

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

คุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาอน อำเภอนาอน จังหวัดมหาสารคาม

สหัสศญา สุขจำนงค์*

สายสกุล สิงห์หาญ*

ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์**

* โรงพยาบาลนาอน

** วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

บัวบาน ปักกระโต*

วิศรุต ศรีสว่าง*

ติดต่อผู้เขียน: สหัสศญา สุขจำนงค์ email: rairasuk@gmail.com

วันรับ: 16 ก.ค. 2564

วันแก้ไข: 12 ต.ค. 2564

วันตอบรับ: 12 ต.ค. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาอน อำเภอนาอน จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม 2563 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) พยาบาลฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาอน และเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 22 คน และ (2) ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน จำนวน 270 คน คัดเลือกตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบประเมิน Emergency Severity Index (ESI) และแบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วย MOPH ED triage วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัญหาและสถานการณ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ การคัดแยกผู้ป่วยผิดพลาดในผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน (urgency) ร้อยละ 32.14 โดยข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น เกิดจากไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและการมอบหมายหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีแต่การพูดคุยและปฏิบัติ แยกประเภทและส่งข้อมูลในจุดบริการที่เกี่ยวข้อง ไม่มีการสื่อสารข้อมูลที่ชัดเจน ขาดการประเมินและติดตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย เก็บข้อมูลไม่เป็นระบบ ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน การพัฒนาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย (1) สร้างแนวปฏิบัติการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน มอบหมายงานเป็นลายลักษณ์อักษรของพยาบาลคัดแยกและพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน และ (2) อบรมเชิงปฏิบัติการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินแก่พยาบาลฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาอน และเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ การติดตามประเมินผลพบการเจ็บป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่ม non-trauma ร้อยละ 74.08 โดยญาตินำส่ง ร้อยละ 46.30 การคัดแยกประเภทผู้ป่วยแบ่งระดับความฉุกเฉินเร่งด่วน (ESI 3) ร้อยละ 40.74 ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (ESI 4) ร้อยละ 35.56 และฉุกเฉินวิกฤต (ESI 2) ร้อยละ 12.59 การประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินมีความถูกต้อง ร้อยละ 81.48 โดยพยาบาลวิชาชีพคัดแยกไม่ถูกต้อง ร้อยละ 17.03 เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ร้อยละ 21.59 ซึ่งการประเมินที่ผิดพลาดส่วนใหญ่ คือ ประเมินผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ (under triage) ร้อยละ 3.33 สูงกว่าเกณฑ์ (over triage) ร้อยละ 15.19

คำสำคัญ: คุณภาพ; การคัดแยก; ประเภทผู้ป่วย

บทนำ

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีความสำคัญในการให้บริการด้านหน้าแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ปัจจุบันผู้ป่วยเข้าใช้บริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น มีผู้ป่วยมารับบริการพร้อมกันจำนวนมากในช่วงเวลาเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการให้บริการล่าช้าและไม่ปลอดภัยในผู้ป่วยบางราย⁽¹⁾ การปฏิบัติทางการแพทย์ตามกฎหมายกำหนดในมาตรา 28 แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่องหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ.2554 เพื่อการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน กำหนดให้สถานพยาบาล หน่วยปฏิบัติการและ ผู้ปฏิบัติการดำเนินการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์⁽²⁾ ประเทศไทย โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้นำระบบการคัดแยกผู้ป่วย Emergency Severity Index (ESI)⁽³⁾ ของประเทศสหรัฐอเมริกามาใช้เพื่อเป็นแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วย โดยแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยฉุกเฉินออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (resuscitation): ESI 1 ใช้สัญลักษณ์สีแดง

ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉิน (emergency): ESI 2 ใช้สัญลักษณ์สีชมพู

ระดับที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (urgency): ESI 3 ใช้สัญลักษณ์สีเหลือง

ระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (semi-urgency): ESI 4 ใช้สัญลักษณ์สีเขียว

ระดับที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป (non-urgency): ESI 5 ใช้สัญลักษณ์ สีขาว⁽²⁾

จากการสำรวจการดำเนินงานคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินของประเทศไทยพบว่าการดำเนินงานยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยส่วนใหญ่ใช้แนวปฏิบัติการคัด

แยกตามระบบการคัดแยกผู้ป่วยแต่ให้สัญลักษณ์ที่แตกต่างกัน⁽⁴⁾ ระบบการคัดแยกช่วยให้พยาบาลมีแนวทางมาตรฐานการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ส่งผลให้การปฏิบัติงานคัดแยกประเภทผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น สามารถคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วน อัตราการไหลเวียนของผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น เพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ลดความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินอย่างแท้จริง⁽⁵⁾ มีการปรับกระบวนการคัดแยกของประเทศไทย (Thailand National Triage Guideline) เพื่อเป็นแนวทางให้โรงพยาบาลนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และนำมาปรับปรุงด้วยกระบวนการวิจัยเพื่อให้กระบวนการคัดแยกมีความแม่นยำ น่าเชื่อถือยิ่งขึ้น เหมาะกับบริบทประเทศไทย และใช้การคัดแยกประเภทผู้ป่วย MOPH Emergency Department (ED) Triage⁽⁶⁾ มาปรับให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลด้วย

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลนาดัน จังหวัดมหาสารคาม เริ่มมีระบบคัดแยกประเภทผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2559 เพื่อแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยก่อนให้การรักษายาบาลตามความถูกต้องและความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากโรงพยาบาลนาดันมีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มขึ้นทุกปี จากการศึกษาข้อมูลอุบัติการณ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ในปี พ.ศ.2563 สถานการณ์การคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) ซึ่งมีอาการปวดกระพุ้งแก้มมา 3 ชั่วโมง พยาบาลผู้ทำการคัดแยกจัดให้เป็นกลุ่มไม่เร่งด่วน (non-urgent) และส่งผู้ป่วยไปตรวจที่งานผู้ป่วยนอก แต่ขณะรอแพทย์ตรวจนั้นผู้ป่วยมีอาการปวดมากขึ้น pain score 9/10 จึงย้ายผู้ป่วยเข้าตรวจที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตรวจพบหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และได้รับยา Streptokinase ส่งตัวรักษาต่ออย่างศูนย์หัวใจอย่างเร่งด่วน จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยมาด้วยอาการวิงเวียนศีรษะมา 2 วัน พยาบาลคัดแยก จัดเป็นกลุ่มฉุกเฉินไม่รุนแรงส่งไปตรวจที่งานผู้ป่วยนอก ชัก-ประวัติเพิ่มเติม ส่งมาตรวจที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบเป็น

โรคหลอดเลือดสมอง และส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาสารคาม และผู้ป่วยมาด้วยอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด มีประวัติอุบัติเหตุที่บ้าน เข้ารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ขณะรอแพทย์ตรวจ ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น ได้ช่วยฟื้นคืนชีพสำเร็จ ผลการตรวจพบหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของงานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุฉุกเฉินที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่ายังคงพบปัญหาที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอยู่ในแต่ละช่วงเวลาเป็นระยะๆ

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลนาอน เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางมาตรฐานการคัดแยก จัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วน ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม ลดระยะเวลารอคอย และความแออัดในการให้บริการ รวมทั้งนำไปปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลนาอน เพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการและการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่มตามกระบวนการศึกษาดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน คือ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจุดคัดแยก และงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 19 คน และเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ 3 คน รวมทั้งสิ้น 22 คน

2. กลุ่มเป้าหมายในกระบวนการประเมินประสิทธิผล คือผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาอน ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงธันวาคม 2563

จำนวน 270 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย หาขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางของ Krejcie and Morgan ประเมินความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย และประเมินการได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรงของการเจ็บป่วย

นิยามศัพท์

- Under triage หมายถึง การประเมินระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยต่ำกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย
 - Over triage หมายถึง การประเมินระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยสูงกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย
- ### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ประเมินการคัดแยกผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระหว่างพยาบาลจุดคัดแยก พยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เดือนตุลาคมถึงธันวาคม 2563 จำนวน 270 คน แยกตามสัดส่วน เวรเช้า-เวรบ่าย-เวรดึก และสัดส่วนระดับความเจ็บป่วยฉุกเฉิน

2. พัฒนาแนวทางคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน

2.1 จัดประชุมพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ และทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำเสนอผลจากการประเมินความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย และเสนอแนวปฏิบัติพัฒนาร่วมกัน

2.2 สร้างแนวปฏิบัติการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ เพื่อประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนาอน พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

2.3 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินแก่พยาบาลจุดคัดแยก พยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ทั้งหมด โดยผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน แบ่งการฝึกอบรมออกเป็น 2 ช่วงเวลา ครั้งละ 1.00-1.30 ชั่วโมง เพื่อเปิดโอกาสให้ทุกคนได้มีส่วนร่วม

ในการฝึกอบรม เนื้อหาการฝึกอบรมประกอบด้วย การอธิบายทำความเข้าใจแนวปฏิบัติการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น การฝึกคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้กรณีศึกษา

2.4 นำแนวปฏิบัติการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินไปใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 เดือน คือเดือนกันยายน 2563 โดยผู้วิจัยทำหน้าที่กำกับติดตามการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วย รวมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับถึงผลการคัดแยกผู้ป่วยเป็นระยะๆ ตลอดจนนำเสนอผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยนำเสนอผลลัพธ์เป็นกราฟทุกสัปดาห์ต่อเจ้าหน้าที่เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบผลการปฏิบัติและเป็นการกระตุ้นให้มีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ให้คำปรึกษาและติดตามประเมินปัญหาอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินจากผู้ใช้โดยตรง รวบรวมข้อมูลปัญหาอุปสรรคของหน่วยงาน เสนอแนะวิธีการแก้ไขปัญหาเพื่อแจ้งให้ผู้ปฏิบัติทราบ

3. ประเมินผลหลังการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการรวบรวมข้อมูลความถูกต้องของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินจากเวชระเบียนผู้ป่วยตั้งแต่เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2563 จำนวน 270 คน แยกตามสัดส่วน เวรเช้า-เวรบ่าย-เวรดึก และสัดส่วนระดับความเจ็บป่วยฉุกเฉิน

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสภาพและสถานการณ์การให้บริการเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนาดันและแนวความคิดเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาจำนวน 5 ข้อ

2) การสนทนากลุ่ม ประเด็นในคำถามกำหนดจากวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเน้นให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพและสถานการณ์การให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนาดันและแนวความคิดเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

3) แบบบันทึกข้อมูลการคัดแยกและการแบ่งระดับความฉุกเฉิน แบ่ง 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการคัดแยกและการแบ่งระดับความฉุกเฉินตามแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ของพยาบาลจุดคัดแยก พยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ โดยประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (Emergency Severity Index (ESI)) และเกณฑ์การคัดแยกของ MOPH ED Triage แบ่งการคัดแยกผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินของพยาบาลจุดคัดแยก พยาบาลงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ โรงพยาบาลนาดัน ซึ่งใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งได้ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานในระดับสากล แปลและตรวจสอบความถูกต้องของภาษาโดยคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 15 คน ที่ได้รับการแต่งตั้งโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ การคัดแยกประเภทผู้ป่วย MOPH ED Triage แปลและตรวจสอบความถูกต้องของภาษาโดยคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 16 คน ที่ได้รับการแต่งตั้งโดยกรมการแพทย์ การศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าว เพื่อให้เกิดความถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนาดัน และได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบบันทึกการคัดแยกประเภทผู้ป่วย โดยได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลยางสีสุราช จำนวน 30 คน หลังจากนั้นตรวจสอบให้คะแนนและหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ของ Cronbach เท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ การเจ็บป่วย และการนำส่ง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. ข้อมูลความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลจุดคัดแยก พยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้นั้นมีความมั่นใจในความถูกต้อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้ผ่านการพิจารณารับรองเชิงจริยธรรมจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลนาอน ที่ ND 07/2020 ลงวันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งผู้วิจัยให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โดยคำนึงถึงหลักการด้านจริยธรรม 3 ประการ ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการศึกษาเมื่อไรก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการประเมินการทำงานแต่อย่างใด และรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับชื่อบุคคลเป็นความลับโดยเปิดเผยได้เฉพาะสรุปผลการศึกษา หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาและสถานการณ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน จากการทบทวนข้อมูลเวชระเบียน เดือนมกราคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2563 พบว่าการประเมินคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน มีความถูกต้อง ร้อยละ 77.66 โดยผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินเร่งด่วน (urgency) เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (semi-urgency) ส่งรอตตรวจที่ OPD มากที่สุดร้อยละ 32.14 (63 คนจากทั้งหมด

196 คน) ผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินเร่งด่วน (urgency) แต่จำแนกเป็นประเภทฉุกเฉิน (emergency) ร้อยละ 15.38 (8 คน จากทั้งหมด 52 คน) จากการวิเคราะห์สาเหตุด้านระบบบริการ พยาบาลจุดคัดแยกมาจากหลายหน่วยงาน เช่น พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลตึกผู้ป่วยนอก พยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ เป็นต้น

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลคัดแยก พบว่า มีเจ้าหน้าที่คัดแยกคนเดียวคัดแยกไม่ทัน เกิดความเสี่ยงผู้ป่วยรอนาน ยังไม่ได้มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง (job specification) หน้าที่ความรับผิดชอบ (job description) ที่ชัดเจน ยังไม่นำเกณฑ์ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยมาใช้อย่างจริงจัง

จากการสนทนากลุ่มพยาบาลจุดคัดแยก และพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและการมอบหมายหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีเพียงการพูดคุยและปฏิบัติ แยกประเภทและส่งข้อมูลในจุดบริการที่เกี่ยวข้อง ไม่มีการสื่อสารข้อมูลที่ชัดเจนระหว่างหน่วยงาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการล่าช้า และผู้ป่วยถูกส่งไป-มาระหว่าง 2 จุด ไม่มีการประเมินและติดตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต่อเนื่องทั้งงานผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เก็บข้อมูลไม่เป็นระบบ ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีอุปกรณ์ไม่เพียงพอ เช่น ปรอทวัดไซ้ เครื่องวัดความดันโลหิตเด็ก เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว ป้ายแขวนสำหรับจำแนกประเภทถูกนำมาใช้ไม่ต่อเนื่อง เกณฑ์การคัดแยกใช้ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (Emergency Severity Index; ESI) และเกณฑ์การคัดแยกของ MOPH ED Triage ไม่มีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

2. การนำผลการศึกษาสภาพปัญหาและสถานการณ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน มาวิเคราะห์และหาทางแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น โดยจัดประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหามีการคืนข้อมูลสภาพปัญหาและสถานการณ์ การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน และความต้องการของทีมแพทย์ พยาบาล ในการแก้ไขปัญหา

การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แนวทางการแก้ไข คือ (1) สร้างแนวปฏิบัติการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน พยาบาลจุดคัดแยก และพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และ (2) อบรมเชิงปฏิบัติการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยก ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินแก่พยาบาลจุดคัดแยก พยาบาลงาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน และเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์

3. การนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพการคัดแยก ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินไปสู่การปฏิบัติ

1) สร้างแนวปฏิบัติการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ของพยาบาลจุดคัดแยก พยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจาก การทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ เพื่อ ประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดำเนินงานที่เหมาะสม กับบริบทของโรงพยาบาลนาดัน พร้อมทั้งตรวจสอบความ ถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิเป็นแนว- ปฏิบัติการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินของหน่วยงาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน แบ่งเป็น 2 ส่วน จำนวน 10 ข้อ

2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยก ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินแก่พยาบาลจุดคัดแยก พยาบาลงาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน และเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ โดย ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โดยแบ่งการ ฝึกอบรมออกเป็น 2 ช่วง ระยะเวลาครั้งละ 1-1.30 ชั่วโมง เพื่อเปิดโอกาสให้ทุกคนได้เข้ามาส่วนร่วมในการฝึกอบรม เนื้อหาการฝึกอบรมประกอบด้วย การอธิบายทำความเข้าใจ แนวปฏิบัติการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินที่ พัฒนาขึ้น การฝึกคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้กรณีศึกษา

4. การประเมินผล

กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจุดคัดแยก และงาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 22 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.36 อายุ 20-30 ปี ร้อยละ 59.09 การศึกษา ปริญญาตรี ร้อยละ 86.36 ประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 72.73 ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย-ฉุกเฉิน จำนวน 270 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.78 อายุ 25-60 ปี ร้อยละ 54.08 การเจ็บป่วยทั่วไป (non-trauma) ร้อยละ 74.08 การนำส่ง ญาตินำส่ง ร้อยละ 46.30 ด้านอาการสำคัญ งานอายุรกรรมพบมาก

ที่สุดคือไข้สูง (high fever) ร้อยละ 20.74 และระบบทาง เติ้นอาหาร(digestive) ร้อยละ 16.30 งานสูติ-นรีเวชฯ พบมากที่สุดคือเลือดออกทางช่องคลอด (bleeding per vagina) ร้อยละ 0.74 งานกุมารเวชกรรมพบมากที่สุด คือไข้สูง (high fever) ร้อยละ 3.70 งานศัลยกรรมพบ มากที่สุดคือ อุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 14.07 งาน อื่นๆ พบมากที่สุดคือหูดจมูก (ENT) ร้อยละ 1.11 ไม่มีโรค- ประจำตัวร้อยละ 76.30 และสถานภาพ กลับบ้าน ร้อยละ 46.67 รองลงมา คือรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 41.48 ดังตารางที่ 1

ผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน และช่วงระยะเวลาที่มารับบริการ พบว่า เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน เร่งด่วน (ESI 3) มากที่สุด ร้อยละ 40.74 ฉุกเฉินวิกฤต (ESI 1) น้อยที่สุดร้อยละ 4.44 และช่วงระยะเวลาที่ ผู้ป่วยมารับบริการส่วนใหญ่เป็นเวรเช้า เวลา 08.00- 16.00 น. ฉุกเฉินเร่งด่วน (ESI 3) ร้อยละ 23.70 ฉุกเฉิน ไม่เร่งด่วน (ESI 4) ร้อยละ 17.78 รองลงมาคือช่วงเวร บ่าย เวลา 16.00-24.00 น. ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (ESI 4) ร้อยละ 11.85 ฉุกเฉินเร่งด่วน (ESI 3) ร้อยละ 10.37 และ Triage ครั้งที่ 1 จุดคัดแยก ฉุกเฉินเร่งด่วน (ESI 3) ร้อยละ 45.19 ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (ESI 4) ร้อยละ 40.37 Triage ครั้งที่ 2 งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ฉุกเฉินเร่งด่วน (ESI 3) ร้อยละ 40.74 ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (ESI 4) ร้อยละ 35.56 ดังตารางที่ 2

ผลการประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ฉุกเฉิน พบว่า คัดแยกถูกต้องร้อยละ 81.48 โดยคัดแยก ต่ำกว่าเกณฑ์ (under triage) ร้อยละ 3.33 สูงกว่าเกณฑ์ (over triage) ร้อยละ 15.19 ดังตารางที่ 3

ผลการประเมินการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของเจ้า- หน้าที่จำนวน 22 คน พบว่า การคัดแยกครั้งที่ 1 ณ จุด- คัดแยก พยาบาลวิชาชีพคัดแยกไม่ถูกต้อง ร้อยละ 17.03 เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์คัดแยกไม่ถูกต้อง ร้อยละ 21.53 การคัดแยกครั้งที่ 2 ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบ พยาบาลวิชาชีพคัดแยกไม่ถูกต้อง ร้อยละ 2.96 ดังตาราง ที่ 4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ก. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคุณภาพ

ข้อมูลทั่วไป (n=22)		จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป (n=22)		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	3	13.64	การศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	3	13.64
	หญิง	19	86.36		ปริญญาตรี	19	86.36
อายุ	อายุ 20-30 ปี	13	59.09	ประสบการณ์การทำงาน	ต่ำกว่า 5 ปี	6	27.27
	อายุ 31-40 ปี	5	22.73		มากกว่า 5 ปี	16	72.73
	อายุ 41-50 ปี	2	9.09				
	อายุ 51-60 ปี	2	9.09				

ข. กลุ่มตัวอย่างในกระบวนการประเมินประสิทธิผล

ข้อมูลทั่วไป (n=270)		จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป (n=270)		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	87	32.22	- สูติ-นรีเวชฯ			
	หญิง	183	67.78		เจ็บครรภ์คลอด	0	0
อายุ	แรกเกิด - 1 ปี	2	0.74	- กุมารเวชกรรม	เลือดออกทางช่องคลอด	2	0.74
	อายุ 1 - 5 ปี	5	1.85		ครรภ์เป็นพิษ	1	0.37
	อายุ 5-12 ปี	10	3.70		กระทำชำเรา	0	0
	อายุ 13 - 25 ปี	62	22.96		อื่นๆ	0	0
	อายุ 25 - 60 ปี	146	54.08		ชัก (convulsion)	1	0.37
	อายุ มากกว่า 60 ปี	45	16.67		ไข้สูง (high fever)	10	3.70
การเจ็บป่วย				- ศัลยกรรม	หายใจลำบาก (dyspnea)	0	0
Trauma		70	25.92		ระบบย่อยอาหาร (digestive)	6	2.22
Non-Trauma		200	74.08		อื่นๆ	0	0
การนำส่ง	หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	62	22.96		ปวดท้อง (acute abdominal pain)	36	13.33
	ตำรวจ / กู้ภัย	3	1.11		เลือดออกทางเดินอาหาร	4	1.48
	มาเอง	48	17.78		อุบัติเหตุจากรถ	38	14.07
	ญาตินำส่ง	125	46.30		อุบัติเหตุทั่วไป	32	11.85
รับจากผู้ป่วยนอก		32	11.85	- อื่นๆ	ตา	2	0.74
อาการสำคัญ					หู คอ จมูก	3	1.11
- อายุรกรรม					อาการทางจิต	2	0.74
หายใจลำบาก		2	0.74		โรคประจำตัว		
ไข้สูง		56	20.74		มี	64	23.70
ไม่รู้สึกตัว		3	1.11		ไม่มี	206	76.30
ชัก		1	0.37	สถานภาพ	รับไว้รักษาในโรงพยาบาล	112	41.48
เจ็บหน้าอก		18	6.66		ส่งตัวรักษาต่อ	32	11.85
อาหารเป็นพิษ		8	2.96		กลับบ้าน	126	46.67
ระบบย่อยอาหาร		44	16.30				
อื่นๆ		2	0.74				

ตารางที่ 2 ผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยระดับความฉุกเฉินและช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการ (n=270)

ระดับความฉุกเฉิน		ผู้ป่วยฉุกเฉิน		ระดับความฉุกเฉิน		ผู้ป่วยฉุกเฉิน	
		จำนวน	ร้อยละ			จำนวน	ร้อยละ
รวม	ฉุกเฉินวิกฤต (ESI 1)	12	4.44	16.00 น. - 24.00 น.			
	ฉุกเฉินวิกฤต (ESI 2)	34	12.59		- ฉุกเฉินวิกฤต (ESI 1)	4	1.48
	ฉุกเฉินเร่งด่วน (ESI 3)	110	40.74		- ฉุกเฉินวิกฤต (ESI 2)	11	4.07
	ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (ESI 4)	96	35.56		- ฉุกเฉินเร่งด่วน (ESI 3)	28	10.37
	ผู้ป่วยทั่วไป (ESI 5)	18	6.67		- ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (ESI 4)	32	11.85
24.00 น. - 08.00 น.					- ผู้ป่วยทั่วไป (ESI 5)	5	1.86
	- ฉุกเฉินวิกฤต (ESI 1)	1	0.37		รวม	80	29.63
	- ฉุกเฉินวิกฤต (ESI 2)	5	1.85	Triage ครั้งที่ 1 จุดคัดแยก			
	- ฉุกเฉินเร่งด่วน (ESI 3)	18	6.67		- ฉุกเฉินวิกฤต (ESI 1)	10	3.70
	- ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (ESI 4)	16	5.93		- ฉุกเฉินวิกฤต (ESI 2)	26	9.63
	- ผู้ป่วยทั่วไป (ESI 5)	3	1.11		- ฉุกเฉินเร่งด่วน (ESI 3)	122	45.19
	รวม	43	15.93		- ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (ESI 4)	109	40.37
08.00 น. - 16.00 น.					- ผู้ป่วยทั่วไป (ESI 5)	3	1.11
	- ฉุกเฉินวิกฤต (ESI 1)	7	2.59	Triage ครั้งที่ 2 งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน			
	- ฉุกเฉินวิกฤต (ESI 2)	18	6.67		- ฉุกเฉินวิกฤต (ESI 1)	12	4.44
	- ฉุกเฉินเร่งด่วน (ESI 3)	64	23.70		- ฉุกเฉินวิกฤต (ESI 2)	34	12.59
	- ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (ESI 4)	48	17.78		- ฉุกเฉินเร่งด่วน (ESI 3)	110	40.74
	- ผู้ป่วยทั่วไป (ESI 5)	10	3.70		- ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (ESI 4)	96	35.56
	รวม	147	54.44		- ผู้ป่วยทั่วไป (ESI 5)	18	6.67

ตารางที่ 3 ผลการประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวน (n=270)

การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน	จำนวน	ร้อยละ
ถูกต้อง	220	81.48
ไม่ถูกต้อง	50	18.52
ระดับความฉุกเฉิน		
- ต่ำกว่าเกณฑ์ (under triage)	9	3.33
- ESI 1 คัดแยกเป็น ESI 2	2	0.74
- ESI 2 คัดแยกเป็น ESI 3	7	2.59
- ESI 3 คัดแยกเป็น ESI 4	0	0
- ESI 4 คัดแยกเป็น ESI 5	0	0
- สูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage)	41	15.19
- ESI 2 คัดแยกเป็น ESI 1	0	0
- ESI 3 คัดแยกเป็น ESI 2	10	3.70
- ESI 4 คัดแยกเป็น ESI 3	12	4.45
- ESI 5 คัดแยกเป็น ESI 3	14	5.19
- ESI 5 คัดแยกเป็น ESI 4	5	1.85

ตารางที่ 4 ผลการประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน (n=22)

การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน	จำนวน	คัดแยกไม่ถูกต้อง	ร้อยละ
การคัดแยก (triage) ครั้งที่ 1 ณ จุดคัดแยก			
โดยพยาบาลวิชาชีพ (5 คน)	182	31	17.03
พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี		8	4.39
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี		23	12.64
โดยเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (3 คน)	88	19	21.59
เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี		6	6.82
เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี		13	14.77
การ triage ครั้งที่ 2 ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน			
โดยพยาบาลวิชาชีพ (14 คน)	270	8	2.96
โดยเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์	-	-	-

วิจารณ์

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาอน จังหวัดมหาสารคาม โดยกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่จุดคัดแยก และงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.36 พยาบาลที่มีอายุการปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี มีการคัดแยกผิดพลาดมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม non-trauma นำส่งโดยญาติ เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (ESI 3) ร้อยละ 40.74 ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (ESI 4) ร้อยละ 35.56 และฉุกเฉินวิกฤติ (ESI 2) ร้อยละ 12.59 การคัดแยกระดับความฉุกเฉินของกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน ส่วนใหญ่มีความถูกต้อง ร้อยละ 81.48 พบว่า ผลการศึกษาสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของพนอ เตชะอธิก และปรีวัฒน์ ภูเงิน⁽⁷⁾ การประเมินคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วย พบความผิดพลาดคือ มีการประเมินระดับความฉุกเฉินสูงเกินจริง (over triage) ร้อยละ 15.19 และประเมินระดับความฉุกเฉินต่ำกว่าความเป็นจริง (under triage) ร้อยละ 3.33 สอดคล้องกับการศึกษาของนงศ์เยาว์ อินทวิเชียร⁽⁸⁾ ที่พบการประเมินระดับความฉุกเฉินสูงเกินจริง (over triage)

มากกว่าการประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง

สำหรับผลกระทบของการคัดแยกผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ล่าช้า เกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย เพิ่มระยะเวลารอคอย ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ และการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินระดับรุนแรงเสียโอกาสในการเข้ารับการรักษา ใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็นเพิ่มความแออัดในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของจันทรา จินดา⁽⁹⁾ กล่าวว่า การเกิดความแออัดหรือรอคอยที่จุดคัดแยก ทำให้เข้าถึงบริการล่าช้า ส่งผลให้ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ ระบบการคัดแยกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาอน ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน การใช้กระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการประชุมเพื่อให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน ร่วมตัดสินใจข้อตกลงแนวปฏิบัติและมีส่วนร่วมในการประเมินผลได้มีการฝึกปฏิบัติจากตัวอย่างที่คัดแยกผิดพลาด มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ระยะเวลาในการพัฒนา และมีผู้รับผิดชอบทำให้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยถูกต้องมากขึ้น

การวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นสถานการณ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินในปัจจุบัน ที่ปรากฏในเวชระเบียน เพื่อเป็นแนวทางนำข้อมูลการวิจัยมาพัฒนาคุณภาพระบบคัดแยกอย่างต่อเนื่อง สำหรับข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ส่วนใหญ่เห็นว่า ควรนำอุบัติการณ์มาทบทวนและควรกำหนดแนวทางการ คัดแยกให้ชัดเจนให้เข้าใจตรงกันระหว่างงานผู้ป่วยนอก และงานอุบัติเหตุฉุกเฉินควรมีการจัดอบรมเพื่อให้ พยาบาลมีทักษะในการคัดแยกได้ถูกต้องและมี ประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะ

1. นำผลการวิจัยที่ได้ครั้งนี้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน กำหนดเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการคัดแยก และเป็นข้อมูล-พื้นฐานแนวทางสำหรับการบริหารนำไปพัฒนาสมรรถนะ พยาบาลในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินของงาน-ผู้ป่วยนอก และงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
2. ผู้บริหารทางโรงพยาบาลสามารถนำข้อมูลไปใช้ ในการบริหารความเสี่ยง (risk management) รวมถึงการ ประกันคุณภาพ (quality assurance) และการพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continual quality improvement) เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลและผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น ลด โอกาสในการร้องเรียน
3. ควรมีการศึกษา ติดตามการประเมินคุณภาพการ คัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามระดับความเร่งด่วน อย่างต่อเนื่องและนำมาพัฒนารูปแบบการคัดแยก ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน
4. โรงพยาบาลสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการบริหารความ เสี่ยง การให้บริการตามความเร่งด่วน ผู้ป่วยที่มี ภาวะฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม ลดระยะเวลารอคอย ลดความแออัดในการให้บริการ เกิด การพัฒนาคุณภาพการบริหารการพยาบาลในการคัดแยก ประเภทผู้ป่วยของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Trzeciak S, Rivers E. Emergency department overcrowd- ing in the United State: An Emerging Threat to Patient Safety and Public Health. Emerg Med J 2003;20:402- 5.
2. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือแนวปฏิบัติปฏิบัติ ตามหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและ จัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ตามหลักเกณฑ์ที่คณะ กรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2558.
3. Gilboy N, Tanabe T, Travers D, Rosenau AM. Emer- gency severity index (ESI): a triage tool for emergency department care, version 4: implementation handbook, 2012 edition. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2011.
4. พรทิพย์ วชรติลล, อีระ ศิริสมุด, ลีนินุช ชัยสิทธิ์, อนุชา เศรษฐเสถียร. การคัดแยกผู้ป่วยของงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ในประเทศไทย.วารสารสภาการพยาบาล 2559;31(2):96- 108.
5. Christ M, Goransson F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. Dtsch Arz- tebl Int 2010;107:892-8.
6. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. MOPH ED Triage. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561
7. พนอ เตชะอธิก, ปรีวัฒน์ ภูเงิน. กระบวนการคัดแยกผู้ป่วย ในห้องฉุกเฉิน. ใน: รุปนวงศ์ มิตร์สูงเนิน, ปรีวัฒน์ ภูเงิน, กมลวรรณ เอี้ยงฮง, กรกฎ อภิรัตน์วรกุล, พนอ เตชะอธิก. Essential knowledge in emergency care. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: คลังนานา; 2557.
8. นงค์เยาว์ อินทวิเชียร.การศึกษาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วย ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารการ พยาบาลสุขภาพและการศึกษา 2562;2:43-53.
9. จันทรา จินดา. ผลการใช้รูปแบบคัดแยกผู้ป่วยตามระดับ ความเร่งด่วนต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึง พอใจในงานของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินวิทยาลัย แพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิระพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ บริหารการพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพ-มหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.

Abstract

Quality of Classification of Emergency Patients at Na Dun Hospital, Mahasarakham Province

Sahastaya Sukjamnong*; Buaban Pakkarato*; Saisakoon Singhan*; Wisarut Srisawang*, Phadoongsit Chumnanborirak**

* Na Dun Hospital, Mahasarakham Province; **Srimahasarakham Nursing College, Thailand

Journal of Emergency Medical Services of Thailand 2021;1(2):123-33.

This research aimed to study quality of classification of emergency patient Na Doon Hospital, Na Doon District Mahasarakham Province. The study was conducted from October to December 2020. Samples were randomly categorized into 2 groups: (1) triage nurses, emergency nurses, advanced emergency medical technicians 22 persons; and (2) 270 patients admitted to the emergency room. The tools used in data collection, participant observation group, and group discussion. The quantitative data were collected using the Emergency Severity Index (ESI) assessment form and the MOPH ED Triage screening record form. The data were analyzed using descriptive statistics, frequency, and percentage. The results of this study were: according to the study problems and situations of emergency categories of patient, classification indicated that screening errors in patients in emergency patients (urgency) was 32.14%. The error that occurs is caused by not being responsible for it, not assign of written duties, and only talk and classify and transmit information at the relevant service points. The information was not communicated clearly, no classification assessment and monitoring, not collecting information systematically, and no clear responsibility. The development of the quality of emergency patient classification consists of: (1) create guidelines for classifying emergency patients of the accident and emergency department, and (2) workshop on the use of emergency patient classification guidelines for triage nurses, emergency nurses, and advanced emergency medical technicians. The evaluation found that most illnesses are non-trauma 74.08%, relatives deliver 46.30%, classification of patients by level of urgent emergency (ESI 3) 40.70%, non-urgent (ESI 4) 35.56%, and crisis emergency (ESI 2) 12.59%. The quality assessment of emergency patient classification was accurate 81.48% and inaccurate 18.15%. Registered nurses were not properly classified 17.03% and advanced emergency medical technicians were not properly classified 21.59%. Most of the erroneous assessments were under triage 3.33% and over triage 15.19%.

Keywords: quality; classification; categories of patient

Corresponding author: Sahastaya Sukjamnong, email: rairasuk@gmail.com