

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดที่ใช้ในการศึกษาการจัดระบบคัดกรองผู้ป่วย ห้องอุบัติเหตุ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆ สรุปได้ดังนี้

1. การปฏิบัติการพยาบาลของห้องอุบัติเหตุ
  - 1.1 สภาพโครงสร้างของห้องอุบัติเหตุ
    - 1.1.1 ลักษณะอาคารของห้องอุบัติเหตุ
    - 1.1.2 การจัดแบ่งพื้นที่ภายในห้องอุบัติเหตุ
    - 1.1.3 การจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และเวชภัณฑ์
  - 1.2 ลักษณะงานของห้องอุบัติเหตุ
    - 1.2.1 ความหมายของห้องอุบัติเหตุ
    - 1.2.2 ประเภทของผู้ป่วยที่มารับบริการ
    - 1.2.3 การให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการ
    - 1.2.4 การเก็บและบันทึกข้อมูลของห้องอุบัติเหตุ
    - 1.2.5 กฎหมายกับการพยาบาลของห้องอุบัติเหตุ
  - 1.3 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
    - 1.3.1 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลห้องอุบัติเหตุ
    - 1.3.2 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
  - 2.1 องค์การวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
  - 2.2 ห้องอุบัติเหตุวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
3. การจัดระบบคัดกรองผู้ป่วย
  - 3.1 ความหมายของการจัดระบบคัดกรองผู้ป่วย
  - 3.2 องค์ประกอบของการจัดระบบคัดกรองผู้ป่วย
    - 3.2.1 ด้านบุคลากร
    - 3.2.2 ด้านสถานที่
    - 3.2.3 ด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้
    - 3.2.4 ด้านระบบการเก็บรวบรวมบันทึกข้อมูล
    - 3.2.5 ด้านระบบการสื่อสาร

4. การบริหารแบบมีส่วนร่วม
  - 4.1 ความหมายของการบริหารแบบมีส่วนร่วม
  - 4.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารแบบมีส่วนร่วม
  - 4.3 ประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

### 1.1 สภาพโครงสร้างและลักษณะงานของห้องอุบัติเหตุ

ห้องอุบัติเหตุเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างรีบด่วน ดังนั้นการเตรียมหน่วยงาน อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ให้มีความพร้อมตลอดเวลาจึงมีความจำเป็น ในอันที่จะส่งเสริมให้ระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนี้ (จางงศ์ อิมใจ และดารณี จามจรี, 2537)

#### 1.1.1 ลักษณะอาคารของห้องอุบัติเหตุ

การจัดอาคารสถานที่และเนื้อที่ใช้สอยของหน่วยงาน จำเป็นต้องหาวิธีจัดให้มีบริเวณพื้นที่ใช้สอยให้เอื้ออำนวยต่อการให้บริการ สามารถให้บริการด้วยความรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ฉุกเฉินให้มากที่สุด โดยมีลักษณะดังนี้

1.1.1.1 สถานที่ตั้ง ควรตั้งอยู่ชั้นล่างใกล้กับประตูทางเข้า-ออกของโรงพยาบาลมีป้ายเขียนบอกชื่อของหน่วยฉุกเฉินติดตั้งไว้ในที่ที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน มีพื้นที่สำหรับจอดรถรับ-ส่งผู้ป่วยได้สะดวก

1.1.1.2 ทางขึ้นของหน่วยงาน ควรเป็นทางลาด มีความกว้างไม่ต่ำกว่า 2 เมตร เพื่อสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉินและควรมีทางสำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกไปรักษาต่ออีกทางหนึ่งในลักษณะ One way โดยไม่เคลื่อนย้ายสวนทางกัน และควรดูแลไม่ให้มีสิ่งกีดขวางทางขึ้นของหน่วยงานเสมอ

1.1.1.3 ประตู พื้นประตูไม่ควรมีขอบ ความกว้างไม่ต่ำกว่า 1.80 เมตร และความสูงไม่ต่ำกว่า 3 เมตร บานประตูเป็นชนิดผลักเข้าออก และมีขอบยางกันชนหรือประตูชนิดเลื่อนได้ เพื่อสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้

1.1.1.4 หน้าต่าง ควรเป็นหน้าต่างธรรมดาหรือกระจกบานเลื่อน

1.1.1.5 พื้นห้องและฝ้าผนัง พื้นห้องควรเป็นพื้นหินขัดเรียบทั้งหมด ฝ้าห้องรักษาพยาบาล ห้องผ่าตัด และบริเวณอ่างน้ำควรปูกระเบื้องเคลือบสูงจากพื้นประมาณ 1.5 เมตร เพื่อสะดวกในการทำความสะอาด

1.1.1.6 แสงสว่าง ใช้หลอดไฟชนิด Day light และควรมี Emergency electric system สำรองใช้ไฟเมื่อไฟดับ

ระบบการถ่ายเทอากาศ ควรมีพื้นที่หน้าต่าง 20 – 25 % ของพื้นที่ห้อง ขนาดความกว้างอย่างน้อย 1.80 เมตร สูง 1.10 เมตร ขอบล่างสูงจากพื้น 1 เมตร เพื่อให้อากาศ ถ่ายเทได้สะดวก และเป็นการปรับอากาศภายในห้องและนอกห้องให้ใกล้เคียงกัน

#### 1.1.2 การจัดแบ่งพื้นที่ภายในห้องอุบัติเหตุ

ห้องอุบัติเหตุของโรงพยาบาลแต่ละแห่งควรมีพื้นที่ที่ครอบคลุมงานบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วย (จากรูวรรณ พรรคพานิช, ภัทรา นิโคธธา และจินตนา ตันติกุล, 2540)

1.1.2.1 ศูนย์แปล ควรอยู่บริเวณด้านหน้าของแผนก สามารถมองเห็นผู้ป่วยหรือยานพาหนะที่นำผู้ป่วยมาส่งได้ชัดเจน ประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อจัดประเภทรถนั่งหรือรถนอนไปให้บริการ เทียบถึงยานพาหนะนำส่งผู้ป่วย

1.1.2.2 หน่วยประชาสัมพันธ์และห้องบัตร ควรอยู่บริเวณด้านหน้าของแผนก ผู้มารับบริการมองเห็นได้ชัดเจน สามารถติดต่อสอบถามข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการได้โดยสะดวก หน่วยนี้จะแยกออกจากหน่วยเก็บข้อมูลใหญ่ แต่สามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเก่าของโรงพยาบาลได้ โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ ในบริเวณนี้ควรจัดม้านั่งสำหรับญาติพักรอผู้ป่วยหรือรถบัตร

1.1.2.3 ที่พักรอ จะต้องมียานพาหนะเพียงพอสวยและสุขสบาย ที่สำคัญคือผู้ป่วยจะสามารถขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ได้ระหว่างที่นั่งรอ และเจ้าหน้าที่สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยได้ ควรมีห้องน้ำในบริเวณที่พักรอ และออกแบบให้ใช้ได้กับผู้ป่วยรถนั่งและรถนอน และข้อสำคัญควรจัดหาโทรศัพท์สาธารณะไว้ใกล้บริเวณนี้ด้วย

1.1.2.4 หน่วยคัดกรองผู้ป่วย เป็นด่านแรกในด้านการประเมินอาการเบื้องต้น เพื่อจำแนกผู้ป่วยฉุกเฉินว่ารายใดควรได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างรีบด่วน

1.1.2.5 ห้องตรวจ ควรจะอยู่ริมทางเข้าของรถพยาบาล ไม่ควรเป็นห้องมืดมืด เพราะในรายผู้ป่วยหนักเจ้าหน้าที่ไม่อยู่ในห้องผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรมโดยไม่มีใครทราบ ควรเป็นห้องที่มีฝาเป็นบานเลื่อนเปิดปิดได้ โดยเฉพาะด้านหน้าให้สะดวกในการเข็นรถเข้าตรวจได้ทันที มีแสงสว่างเพียงพอ มีท่อออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ มีกล่องคู่มือ และอุปกรณ์เครื่องใช้ในการตรวจผู้ป่วย

1.1.2.6 ห้องทำการรักษาพยาบาล ใช้สำหรับการรักษาพยาบาลกรณีฉุกเฉินทั่วไป เช่น ทำแผล ฉีดยา เป็นต้น

1.1.2.7 ห้องช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นห้องที่มีความสำคัญมากห้องหนึ่งของแผนก สำหรับการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต มีเครื่องมือทุกชนิดพร้อมให้การช่วยฟื้นคืนชีพ (Resuscitation) และการรักษาฉุกเฉินต่าง ๆ ได้ทันที

1.1.2.8 ห้องเฝือก ควรอยู่ติดกับห้องรักษาพยาบาลเพื่อสะดวกในการเคลื่อนย้ายเปลผู้ป่วยและสะดวกรวดเร็วในการใส่เฝือก ควรมีเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการเข้า Traction, Splint, Plaster, เครื่องตัดเฝือก และอ่างน้ำขนาดใหญ่

1.1.2.9 ห้องชะล้าง สำหรับล้างตัวผู้ป่วยที่สกปรก ถูกกรด ด่าง หรือใช้ล้างกระเพาะอาหารผู้ป่วยที่ดื่มสารพิษหรือรับประทานยาเกินขนาด

1.1.2.10 ห้องผ้าตัดเล็ก อยู่ใกล้หรือติดกับแผนกฉุกเฉิน ควรจัดให้เป็นที่กึ่งปลอดเชื้อ (Semisterile) เพื่อใช้สำหรับผ้าตัดเล็ก ซึ่งกระทำได้ทั้งภายในและภายนอกเวลาราชการ ควรมีอย่างน้อย 2 ห้อง

1.1.2.11 ห้องสังเกตอาการ เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและเพื่อรอผลการวินิจฉัยที่แน่นอน

1.1.2.12 ห้องสมุด อาจจัดเป็นห้องประชุมเล็ก ๆ มีหนังสือให้ค้นคว้าเกี่ยวกับนโยบายของโรงพยาบาล หนังสือทางการแพทย์ พจนานุกรมทางการแพทย์

1.1.2.13 ห้องพักแพทย์ ควรอยู่ภายในหน่วยเพื่อสะดวกในการตามและปรึกษาให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

1.1.2.14 ห้องพักพยาบาล ใช้สำหรับเป็นห้องพักและปรึกษาปัญหาต่างๆของผู้ป่วย ปรึกษางานของเจ้าหน้าที่ในหน่วย และใช้เป็นห้องประชุมวิชาการ

1.1.2.15 ห้องเก็บพัสดุ เวชภัณฑ์และยาสำหรับสำรองหมุนเวียนใช้ ห้องนี้ควรอยู่ใกล้กับบริเวณที่ทำการพยาบาล เพื่อสะดวกในการหยิบใช้และควบคุม

1.1.2.16 ห้องพักคนงานทำความสะอาด จำเป็นต้องมีเพื่อสะดวกในการทำ ความสะอาดพื้นที่ของแผนกทั้งหมดและยังช่วยงานด้านอื่นๆในยามวิกาล เช่น ส่ง Specimen และตามผล

1.1.2.17 หน่วยรักษาความปลอดภัย เป็นหน่วยที่สำคัญมากที่จะสนับสนุนบริการฉุกเฉินเพราะผู้ป่วยที่มารับบริการมีทั้งผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยอุบัติเหตุ และผู้ป่วยคดีซึ่งอาจจะก่อให้เกิดปัญหาทางอาชญากรรมได้

### 1.1.3 การจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้และเวชภัณฑ์ในห้องอุบัติเหตุ

ในห้องอุบัติเหตุของโรงพยาบาล จะต้องเตรียมพร้อมสำหรับสถานการณ์ฉุกเฉินทุกรูปแบบ จำเป็นจะต้องมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ตลอดจนเวชภัณฑ์ สารน้ำยา และอื่นๆให้พร้อมอยู่เสมอ เพื่อความสะดวกและรวดเร็วสำหรับพยาบาลและบุคลากรอื่นๆ ในแผนกฉุกเฉิน รวมทั้งเครื่องมือ เครื่องใช้ จะต้องมิให้เพียงพอใช้ในแผนก จะต้องไม่มีการยืมหรือเคลื่อนย้ายเครื่องมือใด ๆ ของแผนกฉุกเฉินออกไปภายนอก การขาดเครื่องมือใด ๆ อาจจะเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้ บุคลากรทุกคนของแผนกฉุกเฉินจะต้องรู้ตำแหน่งที่เก็บเครื่องมือทุกชนิด จะต้องมีรายการแสดงไว้รวมทั้งจำนวนของที่มีอยู่ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และเวชภัณฑ์ที่จะต้องจัดเตรียมไว้ในห้องอุบัติเหตุ แบ่งออกได้เป็นดังนี้

#### 1.1.3.1 อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ สำหรับการรักษาศาพยาบาลทั่วไป ได้แก่

- เตียงตรวจโรค
- เตียงตรวจภายใน
- ตู้ดูดฟิล์มเอ็กซเรย์
- โคมไพชนิดเคลื่อนที่ได้
- โต๊ะวางเครื่องมือแพทย์
- เสาน้ำเกลือ
- Syringe ขนาด 2, 10, 20, 50 ซี.ซี.
- เข็มฉีดยา เบอร์ 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26
- IV catheter / Scalp vein / สาย Cut down
- IV set / Blood set
- Three way connector
- ไขเย็บตัดแอมพูยา
- Adhesive plaster / Bandage
- สายยางรัดแขน
- หม้อกลมใส่สำลี ก้อน
- อับสำลี
- ผ้าก๊อซ สำลี ไม้พันสำลี ผ้าพันแผล
- Forceps jars
- ชามรูปไต
- ปรอท ไฟฉาย
- เครื่องวัดความดันโลหิต สำหรับเด็กและผู้ใหญ่

- ไม้เคาะ Jerk
- หมอนทราย
- ไม้กดลิ้น
- Stethoscope
- Nasal speculum
- Protoscope
- Nasogastric tube ทุกขนาด
- Urethral catheter
- Gauze packing

#### 1.1.3.2 อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ สำหรับการช่วยหายใจ ได้แก่

- Oxygen tank
- Oxygen jars
- Oxygen canula, Oxygen mask ทั้งของเด็กและผู้ใหญ่
- Oropharyngeal air way และ Nasopharyngeal air way
- Laryngoscope พร้อม Blade ตรงและโค้ง สำหรับเด็กและผู้ใหญ่
- Self – inflating lung bag ทั้งของเด็กและผู้ใหญ่
- เครื่องดูดเสมหะ และสายยางดูดเสมหะ (Suction and suction

catheter)

#### 1.1.3.3 อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ สำหรับช่วยฟื้นคืนชีพ ได้แก่

- EKG
- Defibrillator
- Endotracheal tube สำหรับเด็กและผู้ใหญ่
- Guide wire, Magill forceps
- กระจกชนิดยาสำหรับใส่ลมเข้ากระเปาะลมของท่อช่วยหายใจ
- Tracheostomy tube ขนาดต่างๆ
- CPR board

#### 1.1.3.4 เครื่องมือรักษาพยาบาลที่จัดเป็นชุด ได้แก่

- ชุดเจาะคอ พร้อมทั้ง Tracheostomy tube ขนาดต่าง ๆ กัน
- ชุดผ่าตัดเพื่อให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (Cut down)
- ชุด Thoracotomy tray พร้อมสายและขวด Chest drain
- ชุดสำหรับเย็บแผล (Suture set) ซึ่งมีทั้งเครื่องมือพิเศษสำหรับเย็บแผล

ที่ใบหน้า จะต้องเตรียมพร้อมไว้ในห้องผ่าตัดเล็ก และพร้อมเสมอที่จะใช้

- ชุดสวนปัสสาวะ (Catheterization set) พร้อมทั้งสายสวน (Foley's catheter) ขนาดต่าง ๆ และถุงสำหรับใส่ปัสสาวะ

- ชุดสำหรับล้างกระเพาะ รวมทั้งเครื่องมือล้างกระเพาะอาหาร (Gastric lavage set) และสายสำหรับใส่ลงในกระเพาะอาหารขนาดต่าง ๆ

- ชุดทำคลอด (Birth before arrival)

- ชุดเจาะปอด (Thoracentesis)

- ชุด Sengstaken-Blakemore

- เข็มเจาะ Cul-de-sac & Vaginal packing

#### 1.1.3.5 เครื่องมือพิเศษที่ใช้ในแผนกต่าง ๆ เช่น

แผนกตา หู คอ จมูก มี Ophthalmoscopes และ Otoscope เป็นต้น

แผนกนรีเวช มี Vaginal speculum ขนาดต่าง ๆ Vaginal packing

และ เข็มเจาะ Cul-de-sac เป็นต้น

แผนก Urology มี Urethral dilatation set เป็นต้น

#### 1.1.3.6 ยาที่ใช้ในภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ ยาปฏิชีวนะ ยาแก้แพ้ ยาแก้ชัก ยาป้องกัน

บาดทะยัก ยาลดความดันโลหิต ยาปรับสภาวะความสมดุลของกรดต่าง ยาขับปัสสาวะ ยาต้านหัวใจเต้นผิดจังหวะ ยาขยายหลอดลม ยาทำให้เส้นเลือดหดตัว ยาคลายกล้ามเนื้อ น้ำกลั่น และน้ำเกลือชนิดต่างๆ เป็นต้น

## 1.2 ลักษณะงานของห้องอุบัติเหตุ

ลักษณะงานของห้องอุบัติเหตุ เป็นงานรักษาพยาบาลที่เร่งด่วน และจับใจ เพราะผู้มารับบริการส่วนมากจะมาหรือถูกนำส่งโรงพยาบาลด้วยปัญหาที่เร่งด่วน ถ้าผู้รับบริการเหล่านี้ได้รับการช่วยเหลือไม่ทันหรือไม่ถูกต้องจะมีผลทำให้ผู้รับบริการเสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือเกิดความพิการได้ง่าย ซึ่งระยะเวลาในการเสียชีวิตหรือเกิดความพิการขึ้นอยู่กับความรุนแรงของปัญหา ถ้าปัญหารุนแรงมากอาจจะเสียชีวิตภายในระยะเวลาไม่กี่นาที

### 1.2.1 ความหมายของห้องอุบัติเหตุ

ได้มีผู้ให้ความหมายของห้องอุบัติเหตุไว้ดังนี้

ห้องอุบัติเหตุ หมายถึง หน่วยงานของโรงพยาบาลที่มีความสำคัญและเป็นด่านแรกในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บ และผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งต้องการความช่วยเหลือที่เร่งด่วน โดยได้รับการประเมินสภาพการเจ็บป่วยที่รวดเร็วและถูกต้อง ตลอดจนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Jenkin, 1978)

ห้องอุบัติเหตุ หมายถึง หน่วยงานสำคัญหน่วยหนึ่งของโรงพยาบาลและเป็นด่านแรกที่ต้องให้การบริการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน ที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต ที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างรีบด่วน (จำนงค์ อิมใจ และดารณี จามจรี, 2537)

ห้องอุบัติเหตุ หมายถึง หน่วยงานที่จัดบริการให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และมีอาการรุนแรง ซึ่งอาจคุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างรวดเร็ว (Brooks & Harold, 1983)

สรุป ห้องอุบัติเหตุ หมายถึง หน่วยงานของโรงพยาบาลที่เป็นด่านแรกและมีความสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ โดยการใช้ระบบคัดกรองผู้ป่วย เพื่อจัดระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและเหมาะสม ตามความรุนแรงของการเจ็บป่วยในแต่ละระดับ

### 1.2.2 ประเภทของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุ

The American Hospital Association ได้จำแนกประเภทผู้ป่วยที่มารับบริการจากห้องอุบัติเหตุ ออกเป็น 3 ประเภท ดังต่อไปนี้ (อ้างถึงในวินิดา ออประเสริฐศักดิ์, อรุณี เกตุกราย และวิมลรัตน์ มาลีวรรณ, 2540)

1. ภาวะฉุกเฉิน (Emergent) เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตต้องได้รับการช่วยเหลือทันที การรื้อรองอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต หรือความพิการ ภาวะเหล่านี้ได้แก่ หัวใจหยุดเต้น การอุดตันของทางเดินหายใจ หรือภาวะเลือดออกมาก บาดเจ็บรุนแรงหลายแห่ง เป็นต้น



2. ภาวะรีบด่วน (Urgent) เป็นภาวะที่ต้องได้รับการช่วยเหลือโดยเร็วหรือรอได้บ้าง ในระยะเวลา 20 นาที ถึง 2 ชั่วโมง โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีสัญญาณชีพคงที่ ถ้าให้การรักษาล่าช้า อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ เช่น แผลฉีกขาดชนิดธรรมดา กระดูกแขน หรือขาหักชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน ปวดท้องหรือการเจ็บป่วยอื่นที่มีลักษณะเดียวกัน

3. ภาวะไม่รีบด่วน (Non-urgent) เป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อยไม่ฉุกเฉินซึ่งความล่าช้าในการรักษาจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ภายหลัง ผู้ป่วยที่จัดอยู่ในภาวะนี้สามารถคอยได้เป็นเวลาหลายชั่วโมงจนถึงหลายวันไม่มีความจำเป็นต้องใช้บริการของห้องฉุกเฉิน เช่น ใช้หวัด เจ็บคอ ปวดหลัง ตกขาว ริดสีดวงทวาร เป็นต้น

### 1.2.3 การให้การดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

การปฏิบัติการพยาบาลในห้องอุบัติเหตุ ในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน หรือรีบด่วน ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือสังเกตอาการมีดังนี้

1.2.3.1 การประเมินอาการปฐมภูมิ เป็นการประเมินสภาพเบื้องต้น หรือการประเมินสภาพอย่างรวดเร็ว (Primary assessment or Initial assessment) นับเป็นสิ่งที่จำเป็นอันดับแรกก่อนที่จะลงมือช่วยเหลือใดๆ แก่ผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการประเมินก็เพื่อค้นหาปัญหาสำคัญที่คุกคามต่อชีวิต โดยการซักประวัติการเจ็บป่วยให้สั้นที่สุดเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยมาด้วยปัญหาใด และรีบทำการประเมินสภาพผู้ป่วยตามหลักการดังต่อไปนี้ ได้แก่ (ดารณี จามจรี, 2537; มยุรี แก้วจันทร์, 2530; Keenan, 1995)

1. Airway ประเมินว่าผู้ป่วยหายใจหรือไม่หายใจ หายใจสะดวกและเพียงพอหรือไม่อย่างไร มีสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจหรือไม่ ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ทางเดินหายใจมักถูกอุดกั้นด้วยลิ้นของผู้ป่วยที่ตกลงมาปิดทางเดินหายใจ

2. Breathing ประเมินว่าผู้ป่วยหายใจเองได้เพียงพอหรือไม่ สังเกตอัตราการหายใจ ความลึกของการหายใจ ลักษณะการหายใจ การใช้ Accessory muscles ช่วยหายใจ และคลำแนวของหลอดลมว่ามีการเบี่ยงเบนไปข้างใดข้างหนึ่งหรือไม่ ร่วมกับการค้นหาอาการสำคัญที่มีผลต่อการหายใจ ได้แก่ Tension pneumothorax, Open pneumothorax, และ Flail chest

3. Circulation and bleeding ในระยะปฐมภูมิ สิ่งที่ต้องประเมิน คือ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจและการเสียเลือด โดยประเมินอัตราและลักษณะการเต้นของชีพจร ความดันโลหิต การไหลกลับของเลือดสู่หลอดเลือดฝอย (Capillary refill time) ค้นหาบริเวณจุดเลือดออกทั้งภายในและภายนอกร่างกายอย่างรวดเร็ว การค้นหาภาวะ Shock ในระยะนี้ควรกระทำอย่างเร่งด่วน ตลอดจนการค้นหาสาเหตุของการบาดเจ็บหรือ การเจ็บปวดที่บ่งถึงการสูญเสียปริมาณเลือด เช่น การมีแผลไหม้ ช็อคจากภูมิแพ้ เป็นต้น โดยการพิจารณาอาการและอาการแสดง ดังนี้

3.1 ผิวหนัง เย็นซีดโดยเฉพาะปลายมือ ปลายเท้า ดู Capillary filling ซึ่งทดสอบเพื่อประเมินและตรวจสอบการไหลเวียนของเลือด โดยการกดเล็บให้ซีดและปล่อย หากกลับมีสีชมพูภายใน 2 วินาทีถือว่าปกติ หากช้ากว่านั้นแสดงว่ามีภาวะเสียเลือด

3.2 ชีพจร ถ้าเร็วกว่า 120 ครั้ง/นาที แสดงว่าเสียเลือดมากจนร่างกายไม่สามารถ Compensate ได้ ในรายที่เสียเลือดแต่ชีพจรเต้นปกติ แสดงว่าร่างกาย compensate ได้ ในบางรายเสียเลือดไม่มาก แต่ชีพจรเร็วอาจเป็นผลจากการตื่นเต้นตกใจก็ได้

3.3 Mental status ผู้ป่วยเริ่มมีอาการซึมลง หรือมีระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

3.4 Brief neurological evaluation ประกอบด้วย

3.4.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness)

โดยการใช้ Glasgow coma scale/score

3.4.2 ตรวจสอบขนาดของรูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสง

3.4.3 ประเมินการขาดเจ็บบริเวณไซสันหลัง/กระดูก โดยเฉพาะในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ถ้าพบอาการบวมตึงหรือการผิดรูปร่างของกระดูกต้นคอ การเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณนั้นให้สงสัยว่าอาจมีการขาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอ ต้อง Immobilize ส่วนคอไว้ทันทีไม่ให้เคลื่อนไหว

การประเมินสภาพปฐมภูมิในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกเงิน จำเป็นต้องถอดเสื้อผ้าออกจากตัวผู้ป่วย เพื่อที่จะสามารถมองเห็นสิ่งผิดปกติที่อยู่ภายใต้เสื้อผ้าของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามจะต้องระวังรักษาอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในภาวะปกติ โดยจัดหาผ้าคลุมส่วนต่างๆ ของร่างกายแทน (Keenan, 1995)

### 1.2.3.2 การดูแลช็อกเงิน

หากประเมินพบความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งหมดดังกล่าวข้างต้นนี้ต้องรีบให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนทันที มิฉะนั้นผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้หากมีการตัดสินใจช้าเกินไป และการช่วยเหลือต้องปฏิบัติตามลำดับความสำคัญของปัญหา โดยต้องคำนึงถึงพยาธิสรีรภาพ ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยหรือการขาดเจ็บ (มยุรี แก้วจันทร์, 2530) ดังนี้

1.2.3.2.1 การช่วยหายใจ เมื่อประเมินสภาพผู้ป่วยแล้วพบว่า ไม่หายใจหรือหายใจได้เองแต่ไม่เพียงพอ สิ่งที่ต้องรีบแก้ไขโดยทันทีก็คือ ทำทางเดินหายใจให้โล่งปราศจากสิ่งอุดกั้นและจัดทำให้ทางเดินหายใจเปิดตรงเสียก่อน ในกรณีนี้ให้เปิดทางหายใจโดยการใช้ Head tilt chin lift maneuver คือ มือข้างหนึ่งกดหน้าผากให้หงายขึ้น อีกมือยกคางขึ้น ในรายที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บบริเวณไซสันหลัง/กระดูกคอ และในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและไม่รู้สึกตัวทุกรายให้ใช้วิธี

Jaw thrust maneuver คือ ใช้มือทั้ง 2 ข้างประคองหน้าผู้ป่วย นิ้วหัวแม่มือวางใกล้ริมฝีปากล่าง นิ้วอื่นๆยกขากรรไกร ดึงคอให้หงายเล็กน้อย ยกขากรรไกรให้ยื่นไปข้างหน้า ใช้นิ้วหัวแม่มือกดริมฝีปากล่างให้เปิดออก

ถ้ามีสิ่งแปลกปลอมในช่องปาก เช่น ฟันปลอม เลือด เสมหะ ต้องเอาออกทันที ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวควรใส่ท่อเปิดทางหายใจทางปาก (Oropharyngeal airway) หลังการช่วยเหลือดังกล่าวข้างต้นแล้วถ้าพบว่าผู้ป่วยไม่หายใจหรือหายใจได้ไม่เพียงพอ ต้องช่วยหายใจทันทีด้วยการใส่ Self inflating lung bag พร้อม Mask โดยเปิดออกซิเจนในอัตราการไหลประมาณ 15 ลิตร/นาที ในผู้ใหญ่ แพทย์อาจพิจารณาใส่ท่อหลอดลมคอ (Endotracheal tube) ให้ แล้วจึงช่วยหายใจ (Ventilate) ผู้ป่วยโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น บีบ Ambu bag ให้ลมผ่านทางหน้ากากหายใจ (Face mask) หรือผ่านทางท่อหลอดลมคอ เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยยังมีการอุดกั้นในทางเดินหายใจจะพบว่าขณะช่วยหายใจ จะมีแรงต้านอย่างรู้สึกได้ชัด แต่ถ้าไม่มีการอุดกั้น ก็จะช่วยหายใจได้อย่างไม่มีแรงต้านมาก หากพบว่าผู้ป่วยหายใจได้เองแต่หายใจลำบาก มีการรุ่มลึกของผนังทรวงอกและมีการเกร็งของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ ให้ช่วยโดยการดูดเสมหะหรือเอาเอาเยื่อออกจากทางเดินหายใจส่วนต้นก็จะช่วยให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้นทันทีและหายใจได้เพียงพอ แล้วรีบรายงานแพทย์เพื่อหาทางรักษาแก้ไขสาเหตุให้ถูกต้องต่อไป ทั้งนี้ให้ช้ประวัติเพื่อหาสาเหตุของการอุดกั้นและให้ออกซิเจนเสริมด้วย สำหรับการช่วยหายใจในกรณี ที่มีกระดูกสันหลังคอหักร่วมด้วย ต้องเปิดทางเดินหายใจโดยวิธีดันคางยกขึ้น ไม่ให้หน้าหงาย ดังกล่าวแล้วข้างต้นอย่างเด็ดขาด นอกจากนี้ จะต้องช่วยยึดกระดูกสันหลังส่วนคอให้อยู่นิ่งโดย วิธีง่ายๆ คือ ใช้ถุงทรายเล็ก 2 อันวางข้างศีรษะหรือคอ ดันแขนใช้ไม้ หรือโลหะ หรือใช้ Slab ทำ Splint ต้นขาทำ Splint ด้วยไม้ หรือใช้ Slab ที่ยาวถึงต้นขา (จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2537)

ในกรณีที่มีแผลทะลุที่ผนังทรวงอกเป็นทางติดต่อระหว่างช่องอกกับอากาศภายนอกชนิดที่หายใจเข้ามีลมเข้า และเมื่อหายใจออกมีลมออกได้จะต้องช่วยเหลือโดยการปิดรูทะลุด้วยวาสลีนก๊อช และพลาสติกแผ่นใหญ่ปิดทับให้แน่นเมื่อผู้ป่วยยังหายใจเองได้เพื่อมิให้มีลมเข้าออกจนเกิดลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) มากขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยที่มีแผลทะลุลักษณะดังกล่าวนี้หยุดหายใจไปแล้วจะต้องช่วยหายใจโดยไม่ต้องปิดรูทะลุ เพราะถ้าปิดแล้วบีบลมเข้าปอดจะเกิดแรงอัดดันในปอดได้ ส่วนในกรณีที่พบว่ามีแผลทะลุชนิดมีลมเข้าได้ทางเดียวแต่ไม่มีทางออกจะทำให้มี Tension pneumothorax ซึ่งมีแรงอัดดัน มากกว่าประเภทแรกมากและทำให้ปอดแฟบได้เร็วกว่า ดังนั้น จึงควรรายงานและช่วยเหลือแพทย์ใส่ท่อระบายทรวงอกเพื่อระบายลมออกมาจากช่องเยื่อหุ้มปอด ในกรณีที่เตรียมใส่ท่อระบายทรวงอกไม่ทัน แพทย์อาจใช้เข็มฉีดยาขนาดใหญ่แทงเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดให้ลมออกมา เพื่อลดแรงดันในช่องเยื่อหุ้มปอด

นอกจากนี้ในรายที่มีภาวะอกรวน (Flail chest) จะต้องช่วยเหลือโดยการยึดกระดูกส่วนลอย (Flail segment) ให้อยู่กับที่มีให้เคลื่อนไหวสวนทางกับกระดูกส่วนที่ดีในขณะหายใจเข้า-ออก (Paradoxical respiration) ซึ่งจะทำให้เจ็บปวดได้มาก และทำให้มีการเหวี่ยงไปมาของเมดิแอสติมัน (Mediastinal shift) อันจะส่งผลทำให้รบกวนการทำงานของหัวใจและการไหลเวียนเลือดได้ การยึดส่วนลอยให้อยู่กับที่กระทำได้ง่ายๆ โดยให้ผู้ป่วยนอนทับส่วนลอยนั้นบนหมอนบางๆ หรือบนผ้าที่ม้วนหรือพับไว้ หรืออาจจะใช้ผ้าพันวางทับ บนส่วนลอยในขณะที่ผู้ป่วยหายใจเข้า และส่วนลอยยุบเข้าไป แล้วใช้พลาสติกแรปใหญ่หรือ ผ้าสาลูพันยึดผ้าพันไว้ให้แน่น ทั้งนี้ถ้าใช้พลาสติกยึด จะต้องยึดไว้เพียงครั้งลำตัว เพื่อให้ผนังทรวงอกอีกข้างสามารถขยายออกได้เต็มที่เมื่อหายใจเข้า นอกจากนี้ในกรณีทั้งหมดสติ และมีการอาเจียนหรือมีท้องอืดแน่นผิดปกติ ควรจะใส่ท่อระบายจากกระเพาะอาหาร (Nasogastric tube) พร้อมกับต่อลงขวด เพื่อลดภาวะท้องอืดแน่น ช่วยให้อุดขยายได้ดีขึ้น และป้องกันการสูดสำลักอาเจียนเข้าปอดในรายหมดสติ

1.2.3.2.2 การช่วยกู้การไหลเวียนเลือด เมื่อมีการเสียเลือดออกนอกหลอดเลือดหรือออกนอกร่างกายน้อยกว่า 10% ของปริมาณเลือดไหลเวียนจะมีอาการเปลี่ยนแปลงให้เห็นหรือตรวจพบได้น้อย ดังนั้นเมื่อมีผู้บาดเจ็บที่มีประวัติน่าจะสงสัยว่าจะมีการตกเลือดภายใน เข้ามารับการรักษาลงจากเกิดอุบัติเหตุภายใน 20 – 30 นาที เราไม่ควรจะตัดสินภาวะการเสียเลือดของผู้ป่วยจากอาการและอาการแสดงในระยะแรกรับเท่านั้น ควรจะต้องสังเกตอย่างใกล้ชิดต่อไปทุก 15 นาที ภายใน 3-4 ชั่วโมง เมื่อพบว่าผู้ป่วยยังไม่มีอาการผิดปกติ ก็แน่ใจได้ว่าไม่มีการเสียเลือดถึงขั้นช็อค แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยถูกยิงเข้าช่องท้องมาถึงโรงพยาบาลภายใน 10 นาที หลังเกิดเหตุแม้ว่ายังมีอาการปกติ ก็ไม่ควรประมาทโดยประเมินว่าไม่มีการเสียเลือด เพราะในรายนี้จะมีการเสียเลือดเพิ่มขึ้นถึงขั้นช็อคในเวลาต่อมาได้ ดังนั้นในระยะแรกจึงควรให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทันที ก่อนที่จะปรากฏอาการช็อคอย่างชัดเจน ซึ่งถ้าปล่อยให้ถึงขนาดนั้นแสดงว่าผู้ป่วยเสียเลือดไปอย่างน้อย 20% ของปริมาณเลือดไหลเวียน การที่จะประเมินว่าผู้ป่วยเริ่มมี Hypovolemic shock หรือไม่นั้นดูได้จากค่าความดันโลหิตและชีพจรของผู้ป่วยในท่านั่งมากกว่าในท่านอน ทั้งนี้เนื่องจากปฏิกิริยาสำคัญ 2 ประการของร่างกายที่ตอบสนองต่อการเสียเลือด โดยการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ และการมีหลอดเลือดแดงตีบแคบลง เพื่อช่วยรักษาระดับความดันโลหิตนั้นจนเกิดการตอบสนองได้ดีเมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่านอน ฉะนั้นเมื่อตรวจพบความดันโลหิตและชีพจรในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง แล้วพบว่า ชีพจรเต้นเร็วกว่าเดิมซึ่งอยู่ในท่านอนเกิน 10% และความดันโลหิตลดลงกว่าเดิมเกิน 10% ก็ให้ประเมินว่าผู้ป่วยเริ่มมีปริมาณเลือดไหลเวียนต่ำ พร้อมทั้งจะช็อคได้ในเวลาไม่นานต่อมา

การปฏิบัติการพยาบาลที่จะช่วยการไหลเวียนโลหิตนั้น คือ ถ้ามีเลือดออกภายนอก ควรทำการห้ามเลือดด้วยวิธี Pressure dressing และควรเปิดเส้นเลือดดำ โดยใช้เข็มขนาดใหญ่พอที่จะให้เลือดได้เลย เมื่อจำเป็นต้องให้เลือดในเวลาต่อมา ในกรณีที่ คาดว่า

ผู้ป่วยจะมีการเสียเลือดอย่างมากจำเป็นต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดอย่างน้อย 2 เส้น ด้วยเข็มเบอร์ 16 หรือ 18 เป็นอย่างน้อย เพื่อรักษาสภาพการไหลเวียนของเลือดภายในร่างกายให้เพียงพอ และควรพิจารณาแทงเส้นเลือดที่ไม่เกี่ยวข้องกับการไหลเวียนผ่านบริเวณบาดเจ็บที่มีการฉีกขาดของหลอดเลือดส่วนต้นต่ำกว่าบริเวณที่แทง เพราะจะมีการรั่วของสารน้ำออกนอกหลอดเลือดได้ แต่ก่อนที่จะให้สารน้ำควรดูเลือดออกมาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามความจำเป็นแต่ละกรณี เช่น ส่งหา CBC, Electrolyte, Anti HIV และตรวจหาหมู่เลือด และขอเลือดเตรียมไว้ให้ผู้ป่วยทันที ในบางครั้งเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ระบบไหลเวียนโลหิตส่วนปลายอาจจะ Shut down ซึ่งอาจเกิดขึ้นในภาวะพร่องสารน้ำในเลือด (Hypovolemia) เป็นผลมาจากความพยายามของร่างกายที่จะดำรงรักษาไว้ซึ่งอวัยวะสำคัญของร่างกายด้วยการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลายและเปลี่ยนทิศทางการไหลของเลือดที่มีอยู่ไปสู่อวัยวะสำคัญ ดังนั้นอาจไม่สามารถให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในบริเวณหลอดเลือดที่อยู่บริเวณใต้ผิวหนังส่วนต้น และอาจจำเป็นต้องผ่าตัดผ่านชั้นผิวหนังและเนื้อเยื่อที่อยู่ในชั้นใต้ผิวหนังเพื่อหาตำแหน่งของ หลอดเลือดดำที่อยู่ในส่วนลึกที่ซึ่งจะใส่สายผ่านเข้าไปในหลอดเลือด เครื่องมือที่จำเป็นจะต้องจัดเตรียมให้พร้อมจะต้องใช้ Wide – bore canula เพื่อที่จะให้สารน้ำผ่านเข้าไปได้อย่างรวดเร็ว และควรเลือกให้สารน้ำประเภท Plasma –expanding fluid ก่อนจนกว่าจะหาเลือดได้ และ Central venous line อาจจะถูกใส่เพื่อติดตามดูปริมาณเลือดที่ไหลเวียนอยู่ในกระแสโลหิต

1.2.3.2.3 การป้องกันสมองบวมมากขึ้น เมื่อมีการบาดเจ็บของสมองจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้อย่างเฉียบพลันที่สำคัญมีอยู่ 2 ประการคือ การมีเลือดออกภายในกระโหลกศีรษะและภาวะสมองบวม พยาบาลสามารถป้องกันและลดภาวะสมองบวมได้โดยบทบาทอิสระของตนเอง นั่นคือการช่วยให้ผู้ป่วยมีการระบายอากาศอย่างสะดวกและเพียงพอ เพื่อมิให้การคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ร่วมกับการให้ออกซิเจนเสริมเพิ่มขึ้นก็จะทำให้เส้นเลือดในสมองไม่ขยายจนเกิดการคั่งของเลือดในสมองและทำให้สมองบวมมากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดภาวะกรดเกินที่เกิดร่วมกับภาวะสมองบวมได้ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและหมดสติ มักจะมีลิ้นตกไปอุดกั้นทางเดินหายใจและอาจมีเสมหะ อาเจียน ตลอดจนสิ่งแปลกปลอมอื่นๆอุดกั้นอยู่ในทางเดินหายใจ ทำให้หายใจไม่สะดวก มีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งมากจนเส้นเลือดในสมองขยายตัวและเกิดการคั่งของเลือดจนสมองบวมดังกล่าว การแก้ไขที่ได้ทันทีคือการกวาดหรือ ใช้เครื่อง Suction ดูดเสมหะหรืออาเจียนออกจากช่องปาก คอ ของผู้ป่วย และจัดให้อนตะแคงหรือตะแคงกึ่งคว่ำ เพื่อมิให้ลิ้นตกไปอุดกั้นหลอดลมและป้องกันการสูดสำลักเสมหะ อาเจียน เข้าปอดได้ นอกจากนี้ควรใส่ท่อเปิดทางหายใจผ่านทางจมูกหรือทางปากเข้าสู่ช่องลำคอ (Nasopharyngeal or oropharyngeal airway) เพื่อแก้ไขการอุดกั้นของทางเดินหายใจ และช่วยให้ดูดเสมหะหรือสิ่งต่างๆ ในช่องปาก ลำคอได้สะดวกขึ้นด้วย อีกประการหนึ่งพยาบาลยังสามารถช่วยให้สมองได้รับออกซิเจนมากขึ้น

พอกที่จะดำรงหน้าที่และช่วยให้ฟื้นตัวจากการบาดเจ็บได้เร็วขึ้น ด้วยการให้ออกซิเจนทางหน้ากากหายใจหรือทาง Cannula ในกรณีที่ผู้ป่วยหายใจเองได้ลึกพอและสม่ำเสมอในอัตราไม่ต่ำกว่า 16 ครั้ง/นาที แต่ถ้าผู้ป่วยหายใจไม่สม่ำเสมอใน อัตราช้ามาก ก็ควรจะช่วยผายปอดด้วยการบีบ Ambu bag ต่อกับ Face mask หรือต่อกับท่อหลอดลมคอ โดยให้ออกซิเจนขนาดความเข้มข้นสูง 50–70% ร่วมด้วย

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะ อาจเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเปิดเส้นเลือดดำไว้ในขณะที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการช็อค เพราะบางทีการเสียเลือดจากอวัยวะส่วนอื่นที่บาดเจ็บร่วมด้วยยังไม่ปรากฏอาการเด่นชัด เช่น การบาดเจ็บที่หน้าท้อง เป็นต้น และอาจจำเป็นเพื่อเป็นทางให้ยาทางหลอดเลือดดำในภาวะฉุกเฉินอื่นๆ ได้ แต่ควรจะให้สารน้ำหยดช้าๆ ประมาณ 10–15 หยดต่อนาทีเท่านั้น ถ้าหากว่ายังไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อค ทั้งนี้เพราะการให้สารน้ำในอัตราที่เร็วกว่านี้จะทำให้มีสมองบวมมากขึ้นได้ และสารน้ำที่ให้ควรเลือกชนิดที่มีปริมาณโซเดียมต่ำ เพราะถ้าร่างกายมีโซเดียมสูงจะยิ่งดูดน้ำไว้ในร่างกายมากขึ้นทำให้สมองบวมยิ่งขึ้นได้

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การช่วยเหลือในการบำบัดภาวะฉุกเฉินที่ ดีนั้น พยาบาลต้องตระหนักถึงบทบาทของตนเอง และมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ให้ดีที่สุด พร้อมทั้งต้องมีหลักการและทักษะในการปฏิบัติการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนในสิ่งที่คู่ความชีวิตของผู้ป่วยซึ่งต้องลงมือปฏิบัติอย่างฉับไว ตามลำดับความสำคัญของปัญหา และในขณะเดียวกันก็ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อป้องกันความพิการหรือมีพยาธิสภาพรุนแรงเกิดขึ้นและภายหลังจากการบำบัดฉุกเฉินเพื่อช่วยชีวิตแล้ว จึงช่วยเหลือในปัญหาที่รอการรักษายาบาลได้ต่อไปอย่างละเอียดรอบครอบ

#### 1.2.3.2.4 การประเมินอาการทุติยภูมิ

การให้ความช่วยเหลือในระยะนี้จะเริ่มต่อเมื่อผู้ป่วยผ่านการประเมินอาการในขั้นตอนปฐมภูมิเสร็จสิ้น และภาวะฉุกเฉินต่างๆ ของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้ว โดยตรวจสอบอีกครั้งว่า ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจโล่ง ได้รับออกซิเจนเพียงพอ ระดับชีพจรและความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ดี และไม่มีจุดเลือดออกใดๆภายนอกในร่างกายที่ไม่ได้รับการควบคุมเมื่อเรียบร้อยแล้วจึงประเมินผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยดังนี้ (Lewis, et al., 1996)

##### 1. การซักประวัติการเจ็บป่วย

นอกจากการตรวจร่างกายผู้ป่วยแล้ว พยาบาลต้องซักประวัติการเจ็บป่วยเพื่อให้ทราบว่าปัญหาของผู้ป่วยคืออะไร ในการซักประวัติการเจ็บป่วยนั้นข้อมูลส่วนมากจะได้จากผู้ป่วยโดยตรงแต่ในรายที่ไม่สามารถให้ประวัติได้ ญาติ ผู้นำส่ง ผู้เห็นเหตุการณ์ จะเป็น

บุคคลที่จะให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ดีที่สุด จึงควรให้ความสำคัญกับญาติ และผู้นำส่งในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว อย่างไรก็ตามถ้าอาการผู้ป่วยหนักมาก ควรใช้เวลาในการซักประวัติให้สั้นที่สุด เพียงเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยมาด้วยปัญหาใด และรีบทำการประเมินสภาพผู้ป่วยตามหลักการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับตามที่กล่าวแล้วในตอนต้น ทั้งนี้ในภาวะฉุกเฉินจะต้องใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจว่าควรจะทำอะไรก่อนหลัง เมื่อบำบัดปัญหารีบด่วนแล้วจึงทำการซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติม จะเห็นได้ว่าการซักประวัติและการตรวจร่างกายเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกัน การซักประวัติจะต้องประกอบด้วยคำถามดังต่อไปนี้

1.1 อะไร คือ อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล หรืออะไรเป็นสาเหตุที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

1.2 อุบัติเหตุ หรือ เหตุการณ์เกิดขึ้นเมื่อไร และผู้ป่วยมีอาการตั้งแต่เมื่อไร

1.3 อุบัติเหตุหรือเหตุการณ์เกิดขึ้นที่ไหน และผู้ป่วยมีอาการอย่างไร

1.4 อุบัติเหตุ เหตุการณ์ หรือการเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้อย่างไร และมีรายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือไม่ เพื่อช่วยในการค้นหาปัญหาที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน

1.5 รายละเอียดอื่น ๆ ตั้งแต่เริ่มบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย

1.5.1 มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือไม่

1.5.2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลฉุกเฉินในสถานที่เกิดเหตุ

อย่างไร

1.5.3 อาการสำคัญที่ได้จากการบอกเล่า หรือการ

คร่ำครวญของผู้ป่วยมีอะไรบ้าง

1.5.4 ผู้เห็นเหตุการณ์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการเป็นอย่างไร (ถ้ามี)

1.6 ผู้ป่วยมีประวัติการเจ็บป่วยในอดีตอะไรบ้าง ซึ่งประกอบด้วย

1.6.1 ประวัติการแพ้ยา

1.6.2 ปัจจุบันผู้ป่วยรับประทานยาอะไรอยู่

1.6.3 โรคประจำตัว

1.6.4 เวลาที่รับประทานอาหารก่อนเกิดเหตุการณ์

บาดเจ็บ/ เจ็บป่วย

### 1.7 เหตุการณ์ก่อนหน้าการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ

## 2. การตรวจร่างกายอย่างละเอียด

เมื่อภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ ผ่านพ้นไปแล้วขั้นตอนต่อไปคือการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมสำหรับการวางแผนการพยาบาลและการรักษา ร่วมกับแพทย์รวมทั้งเป็นการหาข้อมูลสำหรับใช้ในการเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจจะคุกคามชีวิตของผู้ป่วยในเวลาต่อมาได้ โดยใช้หลักการประเมินอาการและสิ่งผิดปกติตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า (Head-to-toe examination) และการซักประวัติการเจ็บป่วยเพิ่มเติมซึ่งอาจจะทำไปพร้อม ๆ กันทั้งสองอย่าง การประเมินอาการในขั้นตอนนี้ เป็นการประเมินอวัยวะระบบ/ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายโดยมี รายละเอียดดังนี้ (ดารณี จามจรี, 2537)

2.1 ศีรษะ ตรวจสอบขนาดแผล การบวมของหนังศีรษะ และร่องรอยการบาดเจ็บอื่นๆ คลำรูปร่างของกระดูกศีรษะว่ามีการผิดรูปร่างหรือไม่ ตรวจสอบตาและหนังตา ประเมินขนาดรูม่านตาทั้ง 2 ข้าง และปฏิกิริยาต่อแสง ตรวจสอบภายในจมูก และรูหูว่ามีเลือด หรือ Serous fluid หรือไม่ และตรวจสอบภายในปากเพื่อค้นหาก้อนเลือด ลิ้มเลือด เศษอาหาร ฟันปลอม หรือฟันที่หัก เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ

2.2 คอ ค้นหาบาดแผลบริเวณลำคอ ตรวจสอบการโป่งพองของหลอดเลือดดำบริเวณคอ (Neck vein) โดยให้ผู้ป่วยนอนราบหรือนอนในท่า Semi-fowler's การมีเส้นเลือดดำโป่งพองแสดงถึงภาวะ Tension pneumothorax, Myocardial tamponade และ Myocardial contusion

2.3 ทรวงอก ตรวจสอบร่องรอยของการได้รับบาดเจ็บ บริเวณทรวงอก (บาดแผลรอยแหว่ง ร่องรอยการหักของกระดูกทรวงอก) ตรวจสอบการขยายตัวของทรวงอก ระหว่างการหายใจเข้า-ออก และการตรวจสอบการผ่านของลมเข้าสู่ปอดทั้ง 2 ข้าง โดยการใช้ Stethoscope ฟังปอดทั้ง 2 ข้างเวลาผู้ป่วยหายใจเข้าออก

2.4 ท้อง ตรวจสอบร่องรอยของการบาดเจ็บ การเจ็บปวดเฉพะที่หรือทั่วไป ลักษณะการเกร็งแข็งของกล้ามเนื้อหน้าท้อง

2.5 หลัง ตรวจสอบหาความผิดปกติของรูปร่าง และบริเวณที่มีอาการตึงของกล้ามเนื้อ

2.6 กระดูกเชิงกราน ตรวจสอบร่องรอยของ Fracture หรืออาการแสดงการได้รับบาดเจ็บ

2.7 อวัยวะสืบพันธุ์ ตรวจสอบร่องรอยของการบาดเจ็บ หรือความผิดปกติที่บริเวณอวัยวะเพศ



2.8 ทางเดินปัสสาวะ ตรวจสอบว่ามีเลือดออกมากับปัสสาวะหรือไม่ ในผู้ป่วยที่ปัสสาวะออกเป็นเลือดสด (Frank blood) อย่าพยายามใส่สายสวนปัสสาวะ ควรจะตามแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมาใส่ เพราะในกรณีนี้ผู้ป่วยอาจมีปัญหา Rupture ของ Urethra

2.9 กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณทวารหนัก การตรวจสอบ Sphincter tone มีประโยชน์อย่างยิ่งเพื่อประเมินการบาดเจ็บของกระดูกเชิงกราน และแสดงถึงมีภาวะของการบาดเจ็บของ Spinal cord ในกรณีนี้ที่ตรวจพบว่ามี การสูญเสียของ Sphincter tone

2.10 แขนและขา ค้นหาอาการบาดเจ็บ การผิดปกติของอวัยวะ การบวม การหัก สีมืดที่เปลี่ยนแปลงไป จุดที่มีอาการเจ็บปวด ในกรณีกระดูกหักจะต้องมีการตรวจสอบชีพจรของอวัยวะส่วนปลายแขน ขาข้างที่หัก (Distal pulse) ด้วย รวมถึงการตรวจสอบการทำงานของระบบประสาท และการไหลเวียนของโลหิตควบคู่ไปด้วย

#### 1.2.3.2.4 การเฝ้าสังเกตและติดตาม อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย

หลังจากประเมินสภาพปฐมภูมิและให้การบำบัดภาวะฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิตจนผ่านพ้นภาวะวิกฤตแล้ว พยาบาลต้องติดตามสถานะของผู้ป่วยถึงสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตเช่นเดียวกับระยะปฐมภูมิ อันประกอบด้วย ทางเดินหายใจ การหายใจ การไหลเวียนโลหิต และการสูญเสียเลือด ระดับความรู้สึกตัว ตลอดจนอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อบำบัดภาวะฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉิน และสิ่งที่จะต้องประเมิน ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิ ชีพจร และจังหวะการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต

2. การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนภายในร่างกาย ได้แก่ การวัดค่าความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง หรือ การวัดค่าความดันโลหิตในหลอดเลือดแดง

3. การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทโดยการบันทึกลงใน Glasgow coma score ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการประเมินทางระบบประสาทในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาททุกประเภท โดยการให้คะแนนตามการตอบสนองของผู้ป่วย โดยบันทึกเกี่ยวกับ (ดาร์ณี จามจวี, 2537)

#### 1. การลืมตา (Eye opening)

|                |   |       |
|----------------|---|-------|
| ลืมตาเองได้    | 4 | คะแนน |
| ลืมเมื่อเรียก  | 3 | คะแนน |
| ลืมตาเมื่อเจ็บ | 2 | คะแนน |
| ไม่ลืมเลย      | 1 | คะแนน |

## 2. การเคลื่อนไหว (Motor response)

|                           |   |       |
|---------------------------|---|-------|
| สามารถเคลื่อนไหวตามคำสั่ง | 6 | คะแนน |
| ทราบตำแหน่งที่เจ็บ        | 5 | คะแนน |
| ชักแขนขาหนีเมื่อเจ็บปวด   | 4 | คะแนน |
| แขนงอผิดปกติ              | 3 | คะแนน |
| แขนเหยียดผิดปกติ          | 2 | คะแนน |
| ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย     | 1 | คะแนน |

## 3. การพูดได้ตอบ (Verbal response)

|                            |   |       |
|----------------------------|---|-------|
| พูดคุยได้ไม่สับสน          | 5 | คะแนน |
| พูดได้เป็นประโยคแต่สับสน   | 4 | คะแนน |
| พูดเป็นคำๆ                 | 3 | คะแนน |
| ส่งเสียงไม่เป็นคำ ครวญคราง | 2 | คะแนน |
| ไม่ส่งเสียงเลย             | 1 | คะแนน |

ซึ่งมีค่าคะแนนรวมเต็ม 15 คะแนน คะแนนสูงสุด คือ 15 คะแนน ซึ่งเท่ากับปกติ ค่าคะแนนต่ำสุดคือ 3 คะแนน ซึ่งถือว่าสมองตาย (Brain death) ค่าคะแนนตั้งแต่ 8 ลงมา ถือว่าไม่รู้สึกรู้ตัว (Coma)

## 1.2.3.2.6 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

หลักการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลนั้นจะพิจารณาตามความจำเป็นของผู้ป่วย กรณีที่ไม่มีเตียงว่างสามารถสังเกตอาการที่ห้องอุบัติเหตุ โดยผู้ป่วยที่มีปัญหาคุกคามต่อชีวิตจะได้รับการพิจารณารับไว้เป็นอันดับแรก ลำดับต่อไปคือผู้ป่วยที่จัดอยู่ในประเภทรีบด่วน ผู้ป่วยประเภทนี้จะต้องได้รับการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลภายใน 48 ชั่วโมง เนื่องด้วยชีวิตหรือภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่สามารถถูกคุกคาม ส่วนลำดับสุดท้ายคือผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือรีบด่วน การรับผู้ป่วยประเภทนี้สามารถรอได้โดยไม่เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย (Snook, 1992) ในการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลหลังจากแพทย์ให้การรักษามูลแล้วนั้น การปฏิบัติที่พยาบาลต้องปฏิบัติคือ

1. ติดต่อบริการงานกับหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องโดยการแจ้งให้ทราบทางโทรศัพท์ ถึงรายละเอียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย สิ่งที่ต้องการหอผู้ป่วยต้องเตรียม เช่น เครื่องช่วยหายใจ อุปกรณ์ดูดเสมหะ เป็นต้น
2. แจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวและ/หรือญาติของผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่ต้องการทราบ ซึ่ง

พยาบาลสามารถตอบได้ภายในขอบเขตความรับผิดชอบของพยาบาลเท่านั้น แต่ข้อสงสัยบางเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรักษา พยาบาลอาจเป็นผู้ประสานงานให้แพทย์ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงเป็นผู้อธิบายให้ญาติและผู้ป่วยเข้าใจ นอกจากนี้พยาบาลยังต้องแจ้งให้ครอบครัวของผู้ป่วยทราบถึงระเบียบต่าง ๆ ของโรงพยาบาล พร้อมทั้งสิ่งที่ญาติของผู้ป่วยจะต้องดำเนินการต่อขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

3. รวบรวมเอกสาร (Documentation) ของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยเวชระเบียนของผู้ป่วย เอกสารที่แสดงถึงการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องฉุกเฉิน फिल्म เอกซเรย์ และผลการตรวจต่างๆทั้งหมดเข้าด้วยกัน และซักประวัติการเจ็บป่วยเพิ่มเติมจากสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ตามแบบฟอร์มของการรับผู้ป่วยให้สมบูรณ์

4. เสื้อผ้าของผู้ป่วย จัดเก็บใส่ถุงให้เรียบร้อยและมอบให้กับครอบครัวและญาติ หรือส่งไปยังหอผู้ป่วยที่รับไว้ในความดูแลพร้อมผู้ป่วย

5. ของมีค่าของผู้ป่วยจัดเก็บไว้ในถุงอย่างเหมาะสม และมอบให้กับบิดา มารดา สามี ภรรยาหรือบุตร ซึ่งนโยบายในการจัดเก็บของมีค่าแต่ละที่อาจแตกต่างกัน บางแห่งบันทึกรายละเอียดลงในสมุด ขณะที่บางแห่งมอบงานนี้ให้กับหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

กรณีที่เจ้าหน้าที่ตำรวจรับทรัพย์สินของผู้ป่วยไป พยาบาลผู้มอบทรัพย์สินต้องให้เจ้าหน้าที่ตำรวจเซ็นชื่อลงในสมุดที่บันทึกในฐานะผู้รับทรัพย์สินและลงลายมือชื่อพยาบาลผู้มอบด้วย เพื่อประโยชน์ในเวลาต่อมา ถ้ามีการสอบถามจากแหล่งใดก็ตาม สามารถจะให้คำตอบและมีหลักฐานยืนยันได้

6. ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนส่งผู้ป่วยไปยังตึก พร้อมทั้งการจัดเตรียมอุปกรณ์การช่วยชีวิตไปพร้อมกับผู้ป่วย และจัดให้มีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ติดตามส่งผู้ป่วยหนักหรือกึ่งหนัก

#### 1.2.3.2.7 การส่งต่อผู้ป่วย

ในการส่งต่อผู้ป่วยนั้น จะต้องติดต่อประสานงานกับสถานบริการที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลต่อให้เรียบร้อย โดยจะต้องรายงานให้ทราบถึงภาวะของผู้ป่วย เมื่อแรกรับและภายหลังได้รับการช่วยเหลือที่ได้ให้ไป และการรักษาที่จำเป็นต้องดำเนินการต่อ ตลอดจนสาเหตุของการส่งต่อ โดยจะต้องเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ขณะเคลื่อนย้ายให้พร้อม รวมถึงรายงานการรักษา พร้อมทั้งจัดเตรียมเจ้าหน้าที่ไปกับผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ยังต้องแจ้งให้ผู้ป่วย ครอบครัวและ/หรือญาติของผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นในการส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาลยังสถานบริการอื่น และชื่อสถานที่ที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาที่จะได้รับต่อไป สิ่งที่สำคัญจะต้องดำเนินการต่อ เพื่อให้การรักษาดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

ระบบการส่งต่อผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 2 ระบบ คือ (ดารณี จามจรี, 2537)

1. ระบบส่งต่อภายใน เป็นการส่งต่อผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล จากห้องฉุกเฉินภายหลังได้รับการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้นจนพ้นจากภาวะวิกฤตแล้ว ไปยังหอผู้ป่วยหนัก ห้องผ่าตัด หรือหอผู้ป่วยใน เพื่อการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง

2. ระบบการส่งต่อนอกสถานที่ เป็นการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลหนึ่งไปยังอีกโรงพยาบาลหนึ่งที่มีขีดความสามารถสูงกว่า โดยมีการแก้ไขภาวะที่คุกคามชีวิต ก่อนนำส่ง รวมถึงมีการดูแลระหว่างการส่งต่ออย่างเหมาะสม

1.2.3.2.8 การให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย และครอบครัว นอกจากการบริการที่ให้แกผู้ป่วยแล้ว ครอบครัวและ/หรือญาติของผู้ป่วยยังเป็นบุคคลที่พยาบาลจะต้องให้การดูแล เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาในห้องฉุกเฉินจนถึงจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน จากประสบการณ์ของผู้ศึกษา พบว่าห้องอุบัติเหตุเกือบทุกแห่ง ไม่อนุญาตให้ผู้อื่นที่มีไข้ผู้ป่วยเข้ามาภายในห้องฉุกเฉิน เว้นแต่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลเพื่อให้ประกอบการพิจารณาหาสาเหตุของภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปได้ด้วยตนเอง ดังนั้นจึงจำเป็นที่พยาบาลจะต้องอธิบายให้ญาติเข้าใจ พร้อมทั้งแจ้งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับไปแล้ว การวินิจฉัยเบื้องต้นและการรักษาที่จะดำเนินการต่อเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความวิตกกังวลของครอบครัวและ/หรือญาติผู้ป่วย ซึ่งถือได้ว่าเป็นการช่วยเหลือระดับประคองจิตใจญาติ ถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต หรือเสียชีวิต พยาบาลจะต้องให้การดูแลครอบครัวและ/หรือญาติของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยพยาบาลสามารถช่วยเหลือบุคคลเหล่านั้นโดย (Brunner and Suddarth, 1992 )

1. อธิบายให้ครอบครัวและ/หรือญาติของผู้เสียชีวิตทราบถึงความช่วยเหลือที่ผู้เสียชีวิตได้รับตั้งแต่เริ่มต้นจนเสียชีวิต และขณะที่อนุญาตให้ญาติเข้าพบผู้เสียชีวิตเป็นครั้งสุดท้าย ต้องไม่ปลดอุปกรณ์ช่วยเหลือออกจากร่างกายของผู้เสียชีวิต ทำให้ครอบครัวและ/หรือญาติของผู้เสียชีวิตมั่นใจว่าผู้เสียชีวิตได้รับความช่วยเหลืออย่างดีที่สุด

2. จัดสถานที่ที่เป็นส่วนตัวให้แก่ครอบครัวของผู้เสียชีวิต พยาบาลควรจะต้องอยู่กับญาติด้วยตั้งแต่เริ่มแรก เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึกออกมาอย่างเต็มที่ และบอกให้ครอบครัวของผู้เสียชีวิตทราบว่า เขามีสิทธิที่จะสัมผัสและต้องร่างกายของผู้เสียชีวิตได้ ถ้าญาติมีความปรารถนาจะอยู่กับผู้ตายตามลำพัง พยาบาลจะต้องขอตัวออกมา เพราะญาติบางคนอาจจะมีคำพูดที่ไม่ต้องการแสดงต่อหน้าผู้อื่น ถ้าในทีมนั้นมีญาติอยู่พร้อมหน้ากัน ควรจะให้โอกาสญาติแต่ละคนอยู่กับผู้เสียชีวิตตามลำพัง

3. จัดสภาพผู้เสียชีวิตให้เหมาะสมเท่าที่จะเป็นไปได้ ดังนี้

3.1 ส่วนของร่างกายผู้เสียชีวิตที่ปรากฏแก่สายตาของญาติ จะต้องล้างและทำความสะอาดคราบเลือด ถ้าเป็นไปได้แขนข้างหนึ่งข้างใดหรือทั้งสองข้างจะต้องวางไว้ภายนอกผ้าคลุม

3.2 ถ้าผู้เสียชีวิตใส่ฟันปลอม ให้ใส่ไว้ดังเดิม

3.3 หวีผมให้เรียบร้อย

3.4 ถ้าผู้เสียชีวิตได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง ควรจะปล่อยทิ้งไว้ดังเดิมและนำผ้าสะอาดมาปิดทับอีกชั้นหนึ่ง

#### 1.2.3.2.9 การติดต่อประสานงาน

การติดต่อประสานงาน ถือเป็นภารกิจของพยาบาลที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นการรักษาสีทาบของอย่างของผู้ป่วยไว้ด้วย โดยเฉพาะในห้องฉุกเฉินซึ่งมีบุคคลทั้งที่เป็นบุคลากรในทีมสุขภาพและบุคคลอื่นๆ ที่พยาบาลต้องติดต่อประสานงานมากมาย เริ่มตั้งแต่ก่อนที่ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาล พยาบาลจะได้รับการติดต่อจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ ญาติของผู้ป่วยหรือผู้ประสบเหตุ เพื่อขอคำแนะนำในเรื่องการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และเมื่อพยาบาลได้รับทราบอาการแล้วพยาบาลจะประเมินสภาวะของผู้ป่วยจากข้อมูลที่ได้รับ และให้คำแนะนำเพื่อที่ผู้ป่วยและญาติ จะได้เข้าใจว่าเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลืออะไรบ้าง จากใคร ซึ่งพยาบาลจะติดต่อกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องอันได้แก่ สถานบริการใกล้เคียงกับที่เกิดเหตุ พนักงานแปล เจ้าหน้าที่ห้องบัตร แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด เจ้าหน้าที่เอกซเรย์ และเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด เพื่อเตรียมความพร้อมให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทีที่ผู้ป่วยมาถึง นอกจากนี้ในกรณีที่สาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นคดี พยาบาลอาจได้รับการติดต่อจากพนักงานสอบสวนเพื่อขอทราบชื่อ ที่อยู่ของผู้ป่วยและให้ช่วยเก็บรักษาหลักฐานทางคดี เช่น กระสุนปืน อาวุธที่ติดมากับผู้ป่วย และเสื้อผ้าของผู้ป่วยที่มีร่องรอยของการถูกทำร้าย เป็นต้น

#### 1.2.4 การเก็บและบันทึกข้อมูลของห้องอุบัติเหตุ

การจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยของห้องอุบัติเหตุ มีดังนี้ (สงศรี กิตติรักษ์ตระกูล และจันทน์ อิมใจ, 2537)

##### 1. การจัดเก็บข้อมูลทั่วไป

เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ เมื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง ได้แก่ ข้อมูลด้านบริการพยาบาล ซึ่งจัดเป็นเนื้อหาทางการแพทย์ กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่พยาบาลได้ให้กับผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉิน มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ซึ่งจัดเป็นเนื้อหาทางการแพทย์ (Medical content) ได้แก่ อาการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม สัญญาณชีพ อาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ขณะที่อยู่ในห้องอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลที่ได้รับ ผลของการรักษาพยาบาล ตลอดจนอาการ สัญญาณชีพ และสภาพของผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายออกจากหน่วยงาน

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษายาบาลผู้ป่วย ทั้งในและนอกเวลาราชการ เช่น ล้างแผล เย็บแผล ฉีดยา เจาะเลือด ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ใส่เฝือกชั่วคราว ให้ออกซิเจน ใส่สายยางเข้ากระเพาะอาหาร ใส่สายสวนปัสสาวะ และอื่น ๆ ตลอดจนการสังเกตอาการ ผลการรักษาให้กลับบ้าน หรือรับไว้รักษาต่อในโรงพยาบาล

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษายาบาลด้วยเครื่องมือพิเศษในการช่วยเหลือผู้ป่วย ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ ทำการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) การช่วยใส่ท่อระบายทรวงอก ช่วยเจาะคอ และช่วยการผ่าตัดช่องอก เป็นต้น

## 2. การเก็บข้อมูลผู้ป่วยคดี

### วัตถุประสงค์ของการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยคดีเพื่อ

2.1 เป็นหลักฐาน แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่แรกที่เข้ารับบริการ

2.2 ใช้เป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมายซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ในเวลา ถ้ามีการฟ้องร้องหรืออ้างถึงจากการเรียกร้องในสิทธิที่ผู้รับบริการพึงมีตามกฎหมาย การบันทึกข้อมูลจะมีความสำคัญในการตัดสินในศาล

ผู้ป่วยคดี หมายถึง ผู้ป่วยซึ่งความเจ็บป่วยของเขานั้นเป็นพยานหลักฐานที่ต้องถูกอ้างในชั้นสอบสวนของพนักงานสอบสวนหรือในการดำเนินคดีในศาล และแพทย์ผู้ตรวจรักษาผู้ป่วยนั้นต้องไปเป็นพยานเบิกความแก่พนักงานสอบสวนหรือศาลแล้วแต่กรณี โดยที่ผู้ป่วยนั้นอาจจะเกี่ยวข้องเป็นโจทก์ จำเลย หรือผู้เสียหายในคดีนั้นอย่างใดอย่างหนึ่งได้

แต่โดยทั่วไปแล้ว คำว่าผู้ป่วยคดีที่ใช้กันในทางการแพทย์มักจะหมายถึงผู้ป่วยดังต่อไปนี้ คือ (พิกุลทิพย์ หงษ์เหิร, 2537)

1. ผู้ป่วยที่มีบาดแผลทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นบาดแผลชนิดใด
2. ผู้ป่วยที่มีหนังสือส่งตัวจากพนักงานสอบสวน ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ตำรวจพนักงานอัยการหรือศาล
3. ผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับคดีทางเพศ ซึ่งมารับการตรวจรักษาเอง เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนหรือต้องการหลักฐานการตรวจของแพทย์
4. ผู้ป่วยที่เป็นคนงานได้รับสารพิษ หรือเกิดอาการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน

5. ผู้ป่วยที่กินยาหรือได้รับสารพิษไม่ว่าโดยจงใจ ถูกบังคับ หรือโดยอุบัติเหตุ

ผู้ป่วยทั้ง 5 ประเภทดังกล่าวนี้ถึงแม้จะให้ประวัติว่าไม่เกี่ยวข้องกับคดีก็ตาม แพทย์และพยาบาลต้องปฏิบัติเช่นเดียวกับผู้ป่วยคดีทั่วไป เช่น ผู้ป่วยมีบาดแผลที่แขน ให้ประวัติว่าทำมีบาดแผลตัวเอง แต่ต่อมากลับไปแจ้งความว่าตนถูกฟัน ถ้าไม่ได้บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับบาดแผลไว้เช่นเดียวกับผู้ป่วยคดีแล้ว อาจเกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ผู้ต้องหา และตัวแพทย์หรือพยาบาลเอง ดังนั้นจึงควรอนุโลมจัดให้เป็นผู้ป่วยคดีทั้งหมดไปก่อน

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยคดี

การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยคดีนั้น ควรจะละเอียดไม่ว่าข้อมูลนั้นจะได้มาจากการซักประวัติ หรือการตรวจร่างกาย

การซักประวัติ ควรซักให้ละเอียด ผู้ซักควรพิจารณาถึงความน่าเชื่อถือของประวัติที่ได้มานั้นด้วย การซักประวัตินั้นนอกจากได้จากตัวผู้ป่วยเองแล้วในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว หรือพูดไม่ได้อาจต้องซักจากผู้ที่มาด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุด ประวัติที่ควรซัก ได้แก่ (สงครีกิตติรักษ์ตระกูล และจำนงค์ อิมใจ, 2537)

1. ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ถ้าเป็นไปได้ควรขอบัตรประจำตัวประชาชน หรือ บัตรอื่นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมบอกชื่อจริงเนื่องจากเหตุผลบางอย่าง ซึ่งอาจเกิดผลเสีย เช่น การออกใบชันสูตรบาดแผลไม่ตรงกับชื่อผู้ที่แจ้งความไว้ ทำให้เกิดปัญหาว่าเป็นคนเดียวกันหรือไม่
2. อายุ อาชีพ ที่อยู่ ใช้เพื่อประกอบรายงานของพนักงานสอบสวนในกรณีที่อายุอาจมีความสัมพันธ์กับการกระทำความผิด หรืออาจเกี่ยวข้องกับกรยอมความ
3. วันและเวลาที่เกิดเหตุ บันทึกตามผู้ป่วยบอกเล่า แต่ควรดูลักษณะของบาดแผลว่าน่าจะเกิดช่วงใดใกล้เคียงกับเวลาที่แจ้งหรือไม่ เช่น บอกว่าถูกมีดบาดก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง แต่ลักษณะแผลมีหนอง
4. วันและเวลาที่มาถึงโรงพยาบาล มีความสำคัญมากเพราะจะใช้เป็นหลักฐานว่าผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาเมื่อใด สัมพันธ์กับวัน เวลาในการเกิดเหตุหรือไม่
5. สถานที่เกิดเหตุ มีความสำคัญ เพราะอาจสอดคล้องกับบาดแผลได้ เช่น มีบาดแผลขีดข่วนตามร่างกาย อาจสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยวิ่งฝ่าเข้าดงหนาม
6. สาเหตุของการเกิดแผล เช่น ถูกอาวุธทำร้าย ถูกยิง
7. ผู้นำส่ง หรือผู้ที่พาผู้ป่วยมายังสถานพยาบาล จะเป็นประโยชน์ในกรณีที่ผู้ป่วย

ไม่สามารถจะให้การได้ หรือไม่รู้ลึกถึงขณะเกิดเหตุ ผู้นำส่งจะให้ประวัติคร่าว ๆ ได้ว่าเกิดเหตุอย่างไร ที่ไหน และยังมีประโยชน์ต่อรูปคดีในฐานะพยานบุคคลไม่ว่าจะเป็นประจักษ์พยาน หรือพยานบอกเล่า ดังนั้นถ้าพยาบาลบันทึกที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้อาจมีประโยชน์มาก สถิติสัมปชัญญะกลืนที่ผิดปกติ เช่น แอลกอฮอล์ ยาฆ่าแมลง ก็ควรบันทึกไว้ด้วย

การบันทึกบาดแผล ประกอบด้วย

1. ชนิดของบาดแผล เป็นบาดแผลฟกช้ำ ถลอก หรือบาดแผลกระสุนปืน หรือบาดแผลอื่นที่จำเพาะ เช่น รอยยางรถยนต์ รอยถูกกัด
2. ตำแหน่งของบาดแผล ต้องบันทึกตำแหน่งของบาดแผลทั้งหมดไว้ กรณีที่มีบาดแผลหลายชนิดหลายแห่ง ควรบันทึกตำแหน่งของบาดแผลที่ความรุนแรงมากที่สุดก่อน
3. ขนาดและรูปร่างของบาดแผล โดยวัดขนาดยาว กว้าง ลึก หน่วยที่ใช้เป็นระบบเมตริก เช่น บาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบ ยาว 3 ซม. กว้าง 2 ซม. ลึก 1 ซม. กรณีบาดแผลรูปร่างค่อนข้างกลมอาจบอกขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางก็ได้
4. ทิศทางของบาดแผล มีความสำคัญมากในบาดแผลที่ถูกยิง หรือถูกแทง โดยสามารถบอกตำแหน่งของผู้ทำร้ายได้ ถ้าทราบทิศทางเข้ามาอย่างไร
5. จำนวนของบาดแผล ควรลงให้หมดแต่ถ้าเป็นบาดแผลเล็ก ๆ และลักษณะคล้ายกันอาจไม่ต้องลงทุกแผลก็ได้
6. สิ่งแปลกปลอมที่อาจติดมากับบาดแผล เช่น หนุ่ไม้ คราบดิน คราบน้ำมัน ฯลฯ เพราะอาจมีประโยชน์ต่อรูปคดีได้

การลงบันทึกข้อมูลในการเก็บของมีค่าของผู้ป่วย

การบันทึกข้อมูลในการเก็บของมีค่าของผู้ป่วยควรดำเนินการดังนี้ :

1. เตรียมถุงพลาสติก จดรายการของของผู้ป่วยที่ติดตัวมา มีอะไรบ้าง เริ่มตั้งแต่เสื้อผ้า กระเป๋าใส่เงิน ของมีค่า ตลอดจนรองเท้าและเอกสารต่าง ๆ รวบรวมใส่ไว้ในถุงพลาสติกจัดชื่อผู้ป่วยและรายการของลงไปใส่ในถุง และปิดไว้นอกถุงด้วยเพื่อป้องกันความผิดพลาด ของเหล่านี้ถ้าเจ้าหน้าที่ต้องการนำไปเป็นหลักฐานประกอบคดีให้เซ็นรับไปและ มีพยานรับรองอย่างน้อย 2 คน
2. ควรเก็บของของผู้ป่วยหลังจากรวบรวมไว้อย่างมิดชิด และควรมีที่ล็อกกุญแจป้องกัน การสูญหาย
3. เครื่องประดับ เช่น สายสร้อย แหวน กำไล นาฬิกา ต้องลงรายการให้ครบถ้วนว่ามีอะไรบ้าง และไม่ควรเขียนผูกมัดเกินไป เช่น สายสร้อยทองคำ 1 เส้น หรือ แหวนเพชร 1 วง การเขียนรายการของมีค่า ควรเขียนว่าสายสร้อยคอลักษณะสีคล้ายทอง 1 เส้น หรือแหวน



หัวคล้ายพลอยสีขาว สะท้อนแสง วงแหวนคล้ายเงิน 1 วง เพราะปัจจุบันนี้มีของเทียมมากมาย  
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบต้องระวังไว้เพราะของที่เรารักษาไว้ไม่ทราบว่าเป็นของแท้หรือของเทียม

4. เมื่อเก็บรวบรวมได้แล้ว ต้องให้เพื่อนร่วมงานเซ็นรับรองว่า มีของตามจำนวน  
ที่เราเก็บไว้จริง อย่างน้อย 2 คนขึ้นไป เพื่อป้องกันปัญหาทางกฎหมายตามมาภายหลัง

5. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาจมอบให้กับตัวผู้ป่วยไปได้ พร้อมทั้งเซ็นชื่อรับของแต่  
ถ้าไม่รู้สึกตัวจำเป็นต้องนอนรักษาในหอผู้ป่วยให้นำของที่เก็บไว้ นั้น ไปส่งมอบให้กับพยาบาล  
ประจำหอผู้ป่วยนั้น ๆ แล้วให้พยาบาลที่หอผู้ป่วยนั้นเซ็นรับมอบไปเก็บไว้ เพื่อมอบให้กับผู้ป่วย  
เมื่อหายดีแล้ว ถ้า Refer ไปรักษาต่อที่อื่นควรปฏิบัติเช่นเดียวกัน

#### การจัดเก็บและการให้ข้อมูลทางคดี

ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งผลการตรวจทางห้องทดลองถือเป็นข้อมูลส่วนตัว และเป็น  
ความลับของผู้ป่วยทั้งสิ้น ดังนั้นผู้มีหน้าที่เก็บเอกสารต่าง ๆ เช่น OPD Card หรือ Film X-ray ควรเก็บ  
ไว้เป็นอย่างดี และไม่เปิดเผยหรืออนุญาตให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องดูโดยเด็ดขาด เพราะอาจต้อง  
รับผิดชอบเปิดเผยความลับของผู้ป่วย หรืออาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความเสียหายแก่รูปคดีได้

การให้ข้อมูลทางคดีจะให้ได้เฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงเท่านั้นเช่น ตัวผู้ป่วยเอง  
ตำรวจเจ้าของคดี เจ้าหน้าที่บริษัทประกัน เจ้าหน้าที่กรมแรงงาน หรือผู้ที่มีหนังสือมอบฉันทะจากผู้ป่วย

#### 1.2.5 กฎหมายกับการพยาบาลในห้องอุบัติเหตุ

การปฏิบัติพยาบาลนั้นถูกควบคุมด้วยกฎหมายที่สำคัญได้แก่ (พิบูลทิพย์ หงษ์เหิร,  
2537)

1. กฎหมายอาญา
2. กฎหมายแพ่ง
3. กฎหมายวิชาชีพ ได้แก่ พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

พ.ศ. 2528

กฎหมายอาญา เป็นกฎหมายมหาชน หมายถึงกฎหมายที่รัฐมีอำนาจเหนือประชาชน  
ของตนสามารถออกคำสั่งให้ประชาชนปฏิบัติอย่างไร หรือห้ามมิให้ปฏิบัติอย่างไรก็ได้ เพื่อความ  
เป็นระเบียบเรียบร้อยและความปลอดภัยของประชาชนเมื่อมีการกระทำความผิดตามกฎหมาย  
ฉบับนี้ รัฐจะยื่นมือเข้ามาดำเนินการด้วยวิธีการทางกฎหมายเพื่อนำตัวผู้กระทำความผิดมาลงโทษ  
ความผิดตามกฎหมายอาญาแบ่งออกเป็น 2 ตามความรุนแรงคือ

1. ความผิดร้ายแรงหรือความผิดต่อแผ่นดินเป็นความผิดที่กระทบต่อความสงบสุขของสังคมและประชาชนโดยส่วนรวม รัฐจึงจำเป็นต้องนำตัวผู้กระทำความผิดมาลงโทษให้ได้ถึงแม้จะไม่มีผู้เสียหาย หรือผู้เสียหายไม่ต้องการเอาเรื่องกับผู้กระทำผิดก็ตาม ตำรวจยังต้องจับกุม ผู้กระทำความผิดและอัยการจะเป็นผู้ฟ้องร้องคดีต่อศาลให้พิจารณาลงโทษ ความผิดในกรณีนี้ได้แก่ การฆ่าคนตาย การทำให้ผู้อื่นได้รับอันตรายสาหัส เป็นต้น

2. ความผิดที่ไม่ร้ายแรงหรือความผิดที่ยอมความกันได้ เป็นความผิดที่ทำให้เกิดความเสียหายเฉพาะบุคคล ถ้าผู้เสียหายไม่ต้องการเอาเรื่องรัฐก็จะไม่ดำเนินการใดๆ ถึงแม้จะมีการฟ้องร้องคดีต่อศาลแล้ว ผู้เสียหายขอถอนฟ้องได้และทำให้คดีนั้นระงับไป ความผิดในกรณีนี้ได้แก่ การเปิดเผยความลับของผู้ป่วย การทำให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กาย การลักทรัพย์ เป็นต้น

โทษทางอาญานั้นค่อนข้างรุนแรง เพราะมีวัตถุประสงค์ที่จะทดแทนให้กับผู้เสียหายและสังคม ตลอดจนต้องการแยกผู้กระทำความผิดนั้นออกจากสังคม ช่วยให้สังคมรู้สึกปลอดภัยขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการป้องกันไม่ให้บุคคลอื่นกระทำความผิดเช่นนั้นอีก โทษทางอาญามี 5 สถาน คือ

1. ประหารชีวิต
2. จำคุก
3. กักขัง
4. ปรับ
5. ริบทรัพย์สิน

พยาบาลอาจรับผิดทางอาญาเมื่อกระทำต่อผู้ป่วยดังต่อไปนี้

1. ความผิดต่อชีวิต ได้แก่ ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม
2. ความผิดต่อร่างกาย ได้แก่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บตั้งแต่เล็กน้อยจนรุนแรง เช่น

ทุพพลภาพ

3. ความผิดต่อเสรีภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่สมัครอยู่โรงพยาบาลแต่พยาบาลพยายามหน่วงเหนี่ยวกักขังผู้ป่วย

4. ความผิดฐานทำให้แท้งลูก ได้แก่ ช่วยให้หญิงมีครรภ์แท้งลูกซึ่งมิใช่หน้าที่ของพยาบาล

5. ความผิดฐานทอดทิ้งผู้ป่วย ได้แก่ ละทิ้งหน้าที่ปล่อยผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะที่น่าจะเป็นอันตรายแก่ชีวิต

6. ความผิดฐานเปิดเผยความลับของผู้ป่วย
7. ความผิดฐานปฏิเสธไม่ช่วยเหลือผู้ตกอยู่ในอันตรายแห่งชีวิต

กฎหมายแพ่ง เป็นกฎหมายเอกชน หมายถึง คู่กรณีทุกฝ่ายนั้นมีอำนาจเท่าเทียมกัน สามารถต่อรองเพื่อตกลงกันทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ ความเสียหายทางแพ่งเป็นเรื่องเฉพาะตัว ไม่กระทบถึงบุคคลอื่นหรือสังคม รัฐจึงไม่จัดการใดๆ ให้ผู้เสียหายต้องไปฟ้องร้องกันเอง รัฐจะยื่นมือเข้ามาไกล่เกลี่ยหรือช่วยตัดสินให้ว่าใครถูกใครผิด ถ้าคู่กรณีตกลงกันได้และถอนฟ้อง รัฐก็อนุญาตให้ยกเลิกคดีนั้นได้

การที่พยาบาลกระทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย นอกจากจะต้องรับผิดทางอาญาแล้ว ผู้เสียหายอาจเรียกร้องตามกฎหมายแพ่งให้พยาบาลต้องรับผิดเนื่องจากละเมิดได้อีกด้วย

การกระทำละเมิดนั้นตามกฎหมายแพ่งได้ให้ความหมายไว้ว่า ผู้ใดกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ทรัพย์สิน หรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใด ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิด จำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น

โทษทางแพ่งเนื่องจากละเมิด คือการบังคับให้ผู้ทำละเมิดชดใช้เงินให้กับผู้เสียหาย ซึ่งเรียกว่า ค่าสินไหมทดแทนสภาพบังคับนี้อาจตกทอดไปยังทายาทที่รับมรดกของผู้ละเมิดได้อีกด้วย

เนื่องจากผู้ทำละเมิดต้องชดใช้เงินให้แก่ผู้เสียหายซึ่งอาจเป็นเงินจำนวนมากจนผู้ทำละเมิดไม่อาจชดใช้ได้ กฎหมายจึงกำหนดผู้ร่วมรับผิดกับผู้ทำละเมิดไว้ด้วย เช่น นายจ้างต้องร่วมรับผิดกับลูกจ้างที่ได้ทำละเมิดเนื่องจากปฏิบัติตามหน้าที่ของตน เป็นต้น

#### พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528

วิชาชีพ หมายถึง วิชาที่มีการฝึกอบรมในสถาบันชั้นสูง เพื่อพัฒนาให้เกิดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะสาขาซึ่งเป็นศาสตร์เฉพาะเพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชนทั่วไป รัฐจึงจำเป็นต้องออกกฎหมายเพื่อควบคุมผู้ประกอบการวิชาชีพเฉพาะเพื่อกำหนดมาตรฐานและจรรยาวิชาชีพขึ้น ควบคุมผู้ประกอบการของตนให้ปฏิบัติงานอย่างมีมาตรฐานเป็นที่ปลอดภัย และไว้วางใจต่อผู้ที่เข้ามาใช้บริการทางวิชาชีพโดยมีองค์กรทางวิชาชีพทำหน้าที่สอดส่องดูแลให้ปฏิบัติตามจรรยาวิชาชีพที่ได้กำหนดไว้

การพยาบาล หมายความว่า การกระทำในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการของโรคและการลุกลามของโรค การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพอนามัย และการป้องกันโรค รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ และการกระทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์ และศิลปะการพยาบาล

การผดุงครรภ์ หมายความว่า การตรวจ การแนะนำ การส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติต่อหญิงมีครรภ์ การป้องกันความผิดปกติทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด การทำคลอด การดูแล และการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกในระยะหลังคลอด รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ และการกระทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์ และศิลปะการผดุงครรภ์

พยาบาลจำเป็นต้องมีกฎหมายขึ้นควบคุมการประกอบวิชาชีพให้ได้มาตรฐานและมีจรรยาบรรณ เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยกฎหมายระบุให้ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แผนปัจจุบันทุกคนที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับกองประกอบโรคศิลปะ ได้เป็นสมาชิกสามัญสภาการพยาบาล และเป็นผู้ประกอบวิชาชีพขึ้นอยู่ภายใต้การควบคุมของกฎหมายฉบับนี้ซึ่งเป็นกฎหมายเฉพาะของพยาบาล

การฟ้องร้องในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของความล่าช้าในการให้ความช่วยเหลือ การตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้าให้ผู้ป่วยได้ไม่ถูกต้องเหมาะสม และที่พบบ่อยในหน่วยฉุกเฉิน คือ การตามแพทย์ไม่ได้ พยาบาลในหน่วยนี้จึงต้องเผชิญปัญหาโดยลำพังและตัดสินใจด้วยตัวเอง อีกประการหนึ่งความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันถือว่าการปลูกถ่ายอวัยวะเป็นวิธีการรักษาที่ได้รับการยอมรับในวงการแพทย์ อวัยวะที่สามารถนำมารักษาโดยการปลูกถ่าย ไตแก่ หัวใจ ตับ ไต ไชกระดุก และตาดำ เป็นต้น อวัยวะบางอย่างจะได้มาก็ต่อเมื่อผู้ให้เสียชีวิตแล้ว ในกรณีนี้พยาบาลในหน่วยฉุกเฉินจะมีส่วนเกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่เสียชีวิตอย่างกะทันหัน เช่น ได้รับอุบัติเหตุ หรือกรณีที่ผู้ป่วยสมองตายและแพทย์ต้องการจะขอบริจาคอวัยวะเพื่อไปปลูกถ่ายให้ผู้ป่วยอื่น ซึ่งพยาบาลจะต้องมีส่วนร่วมในการกระทำนั้นจะทำให้มีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาได้ เว้นแต่ว่าผู้ป่วยได้มีใบยินยอมไว้แล้วหรือญาติสนิท เช่น บิดา มารดา บุตร พี่น้อง ยินดีจะอุทิศให้ (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2540)

### 1.3 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การปฏิบัติการพยาบาล เป็นกระบวนการกระทำหรือการช่วยเหลือผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตัวเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงกิจกรรมภายใต้ความต้องการพื้นฐาน โดยพยาบาลจะรับผิดชอบตัดสินใจในการจัดกิจกรรมที่มีคุณภาพ ให้สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย หรือผู้ขอรับบริการเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้มารับบริการของห้องอุบัติเหตุ มีทั้งผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุเป็นรายบุคคล และอุบัติเหตุสถานการณ์หมู่ เป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตทุกสาขาของโรค เช่น หัวใจหยุดเต้น หายใจลำบาก เสียเลือด การได้รับบาดเจ็บต่างๆ เป็นต้น การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีหลักการการดูแลดังนี้ (สงศรี กิตติรักษัษตระกูล, 2537)

1. ดำเนินการแก้ไขปัญหาที่กำลังคุกคามชีวิตผู้ป่วย
2. ค้นหาสาเหตุและ/หรือ ปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ แล้วดำเนินการแก้ไข
3. ดูแลและรักษาสภาวะของผู้ป่วย ให้อยู่ในระดับปลอดภัยและคงที่ โดยการ

เผื่อระวังอย่างใกล้ชิด

4. รักษาหน้าที่ต่างๆ ของอวัยวะสำคัญของร่างกายให้คงไว้
5. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อ
6. ควบคุมประคองจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย และญาติ

#### 1.3.1 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลห้องอุบัติเหตุ

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลห้องอุบัติเหตุ จะต้องค้นหาปัญหาและดำเนินการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว โดยพยาบาลจะต้องประมวลองค์ความรู้ทางการพยาบาลทุกระบบ เพื่อนำมาประกอบการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว ตลอดจนดำเนินการช่วยเหลือ ควบคุมประคองให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดพ้นจากภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ

จากรวรรณ พรรคพานิช, ภัทรา นิโคธธา และจินตนา ตันติกุล (2540) กล่าวว่า พยาบาลที่แผนกฉุกเฉินควรมีลักษณะเฉพาะดังนี้ คือ

1. ให้ความสนใจดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา
2. สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาวะฉุกเฉินในแต่ละกรณี
3. อุดหนุนต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยและญาติบางราย
4. รู้จักสังเกตอาการของผู้ป่วย สามารถตัดสินใจ และจัดการกับงานต่างๆ ได้ดี
5. ให้ข้อมูล คำแนะนำและสุเคราะห์แก่ผู้ป่วย
6. มีความกระตือรือร้นที่จะให้บริการ มีสีหน้าท่าทาง น้ำเสียงที่เป็นมิตรก่อให้เกิดความประทับใจและอบอุ่น
7. มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ ทำให้สามารถประเมินความต้องการ และปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและพึงพอใจในบริการที่ได้รับ
8. มีความสามารถในการประเมินภาวะตั้งเครียดทางอารมณ์ของผู้ป่วย เข้าใจถึงความเจ็บป่วยและให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเป็นการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย สร้างความมั่นใจให้เกิดขึ้นและร่วมมือในการรักษาพยาบาล
9. มีความสามารถในการทำงานเป็นทีม
10. ได้รับการฝึกฝนมาโดยเฉพาะ และมีความรู้ด้านกฎหมาย

กองการพยาบาล (2542) ได้กล่าวถึงคุณสมบัติของพยาบาลฉุกเฉินไว้ดังนี้

1. มีความรู้ในวิชาการพยาบาลและได้รับการฝึกฝนด้านการปฐมพยาบาล
2. มีประสบการณ์ทางการพยาบาลฉุกเฉิน

3. มีอารมณ์มั่นคงไม่หวั่นไหวต่อเหตุการณ์วิกฤตต่าง ๆ
4. มีความมั่นใจในตนเอง ตัดสินใจได้เร็วและถูกต้อง
5. สามารถแก้ไขปัญหาฉุกเฉินเฉพาะหน้าได้ดี
6. ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย
7. พุดลอบโยนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย
8. มีความสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างถี่ถ้วน
9. มีความรู้ทางกายวิภาคและสรีรวิทยาดี
10. มีความรู้ความเข้าใจในปัญหาผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ
11. มีความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยหนักด้วยความเต็มใจ

หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุ ตามที่สำนักงานข้าราชการพลเรือนกำหนด (สงศรี กิตติรักษ์ตระกูล, 2537) มีดังนี้

#### 1. ด้านบริหาร

- 1.1 ร่วมรับนโยบายจากฝ่ายการพยาบาล
  - 1.2 ร่วมวางแผนในการพัฒนาหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินประจำปี
  - 1.3 ช่วยจัดตารางเวรการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และควบคุมตรวจสอบให้มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการพยาบาล อย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง
  - 1.4 ช่วยจัดหาเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติการพยาบาลให้เพียงพอแต่ละเวร และจัดคนทดแทนในกรณีมีเจ้าหน้าที่ ลา กิจ ลาป่วย ลาคลอด ฯลฯ (ถ้ามี)
  - 1.5 มอบหมายงานแก่สมาชิกในทีมตามความรู้ ความสามารถ และความเหมาะสม
  - 1.6 ควบคุมและตรวจสอบการให้บริการการรักษาพยาบาลของสมาชิก
- ในทีมงาน
- 1.7 นิเทศการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับรอง
  - 1.8 เป็นที่ปรึกษาแก้ไขปัญหาด้านการรักษาพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่
- ระดับรอง
- 1.9 เป็นผู้นำทำกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้คือ การรับและส่งเวรการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลในแต่ละเวร
  - 1.10 ร่วมปรับปรุงระบบงานบริการภายในหน่วยงาน

- 1.11 ช่วยจัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องมือพิเศษ เครื่องใช้ ยา และสารน้ำชนิดต่างๆ ให้พร้อมและเพียงพอ ควบคุมและดูแลให้ผู้รับผิดชอบจัดเก็บอย่างมีระเบียบพร้อมที่จะหยิบให้ทันทีในการช่วยชีวิตผู้ป่วย
- 1.12 ช่วยควบคุมดูแลพร้อมทั้งจัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ ให้มีเพียงพอ
- 1.13 ร่วมประชุมประจำเดือน พร้อมเจ้าหน้าที่ทั้งโรงพยาบาล
- 1.14 ร่วมประชุมประจำเดือนของหน่วยงานเพื่อรับฟัง และชี้แจง แก้ไขปัญหา
- 1.15 ช่วย/ดูแลให้มีการรวบรวมสถิติ ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกระดับ รวมทั้งสถิติการบริการทางการพยาบาลต่าง ๆ ประจำเดือน ประจำปี
- 1.16 ประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งนอกและในโรงพยาบาล

## 2. ด้านบริการ

- 2.1 ประเมินสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง
- 2.2 จำแนกประเภทผู้ป่วย และตัดสินใจกับเหตุการณ์ฉุกเฉินเพื่อให้การรักษาพยาบาลรวดเร็วถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ
- 2.3 วินิจฉัยการพยาบาล ศึกษาปัญหาผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว และทันต่ออาการเจ็บป่วยที่ฉุกเฉิน
- 2.4 ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ทุกชนิด และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อการช่วยชีวิตได้ถูกต้องเหมาะสม เช่น การใช้เครื่องมือช่วยหายใจ การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ เป็นต้น
- 2.5 ให้การพยาบาลฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยทุกประเภท ได้แก่ ฉุกเฉินทางอายุกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม และ ตา หู คอ จมูก
- 2.6 ให้การพยาบาลผู้ป่วยหนัก หลังจากที่ได้ช่วยฟื้นคืนชีพก่อนที่จะย้ายผู้ป่วยไปยังตึกผู้ป่วยหนัก หรือห้องผ่าตัดต่อไป
- 2.7 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างเฉียบพลันได้ในทันทีทันใด เพื่อให้การรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน ถูกต้องทันที่
- 2.8 ให้สุขศึกษาและคำปรึกษาแนะแนวด้านต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยทุกประเภท ที่มารับบริการที่หน่วยฉุกเฉิน

2.9 ติดต่อประสานงาน เพื่อการรักษาโรคทั่วไปและรักษาเฉพาะทาง ป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งการประสานงานเพื่อส่งต่อการรักษาทั้งภายในและภายนอก โรงพยาบาล การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจและหน่วยงานอื่น

### 3. ด้านวิชาการ

- 3.1 ช่วยปฐมนิเทศผู้เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงาน และผู้ที่มาอบรม
- 3.2 จัดทำคู่มือปฐมนิเทศ เกี่ยวกับหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สำหรับเจ้าหน้าที่ได้ยึดถือปฏิบัติ
- 3.3 ช่วยจัดหาตำรา เอกสารวิชาการ คู่มือที่เกี่ยวกับการพยาบาล กฎระเบียบต่าง ๆ ไว้ในหน่วยงานสำหรับเจ้าหน้าที่ ตลอดจนนักศึกษาได้ค้นคว้า
- 3.4 ช่วยจัดเตรียม การเรียนการสอน เอกสารสำหรับนักศึกษา และผู้เข้าอบรมดูงาน
- 3.5 ร่วมเป็นวิทยากรให้การอบรมบุคคลทั่วไป เกี่ยวกับเรื่อง การปฐมพยาบาล และการช่วยเหลือผู้ประสบภัย
- 3.6 ร่วมประชุมวิชาการของหน่วยงาน ฝ่ายการพยาบาล และของโรงพยาบาล
- 3.7 สอน แนะนำ ให้คำปรึกษา ด้านการปฏิบัติการพยาบาลฉุกเฉินในเชิงวิชาการแก่นักศึกษาเจ้าหน้าที่ระดับรองลงมา และผู้มาฝึกอบรมดูงาน

สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (สงศรี กิตติรักษ์ตระกูล, 2537) มีดังนี้

- 1. มีความสามารถในการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ เกี่ยวกับ
  - 1.1 การจัดอาคารสถานที่และเนื้อที่ใช้สอยภายในหน่วยงานให้เหมาะสม เกิดความสะดวกและคล่องตัวในการปฏิบัติงาน
  - 1.2 การจัดทีมการให้การรักษายาบาล ได้เหมาะสมกับสถานการณ์และสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
  - 1.3 การจัดการเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่พอเพียง และเหมาะสมกับสภาพการณ์รักษาพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย/กรณี
  - 1.4 การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในหน่วยงาน อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2. มีความสามารถและทักษะในด้านการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย
  - 2.1 ความสามารถและทักษะในการประเมินอาการเจ็บป่วยที่สำคัญของผู้ป่วยได้



อย่างรวดเร็วและถูกต้อง

2.2 ความสามารถและทักษะในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นในภาวะการณ้ฉุกเฉิน ในทุกระบบได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสม

2.3 ความสามารถในการเตรียมการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

3. มีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร เพื่อให้การรักษาพยาบาลในผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการบันทึกอาการ สิ่งที่ตรวจพบ กิจกรรมการรักษาพยาบาล ผลของการรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ชัดเจนครอบคลุมและได้ใจความ

3.2 ความสามารถและทักษะในการติดต่อสื่อสาร เพื่อการรักษาและส่งต่อทั้ง ภายในและภายนอกหน่วยงานหรือโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3.3 ความสามารถและทักษะในการติดต่อสื่อสาร ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลที่จะได้รับ แก่ผู้ป่วยและญาติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

4. มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

5. มีความสามารถในการใช้คุณธรรมและเหตุผลเชิงจริยธรรมในการวิเคราะห์ วินิจฉัยแก้ไขปัญหา ควบคู่ไปกับการแก้ไขปัญหาตามกระบวนการพยาบาล

1.3.2 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กองการพยาบาล ได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉินไว้ 5 มาตรฐานดังนี้ (กฤษดา แสงวงศ์ และคณะ, 2542)

**มาตรฐานที่ 1** การคัดกรองผู้ป่วย (Triage)

ข้อความมาตรฐาน : พยาบาลวิชาชีพประเมินอาการที่เป็นอันตราย เสี่ยงต่อการเสียชีวิต จัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยแต่ละรายและให้การช่วยเหลือทันทีตามความรุนแรงของความเจ็บป่วย

**แนวทางปฏิบัติ**

1. ตรวจประเมินอาการสำคัญที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย และแก้ไขภาวะฉุกเฉินอย่างรวดเร็วทันทีที่มาถึงโรงพยาบาล ตามแนวทางวิธีปฏิบัติทางคลินิกของหน่วยงาน ซึ่งประกอบด้วย

- 1.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว
- 1.2 ประเมินทางเดินหายใจ
- 1.3 ประเมินการหายใจ

#### 1.4 ประเมินระบบไหลเวียนโลหิต

2. ให้ความช่วยเหลือตามแนวทางที่กำหนดเกี่ยวกับการช่วยหายใจ ช่วยฟื้นคืนชีพ การห้ามเลือด การช่วยสนับสนุนการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต (Circulatory support) หรือการตามอวัยวะที่หัก
3. ระบุตัวบุคคลผู้ป่วย (Patient identification) ให้ชัดเจนเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว
4. วิเคราะห์จัดระดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายบนพื้นฐานข้อมูลที่รวบรวมได้ จำแนกเป็น
  - 4.1 ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent)
  - 4.2 ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent)
  - 4.3 ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent)
5. บันทึกข้อมูลการคัดกรองภาวะการเจ็บป่วย และปฏิบัติการพยาบาลเบื้องต้นที่สำคัญต่อไปนี้เป็น
  - 5.1 ระดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วย (Triage level)
  - 5.2 อาการและอาการแสดงที่สำคัญเมื่อแรกรับ
  - 5.3 สัญญาณชีพ
  - 5.4 ระดับความรู้สึกตัวหรือ Glasgow coma score กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือมีอาการผิดปกติทางระบบประสาท
  - 5.5 กิจกรรมการพยาบาลเบื้องต้น
6. รายงานแพทย์ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน
7. ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ป่วย อย่างเหมาะสม

#### มาตรฐานที่ 2 การประเมินปัญหาและการแก้ไขภาวะฉุกเฉิน

ข้อความมาตรฐาน : พยาบาลวิชาชีพประเมินปัญหาผู้ป่วยเพิ่มเติมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่ซ่อนเร้นภายหลังการ แก้ไขภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิต และประเมินซ้ำเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง (Ongoing assessment)

#### แนวทางปฏิบัติ

1. ประเมินอาการโดยใช้หลัก Primary survey อีกครั้งก่อนการประเมิน Secondary survey
2. ประเมินอาการตามหลัก Secondary survey จากข้อมูลที่ได้จากภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

## อย่างเป็นระบบ

- 2.1 ประวัติการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล
- 2.2 กลไกการได้รับบาดเจ็บ (Mechanism of injury) ในกรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือได้รับบาดเจ็บ
- 2.3 การใช้ยา และการแพ้ยา
- 2.4 การตรวจร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าโดยละเอียด
3. ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยรวบรวมและบันทึกเป็นระยะ ๆ อย่างเหมาะสมกับธรรมชาติ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ ตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติของหน่วยงานหรืออย่างน้อย
  - 3.1 ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมาก (Emergent) จะต้องได้รับการประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 10 – 15 นาที
  - 3.2 ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทหรือได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจะต้องได้รับการเฝ้าระวังทางระบบประสาททุกราย เช่น การประเมิน Glasgow coma score
  - 3.3 ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉิน (Urgent) จะต้องได้รับการประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 30 นาที หรือตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค/กลุ่มอาการ
  - 3.4 ผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) จะต้องได้รับการประเมินอาการ อาการแสดง และสัญญาณชีพซ้ำระหว่างรอรับการรักษาในห้องฉุกเฉิน และบ่อยครั้งถ้าอาการเลวลงตามแนวปฏิบัติในข้อ 3.1 – 3.3 หรือตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติในการดูแลเฉพาะโรค/กลุ่มอาการ
4. ให้การช่วยเหลือ แก้ไขบรรเทาอาการ และแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตทันทีที่ ตรวจพบปัญหา
5. ให้การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ กรณีการเตรียมผ่าตัดฉุกเฉิน
6. ให้การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อม กรณีส่งต่อหรือจำหน่ายและต้องมีการประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงซ้ำ ถ้าอาการเลวลงจะต้องแก้ไขตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติในการดูแลเฉพาะโรค หรือเฉพาะกลุ่มอาการ
7. บันทึกผลการประเมิน อาการและอาการแสดงที่สำคัญที่ตรวจพบลงในแบบฟอร์มหรือบัตรตรวจโรค และรายงานอาการผิดปกติแก่แพทย์เจ้าของไข้เพื่อการรักษาต่อเนื่อง

## มาตรฐานที่ 3 การส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย

ข้อความมาตรฐาน : พยาบาลวิชาชีพวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ และส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย

### แนวทางปฏิบัติ

1. ประเมินอาการไม่สุขสบายหรืออาการรบกวนต่าง ๆ ของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากหน่วยงาน
2. ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจ ระหว่างอยู่ในห้องฉุกเฉินหรือห้องสังเกตอาการ
3. ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย เช่น อาการปวด อาการหายใจไม่สะดวก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น
4. ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์หรือทีมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและร่วมแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการรักษาพยาบาล
5. ประเมินแพทย์เพื่อให้การรักษาเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงการรักษา ในกรณีที่อาการไม่สุขสบายไม่ทุเลาลง
6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกเล่าถึงความไม่สุขสบาย หรืออาการรบกวนต่าง ๆ อธิบายถึงแนวทางการช่วยเหลือจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่นในขณะนอนพักรักษาตัวอยู่ในห้องฉุกเฉินหรือห้องสังเกตอาการ

### มาตรฐานที่ 4 การส่งต่อการรักษา

ข้อความมาตรฐาน : พยาบาลวิชาชีพดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยระหว่างการส่งต่อรักษา

### แนวทางปฏิบัติ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อรักษาทุกรายทั้งในและนอกโรงพยาบาลจะต้องได้รับการดูแลในเรื่องต่อไปนี้ก่อนการเคลื่อนย้ายตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิก
  - 1.1 สัญญาณชีพ
  - 1.2 ทางเดินหายใจและการหายใจ
  - 1.3 ระบบการไหลเวียนโลหิต การได้รับสารน้ำทดแทนและการห้ามเลือดจากบาดแผล
  - 1.4 บาดแผล แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จะต้องได้รับการทำความสะอาดโดยใช้เทคนิคการป้องกันการติดเชื้อ
  - 1.5 ตามส่วนที่หักของกระดูก แขน ขา
  - 1.6 เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยระมัดระวังการเคลื่อนที่ของกระดูกส่วนที่หัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระดูกสันหลัง
  - 1.7 ดูแลรักษาอวัยวะส่วนที่ขาดหรือบาดเจ็บ

2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเหตุผลของการส่งต่อการรักษา
3. ประสานงานและส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลและอาการผู้ป่วยที่สำคัญกับหน่วยงานที่จะรับผู้ป่วยไปรักษาต่อ
4. จัดเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลไปกับผู้ป่วยพร้อมอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย

## มาตรฐานที่ 5 การให้ข้อมูลและการเคารพสิทธิของผู้ป่วย

**ข้อความมาตรฐาน :** 5.1 พยาบาลวิชาชีพจะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบทบาทความรับผิดชอบ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาล

### แนวทางปฏิบัติ

1. ประเมินความต้องการและความพร้อมในการรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและญาติ
2. ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ถึงภาวะความป่วยของผู้ป่วยและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์
3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติตามแผนที่วางไว้กับแพทย์เจ้าของไข้โดยวิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์
4. ประเมินพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยและญาติถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
5. แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงแผนการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย
6. ให้ผู้ป่วยและญาติร่วมตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมโดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล (ยกเว้นกรณีฉุกเฉินที่คุ้มครองชีวิตของผู้ป่วย)
7. อธิบายหรือชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจความสำคัญของการรักษาพยาบาลก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา (Informed consent)
8. ผู้ป่วยที่กลับไปสังเกตอาการต่อเนื่องที่บ้านจะต้องได้รับคำแนะนำและหรือเอกสารการดูแลตนเอง และการสังเกตอาการผิดปกติ
9. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับคำแนะนำและบันทึกการรับรู้/ความเข้าใจไว้เป็นหลักฐาน
10. กรณีผู้ป่วยกลับบ้านโดยไม่สมัครใจรับการรักษา พยาบาลวิชาชีพต้องให้คำแนะนำ

หรือเอกสารการดูแลตนเอง และซักซ้อมความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตอาการและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่มีสิทธิรับผิดชอบผู้ป่วยตามกฎหมาย ลงลายมือชื่อกำกับเพื่อแสดงการยอมรับและเข้าใจในคำอธิบายไว้เป็นหลักฐาน

10. กรณีการแจ้งข่าวร้าย ให้ดำเนินการตามแนวทางวิธีปฏิบัติที่หน่วยงานกำหนด

11. กรณีที่ต้องเปิดเผยข้อมูลต่อผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ให้ระมัดระวังการรักษาความลับของผู้ป่วย และให้ปฏิบัติตามแนวทางวิธีปฏิบัติที่หน่วยงานกำหนด

**ข้อความมาตรฐาน :** 5.2 พยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลบนพื้นฐานของความเคารพในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคล

### แนวทางปฏิบัติ

1. พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยโดยยึดจรรยาบรรณวิชาชีพ และเคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคลอย่างเท่าเทียมกันไม่แบ่งชนชั้นหรือเชื้อชาติ ศาสนา
2. พยาบาลวิชาชีพต้องปกป้องผู้ป่วยไม่ให้ถูกล่วงล้ำหรือละเมิดสิทธิส่วนบุคคลในทางที่ไม่เหมาะสมตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย
3. ก่อนให้การพยาบาลใด ๆ ต้องแน่ใจว่า
  - 3.1 ได้บอกให้ผู้ป่วยได้รับทราบแม้ในภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว
  - 3.2 ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น
  - 3.3 สถานที่/บริเวณให้การพยาบาลเป็นสัดส่วนมิดชิด
4. พยาบาลวิชาชีพต้องเป็นแบบอย่างและควบคุมกำกับให้สมาชิกที่มการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับมอบหมายด้วยความเคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ ในฐานะปัจเจกบุคคลแม้ในภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว

## 2. วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ปัจจุบันวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตั้งอยู่เลขที่ 681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กทม 10300 มีอาณาบริเวณ 30 ไร่ อาคารที่ทำการ 22 หลัง จำนวนเตียง 911 เตียง ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วยครอบคลุมทุกสาขาวิชา โดยคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค ด้วยเครื่องมือที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพสูง

องค์กรของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล แบ่งเป็น 8 ฝ่าย 6 กลุ่มงาน และ 13 ภาควิชา ดังนี้

## 2.1 องค์การวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล



## 2.2 ห้องอุบัติเหตุวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ห้องอุบัติเหตุ เป็นส่วนหนึ่งของภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวชศาสตร์ ตั้งอยู่ชั้นล่างของอาคาร แบ่งตัวอาคารออกเป็นด้านนอกและด้านใน ด้านนอกเป็นส่วนสำหรับให้ผู้ป่วยรอตรวจ ส่วนด้านในจะเป็นห้องตรวจ และให้การพยาบาล ส่วนนอกและส่วนในจะมีกำแพงและประตูกันไว้ ด้านในไม่สามารถมองเห็นผู้ป่วยที่กำลังนั่งรอตรวจได้

ลักษณะภายในห้องอุบัติเหตุจัดเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ใช้ตรวจรักษาผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป ห้องเข้าเฝ้ากปนสำหรับผู้ป่วยกระดูกหัก ห้องผ่าตัดเล็ก และห้องช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับผู้ป่วยและจำเป็นต้องช่วยชีวิตเร่งด่วน มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตจัดไว้ประจำ และสะดวกในการหยิบใช้

ในหน่วยงานแบ่งเจ้าหน้าที่หมุนเวียนรับผิดชอบเป็น 3 ผลัด ผลัดละ 8 ชั่วโมง คือ 24.00 – 08.00 น. 08.00 – 16.00 น. และ 16.00 – 24.00 น. อัตราบุคลากรที่ปฏิบัติในแต่ละผลัดประกอบด้วยแพทย์ จำนวน 2 – 4 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน และพนักงานเปล 4 คน

ห้องอุบัติเหตุ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เป็นหน่วยงานที่เปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในทุกๆกรณีตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งให้บริการด้านนิติเวช ประกอบด้วยหัวหน้าภาควิชา 1 คน แพทย์นิติเวช 1 คน แพทย์อุบัติเหตุ 2 คน หัวหน้าตึก 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 30 คน โดยมีพยาบาลวิชาชีพลาศึกษาต่อระดับปริญญาโท 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เฉพาะในด้านนิติเวช 3 คน พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เฉพาะในห้องผ่าตัดเล็ก 2 คน มีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในห้องอุบัติเหตุน้อยกว่า 5 ปี มี 5 คน และมีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในห้องอุบัติเหตุ 5 ปี ขึ้นไปจำนวน 18 คน

## 3. การจัดระบบคัดกรองผู้ป่วย

คำว่า Triage เป็นคำว่ามีรากศัพท์มาจากภาษาฝรั่งเศส มีความหมายว่า “To pick out or sift” เดิมมีการใช้คำนี้ในภาวะสงครามหรือในสนามรบที่มีการบาดเจ็บจากการต่อสู้เกิดขึ้น เนื่องจากความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในสนามรบนั้นมีความจำกัดในเรื่องของบุคคลากรทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ ตลอดจนความลำบากในการขนย้ายผู้บาดเจ็บ เพื่อนำมาให้การรักษาในโรงพยาบาล จึงต้องมีการเลือกว่าใครควรจะได้รับการช่วยเหลือก่อนหลัง ดังนั้นการคัดกรองผู้บาดเจ็บที่ต้องการความเร่งด่วนและมีโอกาสที่ดีที่จะรอดชีวิตจากการช่วยเหลือนั้นออกจากผู้บาดเจ็บที่ไม่เร่งด่วนหรือไม่มีโอกาสอันดีที่จะรอดชีวิต จึงมีความจำเป็นต้องทำการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, 2544)



ต่อมาประมาณปี ค.ศ. 1959 – 1960 แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในสหรัฐอเมริกา ได้นำระบบการคัดกรองผู้ป่วย (Triage system) กลับมาใช้ใหม่ด้วยเหตุผล 2 ประการคือ (สุดาพรรณ ธีญาจิรา, 2541)

1. สถิติของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกฉุกเฉินเพิ่มขึ้นทุกปี และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มมากขึ้นอีกในอนาคต

2. จำนวนของผู้ป่วยที่มาใช้บริการส่วนหนึ่งไม่ได้มีปัญหาเร่งด่วนที่จะต้องให้การช่วยเหลือทันทีซึ่งเกิดจากภาพพจน์ของโรงพยาบาลในสายตาของประชาชนเปลี่ยนไปจากเดิม จากที่เคยคิดว่าต้องป่วยหนักเท่านั้นจึงจะไปรับการรักษาจากโรงพยาบาล ในระยะเวลาต่อมาหน่วยงานต่างๆ ได้มีการรณรงค์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมมากขึ้น มีการจัดตรวจสุขภาพทำให้สามารถค้นพบความผิดปกติได้ในระยะแรก เมื่อเกิดการเจ็บป่วยประชาชนจึงนิยมมารับการรักษาจากโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น จากการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยทำให้หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉินนำระบบ การจำแนกมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการ

### 3.1 ความหมายของการจัดระบบคัดกรองผู้ป่วย

ระบบคัดกรองผู้ป่วย หมายถึง ระบบที่สามารถจำแนกผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉินจากผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน จัดลำดับความรุนแรงของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วนได้ทันการณ์ (Somerson and Markovchick, 1997)

ระบบคัดกรองผู้ป่วย หมายถึง ระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่ฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินอย่างรวดเร็วและชัดเจน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วและเหมาะสม (Mancini and Gale, 1981)

ระบบคัดกรองผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, 2544)

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า ระบบคัดกรองผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการประเมินผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุอย่างรวดเร็ว เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วนได้ทันการณ์และเหมาะสม

การจัดระบบคัดกรองผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการซึ่งประกอบด้วย การจัดหาบุคลากร (Personnel) การจัดหาสถานที่หรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหน่วยงานเพื่อความสะดวก รวดเร็วและเหมาะสม (Space requirements) การจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ และสิ่งจำเป็นที่ใช้ใน

การประเมินอาการผู้ป่วย (Equipment and supplies) ระบบการเก็บรวบรวมบันทึกข้อมูล (Documentation systems) และระบบการสื่อสาร (Communication systems) โดยนำมาจัดทำ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันการณ์และเหมาะสม (Somerson and Markovchick, 1997)

การนำระบบคัดกรองผู้ป่วยมาไว้ในห้องอุบัติเหตุ เป็นขบวนการซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการประเมิน เพื่อตัดสินความรีบด่วนของปัญหาและส่งไปรับการรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ตอบสนอง ความต้องการในการบริการผู้ป่วยฉุกเฉินได้เร็วขึ้น ลดความเครียดของผู้ป่วยและญาติรวมทั้ง ผู้ให้บริการ และลดจำนวนผู้ป่วยที่คั่งค้างในหน่วยฉุกเฉิน

### 3.2 องค์ประกอบของการจัดระบบคัดกรองผู้ป่วย

การจัดระบบคัดกรองผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านบุคลากร (Personnel) ด้านสถานที่ (Space requirements) ด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ (Equipment and supplies) ด้านระบบการเก็บรวบรวมบันทึกข้อมูล (Documentation systems) และระบบ การสื่อสาร (Communication systems) โดยมีรายละเอียดดังนี้ (Somerson and Markovchick, 1997)

#### 3.2.1 ด้านบุคลากร (Personnel)

ในการจัดระบบคัดกรองผู้ป่วยด้านบุคลากรตามกรอบแนวคิดของ Somerson and Markovchick (1997) หมายถึง บุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยในบริเวณจุดคัดกรองและ ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วนและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง

บุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย ควรมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีความรู้เรื่องโรค และให้การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้
2. มีความรู้ความชำนาญ และทักษะในการประเมินอาการของผู้ป่วยได้อย่าง รวดเร็ว
3. สามารถซักประวัติผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และบันทึกอาการสำคัญและสิ่งที่ตรวจ

พบได้อย่างเป็นระบบ

4. สามารถควบคุมสติของตนเองภายใต้ความกดดันต่าง ๆ

5. มีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และเป็นที่ยอมรับไว้วางใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกเล่าความจริงทั้งหมดที่เป็นปัญหา

Slay and Riskin (1976) กล่าวว่าจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้มีการนำระบบการคัดกรองผู้ป่วย (Triage system) มาใช้เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วแต่ละแห่งยังมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันไปในเรื่องของการจัดหาคาดการณ์เพื่อมาทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย โดยแต่ละแห่งจะให้เจ้าหน้าที่ต่างๆ กัน ตั้งแต่พนักงานทำความสะอาด เจ้าหน้าที่เวรเปล เจ้าหน้าที่ห้องยา เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย พยาบาลและแพทย์ ซึ่ง Thompson and Daine (1982) ได้แบ่งลักษณะของเจ้าหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยออกเป็น 3 รูปแบบคือ

1. พนักงานที่ไม่ใช่วิชาชีพ (Nonprofessional) เช่น ประชาสัมพันธ์ เสมียน เจ้าหน้าที่ทำบัตร เป็นผู้ระบุว่าผู้ป่วยมาที่หน่วยฉุกเฉิน ตามที่ตนเองคิดว่าเหมาะสม
2. พยาบาลหรือแพทย์ เป็นผู้ตรวจประเมินกลุ่มผู้ป่วยที่รอตรวจเป็นครั้งคราว (Spot check) เมื่อพบปัญหาเร่งด่วนก็จะให้การรักษาก่อนโดยไม่ได้วางแผนหรือจัดระบบใด ๆ
3. พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมหรือได้รับการฝึกให้มีประสบการณ์ในการคัดกรองผู้ป่วย และมีคู่มือ (Standard หรือ Protocol) ในการปฏิบัติการดูแลรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยก่อนจะได้พบแพทย์ มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเป็นผู้ให้ข้อมูลกับญาติพร้อมทั้งลงบันทึกในใบรายงาน

สุดาพรรณ ธัญจิรา (2541) กล่าวว่าคุณสมบัติของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย ควรจะเป็น มีดังนี้

1. มีความรู้และทักษะในการประเมินอาการและอาการแสดง (Assessment skill) มีทักษะในการสังเกต (Observation skill) การซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนของปัญหาได้
2. มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาก่อน มีทักษะในการให้การรักษาเบื้องต้นได้ สามารถใช้อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ ได้ถูกต้องเหมาะสม
3. มีความเป็นผู้นำ มีการตัดสินใจที่ดี และมีบุคลิกที่สามารถสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยและญาติให้เกิดความไว้วางใจรู้จักจิตวิทยาในการจูงใจให้เกิดความร่วมมือที่ดีที่สุด
4. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีทักษะในการสื่อสาร สามารถให้คำอธิบายหรือคำแนะนำที่สร้างความพึงพอใจให้กับผู้มารับบริการได้ แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่มีความกดดันสูง ซึ่งเป็นภาวะปกติของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
5. มีเจตคติที่ดีต่อการเป็นพยาบาลคัดกรอง ต่อหน่วยงานและต่อวิชาชีพ ใจกว้างยอมรับการประเมินได้ทั้งในด้านบวก และด้านลบ มีความเสียสละยินดีที่จะถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้ร่วมงานและพยาบาลรุ่นน้องเพื่อการพัฒนาหน่วยงาน
6. เป็นผู้มีสามัญสำนึก (Common sense) สามารถคาดเดาหรือทำนายเหตุการณ์

ล่วงหน้าจากข้อมูลที่มีอยู่ได้ และมีไหวพริบในการบริหารจัดการเพื่อป้องกันเหตุการณ์ที่จะทำความเสียหายต่อผู้ป่วย และหน่วยงานได้ตามความเหมาะสม

นอกจากนี้ยังได้กำหนดขั้นตอนในการทำงานของพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยไว้ดังนี้

1. ประเมินอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งแนะนำให้ญาติติดต่อทำบัตรประจำตัวผู้ป่วย หรือตามเจ้าหน้าที่ห้องทำบัตรมาทำ (ในกรณีเร่งด่วน)
2. บันทึกอาการสำคัญ และสิ่งตรวจพบลงในเวชระเบียน หรือแบบฟอร์มที่กำหนดไว้อย่างถูกต้อง
3. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ที่เหมาะสมกับการให้การรักษ เช่น ห้องตรวจ ห้องทำแผล เป็นต้น
4. ให้พยาบาลหรือการรักษาเบื้องต้นตามข้อตกลงของการรักษา เช่น การทำแผลให้ยา หรือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
5. ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจนกว่าจะได้พบแพทย์
6. ให้ข้อมูลกับญาติ หรือบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
7. จัดระบบ เวชระเบียน ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความ คล่องตัวในการบริหาร

Doris (1978) กล่าวว่าผู้ที่ทำหน้าที่จำแนกประเภทผู้ป่วยนั้นควรมีความสามารถดังนี้

1. สามารถทำงานได้ดีภายใต้ความเครียด
2. ประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
3. มีความเป็นผู้นำ
4. ตัดสินใจถูกต้องในเวลาอันรวดเร็ว
5. มีความสามารถ ในการติดต่อสื่อสาร กับผู้ป่วยและหน่วยงาน ต่าง ๆ ทั้งในและ

นอกโรงพยาบาล

6. สามารถสร้างสัมพันธภาพ
7. เข้าใจนโยบายของหน่วยงานเป็นอย่างดี
8. มีสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่รพพยาบาล
9. สามารถช่วยฝึกฝนเจ้าหน้าที่รพพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นได้
10. มีส่วนร่วมในการสอนผู้ป่วยและญาติ
11. สามารถช่วยประคับประคองจิตใจผู้ป่วยและญาติ
12. สามารถนิเทศเจ้าหน้าที่ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้คัดกรองประเภทผู้ป่วย

13. มีความรู้เกี่ยวกับการระบายผู้ป่วย ดูแลทางเข้าหน่วยงานให้พร้อมรับผู้ป่วยมี การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหนักและผู้รับบาดเจ็บไปยังสถานที่รักษาอย่างรวดเร็ว
14. รับรู้และสามารถจัดการต่อสถานการณ์รุนแรงต่าง ๆ เช่น การต่อสู้ คนเมาสุรา ผู้ไม่ให้ความร่วมมือ การไม่มีเหตุผล ของผู้ป่วยและผู้มารับบริการ
15. สร้างภาพลักษณ์ที่ดีแก่โรงพยาบาล
16. ทำงานโดยใกล้ชิดกับผู้นำส่งผู้ป่วย
17. มีสัมพันธภาพที่ดีกับแพทย์
18. สามารถจัดการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานอื่นตามที่แพทย์ระบุ
19. ปฏิบัติงานร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์และบุคลากรอื่น ๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ
20. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้
21. จัดให้มีการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยตลอดเวลา
22. มีความสามารถในการจัดระบบงาน การตัดสินใจ การแก้ปัญหา และรักษาความ ปลอดภัย (Awareness building)

ในสหรัฐอเมริกาได้มีการศึกษาการใช้บุคลากรที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ป่วย พบว่าผู้ที่ เหมาะสมที่สุดที่จะทำหน้าที่คือ พยาบาล ด้วยเหตุผลดังนี้ (อ้างถึงใน วนิดา ออประเสริฐศักดิ์ และ คณะ, 2540)

1. มีความสามารถและทักษะในการประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว โดยการสัมภาษณ์ และการตรวจร่างกายเบื้องต้น
2. มีความรู้และความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้ นำมาประเมินและวางแผนการรักษาพยาบาล
3. มีความรู้เรื่องโรคและสามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันทีในภาวะฉุกเฉิน
4. มีความสามารถในการบันทึกข้อมูลให้กระชับรัด ได้ใจความ
5. มีทักษะในการสร้างมนุษยสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งบุคลากรอื่น ๆ
6. เป็นผู้มีความอดทน มีสติ มีจิตใจสงบและมีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถเผชิญหน้า และตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างดีในสถานการณ์ที่ตึงเครียด

จากการศึกษาทั้งหมดอาจกล่าวได้ว่าคุณสมบัติของผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย มีดังนี้

1. มีทักษะในการประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว
2. มีความรู้เรื่องโรค และสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน
3. มีประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุอย่างน้อย 6 เดือน

4. มีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร
5. มีความสามารถในการบันทึกข้อมูลได้ สั้น กระชับ และได้ใจความ
6. มีสติ ความอดทน และความมั่นคงในอารมณ์

### 3.2.2 ด้านสถานที่ (Space requirements)

ในการจัดระบบคัดกรองผู้ป่วยด้านสถานที่ตามกรอบแนวคิดของ Somerson and Markovchick (1997) หมายถึง สถานที่ที่เหมาะสมเพื่อใช้เป็นจุดคัดกรอง ซึ่งควรมีลักษณะดังนี้

1. อยู่ใกล้กับประตูทางเข้าของผู้ป่วย ซึ่งทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยสามารถเห็นผู้ป่วยทันทีเมื่อผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการ
2. ต้องมีความเป็นส่วนตัว เช่น อาจใช้กระจกที่มองเห็นจากด้านในด้านเดียว หรืออาจมีม่านกัน เป็นต้น
3. ทางเข้าจุดคัดกรองจะต้องกว้างพอ สำหรับการเข็นรถนั่งและรถนอน
4. ต้องมีบริเวณกว้างพอที่จะช่วยฟื้นคืนชีพ (Resuscitation) ได้ถ้าจำเป็นต้องทำ
5. ระยะทางระหว่างจุดคัดกรอง และห้องรักษาพยาบาลจะต้องโล่ง ไม่มีสิ่งกีดขวาง
6. ต้องจัดให้มี โต๊ะ เก้าอี้ และ Crib สำหรับตรวจเด็กเล็ก สถานที่สำหรับการจัดวางอุปกรณ์วัดสัญญาณชีพ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต และปรอทวัดไข้ เป็นต้น

Lanros and Barber (1997) กล่าวว่า จุดคัดกรองที่เหมาะสมควรพิจารณาถึงสิ่งต่อไปนี้

1. อยู่ใกล้กับประตูทางเข้าของหน่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน มีความกว้างพอที่จะสามารถจรถนั่งและรถนอนได้
2. ต้องมีแสงสว่างเพียงพอ และมีอ่างล้างมือ
3. มีโต๊ะสำหรับตรวจและซักประวัติ มีถังออกซิเจน และเครื่องดูดเสมหะที่พร้อมใช้งาน
4. สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วนได้ทันที และสามารถบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ

จากการศึกษาอาจกล่าวได้ว่าสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับเป็นจุดคัดกรองผู้ป่วยควรมีลักษณะดังนี้

1. มีบริเวณกว้างพอสำหรับการเข็นรถนั่งและรถนอน เข้า - ออก ได้
2. ควรมีความเป็นส่วนตัว
3. สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ทันทีเมื่อเข้ามาใช้บริการ
4. มีอุปกรณ์ที่ใช้ในการประเมินอาการและให้การช่วยเหลือผู้ป่วย

### 3.2.3 ด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ (Equipment and supplies)

ในการจัดระบบคัดกรองผู้ป่วยด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ตามกรอบแนวคิดของ Somerson and Markovchick (1997) หมายถึง อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และสิ่งจำเป็นที่ใช้ในการประเมินอาการและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วน

อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ที่จำเป็นในการประเมินอาการผู้ป่วย ได้แก่

1. แผ่นภาพวัดสายตา
2. เครื่องวัดน้ำตาลในเลือด
3. ไฟฉาย
4. ปรัชทวัดไข้
5. เครื่องวัดความดันโลหิต
6. ไม้กดลิ้น
7. ถุงมือ
8. ผ้าก๊อซ
9. ผ้าปิดปาก
10. ไม้พันสำลี
11. อ่างล้างมือ

อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้สำหรับในการรักษาพยาบาล ได้แก่

1. ออกซิเจน (Oxygen administration devices)
2. เครื่องดูดเสมหะ (Suction)
3. ชุดทำแผล
4. Cervical collar
5. Sling
6. Splinting material
7. น้ำเกลือ
8. น้ำยาใส่แผล Batadine solution
9. น้ำยาล้างแผล ไฮโดรเจน เปอร์ออกไซด์
10. ชุดทำคลอด

จากการศึกษาอาจกล่าวได้ว่าอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับการคัดกรองผู้ป่วย ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต ปรอทวัดไข้ Airway Ambu bag ผ้าก๊อซ ไฟฉาย และSplint material

### 3.2.4 ด้านระบบการเก็บรวบรวมบันทึกข้อมูล (Documentation systems)

ในการจัดระบบคัดกรองผู้ป่วยด้านระบบการเก็บรวบรวมบันทึกข้อมูล ตามกรอบแนวคิดของ Somerson and Markovchick (1997) หมายถึง การบันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินอาการผู้ป่วยและการตัดสินใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย

การบันทึกข้อมูล จะต้องมีการบันทึกในเรื่องต่าง ๆ อย่างน้อยที่สุดใน 4 เรื่องดังนี้ คือ (กฤษดา แสงวดี และคณะ, 2542)

1. อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล
2. อาการแสดงที่ประเมินได้จากการสังเกตหรือจากการตรวจวัด
3. ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย
4. การให้การรักษายาพยาบาลเบื้องต้น

นอกจากนี้แล้ว อาจบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมดังนี้

1. ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติอาการเจ็บป่วย
2. สิ่งที่ตรวจพบจากการตรวจร่างกาย
3. ประวัติการรับประทานยา และการแพ้ยา
4. ประวัติโรคประจำตัว
5. ข้อมูลอื่น ๆ เช่น เพศ อายุ ประวัติการมีประจำเดือน เป็นต้น

ระบบการบันทึกมี 2 รูปแบบคือ

1. การเขียน ซึ่งอาจจะเขียนไว้ในแบบบันทึกการพยาบาล หรือแบบสำหรับการคัดกรองผู้ป่วย

โดยเฉพาะ

2. การบันทึกลงในเครื่องคอมพิวเตอร์

ในการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูล พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับชนิดของข้อมูล แหล่งของข้อมูล รวมทั้งความรู้และทักษะที่จะเป็นในการเก็บรวบรวมข้อมูล



ชนิดของข้อมูล ข้อมูลที่ต้องเก็บรวบรวมมี 2 ชนิด คือ ข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และข้อมูลปรนัย (Objective data) (สงศรี กิตติรักษ์ตระกูล และจำนงค์ อิ่มใจ, 2537)

ข้อมูลอัตนัย เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้รับบริการ บุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือ บุคลากรในทีมสุขภาพ ส่วนมากเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการรู้ภาวะสุขภาพ การบันทึกข้อมูลอัตนัยมักจะบันทึกในลักษณะคำพูด หรือคำบอกเล่าของผู้รับบริการ

ข้อมูลปรนัย เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตหรือจากการตรวจวัด เช่น การตรวจร่างกาย การวัดสัญญาณชีพ เป็นต้น รวมทั้งการสังเกตพฤติกรรม การแสดงออกของบุคคล และปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ

แหล่งของข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากผู้รับบริการโดยตรงถือเป็นแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary source) ถ้าได้จากแหล่งข้อมูลอื่นเรียกว่าแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary source) เช่น ข้อมูลที่ได้จากสมาชิกในครอบครัวของผู้รับบริการญาติ หรือ บุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากแฟ้มรายงาน เช่น ผลการตรวจสัญญาณชีพในฟอร์มปรอท บันทึกทางการพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกประวัติ และการตรวจร่างกายของแพทย์ เป็นต้น

Sheeny and Barber (1985) ได้กล่าวถึงการบันทึกข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกของ Weed (1974) สำหรับระบบคัดกรองผู้ป่วยโดยมีตัวย่อ คือ SOAP ซึ่งมีความหมาย ดังนี้

- S : Subjective data - สิ่งผู้ป่วยเล่าและมีความสัมพันธ์กับอาการสำคัญ  
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติ การแพทย์ที่ได้รับในปัจจุบัน
- O : Objective data - สิ่งที่เกิดขึ้นจากการดู สัมผัส ตมกลิ่น ตรวจวัดได้  
รวมทั้งสัญญาณชีพ (Vital signs)
- A : Assessment - ประเมินโดยนำข้อมูลที่ได้รับมาวิเคราะห์และ จำแนก  
ปัญหา
- P : Plan - วางแผนการรักษารวมถึงชนิดของบริการสุขภาพที่จะ  
ต้องดูแลผู้ป่วยต่อความเร่งด่วนที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการ  
ช่วยเหลือ และการช่วยเหลือที่ได้ทำไปแล้ว

ในปี 1992 The Emergency Nurses Association ในสหรัฐอเมริกา ได้แนะนำรูปแบบการบันทึกที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัดแปลงจากการบันทึกที่ใช้ปัญหาเป็นเกณฑ์ (Problem oriented method) ตัวอย่างคือ SOAPIE มีความหมายดังนี้ (Ramber and Mohammed, 1995)

- S : Subjective data - สิ่งที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ต้องมาพบแพทย์
- O : Objective data - อาการและอาการแสดงที่พยาบาลตรวจพบ เป็นสิ่งที่เห็นรูปธรรม มองเห็นและตรวจวัดได้
- A : Assessment - การวิเคราะห์ข้อมูลและตรวจพบ เพื่อจะแยกประเภทตามความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจ ก่อน - หลัง จากการจัดแบ่งประเภทจากขั้นตอนนี้
- P : Plan - การวางแผนให้การรักษาเบื้องต้น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นต่อการรักษาก่อนพบแพทย์
- I : Implementation - การให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ตามเกณฑ์มาตรฐานที่หน่วยงานกำหนดไว้
- E : Evaluation - การประเมินผลการให้การักษาเบื้องต้น และการประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะได้พบแพทย์

### 3.2.5 ด้านระบบการสื่อสาร (Communication systems)

ในการจัดระบบคัดกรองผู้ป่วยด้านระบบการสื่อสาร ตามกรอบแนวคิดของ Somerson and Markovchick (1997) หมายถึง เครื่องมือหรือวิธีการสื่อสารเพื่อใช้ในการติดต่อประสานงานระหว่างบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยและจุดอื่นๆ ในหน่วยงานและภายในโรงพยาบาล

ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีผู้ป่วยจำนวนมากผ่านเข้ามารับบริการตรวจรักษาในช่วงเวลาอันสั้น และช่วงเวลานี้องการตัดสินใจสำคัญต่างๆ ได้เกิดขึ้นซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่าย ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วย สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่ขาดไม่ได้คือ การสื่อสาร (ศาคุน ปวีณวัฒน์, 2540) ซึ่งระบบการสื่อสารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดระบบคัดกรองผู้ป่วย เพราะระบบการสื่อสารสามารถที่จะทำให้ผู้ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยติดต่อกับส่วนอื่นๆ ของหน่วยงาน และนอกหน่วยงานได้ โดย

ที่ผู้ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยยังคงปฏิบัติหน้าที่อยู่ ณ จุดคัดกรองได้ โดยเฉพาะการสื่อสารระหว่างจุดคัดกรอง และห้องตรวจรักษา

การจัดให้มีระบบการสื่อสารในหน่วยงานเป็นหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของหัวหน้างานหรือหัวหน้าทีมที่จะต้องกระทำ เพราะระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูลข่าวสาร มีการเชื่อมโยงและสื่อความกันได้อย่างชัดเจน เกิดการติดต่อที่รู้เรื่อง สร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ที่ติดต่อกันเกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน และปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตามที่ต้องการ ลดความขัดแย้ง ตลอดจนก่อให้เกิดพลังในการปฏิบัติภารกิจพยาบาลผู้ป่วยร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์ในการสื่อสาร

ในการสื่อสารแต่ละครั้งมีวัตถุประสงค์ดังนี้ คือ (จำนงค์ อิมใจ และสงศรี กิตติรักษ์ตระกูล, 2536)

1. เพื่อให้การติดต่อสื่อสารครบวงจรทั้งอวัจนภาษา และวัจนภาษา ทำให้ผู้ป่วย ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง และปลอดภัย
2. เพื่อป้องกันการเกิดการเข้าใจผิด ลดข้อขัดแย้ง ลดการทำงานซ้ำซ้อน ลดการทำงานผิดพลาด และลดขั้นตอนการทำงาน ทำให้เกิดการประหยัดเวลา กำลังพลังงานและเศรษฐกิจ
3. เพื่อให้เกิดการวางแผนการรักษาพยาบาลที่ดี ถูกต้องตามหลักการกระบวนการพยาบาล และผู้ป่วยได้รับการพยาบาลต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

### องค์ประกอบของระบบการสื่อสาร

โดยทั่วไปในการส่งข่าวสารจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง จะทำได้ต้องมีองค์ประกอบของระบบอย่างน้อย 3 อย่างคือ (พิพัฒน์ นีรญ์วณิชชากร, 2537)

1. ผู้ส่งสาร (Source) เป็นผู้สร้างข้อมูลและส่งข้อมูลไป
2. ผู้รับสาร (Receiver) ปลายทางของการส่งข่าวสาร
3. ตัวกลางในการส่งสาร (Transmission medium) นำข้อมูลจากผู้ส่งไปให้ผู้รับ

บุญศรี ศิริพร และปราบณศักดิ์ จริวิรัตน์กุล (2536) ได้แบ่งประเภทตัวกลางในการส่งสารได้ 5 ประเภท คือ

1. สื่อธรรมชาติ ได้แก่ บรรยายกาศ ที่อยู่รอบตัวมนุษย์อันมีอยู่ตามธรรมชาติ
2. สื่อมนุษย์ ได้แก่ คนนำสาร เป็นต้น
3. สื่อสิ่งพิมพ์ ได้แก่ หนังสือ ตำรา เป็นต้น

4. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ สื่อที่อาศัยเครื่องกลไฟฟ้าในการทำงาน เช่น คอมพิวเตอร์ โทรทัศน์ โทรทัศน์ วิทยุ เป็นต้น

5. สื่อระคน ได้แก่ สิ่งที่เป็นสื่อข่าวสารได้ แต่อาจไม่อาจจัดเข้าประเภทใดใน 4 ประเภทข้างต้นได้ เช่น ป้ายโฆษณาตามที่สาธารณะ วัตถุประสงค์ เป็นต้น

Somerson and Markovchick (1997) ได้กล่าวถึงตัวกลางในการส่งสารไว้ 2 ประเภท คือ

1. สื่อข้อมูลผ่านทางระบบคอมพิวเตอร์ หรือระบบการบริหารจัดเก็บข้อมูล

(Management information system)

2. สื่อทางโทรศัพท์ ซึ่งควรมีรายการเบอร์โทรศัพท์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

#### คุณสมบัติที่ดีของผู้ติดต่อสื่อสาร

1. มีความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างนโยบาย และเป้าหมายของงาน
2. มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานอื่น ๆ จะต้องรู้ว่าจะประสานอย่างไร

ด้วยวิธีการใด เช่น Two-way communication โดยการโทรศัพท์ หรือการเขียนข้อความ

3. มีความสามารถในการสื่อสารข้อมูลที่สั้นกระชับรัด และชัดเจน
4. มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการติดตามประเมินผลการสื่อสาร
5. มีความสามารถในการติดตามประเมินผลการสื่อสาร
6. เป็นผู้ฟังที่ดีอย่างเหมาะสม

การสื่อสารในระบบคัดกรองผู้ป่วยอาจแบ่งเป็น 3 ลักษณะคือ (จำนงค์ อิมใจ และสงศรี กิตติรักษ์ตระกูล, 2537)

1. การสื่อสารกับแพทย์
2. การสื่อสารระหว่างทีมพยาบาล
3. การสื่อสารกับทีมสุขภาพ

#### การสื่อสารกับแพทย์

ในภาวะฉุกเฉินที่ต้องการความรีบด่วนในการรักษาชีวิตผู้ป่วย พยาบาลจะต้องสื่อสารเพื่อรายงานอาการของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อให้แพทย์สามารถตัดสินใจได้ถูกต้อง วางแผนการรักษา หรือจัดลำดับการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม พยาบาลควรเตรียมความพร้อมและความสมบูรณ์ของข้อมูลหรือข่าวสารที่ใช้ประกอบการสื่อสาร ดังนี้

1. Hemodynamic status ของผู้ป่วย อันได้แก่ สัญญาณชีพ ซึ่งพยาบาลต้องรายงาน

อัตราการเต้นของชีพจร การหายใจ ความดันโลหิตสูง อุณหภูมิ รวมทั้งลักษณะต่าง ๆ ที่ผิดปกติสำคัญ ๆ ของสัญญาณชีพเหล่านั้น

2. ระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งสัญญาณทางสมองในรายผู้ป่วยหมดสติ หรือได้รับบาดเจ็บที่สมองหรือในกรณีอื่น ๆ ที่พยาบาลได้วินิจฉัยแล้วว่าต้องเฝ้าระวังอาการทางสมอง

3. ประวัติการเจ็บป่วย คือ อาการสำคัญที่นำส่งโรงพยาบาล และข้อมูลอาการอาการแสดงอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย

4. การพยาบาล การรักษาเบื้องต้น ที่ให้กับผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหาที่พยาบาลได้กระทำไปแล้ว พร้อมกับผลของการพยาบาลนั้น ๆ

### การสื่อสารระหว่างทีมพยาบาล

เป็นการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลสำหรับใช้วางแผนการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง การป้องกันการดำเนินงานซ้ำซ้อนหรือผิดพลาด การประเมินผลกิจกรรมการพยาบาล ภายในห้องอุบัติเหตุ หรือเป็นการส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ วิธีการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมพยาบาลประกอบด้วย

1. การรับ – ส่งรายงานอาการผู้ป่วย
2. การประชุมปรึกษา
4. การบันทึกรายงานทางการพยาบาล

### การสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่น ๆ

การติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่น ๆ ที่ไม่ใช่แพทย์และพยาบาล เป็นการสื่อสารเพื่อประสานงานของการสนับสนุนในการรักษาพยาบาล เช่น การขอส่งสิ่งส่งตรวจเร่งด่วนและขอผลเร่งด่วน หรือการส่ง X-ray และขอผลเร่งด่วน เพื่อใช้ประกอบการวินิจฉัยและตัดสินใจให้การรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อความตายและความพิการน้อยลง

จากการศึกษาอาจกล่าวได้ว่า การจัดระบบสื่อสารมีความสำคัญในการจัดระบบคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับความเหมาะสม และความสะดวกในการใช้งานของตัวที่จะมาเป็นสื่อกลางในการส่งข้อมูลข่าวสารระหว่างทีมสุขภาพ และการส่งต่อที่เหมาะสม

## 4. การบริหารแบบมีส่วนร่วม

### 4.1 ความหมายของการบริหารแบบมีส่วนร่วม

การบริหารแบบมีส่วนร่วม มีผู้ศึกษาไว้จำนวนมาก และให้คำนิยามความหมายที่แตกต่างกัน ดังนี้

Maier (1963) ได้ให้คำจำกัดความของลักษณะการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นลักษณะของการส่งเสริมหรือสนับสนุนความคิดที่เป็นอิสระ การวิเคราะห์ปัญหา การเลือกเป้าหมาย การวางแผน และการจัดตารางการทำงาน ผู้บังคับบัญชาต้องดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดในประเด็นที่สะท้อนมาจากผู้ใต้บังคับบัญชา รวมทั้งให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้เห็นถึงเป้าหมายองค์การ ตลอดจนพิจารณาถึงการเคลื่อนไหวของข่าวสารข้อมูลที่จะส่งไปสู่ผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีการสื่อสารที่เพียงพอ

Stogdill (1974) ให้คำจำกัดความของการบริการแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นการที่ผู้นำสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเข้าร่วมประชุมอภิปราย แก้ปัญหา และร่วมในกระบวนการตัดสินใจ

Anthony (1978) ได้ให้คำจำกัดความของการบริการแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นการที่จะทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้นำทักษะความชำนาญ และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์มาใช้ในการแก้ปัญหา

Robbins (1990) ให้คำจำกัดความของการบริการแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นการที่ผู้ใต้บังคับบัญชาเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจกับผู้บริหาร

ธงชัย สันติวงษ์ (2539) ให้คำจำกัดความของการบริการแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นวิธีบริหารที่ผู้บริหารหรือเจ้าของกิจการได้เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการบริหารงานด้านต่างๆ เช่น การให้มีส่วนร่วมในการวางแผน ช่วยเสนอแนะข้อคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของนักบริหาร ตลอดจนการให้โอกาสและมีอิสระกับกลุ่มที่จะตัดสินใจทำงานเองภายใต้เป้าหมายและนโยบายให้อย่างกว้างๆ

สรุป การบริหารแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ผู้นำสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเข้าร่วมประชุมอภิปราย วิเคราะห์ปัญหา แก้ปัญหา และร่วมในกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้นำทักษะความชำนาญ และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์มาใช้ในการแก้ปัญหา

#### 4.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารแบบมีส่วนร่วม

Robert, Irving, and Massarik (1961) ได้ศึกษาว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นการเข้าไปมีส่วนร่วมของสมาชิกหรือผู้ใต้บังคับบัญชา อาจจะเป็นไปโดยตรง และมีลักษณะเป็นทางการ ซึ่งจะมีผลประโยชน์เป็นแรงผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมและเกิดความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารกับผู้ใต้บังคับบัญชา ในกรณีที่การมีส่วนร่วมของสมาชิกเป็นไปโดยทางอ้อม และไม่เป็นทางการการมีส่วนร่วมอาจจะไม่เกิดจากผลประโยชน์ก็ได้ ต่อมาแนวความคิดเกี่ยวกับการบริหารแบบมีส่วนร่วมได้มีการเปลี่ยนแปลงไป โดยหันมามุ่งเน้นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งการตัดสินใจเกิดขึ้นโดยตัวผู้บริหาร เมื่อต้องการประสานสิ่งต่างๆ ตลอดจนเป็นการควบคุมให้ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติงานตามหน้าที่และเป้าหมายขององค์การที่กำหนดไว้ ผู้บริหารจะเป็นผู้ซึ่งผลักดันผลสำเร็จให้แก่องค์การโดยผ่านผู้ใต้บังคับบัญชา รวมทั้งจะเป็นผู้ดูแลผลประโยชน์ขององค์การ ซึ่งในประเด็นผลประโยชน์นี้เองที่ผู้ใต้บังคับบัญชามีความปรารถนาอย่างยิ่งที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดต่างๆภายในองค์การ

Likert (1961) ได้ทำการศึกษารูปแบบของการบริหารแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป้าหมายและการตัดสินใจในเรื่องต่างๆที่เกี่ยวข้องกับงานจะกระทำโดยกระบวนการกลุ่มในการจูงใจผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้บริหารไม่เพียงแต่ใช้ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจเท่านั้น แต่จะพยายามทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีความรู้สึกว่าพวกเขามีคุณค่าและมีความสำคัญ ความเกี่ยวพันระหว่างผู้บริหารและผู้ใต้บังคับบัญชาจะเป็นไปอย่างตรงไปตรงมาด้วยความเป็นมิตรและความไว้วางใจ นอกจากนี้ยังได้แสดงให้เห็นถึงสาระสำคัญของการบริหารแบบมีส่วนร่วมไว้ดังนี้คือ

1. ผู้บังคับบัญชารับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ใต้บังคับบัญชา เปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชาถกเถียงปัญหากับตนได้ ผู้บังคับบัญชา และผู้ใต้บังคับบัญชาต่างยอมรับนับถือและไว้วางใจกัน
2. ผู้บังคับบัญชากระตุ้นจูงใจผู้ใต้บังคับบัญชาให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติงาน โดยให้ผู้ร่วมงานเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการบริหารกิจการขององค์การ กระตุ้นให้เกิดทัศนคติในการถือคุณองค์การ นำองค์การไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้

3. ระบบการติดต่อสื่อสารภายในองค์กรมีความคล่องตัว เป็นไปโดยอิสระทั้งในแนวดิ่งและในแนวราบ ข่าวสารภายในองค์กรมีความถูกต้องเพียงพอ เชื่อถือได้
4. ผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างเปิดเผย และโดยกว้างขวางเกี่ยวกับเป้าหมายขององค์กร การปฏิบัติงานและกิจกรรมต่างๆภายในองค์กร
5. การตัดสินใจต่างๆกระทำโดยกลุ่มในทุกระดับขององค์กร
6. เปิดโอกาสให้กลุ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย การดำเนินงาน ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายมากขึ้น และถูกต้องตามความประสงค์อย่างแท้จริง
7. การควบคุมงานมีลักษณะกระจายไปในหมู่ผู้ร่วมงาน ให้มีการควบคุมกันเอง และเน้นในเรื่องการแก้ปัญหาเป็นหลัก หลีกเลี่ยงการควบคุมด้วยวิธีตำหนิหรือดูว่ากล่าว
8. ผู้ใต้บังคับบัญชาเห็นความสำคัญของการพัฒนาผู้ใต้บังคับบัญชาโดยการฝึกอบรม เพื่อให้การทำงานมีผลงานสูงสุดและสำเร็จตามเป้าหมาย

#### 4.3 ประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วม

Swanburg (1996) ได้รวบรวมประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วมจากนักวิชาการหลายๆท่านดังนี้

1. มีความไว้วางใจกันสูง และสนับสนุนซึ่งกันและกัน
2. ลดตำแหน่งของพนักงานที่มีตำแหน่งเท่ากัน ลดระดับของการบริหารงาน
3. ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติมีความรับผิดชอบมากขึ้น
4. ลดความสับสนในการปฏิบัติงานของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน โดยการปรับปรุงการติดต่อสื่อสารให้ดีขึ้น
5. นิเทศงานด้วยตนเอง กระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานได้วินิจฉัยและแก้ปัญหา ให้ผู้ปฏิบัติงานมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และเป็นการพัฒนาอาชีพ
6. มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานมากขึ้น
7. ถูกต้องตามกฎระเบียบ
8. เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีม โดยทำให้ผู้ปฏิบัติงานร่วมมือกัน เพิ่มแรงจูงใจและความคิดริเริ่มในการทำงาน
9. ปรับปรุงการติดต่อสื่อสารในองค์กร
10. ลดการขาดงาน
11. เพิ่มประสิทธิผลและผลผลิตในงาน รวมถึงปรับปรุงคุณภาพของงาน เพิ่มการเรียนรู้ในงานมากขึ้น



12. เพิ่มขวัญและแรงจูงใจในการทำงาน เพิ่มความกระตือรือร้นในการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานของผู้ปฏิบัติงาน
13. ได้รับความคิดใหม่ๆ ในการตัดสินใจและแก้ปัญหา
14. แสดงให้เห็นถึงผู้นำที่มีความสามารถ
15. ลดการหมุนเวียนเปลี่ยนงาน และสร้างความมั่นคงในงาน
16. เพิ่มความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์กร จากการทำที่ทัศนคติต่อองค์กรในทางที่ดี
17. การทำงานนอกเวลาลดลง
18. ต้นทุนในการบริหารลดลง
19. เพิ่มความพึงพอใจในการทำงาน
20. เกิดความรู้สึกช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพราะการบริหารแบบมีส่วนร่วมจะช่วยทำให้เพิ่มความสามารถของแต่ละคน เพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ขององค์กร การปรับตัวและการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ

จากแนวความคิดเกี่ยวกับการบริหารแบบมีส่วนร่วม จะเห็นได้ว่าการไว้วางใจกัน ถือได้ว่าเป็นปรัชญาพื้นฐานของการบริหารแบบมีส่วนร่วม (Swansburg, 1996) ผู้บริหารจะให้อำนาจและไว้วางใจในการบริหารงานแก่ผู้ร่วมงาน ซึ่งจะก่อให้เกิดบรรยากาศขององค์กรแบบเปิด มีความตรงไปตรงมา และทำให้ผู้ร่วมงานมีแรงจูงใจ และมีความปรารถนาในสิ่งที่จะทำงาน (Anthony, 1978) ในกระบวนการตัดสินใจ การบริหารแบบมีส่วนร่วมจะเป็นลักษณะที่ผู้บริหารเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมงานได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ ผู้บริหารจะมีการกระจายอำนาจ โดยผู้บริหารจะเป็นบุคคลสำคัญที่มีส่วนช่วยให้ผู้ร่วมงานได้มีโอกาสในการบริหารกิจการขององค์กร ซึ่งการตัดสินใจจะกระทำโดยกระบวนการกลุ่มในทุกๆ ระดับขององค์กร (Likert, 1961) นอกจากนี้การบริหารแบบมีส่วนร่วมยังเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมงานมีโอกาสกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน (Swansburg, 1996) เพราะเป้าหมายและวัตถุประสงค์เป็นสิ่งสำคัญสำหรับบุคลากรในองค์กรทุกคน เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และให้การทำงานภายในองค์กรมีทิศทางเดียวกัน รวมถึงช่วยลดความขัดแย้งของบุคลากรของหลายๆ ฝ่ายภายในองค์กร การคำนึงถึงความต้องการของผู้ปฏิบัติงานถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญของการบริหารแบบมีส่วนร่วม ความต้องการเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในงาน เป็นสิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนปรารถนา เพราะผู้ปฏิบัติงานจะมีอิสระในงาน ในการตัดสินใจของตน ทำให้มีความทุ่มเทในงาน เต็มใจในการปฏิบัติงาน และสามารถปฏิบัติงานได้เต็มความรับผิดชอบที่ตนได้รับ

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชยนุช ไชยรัตน์ (2544) ได้ศึกษาผลการฝึกอบรมการจำแนกประเภทผู้ป่วยเด็กตามความรีบด่วนต่อความรู้ของพยาบาลและระยะเวลาการรอตรวจของผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งศึกษาความแม่นยำในการจำแนกผู้ป่วยเด็กของพยาบาลในหน่วยแพทย์เวร - จุกเงิน ของโรงพยาบาลศิริราช โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพยาบาล 30 คนแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ พยาบาลผู้เข้าร่วมการฝึกอบรมจะได้รับการทดสอบความรู้ด้านการจำแนกประเภทผู้ป่วยเด็กก่อนอบรม และภายหลังการอบรม 2 สัปดาห์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็ก 439 คน แบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลภายหลังการได้รับการฝึกอบรมการจำแนกประเภทผู้ป่วยเด็กตามความรีบด่วนสูงกว่าก่อนได้รับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พยาบาลมีความแม่นยำในการจำแนกผู้ป่วยเด็กร้อยละ 88.3 และกลุ่มผู้ป่วยเด็กภายหลังการจัดการฝึกอบรมการจำแนกประเภทผู้ป่วยเด็กตามความรีบด่วนมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการรอตรวจน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยเด็กก่อนการจัดการฝึกอบรมการจำแนกประเภทผู้ป่วยเด็กตามความรีบด่วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

Dianne et al. (1980) ได้ศึกษาความคืบหน้า (Prospective study) เรื่องการตัดสินใจในการประเมินอาการผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หน่วยจุกเงินของโรงพยาบาล North Carolina Memorial โดยศึกษาเปรียบเทียบการตัดสินใจในการประเมินอาการผู้ป่วยระหว่าง พยาบาลแพทย์ฝึกปฏิบัติงาน และแพทย์ประจำบ้าน ศึกษาจากจำนวนผู้ป่วย 100 คนที่มาใช้บริการที่หน่วยจุกเงิน ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม - มิถุนายน ในช่วงเวลา 08.00 - 20.00 น. โดยศึกษาถึงความสามารถในการจัดระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยและการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในระบบการคัดกรองผู้ป่วย ผลการศึกษาความสามารถในการจัดระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยและการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นระหว่างพยาบาล แพทย์ฝึกปฏิบัติงาน และแพทย์ประจำบ้าน พบว่า แพทย์ประจำบ้านมีความสามารถในการตัดสินใจในการจัดระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้ดีกว่าแพทย์ฝึกปฏิบัติงาน และแพทย์ฝึกปฏิบัติงานมีการตัดสินใจได้ดีกว่าพยาบาล โดยคิดเป็นร้อยละ 86 84 และ 82 ตามลำดับ

Kidd (1987) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ พยาบาล 25 คน โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ ทำงานอยู่ระหว่าง 7 - 14 ปี ในรัฐต่างๆ 10 รัฐ ประเทศสหรัฐอเมริกา เกี่ยวกับลักษณะของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุ ซึ่งได้ผลสรุปดังนี้

1. หน้าที่ของพยาบาลอุบัติเหตุและจุกเงินมีทั้งแบบอิสระ และไม่อิสระ

2. การปฏิบัติในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้นมักพบความขัดแย้งเสมอ
3. กิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดเป็นการดูแล
4. ความขัดแย้งในงานมักเกิดจากการเสริมกำลังไม่เพียงพอ
5. เหตุผลที่พยาบาลเลือกทำงานในหน่วยนี้เนื่องจากเป็นงานที่ตื่นเต้น
6. มีการติดต่อสื่อสารก่อนจะกระทำกิจกรรมพยาบาลใดๆ
7. บุคลากรในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินรับรู้การปฏิบัติงานในลักษณะเป็นทีม

Nolan et al. (1999) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพ โดยศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการเร่งด่วนของโรงพยาบาลทั่วไป 13 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ 8 โรงพยาบาล ในประเทศที่ยังไม่พัฒนา 7 ประเทศ พบว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยรวมมีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลทั้ง 7 ประเทศ โดยโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้ดีกว่า พบว่ามี 14 โรงพยาบาลที่ไม่มีการใช้ระบบคัดกรองผู้ป่วย การประเมินอาการผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วนและให้การรักษาที่ล่าช้า และยังขาดอุปกรณ์ที่จำเป็น ในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย แพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่ ยังขาดความรู้ในการบริหารจัดการ ในการให้การดูแลผู้ป่วย และเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ควรมีการปรับปรุงในเรื่องของ การคัดกรองผู้ป่วย การประเมินอาการผู้ป่วยและการให้การดูแลผู้ป่วยที่เร่งด่วน ซึ่งในแต่ละ โรงพยาบาลควรจะต้องตั้งเป็นเป้าหมายแรกในเรื่องของการปรับปรุงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

## กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

