

Triage Nurse: Beyond Main Process Through Practice

Surat Sukswang*

Abstract

The purpose of an article is to review 1) history, the main process, role and characteristics of good triage nurse in the triage of emergency patients and 2) the triage nursing skills for triage nurse on The Emergency Severity Index (ESI) Version 4 Triage Algorithm. In some hospitals, The Australasian Triage Scale or The Canadian Triage and acuity scale or The Canadian Triage and Acuity Scale หรือ MOPH ED. Triage may classify the patients

Main concept of the process in the triage of emergency patients were: 1) Patient arrival and “critical first look” 2) Screening for infectious diseases 3) Interviewing and assessing the presenting complaint and Vital signs 4) Making the triage decision and assign an acuity level 5) Assigning the patient to an area based on acuity 6) Provide symptom relief for patients assigned to the waiting area 7) Re-assessing & Re-triage waiting area patients to make the screening system effective. In addition, the triage nursing skills: 1) Public Relations Skill 2) Interviewing Skill 3) Critical Thinking 4) Communication Skill. In addition, Prevent or reduce the incidence of risk in patients. Patients should be evaluated properly and treated promptly, without serious complications.

Keywords: Triage Nurse, Patient triage

* Registered Nurse, Professional Level, Head Nurse at Emergency Room,
Wang Noi Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. E-mail: naipui14@gmail.com

พยาบาลคัดแยกประเภทผู้ป่วย : จากกระบวนการหลักสู่การปฏิบัติ

สุรัตน์ สุขสว่าง*

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทบทวน 1) ประวัติความเป็นมา กระบวนการหลัก บทบาทและคุณลักษณะที่ดีของพยาบาลคัดแยกผู้ป่วย 2) ความรู้ ทักษะของพยาบาลคัดแยกผู้ป่วย รวมถึงการบันทึกข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยบนแนวคิดตามแนวทางการคัดแยกของ Emergency Severity Index (ESI) Version 4 ซึ่งในโรงพยาบาลบางแห่งอาจจะใช้หลักการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของ The Australasian Triage Scale หรือ The Canadian Triage and Acuity Scale หรือ MOPH ED. Triage

สาระสำคัญของกระบวนการหลักในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน คือ 1) ประเมินภาวะคุกคามชีวิตทันทีเมื่อผู้ป่วยมาถึง 2) ประเมินหาอาการของโรคติดต่อร้ายแรงที่กำหนดไว้ 3) ซักถาม อาการสำคัญ การเจ็บป่วย/บาดเจ็บ ประเมินร่างกายเฉพาะที่เกี่ยวข้องและวัดสัญญาณชีพ 4) กำหนดระดับความรุนแรงและติดเครื่องหมาย/สัญลักษณ์ 5) จัดส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามลำดับความรุนแรงที่กำหนดไว้ 6) ดูแลให้การพยาบาลเบื้องต้นกับผู้ป่วยในพื้นที่รอตรวจ 7) ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำเพื่อให้ระบบคัดกรองมีประสิทธิภาพ สำหรับความรู้และทักษะของพยาบาลคัดแยกผู้ป่วย ได้แก่ 1) ทักษะการประชาสัมพันธ์ 2) ทักษะการสัมภาษณ์ 3) การคิดเชิงวิพากษ์/ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ 4) ทักษะการสื่อสาร ทั้งนี้เพื่อป้องกันหรือลดอุบัติเหตุร้ายแรงในผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงแก่ชีวิต

คำสำคัญ: พยาบาลคัดแยก, ประเภทผู้ป่วย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทนำ

บทบาทหน้าที่หนึ่งของพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน คือบทบาทในหน้าที่พยาบาลคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage nurse) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิต หรือ มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตที่ต้องรีบทำการรักษาอย่างเร่งด่วน ได้รับการดูแลรักษาเป็นลำดับแรก และผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการไม่รุนแรง ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและเป็นไปตามลำดับความเร่งด่วนต่อไป โดยต้องสามารถรับการตรวจรักษาได้อย่างปลอดภัย ซึ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยในปัจจุบัน จะจำแนกระดับความฉุกเฉินตามความเร่งด่วนในการเข้ารับการรักษา แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยอ้างอิงตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 ซึ่งกำหนดให้ใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน ตามแนวทางการคัดแยกของ Emergency Severity Index (ESI) Version 4 หรือโรงพยาบาลบางแห่งอาจใช้อ้างอิงหลักการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของ The Australasian Triage Scale หรือ THE CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE หรือ MOPH ED TRIAGE ที่แบ่งระดับความฉุกเฉินตามความเร่งด่วนในการเข้ารับการรักษาเป็น 5 ระดับ เช่นกัน (Porntip Wachiradilok et al., 2016)

การที่โรงพยาบาลจะใช้แนวทางการคัดแยกแบบไหนก็ตาม พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage nurse) ก็ยังคงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่จะทำให้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยนั้นๆ ถูกต้องมากที่สุด แต่สิ่งหนึ่งที่พบคือการถ่ายทอดความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วย (Triage) มักจะถ่ายทอดในส่วนของระดับความรุนแรงต่างๆ นั้นคืออะไร แบ่งอย่างไร โดยไม่มีการให้ความรู้หรือฝึกทักษะที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการ Triage หรือกระบวนการในการทำ Triage ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินมีประสิทธิภาพมากที่สุดและเกิดปัญหาน้อยที่สุด เพราะพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นนอกจากจะต้องมีความรู้ในแนวทางการคัดแยกที่ใช้แล้ว ยังต้องมีทักษะที่จำเป็นต่างๆ เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการสัมภาษณ์ รวมถึงต้องมีความอดทนสูงด้วย เป็นต้น นอกเหนือจากการระบุเพียงประสบการณ์ทำงานว่าต้องมีมากกว่า 1 ปีขึ้นไปเท่านั้น

ปัจจุบันพยาบาลห้องฉุกเฉินเป็นผู้ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินถึง ร้อยละ 98.3 ซึ่งจะเป็นอัตรากำลังที่เข้าร่วมกับอัตรากำลังปกติ ซึ่งไม่เพียงพอต่อภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นในห้องฉุกเฉินทำให้บางโรงพยาบาลมีการคัดแยกได้เป็นบางช่วงเวลาและพบว่าการอบรมพัฒนาความรู้ให้กับบุคลากรคนใหม่ที่ใช้วิธี “พี่สอนน้อง” ทำให้มีโอกาสเกิดความผิดพลาดในการคัดแยกได้ และโอกาสเกิดความผิดพลาดมักจะพบสูงขึ้นในช่วงที่มีผู้ป่วยเข้ามารับบริการมาก (Porntip Wachiradilok et al., 2016) โดยเฉพาะพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนต่างมีข้อจำกัดทั้งบุคลากร ทรัพยากร และสถานที่ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วย รวมถึงกระบวนการหลักสำคัญในการคัดแยกผู้ป่วย ซึ่งพบว่าพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไปสลับสับเปลี่ยนมาทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วย และจะได้รับความรู้จากตัวแทนที่ไปอบรมเรื่องการ Triage ในระดับจังหวัดแล้วกลับมาถ่ายทอดให้พยาบาลที่ทำหน้าที่ดังกล่าว โดยเนื้อหาจะเน้นเฉพาะในส่วนของเครื่องมือที่ใช้คัดแยกระดับผู้ป่วยโดยที่ไม่มีได้มีการให้ความรู้หรือทักษะด้านอื่นที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน (Surat Sukswang, 2018) ซึ่งคุณสมบัติของผู้ที่ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นมีหลายข้อ แต่ทักษะที่ควรต้องมีคือความสามารถในการสื่อสารที่ดีและความสามารถในการประสานงานติดต่อกับแผนกต่างๆ ได้ดี (Rattapong Burivong et al., 2018) จากสภาพปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้เขียนเล็งเห็นความสำคัญของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage nurse) โดยเฉพาะพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีข้อจำกัดทั้งบุคลากร ทรัพยากรและสถานที่ ว่าต้องได้รับความรู้ ความเข้าใจและรู้จักกระบวนการหลักในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมถึงได้รับการเรียนรู้ทักษะในเรื่องการประชาสัมพันธ์ (Public Relations Skill) การสัมภาษณ์

(Interviewing Skill) การคิดเชิงวิพากษ์/ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) และการสื่อสาร (Communication Skill) เพื่อให้ระบบคัดกรองมีประสิทธิภาพ ป้องกันหรือลดอุบัติเหตุร้ายแรงในผู้ป่วย สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างเหมาะสมถูกต้องและให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงแก่ชีวิต

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อทบทวนประวัติความเป็นมา กระบวนการหลัก บทบาทและคุณลักษณะที่ดีของพยาบาลคัดแยกผู้ป่วย
2. เพื่อทบทวนความรู้ ทักษะของพยาบาลคัดแยกผู้ป่วย รวมถึงการบันทึกข้อมูลของการคัดกรองผู้ป่วย

สาระสำคัญของการเป็นพยาบาลคัดแยก

การเป็นพยาบาลคัดแยกผู้ป่วย สิ่งที่ยาบาลที่ทำหน้าที่คัดแยกควรทราบประกอบด้วย ประวัติและความเป็นมาของการคัดแยกผู้ป่วย กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลห้องฉุกเฉิน บทบาทของพยาบาลคัดแยกผู้ป่วย คุณลักษณะที่ดีของพยาบาลคัดแยกผู้ป่วย ความรู้และทักษะสำหรับพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลของการคัดกรอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประวัติและความเป็นมาของการคัดแยกผู้ป่วย

การคัดแยกผู้ป่วย (Triage) มาจากภาษาฝรั่งเศส ตรงกับภาษาอังกฤษว่า sort แปลว่า การคัดแยก จัดเป็นหมวดหมู่เป็นการคัดแยก (triage) มีหลักฐานปรากฏตั้งแต่สมัยพระเจ้าโนเลียน ที่มีการคัดแยกทหารที่บาดเจ็บในสนามรบโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะรักษาทหารที่บาดเจ็บเล็กน้อยก่อน เพื่อให้ทหารเหล่านั้นสามารถกลับคืนสู่สนามรบได้ในเวลาอันรวดเร็ว โดยที่ไม่เสียเวลาและทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด ไปใช้ในการรักษาทหารที่จะเสียชีวิตหรือมีอาการหนักมากเกินไปที่จะรักษาได้ในเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งเป็นที่มาของการใช้หลักการของการคัดกรองเพื่อการบริหารทรัพยากรในการรักษาพยาบาลในช่วงที่มีวินาศภัยหรืออุบัติเหตุ ต่อมาจากการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ทำให้มีระยะเวลาในการรอคอยรับบริการนานขึ้นและในจำนวนผู้มารับบริการที่เพิ่มขึ้นนั้น มีทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินปะปนกันเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินจริงได้รับการช่วยเหลือล่าช้า จึงมีการระบบ Triage เข้ามาเพื่อคัดแยกผู้ป่วยว่าผู้ป่วยรายใดที่ควรได้รับ การรักษาเร่งด่วนและผู้ป่วยรายใดที่สามารถรอคอยได้อย่างปลอดภัย ซึ่งต่างจากการใช้การคัดกรองในสนามรบและในกรณีของภัยพิบัติ และในประเทศไทยกองการพยาบาลได้มีการนำระบบการคัดแยกผู้ป่วย 3 ระดับ มาให้กับพยาบาลห้องฉุกเฉินใช้ในการคัดแยกผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น Emergency , Urgency และ Non-Urgency และต่อมาในปีเดียวกัน สำนักการพยาบาลได้นำระบบการคัดแยกผู้ป่วย 4 ระดับ มาใช้ โดยแบ่งเป็น Emergency , Urgency Acute illness และ Non- Acute illness เพื่อให้งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขใช้เพื่อคำนวณภาระงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Nursing Division, 2545) แต่ในการทำงานจริง ยังคงใช้การคัดแยกเป็น 3 ระดับเช่นเดิม และต่อมาหลายๆโรงพยาบาลได้เริ่มนำระบบTriage 5 ระดับเข้ามาใช้ โดยบางแห่งยึดแนวทางการคัดแยกของ Emergency Severity Index (ESI) Version 4 หรือบางแห่งอาจใช้อ้างอิงหลักการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของ The Australasian Triage Scale หรือ THE CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE จนถึงปี 2554 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้เผยแพร่ความรู้ เรื่องเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยตาม Emergency Severity Index (ESI) Version 4 แบ่งระดับความฉุกเฉินออกเป็น 5 ระดับ คือ resuscitation (สีแดง) emergent (สีชมพูหรือสีส้ม) urgent (สีเหลือง) semi-urgent (สีเขียว) และ non-urgent (สีขาว) (The

National Institute for Emergency Medicine, 2012) ซึ่งเป็นแนวทางที่โรงพยาบาลในประเทศไทยนำมาใช้จนถึงปัจจุบัน

การคัดแยกเป็นกระบวนการใช้การคิดเชิงวิพากษ์ตามแนวทางมาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ เป็นผู้ประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เมื่อผู้ป่วยมาถึงแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อ 1) ประเมินและกำหนดความรุนแรงของปัญหาที่พบ 2) จัดลำดับผู้ป่วยเข้าสู่หมวดหมู่ของการคัดแยก 3) นำส่งไปยังจุดบริการการรักษาที่เหมาะสม 4) การจัดสรรทรัพยากรในการดูแลรักษาที่เหมาะสมให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สิ่งสำคัญคือต้องจำไว้ว่า triage เป็นกระบวนการ ไม่ใช่แค่ตัวเลขที่บอกว่าผู้ป่วยอยู่ในระดับใด โดยที่กระบวนการนั้น เกี่ยวข้องกับคน การสื่อสารและทรัพยากร ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากสิ่งตรวจพบและประวัติที่ได้จากผู้ป่วย มาจัดการตัดสินใจที่ต้องเลือกว่าจำเป็นต้องรักษาพยาบาลผู้ป่วยคนไหนเป็นอันดับแรก ตามแนวทางการจัดลำดับความสำคัญที่ได้กำหนดไว้แล้ว โดยระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากจะตรวจพบและได้รับการรักษาพยาบาลก่อน เพื่อลดความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยนั้นแย่ลงและในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงน้อยกว่า ที่รอรับการตรวจรักษานั้น จะต้องได้รับการติดตามประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ (Re-assessment & Re-triage) เพื่อให้สามารถรอรับการตรวจรักษาได้อย่างปลอดภัย ซึ่งประโยชน์ของการคัดแยกผู้ป่วย (Triage) นั้น มีหลายประการ เช่น เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจะได้รับการดูแลตามลำดับความสำคัญ เป็นการกำหนดความรุนแรงและคาดการณ์ทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ เป็นการคาดการณ์ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถรอได้อย่างปลอดภัย ช่วยในการใช้ประโยชน์ของพื้นที่และทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยในการดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วย รวมถึงการปรับปรุงการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ให้ดีขึ้น เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

2. กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลห้องฉุกเฉิน

จากการศึกษาแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยของ Emergency Severity Index (ESI) Version 4 และการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของ The Canadian Triage and Acuity Scale Version 2.5 ที่มีการแบ่งระดับความฉุกเฉินเป็น 5 ระดับ และมีวิธีการคัดแยกที่คล้ายคลึงกัน โดยเน้นการคัดกรองผู้ป่วยหนักหรือมีความเสี่ยงที่ต้องการดูแลเร่งด่วนและเน้นความสั่นไหวในการทำงานเพื่อลดความแออัดในห้องฉุกเฉินโดยพิจารณาจากทรัพยากรที่ต้องใช้ในผู้ป่วยแต่ละราย โดยสามารถนำเสนอเป็นแผนภาพ ดังนี้

จากกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย (The Process of Triage) ตามแผนภาพที่ 1 สามารถสรุปออกมาเป็นกระบวนการหลักในการคัดแยกผู้ป่วย (The Process of Triage) ที่สำคัญประกอบด้วยขั้นตอนการปฏิบัติ 7 ขั้นตอนดังนี้

2.1 ประเมินภาวะคุกคามชีวิตทันที เมื่อผู้ป่วยมาถึง (Patient arrival and “critical first look”) การเข้าถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินนั้น ในปัจจุบันอาจจะแบ่งได้ 2 วิธี คือ มาโดยรถ EMS และมาเองโดยวิธีต่างๆ (walk-ins) ซึ่งทั้ง 2 ช่องทาง อาจจะช่วยในการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน/เร่งด่วนของผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง โดยที่ผู้ป่วยที่มาโดยรถ EMS นั้น จะถูกคัดแยกความรุนแรงมาแล้วเบื้องต้นซึ่งอาจจะข้ามความรุนแรงระดับ 4 หรือ 5 ก็ได้ แต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มาเองนั้น มีโอกาสที่จะพบความรุนแรงได้ทุกระดับ แต่ไม่ว่าผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลด้วยวิธีใด เมื่อผู้ป่วยมาถึงบริเวณจุด Triage สิ่งแรกที่พยาบาล Triage ต้องทำทันทีคือ ประเมินลักษณะทางกายภาพ เพื่อประเมินภาวะคุกคามชีวิต “critical first look” อย่างรวดเร็วภายในเวลา 3-5 วินาที โดยสิ่งที่ต้องประเมิน ได้แก่

A: Airway ด้านทางเดินหายใจ เช่นการบาดเจ็บทางเดินหายใจ ทางเดินหายใจอุดตัน

B: Breathing ด้านการหายใจ เช่น ไม่หายใจ หายใจเฮือก หายใจหอบเหนื่อยรุนแรง

C: Circulation ด้านระบบไหลเวียนเลือด เช่น เขียว ซีด เย็น เหงื่อซึม ตัวเปียก

D: Disability (neurological) ด้านระบบประสาท เช่น ซึม หมดสติไม่รู้สีกตัว สับสน กระสับกระส่าย

ซึ่งถ้าพบภาวะคุกคามชีวิต ได้แก่ ผู้ป่วยทุกรายที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น หยุดหายใจหรือมีภาวะหายใจลำบากรุนแรง ซ็อก หรือหมดสติ พยาบาล Triage ต้องส่งผู้ป่วยเข้าไปในห้อง ER เพื่อทำการช่วยชีวิตทันที ซึ่งในผู้ป่วยระดับ 1 และ 2 ไม่จำเป็นต้องวัดสัญญาณชีพอย่างครบถ้วนในทันทีที่ผู้ป่วยมาถึง อาจมีเพียงแค่ประวัติเท่าที่จำเป็นเท่านั้น แต่ภายหลังจากส่งเข้ารับการรักษาและให้การช่วยเหลือแล้ว จึงทำการวัดและลงบันทึกข้อมูลสัญญาณชีพ ประวัติต่างๆเพิ่มเติม ให้ครบถ้วนตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนด

2.2 ประเมินหาอาการของโรคติดต่อร้ายแรงที่กำหนดไว้ (Screening for infectious diseases) ข้อนี้เป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญประเด็นหนึ่ง แต่พยาบาล Triage มักจะละเลยไม่ได้ปฏิบัติ หรือนึกถึง ทำให้พบว่ามีผู้ป่วยโรคติดต่อเข้าไปในพื้นที่รักษาพยาบาลก่อนที่จะทราบกันในภายหลัง ทำให้ใช้อุปกรณ์ป้องกันล่าช้าหรือบางครั้งรุนแรงจนถึงต้องปิดพื้นที่ให้บริการไป ดังเช่น เหตุการณ์ระบาดของโรค Middle East Respiratory syndrome (MERS) ในประเทศเกาหลีใต้ ที่ต้องปิดโรงพยาบาลเนื่องจากมีการระบาดเกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติ สาเหตุจากผู้ป่วยรายแรกที่เข้ารับรักษาในห้องฉุกเฉินได้รับการวินิจฉัยล่าช้าและความหละหลวมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (Bureau of Emerging Infectious Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2016) ซึ่งโรคติดต่อร้ายแรงที่กำหนดนั้น จะแตกต่างกันตามบริบทหรือตามที่กฎหมายกำหนด เช่น ไข้หวัดนก, MERS-COV, ไข้หวัดใหญ่ H1N1 หรือ TB เป็นต้น ถ้าหากตรวจประเมินพบอาการของโรคติดต่อร้ายแรงที่กำหนดไว้แล้ว ต้องรีบดำเนินการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองทันที (respiratory etiquette, hand washing, isolation) และปฏิบัติงานภายใต้แนวทางที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ

2.3 ซักถาม อาการสำคัญ การเจ็บป่วย/บาดเจ็บ ประเมินร่างกายเฉพาะที่เกี่ยวข้องและวัดสัญญาณชีพ (Interviewing and assessing the presenting complaint and vital signs) พยาบาล Triage ควรซักประวัติจากผู้ป่วยโดยตรง ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ประวัติเองได้ หรือ ผู้ป่วยเด็ก ให้ซักถามจากญาติ ผู้พบเหตุการณ์ ผู้นำส่ง หรือ บุคลากรการแพทย์ที่นำส่ง โดยใช้ระยะเวลาในการซักประวัติไม่เกิน 5 นาที โดยครอบคลุมประเด็น ดังนี้

2.3.1 ซักถามอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล (Presenting complaint/Chief complaints) เหตุการณ์อาการ ที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมาโรงพยาบาล (เน้นเรื่องราวในคำพูดของผู้ป่วย)

2.3.2 ซักถามประวัติเพิ่มเติมที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย/การบาดเจ็บ (mechanism of injury) ที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เพื่อค้นหาภาวะที่มีความเสี่ยงสูง รุนแรงอันตราย หรือ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น รวมถึงกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เป็น fast track ได้แก่ Acute Stroke, STEMI, Severe Sepsis/Septic Shock รวมถึงข้อมูลเรื่องระดับความเจ็บปวด หากพบภาวะที่มีความเสี่ยงสูงรุนแรง อันตราย เช่น มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว ซึม สับสน จำไม่ได้ มีอาการเจ็บปวดมาก (คะแนนความปวด มากกว่า 7 คะแนนร่วมกับอาการแสดง) กลไกการบาดเจ็บที่รุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูง พบอาการเจ็บป่วยที่เป็น fast track ช่างต้น หรือสิ่งผิดปกติที่บ่งชี้ว่าเป็นภาวะคุกคามชีวิตให้จัดเป็นผู้ป่วย ระดับ 2 รีบรายงานแพทย์เพื่อตรวจรักษาและให้การช่วยเหลือ ภายใน 15 นาที

2.3.3 ประเมินสภาพเบื้องต้นเฉพาะเจาะจงกับอาการเจ็บป่วยสำคัญที่มาโรงพยาบาล (focus physical assessment) จะช่วยทำให้การประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็วมากขึ้น โดยมุ่งเน้นไปยังอาการสำคัญที่ผู้ป่วยแจ้งไว้เช่น

-ระบบการหายใจ ประเมิน อัตราการหายใจ ความลึก และสม่ำเสมอ การใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ

-ระบบระบบประสาท ประเมิน ระดับความรู้สึกตัว แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ประเมิน GCS

-ระบบทางเดินอาหาร ประเมิน การกดเจ็บหน้าท้อง ท้องอืดแน่น แข็ง สีผิว เคาะเจ็บที่ CVA

-ระบบกระดูกกล้ามเนื้อ ประเมิน การเคลื่อนไหว ความรู้สึกส่วนปลาย สภาพการบาดเจ็บ

หากประเมินพบภาวะที่มีความเสี่ยงสูงรุนแรงอันตราย ให้จัดเป็นผู้ป่วยระดับ 2 รีบรายงาน แพทย์ ตรวจรักษาและให้การช่วยเหลือ ภายใน 15 นาที

2.3.4 วัดสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิ ชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต และค่าอิ่มตัว ออกซิเจน (Saturation Oxygen) หากมีค่าสัญญาณชีพผิดไปจากค่าปกติ ให้จัดเป็นผู้ป่วยระดับ 2 รีบรายงาน แพทย์ ตรวจรักษาและให้การช่วยเหลือ ภายใน 15 นาที

2.3.5 การพิจารณาจัดลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้วิธีการคาดการณ์ แนวโน้มการทำกิจกรรมหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือส่งตรวจเพิ่มเติม นั้น หากพิจารณาแล้วพบว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มในการทำกิจกรรมมากกว่า 1 อย่าง ให้จัดเป็นผู้ป่วยระดับ 3 สามารถรอตรวจรักษาภายใน 30 นาที แต่ถ้ามีแนวโน้มการทำกิจกรรม 1 อย่าง เท่านั้น ให้จัดเป็น ผู้ป่วยระดับ 4 สามารถรอตรวจรักษาภายใน 60 นาที แต่ถ้าผู้ป่วยที่ไม่มีแนวโน้มการทำกิจกรรมใดๆเลย ให้จัดเป็นผู้ป่วยระดับ 5 สามารถรอรับการตรวจรักษาได้ภายใน 2 ชั่วโมง หรือส่งไปรอรับบริการยังจุดบริการอื่น ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับนโยบายของสถานพยาบาลนั้น นอกจากนี้ควรใส่ใจและให้ความสนใจกับข้อมูลที่เป็น “สิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวล” ร่วมด้วย

2.4 กำหนดระดับความรุนแรงและติดเครื่องหมาย/สัญลักษณ์ (Making the triage decision and assign an acuity level) ควรรวบรวมข้อมูลที่ได้จากข้อ 3 นำมาพิจารณาจัดลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉินตามแนวทางมาตรฐานที่กำหนด โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้มีประกาศให้สถานพยาบาลดำเนินการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ตามลำดับความเร่งด่วนแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยกำหนดให้ใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ของ Emergency Severity Index (ESI) Version 4 (The National Institute for Emergency Medicine, 2012) ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงไว้ 5 ระดับ* ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงลำดับความเร่งด่วนแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยกำหนดให้ใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยก ระดับความฉุกเฉิน ของ Emergency Severity Index (ESI) Version 4

ระดับ	สี	ประเภทผู้ป่วย	ระยะเวลารอ
1	แดง	Resuscitation (ผู้ป่วยวิกฤต)	ทันที
2	ชมพู	Emergent (เจ็บป่วยรุนแรง)	15 นาที
3	เหลือง	Urgent (เจ็บป่วยปานกลาง)	30 นาที
4	เขียว	Less-Urgent (เจ็บป่วยเล็กน้อย)	60 นาที
5	ขาว	Non-Urgent (เจ็บป่วยทั่วไป)	120 นาที

* อาจปรับเปลี่ยนได้ ขึ้นกับหน่วยงานเลือกใช้แนวทางการคัดแยกแบบใด

เมื่อกำหนดระดับความรุนแรงได้แล้วต้องมีการลงบันทึกในเอกสารการคัดแยก รวมถึงอาจทำสัญลักษณ์สีหรือตัวเลขแสดงระดับความรุนแรงที่คัดแยกได้ติดไปกับผู้ป่วยเพื่อสื่อสารกับจุดรับผู้ป่วยต่อไปได้อย่างชัดเจน

2.5 จัดส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามลำดับความรุนแรงที่กำหนดไว้ (Assigning the patient to an area based on acuity) การจัดส่งผู้ป่วยที่คัดแยกความรุนแรงแล้วไปยังจุดรักษาที่เหมาะสมนั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับข้อตกลงของโรงพยาบาลต่างๆที่แตกต่างกันไปตามบริบทและทรัพยากร โดยในส่วนของความรุนแรงระดับ 1 และ 2 นั้น จะถูกส่งเข้ารับรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน/พื้นที่ Resuscitation ทันที ส่วนกลุ่มระดับความรุนแรงที่ 3 นั้น ส่วนใหญ่จะถูกให้ตรวจที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีเพียงบางอาการที่อาจเป็นข้อตกลงภายในของโรงพยาบาลเองว่าให้ส่งตรวจจุดอื่นได้ แต่ปัญหาที่พบคือในระดับความรุนแรงที่ 4 และ 5 โดยเฉพาะระดับที่ 5 ซึ่งสามารถรับการตรวจรักษาได้ภายใน 2 ชั่วโมง หรือรอรับบริการยังจุดบริการอื่นได้ เช่นคนไข้มาทำหัตถการ อุบัติเหตุที่ไม่มีบาดแผล แต่ก็พบว่าส่วนใหญ่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนในทุกระดับ (F1-F3) ไม่มีห้องแยกสำหรับทำหัตถการ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมารอทำหัตถการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน รวมถึงนอกเวลาราชการที่ไม่มีการตรวจ OPD นอกเวลา ทำให้ผู้ป่วยตรวจโรคทั่วไปมาตรวจที่ห้องฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก ซึ่งอาจมีปัญหาในการดูแลคนไข้ฉุกเฉินหรือเกิดภาวะแออัดในห้องฉุกเฉิน (ER Crowding) ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบบริการและระบบการคัดแยกผู้ป่วย(Triage) โดยเฉพาะพยาบาล Triage ที่ต้องตกลูกอยู่ได้สภาวะกดดันจากผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่มารอรับบริการเป็นจำนวนมาก

2.6 ดูแลให้การพยาบาลเบื้องต้นกับผู้ป่วยในพื้นที่รอตรวจ (Provide symptom relief for patients assigned to the waiting area) การให้การพยาบาลดูแลเบื้องต้นกับผู้ป่วยในพื้นที่รอตรวจ/หรือระหว่างรอแพทย์ตรวจนั้น ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ว่าจะกำหนดให้ทำมากน้อยเพียงใด โดยส่วนใหญ่จะเป็นการให้ยาและการช่วยเหลือเบื้องต้น เช่น ปิดแผล ล้างแผล ตามอวัยวะที่บาดเจ็บ ให้อาลดไข้ ให้ cold pack ประคบ เจาะ DTX เป็นต้น

2.7 ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ (Re-assessing & Re-triage waiting area patients) การคัดแยกผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง (Dynamic) ต้องมีการติดตามประเมินซ้ำโดยเฉพาะผู้ป่วยระดับ 3-5 ที่อยู่ในระหว่างรอตรวจหรือรอพบแพทย์ ดังนั้นจึงควรมีการประเมินและคัดแยกผู้ป่วยซ้ำตามแนวทางที่กำหนดไว้หรือตามความเหมาะสม รวมถึงต้องแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับระบบ

ขั้นตอนการบริการในห้องฉุกเฉิน ลำดับในการตรวจรักษา และอาการผิดปกติที่ต้องรีบแจ้งพยาบาลTriage ถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องแจ้งทันที เพื่อให้พยาบาลทำการประเมินอาการซ้ำ เช่น “หากท่านรู้สึกว่าการแย่ลง ท่านต้องแจ้งพยาบาลที่จุดคัดแยกผู้ป่วยทันที” หรือ “หากท่านกำลังรอและจำเป็นต้องไปห้องน้ำหรือเดินไปจุดอื่น ให้แจ้งพยาบาลที่จุดคัดแยกทุกครั้ง”

ตัวอย่างผู้ป่วยที่รอตรวจควรได้รับการประเมินซ้ำภายในกรอบเวลาดังต่อไปนี้*

Level 1 – Continuous nursing care

Level 2 – Every 15 minutes

Level 3 – Every 30 minutes

Level 4 – Every 60 minutes

Level 5 – Every 120 minutes

* THE CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE

นอกจากนี้หากมีผู้ป่วยรอตรวจจำนวนมาก พยาบาลTriage ควรขออัตรากำลังมาช่วยในการประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ

3. บทบาทของพยาบาลคัดแยกผู้ป่วย (Triage Nurse)

พยาบาลคัดแยกผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทและความสำคัญเป็นอย่างมาก ดังนั้นบทบาทที่สำคัญควรประกอบไปด้วย 1) Assessing patients and determining acuity คือ บทบาทการประเมินผู้ป่วยและประเมินความรุนแรง โดยรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับอาการและความรุนแรง ซึ่งเริ่มต้นตั้งแต่แรกเห็นผู้ป่วยจนถึงการซักประวัติ/ข้อมูลต่างๆ 2) Communicating with health professionals บทบาทการติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพหรือแผนกต่างๆในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย 3) Determines treatment location บทบาทการกำหนดจุดที่/พื้นที่ที่จะส่งคนป่วยไปให้การรักษา เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ 4) Initiating treatment protocols/first aid measure บทบาทการกำหนดแนวทางปฏิบัติให้พยาบาลTriage สามารถทำการช่วยเหลือ/เริ่มให้การรักษายาบาลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการหรือส่งตรวจเบื้องต้นได้ ตามแนวทางที่กำหนดเพื่อความรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วย 5) Monitoring and reassessing บทบาทการเฝ้าระวังและการประเมินซ้ำ พยาบาลTriage ต้องทำการเฝ้าระวังและการประเมินซ้ำผู้ป่วยที่รอการตรวจรักษาอยู่ รวมถึงการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบถึงอาการผิดปกติ หรืออาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่ผู้ป่วยควรแจ้งพยาบาลขณะรอตรวจได้ 6) Communicating with the Public บทบาทการสื่อสารกับผู้มาติดต่อ เป็นธรรมดาที่พยาบาลTriage ต้องเผชิญหน้ากับผู้คนในห้องฉุกเฉินและบางทีอาจจะเป็นทุกคนที่มาโรงพยาบาล ไม่ใช่เพียงสื่อสารแต่กับคนไข้ที่รอตรวจเท่านั้น จึงเปรียบเสมือนเป็นด่านหน้าที่คอยพบปะผู้คน ทั้งที่ต้องมาติดต่อเพื่อคัดแยกและมาถามในสิ่งที่ไม่ใช่บทบาทหน้าที่ ดังนั้นการสื่อสารรวมถึงการแสดงพฤติกรรมของพยาบาลTriage จึงต้องมีความระมัดระวัง อดทน และต้องมีความอดทน เพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ 7) Documenting การทำเอกสาร พยาบาล Triage ต้องลงบันทึกในการเอกสารตามที่หน่วยงานกำหนดขึ้น เพื่อใช้เป็นการสื่อสารกับทีมรักษาและเพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมาย ดังนั้นจึงควรบันทึกในสิ่งสำคัญให้ครบถ้วน แต่ทั้งนี้ก็ต้องไม่ทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยวิกฤตหรือได้รับบาดเจ็บ

4. คุณลักษณะที่ดีของพยาบาลคัดแยกผู้ป่วย (Triage Nurse)

พยาบาลคัดแยกผู้ป่วยควรมีบุคลิกลักษณะส่วนบุคคลที่ประกอบไปด้วย 1) Assertiveness & Patience มีความมุ่งมั่นและอดทน ในการทำงานในหน้าที่พยาบาลtriage จะเกิดภาวะกดดัน ที่มาจากการสอบถาม การเร่งรีบ รวมถึงคำพูดต่างๆที่ไม่พึงจะได้ยิน ดังนั้นบุคลิกที่สำคัญที่จะต้องมียุทธศาสตร์คือความมุ่งมั่นและ

ความอดทน ที่จะทำหน้าที่ตรงนี้ให้มีประสิทธิภาพ และทำงานได้ดีแม้ตกอยู่ภายใต้แรงกดดัน 2) Willingness to listen and learn มีความเต็มใจที่จะรับฟังและเรียนรู้ 3) Effective communication มีความสามารถในการสื่อสารที่ดีทั้งกับผู้ป่วย/ญาติและผู้ที่มาติดต่อ 4) Able to improvise มีปฏิญาณไหวพริบแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างเหมาะสม 5) Confidence in judgment กล้าตัดสินใจและเชื่อมั่นในการตัดสินใจ ซึ่งจะนำมาสู่ความน่าเชื่อถือ รวมถึงพร้อมที่จะยอมรับในสิ่งที่ได้ตัดสินใจไปแล้ว 6) Flexibility มีความยืดหยุ่นในการทำงานบ้าง ถึงแม้การTriageจะมีแนวทางในการทำงานที่ชัดเจน แต่บางครั้งด้วยนโยบายของผู้บริหารสภาพพื้นที่และขนบธรรมเนียมของชุมชนที่อยู่ รวมถึงปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้น พยาบาลTriageจึงต้องมีความยืดหยุ่นในการทำงานในบางครั้ง แต่ยังคงยึดประโยชน์และความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก 7) Compassion & : A patient advocate มีความเห็นอกเห็นใจ/มีเมตตาและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย สิ่งนี้น่าจะเป็นบุคลิกที่ทุกคนจะต้องมีเพราะเป็นพื้นฐานของการเป็นพยาบาลอยู่แล้ว ที่ต้องใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกคน

5. ความรู้และทักษะ (Triage Nursing Skills) สำหรับพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วย

ในการทำงานตรงจุดคัดแยกผู้ป่วย นอกจากต้องรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยภายในระยะเวลาอันสั้นแล้ว ยังต้องพบปะผู้คนจำนวนมากทั้งผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ พยาบาลที่ต้องทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยต้องมีองค์ความรู้และทักษะต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน เพื่อประสิทธิภาพที่ดีในการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งองค์ความรู้และทักษะหลายๆอย่างเป็นสิ่งที่ควรมีในการทำงานวิชาชีพพยาบาลอยู่แล้ว ผู้เขียนจึงขอเน้นย้ำองค์ความรู้และทักษะที่สำคัญและมีประโยชน์ต่อการทำงานของพยาบาลคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage nurse) ดังนี้

5.1 ทักษะการประชาสัมพันธ์ (Public Relations Skill) การที่ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินนั้น สิ่งที่ผู้ป่วยหรือญาติได้พบเห็น/สัมผัส สามารถสะท้อนให้เห็นถึงระบบบริการสุขภาพของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือโรงพยาบาลได้ ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่าประสบการณ์ของการได้รับการ Triage มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการรับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งหมด ดังนั้นพยาบาล Triage จึงควรได้รับการพัฒนาทักษะด้านนี้ ในการสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้มารับบริการ ซึ่งรวมถึงเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาลด้วย โดยเป็นทักษะการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจให้ผู้มารับบริการรับรู้ถึงความสำคัญ ของระบบการคัดแยกผู้ป่วย(Triage) วิธีการดำเนินงาน และหากเป็นผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉินระดับ 1,2 ซึ่งต้องรอคอยการตรวจรักษานั้น ต้องรอคอยอะไร และระหว่างการรอคอย จะได้รับการดูแล ใฝ่ระวังอะไร เช่น ผู้ป่วยที่รอทำการรักษา ควรได้รับการแจ้งถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นภายในห้องฉุกเฉินว่า กำลังทำอะไร ให้การรักษาช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอะไรอยู่ และพยาบาลคัดแยกจะทำการประเมินอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่รอรับการรักษายู่เป็นระยะตามแนวทางที่กำหนด แต่หากผู้ป่วยที่รอรับการรักษายู่ภายนอกมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่นไรให้รีบแจ้งพยาบาลคัดแยกทันทีสิ่งเหล่านี้จะเป็นการแสดงออกให้ผู้ป่วยมั่นใจถึงความเป็นมืออาชีพและความห่วงใยในตัวเขาเหล่านั้น ซึ่งจะทำให้เกิดสายสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย อันจะนำมาสู่การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ครบถ้วนและยังช่วยลดความกลัวหรือความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้

5.2 ทักษะการสัมภาษณ์ (Interviewing Skill) การสัมภาษณ์ คือการคุยอย่างมีจุดมุ่งหมายว่าต้องการรู้สิ่งใดจากผู้ถูกสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบไปด้วยทักษะด้านอื่นๆที่สำคัญ ได้แก่ 1) ทักษะการฟัง (Listening) ที่ต้องมีการใส่ใจ การทวนประโยคและการทำให้เกิดความกระจ่างในสิ่งที่ฟัง 2) ทักษะการสะท้อนกลับ (Reflecting skill) เพื่อให้เข้าใจตรงกันว่ากำลังพูดถึงเรื่องเดียวกันโดยต้องมีการสะท้อนความรู้สึกและการสะท้อนพฤติกรรม 3) ทักษะการสรุป (Summarizing skill) เพื่อรวบรวมสิ่งที่พูดคุยกันให้เป็นประโยคเดียวที่ครอบคลุมเรื่องที่คุย แต่ไม่ควรแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมจากสิ่งที่ได้

พยาบาลTriage จึงควรมีทักษะการสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลของผู้ป่วยในการมาตรวจครั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็น ประวัติสุขภาพ ประวัติการแพ้ต่างๆ การแพ้ยาที่ใช้อยู่ ฯลฯ รวมถึงสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกหรือบอกมาถึงความกังวลต่าง ๆ นั้น เป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยได้ โดยต้องเริ่มจากการสร้างความสัมพันธ์และความคุ้นเคยกับผู้ป่วย ด้วยการกล่าวคำทักทายผู้ป่วยอย่างเป็นมิตร “สวัสดีครับคุณ.....วันนี้ไม่สบายมีอาการอย่างไรครับ/ค่ะ” ระวัง อย่าใช้คำว่า “วันนี้มาทำอะไร” “วันนี้เป็นอะไรมา” เพราะเป็นประโยคที่มีลักษณะเชิงรุกไล่ และมักจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัยและเป็นมิตร ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมักจะไม่พึงพอใจในคำพูดแบบนี้ จนบางครั้งอาจจะเจอคำตอบกลับมาจาก “มาโรงพยาบาลเขาทำอะไรล่ะ” หรือ “ถ้ารู้ว่าเป็นอะไร จะมาโรงพยาบาลเหรอ” นอกจากนี้ สิ่งที่ต้องนึกถึงเมื่อการดำเนินการสัมภาษณ์ในการ triage คือ มุ่งเน้นข้อมูลที่ต้องการ การสนทนาต้องมีการสบสายตาและการแสดงออกทางสีหน้าร่วมด้วย การจับใจความสำคัญ การใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ได้รายละเอียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เช่น “คนไข้ปวดท้องเวลาไหนครับ/ค่ะ” การใช้คำถามปลายปิด เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะเจาะจง เช่น “คนไข้ปวดท้องบริเวณใดบ้างครับ/ค่ะ” การใช้คำถามที่ละเอียด เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม/ชัดเจนขึ้น เช่น “คุณสมารถอธิบายว่าคุณหมายถึงอะไรเมื่อคุณพูดว่ารู้สึกไม่สบาย?” การสรุปและปิดการสนทนา แต่ทั้งหมดนั้น สิ่งที่สำคัญที่สุดเมื่อผู้ป่วยสื่อสารกลับมาคือ ต้องฟังด้วยความเห็นอกเห็นใจ

5.3 การคิดเชิงวิพากษ์/ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) พยาบาลTriage ต้องใช้ความคิดในการพิจารณาตัดสินเพื่อกำหนดระดับความรุนแรงที่เหมาะสม ภายในกรอบเวลาสั้น ๆ และเร่งรีบ การคิดเชิงวิพากษ์/ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) จึงเป็นทักษะหนึ่งที่สำคัญเพราะเป็นทักษะการคิดที่ตั้งใจจะพิจารณาตัดสินเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยการไม่เห็นคล้อยตามข้ออ้างต่างๆ แต่ตั้งคำถามท้าทาย หรือโต้แย้งข้ออ้างนั้นเพื่อเปิดแนวทางการคิดออกสู่ทางที่แตกต่าง เพื่อให้ได้คำตอบที่สมเหตุสมผลมากที่สุด นำไปสู่การค้นหาคำความจริง หรือทำให้ได้สิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม จากข้อมูลที่แท้จริงไม่ใช่จากอารมณ์หรือการคาดเดา ซึ่งตรงกับการปฏิบัติงานในการคัดแยกผู้ป่วยที่พยาบาลต้องรู้จักวิธีการได้มาซึ่งข้อมูล รู้จักการคิดเชิงวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสามารถตัดสินใจ (Decision making) จัดลำดับความรุนแรง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างมีเหตุมีผล บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence – base practice) ซึ่งก็คือความสามารถในการคิดเชิงวิพากษ์/ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เช่นในการประเมินระดับความเจ็บปวดของคนไข้ (Pain Score) นั้น เราจะฟังแต่เพียงตัวเลขที่ผู้ป่วยบอกมาอย่างเดียวไม่ได้ เพราะระดับความรู้สึกเจ็บปวดของแต่ละคนไม่เท่ากันบางคน ปวดมากบอกตัวเลขน้อยเพราะทนไหว แต่บางคนปวดน้อยแต่ทนไม่ได้ก็จะบอกตัวเลขสูงๆขึ้นมาบางครั้งให้10หรือมากกว่าก็มี แต่เมื่อเราได้ฟังแล้วต้องตั้งคำถามว่าจริงไหมพร้อมทั้งใช้ความรู้เรื่องการเจ็บปวดมาประกอบการตัดสินใจ มีตัวแปรหรือค่าอะไรที่วัดได้ เช่น สีผิว ความดันโลหิต สีหน้า ท่าทาง อาการกระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง ตัวเย็น เหงื่อออก เป็นต้น แล้วนำมาประกอบกับสิ่งที่ผู้ป่วยบอกว่าสัมพันธ์กันหรือไม่ เพื่อพิจารณาตัดสินใจให้ระดับความรุนแรงในการเจ็บปวดของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด

5.4 ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) เป็นทักษะที่สำคัญมากในการใช้ชีวิต และในการทำงานโดยเฉพาะในวิชาชีพพยาบาล เพราะถึงแม้ว่าเราจะมีความคิดดีแค่ไหน แต่ถ้าสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพแล้ว ก็คงไม่สามารถทำให้ผู้อื่นรับรู้ และเข้าใจได้ หรือที่ร้ายกว่านั้นคือการทำให้หลายฝ่ายเข้าใจผิด เกิดปัญหา ไม่พึงพอใจและอาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการทำงานขึ้นได้ โดยเฉพาะกับการสื่อสารในภาวะความเจ็บป่วยที่อยู่บนความคาดหวังที่สูงและต้องการความรวดเร็ว ซึ่งทักษะการสื่อสาร (Communication Skills) แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) ทักษะการฟัง คือ การรับสารที่ส่งมาและทำความเข้าใจความหมายของสารที่รับมาได้อย่างเข้าใจตรงกัน 2) ทักษะการอ่าน คือ การรู้ สังเกตและทำความเข้าใจความหมายของทั้งวจนภาษาและอวจนภาษา 3) ทักษะการพูด คือ การส่งสารโดยใช้วจนภาษา

และอวัจนภาษา เพื่อให้ผู้ฟังได้รับสารแล้วเกิดความเข้าใจในสารนั้นๆ 4) ทักษะการเขียน คือ การใช้ภาษาเพื่อสื่อสารถึง ข้อมูลต่างๆ จากผู้เขียนไปยังผู้อ่าน

นอกจากนี้สิ่งที่ต้องนึกถึงเมื่อมีการสื่อสารกับผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน คือ 1) การควบคุมตนเอง อย่าแสดงอารมณ์และพฤติกรรมในเชิงลบที่บ่งบอกถึงการรำคาญผู้ป่วยหรือญาติ เช่น การถอนหายใจ การสนทนาโดยไม่มีกรรมมองหน้า การเม้มริมฝีปาก เหล่านี้ล้วนทำให้เกิดความรู้สึกเชิงลบในการสื่อสารได้ 2) การฟังด้วยความอดทน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอธิบายอาการเจ็บป่วย / ปัญหาและสิ่งเหล่านั้นมันเกิดขึ้นได้อย่างไร ซึ่งบางครั้งอาจมีการอธิบายหรือซักถามมากเกินไปด้วยความวิตกกังวล ซึ่งอาจทำให้เรารู้สึกรำคาญ และเกิดการตอบสนองหรือแสดงออกที่ผู้ป่วย/ญาติรู้สึกว่าเขาไม่ให้ความสนใจ เพราะเราอาจรู้สึกว่าการสื่อสารที่ผู้ป่วย/ญาติการอธิบายหรือซักถามมากเกินไปนั้นเป็นการเรียกร้องความสนใจหรือต้องการได้เข้าตรวจรักษาเร็ว โปรดจำไว้ว่าพวกเขาไม่คุ้นเคยกับสถานการณ์หรือการเจ็บป่วยฉุกเฉินเช่นเรา 3) การใช้ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยเพื่อให้พวกเขาเรียนรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของปัญหา โดยการใช้ความรู้เพื่อการสื่อสารที่ดีนั้น ควรใช้เนื้อหาที่เหมาะสม ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ใช่ศัพท์เทคนิคทางการแพทย์ที่ผู้ป่วย/ญาติไม่เข้าใจ และในพื้นที่ที่มีความหลากหลายของการใช้ภาษา เช่นถ้ามีแรงงานต่างด้าวมารับบริการเป็นประจำ อาจมีการเรียนรู้ภาษาต่างๆในการสอบถามอาการหรือจัดทำบัตรคำ/ประโยคสำเร็จในภาษาต่างๆไว้เพื่อช่วยลดปัญหาในการสื่อสารที่ผิดพลาดได้ 4) การแสดงให้เห็นถึงทักษะการพยาบาลด้วยความมั่นใจแสดงออกถึงความหวังโยอย่างจริงจัง สิ่งนี้ควรอยู่ในบุคลิกภาพของเรา เพราะผู้ป่วยจะรับรู้ได้ถึงสิ่งที่เรากระทำหรือแสดงออกกับผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่กับผู้ป่วยและญาติได้ ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่ใช่คำพูด (การสัมผัส, ภาษากาย, การสบตา ฯลฯ) เป็นสิ่งสำคัญในการเปิดกระบวนการการสื่อสาร และการรับรู้ความหลากหลายทางวัฒนธรรมยังสามารถเพิ่มการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. การบันทึกข้อมูลของการคัดกรอง (Triage Documentation)

สิ่งที่สำคัญของพยาบาล triage อีกสิ่งหนึ่งคือความสามารถในการรวบรวมข้อมูล (Triage Documentation) การบันทึกข้อมูล เพื่อใช้ในการยืนยันการตัดสินใจ โดยครอบคลุมข้อมูลที่สำคัญได้แก่ ชื่อ-สกุล อายุผู้ป่วย วันที่และเวลาที่ มาถึงห้องฉุกเฉิน เวลาที่ซักประวัติโดยพยาบาลคัดแยก อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล/การบาดเจ็บ สัญญาณชีพ ระดับความปวด การรับประทานยาที่ผ่านมา ประวัติประจำเดือนครั้งสุดท้าย ประวัติการแพ้ยา ระดับความรุนแรง/ฉุกเฉินที่คัดแยกได้และลายมือชื่อพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดแยก การลงข้อมูลที่จุดคัดแยกควรสมบูรณ์ครบถ้วน ก่อนส่งผู้ป่วยไปจุดรักษาต่างๆ ยกเว้นในกรณีผู้ป่วยระดับ 1 และ 2 ไม่จำเป็นต้องวัดสัญญาณชีพ หรือลงบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วนในทันทีที่ผู้ป่วยมาถึง อาจมีเพียงแค่ประวัติเท่าที่จำเป็นเท่านั้น แต่ภายหลังจากส่งเข้ารับการรักษาและให้การช่วยเหลือแล้ว จึงทำการวัดและลงบันทึกข้อมูลสัญญาณชีพ ประวัติต่างๆเพิ่มเติมให้ครบถ้วนตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนด

นอกจากนี้ข้อมูล ประวัติการแพ้ /ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันและประวัติการรักษาที่ผ่านมา ควรได้รับการจัดทำที่จุดทำประวัติ โดยเฉพาะถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลอยู่แล้วข้อมูลเหล่านี้ควรปรากฏอยู่ในเวชระเบียน เพียงแต่พยาบาลTriage อาจต้องถามย้ำเพื่อยืนยันข้อมูล(แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกระบวนการและนโยบายของหน่วยงานอาจซึ่งอาจมอบหมายให้กับพยาบาลtriage) แต่สิ่งสำคัญที่ต้องตระหนักว่าไม่ควรให้พยาบาลTriage เป็นผู้ดำเนินการในการบันทึกข้อมูลบางอย่าง หากจะนำไปสู่ความล่าช้าในการเข้าถึงในการดูแลผู้ป่วย

บทสรุป

หัวใจสำคัญของระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน คือพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วย ซึ่งต้องเข้าใจกระบวนการหลักในการคัดแยกผู้ป่วย มีองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะการประชาสัมพันธ์, ทักษะการสัมภาษณ์, การคิดเชิงวิพากษ์ และทักษะการสื่อสาร เพื่อให้การคัดแยกผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างเหมาะสมถูกต้องและให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วป้องกันหรือลดความเสี่ยงในผู้ป่วย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงแก่ชีวิต

เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Emerging Infectious Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2016). *Middle East Respiratory Syndrome (MERS) in South Korea*. [Online], Available: <http://beid.ddc.moph.go.th>.
- Emergency Severity Index (2012.).A Triage Tool for Emergency Department Care Version 4: Implementation Handbook; 2012. from <http://www.ahrg.gov> P.7-16.
- Maree H,Brigid G, Julia C, Wendy C. Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1532.
- Moskop JC Iserson KV. (2007). Triage in medicine, part I: Concept, history and types. *Ann emerg med*, 49(3):275-81.
- Pornpip Wachiradilok et al. (2016) A Nationwide Survey of Thailand Emergency Departments Triage Systems. *Thai Journal of Nursing Council*. 31(2), 96-108. (in Thai).
- Rattapong Burivong et al. (2018). *MOPH ED Triage*. 2nd ed. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public health. (in Thai).
- Surat Sukswang. (2018). *An Evaluation Report of ECS Assessment Team (AYECS)*. Phra Nakhon Si Ayutthaya: AYECS.
- The Canadian Triage and Acuity Scale. (2013). Participant's Manual. Triage Training Resources. Version 2.5 b; November. [Online], Available: http://ctas-phctas.ca/wp-content/2018/05/participant_manual_v2.5b_november_2013_0.pdf. (2018, 30, November).
- The National Institute for Emergency Medicine. (2012). Emergency Medical Triage Protocol and assign an acuity level. Bangkok: NIEM. (in Thai)
- Waree Wanichpunchaphol. (2010). Critical Thinking for Nurses. *Journal of Nursing Division*. 37(3), 131-140. (in Thai).