



การพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน

Quality Improvement of Patient Triage at Emergency Departments

สุภารัตน์ วังศรีคุณ พย.ด.* Suparat Wangsrikhun Ph.D.*

บทคัดย่อ

การคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินเป็นระบบในการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามลำดับความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องได้รับการรักษา การคัดแยกผู้ป่วยต้องทำอย่างถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และเกิดการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดอย่างเหมาะสม พยาบาลซึ่งทำหน้าที่ในการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วย วงล้อคุณภาพ (the Plan-Do-Study-Act cycle) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในระบบสุขภาพ บทความนี้นำเสนอตัวอย่างของการนำวงล้อคุณภาพไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยในโรงพยาบาล 4 แห่ง พร้อมทั้งบทเรียนจากตัวอย่างการนำวงล้อคุณภาพไปใช้

คำสำคัญ: การคัดแยกผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพ แผนกฉุกเฉิน

Abstract

Patient triage at emergency department is a system for categorizing patient based on priority to be treated. Patient triage must be accurate to ensure safety of patient and appropriate use of limited resources. Nurses, who are responsible for patient triage at emergency department, have a crucial role for patient triage quality improvement. The Plan-Do-Study-Act cycle is a widely used quality improvement tool in health care system. This review article provides examples of applying the Plan-Do-Study-Act cycle for patient triage quality improvement in four hospitals. Lessons learned from the provided examples are also discussed.

Key words: patient triage, quality improvement, emergency department

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, wangsrikhuns@gmail.com



บทนำ

แผนกฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ในแต่ละปีมีผู้ใช้บริการ ณ แผนกฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลการใช้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศไทยพบว่า จำนวนผู้ใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ใน ปี พ.ศ. 2544, 2554, 2559 มีผู้ใช้บริการแผนกฉุกเฉิน 12 ล้าน 27 ล้าน ครั้ง และ 35 ล้านครั้งตามลำดับ (Chartbunchachai & Chotkhom, 2013; Kraysubun, 2018) นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินยังมีความรุนแรงที่หลากหลาย ผู้เข้ารับบริการแผนกฉุกเฉินมีปัญหาสุขภาพตั้งแต่การเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ไม่ฉุกเฉิน จนถึงอาการเจ็บป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิต จากสถิติที่มีการรายงานในปี 2559 พบว่าเกือบร้อยละ 60 ของผู้มาใช้บริการไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Kraysubun, 2018) ส่งผลทำให้เกิดภาวะแผนกฉุกเฉินแออัด (overcrowding)

ภาวะแผนกฉุกเฉินแออัดก่อให้เกิดความท้าทายในการปฏิบัติงานของบุคลากรในแผนกฉุกเฉิน เนื่องจากมีความต้องการการใช้บริการมาก ในขณะที่มีทรัพยากรทั้งบุคลากร อุปกรณ์ และเวลาอย่างจำกัด รวมทั้งต้องปฏิบัติตามบริการอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินรอดจากภาวะคุกคามชีวิต ไม่เกิดความพิการหรือภาวะแทรกซ้อน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่แผนกฉุกเฉินต้องมีระบบการคัดแยกผู้ป่วย (triage) ที่มีคุณภาพ

การคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน

การคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินเป็นการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามลำดับความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องได้รับการรักษาจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้สามารถแยกแยะผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิตจากผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงต่อชีวิต ผู้ป่วยได้รับการอย่างปลอดภัย (Stanfield, 2015) ปัจจุบันมีระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินอยู่หลายระบบ โดยมีการคัดแยกผู้ป่วยออกเป็น 3-5 ระดับ ระบบการคัดแยกที่ใช้กันอย่าง

แพร่หลายทั่วโลกส่วนใหญ่แบ่งผู้ป่วยฉุกเฉินออกเป็น 5 ระดับ เช่น ระบบการคัดแยกผู้ป่วยของแมนเชสเตอร์ (the Manchester Triage System [MTS]) สเกลการคัดแยกผู้ป่วยและความรุนแรงของแคนาดา (the Canadian Triage and Acuity Scale [CTAS]) ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน (the Emergency Severity Index [ESI]) และสเกลการคัดแยกผู้ป่วยของออสเตรเลีย (the Australasian Triage Scales [EDs])

ในประเทศไทยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ประกาศหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 (National Institute of Emergency Medicine, 2015) และได้มีการแนะนำให้ใช้หลักเกณฑ์การคัดแยกตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ซึ่งแบ่งผู้ป่วยฉุกเฉินออกเป็น 5 ระดับ หลังจากประกาศดังกล่าวมีความพยายามดำเนินการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่างๆ มาอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2558-2559 พรทิพย์ วชิรดิлок และคณะฯ ได้ทำการสำรวจสถานการณ์การคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินจำนวน 105 แห่งทั่วประเทศ พบว่า ร้อยละ 87.90 ของโรงพยาบาลจัดให้มีจุดคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินเฉพาะ โดยมีโรงพยาบาลเป็นผู้ทำการคัดแยก และร้อยละ 75.80 ของโรงพยาบาลมีการนำหลักเกณฑ์การคัดแยกตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินไปใช้ในการคัดแยกผู้ป่วย นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรที่ทำการคัดแยกมีความรู้และประสบการณ์แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการคัดแยกโดยอาจจะมีการคัดแยกต่ำหรือสูงกว่าระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ได้ (Wachiradilok, Sirisamutr, Chaiyasit, & Sethasathien, 2016)

การคัดแยกผู้ป่วยจำเป็นต้องทำอย่างถูกต้อง หากผู้ป่วยได้รับการคัดแยกต่ำกว่าสภาพความเป็นจริง (undertriage) จะทำให้ระยะเวลาในการรอการรักษานานขึ้น อาจส่งผลทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง เกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากได้รับการรักษาล่าช้า ส่งผลทำให้มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น หากผู้ป่วยได้รับการคัดแยกสูงกว่าสภาพความเป็นจริง (overtriage) จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยอื่นที่มีความจำเป็นเร่งด่วนได้รับการรักษาล่าช้า มี



การจัดสรรทรัพยากรอย่างไม่เหมาะสม และอาจส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Brosinski, Riddell, & Valdez, 2017)

การศึกษาสถานการณ์ความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินในประเทศไทยหลายการศึกษาพบความคลาดเคลื่อนของการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาคุณภาพในการคัดแยกผู้ป่วยที่ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐาน โดยมาตรฐานทั่วไปยอมรับการคัดแยกต่ำกว่าสภาพความเป็นจริงได้ไม่เกินร้อยละ 5 และการคัดแยกสูงกว่าสภาพความเป็นจริงไม่เกินร้อยละ 15 (Yuksen, 2012) ข้อมูลจากการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น (Larthum & Pearkao, 2017) จังหวัดลำปาง (Lemtrakul, 2014; Nakakul, 2014) จังหวัดลำพูน (Matcha, 2014) และจังหวัดเชียงราย (Wandee, 2014) พบพยาบาลมีการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้อง ร้อยละ 67.50-80.06 คัดแยกไม่ถูกต้อง ร้อยละ 19.94-32.50 มีการคัดแยกสูงกว่าสภาพความเป็นจริง ร้อยละ 1.82-28.40 คัดแยกต่ำกว่าสภาพความเป็นจริง ร้อยละ 4.10-30.50 นอกจากนี้การศึกษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ในปี พ.ศ. 2556-2557 พบว่า การคัดแยกผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดแยกที่ดัดแปลงจากดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินของพยาบาลแผนกฉุกเฉินและแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินมีความสอดคล้องกันน้อยมาก ($K=0.17$, $p < .01$) (Pimdee, Prompinit, Mitsungnuen, & Pugoan, 2015) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วย แผนกฉุกเฉิน

วงล้อคุณภาพ (the Plan-Do-Study-Act cycle): เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ

คุณภาพเป็นหัวใจสำคัญในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการ การบริการที่มีคุณภาพต้องเป็นบริการที่ยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางให้บริการอย่างเท่าเทียม ทันเวลา ปลอดภัย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Institute of Medicine, 2001) พยาบาลซึ่งเป็นผู้บุคลากรหลักในการให้บริการสุขภาพจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

และสามารถนำกระบวนการดังกล่าวไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ให้ผู้ใช้บริการที่มีคุณภาพ อันจะส่งผลให้ผู้ใช้บริการปลอดภัย และเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

วงล้อคุณภาพ (the Plan-Do-Study-Act cycle) เป็นเครื่องมือพื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพที่มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในระบบสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ วงล้อคุณภาพถูกพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของวอลเตอร์ ชิวฮาร์ต (Walter Shewhart) โดยเอ็ดเวิร์ด เดมมิง (Edward Deming) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 และมีการพัฒนาขึ้นโดยลำดับจนเป็นวงล้อคุณภาพในปี ค.ศ. 1993 (Moen & Norman, 2010) วงล้อคุณภาพประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (plan) ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการ (do) ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาผลการดำเนินการ (study) และขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุง (act) วงล้อนี้มีการหมุนอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเรียนรู้ การปรับเปลี่ยนเพื่อมุ่งสู่การพัฒนาผลลัพธ์การดำเนินการที่ดีขึ้น (Taylor, McNicholas, Nicolay, Darzi, Bell, & Reed, 2013)

ขั้นตอนที่ 1 วางแผน ขั้นตอนนี้ประกอบไปด้วยกิจกรรมการวางแผนการดำเนินงานเพื่อมุ่งสู่การพัฒนาที่ต้องการ (Moen & Norman, 2010) เริ่มจากการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการดำเนินงานให้ชัดเจน ในการวางแผนผู้วางแผนจำเป็นต้องมีความเข้าใจในบริบทของหน่วยงาน บุคคลที่เกี่ยวข้องและบทบาทของบุคคลเหล่านั้นในกระบวนการที่ต้องการพัฒนา ผลการดำเนินงานในปัจจุบัน สิ่งที่ต้องการได้ดีแล้ว และสิ่งที่ต้องการการพัฒนาปรับปรุง ความเข้าใจในสิ่งต่างๆ เหล่านี้มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้วางแผนกำหนดวิธีการดำเนินงานสำหรับพัฒนา ปรับปรุง หรือแก้ไข ปัญหา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้อย่างชัดเจน และเหมาะสม (Bollegala et.al., 2016)

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการ เป็นขั้นตอนที่นำแผนการดำเนินงานที่วางไว้ในขั้นตอนแรกลงสู่การปฏิบัติ การดำเนินการจำเป็นต้องมีผู้นำในการดำเนินการ (implementation leader) มีการสื่อสารกับทีมผู้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจวิธีการและเหตุผลใน



การปฏิบัติตามระบบที่มีการออกแบบ วางแผนไว้ (Bollegala et.al., 2016) นอกจากนี้อาจมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติให้สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนดได้อย่างถูกต้อง โดยอาจใช้การฝึกอบรม การให้ข้อมูล รวมทั้งการให้การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานตามที่มีการออกแบบ วางแผนไว้ ในระหว่างการดำเนินการตามแผน ต้องมีการบันทึกปัญหา อุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นไว้เพื่อใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในการวางแผนการปรับปรุงการดำเนินการต่อไป (Moen & Norman, 2010)

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาผลการดำเนินการ กิจกรรมในขั้นตอนนี้ประกอบด้วยการวิเคราะห์ผลลัพธ์การดำเนินการ เทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น บทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินการ (Moen & Norman, 2010) หลังจากมีการวิเคราะห์แล้วควรมีการสื่อสารผลการดำเนินการให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบร่วมกัน เพื่อนำไปสู่กระบวนการเรียนรู้และการปรับปรุงพัฒนาต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุง ขั้นตอนนี้เป็นการทบทวนประสิทธิผลของวิธีการดำเนินการที่ผ่านมาจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์สิ่งที่จำเป็นต้องปรับปรุง และ/หรือพัฒนาเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น รวมทั้งสิ่งที่ดำเนินการแล้วมีประสิทธิผลที่ดี ควรคงไว้ในการดำเนินการต่อไป (Moen & Norman, 2010) ข้อมูลที่ได้ในขั้นตอนนี้จะเป็นปัจจัยนำเข้าในการหมุนวงล้อคุณภาพในรอบถัดไป

วงล้อคุณภาพเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพที่ต้องมีการหมุนวงล้ออย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดำเนินงานที่เป็นเลิศ ในการหมุนวงล้อแต่ละรอบสิ่งสำคัญคือการบันทึกการดำเนินการทุกขั้นตอนอย่างเป็นระบบ (Taylor et al., 2013) การบันทึกอย่างเป็นระบบเป็นหลักฐานในการดำเนินงานที่มีคุณภาพ ช่วยส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของหน่วยงาน และเมื่อการดำเนินงานประสบผลสำเร็จ มีผลลัพธ์การดำเนินงานที่เป็นเลิศ องค์ความรู้ที่เกิดจากการบันทึกอย่างเป็นระบบจะสามารถนำไปเผยแพร่เพื่อเป็นประโยชน์ในการดำเนินการของหน่วยงานอื่น ๆ ต่อไป

วงล้อคุณภาพกับการพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน

คุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการใช้ทรัพยากรของแผนกฉุกเฉินที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเร่งด่วน ในระยะเวลาที่รวดเร็ว เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ความถูกต้องของการคัดแยกเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สะท้อนถึงคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินของพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมภายใต้หัวข้อการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินข้างต้น ที่พบว่าหลายโรงพยาบาลมีการคัดแยกสูงกว่าสภาพความเป็นจริง และการคัดแยกต่ำกว่าสภาพความเป็นจริงเกินเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินของพยาบาล

พยาบาลเป็นบุคลากรหลักในการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน มีบทบาทและหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ได้แก่ การคัดแยกถูกต้อง มีการคัดแยกต่ำกว่าสภาพความเป็นจริงไม่เกินร้อยละ 5 และการคัดแยกสูงกว่าสภาพความเป็นจริงไม่เกินร้อยละ 15 (Yuksen, 2012) การดำเนินงานดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลจำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานที่เป็นขั้นตอนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการอย่างยั่งยืน วงล้อคุณภาพเป็นเครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่มีขั้นตอนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติเพื่อพัฒนาผลลัพธ์การดำเนินงานที่ดีขึ้น (Taylor et al., 2013) จึงเป็นเครื่องมือหนึ่งที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาล

ตัวอย่างการใช้วงล้อคุณภาพในการพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน

ผู้เขียนขอยกกรณีศึกษาในโรงพยาบาล 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง (Nakakul,



2014) โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง (Lemtrakul, 2014) โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน (Matcha, 2014) และโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย (Wandee, 2014) มาเป็นตัวอย่างในการนำวงล้อคุณภาพไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินเพื่อเป็นประโยชน์ในการเรียนรู้ของผู้อ่านต่อไป

การดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการคัดแยกของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ซึ่งมีกรรมการจำนวน 3-4 คน กรรมการประกอบไปด้วย ผู้ศึกษาที่เป็นบุคลากรพยาบาลประจำแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง หัวหน้าพยาบาลแผนกฉุกเฉินและ/หรือพยาบาลชำนาญการ หรือแพทย์ที่รับผิดชอบงานแผนกฉุกเฉินซึ่งเป็นผู้มีความเข้าใจในบริบทของแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลแต่ละแห่งเป็นอย่างดี สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่ได้มีการแต่งตั้งแพทย์หรือหัวหน้าพยาบาลเป็นคณะกรรมการดำเนินการได้มีการแต่งตั้งบุคคลเหล่านั้นเป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการ

การใช้วงล้อคุณภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินของพยาบาล ทั้ง 4 โรงพยาบาล มีการดำเนินการตามวงล้อคุณภาพจำนวน 2 รอบ ระยะเวลาดำเนินการพัฒนาคุณภาพทั้งหมดประมาณ 7 สัปดาห์ โดยแบ่งเป็นระยะเวลาในการดำเนินการรอบแรกประมาณ 4 สัปดาห์ และรอบสอง ประมาณ 3 สัปดาห์ มีการรวบรวมผลลัพธ์การดำเนินการ ได้แก่ ความถูกต้องของการคัดแยกทั้งก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพการคัดแยก โดยประเมินความถูกต้องของการคัดแยกจากตรงกันของผลการคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินผู้ป่วยของพยาบาลที่คัดแยกผู้ป่วยซึ่งบันทึกไว้ในเวชระเบียนและของผู้ศึกษาที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรระดับภาค เรื่อง เกณฑ์และวิธีปฏิบัติการคัดแยกระดับความฉุกเฉินสำหรับแพทย์และพยาบาล ผ่านการฝึกการประเมินการคัดแยกผู้ป่วยกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการคัดแยก และผ่านเกณฑ์มาตรฐานจากการทดสอบการคัดแยกผู้ป่วย ผู้ศึกษาที่ทำการประเมินความถูกต้องการคัดแยกทุกคนผ่านตรวจสอบความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย จำนวน 10 ราย กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการ

คัดแยก (inter-rater reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1

การดำเนินการในวงล้อคุณภาพ รอบ 1 ขั้นตอนที่ 1: วางแผน เริ่มจากการประชุมคณะกรรมการดำเนินงานที่ได้รับการแต่งตั้ง มีการนำเสนอสถานการณ์ความถูกต้องของการคัดแยกซึ่งผู้ศึกษารวบรวมและวิเคราะห์เป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนดำเนินการพัฒนาคุณภาพเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์การคัดแยกของหน่วยงานร่วมกัน คณะกรรมการดำเนินงานได้ร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการดำเนินงาน เป้าหมายในการดำเนินงานที่กำหนดได้แก่ 1) การคัดแยกถูกต้องร้อยละ 80 ขึ้นไป (ยกเว้นโรงพยาบาลลำปางที่กำหนดเป้าหมายร้อยละ 90 ขึ้นไป เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลนำร่องในการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน) 2) การคัดแยกสูงกว่าสภาพความเป็นจริงน้อยกว่าร้อยละ 15 และ 3) การคัดแยกต่ำกว่าสภาพความเป็นจริงน้อยกว่าร้อยละ 5

หลังจากกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน คณะกรรมการฯ วางแผนวิธีดำเนินงาน โดยกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของกรรมการแต่ละคน กำหนดระยะเวลาและวิธีการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่พยาบาลทุกคนที่ทำหน้าที่ในการคัดแยกผู้ป่วย กำหนดและดำเนินการจัดทำสิ่งสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อให้พยาบาลสามารถทำการคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้อง ได้แก่ คู่มือการคัดแยกผู้ป่วยโดยจัดวางไว้อย่างน้อย 2 แห่งบริเวณแผนกฉุกเฉิน ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินฉบับพกพาโดยแจกให้พยาบาลทุกคน เพิ่มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินบนคอมพิวเตอร์แผนกฉุกเฉิน แผ่นโปสเตอร์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินจัดวางไว้บริเวณแผนกฉุกเฉิน

การดำเนินการในวงล้อคุณภาพ รอบ 1 ขั้นตอนที่ 2: ดำเนินการ ขั้นตอนนี้ผู้ศึกษาที่อยู่ในโรงพยาบาลแต่ละแห่งทำหน้าที่เป็นผู้นำในการดำเนินการ มีการจัดประชุมกลุ่มพยาบาล 1-2 ครั้ง โดยนำเสนอสถานการณ์การคัดแยกเพื่อสร้างความตระหนัก และความเข้าใจถึงเหตุผลความจำเป็นของการพัฒนาคุณภาพการคัดแยก มีกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการคัดแยกผู้ป่วยในการประชุม



กลุ่ม ซึ่งในการประชุมกลุ่ม บางโรงพยาบาลมีพยาบาลบางคนไม่สามารถมาร่วมประชุมได้จึงมีการให้ความรู้เพิ่มเติมเป็นรายบุคคล

หลังจากกิจกรรมให้ความรู้ มีการแนะนำสิ่งสนับสนุนสำหรับพยาบาลในการคัดแยก มีการติดตามนิเทศการปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลในสถานการณ์จริงโดยผู้ศึกษา ผู้ศึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติรายกลุ่มย่อยหรือรายบุคคล กรณีที่มีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการคัดแยกหรือมีประเด็นคำถาม ระหว่างดำเนินการมีการสอบถามปัญหาอุปสรรคในการคัดแยกผู้ป่วยจากพยาบาลผู้ปฏิบัติโดยตรง

การดำเนินการในวงล้อคุณภาพ รอบ 1 ขั้นตอนที่ 3: ศึกษาผลการดำเนินการ เมื่อดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 โดยได้มีการติดตาม นิเทศ และให้คำปรึกษาแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติทุกคนเรียบร้อยแล้ว ผู้ศึกษาได้ดำเนินการรวบรวมผลลัพธ์ของการดำเนินการตามวงล้อคุณภาพ รอบ 1 โดยตรวจสอบว่ามีการรวบรวมผลลัพธ์การคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลผู้ปฏิบัติทุกคน นำผลลัพธ์ที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์เทียบกับค่าเป้าหมายและจัดทำบอร์ดเพื่อสื่อสารผลลัพธ์การดำเนินการแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติทุกคน นอกจากนี้มีการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการในขั้นตอนที่ 2 ซึ่งพบว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติในแต่ละโรงพยาบาลมีประเด็นความเข้าใจไม่ตรงกันที่ทำให้เกิดการคัดแยกผิดพลาดในหลายประเด็น

การดำเนินการในวงล้อคุณภาพ รอบ 1 ขั้นตอนที่ 4: ปรับปรุง มีการจัดประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อร่วมกันทบทวนประสิทธิผลของการดำเนินการโดยพิจารณาจากผลลัพธ์การคัดแยกรายกลุ่มและผลลัพธ์การคัดแยกของพยาบาลผู้ปฏิบัติรายบุคคล มีการทบทวนประเด็นปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการ ข้อเสนอโดยรวมทั้ง 4 โรงพยาบาลที่มีความสอดคล้องกัน พบว่า ผลลัพธ์การคัดแยกของพยาบาลผู้ปฏิบัติรายบุคคลมีความแตกต่างกัน จึงควรมีการปรับเปลี่ยนวิธีการสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติจากที่ผ่านมารายกลุ่ม มาเป็นการสร้างความรู้ ความเข้าใจเพิ่มเติมแก่ผู้ปฏิบัติเป็นรายบุคคลเพื่อ

ให้ตรงตามความต้องการของผู้ปฏิบัติ และแก้ไขประเด็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนได้ตรงจุดเพิ่มขึ้น

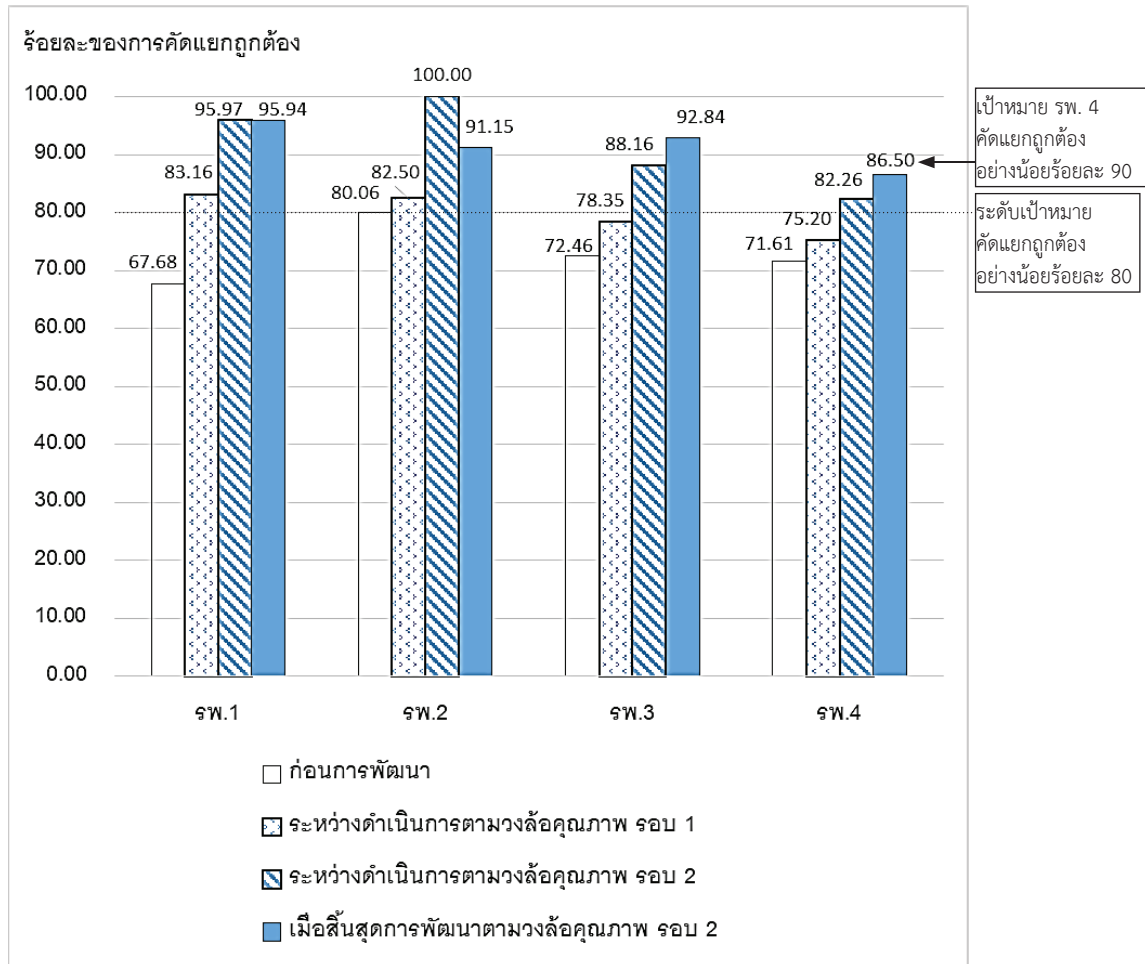
การดำเนินการในวงล้อคุณภาพ รอบ 2 ขั้นวางแผน คณะกรรมการฯ ของแต่ละโรงพยาบาลร่วมกันวางแผนวิธีการและกำหนดระยะเวลาการสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติเป็นรายบุคคล รวมทั้งเตรียมตัวอย่างการคัดแยกซึ่งผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการดำเนินการที่ผ่านมาเพื่อนำไปให้ผู้ปฏิบัติได้เรียนรู้ร่วมกัน หลังจากนั้นมีการดำเนินการตามแผนที่กำหนด ผู้ศึกษาดำเนินการนิเทศ ติดตามการคัดแยกของพยาบาลผู้ปฏิบัติรายบุคคล และสร้างความรู้ ความเข้าใจ กรณีที่พบการคัดแยกคลาดเคลื่อน ในบางโรงพยาบาลมีการนิเทศ ติดตามพยาบาลผู้ปฏิบัติที่มีผลลัพธ์การดำเนินการในรอบแรกต่ำกว่าค่าเป้าหมายเป็นกรณีพิเศษ บางโรงพยาบาลกำหนดให้มีการนิเทศ ติดตามพยาบาลผู้ปฏิบัติทุกคนเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าพยาบาลมีความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถทำการคัดแยกได้อย่างถูกต้อง เมื่อดำเนินการสร้างความรู้ ความเข้าใจ นิเทศ ติดตาม และให้คำปรึกษาแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติรายบุคคลจนครบตามแผนที่กำหนดไว้แล้ว ผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมผลลัพธ์ของการดำเนินการตามวงล้อคุณภาพ รอบ 2 นำมาวิเคราะห์เทียบกับค่าเป้าหมายและผลลัพธ์ของการดำเนินการตามวงล้อคุณภาพ รอบ 1 มีการสื่อสารผลลัพธ์การดำเนินการแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติทุกคนผ่าน การจัดทำบอร์ดประชาสัมพันธ์ มีการจัดประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อทบทวนผลลัพธ์การดำเนินการ ประเด็นปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอโดยรวมของคณะกรรมการฯ ทั้ง 4 โรงพยาบาลพบว่า ผลลัพธ์การคัดแยกในรอบ 2 ดีขึ้นเมื่อเทียบกับผลลัพธ์ก่อนการพัฒนาคุณภาพ และผลลัพธ์ของการดำเนินการตามวงล้อคุณภาพ รอบ 1 และมีความเห็นร่วมกันว่า การพัฒนาคุณภาพการคัดแยกตามวงล้อคุณภาพก่อให้เกิดผลลัพธ์การดำเนินการที่ดีขึ้น ควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนต่อไป

หลังสิ้นสุดการดำเนินการในวงล้อคุณภาพ รอบ 2 ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมผลลัพธ์เพื่อนำผลมาเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ก่อนดำเนินการพัฒนาคุณภาพการคัดแยก ผลลัพธ์ของการดำเนินการตามวงล้อคุณภาพ



รอบ 1 และรอบ 2 ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการคัดแยก ทั้ง 4 โรงพยาบาลดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการพัฒนาคุณภาพ โดยร้อยละของการคัดแยกถูกต้องบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ มีการคัดแยกถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 80

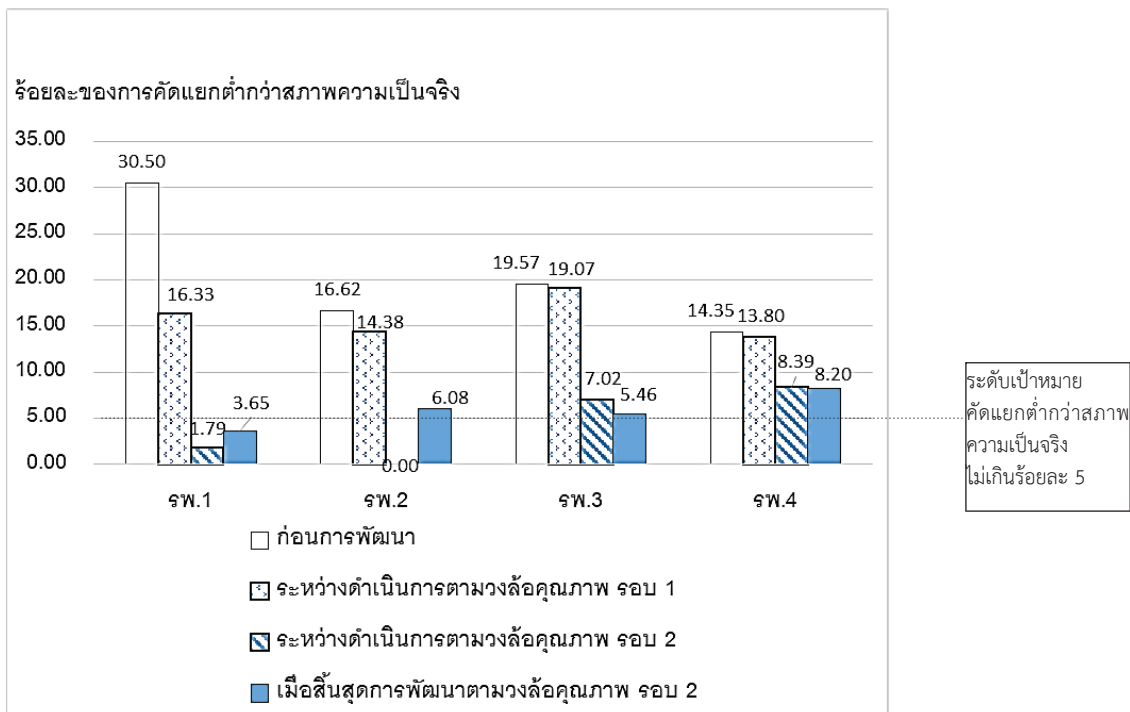
จำนวน 3 โรงพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลที่ 4 มีผลลัพธ์ การคัดแยกถูกต้องดีขึ้น แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้มีการคัดแยกถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 90 (แผนภูมิ ที่ 1)



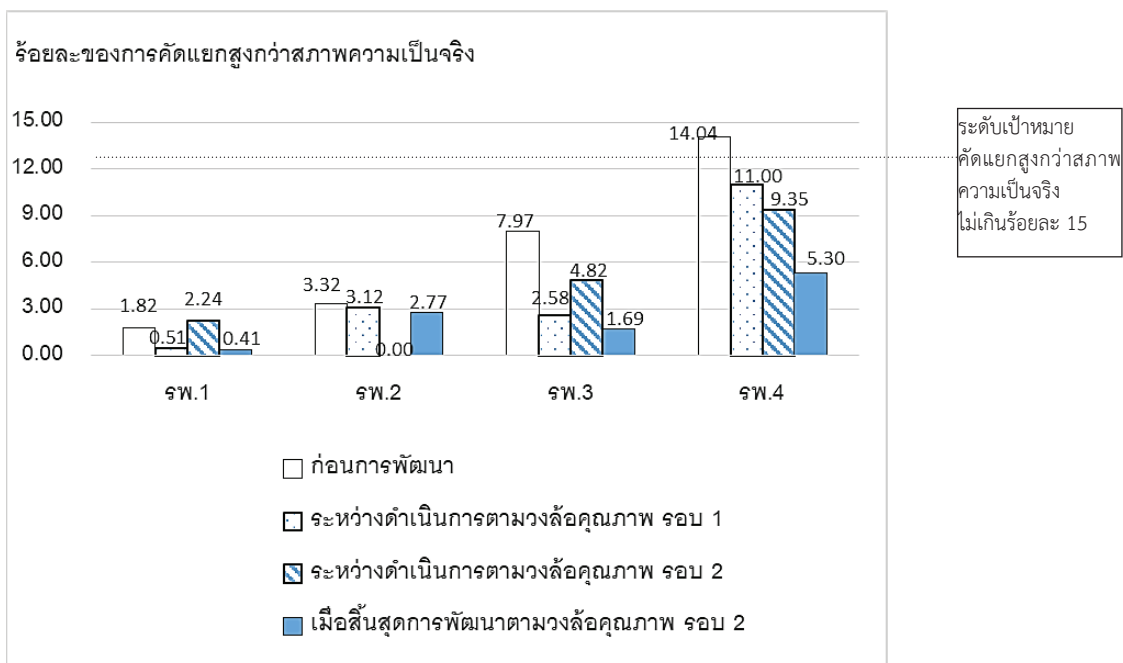
แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของการคัดแยกถูกต้อง ระยะก่อนการพัฒนา ระหว่างการดำเนินการตามวงล้อคุณภาพ และเมื่อสิ้นสุดการพัฒนาตามวงล้อคุณภาพ รอบ 2 เทียบกับระดับเป้าหมาย

สำหรับร้อยละของการคัดแยกต่ำกว่าสภาพความเป็นจริงลดลงตามลำดับ แต่มีเพียงโรงพยาบาลที่ 1 เท่านั้นที่มีร้อยละการคัดแยกต่ำกว่าสภาพความเป็นจริงไม่เกินร้อยละ 5 ตามค่าเป้าหมายที่กำหนดหลังสิ้นสุดการพัฒนาตามวงล้อคุณภาพ รอบ 2 (แผนภูมิที่ 2) ร้อยละ

ของการคัดแยกสูงกว่าสภาพความเป็นจริงของทั้ง 4 โรงพยาบาล ซึ่งมีระดับต่ำกว่าเป้าหมายตั้งแต่ก่อนการพัฒนาคุณภาพ มีแนวโน้มลดลงเมื่อสิ้นสุดการพัฒนาตามวงล้อคุณภาพ รอบ 2 (แผนภูมิที่ 3)



แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของการคัดแยกต่ำกว่าสภาพความเป็นจริง ระยะก่อนการพัฒนา ระหว่างการดำเนินการตามวงล้อคุณภาพ และเมื่อสิ้นสุดการพัฒนาตามวงล้อคุณภาพ รอบ 2 เทียบกับระดับเป้าหมาย



แผนภูมิที่ 3 ร้อยละของการคัดแยกสูงกว่าสภาพความเป็นจริง ระยะก่อนการพัฒนา ระหว่างการดำเนินการตามวงล้อคุณภาพ และเมื่อสิ้นสุดการพัฒนาตามวงล้อคุณภาพ รอบ 2 เทียบกับระดับเป้าหมาย



บทเรียนจากตัวอย่างการใช้วงลัคคุณภาพในการพัฒนาคุณภาพการคัคแยกผู้ป่วยที่แผนกคูกเจิน

กรณีศึกษาทั้ง 4 โรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าวงลัคคุณภาพสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการคัคแยกผู้ป่วยที่แผนกคูกเจินและส่งผลทำให้เกิดผลลัคการทำงานที่ดีขึ้นในสถานการณ์จริง ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพให้บรรลุเป้าหมาย ควรดำเนินการตามวงลัคคุณภาพมากกว่า 1 รอบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาผลลัคอย่างต่อเนื่อง (Leis & Shojania, 2017) การพัฒนาตามวงลัคคุณภาพ ในรอบแรกอาจจะยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดดังเช่นตัวอย่างกรณีศึกษา (แผนภูมิที่ 1 และ 2) การดำเนินการพัฒนาในรอบถัดไปของวงลัคจำเป็นต้องมีการนำผลลัคการดำเนินการ ปัญหา อุปสรรคที่พบมาทบทวน เพื่อปรับปรุงวิธีการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย การปรับปรุงการดำเนินงานในรอบต่อไปของวงลัคคุณภาพ เป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนาลัคที่ดีขึ้น (Crowl, Sharma, Sorge, & Sorensen, 2015; Leis & Shojania, 2017)

คณะทำงานที่มีความเข้าใจในบริบทของหน่วยงานมีส่วนสำคัญทำให้การพัฒนาคุณภาพประสบผลสำเร็จ กรณีศึกษาทั้ง 4 โรงพยาบาลมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน และที่ปรึกษาซึ่งเป็นบุคคลที่มีความรับผิดชอบโดยตรงกับหน่วยงาน ได้แก่ หัวหน้าพยาบาลแผนกคูกเจิน แพทย์ที่รับผิดชอบงานแผนกคูกเจิน การกำหนดคณะกรรมการดำเนินงานที่มีความเข้าใจในบริบทของหน่วยงานเป็นอย่างดี เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้การวางแผนการดำเนินงานมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ของหน่วยงาน มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Bollegala et al., 2016; Suwannasuan, Thungjaroenkul, & Chitpakdee, 2016) นอกจากนี้ การกำหนดคณะกรรมการดำเนินงานหรือที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้มีอำนาจและความรับผิดชอบหลักในหน่วยงานส่งผลให้การดำเนินการพัฒนาคุณภาพเกิดความราบรื่นเนื่องจากบุคคลดังกล่าวเป็นที่ยอมรับ นับถือของบุคลากรผู้ปฏิบัติ มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงระบบการปฏิบัติงานในหน่วยงานและจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ที่เอื้อต่อการดำเนินงาน

การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการดำเนินงานเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาคุณภาพ เป้าหมายที่ชัดเจนร่วมกับการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบจะทำให้การดำเนินงานต่างๆ มีความหมายและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เป้าหมายที่กำหนดสามารถใช้เป็นเกณฑ์ในการเทียบเคียงผลลัคที่ต้องการกับสถานการณ์ก่อนดำเนินการพัฒนา ระหว่างการดำเนินการพัฒนา และเมื่อสิ้นสุดการดำเนินการพัฒนา (Crowl et al., 2015) ดังตัวอย่างในกรณีศึกษาที่คณะกรรมการดำเนินงานของแต่ละโรงพยาบาลร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพการคัคแยกไว้อย่างชัดเจน ทำให้สามารถวิเคราะห์ประสิทธิผลของวิธีดำเนินการพัฒนาในแต่ละระยะได้อย่างเป็นรูปธรรม (แผนภูมิที่ 1-3)

การสร้างการเข้าใจถึงเหตุผลความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพและการสร้างความรู้สึกร่วมมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาคุณภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้การพัฒนาคุณภาพประสบผลสำเร็จ ในการพัฒนาคุณภาพจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกการเปลี่ยนแปลงย่อมมีแรงต้านจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การใช้วงลัคคุณภาพเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพสามารถช่วยลดแรงต้านของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสร้างความรู้สึกร่วมมีส่วนร่วมขึ้นได้ (Leis & Shojania, 2017; Suwannasuan et al., 2016) ตัวอย่างจากกรณีศึกษาซึ่งเริ่มจากการนำเสนอสถานการณ์การคัคแยกให้พยาบาลแผนกคูกเจินรับทราบ ประกอบกับนโยบายของหน่วยงานที่กำหนดให้ความถูกต้องของการคัคแยกเป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดคุณภาพหน่วยงาน ทำให้เกิดความตระหนักและเข้าใจถึงเหตุผลความจำเป็นในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ระหว่างการดำเนินการมีการพูดคุย สอบถามปัญหา อุปสรรคจากพยาบาลผู้ปฏิบัติโดยตรง รวมทั้งมีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติ และมีการสื่อสารผลลัคที่เกิดขึ้นจากผลการปฏิบัติของทุกคน การดำเนินการดังกล่าวช่วยสร้างความรู้สึกร่วมมีส่วนร่วม และลดแรงต้านในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

การดำเนินงานตามวงลัคคุณภาพจำเป็นต้องมีการติดตาม ประเมินผลลัคการดำเนินงานเป็นระยะ และ



สื่อสารข้อมูลอย่างถูกต้อง ชัดเจนแก่ผู้เกี่ยวข้อง จากตัวอย่างกรณีศึกษาที่มีการประเมินผลลัพธ์ความถูกต้องของการคัดแยกในการดำเนินงานตามวงล้อคุณภาพ รอบ 1 รอบ 2 และหลังสิ้นสุดการดำเนินการในวงล้อคุณภาพ รอบ 2 รวมทั้งมีการสื่อสารผลลัพธ์ที่ประเมินได้เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดผ่านการจัดทำกราฟและเผยแพร่บนบอร์ดประชาสัมพันธ์ การวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินการและจัดทำกราฟเปรียบเทียบผลลัพธ์ในแต่ละระยะของการดำเนินการเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้คณะทำงานเห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ที่สะท้อนประสิทธิภาพของการพัฒนาคุณภาพ (Crowl et al., 2015) ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในแต่ละระยะของการดำเนินการช่วยสร้างความมั่นใจถึงความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพให้กับผู้เกี่ยวข้อง (Bollegala et al., 2016)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน การพัฒนาคุณภาพตามวงล้อคุณภาพจำเป็นต้องมีผู้นำที่มีความเข้าใจในบริบท สามารถสื่อสาร ประสานงานกับทีมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างมีประสิทธิภาพ (Bollegala et al., 2016) จากตัวอย่างจะเห็นได้ว่าผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ ผู้นำในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพจำเป็นต้องมีสมรรถนะขั้นสูงในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากตัวอย่างกรณีศึกษาสะท้อนให้เห็นสมรรถนะของพยาบาลในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน สมรรถนะในการสอนทั้งการสอนพยาบาลผู้ปฏิบัติเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล สมรรถนะการให้คำปรึกษาแก่

พยาบาลผู้ปฏิบัติเมื่อเกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน สมรรถนะการประสานงานทั้งกับคณะกรรมการดำเนินงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความราบรื่น รวมถึงสมรรถนะการประเมินผลลัพธ์ ที่สะท้อนจากการประเมินผลลัพธ์คุณภาพการคัดแยกอย่างเป็นรูปธรรมและนำไปสู่การดำเนินการพัฒนาผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

สรุป

การคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้บุคลากรแผนกฉุกเฉินสามารถให้การดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเร่งด่วนได้อย่างทันท่วงที ภายใต้งานที่จำกัด ความถูกต้องของการคัดแยกเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงคุณภาพการคัดแยกของพยาบาล การพัฒนาคุณภาพการคัดแยกให้เป็นไปตามมาตรฐานจะช่วยให้ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินมีความปลอดภัย วงล้อคุณภาพเป็นเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการคัดแยกของพยาบาลส่งผลให้มีการคัดแยกถูกต้องเพิ่มขึ้นได้ในสถานการณ์จริง การดำเนินงานดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลจำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานที่เป็นขั้นตอน อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยคณะทำงานที่มีความเข้าใจในบริบทของหน่วยงาน มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจน และมีการประเมินผลลัพธ์เป็นระยะ ตลอดจนมีการสื่อสารข้อมูลการดำเนินงานและข้อมูลผลลัพธ์ที่ถูกต้อง ชัดเจนแก่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความเข้าใจและความรู้สึกมีส่วนร่วม ซึ่งจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- Bollegala, N., Patel, K., Mosko, J. D., Bernstein, M., Brahmania, M., Liu, L., Steinhart, A. H., et al. (2016). Quality improvement primer series: The plan-do-study-act cycle and data display. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 14, 1230-1233.
- Brosinski, C. M., Riddell, A. J., & Valdez, S. (2017). Improving triage accuracy: A staff development approach. *Clinical Nurse Specialist*, May/June, 145-148.
- Chartbunchachai, W. & Chotkhom, P. (2013). *Patients using emergency medical system service and patients visiting emergency room of hospitals affiliated with Office of the Permanent Secretary, fiscal year 2011*. Khon Kaen: Trauma Center & Critical Care, Khon Kaen Hospital. (in Thai)
- Crowl, A., Sharma, A., Sorge, L., & Sorensen, T. (2015). Accelerating quality improvement within your organization: Applying the model for improvement. *Journal of the American Pharmacists Association*, 55, e364-e367.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academies Press.
- Kraysubun, C. (2018). *Guideline for ER service delivery*. Nonthaburi: Department of Medical Services. (in Thai)
- Lemtrakul, W. (2014). *Effectiveness of implementing the Emergency Severity Index for patient triage, Kokha hospital, Lampang province*. Unpublished master's thesis. Chiang Mai University: Chiang Mai. (in Thai)
- Larthum, K., & Peakao, C. (2017). *A study of quality of emergency patient triage at Srinagarind Hospital*. The National and International Graduate Research Conference 2017, Khon Kaen University, March 10, 2017. (in Thai)
- Leis, J., & Shojania, K. G. (2017). A primer on PDSA: Executing plan-do-study-act cycles in practice, not just in name. *BMJ Quality & Safety*, 26, 572-577.
- Nakakul, N. (2014). *Effectiveness of implementing the Emergency Severity Index for patient triage, Lampang hospital*. Unpublished master's thesis. Chiang Mai University: Chiang Mai. (in Thai)
- National Institute of Emergency Medicine. (2015). *Guidelines to follow the rules, criteria and procedures to sort and prioritize emergency care at the emergency room, according to the Emergency Medical Board*. 3rd ed. Nonthaburi: National Institute of Emergency Medicine. (in Thai)
- Matcha, K. (2014). *Effectiveness of implementing the Emergency Severity Index for patient triage, Lampang hospital*. Unpublished master's thesis. Chiang Mai University: Chiang Mai. (in Thai)



- Moen, R. D., & Norman, C. L. (2010). Circling back: Clearing up myths about the Deming cycle and seeing how it keeps revolving. *Quality Progress*, November, 23-28.
- Pimdee, E., Prompinit, S., Mitsungnuen, T., & Pugoan, P. (2015). Inter-rater reliability of triage of patients among outpatient department, accident and emergency department nurses and emergency physicians in Srinagarind Hospital. *Srinagarind Medical Journal*, 30(6), 587-591. (in Thai)
- Stanfield, L. M. (2015). Clinical decision making in triage: An integrative review. *Journal of Emergency Nursing*, 41, 396-403.
- Suwannasuan, W., Thungjaroenkul, P., & Chitpakdee, B. (2016). Quality improvement of nursing documentation in Nakornping Hospital, Chiang Mai province. *Nursing Journal*, 43, 128-136. (in Thai)
- Wachiradilok, P., Sirisamutr, T., Chaiyasit, S., & Sethasathien, A. (2016). A nationwide survey of Thailand emergency departments triage systems. *Thai Journal of Nursing Council*, 31(2), 96-108. (in Thai)
- Wandee, N. (2014) *Effectiveness of implementing the Emergency Severity Index for patient triage, Wiang Chiang Rung Hospital, Chiang Rai Province*. Unpublished master's thesis. Chiang Mai University: Chiang Mai. (in Thai)
- Yuksen C. (2012). *Research on ESI Triage*. Documentation of training criteria and procedures separate the emergency: National Institute of Emergency Medicine. (in Thai)