

พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลตราด

อันทิกา คระวานิช*

ปรานิต อนันต์**

นิธิมา เหล่ารอด***

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างได้แก่พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 22 คน และผู้ป่วยจำนวน 500 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ค่าความเชื่อมั่น 1.0 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย 1) แบบทดสอบความรู้ 2) แบบประเมินความสามารถการปฏิบัติการพยาบาลฯ 3) แบบบันทึกความสอดคล้องการคัดแยกระหว่างพยาบาลหน้าห้องและในห้องฉุกเฉิน 4) แบบสอบถามความพึงพอใจหลังใช้แนวปฏิบัติฯ 5) แบบรายงานต่างๆ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ t-test และ Kappa

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มี 6 ด้าน : 1) ประเมินสภาพทั่วไป 2) เกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วย 3) การพยาบาลเบื้องต้น 4) การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ 5) การดูแลต่อเนื่อง 6) การบันทึกทางการพยาบาล ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ พบว่าความรู้เรื่องการพยาบาลและการคัดแยก ก่อนและหลังการอบรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลคัดแยกประเภทผู้ป่วย สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความพึงพอใจของพยาบาลหลังใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความสอดคล้องของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของพยาบาลหน้าห้องและในห้องฉุกเฉิน อยู่ในระดับดีมากที่สุด (Kappa .82, $p < .05$) ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการ พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินไม่เร่งด่วนและประเภททั่วไป ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงระยะเวลาเดียวกันของปีที่แล้ว และไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์และข้อร้องเรียน

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, คัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน, หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

* หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลตราด

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลตราด

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตราด

Corresponding author e-mail: antikarat18@gmail.com

Development of practice guideline for Nurses Emergency Department Triage, Trat Hospital

Antika Karawanich* M.S. (Nursing)

Praneet Anan** M.S.

Nithima Laorod*** RN,B.N.S.

Abstract

The objectives of this research and development were to develop and to evaluate a practice guideline on emergency patient triage classification. Two purposive samples of the 22 registered nurses (RNs) and 500 clients visited in Emergency department. The research instruments were practice guideline on emergency patient triage classification, with content validity of 1.0. Data were collected using: 1) a knowledge test 2) a practice guideline compliance form 3) Compatibility of severity triage between triage out and in nurse. 4) satisfaction and other record forms such as incident report, Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test and Kappa statistics.

The results revealed that the practice guideline for Emergency Department Triage comprised of 6 parts: 1) assessment 2) emergency patient triage classification 3) primary nursing care 4) education 5) continuity of care and 6) nursing records. The outcomes of the nursing staff included :1) a significant different at $p<.05$ on knowledge of emergency severity triage before and after training 2) a significant higher than the target goal criteria at $p<.05$ on competency to practice according to emergency patient triage classification protocol, 3) a significant higher than the target goal criteria at $p<.05$ on satisfaction of using the guideline and 4) consistency of the patient classification between the nurses in front of the emergency room and in the emergency room were at the highest level ($kappa = 0.82, p < 0.05$) The outcomes of the patients indicated that the percentage of the emergency patients both non-urgent and general did decrease comparing to the same period of the last year and no adverse incidents and complaints were found.

KEYWORDS: nursing practice guideline, emergency patient triage classification, emergency department

* Registered Nurse, Senior Professional level, Head Nurse, Trat Hospital

** Registered Nurse, Senior Professional level, Trat Hospital

*** Registered Nurse, Professional level, Trat Hospital

Corresponding author e-mail: antikatrat18@gmail.com

บทนำ

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานด้านหน้าที่สำคัญของโรงพยาบาลในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการที่มีอาการเฉียบพลัน ซึ่งต้องการการช่วยเหลือที่เร่งด่วน รวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลาและปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง ปัจจุบันพบว่า มีผู้ใช้บริการที่เพิ่มมากขึ้นนั้นมีทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินส่งผลให้ผู้ป่วยที่ฉุกเฉินจริงได้รับการช่วยเหลือช้าลงจนเกิดเป็นภาวะทุพพลภาพ (Fry M, 2002)¹ ทำให้แพทย์และพยาบาลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นระบบการคัดแยกผู้ป่วยจึงมีความสำคัญมากในการให้บริการ ช่วยให้ทีมแพทย์และพยาบาลสามารถคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยสถาบันพัฒนาคุณภาพและรับรองสถานพยาบาลกำหนดให้การคัดแยกประเภทที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนเป็น 1 ใน 9 ข้อของมาตรฐานความปลอดภัย (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2561)²

การคัดแยกประเภทที่มีความละเอียด และเที่ยงตรงจะช่วยให้พยาบาลสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วน สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปตามพื้นที่ที่มีความเหมาะสมกับอาการเจ็บป่วย ลดความล่าช้าในการรักษา ลดอัตราความคลาดเคลื่อนในการคัดแยก (Christ et al., 2010)³ ระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่แพร่หลายในปัจจุบันคือระบบที่แบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ เช่น Canadian triage and acuity

scale (CTAS) ใช้ในประเทศแคนาดา คัดแยกประเภทผู้ป่วยออกเป็น 4 ระดับ ส่วน Australian triage scale ใช้ในประเทศออสเตรเลีย Manchester triage system ใช้ในประเทศอังกฤษ Emergency severity index ใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกา คัดแยกประเภทผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ (Sandy L, Dong และคณะ, 2005)⁴

ในประเทศไทยพบว่าระบบการคัดแยกประเภทที่มีความละเอียด เที่ยงตรงจะช่วยให้พยาบาลสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วน สามารถส่งผู้ป่วยไปพื้นที่ที่มีความเหมาะสม (พนอและปรีวัฒน์, 2557)⁵ ร่วมกับการที่พยาบาลมีความรู้ความสามารถในการคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วยฉุกเฉิน จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ (สุมาลี จักรไพศาล, จินตนันท์ สิทธิประชาราษฎร์, ชฎาภรณ์ เปรมปราชญ์ และรัฐนันท์ มาลา, 2560)⁶ สถานพยาบาลได้ประกาศใช้หลักเกณฑ์ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ คือฉุกเฉิน เร่งด่วนและไม่เร่งด่วน(กองการพยาบาล, 2545)⁷ ซึ่งพบปัญหาความคลาดเคลื่อนในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย และการจัดลำดับความรุนแรง 3 ระดับไม่สามารถใช้เป็นภาพสะท้อนความรุนแรงของผู้ป่วยได้ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2556)⁸ สถิติโรงพยาบาลตรวด ปี 2560-2562 พบผู้ใช้บริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวนปีละ 50, 827, 49, 798, 49, 193 ราย โดยมากกว่าร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ในขณะที่ภาระงาน (productivity) ของพยาบาลงาน

วารสารกองการพยาบาล

อุบัติเหตุและฉุกเฉิน มากกว่าภาระงานปกติ (90-110%) ปี 2560-2562 ภาระงานคิดเป็นร้อยละ 166.3, 165.1, 165.72 ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (ประเภท 4,5) มีสัดส่วนร้อยละ 51.7 (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 40) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยฉุกเฉิน (ประเภท 1, 2, 3)

ระบบบริหารความเสี่ยงพบข้อร้องเรียนเรื่องการรอนาน และพบรายงานอุบัติการณ์คัดแยกประเภทผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ (Under triage) ไปรอตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการทรุดลงจนระบอบตรวจ พบในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, โรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ค่าออกซิเจนในเลือดผิดปกติ เป็นต้น และนำส่งเข้าห้องฉุกเฉินภายหลัง ปี 2560-2562 จำนวน 5, 4, 4 ราย ตามลำดับ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า

จากการสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 120 ราย แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 20 ราย กลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรจำนวน 20 ราย และกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 60 ราย พบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง คลาดเคลื่อนต่ำกว่าความเป็นจริง ในผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อในกระแสเลือด พบคลาดเคลื่อนต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) มากที่สุดร้อยละ 53.3

จากการสังเกตและนิเทศทางการพยาบาล ขณะรับส่งเวร สัมภาษณ์แพทย์และพยาบาล รายงานอุบัติการณ์และสุ่มเวชระเบียนพบสาเหตุของปัญหา

คือ 1) ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย 2) หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลตราด ยังไม่มีแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และเกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่เหมือนกันอ้างอิงหลายสถาบัน ยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของโรงพยาบาลตราด 3) ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพแตกต่างกัน ระหว่างน้อยกว่า 1 ปี จนถึงมากกว่า 20 ปี ทำให้คัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่ตรงกัน

จากความสำคัญและปัญหาของสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยตระหนักและเห็นความสำคัญที่จะต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลตราด บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ต้องและทันสมัย รวมถึงการมีระบบการกำกับ นิเทศติดตามผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเกิดความพึงพอใจ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพงานการพยาบาลอื่นๆ ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลตราด โดยนำแนวคิด

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทาง การแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council NHMRC, 1998)⁹ ประกอบด้วย 3 ระยะ 8 ขั้นตอน ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการทาง การพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหา และขอบเขตของปัญหา ขั้นตอนที่ 2 กำหนด วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ ขั้นตอนที่ 3 กำหนดทีมพัฒนาคุณภาพ ขั้นตอนที่ 4 กำหนดการ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ทบทวนวรรณกรรม คัดเลือกและประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ขั้นตอนที่ 5 การยกวางแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพของ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 6 การประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญ ขั้นตอนที่ 7 ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ระยะที่ 3 ระยะตรวจสอบผลการใช้แนวปฏิบัติ ทางการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 8 การ ประเมินผล การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ใน หอผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของ พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลตราด
2. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทาง การพยาบาลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและ

ฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินโรงพยาบาลตราด ได้แก่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (1) ผู้ ให้บริการได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษา วิชาชีพการพยาบาลระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ขึ้นไป สอบขึ้นทะเบียนและรับใบประกอบวิชาชีพ ทางการพยาบาลและผดุงครรภ์ขึ้นหนึ่งจากสภา การพยาบาล ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินโรงพยาบาลตราด จำนวน 25 คน (2) ผู้ใช้ บริการได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในหน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลตราดใน ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 50,000 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจงตาม คุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. ผู้ให้บริการ คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลตราด มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สามารถเข้า ร่วมวิจัยได้ตลอด และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 22 คน

2. ผู้ใช้บริการ คือ ผู้ใช้บริการในหน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลตราด ระหว่างวันที่ 14 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2563 จำนวน 500 ราย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่ม เสี่ยงจากการเปิดตารางสำเร็จรูป (Cohen's table) ทดสอบแบบทางเดียว โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทาง

สถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) ร้อยละ 85 (นงลักษณ์, 2555)¹⁰ และขนาดอิทธิพลของตัวแปร (Effect size) เท่ากับ 0.20 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลางถึงขนาดใหญ่ (Cohen, 1977)¹¹ และเป็นค่าที่เหมาะสมในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล (Pilot, & Beck, 2012: 424)¹² นำค่าที่ได้มาเปิดตารางสำเร็จรูปจะต้องใช้ขนาดตัวอย่าง (n) จำนวน 450 ราย แต่เพื่อป้องกันข้อมูลขาดหายจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 500 ราย

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด เอกสารรับรองจริยธรรมวิจัยเลขที่ 01/63 ลงวันที่ 14 มกราคม 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลตราด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า CVI 1.0 และค่าความเชื่อมั่น .93

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย (1) แบบทดสอบความรู้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินค่า CVI .95 และค่าความเชื่อมั่น .92 (2) แบบประเมินการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ค่า CVI .92 และค่าความเชื่อมั่น .86 (3) แบบบันทึกความสอดคล้องของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยระหว่างพยาบาลคัดแยกหน้าห้องและใน

ห้องฉุกเฉินค่า CVI .96 และค่าความเชื่อมั่น .90 (4) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวแนวปฏิบัติ ค่า CVI .90 และค่าความเชื่อมั่น .95 (5) แบบรายงานและแบบเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จังหวัดตราด ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการประชุมกลุ่ม สันทนาการกลุ่ม สัมภาษณ์ ระดมสมองและประชุมเชิงปฏิบัติการ มี 2 ขั้นตอน (1) ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วยกำหนดประเด็นปัญหาและขอบเขตการดำเนินงาน กำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติ กำหนดทีมพัฒนาคุณภาพ (risk owner) เพื่อกำกับติดตามการพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติ กำหนดบทบาทหน้าที่ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพ เตรียมความพร้อมของทีมพัฒนาคุณภาพ (2) ขั้นตอนดำเนินการใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test One-sample t-test และ Kappa's coefficient

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลตราดประกอบด้วย

1.1 การประเมินสภาพทั่วไป

1) ชักประวัติ วัดสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนในเลือด และประเมินสภาพทั่วไป ประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินภาวะเสี่ยง ชีพจร ปวด และประเมินการใช้ทรัพยากรของผู้ป่วย 2) ต้อนรับผู้ป่วยและญาติ ด้วยหลัก AIDET (Acknowledge, Introduce, Duration, Explanation, and Thank you)

1.2 แนวทางและเกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วย

ใช้เกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วย MOPH ED Triage แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยพิจารณา ประเมินลักษณะ (acuity) และทรัพยากร (resources) คือ 1) ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (resuscitation) 2) ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินรุนแรง (Emergent) 3) ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Urgent) 4) ประเภทที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (Semi-urgent) และ 5) ประเภทที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป (Non-urgent)

1.3 การพยาบาลเบื้องต้น ณ จุด Triage ตามประเภทการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1) ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation) ให้การปฐมพยาบาลทันทีพร้อมทั้งนำส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่รักษาพยาบาลสีแดง (Zone Resuscitation)

2) ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินรุนแรง (Emergent) ให้การปฐมพยาบาลทันทีพร้อมทั้งนำส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่รักษาพยาบาลสีชมพูหรือ (Zone Emergency)

3) ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Urgent) ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่จำเป็นขณะรอตรวจ และประเมินซ้ำทุก 30 นาที จนกว่าพื้นที่ในห้องฉุกเฉินจะดูแลผู้ป่วยสีแดงและสีชมพูจนปลอดภัย จึงนำส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่รักษาพยาบาลสีเหลือง

4) ประเภทที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (Semi-urgent) ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่จำเป็นขณะรอตรวจ และประเมินซ้ำทุก 60 นาที จนกว่าพื้นที่ในห้องฉุกเฉินจะดูแลผู้ป่วยสีแดง สีชมพู และสีเหลืองจนปลอดภัย จึงนำส่งผู้ป่วยไปยังจุดรักษาพยาบาลสีเขียว

5) ประเภทที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป (Non-urgent) ให้คำแนะนำผู้ป่วยว่าสามารถรอตรวจห้องตรวจทั่วไปหรือนัดมาตรวจวันอื่นได้ จึงนำส่งผู้ป่วยไปยังจุดรักษาพยาบาลสีขาว

1.4 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

แจ้งข้อมูลผู้ป่วยและญาติขณะรอตรวจ ประกอบด้วยระยะเวลาการตรวจ การตรวจรักษา ผู้ป่วยเป็นค่ารักษาพยาบาล สิทธิในการรักษา คำแนะนำ การเยี่ยมผู้ป่วยและความรู้การปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน

1.5 การดูแลต่อเนื่อง

ส่งต่อข้อมูลไปพื้นที่การรักษาในห้องฉุกเฉิน ประกอบด้วย แบบแรก triage กระดานตามสีที่ triage ได้ พร้อมระบุประเภท triage out ส่งเวรกับพยาบาลในห้องฉุกเฉินกรณีเป็นประเภทสีแดงหรือสีชมพู ใช้หลักในการส่งต่อด้วย M=Mechanism,

วารสารกองการพยาบาล

I=Injury/illness, S=Signs and Symptoms, T=Treatment (MIST)

1.6 การบันทึกทางการพยาบาล

บันทึกทางการพยาบาลด้วยหลัก

A=Assessment, I=Intervention, E=Evaluation (AIE) หรือ M=Mechanism, I=Injury/illness, S=Signs and Symptoms, T=Treatment (MIST) หรือ A=Airway, B=Breathing, C=Circulation, D=Disability (A,B,C,D) พร้อมลงบันทึกประเภทผู้ป่วย ในฐานข้อมูล triage

2. ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลตราด แบ่งเป็น 2 ด้าน

2.1 ด้านผู้ให้บริการพบว่า

ผู้ป่วยร้อยละ 51.8 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 48.2 เป็นเพศชาย ช่วงอายุที่มารับบริการ มากที่สุดคือ 40-60 ปี ร้อยละ 32.6 รองลงมาคืออายุ

60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มี การบาดเจ็บ (Non Trauma) ร้อยละ 75.8 ประกอบ ด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ร้อยละ 26.4 รองลงมาคือกลุ่มอาการของระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 15.2 กลุ่มอาการโครงร่างและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 7.8 กลุ่มโรคติดเชื้อในกระแสโลหิต (sepsis) ร้อยละ 5.6 กลุ่มผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ร้อยละ 3.4 กลุ่มอาการแพ้สารต่างๆ ร้อยละ 3 และ กลุ่มผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บ (Trauma) ร้อยละ 24.2 ประกอบด้วย อุบัติเหตุจากรถ Open wound, Falling, Dog bite หลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลพบว่า จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงและผู้ป่วยทั่วไปที่เข้ารับ บริการในห้องฉุกเฉิน เทียบกับช่วงระยะเวลาเดียวกัน ของปีก่อนมีจำนวนลดลงมากกว่าเกณฑ์เป้าหมาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงและผู้ป่วยทั่วไปมารับบริการในห้องฉุกเฉิน โดยเทียบกับเกณฑ์ เป้าหมาย ในช่วงระยะเวลาเดียวกันของปีก่อน หลังใช้แนวปฏิบัติ

การทดสอบ	Mean	SD	One-sample t-test		
			df	t	p-value
เกณฑ์เป้าหมาย Service Plan Trauma	0.5	-			
ค่าเฉลี่ยของร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงและ ผู้ป่วยทั่วไปมารับบริการในห้องฉุกเฉิน	19.22	15.91	4	2.631	.05

สำหรับคุณภาพบริการไม่พบรายงาน อุบัติการณ์ความเสี่ยงหรือข้อร้องเรียนจากการคัดแยก ประเภทผู้ป่วยคลาดเคลื่อนต่ำกว่าเกณฑ์จนผู้ป่วยมี อาการทรุดลง จำนวน 500 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

2.2 ด้านผู้ให้บริการ พบว่าพยาบาล วิชาชีพ ส่วนใหญ่มีมีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.0 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.8 มีวุฒิ การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 95.45 ระยะเวลา

การปฏิบัติ งานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลตราด นาน 1 – 5 ปี ร้อยละ 31.8 และมีประสบการณ์ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 50.0 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความรู้หลัง

การใช้แนวปฏิบัติโดยรวมสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีระดับความรู้ก่อนใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้แนวปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับดีและระดับปานกลางเท่ากัน ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ (N 22)

ความรู้	ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ		หลังการใช้แนวปฏิบัติ		t-test	p-value
	Triage		Triage			
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนความรู้การคัดแยก	33.04	2.98	38.81	3.20	8.012	.000
ประเภทผู้ป่วย						

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ความรู้ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ปฏิบัติ (N 22)

ระดับความรู้	ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ Triage		หลังการใช้แนวปฏิบัติ Triage	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ดี	0	0	11	50.0
ระดับความรู้ปานกลาง	19	86.4	11	50.0
ระดับความรู้น้อย	3	13.6	0	0
	Mean = 33.04 SD = 2.98		Mean = 38.81 SD = 3.20	
	Min = 28 Max = 39		Min = 33 Max = 44	

การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวปฏิบัติพบว่าทุกด้านมีการปฏิบัติอยู่ในระดับดีมากที่สุด ด้านที่มีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติมากที่สุด คือด้านที่ 1 ประเมินสภาพผู้ป่วยทั่วไป

(Mean 4.79, SD .16) รองลงมาคือด้านที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาล ณ จุด triage (Mean 4.68, SD .14) ในภาพรวมค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติอยู่ในระดับดีมากที่สุด (Mean 4.56, SD .18) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติตามแนวทางรายด้านและโดยรวม (N 22)

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	Mean	SD	ระดับการปฏิบัติ
ด้านที่ 1 การประเมินสภาพผู้ป่วยทั่วไป	4.79	.160	ดีมากที่สุด
ด้านที่ 2 การคัดแยกประเภทผู้ป่วย 5 ประเภท	4.63	.223	ดีมากที่สุด
ด้านที่ 3 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ณ จุด triage	4.68	.143	ดีมากที่สุด
ด้านที่ 4 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ	4.47	.335	ดีมากที่สุด
ด้านที่ 5 การส่งต่อข้อมูลกับทีมแพทย์และพยาบาลในห้องฉุกเฉิน	4.53	.210	ดีมากที่สุด
ด้านที่ 6 การบันทึกทางการพยาบาล	4.27	.203	ดีมากที่สุด
ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติโดยรวม	4.56	.181	ดีมากที่สุด
ค่าเฉลี่ยร้อยละการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติโดยรวม	92	5.54	

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลกับเกณฑ์ค่าเป้าหมายซึ่งกำหนดไว้ที่ร้อยละ 80 พบว่าค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลหลังจากใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนานี้มีค่าสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กับเกณฑ์ค่าเป้าหมายร้อยละ 80 (N 22)

การทดสอบ	Mean	SD	One-sample t-test		
			df	t	p-value
เกณฑ์เป้าหมาย	80	-			
ค่าเฉลี่ยของร้อยละการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล	92	5.54	29	20.951	.000

ความสามารถในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างพยาบาลหน้าห้องและในห้องฉุกเฉินพบว่าสามารถปฏิบัติการคัดแยกประเภทผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยประเภทที่ 1 ฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation) มีค่าความสอดคล้องอยู่ในระดับดีมาก (Almost Perfect) ($K=0.806$, $P=.000$) และ

สามารถคัดแยกผู้ป่วยประเภทที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป (Non urgency) มีค่าความสอดคล้องมากอยู่ในระดับดีมาก (Almost Perfect) ($K=0.907$, $P=.000$) เช่นเดียวกัน ส่วนความสามารถในการคัดแยกผู้ป่วยประเภทที่ 2-4 มีค่าความสอดคล้องอยู่ในระดับดี (Substantial) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสอดคล้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยระหว่างพยาบาล triage out และพยาบาล triage in

ประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	Kappa's Coefficient			
	Value	SE	Approximate T ^b	Approximate significance
ประเภทที่ 1 ฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation)	.81	.07	18.02	.000
ประเภทที่ 2 ฉุกเฉินรุนแรง (Emergency)	.80	.03	17.81	.000
ประเภทที่ 3 ฉุกเฉินเร่งด่วน (Urgency)	.71	.03	16.00	.000
ประเภทที่ 4 ฉุกเฉินไม่รุนแรง (Semi-urgency)	.75	.03	16.76	.000
ประเภทที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป (Non urgency)	.91	.03	20.31	.000
ความสอดคล้องภาพรวม	.81	.01	55.18	.000

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวปฏิบัติรายข้อและโดยรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ยทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุด ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุดคือระบบ Triage ช่วยให้พยาบาลห้องฉุกเฉินมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ทันสมัย (Mean 4.77, SD

.42) และระบบ Triage ช่วยให้เกิดความคุ้มค่าในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Mean 4.77 SD.42) ความพึงพอใจในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 93.24 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวปฏิบัติ
จำแนกตามรายชื่อและโดยรวม (N 22)

ข้อ	ความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
1	ระบบ Triage มีความชัดเจนทั้งสถานที่ เกณฑ์ Triage และ คิวการเข้ารับบริการ	4.68	.476	มากที่สุด
2	การบันทึกข้อมูล Triage มีความเหมาะสมในการส่งต่อจาก จุด Triage out ไป Triage in และพื้นที่รักษา	4.72	.455	มากที่สุด
3	เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ในการ Triage เพียงพอทำให้ ท่านสะดวกในการปฏิบัติงาน	4.54	.595	มากที่สุด
4	ท่านพอใจกับระดับความรู้ ความสามารถในการ Triage สามารถแก้ไขปัญหาทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย	4.50	.672	มากที่สุด
5	ท่านมั่นใจในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติตามประเภท การคัดแยกประเภทผู้ป่วย	4.54	.670	มากที่สุด
6	การ Triage ช่วยให้การพยาบาลได้ครอบคลุมและเหมาะสม ตามกระบวนการพยาบาล AIE	4.72	.455	มากที่สุด
7	ระบบ Triage ช่วยให้พยาบาลห้องฉุกเฉินมีแนวปฏิบัติ การ พยาบาลที่ทันสมัย	4.77	.428	มากที่สุด
8	ระบบ Triage ช่วยเพิ่มคุณภาพการพยาบาล	4.68	.476	มากที่สุด
9	ระบบ Triage ช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุการทรุดลงของผู้ป่วยที่ OPD	4.68	.476	มากที่สุด
10	ระบบ Triage ช่วยให้เกิดความคุ้มค่าในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ฉุกเฉิน	4.77	.428	มากที่สุด
โดยรวม		4.66	0.098	มากที่สุด
ร้อยละคะแนนความพึงพอใจ		93.24	1.95	

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวปฏิบัติกับเกณฑ์ค่าเป้าหมายร้อยละ 80 พบว่า ค่าเฉลี่ยของ

คะแนนความพึงพอใจหลังการใช้แนวปฏิบัติ สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวปฏิบัติ กับเกณฑ์ค่าเป้าหมายร้อยละ 80 (N 22)

การทดสอบ	Mean	SD	One-sample t-test		
			df	t	p-value
เกณฑ์เป้าหมาย	80	-			
ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจหลังการใช้แนวปฏิบัติ	93.24	1.95	9	21.433	.000

อภิปรายผล

การศึกษาลงมือใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบว่า ด้านผู้ให้บริการ ไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการคัดแยกประเภทผู้ป่วยคลาดเคลื่อนต่ำกว่าเกณฑ์ และไม่พบข้อร้องเรียน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงและผู้ป่วยทั่วไปที่เข้ารับบริการในห้องฉุกเฉิน เทียบกับช่วงระยะเวลาเดียวกันของปีก่อนมีจำนวนลดลงมากกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ทั้งนี้เพราะแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้พัฒนามาจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ มีความครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน คือคือด้านที่ 1 การประเมินสภาพทั่วไป ด้านที่ 2 แนวทางและเกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ด้านที่ 3 การพยาบาลเบื้องต้น ณ จุด Triage ด้านที่ 4 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

ด้านที่ 5 การดูแลต่อเนื่อง และด้านที่ 6 การบันทึกทางการพยาบาล โดยด้านที่ 1 การประเมินสภาพทั่วไป กำหนดให้พยาบาลเข้าไปต้อนรับ ทักทายผู้ป่วยและญาติ ด้วยเครื่องมือ AIDET (Acknowledge, Introduce, Duration, Explanation, and Thank you) ซึ่งเป็นเครื่องมือสื่อสาร ที่ถูกนำมาใช้ในการให้ข้อมูลระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราโมทย์ ถ่างกระโทก, หฤทัย ภูหอมเจริญและสุพรรณนารัตน์ รินสาร (2560)¹³ ที่พบว่าโปรแกรมสื่อสารข้อมูล AIDET มีประสิทธิภาพในการสื่อสารและให้ข้อมูล ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังมีการอบรมให้ความรู้ด้วยการบรรยายและฝึกทำกรณีตัวอย่าง และทำความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัติร่วมกับมีการติดตามและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องโดยทีมพัฒนาคุณภาพ (risk owner) ทำให้พยาบาล

สามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดี จะทำให้สามารถนำไปใช้ได้จริง และเกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา เขียวชะอำ (2556)¹⁴ ที่กล่าวว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีเป้าหมายคือพัฒนากระบวนการและประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติด้วยผลลัพธ์ที่ดีที่สุดทางสุขภาพ ควรจะทำเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ มีการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบ

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลด้วยแบบวัดความรู้ชุดเดียวกันพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยรวมสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ด้านการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ พบว่าค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติหลังใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย โดยทุกด้านมีการปฏิบัติอยู่ในระดับดีมากที่สุด ด้านที่มีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติมากที่สุด คือ ด้านที่ 1 ประเมินสภาพผู้ป่วยทั่วไป รองลงมาคือ ด้านที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาล ณ จุด triage ด้านความสอดคล้องของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยระหว่างพยาบาลหน้าและในห้องฉุกเฉินพบว่าสามารถคัดแยกผู้ป่วยประเภทที่ 1 และประเภทที่ 5 มีค่าความสอดคล้องมากอยู่ในระดับดีมาก ส่วนประเภทที่ 2, 3 และ 4 อยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องมาจากก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงได้มีการสอบถามพยาบาลเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้หน้างานและมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลที่ได้รับ

มอบหมายให้ทำหน้าที่ Triage การอบรม ทำความเข้าใจและมีแบบติดตามและสังเกตเฝ้าระวังการใช้แนวปฏิบัติโดยทีมพัฒนาคุณภาพ (risk owner) ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความรู้สามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้องซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rosswurm, M.A., & Larrabee, J.H. (1999)¹⁵ พบว่าการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาแนวปฏิบัติหน้างานส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของซูชัย สมितिไกร (2558)¹⁶ ที่กล่าวว่าวิธีการเรียนรู้มีผลต่อความสำเร็จของผู้เรียนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ และทักษะ อันพึงประสงค์ มีการกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความต้องการที่จะเรียนรู้ไม่รู้สึกลำบากหน่าย การใช้วิธีการสอนหลายอย่างประกอบกัน ช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจ สามารถจดจำเนื้อหาได้มากและจำได้นานกว่าการบรรยาย หรือการอ่านเพียงอย่างเดียว

การศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวปฏิบัติพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 93.24 สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ทั้งนี้เนื่องมาจากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้มีความชัดเจน เหมาะสม และนำไปใช้ได้จริงด้วยความสะดวก ยอมรับในความทันสมัย ช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ไม่เกิดอุบัติเหตุไม่พึงประสงค์และเพิ่มคุณภาพการพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการคัดแยกประเภทผู้ป่วย มีการติดตามเฝ้าระวังภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ การมีเป้าหมายในการ

ปฏิบัติงานที่ชัดเจนส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงานเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ขยายผลการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ให้ครอบคลุมแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตราด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลได้ตามความเร่งด่วน ปลอดภัย และเพิ่มคุณภาพการพยาบาล

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมพัฒนาความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยการจัด

ฝึกอบรมความรู้เรื่องการปฏิบัติการพยาบาลและการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง

3. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้มีการจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงานและส่งเสริมให้มีการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัยและเพียงพอต่อการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินภายใต้ทรัพยากรด้านบุคลากรที่จำกัด

References

1. Fry M, Bucknall TK. Review of the triage literature : Past, present, future? Aust Emerg Nurs J 2002; 5(2):33-8.
2. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization).(2018). Patient Safety Goals 2018.2 nd edition. Nonthaburi : Famous and Successful. Thai.
3. Christ M, Goransson F, Winter D, Bingisser R, Platz, E. Modern Triage in the Emergency Department. Medicine, Deutsches Arzteblatt International. Arztebl, 2010;107(50):892-98.
4. Sandy LD, Michale JB, David PM, et al. Emergency triage: Comparing a novel computer triage program with standard triage. Acad Emerg Med. 2005;12:502-7.
5. Panao Tachaathipok, Pariwat Pooyen. Emergency Department Triage. Essential knowledge in emergency care. 1 st ed. Khon Kaen: Klangnana Printing; 2014. Thai.
6. Sumalee Jakpaisan, Chintanan Sittipracharat, Chadaporn Pramparmamon, Nattanan Mala. Development of learning Program for Knowledge and Ability Construction in Emergency Severity Triage by Adult learning Theory for Registered Nurses in Emergency Department of Saraburi Hospital. Journal of Nursing Division. 2017;44(2),46-56. Thai.

7. Nursing Division. Guideline of Nursing Staffing. Bangkok: Organization for the Delivery of Goods and Parcels; 2545. Thai.
8. National Institute of Emergency Medicine. Criteria for separation of emergency patients and remember the order of care at Emergency Department according the criteria prescribed by National Institute of Emergency Medicine. No.1. Bangkok: National Institute of Emergency Medicine; 2013. Thai.
9. National Health and Medical Research Council NHMRC. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guideline. [Internet]. 1998; Available from: http://www.ausinfo.gov.au_hottobuy.html
10. Nonglak Wiratchai. Setting new sample sizes and interesting analysis statistic. [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 20]; Available from <http://llskill.com/web/files/GPower.pdf>. Thai.
11. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Pres; 1977.
12. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
13. Pramote Thangkratok, Harutai Poohomjarean, Supannarat Rinsathorn. Effects of AIDET Communication Program on Satisfaction among Patients and Families in Cardiac Unit, Bangkok Heart Hospital. Songklanakarind Medical Journal. 2017;35(4):335-42. Thai.
14. Rungnapa Keouchaum. Nursing practice based on evidence based. Journal of the College of Nursing King Prajadhipok, Chanthaburi. 2013;24(2):94-108. Thai.
15. Rosswurm MA, Larrabee JH. A model for change to evidence-based practice. Journal of Nursing Scholarship. 1999;31(4):317-22.
16. Chuchai Samithigrai. Training of personnel in organizations. 8th ed. Bangkok: Chulalongkorn Publishing Office university; 2015. Thai.