ผลของกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง สำหรับญาติผู้ป่วยที่รอตรวจ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

The effect of Emergency severity communication box for patient relatives at emergency department of Pathumrat hospital Roi-Et province.

มณีรัตน์ แข็งแรง วิไลพร อะมะมูล และปฏิวัติ โอฆะพนม *

Maneerat Khang, Vilaiporn Amamoon, and Patirat Okapanom

Corresponding author: Email: kotabaw@gmail.com

(Received : October 26, 2019 ; Revised : November 16, 2019 ; Accepted : December 1, 2019)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง สำหรับญาติผู้ป่วยที่นั่งรอตรวจที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Qua-si experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยที่นั่งรอตรวจที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 200 คน ที่ได้รับการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองโดยเทียบกับอัตราส่วนผู้มารับบริการให้ครบทั้ง 5 ประเภท เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง และแบบประเมินผลของนวัตกรรมกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ Chi-square test

ผลการวิจัย : การรับรู้และความเข้าใจต่อการจัดระดับความรุนแรงและระยะเวลารอคอยการตรวจรักษาของญาติผู้ป่วยก่อนและหลังใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงมีความแตกต่างกัน ($p < .01$) ส่วนกลุ่มอาการเจ็บป่วยไม่มีความแตกต่างกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ : กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงส่งผลให้ญาติผู้ป่วยมีการรับรู้และความเข้าใจต่อการจัดระดับความรุนแรงและระยะเวลารอคอยการตรวจรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปใช้ในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

คำสำคัญ : กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง ; อาการฉุกเฉินระดับความรุนแรง; ญาติผู้ป่วย

* งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตต์

ABSTRACT

Purpose : To study the effect of emergency severity communication box for patient relatives at emergency department of Pathumrat hospital Roi-Et province.

Design : Qua-si experiment Research

Material and Methods : Samples were patient relatives at emergency department of Pathumrat hospital Roi-Et province, non-blind and ears, and can communicate with 200 person, which have been selected for a specific sample, then randomly join the experimental group, compared to the five different types of service. Sets of tools were emergency severity communication box and general information and effect of innovation of emergency severity communication box. The instruments tested for content validity by 3 experts. Data analysis by frequency distribution, percentage and Chi-square test.

Main findings : The perception and understanding in the classification of severity and waiting time, patient relatives retention period before and after using the emergency severity communication box, there is statistically significant difference at level .01 , level for the group of illnesses there is no difference.

Conclusion and recommendations : Emergency severity communication box for patient relatives result to relatives to increase perception and understanding of severity level and the waiting time for treatment, which relevant departments should be used in emergency work.

Keywords : Emergency severity communication box ; Emergency severity level ; Patient relatives

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้นเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต หากไม่ได้รับการช่วยเหลือรักษาอย่างทันท่วงทีแล้วอาจทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญต่างๆ ของร่างกาย รวมทั้งอาจทำให้เจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นและเกิดความทุกข์ทรมาน ดังนั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม เพื่อป้องกันการเสียชีวิต หรือลดความรุนแรงของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้นลง[1] โดยในปัจจุบันสถานการณ์ที่ความต้องการทางการแพทย์มีปริมาณมากขึ้น ประกอบกับปริมาณทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีอย่างจำกัด ซึ่งกระบวนการแก้ไขปัญหาในภาพรวมสามารถทำได้หลายวิธี หนึ่งในนั้นคือ กระบวนการคัดกรอง (Triage) เพื่อให้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่ถูกใช้กับบุคคลที่ควรได้รับการช่วยเหลือด้วยบุคลากรทางการแพทย์ได้ทันเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม เพื่อลดการเสียชีวิต ลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการ ลดความทรมาน ลดความไม่พอใจ และลดการร้องเรียน[2]

โรงพยาบาลปทุมรัตต์เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการประชาชนในเขตพื้นที่และอำเภอใกล้เคียง มีบุคลากรทั้งสิ้น 140 คน โดยมีประชากรที่รับผิดชอบ 53,757 คน ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 200 รายต่อวัน ผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินเฉลี่ย 85 รายต่อวัน โดยเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ร้อยละ 16.64 ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ร้อยละ 73.16 การจัดมาตรฐานการบริการผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) รอบที่ 3 โดยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ใช้กระบวนการคัดกรองของประเทศไทย (Thailand National Triage Guideline) ใช้แนวทางปฏิบัติตามคู่มือคัดกรองสำหรับโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข[2] (MOPH ED. Triage) มีการแบ่งอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง 5 ระดับ และให้การรักษาพยาบาลตามความเร่งด่วนอย่าง

มีคุณภาพ[1] แต่จากรายงานความเสี่ยง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตต์ ระหว่างปีงบประมาณ 2559-2561 พบว่า มีข้อร้องเรียน เรื่อง ระยะเวลารอคอย จำนวน 8, 10 และ 18 ครั้ง ตามลำดับ รวมทั้งไม่พึงพอใจในการให้บริการ จำนวน 3, 5 และ 10 ตามลำดับ[3] เมื่อสืบค้นสาเหตุ พบว่า การรับรู้ภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติไม่สอดคล้องกับการคัดกรองอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ ถึงแม้มีการให้ความรู้โดยติดบอร์ดหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการกับระยะเวลาในการรอตรวจ แต่ก็ยังมีอุบัติการณ์ร้องเรียน และเหตุการณ์ร้องโวยวายเสียงดังของผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉิน ระดับ 3 หรือ 4 เกี่ยวกับการรอตรวจนาน อีกทั้งความคาดหวังของผู้รับบริการจะได้รับบริการอย่างรวดเร็วและได้รับการแก้ไขภาวะเจ็บป่วย ซึ่งล้วนส่งผลให้เกิดปัญหาความไม่พึงพอใจและการร้องเรียนดังกล่าว เช่นเดียวกับการศึกษาการรับรู้ข้อมูลของญาติผู้มารับบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่าการรับรู้ข้อมูลของญาติผู้มารับบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีความสำคัญมาก แต่การให้ข้อมูลแก่ญาติผู้มารับบริการงานในขณะนี้ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของญาติผู้ป่วย จึงเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาปรับปรุงต่อไป[4]

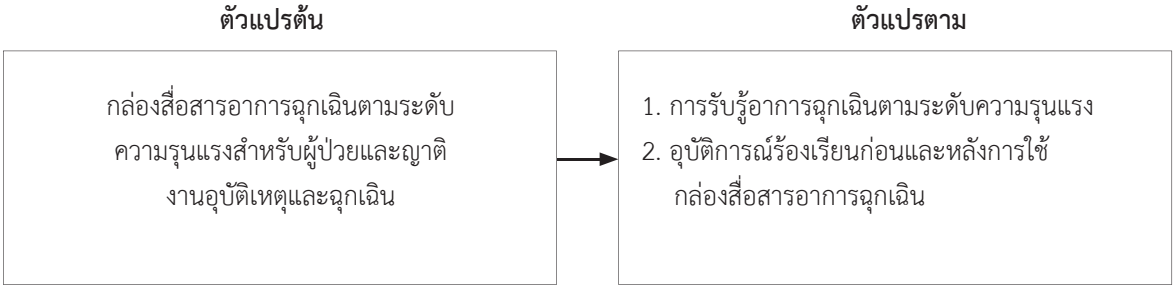
จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการใช้สื่อหรือนวัตกรรมในการส่งเสริมการรับรู้และความรู้ความเข้าใจ พบว่า มีการพัฒนานวัตกรรมหรือวิธีการสื่อสารต่าง ๆ เช่น การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารผ่านช่องทาง SMS (Short Message Service) ด้านความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตนด้านโภชนาการของเด็กวัยประถมศึกษาตอนปลาย มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องโภชนาการเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งเป็นแนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาเรื่องโภชนาการเกินของนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5] การใช้รูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้[6] และการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดีทัศน์ในการให้ความรู้และการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล สามารถส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติได้มากกว่ากลุ่มที่ให้ความรู้ตามบอร์ดประชาสัมพันธ์[7] ดังนั้น ทีมวิจัยจึงได้พัฒนานวัตกรรมกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติให้สอดคล้องกับการคัดกรองอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ เพิ่มความปลอดภัยและลดข้อร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งมีความพึงใจต่อบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลปทุมรัตต์เพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง สำหรับญาติผู้ป่วยและ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง และอุบัติการณ์ร้องเรียนก่อนและหลังการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (Adult learning) ในการสร้างและพัฒนากล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นสิ่งเร้าตามกระบวนการเรียนรู้ที่จูงใจผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลปทุมรัตต์ เมื่อผู้ป่วยและญาติได้รับฟังข้อมูลผ่านกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติ มีผลทำให้เกิดความสนใจในการรับรู้ข้อมูลมีการคิดวิเคราะห์สิ่งเร้าและเกิดการรับรู้ โดยกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง สำหรับผู้ป่วยและญาติมีเนื้อหาครอบคลุมอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงและระยะเวลารอคอยการรับบริการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องดังกล่าว ส่งผลตอบสนองต่อพฤติกรรมการเข้ารับบริการที่ถูกต้องเหมาะสมมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้ข้อมูลตามปกติที่ไม่มีการใช้สื่อผ่านกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติ



ภาพที่ 1

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย One Group Pretest - Post-test Design

กลุ่มประชากร ผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติที่มาใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยที่ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Severity Index :ESI) 5 ระดับ[2]

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติที่มาใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยที่ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Severity Index: ESI) 5 ระดับ[2] คำนวณขนาดตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเฉลี่ยต่อเดือนในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 1,390 คน ใช้เกณฑ์ค่าร้อยละ 15 ของประชากร8 เท่ากับ 200 คน โดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ให้ครบทั้ง 5 ประเภท

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตต์

2. ไม่เป็นผู้พิการทางตาและหู และสามารถสื่อสารถามตอบได้

3. สมัครใจเข้าร่วม

ขั้นตอนการวิจัย หลังผ่านการพิจารณา การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (หมายเลขใบรับรอง COE 0542562) โดยมีขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยได้เสนอผู้บริหารและจัดตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทบทวนข้อมูลเกี่ยวข้องในช่วงก่อนทดลอง เช่น อุบัติการณ์ร้องเรียน และศึกษาวรรณกรรม ทฤษฎี รวมทั้งนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินและแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult learning)

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการ นำเสนอนวัตกรรมกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติแก่ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ออกแบบและจัดทำนวัตกรรมกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติ วัสดุอุปกรณ์ในการจัดทำนวัตกรรม ประกอบด้วยแผ่นอคลีริก หนา 5 มิลลิเมตร ขนาด 3 x 3 ฟุตสำหรับทำกล่องบรรจุเครื่องเล่นเทป จำนวน 1 แผ่น กระดาษสติ๊กเกอร์สีแดง ชมพู เหลือง เขียวและขาว สีละ 1 แผ่น เมมโมรี่การ์ดสำหรับบันทึกเสียง 5 อัน และลำโพงขนาดเล็ก จำนวน 5 ตัว ติดตั้งนวัตกรรมกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับญาติผู้ป่วยที่บอร์ดด้านหน้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลปทุมรัตต์จำนวน 10 คน แก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสม จัดทำคู่มือการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉิน ชี้แจงขั้นตอนการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้เข้าใจตรงกันรวมทั้งศึกษาตามคู่มือการใช้และวิธีใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงเพื่อเก็บข้อมูล เมื่อมีญาติผู้ป่วยมารอที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการฉุกเฉินของญาติที่มารับบริการในครั้งนี้ จากนั้นแนะนำให้กดปุ่มเปิดรับฟังข้อความจากกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงตามสีที่ญาติผู้ป่วยประเมินรวมทั้งกล่องสีอื่นๆ ที่สนใจ หลังจากนั้นให้ทำแบบประเมินอีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล ประเมินผลการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำมาวิเคราะห์แล้วสรุปผลการทดลอง เผยแพร่ยังหน่วยงานอื่นๆ ของโรงพยาบาล และ ตรวจเช็คกล่องรับเรื่องร้องเรียนทุกวัน ว่า มีข้อร้องเรียนหรือไม่ อย่างไร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติ โดยมีลักษณะเป็นกล่องสี่เหลี่ยม ประกอบไปด้วยเครื่องเสียง 5 สี 5 ปุ่มเปิดปิด เมื่อเปิดปุ่มสีใดๆ จะมีเสียงอธิบายถึงอาการฉุกเฉินตามสีและระดับความรุนแรงนั้นๆ สองภาษาคือภาษาไทยและภาษาถิ่น (ภาษาอีสาน) ได้แก่

1.1 สีแดง อาการฉุกเฉินระดับ 1 หมายถึง ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน มีภาวะคุกคามที่จะทำให้เสียชีวิต ได้แก่ ไม่รู้สึกตัว หยุดหายใจ หัวใจหยุดเต้น หายใจลึก/หอบเหนื่อยขณะกำลังชัก ภาวะช็อก บาดเจ็บที่ศีรษะและกระดูกคอรุนแรง ควรได้รับการตรวจทันที

1.2 สีชมพู อาการฉุกเฉินระดับ 2 หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก มีภาวะที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต ได้แก่ ซึมเรียกรู้สึกตัว หายใจลำบากมาก เจ็บแน่นหน้าอกร่วมกับชีดเหงื่อแตกตัวเย็น ได้รับสารพิษเกินขนาด บาดเจ็บศีรษะรุนแรง บาดเจ็บรุนแรงมีการหักของกระดูกใหญ่ เช่น กระดูกอุ้งเชิงกราน การหักผิดรูปของกระดูกแบบมีแผลเปิด บาดเจ็บดวงตามีการสูญเสียการมองเห็นเฉียบพลัน เจ็บครรภ์จริงใกล้คลอด ปวดท้องน้อยเฉียบพลันและเลือดออกทางช่องคลอดในหญิงตั้งครรภ์ มีอาการทางจิตคลุ้มคลั่งทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ควรได้รับการตรวจภายใน 10 นาที

1.3 สีเหลือง อาการฉุกเฉิน ระดับ 3 หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่หายใจลำบากเล็กน้อย เจ็บอกหลังการออกกำลังกาย บาดเจ็บศีรษะรู้สึกตัวแต่มีประวัติสลบผู้ป่วยหลังชักที่รู้สึกตัวดี อาเจียน/ถ่ายเหลว จำนวนมากติดต่อกันร่วมกับมีภาวะขาดน้ำการหักผิดรูปของกระดูกแขนขาแบบไม่มีแผลเปิด บาดแผลฉีกขาด การตกเลือดที่มีอาการคงที่ ควรได้รับการตรวจภายใน 30 นาที

1.4 สีเขียว อาการฉุกเฉินระดับ 4 หมายถึง ผู้ป่วยบาดเจ็บเล็กน้อย ได้แก่ อาการกลืนลำบากสำลักสิ่งแปลกปลอม แต่มีการหายใจปกติ บาดเจ็บศีรษะรู้สึกตัวดีไม่มีประวัติสลบ ถูกแมลง/สัตว์กัด บาดแผลฉีกขาดไม่รุนแรง บาดเจ็บทรวงอกแต่การหายใจปกติสิ่งแปลกปลอมเข้าตาแต่การมองเห็นปกติ อุบัติเหตุภายใน 24 ชั่วโมง ควรได้รับการตรวจภายใน 1 ชั่วโมง

1.5 สีขาว อาการฉุกเฉิน ระดับ 5 หมายถึง การเจ็บป่วยทั่วไปที่มีอาการเล็กน้อย/อาการคงที่ ได้แก่ การเจ็บป่วยเรื้อรังมาตรวจตามนัด แผลฉีกขาดที่ไม่จำเป็นต้องเย็บ รอยถลอก ฟกช้ำ ผู้ป่วยนัดทำแผล ฉีดวัคซีน อุบัติเหตุมากกว่า 24 ชั่วโมงควรได้รับการตรวจภายใน 2 ชั่วโมง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินการรับรู้อาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และการรับรู้อาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง พัฒนาจากแบบสอบถามผลการใช้สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีต่อรูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง[6] เป็นลักษณะคำถามแบบปรนัย จำนวน 2 ข้อ วัดก่อน และหลังใช้นวัตกรรม และข้อเสนอแนะต่อนวัตกรรม

2.2. แบบบันทึกอุบัติการณ์ร้องเรียน ประกอบด้วย แบบบันทึกความต้องการและข้อเสนอแนะ รวมทั้งเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยและญาติต่อกิจกรรมการให้บริการและหรือพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมการวิเคราะห์ SPSS ดังนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Chi-square test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 5 สิงหาคม 2562 หมายเลขใบรับรอง COE0542562

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.5 อายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 43.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.5 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ50.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 46.0 เกือบทุกคนมีประสบการณ์มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 99.5 และใช้สิทธิ์บัตรทอง ร้อยละ 48.5

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ป่วยประเภทที่ 1 (สีแดง) 2 (สีส้ม) และ 5 (สีขาว) มีการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย และระยะเวลารอคอยการได้รับการรักษาพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการทดลองมีความถูกต้องและสอดคล้องทั้งหมด สำหรับญาติผู้ป่วยประเภทที่ 3 (สีเหลือง) และ 4 (สีเขียว) มีการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย และระยะเวลารอคอยการได้รับการรักษาพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยระยะช่วงก่อนใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มญาติผู้ป่วยประเภทที่ 3 มีการรับรู้และความเข้าใจได้ถูกต้องมากที่สุดในด้านกลุ่มอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 93.6 มีการรับรู้และความเข้าใจผิดมากที่สุดในด้านระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย กลุ่มญาติผู้ป่วยประเภทที่ 4 มีการรับรู้และความเข้าใจได้ถูกต้องมากที่สุดในด้านระดับความรุนแรงการเจ็บป่วยร้อยละ 50.0 มีการรับรู้และความเข้าใจผิดมากที่สุดในด้านระยะเวลารอคอยร้อยละ 82.9 สำหรับหลังการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มญาติผู้ป่วยประเภทที่ 3 มีการรับรู้และความเข้าใจอย่างถูกต้องด้านอาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรง และระยะเวลารอคอย ร้อยละ 98.2, 98.1 และ 90.5 ตามลำดับ และกลุ่มญาติผู้ป่วยประเภทที่ 4 มีการรับรู้และความเข้าใจอย่างถูกต้องด้านอาการเจ็บป่วยระดับความรุนแรงและระยะเวลารอคอย ร้อยละ 98.6, 92.4 และ 78.6 ตามลำดับ

ระยะช่วงก่อนใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และความเข้าใจได้ถูกต้องมากที่สุดในด้านอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 72.0 และการรับรู้และความเข้าใจผิดมากที่สุดในด้านระยะเวลารอคอยการได้รับการดูแลรักษาพยาบาล สำหรับหลังการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกคนมีการรับรู้และความเข้าใจอย่างถูกต้องด้านอาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรง และระยะเวลารอคอย ร้อยละ 99.0, 96.0 และ 88.0 ตามลำดับ สำหรับการเปรียบเทียบการรับรู้และความเข้าใจด้านระดับความรุนแรงและระยะเวลารอคอย ระหว่างก่อนและหลังการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินมีความแตกต่างกัน ($p > 0.01$) ส่วนด้านกลุ่มอาการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน (p=0.077) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของการรับรู้และความเข้าใจด้านกลุ่มอาการเจ็บป่วยระดับความรุนแรงและระยะเวลารอคอยระหว่างก่อนและหลังการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉิน

การรับรู้และความเข้าใจ	ก่อนทดลอง n(%)	หลังทดลอง n(%)	*p*
กลุ่มอาการเจ็บป่วย			.077
- ตอบถูก	144 (72.0)	198 (99.0)	
- ตอบผิด	56 (28.0)	2 (1.0)	
ระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย			.007**
- ตอบถูก	99 (49.5)	192 (96.0)	
- ตอบผิด	101 (50.5)	8 (4.0)	
ระยะเวลาการรอคอย			.001**
- ตอบถูก	65 (32.5)	176 (88.0)	
- ตอบผิด	135 (67.5)	24 (12.0)	

**p > .01

ภายหลังการนำกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินมาใช้ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน–สิงหาคม 2562 เป็นระยะเวลา 3 เดือน พบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยและญาติต่อกิจกรรมการให้บริการและหรือพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ 1 ครั้ง (ผู้ป่วยไม่รอตรวจ)

วิจารณ์

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยมีประเด็นวิจารณ์ผลดังนี้

ผลของการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับญาติผู้ป่วย จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ป่วยประเภทที่ 1 ฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ญาติผู้ป่วย ประเภทที่ 2 ฉุกเฉินกึ่งวิกฤต (สีชมพู) และญาติผู้ป่วยประเภทที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป (สีขาว) มีการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการเจ็บป่วยระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย และระยะเวลารอคอยการได้รับการรักษาพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการทดลองมีความถูกต้องและสอดคล้องทั้งหมดเนื่องจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยประเภทที่ 1, 2 และ 5 มีการแสดงออกทางกายที่ชัดเจน ได้รับการรักษาพยาบาลภายในเวลาตามมาตรฐานผู้ป่วยและญาติได้รับการตอบสนองการรักษาพยาบาลภายในเวลาตามมาตรฐานร้อยละ 100[3] สำหรับญาติผู้ป่วยประเภทที่ 3 ฉุกเฉินมาก (สีเหลือง) และญาติผู้ป่วยผู้ป่วยประเภทที่ 4 ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (สีเขียว) มีการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย และระยะเวลารอคอยการได้รับการรักษาพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยระยะช่วงก่อนใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มญาติผู้ป่วยประเภทที่ 3 มีการรับรู้และความเข้าใจได้ถูกต้องมากที่สุดในด้านกลุ่มอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 93.6 มีการรับรู้และความเข้าใจผิดมากที่สุดในด้านระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย โดยเข้าใจว่าระดับความรุนแรงการเจ็บป่วยรุนแรงมากกว่าระดับการคัดกรองที่ถูกต้อง กลุ่มญาติผู้ป่วยประเภทที่ 4 มีการรับรู้และความเข้าใจได้ถูกต้องมากที่สุดในด้านระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย ร้อยละ 50.0 มีการรับรู้และความเข้าใจผิดมากที่สุดในด้านระยะเวลารอคอย ร้อยละ 82.9 ทั้งนี้เนื่องจากในระยะก่อนทดลองญาติผู้ป่วยมีความคาดหวังและการรับรู้อาการฉุกเฉินที่ไม่สอดคล้องกันกับเกณฑ์ของโรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ จิตรประไพ สุรชิต[9] ที่พบว่าผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีการรับรู้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินแตกต่างกัน โดยญาติผู้ป่วยจะมีการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าผู้ป่วย อีกทั้งผู้รับบริการเป็นคนในพื้นที่ซึ่งเคยชินกับการได้รับบริการที่โรงยาบาลภายใน 20 นาที[3] สำหรับหลังการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มญาติผู้ป่วยประเภทที่ 3 และ 4 มีการรับรู้และความเข้าใจอย่างถูกต้องด้านอาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรง และระยะเวลารอคอยดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับกฤตยา แดงสุวรรณและคณะ[4] พบว่า ญาติผู้มารับบริการรับรู้ข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและการรับรู้ข้อมูลของญาติระยะเมื่อมาถึงและระยะก่อนจำหน่ายจากตึกอุบัติเหตุกรณีนอนโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ข้อมูลขณะเข้ารับการรักษาพยาบาลและจำหน่ายกลับบ้านอยู่ในระดับปานกลาง และการเรียนสื่อการรู้ด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่ในระดับดีมากและมีคะแนนการเรียนสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการเรียนโดยอยู่ในระดับดี [6]

การเปรียบเทียบการรับรู้และความเข้าใจด้านกลุ่มอาการเจ็บป่วยระหว่างก่อนและหลังการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอาการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ญาติผู้ป่วยมีการรับรู้และความเข้าใจอยู่ก่อนแล้ว สำหรับผู้ป่วยที่เคยมีประวัติฉุกเฉินมาก่อนและกลุ่มอาการค่อนข้างชัดเจนสามารถสังเกตได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยหรือการสังเกตของญาติ สำหรับการรับรู้และความเข้าใจด้านระดับความรุนแรง และระยะเวลารอคอยหลังการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉิน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากการออกแบบของกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉิน เป็นกล่องสี่เหลี่ยม ประกอบไปด้วยเครื่องเสียง 5 เครื่อง 5 สี ได้แก่ สีแดง สีชมพู สีเหลือง สีเขียว และสีขาว มีปุ่มเปิดปิด 5 ปุ่ม เมื่อกดเปิดปุ่มสีใดๆ จะมีเสียงอธิบายถึงอาการฉุกเฉินตามสี ระดับความรุนแรง และระยะเวลารอคอยการรับการรักษาพยาบาลสองภาษา คือภาษาไทยและภาษาถิ่น (ภาษาอีสาน) ซึ่งเป็นสิ่งเร้าตามกระบวนการเรียนรู้ที่จูงใจผู้เรียน โดยสิ่งเร้านี้จะกระตุ้นผ่านอวัยวะรับสัมผัสทางตาและหูของญาติผู้ป่วย ส่งผลให้เกิด

ความสนใจในการรับรู้ข้อมูล มีการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์สิ่งเร้าและเกิดการเรียนรู้ตามมา[10] ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เอกราช ดีเลิศ, พรพรรณ ประจักษ์เนตร[5] พบว่า การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารผ่านช่องทาง SMS (Short Message Service) ด้านความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตนด้านโภชนาการของเด็กวัยประถมศึกษาตอนปลาย มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องโภชนาการเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งเป็นแนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาเรื่องโภชนาการเกินของนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภายหลังการนำกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินมาใช้พบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยและญาติต่อกิจกรรมการให้บริการและหรือพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ 1 ครั้ง (ผู้ป่วยไม่รอตรวจ) เป็นผู้ป่วยประเภทที่ 4 สีเขียว สามารถรอได้ภายใน 1 ชั่วโมง จากการทบทวนของหน่วยงาน [12] พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมารับบริการนอกเวลาราชการโดยจะมาในช่วงที่ผู้ป่วยรอตรวจไม่มากรับการตรวจรักษาจากพยาบาลเวรไม่ต้องรอนาน เมื่อมีผู้ป่วยฉุกเฉินมารับบริการเจ้าหน้าที่จะให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินก่อน จึงไม่อยู่รอตรวจ

สรุป

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า นวัตกรรมกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินมีความเหมาะสมในการใช้สื่อสารอาการฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยและญาติ สามารถสร้างการรับรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องและสอดคล้องเกี่ยวกับอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงและระยะเวลารอคอยการตรวจรักษา จึงควรใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินเพื่อเป็นการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยและญาติต่อกิจกรรมการให้บริการและหรือพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่

ข้อเสนอแนะ

ควรพัฒนาและเผยแพร่การจัดทำนวัตกรรมไปใช้งานอื่นๆ ของโรงพยาบาล เช่น งานคลินิกพิเศษ งานผู้ป่วยใน และในเครือข่ายการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสขุภาพตำบลเขตอำเภอปทุมรัตต์ และนวัตกรรมมีข้อจำกัดคือเครื่องเสียงมีอายุการใช้งานประมาณ 3-6 เดือน ปุ่มที่ใช้กดเปิดปิดชำรุด หน่วยงานที่สนใจสามารถเปลี่ยนอุปกรณ์เครื่องเสียงที่มีคุณภาพมากขึ้นได้ตามงบประมาณ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมรัตต์ ทีมอาจารย์ที่ปรึกษาจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่ให้การสนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัย รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉิน, สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2561). **รวมกฎหมายข้อบังคับระเบียบประกาศคำสั่งและหนังสือเวียนที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน.** สมุทรปราการ: ศรีบูรณ์คอมพิวเตอร์การพิมพ์.
2. สำนักวิชาการแพทย์, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). **MOPH ED. Triage.** พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สำนักวิชาการแพทย์.
3. งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน. **สรุปผลงานประจำปีงบประมาณ 2561.** (2561). ร้อยเอ็ด : โรงพยาบาลปทุมรัตต์.
4. กฤตยา แดงสุวรรณ, ชฎาพร ฟองสุวรรณ, ชารีนา กาเซ็ง, เพลินพิศ ศรีชัย, เบญจพร จีนคง, เรณุกา มะแซะและอรอนงค์ วรรณสกล. การรับรู้ข้อมูลของญาติผู้มารับบริการที่งานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์, **วารสารนราธิวาสราชนครินทร์.** (2) : 2555 ; 16-28.
5. เอกราช ดีเลิศ,พรพรรณ ประจักษ์เนตร. (2558). ผลของนวัตกรรมการสื่อสารเรื่องภาวะโภชนาการเกินที่มีต่อความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติตนด้านโภชนาการของเด็กวัยประถมศึกษาตอนปลาย. งานประชุมวิชาการระดับชาติคณะนิเทศศาสตร์และนวัตกรรมการจัดการสถาบันบัณฑิตพัฒนศาสตร์: กรุงเทพมหานคร.

6. โสภาพันธ์ สอาด, การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. **วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.** 26 (2) : พฤษภาคม-สิงหาคม 2558 ; 41-49.
7. ณัฐนันท์ เกตุภาค, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร และอารีวรรณ กลั่นกลิ่น. **ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดีทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล.** พยาบาลสาร. (3); 2554 ; 98-109.
8. วาโร เพ็งสวัสดิ์. **วิธีวิทยาการวิจัย.** กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น. 2551; 187-8.
9. จิตรประไพ สุรชิต. การรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร, **วารสารวิชาการแพทย์เขต** 11. (2): 2560 ; 271-8 .
10. พรรณี ชูชัย เจนจิต. **จิตวิทยาการเรียนการสอน.** กรุงเทพฯ : ต้นอ้อแกรมมี่จำกัด; 2538.
11. งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน.สรุปผลงานประจำปีงบประมาณ 2562. ร้อยเอ็ด : โรงพยาบาลปทุมรัตต์. 2562