การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนทอง
Development of Emergency Triage System at Phonthong Hospital

สุนิสา ยุคะลัง*
Sunisa Yukalung
Corresponding author: E-mail: sunisa-yu@hotmail.com
(Received: January 11, 2024; Revised: January 18, 2024; Accepted: February 18, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบการคัดกรอง และประเมินผลลัพธ์การคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนทอง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Mutual collaborative action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้รับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 25 คนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก (Inclusion criteria and exclusion criteria) ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง 20 คน และผู้รับผิดชอบการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน 6 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบบันทึก แบบประเมินแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : (1) สถานการณ์ปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน พบปัญหาทั้งด้านบุคลากรคัดกรอง ระบบบริการคัดกรอง และสถานที่คัดกรอง (2) ผลการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน 6 ด้าน 1) การพัฒนาบุคลากรคัดกรองให้มีความเหมาะสม 2) การพัฒนารูปแบบการคัดกรองที่สอดคล้องกับบริบท 3) การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองให้ง่ายต่อการนำไปใช้ 4) การพัฒนาสถานที่สำหรับการคัดกรองและรอรับบริการให้เพียงพอต่อการบริการ 5) การพัฒนารูปแบบการสื่อสาร ลำดับคิวและระดับความรุนแรงทั้งทางด้านผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 6) การพัฒนารูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดกรองที่มีความสมบูรณ์ และ (3) การประเมินผลลัพธ์พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.90 เป็น ร้อยละ 88.71 คัดกรองสูงกว่าความเป็นจริง (Over Triage) ลดลงจากร้อยละ 14.32 เป็นร้อยละ 8.22 คัดกรองต่ำกว่าความเป็นจริง (Under Triage) ลดลงจากร้อยละ 4.77 เป็น ร้อยละ 3.06 และผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (66.8%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ส่งผลให้ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผลลัพธ์การให้บริการมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงควรนำแนวทางการพัฒนาจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้พัฒนาในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

คำสำคัญ : ระบบการคัดกรอง; ผู้ป่วยฉุกเฉิน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนทอง

Abstract

Purposes :. To study the situation, develop the system, and evaluate the results of development of emergency triage system at Phonthong Hospital.

Study design : Mutual collaborative action research

Materials and Methods : 25 of Key informants were received services at emergency nursing work who met the inclusion criteria and exclusion criteria, 20 of related service providers, and those responsible for develop a system for screening, 6 of emergency patients. Data were collected using a recording forms, assessment forms, and questionnaires for group discussions, questionnaire guidelines for interviews, and analyzed the data using frequencies, percentages, means and standard deviations.

Main findings : (1) There were found that problems in screening emergency patients in terms of screening, personnel, triage system and screening locations. The screening system (Phonthong Hospital Triage) consists of initial symptom assessment, prioritize the urgency of medical treatment (within 4 minutes), severity was divided into 5 categories: resuscitation (red), emergency (pink), urgency (yellow), semi-Urgency (green), and non-Urgency (white) and (3) evaluation of results of screening system found that results of patient screening were correct (88.71%).

Conclusion and recommendations : The results of this study result in increased quality of service recipients, providers, and service results. Therefore, development guidelines from this research should be used for further development in related agencies.

Keywords : Triage System; Emergency

*Registered Nurse, Professional Level, Phon Thong Hospital.

บทนำ

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานหนึ่งที่สำคัญของโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นด่านแรกในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้รับบริการที่มีอาการเฉียบพลันและอยู่ในภาวะฉุกเฉิน ทั้งจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยอย่างกระทันหัน ซึ่งต้องการการช่วยเหลือที่เร่งด่วนรวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา และปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะคุกคามชีวิต ไม่เกิดความพิการหรือภาวะแทรกซ้อนทั้งต้านร่างกายและจิตใจ การเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการส่งผลต่อการให้บริการและบริหารจัดการในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จากการสำรวจของสมาคมพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2005 พบว่า การเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน[1] ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึง ระยะเวลาในการรอคอยแพทย์นานขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วนฉุกเฉินและต้องการการรักษาทันที ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการสูญเสียชีวิต ในจำนวนผู้ใช้บริการที่เพิ่มขึ้น มีทั้งที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินปะปนกันเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินจริง ๆ ได้รับการช่วยเหลือช้าลง จึงนำระบบคัดกรองผู้ป่วย (Triage) มาบริหารจัดการในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน[2]

การคัดกรองผู้ป่วยมีความสำคัญและช่วยให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสามารถช่วยลดระยะเวลารอคอยในการเข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตลอดจนลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการคัดกรองผู้ป่วยต้องมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความเร่งด่วนที่เหมาะสม ดังการศึกษาของ Christ M et al.[3] ที่พบว่าระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความคลาดเคลื่อนได้น้อย ช่วยให้พยาบาลสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วนได้มากขึ้น ลดความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินสามารถส่งต่อได้ตามความเหมาะสม ลดอัตราตาย ลดค่าใช้จ่าย และทรัพยากรเกินความจำเป็น นอกจากนี้ยังสามารถลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และลดความแออัดในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อีกด้วย[4] สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความคลาดเคลื่อนน้อยช่วยให้พยาบาลสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วน สามารถส่งต่อได้อย่างเหมาะสม[5] ดังนั้น คุณภาพการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดแยกได้ถูกต้องตามความเร่งด่วนที่แท้จริง ลดความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินจริง สามารถส่งต่อได้ตามความเหมาะสม ลดอัตราตาย ลดค่าใช้จ่าย และการใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็น

การคัดกรองผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนทอง ในระยะแรกใช้เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยเป็น 3 ประเภท คือ ฉุกเฉิน เร่งด่วน และไม่ฉุกเฉิน ที่เสนอโดยกองการพยาบาล[6] ต่อมามีการพัฒนาโดยนำการคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้กำหนดแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน (Guideline for ER service delivery) ด้วยระบบ MOPH ED Triage ซึ่งเป็นการคัดกรอง 5 ระดับ พัฒนามาจาก Emergency Severity Index (ESI) การคัดแยกในระบบ ESI เดิมพยาบาลคัดแยกจะประเมินอาการ โดยใช้หลัก Primary Triage เป็นการประเมินโดยรวบรวมข้อมูลจากการประเมินทางกายภาพ (ไม่จำเป็นต้องตรวจโดยละเอียด) อาการสำคัญ อาการที่แสดงความคุกคามต่อชีวิต ต่อมา Secondary Triage เป็นการประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียด โดยรวบรวมข้อมูลจากการประเมินทางกายภาพ Vital Signs, Lab, X-ray, ผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ ส่วนระบบ MOPH ED Triage จะใช้หลักการประเมินลักษณะ (Acuity) และทรัพยากร (Resources) ขั้นตอนแรกการประเมินลักษณะ (Acuity) จะถูกใช้เพียงอย่างเดียวเพื่อคัดแยกเป็นระดับ 1 หรือระดับ 2 และเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าระดับดังกล่าว จะถูกประเมินการใช้ทรัพยากรเพื่อคัดแยกเป็นระดับ 3, 4 หรือ 5 การประเมินลักษณะ (Acuity) ใช้การตัดสินใจจากภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต แขนขา และอวัยวะเป็นหลักการประเมินทรัพยากรอยู่บนพื้นฐานของผู้ประเมิน[7-8] กระบวนการคัดกรองต้องอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์

เป็นส่วนสำคัญที่จะใช้ในการตัดสินใจในการคัดกรองผู้ป่วย การนำระบบการคัดกรองไปใช้ในหน่วยบริการต่าง ๆ และสามารถดำเนินการได้ ประกอบด้วย องค์ประกอบ 2 องค์ประกอบ คือ เนื้อหาวิชาการทางคลินิก และการจัดวางรูปแบบบริการ จุดเน้นด้านบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองต้องได้รับการฝึกอบรมอย่างดี (Well Trained) มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการคัดกรองและจัดลำดับการบริบาลณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน Triage Policy และ Procedure ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินต้องได้รับการ Triage ภายใน 4 นาที มีการกำหนดระดับการคัดแยก และมีการทำ Triage Round เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีคือผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยได้รับการรักษาตามลำดับความเร่งด่วนและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เกิดประโยชน์มากที่สุด[9]

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนทอง มีการจัดตั้งจุดคัดกรอง 2 จุด คือด้านหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและด้านหน้าหน่วยงานผู้ป่วยนอก เนื่องจากผู้รับบริการสามารถเข้ามารับบริการได้ทั้ง 2 ช่องทาง ซึ่งพบปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหน่วยงานผู้ป่วยนอก พบว่ายังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยถูกส่งไปและกลับระหว่างหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหน่วยงานผู้ป่วยนอกหลายรอบ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาล่าช้า เกิดข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยและญาติ ระยะแรกได้มีการประชุมทบทวนทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหน่วยงานผู้ป่วยนอก พร้อมกับการจัดการอบรมแนวทางดังกล่าวแก่แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหน่วยงานผู้ป่วยนอก โดยผู้ป่วยประเภท 1, 2 และ 3 (บางประเภท) จะถูกส่งตรวจที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่วนผู้ป่วยประเภท 3, 4 และ 5 จะถูกส่งไปตรวจที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก แต่เนื่องจากบุคลากรมีการย้ายสถานที่ปฏิบัติงานทุกปี อีกทั้งโรงพยาบาลโพนทองเป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายขนาดใหญ่ มีศักยภาพและความพร้อมในการเปิดให้บริการเฉพาะทางในหลายด้าน มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญหลายสาขา ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ แพทย์ออร์โธปิดิกส์ สูติ-นรีแพทย์ แพทย์โสตศอนาสิก วิสัญญีแพทย์ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอยู่เดิมไม่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลโพนทองในปัจจุบัน การคัดกรองผู้ป่วยยังเป็นปัญหาในการปฏิบัติของบุคลากร จะเห็นได้จากจากสถานการณ์การคัดกรองในปี พ.ศ.2561-2565 พบว่ามีการคัดกรองผู้ป่วยถูกต้องร้อยละ 69.18, 76.58, 75.34, 79.66 และ 80.90 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ถูกคัดกรองผิดพลาด ร้อยละ 30.82, 23.42, 24.66, 20.34 และ 19.09 ตามลำดับ มีการคัดกรองต่ำกว่าความเป็นจริง (Under Triage) ร้อยละ 9.98, 6.94, 6.58, 5.80 และ 4.77 ตามลำดับ มีการคัดกรองสูงกว่าความเป็นจริง (Over Triage) ร้อยละ 20.84, 16.48, 18.08, 15.54 และ 14.32 ตามลำดับ ถึงแม้จะพบว่าการคัดกรองผิดพลาดจะมีอัตราที่ลดลงแต่ถ้าเกิดความผิดพลาดขึ้นก็ยังมีส่งผลให้เกิดอันตรายรักษานานขึ้นหรือเสียชีวิตได้ ในปี พ.ศ.2561-2565 พบอุบัติการณ์ตัดกรองผิดพลาดมีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 2 ราย, 2 ราย, 1 ราย, 1 ราย และ 1 ราย ตามลำดับ[10] ผู้ป่วยที่คัดกรองผิดพลาดที่พบว่ามีการเสียชีวิต 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ทั้งนี้สาเหตุความผิดพลาดของการคัดกรองส่วนใหญ่เกิดจากอาการที่กำกึ่งระหว่างฉุกเฉิน และไม่ฉุกเฉินของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยถูกคัดกรองไปอยู่ในกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงน้อยกว่าอาการเจ็บป่วยที่แท้จริง (Under Triage) ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรอรับการรักษานานกว่าที่ควรจะเป็น อาการทรุดลงหรือมีอาการรุนแรงมากขึ้นก่อนได้รับการรักษาพยาบาล และในขณะที่ผู้ป่วยบางกลุ่มกลุ่มถูกคัดกรองไปอยู่ในกลุ่มฉุกเฉินมากกว่าอาการเจ็บป่วยที่แท้จริง (Over Triage) ได้แก่ กลุ่มที่มาด้วยอาการวิงเวียนหรืออาการปวด ผู้ป่วยมักจะประเมินตนเองว่ามีความปวดที่รุนแรง ส่งผลให้เกิดความแออัดในห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉินจริงได้รับการดูแลรักษาช้ากว่าที่ควรจะเป็น

จากอุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วยดังที่กล่าวไปข้างต้น จะเห็นได้ว่ายังคงพบปัญหาที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนในการคัดกรองประเภทผู้ป่วยอยู่ในแต่ละห้วงเวลาเป็นระยะๆ

ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของคุณภาพและความจำเป็นของการพัฒนาการคัดกรองและศักยภาพของบุคลากรผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยให้มีมาตรฐานเดียวกัน อีกทั้งการพัฒนาเครื่องมือที่สามารถเอื้อต่อประเมิน และการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีความถูกต้องและรวดเร็วมากขึ้น อย่างไรก็ตามจากการทบทวนปัญหาดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงสาเหตุมาจากเกณฑ์การคัดกรองที่ไม่ละเอียดชัดเจนมากเพียงพอที่พยาบาลจะตัดสินใจระบุประเภทให้ผู้ป่วยที่มารับบริการ แม้ว่าจะมีคู่มือการคัดกรอง แต่เนื้อหาในคู่มือระบุการจำแนกอย่างกว้างๆ การตัดสินใจระบุลำดับความรุนแรงของอาการจึงขึ้นกับประสบการณ์และดุลยพินิจของพยาบาลแต่ละคน นอกจากนี้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยบางส่วนไม่ยังให้ความสำคัญในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดกรอง จึงทำให้ต่างคนต่างประเมินอาการตามประสบการณ์ของตนเอง จึงส่งให้เกิดความคาดเคลื่อนในการคัดกรองผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำเป็นต้องได้รับการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ สามารถคัดแยกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มตามระดับความรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว แม่นยำ การได้รับการประเมินการจัดลำดับที่ถูกต้อง ระยะเวลารอคอยเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความละเอียดในการแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยซึ่งหลาย ๆ ประเทศเลือกใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินที่จัดแบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท คือ 1) ผู้ป่วยวิกฤต (Immediate) 2) ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) 3) ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) 4) ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency) และ 5) ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgency)[11] โดยให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดรายละเอียดของเกณฑ์แต่ละระดับ เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองได้มีเกณฑ์ที่ชัดเจนในการระบุระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างถูกต้อง ใช้เวลาในการคัดกรองผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น และพยาบาลสามารถควบคุมเวลาในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น รวมทั้งแสดงบทบาทในฐานะผู้ประเมินอาการ อาการแสดงที่สำคัญต่อภาวะคุกคามชีวิต แล้วพิจารณาการความรุนแรงเพื่อจัดลำดับการเข้ารับการตรวจรักษาได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤตที่เป็นอันตราย เป็นผู้สอนและให้คำปรึกษา สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย และญาติให้ยอมรับ ตลอดจนการปฏิบัติตัวในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการของความเจ็บป่วย เป็นผู้ประสานงานส่งต่อข้อมูลเป็นผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพและข้อมูลอื่นๆ กับผู้ป่วยและญาติขณะรอพบแพทย์อย่างชัดเจนและง่ายต่อความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ โดยพยาบาลแสดงบทบาทในการดูแล ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน[12] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนทอง เพื่อให้การคัดกรองผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ เพิ่มคุณภาพการบริการ ลดระยะเวลารอคอย ผู้ป่วยหนักจะได้รับการบำบัดรักษาอย่างรวดเร็ว และยังมีความสำคัญต่อการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่นๆที่มีอย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลลัพธ์รอบบคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลโพนทอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนทอง ผู้วิจัยได้ออกแบบวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research) เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน และดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนตุลาคม 2566

พื้นที่ศึกษา การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็น 1) ผู้มารับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในระยะศึกษาสถานการณ์ 10 คน และระยะพัฒนาระบบบริการ 15 คน ที่มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้และยินดีให้ข้อมูล 2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง 20 คน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 คน

พยาบาลวิชาชีพ 14 คน นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ 1 คน และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน 3 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน 6 คน

ผู้ร่วมวิจัย เป็นบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลโพนทอง ผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี 4 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัย ถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุด นอกจากผู้วิจัยแล้วยังมีเครื่องมือที่ใช้ประกอบในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นการจัดกลุ่มแบ่งระดับความรุนแรงฉุกเฉินผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ ตามความเร่งด่วน คือ ระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเสี่ยง ระดับที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงและระดับที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป (The National Institute of Emergency Medicine) ใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาลประจำหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยใช้วิเคราะห์เพื่อประเมินผลการคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาลในเบื้องต้น (2) แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยไปใช้ ผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ข้อ ในประเด็นดังนี้ สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยได้จริง ใช้งานได้ง่าย สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้สะดวกรวดเร็ว ความครบถ้วนของเนื้อหาสาระ และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ (เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย) สำหรับแบบประเมินนี้พยาบาลคัดกรองเป็นผู้ประเมิน (3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะทดลองการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด และ (4) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้มารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการโดย (1) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยปีงบประมาณ พ.ศ.2566 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ที่มารับบริการระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2566 (2) สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการการคัดกรองห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 10 คน (3) สนทนากลุ่มในบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 20 คนประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 14 คน นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ 1 คน และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 3 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง และทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผนลงมือปฏิบัติ สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาระบบบริการการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินกลับโดยประเมินจาก 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการการคัดกรองที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยไปใช้ 3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม

และ 4) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน

วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักสิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ 33/2566 โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระ ความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการ และได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็น 3 ประเด็น คือ

ประเด็นแรกเป็นการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่าผู้รับบริการและบุคลากรผู้ให้บริการมีความเข้าใจและเห็นว่าการคัดกรองผู้ป่วยมีประโยชน์ เห็นได้จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ “เห็นด้วยกับการมีจุดคัดกรองจะช่วยให้คนไข้หนักได้เข้ารับการรักษาก่อน ผู้ป่วยไม่หนักก็รักษาทีหลัง” จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ “เห็นด้วยกับการมีจุดคัดกรองและมีพยาบาลคัดกรอง เพื่อจะได้แยกประเภทผู้ป่วย และส่งตรวจตามลำดับความเร่งด่วน” ประเด็นที่ผู้รับบริการและบุคลากรผู้ให้บริการเห็นว่าเป็นปัญหา มีดังนี้

1) ด้านบุคลากรคัดกรอง พบว่าบุคลากรยังมีการคัดกรองที่คลาดเคลื่อน พบอุบัติการณ์ทั้งการ คัดกรองต่ำกว่าความเป็นจริง (Under Triage) ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยล่าช้า และการคัดกรองสูงกว่าความเป็นจริง (Over Triage) ส่งผลให้เกิดความแออัดในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน บุคลากรไม่มีการแจ้งผลการคัดกรองและลำดับการเข้าตรวจกับผู้ป่วยและญาติ บุคลากรคัดกรองไม่เพียงพอในบางเวลา จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ “ฉันเมื่อยหลาย แต่ถูกส่งไปรอตรวจกับคนไข้ทั่วไป พอพยาบาลวัดความดันอีกกะบอกว่าความดันฉันต่ำ เข็นฉันกลับมาห้องฉุกเฉิน” “บางวันผู้ป่วยเยอะเจ้าหน้าที่คัดกรองอยู่คนเดียวทำไม่ทัน” “หมอไม่บอกว่าฉันคิวไหน ต้องรอนานเท่าไหร่” และจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ “ยังพบว่ามีการคัดกรองไม่ถูกต้องในบางรายอาจเนื่องจากมีเจ้าหน้าที่มีการโยกย้ายสถานที่ปฏิบัติงานทุกปี ควรต้องมีการอบรมทบทวนการ Triage ทุกปีและทุกครั้งที่มีเจ้าหน้าที่ใหม่” “อาการผู้ป่วยบางคนไม่ชัดเจนทำให้คัดกรองผิดพลาด”

2) ด้านรูปแบบบการคัดกรองผู้ป่วย: ยังไม่มีระบบการสื่อสารลำดับคิวกับผู้ป่วยและญาติที่ชัดเจน ไม่มีการแยกห้องเฝือกและห้องทำแผลออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทำให้เกิดความแออัด ผู้ป่วยต้องรอนาน อาจส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ได้มาตรฐาน คู่มือแนวทางปฏิบัติการคัดกรองไม่เป็นปัจจุบันและไม่เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลโพนทอง เนื่องจากมีการเพิ่มขึ้นของแพทย์เฉพาะทางในหลายสาขา ทำให้ศักยภาพในการให้บริการในแต่ละหน่วยงานเพิ่มขึ้น เห็นได้จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ “ฉันพาแม่มาเปลี่ยนสายยางให้อาหาร รออยู่เป็นชั่วโมงไม่รู้ว่าจะได้คิวตอนไหน” “มาทำแผลต้องรอนานมาก ถ้ามีคนไข้ฉุกเฉินในห้อง” “แพทย์นัดมาดูเฝือกค่อนข้างรอนาน แต่ก็เข้าใจแพทย์ต้องมีผ่าตัดด้วย” และจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ “ยังไม่มีรูปแบบการสื่อสารที่ชัดเจนถึงประเภทผู้ป่วยและลำดับคิวกับผู้ป่วยและญาติ” “แต่ละวันมีผู้ป่วยมาทำแผลเฉลี่ย 50 คนต่อวัน การไม่แยกห้องเฝือกและห้องทำแผลออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินทำให้เกิดความแออัด อัตรากำลังบางส่วนต้องแบ่งไปช่วยแพทย์ใส่เฝือกหรือทำแผล มีผู้ป่วยฉุกเฉินมาทำให้การดูแลผู้ป่วยล่าช้า” “อัตรากำลังพยาบาลบางส่วนต้องไปช่วยแพทย์ใส่เฝือกและทำแผล มีผู้ป่วยฉุกเฉินมาหมออีอาร์ต้องเปิดเส้นให้น้ำเกลือเอง” “คู่มือการคัดกรองไม่เป็นปัจจุบัน แพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขาต้องการให้มีการปรับใหม่ให้เข้ากับบริบทโรงพยาบาลและเป็นปัจจุบัน ” “การคัดกรองระหว่างโอพีดีกับอีอาร์ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

ควรมีการจัดทำคู่มือเกณฑ์การคัดแยกและมีการจัดอบรมให้มีการคัดกรองไปในแนวทางเดียวกัน”

3) ด้านสถานที่คัดกรอง: สถานที่คัดกรองผู้ป่วยอยู่ด้านหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความเหมาะสม ทำให้สามารถมองเห็นผู้ป่วยที่มาถึงได้ทันที แต่สถานที่รอตรวจค่อนข้างแออัดในบางวันที่แพทย์นัดดูเฝือก และดูแผล ไม่สามารถจัดที่นั่งรอตรวจให้มีจำนวนมากได้ เนื่องจากตามมาตรฐานหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องไม่มีสิ่งกีดขวางเส้นทางลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉิน เห็นได้จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ “สถานที่รอตรวจแคบเกินไป วันนี้คนไข้เยอะเปลนอนผมถูกเข็นมารอที่หน้าลิฟท์ “ “ที่นั่งไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยและญาติ” และจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ “สถานที่คัดกรองผู้ป่วยจะอยู่ด้านหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ถือว่ามีความเหมาะสม สามารถมองเห็นผู้ป่วยที่มาถึงได้ทันที แต่ในวันอังคาร พุธ และพฤหัสที่แพทย์ศัลยกรรมและแพทย์ออร์โธฯ นัดดูเฝือกและแผล สถานที่รอตรวจจะแออัดมาก”

ความคาดหวังที่ผู้รับบริการและบุคลากรผู้ให้บริการอยากเห็นในระบบการคัดกรองผู้ป่วย มีดังนี้

(1) ด้านบุคลากรคัดกรอง ต้องการให้มีพยาบาลคัดกรองที่เพียงพอ ต้องการการคัดกรองที่ถูกต้อง รวดเร็ว ต้องการพยาบาลที่ใส่ใจ พูดจาสุภาพ มีการสื่อสารกับญาติเป็นระยะ ต้องการให้แพทย์มาตรวจเฝือกและแผลเร็วขึ้น จากการสัมภาษณ์ผู้มารับบริการ “อยากให้มีการคัดกรองเร็วขึ้น เจ้าหน้าที่มีน้อย” “รอแพทย์มาดูแผล และใส่เฝือกนาน” “อยากให้พยาบาลที่พูดจาดี และใส่ใจคนไข้บอกลำดับคิว และให้บอกว่าต้องรอนานแค่ไหน”และจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ “ยังไม่มั่นใจในการคัดกรอง ต้องการให้มีอบรมทบทวนการ Triage ทุกปี เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่มาใหม่ทุกปี” “ต้องการให้แพทย์ศัลยกรรมและออร์โธมาตรวจเลี่ยมเวลากัน ไม่ใช่มาพร้อมกันช่วงใกล้เที่ยง”

(2) ด้านระบบบริการคัดกรองผู้ป่วย ต้องการให้มีการคัดกรองและการส่งตรวจที่รวดเร็ว มีระบบการแจ้งประเภทผู้ป่วยและจัดคิวเข้าตรวจตามความเร่งด่วนแก่ผู้รับบริการ มีระบบการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการด้วยกัน มีคู่มือแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่ใช้ง่าย มีเกณฑ์การส่งผู้ป่วยไปตรวจระว่างหน่วยงานผู้ป่วยนอกกับหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ชัดเจน จากการสัมภาษณ์ผู้มารับบริการ “อยากให้มีการคัดกรอง และส่งเข้าตรวจเร็วขึ้น” “อยากให้มีระบบการแจ้งลำดับคิวและจัดลำดับคิวตามอาการที่รุนแรง” และจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ “ต้องการให้มีจอทีวีแจ้งประเภทและคิวผู้ป่วย เพราะบ่อยครั้งที่มีผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินมาโวยวายว่าต้องรอนาน” “ต้องการให้มีคู่มือแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่ใช้ง่าย มีเกณฑ์การส่งผู้ป่วยตรวจไปตรวจกับแพทย์โอพีดีหรืออีอาร์ที่ชัดเจน” “อยากให้มีรูปแบบการสื่อสารการจำแนกประเภทผู้ป่วยระหว่างบุคลากรที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลที่เร่งด่วนจริงๆ” “อยากให้มีการปรับคู่มือ Moph ED ตามบริบทของโรงพยาบาลโพนทอง และมีการอบรมให้เป็นแนวทางเดียวกันทุกปี หรือทุกครั้งที่มีน้องมาใหม่”

(3) ด้านสถานที่คัดกรอง จุดคัดกรองต้องสามารถมองเห็นและเข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มีครุภัณฑ์ที่จำเป็นเพียงพอต่อการคัดกรองผู้ป่วย แยกห้องทำแผล และห้องเฝือกออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อลดความแออัด เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที จากทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ และเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากที่สุด จากการสัมภาษณ์ผู้มารับบริการ “อยากให้มีที่นั่งไม่เพียงพอสำหรับญาติ” “อยากให้มีห้องทำแผลเฉพาะ บางวันมีคนไข้ฉุกเฉินต้องรอนานมาก เป็นชั่วโมง” และจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ “อยากเห็นจุดคัดกรองต้องสามารถมองเห็นและเข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มีครุภัณฑ์ที่จำเป็นเพียงพอต่อการคัดกรองผู้ป่วย” ”ถ้าสามารถแยกห้องเฝือกและห้องแผลออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจะดีมาก จะช่วยลดความแออัด และใช้อัตรากำลังที่มีอยู่อย่างจำกัดกับผู้ป่วยที่วิกฤตฉุกเฉินจริงๆ”

ประเด็นที่สองเป็นการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้วิจัยและผู้ผู้ร่วมวิจัยได้นำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง 20 คนประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 14 คน นักปฏิบัติ

การฉุกเฉินการแพทย์ 1 คนและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน 3 คน และทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา ดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม ผลการพัฒนาระบบการคัดกรองป่วยฉุกเฉินในกระบวนการของการพัฒนา มีดังนี้

1) การพัฒนาบุคลากรคัดกรองให้มีความเหมาะสม (1) กำหนดให้มีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยประจำ ณ จุดคัดกรองผู้ป่วยด้านหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 คน (โดยเดิมใช้เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย) โดยมีการจัดเวรให้ปฏิบัติงานทั้งเวรเช้า เวรบ่ายและเวรดึก นอกจากนั้นยังจัดให้มีผู้ช่วยเหลือคนไข้ หรือผู้ช่วยพยาบาลอยู่ประจำจุดคัดกรองในเวรเช้าและเวรบ่าย เวรละ 1 คน เพื่อช่วยวัดสัญญาณชีพและช่วยเหลือพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น เช่น ช่วยในการ Splint ก่อนส่งเข้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และในช่วงเวลาที่มีผู้ป่วยมาพร้อมกันจำนวนมาก พยาบาลหัวหน้าเวรในเวรนั้นๆจะบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินออกไปช่วยในการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อความรวดเร็วและเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ทันเวลาตามความรุนแรงของประเภทผู้ป่วย (2) กำหนดคุณสมบัติที่จำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ทำการคัดกรองผู้ป่วยคือ ต้องมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 3 ปี และผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานต่างๆ ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นสูง (Advanced cardiac life support) (3) จัดการอบรมพยาบาลวิชาชีพ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป โดยแบ่งเป็น 2 รุ่น รุ่นที่ 1 วันที่ 10 พฤษภาคม 2566 และรุ่นที่ 2 วันที่ 14 มิถุนายน 2566 โดยมีวิทยากรคือแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน เนื้อหาการอบรมประกอบด้วย การคัดกรองผู้ป่วย รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย แนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่ได้พัฒนาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลโพนทองในปัจจุบัน และเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยระว่างหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินกับหน่วยงานผู้ป่วยนอก ทำให้ทีมคัดกรองผู้ป่วยมีความเข้าใจมาตรฐานการคัดกรองไปในทิศทางเดียวกัน

2) การพัฒนารูปแบบการคัดกรองที่สอดคล้องกับบริบท รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยที่ได้จากการทบทวนและพัฒนามีดังนี้ (1) พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยต้องประเมิน Primary Survey วัด Vital Sign และประเมิน Glasgow Coma Score, Pain Score ก่อนทุกราย (2) ประเมินผู้ป่วยและคัดแยกส่งตรวจตามตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยระว่างหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินกับหน่วยงานผู้ป่วยนอก (3) จำแนกผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท โดยให้บัตรสีกับคนไข้และญาติคนไข้ โดยผู้ป่วยประเภทที่ 1 Resuscitation (สีแดง) หรือ ประเภทที่ 2 Emergency (สีชมพู) ใช้รถเข็นนอนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้ารักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทันที รีบรายงานแพทย์และให้การช่วยเหลือแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยประเภทที่ 3 Urgency (สีเหลือง) ใช้รถเข็นนอนหรือรถเข็นนั่งเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้ารักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือหน่วยงานผู้ป่วยนอก ตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยระว่างหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับหน่วยงานผู้ป่วยนอก ให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาลรีบด่วนรองลงมาจากผู้ป่วยประเภทที่ 1 หรือ ผู้ป่วยประเภทที่ 4 Semi - Urgency (สีเขียว) ให้นำส่งตรวจที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก ถ้ามีบาดแผลให้นำส่งหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยประเภทที่ 5 Non urgent (สีขาว) ให้นำส่งตรวจที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก ถ้ามีบาดแผลให้นำส่งหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยช่วยเหลือปฐมพยาบาลเป็นประเภทสุดท้าย นอกจากนั้นผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ ให้ซักประวัติ ประเมินอาการอยู่บริเวณโซนตรวจผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ ซึ่งห้องอยู่ด้านหน้าห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน (ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยสงสัยโรคติดต่อทางเดินหายใจ) (4) กรณีผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อดูแผล และใส่เฝือก มีการทบทวนกับแพทย์เพื่อปรับเวลาการนัดใหม่ โดยผู้ป่วยที่นัดมาดูแผลแพทย์จะให้นัดมาเวลา 09.00 น. ส่วนนัดใส่เฝือกแพทย์จะนัดเวลา 11.00 น. ทำให้ลดความแออัดบริเวณจุดคัดกรองได้

3) การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองให้ง่ายต่อการนำไปใช้ โดยได้ดำเนินการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย ตามขั้นตอนดังนี้ (1) ประชุมทีมสหวิชาชีพในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ สูติแพทย์ ศัลยแพทย์กระดูกและข้อ กุมารแพทย์ และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากกว่า 10 ปี และผู้วิจัยรวมทั้งหมดเป็น 15 คน (2) จัดทำแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย โดยการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการพัฒนาโดยอ้างอิงจากเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนดแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน (Guideline for ER service delivery) ด้วยระบบ MOPH ED Triage ซึ่งเป็นการคัดกรองแบบ 5 ระดับ พัฒนามาจาก Emergency Severity Index (ESI) เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยเพื่อค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิต จำแนกประเภทผู้ป่วย จัดลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการ และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลโพนทอง ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที โดยพยาบาลทำหน้าที่คัดกรองประเมินอาการเบื้องต้น จัดลำดับความเร่งด่วนในการรักษาพยาบาล (กระบวนการคัดกรองภายใน 4 นาที) การแบ่งความรุนแรงของผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ ประเภทที่ 1 Resuscitation (สีแดง) มีภาวะคุกคามที่จะทำให้เสียชีวิตควรได้รับการแก้ไขทันที ประเภทที่ 2 Emergency (สีชมพู) มีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิ ควรได้รับการตรวจประเมินภายใน 5-10 นาที ประเภทที่ 3 Urgency (สีเหลือง) ผู้ป่วยฉุกเฉินควรได้รับการตรวจประเมินภายใน 15-30 นาที ประเภทที่ 4 Semi –Urgency (สีเขียว) ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อยควรได้รับการตรวจประเมินภายใน 30-60 นาที ประเภทที่ 5 Non – Urgency (สีขาว) ผู้ป่วยนอกทั่วไปควรได้รับการตรวจประเมินภายใน 1-2 ชั่วโมง (3) นำแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน อายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลผู้มีประสบการณ์และชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์และชำนาญการด้านการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิก ผู้ศึกษาได้ทำการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากปรับแก้แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิลงความเห็น เพื่อนำไปคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.82 และ (4) ประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยก่อนนำไปใช้ และสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพ 14 คน นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ 1 คน และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน 3 คน เกี่ยวกับการใช้นำแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย พบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนมากเห็นด้วยกับแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น โดยส่วนมากมีความคิดเห็นตามหัวข้อต่างๆ ดังนี้ สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยได้จริง มีความคิดเห็นในระดับ “เห็นด้วยมาก” (60.0%) ใช้งานได้ง่าย มีความคิดเห็นในระดับ “เห็นด้วยมากที่สุด” (53.8%) คัดกรองผู้ป่วยได้สะดวกรวดเร็ว มีความคิดเห็นในระดับ “เห็นด้วยมาก” (68.2%) ความครบถ้วนของเนื้อหาสาระมีความคิดเห็นในระดับ “เห็นด้วยมาก”(58.2%) และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ มีความคิดเห็นในระดับ “เห็นด้วยมาก” (66.8%)

4) การพัฒนาสถานที่สำหรับการคัดกรอง และรอรับบริการให้เพียงพอต่อการบริการ โดยใช้พื้นที่ด้านข้างประตูทางเข้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นจุดในการคัดกรองผู้ป่วย จัดให้มีโต๊ะสำหรับใช้ในการประเมินและซักประวัติผู้ป่วย มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการวัดสัญญาณชีพ อุปกรณ์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และอุปกรณ์ในการช่วยเหลือเบื้องต้นสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเร่งด่วนได้ทันที มีคอมพิวเตอร์สำหรับลงข้อมูลผู้ป่วยในระบบ HOSxP เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองระดับความรุนแรงแล้ว ผู้ป่วยประเภท 1 และ 2 จะถูกส่งไปยังพื้นที่โซนช่วยชีวิตบริเวณด้านในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยประเภทที่ 3 -5 จัดพื้นที่สำหรับรอรับบริการด้านหน้าห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน หรือส่งหน่วยงานผู้ป่วยนอกถ้าเข้าตามตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยระว่างหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน

กับหน่วยงานผู้ป่วยนอก (ตามเอกกสารคู่มือ) มีการปรับปรุงจัดสถานที่ให้มีที่รอตรวจให้เพียงพอ ในส่วนห้องเฝือก และห้องแผลอยู่ระหว่างดำเนินการออกแบบแยกออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยต่อเติมออกไปด้านข้างหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

5) การพัฒนารูปแบบการสื่อสารลำดับคิว และระดับความรุนแรงทั้งทางด้านผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ กำหนดให้พยาบาลคัดกรองผู้ป่วยทำหน้าที่แจ้งให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบประเภทผู้ป่วยและลำดับคิวทุกครั้งหลังจากการประเมิน และมีการพัฒนาช่องทางการสื่อสารผ่านทางหน้าจอโทรทัศน์ โดยใช้ระบบ Keos มีการออกแบบร่วมกันระหว่างหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับทีมสารสนเทศให้มีการแสดงสีตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ลำดับคิว และสถานการณ์ให้บริการผ่านทางหน้าจอโทรทัศน์ซึ่งติดตั้งอยู่ด้านห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และบริเวณพื้นที่สำหรับรอรับบริการ ส่วนการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการมีการปรับแบบฟอร์มเวชระเบียนผู้ป่วยที่ใช้เฉพาะหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเพิ่มเติมช่องให้ลงผลประเภทการคัดกรองผู้ป่วย เมื่อพยาบาลทำการคัดกรองเสร็จ จะบันทึกประเภทผู้ป่วยในแบบฟอร์มเวชระเบียนใหม่เพื่อใช้ในการสื่อสารทีมผู้ให้บริการ แล้วส่งพบแพทย์ตามลำดับความเร่งด่วน และเมื่อแพทย์ทำการตรวจรักษาจะมีการประเมินและบันทึกประเภทผู้ป่วยในเวชระเบียนอีกรอบ นอกจากการสื่อสารผ่านทางเวชระเบียนแล้ว พยาบาลคัดกรองจะใช้ชาร์ดสีแดง สีชมพู สีเหลือง สีเขียว และสีขาวใส่เวชระเบียนตามประเภทผู้ป่วย เพื่อสื่อสารให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น

6) การพัฒนารูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดกรอง การบันทึกข้อมูลการคัดกรอง จะมีการบันทึกประเภทผู้ป่วย 5 ประเภทในระบบ HOSxP และมีการบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยที่ถูกพัฒนาขึ้นมาใช้เฉพาะหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โดยมีการเพิ่มเติมช่องให้ลงผลประเภทการคัดกรองผู้ป่วยโดยพยาบาลคัดกรอง และแพทย์ผู้ทำการรักษาเพื่อเป็นการสื่อสารและประเมินความคลาดเคลื่อนในการคัดกรองผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันท่วงทีตามประเภทความรุนแรงของผู้ป่วย

ประเด็นที่สามเป็นการประเมินผลลัพธ์ของการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) การพัฒนาบุคลากรคัดกรองให้มีความเหมาะสม 2) การพัฒนารูปแบบการคัดกรองที่สอดคล้องกับบบริบท 3) การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองให้ง่ายต่อการนำไปใช้ 4) การพัฒนาสถานที่สำหรับการคัดกรองและรอรับบริการให้เพียงพอต่อการบริการ 5) การพัฒนารูปแบบการสื่อสารลำดับคิวและระดับความรุนแรงทั้งทางด้านผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 6) การพัฒนารูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดกรองที่มีความสมบูรณ์ ผลการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยพบว่ามีการคัดกรองผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ.2566 ผลการคัดกรองผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.90 เป็น ร้อยละ 88.71 โดยเฉพาะระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเพิ่มจาก 96.24% เป็น 100.00% เพิ่มขึ้น 3.65% ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเสี่ยงเพิ่มจาก 92.54% เป็น 99.02% เพิ่มขึ้น 6.77% ระดับที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนเพิ่มจาก 75.87% เป็น 84.65% เพิ่มขึ้น 10.94% ระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงเพิ่มจาก 64.66% เป็น 72.96% เพิ่มขึ้น 12.06% และระดับที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป เพิ่มจาก 97.92% เป็น 98.72% เพิ่มขึ้น 0.81% การคัดกรองสูงกว่าความเป็นจริง (Over Triage) ลดลงจากร้อยละ 14.32 เป็นร้อยละ 8.22 การคัดกรองต่ำกว่าความเป็นจริง (Under Triage) ลดลงจากร้อยละ 4.77 เป็น ร้อยละ 3.06 และผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (66.8%) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละความแตกต่างผลการคัดกรองผู้ป่วยที่ถูกต้อง ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับความรุนแรง	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		% differences
	N	n(%)	N	n(%)	
ระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต	28	27(96.42)	44	44(100.00)	+3.65
ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเสี่ยง	134	124(92.54)	205	203(99.02)	+6.77
ระดับที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน	518	393(75.87)	469	397(84.65)	+10.94
ระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง	416	269(64.66)	344	251(72.96)	+12.06
ระดับที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป	433	424(97.92)	470	464(98.72)	+0.81

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความแตกต่างผลการคัดกรองผู้ป่วยสูงและต่ำกว่าความเป็นจริงก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับความรุนแรง	กลุ่มก่อนการพัฒนา n(%)		กลุ่มหลังการพัฒนา n(%)	
	Under	Over	Under	Over
ระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต	1(3.58)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเสี่ยง	2(1.49)	8(5.97)	2(0.97)	0(0.00)
ระดับที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน	43(8.30)	82(15.83)	24(5.12)	48(10.23)
ระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง	27(6.50)	120(28.85)	21(6.10)	72(20.93)
ระดับที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป	0(0.00)	9(2.08)	0(0.00)	6(1.27)

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งด้านบุคลากรคัดกรอง ระบบบริการคัดกรองผู้ป่วย และสถานที่คัดกรอง ผลการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่าการคัดกรองถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.90 เป็นร้อยละ 88.71 มีการคัดกรองสูงกว่าความเป็นจริง (Over Triage) ลดลงจากร้อยละ 14.32 เป็นร้อยละ 8.22 โดยพบว่าระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงถูกประเมินเป็นระดับที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมากที่สุดร้อยละ 20.93 การคัดกรองต่ำกว่าความเป็นจริง (Under Triage) ลดลงจากร้อยละ 4.77 เป็นร้อยละ 3.06 โดยระดับที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนถูกประเมินเป็นระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงมากที่สุดร้อยละ 6.10 จากการวิเคราะห์การคัดกรองที่คลาดเคลื่อนน้อยที่สุด บุคลากรต้องมีความรู้ และประสบการณ์ในการคัดกรอง มีการกำหนดบทบาทให้ชัดเจน มีรูปแบบและแนวปฏิบัติที่ง่ายต่อการนำไปใช้สอดคล้องกับการศึกษาโรงพยาบาลนาดูน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม พบสภาพปัญหาและสถานการณ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน จากการทบทวนข้อมูลเวชระเบียน พบว่า การประเมินคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน มีความถูกต้อง (77.66%) โดยผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินเร่งด่วน (Urgency) เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Semi-urgency) ส่งรอตรวจที่ OPD มากที่สุด (32.14%) (63/ 196) ผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินเร่งด่วน (Urgency) แต่จำแนกเป็นประเภทฉุกเฉิน (emergency) (15.38%) (8/52 คน) จากการวิเคราะห์สาเหตุด้านระบบบริการ พยาบาลจุดคัดแยกมาจากหลายหน่วยงาน เช่น พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลตึกผู้ป่วยนอกพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และ

เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ เป็นต้น เช่นเดียวกับการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลคัดแยกพบว่า มีเจ้าหน้าที่คัดแยกคนเดียวคัดแยกไม่ทัน เกิดความเสี่ยงผู้ป่วยรอนาน ยังไม่ได้มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง (Job specification) หน้าที่ความรับผิดชอบ (Job description) ที่ชัดเจนยังไม่นำเกณฑ์ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยมาใช้อย่างจริงจัง

นอกจากนั้นจากการสนทนากลุ่มพยาบาลจุดคัดกรองและพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ยังพบว่าขาดการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและการมอบหมายหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีเพียงการพูดคุย และปฏิบัติแยกประเภทและส่งข้อมูลในจุดบริการที่เกี่ยวข้อง ขาดการสื่อสารข้อมูลที่ชัดเจนระหว่างหน่วยงาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการล่าช้าและผู้ป่วยถูกส่งไป-มาระหว่าง 2 จุด ขาดการประเมินและติดตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต่อเนื่องทั้งงานผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เก็บข้อมูลไม่เป็นระบบ ขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีอุปกรณ์ไม่เพียงพอ เช่น ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดความดันโลหิตเด็ก เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว ป้ายแขวนสำหรับจำแนกประเภทถูกนำมาใช้ไม่ต่อเนื่อง เกณฑ์การคัดแยกใช้ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (Emergency Severity Index; ESI) และเกณฑ์การคัดแยกของ MOPH ED Triage และไม่มีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล[13]

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการคัดกรอง (Phonthong Hospital Triage) ประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินอาการเบื้องต้น การจัดลำดับความเร่งด่วนในการรักษาพยาบาล (ภายใน 4 นาที) การแบ่งความรุนแรงเป็น 5 ประเภท ได้แก่ Resuscitation (สีแดง) Emergency (สีชมพู) Urgency (สีเหลือง) Semi–Urgency (สีเขียว) และ Non–Urgency (สีขาว) พบผลเช่นเดียวกับการศึกษารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลายระบบของโรงพยาบาลนายูง จังหวัดอุดรธานี ที่ประกอบด้วย 1) ประเมินสภาพ และปัญหาการพยาบาลฉุกเฉินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ 2) พัฒนารูปแบบการพยาบาลฉุกเฉินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ นำไปทดลอง และ 3) สรุปรูปแบบและนำไปใช้จริง 9 ด้าน ได้แก่ (1) การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (2) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (3) การประกันคุณภาพทางการพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (4) การบันทึกทางการพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (5) การบันทึกทางการพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (6) การจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต (7) การส่งเอกซเรย์, Admit, Refer การบันทึกบาดแผล (8) การส่งต่อโรงพยาบาลศักยภาพสูงกว่า และ (9) การบันทึกบาดแผล ลักษณะการบาดเจ็บ การเก็บสิ่งส่งตรวจที่เกี่ยวข้องกับคดีและการชันสูตรศพ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลายระบบโรงพยาบาลนายูง จังหวัดอุดรธานี ที่พัฒนาขึ้นนี้มีความครบถ้วนเป็นตามมาตรฐานทั้งระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีภาวะฉุกเฉิน (Emergency care system: ECS) ซึ่งระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความสำคัญต่อผู้ป่วยกลุ่มวิกฤติและฉุกเฉิน ที่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะอันตราย การจัดการหรือการช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมจะสามารถช่วยไม่ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่เกิดเหตุได้มากกว่าร้อยละ 90[14] ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการลดความแออัด แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย (1) การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินคุณภาพ (2) การคัดกรองผู้ป่วย (3) มีมาตรการกำหนดระยะเวลาผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่เกิน 4 ชั่วโมง (4) มีระบบการเงินและการชำระค่าใช้จ่ายในการรักษา (5) การให้ข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเองหลังการจำหน่าย (6) มีการส่งต่อด้วยระบบ Fast track (7) ใช้ระบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ณ จุดดูแลผู้ป่วย และ (8) มีการประยุกต์ใช้รูปแบบ[15]

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินไปดำเนินการในโรงพยาบาลโพนทองแล้วประเมินผลลัพธ์ระบบคัดกรองพบว่าสอดคล้องกับการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย ซึ่งพบว่า มีการคัดแยกถูกต้องร้อยละ 69.2, 75.4, 77.7 และ 85.4 ตามลำดับ มีการคัดแยกไม่ถูกต้องร้อยละ 30.8, 24.6, 22.3 และ 14.6 ตามลำดับ มีการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

(Under Triage) ร้อยละ 23.9, 18.4, 17.6 และ 13.1 ตามลำดับ มีการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Over Triage) ร้อยละ 6.9, 6.2, 4.6 และ 1.5 ตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรงร้อยละ 83.1, 82.3, 86.2 และ 85.4 ตามลำดับ ไม่ได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรงร้อยละ 16.9, 17.7, 13.8 และ 14.6 ตามลำดับ[16]; ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.90 เป็นร้อยละ 84.44 และจำนวนผู้ป่วยแต่ละ ระดับที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือส่งต่อพบว่าร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและฉุกเฉินเสี่ยง จะได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือส่งต่อมากที่สุดและลดลงตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินของผู้ป่วยทั้งกลุ่มก่อนและระหว่างการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาครั้งนี้ยืนยันประสิทธิผลของการ ใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วย โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร[17] หลังการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน หลังพัฒนามีการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยรวมมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการวิจัยนี้หลังประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติซึ่งเป็นมาตรฐานของสหรัฐอเมริกาที่เน้นการคัดกรองผู้ป่วยหนักหรือมีความเสี่ยงที่ต้องการดูแลเร่งด่วน และเน้นความลื่นไหลในการทำงานลดความแออัดในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งการใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วยจะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางมาตรฐานการคัดแยกประเภทผู้ป่วยส่งผลให้การปฏิบัติงานเป็นระบบมากขึ้น สามารถคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วน อัตราการไหลเวียนของผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น เพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน[14] ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของชัจคเณค์ แพรขาว และคณะ[18] ซึ่งพบว่า ความเป็นไปได้ในการนำระบบการคักแยกมาใช้อยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจต่อการนำใช้รูปแบบอยู่ที่ระดับมาก นอกจากนี้ยังพบว่าประสทธิผลการใช้รูปแบบทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงานอุบัติตุและฉุกเฉิน ยังพบว่าหลังการใช้แนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน 3 ระยะ คือ 1) การคัดกรองที่จุดเกิดเหตุ 2) การช่วยเหลือในระยะแรกรับ และ 3) การดูแลอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้น[19] และ การพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งระบบเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ได้พัฒนาองค์ประกอบของระบบการคัดแยกผู้ป่วยครอบคลุม ดังนี้ 1) พัฒนาพยาบาลคัดแยก โดยมีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ คุณสมบัติ และจัดการอบรมความรู้พยาบาลที่จะทำหน้าที่ในการคัดแยก 2) ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการคัดแยก ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินใหม่ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์การเจ็บป่วย และปริมาณของผู้ป่วยในปัจจุบัน 3) พัฒนาสถานที่ให้เหมาะสมกับการคัดแยก และรองรับผู้ป่วยที่รอรับบริการ 4) พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการคัดแยกให้ชัดเจน สะดวก และง่ายต่อการบันทึกและสื่อสารข้อมูลการคัดแยก และ 5) พัฒนาระบบการสื่อสารกับผู้รับบริการเกี่ยวกับการให้ข้อมูลการคัดแยก ลำดับในการเข้ารับบริการ ผลลัพธ์ที่ได้พบว่าร้อยละของความถูกต้องในการคัดแยกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 87.8 เป็นร้อยละ 94.9 นอกจากนี้ยังพบว่าในจำนวนของการคัดแยกไม่ถูกต้องของทั้งสองกลุ่มจะเป็นการคัดแยกที่สูงกว่าความเป็นจริงทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่า เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจและผู้รับบริการก็มีความพึงพอใจและเห็นด้วยกับการพัฒนาอย่างมาก[20]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรงพยาบาลโพนทอง (Phonthong Hospital Triage) ไปพัฒนาปรับใช้กับหน่วยงานผู้ป่วยนอก เครือข่ายบริการ และโรงพยาบาลลูกข่ายที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยมารับการรับบริการที่โรงพยาบาลโพนทอง เพื่อเป็นการสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้ไปในทิศทางเดียวกัน และเป็นการเชื่อมโยงระบบบริการแต่ละระดับโดยยึดผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง

2. ควรมีการพัฒนาการคัดกรองผู้ป่วยต่อเนื่องโดยใช้การคัดกรองในรูปแบบอื่นๆ เช่นการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยในการคัดกรองประเภทผู้ป่วยเพื่อให้การ

คัดกรองง่ายยิ่งขึ้น

3. ควรศึกษาการจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระหว่างแพทย์และพยาบาลว่ามีการจัดระดับความรุนแรงได้ตรงกันหรือไม่

4. ควรศึกษาการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลโดยวิเคราะห์ปริมาณงานตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนทองที่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อให้มีการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมกับภาระงานปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. Emergency Nurses Association. Emergency nurses association position statement: Crowding in the emergency department. J Emerg Nurs. 2005;32(1):42-7.
2. Fry M, Bucknall T K. Review of the triage literature: Past, present, future? Aust Emerg Nurs J. 2002;5(2):33-8.
3. Christ M, Goransson F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern Triage in the Emergency Department. Medicine. 2010;107(50);892-98.
4. Hoot N R, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Cause, Effects and Solutions. Annals of Emergency Medicine. 2008;52(1):126-36.
5. พนอ เตชะอธิก, ปริวัฒน์ ภู่เงิน. กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน. ใน: ฐปนวงศ์ มิตรสูงเนิน, ปริวัฒน์ภู่เงิน, กมลวรรณ เอี้ยงฮง, กรกฎ อภิรัตน์วรากุล, พนอ เตชะอธิก. Essential knowledge in emergency care. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานา; 2557.
6. กองการพยาบาล. แนวทางการจัดอัตรากำลังพยาบาล. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.); 2547.
7. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. MOPH ED Triage. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
8. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau A M. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4. Implementation Handbook 2012 Edition. AHRQ Publication No.12-0014. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research And Quality; 2015.
9. Subas F, Dunn F, McNicholl B, Marlow J. Team triage improves emergency department efficiency. Emergency Medicine Journal. 2014;21(2):542-44.
10. ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลโพนทอง. รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โรงพยาบาลโพนทอง ปีงบประมาณ 2565. ร้อยเอ็ด; 2565.
11. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและ การจัดลำดับการการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด; 2556.
12. Christ M, Goransson F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern Triage in the Emergency Department. Medicine. 2010;107(50):892-98.
13. สหัศถญา สุขจำนงค์, สายสกุล สิงห์หาญ, ผดงศิษฎ์ ชำนาญบริรักษ์, บัวบาน ปักการะโต, วิศรูต ศรีสว่าง. คุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลนาดูน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม.วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. 2564;1(2):123-33.
14. จันทิรา วงศ์ชาลี. ผลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลายระบบ โรงพยาบาลนายูง จังหวัดอุดรธานี. โรงพยาบาลนายูง จังหวัดอุดรธานี; 2566.
15. อนุศร การะเกษ, สชาย ภานุมาสวิวัฒน์, วรรณชาติ ตาเลิศ, สนอง ประนม. การลดความแออัด ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(1):102-12.

16. เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์. การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(36):160-78.
17. ธนิษฐา ยศปัญญา. ประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร; 2564.
18. ชัคคเณค์ แพรขาว, โพธิพงษ์ เรืองจุ้ย, สุภาพรณ์ ตัณฑ์สุระ, นิชาภัทร บุษมงคล, พจนา ทัพซ้าย.การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2561; 28(2):41-52.
19. เนตรญา วิโรจวานิช. ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงานอุบัติตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2561;12(1):84-94.
20. อรวรรณ ฤทธิ์อินทรางกูร. การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารกรมการแพทย์. 2561;43(2):146-51.