

ระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ Triage System in Chiang Mai Neurological Hospital

เยาวลักษณ์ พุยหัวโทน พย.บ.*

Yaowaluk Puyhuaton M.N.S *

จุไรพร กนกวิจิตร พย.บ.*

Juraiporn Kanokwijit M.N.S *

ลักขณา ไทยเครือ พ.บ. ปร.ค.**

Lakkana Thaikrue M.D., M.S., Ph.D.**

Corresponding Authors: Email: puyhuaton@gmail.com

Received: 5 Oct 2021, Revised: 9 Dec 2021, Accepted: 12 Dec 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินและหาแนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กลุ่มประชากรที่ศึกษา ได้แก่ แพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 15 คน วิจัยดำเนินการศึกษาใช้แนวคิดของวงจรการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง PDCA (Plan-Do-Check-Act) ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ และการดำเนินการแก้ไข ขั้นตอนการศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 สืบค้นเอกสารแนวปฏิบัติ การคัดแยกประเภทผู้ป่วย เก็บข้อมูลจากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการ อุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาด รวมถึงสอบถามประสบการณ์ในการคัดกรองผู้ป่วยจากกลุ่มประชากรที่ศึกษา ระยะที่ 2 สังเกตการคัดกรองและการจำแนกประเภทผู้ป่วย ระยะที่ 3 ทบทวนวรรณกรรม และนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาวิเคราะห์ เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วย พัฒนาแนวทางปฏิบัติ คู่มือ และเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อนำมาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย และดูแลผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการปฏิบัติงานในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกต ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และจัดหมวดหมู่ข้อคิดเห็นจากการสัมภาษณ์และการสังเกต

ผลการวิจัย พบว่า หน่วยงานยังไม่มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่ชัดเจน แต่มีขั้นตอนในการปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่สามารถบอกขั้นตอนในการคัดกรองผู้ป่วยได้ครบถ้วนและเรียงลำดับได้อย่างถูกต้องมีเพียงหนึ่งคน จากการสังเกตการคัดกรองขอพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า สามารถประเมินอาการและรับผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง ส่วนร้อยละ 40 ไม่สามารถตัดสินใจระบุความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้องในกรณีฉุกเฉิน และร้อยละ 70 ไม่ได้ประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่มารับบริการ สาเหตุ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ Email: puyhuaton@gmail.com, juraiporn.k2021@gmail.com

* Registered Nurse, Emergency room. Chiang Mai neurological hospital

** ศาสตราจารย์ดอกเตอร์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Email: Lakkana.t@cmu.ac.th

** Professor Dr. in Faculty of Medicine, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine

หลักของการคัดกรองที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ระบบคัดกรองไม่ชัดเจน ความแตกต่างของประสบการณ์และความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วย เครื่องมือในการจำแนกประเภท และการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้องจากตัวผู้ป่วยและญาติ แนวทางในการพัฒนาประกอบไปด้วย 1) การมีระบบการคัดกรองที่ชัดเจน 2) การมีแนวปฏิบัติ และคู่มือการคัดกรองผู้ป่วย 3) การปฐมนิเทศ และการฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง

การศึกษาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในครั้งนี้ ช่วยทำให้ทราบถึงระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในหน่วยงาน รวมทั้งทราบปัญหา สาเหตุของปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่แนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน

Abstract

This descriptive study aims to investigate and find the way to develop triage system in Chiang Mai Neurological Hospital. The methodology used in this study was the concept of PDCA (plan-do-check-act). A total of 15 physicians and registered nurses in emergency and out-patient departments were recruited to participate in this study. The study consisted of three phases. In the first phase, secondary data from documents, medical records, registration service and incidents related to triage system were retrieved. All the participants were interviewed about triage system, such as interviewing and steps of triage. In the second phase, researchers observed the participants during patient screening and classification. In the third phase, researchers reviewed literatures and use analyzed data to find the way to develop triage system manuals and guidelines for patient screening and patient care. The research instruments consisted of Emergency Screening Questionnaires, interview form and observation form. All data was analyzed using descriptive statistics and grouping data from interview and observation.

The results revealed that the system of triage was unclear. The main problems were that some staffs had never received orientation/training course and/or never read triage guidelines. Only one nurse could correctly describe work flow and steps in triage system. For screening observation, all participants could classify patients correctly. Inappropriate activity was to make decision for

emergency indication (40.0%). The activity that should have staffs had never been done were pain assessment (70.0%). The main causes of delayed triage incidents included comprised of unclear system of triage, different experiences/or skills among staffs, ambiguous in using available triage tools and falsifying information provided by patients or their relatives. The proposed recommendations were that the hospital should have 1) correct triage system 2) official document and practice cal guidelines of triage system for emergency patients 3) provide orientation and training courses of emergency patient triage.

The study provides useful information regarding emergency patient triage system, problems and causes of the delayed and misclassified emergency patients for further development of triage system in Chiang Mai Neurological Hospital.

Key words: Emergency patient triage, Emergency patient triage system, patient classification

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ในปัจจุบันสถานการณ์ที่ความต้องการทางการแพทย์มีปริมาณมากขึ้น ประกอบกับปริมาณทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีอย่างจำกัด ซึ่งกระบวนการแก้ไขปัญหาในภาพรวมสามารถทำได้หลายวิธี หนึ่งในนั้นคือ กระบวนการการคัดกรองผู้ป่วย (Triage)¹ ระบบการคัดกรองผู้ป่วยมีการใช้มาเป็นเวลานาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉิน รอคอยไม่ได้ และจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ก่อน และเนื่องจากโรงพยาบาลเป็นแหล่งบริการชุมชนด้านสุขภาพอนามัย เมื่อประชาชนเพิ่มขึ้น จำนวนผู้มารับบริการก็เพิ่มมากขึ้น การคัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่จุดคัดกรองที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญ เพราะเป็นขบวนการซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการประเมินเพื่อตัดสินใจความรีบด่วนของปัญหา และส่งไปรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสมตอบสนองความต้องการในการบริการผู้ป่วยฉุกเฉินได้เร็วขึ้น² แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่สำคัญในโรงพยาบาลเป็นด่านแรกที่ใช้บริการแก่ผู้ใช้บริการที่มีอาการฉับพลัน และอยู่ในภาวะฉุกเฉิน จากการเจ็บป่วยอย่างกะทันหันซึ่งต้องการการช่วยเหลือ

ที่เร่งด่วน รวดเร็ว ถูกต้องทันเวลาและปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง³ ดังนั้นแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีเครื่องมือเป็นเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยที่แม่นยำและน่าเชื่อถือในการคัดกรองอาการของผู้ป่วยที่ต้องการ การรักษาอย่างเร่งด่วน และใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัดให้ประโยชน์อย่างสูงสุด

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ระบบการคัดแยกที่มีความละเอียดเที่ยงตรง และมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด จะช่วยให้พยาบาลสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วนสามารถส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่รักษาที่มีความเหมาะสมกับอาการผู้ป่วย ลดความล่าช้าในการรักษา ลดอัตราการตาย ลดค่าใช้จ่ายและทรัพยากรขององค์กรที่ต้องนำมาใช้เกินความจำเป็น และลดอัตราความคลาดเคลื่อนในการคัดแยก⁴ และในหลายประเทศ เช่น ประเทศแคนาดา (Canadian Triage and Acuity Scale; CTAS) และประเทศสหรัฐอเมริกา (Emergency Severity Index; ESI) ได้ใช้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ การพัฒนาระบบการคัด

แยกผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อคัดแยกผู้ป่วยได้รวดเร็วทำให้ระยะเวลารอพบแพทย์ และระยะเวลาอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินลดลง สามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่ อีกทั้งเป็นการเพิ่มศักยภาพในบทบาทของพยาบาลผู้ประเมินครั้งแรกที่พบผู้ป่วยเพื่อช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย⁶ ส่วนระบบการคัดแยกที่มีความคลาดเคลื่อนมาก จะส่งผลทำให้ภาระงานของหน่วยงานเพิ่มมากขึ้น มีการใช้ทรัพยากรที่มาก เกินความจำเป็น เช่น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งฉายรังสีเพื่อการวินิจฉัย เป็นต้น เพิ่มอัตราบุคลากรที่ต้องปฏิบัติงานโดยไม่มี ความจำเป็น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นรวมถึงระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษา สำหรับผู้ป่วยเร่งด่วนฉุกเฉินอาจจะเกิดความล่าช้าอาจส่งผลต่อโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย⁴

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางระบบประสาทระดับตติยภูมิ รับตรวจรักษาผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลัง ซึ่งผู้ป่วยที่มารับบริการในปัจจุบันมักมีโรคร่วมมาด้วย ทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการมีหลากหลายและซับซ้อนมากขึ้น ห้องฉุกเฉินจึงเป็นด่านหน้าที่ให้บริการรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งรับย้ายจากโรงพยาบาลอื่นและผู้ป่วยที่ตนเอง อีกทั้งยังเป็นหน่วยบริการผู้ป่วยนอกนอกเวลาให้บริการ 24 ชั่วโมง จึงเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องการความรวดเร็วและแม่นยำในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วน ฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที ลดอัตราการเสียชีวิตและการพิการของผู้ป่วย ทางหน่วยงานได้มีการคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ของสำนักการพยาบาล และได้สร้างแนวปฏิบัติ (work instruction) ในการแยกประเภทผู้ป่วยขึ้นมาในปี 2558 โดยแบ่งเป็น ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก Emergent (E), ผู้ป่วยฉุกเฉิน Urgent (U) และผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน Non-emergent (N) ในช่วงต้นปี 2559 ได้มีการนำความรู้เรื่องแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการ

บริหาร ณ ห้องฉุกเฉินตามคู่มือที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) กำหนด โดยใช้ดัชนีความรุนแรงในการคัดแยกผู้ป่วยของประเทศสหรัฐอเมริกา (Emergency Severity Index; ESI)⁷ มาใช้ในการคัดแยกประเภทในผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ซึ่งมีการแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน 3) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง 4) ผู้ป่วยทั่วไป และ 5) ผู้ป่วยใช้บริการสาธารณสุขอื่น แต่ยังไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามยังเกิดอุบัติการณ์การคัดแยกผู้ป่วยผิดพลาดเกิดขึ้น ในปี 2558 และปี 2559 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Acute cerebral infarction) มีอาการแขนขาอ่อนแรง มาในเวลา 4 ชั่วโมงครึ่ง แต่พยาบาลคัดกรองจัดให้เป็นกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป และส่งต่อไปรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจประเมินเพื่อเข้าสู่ระบบ Stroke Fast Track (SFT) ปี 2560 ผู้ป่วยนอนติดเตียง มีอาการหายใจเหนื่อย พยาบาลคัดกรองจัดให้เป็นกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ขณะรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย หอบมากขึ้น ตัวเย็น ต้องนำผู้ป่วยมาประเมินที่ห้องฉุกเฉิน เจาะ DTX = 500 mg% แพทย์วินิจฉัย Diabetic Ketoacidosis ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น (refer out) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น พยาบาลคัดกรองจัดให้เป็นกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปและส่งต่อไปรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ขณะรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบมาก กระสับกระส่าย ต้องนำผู้ป่วยมาประเมินที่ห้องฉุกเฉิน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบมีภาวะหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น (refer out) จากอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ถือว่าต่ำกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทั่วไปคือไม่เกินร้อยละ 5-15⁸ ถึงแม้ตามสถิติความคลาดเคลื่อนจะอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แต่หากสามารถคัดกรองกรองได้อย่างถูกต้องมากขึ้น โอกาสรอดชีวิตและลดความพิการของผู้

ป่วยก็จะมากขึ้น

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ศึกษาปัญหาและสาเหตุของปัญหา เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเสนอแนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โดยใช้หลักแนวคิดของวงจรการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของเดมมิง⁹ PDCA (plan-do-check-act) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนการศึกษา และนำผลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่เน้นให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สาเหตุ รวมทั้งแนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติ คู่มือ และเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดคุณภาพในระบบบริการ และคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระบบการคัดกรองผู้ป่วย และหาแนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน และหาแนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โดยอาศัยกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง PDCA (plan-do-check-act) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การวางแผน (Plan) โดยการวางแผนวิธีการทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วย วางแผนการศึกษาระบบการคัดกรองผู้ป่วย และวางแผนการเก็บข้อมูลในหน่วยงาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการค้นหาปัญหา สาเหตุ ตั้งวัตถุประสงค์ในการศึกษา 2) การปฏิบัติ (Do) ค้นหาปัญหา ข้อผิดพลาดในการคัดกรองผู้ป่วยในหน่วยงาน โดยผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สาเหตุ รวมทั้งหาแนวทางในการแก้

ปัญหาพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วย 3) การตรวจสอบ (Check) นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องของ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์แนวทางในการแก้ไขปัญหาการคัดกรองผู้ป่วย 4) การดำเนินการแก้ไข (Act) ทบทวนเอกสารวรรณกรรม และเก็บข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และนำผลจากการศึกษา หรือปัญหาที่พบมาวิเคราะห์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เพื่อให้เกิดคุณภาพในระบบบริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาระบบการคัดกรองผู้ป่วย และหาแนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการคัดกรอง ได้แก่ แพทย์และพยาบาลทั้งหมด จำนวน 15 คน ประกอบด้วย แพทย์ที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน จำนวน 2 คน หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉิน จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 6 คน และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 4 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 คู่มือทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพผ. กำหนด⁷ และ MOPH ED TRIAGE ของกรมการแพทย์¹ ซึ่งประกอบไปด้วย ความหมายของการคัดแยกผู้ป่วย ดัชนีความรุนแรงในการคัดแยกผู้ป่วย ขั้นตอนการคัดแยก และความเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามการปฏิบัติงานในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ในการทำงาน และ ประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่พยาบาลคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินมีทั้งหมด 15 ข้อคำถาม พัฒนามาจากแบบสอบถามข้อมูลการปฏิบัติงานการคัดแยกผู้ป่วยเบื้องต้นของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์⁵

2.2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นปัญหาปัญหาและแนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน และการแก้ปัญหาที่เกิดจากการคัดกรองผู้ป่วยที่ล่าช้า โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่เตรียมคำถามไว้ล่วงหน้า โดยหัวข้อสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาระบบการคัดกรองที่มีอยู่เดิม (ขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยที่ใช้ในปัจจุบัน/แนวทางการปฏิบัติการคัดแยกของการแพทย์ฉุกเฉิน/กพฉ.) และนำมาสร้างเป็นหัวข้อสัมภาษณ์ในแบบสัมภาษณ์

2.3 แบบสังเกตการณ์การจำแนกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินโดยการสังเกตการณ์การคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วม ซึ่งนำมาจากแบบสังเกตการณ์การจำแนกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินของสุคนธ์จิต อุบนันชัย และอารีย์วรรณ อ่วมตานี¹⁰ โดยมีผู้วิจัย 2 คน สังเกตการณ์การปฏิบัติงานขณะคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งมีทั้งหมด 15 ข้อพฤติกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การหาความตรงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามมาจากแบบสอบถามข้อมูลการปฏิบัติงานการคัดแยกผู้ป่วยเบื้องต้นของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นปัญหาปัญหาและแนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรองเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน และการแก้ปัญหาที่เกิดจากการคัดกรองผู้ป่วยที่ล่าช้า โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่เตรียม

คำถามไว้ล่วงหน้า โดยหัวข้อสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาระบบการคัดกรองที่มีอยู่เดิม และแบบสังเกตการณ์จำแนกผู้ป่วย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ความตรงตามเนื้อหา (Content validity: CVI) เท่ากับ 1

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น

ผู้วิจัยได้นำแบบสังเกตการณ์ไปใช้สังเกตการณ์ปฏิบัติงานขณะคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยนอก ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกต (Interrater reliability) เท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มประชากร โดยได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ รับรองโครงการเลขที่ EC No. 020-62 ลงวันที่ 6 มีนาคม 2562 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำเอกสารชี้แจงผู้ร่วมโครงการวิจัย มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง สอบถามความสมัครใจ และลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้ร่วมโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบในการพิจารณาในความดีความชอบใด ๆ ผลการศึกษาวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและจะนำไปใช้ในภาพรวม และนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมีนาคม 2562 – เดือนสิงหาคม 2564 เก็บรวบรวมข้อมูล 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ประกอบไปด้วย 1) สืบค้นเอกสารแนวปฏิบัติ (Work instruction) ขั้นตอนในการคัดกรองผู้ป่วย และการแยกประเภทผู้ป่วยของห้องฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยนอก เก็บข้อมูลจากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการ และอุบัติการณ์การคัดกรองผิดประเภทที่แผนกผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลประสาท

เชียงใหม่ และข้อมูลผู้ป่วยที่มารอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกแล้วมีอาการแย่งขณะรอตรวจ ปี 2558 – ปี 2561

2) สอบถามเกี่ยวกับการทำงาน และ ประสิทธิภาพการในการทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยในหน่วยงาน โดยสอบถามบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมด 13 คนประกอบด้วย เป็นพยาบาลหัวหน้างานจำนวน 3 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยจำนวน 10 คน

3) สัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับระบบการคัดกรองผู้ป่วย ขั้นตอนในระบบการคัดกรองผู้ป่วยและการแยกประเภทผู้ป่วยที่เข้ารับบริการตรวจรักษาในหน่วยงานตั้งแต่แรกเริ่ม ปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วยสาเหตุ และการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมดดังนี้ แพทย์ที่ปฏิบัติงานในการตรวจรักษาผู้ป่วยจำนวน 2 คน พยาบาลหัวหน้างานจำนวน 3 คน และพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการห้องฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอก ทั้งในและนอกเวลาราชการ จำนวน 10 คน การสัมภาษณ์ใช้การอัดบันทึกเสียง และต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ถูกสัมภาษณ์

ระยะที่ 2 ประกอบไปด้วย 1) สังเกตการคัดกรองและการจำแนกประเภทผู้ป่วยโดยใช้แบบสังเกตการจำแนกผู้ป่วยตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน โดยสังเกตพฤติกรรมคัดกรองของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย ได้แก่ พยาบาลห้องฉุกเฉินจำนวน 6 คน และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 4 คน

2) จัดประชุมกลุ่มพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย เพื่อช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการคัดกรอง และการแยกประเภทความเร่งด่วนต่อการรักษาของผู้ป่วย ของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ที่ผ่านมา

ระยะที่ 3 ทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย การแยกประเภทผู้ป่วย และคู่มือในการปฏิบัติการจำแนกผู้ป่วยฉุกเฉิน นำข้อมูลที่ได้จากการ

ทบทวน และปัญหา/สาเหตุของปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่รวบรวมจากการเก็บข้อมูล มาวิเคราะห์เพื่อเสนอแนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลจากแบบสอบถามการปฏิบัติงานในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน และจากแบบสังเกตการจำแนกผู้ป่วย โดยการสังเกตการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

3. ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นปัญหาปัญหาและแนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ใช้การจัดกลุ่มข้อมูล (grouping data) และสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เป็นหัวหน้างาน 3 คน และพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่คัดกรอง 10 คน และแพทย์ที่ปฏิบัติงานในการตรวจรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 2 คน (ซึ่งแพทย์จะให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับระบบการคัดกรองผู้ป่วยเท่านั้น ไม่ได้เก็บข้อมูลทั่วไป) เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุระหว่าง 33–58 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 45 ปี (S.D. = 7.77) ประสิทธิภาพการคัดกรองผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 1–15 ปี ประสิทธิภาพการคัดกรองผู้ป่วยโดยเฉลี่ย 6.5 ปี (S.D. = 4.29) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นปริญญาตรี ร้อยละ 76.92 ได้รับการปฐมนิเทศ และเคยอบรมเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย ร้อยละ 76.92 และ 61.54 ตามลำดับ เคยอ่านแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วย ร้อยละ 76.92 โดยอ่านจากหลายแหล่ง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากรจำแนกตาม เพศ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการคัดกรองผู้ป่วย (n=13)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	13	100.00
อายุ (ปี)		
31 – 40	4	30.77
41 – 50	5	38.46
51 – 60	4	30.77
อายุเฉลี่ย 45 ปี (S.D. = 7.77) อายุสูงสุด 58 ปี อายุต่ำสุด 33 ปี		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	10	76.92
ปริญญาโท	3	23.08
ประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่พยาบาลคัดกรอง (ปี)		
1–5	7	53.85
6–10	4	30.77
>10	2	15.38
ประสบการณ์เฉลี่ย 6.5 ปี (S.D. = 4.29) สูงสุด 15 ปี ต่ำสุด 1 ปี		
ท่านได้รับการปฐมนิเทศเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยหรือไม่		
เคย	10	76.92
ไม่เคย	3	23.08
ท่านได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องการคัดกรองผู้ป่วยหรือไม่		
เคย	8	61.54
ไม่เคย	5	38.46
ท่านเคยอ่านคู่มือเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยหรือไม่		
ไม่เคย	3	23.08
เคย	10	76.92
คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	10	100.00
คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยของกรมการแพทย์	5	50.00
คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยของโรงพยาบาลอื่น	6	60.00

2) ผลจากการศึกษาระบบคัดกรองผู้ป่วยในหน่วยงาน

2.1 ผลการสืบค้นเอกสารในห้องฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยนอก พบว่าในห้องฉุกเฉินมีคู่มือแนว

ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด แต่พบว่าใช้งานได้ยาก เกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยประกอบด้วยอาการหลายกลุ่มอาการ และการเข้าถึงเอกสาร

ทำได้ยาก ส่วนแผนกผู้ป่วยนอกพบว่าไม่มีคู่มือในการคัดกรองผู้ป่วย มีแต่เอกสารแนะนำเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย และการแยกประเภทผู้ป่วย และในส่วนของเอกสารที่เกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วย แนวปฏิบัติในการแยกประเภทผู้ป่วย และแนวปฏิบัติในการรับ และดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายโรค เช่น Stroke, Spine และ Epilepsy พบทั้ง 2 หน่วยงาน

2.2 ผลจากการสอบถามการปฏิบัติงานในหน่วยงานและประสบการณ์การคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ซึ่งเป็นพยาบาลหัวหน้างานทั้งหมด 3 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมด 10 คน มีประสบการณ์ในการคัดกรองผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปีมากที่สุด ร้อยละ 53.85 ได้รับการปฐมนิเทศ ร้อยละ 76.92 เคยอบรมเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยร้อยละ 61.54 และ เคยอ่านแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วย ร้อยละ 76.92 โดยอ่านจากหลายแหล่ง

2.3 ผลการสัมภาษณ์แพทย์ที่ปฏิบัติงานในการตรวจรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมดจำนวน 2 คน มีความ

คิดเห็นว่าในหน่วยงานยังไม่มีระบบคัดกรองที่ชัดเจน ส่วนพยาบาลหัวหน้างานทั้งหมด จำนวน 3 คน และพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน จำนวน 6 คน และแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 4 คน ที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยทั้งในและนอกเวลาราชการ มีความคิดเห็นว่าในหน่วยงานมีระบบคัดกรอง แต่ขั้นตอนในการคัดกรองผู้ป่วยของแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน ทำให้บางครั้งเกิดการคัดกรองผิดพลาดซึ่งนำมาซึ่งอุบัติเหตุการคัดกรองผู้ป่วยที่ผิดพลาด มีเพียงพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย 1 คนเท่านั้นที่มีความคิดเห็นว่าในหน่วยงานไม่มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 7.69 ซึ่งพยาบาลท่านนี้มีประสบการณ์ในการทำงานและการคัดกรองผู้ป่วย 10 ปี และผลจากการสัมภาษณ์ขั้นตอนในระบบการคัดกรองผู้ป่วยพบว่ามีเพียง 1 คนเท่านั้นที่สามารถบอกขั้นตอนครบ และเรียงลำดับขั้นตอนได้ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 7.69 แต่ส่วนใหญ่ยังบอกขั้นตอนไม่ครบ และเรียงลำดับขั้นตอนไม่ถูกต้อง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 53.85 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการสัมภาษณ์ขั้นตอนในระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน (n=13)

ขั้นตอนในระบบการคัดกรองผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ขั้นตอนครบ เรียงถูกต้อง	1	7.69
ขั้นตอนครบ เรียงไม่ถูก	0	0
ขั้นตอนไม่ครบ เรียงถูก	5	38.46
ขั้นตอนไม่ครบ เรียงไม่ถูก	7	53.85

2.4 การสังเกตการคัดกรองผู้ป่วยและการจำแนกประเภทผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินพบว่าพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน จำนวน 6 คน และพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 4 คน ทั้งในและนอกเวลาราชการ สามารถประเมินอาการ

แรกรับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องทั้งหมด มีบางกิจกรรมเท่านั้นที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องเช่นจัดระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนของผู้ป่วย ร้อยละ 40 รวมถึงกิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการประเมินความเจ็บปวดคิดเป็นร้อยละ 70 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของการจำแนกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินของพยาบาลคัดกรองที่ปฏิบัติหน้าที่ในห้องฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยนอก (n=10)

พฤติกรรม	ปฏิบัติถูกต้อง (1)		ปฏิบัติไม่ถูกต้อง (2)		ไม่ปฏิบัติ (3)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การให้การต้อนรับที่เหมาะสม	10	100	0	0	0	0
2. ประเมิน General Appearance	10	100	0	0	0	0
3. ประเมินการอุดกั้นทางเดินหายใจ	10	100	0	0	0	0
4. ประเมินการหายใจและการแลกเปลี่ยนออกซิเจน	10	100	0	0	0	0
5. ประเมินการไหลเวียนโลหิต	10	100	0	0	0	0
6. ประเมินระดับความรู้สึกตัว	10	100	0	0	0	0
7. ประเมินสัญญาณชีพ	8	80	0	0	2	20
8. ประเมินว่าผู้ป่วยกำลังมีความทุกข์ทรมานหรือเจ็บปวดมากหรือไม่	3	30	0	0	7	70
9. ประเมินแนวโน้มของกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ใช้	10	100	0	0	0	0
10. ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น	7	70	0	0	3	30
11. ติดตามประสานงานกับเวชระเบียนในการทำทะเบียนประวัติผู้ป่วย	10	100	0	0	0	0
12. นำเวชระเบียนส่งมอบให้แก่พยาบาลในพื้นที่การรักษาหลังจากลงทะเบียนข้อมูล	10	100	0	0	0	0
13. จัดสถานที่รอตรวจที่เหมาะสม	10	100	0	0	0	0
14. ตัดสินใจระบุความเร่งด่วน	6	60	4	40	0	0

3) ผลจากการศึกษาปัญหา อุปสรรค และสาเหตุของปัญหาในระบบการคัดกรองผู้ป่วย และหาแนวพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วย โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

3.1 ปัญหา อุปสรรค และสาเหตุของปัญหาในระบบการคัดกรองผู้ป่วย โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

ผลจากการศึกษาระบบคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน และวิเคราะห์สถานการณ์การปฏิบัติงานในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในหน่วยงาน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการจัดประชุมในหน่วยงาน ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยพยาบาลหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และงานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 3 คน และพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอก ทั้งในและนอกเวลาราชการ จำนวน 10 คน สรุปได้ว่าปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วยคือการคัดกรองผู้ป่วยผิดประเภท และการคัดกรองผู้ป่วยล่าช้า เมื่อนำปัญหามาวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาเกิดจาก 1) ไม่มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่ชัดเจน 2) บุคลากรมีประสบการณ์หรือความรู้แตกต่างกันไม่เข้าใจในแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยและเกณฑ์การแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่ปฏิบัติตามหรือไม่ใช้แนวทางคัดกรองที่มีอยู่ขาดประสิทธิภาพในการคัดกรองผู้ป่วย ไม่มั่นใจในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน/ไม่ฉุกเฉิน ไม่ได้รับการปฐมนิเทศหรือการอบรมเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย 3) ปัญหาเรื่องเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย เช่น ไม่มีคู่มือและแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยที่เป็นของโรงพยาบาลโดยเฉพาะ คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยไม่ชัดเจน เนื้อหาในคู่มือกว้างและยากเกินไป 4) ปัญหาผู้รับบริการไม่เข้าใจการคัดกรองตามหลักวิชาการ และให้ข้อมูลอาการผู้ป่วยไม่ตรงตามความเป็นจริง

เมื่อนำสาเหตุของการคัดกรองผู้ป่วยผิดประเภทและคัดกรองผู้ป่วยล่าช้ามาจัดลำดับความสำคัญของสาเหตุ โดยการนำสาเหตุทั้งหมดมาหาคะแนนความสำคัญของปัญหา ความยากง่ายในการแก้ปัญหา งบประมาณที่ต้องใช้ และความสอดคล้องกับนโยบายตามหลักเกณฑ์ 4 เงื่อนไขของการจัดลำดับความสำคัญของสาเหตุและการแก้ไข พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาในอันดับแรก ได้แก่ พยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองไม่เข้าใจในแนวทางการคัด

กรองผู้ป่วยและเกณฑ์การแยกประเภทผู้ป่วย ไม่ปฏิบัติตามหรือไม่ใช้แนวทางคัดกรองที่มีอยู่ ขาดประสบการณ์ ไม่มั่นใจในการคัดกรองผู้ป่วย ไม่มีคู่มือและแนวทาง รวมถึงขั้นตอนการปฏิบัติงานในการคัดกรองผู้ป่วยที่เป็นของโรงพยาบาล หรือหน่วยงานโดยเฉพาะ รวมไปถึงพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยไม่ได้รับการปฐมนิเทศ หรือการอบรมเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย ตามลำดับ

3.2 แนวพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

ผลจากการเก็บข้อมูล และการทบทวนเอกสารในหน่วยงาน รวมถึงงานวิจัยในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินหลายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ควรพัฒนาทั้งระบบของการคัดกรองผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ตั้งแต่การพัฒนาพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย ด้วยการปฐมนิเทศ และการอบรมเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย และควรพัฒนาตามความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และสถานการณ์ปัจจุบัน รวมถึงการทำความเข้าใจ และสร้างความตระหนักในเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินให้กับผู้รับบริการให้มีความเข้าใจ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการร้องเรียน และทำให้ระบบบริการในหน่วยงานมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะจากกลุ่มแนวทางการแก้ปัญหา ควรเริ่มจากการสร้างระบบการคัดกรองที่ชัดเจน มีการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วย และการอบรมเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย มีแนวปฏิบัติ และเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้าใจง่าย สามารถนำมาใช้ได้ง่าย และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

ตารางที่ 4 การจัดลำดับความสำคัญของสาเหตุและการแก้ปัญหา

ลำดับความสำคัญของสาเหตุ	สาเหตุ	แนวทางแก้ไขปัญหา
สาเหตุที่มีผลกระทบมากและแก้ไขได้ง่าย	1. ไม่เข้าใจในแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย และเกณฑ์การแยกประเภทผู้ป่วย	1. มีระบบการคัดกรองที่ชัดเจน
	2. ไม่ปฏิบัติตามหรือไม่ใช้แนวทางคัดกรองที่มีอยู่	2. มีคู่มือ แนวปฏิบัติ และเกณฑ์ในการคัดกรองที่เข้าใจง่าย
	3. ขาดประสบการณ์ในการคัดกรองผู้ป่วย, ไม่มั่นใจในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน/ไม่ฉุกเฉิน,	สามารถนำมาใช้ได้ง่าย และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล
	4. ไม่ได้รับการปฐมนิเทศ หรือการอบรมเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย	3. มีการปฐมนิเทศเรื่องการคัดกรองให้กับบุคลากรใหม่
	5. ไม่มีคู่มือและแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยที่เป็นของโรงพยาบาลโดยเฉพาะ	4. มีการทบทวนเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง
	6. ไม่มีระบบและขั้นตอนในระบบคัดกรองที่เป็นของหน่วยงาน	
	7. แนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยเป็นความรู้เก่า ไม่ชัดเจน ยากเกินไป	
	8. แนวทางปฏิบัติที่ใช้ในปัจจุบันกว้างเกินไป (การแพทย์ฉุกเฉิน)	

อภิปรายผลงานวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า หน่วยงานไม่มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่ชัดเจน ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วย ทำให้พยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน เกิดความไม่มั่นใจในการคัดกรอง ส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินผิดพลาด และล่าช้า รวมถึงประสบการณ์หรือความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่แตกต่างกัน อาจส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจแยกประเภทผู้ป่วยหรือการจัดลำดับความเร่งด่วนในการให้การรักษาส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกัลยารัตน์ หล้าธรรม⁴ อรรวรรณ ฤทธิ์อินทรากุล⁵ สุนทรจิต อุพนันชัย¹⁰ และพรทิพย์ วชิรติล¹¹ในงานศึกษาเหล่า

นี้พบว่าประสบการณ์ในการคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรอง การย้ายที่ปฏิบัติงาน ความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาลคัดกรองการอบรม/การปฐมนิเทศให้กับบุคลากรใหม่ หรือการฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยนั้นเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่ทำให้การคัดกรองหรือการจำแนกประเภทผู้ป่วยผิดพลาดไป ดังนั้นการอบรม การจัดการความรู้ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในหน่วยงานจึงมีความสำคัญ เพื่อจะได้เพิ่มศักยภาพในการคัดกรองผู้ป่วย และลดความผิดพลาดในการคัดกรองผู้ป่วยได้

ในด้านเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย พบว่าไม่มีคู่มือและแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นของโรงพยาบาลโดยเฉพาะ หรือคู่มือการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอยู่ไม่ชัดเจน เนื้อหาในคู่มือกว้างและยากเกินไปทำให้เกิดความยุ่งยากในการนำมาใช้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพรทิพย์ วชิรติลล¹² ในงานศึกษาพบว่าปัญหาความยุ่งยากของเครื่องมือเกิดจากเครื่องมือคัดแยกมีความละเอียดมาก ซับซ้อน บางอาการตามแนวทางในเครื่องมือคัดแยกมีความคลุมเครือ ไม่ชัดเจน ทำให้สับสนในการแยกประเภทผู้ป่วย และสอดคล้องกับงานวิจัยของกองทอง ไพศาล² และสุคนธ์จิต อุปนันชัย¹⁰ ในงานวิจัยเหล่านี้พบว่าเกณฑ์การคัดกรองที่ใช้ยังไม่ละเอียดชัดเจนมากเพียงพอ เนื้อหาในแนวทางปฏิบัติระบุการจำแนกอย่างกว้างๆ และตีความยาก ทำให้การตัดสินใจระบุลำดับความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน

สำหรับปัญหาผู้รับบริการ พบว่า เกิดจากความไม่เข้าใจการคัดกรองตามหลักวิชาการ และให้ข้อมูลอาการผู้ป่วยไม่ตรงตามความเป็นจริง ยังพบว่ามีเข้าใจผิดในคำว่า “อาการฉุกเฉิน” เพราะผู้ป่วยและญาติยังเข้าใจว่าถ้ามีอาการเจ็บป่วยมาตรวจที่ห้องฉุกเฉินจะได้รับการรักษาทันที แต่ในการทำงาน พบว่า ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยมักจะให้ข้อมูลอาการที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง จะแจ้งอาการที่มีความรุนแรงมากกว่า เพื่อที่จะได้รับการตรวจทันที และไม่ต้องรอที่จะรอนาน เมื่อมีผู้ป่วยรายอื่นที่มีอาการรุนแรงมากกว่า หรือผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นได้รับการตรวจก่อนจะเกิดความไม่พอใจ ทำให้ผู้ป่วยรายอื่นที่มีอาการรุนแรงมากกว่าได้รับการรักษาที่ล่าช้ากว่าเดิม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกัลยารัตน์ หล้าธรรม⁴ และพรทิพย์ วชิรติลล¹² ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ผู้รับบริการมีความต้องการหรือการเข้าใจรับรู้ไม่ตรงกันเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย เมื่อมีผู้ป่วยเร่งด่วน วิกฤตที่มาจากหลังแล้วและเข้ารับบริการก่อนจึงเกิดความไม่พอใจ และเกิดการร้องเรียนขึ้น แต่ในผู้ป่วยบางรายต้องการได้รับการตรวจรักษาทันทีที่มาถึงโรง

พยาบาลจึงมีการร้องขอจากพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดแยกในการให้คำแนะนำของตนเองอยู่ในระดับฉุกเฉินเร่งด่วนกว่าความเป็นจริง ซึ่งจากสาเหตุเหล่านี้ อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้การคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินล่าช้าไป หรือผิดประเภท แต่ถ้าในหน่วยงานมีระบบการคัดกรองที่ชัดเจน และแนวปฏิบัติที่ปฏิบัติเหมือนกันสามารถตอบคำถาม และให้ข้อมูลแก่ญาติไปในทิศทางเดียวกันได้ เพื่อให้ญาติเกิดความเข้าใจ

สำหรับแนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน จากการเก็บข้อมูล และการประชุมกลุ่มพยาบาลคัดกรองในหน่วยงาน และการทบทวนงานวิจัยในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมถึงบริบทของหน่วยงาน พบว่า แนวทางการแก้ปัญหา น่าจะเป็นไปตามบริบทหน่วยงาน เนื่องจากมีกิจกรรมและโครงสร้างอย่างชัดเจน ควรเพิ่มการสร้างระบบให้ชัดเจน มีการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่อบรมเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย ทำแนวปฏิบัติ และเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่สามารถนำมาใช้ได้ง่ายและรวดเร็ว

ดังนั้น การศึกษาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในครั้งนี้ ช่วยทำให้ทราบถึงระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในหน่วยงาน ทราบถึงปัญหา และสาเหตุของปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่แนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน การพัฒนาคู่มือ แนวปฏิบัติ และเกณฑ์ในการคัดกรองที่เข้าใจง่าย นำมาใช้ได้ง่าย และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลจากการวิจัยในครั้งนี้มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลสนับสนุนในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน

2. ระบบคัดกรองผู้ป่วยของแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินควรเป็นระบบเดียวกัน เพื่อลดความเสี่ยงของการคัดกรองผู้ป่วยที่ผิดพลาด อีกทั้งลดการสื่อสารที่ผิดพลาดในการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างแผนก

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษา ระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ในหน่วยงาน เพื่อจะ ได้ทราบถึงปัญหา สาเหตุของการคัดกรองที่ผิดพลาด และแนวทางในการแก้ไขปัญหา ควรนำข้อมูลที่ได้จาก การศึกษาในครั้งนี้ไปทำวิจัยต่อยอดในเรื่อง การ พัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาล ประสาทเชียงใหม่

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ แพทย์หญิงศศิธร ศิริมหาพรราช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่ซึ่งสนับสนุน Routine to Research (R2R) ภายในโรงพยาบาล ขอขอบคุณแพทย์ หัวหน้ากลุ่ม งานผู้ป่วยนอก หัวหน้าการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน หัวหน้าการพยาบาลผู้ป่วยนอก หน่วยงานวิจัย และ ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านที่สละเวลา และให้ความ ร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. รัฐพงษ์ บุรีวงศ์. MOPH ED TRIAGE. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. กงทอง ไพศาล. การพัฒนาเครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วย งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2554;34:57-64.
3. พจนา มิตรเปรีญ. การพัฒนาเครื่องมือการคัดแยกผู้ป่วย โรงพยาบาลงขลา [อินเทอร์เน็ต].2561[18 มิถุนายน 2561].เข้าถึงได้จาก:http://203.157.229.18/ptvichakarn61/uploads/41193_030220180530230845_pdf.
4. กัลยารัตน์ หล้าธรรม. การศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์.การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติและนานาชาติ 10 มีนาคม 2560 อาคารพจน์ สารสิน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น: 2560.
5. อรวรรณ ฤทธิ์อินทรากุล วรวิทย์ ขาวทอง ปาริณท์ คงสมบูรณ์ และสมศรี เชี่ยวอ่อน. การพัฒนาระบบ การคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์. วารสารกรมการ แพทย์ 2561;43:146-51.
6. สุปิยา ชัยพิสุทธิสกุล และวสิรัตน์ ปุเลทะตั้ง. การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ. โรงพยาบาลนาเชือก มหาสารคาม: 2559.
7. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยก ผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ.กำหนด.พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน; 2558.

8. Yuksen C. Research on ESI Triage. Documentation of training criteria and procedures separate the Emergency: National Institute of Emergency Medicine; 2012. (In Thai)
9. McLaughlin, C.P. & Kaluzny, A.D. Continuous quality improvement in health care: theory, implementation, and applications. The United States of America; 1999.
10. สุคนธ์จิต อุปนันชัย และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยและการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกลาง. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2560;13(2): 90–101.
11. Thaikruea L. Solving system strategy. Workshop for routine to research; 2018 November 16; 5th meeting room Chiang Mai Neurological Hospital. Chiang Mai; 2018.
12. พรทิพย์ วชิรติลล จีระ ศิริสมุด สีนินุช ชัยสิทธิ์ และอนุชา เศรษฐเสถียร. การคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย.วารสารสภาการพยาบาล 2559;31:96-108.