การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ที่จุดคัดแยกด่านหน้าโรงพยาบาลธวัชบุรี

The Development of an Emergency Room Triage Model On Triage Nurse Frontier point Thawatburi Hospital

ฉวีวรรณ ตรีชมวารี*

Chaweewan Threechormwaree

Corresponding author: Email: threechom@gmail.com

(Received: September 22, 2022; Revised: September 30, 2022 ; Accepted: October 24, 2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาระบบและประเมินรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลที่จุดคัดแยกด่านหน้าโรงพยาบาลธวัชบุรี

รูปแบบการวิจัย : วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Action Research: AR)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 24 คน และผู้มารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 510 คน ดำเนินการเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Percentage Differential และ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัย : 1) สภาพปัญหาและความต้องการ การคัดแยกผู้ป่วย ได้แก่ ด้านสาเหตุเกิดจากประสบการณ์ ความรู้และทักษะ ความเหนื่อยล้า และแนวทางการคัดแยก ด้านผู้รับบริการมีความต้องการการบริการที่เร่งด่วน อาการเปลี่ยนแปลง อาการไม่ชัดเจน ผู้ป่วยฉุกเฉินมารับบริการพร้อมกันหลายคนในช่วงเดียวกัน และผู้ป่วยที่ไม่มีญาติไม่สามารถซักประวัติได้หรือประวัติไม่ชัดเจน 2) รูปแบบการพัฒนา ประกอบด้วย(1) ผู้ป่วยตรวจโรคทั่วไปที่มารับบริการทุกรายจะต้องผ่านการคัดแยกที่จุดคัดแยก โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพทุกราย (2) การคัดแยกผู้ป่วยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน 5 ระดับ คัดแยกประเภท 1,2 และก้ำกึ่งระดับ 3 ไป 2 ส่งไปห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (3) ผู้ป่วยระดับ 3,4 และ 5 ส่งไปหน่วยงานผู้ป่วยนอก และ 3) ภายหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ย Under triage ลดลง 25.00% และ Over triage ลดลง 18.50% และค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจลดลงมากที่สุด คือ ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจ ESI5 = 9.07% และ ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินความแตกต่าง ($p<.001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรมีการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ระดับความฉุกเฉิน 5 ระดับ และควรมีพยาบาลที่มีประสบการณ์อยู่ประจำที่จุดคัดแยก

คำสำคัญ : การคัดแยก; พยาบาลคัดแยก; แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธวัชบุรี

ABSTRACT

Purpose : To study problems and needs assessment, development, and evaluate of an emergency room triage model on triage nurse frontier point Thawatburi Hospital.

Study design : Participative action research (Action Research: AR)

Materials and Methods : 24 of samples consisted the physicians and nurses working at Emergency accident Unit and 510 of persons receiving services at emergency accident agency, conducted from July - September 2022. Data were collected using questionnaires, in-depth interview group, focus group discussion, and assess satisfaction. The data were analyzed using a frequency, percentage, mean, standard deviation, percentage differential and Wilcoxon Signed Ranks Test.

Main findings : 1) The problem condition and need for patient screening, the cause was caused by experience, knowledge and skills fatigue and segregation guidelines service recipients had urgent service needs, change symptoms unclear symptoms many emergency patients receive services at same time during same period, and patients without relatives could not take a history or unclear history, 2) development of model were consisting of (1) All general medical examination patients who received services must be screened at the screening point. All cases were registered nurses. (2) Patients were sorted by using the emergency severity Index of 5 levels, sorted from categories 1,2, and level 3 to 2, and sent to the emergency room. (3) Level 3, 4 and 5 patients sent to go to outpatient department and 3) after the development, it was found that mean under triage decreased by 25.00% and over triage decreased by 18.50% and mean waiting time for the doctor to examine the most was reduced, which was the waiting time for the ESI5 doctor = 9.07% and the practitioner. The work was satisfied with the differentiation of emergency patients ($p<.001$).

Conclusion and recommendations : A patient screening system should be developed using five levels of emergency and an experienced nurse should be present at the isolation point.

Keywords : Triage; Triage Nurse; Emergency Severity Index

* Registered Nurse Professional Level, Thawatburi Hospital.

บทนำ

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่สำคัญในการให้บริการด่านหน้าแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง[1] การให้บริการจึงเน้นกลุ่มที่มีอาการเฉียบพลัน และอยู่ในภาวะฉุกเฉินจากการเจ็บป่วยกะทันหัน ซึ่งต้องการการช่วยเหลือที่เร่งด่วน รวดเร็ว ทันท่วงที[2] การจัดลำดับความสำคัญจะสามารถดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยเหลือให้ได้รับการดูแลได้อย่างทันท่วงที[3] แต่สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีจำนวนมากขึ้นเนื่องจากให้บริการทั้งกลุ่มฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินอีกทั้งจำนวนบุคลากรทางการแพทย์มีจำกัด ส่งผลให้กลุ่มที่วิกฤติฉุกเฉินและต้องการบริการเร่งด่วนได้รับบริการล่าช้า

จากข้อมูลอัตราอุบัติการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉินในระยะ 5 ปี (ปี 2559-2563) เท่ากับ 12,000 ต่อแสนประชากร โดยอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับอัตราการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน 179.6 ต่อแสนประชากร เมื่อแยกประเภทผู้ป่วยที่เข้าบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (สีแดง) มีจำนวนเพียงเล็กน้อย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) มากที่สุด ข้อมูลสถิติย้อนหลัง 5 ปี ในปี 2562 - 2564 ในกลุ่มวิกฤติฉุกเฉินเร่งด่วนพบ ร้อยละ 19.49, 22.16, 26.16 กลุ่มฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) ร้อยละ 57.44, 56.56 และ 54.98 ตามลำดับ นอกนั้นเป็นกลุ่มสีเขียวและสีขาว[4]

ในสถานการณ์ที่ความต้องการทางการแพทย์มีปริมาณมากขึ้น ประกอบกับปริมาณทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีอย่างจำกัด แต่มีจำนวนผู้ป่วยมาใช้บริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น ความแออัดมากขึ้น ความรุนแรงและความซับซ้อนของการเจ็บป่วยก็มากขึ้นเช่นกัน ทำให้การรักษามีความซับซ้อน และต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์เทคโนโลยี กระบวนการคัดกรอง (Triage) ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นกระบวนการที่ช่วยแก้ปัญหาเพื่อให้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่ถูกใช้กับบุคคลที่ควรได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ได้ทันเวลาในสถานที่ที่เหมาะสม[5] สอดคล้องกับแนวทางมาตรฐานการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของสำนักการพยาบาล[6] การคัดกรองคือหัวใจสำคัญของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน[7] โดยการใช้ความรู้ ความสามารถตัดสินใจที่ถูกต้อง รวดเร็ว ระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วนได้ ซึ่งจะลดอัตราการเสียชีวิต ความรุนแรงของโรค ความพิการ และลดการร้องเรียนได้[8]

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลธวัชบุรีเป็นโรงพยาบาลระดับ F2 ขนาด 30 เตียง ได้จัดระบบบริการการคัดแยกผู้ป่วยตามมาตรฐานการคัดแยกของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมาอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาล จะมีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่คัดแยกประเภทผู้ป่วย และส่งผู้ป่วยไปจุดบริการที่เหมาะสมกับสภาพความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเร่งด่วน จะถูกส่งเข้ารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยทั่วไป จะถูกส่งไปที่หน้าห้องตรวจโรคหน่วยงานผู้ป่วยนอก จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในปี 2558 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกเสียชีวิต 1 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (QA) ได้พัฒนาระบบการคัดแยกที่จุดคัดแยกด่านหน้า โดยเพิ่มการประเมิน Vital signs และในปี 2559 - 2561 ยังพบอุบัติการณ์การคัดแยกผู้ป่วย STEMI ถูกคัดแยกส่งเข้าไปที่หน้าห้องตรวจโรคปีละ 1 ราย (Under Triage) ซึ่งถือเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง คณะกรรมการทีมนำด้านคลินิก (Patient Care Team : PCT) ได้พัฒนาและนำแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามแบบประเมินการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน 5 ระดับมาปรับใช้ (Emergency Severity Index Version 4 = ESI) และเพิ่มการใช้แบบคัดกรองเฉพาะโรคในกลุ่มโรควิกฤติฉุกเฉินซึ่งประกอบด้วย Stroke, STEMI, Sepsis ใช้เป็นเครื่องมือในการคัดแยก พบว่าผลการคัดแยกผู้ป่วยระดับ ESI4 ไม่ถูกต้อง ถูกคัดแยกเป็นระดับ ESI3 (Over triage) ส่งเข้าไปที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดความแออัดในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเกิดความล่าช้า ผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินระดับความรุนแรง ESI4 รอนาน ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ และทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินเร่งด่วนไม่ได้รับการดูแลได้ตามเวลาที่เหมาะสมอีกทั้งยังพบว่าการคัดแยกผู้ป่วยระหว่างพยาบาลคัดแยกที่จุดคัดแยกด่านหน้าให้ระดับการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ตรงกันกับพยาบาลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ทำให้พยาบาลผู้ให้บริการมีความเครียดต่อระบบการคัดแยกมีการศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยใช้เครื่องมือ Srinagarind Emergency Severity Index พบว่าพยาบาลคัดกรองถูกต้องร้อยละ 67.50[9] สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน พบว่าประสิทธิผลการจัดลำดับความฉุกเฉินของพยาบาลถูกต้องร้อยละ 98.90[10] และสอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินเป็นเครื่องมือในการคัดกรองพบว่า ค่าเฉลี่ยการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจ (Under triage) และผู้ป่วยประเภท 4 – 5 ถูกส่งไปห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Over triage) ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้การ คัดกรองมีประสิทธิภาพมากขึ้น[11] และพบว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ภายหลังการพัฒนามีความพึงพอใจมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.0001) อัตราการปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดกรองของพยาบาลคัดกรองคิดเป็นร้อยละ 98.24 อัตราการคัดกรองถูกต้องตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยของพยาบาลคัดกรอง คิดเป็นร้อยละ 94.80[12] และการศึกษาการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย โรงพยาบาลเกือบทุกแห่งจะใช้เครื่องมือในการคัดแยกระดับความรุนแรง 5 ระดับตาม ESI ร้อยละ 75.80 และมีจุดคัดแยกเฉพาะโดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ทำการคัดแยก ณ จุดคัดแยก ร้อยละ 87.90[13]

จากความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้จัดทำโครงการการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่จุดคัดแยกด่านหน้าขึ้น เพื่อหาแนวทางพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่จุดคัดแยกด่านหน้าโรงพยาบาลธวัชบุรี และนำไปพัฒนาระบบบริการให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้รับบริการและบุคลากรผู้ให้บริการที่จุดคัดแยกด่านหน้าโรงพยาบาลธวัชบุรี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาระบบและประเมินรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Action Research: AR) ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม – กันยายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก งานห้องคลอดและห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 24 คน และ เวชระเบียนผู้มารับบริการ จำนวน 214 ราย ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ไม่นับรวมผู้ป่วยทั่วไปที่มารับบริการต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิจัยในครั้งนี้แบ่งเป็น (1) แพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก ห้องคลอดและห้องผ่าตัด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 24 คน และ (2) เวชระเบียนผู้มารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คัดเลือกแบบสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีจับฉลากจำนวน 510 ฉบับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย แจ้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีส่วนเกี่ยวข้องในผลการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลคัดกรองด่านหน้า งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก ห้องคลอดและห้องผ่าตัด และผู้วิจัยประชุมร่วมกันเพื่อศึกษารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด่านหน้าที่ใช้อยู่ในปัจจุบันของโรงพยาบาลธวัชบุรีและปัญหาที่พบจากการใช้แบบคัดแยกในปัจจุบันโดยดำเนินการ ดังนี้ (1) ผู้วิจัยได้ศึกษาบริบท สภาพปัญหา สถานการณ์และนโยบายในเรื่องการใช้แบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และ (2) ติดต่อประสานงาน แจ้งวัตถุประสงค์และกระบวนการขั้นตอนการศึกษาวิจัยแก่บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาลคัดกรองด่านหน้า พยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก ห้องคลอดและห้องผ่าตัด เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย ระยะดำเนินการวิจัยโดย

การศึกษาและพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่จุดคัดแยกด่านหน้า ได้แก่ การจัดทำกลุ่มระดมสมองในแต่ละขั้นตอน (Brain Storming) เพื่อเป็นแนวทางที่นำไปสู่การแก้ปัญหา การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาสภาพปัญหา วิเคราะห์ปัญหาและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบการคัดแยก (Triage) ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน และนำมาพัฒนาตามมาตรฐานที่กระทรวงกำหนด ผสมผสานปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในปัจจุบัน แล้วนำแนวทางที่ได้ไปใช้จริงที่จุดคัดแยกด่านหน้าโรงพยาบาลธวัชบุรี เก็บข้อมูลสะท้อนผลการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ และประเมินผลการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด่านหน้าโดยใช้กระบวนการวิจัย เชิงปฏิบัติการ (PAOR) โดยเริ่มจากขั้นตอนการวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์และบันทึกผล (Observation) ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) และประยุกต์ใช้กระบวนการผลงานวิจัยตามกรอบแนวคิดของซูคัพ[14] ร่วมด้วย โดยมีกระบวนการแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

การวางแผน (Plan) การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่จุดคัดแยกด่านหน้าโรงพยาบาลธวัชบุรี โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานภายในทีมและรวบรวมผลการวิเคราะห์มาออกแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดแยกในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งกิจกรรมการวางแผนประกอบด้วยขั้นตอนย่อยที่สำคัญคือ การวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาของการใช้แบบคัดแยกเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ การจัดทำร่างแนวปฏิบัติการคัดแยก โดยเลือกประเด็นปัญหาที่พบเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหากำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์เลือกแหล่งหลักฐานการวิจัย เอกสารวิชาการของการสืบค้น เมื่อสืบค้นได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาร่วมกันวิเคราะห์ประเมินงานวิจัยและตรวจสอบความน่าเชื่อถือแล้วกำหนดแผนการดำเนินงานโดยการจัดทำโครงการและการกำหนดกิจกรรมในเดือนกรกฎาคม 2565

การปฏิบัติการ (Action) ประยุกต์ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของซูคัพ[14] ดังนี้คือ 1) Evidence-triggered phase การค้นหาปัญหาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่จุดคัดแยกด่านหน้า โรงพยาบาลธวัชบุรี โดยทบทวนเวชระเบียนแล้วนำมากำหนดปัญหาร่วมกันจากกระบวนการวางแผน 2) Evidence-supported phase สืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย ฉุกเฉินที่จุดคัดแยกด่านหน้าจากผลงานวิจัย ตำรา เอกสารวิชาการ ใช้วิธีการคือ (1) กำหนด วัตถุประสงค์การสืบค้นตาม PICO framework (2) กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด่านหน้า และพยาบาลคัดแยก (3) กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ TCI จำนวน 6 เรื่อง Thai list จำนวน 5 เรื่อง กำหนดเกณฑ์ที่ใช้ประเมินระดับของงานวิจัยและจัดระดับตามข้อเสนอแนะการนำไปใช้ 3) Evidence-observed phase พัฒนาแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยที่จุดคัดกรองด่านหน้าและทดลองใช้ โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดสรรได้มายกร่างเป็นแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ร่วมกันระดมสมองเพื่อกำหนดเป้าหมายและประเด็นการพัฒนา วิธีการพัฒนา เครื่องมือและแนวทางการประเมินผลในการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่จุดคัดแยกด่านหน้าโรงพยาบาลธวัชบุรี ประเมินผลทักษะทุกๆ เดือน จัดทำแบบคัดแยกมาตรฐานโดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์หัวหน้า PCT หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เมื่อปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านแล้วนำไปทดลองใช้ที่จุดคัดแยกด่านหน้าโรงพยาบาลธวัชบุรี ระหว่างเดือน กรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2565 ตามประเด็นปัญหาความสะดวกในการปฏิบัติ ความเหมาะสม ความพึงพอใจ ปัญหาและอุปสรรค นำมาปรับปรุงแก้ไขในที่ประชุมให้ผู้ปฏิบัติได้มีส่วนร่วมเสนอแนะ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยที่จุดคัดแยกด่านหน้าที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลธวัชบุรีมากที่สุด และ 4) Evidence-based phase นำแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด่านหน้าไปใช้ปฏิบัติ โดยจัดทำเป็นแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด่านหน้าประกาศใช้ที่จุดคัดแยกผู้ป่วยด่านหน้าโรงพยาบาลธวัชบุรี ผู้วิจัยและคณะจัดประชุมอภิปรายชี้แจงวิธีการใช้รูปแบบการคัดแยก

ผู้ป่วยฉุกเฉินด่านหน้าแก่ทีมผู้ปฏิบัติ พร้อมทั้งประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มารับบริการ

การสังเกตการณ์ (Observe) (1) สังเกตการนำแนวทางที่ประยุกต์ขึ้นมาและนำไปถ่ายทอดให้พยาบาลคัดแยกด่านหน้านำไปใช้โดยการศึกษานำร่องเพื่อประเมินผลการใช้ แล้วนำมาพัฒนาปรับปรุงแก้ไข จนได้แนวทางการคัดแยกที่ดี และ (2) ติดตามประเมินผลเรื่องความถูกต้องการเข้าถึงของผู้ป่วยฉุกเฉินและความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดทุก 1 เดือน

การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) วิเคราะห์ประเมินผลการใช้เพื่อประเมินแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด่านหน้าโรงพยาบาลธัชบุรีและปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย ระยะสรุปและประเมินผลการวิจัย (Evaluation) ทำการสรุปประเมินผลแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นโดยเก็บสถิติผลการคัดแยกที่จุดคัดแยกด่านหน้าที่ส่งผู้ป่วยเข้าไปที่พื้นที่ให้บริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและหน้าห้องตรวจโรคงานผู้ป่วยนอก ว่ามีผลการคัดแยก Under/Over Triage เป็นอย่างไร ติดตามประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเก็บจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผู้ป่วยมีอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจหรือไม่ รวมทั้งผู้ป่วยที่ Unplan Tube, Unplan Refer ที่หน้าห้องตรวจโรค อุบัติการณ์ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินได้รับการบริการล่าช้า รวมทั้งมีสถิติผู้ป่วย ESI1, ESI2, ESI3, ESI4 และ ESI5 ที่ถูกคัดกรองเข้าไปที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นเท่าไร มีความเหมาะสมหรือไม่ รวมทั้งการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการต่อแนวทางปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาร่วมกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ตัวแปรเพศอายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วย (Triage) 2) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ 3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มและ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานต่อการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินสำหรับ พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่จุดคัดแยกด่านหน้าโรงพยาบาลธัชบุรีที่พัฒนาขึ้น โดยแบ่งค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0332565

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 24 คน เป็นเพศหญิง (100.00%) ส่วนใหญ่อายุ 41 - 60 ปี (58.30%) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (87.50%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (87.50%) และประสบการณ์ในการคัดแยกผู้ป่วยมากกว่า 10 ปี (50.00%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบุคลากรที่ปฏิบัติงานการคัดแยกผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินก่อนดำเนินการ (N=24)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	หญิง	24(100.00)
อายุ (ปี)	21-30	5(20.80)
	31-40	5(20.80)
	41-50	7(29.20)
	51-60	7(29.20)
Mean(SD) = 26.7(1.13)		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(ร้อยละ)
ปฏิบัติการในตำแหน่ง	แพทย์	3(12.50)
	พยาบาลวิชาชีพ	21(87.50)
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	21(87.50)
	ปริญญาโท	3(12.50)
ประสบการณ์การคัดแยก(ปี)	0–3	8(33.40)
	4 –5	2(8.30)
	6–10	2(8.30)
	>10	12(50.00)
	Mean(SD) =11.8(1.13)	

2. สภาพปัญหา ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จากการวิเคราะห์สาเหตุ พบว่า การคัดแยกที่ผิดพลาดมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ด้านสมรรถนะพยาบาลที่คัดกรอง (1) พยาบาลขึ้นปฏิบัติงานหลายแห่ง หรือพยาบาลจากจุดอื่นมาปฏิบัติงานร่วมที่หน่วยงานอุบัติเหตุ ซึ่งบางครั้งไม่สามารถตัดสินใจได้ หรือพยาบาลอายุมากขึ้นทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในการทำงาน ทำให้การปฏิบัติงานด้านการคัดแยกผู้ป่วยล่าช้าหรือผิดพลาด (2) ความรู้และทักษะในการคัดแยก ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยไม่เท่ากันและขาดความเข้าใจในการคัดแยกตามระดับฉุกเฉิน จึงใช้แนวทางการคัดแยกไม่เหมือนกันทำให้ระดับของคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินแตกต่างกัน บางครั้งมีการประเมินความรุนแรงต่ำกว่าสภาพความเป็นจริง (Under triage) และทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า เกิดข้อร้องเรียนและการประเมินให้ระดับความรุนแรงเกินกว่าสภาพความเป็นจริง (Over triage) จัดผู้ป่วยเขียว/ขาว เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินทำให้ผู้ป่วยมีจำนวนมากในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความรุนแรงมากกว่าไม่ได้รับการรักษาตามลำดับ 2) ด้านผู้รับบริการมีความต้องการการบริการที่เร่งด่วน อาการเปลี่ยนแปลงที่ไม่คงที่ บางรายมีอาการไม่ชัดเจนเกิดอาการเปลี่ยนแปลงรุนแรงหรือทรุดลงภายหลัง ทำให้การคัดกรองผิดพลาด มีผู้ป่วยฉุกเฉินมารับบริการพร้อมกันหลายคนในช่วงเดียวกัน ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติไม่สามารถซักประวัติได้ให้ประวัติไม่ชัดเจน ให้ประวัติกำกวมต้องรอรับบริการนานขึ้น

3. ระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลคัดแยกด่านหน้า ผลการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลคัดแยกด่านหน้ามีขั้นตอน ดังนี้ ผู้ป่วยตรวจโรคทั่วไปที่มารับบริการทุกรายจะต้องผ่านการคัดแยกระดับฉุกเฉินที่จุดคัดแยกโดยพยาบาลวิชาชีพ การคัดแยกระดับฉุกเฉินประเภท 1, 2 และก้ำกึ่งระดับ 3 ไป 2 ส่งไปห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยระดับ 3, 4 และ 5 ส่งไปหน่วยงานผู้ป่วยนอก

4. การประเมินผลระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลคัดแยกด่านหน้าโรงพยาบาลธวัชบุรี

4.1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Under triage และ Over triage ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ภายหลังการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินมีค่าเฉลี่ย Under triage ลดลง 25.00% และ Over triage ลดลง 18.50% ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Under triage และ Over triage ในการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (N=510)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ	% Difference
	Mean(SD)	Mean(SD)	
Under triage	3.6(3.44)	1.2(1.1)	-25.00
Over triage	7.4(3.78)	3.4(2.5)	-18.50

4.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจในการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ภายหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจลดลงมากที่สุดคือระยะเวลารอคอยแพทย์ ตรวจ ESI5 = 9.07% รองลงมาคือระยะเวลารอคอย แพทย์ตรวจ ESI1 = 6.18% และระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจ ESI2 = 1.45% ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจ ESI3 = 1.34% ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจ ESI4 = 0.18% ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจในการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (N=510)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ	% Difference
	Mean(SD)	Mean(SD)	
ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจ ESI1 ภายใน 5 นาที	13.62(4.95)	10.86(4.46)	-6.18
ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจ ESI2 ภายใน 10 นาที	24.89(13.73)	24.00(10.23)	-1.45
ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจ ESI3 ภายใน 30 นาที	35.00(18.53)	33.16(15.49)	-1.34
ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจ ESI4 ภายใน 60 นาที	34.24(24.82)	27.53(15.57)	-0.18
ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจ ESI5 ภายใน 120นาที	27.05(24.56)	18.74(16.72)	-9.07

4.3 การประเมินความพึงพอใจ พบว่า ก่อนการพัฒนาระบบส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจมากและหลังการพัฒนาส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบของค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยรวมก่อนและหลังการพัฒนา (N=24)

ข้อคำถาม	ก่อนพัฒนาระบบ		หลังพัฒนาระบบ	
	Mean(SD)	ระดับ	Mean(SD)	ระดับ
1.รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินมีความเหมาะสม ในการนำมาใช้ที่จุดคัดแยกด่านหน้าโรงพยาบาล	4.20(0.41)	มาก	4.62(0.71)	มากที่สุด
2.รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลในการคัดแยกได้ครอบคลุมเหมาะสม	4.37(0.49)	มาก	4.83(0.38)	มากที่สุด
3.รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นประโยชน์ต่อ ผู้ป่วยและญาติในการได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ	4.50(0.51)	มาก	4.87(0.33)	มากที่สุด
4.มีความพึงพอใจในการปฏิบัติตามรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น	4.16(0.48)	มาก	4.33(0.48)	มาก
5.เห็นความสำคัญในการใช้มาตรฐานการคัดแยก ผู้ป่วยฉุกเฉินและสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี	4.45(0.50)	มาก	4.95(0.20)	มากที่สุด
เฉลี่ยโดยรวม	4.34(0.49)	มาก	4.72(0.50)	มากที่สุด

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรวมคะแนนความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน หลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.001) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรวมของคะแนนความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานในการคัดแยก ผู้ป่วยฉุกเฉิน

ผลการประเมิน	N	Mean Rank	Z	p
ก่อนดำเนินการ	24	4.00	-3.79	.001
หลังดำเนินการ	24	10.48		

วิจารณ์

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า การคัดแยกที่ผิดพลาดมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านพยาบาลและด้านผู้ป่วย ด้านพยาบาล เช่น ประสบการณ์ในการคัดแยกผู้ป่วย ทำให้เกิดการบริการที่ล่าช้า ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ได้รับการบริการตามความเร่งด่วน ขาดความพึงพอใจ และความต้องการด้านผู้ป่วย มีความต้องการบริการที่เร่งด่วน อาการเปลี่ยนแปลงที่ไม่คงที่ บางรายมีอาการไม่ชัดเจนเกิดการเปลี่ยนแปลงรุนแรงหรือทรุดลงภายหลัง สอดคล้องกับการศึกษาของกงทอง ไพศาล[12] พบว่า ความคลาดเคลื่อนในการคัดกรอง และการแยกประเภทผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการ

รักษาที่ล่าช้า เกิดจากพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วย และจากการที่ผู้ป่วยหรือญาติไม่รู้อาการผู้ป่วยที่ชัดเจนให้ข้อมูลอาการไม่ครบ และแจ้งอาการที่เป็นไม่ตรงกับความเป็นจริง หน่วยงานยังไม่มีระบบการคัดกรองผู้ป่วย แต่มีขั้นตอนในการปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วย พบผลเช่นเดียวกับกฤษฎา สวมชัยภูมิและคณะ[15] ซึ่งพบว่าการคัดแยกไม่ตรงตามระดับความเร่งด่วน ร้อยละ 31.30 โดยแบ่งเป็นคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 20.80 และคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 10.50 ซึ่งพบการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์มากที่สุดในระดับความเร่งด่วนที่ 2 (ผู้ป่วยฉุกเฉินหนัก) ร้อยละ 28.90 รองลงมาเป็นระดับความเร่งด่วนที่ 1 (ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต) ร้อยละ 19.40

2. ผลการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลคัดแยกด่านหน้ามีขั้นตอนคัดแยกผู้ป่วยตรวจโรคทั่วไปที่มารับบริการทุกรายจะต้องผ่านการคัดแยกระดับฉุกเฉินที่จุดคัดแยกโดยพยาบาลวิชาชีพ การคัดแยกผู้ป่วยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน 5 ระดับ พบว่า ภายหลังการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินมีค่าเฉลี่ย Under triage ลดลง 25.00% และ Over triage ลดลง 18.50% มีการศึกษาการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย โรงพยาบาลเกือบทุกแห่งจะใช้เครื่องมือในการคัดแยกระดับความรุนแรง 5 ระดับตาม ESI ร้อยละ 75.80 และมีจุดคัดแยกเฉพาะโดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ทำการคัดแยก ณ จุดคัดแยก ร้อยละ 87.90[13] กล่าวได้ว่า พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยและแยกระดับผู้ป่วยฉุกเฉินได้ถูกต้อง สอดคล้องกับมยุรี มานะงาน[10] พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน ร้อยละ 100.00 ด้านประสิทธิผลการจัดลำดับความฉุกเฉินถูกต้อง ร้อยละ 98.90 และค่าเฉลี่ยการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจ (under triage) และผู้ป่วยประเภท 4 – 5 ถูกส่งไปห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (over triage) ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ [11] เครื่องมือการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้การคัดกรองมีประสิทธิภาพมากขึ้น และค่าเฉลี่ยรวมระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจ พบว่า มีค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยลดลง (%Difference ESI1 = 6.18%, ESI2 = 1.45%, ESI3 =1.34%, ESI4 = 0.18%, ESI5 = 9.07%) กล่าวได้ว่าการพัฒนาทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทำให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินส่งผลให้การปฏิบัติงานการคัดแยกประเภทผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น มีรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยที่ชัดเจนขึ้น ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรวดเร็ว มีการปฏิบัติตามระบบการคัดกรอง ทำให้อุบัติการณ์ที่จุดคัดแยกที่เกิดกับผู้ป่วยทั้ง Under Triage ลดลง และ Over triage ลดลง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานการคัดกรองตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน 5 ระดับจากการศึกษา พบว่าไม่ได้ตรงตามมาตรฐานดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน 3 ระดับ คือ ESI1, ESI2 และESI3 ทั้งนี้เนื่องจากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังมีการบันทึกระยะเวลาการเข้าถึงของผู้ป่วยเวลาตั้งแต่ออกถึงเวชระเบียนและออกบัตรประจำตัวช้า จึงทำให้ระยะเวลาการเข้าถึงไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่เป็นจริง

ส่วนผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า พึงพอใจมากที่สุด และพึงพอใจมากกว่าก่อนการพัฒนา อาจกล่าวได้ว่าการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น ทำให้ระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่จุดคัดแยกโรงพยาบาลธัชบุรีเป็นระบบและคัดแยกผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตได้ทันท่วงที ลดการอุบัติการณ์การคัดแยกที่ผิดพลาด ลดอุบัติการณ์ Over และ Under triage เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจหน่วยงานอื่นสามารถนำแนวทางการปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ได้ สอดคล้องกับมยุรี มานะงาน[10] พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับสูงและพยาบาลสามารถคัดแยกได้อย่างมีประสิทธิภาพตามการจัดลำดับความฉุกเฉินถูกต้อง ร้อยละ 98.90 และสอดคล้องกับกงทอง ไพศาล[12] พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ภายหลังการพัฒนาระบบการคัดกรองอยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจมากกว่าก่อนพัฒนาและอัตราการปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดกรองของพยาบาลคัดกรอง คิดเป็นร้อยละ 98.24

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบายของโรงพยาบาล 1) ผู้บริหารโรงพยาบาลควรสนับสนุนงบประมาณ อัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานต่างๆ อย่างเพียงพอ 2) จากนโยบาย ER คุณภาพควรมีการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยทั้งในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนอกหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในการคัดแยกผู้ป่วย กรณีอุบัติเหตุหมู่ ณ จุดเกิดเหตุ ด้านวิชาการพยาบาลที่จุดคัดแยก ควรมีประสบการณ์ในการคัดแยกอย่างน้อย 5 ปี และควรได้รับการอบรมการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินในหลักสูตรการคัดแยก โดยโรงพยาบาลสนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอ และด้านการศึกษาวิจัย ควรขยายผลการศึกษาวิจัยในหน่วยงานอื่น เช่น หน่วยงานผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดแยกที่ถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ น.พ.ประกาศ เจริญราษฎร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธวัชบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ด้านสถานที่ที่ให้ศึกษาวิจัยและสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำวิจัย ซึ่งมีคุณค่าต่อหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลและผู้รับบริการ ขอขอบพระคุณ ดร.สุพะยนต์ ชมภูธวัช และ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา เป็นอย่างสูงที่กรุณาเป็นที่ปรึกษางานวิจัย และได้ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะและข้อคิดที่เป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. สหัศถญา สุขจำนง, บัวบาน ปักการะโต, สายสกุล สิงห์หาญ, วิศรุต ศรีสว่าง, ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์. คุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลนาดูน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. 2564;1(2):123-33.
2. เยาวลักษณ์ ผุยหัวโนน, จุไรพร กนกวิจิตร, ลักขณา ไทยเครือ. ระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯสาขาภาคเหนือ. 2564;27(2):69-83.
3. สมเกียรติ โชติศิริกุณวัฒน์. ผลของการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา. 2565;5(1):1-11.
4. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน (ระดับโลกและประเทศไทย) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สพฉ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2021/EBook/414441_20211229135756.pdf
5. อรวรรณ ฤทธิ์อินทรางกูร, วรวุฒิ ขาวทอง, ปารินันท์ คงสมบูรณ์, สมศรี เขียวอ่อน. การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารกรมการแพทย์. 2561;43(2)146-51.
6. กรมการแพทย์. สำนักการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
7. สุรัตน์ สุขสว่าง. พยาบาลคัดแยกประเภทผู้ป่วย: จากกระบวนการหลักสู่การปฏิบัติ : วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2561;5(2):1-14.
8. กรมการแพทย์. สำนักวิชาการ. MOPH ED triage. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2561.
9. กัลยารัตน์ หล้าธรรม, ชัจคเณศ์ แพรขาว. การศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ใน: การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ 2560; 10 มีนาคม 2560; ณ อาคารพจน์ สารสิน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น; 2560. หน้า 1035-46.
10. มยุรี มานะงาน. ผลการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจักราช อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2563;34(3):52-65.
11. สุภาพร พลพันธ์, วัลลภา ช่างเจรจา. ผลการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่ออุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วยผิดประเภท งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2561;2(4):50-7.

12. กงทอง ไพศาล. การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพลจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2562;12(1):93-100.
13. พรทิพย์ วชิรดิลก, ธีระ ศิริสมุด, สินีนุช ชัยสิทธิ์, อนุชา เศรษฐเสถียร. การคัดแยกผู้ป่วยแผนก อุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารสภาการพยาบาล. 2559; 31(2):96-108.
14. Soukup SM. The Center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. Nurs Clin North Am. 2000;35(2):301-9.
15. กฤษฎา สวมชัยภูมิ, วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์, อรพรรณ โตสิงห์, อภิชญา มั่นสมบูรณ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน. วารสารสภาการพยาบาล. 2562; 34(4) 34-47.