

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของ การคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉิน ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

ประภาพรพรณ อุ่นอบ*

ณภัทร ประภาสุชาติ**

ภัทรียา กิจเจริญ***

* สาขาวิชาประชากรศึกษา คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล รังสิต

*** สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ติดต่อผู้เขียน: ประภาพรพรณ อุ่นอบ email: shpob1595@gmail.com

วันรับ: 1 มี.ค. 2564

วันแก้ไข: 24 เม.ย. 2564

วันตอบรับ: 21 พ.ค. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนความสำเร็จการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินของ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ แบบกรณีศึกษาจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการที่ประสบความสำเร็จได้แก่ จังหวัดปทุมธานี และจังหวัดสงขลา เก็บข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 10 คนต่อศูนย์วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่าปัจจัยนำเข้าที่จำเป็นต่อความสำเร็จของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินฯ ได้แก่ นโยบายที่ชัดเจน แผนปฏิบัติการ บุคลากรของศูนย์ฯ ระบบแรงจูงใจ และกระบวนการที่เหมาะสมคือ การดำเนินงานของผู้ปฏิบัติการ วัตถุประสงค์ตามผังการทำงาน และการติดตามประเมินผล ดังนั้น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ควรทำเกณฑ์มาตรฐานการคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่มีเกณฑ์เดียวเพื่อใช้สำหรับการคัดแยก ณ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และ ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน กำหนดคุณสมบัติพนักงาน-รับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินให้เหมาะสมกับกลุ่มโรคฉุกเฉินใหม่ๆ การสร้างระบบแรงจูงใจ รวมถึงพัฒนาระบบการประเมินภายในเพื่อสนับสนุนการทำงานกับผู้ปฏิบัติงานของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

คำสำคัญ: การคัดแยกระดับความฉุกเฉิน; ผู้ป่วยฉุกเฉิน; ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

บทนำ

จากการสำรวจดัชนีความก้าวหน้าของคน (Human Achievement Index - HAI) ในปีพ.ศ. 2562 ของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ⁽¹⁾ ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาคนในภาพรวมของประเทศไทยมี

ความก้าวหน้าค่อนข้างคงที่ โดยค่าดัชนีการพัฒนามาคนปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 0.62 ใกล้เคียงกับปี พ.ศ. 2558 และปี พ.ศ. 2560 เมื่อพิจารณาดัชนีย่อยด้านต่างๆ พบว่า มีความก้าวหน้าลดลงใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านรายได้ ด้านชีวิตครอบครัวและชุมชน และการมีส่วนร่วม

ร่วม กล่าวจำเพาะด้านการพัฒนาสุขภาพนั้น พบว่าการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนมีความก้าวหน้าลดลง สะท้อนจากการเพิ่มขึ้นของอัตราการตกที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยในและสัดส่วนผู้พิการ ประกอบกับวิถีชีวิตของผู้คนในสังคมปัจจุบันที่วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีได้รับการพัฒนาอย่างก้าวกระโดด ส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งถือเป็นกลุ่มโรคฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบว่าการเจ็บป่วยในกลุ่มโรคฉุกเฉินกลายเป็นสาเหตุการตายลำดับต้น ๆ ของโลกและของประเทศ ขณะที่องค์การอนามัยโลกซึ่งได้รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตจากหลายแหล่งข้อมูลสำคัญ เช่น จากตำรวจจราจร หน่วยงานสาธารณสุขโดยอ้างอิงมาตรฐานสากล พบว่า การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรของประเทศไทยปี พ.ศ. 2559 มีอัตรา 36.2 รายต่อประชากรแสนคนซึ่งเป็นอันดับที่ 2 ของโลก⁽²⁾ เป็นต้น กระทั่งกระทรวงสาธารณสุขเองต้องให้ความสำคัญต่อการลดอัตราเสียชีวิตในกลุ่มโรคนี้ โดยกำหนดเป็นเป้าหมายการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 เป็นต้นมา⁽³⁾

เนื่องด้วยการเจ็บป่วยในกลุ่มโรคฉุกเฉินเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือลดความรุนแรงของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น ด้วยเหตุนี้สถาบันการแพทย์-ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) จึงมีประกาศคณะกรรมการ-การแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยก ระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 เพื่อการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้สถานพยาบาล หน่วยปฏิบัติการ และผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้ถือว่าบริการ การแพทย์ฉุกเฉินเป็นบริการขั้นพื้นฐานที่ประชาชนพึงได้รับอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม รวมถึงยังมีความพยายามพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้นอย่าง

ต่อเนื่อง เช่น ในปี พ.ศ. 2556 จัดทำคู่มือเกณฑ์วิธีการ คัดแยกและจัดลำดับการจ่ายงานบริหารผู้ป่วยฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ.กำหนด พ.ศ. 2556 สำหรับพนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (พรจ.) และผู้จ่ายงานปฏิบัติการฉุกเฉิน (ผจป.) รวมทั้งผู้ปฏิบัติการแพทย์-ฉุกเฉินอื่นๆ ใช้ปฏิบัติการกิจในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริหารผู้ป่วยฉุกเฉิน⁽⁴⁾

อย่างไรก็ตามจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) พบว่า แนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี จากจำนวนผู้ใช้บริการ 1,362,030 ราย หรือ 2,094.55 รายต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นเป็น 1,488,815 รายหรือ 2,290.01 รายต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2559 และเพิ่มขึ้นเป็น 1,568,952 รายหรือ 2,406.19 รายต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2560 รวมทั้งร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินที่แจ้งเหตุด้วยหมายเลขฉุกเฉิน 1669 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ในช่วงเวลาที่ผ่านมากลับมีเพียงร้อยละ 19 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ต่ำมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตนอกโรงพยาบาล นอกจากนั้น ยังพบว่ามี ความเหลื่อมล้ำค่อนข้างมากในการเข้าถึงบริการการ-แพทย์ฉุกเฉินของแต่ละพื้นที่ (เช่น ระหว่างเขตอำเภอ เมืองและนอกเขตอำเภอเมือง) ขณะที่การดำเนินการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นที่เองก็ยังมีความแตกต่างกันอีกเช่นกัน⁽²⁾

เมื่อมีผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก ในแต่ละวัน คุณภาพการประเมินระดับความฉุกเฉินจึงส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการจัดให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วน เพราะหากมีการประเมินระดับความฉุกเฉินต่ำกว่าความเป็นจริงหรือ under triage อาจทำให้มีการส่งการชุดปฏิบัติการที่ไม่สอดคล้องกับระดับความฉุกเฉิน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือไม่เหมาะสมและเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตและ

พิการของผู้ป่วยฉุกเฉินได้ ขณะเดียวกันหากการประเมินระดับความฉุกเฉินที่สูงกว่าความเป็นจริงหรือ over triage ก็ทำให้เกิดการแย่งใช้ทรัพยากรด้านการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัดกับผู้ป่วยที่มีระดับความฉุกเฉินมากกว่า ซึ่งข้อมูลช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2558-2561 พบว่า ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดมีการประเมินระดับความฉุกเฉินต่ำกว่าความเป็นจริง (under triage) อยู่ระหว่างร้อยละ 40-42 สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของต่างประเทศ (Emergency Severity Index: ESI) ที่กำหนดไว้ให้เกิดขึ้นได้ไม่เกินร้อยละ 5 เท่านั้น ด้วยเหตุนี้แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2565 จึงให้ความสำคัญต่อการพัฒนามาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินค่อนข้างมาก โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สะท้อนถึงความสำเร็จข้างต้น คือ จำนวนจังหวัดที่มีการคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่ต่ำกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (under triage) ไม่เกินร้อยละ 15 และการคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่สูงกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (over triage) ไม่เกินร้อยละ 30 นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินที่ดำเนินงานภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีมาตรฐานด้วย⁽²⁾

หากพิจารณาขอบเขตของระบบปฏิบัติการฉุกเฉินมีโครงสร้างหรือกลไกหลักอยู่ 4 ส่วนที่ทำงานเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ประกอบด้วย (1) ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (2) ศูนย์สื่อสารและสั่งการ (3) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน และ (4) สถานพยาบาล เห็นได้ว่าในระบบปฏิบัติการฉุกเฉินของแต่ละจังหวัด ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดเป็นจุดเริ่มต้นระบบปฏิบัติการฉุกเฉินเนื่องจากการมีภารกิจรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การคัดแยกผู้ป่วย และจัดลำดับการบริการผู้ป่วยฉุกเฉินนับเป็นกลไกสำคัญที่สุด ทั้งนี้เพราะหากการคัดแยกระดับความฉุกเฉินไม่สอดคล้องกับระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (under/over triage) ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดำเนินงานของกลไกที่เหลือทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสิทธิภาพการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถาน

พยาบาลและในสถานพยาบาล กล่าวได้ว่า การคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ คือเงื่อนไขหลักของความสำเร็จในการลดการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งลดความพิการจากภาวะฉุกเฉินได้ แต่จากผลการดำเนินงานด้านการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อจัดระดับความรุนแรงหรือความฉุกเฉินของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดในปีงบประมาณ 2562 ที่ผ่านมา พบว่ามีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดภายใต้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศเพียง 6 จังหวัดเท่านั้น (จังหวัดสมุทรปราการ ปทุมธานี อ่างทอง นนทบุรี พระนครศรีอยุธยา ระยอง) ที่ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดดังกล่าว ขณะที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีเพียงจังหวัดเดียว (จังหวัดสงขลา) ที่ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์การคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่สูงกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (over triage) คือไม่เกินร้อยละ 30 และมีอัตราที่ลดลงอย่างต่อเนื่องมาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 เดือน เพื่อให้การดำเนินงานตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2565 เป็นไปตามเป้าหมายและตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ สถาบันการแพทย์-ฉุกเฉินแห่งชาติจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลให้การคัดแยกความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินระดับจังหวัดประสบความสำเร็จ เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาระบบการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินสำหรับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดในจังหวัดอื่นๆ ทั้งที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข และ/หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระยะต่อไป โดยมอบหมายให้มูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท (มยช.) นักวิจัยจากคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และนักวิจัยจากคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์ พื้นที่ศาลายา เป็นผู้รับผิดชอบโครงการถอดบทเรียนปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

ปัจจัยที่สนับสนุนความสำเร็จการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

ในการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด นั้น คู่มือเกณฑ์วิธีการคัดแยกและจัดลำดับการจ่ายงานบริหารผู้ป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2556 ได้กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติสำหรับพนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (พรจ.) และผู้จ่ายงานปฏิบัติการฉุกเฉิน (ผจป.) รวมทั้งผู้ปฏิบัติการอื่นๆ ใช้ปฏิบัติการกึ่งคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริหารผู้ป่วยฉุกเฉินตามประเภทอาการนำ ตลอดจนการกำหนดเกณฑ์วิธีการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นตอนต่อมาทุกขั้นตอน สรุปได้ว่าการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินของแต่ละส่วนงานประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักด้วยกันคือ (1) ผู้ปฏิบัติการ (2) วิธีการปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และ (3) ทรัพยากรสนับสนุนการคัดแยก (วัสดุ/อุปกรณ์ เทคโนโลยี พาหนะ ฯลฯ) เป็นกลไกขับเคลื่อนให้การคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนด ซึ่งส่งผลต่อระดับความถูกต้องของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินได้ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบดังกล่าวตามหลักการของทฤษฎีระบบ (system theory) และหลักการของห่วงโซ่ผลสัมฤทธิ์ (result chain)⁽⁵⁾ อาจกล่าวได้ว่า องค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนข้างต้น คือ ปัจจัยนำเข้า (input) และกระบวนการดำเนินงาน (process) ที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (output) ซึ่งคณะผู้วิจัยประยุกต์ใช้หลักการดังกล่าวสำหรับการศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนความสำเร็จของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินครั้งนี้ โดยได้ดำเนินการพัฒนาเป็นกรอบการถอดบทเรียนเบื้องต้น ร่วมกับผู้แทนจากสำนักวิจัยและพัฒนาวิชาการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยนำเข้า (input) ในครั้งนี้พิจารณาถึงทรัพยากรที่จำเป็นต่อการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินของจังหวัดกรณีศึกษา ประกอบด้วยนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบการคัดแยก แผนปฏิบัติการ

โครงสร้างองค์กร องค์ประกอบของแต่ละส่วนงานบุคลากรที่เกี่ยวข้อง วิธีการคัดเลือก ระบบแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และทรัพยากรสนับสนุนการคัดแยก

2) กระบวนการ (process) ซึ่งหมายถึง ระบบการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินของจังหวัดที่ประสบความสำเร็จ โดยให้ความสำคัญกับการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติการแต่ละระดับ วิธีการปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในผังการทำงาน (protocol) การใช้ทรัพยากร/เทคโนโลยีต่าง ๆ ในการคัดแยก เช่น โปรแกรมสำเร็จรูป

3) ผลผลิต (output) หมายถึง ผลงานหลักของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินของจังหวัดที่ประสบความสำเร็จ คือ ผลงานการคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่ต่ำกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (under triage) ไม่เกินร้อยละ 15 และการคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่สูงกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (over triage) ไม่เกินร้อยละ 30 หรือผลงานอื่น ๆ (ถ้ามี) ดังรายละเอียดในภาพที่ 1

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) รูปแบบกรณีศึกษา (case studies) โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

พื้นที่เป้าหมายและเกณฑ์การเลือกกรณีศึกษา

การเลือกพื้นที่เป้าหมายเพื่อเป็นกรณีศึกษา รวมถึงกลุ่มตัวอย่างของแต่ละกรณีศึกษา ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีกระบวนการและเกณฑ์การเลือกดังต่อไปนี้

คณะผู้วิจัยและผู้แทนจากสำนักวิจัยและพัฒนาวิชาการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้ร่วมกันพิจารณาเกณฑ์การเลือกพื้นที่เพื่อเป็นกรณีศึกษา โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาเลือกศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด ดังต่อไปนี้

- เป็นศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดที่มีความสำเร็จของการดำเนินงานคัดแยกระดับความฉุกเฉิน กล่าวคือ มีผลการประเมินระดับความฉุกเฉินต่ำกว่าระดับ

ภาพที่ 1 กรอบการถอดบทเรียน (เบื้องต้น) “ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ”



ความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (under triage) ไม่เกินร้อยละ 15 และ/หรือผลการประเมินระดับความฉุกเฉินสูงกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (over triage) ไม่เกินร้อยละ 30 มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

– เป็นศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดที่อยู่ภายใต้การดำเนินงานของหน่วยงาน และ/หรือองค์กรที่มีลักษณะแตกต่างกัน กล่าวคือ อยู่ภายใต้การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรืออยู่ภายใต้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข

จากเกณฑ์ข้างต้น ทำให้ได้ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดกรณีศึกษาจำนวน 2 พื้นที่ คือ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นศูนย์ที่อยู่ภายใต้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข และศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดสงขลาที่อยู่ภายใต้การดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา (อบจ.สงขลา)

กลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยและผู้แทนจากสำนักวิจัยและพัฒนาวิชาการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้ร่วมกัน

หารือเพื่อพิจารณากำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดทั้งทางตรงและโดยอ้อมในแต่ละจังหวัดที่เป็นกรณีศึกษา ประกอบด้วยบุคลากร 3 ระดับด้วยกันคือ

1) ระดับนโยบาย/ระดับที่เกี่ยวข้องกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด เช่น หัวหน้าศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด แพทย์อำนวยการ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด

2) ระดับปฏิบัติการอำนวยการ เช่น พนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (พรจ.) และผู้รายงานปฏิบัติการฉุกเฉิน (ผจป.) ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด

3) ระดับปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น แพทย์พยาบาล หรือบุคลากรสาธารณสุขประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนรวม 10 คนต่อศูนย์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือการเก็บข้อมูลครั้งนี้ เป็นแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (focus group) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบการถอดบทเรียน ตรวจสอบความตรง (validity) ด้วยการพิจารณาร่วมกับผู้แทนจากสำนักวิจัยและพัฒนาวิชาการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ขั้นตอนการดำเนินการ

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

- ศึกษาข้อมูลของพื้นที่เป้าหมาย การดำเนินงานและ/หรือการบริหารระบบการคัดแยกระดับความฉุกเฉินฯ จากเอกสาร ฐานข้อมูลสารสนเทศ และแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
- กำหนดรายละเอียดของกรอบการถอดบทเรียนร่วมกับผู้แทนจากสำนักวิจัยและพัฒนาวิชาการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
- กำหนดพื้นที่เป้าหมายและกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกรณีศึกษา ร่วมกับผู้แทนจากสำนักวิจัยและพัฒนาวิชาการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
- ออกแบบและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- ดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนามในพื้นที่เป้าหมาย กรณีศึกษาจำนวน 2 พื้นที่ร่วมกับผู้แทนจากสำนักวิจัยและพัฒนาวิชาการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติอย่างเป็นทางการประมาณ 2-3 ครั้ง และอย่างไม่เป็นทางการ เช่น การสัมภาษณ์ออนไลน์ผ่านโปรแกรมไลน์ (line) หรือโปรแกรมซูม (zoom meeting)
- มีการยืนยันความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีการเทคนิคสามเส้า (triangulation technique) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลากหลายวิธีทั้งจากเอกสาร การสัมภาษณ์ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ กระบวนการเก็บข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อไม่มีข้อค้นพบใหม่ในประเด็นการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการจำแนก จัดหมวดหมู่ และระบบ

ของข้อมูลดิบ วิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ ตามประเด็นที่กำหนดในกรอบแนวคิดการวิจัย และนำเสนอโดยการบรรยายเชิงพรรณนา (descriptive analysis) นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีการคืนข้อมูลต่อผู้แทนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการฯ ที่เป็นกรณีศึกษาทั้ง 2 พื้นที่ เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหาเป็นระยะ ๆ ก่อนการสรุปผลการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือแก่ผู้เชี่ยวชาญด้าน “ปฏิบัติการฉุกเฉิน” สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้พิจารณาและรับรองการวิจัย สำหรับการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงเริ่มการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม โดยคำตอบที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดถือเป็นความลับ และผลการวิจัยได้นำเสนอเป็นภาพรวม ทั้งนี้เมื่อสิ้นสุดการวิจัยผู้วิจัยจะทำลายไฟล์ข้อมูลทั้งหมดเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา

ด้วยศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดกรณีศึกษาครั้งนี้ เป็นพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จในการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉิน จึงพบว่า มีผลการดำเนินงานเป็นไปตามเกณฑ์ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด กล่าวคือ มีผลงานการคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่ต่ำกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (under triage) ไม่เกินร้อยละ 15 และการคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่สูงกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (over triage) ไม่เกินร้อยละ 30 โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดปทุมธานีที่มีผลการดำเนินการดังกล่าวต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา กล่าวคือตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา (ภาพที่ 2)

ขณะที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดสงขลาพบว่า ผลการดำเนินงานเริ่มเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดย

เฉพาะผลการคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่สูงกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (over triage) เริ่มเป็นไปตามเกณฑ์ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2561 ต่อเนื่องถึงปี พ.ศ. 2562 สำหรับผลงานการคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่ต่ำกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (under triage) เริ่มเป็นไปตามเกณฑ์ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 (ภาพที่ 3)

อาจกล่าวได้ว่าการที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการทั้ง 2 จังหวัดข้างต้นประสบความสำเร็จในการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น เป็นผลมาจากเงื่อนไขที่คล้ายคลึงกัน ดังต่อไปนี้

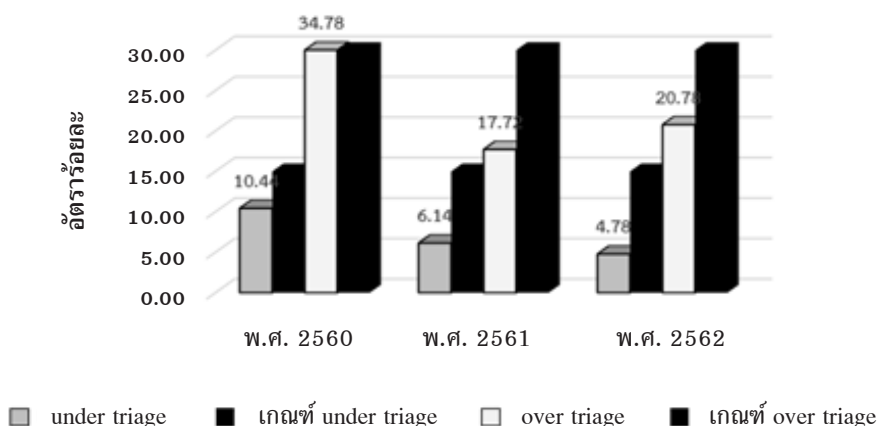
- การมีนโยบายด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ชัดเจนของ

หน่วยงาน หรือองค์กรที่เป็นต้นสังกัดของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด จึงเอื้อให้มีการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

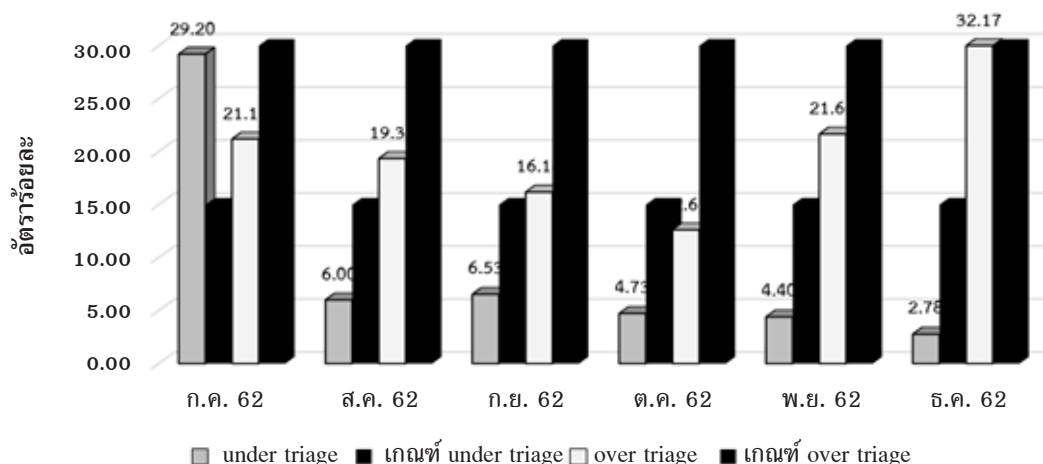
- การจัดทำแผนปฏิบัติการ และกำหนดไว้เป็นแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน หรือองค์กรต้นสังกัดของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด ซึ่งส่งผลให้บุคลากรของศูนย์สามารถปฏิบัติงานให้สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

- การมีโครงสร้างของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดที่ประกอบด้วย องค์ประกอบ บทบาทหน้าที่

ภาพที่ 2 ผลการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในระหว่างปี พ.ศ. 2560 -2562 ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดปทุมธานี



ภาพที่ 3 ผลการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในระหว่างเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2562 ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดสงขลา



ของส่วนงานต่าง ๆ เป็นไปตามเกณฑ์ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนดไว้ รวมทั้งมีการจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม เป็นเงื่อนไขเริ่มต้นของความสำเร็จในการปฏิบัติงาน

- ความสามารถในการสรรหาบุคลากรตามโครงสร้างในจำนวนที่เพียงพอกับภาระงาน และมีคุณสมบัติในเชิงคุณภาพด้วย กล่าวคือ บุคลากรต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมถึงการมีคุณลักษณะเฉพาะที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้กำกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน (ผกป.) และ/หรือพนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (พรจ.)

- วิธีการคัดเลือกบุคลากร ที่ทำให้ได้มาซึ่งบุคคลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ ทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการ (ผ่านหลักสูตรของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ) และรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระหว่างการปฏิบัติงานจริง เช่น การสอนงาน (mentor)

- การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรทั้งในส่วนที่เป็นสวัสดิการต่าง ๆ และด้านความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ภายใต้การบริหารของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรค่อนข้างมาก การมีสวัสดิการเสริมให้กับเจ้าหน้าที่ รวมถึงความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ จะช่วยสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

- การจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการทำงานของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด ตลอดจนการบริหารทรัพยากรของศูนย์ฯ แบบยืดหยุ่นและเอื้อต่อการทำงานภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด ความสามารถในการบริหารทรัพยากรของหัวหน้าศูนย์รับแจ้งเหตุฯ จะช่วยเพิ่มคุณภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

- ผู้ปฏิบัติงานแต่ละตำแหน่งงานในศูนย์รับแจ้งเหตุฯ สามารถดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างมี

ประสิทธิภาพ รวมทั้งความสามารถในการปฏิบัติงานสลับหน้าที่หรือทดแทนตำแหน่งงานกันได้ ช่วยทำให้ระบบปฏิบัติการฉุกเฉินสามารถดำเนินการไปได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เป็นที่น่าสังเกตว่า ในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดกรณีศึกษาครั้งนี้ ผู้กำกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน (ผกป.) คือ จุดคานงัดสำคัญที่เป็นผู้นำสร้างการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน ด้วยเหตุนี้ คุณสมบัติและคุณลักษณะเฉพาะของผกป. จึงเป็นเงื่อนไขสำคัญสำหรับการสรรหา และ/หรือการคัดเลือกผู้มาดำรงตำแหน่งงานนี้

- การจัดทำผังการทำงาน (protocol) ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดในภาพรวม และแต่ละตำแหน่งงานเป็นไปตามเกณฑ์ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด พร้อมทั้งนำเสนอให้ปรากฏเป็นรูปธรรมชัดเจน เช่น จัดทำเป็นแผนภาพ ทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถใช้ประกอบเป็นแนวทางการปฏิบัติงานได้

- การติดตามประเมินผลภายใน (internal evaluation) นับเป็นจุดแข็งของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดกรณีศึกษาครั้งนี้ มีการใช้ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือกำกับติดตามผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ การพัฒนาเครื่องมือประเมินผลการดำเนินงานง่าย ๆ เพื่อช่วยกำกับการปฏิบัติงาน มีการบริหารผลการประเมินอย่างจริงจัง การนำผลการประเมินมาทบทวนร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้องในศูนย์รับแจ้งเหตุฯ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุง พัฒนาระดับคุณภาพการทำงานแต่ละตำแหน่งงานให้ดีขึ้น โดยการสร้างและกำหนดให้เป็นวงจรการทำงานแบบมีการสะท้อนกลับเชิงบวก (positive feedback loop) จนกลายเป็นส่วนหนึ่งในวัฒนธรรมการทำงานขององค์กร

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สนับสนุนการให้คัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการทั้ง 2 จังหวัดประสบความสำเร็จนั้น มีทั้งเงื่อนไขระดับโครงสร้าง และระดับปัจเจกบุคคล โดยส่วน

ใหญ่เป็นปัจจัยนำเข้า (input) ที่จำเป็นต่อกระบวนการคัดแยกระดับความฉุกเฉินฯ เป็นไปตามหลักการของทฤษฎีระบบ (system theory) รวมถึงหลักการห่วงโซ่ผลสัมฤทธิ์ (results chain) ที่เริ่มต้นด้วยการมีปัจจัยนำเข้าที่จำเป็น (necessary input) ประกอบด้วยนโยบายที่ชัดเจน แผนปฏิบัติการ บุคลากรของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด รวมทั้งระบบแรงจูงใจเพื่อทำให้เกิดกระบวนการสำคัญๆ (activities/ process) ของการคัดแยก ได้แก่ การดำเนินงานของผู้ปฏิบัติการ วิธีปฏิบัติ การตามผังการทำงาน และการติดตามประเมินผล อันเป็นสาเหตุ (causal sequence) ให้เกิดผลผลิต (output) ที่สำคัญคือ การคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดมีความถูกต้อง⁽⁵⁾ นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนากลไกใหม่ๆ เสริมและสนับสนุนกระบวนการคัดแยกให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น ตัวอย่างเช่น ใช้การติดตามและประเมินผลเป็นเครื่องมือสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดให้เกิดการเรียนรู้การทำงานและปรับเปลี่ยน ตลอดจนพัฒนาวิธีการทำงานให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและทันต่อสถานการณ์ความฉุกเฉิน อันเป็นจุดแข็งของการประเมินภายใน (internal evaluation) นั้นเอง⁽⁶⁾

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1) ระบบการรับแจ้งเหตุและสั่งการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ควรพิจารณาจัดทำเกณฑ์มาตรฐานการคัดแยกระดับฉุกเฉิน (ESI) โดยผสมผสานเกณฑ์การคัดแยกฯ ณ ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ และเกณฑ์การคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วย ณ ห้องฉุกเฉิน ที่เหมาะสมกับศักยภาพและประสบการณ์ของพนักงาน-รับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (พรจ.) และผู้รายงานปฏิบัติการฉุกเฉิน (ผจป.) ให้สามารถปฏิบัติการกักตักแยกผู้ป่วยและจัดลำดับการบริบาลได้สอดคล้องกับระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย

2) ระบบการสรรหาและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร สพฉ. ควรมีการทบทวนคุณสมบัติของพนักงานรับแจ้ง-

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน (พรจ.) เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์เหตุฉุกเฉินที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งให้มีจำนวนที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานในความรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรจัดให้มีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่แต่ละตำแหน่งงานของศูนย์รับแจ้งเหตุฯ เป็นการเจาะจง โดยออกแบบรูปแบบการพัฒนาศักยภาพและเนื้อหาความรู้ที่มีความหลากหลายสอดคล้องกับธรรมชาติการทำงาน of ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ

3) ระบบแรงจูงใจของบุคลากร สพฉ. ควรกำหนดให้มีเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพ (career path) ของแต่ละตำแหน่งงานของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดให้ชัดเจน เพื่อสร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรในการพัฒนาศักยภาพตัวเอง และพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน

4) ระบบการประเมินผลภายใน สพฉ. ควรกำหนดให้มีระบบการประเมินผลภายใน (internal evaluation) ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด ประกอบด้วย ตัวชี้วัด (เกณฑ์มาตรฐานฯ) ผู้รับผิดชอบ (ผกป.) วิธีการและเครื่องมือการติดตามประเมินผล รวมถึงวิธีการสื่อสารหรือบริหารผลการประเมิน กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติจากส่วนกลางให้ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดปรับประยุกต์ใช้ สำหรับเป็นเครื่องมือกำกับติดตามผลการดำเนินงาน

5) ระบบการสื่อสารต่อสาธารณะ ด้วยงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งใหม่สำหรับสังคมไทย สิ่งที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนคือ การสื่อสารอัตลักษณ์ (identity) ขององค์กรต่อสาธารณะในทุกกระดับ ดังต่อไปนี้

- ระดับนโยบาย ควรสื่อสารกับหน่วยงานระดับนโยบายทั้งส่วนกลางและระดับจังหวัด ที่เป็นต้นสังกัดขององค์กรที่เป็นกลไกหลักในระบบปฏิบัติการฉุกเฉินให้ตระหนักถึงความสำคัญและความเชื่อมโยงของระบบปฏิบัติการฉุกเฉินที่เป็นส่วนหนึ่งในความสำเร็จของภาระงานประจำองค์กร

- ระดับกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ใช้บริการ) ควรสื่อสารกับประชาชนทั่วไป ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบปฏิบัติการฉุกเฉินทั้งก่อนถึงสถานพยาบาล และ ณ ห้อง-

ฉุกเฉิน ผ่านช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย ด้วยเนื้อหาที่เข้าใจได้ง่าย สอดคล้องกับธรรมชาติและวัฒนธรรมการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการถอดบทเรียนความสำเร็จระบบการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินระดับจังหวัด ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกคนจากสำนักวิจัยและพัฒนาวิชาการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ รวมถึงผู้แทนของศูนย์รับเหตุและสั่งการ จังหวัดปทุมธานี และศูนย์รับเหตุและสั่งการ จังหวัดสงขลา ที่เสียสละเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ดัชนีความก้าวหน้าของคนประจำปี 2562 กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2562.
2. อูรา สุวรรณรักษ์, บรรณาธิการ. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2565ปรับปรุงจากแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: อัลติเมทพริ้นติ้ง; 2562.
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. การศึกษาสังเคราะห์บทเรียนการเปลี่ยนแปลงการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดบริหารจัดการ. กรุงเทพมหานคร: อัลติเมทพริ้นติ้ง; 2562.
4. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. เกณฑ์วิธีการคัดแยกและจัดลำดับการจ่ายงานบริหารผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนดพ.ศ. 2556. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2556.
5. Gertler J, Sebastian P, Premand R, Rawlings B, Vermeersch J. Impact evaluation in practice. 2 nd edition. Washington DC: World Bank; 2016.
6. Love J. Internal evaluation: building organization from within. USA: Sage Publications; 1991.

Abstract

Factors Supporting the Success of Emergency Severity Index Triage at Dispatch Centers

Praphaphan Un-ob*; Naphat Prapasuchat**; Patreeya Kitcharoen***

* Population Education Program, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University; ** Faculty of Liberal Arts, Rajamangala University of Technology Rattanakosin; *** Medical and Public Health Social Sciences Program, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University, Thailand

Journal of Emergency Medical Services of Thailand 2021;1(1):3-13.

The objective of the research was to study the factors supporting the success of ESI triage at Dispatch Center. The qualitative case studies methodology was employed in some selected successful Dispatch Centers, including Pathum Thani and Songkhla dispatch centers. The data were collected from stakeholders by conducting in-depth interviews and focus group discussions with 10 participants per site. Content analysis was then applied to analyze the data. The results revealed that necessary input factors for the success of ESI triage at Dispatch Center included clear policy, available action plan, staff, and incentive system. Appropriate processes should be identified such as the operational procedure of operators, the operation in line with the protocol, and the internal evaluation system. Therefore, National Institute for Emergency Medicine should set the standard criteria for Emergency Severity Index (ESI). The criteria should be standardized to be used for ESI Triage at all dispatch centers and emergency departments. The qualification of Emergency Medical Call Taker (EMCT) should be identified in accordance with new emergency disease groups. Incentive and internal evaluation systems should also be developed to improve the quality of the staff at the dispatch centers.

Keywords: emergency severity index (ESI) triage; emergency patient; dispatch center

Corresponding author: Praphaphan Un-ob, e-mail: email: shpob1595@gmail.com