

**การพัฒนา รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะรอคอยของผู้ป่วย
และบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลลำพูน**

ชนิดาภา ไกรธนสอน พย.บ*

บทคัดย่อ

- บทนำ:** การพัฒนา รูปแบบการคัดแยกตามลำดับความรุนแรง เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการจัดลำดับความเร่งด่วน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการรักษาตามระดับความเร่งด่วน
- วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนา รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน และประสิทธิผลของการใช้รูปแบบต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย และการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ
- วิธีการศึกษา:** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่คัดแยก แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 16 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน แบบสังเกตการจำแนกผู้ป่วย เครื่องมือประเมินผลการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย และแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและเชิงปริมาณ ด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติ One sample t-test statistic และ Paired t-test statistic ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05
- ผลการศึกษา:** รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน กำหนดประเภทผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ วิกฤต (Immediate) ได้รับการดูแลรักษาทันที เจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) ได้รับการรักษาภายใน 10 นาที เจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) ได้รับการรักษาภายใน 30 นาที เจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency) ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที และเจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgency) สามารถรอรับการรักษได้ ภายใน 120 นาที ด้านประสิทธิผลของการใช้รูปแบบ พบว่าหลังการใช้รูปแบบการคัดแยก ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยวิกฤตเท่ากับเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย (เฉลี่ย 0.02 นาที, <0 นาที) ส่วนระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (เฉลี่ย 3.13 นาที, ≤10 นาที) เจ็บป่วยปานกลาง (เฉลี่ย 15.27 นาที, ≤30 นาที) เจ็บป่วยเล็กน้อย (เฉลี่ย 22.08 นาที, ≤60 นาที) และเจ็บป่วยทั่วไป (เฉลี่ย 45.56 นาที, ≤120 นาที) น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และด้านการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลวิชาชีพ สามารถปฏิบัติบทบาทอิสระได้ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
- สรุป:** การพัฒนา รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน สามารถนำไปพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- คำสำคัญ:** การคัดแยกผู้ป่วย, ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน, ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย

* กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน

Development of Patient Triage Model Using Emergency Severity Index Per Waiting Period Patients and the Role of Nurses Accident and Emergency Nursing Group, Lamphun Hospital

Chanidapa Kaitanasorn B.N.S. *

Abstract

Background: Developing a sorting pattern in order of severity is an effective way to prioritize urgency so that patients can get early to treatment based on their level of urgency.

Objective: To develop patient sorting patterns using the emergency severity Index and the effectiveness of patterns on patient waiting times and the practice of independent roles of nurses.

Study design: It's a quasi-experimental research. The samples were nurses on Triage duties, accident and emergency departments, Lamphun Hospital total 16 persons. The experimental instrument was a patient Triage model using the Emergency severity index and patient classification observation form. The experimental evaluation tool included a patient waiting period record form and an independent practice questionnaire of registered nurses. Analyze qualitative data with content analysis and quantitative data analysis with frequency, percentage, mean, standard deviation, one sample t-test and paired t-test statistic at 0.05 level of significance.

Results: Patient Triage model using the Emergency Severity Index. The patient category is divided into 5 levels; Immediate: treat immediately, Emergency: treated within 10 minutes, Urgency: treated within 30 minutes, Semi-Urgency: treated within 60 minutes and Non-Urgency: can wait to receive treatment within 120 minutes. In terms of the effectiveness of using the Triage model, it was found that after using the Triage model, Waiting time for Immediate patients was the same as the Australian benchmark (\bar{X} =0.02 min, <0 min). Patient waiting time for Emergency (\bar{X} =3.13 min, ≤10 min) Urgency (\bar{X} = 15.27 min, ≤30 min). Semi-Urgency (\bar{X} =22.08 minutes, ≤60 minutes) and Non-Urgency (average 45.56 minutes, ≤120 minutes) were statistically significantly less than the Australian benchmark at a 0.05 level and in the field of practice, the independent role of nurses. It was found that after using the nursing model, Able to perform independent roles better, statistically significant at 0.05.

Conclusions: Development of a patient Triage model using the emergency severity index can be used to develop an effective patient Triage.

Keywords: Patient Triage, Emergency Severity Index, Patient Waiting Distance Time

* Nurses Accident and Emergency Nursing Group, Lamphun Hospital

บทนำ

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Room: ER) เป็นหน่วยงานที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ในการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยอาการต่าง ๆ รวมถึงการให้บริการทำหัตถการ ฉีดยา ทำแผล เย็บแผล ผ่าตัดเล็กอื่น ๆ บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และสาธารณสุขต่าง ๆ ระบบส่งต่อผู้ป่วยทั้งในและนอกจังหวัด การให้คำปรึกษาและคำแนะนำด้านสุขภาพ และบริการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ รวมถึงการปฏิบัติหน้าที่ในสาธารณสุขต่าง ๆ ร่วมกับอาสาสมัคร และหน่วยราชการที่ขอสนับสนุน จากขอบเขตการให้บริการ จึงมีผู้ป่วยหลากหลายประเภทมาใช้บริการ ซึ่งโดยหลักการให้บริการในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะให้บริการผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรค ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงาน จึงต้องมีการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรค เพื่อให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัย⁽¹⁾

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน มีการคัดแยกผู้ป่วยตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้กำหนดแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน (Guideline for ER service delivery) ด้วยระบบ MOPH ED Triage ซึ่งเป็นการคัดแยกแบบ 5 ระดับ พัฒนามาจาก Emergency Severity Index (ESI) การคัดแยก ESI เต็มพยาบาลคัดแยกจะประเมินอาการโดยใช้หลัก Primary Triage เป็นการประเมินโดยรวบรวมข้อมูลจากการประเมินทางกายภาพ (ไม่จำเป็นต้องตรวจ โดยละเอียด) อาการสำคัญ อาการที่แสดงความคุกคามต่อชีวิต เช่น หายใจหายใจ หัวใจหยุดเต้น หอบ เหนื่อย ซึม

กระสับกระส่าย เป็นต้น ลำดับต่อมา Secondary Triage เป็นการประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียด โดยรวบรวมข้อมูลจากการประเมินทางกายภาพ Vital signs, Lab, X-ray, ผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ ส่วนระบบ MOPH ED Triage จะใช้หลักการประเมินลักษณะ (acuity) และทรัพยากร (resources) ในขั้นตอนแรกการประเมินลักษณะ (acuity) จะถูกใช้เพียงอย่างเดียวเพื่อคัดแยกเป็นระดับ 1 หรือระดับ 2 และเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าระดับดังกล่าว จะถูกประเมินการใช้ทรัพยากรเพื่อคัดแยกเป็นระดับ 3, 4 หรือ 5 การประเมินลักษณะ (acuity) ใช้การตัดสินใจจากภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต แขนขาและอวัยวะเป็นหลัก การประเมินทรัพยากรอยู่บนพื้นฐานของผู้ประเมิน ในกระบวนการคัดแยกต้องอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นส่วนสำคัญที่จะใช้ในการตัดสินใจในการคัดแยกผู้ป่วย การนำระบบการคัดแยกไปใช้ในหน่วยบริการต่างๆ และสามารถดำเนินการได้ ประกอบด้วย องค์ประกอบ 2 องค์ประกอบ คือ เนื้อหาวิชาการทางคลินิกและการจัดวางรูปแบบบริการ จุดเน้นด้านบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดแยกต้องได้รับการฝึกอบรมอย่างดี (well trained) มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการคัดแยกและจัดลำดับการบริหาร ณ ห้องฉุกเฉิน Triage policy และ procedure ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินต้องได้รับการ triage ภายใน 4 นาที มีการกำหนดระยะเวลารอคอยแพทย์ (waiting time) แยกตามระดับการคัดแยก และมีการทำ triage round เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีคือผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ได้รับการรักษาตามลำดับความเร่งด่วนและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เกิดประโยชน์มากที่สุด

จากการพัฒนาระบบการคัดแยกและพัฒนา รูปแบบเครื่องมืออย่างต่อเนื่องยังคงเกิดปัญหาในกระบวนการคัดแยก ได้แก่ การคัดแยกผู้ป่วยที่ห้อง

ฉุกเฉินผิดพลาดส่งผลให้เกิดความพิการหรือผู้ป่วยเสียชีวิต ในปี 2562-2564 มีผู้ป่วยที่ถูกคัดแยกผิดพลาด (Under triage) จำนวน 4,080, 109 และ 68 ราย ตามลำดับ หรือคิดเป็นร้อยละ 7.38, 0.21 และ 0.17 ตามลำดับ⁽²⁾ ถึงแม้จะพบว่าการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินผิดพลาด มีอัตราที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด แต่ถ้าเกิดความผิดพลาดขึ้นก็ยังส่งผลให้เกิดอันตรายถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิตได้ ในปี 2562 จำนวน 1 ราย, ปี 2563 จำนวน 1 รายและปี 2564 จำนวน 2 ราย⁽²⁾ ทั้งนี้สาเหตุที่สำคัญเกิดจาก มีความผิดพลาดของการคัดแยก ในผู้ป่วยที่มีการกำกวมระหว่างฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ซึ่งในบางครั้งจะถูกคัดแยกให้อยู่ในกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงน้อยกว่าอาการเจ็บป่วยที่แท้จริง ผู้ป่วยจึงต้องรอรับการรักษานานกว่าที่ควรจะเป็นทำให้ผู้ป่วยอาการรุนแรงมากขึ้นก่อนได้รับการรักษาพยาบาล และในบางครั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ถูกคัดแยกให้อยู่ในกลุ่มฉุกเฉินมากกว่าอาการเจ็บป่วยที่แท้จริง (Over triage) ในขณะที่มีผู้ป่วยอื่นฉุกเฉินมากกว่าทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงตัวได้รับการดูแลรักษาช้ากว่าที่ควรจะเป็น และทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็น ตลอดจนมีปัญหาและข้อจำกัดอีกหลายด้านมาเกี่ยวข้อง เช่น จำนวนผู้ป่วยแออัดในช่วงเวลาที่คับขัน และสมรรถนะพยาบาลคัดแยก เป็นต้น⁽²⁾

จากการทบทวนปัญหาดังกล่าวพบว่า มีสาเหตุมาจากเกณฑ์ การคัดแยกที่ไม่ละเอียดชัดเจนมากเพียงพอที่พยาบาลจะตัดสินใจระบุประเภทให้ผู้ป่วยที่มารับบริการ แม้ว่าจะมีคู่มือการคัดแยกแต่เนื้อหาในคู่มือระบุการจำแนกอย่างกว้าง ๆ ดังนั้นการตัดสินใจระบุลำดับความรุนแรงของอาการจึงขึ้นกับประสบการณ์และดุลยพินิจของพยาบาลแต่ละคน นอกจากนี้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการคัดแยกผู้ป่วยบางส่วนไม่ยังให้ความสำคัญในการปฏิบัติตาม

แนวปฏิบัติการคัดแยก จึงทำให้ต่างคนต่างประเมินอาการตามประสบการณ์ของตนเอง จึงส่งให้เกิดความคาดเคลื่อนในการคัดแยกผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำเป็นต้องมีการคัดแยกผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพที่สามารถคัดแยกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มตามระดับความรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว แม่นยำ^(3, 4) การได้รับการประเมินการจัดลำดับที่ถูกต้อง ระยะเวลารอคอยเป็น สิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย^(5, 6) การใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยที่มีความละเอียดในการแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งหลาย ๆ ประเทศเลือกใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินที่จัดผู้ป่วย 5 ประเภท⁽⁷⁾ คือ 1) ผู้ป่วยวิกฤต (Immediate) 2) ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) 3) ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) 4) ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency) และ 5) ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgency) โดยให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดรายละเอียดของเกณฑ์แต่ละระดับ เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดแยกได้มีเกณฑ์ที่ชัดเจน ในการระบุระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างถูกต้อง ใช้เวลาในการคัดแยกผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น และพยาบาลสามารถควบคุมเวลาในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น รวมทั้งแสดงบทบาทในฐานะผู้ประเมินอาการ อาการแสดงที่สำคัญต่อภาวะคุกคามชีวิต แล้วพิจารณาการความรุนแรงเพื่อจัดลำดับการเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤตที่เป็นอันตราย เป็นผู้สอนและให้คำปรึกษา สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติให้ยอมรับ ตลอดจนการปฏิบัติตัวในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการของความเจ็บป่วย เป็นผู้ประสานงาน ส่งต่อข้อมูล เป็นผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพและข้อมูลอื่น ๆ กับผู้ป่วยและญาติ ขณะรอพบแพทย์อย่างชัดเจน และง่ายต่อ

ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ โดยพยาบาลแสดงบทบาทในการดูแล ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน⁽⁸⁾

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพ ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน จึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะรอคอยของผู้ป่วย และบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้เพื่อให้ได้รูปแบบการคัดแยกที่เหมาะสม และเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดแยกผู้ป่วย ของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน

การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ในกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย และการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยที่มาใช้บริการ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 16 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 5 ปี และผ่านการอบรม MOPH ED Triage และเกณฑ์การคัดออก คือ มีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่ำกว่า 5 ปี ไม่

เคยผ่านการอบรม MOPH ED Triage ติดตามงานหรือเรียนต่อ และไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวทางการคัดแยกผู้ป่วย คู่มือการคัดแยกผู้ป่วย และแบบสังเกตการจำแนกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 (The Emergency severity index version 4) ตามแนวคิดของ Gilboy และคณะ⁽⁷⁾ และ Australian Government⁽⁹⁾ เนื่องจากเป็นเกณฑ์ที่เปิดโอกาสที่ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดรายละเอียดของเกณฑ์แต่ละระดับ พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองได้มีเกณฑ์ที่ชัดเจน ในการระบุระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างถูกต้อง ใช้เวลาในการคัดกรองผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น และสามารถควบคุมเวลาในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น รวมทั้งแสดงบทบาทในฐานะผู้ประเมินอาการแสดงที่สำคัญต่อภาวะคุกคามชีวิต แล้วพิจารณาการความรุนแรง เพื่อจัดลำดับการเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น เป็นผู้สอนและให้คำปรึกษา สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติให้ยอมรับ ตลอดจนการปฏิบัติตัวในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการของความเจ็บป่วย เป็นผู้ประสานงานส่งต่อข้อมูลกับแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพและข้อมูลอื่น ๆ กับผู้ป่วยและญาติ ขณะรอพบแพทย์อย่างชัดเจน และง่ายต่อความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ โดยพยาบาลแสดงบทบาทในการดูแล ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ตามเกณฑ์

ของ Australian Government และแบบสอบถาม การปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Maas & Jacox⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ บทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้แนะนำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และบทบาทผู้ประสานงาน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ ดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย โดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน แบบบันทึกระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย และแบบสอบถามกับผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 คน และดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความน่าเชื่อถือเท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยกับระยะรอคอย ตามเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย โดยใช้ค่าสถิติทดสอบที (One sample t-test statistic) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินโดยใช้ค่าสถิติทดสอบที (Paired t-test statistic) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยก่อนทดสอบได้ดำเนินการวิเคราะห์การแจกแจงปกติ (Tests of Normality) ด้วยสถิติ (Shapiro-Wilk)

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน เลขที่โครงการวิจัย Ethic LPN 035/2565 รับรองวันที่ 16 มกราคม 2565

ผลการศึกษา

1. รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน

รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน เป็นการระบุความรุนแรงของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน โดยใช้เกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 (The Emergency severity index version 4) ตามแนวคิดของ Gilboy และคณะ และ Australian Government กำหนดประเภทผู้ป่วย 5 ระดับความรุนแรง ดังนี้

1. ผู้ป่วยวิกฤต (Immediate) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยประเภทที่ 1 ซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยที่รุนแรง มีภาวะคุกคามที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือระบบการทำงานของร่างกาย ล้มเหลว หากไม่ได้รับการดูแลรักษาทันที อาจถึงแก่ชีวิต

2. ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยประเภทที่ 2 ซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยอย่างเฉียบพลันมากมีความเสี่ยง หากปล่อยให้อาการป่วย มีอาการตอบสนองช้าลง ชับพลันหรือเจ็บปวดรุนแรง หากไม่ได้รับการรักษาภายใน 10 นาที อาจทำให้อาการป่วยนั้นรุนแรง ขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้

3. ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยประเภทที่ 3 ซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยอย่างเฉียบพลันไม่รุนแรง สัญญาณ

ชีพไม่อยู่ในโซนอันตราย เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมการ
รักษาพยาบาล ในห้องฉุกเฉินมากกว่า 1 อย่าง หาก
ไม่ได้รับการรักษาภายใน 30 นาที อาจทำให้อาการ
ป่วยนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น

4. ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency)
หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยประเภทที่ 4 ซึ่ง ได้รับบาดเจ็บ
หรือมีอาการป่วยอย่างเฉียบพลันไม่รุนแรง เป็นกลุ่ม
ที่มีกิจกรรมการักษาพยาบาล ในห้องฉุกเฉินเพียง 1
อย่าง หากไม่ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที อาจทำ
ให้อาการป่วยนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน

5. ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgency)
หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยประเภทที่ 5 ซึ่ง ได้รับบาดเจ็บ
หรือมีอาการป่วยไม่รุนแรง ไม่มีภาวะคุกคามชีวิต
และหน้าที่ของร่างกาย เป็นกลุ่มที่ไม่มีกิจกรรมการ
รักษาพยาบาลในห้องฉุกเฉิน ซึ่งอาจรอรับการ
บริการในคลินิกตรวจโรคในเวลาทำการปกติได้ โดย
ไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้นหรือภาวะแทรกซ้อน
ตามมา สามารถรอรับการรักษาได้ ภายใน 120 นาที

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของพยาบาลคัดแยก
ณ จุดคัดแยกของหน่วยงาน แบ่งออกเป็น 10
ขั้นตอน ได้แก่ 1) ทักทายผู้ป่วย ญาติ หรือผู้นำส่ง 2)
ประเมินอาการเบื้องต้นเพื่อคัดแยกผู้ป่วย (Primary
assessment) โดยใช้หลักการประเมิน ABCDVP
(A: Airway, B: Breathing, C: Circulation and
bleeding, D: Disability, V: Vital sign และ P: Pain)
3) ชักประวัติความเจ็บป่วยทั้งจากผู้ป่วย ญาติ
หรือผู้นำส่งถึงอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล
4) ประเมินกิจกรรมการักษาพยาบาลที่ต้องใช้กับ
ผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน 5) ประเมินความเร่งด่วนของ
ผู้ป่วยตามเกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน 5 ระดับ
6) ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น 7) ตัดสินใจระบุ
ความเร่งด่วน ตามเกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

8) ติดตาม ประสานงานกับเวชระเบียนในการทำ
ทะเบียนประวัติผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยมีญาติหรือผู้นำส่ง
ให้ติดต่อเวชระเบียนทำประวัติ 9) นำเวชระเบียนส่ง
มอบให้แก่พยาบาลในพื้นที่การรักษา และ 10) จัด
สถานที่รอตรวจที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย/ญาติ

2. ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการคัด แยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อ ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย

ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการคัดแยก
ผู้ป่วย พบว่าระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยหลังการ
ใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรง
ฉุกเฉิน ผู้ป่วยวิกฤตมีระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจ
เฉลี่ย 0.02 นาที ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง มีระยะเวลา
รอคอยแพทย์ตรวจเฉลี่ย 3.13 นาที ผู้ป่วยเจ็บป่วย
ปานกลางมี ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจเฉลี่ย
15.27 นาที ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อยมีระยะเวลารอ
คอยแพทย์ตรวจเฉลี่ย 22.08 นาที และผู้ป่วย
เจ็บป่วยทั่วไปมีระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจเฉลี่ย
45.56 นาที (ตารางที่ 1)

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลา
รอคอยของผู้ป่วย หลังการใช้รูปแบบการคัดแยก
โดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินกับระยะเวลา
รอคอยของผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐานของ
ออสเตรเลียพบว่าหลังการใช้รูปแบบการคัดแยก
โดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ระยะเวลารอคอย
ของผู้ป่วยวิกฤตเท่ากับเกณฑ์มาตรฐานของ
ออสเตรเลีย ส่วนระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย
เจ็บป่วยรุนแรง ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง ผู้ป่วย
เจ็บป่วยเล็กน้อย และผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไปน้อยกว่า
เกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลียอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยหลังการเข้ารับแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน (n=190)

ระดับการคัดแยก/ความเร่งด่วน	n (จำนวน)	ระยะเวลาที่ กำหนด (นาที)	ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจ (นาที)			
			Min	Max	\bar{X}	SD
วิกฤต (Immediate)	31	0	0	3	0.02	0.76
เจ็บป่วยรุนแรง (Emergency)	60	10	0	10	3.13	4.00
เจ็บป่วยปานกลาง (Urgency)	51	30	2	45	15.27	9.82
เจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency)	30	60	5	70	22.08	22.05
เจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgency)	18	120	25	80	45.56	27.36
รวม	190		0	80	13.27	17.79

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย หลังการเข้ารับแบบการคัดแยก โดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินกับระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย (n=190)

ระดับการคัดแยก/ ความเร่งด่วน	n (คน)	เกณฑ์ มาตรฐานของ ออสเตรเลีย (นาที)	ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจ (นาที)				t	p-value
			Min	Max	\bar{X}	SD		
วิกฤต (Immediate)	31	0	0	3	0.02	0.76	1.65	.100
เจ็บป่วยรุนแรง (Emergency)	60	10	0	10	3.13	4.00	2.02	<0.001
เจ็บป่วยปานกลาง (Urgency)	51	30	2	45	15.27	9.82	10.07	<0.001
เจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency)	30	60	5	70	22.08	22.05	13.22	<0.001
เจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgency)	18	120	25	80	45.56	27.36	18.02	<0.001
รวม	190		0	80	13.27	17.79		

3. การปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาล วิชาชีพ

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงาน
การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล
ลำพูน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.3) มี
อายุระหว่าง 3–40 ปี (ร้อยละ 68.7) มีประสบการณ์
การทำงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 5–10 ปี
(ร้อยละ 43.7) ระยะเวลาที่ได้รับการฝึกอบรมการ
ปฏิบัติหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยและนำมาให้บริการงาน

อุบัติเหตุและฉุกเฉินจวบจนถึงปัจจุบัน ไม่เกิน 5 ปี
และระหว่าง 11–15 ปี เท่ากัน คือ (ร้อยละ 31.2)
ด้านประสบการณ์ในการฝึกอบรมการปฏิบัติหน้าที่
คัดแยกผู้ป่วยที่มาใช้บริการ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมหลักสูตร
อบรมในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (ร้อยละ 62.5)
ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้าน
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ร้อยละ 68.8) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N=16)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	18.8
หญิง	13	81.3
อายุ		
ไม่เกิน 30 ปี	2	12.5
31–40 ปี	11	68.7
41–50 ปี	3	18.8
Max = 48, Min = 27, \bar{X} = 36.50, SD = 6.03		
ประสบการณ์การทำงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน		
5–10 ปี	7	43.7
11–15 ปี	4	25.0
16–20 ปี	3	18.8
มากกว่า 20 ปี	2	12.5
Max = 26, Min = 5, \bar{X} = 12.93, SD = 5.76		
ระยะเวลาที่ได้รับการฝึกอบรมการปฏิบัติหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยและนำมาให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนจบจนถึงปัจจุบัน		
ไม่เกิน 5 ปี	5	31.2
6–10 ปี	3	18.8
11–15 ปี	5	31.2
มากกว่า 15 ปี	3	18.8
Max = 25, Min = 3, \bar{X} = 11.00, SD = 6.57		
ประสบการณ์ในการฝึกอบรมการปฏิบัติหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยที่นำมาให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน		
1. หลักสูตรอบรมในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต		
- เคย	6	37.5
- ไม่เคย	10	62.5
2. หลักสูตรเฉพาะทางด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน		
- เคย	5	31.2
- ไม่เคย	11	68.8
3. หลักสูตรอื่นๆ ได้แก่		
- พยาบาลผู้ประสานงานด้านการดูแลผู้บาดเจ็บ (Trauma Nurse Coordinator)	2	12.5
- พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (Emergency Nurse Practitioner)	5	31.2
- การพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Nurse)	1	6.2

การปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนทดสอบได้ดำเนินการวิเคราะห์การแจกแจงปกติ (Tests of Normality) ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk พบว่า ข้อมูลการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน ก่อนและหลังทุกด้าน มีค่า p-value มากกว่า 0.05 นั่นคือ เป็นข้อมูลที่เป็น การแจกแจงปกติ (ตารางที่ 4) จึงกล่าวได้ว่า สามารถนำมาทดสอบที่ (One sample t-test statistic) ได้ ดังนี้

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาล วิชาชีพ ด้วยค่าสถิติทดสอบที่ ที่ระดับนัยสำคัญ

ทางสถิติ 0.05 พบว่าหลังการใช้รูปแบบการคัดแยก โดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อการปฏิบัติบทบาท อิสระของพยาบาลวิชาชีพ ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ การคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ($t=-5.66$, $p\text{-value}=0.00$) โดยกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ สามารถปฏิบัติบทบาทผู้ดูแล ($t=-2.49$, $p\text{-value}= 0.02$) บทบาทผู้ประสานแนะนำและให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพ ($t=-5.65$, $p\text{-value}= 0.00$) และบทบาท ผู้ประสานงาน ($t=-3.83$, $p\text{-value}= 0.00$) ดีกว่า ก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความ รุนแรงฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ น้อยกว่า 0.05 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 การทดสอบความเป็น การแจกแจงปกติด้วยสถิติ Shapiro-Wilk

การปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	Statistic	df	p-value	Statistic	df	p-value
บทบาทผู้ดูแล	0.885	16	0.076	0.831	16	0.117
บทบาทผู้แนะนำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ	0.912	16	0.127	0.948	16	0.464
บทบาทผู้ประสานงาน	0.910	16	0.118	0.911	16	0.122
ภาพรวม	0.949	16	0.472	0.943	16	0.393

หมายเหตุ: $p\text{-value} > 0.05$ เป็นการแจกแจงปกติ

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อการ ปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ

การปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
บทบาทผู้ดูแล	3.98	0.51	4.21	0.21	-2.49	0.02*
บทบาทผู้แนะนำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ	3.83	0.29	4.24	0.16	-5.65	0.00*
บทบาทผู้ประสานงาน	3.91	0.45	4.22	0.24	-3.83	0.00*
ภาพรวม	3.91	0.42	4.21	0.20	-5.66	0.00*

วิจารณ์

1. การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูนประยุกต์ใช้เกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 (The Emergency severity index version 4) ตามแนวคิดของ Gilboy และคณะ⁽⁷⁾ และ Australian Government⁽⁹⁾ กำหนดประเภทผู้ป่วย แบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 5 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย และผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป เป็นการเน้นการคัดแยกผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิต หรือมีความเสี่ยงที่ต้องการดูแลเร่งด่วน ร่วมกับการคำนึงถึงแนวโน้มทรัพยากรที่จะต้องใช้ในกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน ซึ่งการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ได้ผ่านการนำไปทดสอบการใช้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ พบว่า เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย มีรายละเอียดของเกณฑ์ต่าง ๆ อย่างชัดเจน ทำให้โอกาสในการมีความเห็นตรงกันสูง และมีความถูกต้อง ใช้ระยะเวลาในการคัดแยกสั้น นอกจากนั้นดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน มีความถูกต้องมากกว่าการคัดแยกรูปแบบอื่น ขั้นตอนการปฏิบัติมีจุดแข็งที่ความเรียบง่ายในการใช้งาน และมีความสามารถในการลดการใช้ความรู้สึกของผู้คัดแยก⁽¹¹⁾ ตลอดจนการคัดแยกด้วยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน มีความเที่ยงตรงและมีความเชื่อมั่นในการนำมาใช้กับผู้สูงอายุ⁽¹²⁾ และจากการทบทวนการนำมาใช้ในบริบทประเทศไทย พบว่ามีความเที่ยงตรงและแม่นยำสูง สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้จริง โดยช่วยให้ระบบการดูแลผู้ป่วยเร็วขึ้นกว่าเดิมและมีคุณภาพดีขึ้น⁽¹³⁾ จากการศึกษาการนำดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินมาปรับใช้ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพล จังหวัด

ขอนแก่นของกองทัพเรือ⁽¹⁴⁾ พบว่า การคัดแยกด้วยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินและจำแนกประเภทผู้ป่วยได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น และมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยหลังใช้การคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน พบว่าหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยวิกฤต (Immediate) หรือกลุ่มผู้ป่วยที่จัดเป็นประเภทที่ 1 ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง มีภาวะคุกคามที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือระบบการทำงานของร่างกายล้มเหลว ได้รับการดูแลรักษาทันที รวดเร็วและทันเวลา ไม่แตกต่างกับเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระยะเวลารอคอยพบแพทย์ที่เหมาะสมตามความต้องการการรักษา สำหรับระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) ปานกลาง (Urgency) เล็กน้อย (Semi-Urgency) และทั่วไป (Non-Urgency) น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน สามารถจัดการกับระยะเวลารอคอยให้สอดคล้องกับระดับความเร่งด่วนตามเวลาที่กำหนดได้อย่างเหมาะสม ทำให้ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยแต่ละระดับหลังการทดลองต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี จักรไพศาล และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้นำการคัดแยกด้วยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินมาทดลองใช้ในโรงพยาบาลสระบุรี พบว่าระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยแต่ละประเภทหลังการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

ขณะเดียวกันเมื่อพิจารณาจากค่าสูงสุด และต่ำสุดของระยะเวลารอคอย พบว่าระยะเวลารอคอยสูงสุดหลังการทดลองในผู้ป่วยวิกฤต (Immediate) ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) และผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency) คือ 3 นาที 45 นาที และ 70 นาที สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือ 0 นาที 45 นาที และ 60 นาที ตามลำดับ แสดงให้เห็น ยังมีพยาบาลคัดแยกบางคนยังให้ความสำคัญในการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินไม่เคร่งครัด เหมาะสม และถูกต้อง รวมถึงความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้รูปแบบจึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องรอรับการรักษาที่นานกว่าที่ควรจะเป็น จึงควรมีการติดตามปัญหาที่ทำให้ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยแต่ละประเภทไม่เกินไปตามที่กำหนด และแก้ไขกรณีเกิดจากปัญหาในเรื่องการให้ความสำคัญของการใช้รูปแบบ และความรู้ หรือความเข้าใจที่ถูกต้อง

3. การปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน รายงานและโดยรวมดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรง ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องด้วยรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ เป็นรูปแบบที่ใช้ง่าย มีความถูกต้อง ใช้ระยะเวลาในการคัดแยกสั้น และขั้นตอนการปฏิบัติมีความเรียบง่ายในการใช้งาน ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติบทบาทอิสระในการปฏิบัติการคัดแยกได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี จักรไพศาล และคณะ⁽¹⁴⁾ ได้นำการคัดแยกด้วยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินมาทดลองใช้ในโรงพยาบาลสระบุรี พบว่าโดยรวมหลังการใช้รูปแบบส่งผลให้ลักษณะงาน ความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน และ

ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป

รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินมีขั้นตอนการดูแลหรือขั้นตอน การปฏิบัติในรูปแบบและเป็นมาตรฐานเดียวกัน มีแนวปฏิบัติที่ทำให้พยาบาลคัดแยกสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง ในการจัดผู้ป่วยให้อยู่ในระดับความรุนแรงประเภทไหน และได้รับการดูแลที่ทันตามเวลา ทำให้ได้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสม และช่วยพยาบาลในการแสดงบทบาทอิสระในการปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานตลอดจนการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินซึ่งเป็นรูปแบบการคัดแยกที่ดี ทำให้พยาบาล สามารถตัดสินใจในบทบาทพยาบาลคัดแยกที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. ธีรรัตน์ จิรสินธิปก, เพียงใจ เจริญวิวัฒน์กุล, สุวิภา นิตยางกูร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, สารา วงษ์เจริญ. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
2. โรงพยาบาลลำพูน. ความเสี่ยง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน. ลำพูน: กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน; 2562.
3. จันทรา จินดา. ผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารพยาบาล].

- กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
4. Chan TC, Killeen JP, Kelly D, Guss DA. Impact of Rapid Entry and Accelerated Care at Triage on Reducing Emergency Department Patient Wait Times, Lengths of Stay, and Rate of Left Without Being Seen. *Annals of Emergency Medicine* 2015;46(6):491-97.
 5. Croskerry P, Cosby KS, Schenkel SM, Wears RL. Patient Safety in Emergency Medicine. U.S.A: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
 6. Emergency Excellence. (2016). Intuitive and rapid emergency department intake increases safety. [online]. Available from http://www.emergencyexcellence.com/newsletter/march_2010.htm[2021, November 15]
 7. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau, AM. 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.
 8. Subas F, Dunn F, McNicholl B, Marlow J. Team triage improves emergency department efficiency. *Emergency Medicine Journal* 2014; 21(2):542-44.
 9. Australian Government. Emergency Triage Education Kit 2019. [Online]. 2019 [cited 2021 November 20]. Available from: www.ag.gov.au/cca
 10. Maas M, Jacox AK. Guideline for nurse autonomy/patient welfare. New York: Appleton-Century-Crofts; 2012.
 11. Grossmann FF, Zumbunn T, Frauchiger, A, Delport K, Bingisser R, and Nickel CH. At Risk of Undertriage? Testing the Performance and Accuracy of the Emergency Severity Index in Older Emergency Department Patients. *Annals of Emergency Medicine* 2012;60(3):317-25.
 12. ฤกษ์นาพร ทิพย์กาญจนเรขา. การดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.bcn.ac.th/infomation/Files/Attachfile>
 13. ภูมิรินทร์ แซ่ลิ้ม, ประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธาวี. การคัดแยกด้วยเกณฑ์คัดแยกและมาตรฐานความเจ็บป่วยในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2556;28(4):205-11.
 14. กงทอง ไพศาล. การพัฒนาเครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วย งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2554;34(3):57-64.
 15. สุมาลี จักรไพศาล, ชฎาภรณ์ เปรมปรามอมร และณัฐนันท์ มาลา. ผลของการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสละบุรีต่อความสอดคล้องของการจำแนกระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. เข้าถึงเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.niems.go.th/main/upload/file/20110405024108.pdf>