

การศึกษาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

A study of quality of emergency patient triage in Phonphisai Hospital, Nongkhai

นงศ์เยาว์ อินทรวีเชียร

Nongyao Intarawichien

โรงพยาบาลโพธิสัย

Yao2504@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยฉุกเฉินในผู้ป่วยที่มารับบริการช่วงระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2561 – 30 เมษายน 2561 จำนวน 424 ฉบับ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องของ 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติความถี่ ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากเพศชาย (51.90%) อายุต่ำสุด 3 เดือน อายุสูงสุด 88 ปี สิทธิการรักษาบัตรทอง (63.70%) ญาตินำส่งโรงพยาบาล (47.60%) การประเมินคุณภาพการคัดแยกพบว่าการแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินต่ำกว่าเกณฑ์ (under triage) มากที่สุด ช่วงระยะเวลา เวลา 08.31น-16.30น (64%) ช่วงระยะเวลาที่มีการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินสูงกว่าเกณฑ์(over triage) มากที่สุดคือ ช่วงเวลา 08.31น-16.30น (44.60%) บทบาทการคัดแยกผู้ป่วยพบว่าเป็นพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้ทำหน้าที่คัดแยกเบื้องต้น ส่วนนอกเวลาราชการจะเป็นพยาบาลแผนกฉุกเฉินทำหน้าที่คัดแยกแบ่งผู้ป่วย ผลของการคัดแยกผู้ป่วยพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือหรือได้รับการ รักษาได้อย่างเหมาะสม ตรงตามประเภทความรุนแรง ปัญหาอุปสรรคพบว่ามีความขาดแคลนบุคลากร ขาดความรู้ ทักษะในการคัดแยก ระบบคัดแยกภายในโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน

คำสำคัญ: คุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน, การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน

Abstract

This descriptive research aimed to study of quality of emergency patient triage in Phonphisai Hospital, Nongkhai, both quality, and quantity. The samples of the research were 424 retrospective emergency medical records since April 1st, 2018 to April 30th, 2018, and 32 health personals. Sampling was purposive sampling. The instruments were the questionnaire which included personal information in the medical records, and group discussion and in-depth interview with relevant health professionals. The data analysis used frequency, percentage, and qualitative data analyzed by content analysis. The results showed that 1) from medical records, showed that 51.90% of emergency patients were male. The minimum age of the patient was 3 months old, and the maximum was 88. 63.70% of those using health insurance rights, and 12.20% used public and state-enterprise welfare. 47.60% of those were brought to the hospital by their relatives, 38.60% went by their own, 9.40% were from outpatients, and 4.20% were sent by rescuers. 2) Under triage (24.00%) was at 08.31 a.m-04.30 p.m.-64.00%, and at 04.31 p.m.-00.30 a.m. Over triage (32.10%) was at 08.31 a.m.-04.30 p.m.-44.60%, and that at 04.31p.m.-00.30a.m. For

qualitative data, the interviewee said, was that under the limited of resources for medical treatment, it helped to order patients to be treated before and after based on the cases. The triage also helped nurses in the emergency unit worked, communicated in the same direction, reducing the mistake, patients got proper treatment. The problems were personally lacking, inexperience in triage, triage-systems in the hospital was a difference.

Keywords: Quality of Emergency patient triage, Emergency patient triage

บทนำ

การบริการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นการให้บริการพยาบาลแก่บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บและ/หรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต ทั้งระบบร่างกายและจิตใจ โดยการประเมินสถานะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันที่ โดยให้การพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุและ ที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ตลอดจนรับไว้สังเกตอาการเฉพาะหน้า ณ ห้องฉุกเฉินหรือห้องสังเกตอาการ พยาบาลที่ปฏิบัติงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน จะต้องปฏิบัติโดยใช้ความรู้ ความสามารถ และตัดสินใจอย่างเร่งด่วน เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรีบด่วน ปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ แต่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในระบบสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีผลให้ขอบเขตของการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินจะต้องยืดหยุ่นเพียงพอที่จะสามารถตอบสนองประเด็นการเปลี่ยนแปลงระบบการคัดแยกช่วยให้พยาบาลมีแนวทางมาตรฐานการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ส่งผลให้การปฏิบัติงานคัดแยกประเภทผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น สามารถคัดแยกผู้ป่วย และจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม อัตราการไหลเวียนของผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น เพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน นอกจากนี้การนำระบบการคัดแยกเข้ามาใช้เพื่อเป็นแนวทางวัดและประเมินผลคุณภาพบริการพยาบาลด้านการจัดระดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยของงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2544) และการนำแนวทางคัดแยกประเภทผู้ป่วย จะช่วยให้พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีแนวทางมาตรฐานการแยกประเภทผู้ป่วย สามารถคัดแยกและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความจำเป็นเร่งด่วนได้อย่างเหมาะสม การไหลเวียนผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น เพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

จากการทบทวนวรรณกรรมการคัดแยก ประเภทผู้ป่วยในต่างประเทศพบว่าระบบการคัดกรองที่มีความเที่ยงตรงและมีความคาดเคลื่อนน้อยที่สุดจะทำให้พยาบาลสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วน ส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่รักษาที่มีความเหมาะสม ลดความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินลดอัตราการตายที่ไม่สมควร ลดค่าใช้จ่ายลดการใช้ทรัพยากร ลดอัตราคาดเคลื่อนในการคัดแยก (Christ et al,2010)ลดระยะเวลารอคอยในโรงพยาบาล (Yurkova & wolf ,2011) ลดความแออัดในพื้นที่รักษา(Hoot et al 2008) สอดคล้องกับการทบทวน วรรณกรรมในประเทศพบว่าระบบคัดแยกในประเทศระบบการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยที่ชัดเจน มีมาตรฐาน ถือเป็นการเริ่มต้นที่มีคุณภาพ (งทอง ไพศาล,2553) มีความละเอียดเที่ยงตรง จะช่วยให้พยาบาลคัดแยกผู้ป่วยถูกต้องตามความเร่งด่วน สามารถส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่รักษาที่เหมาะสม (พนอและปวิธน์ , 2552)ช่วยลดความเครียดในการคัดแยกและลดอัตราความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ (จันทร์,2546 บุษพาและคณะ 2554) ส่วนระบบคัดแยกที่มีความคาดเคลื่อนมากจะส่งผลทำให้ภาระงานของหน่วยงานเพิ่มขึ้น มีการใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็น เพิ่มค่าใช้จ่ายรักษาเกินความจำเป็นเช่นการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งเอกเรย์เพิ่มอัตราค่าล้างของบุคลากรเกินความจำเป็นเพิ่มค่าใช้จ่ายที่รักษาสูงขึ้น ระยะเวลาเข้าถึงการรักษาที่เร่งด่วน เกิดความล่าช้า ส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิต (Yurkova & wolf ,2011)

การคัดแยกผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้รับการพัฒนาคัดแยก ครั้งแรกปี 2547 แบ่งการคัดแยก 3 ระดับ ได้แก่ Emergent Urgent และ Non Urgent (กองการพยาบาล) ซึ่งพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้า การคัดแยกคัดแยกของพยาบาลไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน การคัดแยกไม่ละเอียด ต่อมาในปี 2554 จำนวนผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มขึ้น พบอุบัติการณ์หลายอย่างเช่น ผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจ คุณภาพการคัดแยกของพยาบาลไม่เป็นไปในทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยเร่งด่วนได้รับการรักษาที่ล่าช้า พยาบาลเกิดความเครียดในการทำงาน จึงได้นำเอาแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยของเขตบริการสุขภาพที่ 8 R 8 Emergency Triage Score (Modify National Triage Algorithm) มีการแบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท ได้แก่ 1) สีแดง. Resuscitation (R) 2) สีชมพู. Emergent (E) 3) สีเหลืองUrgent (U) 4) สีเขียวSemi Urgent (SU) 5) สีขาว Non Urgent(N) มาใช้ส่งพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเข้าเพิ่มพูนทักษะการคัดแยกประเภทคนไข้แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จัดโดยเขตบริการสุขภาพที่ 8 เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมครบ 100% ในปี 2556 โรงพยาบาลโพธิสัยได้นำแนวทางการคัดแยกของบริการสุขภาพที่ 8 (R 8 Emergency Triage Score (Modify National Triage Algorithm) มาใช้ในการปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและปี2559 ขยายแนวทางการคัดกรองดังกล่าวมาใช้กับแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกัน จากการเก็บอุบัติการณ์ที่มิดูแลสุขภาพ(ทีมPCT) ในปี 2556 พบผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นบริเวณลิ้นปี่ pain score 5 คัดแยกเป็นประเภทสีเหลือง Urgent (U) ได้ส่งตรวจที่ห้องตรวจแผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างรอตรวจนาน 10 นาที ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกร้าวไปที่แขนซ้าย เหงื่อออกตัวเย็น pain score 8 งานห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกคัดแยกเข้าผู้ป่วยได้ประเภทสีแดง Resuscitation (R) อาการแยลงได้ และได้ย้ายเข้ามาตรวจที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ให้การดูแลรักษาและได้ส่งต่อโรงพยาบาลหนองคาย ปี2557 ผู้ป่วย epilepsy รักษามานาน 8 ปีรับยาประจำที่โรงพยาบาลโพธิสัย วันนั้นมารับยาเดิม คัดแยกได้เป็นประเภท สีขาว Non Urgent(N) ส่งรอตรวจที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยมีอาการชักระหว่างรอตรวจและได้นำส่งที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ปี2558 มีคนไข้รายแรกปวดแน่นท้องก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง มีประวัติกินของหมักดอง สัญญาณชีพปกติ ส่งตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ระหว่างรอตรวจผู้ป่วยวูบหมดสติ ย้ายเข้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตรวจคลื่นหัวใจ(EKG) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด(STEMI) ได้รักษาและส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี รายที่ 2 ผู้ป่วยเด็กไข้สูง ชักที่บ้าน 1 ครั้ง ถึงโรงพยาบาลไม่มีอาการชักส่งตรวจที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระหว่างรอตรวจผู้ป่วยมีอาการชัก ได้ย้ายเข้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ปี 2559 มีผู้ป่วยมาด้วยอาการอาเจียนตลอดเวลาประมาณ 10 ครั้ง สัญญาณชีพปกติ พยาบาลคัดแยกได้ประเภทสีชมพู Emergent (E) รายงานแพทย์เวรระหว่างรอแพทย์เวรมาตรวจผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นทำ CPR นาน 1 ชั่วโมงผู้ป่วยเสียชีวิต การวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute MI)

สถิติการให้บริการโรงพยาบาลโพธิสัย ในปี2560 แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีผู้รับบริการจำนวน4,901ราย คิดเป็น 3,742ราย/เดือน โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยประเภท Resuscitation (R) สีแดง เฉลี่ย 99 ราย/เดือน ผู้ป่วยประเภท Emergent(E).สีชมพู เฉลี่ย 527 ราย/เดือน ผู้ป่วยประเภทUrgent (U) สีเหลือง เฉลี่ย 1,109ราย/เดือน ผู้ป่วยประเภท Semi Urgent (SU) สีเขียวเฉลี่ย 245 ราย/เดือน และ ผู้ป่วยประเภท Non Urgent(N) สีขาว เฉลี่ย 1,761 ราย/เดือน ซึ่งความเร่งด่วนในการให้การดูแลรักษา ผู้ป่วยแต่ละประเภทมีระยะเวลาความเร่งด่วนแตกต่างกันไป ตามความรุนแรงและอาการที่ผู้ปฏิบัติงานจะประเมินได้ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินมีข้อจำกัดในเรื่องสถานที่คับแคบ เตียงตรวจรักษาให้บริการมี 4 เตียง บุคลากรขึ้นเวรน้อย มีคนไข้ไม่ฉุกเฉินที่เข้ามาบริการ ผู้ป่วยตรวจคลื่นไฟฟ้าจากแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยทำแผลเก่าต่อเนื่อง ผู้ป่วยฉีดยานอกเวลาราชการ รวมทั้งผู้ป่วยทั่วไปเข้ามาตรวจนอกเวลาราชการ เข้ามาปะปนกับผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยหนักได้รับการดูแลรักษาล่าช้า เนื่องจากใช้ทีมให้บริการที่มิดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจ เกิดการร้องเรียนความล่าช้า พยาบาลเกิดความเครียดในการทำงาน ใน ปี 2560 จากอุบัติการณ์การคัดแยกที่ผ่านมาจะพบความผิดพลาดที่เกิดขึ้นผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลที่ล่าช้า พยาบาลใช้ความรู้สึกในการคัดแยก ผู้ป่วยทรุดลงได้รับการดูแลที่ล่าช้า พยาบาลจุดคัดแยกไม่มีประจำที่จุดตลอดเวลา เข้ามาช่วยงานในห้องฉุกเฉินเมื่อมีผู้ป่วยจำนวนมาก ในปีนี้ เข้าอยู่ในประเภท R เพื่อจะได้รักษาได้ทันที เพิ่มอัตรากำลังใจมีพยาบาลคัดแยกประเภทผู้ป่วยเต็มเวลา ตามความรุนแรงและอาการที่ผู้ปฏิบัติงานจะประเมินได้ เนื่องจากงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินมีข้อจำกัด ในเรื่องห้องให้บริการที่คับแคบ เตียงตรวจรักษามี 4 เตียง บุคลากรขาด

แคลนที่มีอยู่อย่างจำกัด และมีคนไข้ไม่ฉุกเฉินที่ต้องให้บริการเช่นผู้ป่วยทำ EKG ผู้ป่วยทำแผลเก่าต่อเนื่อง ผู้ป่วยฉีดยานอกเวลาราชการ รวมทั้งตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไปนอกเวลาราชการ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยรุนแรงและเร่งด่วน ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจ เกิดการร้องเรียนพยาบาลเกิดความเครียดในการทำงาน ใน ปี2560 จากอุบัติการณ์การคัดแยกที่ผ่านมาจะพบความผิดพลาดที่เกิดขึ้นผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลที่ล่าช้า พยาบาลใช้ความรู้สึกในการคัดแยก ผู้ป่วยทรุดลงได้รับการดูแลที่ล่าช้า พยาบาลคัดแยกทำงานช่วยที่ห้องฉุกเฉินเมื่ออัตรากำลังไม่เพียงพอ ทีมดูแลรักษาผู้ป่วย (PCT) ได้ประยุกต์ที่ต้องได้รับการรักษาโดยเร่งด่วน(Fast Tract) ของโรงพยาบาลจำนวน 4 โรค ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) โรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) โรคติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) สมองได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง (Severe head injury) จัดอยู่ในประเภทสีแดง Resuscitation (R) เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เข้าถึงการรักษาได้ทันที ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย จัดให้มีพยาบาลคัดแยกประเภทผู้ป่วยเต็มเวลาในเวรเช้า

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับผลการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลโพธิสัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุง แก้ไขและพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในการคัดแยกคนไข้ ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

ระเบียบวิธีกรวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณโดยแบบเก็บข้อมูลการคัดแยกย้อนหลังเพื่อศึกษาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีคุณสมบัติสอดคล้องกับเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนของผู้ป่วยฉุกเฉินช่วงระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2561 – 30 เมษายน 2561

โดยสถานที่ทำการวิจัยคือแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยนอก โดยเก็บในผู้มารับบริการในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ เวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก โรงพยาบาลโพธิสัย ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2561 ถึง 30 เมษายน 2561

กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากเวชระเบียน และข้อมูลเชิงคุณภาพจากบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

1. เวชระเบียนของผู้ป่วยมารับบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในเวลาและนอกเวลาราชการ เวรเช้า เวรบ่าย เวรดึกระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2561 – 30 เมษายน 2561 จำนวน 2,998 ฉบับ

2. สุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนของผู้ป่วยมารับบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในเวลาและนอกเวลาราชการ เวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึกที่มีคุณสมบัติสอดคล้องกับเกณฑ์การคัดเลือก กรณีทราบประชากรที่แน่นอนแล้วจึงนำมาคำนวณหากลุ่มตัวอย่างจากเกณฑ์ดังตาราง (บุญชม ศรีสะอาด, 2535: 38)

ตารางที่ 1แสดง เกณฑ์ในการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากร

จำนวนประชากร	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
จำนวนประชากรทั้งหมดเป็นหลักร้อยละ	25%
จำนวนประชากรทั้งหมดเป็นหลักพัน	10%
จำนวนประชากรทั้งหมดเป็นหลักหมื่น	5%
จำนวนประชากรทั้งหมดเป็นหลักแสน	1%

เมื่อแทนค่าเวชระเบียนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แยกเป็นประเภทผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติสอดคล้องกับเกณฑ์ดังนี้

ประเภทผู้ป่วย Resuscitation (R) .สีแดง 127 ฉบับ ใช้กลุ่มตัวอย่าง 32 ฉบับ

ประเภทผู้ป่วย Emergent (E) สีชมพู 460 ฉบับ ใช้กลุ่มตัวอย่าง 115 ฉบับ

ประเภทผู้ป่วย Urgent (U) .สีเหลือง 1,030 ฉบับ ใช้กลุ่มตัวอย่าง 105 ฉบับ

ประเภทผู้ป่วย Semi Urgent (SU) .สีเขียว 232 ฉบับ ใช้กลุ่มตัวอย่าง 59 ฉบับ

ประเภทผู้ป่วย Non Urgent(N) สีขาว 1,149 ฉบับ ใช้กลุ่มตัวอย่าง 114 ฉบับ
ดังนั้นเวชระเบียนมีคุณสมบัติสอดคล้องกับเกณฑ์การคัดเลือกในการศึกษาทั้งสิ้น 424 ฉบับ

3. บุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องของจำนวน 32คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยแพทย์ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวน 14 คน คน พยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวน 10 คน พนักงานกู้ชีพและเวชิกฉุกเฉินจำนวน 3 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบบันทึก ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยในเวชระเบียน
2. เวชระเบียนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แยกเป็นประเภทผู้ป่วย Resuscitation (R)สีแดง 32 ฉบับ Emergent (E) สีชมพู 114 ฉบับ Urgent (U) สีเหลือง 103 ฉบับ Semi Urgent (SU) สีเขียว 59 ฉบับ Non Urgent(N) สีขาว 114 ฉบับ
3. คู่มือเกณฑ์การแบ่งระดับ ความฉุกเฉินของเขตบริการสุขภาพที่ 8 R 8 Emergency Triage Score (Modify National Triage Algorithm) มีเกณฑ์ ดังนี้
ตารางที่ 2 แสดงเกณฑ์การแบ่งระดับความฉุกเฉินความฉุกเฉินของเขตบริการสุขภาพที่ 8 R 8 Emergency Triage Score (Modify National Triage Algorithm)

ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การแบ่งระดับ
Resuscitation (R) .สีแดง	ผู้ป่วยมีภาวะคุกคามที่จะทำให้เสียชีวิตควรได้รับการตรวจทันที
Emergent (E) สีชมพู	ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ควรได้รับการตรวจประเมินภายใน 10 นาที
Urgent (U) .สีเหลือง	ผู้ป่วยฉุกเฉินควรได้รับการตรวจประเมินภายใน 30 นาที
Semi Urgent (SU) .สีเขียว	ผู้ป่วยเล็กน้อยควรได้รับการตรวจประเมินภายใน 1 ชั่วโมง
Non Urgent(N) สีขาว	ผู้ป่วยเล็กน้อยควรได้รับการตรวจประเมินภายใน 2 ชั่วโมง

4. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาล โพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

5. คู่มือที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินค่าระดับความฉุกเฉิน แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของเขตบริการสุขภาพที่ 8 (R 8 Emergency Triage Score (Modify National Triage Algorithm)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้โดยเก็บข้อมูลในผู้รับบริการที่มาใช้บริการระหว่างวันที่ 1 เดือนเมษายน 2561 ถึง วันที่ 30 เดือนเมษายน 2561

2. สทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลโพนพิสัย สถิติความถี่ และร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

1. ข้อมูลจากเวชระเบียนวิเคราะห์โดยสถิติ ความถี่และร้อยละ การวิเคราะห์ผลการคัดกรอง
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาที่ได้จากจากข้อมูลการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยวิเคราะห์เนื้อหา ดีความสรุปความ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนพิสัยเพื่อศึกษาทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2561 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2561

ผลการวิจัย

1.คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะทั่วไปของเวชระเบียน ผู้ป่วยฉุกเฉินพบว่าเวชระเบียนของผู้ป่วย เพศชายมากกว่าเพศหญิง เพศชายร้อยละ 51.90 เพศหญิงร้อยละ 48.10 อายุต่ำสุด 3 เดือน อายุสูงสุด 88 ปี อายุเฉลี่ย 44 ปี อายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 26.40 อายุรองลงมา 61-70 ปี ร้อยละ 16.70 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 16.20 อายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.20 อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 13.40 อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 6.60 อายุ 21-30 ปี ร้อยละ 6.40 ตามลำดับ

สิทธิการรักษา สิทธิบัตรทองร้อยละ 63.70 รองลงมาสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 12.10 สิทธิชำระเงินเอง ร้อยละ 9.20 สิทธิอื่นๆ เช่น แรงงานต่างด้าว /นักเรียนมัธยม/ ผู้พิการตามกฎหมาย /อสม. ร้อยละ 8.30 สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 5.00 และสิทธิ พ.ร.บ. ร้อยละ 3.5 ตามลำดับ การนำส่ง พบว่าญาตินำส่ง ร้อยละ 47.60 มาเอง ร้อยละ 38.60 รับจากผู้ป่วยนอก ร้อยละ 9.40 รับจากหน่วยกู้ชีพ ร้อยละ 4.20

2. ผลลัพธ์การแบ่งระดับความฉุกเฉิน

ผลลัพธ์การแบ่งระดับความฉุกเฉินของเวชระเบียนผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาใช้บริการ ที่งานอุบัติเหตุ -ฉุกเฉิน พบว่า ฉุกเฉินวิกฤต (SEI 1) สีแดง ร้อยละ 7.50 ฉุกเฉินวิกฤต (SEI 2) สีชมพู ร้อยละ 26.90 ฉุกเฉินเร่งด่วน (SEI 3) สีเหลือง ร้อยละ 24.80 ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (SEI 4) สีเขียว ร้อยละ 13.90 และผู้ป่วยทั่วไป (SEI 5) สีขาว ร้อยละ 26.90

3.ผลลัพธ์การประเมินคุณภาพการคัดแยก

ผลลัพธ์การประเมินคุณภาพการคัดแยกของผลการคัดแยกพบว่า ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินต่ำกว่าเกณฑ์ (under triage) มากที่สุด ช่วงระยะ เวลา 08.31น-16.30น ร้อยละ 64 รองลงมาคือช่วงระยะเวลา 16.31น-00.30น ร้อยละ 24 และช่วงเวลา 00.31 น-08.30น พบร้อยละ 12 ส่วนช่วงระยะเวลาที่มีการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินสูงกว่าเกณฑ์(over triage) มากที่สุดคือ ช่วงเวลา 08.31น-16.30น พบร้อยละ 44.60 รองลงมาช่วงเวลา 16.31น-00.30น พบร้อยละ 32.10 และช่วงเวลา 00.31น- 08.30น พบร้อยละ 23.20 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความถี่ ร้อยละของผลลัพธ์การประเมินคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยจากเวชระเบียน(n=424)

ผลลัพธ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน	เวชระเบียนผู้ป่วย	
	จำนวน N = 424	ร้อยละ
ถูกต้อง (Correct)	343	80.90
ไม่ถูกต้อง (Incorrect)	81	19.10
ไม่ถูกต้อง (Incorrect)		
ต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage)	25	5.90
สีแดง คัดแยกเป็น สีชมพู	9	2.12
สีแดง คัดแยกเป็น สีเขียว	1	0.24
สีชมพู คัดแยกเป็น สีเหลือง	5	1.17
สีชมพู คัดแยกเป็น สีเขียว	1	0.24
สีเหลือง คัดแยกเป็น สีเขียว	2	0.47
สีเหลือง คัดแยกเป็น สีขาว	1	0.24

ผลลัพธ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน	เวชระเบียนผู้ป่วย	
	จำนวน N = 424	ร้อยละ
สีเขียว คัดแยกเป็น สีขาว	6	1.42
สูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage)	56	13.20
สีขาว คัดแยกเป็น สีเหลือง	8	1.89
สีขาว คัดแยกเป็น สีชมพู	2	0.47
สีขาว คัดแยกเป็น สีแดง	2	0.47
สีเขียว คัดแยกเป็น สีเหลือง	3	0.71
สีเขียว คัดแยกเป็น สีชมพู	2	0.47
สีเขียว คัดแยกเป็น แดง	2	0.47
สีเหลือง คัดแยกเป็น สีชมพู	12	2.83
สีเหลือง คัดแยกเป็น สีแดง	13	3.06
สีชมพู คัดแยกเป็น สีแดง	12	2.83

ตารางที่ 4 แสดงแสดงความถี่ ร้อยละของผลลัพธ์การประเมินคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยจากเวชระเบียนตามช่วงระยะเวลาที่มีการคัดแยกคลาดเคลื่อน(n=424)

ช่วงระยะเวลาที่มีการคัดแยกคลาดเคลื่อน	เวชระเบียนผู้ป่วย	
	จำนวน N = 424	ร้อยละ
การคัดแยกผู้ป่วยที่ต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage)	25	30.86
08.31 – 16.30 น.	16	64
16.31 – 00.30 น.	6	24
00.31 – 08.30 น.	3	12
การคัดแยกผู้ป่วยที่สูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage)	56	69.14
08.31 – 16.30 น.	25	44.60
16.31 – 00.30 น.	18	32.10
00.31 – 08.30 น.	13	23.20

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน

4.1 บทบาทในการคัดแยกผู้ป่วย

จากการสนทนากลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้อง แพทย์เวรแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพ และพนักงานกู้ชีพ ทั้งหมดจำนวน 32คน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่า บทบาทการคัดแยกผู้ป่วยที่ผ่านมานั้นให้พยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้ทำหน้าที่คัดแยกเบื้องต้น ส่วนนอกเวลาราชการจะเป็นพยาบาลแผนกฉุกเฉินทำหน้าที่คัดแยกแบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ระดับตามกลุ่มสีและใช้ ระดับความรุนแรงของการปวด และให้การรักษาเบื้องต้นตามความเร่งด่วน และส่งให้แพทย์ประเมินอาการซ้ำเป็นบางราย ดังคำพูด “การคัดแยกพยาบาลทำหน้าที่คัดแยกแล้วให้แพทย์ประเมินซ้ำจะช่วยให้การวินิจฉัยถูกต้องคนไข้ได้รับการดูแลครอบคลุมมากขึ้น” ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าบทบาทการคัดแยกพยาบาลวิชาชีพทุกคนทำหน้าที่คัดแยกโดยหมุนเวียนกันทำ หน้าที่เวรละ 1 คน ซึ่งพยาบาลคัดแยกต้องผ่านการอบรมทุกคน มีจุดคัดแยกตลอดเวรเช้า และเวรบ่ายถึงเวลา 20.30 น. ในช่วงเวลา 20.00 -08.00 น. ไม่มีพยาบาลเฉพาะในการคัดแยกผู้ป่วยจะใช้ร่วมเนื่องจากขาดอัตรากำลัง ดังคำพูด

“นอกเวลาราชการให้พยาบาลห้องฉุกเฉินคัดแยก” “กรณีขาดอัตรากำลังให้เวชกิจ/กู้ชีพ ช่วยคัดแยก” จากการสนทนากลุ่ม/การสัมภาษณ์เชิงลึกของเวชกิจ/กู้ชีพ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ด้านระบบการคัดแยกผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าบทบาทการคัดแยกเป็น มอบหน้าที่คัดแยกพยาบาลคนที่ 5 เวรเช้า การคัดแยก ช่วงนอกเวลาพยาบาลดูแลคนวิกฤตเวชกิจ/กู้ชีพ ช่วยคัดแยกและควบคุมหมายพยาบาลคัดแยกชัดเจน มีเพียง 1 คน ที่เห็นว่ารายที่ตนเองไม่มั่นใจให้พยาบาลช่วยประเมินซ้ำ ดังคำพูด “คิดว่าหน้าที่การคัดแยกเป็นพี่พยาบาลถ้ามีคนใช้วิกฤตได้ช่วยพี่พยาบาลคัดแยกแต่ปัญหาที่พบคือไม่มั่นใจ ส่วนใหญ่จะให้พยาบาลประเมินซ้ำเพื่อป้องกันความผิดพลาดค่ะ” เครื่องมือการคัดแยก ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเห็นว่าใช้เครื่องมือแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของเขตรบริการสุขภาพที่ 8 แบ่งเป็น 5 สี ดูแลตามระดับความรุนแรง ดังคำพูด “เครื่องมือแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของเขตรบริการสุขภาพที่ 8 เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้มีแนวทางร่วมกันในการคัดแยกลดข้อขัดแย้งระหว่างพยาบาลผู้ป่วยนอกและพยาบาลห้องฉุกเฉินได้”

4.2 ด้านผลของการคัดแยกผู้ป่วย

ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับระบบคัดแยก ข้อดี/ประโยชน์ของระบบคัดแยกในโรงพยาบาลช่วยส่งเสริมระบบการให้บริการ ที่ห้องฉุกเฉินดีขึ้น การให้บริการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินมีประสิทธิภาพ เป็นการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อจัดลำดับความสำคัญของการรักษาภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด หลายคน เห็นว่าระบบคัดแยกช่วยให้บุคลากรในห้องฉุกเฉิน สื่อสารและปฏิบัติงานอย่างมีมาตรฐานและทิศทาง เดียวกัน ลดความผิดพลาดและความขัดแย้งจากการ ปฏิบัติงานได้ ระบบคัดแยกมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือหรือได้รับการ รักษาได้อย่างเหมาะสม ตรงตามประเภทความรุนแรง ช่วยให้ผู้ป่วยที่อาการรุนแรงได้รับการรักษาก่อน ลด ความสูญเสียหรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้เป็นอย่างมาก นอกจากนั้นการคัดแยกผู้ป่วยยังช่วยป้องกันการแพร่ เชื้อโรคไปสู่คนป่วยรายอื่น ๆ โรงพยาบาลมีกระบวนการและเครื่องมือคัดแยกที่ได้มาตรฐานโยใช้เครื่องมือการคัดแยกของเขตรสุขภาพที่ 8 ข้อดีของระบบคัดแยก ที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในโรงพยาบาลที่ผู้ให้ข้อมูล เห็นสอดคล้องกันประการหนึ่ง นั่นคือ การที่ รพ.มี กระบวนการและเครื่องมือคัดแยกที่ได้มีประสิทธิภาพ แพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ขึ้นเวรที่แผนกฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เห็นว่าที่ผ่านมาผลการคัดแยกทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเหมาะสมตามความเร่งด่วน และให้ความเห็นว่ามีผลงานการคัดแยกกระดัดดี ดังคำพูด “การคัดแยกมีผลดีอย่างมากทำให้คนไข้ได้รับการรักษาเร็วขึ้นตามความเร่งด่วน” ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลโพธิ์สัณได้ให้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของ พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ด้านผลการคัดแยก จำนวน 14 คน พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่า การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินในส่วน สีแดง ชมพูเข้าถึงบริการรักษาเร็วขึ้น ดังคำพูด “เป็นเรื่องที่ดีมากค่ะ ส่งผลดีทำให้ผู้ป่วยประเภทสีเขียวและขาวได้ตรวจที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก ช่วยลดความแออัดที่ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินได้มาก คนไข้หนักไม่รอนานลดความเสี่ยงด้วยค่ะ” “ ผู้รับบริการพึงพอใจ บริการเร็ว ไม่พบข้อร้องเรียนเรื่องคิวก่อน-หลัง” “ทั้งแพทย์พยาบาลพึงพอใจผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยเพิ่มขึ้นการทำงานง่ายขึ้น” “คนไข้ได้รับการดูแลเร็วขึ้นหลังจากที่เราพัฒนาระบบการคัดแยก” “คิดว่ายังมีบางประเด็นที่ต้องพัฒนาร่วมกัน เพื่อให้การคัดแยกเป็นแนวทางเดียวกัน” จากการสนทนากลุ่มของเวชกิจกู้ชีพแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ด้านผลการคัดแยกผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าจากการพัฒนาผู้ป่วยฉุกเฉิน สีแดง ชมพูเข้าถึงบริการดูแลรักษาเร็วขึ้น มี 1 คนเห็นว่าคัดแยกให้ Over triage ไว้ก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเร็วขึ้น ดังคำพูด “ จากการพัฒนาแนวทางการคัดแยกร่วมกันกับพยาบาลงานผู้ป่วยนอก ทำให้คนไข้ได้รับการรักษาเร็วขึ้นมาก”

4.3 ด้านระบบการคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าเครื่องมือการคัดแยกใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของเขตรบริการสุขภาพที่ 8 แยกแบ่งตามสีตามความเร่งด่วน และส่วนใหญ่เห็นว่าแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของเขตรบริการสุขภาพที่ 8 ชัดเจนละเอียดกว่าแบบเดิม ดังคำพูด “ ใช้เครื่องมือการคัดแยกของ แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของเขตรบริการสุขภาพที่ 8 มาเป็นแนวทางการคัดแยก” วิธีการคัดแยกเป็น แบ่งเป็น 5 สีโดยที่ สีแดงและชมพูเป็นผู้ป่วยประเภทเร่งด่วนต้องส่งเข้าห้องฉุกเฉิน ส่วนผลการคัดแยกที่เป็นสีเขียว ชมพู ส่งรับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก มีผู้ให้ข้อมูลบางส่วนกล่าวถึงการคัดแยกว่าตนเองมีการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามอาการและสัญญาณชีพ และระดับความปวดเข้าด้วยกัน เพราะในบางรายต้องการ

ตรวจอย่างเร่งด่วน ดังคำพูด “ การคัดแยกร่วมกันระหว่างพยาบาล งานผู้ป่วยนอกและงานผู้ป่วยนอกโดยใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของเขตบริการสุขภาพที่ 8 ” “ บางรายต้องการตรวจที่ห้องฉุกเฉินประสานพยาบาลห้องฉุกเฉินเพื่อประเมินซ้ำก่อนเข้าตรวจที่ห้องฉุกเฉิน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการคัดแยกผิดพลาด ” “ โรคเร่งด่วนที่ทีมดูแลคนไข้กำหนดส่งตรวจที่ห้องฉุกเฉินทุกรายทำให้คนไข้ได้รับการดูแลรักษารวดเร็วขึ้น ” ส่วนในมุมมองของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจากการสนทนากลุ่ม/การสัมภาษณ์เชิงลึกของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ด้านระบบการคัดแยก ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าบทบาทการคัดแยกคือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกคัดแยกเวลา 08.00 -16.00 น. นอกเวลาเป็นพยาบาลห้องฉุกเฉิน รองลงมาเห็นว่าในช่วงเร่งด่วน 08.30-10.30 น. พยาบาลคัดกรองห้องฉุกเฉินควรคัดแยกช่วยที่จุดคัดแยกผู้ป่วยนอกมีบางส่วนที่ เห็นว่าควรมอบให้พยาบาลคัดแยก 1 คน ตัวอย่างคำพูดผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ “ ช่วงเช้าคนไข้เยอะอยากให้พยาบาลห้องฉุกเฉิน มาช่วยคัดแยกคนไข้จะได้รับการบริการเร็วขึ้น ” ด้านวิธีการคัดแยก ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าการคัดแยกแบ่งเป็น 5 สี สีแดงและชมพูเป็นผู้ป่วยเร่งด่วนส่งเข้าห้องฉุกเฉิน ส่วนสีเหลือง เขียว ขาว ตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า โรคที่อยู่ในระบบเร่งด่วนควรส่งตรวจที่ห้องฉุกเฉินทุกราย ดังคำพูด “ มีการคัดแยกร่วมกันระหว่างพยาบาลผู้ป่วยนอกและพยาบาลห้องฉุกเฉินเป็นสิ่งที่คนไข้ได้รับการดูแลเร็วขึ้นตามความเร่งด่วนรู้สึกดีมาก ”

4.4 ด้านปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1) ปัญหาขาดแคลนบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ ในการคัดแยก ผู้ที่แสดงความคิดเห็นในประเด็นนี้ ส่วนใหญ่ระบุว่า เจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ไม่เพียงพอต่อภาระงานทำให้มีการจัดสรรพยาบาลสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยเป็นบางช่วงเวลานอกจากนั้นก็ใช้พยาบาลที่ทำหน้าที่อยู่เวรนอกเวลา

2) ปัญหาบุคลากรมีประสบการณ์หรือ ทักษะความรู้ในการคัดแยกต่างกัน ส่วนใหญ่เห็นว่าคุณภาพขึ้นอยู่กับประสบการณ์การคัดแยก และวิชาชีพและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน อาจส่งผลกระทบต่อคัดแยก over triage และ under triage

3) ปัญหาผู้รับบริการไม่เข้าใจการคัดแยกตามหลักปฏิบัติทางวิชาการ นอกจากปัญหาที่เกิดจากระบบการให้บริการในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของ รพ. แล้ว ยังมีปัญหาเกี่ยวกับความต้องการหรือ ความเข้าใจ หรือ การรับรู้ที่ไม่ตรงกันเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยหรือญาติ ผู้แสดงความคิดเห็นส่วนใหญ่มักพบปัญหาประเด็นนี้ เมื่อมีผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาจากหลังแล้วมาจุดคัดแยกและเข้ารับบริการก่อนเกิดความไม่พึงพอใจขึ้น มักจะร้องเรียนหรือไว้วางใจ โดยคิดว่าเป็นการลัดคิว ดังคำพูด “ ถ้าเราเพิ่มการสื่อสารให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินตามความเร่งด่วนจะช่วยลดปัญหาความไม่พอใจผลการคัดแยกได้ ” อธิบายถึงเกณฑ์ การคัดแยกต่างๆ เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน ระหว่าง ผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ” และ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าการคัดแยกผิดพลาดหรือสูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage) ทำให้เสียเวลาในการรักษาคนไข้ที่อาการหนักกว่า ส่วนการคัดแยกผิดพลาดต่ำกว่าเกณฑ์(Under Triage) ทำให้คนไข้ได้รับการรักษาล่าช้า ดังคำพูด “ การคัดแยกผิดพลาดส่งผลเสียทำให้คนไข้ได้รับการรักษาล่าช้า ”

4) ปัญหาระบบคัดแยกภายในโรงพยาบาล ไม่ตรงกันผู้แสดงความคิดเห็นหลายคนระบุตรงกันว่าระบบคัดแยกในโรงพยาบาลระหว่างแผนกผู้ป่วยนอก และห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินใช้เกณฑ์ระดับความรุนแรงไม่ตรงกัน มีวิธีหรือเครื่องมือการแบ่งสีต่างกัน บุคลากรขาดการรับทราบความรู้ทำให้การให้บริการเกิดความสับสนและเห็นว่าพยาบาลคัดแยกไม่ถูกต้องไม่มั่นใจในการให้สี ดังคำพูด “ คิดว่าปัญหาเรื่องการคัดแยกระหว่างพยาบาลผู้ป่วยนอกและพยาบาลห้องฉุกเฉินบางครั้งมีผลกระทบสาเหตุน่าจะมาจากพยาบาลผู้ป่วยนอกยังไม่ผ่านการอบรมคัดแยก ”

5) ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ส่วนใหญ่เห็นว่าควรนำอุบัติการณ์มาทบทวน และผู้ให้ข้อมูลยังเห็นว่าควรกำหนดแนวทางการคัดแยกให้ชัดเจนให้เข้าใจตรงกันระหว่างงานผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังคำพูด “ การคัดแยกควรกำหนดการคัดแยกให้ชัดเจนและแนวทางเดียวกันควรสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่าง งานผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และยังเห็นว่าส่งผลดีทำให้การคัดกรองเป็นแนวทางเดียวกัน ระหว่างงานผู้ป่วยนอก และ

งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังคำพูด “ผลการคัดแยกยังพบคัดกรองบางคน ใช้ความรู้สึก และยังยึดติดกับอาการของผู้ป่วยส่งผลให้การคัดแยกผิดพลาด และเห็นว่าควรมีการจัดอบรม เพื่อให้พยาบาลมีทักษะในการคัดแยกได้ถูกต้อง ดังคำพูด “คิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่ง น่าจะมาจากพยาบาลผู้ป่วยนอกยังไม่ผ่านการอบรมแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของเขตบริการสุขภาพที่ 8 ทำให้บางครั้งคัดแยกผิดพลาด คนไข้ต้องเดินกลับไปกลับมา ระหว่างหน้าห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน “สถานที่คัดแยกบริเวณหน้า งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน แออัดไม่เป็นสัดส่วนเวลาคนไข้มาพร้อมกันคับแคบมากค่ะ”

อภิปรายผล

จากการศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิสัย ที่แบ่งประเภทการคัดแยกใช้ความเร่งด่วน 5 ระดับ 5 สี ครั้งนี้ พบว่า พยาบาล คัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินถูกต้องร้อยละ 80.90 พบว่าผลการศึกษามีความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ พนอและบริวัฒน์ (2557) นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า พยาบาลคัดกรองประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้องร้อยละ 19.10 ในจำนวนนี้ เป็นการคัดแยกประเภทผู้ป่วยได้ต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) ร้อยละ 5.90 และผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยสูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage) ร้อยละ 13.20 อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์ทำงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของผู้วิจัย และจากการสอบถามผู้เกี่ยวข้อง แพทย์เวร พยาบาลเวชกิจ/กู้ชีพ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลจุดตรวจคัดแยกแผนกผู้ป่วยนอก ที่ทำการคัดแยกผู้ป่วย อธิบายได้ว่า ผลการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) และสูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage) อาจเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง เช่นการคัดแยกไม่สามารถทำได้ตลอดเวลาเนื่องจากถ้ามีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในห้องฉุกเฉิน อัตราค่าส่งไม่เพียงพอ พยาบาลคัดกรองจะมาช่วยดูแลคนไข้เป็นช่วงๆ เวรเข้าจะจัดพยาบาลคัดแยกออกมาต่างหาก ส่วน เวรบาย เวรตึก มอบหมายให้พยาบาลคนที่ 3 ที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินทำหน้าที่ร่วมคัดกรองด้วยทำให้มีพยาบาลคัดกรองบางช่วงบางเวลา ทำให้บางครั้งผู้ป่วยจะเข้ามาห้องฉุกเฉินโดยตรงไม่มีพยาบาลคัดกรอง ทำให้เกิดความแออัดหรือรอคอยที่จุดคัดแยก ทำให้เข้าถึงบริการล่าช้า ส่งผลให้ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ (จันทร์หาและคณะ ,2554) นอกจากนี้ปัญหาทักษะในการคัดแยก พยาบาลที่อายุงานมากกว่า 5 ปีจะมีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า พยาบาลที่อายุงานน้อยกว่า 5 ปี ทำให้เกิดการคัดแยกต่างกัน การได้รับการอบรมฟื้นฟูการคัดแยกแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโรงพยาบาลอื่น ทำให้เกิดความมั่นใจในการคัดแยก และจากงานวิจัยยังพบว่าพบการคัดแยกผิดพลาดส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิต(Yurkova & wolf,2011)ในช่วงเวลาที่มีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก เช่นเวรเช้าและเวรบาย และจากการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องยังให้เหตุผลของการคัดแยกไม่ถูกต้องคือสถานที่คัดแยกไม่เป็นสัดส่วน คับแคบบริเวณเดียวกันกับห้องฉีดยา การให้บริการไม่สะดวก ปัจจัยในส่วนของผู้รับบริการคือผู้รับบริการไม่เข้าใจในระบบการคัดแยก ไม่ยอมรื้อระยะเวลารอคอย ระบบการคัดแยกผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ถ้ามีการคัดกรองที่ได้มาตรฐานทำให้เกิดคุณภาพในการให้การพยาบาล (กทอง ไพศาล,2553) สำหรับผลกระทบของการคัดแยกได้ต่ำกว่าเกณฑ์ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ล่าช้า อาจเกิดความไม่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยได้ และอีกทั้งถ้าคัดแยกผู้ป่วยอยู่ในระดับที่สูงเกินจริงให้เป็นผู้ป่วยสีแดงหรือสีชมพู การคัดแยกผู้ป่วยที่สูงกว่าเกณฑ์ ทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็น เพิ่มความแออัดในห้องฉุกเฉิน ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ของห้องฉุกเฉินทำให้การดูแลไม่เหมาะสมเช่นกัน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นสถานการณ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินในหน่วยงานปัจจุบัน ที่ปรากฏในเวชระเบียน เพื่อเป็นแนวทางนำข้อมูลการวิจัยมาพัฒนาคุณภาพระบบคัดแยกอย่างต่อเนื่องในระบบการคัดแยก สำหรับข้อเสนอแนะจากงานวิจัยข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ส่วนใหญ่เห็นว่าควรนำอุบัติการณ์มาทบทวนและควรกำหนดแนวทางการคัดแยกให้ชัดเจนให้เข้าใจตรงกันระหว่างงานผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุ ควรมีการจัดอบรมเพื่อให้พยาบาลมีทักษะในการคัดแยกได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากเพศชาย (51.90%) อายุต่ำสุด 3 เดือน อายุสูงสุด 88 ปี สิทธิการรักษาบัตรทอง (63.70%) ภูมิตำส่งโรงพยาบาล (47.60%) การประเมินคุณภาพการคัดแยกพบว่ามี การแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินต่ำกว่าเกณฑ์ (under triage) มากที่สุด ช่วงระยะ เวลา 08.31น-16.30น (64%) ช่วงระยะเวลาที่มีการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินสูง

กว่าเกณฑ์(over triage) มากที่สุดคือ ช่วงเวลา 08.31น-16.30น (44.60%) บทบาทการคัดแยกผู้ป่วยพบว่าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้ทำหน้าที่คัดแยกเบื้องต้น ส่วนนอกเวลาราชการจะเป็นพยาบาลแผนกฉุกเฉินทำหน้าที่คัดแยกแบ่งผู้ป่วย ผลของการคัดแยกผู้ป่วยพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือหรือได้รับการ รักษาได้อย่างเหมาะสม ตรงตามประเภทความรุนแรง ปัญหาอุปสรรคพบว่ามีความขาดแคลนบุคลากร ขาดความรู้ ทักษะในการคัดแยก ระบบคัดแยกภายในโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

- กองทอง ไพศาล. (2553). การพัฒนาเครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จันทร์หา จินดา. ผลการใช้รูปแบบคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจในงานของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิระพยาบาล.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2546
- พนอ เตชะอิก, ปรีวัฒน์ ภูเงิน. กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยในท้องฉุกเฉิน: ใน: ฐปนวงศ์ มิตรสูงเนิน, ปรีวัฒน์ ภูเงิน, กมลวรรณ เอี้ยงสง, กรกฎ อภิรัตน์วรกุล, พะนอ เตชะอิก. Essential knowledge in emergency care. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนา; 2557.
- พรทิพย์ วชิรดิolk, ธีระ ศิริสมุค, สีนุช ชัยสิทธิ์, อนุชา เศรษฐเสถียร. การคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารการพยาบาล 2559.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2556). คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและการจัดลำดับการการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด.
- Christ, M, Goransson, F., Winter, D., Bingisser, R., Platz, E. Modern Triage in the Emergency Department. Medicine 2010; 107 (50) ; 892-898.
- Goransson, K., Ehrenberg, A., Marklund, B., Ehnfors, M. Accuracy and concordance of nurse in emergency department triage. Scand J Caring Sci 2005; 19: 432-438.
- Hoot, N. Aronsky, D. Syskatic review of emergency department Crowding: cause, effects, and solution. Annuals of Emergency Medicine 2008; 53(2): 126-136.
- Yurkova, L., Wolf, L. Under – triage as a significant factor affecting transfer time between the Emergency department and the intensive unit. Journal of emergency Nursing 2011; 37: 491-496