นิพนธ์ต้นฉบับ **Original Article**

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลลำปลายมาศ

Screening model development according to the level of urgency at the emergency department of lamplaimas Hospital

พรสวรรค์ พิมพ์ละมาศ[*]
Pornsawan pimlamat[*]

บทคัดย่อ

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นด่านแรกที่ให้บริการแก่ผู้ใช้บริการที่มีอาการเฉียบพลันอยู่ในภาวะวิกฤตทั้งจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยกะทันหันต้องได้รับการรักษาทันท่วงที จากการปฏิบัติงานที่มีความรวดเร็วตามลักษณะงานของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนให้มีความถูกต้อง รวดเร็ว อัตราการไหลเวียนของผู้ป่วยเร็วขึ้น เน้นการคัดกรองผู้ป่วยหนักหรือมีความเสี่ยงต่อการดูแลเร่งด่วน ระบุความรุนแรงที่ถูกต้องพร้อมทั้งปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับบริการ จำนวน 167 ราย ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563 ประกอบด้วย การทบทวนระบบงานเดิม วางแผนและพัฒนาระบบงานใหม่ รูปแบบที่มีการพัฒนา คือ ปรับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่จุดคัดกรองเป็นพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น ใช้เกณฑ์ Emergency Severity Index (ESI) ในการแยกประเภทความเร่งด่วนและมีจุดประเมินซ้ำ โดยพยาบาลวิชาชีพใช้แนวทางการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดแยกงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (MOPH ED TRIAGE) ก่อนพบแพทย์มีระบบรายงานแพทย์ตามความเร่งด่วน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย แบบประเมินคุณภาพการคัดแยก แบบบันทึกข้อมูลการคัดแยกและการแบ่งระดับความฉุกเฉินตามมาตรฐาน Emergency Severity Index (ESI) เก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม 2562 – กันยายน 2563 ผลการประเมินหลังการพัฒนา พบว่า เจ้าหน้าที่ยังคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ร้อยละ 30.64 โดยคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) ร้อยละ 20.36 และพบว่ามีการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage) ร้อยละ 10.18 สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนให้มีความถูกต้อง รวดเร็ว ด้วยการปรับเจ้าหน้าที่จุดคัดกรองเป็นพยาบาลวิชาชีพชีพ ใช้เกณฑ์ ESI ในการคัดแยกและคัดกรองซ้ำโดยพยาบาลวิชาชีพที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน สามารถช่วยลดอุบัติการณ์จากการคัดแยกผู้ป่วยผิดพลาดได้มากขึ้น ลดแออัดในห้องฉุกเฉินจากการใช้ทรัพยากรที่ต้องใช้ในผู้ป่วยแต่ละราย ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานคัดกรองผู้ป่วยเป็นระบบ

คำสำคัญ : ความเร่งด่วน, อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

[*]**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์**

Abstract

Emergency Department agency quality Assurance to service users with acute symptoms in critical condition form trauma and acute illness needed to be revived .Moreover, of nursing services to be fast is Emergency Department. This research and development were intended to develop patient screening models based on urgency levels accurately, fast, and evaluate pre and post development results. The sample group was 167 patients .Processing time started from October 1st, 2019 to September 30th, 2020 the action included a review of the previous work system, planning and developing a new work system. The evolving model was to modify screening point staff to professional nurses only. Emergency Severity Index criteria was used to distinguish urgency and there was a repeat assessment point where professional nurses used MOPH criteria to evaluate before seeing doctors .A system of reporting doctors according to urgency. The tools were a patient screening record, sorting Quality Assessment form, Emergency Severity Index compliant sorting and emergency leveling records .Data collected from October 2019 to September 2020. A post-development assessment showed that staff also sorted 30.64 per cent incorrectly, with20.36 per cent of under triage. In conclusion, developing a pattern of screening patients based on urgency levels to be accurate and fast by adjusting the screening point staff to professional nurses Use Emergency Severity Index criteria for repeated sorting and screening by professional nurses at emergency rooms. It could help reduce the incidence of miss-sorting of patients. Suggestion, should develop the capacity performance, and staff to further sort patients. Getting the right patient to the right resources at the right place and the right time. They are considered as nursing quality assurance the patient classification criteria of system.

Keywords: screening models based on urgency levels

บทนำ

การที่โรงพยาบาลจะได้รับการยอมรับต้องมีการจัดระบบบริการที่มีคุณภาพ มีการควบคุมคุณภาพทางการพยาบาล และผลของการควบคุมคุณภาพการพยาบาล ถือได้ว่าเป็นการประกันคุณภาพการพยาบาลที่ให้กับผู้ใช้บริการ หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินถือเป็นด่านแรกที่ให้บริการแก่ผู้ใช้บริการที่มีอาการเฉียบพลันอยู่ในภาวะวิกฤต เพื่อให้เกิดการยอมรับและมั่นใจในบริการ ต้องมีการจัดระบบบริการและควบคุมคุณภาพทางการพยาบาล ปี 2562 จำนวนผู้ใช้บริการทั้งหมด 42,697 ราย เป็นผู้ป่วยทั่วไป 38,010 ราย ผู้ป่วยอุบัติเหตุ 4,643 ราย ผู้ป่วยคดี 44 ราย และปี 2563 จำนวนผู้ใช้บริการทั้งหมด 39,790 ราย เป็นผู้ป่วยทั่วไป 36,007 ราย ผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3,737 ราย ผู้ป่วยคดี 46 ราย งานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีระบบคัดกรองผู้ป่วยเพื่อแบ่งระดับความรุนแรง ความสำคัญของระบบคัดกรองผู้ป่วย คือ หากการประเมินความรุนแรงต่ำกว่าความเป็นจริงเรียกว่า under-triage จะทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นจากการที่ผู้ป่วยต้องรอตรวจเป็นเวลานาน และการประเมินความรุนแรงมากกว่าความเป็นจริงเรียกว่า over-triage ทำให้เกิดการแย่งใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดกับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากกว่า เพราะฉะนั้นการคัดกรองผู้ป่วยจึงต้องการความถูกต้องและรวดเร็ว ระบบการคัดกรองผู้ป่วยได้รับการพัฒนาและมีการนำระบบการคัดแยกเข้ามาใช้เพื่อเป็นแนวทางวัดและประเมินผลคุณภาพบริการพยาบาล สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินได้แนะนำให้ใช้การจัดระดับความรุนแรงผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ โดยอ้างอิงเกณฑ์ของ Emergency Severity Index (ESI) ลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน โดยพิจารณาจากทรัพยากรที่ต้องใช้ในผู้ป่วยแต่ละราย (getting the right patient to the right resources at the right place and the right time) ระบุว่าผู้ป่วย ESI level 1 ต้องได้การรักษาทันที ผู้ป่วย ESI level 2 ต้องได้รับการรักษาภายใน 10 นาที ผู้ป่วย ESI level 3 ควรได้รับการรักษาเป็นลำดับถัดไปภายในเวลาที่เหมาะสม (as soon as possible) จากรายงานอุบัติการณ์ที่ผ่านมา พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งมีอาการสำคัญจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ มา 1 วัน พยาบาลผู้ทำการคัดแยกจัดให้เป็นกลุ่มรีบเร่ง (Urgent) และส่งผู้ป่วยไปรอในห้องตรวจแต่ขณะรอแพทย์ตรวจนั้นผู้ป่วยมีอาการเจ็บ แน่นหน้าอกมากขึ้น เหงื่อแตก หมดสติ จึงทำการย้ายเข้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อช่วยชีวิตและส่งต่อผู้ป่วยไปห้องสวนหัวใจที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์อย่างเร่งด่วนเพื่อทำหัตถการใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1 ราย จากสถานการณ์การเกิดอุบัติการณ์จากการคัดแยกประเภทผู้ป่วยจะเห็นได้ว่าก็ยังคงพบปัญหา ที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนในการคัดกรองประเภทผู้ป่วยอยู่ จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการคัดกรองประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาแก้ไขปรับปรุง พัฒนาระบบคุณภาพการบริการพยาบาลในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนให้มีความถูกต้อง รวดเร็ว และประเมินผลการพัฒนาก่อน-หลัง[1]

วิธีการศึกษา

เป็นงานวิจัยและพัฒนา (Research and Development) กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลลำปลายมาศ จำนวน 167 ราย โดยเป็นกลุ่มฉุกเฉินมาก ที่ได้รับการตรวจจากแพทย์เกินระยะเวลา 10 นาที จำนวน 51 ราย กลุ่มฉุกเฉิน ที่ได้รับการตรวจจากแพทย์เกิน 30 นาที จำนวน 116 ราย การดำเนินการประกอบด้วย การทบทวนระบบงานเดิม วิเคราะห์ปัญหา วางแผนและพัฒนา

ระบบงานใหม่ กำหนดแนวทางปฏิบัติในขั้นตอนสำหรับการคัดกรอง ดำเนินกิจกรรมร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ โดยรูปแบบที่มีการพัฒนา คือ จากเดิมมีจุดคัดกรองจุดเดียว เจ้าหน้าที่คัดกรองไม่ได้ระบุวิชาชีพเฉพาะไม่ได้แยกประเภทผู้ป่วยให้บริการตามลำดับคิวก่อน-หลัง ปรับเปลี่ยนเป็นเจ้าหน้าที่จุดคัดกรองเป็นพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น ใช้เกณฑ์ Emergency Severity Index (ESI) ในการแยกประเภทความเร่งด่วน และมีจุดประเมินซ้ำโดยพยาบาลวิชาชีพใช้เกณฑ์ MOPH ED TRIAGE ในการประเมินก่อนพบแพทย์ การเก็บข้อมูลใช้วิธีบันทึกข้อมูล ประเมินและสรุปผลการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างครอบคลุมทุกเวร โดยเลือกใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลการคัดแยกและการแบ่งระดับความฉุกเฉิน Emergency Severity Index (ESI)[2]

2. แบบประเมินคุณภาพการคัดแยก

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2563

การพิทักษ์สิทธิ

การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปลายมาศ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิของข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม

ผลการศึกษา

ในการศึกษาผลการประเมินคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน โดยจำแนกตามอายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน สถานภาพการสมรส ตำแหน่งการปฏิบัติงานและช่วงเวลาในการปฏิบัติงานปัจจุบัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ

คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ	จำนวน(N=15)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
- 21-30	7	46.67
- 31-40	4	26.67
- 41-50	2	13.33
- 51-60	2	13.33
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (ปี)		
- ≥ 5	6	40.00
- 6-10	2	13.33
- 11-15	2	13.33
- 16 ปีขึ้นไป	5	33.34
สถานภาพสมรส		
- โสด	6	40.00
- คู่	9	60.00

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ (ต่อ)

คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ	จำนวน(N=15)	ร้อยละ
ตำแหน่งการปฏิบัติงาน		
- หัวหน้าเวร (ในเวรเช้า/บ่าย/ดึก)	9	60.00
- สมาชิกในทีม (ในเวรเช้า/บ่าย/ดึก)	6	40.00
ช่วงเวลาในการปฏิบัติงานปัจจุบัน		
- ผลัดเปลี่ยนกัน (ในเวรเช้า/บ่าย/ดึก)	13	86.67
- ปฏิบัติงานเฉพาะเวรเช้า	2	13.33

จากตารางที่ 1 พบว่า คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยระดับความเร่งด่วน มีอายุระหว่าง 21 - 30 ปี ร้อยละ 44.67 ระยะเวลาที่ใช้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 40.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.00 ปฏิบัติงานเป็นทั้งหัวหน้าเวรและสมาชิกทีม ร้อยละ 60.00 ลักษณะการปฏิบัติงานผลัดเปลี่ยนกันทั้งเวรเช้า บ่าย ดึก ร้อยละ 86.67

ในการศึกษา แสดงถึงเจ้าหน้าที่ ที่ทำการคัดแยก เป็นในแต่ละวิชาชีพ ในการ triage ครั้งที่ 1 จุดคัดแยกก่อนการพัฒนาใช้จากทุกวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ที่ทำการ Triage ครั้งที่ 2 ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลังการพัฒนาใช้พยาบาลวิชาชีพอย่างเดียว ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ทำการคัดแยกเป็นแต่ละวิชาชีพ

การคัดแยกเป็นแต่ละวิชาชีพ	จำนวน (158 ครั้ง)	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่ที่ทำการ Triage ครั้งที่ 1จุดคัดแยก		
- พยาบาลวิชาชีพ	47	29.74
- เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์	88	55.70
- พนักงานช่วยเหลือคนไข้	23	14.56
เจ้าหน้าที่ที่ทำการ Triage ครั้งที่ 2 ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน		
- พยาบาลวิชาชีพ	158	100
- เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์	-	
- พนักงานช่วยเหลือคนไข้	-	

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้คัดแยกส่วนใหญ่เป็นเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ร้อยละ 55.70 รองลงมา คือ พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 29.74 ในการคัดแยกครั้งที่ 2 ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้คัดแยก ร้อยละ 100

ผลลัพธ์ การประเมินคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยตามเกณฑ์ความถูกต้อง โดยใช้การคัดแยกและการแบ่งระดับความฉุกเฉิน Emergency Severity Index (ESI) แบ่งเป็น ต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) และสูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลลัพธ์การประเมินคุณภาพการคัดแยก

การประเมินคุณภาพการคัดแยก	การคัดแยกครั้งที่ 1 (167 ครั้ง)	ร้อยละ
ถูกต้อง	**116**	**69.46**
ต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage)	**34**	**20.36**
- ESI 1 คัดแยกเป็น ESI 2	2	12.50
- ESI 2 คัดแยกเป็น ESI 3	18	52.94
- ESI 3 คัดแยกเป็น ESI 4	14	41.18
- ESI 4 คัดแยกเป็น ESI 5	-	-
สูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage)	**17**	**10.18**
- ESI 2 คัดแยกเป็น ESI 1	1	5.88
- ESI 3 คัดแยกเป็น ESI 2	8	47.06
- ESI 4 คัดแยกเป็น ESI 3	7	41.18
- ESI 4 คัดแยกเป็น ESI 2	1	5.88
- ESI 5 คัดแยกเป็น ESI 4	0	0

จากตารางที่ 3 ผลลัพธ์การประเมินคุณภาพการคัดแยก พบว่า คัดแยกผู้ป่วยถูกต้อง ร้อยละ 69.46 ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 30.54 โดยคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) ร้อยละ 20.36 ส่วนใหญ่ คัดแยก ESI 2 เป็น ESI 3 ร้อยละ 52.94 และพบว่า มีการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage) ร้อยละ 10.18 โดยระดับความส่วนใหญ่คัดแยก ESI 3 เป็น ESI 2 ร้อยละ 47.06

ในการศึกษาแสดงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยหลังใช้รูปแบบการคัดกรองตามระดับความเร่งด่วน เพื่อประเมินอาการเบื้องต้นอย่างรวดเร็วในการค้นหาปัญหา จากการซักประวัติ นำส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่การรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกคัดกรองครบถ้วนชัดเจนได้ใจความ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยหลังใช้รูปแบบการคัดกรองตามระดับความเร่งด่วน

รายการกิจกรรมการพยาบาล	ปฏิบัติ (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ (ร้อยละ)	ไม่มีสถานการณ์ (ร้อยละ)
1. ทักทายผู้ป่วย ญาติ หรือผู้นำส่งด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล/ ท่าทีที่เป็นมิตร	100	-	-
2. ประเมินอาการเบื้องต้นอย่างรวดเร็วเพื่อค้นหาปัญหาความเร่งด่วนตามหลัก ABC	100	-	-
3. ซักประวัติผู้ป่วย ญาติ หรือผู้นำส่งด้วยความตั้งใจ มองหน้า สบตาเป็นระยะ	100	-	-
4. ระบุความเร่งด่วนและแจ้งผู้ป่วย ญาติ หรือผู้นำส่งทราบระยะเวลารอคอยในการพบแพทย์	50	50	-

ตารางที่ 4 แสดงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยหลังใช้รูปแบบการคัดกรองตามระดับความเร่งด่วน (ต่อ)

รายการกิจกรรมการพยาบาล	ปฏิบัติ (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ (ร้อยละ)	ไม่มีสถานการณ์ (ร้อยละ)
5. นำส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่การรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	100	-	-
6. ประสานงานระหว่างทีมการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ระดับ 1 หรือ 2 แก่ญาติ	12.90	-	87.10
7. ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะภายในระยะเวลาที่กำหนดจากระดับความเร่งด่วนขณะรอตรวจ	6.45	3.22	90.33
8. บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกคัดกรองครบถ้วน ชัดเจน ได้ใจความ	87.91	12.09	-

จากตารางที่ 4 พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติได้ ร้อยละ 100 ได้แก่ ทักทายผู้ป่วย ญาติ หรือผู้นำส่งด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล/ท่าทางเป็นมิตร ประเมินอาการเบื้องต้นอย่างรวดเร็วเพื่อค้นหาปัญหาความเร่งด่วนตามหลักการประเมินเรื่องทางเดินหายใจให้โล่ง (Airway) การดูเรื่องการหายใจ (Breathing) การนวดหัวใจเพื่อช่วยให้เกิดการไหลเวียนอีกครั้ง (Circulation) จากการซักประวัติผู้ป่วย ญาติ หรือผู้นำส่งด้วยความตั้งใจ นำส่งผู้ป่วยในพื้นที่ที่กำหนด ส่วนกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 50 ได้แก่ ระบุความเร่งด่วนและแจ้งผู้ป่วย ญาติ หรือผู้นำส่งทราบระยะเวลารอยคอยในการพบแพทย์ และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกคัดกรองครบถ้วน ชัดเจน ได้ใจความ ร้อยละ 87.10

วิจารณ์

จากการศึกษาสรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนให้มีความถูกต้อง รวดเร็ว ด้วยการปรับเจ้าหน้าที่จุดคัดกรองเป็นพยาบาลวิชาชีพชีพใช้เกณฑ์ Emergency Severity Index (ESI) ในการคัดแยกความเร่งด่วน ตั้งแต่จุดคัดกรองและมีการคัดกรองซ้ำโดยพยาบาลวิชาชีพ พบว่าก่อนการพัฒนาคัดแยกประเภทผู้ป่วย ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 53.20 โดยคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) ร้อยละ 20.20 คัดแยก ESI 2 เป็น ESI 3 ร้อยละ 52.94 และการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage) ร้อยละ 33.00 หลังการพัฒนาคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ร้อยละ 30.64 โดยคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) ร้อยละ 20.36 คัดแยก ESI 2 เป็น ESI 3 ร้อยละ 52.94 และพบว่ามีการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage) ร้อยละ 10.18 อย่างไรก็ตาม ผลการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) และสูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage) อาจเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง เนื่องจากถ้ามีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในห้องฉุกเฉิน อัตรากำลังไม่เพียงพอ ปัญหาทักษะในการคัดแยก เจ้าหน้าที่ที่อายุงานมากกว่า 5 ปี จะมีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่าการได้รับการอบรมฟื้นฟูการคัดแยกแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโรงพยาบาลอื่น ทำให้เกิดความมั่นใจในการคัดแยก และจากงานวิจัยยังพบว่าการคัดแยกผิดพลาดส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิต (Yurkova & wolf) ในช่วงเวลาที่มีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก เช่น เวรเช้าและเวรบ่าย ตลอดจนปัจจัยในส่วนของผู้รับบริการ คือ ผู้รับบริการไม่เข้าใจใน

ระบบการคัดแยก ไม่ยอมรับระยะเวลารอคอยระบบการคัดแยกผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่าควรมีการพัฒนาองค์ความรู้และปัจจัยอำนวยต่างๆ เพื่อคุณภาพในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย การคัดกรองที่ได้มาตรฐานทำให้เกิดคุณภาพในการให้การพยาบาล[3] สำหรับผลกระทบของการคัดแยกได้ต่ำกว่าเกณฑ์ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ล่าช้า ส่งผลต่อความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยได้ และการคัดแยกผู้ป่วยอยู่ในระดับที่สูงเกินจริงให้เป็นผู้ป่วยสีแดงหรือสีชมพู ทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็น เพิ่มความแออัดในห้องฉุกเฉิน ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ของห้องฉุกเฉิน ทำให้การดูแลไม่เหมาะสมเช่นกัน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นสถานการณ์การคัดแยก ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินในหน่วยงานปัจจุบัน ที่ปรากฏในเวชระเบียน เพื่อเป็นแนวทางนำข้อมูล การวิจัยมาพัฒนาคุณภาพระบบคัดแยกอย่างต่อเนื่องในระบบการคัดแยก สำหรับข้อเสนอแนะจากงานวิจัยส่วนใหญ่เห็นว่าควรนำ อุบัติการณ์มาทบทวนและควรกำหนดแนวทางการคัดแยกให้ชัดเจนให้เข้าใจตรงกันระหว่างพยาบาลวิชาชีพ ควรมีการจัดอบรมเพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่ทำการคัดแยกมีทักษะที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรนำผลงานวิจัยในครั้งนี้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน กำหนดเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเป็นข้อมูลพื้นฐานและแนวทางสำหรับผู้บริหารในการพัฒนาศักยภาพ สมรรถนะเจ้าหน้าที่ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยต่อไป

2. ผู้บริหารควรนำข้อมูลจากงานวิจัยที่ได้ไปใช้ในการบริหารความเสี่ยง (Risk management) รวมถึงการประกันคุณภาพ (Quality assurance) เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูและผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป ลดโอกาสในการร้องเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปลายมาศ ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้ศึกษาและนำเสนองานวิจัยนี้ ขอขอบคุณหัวหน้าพยาบาล คุณสองค์ ศานติวรวงศ์ และเภสัชกรขวัญเนตร ศรีเสมอ ไว้เป็นอย่างยิ่งที่ได้เป็นที่ปรึกษาในงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. หทัยรัตน์ โชคชัยธนากุล. ผลการใช้โปรแกรมการคัดกรองงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). สาขาบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
2. พรทิทย์ วชิรดิลก, ธีระ ศิริสมุด, อนุชา เศรษฐเสถียร. การคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารการพยาบาล 2559; 31(2): 96-108.
3. กงทอง ไพศาล. การพัฒนาเครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลพล จ.ขอนแก่น (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต). สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
4. กัลยารัตน์ หล้าธรรม และชัจคเณศ์ แพรขาว. การศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีนครินทร์. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติและนานาชาติ; 2560.
5. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542.
6. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข. การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2536.

7. จารุวรรณ พรรคพานิช, ภัทรา นิโครชา และจินตนา ตันติกุล. การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติภัยหมู่. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์; 2540.
8. ดารุณี จามจุรี. หลักการประเมินและวิจัยทางการพยาบาลกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2537. 87-117.
9. นงค์เยาว์ อินทรวิเชียร. การศึกษาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา 2562; 2(2) (พ.ค.–ส.ค.62): 43.
10. วิชัย วาสนสิริ, ธวัชชัย กาญจนรินทร์และคณะ, บรรณาธิการ. การช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บขั้นสูง. กรุงเทพมหานคร: รุ่งศิลป์การพิมพ์; 2544. 178.
11. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและการจัดลำดับการบริการพยาบาล ณ. ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด. [serial online] 2556. แหล่งข้อมูล: https://www.niems.go.th/1/Ebook/Detail/485?Group= 21
12. สมบุญ โอภาสยล. การจัดระบบคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). สาขาการบริหารพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.