

แบบฟอร์มขอรับทุนโครงการ
เสนอต่อคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ภายใต้ทุนอุดหนุนแผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคม แผนงานระบบบริการสุขภาพ
: การพัฒนาระบบบริการเพื่อการดูแลภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างครบวงจร

โครงการย่อยที่ 5.2 การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบจาก
 โรงพยาบาลสู่ชุมชน

1. หัวหน้าโครงการ

1) หัวหน้าโครงการหลัก

ดร.เกสร พรหมเหล็ก ตำแหน่ง อาจารย์

เบอร์โทรศัพท์ 081-8988400 Email kesorn.p@psu.ac.th ID line salapao183

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 074-286514 FAX 074-286421

2) หัวหน้าโครงการร่วม

นางนุจรีย์ ยานวิมุต ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

เบอร์โทรศัพท์ 089-2971396 Email nujau@hotmail.com

หน่วยงาน โรงพยาบาลสงขลา

เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 074-338100

2. ผู้ร่วมดำเนินโครงการ

1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา คำเกลี้ยง ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์

เบอร์โทรศัพท์ 095-4357264 Email jintana.d@psu.ac.th ID line: jintana_psu

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 074-286513

2) ดร.ดวงสุดา ศิริปิตุภูมิ ตำแหน่ง อาจารย์

เบอร์โทรศัพท์ 083-1848403 Email duangsuda.wo@psu.ac.th

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 074-286518

3) นางสุมามิตา สวัสดิ์ดิณฑนาท ตำแหน่ง อาจารย์

เบอร์โทรศัพท์ 081-6903191 Email sumamita.s@psu.ac.th

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 074-286518

4) รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตบุญต์ ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์

เบอร์โทรศัพท์ 089-9267338 Email piyanuch.j@psu.ac.th

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 074-286575

5) นางสาวอมรรัตน์ จ่านงักดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทรศัพท์ 081-7388689

หน่วยงาน โรงพยาบาลสงขลา จ.สงขลา

เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 074-338100

3. หลักการและเหตุผล

ในช่วงกว่าทศวรรษที่ผ่านมา แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้มีมาตรการต่างๆ เพื่อลดอุบัติเหตุ แต่การเสียชีวิตยังไม่ลดลงตามเป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2554 - 2563 และแนวโน้มของอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุยังคงสูงขึ้น (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุทางถนนเท่ากับ 32.7 คนต่อ 100,000 ประชากร โดยร้อยละ 75 เกิดขึ้นในผู้ชาย และสาเหตุหลักมาจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ (WHO, 2018)

นอกจากการเสียชีวิต ความพิการ และการบาดเจ็บแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ เช่น post-traumatic syndrome และด้านเศรษฐกิจแก่ครอบครัวและผู้ดูแลจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการขาดรายได้เนื่องจากผู้บาดเจ็บเป็นหนุ่มสาววัยทำงานอีกด้วย (Kavosi, Jafari, Hatam & Enaami, 2015; Saban, Hogan, Hogan & Pape, 2015; WHO, 2015) ในปัจจุบัน แม้จะมีการพัฒนาระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้บาดเจ็บรุนแรง ทั้งในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลและระยะฉุกเฉินและวิกฤตในโรงพยาบาลเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต (WHO, 2015) แต่ยังคงพบว่าการดูแลผู้บาดเจ็บรุนแรงที่รอดชีวิตในระยะเปลี่ยนผ่าน (intermediate care) หลังถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลยังไม่มีประสิทธิภาพ เช่น การขาดการมีส่วนร่วมและความเข้าใจในกระบวนการจำหน่าย การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอโดยเฉพาะอาการสำคัญที่ต้องกลับมาพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านหรือกลับสู่หน่วยฟื้นฟูที่บ้าน (Kimmel et al., 2016) ทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 35 ของผู้รอดชีวิตจากอุบัติเหตุจะมีความต้องการความช่วยเหลือ แต่มีเพียงร้อยละ 10 ที่ได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งปัญหาและอุปสรรคส่วนใหญ่เกี่ยวกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 52) และไม่รู้ว่าจะหาแหล่งให้การช่วยเหลือจากที่ใด (ร้อยละ 42) (Fakhry, Ferguson, Olsen, Haughney, Resnick, & Ruggiero, 2017) หากผู้บาดเจ็บและผู้ดูแลไม่ได้รับการดูแลและการติดตามที่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ก็จะเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการฟื้นตัว การใช้ชีวิตตามปกติและการทำงาน รวมถึงอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

จากการทบทวนการปฏิบัติงานการดูแลกลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ (Severe multiple injuries) ยังพบช่องว่างเกี่ยวกับการรวบรวมและส่งต่อข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคของสถานพยาบาลในทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ที่มีความซ้ำซ้อนแต่ไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ขาดความครบถ้วน ถูกต้อง ทันทเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง ดังนั้น การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรและพัฒนาคุณภาพของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในการดูแลและจัดการภาวะฉุกเฉินแบบมุ่งเป้าเฉพาะโรค โดยการดูแลแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และทำให้เกิดผลลัพธ์ในการลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อไป

4. วัตถุประสงค์ของโครงการ เพื่อ

- 1) พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
- 2) พัฒนาสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

5. พื้นที่ดำเนินการ/กลุ่มเป้าหมาย

พื้นที่ดำเนินการ สถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ จังหวัดสงขลา

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่

- บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินและบุคลากรทางการแพทย์ด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ
- เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน
- อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่

6. วิธีดำเนินการ

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในสถานพยาบาลของเครือข่ายโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลา วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ และศึกษาปัญหาที่พบบ่อยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และจัดประชุมเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง (แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ สสจ. เจ้าหน้าที่ รพ.สต.) เพื่อร่วมระดมสมองในการพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยพิจารณาเลือกโรงพยาบาลชุมชนนำร่อง 2 โรงพยาบาล ที่อยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลา รวมทั้งชี้แจงการพัฒนาชุดความรู้ และแอปพลิเคชันสำหรับพัฒนาสมรรถนะพยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กิจกรรม	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
ระบบภายหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล												
2) วิเคราะห์หลักฐาน เชิงประจักษ์ที่ใช้ในการ ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ รุนแรงหลายระบบ และ ศึกษาปัญหาที่พบบ่อย		X										
3) จัดประชุมเครือข่าย ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อร่วม ระดมสมองในการ พัฒนาระบบการส่งต่อ ข้อมูลการดูแล			X									
4) พัฒนาชุดความรู้: การดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บ รุนแรงหลายระบบ ภายหลังจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล				X	X							
5) พัฒนาแอปพลิเคชัน “Telecare and Teleconsultation” สำหรับผู้ดูแลและอสม. ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ รุนแรงหลายระบบ ภายหลังจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล				X	X							
6) จัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรูปแบบการ พัฒนาระบบการส่งต่อ ข้อมูลฯ และการใช้ชุด ความรู้ฯ และแอปพลิเคชันฯ						X						

8. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ระดับ Output

1. นวัตกรรม
 - 1.1 ชุดความรู้ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สำหรับ รพ.สต. อสม. และ ผู้ดูแล
 - 1.2 แอปพลิเคชัน “Telecare and Teleconsultation” สำหรับผู้ดูแล และ อสม.ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. บุคลากรสาธารณสุขมีสมรรถนะในการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบออกจากโรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ 90
3. ผู้ดูแลมีสมรรถนะในการดูแล/จัดการภาวะฉุกเฉินกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบขณะอยู่ที่บ้าน มากกว่าร้อยละ 90

ระดับ Outcome

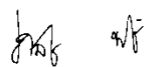
1. ผู้บาดเจ็บรุนแรงหลายระบบได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมในสถานพยาบาลทุกระดับ ร้อยละ 100
2. ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการใช้แอปพลิเคชัน “Telecare and Teleconsultation” มากกว่าร้อยละ 90
3. ความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขต่อการใช้แอปพลิเคชัน “Telecare and Teleconsultation” มากกว่าร้อยละ 90

ระดับ Impact

1. ลดอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านของผู้บาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ
2. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการถาวรของผู้บาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ

9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับมีสมรรถนะทั้งความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ
2. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วและมีคุณภาพตามมาตรฐาน

ลงนาม.....  หัวหน้าโครงการ

(ดร.เกสร พรหมเหล็ก)

ตำแหน่ง อาจารย์

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561*.
กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562*.
กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- พิมพ์ผดดา อภิบาลศรี, และบุญสม เกษะประดิษฐ์. (2018). วิเคราะห์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและปัจจัย
ที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชากรในโรงเรียนนายร้อยพระ
จุลจอมเกล้า. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 19*, 291-299.
- พรทิพย์ วชิรติลล, อีระ ศิริสมุต, และอนรรัตน์ สมตน. (2561). ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้าถึงระบบ
บริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental
Health, 32*(2), 69-83.
- พีระเดช สำรวมรัมย์. (2558). *การพัฒนาระบบติดตามพิกัดผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง STROKE and STEMI ที่ต้องได้รับ
บริการจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบเคลื่อนที่*. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน.
- ศิริอร สีนุ, รามพร คงกำเนิด, และกุลระวี วิวัฒน์ชีวิน. (2557). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ
ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ. *The Journal of Boromarajonani College of
Nursing, Nakhonratchasima, 20*(2), 32-45.
- Baldwin, L. N., Smith, S. A., Fender, V., Gisby, S., & Fraser, J. (2008). An audit of compliance
with the sepsis resuscitation care bundle in patients admitted to A&E with severe
sepsis or septic shock. *International Emergency Nursing, 16*(4), 250-256.
- Clifford, N., Cope, M., Gillespie, T., & French, S. (Eds.). (2016). *Key methods in geography*.
Sage.
- Fakhry, S. M., Ferguson, P. L., Olsen, J. L., Haughney, J. J., Resnick, H. S., & Ruggiero, K. J.
(2017). Continuing trauma: the unmet needs of trauma patients in the post-acute
care setting. *The American Surgeon, 83*(11), 1308-1314.
- Kavosi, Z., Jafari, A., Hatam, N., & Enaami, M. (2015). The economic burden of traumatic brain
injury due to fatal traffic accidents in shahid rajaei trauma hospital, shiraz, iran.
Archives of trauma research, 4(1).
- Kimmel, L. A., Holland, A. E., Hart, M. J., Edwards, E. R., Page, R. S., Hau, R., ... & Gabbe, B. J.
(2016). Discharge from the acute hospital: trauma patients' perceptions of care.
Australian Health Review, 40(6), 625-632.
- Khwannimit, B., & Bhurayanontachai, R. (2009). The epidemiology of, and risk factors for,
mortality from severe sepsis and septic shock in a tertiary-care university hospital
setting. *Epidemiology & Infection, 137*(9), 1333-1341.

- Levy, M. M., Evans, L. E., & Rhodes, A. (2018). The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. *Intensive care medicine, 44*(6), 925-928.
- Mahavanakul, W., Nickerson, E. K., Srisomang, P., Teparrukkul, P., Lorvinitnun, P., Wongyingsinn, M., ... & Limmathurotsakul, D. (2012). Feasibility of modified surviving sepsis campaign guidelines in a resource-restricted setting based on a cohort study of severe *S. aureus* sepsis. *PLoS One, 7*(2), e29858.
- Masterton, R. G. (2009). The new treatment paradigm and the role of carbapenems. *International journal of antimicrobial agents, 33*(2), 105-e1.
- Rowe, T. A., & McKoy, J. M. (2017). Sepsis in older adults. *Infectious Disease Clinics, 31*(4), 731-742.
- Saban, K. L., Hogan, N. S., Hogan, T. P., & Pape, T. L. B. (2015). He looks normal but... challenges of family caregivers of veterans diagnosed with a traumatic brain injury. *Rehabilitation nursing, 40*(5), 277-285.
- Sittichanbuncha, Y., Prachanukool, T., Sarathep, P., & Sawanyawisuth, K. (2014). An emergency medical service system in Thailand: Providers' perspectives. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet thangphaet, 97*(10), 1016-21.
- Sungbun, S., Piaseu, N., & Partiprajak, S. (2018). Quality of care for patients with ST-segment elevation myocardial infarction using fast track service in Thailand. *Ramathibodi Medical Journal, 41*(4), 18-26.
- Prachanukool, T., Tangkulpanich, P., Paosaree, P., Sawanyawisuth, K., & Sitthichanbuncha, Y. (2016). Cancer patients are at high risk of mortality if presenting with sepsis at an emergency department. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 17*(7), 3423-3426.
- World Health Organization. (2018). *World Health Statistics 2015*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *World Health Statistics 2018: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization.