

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน  
ต่ออุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วยผิประเภท งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบึงกาฬ  
Effects of using the Emergency Severity Index triage Guideline on incidence  
triage Outpataint Department, BuengKan Hospital

สุภาพร พลพันธ์<sup>1</sup>, วัลลภา ช่างเจรจา<sup>2</sup>  
Supapron Ponpun<sup>1</sup>, Wallapha Changjeraja<sup>2</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยทดลองเบื้องต้น (Pre-experimental research) กลุ่มทดลองกลุ่มเดียว และมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest - posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วยผิประเภทระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหน้าที่พยาบาลคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก แผนกตรวจโรคทั่วไป ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและกุมารเวชกรรม คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 7 คน การเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 2 ช่วง ก่อนใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 - 30 กันยายน 2559 หลังการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 - 30 กันยายน 2561 เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน 3) ทะเบียนบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราวน์ เท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired Samples t- test

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจ (under triage) และผู้ป่วยประเภท 4 – 5 ถูกส่งไปห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (over triage) ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการค้นพบดังกล่าวจะเห็นได้ว่า แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้การคัดกรองมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรมีการจัดทำเป็นคู่มือการคัดกรองของผู้ป่วยนอกเพื่อใช้ในการคัดกรองในแผนกอื่นๆของผู้ป่วยนอกเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : การคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ESI งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบึงกาฬ

<sup>1,2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

### Abstract

This research study were Pre-experimental research, the One group pre-test – posttest design have the objective aim to compare the incidence triage between the performance of the screening nurse in the period of pre and post of using the Emergency severity Index triage Guideline. The sample group were 7 professional Nurse who work as the screener for the Outpatient Department, for the general examination clinic, Surgery, Bone surgery, and pediatric section by using purposive sampling method. The data collection divided into 2 period, 1<sup>st</sup> Pre-using the Emergency Severity Index triage Guideline started from 1 October – 30 September 2016, and the 2<sup>nd</sup> period post-using the Emergency Severity Index triage Guideline from 1 October – 30 September 2018. Tools using for this study research were 1) The Emergency Severity Index triage Guideline 2) The assessment test for evaluate the effective of working performance when using the Emergency Severity Index triage Guideline 3) Registration record of the incidental risk, which have been evaluate, and examined by 5 experts specialist, doctor and nurses for the validity which have IOC value = 1 To test the validity of the tools and the assessment test for the effectiveness of using the Emergency Severity Index triage Guideline, by using Co-efficiency Alfa Cronbach method, value = 0.91, data analysis were used narrative statistic and implication statistic such as Percentile, Mean, Standard Deviation and Paired Samples test.

The result of research study found that the average incidence occurred, and the condition of the patients getting worsen (under triage) and the patients type 4-5 (over triage) have been sent to the Emergency Room. The comparison between the patients groups pre and post using the Emergency Severity Index triage Guideline, have the difference result, statistic significantly.

From the above result we can see that the Emergency Severity Index triage Guideline can be use as a tools for screening the out patient incidence, more effectively and we should prepare to develop the hand book, for screening out patient, and others department for more effective work performance further more.

**Key word** : screening the patients by using Emergency Severity Index (ESI), Outpatients service Bueng kan Hospital

## บทนำ

แผนกผู้ป่วยนอก (outpatient department) เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญและเป็นด่านแรกของโรงพยาบาล เป็นจุดที่มีการปฏิสัมพันธ์สูง ต้องพบกับผู้รับบริการมากมายหลายประเภท หากผู้รับบริการได้รับการบริการพยาบาลที่ดีย่อมส่งผลต่อความพึงพอใจ และความไว้วางใจในบริการของโรงพยาบาล แต่ในขณะเดียวกันหากไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการอย่างเหมาะสมและทันที่หวังที่อาจส่งผลเชิงลบต่อคุณภาพบริการ ความเชื่อมั่น และภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลได้<sup>1</sup> ดังนั้น สำนักงานการพยาบาลจึงได้มีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลมาตรฐานงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก มีทั้งหมด 9 มาตรฐาน และหัวใจสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยนอกก็คือ การคัดกรอง ซึ่งเป็นหนึ่งในมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกในระยะก่อนการตรวจรักษา<sup>2</sup>

กระบวนการคัดกรองผู้ป่วย (Triage) เป็นกระบวนการประเมินสภาพของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เพื่อตัดสินความเร่งด่วนของอาการและนำมาใช้ในการจัดลำดับความเร่งด่วนของอาการและการรักษาอย่างเหมาะสม<sup>3</sup> เป็นกลไกสำคัญในการบริหารความเสี่ยงของผู้รับบริการ และเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย และระหว่างรอรับการตรวจรักษา ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตอย่างกะทันหัน หรือเกิดทุพพลภาพอย่างถาวรได้ ดังนั้นพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยนอก จึงต้องมีความสามารถในการประเมินเพื่อระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วนและสำคัญได้อย่างแม่นยำ ครอบคลุม และนำไปสู่ความพึงพอใจต่อการบริการ และตอบสนองกลยุทธ์การเข้าถึงบริการ ระบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยที่ชัดเจน มีมาตรฐาน ถือเป็นจุดเริ่มต้นของบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ<sup>3</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมการคัดกรองประเภทผู้ป่วยในต่างประเทศ พบว่า ระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความละเอียด เทียบตรงและมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด จะช่วยให้พยาบาลสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วน สามารถส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่รักษาที่มีความเหมาะสมกับอาการผู้ป่วย ลดความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินอย่างแท้จริง ลดค่าใช้จ่ายและทรัพยากรขององค์กรที่ต้องนำมาใช้เกินความจำเป็น ลดอัตราความคลาดเคลื่อนในการคัดกรอง<sup>4</sup> ลดระยะเวลาในโรงพยาบาล และลดความแออัดในพื้นที่การรักษา<sup>5</sup> สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า ระบบการคัดกรองที่มีความละเอียด เทียบตรงจะช่วยให้พยาบาลสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วน สามารถส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่ที่มีความเหมาะสม<sup>6</sup> ลดความเครียดของพยาบาล ที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองและลดอัตราความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ ส่วนระบบการคัดกรองที่มีความคลาดเคลื่อนมาก จะส่งผลทำให้ภาระงานของหน่วยงานเพิ่มมากขึ้น มีการใช้ทรัพยากรที่มากเกินไปเกินความจำเป็น เช่น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งเอ็กซเรย์เพื่อการวินิจฉัย เป็นต้น เพิ่มอัตราบุคลากรที่ต้องปฏิบัติงานโดยไม่มี ความจำเป็น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นรวมถึงระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษา สำหรับผู้ป่วยเร่งด่วนฉุกเฉินอาจเกิดความล่าช้าซึ่งอาจส่งผลต่อโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย<sup>5</sup>

ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2545 สภาการพยาบาลได้ประกาศใช้หลักเกณฑ์ในการคัดกรองประเภทผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ คือ ฉุกเฉิน เร่งด่วน และไม่เร่งด่วน<sup>7</sup> ซึ่งพบว่าในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 95 นำมาใช้<sup>8</sup> อย่างไรก็ตามวิธีการคัดกรองนี้มีข้อจำกัด คือ ความคลาดเคลื่อนในการ

คัดกรอง และการจัดลำดับความเร่งด่วนเป็น 3 ระดับ ไม่สามารถใช้เป็นภาพสะท้อนความรุนแรงของผู้ป่วยได้<sup>9</sup> โรงพยาบาลแต่ละแห่งจึงมีการพัฒนารูปแบบการคัดกรองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีการจัดลำดับการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นจนกระทั่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้มีประกาศให้สถานพยาบาลดำเนินการตรวจคัดกรองระดับความฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วน แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยกำหนดให้ใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดกรองระดับความฉุกเฉิน ของ Emergency Severity Index (ESI) Version 4 ซึ่งเป็นมาตรฐานของสหรัฐอเมริกาที่เน้นการคัดกรองผู้ป่วยหนักหรือมีความเสี่ยงที่ต้องการดูแลเร่งด่วน และเน้นความสั้นไหลในการทำงาน<sup>10</sup> ประกอบด้วย level 1 Immediate, level 2 emergency, level 3 urgency, level 4 semi-urgency และ level 5 non-urgency เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย ใช้ระยะเวลาในการคัดกรองสั้น ซึ่งจากการศึกษาของ Singer และคณะ (2012) พบว่า ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจขั้นตอนปฏิบัติของการคัดกรองอยู่ในระดับสูง และมีความถูกต้องมากกว่าการคัดกรองรูปแบบอื่น แต่ก็ยังพบว่ามีการนำไปใช้ค่อนข้างน้อย<sup>11</sup> จากการศึกษาการคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในประเทศไทย พบว่าเมื่อจำแนกตามเขตบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 7 มีการใช้ระบบคัดแยก 5 ระดับตาม Emergency Severity Index (ESI) เพียงระบบเดียว และเขตบริการสุขภาพที่ 13 มีการใช้ระบบคัดแยกที่หลากหลายมากที่สุด เขตบริการสุขภาพที่ 3, 7, 8 และ 9 ไม่พบข้อมูลการใช้ระบบคัดแยก 5 ระดับตาม Emergency Severity Index (ESI)<sup>12</sup>

งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบึงกาฬ มีการจัดระบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การประเมิน 3 ระดับ จากการดำเนินการที่ผ่านมา ปี พ.ศ. 2557-2558 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยรอตรวจมีอาการทรุดลง 5 คน (0.02%), 4 คน

(0.01%) ทำให้ผู้รับบริการและญาติไม่พึงพอใจ และเสี่ยงต่อการฟ้องร้องเกิดขึ้น<sup>13</sup> จากการทบทวนอุบัติการณ์ พบว่า เกิดจากการประเมินอาการผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ขาดประสิทธิภาพไม่เข้าใจวิธีใช้เกณฑ์การประเมิน เกณฑ์การประเมินไม่ละเอียด ไม่มีแนวทางในการคัดกรองที่ชัดเจน ดังนั้นในปี พ.ศ. 2559 จึงมีการนำแนวทางการคัดกรองโดยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของ สุคนธ์จิต อุปนันทย์ ที่ได้พัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจาก Emergency Severity Index (ESI) Version 4<sup>14</sup> มาปรับปรุงใช้ในงานผู้ป่วยนอก หลังดำเนินการปรับใช้ยังไม่เคยมีการประเมินประสิทธิผลในการคัดกรองผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางคัดกรองให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วยผิดประเภทระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบึงกาฬ ในการดำเนินการวิจัยไม่มีการกระทำใดๆ ที่คุกคามสภาพจิตใจ ร่างกาย สังคมและจิตวิญญาณของผู้ร่วมโครงการ ผู้วิจัยได้ยึดหลักเกณฑ์ทางจริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ตามหลักความเคารพในบุคคล หลักผลประโยชน์และหลักยุติธรรม และผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมหลักสูตรหลักจริยธรรมสำหรับผู้ทำวิจัยในมนุษย์ ในปี พ.ศ. 2561

การวิจัยนี้เป็นวิจัยทดลองเบื้องต้น (Pre-experimental research) ทดลองกับกลุ่ม

ทดลองกลุ่มเดียวและมีการวัดผลก่อนและหลัง  
การทดลอง (One group pretest - posttest  
design)

ประชากร พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่  
คัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติ  
งานในหน้าที่พยาบาลคัดกรองผู้ป่วยที่มารับ  
บริการในงานผู้ป่วยนอก แผนกตรวจโรคทั่วไป  
ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก กุมารเวชกรรม  
จำนวน 7 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่  
แนวทางทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความ  
รุนแรงฉุกเฉิน มีขั้นตอนในการดำเนินการ 13  
ขั้นตอน

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล  
ประกอบด้วย แบบประเมินการปฏิบัติตามแนว  
ทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรง  
ฉุกเฉิน และทะเบียนบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง

2.1 แบบประเมินการปฏิบัติ  
ตามแนวทางทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความ  
รุนแรงฉุกเฉินประกอบไปด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1  
ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อายุ  
ราชการ ประสบการณ์ทำงานที่ผู้ป่วยนอก ส่วนที่  
2 การปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยโดย  
ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน มีทั้งหมด 13 ข้อ  
ลักษณะแบบประเมินให้เลือก 2 ช่อง ปฏิบัติและ  
ไม่ปฏิบัติ วิธีการประเมินใช้การสังเกต และให้  
คะแนนดังนี้ ปฏิบัติ = 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 0  
คะแนน

2.2 ทะเบียนบันทึกอุบัติการณ์  
ความเสี่ยง มี 3 ข้อ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีอาการทรุด  
ลงขณะรอตรวจ(under triage) 2) ผู้ป่วยที่ต้อง  
ช่วยฟื้นคืนชีพที่แผนกผู้ป่วยนอก (under triage)

3) ผู้ป่วยประเภท 4 - 5 ถูกส่งไปห้อง  
อุบัติเหตุฉุกเฉิน (over triage)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแนว  
ทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรง  
ฉุกเฉิน และแบบประเมินการปฏิบัติตามแนว  
ทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรง  
ฉุกเฉิน ประยุกต์มาจาก สุคนธ์จิต อุปันชัย  
ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจาก  
ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1  
ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการปฏิบัติตาม  
แนวทางทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรง  
ฉุกเฉิน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ  
ครอนบราวน์ เท่ากับ 0.91

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา  
(Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ  
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้วิเคราะห์  
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อุบัติการณ์การ  
ประเมินผิดประเภท และการปฏิบัติตามแนว  
ทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรง  
ฉุกเฉิน สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistic) ใช้  
ทดสอบสมมุติฐานตามวัตถุประสงค์ด้วยสถิติ  
Paired Samples t- test

## ผลการศึกษา

การศึกษาผลการใช้แนวทางการคัด  
กรองผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน (ESI)  
ต่ออุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วยผิดประเภท  
งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบึงกาฬ ผู้วิจัยได้นำ  
ข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ  
และนำเสนอผลการศึกษาเป็น 3 ส่วน ดังนี้

### 1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิง  
ร้อยละ 85.7 อายุน้อยกว่า 35 ปี เท่ากับอายุ 35  
- 45 ปี คือ ร้อยละ 42.9 อายุราชการมากกว่า  
20 ปี ร้อยละ 57.1 ประสบการณ์ทำงานผู้ป่วย  
นอกน้อยกว่า 3 ปี ร้อยละ 42.9 จบเฉพาะสาขา  
บริหารการพยาบาล เวชปฏิบัติ และการพยาบาล  
เด็กโรคเรื้อรัง สาขาละ 1 คน ร้อยละ 14.3 มีการ  
ปฏิบัติตามแนวทางทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนี

ความรุนแรงฉุกเฉิน ร้อยละ 100 คิดเป็น ร้อยละ 87.5

2. อุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วยผิวดermatophytosis ก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

พบอุบัติการณ์ก่อนใช้แนวทางการคัดกรอง คือ ผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจจำนวน 4 คน ร้อยละ 0.01 ผู้ป่วยประเภท 4-5 ถูกส่งไปห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 211 คน ร้อยละ 0.73 แต่ไม่พบผู้ป่วยที่ช่วยฟื้นคืนชีพ ส่วนหลังการใช้แนวทางการคัดกรอง ไม่พบผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจและผู้ป่วยที่ช่วยฟื้นคืนชีพ

แต่พบผู้ป่วยประเภท 4-5 ถูกส่งไปห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 80 คน ร้อยละ 0.15

3. ผลการเปรียบเทียบอุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วยผิวดermatophytosis ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยการเกิดอุบัติการณ์ ผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจ และผู้ป่วยประเภท 4-5 ถูกส่งไปห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวทางการคัดกรอง และหลังใช้แนวทางการคัดกรองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ	X	S.D.	t	P-value
ก่อนใช้แนวทาง	0.33	0.49	2.345	0.039*
หลังใช้แนวทาง	0	0		

\* $p < 0.05$

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์ผู้ป่วยประเภท 4-5 ถูกส่งไปห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

ผู้ป่วยมีอาการทรุด	X	S.D.	t	P-value
ก่อนใช้แนวทาง	17.58	8.61	2.848	0.016*
หลังใช้แนวทาง	8.0	4.59		

\* $p < 0.05$

## อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา ดังนี้

ผลการเปรียบเทียบอุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วยผิวดึงประเทระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

ผลการศึกษา พบว่า อุตบัติการณ์หลังการใช้แนวทางการคัดกรองไม่พบผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจ (under triage) และผู้ป่วยประเท 4-5 ถูกส่งไปห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (over triage) มีจำนวนลดลง เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  ทั้งนี้เนื่องมาจาก แนวทางในการใช้คัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินนั้น มีความชัดเจน รายละเอียดของเกณฑ์ต่างๆ เข้าใจง่าย ใช้เวลาในการคัดกรองระยะสั้น ซึ่งแนวทางนี้จะเริ่มจากประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลเร่งด่วน คือ ประเท 1-2 หลังจากนั้นจะมีขั้นตอนปฏิบัติเป็นแนวทางให้พยาบาลคัดกรองพิจารณาความคงที่ของสัญญาณชีพ ความปวด ความต้องการกิจกรรมพยาบาล ถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ และทำให้การคัดกรองถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา สุคนธสรณ์ ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย พบว่าความผิดพลาดในการคัดแยกก่อนมีการพัฒนาประมาณร้อยละ 20-35 โดยเป็น under triage ร้อยละ 17-30 และ over triage ร้อยละ 2-8 ซึ่งหลังมีการพัฒนาพบความผิดพลาดในการคัดกรองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดทำคู่มือการคัดกรองสำหรับจุดคัดกรองทุกจุดเพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกัน
2. ควรมีการปรับปรุงการกำหนดค่าที่ใช้ในการประเมินสัญญาณชีพ ที่บ่งบอกภาวะอันตราย (Danger zone) บางอย่างที่ยังคัดกรองแล้วทำให้ผู้ป่วยเป็นประเทที่ 2-3 ต้องส่งไปห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แต่ไม่มีอาการอย่างอื่นร่วม เช่น การหายใจ การเต้นของชีพจร

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้มีการประเมินผลการคัดกรองโดยการเก็บอุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาด ซึ่งมีข้อจำกัดในการตรวจสอบว่ามีการบันทึกอุบัติการณ์ครบถ้วนหรือไม่ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการประเมินจากการตรวจสอบเวชระเบียนในแต่ละวัน

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้ศึกษาและนำเสนองานวิจัยนี้ ขอขอบคุณหัวหน้าพยาบาล คุณสุนันท์ นกทอง และคุณวัลลภา ช่างเจรจา ไว้เป็นอย่างยิ่งที่ได้เป็นที่ปรึกษาในงานวิจัย และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องจนทำให้งานวิจัยในครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์

## เอกสารอ้างอิง

1. มัลลิกา จินาคำ. การวิเคราะห์ระบบบริการพยาบาลงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีสังวาลย์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2551; 2(3).
2. สำนักงานพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.

3. กงทอง ไพศาล. การพัฒนาเครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วย งานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2554; 34(3): 57-64.
4. Christ, M., Goransson, F., Winter, D., Bingisser, R., Platz, E. Modern Triage in the Emergency Department. *Medicine* 2010; 107(50): 892-898.
5. Yurkova, I., Wolf, L. Under-triage as a significant factor affecting transfer time between the emergency department and the intensive unit. *Journal of Emergency Nursing* 2011; 37(5): 491-496.
6. พนอ เตชะอริก, ปรีวัฒน์ ภูเงิน. กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน. อ้างอิง: ฐานวงศ์มิตรสูงเนิน, ปรีวัฒน์ ภูเงิน, กมลวรรณ เอี้ยงฮอง, กรกฏ อภิรัตน์วรากุล, พนอ เตชะอริก. Essential knowledge in emergency care. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานา; 2557.
7. กองการพยาบาล. แนวทางการจัดอัตรากำลังพยาบาล. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.); 2545.
8. อัมภา ศรราชต์, จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, อมรรัตน์ อนุวัฒน์นทเขตต์. การจำแนกประเภทผู้ป่วยงานบริการการพยาบาลผู้ป่วยใน. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2547.
9. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริหารณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด (ฉบับที่1) พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2556.
10. รังสฤษฏ์ รังสรรค์. การคัดกรองผู้ป่วยด้วยระบบ Emergency Severity Index (ESI) A Triage Tool for Emergency Department Care. Version 4 Implementation Handbook. (Internet). 2555. [สืบค้นเมื่อ 30 มีนาคม 2561] Available from: <http://ergoldbook.blogspot.com/2012/10/emergency-severity-index-esi.html>.
11. Singer, R. F., Infante, A. A., Oppenheimer C. C., West, C., and Siegel. B. (2012). The use of and satisfaction with The Emergency Severity Index. *Journal of Emergency nursing*; 28(2): 120-126.
12. พรทิพย์ วชิรดิถก, ธีระ ศิริสมุด, สินีชัชชัยสิทธิ์, อนุชา เศรษฐเสถียร. การคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ในประเทศไทย. วารสารสภาการพยาบาล 2559; 31(2): 96-108.
13. โรงพยาบาลบึงกาฬ. สถิติข้อมูลงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบึงกาฬ. 2557-2561.
14. สุคนธ์จิตต์ อุปนันชัย. ผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยและการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกลาง (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
15. อัจฉรา สุคนธ์สรรรพ์. ประสิทธิภาพของการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วย โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย. กรุงเทพมหานคร: ฐานข้อมูลโครงสร้างพื้นฐานภาครัฐด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี; 2557 .