

ผลของการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน
ต่อความถูกต้องของการคัดกรองผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ
The Effect of Utilizing the Triage Guidelines to Categorize Patient Severity
on the Accuracy of Severity Index-Based Patient Triage and
Registered nurses' Satisfaction

วัชร เกียนตะ¹, หทัยรัตน์ นียมาศ², พนาวัน พรหมเผ่า², ชัยยา นรเดชนันท์¹,

สกาอรัตน์ ทวีนุต^{1*}, และกัลยณพร เกียรติบัณฑิต¹

Watchara Kiantah¹, Hathairat Niyamas², Phanawan Promphao², Chaiya Noradechanunt¹,

Sakaorat Taweenut^{1*}, and Kannaporn Kiatbandit¹

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

² แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย

¹ Faculty of Nursing, Phetchabun Rajabhat University

² Emergency department, Padad Hospital

*Corresponding author E-mail: sakaorat.taw@pcru.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด จำนวน 13 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และ 2) ข้อมูลเวชระเบียนผู้รับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 2 กลุ่ม ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังการใช้นโยบายการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน จำนวนกลุ่มละ 385 ราย รวมทั้ง 770 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม 2566 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2566 โดยใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ประกอบด้วยแบบบันทึกแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการคัดกรองผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบ Chi-squared

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองการใช้นโยบายการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน การคัดกรองผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.57 เป็นร้อยละ 92.73 และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 8.623$, $df=1$, $p=0.003$) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินอยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X} = 4.50$, $SD = 0.50$) จึงสรุปได้ว่าแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินนี้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองผู้ป่วยได้ แต่อย่างไรก็ตาม ก่อนนำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินไปใช้ควรอบรมวิธีการใช้และทำความเข้าใจในการใช้กับผู้ป่วยปฏิบัติงานใหม่ทุกครั้ง

คำสำคัญ : การคัดกรองผู้ป่วย, ระดับความฉุกเฉิน, พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

The objectives of this quasi-experimental study were to examine the results of utilizing the triage guidelines for categorizing patients according to their levels of emergency, and to assess the satisfaction of registered nurses on the use of patient triage guidelines in the emergency department, Padad Hospital, Chiang Rai Province. Study samples consisted of two groups, including: 1) 13 registered nurses working in the emergency department, Padad Hospital, who were purposively selected and voluntarily participated in the research; and 2) two groups of medical records of service recipients at the emergency department before and after using the triage guidelines, 385 records per group, totaling 770 records. Data were collected between March and November 2023 using validated tools, including the guidelines for categorizing patients according to their levels of emergency, and a satisfaction questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and a Chi-squared test.

The results showed that after the trial of using the triage guidelines, the accuracy of patient triage increased from 85.57% to 92.73% with a statistical significant difference at the 0.05 level ($\chi^2 = 8.623$, $df=1$, $p=0.003$). The registered nurses' satisfaction on the guidelines utilization was at highest level ($\bar{X} = 4.50$, $SD = 0.50$). It is concluded that the triage guidelines for categorizing patients according to their levels of emergency can be used to increase the efficiency of patient classification. However, before applying this guidelines, new operators should be trained in how to use them and understand their use every time.

Key words: triage guideline, patient Severity, registered nurses

บทนำ

ปัญหาความแออัดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยของโรงพยาบาลหลายแห่ง เนื่องจากความต้องการทางการแพทย์ของผู้รับบริการมีปริมาณมากขึ้น (Burgess et al., 2019) ในขณะที่ปริมาณทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งกระบวนการแก้ปัญหาสามารถทำได้หลายวิธีหนึ่งในนั้นคือ กระบวนการคัดกรอง (Triage) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการช่วยเหลือด้วยบุคลากรทางการแพทย์ได้เหมาะสมและทันเวลา ลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการ ลดความทรมาน ลดความไม่พึงพอใจและลดการร้องเรียน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) โดยเฉพาะแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีผู้รับบริการตลอด 24 ชั่วโมง การเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึงส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้รับบริการที่มีอาการเร่งด่วนฉุกเฉินและต้องการการรักษาทันทีและในจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นมีทั้งที่เป็นผู้รับบริการฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินปะปนกันเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้รับบริการที่มีอาการฉุกเฉินจริงๆ ได้รับการช่วยเหลือช้าลง จึงต้องนำกระบวนการคัดกรองผู้ป่วยมาบริหารจัดการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (พรทิพย์ วชิรติลก และคณะ, 2559)

การคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหากประเมินความรุนแรงต่ำกว่าความเป็นจริง (Under Triage) จะทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นจากการที่ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องรอตรวจเป็นเวลานาน ส่งผลต่อผู้ป่วยเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น การรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และมีภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าและหากประเมินความรุนแรงมากกว่าความเป็นจริง (Over Triage) จะทำให้เกิดการแย่งใช้ทรัพยากรซึ่งมีอยู่อย่างจำกัดกับ

ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากกว่า (พรทิพย์ วชิรดิกลและคณะ, 2559; กฤษฎา สวมชัยภูมิ,วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวนิชย์ และอรพรรณ โตสิงห์, 2562) แต่ในทางตรงกันข้ามหากมีการคัดกรองผู้ป่วยที่ถูกต้องตรงตามความจริงกับสภาพของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ซึ่งสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้ถึงร้อยละ 15 (Richardson, 2006) ดังนั้นใน ปี พ.ศ. 2561 กระทรวงสาธารณสุข จึงเริ่มนำ MOPH ED.TRIAGE มาใช้เป็นกระบวนการคัดกรองของประเทศไทย (Thailand National Triage Guideline) เพื่อเป็นแนวทางให้โรงพยาบาลในประเทศนำไปใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินซึ่งเหมาะสมกับบริบทประเทศไทย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

ในประเทศไทยจากสถิติการบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินพบว่า มีผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินจำนวน 35 ล้านครั้งต่อปี ในปี พ.ศ. 2559 เกือบร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561) ซึ่งมีสาเหตุปัญหาระบบคัดแยกภายในโรงพยาบาลไม่ตรงกัน มีวิธีหรือเครื่องมือการแบ่งระดับต่างกัน บุคลากรได้รับการอบรมความรู้มาคนละแบบ ทำให้การให้บริการเกิดความสับสน (พรทิพย์ วชิรดิกลและคณะ, 2559) ซึ่งบางหน่วยงานใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วย Emergency Severity Index (ESI) ของประเทศสหรัฐอเมริกามาใช้ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2558) มีความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตอยู่ในระดับสูง ($p < 0.05$) ใช้งานง่ายในทางปฏิบัติ (Travers et al., 2002) และบางหน่วยงานใช้ระบบคัดกรองผู้ป่วย Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) ของประเทศแคนาดาซึ่งเป็นระบบคัดกรองที่ประสิทธิภาพดีมีความแม่นยำและความเที่ยงตรงสูง ($p < 0.05$) (Farrohknia et al., 2011) ถึงแม้ว่าระบบคัดกรองทั้ง 2 ระบบจะมีประสิทธิภาพในการคัดกรองผู้ป่วย แต่เนื่องจากความแตกต่างกันของระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการสื่อสารระหว่างการส่งต่อทั้งภายในโรงพยาบาลและระหว่างโรงพยาบาล ต้องใช้ระยะเวลามากในการทำความเข้าใจให้ตรงกันเกี่ยวกับระดับความฉุกเฉิน โดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤตและเร่งด่วน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพของความถูกต้องในการคัดกรองผู้ป่วย (พรทิพย์ วชิรดิกลและคณะ, 2559)

MOPH ED.TRIAGE เป็นการจัดกรองผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่คัดกรองผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ ซึ่งประเมินจากลักษณะของผู้ป่วย (acuity) และการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ (resources) โดยในขั้นตอนแรกการประเมินลักษณะของผู้ป่วย (acuity) จะถูกใช้เพียงอย่างเดียวเพื่อคัดกรองเป็นระดับ 1 คือ ระดับที่ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างทันที หรือระดับ 2 คือ ระดับที่ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ต่อจากระดับที่ 1 โดยตัดสินใจจากภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต แขนขาและอวัยวะเป็นหลัก หากผู้ป่วยไม่เข้าระดับดังกล่าว จึงเริ่มขั้นตอนต่อไปโดยประเมินการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เพื่อคัดกรองเป็นระดับ 3, ระดับ 4 หรือ 5 ซึ่งประเมินจากแนวโน้มความต้องการทำกิจกรรม โดยการประเมินทรัพยากรนั้นอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์ของผู้ประเมิน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากการศึกษาของ ปุณยณัฐ ปิจน้า (2563) ได้นำ MOPH ED.TRIAGE มาใช้ในการคัดกรองประเภทผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบว่า หลังนำแนวปฏิบัติการจัดกรองประเภทผู้ป่วยแบบ 5 ระดับ มาใช้ทำให้การจัดกรองมีความถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 91.10 จากเดิมร้อยละ 75.41 (ปุณยณัฐ ปิจน้า, 2563)

โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย เริ่มมีการเปลี่ยนมาใช้ระบบคัดกรอง MOPH ED.TRIAGE ตั้งแต่ พ.ศ. 2562 จากการดำเนินงานยังพบปัญหาความคลาดเคลื่อนในการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินจากรายงานสรุปผลงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินปีงบประมาณ ปี พ.ศ. 2566 (โรงพยาบาลป่าแดด, 2566) พบว่า ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 - วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 พบว่า การจัดกรองผู้ป่วยได้ไม่ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 10 โดยแยกเป็น Over Triage ร้อยละ 6.9 และ Under Triage ร้อยละ 3.1 เมื่อนำปัญหามาวิเคราะห์หาสาเหตุปัญหาพบว่า 1) บุคลากรในหน่วยงานมีการโยกย้ายบ่อย ทำให้บุคลากรใหม่มาทดแทนซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ในการทำงานที่แตกต่างกัน 2) เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยมีเนื้อหาไม่ชัดเจนและยากเกินไป และ 3) ผู้รับบริการให้ข้อมูลอาการผู้ป่วยไม่ตรงตามความเป็นจริง เนื่องจากต้องการได้รับการบริการที่

รวดเร็ว ทำให้การคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินมีความคลาดเคลื่อน ส่งผลต่อความถูกต้องในการคัดกรองผู้ป่วย ดังนั้นแพทย์ พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย จึงได้ร่วมกันทบทวนแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตามกรอบแนวคิดใน MOPH ED.TRIAGE อีกครั้ง โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อระดมสมอง โดยมีบุคลากรของโรงพยาบาลป่าแดดที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 3 คน และ 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 13 คน รวมทั้งหมด จำนวน 16 คน เพื่อปรับปรุงร่างแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันยิ่งขึ้น เพื่อให้บุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย กระชับ และการประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยตรงกับสภาพที่เป็นจริง

แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงรายที่พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิด MOPH ED.TRIAGE สามารถคัดกรองผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation) 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Emergency) 3) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (Urgency) 4) ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-urgency) และ 5) ผู้ป่วยทั่วไป (Non-urgency) โดยมีหลักการตัดสินใจในการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) การประเมินลักษณะของผู้ป่วย (acuity) 5 ประเด็น ได้แก่ A (Airway) = ประเมินทางเดินหายใจ, B (Breathing) = ประเมินการหายใจ, C (Circulation) = ประเมินการไหลเวียน, D (Disability) = การตรวจสอบการทำงานของระบบประสาท และ E (Exposure) = การตรวจสอบร่องรอยของโรคหรือการบาดเจ็บที่เห็นได้ทั่วร่างกาย และ 2) การประเมินการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ (resources) ในประเด็นที่ 6 ประเมินแนวโน้มความต้องการทำกิจกรรม เช่น พ่นยา เจาะเลือด เย็บแผล ฉีดยา ล้างตา หรือเอกซเรย์

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาผลของการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับ ความฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงรายที่พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิด MOPH ED.TRIAGE Guideline ของกระทรวงสาธารณสุข และนำมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดย การคัดกรองผู้ป่วยมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และช่วยในการตัดสินใจในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น เพื่อเพิ่มความถูกต้องในการคัดกรองผู้ป่วยและเป็นที่พึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

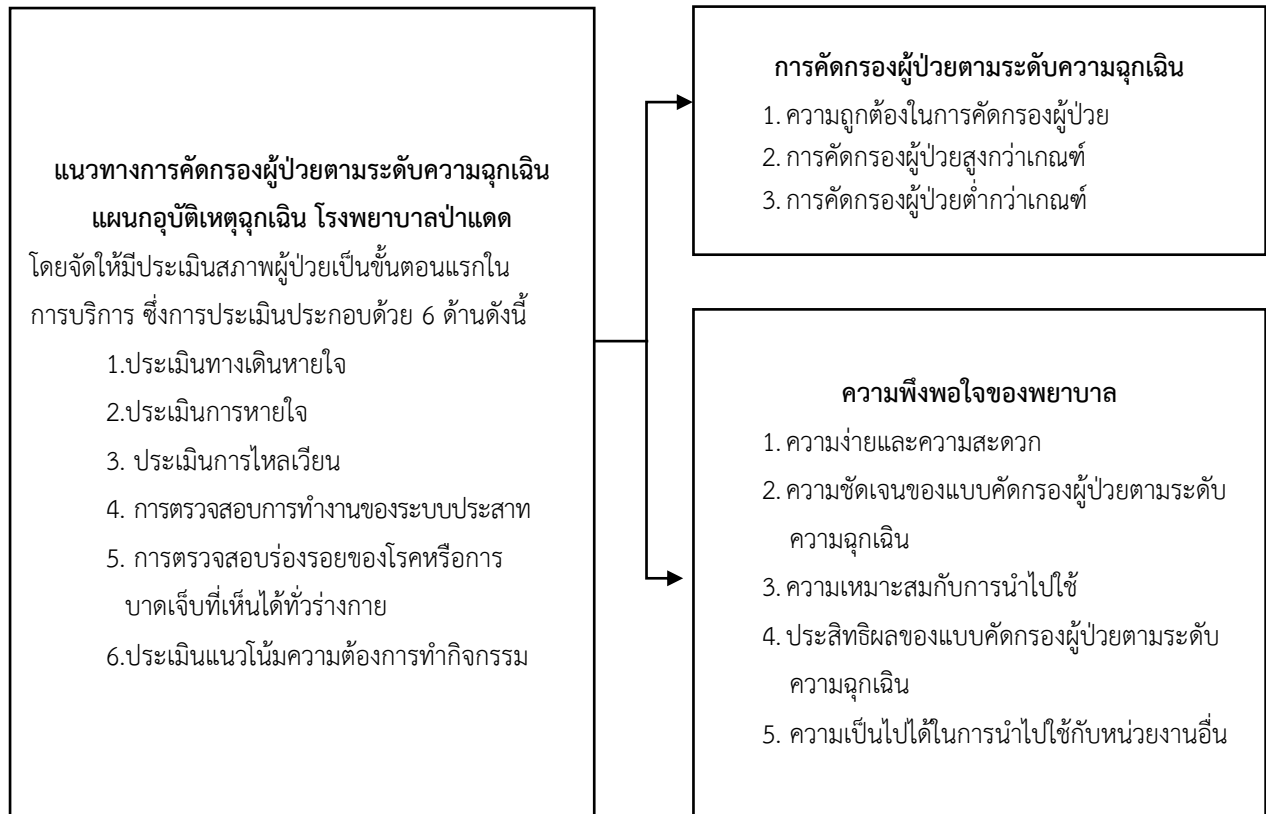
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นิเทศแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย

สมมติฐานการวิจัย

1. ความถูกต้องในการคัดกรองผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้นิเทศแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย มีความแตกต่างกัน
2. พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้นิเทศแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน ตั้งแต่ระดับพึงพอใจมากขึ้นไป

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย (Materials and Method)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย จำนวน 13 คนคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive) และเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

1.1.1 เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

- 1) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย
- 2) กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.1.2 เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ

- 1) กลุ่มตัวอย่างขอลถอนตัวระหว่างการวิจัย
- 2) กลุ่มตัวอย่างย้ายหน่วยงาน

1.2 ข้อมูลเวชระเบียนผู้รับบริการที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดดที่รับบริการที่มารับบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2566 – 30 พฤศจิกายน 2566 โดยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 770 ราย ซึ่งประกอบด้วย 1) ก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 385 ราย ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2566 – 31 พฤษภาคม 2566 และ 2) หลังการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย จำนวน 385 ราย ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2566 - 30 พฤศจิกายน 2566 โดยการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Infinite population proportion จากโปรแกรมสำเร็จ ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของศรีไพร เรือนถิ่นและคณะ (2564) เรื่องประสิทธิผลของการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่ระมาด จังหวัดตาก พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยไม่ถูกต้องร้อยละ 31.8 เมื่อกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

$$\frac{z^2 1 \frac{\alpha}{2} p(1-p)}{d^2}$$

โดยกำหนดค่า $P = 0.318$, $\Delta = 0.05$, $\alpha = 0.05$, $Z(0.975) = 1.959964$ คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 334 คน อีกทั้งผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 385 คน รวมทั้งหมด 770 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงรายที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิด MOPH ED.TRIAGE สามารถคัดกรองผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation) ระยะเวลารอคอย 0 นาที ผู้ป่วยมีภาวะคุกคามที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือการทำงานของร่างกายล้มเหลว 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Emergency) ระยะเวลารอคอย 10 นาที ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยอย่างเฉียบพลันมาก หรือมีความเสี่ยงหากปล่อยให้อัตราสูง ความเจ็บปวดรุนแรง หากไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้อาการป่วยนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ ผู้ป่วยมีภาวะคุกคามที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือการทำงานของร่างกายล้มเหลว 3) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (Urgency) ระยะเวลารอคอย 30 นาที บาดเจ็บหรือมีอาการป่วยอย่างเฉียบพลันไม่รุนแรง สัญญาณชีพไม่อยู่ในโซนอันตราย มีหัตถการในห้องฉุกเฉินมากกว่า 1 อย่าง 4) ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-urgency) ระยะเวลารอคอย 60 นาที ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วย อย่างเฉียบพลันไม่รุนแรง เป็นกลุ่มที่มีหัตถการเพียง 1 อย่าง และ 5) ผู้ป่วยทั่วไป (Non-urgency) (Non-urgency) ระยะเวลารอคอย 120 นาที ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยที่ไม่รุนแรง ไม่มีภาวะคุกคามชีวิตและหน้าที่ของร่างกาย ไม่มีหัตถการในห้องฉุกเฉิน รอรับบริการบริการในคลินิกตรวจโรคในเวลา ทำการปกติได้ โดยมีหลักการตัดสินใจในการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) การประเมินลักษณะของผู้ป่วย (acuity) 5 ประเด็น ได้แก่ A (Airway) = ประเมินทางเดินหายใจ, B (Breathing) = ประเมินการหายใจ, C (Circulation) = ประเมินการไหลเวียน, D (Disability) = การตรวจสอบการทำงานของระบบประสาท และ E (Exposure) = การตรวจสอบร่องรอยของโรคหรือการบาดเจ็บที่เห็นได้ทั่วร่างกาย และ 2) การประเมินการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ (resources) ในประเด็นที่ 6 ประเมินแนวโน้มความต้องการทำกิจกรรม เช่น พ่นยา

เจาะเลือด เย็บแผล ฉีดยา ล้างตา หรือเอกซเรย์ โดยผ่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของความถูกต้อง ความชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ให้มีความชัดเจนและเหมาะสมยิ่งขึ้น

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินใช้แนวคิด MOPH ED.TRIAGE Guideline ของกระทรวงสาธารณสุขนำมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลป่าแดด โดยตรวจสอบเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ อายุ วันและเวลาการคัดกรอง อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล สัญญาณชีพ การประเมินระดับออกซิเจนในเลือด การประเมินระดับความรู้สึกตัว การประเมินระดับความปวด การประเมินระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วและประวัติการแพ้ยาและโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการประเมินตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ 1) ประเมินทางเดินหายใจ 2) ประเมินการหายใจ 3) ประเมินการไหลเวียน 4) การตรวจสอบการทำงานของระบบประสาท 5) การตรวจสอบร่องรอยของโรคหรือการบาดเจ็บที่เห็นได้ทั่วร่างกายและ 6) ประเมินแนวโน้มความต้องการทำกิจกรรม รวม 1 ข้อคำถาม โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถาม 2 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ โดยผ่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.93 แล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบบันทึกแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาในการทำงานในหน่วยงาน ประสบการณ์ในการคัดกรองผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบบันทึกแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) แบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 5 ระดับ คือ พอใจมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน พอใจมาก เท่ากับ 4 คะแนน พอใจปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน พอใจน้อย เท่ากับ 2 คะแนน และพอใจน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน มีหลักเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้นี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

โดยผ่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.8

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตศึกษาวิจัยจากหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าแดด รวมถึงชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับและขอรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
2. ผู้วิจัยพบพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้ลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการประเมินการคัดกรองผู้ป่วยก่อนใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน โดยประเมินความถูกต้องจากแบบบันทึกแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2566 – 31 พฤษภาคม 2566 จำนวน 385 ราย
4. สร้างแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน ของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลโดยทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
5. จัดอบรมชี้แจงการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน ของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงรายแก่พยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล
6. นำแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินไปใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย จำนวน 385 ราย เป็นระยะเวลา 3 เดือนตั้งแต่เดือน 1 กันยายน 2566 – 30 พฤศจิกายน 2566 โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มพยาบาลวิชาชีพออกเป็น 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มได้รับการนิเทศทางการพยาบาล หลังรับเวรเข้าเป็นระยะเวลา 30 นาที ทำทุกวัน จันทร์ พุธ และศุกร์ โดยประเมินผลในอาทิตย์ถัดไป และหากพบว่ายังมีข้อควรเพิ่มเติมในเรื่องใด จะนิเทศเป็นรายบุคคลโดยเลือกช่วงเวลาว่างที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน และประเมินผลซ้ำเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ถูกต้องมากที่สุด
7. ประเมินผลหลังการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน โดยการรวบรวมข้อมูล ความถูกต้องของการคัดกรองผู้ป่วยจากข้อมูลเวชระเบียนผู้รับบริการที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2566 – 30 พฤศจิกายน 2566 จำนวน 385 ราย รวมถึงประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นี้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และ เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน ด้วยสถิติ Chi-squared

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขรับรอง CRPPHO 115/2566 มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอน วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยและแจ้งสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทันทีเมื่อต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล พร้อมทั้งเน้นย้ำว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการ

ทำวิจัยโดยการลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินโครงการวิจัยตามระเบียบการวิจัยต่อไป

ผลการวิจัย (Result)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการ จำนวน 770 ราย โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.6 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 48.26 ± 23.52 ปี ส่วนใหญ่มีประวัติโรคประจำตัว ร้อยละ 51.8 และไม่มีประวัติการแพ้ยา ร้อยละ 95.4 และ 2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 13 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.3 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 33.20 ± 6.8 ปี ทั้งหมดมีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน อันดับที่ 1 คือ มากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.15 รองลงมา 1-2 ปี ร้อยละ 30.77 และ 2-3 ปี ร้อยละ 15.38 ตามลำดับ

2. ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลป่าแดด พบว่า หลังการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลป่าแดด ผู้รับบริการส่วนใหญ่ได้รับการคัดกรองอยู่ในระดับ Urgency ร้อยละ 35.58 รองลงมาอยู่ในระดับ Emergency ระดับ Semi-urgency ระดับ Non-urgency และระดับ Resuscitation ร้อยละ 28.05, 24.42, 7.53 และ 4.42 ตามลำดับ พบว่าการคัดกรองผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.57 เป็นร้อยละ 92.73 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นโดยการคัดกรองผู้ป่วยไม่ถูกต้อง พบว่ามีการคัดกรองผู้ป่วยสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 64.29 และการคัดกรองผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 35.71 ผลการศึกษาคั้งนี้จากการเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วย พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 8.623$, $df=1$, $p=0.003$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลของก่อนและหลังใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลป่าแดด (n=770)

ความถูกต้องของการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความฉุกเฉิน	แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด				χ^2	df	p-value
	ก่อนการใช้		หลังการใช้				
	(n=385)		(n=385)				
การคัดกรองถูกต้อง	332	85.57	357	92.73	8.623	1	0.003*
การคัดกรองไม่ถูกต้อง	53	14.28	28	7.27			
การคัดกรองผู้ป่วยสูงกว่าเกณฑ์	36	65.08	18	64.29			
การคัดกรองผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์	17	34.92	10	35.71			

หมายเหตุ * $p < 0.05$

3. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินเท่ากับ 4.50 ($SD=0.50$) อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด และคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด แยกเป็นรายข้อ ได้แก่ ประสิทธิภาพของแบบ

คัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินมีคะแนนความพึงพอใจมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.60 ($SD=0.50$) รองลงมา คือ ความง่ายและความสะดวก ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้กับหน่วยงานอื่น มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 ($SD=0.50$, 0.50 และ 0.70 ตามลำดับ) และหัวข้อของคำถามที่คะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ ความชัดเจนของแบบคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินโดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.40 ($SD=0.50$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน ($n=13$)

คำถาม	$\bar{X}$	SD	ความพึงพอใจ
1. ความง่ายและความสะดวก	4.50	0.50	มากที่สุด
2. ความชัดเจนของแบบคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน	4.40	0.50	มาก
3. ความเหมาะสมกับการนำไปใช้	4.50	0.50	มากที่สุด
4. ประสิทธิภาพของแบบคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน	4.60	0.50	มากที่สุด
5. ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้กับหน่วยงานอื่น	4.50	0.70	มากที่สุด

สรุปและการอภิปรายผลการวิจัย

1. ความถูกต้องในการคัดกรองผู้ป่วย จากผลการศึกษาพบว่า ก่อนและหลังใช้นโยบายการคัดกรองผู้ป่วยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 8.623$, $df=1$, $p=0.003$) โดยหลังการใช้นโยบายการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลป่าแดด การคัดกรองผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.57 เป็นร้อยละ 92.73 และการคัดกรองผู้ป่วยไม่ถูกต้องลดลงจากร้อยละ 14.28 เป็นร้อยละ 7.27 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้นโยบายการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นที่คัดกรองผู้ป่วยถูกต้อง ผลการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นผลมาจากหน่วยงานที่มีรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยที่ดีทำให้มีประสิทธิภาพ มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และช่วยในการตัดสินใจในการปฏิบัติงานได้ รวมไปถึงมีการนิเทศทางการพยาบาล หลังรับเวรเข้าเป็นระยะเวลา 30 นาที ทำทุกวัน จันทร์ พุธ และศุกร์ และประเมินผลเป็นระยะๆ ทุกอาทิตย์ อีกทั้งถ้าหากพบว่ายังมีข้อควรเพิ่มเติมในเรื่องใดจะเป็นรายบุคคลโดยเลือกช่วงเวลาว่างที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน และประเมินผลซ้ำเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ถูกต้องมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของบุญยงษ์ ปิงนำ (2563) และธนัชฐา ยศปัญญา (2564) ที่พบว่า ภายหลังจากการนำแนวปฏิบัติมาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยมีความถูกต้องและแม่นยำมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องรอตรวจเป็นเวลานานและการแย่งใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดกับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากกว่าลดลง อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของชาแบนและคณะ (2021) ที่ศึกษาการเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีการปรับโครงสร้างและกระบวนการในการคัดกรองผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลยิ่งขึ้น ผลการศึกษาค้นพบว่า ความถูกต้องในการคัดกรองผู้ป่วยสูงขึ้นหลังจากการใช้นโยบายการคัดกรองผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05

2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X} = 4.50$, $SD = 0.50$) เมื่อจำแนกตามรายข้อคำถาม พบว่าประสิทธิภาพของแบบคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60$, $SD = 0.50$)

รองลงมาคือความเป็นไปได้ในการนำไปใช้กับหน่วยงานอื่น ความง่ายและความสะดวก, ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ ($\bar{X} = 4.50$, $SD = 0.50$) ซึ่งเป็นผลการคัดกรองผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ เป็นแนวทางที่สามารถใช้ได้ง่าย สะดวก ช่วยให้พยาบาลตัดสินใจได้อย่างมั่นใจ สามารถลดการใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็น ลดภาระงาน และความแออัดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินได้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของ พรหมพิมล สุขวงศ์ และคณะ (2564) ที่พบว่า แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินช่วยตัดสินใจในการปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น ส่วนข้อคำถามที่พึงพอใจน้อยที่สุดคือความชัดเจนของแบบคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินพบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.40$, $SD = 0.50$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐริกา แซ่แต้ และพัชรินทร์ นະນຸຍ (2565) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อแนวทางการคัดกรองอยู่ในระดับมาก ($M=3.77$, $SD=0.99$)

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงรายและบุคลากรในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์
 - 1) การนำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินไปใช้ควรอบรมวิธีการใช้และทำความเข้าใจในการใช้กับผู้ปฏิบัติงานใหม่ทุกครั้ง
 - 2) ควรติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการนำปัญหาอุปสรรคมาพัฒนาปรับปรุงระบบคัดกรองผู้ป่วย และให้บรรลุผลลัพธ์ตามเป้าหมาย
 - 3) การนำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินไปใช้ในแต่ละโรงพยาบาล ควรมีการพิจารณาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน
2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป
 - 1) ควรมีการศึกษาการคัดกรองผู้ป่วยในผู้ป่วยเฉพาะโรคที่รุนแรง เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในระบบ Fast Track เป็นต้น เพื่อให้เกิดการประสิทธิภาพในการคัดกรองได้อย่างรวดเร็วและทันต่อการรักษา
 - 2) ควรศึกษาตัวแปรตามเพิ่มเติมจากการใช้แนวทางการคัดกรองนี้ เช่น ระยะเวลารอคอย ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *MOPH ED Triage* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ชาติชาย คล้ายสุบรรณ. (2561). *คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ.
- ณัฐริกา แซ่แต้, และพัชรินทร์ นະນຸຍ. (2565). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลยะลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 9(1), 149-161.

- ธนัชฐา ยศปัญญา. (2564). ประสิทธิภาพการพัฒนา รูปแบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. แหล่งข้อมูล https://clouddontanhos.com/doc/whitepaper_tanita.pdf. ค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2567.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปณณนุช ปิจน้า. (2563). ผลการศึกษาการคัดกรองประเภทผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลวังชิ้น. *วารสารโรงพยาบาลวังชิ้น*, 28(1): 152-162.
- พรทิพย์ วชรติลล, อีระ ศิริสมุด, สีนินุช ชัยสิทธิ์, และ อนุชา เศรษฐเสถียร. (2016). การคัดกรองผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 31(2), 96-108.
- พรรณพิมล สุขวงศ์, ปาณิสรา หลีค้วน, นัทชา จงศิริชัยกุล และพัชรินทร์ ไชยบาล. (2564). รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลน่าน. *วารสารมหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(4): 58-64.
- โรงพยาบาลป่าแดด. (2566). *สรุปผลงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินปีงบประมาณ พ.ศ. 2566*. เชียงราย
- ศรีไพร เรือนถิ่น, กุเกียรติ์ ก้อนแก้ว, และปริมประภา ก้อนแก้ว. (2564). ประสิทธิภาพของการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่ระมาด จังหวัดตาก. ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก. แหล่งข้อมูล <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2565/r2r/MA2565-003-02-0000000904-0000000898.pdf>. ค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2567.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2558). *คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี.
- Farrohknia, N., Castren, M., Ehrenberg, A., Lind, L., Oredsson, S., Jonsson, H., Asplund, K., & Goransson, K. E. (2011). Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 19, 42. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-19-42>
- Richardson, D. B. (2006). Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust*, 184(5), 213-216. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00204.x>
- Saban, M., Drach-Zahavy, A., & Dagan, E. (2021). A novel reflective practice intervention improves quality of care in the emergency department. *International emergency nursing*, 56, 100977. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.100977>
- Travers, D. A., Waller, A. E., Bowling, J. M., Flowers, D., & Tintinalli, J. (2002). Five-level triage system more effective than three-level in tertiary emergency department. *Journal of emergency nursing*, 28(5), 395-400. <https://doi.org/10.1067/men.2002.127184>