.5) V : Vital signs ประเมินว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุมีสัญญาณชีพที่บ่งบอกภาวะอันตราย (Danger zone vital signs) หรือไม่

1.6) P : Pain ประเมินว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุกำลังมีความทุกข์ทรมานหรือเจ็บปวดมากหรือไม่ โดยพิจารณาทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ สำหรับด้านร่างกายควรประเมินว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุมีอาการปวดในอวัยวะที่สำคัญหรือไม่ เช่น ปวดศีรษะหรือ ช่องท้อง โดยอาการปวดต้องมี

การแสดงออกทางลักษณะภายนอก เช่น สีหน้า ร้องไห้ เหงื่อแตก นอนบิตตัว เครื่องมือที่ประเมิน คือ ค่าคะแนนความเจ็บปวด(Pain score)

1.7) Facial expression scale เป็นเครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวด Pain scale เป็นการกำหนดตัวเลขแทนค่าความรุนแรงของความปวดโดยปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึง ไม่ปวดปลายอีกข้างแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด โดยประเมินเป็น ค่าคะแนนความเจ็บปวด (Pain score)

2) ชักประวัติ พยาบาลวิชาชีพซักประวัติความเจ็บป่วยทั้งจากผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่งถึงอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่มีอาการก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยา ประวัติโรคติดต่อ ประวัติการผ่าตัดและอื่นๆ ยาที่ใช้เป็นประจำ เป็นต้น แล้วจึงประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยว่าอยู่ในระดับใด โดยใช้อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเป็นหลักการซักประวัติเพิ่มเติมที่พบว่ามีความเสี่ยงสูง (High risk factor) ได้แก่ การซักประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับกลไกการบาดเจ็บ การซักประวัติเด็กที่มีอาการซึมลง การซักประวัติผู้ป่วยที่สงสัยอาการของภาวะหัวใจขาดเลือด การซักประวัติผู้ป่วยที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมอง

3) พยาบาลคัดกรองประเมินทรัพยากร (Resource) ในผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวดี และสัญญาณชีพของผู้ป่วย อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยพิจารณาแนวทางการใช้ทรัพยากรที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับ กิจกรรมการรักษาพยาบาลเพื่อใช้ในการจำแนกประเภทผู้ป่วยประเภทที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (Urgency) ที่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรมากกว่า 1 อย่างและ ประเภทที่ 4 ผู้ป่วยทั่วไป (Semi-Urgency) ที่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรไม่เกิน 1 อย่าง ในการประเมินอาการผู้ป่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจะมีการประเมินการใช้ทรัพยากร (Resource) สำหรับการจำแนกประเภทผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่ต้องใช้ ทรัพยากรมากกว่า 1 อย่าง จะจัดเป็นผู้ป่วยประเภทที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (Urgency) และผู้ป่วยที่ต้องใช้ทรัพยากร น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 อย่าง จะจัดเป็นผู้ป่วยประเภทที่ 4 ผู้ป่วยทั่วไป (Semi-Urgency)

ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน (M : Management, R : Response, T: Team, ER Leprosy Model)

การจัดการหลังจากคัดแยก ประกอบด้วยการประเมินอาการเบื้องต้น (Initial assessment) การตรวจวินิจฉัยและการรักษาเบื้องต้น ขั้นตอนนี้จะดำเนินการโดยพยาบาล และแพทย์ห้องฉุกเฉิน การตรวจวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่เข้ามาตรวจในห้องฉุกเฉิน ทีมแพทย์ต้องตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่ได้รับการคัดแยกให้เข้าตรวจในห้องฉุกเฉิน ด้วยความรวดเร็ว เพื่อแก้ไขอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุให้คงที่ตามมาตรฐานการตรวจรักษาผู้ป่วยแต่ละโรค เพื่อความถูกต้องแม่นยำและคุณภาพในการให้การตรวจรักษา ลดความรุนแรงของอาการและอัตราการตายที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งในการตรวจวินิจฉัยและการรักษาในห้องฉุกเฉิน ประกอบด้วย

1) การประเมินครั้งแรก (Initial assessment) ทีมแพทย์ และพยาบาลจะต้องมีการประเมิน Primary survey and resuscitation ชักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และตัดสินใจให้การรักษาทันที โดยมุ่งเน้นไปที่การจัดการเพื่อบรรเทาอาการที่คุกคามกับชีวิตของผู้ป่วย

โรคเรื้อนสูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานของร่างกาย และการตรวจวินิจฉัยในการเข้าสู่ระบบช่องทางด่วน ได้แก่ STEMI, Stroke, Sepsis, Trauma เป็นต้น

2) การประเมินซ้ำ (Re-assessment) ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่ได้รับการรักษาจัดการกับอาการเจ็บป่วยที่คุกคามกับชีวิตในช่วงแรกจนอาการคงที่แล้วต้องได้รับการประเมิน Secondary survey ตรวจร่างกายตามระบบ ติดตามอาการซ้ำเพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยไปในหน่วยที่มีความเหมาะสม เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเฉพาะจะได้รับการรักษาที่เฉพาะเจาะจง ส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มโรคเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ได้รับยาพ่นขยายหลอดลม (Inhaled anticholinergic agents) และหลังการบริหารยา Systemic corticosteroids ตามมาตรฐาน ต้องได้รับการประเมินซ้ำภายใน 15 นาที หลังการได้รับยาครั้งแรก หากอาการดีขึ้นเมื่อจำหน่ายกลับบ้านต้องได้รับคำแนะนำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการหอบหืดกำเริบ และผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีอาการปวดอย่างรุนแรงหรือปวดปานกลาง ต้องประเมินความปวดภายใน 120 นาที หลังได้รับยาแก้ปวดครั้งแรก กระบวนการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจภาพทางรังสี การตรวจพิเศษ การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จะได้รับการบริหารจัดการโดยพยาบาล ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการกำหนดความรวดเร็วและความถูกต้องของแต่ละขั้นตอน Through put หลังได้รับการตรวจรักษาแล้วผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุอาจได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน รับไว้ในโรงพยาบาลหรือหน่วยสังเกตอาการต่อไป

3) ระยะเวลาให้การพยาบาล ตามการตรวจวินิจฉัยและการรักษา เป็นการลงทะเบียนประวัติผู้ป่วยและการส่งต่อผู้ป่วยไปยังจุดบริการที่เหมาะสม (Disposition) ไม่ว่าจะเป็นการรับไว้เป็นผู้ป่วยในส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น หรือการจำหน่ายกลับบ้าน โดยต้องดำเนินการให้อยู่ในระยะเวลาที่เหมาะสม ระยะเวลาการอยู่ในห้องฉุกเฉิน (Length of stay in ED) 2-4 ชั่วโมง ระบบบริการห้องฉุกเฉินแบ่งเป็นการคัดแยก การฟื้นคืนชีพหรือจัดการแก้ไขภาวะฉุกเฉิน (Resuscitation) การวินิจฉัยและการรักษา (Diagnosis and treatment)

4) การจำหน่าย (Disposition) การตัดสินใจเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุออกจากห้องฉุกเฉิน การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์ห้องฉุกเฉิน หลังจากการรักษาภาวะคุกคามของชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุแล้วจนอาการคงที่ การย้ายหรือจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุก่อนออกจากห้องฉุกเฉิน เช่น การรับไว้นอนโรงพยาบาล (Admission) ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) การส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น (Referral) หรือการรับเข้าห้องสังเกตอาการ (Emergency Department Observation Units) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุได้รับการรักษาที่เหมาะสมตามอาการความเจ็บป่วย ลดการกลับมารักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยโรคเดิม ลดอัตราตายหรือความพิการ

ขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วย (M : Management, T: Team, ER Leprosy Model)

1) กรณีผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านทุกรายให้กับพยาบาลชุมชน เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน โดยผ่านทางระบบ EMR ของสถาบันฯ และแบบฟอร์มส่งต่อและตอบกลับ ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่อง (FO-NUR-CHN-002-REV01) และโทรศัพท์ในกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างเร่งด่วน

- 2) กรณีผู้ป่วย Admit พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ดำเนินการ Admit ตามแนวทางการปฏิบัติงาน
- 3) กรณีเกินศักยภาพต้องส่งต่อการรักษาโรงพยาบาลอื่นๆ ปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อ (Refer)
- 4) หลังดำเนินการเรียบร้อยแล้ว พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลชุมชนเพื่อให้ดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อไป

4.4 ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ สถาบันราชประชาสมาสัย

4.4.1 ผลการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมระหว่างทดลองรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ สถาบันราชประชาสมาสัย หลังการปรับปรุงครั้งที่ 2

ผู้วิจัย สังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ พบว่า พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ทั้ง 8 คน ปฏิบัติตาม SMART ER Leprosy Model ครบถ้วนทุกประเด็น ร้อยละ 100.0 กล่าวคือ มีการประเมินอาการผู้ป่วยฯ ประสานการรับผู้ป่วยเข้าสู่อุปกรณ์รักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ให้บริการรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต รวดเร็ว ปลอดภัย ประเมินอาการเพื่อคัดกรองผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ในหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ (Primary Assessment) จัดระดับความรุนแรงของภาวะการเจ็บป่วยตามมาตรฐานการจำแนกประเภทผู้ป่วยของหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะที่เป็นอันตรายหรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิต บันทึกข้อมูลที่สำคัญ จัดทีมเข้าไปดูแลผู้ป่วยฯ ตามสภาวะความเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม ให้บริการดูแลผู้ป่วยฯ ในหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ประเมินอาการโดยใช้หลัก Primary survey ประเมินอาการโดยใช้หลัก Secondary survey ประเมินอาการต่อเนื่อง (Ongoing Assessment) บันทึกผลการประเมินอาการและอาการแสดงที่สำคัญ วินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลตามความรุนแรงเร่งด่วน ให้การพยาบาลตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ บำบัดทางการพยาบาล (Nursing Therapeutic) เตรียมความพร้อมการส่งต่อ หรือ Admit ปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง บันทึกทางการพยาบาลอย่างครอบคลุม บันทึกการประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้การดูแลเปรียบเสมือนญาติ เช่น ติดตามเยี่ยมอาการหลังส่งต่อและรับกลับกรณีรักษาหาย ให้การดูแลแบบประคับประคองในกรณีที่ผู้ป่วยฯ มีหลักฐานแสดงเจตจำนงว่า ไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุข (Living Will) ส่งตัวแทน เจ้าหน้าที่หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนร่วมพิธีทางศาสนาเมื่อถึงแก่กรรมเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีญาติ ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ผลการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมโครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

กิจกรรมที่สังเกต	จำนวน = 8 ร้อยละ =100 ผลการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม	
	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ
1 S = Service Arrangement & Safety (จัดบริการรับผู้ป่วยในชุมชน)		
A = Access & Entry (เข้าถึงอย่างปลอดภัย)		
T = Team (การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ)		
1.1 ประเมินอาการผู้ป่วยฯ	0 (0.0)	8 (100.0)
1.2 ประสานการรับผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน	0 (0.0)	8 (100.0)
1.3 ให้บริการรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต รวดเร็ว ปลอดภัย	0 (0.0)	8 (100.0)
1.4 ประเมินอาการเพื่อคัดกรองผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน (Primary Assessment)	0 (0.0)	8 (100.0)
1.5 จัดระดับความรุนแรงของภาวะการเจ็บป่วยตามมาตรฐาน การจำแนกประเภทผู้ป่วยของหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน	0 (0.0)	8 (100.0)
1.6 ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะที่เป็นอันตราย หรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิต	0 (0.0)	8 (100.0)
1.7 บันทึกข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ อาการ อาการแสดงสำคัญ แรกเริ่ม ระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณทางระบบประสาท	0 (0.0)	8 (100.0)
2 M = Management (บริหารจัดการให้เหมาะสมกับความพิการและพึงพิง)		
A = Access & Entry (เข้าถึงอย่างปลอดภัย)		
R = Response (ตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยฯ)		
T = Team (การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ)		
2.1 จัดทีมเข้าไปดูแลผู้ป่วยฯ ตามสภาวะความเจ็บป่วย อย่างเหมาะสม	0 (0.0)	8 (100.0)
2.2 ให้บริการดูแลผู้ป่วยฯ ในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย	0 (0.0)	8 (100.0)
2.3 ประเมินอาการโดยใช้หลัก Primary survey	0 (0.0)	8 (100.0)
2.4 ประเมินอาการโดยใช้หลัก Secondary survey	0 (0.0)	8 (100.0)

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ผลการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ
ที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย (ต่อ)

จำนวน = 8 ร้อยละ = 100

กิจกรรมที่สังเกต	ผลการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม	
	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ
2.5 ประเมินอาการต่อเนื่อง (Ongoing Assessment) ฉุกเฉินมาก (Emergent) ทุก 10 นาที ฉุกเฉิน (Urgent) ทุก 30 นาที	0 (0.0)	8 (100.0)
2.8 บันทึกผลการประเมินอาการและอาการแสดงที่สำคัญ	0 (0.0)	8 (100.0)
2.9 วินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลตามความรุนแรง เร่งด่วน	0 (0.0)	8 (100.0)
2.10 ให้การพยาบาลตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ	0 (0.0)	8 (100.0)
2.11 บำบัดทางการพยาบาล (Nursing Therapeutic)	0 (0.0)	8 (100.0)
2.12 เตรียมความพร้อมการส่งต่อ หรือ Admit	0 (0.0)	8 (100.0)
2.13 ปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง	0 (0.0)	8 (100.0)
2.14 บันทึกทางการพยาบาลอย่างครอบคลุม	0 (0.0)	8 (100.0)
2.15 บันทึกการประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ ทางการพยาบาล	0 (0.0)	8 (100.0)
3. ER Leprosy Model = (Emergency Room Leprosy Patient)		
ER ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ		
3.1 ให้การดูแลเปรียบเสมือนญาติ เช่น ติดตามเยี่ยมอาการหลัง ส่งต่อ และรับกลับกรณีรักษาหาย	0 (0.0)	8 (100.0)
3.2 ให้การดูแลแบบประคับประคองในกรณีที่ผู้ป่วยฯ มีหลักฐานแสดงเจตจำนงว่า ไม่ประสงค์จะรับบริการ ทางสาธารณสุข (Living Will)	0 (0.0)	8 (100.0)
3.4 ส่งตัวแทน เจ้าหน้าที่หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ที่อาศัยอยู่ ในชุมชนร่วมพิธีทางศาสนาเมื่อถึงแก่กรรม เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีญาติ	0 (0.0)	8 (100.0)

4.4.2 ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

ผู้ประเมินการยอมรับและความพึงพอใจรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัยที่พัฒนาขึ้น ทั้งหมด 24 คน เป็นเพศชาย 16 คน ร้อยละ 66.7 เพศหญิง 8 คน ร้อยละ 33.3 สถานะเป็นพยาบาลวิชาชีพ 8 คน ร้อยละ 33.3 สหสาขาวิชาชีพ 3 คน ร้อยละ 12.5 บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 7 คน ร้อยละ 29.2 ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต จำนวน 6 คน ร้อยละ 25.0 (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ประเมินรูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน
สูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

N = 24 ร้อยละ = 100.0

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	66.7
หญิง	8	33.3
สถานะ		
พยาบาลวิชาชีพ	8	33.3
สหสาขาวิชาชีพ	3	12.5
บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง	7	29.2
ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต	6	25.0

2) การประเมินกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงาน อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ

2.1) ก่อนมีรูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ
ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า ยังไม่มีการปฏิบัติในประเด็นการเข้าถึงบริการ เรื่องการประสาน
การรับผู้ป่วยฯ เพื่อเข้าสู่การรักษา การเข้ารับผู้ป่วยฯ ในชุมชน สำหรับประเด็นอื่นๆ ได้แก่ การคัดแยกผู้ป่วย
โรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต การประเมินอาการผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตอย่างเป็นระบบ
และต่อเนื่อง การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล
และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง (ตารางที่ 4.3)

2.2) หลังมีรูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ
ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน มีการปฏิบัติถูกต้อง
ครบถ้วนตามมาตรฐานทุกคน ทุกประเด็น กล่าวคือการเข้าถึงบริการมีการประสานการรับผู้ป่วยฯ เพื่อเข้าสู่

การรักษา การเข้ารับผู้ป่วยในชุมชน การคัดแยกผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตถูกต้องครบถ้วน มีการประเมินอาการผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่องถูกต้องครบถ้วน และปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลถูกต้องครบถ้วน ตามมาตรฐานการพยาบาลอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ปรากฏดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 การประเมินกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ สถาบันราชประชาสมาสัย ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ

N = 8 ร้อยละ = 100.0

กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ สถาบันราชประชาสมาสัย		ก่อนมีรูปแบบฯ	หลังมีรูปแบบฯ
1 การเข้าถึงบริการ			
1.1	การประสานการรับผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่การรักษา	×	✓
1.2	การเข้ารับผู้ป่วยในชุมชน	×	✓
2 การคัดแยกผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต			
2.1	ประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต	±	✓
2.2	ประเมินอาการเพื่อคัดกรองผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ในหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ (Primary Assessment)	±	✓
2.3	จัดระดับความรุนแรงตามมาตรฐาน	±	✓
2.4	ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะที่เป็นอันตราย หรือ เสี่ยงต่อการเสียชีวิต	±	✓
2.5	บันทึกข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ - อาการ อาการแสดงสำคัญแรกพบ - ระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย - สัญญาณชีพ - ระดับความรู้สึกร่างกาย สัญญาณทางระบบประสาท	±	✓
3. การประเมินอาการผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง			
3.1	ประเมินอาการโดยใช้หลัก Primary survey	±	✓
3.2	ประเมินอาการโดยใช้หลัก Secondary survey	±	✓
3.3	ประเมินอาการต่อเนื่อง (Ongoing Assessment) - อุบัติเหตุมาก (Emergent) ทุก 10 นาที - อุบัติเหตุ (Urgent) ทุก 30 นาที	±	✓
3.4	บันทึกผลการประเมินอาการและอาการแสดงที่สำคัญ	±	✓

หมายเหตุ ✓ หมายถึง ปฏิบัติทุกคน ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนตามมาตรฐาน
 × หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ
 ± หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ตารางที่ 4.3 การประเมินกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต
หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัยก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ (ต่อ)

N = 8 ร้อยละ = 100.0

กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย		ก่อนมีรูปแบบฯ	หลังมีรูปแบบฯ
4.การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล			
4.1	วินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลตามความรุนแรง เร่งด่วน	±	✓
4.2	ให้การพยาบาลตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ	±	✓
4.3	บำบัดทางการพยาบาล (Nursing Therapeutic)	±	✓
4.4	กรณีส่งต่อ เตรียมความพร้อมการส่งต่อ	±	✓
4.5	ปฏิบัติทางการพยาบาล	±	✓
4.6	บันทึกทางการพยาบาล	±	✓
5.การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล			
5.1	ประเมินผลการตอบสนองการรักษาพยาบาล อย่างต่อเนื่อง	±	✓
5.2	การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวใน การตอบสนองการปฏิบัติการพยาบาล	±	✓
5.3	บันทึกการประเมินผลปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้น	±	✓
5.4	รายงานอาการผิดปกติ / เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง	±	✓

หมายเหตุ ✓ หมายถึง ปฏิบัติทุกคน ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนตามมาตรฐาน
× หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ
± หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง

3) ผลการประเมินการยอมรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์
เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ เจ้าหน้าที่เวรเปล พนักงานขับรถ พนักงานรักษาความปลอดภัย) และผู้รับบริการ
(ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หรือญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุในชุมชนสถาบัน
ราชประชาสมาสัย) ยอมรับต่อรูปแบบฯ อยู่ในระดับมากทุกประเด็น กล่าวคือ รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น
เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
($\bar{x}$ = 4.3750 , SD = .4945) การปฏิบัติตามรูปแบบฯ ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน ($\bar{x}$ = 4.3750, SD = .4945)

รูปแบบฯ มีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ($\bar{x}=4.3333, SD=.4815$) การยอมรับรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวม ($\bar{x}=4.4167, SD=.5036$) ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละ ผลการประเมินการยอมรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น
จำแนกรายข้อ

N = 24 ร้อยละ =100.0

ประเด็นการประเมิน	การยอมรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น							
	ระดับการยอมรับ					Mean	SD	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย โรคเรื้อนสูงอายุในชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	9 (37.5)	15 (62.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.3750	.4945	มาก
2. การปฏิบัติตามรูปแบบฯ ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน	9 (37.5)	15 (62.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.3750	.4945	มาก
3. รูปแบบฯ มีความครอบคลุม ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ ที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่ง จำหน่าย	8 (33.3)	16 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.3333	.4815	มาก
4. การยอมรับรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวม	10 (41.7)	14 (58.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.4167	.5036	มาก

4) ผลการประเมินความพึงพอใจรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ เจ้าหน้าที่เวรเปล พนักงานขับรถ พนักงานรักษาความปลอดภัย) และผู้รับบริการ (ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หรือญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย) พึงพอใจต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ในประเด็นความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.5417, SD=.5089$) สำหรับประเด็นอื่นๆ มีความพึงพอใจในระดับมาก ได้แก่ ความพึงพอใจในการประสาน การรับผู้ป่วยที่บ้านเพื่อรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ

ตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ($\bar{x}=4.4583$, $SD=.5089$) ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการ พยาบาลตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ($\bar{x}=4.4167$, $SD=.5036$) ความพึงพอใจโดยภาพรวม ($\bar{x}=4.5000$, $SD=.5107$) ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ ผลการประเมินความพึงพอใจรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น
จำแนกรายข้อ

N = 24 ร้อยละ =100.0

ประเด็นการประเมิน	การยอมรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น					Mean	SD	แปลผล
	ระดับความพึงพอใจ							
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. ความพึงพอใจในการประสาน การรับผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อรักษา ที่หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน ตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น	11 (45.8)	13 (54.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.4583	.5089	มาก
2. ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการ พยาบาลตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น	10 (41.7)	14 (58.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.4167	.5036	มาก
3. ความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ทาง การพยาบาลตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น	13 (54.2)	11 (45.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.5417	.5089	มากที่สุด
4. ความพึงพอใจโดยภาพรวม	12 (50.0)	12 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.5000	.5107	มาก

5) ผลการประเมินการยอมรับรวมและพึงพอใจรวมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินการยอมรับรวมและความพึงพอใจรวมต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ เจ้าหน้าที่เวรเปล พนักงานขับรถ พนักงานรักษาความปลอดภัย และผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต/ญาติ/ผู้ดูแล ยอมรับรวม ($\bar{x}=4.3333$, $SD=.4815$) และพึงพอใจรวม ($\bar{x}=4.4167$, $SD=.5036$) ต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ในระดับมาก ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การยอมรับรวม และความพึงพอใจรวม
ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ ที่มีภาวะวิกฤตหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ
สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น

N = 24 ร้อยละ = 100.0

ประเด็นการประเมิน	รวมการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ ที่มีภาวะวิกฤตหน่วยงาน อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น							
	ระดับ					Mean	SD	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. การยอมรับรวม	16 (66.7)	8 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.3333	.4815	มาก
2. ความพึงพอใจรวม	14 (58.3)	10 (41.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.4167	.5036	มาก

6) ผลลัพธ์การพยาบาลที่เกิดจากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ ที่มีภาวะวิกฤตหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น

ผลการเก็บรวบรวมตัวชี้วัดสำคัญจากหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบฯ ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุฉุกเฉินวิกฤตในชุมชนยังไม่ได้รับการคัดกรองในชุมชนโดยพยาบาลวิชาชีพ มีอุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาดในผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุฉุกเฉินวิกฤตยังไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่บ้านภายใน 8 นาที แต่อย่างไรก็ตามไม่พบอุบัติการณ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุเสียชีวิตในห้องฉุกเฉินที่สามารถป้องกันได้ หลังพัฒนารูปแบบฯ ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุฉุกเฉินวิกฤตในชุมชนได้รับการคัดกรองในชุมชนฯ โดยพยาบาลวิชาชีพภายใน 4 นาที ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่บ้านภายใน 8 นาที ร้อยละ 100 ไม่เกิดอุบัติการณ์คัดกรองผิดพลาด และไม่เสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน (ตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7 ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา รูปแบบฯ (2566)	หลังพัฒนา รูปแบบฯ (2567)	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
1.ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุฉุกเฉินวิกฤต ในชุมชนได้รับการคัดกรองภายใน 4 นาที โดยพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 100	0	100	ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุฉุกเฉิน วิกฤตในชุมชนได้รับการ คัดกรองภายใน 4 นาที โดย พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 100
2.อุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาดใน ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะ วิกฤต = 0	3	0	ไม่เกิดอุบัติการณ์คัดกรอง ผิดพลาดในผู้ป่วยโรคเรื้อน สูงอายุที่มีภาวะวิกฤต
3.ร้อยละผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุฉุกเฉิน วิกฤตได้รับการดูแลช่วยเหลือภายใน 8 นาที = ร้อยละ 100	0	100	ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุฉุกเฉิน วิกฤตได้รับการดูแลช่วยเหลือ ภายใน 8 นาที ร้อยละ 100
4.อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ เสียชีวิตในห้องฉุกเฉินที่สามารถ ป้องกันได้ = 0	0	0	ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุไม่ เสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

จากผลการวิจัยในบทที่ 4 ที่กล่าวมาแล้ว สามารถสรุปผลการวิจัยจากข้อค้นพบ ได้ดังนี้

1) สภาพปัจจุบัน และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุกฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม พบว่า สถาบันราชประชาสมาสัย ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตเป็นการเฉพาะเจาะจง ไม่มีแนวทาง คู่มือปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีปัญหาการเข้าถึงบริการ การคัดกรองคลาตเคลื่อน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 2 ปี ขาดประสบการณ์ในการส่งต่อ ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลคือเกิดการผิดพลาด คลาตเคลื่อนในการคัดกรองผู้ป่วย Stroke และพบว่า แพทย์พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรสนับสนุน ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย มีความคาดหวังและต้องการให้รูปแบบที่จะพัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบหน่วยงานอุบัติเหตุ อุกฉินที่มีความจำเพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ที่ปฏิบัติได้จริงตามบริบทของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ที่มีสภาพร่างกายที่พิการ ฟังฟังไม่มีผู้ดูแลมีปัญหาทางการสื่อสาร โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ครอบคลุมการจัดบริการรับผู้ป่วยเชิงรุก บริหารจัดการกระบวนการดูแลให้มีความจำเพาะเจาะจงเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ

2) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ อุกฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่สามารถปฏิบัติได้ตามบริบทของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย คือ SMART ER Leprosy Model มีรายละเอียด ดังนี้

S : Service Arrangement & Safety (จัดบริการรับผู้ป่วยในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ให้ปลอดภัย) จัดเตรียมความพร้อมบริการ การออกมารับผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ให้มีความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ เหมาะสมกับบริบทของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย โดยการเพิ่มช่องทางการสื่อสาร ให้มีการประสาน อสม.ที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย เพื่อแจ้งขอความช่วยเหลือ โดยแจ้งอาการเบื้องต้นให้อสม.ประเมินอาการและสื่อสารให้หน่วยงานอุบัติเหตุ อุกฉิน จัดทีมและอุปกรณ์เคลื่อนย้ายออกมารับผู้ป่วยจากบ้าน เพื่อเข้ารับการรักษารวดเร็ว ปลอดภัย

M : Management (บริหารจัดการกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุให้เหมาะสมกับความพิการและภาวะฟังฟัง) เป็นการบริหารจัดการให้เกิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตในหน่วยงานอุบัติเหตุ อุกฉิน ให้มีความจำเพาะเจาะจงและเหมาะสมกับสภาพร่างกายพิการที่มีภาวะฟังฟังและไม่มีผู้ดูแล โดยยึดหลักเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ อุกฉิน

A : Access & Entry (ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตสามารถเข้าถึงและเข้ารับบริการได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย) ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตสามารถเข้าถึงและเข้ารับบริการได้อย่างปลอดภัยและรวดเร็ว โดยสามารถสื่อสารกับพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินได้ตลอดเวลา และมีที่เคลื่อนย้ายที่ผ่านการอบรมรองรับผู้ป่วยจากที่บ้านมายังหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

R : Response (ตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยอย่างมีอาชีพ) การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต อย่างมีอาชีพเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง

T: Team (การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องและชุมชน) การมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และสหสาขาวิชาชีพ รวมถึง พนักงานรักษาความปลอดภัย เจ้าหน้าที่เวรเปล พนักงานขับรถ พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานการพยาบาลชุมชน แพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนฯ ที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนและอาศัยอยู่ในชุมชนฯ

ER Leprosy Model (ER ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ) หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย มีบริบทที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะวิกฤตไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

3) ผลการประเมินการยอมรับรวมและพึงพอใจรวมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่เวรเปล พนักงานรักษาความปลอดภัย นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค พนักงานขับรถ และผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยฯ/ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ยอมรับรวม ($\bar{x}=4.3333$, $SD=.4815$) และพึงพอใจรวม ($\bar{x}=4.4167$, $SD=.5036$) ต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ในระดับมาก

4) ผลลัพธ์การพยาบาลที่เกิดจากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น พบว่า หลังจากการนำรูปแบบ SMART ER Leprosy Model ไปใช้ ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตในชุมชนได้รับการคัดกรองโดยพยาบาลวิชาชีพภายใน 4 นาที ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่บ้านภายใน 8 นาที ร้อยละ 100.0 ไม่เกิดอุบัติเหตุ การคัดกรองผิดพลาด และไม่เสียชีวิตในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้

5.2 อภิปรายผล

ข้อสรุปผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยนำเสนอประเด็นที่น่าสนใจ สมควรหยิบยกขึ้นมาอภิปรายผล ดังนี้

1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่สามารถปฏิบัติได้จริง คือ SMART ER Leprosy Model ประกอบด้วย S : Service Arrangement & Safety (จัดบริการรับผู้ป่วยในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยให้ปลอดภัย)

M : Management (บริหารจัดการกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุให้เหมาะสม กับความพิการ และภาวะพึ่งพิง) A : Access & Entry (เข้าถึงอย่างรวดเร็วและปลอดภัย) R : Response (ตอบสนอง ต่อภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตอย่างมืออาชีพร) T: Team (การมีส่วนร่วม ของสหสาขาวิชาชีพ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และชุมชน) ER Leprosy (ER ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สูงอายุ) ทั้งนี้เพราะบริบทของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุมีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรค มีความพิการ พึ่งพิง พักอาศัยอยู่ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย บางรายไม่มีผู้ดูแล การจัดบริการจำเป็นต้องมีการจัดบริการ เพื่อช่วยให้เข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วและปลอดภัย เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การจัดบริการ ต้องคำนึงถึงข้อจำกัดความแตกต่างของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุแต่ละคน โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ บุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งในสถาบันราชประชาสมาสัยและชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยเข้ามามีส่วนร่วม เป็นการดูแลตั้งแต่ก่อนรับเข้าบริการจนกระทั่งหลังจำหน่ายออกจากหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพยังต้องดูแลติดตามอาการหลังส่งต่อรักษาโรงพยาบาลอื่นและประสานรับกลับมาอนพัก ในหอผู้ป่วยในสถาบันราชประชาสมาสัย หรือกลับชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

มีการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยสูงอายุที่แสดงเจตจำนงไม่สงครับบริการทางสาธารณสุข สอดคล้องกับ กฎหมายพร ทิพย์กาญจนเลขา (2566) ที่กล่าวว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มาใช้บริการห้องฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) การคัดกรองผู้ป่วย (Triage) ซึ่งการคัดกรองที่แนะนำให้ใช้คือ Emergency Severity Index (ESI) triage เพราะเป็นระบบคัดกรองอันเดียวที่พบว่ามีความถูกต้องเมื่อมาใช้กับผู้สูงอายุ 2) การประเมินทางคลินิก (Clinical evaluation) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมาด้วยปัญหาทางคลินิกที่ซับซ้อนมากกว่า ใช้เวลาวินิจฉัยนานกว่า ใช้ทรัพยากรมากกว่าและต้องใช้เวลาสังเกตอาการนานกว่า เพื่อลดอัตราการนอนและลดความเสี่ยง ที่เกิดจากการนอนโรงพยาบาล ซึ่งการประเมินต้องประเมินอย่างครอบคลุม (Comprehensive Geriatric Assessment) ทั้งสุขภาพกาย ได้แก่ ปัญหาโรคเรื้อรัง ประเมินการเดิน การมองเห็น การได้ยิน การกิน การนอน การขับถ่าย ยาและโภชนาการ และประเมินภาวะจิตใจทั้ง Delirium, Dementia และ Depression รวมทั้งติดตามอาการที่โรงพยาบาลหรือการไปเยี่ยมบ้านหรือทางติดตามอาการทางโทรศัพท์ และสอดคล้องกับ ศิริอร สิ้นธุ (2565) กล่าวว่า หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินให้การรักษายาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในทุกสาขาโรคตลอด 24 ชั่วโมง ประเมินอาการและให้การช่วยเหลือผู้ป่วย อย่างถูกต้องทันท่วงที ลดภาวะแทรกซ้อน ที่อาจคุกคามต่อชีวิตมีการให้บริการเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะการคัดแยกผู้ป่วย (Triage) การนำผู้ป่วยไปห้องตรวจ (Room placement) การประเมินเบื้องต้น (Initial provider evaluation) การคัดแยก (Triage) เป็นการคัดแยกตามความรุนแรงของการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย เพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษา (Priority of care) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการคัดแยกผู้ป่วยต่ำกว่าความเป็นจริง (Under-triage) และระดับความรุนแรง ของผู้ป่วยมากกว่าความเป็นจริง (Over-Triage) ทำให้เกิด ความไม่เหมาะสมในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ อย่างจำกัด จึงจำเป็นต้องมีระบบคัดแยกขึ้นเพื่อแบ่งระดับความรุนแรง ความเร่งด่วน ที่ต้องได้รับการรักษา 2) การจัดการหลังจากคัดแยกเป็นการประเมินอาการเบื้องต้น (Initial assessment) การตรวจวินิจฉัย และการรักษาเบื้องต้น ด้วยความรวดเร็ว เพื่อแก้ไขอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยให้คงที่ ตามมาตรฐานการตรวจรักษาผู้ป่วยแต่ละโรค เพื่อความถูกต้องแม่นยำและคุณภาพในการให้การตรวจรักษา ลดความรุนแรงของอาการ และอัตราการตาย ที่อาจเกิดขึ้น 3) ระยะการให้การพยาบาล ตามการตรวจวินิจฉัย

และการรักษาเป็นการลงทะเบียนประวัติผู้ป่วยและการส่งต่อผู้ป่วยไปยังจุดบริการที่เหมาะสม (Disposition) ไม่ว่าจะเป็นการรับไว้เป็นผู้ป่วยในส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น หรือการจำหน่ายกลับบ้าน โดยต้องดำเนินการให้อยู่ในระยะเวลาที่เหมาะสมระยะเวลาการอยู่ในห้องฉุกเฉิน (Length of stay in ED) 2-4 ชั่วโมง ระบบบริการห้องฉุกเฉินแบ่งเป็นการคัดแยก การฟื้นคืนชีพหรือจัดการแก้ไขภาวะฉุกเฉิน (Resuscitation) การวินิจฉัยและการรักษา (Diagnosis and treatment) 4) การจำหน่าย (Disposition) การย้ายหรือจำหน่ายผู้ป่วยก่อนออกจากห้องฉุกเฉิน เช่น การรับไว้นอนโรงพยาบาล (Admission) ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) การส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น (referral) หรือการรับเข้าห้องสังเกตอาการ (Emergency Department Observation Units) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ตามอาการความเจ็บป่วย ลดการกลับมารักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยโรคเดิม ลดอัตราการตายหรือความพิการ พยาบาลวิชาชีพต้องมีความเข้าใจในการตัดสินใจที่จะรับผู้ป่วยรักษาต่อในโรงพยาบาล การส่งต่อหรือการจำหน่าย เพราะจะส่งผลถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ จันทิตรา วงศ์ชาติ (2566) ที่ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลายระบบโรงพยาบาลนาโยง จังหวัดอุดรธานี พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลายระบบ โรงพยาบาลนาโยง จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 1) ประเมินสภาพและปัญหาการพยาบาลฉุกเฉินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ 2) พัฒนารูปแบบการพยาบาลฉุกเฉินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ นำไปทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล 3) สรุปผลจัดทำรูปแบบและนำไปใช้การปฏิบัติตามรูปแบบ คือ การดูแล Pre-hospital การดูแล In-hospital และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

SMART ER Leprosy Model ดังกล่าว สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยที่ S : Service Arrangement & Safety (จัดบริการรับผู้ป่วยในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยให้ปลอดภัย) และ A : Access & Entry (เข้าถึงอย่างรวดเร็วและปลอดภัย) T: Team (การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และชุมชน) เป็นการตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Nursing therapeutic in emergency medical service) คือ การคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ (Triage) โดยการรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยและการประเมินอาการสำคัญเพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพถูกต้องรวดเร็วการปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วยบาดเจ็บของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ อย่างทันที่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ระหว่างการนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่รับการดูแลต่อเนื่อง M : Management (บริหารจัดการกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุให้เหมาะสมกับความพิการและภาวะพึ่งพิง) เป็นการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Nursing therapeutic in emergency department) ประกอบด้วย การคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ การจัดบริการรับผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย เข้าถึงอย่างรวดเร็วและปลอดภัย ตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตอย่างมีอาชีพด้วยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้และจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล วินิจฉัยและวางแผนให้การช่วยเหลือในภาวะวิกฤตที่เป็นอันตราย ประเมินอาการผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาลเป็นการประเมิน

การตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต วางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่องตามมาตรฐานที่เหมาะสม และให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ระหว่างการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ A : Access & Entry (เข้าถึงอย่างรวดเร็วและปลอดภัย) เป็นการคัดกรองผู้ป่วย (Triage) ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างรวดเร็วประเมินอาการเจ็บป่วยสำคัญของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตที่มารับบริการ ณ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกรายและสัมพันธ์กับอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ทันทิที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตมาถึงโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการสำคัญที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต วิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ และจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาลตามสภาพปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต แต่ละราย R : Response (ตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตอย่างมืออาชีพ) T: Team (การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ บุคลากรที่เกี่ยวข้องและชุมชน) ER Leprosy (ER ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ) เป็นการวางแผนและให้การดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย พัฒนาขึ้นให้การช่วยเหลือ ประเมินเพิ่มเติม และประเมินซ้ำเป็นระยะอย่างต่อเนื่องตามความเหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วย ทุก 10-15 นาที หรือ ทุก 30 นาที ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ให้การบำบัดทางการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ และส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต กรณีส่งต่อประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงซ้ำ ถ้าอาการเลวลงจะต้องแก้ไขตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติในการดูแลเฉพาะโรค/กลุ่มอาการรวมถึงการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล (สำนักการพยาบาล,2551)

การขับเคลื่อนการดำเนินการตามรูปแบบฯ โดยพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและสหสาขาวิชาชีพ บุคลากรที่เกี่ยวข้องของสถาบันฯ และญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุในชุมชน มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม โดยอำนวยความสะดวก จัดบริการเฉพาะเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตตามบริบทเชิงสังคมวัฒนธรรม ร่างกายและจิตใจ มีการติดตามความก้าวหน้าและการปรับเปลี่ยนตามสภาวะของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตแต่ละราย แสดงให้เห็นว่า SMART ER Leprosy Model สามารถนำมาปฏิบัติได้จริงในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ตามบริบทของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ที่อาศัยอยู่ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ซึ่งภายใต้ SMART ER Leprosy Model มีคู่มือปฏิบัติงาน รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษรให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมล ปสนิตย์ (2564) ศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติทางพยาบาลในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องทางเร่งด่วน (Trauma Fast Track) งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีผลต่อผลลัพธ์งานบริการทำให้การระบุดีความรุนแรงของการบาดเจ็บมีความถูกต้องเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาวดี สุทธิอาจ สุบรรณ อาจสมัย (2566) ที่พัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี พบว่า ได้แนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตเป็นรูปแบบแนวปฏิบัติที่มีขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยที่ครอบคลุม ทั้งหมด 3 ระยะ คือ การดูแลก่อนการส่งต่อ การดูแลระหว่างส่งต่อการจัดการหลังส่งต่อ หลังการพัฒนาแนวทาง

ปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตครบทุกกระบวนการ สอดคล้องกับ สุรภา ขุนทองแก้ว (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดราชบุรี มีข้อเสนอแนะว่าควรให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลด้านการรับรู้กับผู้ที่มิโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งความพร้อมของการให้บริการฉุกเฉิน ทั้งทางด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและเจ้าหน้าที่บริการ สอดคล้องกับ พรทิพย์ วชิรดิลลและคณะ(2566) ศึกษาการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้รวดเร็วและเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับมยุรา สุทธิจันทน์ (2567) ศึกษาเรื่องการให้การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ณ จุดเกิดเหตุ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า การปฏิบัติพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ณ จุดเกิดเหตุ มีความเหมาะสมจะส่งผลต่อความปลอดภัยขณะนำส่งสถานพยาบาล

2) ผลการประเมินรูปแบบ SMART ER Leprosy Model พบว่า ผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่เวรเปล พนักงานรักษาความปลอดภัย นักเทคนิคการแพทย์ นักร้องสีการแพทย์ พนักงานขับรถ และผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วย/ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ยอมรับรวม ($\bar{x}$ = 4.3333, SD = .4815) และพึงพอใจรวม ($\bar{x}$ = 4.4167, SD = .5036) ต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก ทั้งนี้เพราะ SMART ER Leprosy Model ได้พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สหสาขาวิชาชีพ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต เป็นไปตามแนวคิดการมีส่วนร่วม (Cohen, J.M., & Uphoff, N.T.;1981) ซึ่งการพัฒนารูปแบบ SMART ER Leprosy Model ตามกระบวนการวิจัยเกิดจากผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่เวรเปล พนักงานรักษาความปลอดภัย นักเทคนิคการแพทย์ นักร้องสีการแพทย์ พนักงานขับรถ) และผู้รับบริการ (ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย) ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัยร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ ที่มีภาวะวิกฤตหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ร่วมทดลองใช้ปรับปรุงรูปแบบ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ทั้ง 4 ระยะของการวิจัย ได้แก่ ระยะที่ 1 โดยผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อนำไปสู่ระยะที่ 2 ตัดสินใจ (Decision Making) ร่างรูปแบบ ปฏิบัติงานแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้นและตัดสินใจนำรูปแบบ SMART ER Leprosy Model มาใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สำหรับผู้รับบริการ (ผู้ป่วย/ญาติ/หรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้รูปแบบในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้มีส่วนร่วมในการดำเนินการตามรูปแบบ SMART ER Leprosy Model และระยะที่ 3 มีส่วนร่วมทดลองใช้รวมทั้งปรับปรุงแก้ไข ให้รูปแบบฯ มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ทดลองใช้รูปแบบตามระยะเวลาที่กำหนดหลังจากนั้นเป็นการประเมินผลระยะที่ 4 มีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) รูปแบบฯ และรับผลประโยชน์ (Benefits) ทั้งนี้รูปแบบฯ ดังกล่าว เป็นรูปแบบที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุค่อนข้างเกรงใจและขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการฉุกเฉิน จากการที่มีคู่มือปฏิบัติงานทำให้พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สามารถปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตด้วยความมั่นใจ

ผู้ป่วยปลอดภัย ผู้รับบริการคือผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยและญาติหรือผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นว่าหากมีอาการเจ็บป่วยวิกฤต ไม่ว่าจะมีความผิดปกติ หรือไม่มีผิดปกติ สามารถเข้าถึงบริการหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินรวดเร็ว ปลอดภัย โดยมีทีมพยาบาล เจ้าหน้าที่เวรเปล พนักงานขับรถรับที่บ้านในชุมชนตลอด 24 ชั่วโมง จึงเกิดการยอมรับรวมและพึงพอใจรูปแบบฯ ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรอนงค์ น้อยเจริญและคณะ (2565) ที่ศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลครบวงจรสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า ผลลัพธ์ความพึงพอใจและยอมรับต่อระบบบริการพยาบาลครบวงจรของพยาบาลวิชาชีพ สหสาขาวิชาชีพ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจและยอมรับระบบฯ ในระดับมากทุกข้อ สอดคล้องกับ วรวิทย์ ขาวทอง อัจฉรา สุคนธรรพ์ สุภารัตน์ วังศรีคุณ (2562) ศึกษาประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สอดคล้องกับ จันทิรา วงศ์ชาติ (2566) ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลายระบบโรงพยาบาลน่ายง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ระดับความพึงพอใจรวมต่อการมีและใช้รูปแบบการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินในระดับสูง สอดคล้องกับ นิตยา สินธุ์ภูมิ (2566) ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าบุคลากรและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตมีความพึงพอใจ

3) ผลลัพธ์การพยาบาลที่เกิดจากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัยที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุฉุกเฉินวิกฤตในชุมชนได้รับการคัดกรองในชุมชนโดยพยาบาลวิชาชีพภายใน 4 นาที ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่บ้านภายใน 8 นาที ร้อยละ 100 ไม่เกิดอุบัติเหตุการคัดกรองผิดพลาด และไม่เสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน สอดคล้องกับ จันทิรา วงศ์ชาติ (2566) ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉินหลายระบบโรงพยาบาลน่ายง จังหวัดอุดรธานี พบว่า หลังพัฒนาและใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลายระบบมีผลต่อผลลัพธ์งานบริการดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนา ทำให้เพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยทันเวลาและปลอดภัยต่อผู้ป่วย ไม่สอดคล้องกับ กัลยารัตน์ หล้าธรรม ชัจจณณ์ แพรชาว (2560) ที่ทำการศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภท ผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า คุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินพยาบาลคัดแยกถูกต้อง ร้อยละ 67.50 คัดแยกไม่ถูกต้อง ร้อยละ 32.50 โดยคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์และต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 28.40 และ 4.10 และไม่สอดคล้องกับ ชลลดา ทอนเสาร์ และคณะ (2562) ศึกษาการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พบว่า การคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ร้อยละ 53.2 โดยคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ และต่ำกว่า เกณฑ์ ร้อยละ 33.0 และ 20.2 ตามลำดับ

5.3 ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด ด้านระยะเวลาการวิจัยเพียง 6 เดือน ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตจำนวนน้อย การวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลอาจไม่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในชุมชน

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยครั้งนี้

ความสำเร็จของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงาน อุบัติเหตุ อุกเหิน สถาบันราชประชาสมาสัย เกิดจากการมีส่วนร่วมในการร่วมวิเคราะห์ กำหนดรูปแบบ ทดลองใช้ และติดตามประเมินผลรูปแบบ ของพยาบาลวิชาชีพ สหสาขาวิชาชีพ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยฯ/ญาติผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ดังนั้น สถาบันราชประชาสมาสัย ควรนำรูปแบบฯ ที่ได้จากการวิจัย (SMART ER Leprosy Model) ไปปรับใช้ หรือพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาวิจัยประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงาน อุบัติเหตุ อุกเหิน สถาบันราชประชาสมาสัย (SMART ER Leprosy Model) ในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง Two Groups Pretest-Posttest Control เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองคือผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการ บริการตามรูปแบบ SMARTER Leprosy Model กลุ่มควบคุมคือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการแบบปกติ

2) ควรศึกษาทดลองใช้คู่มือปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงาน อุบัติเหตุ อุกเหิน สถาบันราชประชาสมาสัย (SMART ER Leprosy Model) ซึ่งเป็นผลผลิต ที่ได้จากรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อยืนยันประสิทธิภาพว่าสามารถ ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนได้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). MOPH ED. Triage. พิมพ์ครั้งที่ 2. สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2566 จาก <https://pubhtml5.com/qgyz/sbfb/basic/>.
- กรมอนามัย. (2566). โครงการเฝ้าระวังและพัฒนาสารสนเทศสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2566. สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2566 จาก <https://docanamai.moph.go.th/index.php?r=str-project/view&id=6238>
- กฤษฎา สวมชัยภูมิและคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน. วารสารสภาการพยาบาล ปีที่ 34 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2562
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเลขา. (2566). การดูแลผู้สูงอายุ ในภาวะฉุกเฉิน. สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2566 จาก <http://www.bcn.ac.th/infomation/Files/Attachfilef>
- กัลยารัตน์ หล้าธรรม, ชัจฉณณ์ แพรขาว.(2560) การศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ. สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2566 จาก <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/60/nigrc2017/pdf/MMP27.pdf>
- ขวัญหล้า ไชยเมือง. (2566). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลายระบบ โรงพยาบาลห้วยเก้ง จังหวัดอุดรธานี. สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2566 จาก <https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=MTlx>
- จักรพงษ์ ปิติโชคโกคินทร์ และคณะ. (2562). การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2562.
- จันทิรา วงศ์ชาลี. (2566). ผลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลายระบบ โรงพยาบาลนาเยีย จังหวัดอุดรธานี. โรงพยาบาลนาเยีย จังหวัดอุดรธานี ; 2566.
- จิราภรณ์ ศรีอ่อน. (2565). ภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่3. นนทบุรี: พี.เอ.อีฟวิง; 2564.
- นวลทิพย์ ธีระเดชากุล. (2564). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินระดับ 3 (Urgent) ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ . ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน พ.ศ.2564
- ชลลดา ทอนเสาร์ และคณะ. (2563). การศึกษาการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่7. สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2566 จาก http://journal.nmc.ac.th/th/admin/Journal/2563Vol12No1_109.pdf
- นันทิยา รัตนสกุล. (2559). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิตในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 : พฤษภาคม-สิงหาคม 2559 สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2566 จาก <https://i01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/issue/view/5394>
- นิตยา สิ้นธุ์ภูมิ.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ในโรงพยาบาล อาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยคริสเตียน. ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ.2566.

- เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติ๊ก, กาญจนา ตั้งชลทิพย์. (2552). **การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ : การจัดการข้อมูลการตีความและการหาความหมาย**. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). **การวิจัยเบื้องต้น**. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น
- ประสิทธิ์ ลิระพันธ์.(2567).**การวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ : แนวคิดและกระบวนการปฏิบัติการการวิจัยปฏิบัติการ**.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เจริญดีมั่นคงการพิมพ์ ; 2567.
- ปรานต์พินตา นาสูงชน และคณะ. (2565). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มารับบริการ ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลกุมภวาปี**.วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2565.
- พรทิพย์ วชิรดิolkและคณะ.(2559).**การคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในประเทศไทย**.วารสาร สภาการพยาบาล.2559; 2 :.96-108.
- พิมล ปัสนิตย์.(2564).**การพัฒนาแนวปฏิบัติทางพยาบาลในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุของทางเร่งด่วน (Trauma FastTrack) งานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี**.วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา.2564;3 : 30-39.
- แพรวา ธาตุเพชร และคณะ. (2564). **การสอนความรู้เกี่ยวกับเวชศาสตร์ฉุกเฉินผู้สูงอายุในแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินในประเทศไทย**. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน พ.ศ.2564.
- ไพโรจน์ เครือกาญจนา และคณะ. (2566). **ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Care)**. สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2566 จาก <http://training.dms.moph.go.th/rtcd/storage/app/uploads/public/59b/9e7/9c3/59b9e79c3482c145822366.pdf>
- ภัทรรัช เทศนอม. (2561). **การพัฒนาแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตโรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี**. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ.2561.
- ทิพย์วดี วุฒิพันธ์. (2565). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลอุดรธานี**. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม) พ.ศ.2565.
- รักษันรินทร์ แก้วมีศรี และคณะ. (2560). **การพัฒนาแบบการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท**. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.นนทบุรี:
- วรวิทย์ ขาวทอง อัจฉรา สุคนธรรพ สุภารัตน์ วังศรีคุณ.(2562). **ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน**.พยาบาลสภามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีที่ 46 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) พ.ศ.2562.

- ศิริณี ศรีหาภาคและคณะ. (2561). รูปแบบการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น. สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2566 จาก https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/256110260909027265_goMJwi9pDCaW7Ay4.pdf.
- ศิริอร สีนุ. (2565). สารหลักการพยาบาลฉุกเฉิน (Principle and practice in emergency nursing). พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พัฒนาการพิมพ์.
- ศิริอร สีนุ. (2565). ช่องทางด่วนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Fast Track emergency care). พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พัฒนาการพิมพ์.
- ศิริอร สีนุ. (2565). การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตระหว่างสถานพยาบาล (Interfacility transfer For critical and emergency patient). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วิบูลย์.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2565). สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน (ระดับโลกและประเทศไทย). สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2566 จาก https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/414764_20220208161448.pdf
- สถาบันราชประชาสมาสัย. (2565). สถิติผู้รับบริการหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน.ระบบเวชระเบียน อิเลคทรอนิกส์ (Electronic Medical Record : EMR).
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2565). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2566 จาก <https://backend.ha.or.th/fileupload/DOCUMENT/00148/77c77e3f-ed2f-41a9-90d4-22164a69a871.pdf>
- สำนักงานพยาบาล. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุรภา ขุนทองแก้ว.(2562). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดราชบุรี.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.2562;1 : 30-41.
- อรอนงค์ น้อยเจริญและคณะ. (2565). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลครบวงจรสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันราชประชาสมาสัย. วารสารคณะพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา.ปีที่ 30 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม - กันยายน 2565.
- Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1981). **Rural Development Participation: Concept and Measure For Project Design Implementation and Evaluation:** Rural Development Committee Center for international Studies. New York: Cornell University Press. Dutch Journal of Educational Research 1981; 2: 49-60.
- Denzin, N. “Strategies of Multiple Triangulation,” In *The Research Act in Sociology : A Theoretical Introduction to Sociological Method*. (1970). New York: McGraw-Hill, 297-313 p.

Rovinelli, R. J., Hambleton, R.K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Dutch Journal of Educational Research, 2, 49-60.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

ลำดับ	ชื่อ สกุล	ตำแหน่ง	ความเชี่ยวชาญ
1	นางสาวนฤมล ใจอารีย์	หัวหน้างานอุบัติเหตุ อุทธรณ์ โรงพยาบาลบางจาก อำเภอบางปะ ประดง จังหวัดสมุทรปราการ	ด้านการพยาบาลอุบัติเหตุ อุทธรณ์
2	นางจกมล ศรีไธ	หัวหน้างานอุบัติเหตุ อุทธรณ์ โรงพยาบาลบางปะ อำเภอบางปะ จังหวัดสมุทรปราการ	ด้านการพยาบาลอุบัติเหตุ อุทธรณ์
3	นางสาวจกมลณี แก้วเมือง	หัวหน้างานอุบัติเหตุ อุทธรณ์ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยา นนท์ อำเภอบางปะสมุทรเจดีย์ จังหวัด สมุทรปราการ	ด้านการพยาบาลอุบัติเหตุ อุทธรณ์

ภาคผนวก ข
ผลการวิเคราะห์ IOC

แบบแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ที่มีต่อประเมินด้านการยอมรับและพึงพอใจ
โครงการวิจัย “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต
หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย”

ผลการประเมินประเมินด้านการยอมรับและพึงพอใจโครงการวิจัย“การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย
โรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย”

รายการ	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			ΣR	IOC
	1	2	3		
ด้านการยอมรับ					
รูปแบบที่พัฒนาขึ้น เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วย โรคเรื้อนสูงอายุในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	+1	+1	0	2	0.66
การปฏิบัติตามรูปแบบฯ ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน	+1	+1	+1	3	1
รูปแบบฯ มีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย	+1	+1	+1	3	1
การยอมรับรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวม	+1	+1	0	2	0.66
ค่าเฉลี่ย IOC					.8300
ด้านความพึงพอใจ					
ความพึงพอใจในการประสานการรับผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น	+1	+1	0	2	0.66
ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น	+1	+1	0	3	1
ความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น	+1	+1	0	3	1
ความพึงพอใจในรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวม	+1	+1	0	3	1
ค่าเฉลี่ย IOC					.9150



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
วันที่อนุมัติ 19 ม.ค 2567 ๕

FREQUENCIES VARIABLES=VAR00001 VAR00002
 /STATISTICS=STDDEV MEAN
 /ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

[DataSet0]

Statistics

		IOC ขอมرائب	IOC ฟังพอใจ
N	Valid	4	4
	Missing	0	0
Mean		.8300	.9150
Std. Deviation		.19630	.17000

Frequency Table

IOC ขอมرائب

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.66	2	50.0	50.0	50.0
	1.00	2	50.0	50.0	100.0
Total		4	100.0	100.0	

IOC ฟังพอใจ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.66	1	25.0	25.0	25.0
	1.00	3	75.0	75.0	100.0
Total		4	100.0	100.0	



แบบแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
ที่มีต่อแบบประเมินด้านการยอมรับและพึงพอใจโครงการวิจัย
เรื่อง “การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต
หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย”

ชื่อผู้เชี่ยวชาญ นางสาวณมล ใจอารีย์

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาว่า ข้อคำถามที่กำหนดไว้สอดคล้อง ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านพร้อมเขียนข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการนำไปพิจารณาปรับปรุงต่อไป

เกณฑ์การประเมินความสอดคล้อง (Index of consistency : IOC) ของผู้เชี่ยวชาญ มีดังนี้

ให้คะแนนเท่ากับ + 1	หมายถึง	เหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
ให้คะแนนเท่ากับ 0	หมายถึง	ไม่แน่ใจว่า ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
ให้คะแนนเท่ากับ - 1	หมายถึง	ไม่สอดคล้อง ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลักวิจัย

เพื่อพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

ลำดับ	เนื้อหา	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+ 1	0	-1	
ด้านการยอมรับ					
1	รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น สามารถคัดแยก ผู้ป่วยโรคเรื้อน สูงอายุในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยที่มีอาการ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้อย่างเหมาะสม	✓			
2	การปฏิบัติตามรูปแบบฯ ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน	✓			
3	รูปแบบฯ มีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน สูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย	✓			
4	การยอมรับรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวม	✓			

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
 สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
 วันที่อนุมัติ **19 ม.ค 2567** ๕

ลำดับ	เนื้อหา	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+ 1	0	-1	
ด้านความพึงพอใจ					
1	ความพึงพอใจในการประสานการรับผู้ป่วยที่บ้านเพื่อรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น	✓			
2	ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น	✓			
3	ความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น	✓			
4	ความพึงพอใจในรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวม	✓			

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
วันที่ อนุมัติ 19 มี.ค. 2567 ๕

แบบแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
ที่มีต่อแบบประเมินด้านการยอมรับและพึงพอใจโครงการวิจัย
เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต
หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย”

ชื่อผู้เชี่ยวชาญ นางสาวจกมล ศรีไล่

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาว่า ข้อคำถามที่กำหนดไว้สอดคล้อง ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านพร้อมเขียนข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการนำไปพิจารณาปรับปรุงต่อไป

เกณฑ์การประเมินความสอดคล้อง (Index of consistency : IOC) ของผู้เชี่ยวชาญ มีดังนี้

ให้คะแนนเท่ากับ + 1	หมายถึง	เหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
ให้คะแนนเท่ากับ 0	หมายถึง	ไม่แน่ใจว่า ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
ให้คะแนนเท่ากับ - 1	หมายถึง	ไม่สอดคล้อง ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลักวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

ลำดับ	เนื้อหา	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+ 1	0	-1	
ด้านการยอมรับ					
1	รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น สามารถคัดแยก ผู้ป่วยโรคเรื้อน สูงอายุในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยที่มีอาการ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้อย่างเหมาะสม	✓			
2	การปฏิบัติตามรูปแบบฯ ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน	✓			
3	รูปแบบฯ มีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน สูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย	✓			
4	การยอมรับรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวม	✓			

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
 สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
 วันที่อนุมัติ 19 ส.ค 2567 ๕

ลำดับ	เนื้อหา	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+ 1	0	-1	
ด้านความพึงพอใจ					
1	ความพึงพอใจในการประสานการรับผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น	✓			
2	ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น	✓			
3	ความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น	✓			
4	ความพึงพอใจในรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวม	✓			

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
วันที่อนุมัติ 19 ส.ค. 2567 ๕

แบบแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
ที่มีต่อแบบประเมินด้านการยอมรับและพึงพอใจโครงการวิจัย
เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต
หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย”

ชื่อผู้เชี่ยวชาญ นางสาวจกกลณี แก้วเมือง

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาว่า ข้อคำถามที่กำหนดไว้สอดคล้อง ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านพร้อมเขียนข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการนำไปพิจารณาปรับปรุงต่อไป

เกณฑ์การประเมินความสอดคล้อง (Index of consistency : IOC) ของผู้เชี่ยวชาญ มีดังนี้

ให้คะแนนเท่ากับ + 1	หมายถึง	เหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
ให้คะแนนเท่ากับ 0	หมายถึง	ไม่แน่ใจว่า ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
ให้คะแนนเท่ากับ - 1	หมายถึง	ไม่สอดคล้อง ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลักวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

ลำดับ	เนื้อหา	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+ 1	0	-1	
ด้านการยอมรับ					
1	รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น สามารถคัดแยก ผู้ป่วยโรคเรื้อน สูงอายุในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยที่มีอาการ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้อย่างเหมาะสม		✓		
2	การปฏิบัติตามรูปแบบฯ ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน	✓			
3	รูปแบบฯ มีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน สูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย	✓			
4	การยอมรับรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวม	✓			

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
 สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
 วันที่อนุมัติ 19 ม.ค 2567 ๕

ลำดับ	เนื้อหา	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+ 1	0	-1	
ด้านความพึงพอใจ					
1.	ความพึงพอใจในการประสานการรับผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติภัย ตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น	✓			
2	ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น	✓			
3	ความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น	✓			
4	ความพึงพอใจในรูปแบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวม	✓			

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
วันที่ อนุมัติ 19 ส.ค 2567 ๕

ภาคผนวก ค
เครื่องมือวิจัย

ประเด็นสัมภาษณ์เชิงลึก

โครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงาน
อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย”

วัตถุประสงค์ เพื่อเข้าใจปัญหาพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต
หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

- (1) สภาพปัญหาของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนที่มีภาวะวิกฤต ในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน
เป็นอย่างไร
- (2) มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงาน
อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย
- (3) สิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงาน
อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย คืออะไร
- (4) ท่านจะมีส่วนร่วมพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ
ที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัยหรือไม่ อย่างไร
- (5) ท่านมีความคาดหวังต่อโครงการวิจัยอย่างไร



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
วันที่ อนุมัติ 19 ส.ค 2567 ๕

ประเด็นสนทนากลุ่ม

โครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงาน
อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย”

วัตถุประสงค์ เพื่อเข้าใจปัญหาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต
หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

- (1) สภาพปัญหาของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต ในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน
เป็นอย่างไร
- (2) มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงาน
อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย
- (3) สิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงาน
อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย คืออะไร
- (4) ท่านมีความต้องการ ความพร้อม ในการมีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ
ที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัยหรือไม่ อย่างไร
- (5) ท่านมีความคาดหวังต่อโครงการวิจัยอย่างไร



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
วันที่อนุมัติ 19 ส.ค 2567 ๕

โครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงาน
อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย”

แบบสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม

กิจกรรมที่สังเกต	ผลการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม	
	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ
1 S= Service Arrangement & Safety (จัดบริการรับผู้ป่วยในชุมชน) A = Access & Entry (เข้าถึงอย่างปลอดภัย) T = Team(การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ)		
1.1 ประเมินอาการผู้ป่วยฯ		
1.2 ประสานการรับผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน		
1.3 ให้บริการรับผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต รวดเร็ว ปลอดภัย		
1.4 ประเมินอาการเพื่อคัดกรองผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Primary Assessment)		
1.5 จัดระดับความรุนแรงของภาวะการเจ็บป่วยตามมาตรฐานการจำแนกประเภทผู้ป่วยของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน		
1.6 ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะที่เป็นอันตราย หรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิต		
1.7 บันทึกข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ อาการ อาการแสดงสำคัญ แรกเริ่ม ระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณทางระบบประสาท		
2 M = Management (บริหารจัดการให้เหมาะสมกับความพิการและฟังฟัง) A = Access & Entry (เข้าถึงอย่างปลอดภัย) R = Response (ตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยฯ) T = Team (การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ)		
2.1 จัดทีมเข้าไปดูแลผู้ป่วยฯ ตามสถานะความเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม		
2.2 ให้บริการดูแลผู้ป่วยฯ ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย		
2.3 ประเมินอาการโดยใช้หลัก Primary survey		
2.4 ประเมินอาการโดยใช้หลัก Secondary survey		



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
วันที่อนุมัติ..... 19 ส.ค. 2567 ๕

กิจกรรมที่สังเกต	ผลการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม	
	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ
2.5 ประเมินอาการต่อเนื่อง (Ongoing Assessment) ฉุกเฉินมาก (Emergent) ทุก 10 นาที ฉุกเฉิน (Urgent) ทุก 30 นาที		
2.8 บันทึกผลการประเมินอาการและอาการแสดงที่สำคัญ		
2.9 วินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลตามความรุนแรง เร่งด่วน		
2.10 ให้การพยาบาลตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ		
2.11 บำบัดทางการพยาบาล (Nursing Therapeutic)		
2.12 เตรียมความพร้อมการส่งต่อ หรือ Admit		
2.13 ปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง		
2.14 บันทึกทางการพยาบาลอย่างครอบคลุม		
2.15 บันทึกการประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ ทางการพยาบาล		
3. ER Leprosy Model = (Emergency Room Leprosy Patient) ER ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ		
3.1 ให้การดูแลเปรียบเสมือนญาติ เช่น ติดตามเยี่ยมอาการหลัง ส่งต่อ และรับกลับกรณีรักษาหาย		
3.2 ให้การดูแลแบบประคับประคองในกรณีที่ผู้ป่วย มีหลักฐานแสดงเจตจำนงว่า ไม่ประสงค์จะรับบริการ ทางสาธารณสุข (Living Will)		
3.4 ส่งตัวแทน เจ้าหน้าที่หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ที่อาศัยอยู่ ในชุมชนร่วมพิธีทางศาสนาเมื่อถึงแก่กรรม เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีญาติ		



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
วันที่อนุมัติ 19 ส.ค 2567 ๕

โครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงาน
อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย”

แบบตรวจสอบความครบถ้วนของการดำเนินการตามรูปแบบ

กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย		ก่อนมีรูปแบบฯ	หลังมีรูปแบบฯ
1 การเข้าถึงบริการ			
1.1	การประสานการรับผู้ป่วยฯเพื่อเข้าสู่การรักษา		
1.2	การเข้ารับผู้ป่วยฯในชุมชน		
2 การคัดแยกผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต			
2.1	ประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต		
2.2	ประเมินอาการเพื่อคัดกรองผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน (Primary Assessment)		
2.3	จัดระดับความรุนแรงตามมาตรฐาน		
2.4	ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะที่เป็นอันตราย หรือ เสี่ยงต่อการเสียชีวิต		
2.5	บันทึกข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ - อาการ อาการแสดงสำคัญแรกพบ - ระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย - สัญญาณชีพ - ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณทางระบบประสาท		
3. การประเมินอาการผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง			
3.1	ประเมินอาการโดยใช้หลัก Primary survey		
3.2	ประเมินอาการโดยใช้หลัก Secondary survey		
3.3	ประเมินอาการต่อเนื่อง (Ongoing Assessment) - ฉุกเฉินมาก (Emergent) ทุก 10 นาที - ฉุกเฉิน (Urgent) ทุก 30 นาที		
3.4	บันทึกผลการประเมินอาการและอาการแสดงที่สำคัญ		

หมายเหตุ √ หมายถึง ปฏิบัติทุกคน ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนตามมาตรฐาน
× หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ
± หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
วันที่อนุมัติ 19 ส.ค 2567 ๕

โครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงาน
อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย”

แบบคัดลอกข้อมูล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนพัฒนารูปแบบฯ (2566)	หลังพัฒนารูปแบบฯ (2567)
1.ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุฉุกเฉินวิกฤต ในชุมชนได้รับการคัดกรองภายใน 4 นาที โดยพยาบาลวิชาชีพ	ร้อยละ 100		
2.อุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาดใน ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะ วิกฤต	0		
3.ร้อยละผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ ฉุกเฉินวิกฤตได้รับการดูแล ช่วยเหลือภายใน 8 นาที	ร้อยละ 100		
4.อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ เสียชีวิตในห้องฉุกเฉินที่สามารถ ป้องกันได้	0		



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
วันที่อนุมัติ 19 ส.ค. 2567 ๕

แบบประเมินด้านการยอมรับและพึงพอใจโครงการวิจัย
เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต
หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย”

คำชี้แจง แบบประเมินฉบับนี้ มี 2 ส่วน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หรือเติมข้อความ ลง
ในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

☐¹ พยาบาลวิชาชีพ ☐² สหสาขาวิชาชีพ ☐³ญาติผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ระดับการยอมรับ และระดับระดับความพึงพอใจรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ
ที่มีภาวะวิกฤตหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น

การยอมรับ						
ที่	ประเด็นคำถาม	ระดับการยอมรับ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน					
2	การปฏิบัติตามรูปแบบฯ ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน					
3	รูปแบบฯ มีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย					
4	การยอมรับรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวม					

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
วันที่อนุมัติ 19 ส.ค. 2567 ๕

ความพึงพอใจ						
ที่	ประเด็นคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ความพึงพอใจในการประสานการรับผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติภัย ตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น					
2	ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น					
3	ความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น					
4	ความพึงพอใจในรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวม					

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
วันที่ อนุมัติ. 19 ส.ค 2567 ๕

ภาคผนวก ง
เอกสารมอบหมายงาน

เอกสารมอบหมายงาน
โครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอายุที่มีภาวะวิกฤต
หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย

หัวข้อ	บทบาทหน้าที่ในงานวิจัย
1.	ออกแบบการวิจัย
2.	ติดต่อประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ
3.	บริหารจัดการโครงการวิจัยให้แล้วเสร็จตามกำหนดเวลา
4.	ชี้แจง กระบวนการลงนามยินยอมอาสาสมัคร
5.	สัมภาษณ์เชิงลึก
6.	สนทนากลุ่ม
7.	ถอดเทป
8.	คืนข้อมูลเข้าใจปัญหา
9.	ประชุมเชิงปฏิบัติการร่างรูปแบบฯ ปรับปรุงรูปแบบฯ
10.	สร้างคู่มือ
11.	สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม
12.	เก็บรวบรวมข้อมูลการยอมรับ ฟังพอใจ
13.	คัดลอกข้อมูล ประเมินผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด
14.	วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ
15.	ตรวจสอบข้อมูลสามเส้า และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
16.	วิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปข้อมูล
17.	เขียนรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

ลำดับ	ชื่อ สกุล	บทบาทหน้าที่	การปฏิบัติงาน		ลงชื่อ		
			วันเริ่ม	วันสิ้นสุด	ผู้รับมอบ	ผู้มอบ	หมายเหตุ
1	นางสาวรพีพร เพ็งจันทร์	1-3, 5-17	20 ม.ค.67	18 ก.ค.67	<i>รพีพร</i>	<i>รพีพร</i>	
2	นางจิราภา ดวงวงษ์	6,9	20 ม.ค.67	20 ก.พ.67	<i>จิราภา</i>	<i>รพีพร</i>	
3	นางสาวนรินทร์ กลกกลาง	6,9	20 ม.ค.67	20 ก.พ.67	<i>นรินทร์</i>	<i>รพีพร</i>	
4	นางสาวลักษณารีย์ ทิธา	6,9	20 ม.ค.67	20 ก.พ.67	<i>ลักษณารีย์</i>	<i>รพีพร</i>	
5	นางสาววัชรีย์ โชติสุข	4, 12	20 ม.ค.67	30 มิ.ย.67	<i>วัชรีย์</i>	<i>รพีพร</i>	
6	นางสาวอิชญา พงษ์อร่าม	4,12	20 ม.ค.67	30 มิ.ย.67	<i>อิชญา</i>	<i>รพีพร</i>	



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
วันที่ อนุมัติ..... 19 มิ.ค 2567 ๕

ภาคผนวก จ
ประวัติผู้วิจัย

ผู้วิจัยหลัก

นางสาวรพีพร เพ็งจันทร์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

ผู้วิจัยร่วม

1) นางจิราภา ดวงวงศ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

2) นางสาวนรินทร์ กลกลาง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

3) นางสาวลักษณารีย์ ทิพา

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

ประวัติย่อของผู้วิจัยหลัก

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) | นางสาวรพีพร เพ็งจันทร์ |
| 2. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) | Miss Rapeeporn Pengchan |
| 3. ตำแหน่งปัจจุบัน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 4. หน่วยงาน | สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข |
| 5. เบอร์โทรศัพท์ | 092-2832665 |
| 6. E-mail | : rapeeporn869@gmail.com |
| 7. ประวัติการศึกษา | |
| พ.ศ. 2535 | ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีชลบุรี |
| พ.ศ. 2546 | วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
มหาวิทยาลัยมหิดล |

ประวัติย่อของผู้วิจัยร่วม

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) | นางจิราภา ดวงวงศ์ |
| 2. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) | Mrs. Jerapha Duangwong |
| 3. ตำแหน่งปัจจุบัน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| 4. หน่วยงาน | สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข |
| 5. เบอร์โทรศัพท์ | 087-0410508 |
| 6. E-mail | : jerapha.d2021@gmail.com |
| 7. ประวัติการศึกษา | |
| ปี 2534 | ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |
| ปี 2564 | พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การบริหารการพยาบาล
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |

ประวัติย่อของผู้วิจัยร่วม

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) | นางสาวนรินทร์ กลกลาง |
| 2. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) | Miss Narintorn Kolkang |
| 3. ตำแหน่งปัจจุบัน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 4. หน่วยงาน | สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข |
| 5. เบอร์โทรศัพท์ | 087-0410508 |
| 6. E-mail | : daengkolkang@gmail.com |
| 7. ประวัติการศึกษา | |
| พ.ศ. 2541 | พยาบาลศาสตรบัณฑิต |
| พ.ศ. 2563 | พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การบริหารการพยาบาล
มหาวิทยาลัยคริสเตียน |

ประวัติย่อของผู้วิจัยร่วม

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) | นางสาวลักษณารีย์ ทิพา |
| 2. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) | Miss Luksanaree Tita |
| 3. ตำแหน่งปัจจุบัน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 4. หน่วยงาน | สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข |
| 5. เบอร์โทรศัพท์ | เบอร์โทรศัพท์ 089-712-2796 |
| 6. E-mail | : Momix111@gmail.com |
| 7. ประวัติการศึกษา | |
| พ.ศ. 2543 | พยาบาลศาสตรบัณฑิต
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น |

ภาคผนวก ฉ
เอกสารรับรองจริยธรรมเกี่ยวกับคน



บันทึกข้อความ

เลขที่	1175
วันที่	๕ ๑ ก.พ. ๒๕๖๗
เวลา	๑๕:๒๖

ส่วนราชการ กลุ่มสนับสนุนงานวิจัยและจริยธรรมฯ สถาบันราชประชาสมาสัย โทร. ๐-๒๓๘๕-๙๑๓๕ ต่อ ๑๑๓๗

ที่ สร.๐๔๑๖.๑๑/๓๕ วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง อนุมัติให้ดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย

ตามที่ นางสาวพิพร เพ็งจันทร์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย รหัสโครงการ ๖๗๐๐๓.๐ เพื่อให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน สถาบันราชประชาสมาสัย พิจารณาอนุมัติ นั้น

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน สถาบันราชประชาสมาสัย อนุมัติให้ดำเนินการตามโครงการวิจัยดังกล่าวได้ อนึ่งคณะกรรมการฯ ขอแจ้งเกี่ยวกับหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้วิจัย ภายหลังได้รับการอนุมัติ โดยต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ของคณะกรรมการฯ และจะต้องแจ้งหรือรายงานสถานะให้คณะกรรมการฯ ทราบทุกปี และเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ทุกครั้ง ได้แก่

๑. เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ หรืออาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ พร้อมทั้งแจ้งสาเหตุของการยุติโครงการวิจัยให้ทราบด้วย

๒. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในโครงการวิจัยต้องระบุให้ชัดเจนว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร พร้อมเหตุผลที่ต้องเปลี่ยนแปลง

๓. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัยหรือเพิ่มเติมคณะผู้วิจัย ต้องส่งประวัติของคน ที่เปลี่ยนแปลงพร้อมเหตุผลให้คณะกรรมการฯ ทราบด้วย

๔. เมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การเกิด อาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง *ralate, possibly/likely, probably, fatal* กับโครงการวิจัยที่ท่านรับผิดชอบ อย่างไร รวมทั้งขอทราบมาตรการในการดูแลป้องกันอาสาศมัครในประเทศไทยด้วย ภายใน ๑๐ วัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและจะดำเนินการแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องทราบต่อไป

(นายเดชา บัวเทศ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย
- เพื่อโปรด.....ท.น.ป.

๕ ๑ ก.พ. ๒๕๖๗

- ท.น.ป.
(นายเอนิก มุ่งอ้อมกลาง)
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี
รักษาราชการแทนผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย

.....

รายการเอกสารที่รับรอง

๑. โครงการวิจัย : การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต
หน่วยงานอุบัติเหตุดูแลคน สถาบันราชประชาสมาสัย
๒. รหัสโครงการวิจัย : ๖๗๐๐๓.๐
๓. ระยะเวลาการศึกษา : ๖ เดือน
๔. ชื่อและหน่วยงานของผู้วิจัยหลัก
ชื่อ-สกุล : นางสาวพิพร เพ็งจันทร์ ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน : สถาบันราชประชาสมาสัย
๕. เอกสารที่พิจารณาแล้วให้การรับรอง
 - ๕.๑ โครงร่างการวิจัยฉบับภาษาไทย : วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๗
 - ๕.๒ ประเด็นสนทนากลุ่ม : วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๗
 - ๕.๓ แบบสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม : วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๗
 - ๕.๔ เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย ระยะที่ ๑ ทำความเข้าใจปัญหาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุดูแลคน สถาบันราชประชาสมาสัย : วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๗
 - ๕.๕ เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย ระยะที่ ๒ ร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุดูแลคน สถาบันราชประชาสมาสัย : วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๗
 - ๕.๖ เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย (พยาบาลวิชาชีพ และสหสาขาวิชาชีพ) ระยะที่ ๓ ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุดูแลคน สถาบันราชประชาสมาสัย : วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๗
 - ๕.๗ เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย (ญาติผู้ป่วย) ระยะที่ ๓ ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุดูแลคน สถาบันราชประชาสมาสัย : วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๗
 - ๕.๘ เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย (พยาบาลวิชาชีพ และสหสาขาวิชาชีพ) ระยะที่ ๔ ประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุดูแลคน สถาบันราชประชาสมาสัย : วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๗

๕.๙ เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย (ญาติผู้ป่วยฯ) ระยะที่ ๔ ประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน
สูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย : วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๗

๕.๑๐ หนังสือแสดงเจตนาความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(พยาบาลวิชาชีพ และสหสาขาวิชาชีพ) : วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๗

เอกสารอนุมัติฉบับนี้มีผลตั้งแต่ วันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๗ - ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗

(นายเดชา บัวเทศ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย

“ทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน สถาบันราชประชาสมาสัย ขอยืนยันว่า
การพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมฯ ได้ดำเนินการตามข้อกำหนดของ ICH-GCP”

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน สถาบันราชประชาสมาสัย
วันที่พิจารณา ๑๒ มกราคม ๒๕๖๗

โครงการวิจัย : การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีภาวะวิกฤต หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
สถาบันราชประชาสมาสัย

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวรพีพร เพ็ญจันทร์ ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

รหัสโครงการวิจัย : ๖๗๐๐๓.๐

รายชื่อคณะกรรมการฯ ผู้พิจารณาโครงร่างการวิจัย :

- | | |
|------------------------------|-------------------|
| ๑. นายเดชา บัวเทศ | ประธานคณะกรรมการฯ |
| ๒. นางอรอนงค์ น้อยเจริญ | กรรมการ |
| ๓. นางสุทธิเนตร วรรณตรง | กรรมการ |
| ๔. นายสุทธิศักดิ์ งามวชิราพร | กรรมการ |
| ๕. พ.จ.อ.อำนาจ โกสิงห์ | กรรมการ |

วันที่อนุมัติ : ๑๑ ม.ค. ๖๗

ลายมือชื่อกรรมการและเลขานุการ