

ประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน
โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

Effectiveness of the Development for Emergency Patient's Triage Model at Banfang Hospital,
Khon Kaen Province

(Received: November 20, 2020; Accepted: December 8, 2020)

นิตยา สุภามา , สุพัตชา คำวงษา Nittaya Suphama , Supatcha Komwongsa

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น Professional nurse Banfang Hospital, Khon Kaen Province

ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์ Pattama Lophongpanit

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

Assistant professor Faculty of Public Health Ubon Ratchathani Rajabhat University

เจษฎา สุรวรรณ Jesada Surawan

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Professional Public Health Scholar Khon Kaen Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 13 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 31 ตุลาคม 2563 ตามกรอบแนวคิดการวิจัย Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย 1) การวางแผนเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น 2) ลงมือปฏิบัติตามแผน 3) การสังเกตการณ์ และ 4) การสะท้อนกลับกระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน แบบประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน และแบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน คุณภาพเครื่องมือการวิจัย เท่ากับ 0.88 และ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที และค่าสัมประสิทธิ์ไคเอนแคปเปา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินทำให้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน มีความถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 82 ความคลาดเคลื่อนของการประเมินสูงกว่าเกณฑ์ลดลงเหลือร้อยละ 7.33 และ ความคลาดเคลื่อนของการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ลดลงเหลือร้อยละ 10.67 ค่าความสอดคล้องของผลการประเมินระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Cohen's kappa coefficient =.775) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่มากกว่า ก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (p-value .003) ดังนั้น รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นใหม่สามารถนำไปใช้กับโรงพยาบาลบ้านฝางได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการพัฒนาบุคลากรให้มีทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝางอย่างต่อเนื่อง และควรนำเวลาที่ใช้ในการรอรับการรักษาในผู้ป่วยแต่ละระดับ เปรียบเทียบค่าระยะเวลารอคอยมาตรฐาน มาใช้ปรับปรุงรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน

Abstract

This study is action research that aims to study the effectiveness of the development of the emergency patient's Triage Model at Banfang Hospital, Khon Kaen Province. The 13 purposive samplings were registered nurses and advanced emergency medical technician. Data collecting was carried on from June 1 to October 31, 2020. The study framework based on the Kemmis & McTaggart concept, including 1) Planning to lead the change 2) implementing plans, 3) observing, and 4) reflecting on the process and the results of the change in order to improve operational plans. Research tools include assessing knowledge and skills in emergency patient's triage, quality assessment form for emergency patient's triage, and the satisfaction assessment form of the emergency patient's triage model. The quality of research instruments was 0.88 and 0.96. Data were analyzed using descriptive statistics and analytical statistics such as the Paired t-test and Cohen's kappa coefficient. The research results were found that



the emergency patient's triage model increased the accuracy of the emergency patient's triage to 82%, the over triage error decreased to 7.33% and the under triage error decreased to 10.67, respectively. The Inter-Rater Reliability at the middle level was statistically significant at the .05 level (Cohen's kappa coefficient = .775) The satisfaction after using the emergency patient's triage new model was statistically significantly higher than before at the .05 level (p-value .003). Hence, the emergency patient's triage new model can be applied to Banfang Hospital effectively. It is recommended that there should be reskilling in emergency patient's triage Banfang Hospital model continuously and track the waiting time for each level of triage compare with standard waiting time can improve the emergency patient's triage model efficiently.

Keywords: development model, emergency patient's triage

บทนำ

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ได้กำหนดนิยาม “ผู้ป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญจำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้มีประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 (ราชกิจจานุเบกษา, 2554) เพื่อการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้สถานพยาบาล หน่วยปฏิบัติการ และผู้ปฏิบัติการดำเนินการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งเป็น 5 ระดับตามความเร่งด่วนในการปฏิบัติการ โดยกำหนดให้ใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉินตามแนวทางการคัดแยกของ Emergency Severity Index (ESI) Version 4 แบบ 5 ระดับ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2558)

จากการศึกษาของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (พรทิพย์ วชิรติลก, อีระศิริสมุด, สนิ์นุช ชัยสิทธิ์, และ อนุชา เศรษฐเสถียร, 2559) พบว่า ระบบการคัดแยกช่วยส่งเสริมระบบการให้บริการที่ห้องฉุกเฉินดีขึ้น เป็นการแก้ไขปัญหาเชิงระบบ ทำให้การให้บริการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินมีประสิทธิภาพ เป็นการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อจัดลำดับความสำคัญของการรักษาภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด บุคลากรในห้องฉุกเฉินสื่อสารและปฏิบัติงานอย่างมีมาตรฐานและทิศทางเดียวกัน ลดความผิดพลาดและความขัดแย้งจากการปฏิบัติงานได้ ในขณะเดียวกัน ระบบคัดแยกมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้อย่างเหมาะสม ตรงตามประเภทความรุนแรง ช่วยให้ผู้ป่วยที่อาการรุนแรงได้รับการรักษาก่อน ลดความสูญเสียหรือความเสียหายที่จะเกิดขึ้นได้เป็น

อย่างสมก นอกจากนั้น การคัดแยกผู้ป่วยยังช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่คนป่วยรายอื่นได้

งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิเวศวิทยา โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ได้นำระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน Khon Kaen Emergency Severity Index: KESI มาใช้ ประกอบด้วย การแบ่งตามความรุนแรงของความเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 สีแดง ผู้ป่วยวิกฤต (Resuscitation) จะต้องได้รับการตรวจรักษาทันที ระดับที่ 2 สีชมพู ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergent) ควรได้รับการตรวจรักษาภายใน 5 - 15 นาที ระดับที่ 3 สีเหลือง ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgent) สามารถรอรับการตรวจและรักษาได้ 15 - 30 นาที ระดับที่ 4 สีเขียว ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Less-Urgent) ระยะเวลาการตรวจไม่เกิน 30 - 60 นาที และระดับที่ 5 สีขาว ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgent) ระยะเวลาการตรวจไม่เกิน 1 - 2 ชั่วโมง เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินคัดแยกผู้ป่วย ได้แก่ อาการสำคัญ อาการแสดง สัญญาณชีพ และการใช้ทรัพยากรในห้องฉุกเฉิน จากการทบทวนผลการดำเนินงานดังกล่าว ในเดือนตุลาคม 2562 มีผู้ป่วยรับบริการจำนวน 2,410 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 0.45 ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง ร้อยละ 1.20 ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง ร้อยละ 27.16 ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย ร้อยละ 21.06 และ ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป ร้อยละ 50.21 ตามลำดับ จากการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนพบความคลาดเคลื่อนของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินร้อยละ 37.65 โดยพบว่าร้อยละ 15.17 เป็นการคัดแยกประเภทผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ และร้อยละ 22.47 เป็นการคัดแยกประเภทผู้ป่วยสูงกว่าเกณฑ์ ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเกิดความล่าช้าในการรับบริการและสูญเสียทรัพยากรในการให้บริการเกินความจำเป็น นอกจากนี้ โรงพยาบาลบ้านฝาง เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาด 30 เตียง ผ่านการประเมินและรับรองซ้ำ (Re-Accreditation) ครั้งที่ 3 ตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ตัวชี้วัดหนึ่งที่สำคัญได้แก่ มาตรฐานการคัดกรองผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน นักวิจัยในฐานะ

หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart (1988) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การวางแผนเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re-planning) การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามความรุนแรงและตามระดับความเร่งด่วน ตามบริบทของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ภายใต้การมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปปรับใช้ต่อไปได้อย่างเหมาะสมในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน - 31 ตุลาคม 2563 ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น มีวิธีดำเนินการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ดังนี้

1.การวางแผนเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) นักวิจัยวิเคราะห์สถานการณ์ ความคลาดเคลื่อนการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยสุ่มเวชระเบียนจำนวน 150 ชุด แบ่งเป็น 5 ระดับตามระดับความรุนแรงและความเร่งด่วน ระดับละ 30 ชุด มอบให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 คน ได้แก่ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง และ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลชุมแพ ตรวจสอบเวชระเบียนและให้ความเห็นว่าการคัดแยกประเภทของผู้ป่วยในเวชระเบียนมีความถูกต้องสอดคล้องกับความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือไม่อย่างไร โดยใช้คำสัมภาษณ์ที่ได้อธิบายและประเมินความพึงพอใจรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน นำผลที่ได้มาจัดประชุมกลุ่มย่อยกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทบทวนและค้นหาสาเหตุความคลาดเคลื่อนการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ด้วยเทคนิค why-why-analysis ตั้งคำถามทำไม ทำไม จนกระทั่งได้คำตอบสุดท้ายที่เป็นสาเหตุที่ทำให้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินเกิดความคลาดเคลื่อนสรุปสาเหตุของปัญหาและวางแผนการแก้ไขปัญหามาตามสาเหตุที่เกิดขึ้น นำข้อมูลที่ได้มาจัดประชุมกลุ่มย่อยกับกลุ่มตัวอย่างจัดเป็นหมวดหมู่ตามข้อคำถามประเด็นหลักที่ทำให้การคัด

แยกประเภทผู้ป่วย คลาดเคลื่อน และประเด็นหลักข้อเสนอนั้นเพื่อการพัฒนา จากนั้นจึงพัฒนาเป็นรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามความรุนแรงและตามระดับความเร่งด่วน โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

2.การลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) ได้แก่ การอบรมทบทวนองค์ความรู้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนตามแนวทาง Khon Kaen Emergency Severity Index และ แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นใหม่ให้กับกลุ่มตัวอย่าง นำรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่ได้รับการพัฒนาไปใช้ในสถานการณ์จริงระยะเวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2563

3.การสังเกตการณ์ (observation) ได้แก่ การประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นใหม่ จากการสุ่มตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2563 จำนวน 150 ชุด และประเมินความพึงพอใจหลังการนำรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไปใช้

4.การสะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้แก่ นักวิจัยจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อคืนกลับข้อมูลการตรวจสอบคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินและความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ รวมทั้ง ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่พบระหว่างการนำไปใช้เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหานำข้อมูลที่ได้มาจัดประชุมกลุ่มย่อยมาจัดเป็นหมวดหมู่ตามข้อคำถาม ประเด็นหลักที่ทำให้การคัดแยกประเภทผู้ป่วย คลาดเคลื่อน และประเด็นหลักข้อเสนอนั้นเพื่อการพัฒนา จากนั้นจึงพัฒนาเป็นรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝาง เพื่อเผยแพร่และประกาศใช้ต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และ เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 16 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 13 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้แก่ เป็นผู้ปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 การประเมินความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามความรุนแรงและตามระดับความเร่งด่วน โดยเลือกใช้แผ่นการคัดแยกอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือ Patient tag card จากนวัตกรรมต้นแบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Thailand Triage Training Kit TTTK) ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) จำนวน 10 ใบ มาใช้เป็นแบบประเมินความรู้และทักษะของกลุ่มตัวอย่าง

ชุดที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามความระดับรุนแรงและความเร่งด่วน ดัดแปลงจากคู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) Emergency Nursing 5 -Tier Triage Protocols (Göransson, Ehrenberg, Marklund, & Ehnfors, 2019) และแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จังหวัดขอนแก่น (KES) แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา วิธีการนำส่ง อาการสำคัญ การวินิจฉัยโรคสุดท้าย และผลลัพธ์การรักษาสุดท้าย ส่วนที่ 2 การประเมินระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนของการรักษาผู้ป่วย เปรียบเทียบคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ระบุในเวชระเบียนระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 คน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง และหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลชุมแพ พิจารณาความเห็นระหว่างผู้ประเมินว่ามีความเห็นสอดคล้องมากหรือน้อยเพียงใด โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์โคเฮนแคปปา (Cohen's Kappa Coefficient) (ประสพชัย พสุนนท์, 2558) กำหนดระดับความสอดคล้องตามเกณฑ์ของ Mc Hugh (McHugh, 2012) ดังนี้ ค่าสถิติแคปปา 0.00 - 0.19 ไม่มีความสอดคล้อง 0.20 - 0.39 ความสอดคล้องระดับน้อยมาก 0.40 - 0.59 ความสอดคล้องระดับน้อย 0.60 - 0.79 ความสอดคล้องระดับปานกลาง 0.80 - 0.89 ความสอดคล้องระดับมาก และ 0.90 - 1.00 ความสอดคล้องระดับมากที่สุด

ชุดที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของของกลุ่มตัวอย่างก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 2 ข้อ แสดงความคิดเห็นในรูปมาตราลิเกิร์ต (Likert's scale) 5 ระดับ ตั้งแต่พึงพอใจมากที่สุด - พึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยชุดที่ 2 และ 3 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพ สาขาการพยาบาลเฉพาะทางอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ อาจารย์ หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ คุณภาพเครื่องมือการวิจัย คำนวณจากค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.88 และ 0.96 หลังการปรับปรุงตามคำแนะนำ ได้นำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน และความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบโดยใช้สถิติ Paired t-test หรือสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ถ้าการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นปกติ
3. เปรียบเทียบคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ทรงคุณวุฒิ ข้อมูลระดับนามบัญญัติ (ถูกต้อง และ คลาดเคลื่อน) พิจารณาความเห็นระหว่างผู้ประเมินว่ามีความเห็นสอดคล้องมากหรือน้อยเพียงใด โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์โคเฮนแคปปา (Cohen's Kappa Coefficient) กำหนดระดับความสอดคล้องตามเกณฑ์ของ McHugh
4. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยอ่านข้อมูลที่บันทึกและจัดหมวดหมู่ตามข้อคำถามเพื่อลงรหัสข้อมูล (coding) ร่วมกับการสร้างคำถามจากข้อมูลที่มีความแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างคนอื่น นำไปสอบถามอีกครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณารวมเป็นประเด็นหลัก ที่สะท้อนถึงสาเหตุและปัญหาการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยแบบเดิม และแนวทางการแก้ไข้ปัญหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ KEC63056/2563

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามความรุนแรงและตามระดับความเร่งด่วน โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น สรุปและอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 คน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.62 เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 23 - 47 ปี เฉลี่ย 34.69 ปี (SD 7.9 ปี) ประสบการณ์ทำงานด้านการคัดแยกประเภทผู้ป่วยระหว่าง 2 - 22 ปี เฉลี่ย 8.23 ปี (SD 6.38 ปี) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 69.23 เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน ร้อยละ 30.77 เคยเข้ารับการอบรมการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 69.23

2. จากการตรวจสอบเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงและความเร่งด่วน ตามแนวทาง Khon Kaen Emergency Severity Index เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการตรวจสอบดังตารางที่ 1 - 2 นำมาจัดประชุมกลุ่มย่อย สรุป

ประเด็นหลักที่ทำให้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยคลาดเคลื่อนได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลากร เช่น บุคลากรที่ทำหน้าที่คัดแยกประเภทของผู้ป่วยมีเฉพาะเวรเช้า และร้อยละ 30.77 ยังไม่ได้รับการอบรมการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ด้านกระบวนการ เช่น ขาดการทบทวนกระบวนการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน และการสื่อสารแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยร่วมกันในหน่วยงาน ด้านสิ่งสนับสนุน เช่น สถานที่คัดแยกประเภทผู้ป่วยคับแคบไม่เป็นสัดส่วน การแบ่งพื้นที่ผู้ป่วยหลังการคัดแยกประเภทไม่ชัดเจน ด้านผู้รับบริการ เช่น ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย เข้าใจว่าถูกผู้มาที่ห้องฉุกเฉิน เป็นต้น

ตารางที่ 1 ผลการตรวจสอบเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนตามแนวทาง Khon Kaen Emergency Severity Index ก่อนการพัฒนาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ทรงคุณวุฒิ

		ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					รวม จำนวน (ร้อยละ)
ระดับความรุนแรงและเร่งด่วน		Resuscitation จำนวน (ร้อยละ)	Emergent จำนวน (ร้อยละ)	Urgent จำนวน (ร้อยละ)	Less-Urgent จำนวน (ร้อยละ)	Non-Urgent จำนวน (ร้อยละ)	
ความเห็นกลุ่มตัวอย่าง	Resuscitation	26 (17.33)	2 (1.33)	2 (1.33)	0	0	30 (20.00)
	Emergent	9 (6.00)	11 (7.33)	6 (4.00)	4 (13.33)	0	30 (20.00)
	Urgent	0	1 (0.67)	22 (14.67)	7 (4.67)	0	30 (20.00)
	Less-Urgent	0	1 (0.67)	15 (10.00)	13 (8.67)	1 (0.67)	30 (20.00)
	Non-Urgent	0	2 (1.33)	11 (7.33)	5 (3.33)	12 (8.00)	30 (20.00)
	รวม (คน)	35 (23.33)	17 (11.33)	56 (37.33)	29 (19.33)	13 (8.67)	150 (100)

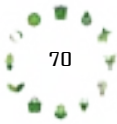
จากตารางที่ 1 พบว่าคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความถูกต้องสอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 84 ชุด (ร้อยละ 56.00) พบความคลาด

เคลื่อนของการประเมินสูงกว่าเกณฑ์ จำนวน 44 ชุด (ร้อยละ 29.33) ความคลาดเคลื่อนของการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ จำนวน 22 ชุด (ร้อยละ 14.67)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความสอดคล้องคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนตามแนวทาง Khon Kaen Emergency Severity Index ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์โคเฮนแคปปา

	Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Measure of Agreement Kappa	.450	.049	11.396	.000*
N of Valid Cases	150			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



จากตารางที่ 2 ผู้ประเมินจำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างและผู้ทรงคุณวุฒิ ประเมินเฉพาะเป็นจำนวน 150 ชุด มี ค่าความสอดคล้องของผลการประเมินระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Cohen's kappa coefficient =.450)

3. นักวิจัย โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ได้จัดอบรมทบทวนองค์ความรู้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนตามแนวทาง Khon Kaen Emergency Severity Index ผลการอบรมพบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินเปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม ดังตาราง ที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยก่อนและหลังการอบรม

คะแนน	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ก่อนการอบรม	13	4.92	1.71	3.386*	.005
หลังการอบรม	13	7.54	1.76		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 คน คะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรมเท่ากับ 4.92 คะแนน (SD 1.71 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมเท่ากับ 7.54 คะแนน (SD 1.76 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยหลังการอบรมมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ประสิทธิภาพการนำรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินไปทดลองใช้งานจริงระยะเวลา 2 เดือน (กรกฎาคม - สิงหาคม 2563) ประเมินจาก ระดับความสอดคล้องคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงและความเร่งด่วน ตามแนวทาง Khon Kaen Emergency Severity Index เปรียบ เทียบ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ไคเอนแคปเปาและความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 4 - 6

ตารางที่ 4 ผลการตรวจสอบเฉพาะเป็นเพื่อประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นใหม่ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ทรงคุณวุฒิ

		ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					รวม จำนวน (ร้อยละ)
ระดับความรุนแรง และเร่งด่วน		Resuscitation จำนวน (ร้อยละ)	Emergent จำนวน (ร้อยละ)	Urgent จำนวน (ร้อยละ)	Less-Urgent จำนวน (ร้อยละ)	Non-Urgent จำนวน (ร้อยละ)	
ความเห็นกลุ่มตัวอย่าง	Resuscitation	28 (18.67)	1 (0.67)	1 (0.67)	0	0	30 (20.00)
	Emergent	1 (0.67)	18 (12.00)	11 (7.33)	0	0	30 (20.00)
	Urgent	0	0	28 (18.67)	2 (1.33)	0	30 (20.00)
	Less-Urgent	0	0	6 (4.00)	23 (15.33)	1 (0.67)	30 (20.00)
	Non-Urgent	0	0	1 (0.67)	3 (2.00)	26 (17.33)	30 (20.00)
	รวม (คน)	29 (19.33)	19 (12.67)	47 (31.33)	28 (18.67)	27 (18.00)	150 (100)

จากตารางที่ 4 พบว่าคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความถูกต้องสอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 123 ชุด (ร้อยละ 82.00) พบความคลาด

เคลื่อนของการประเมินสูงกว่าเกณฑ์ จำนวน 11 ชุด (ร้อยละ 7.33) ความคลาดเคลื่อนของการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ จำนวน 16 ชุด (ร้อยละ 10.67)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบระดับความสอดคล้องคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นใหม่ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์โคเฮนแคปปา

	Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Measure of Agreement Kappa	.775	.039	19.211	.000*
N of Valid Cases	150			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 ผู้ประเมินจำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างและผู้ทรงคุณวุฒิ ประเมินเวชระเบียนจำนวน 150 ชุด มี ค่าความสอดคล้องของผลการประเมินระดับปานกลาง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Cohen's kappa coefficient = .775)

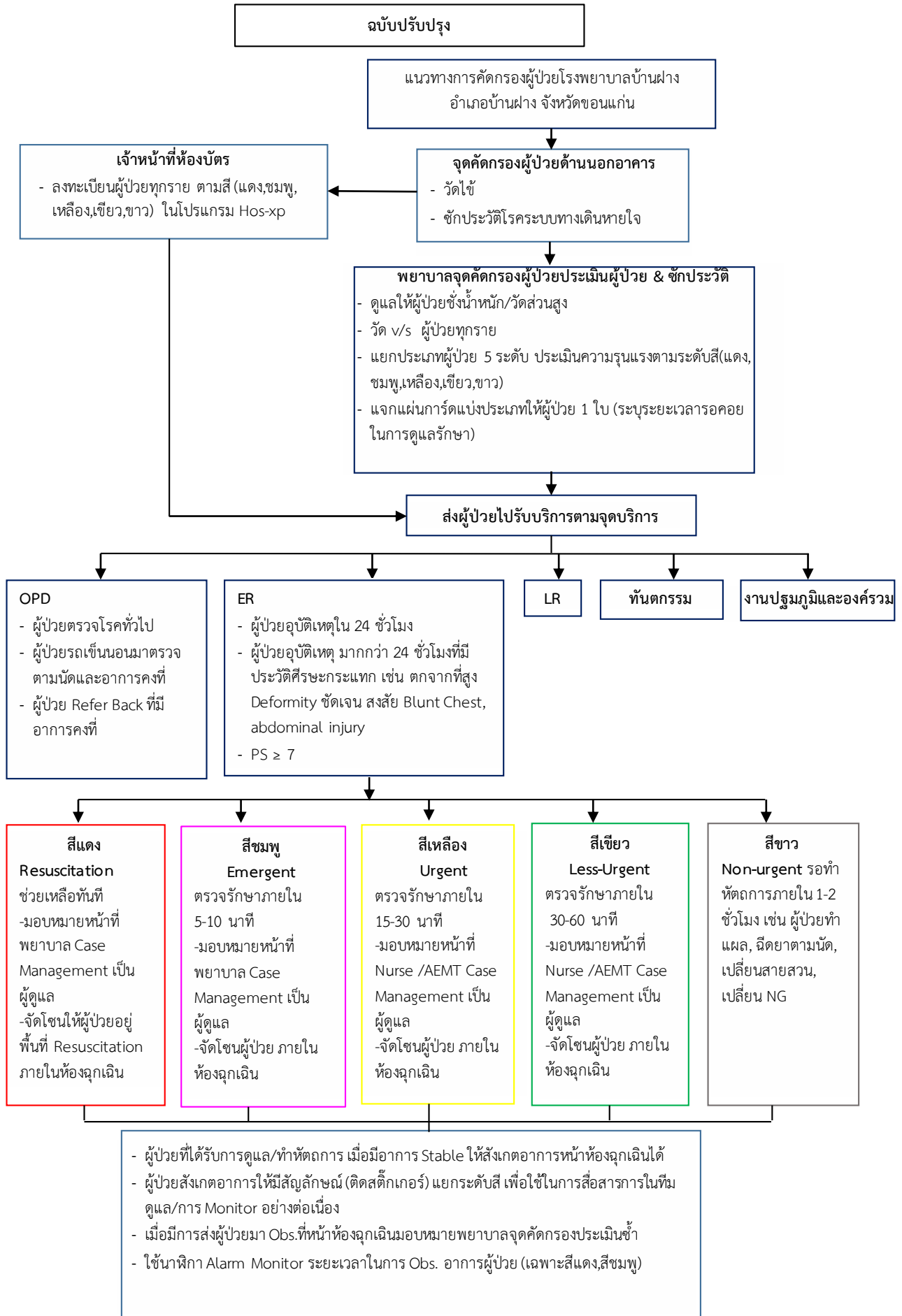
ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

ความพึงพอใจ	n	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
Negative ranks	1	1.50	1.50	-2.945	.003*
Positive ranks	11	6.95	76.50		
Ties	1				
Total	13				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 6 การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ เนื่องจากการกระจายตัวของข้อมูลไม่ปกติจึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่มากกว่ารูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value .003)

5. ผลการพัฒนาารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ภายหลังการปรับปรุงอีกครั้งโดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ดังภาพประกอบที่ 1



อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่นครั้งนี้ เริ่มต้นจากการวิเคราะห์คุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า การคัดแยกประเภทผู้ป่วยมีความถูกต้อง ร้อยละ 56 ความคลาดเคลื่อนของการประเมินสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 29.33 และความคลาดเคลื่อนของการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 14.67 โดยที่ค่าความสอดคล้องของผลการประเมินระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Cohen's kappa coefficient = .450) สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎา สวมชัยภูมิและคณะ (2562) พบความถูกต้องของการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ร้อยละ 68.7 คัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 20.80 ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 10.50 ความสอดคล้องของความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยมีค่า Cohen's kappa coefficient = 0.55 อธิบายสาเหตุความคลาดเคลื่อนของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยจากการประชุมกลุ่มย่อย พบว่าเกิดจากปัจจัยด้านบุคลากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และ เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉินที่ทำหน้าที่คัดแยกประเภทของผู้ป่วยร้อยละ 69.23 ได้รับการอบรมทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามแนวทาง Khon Kaen Emergency Severity Index (KESI) ในขณะที่ร้อยละ 30.77 ได้รับความรู้และศึกษาด้วยตนเอง บุคลากรที่ทำหน้าที่คัดแยกประเภทของผู้ป่วยมีเฉพาะวิชาชีพด้านกระบวนการ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างขาดการทบทวนกระบวนการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ และไม่มีการสื่อสารการคัดแยกประเภทผู้ป่วยระหว่างงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกกับงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช หรือกระทั่งในหน่วยงานเดียวกัน ด้านสิ่งสนับสนุน ได้แก่ สถานที่คัดแยกประเภทผู้ป่วยคับแคบไม่เป็นสัดส่วน ไม่มีการจัดสรรพื้นที่ให้ผู้ป่วยหลังการคัดแยกประเภท ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย เข้าใจว่าถูกผู้มาที่หลังแฉ่งคิว เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ วชิรติลลและคณะ (2559) นงเยาว์ อินทวิเชียร (2562) และ กฤษฎา สวมชัยภูมิและคณะ (2562) ที่พบปัญหาอุปสรรคการคัดแยกประเภทผู้ป่วย อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรในการคัดแยก บุคลากรมีประสบการณ์ ความรู้และทักษะการคัดแยกแตกต่างกัน บุคลากรมีแนวโน้มตัดสินใจคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามประสบการณ์ มากกว่าตามเกณฑ์ Emergency Severity Index (ESI) ไม่มีสถานที่คัดแยกประเภทของผู้ป่วยหรือสถานที่คัดแยกผู้ป่วยคับแคบ ผู้รับบริการไม่เข้าใจระบบการคัดแยกผู้ป่วย และ ระบบการคัดแยกผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลไม่เป็นระบบเดียวกัน จากสาเหตุดังกล่าว ผู้วิจัยโดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง จึงพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการจัดให้มีจุดคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตั้งแต่

จุดคัดกรองบริเวณด้านหน้าห้องฉุกเฉิน และมีการประเมินซ้ำเพื่อคัดแยกประเภทผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินอีกครั้ง และแบ่งโซนพื้นที่ให้ผู้ป่วยรอรับบริการตามระดับความรุนแรงและความเร่งด่วน การสื่อสารระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยญาติ ด้วยแผ่นการ์ดสี และระบุระยะเวลาคอยให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ส่วนระหว่างที่มสทวิชาชีพใช้คลิปบอร์ดสี หลังจากนั้นได้จัดอบรมเพื่อทบทวนความรู้และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยให้กลุ่มตัวอย่างผลการประเมินพบว่าระดับความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value .005) สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของเอี่ยมพร พิมดีและคณะ (2558) แนะนำว่า ควรจัดอบรมและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยระยะเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และติดตามผลเป็นระยะทุก 2 เดือน จะช่วยให้ประสิทธิภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินสูงขึ้น

ประสิทธิภาพรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ประเมินจากค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่มากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value .003) โดยข้อที่พึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ มีแนวทางคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินชัดเจน นำไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง ($\bar{X}$ 4.69 SD 0.48) อธิบายได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่เกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง ภายใต้บริบทเดียวกัน ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงตามสาเหตุ เชื่อมโยงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิมา พรชนศวรพงศ์ และคณะ (2558) ที่กล่าวว่า การพัฒนารูปแบบภายใต้การมีส่วนร่วมของบุคลากรจะทำให้มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก และจากการประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า การคัดแยกประเภทผู้ป่วยมีความถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 82 ความคลาดเคลื่อนของการประเมินสูงกว่าเกณฑ์ ลดลงเหลือร้อยละ 7.33 และความคลาดเคลื่อนของการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 10.67 ค่าความสอดคล้องของผลการประเมินระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Cohen's kappa coefficient = .775) สอดคล้องกับตัวชี้วัดเกณฑ์มาตรฐานการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินควรมีความถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 กระบวนการดูแลผู้ป่วย ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย ทันทเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561)



ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินไปประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงพยาบาล ควรใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทดลองใช้ 2-4 เดือน ประเมินผลและปรับปรุงอย่างน้อย 3 รอบ จะทำให้ได้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ส่งผลให้การรักษายาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ลดการสูญเสีย ลดระยะเวลารอคอย ลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็น และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการได้
2. การวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มการจับเวลาเพื่อประเมินระยะเวลาการรอคอยการรักษา ทำให้สามารถปรับปรุงประสิทธิภาพการบริการได้มากขึ้น
3. ควรมีการพัฒนาทักษะบุคลากรในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝางโมเดล อย่าง

ต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะและตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลชุมแพ ผู้ตรวจประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฝางที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎา สมชัยภูมิ และ คณะ. "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน" **วารสารสภาการพยาบาล**. 34(4) : หน้า 34 - 47, 2562.
- จันทิมา พรชนศรพจน์ และ คณะ. "ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครนายก" **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**. 23(3) : หน้า 97-111, 2558.
- ประสพชัย พูลนันท. "การประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินโดยใช้สถิติแคปปา". **วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์**. (มกราคม-มิถุนายน). 2558.
- พรทิพย์ วชิรติลล และคณะ. "การคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในประเทศไทย". **วารสารสภาการพยาบาล**. 31(2) : หน้า 96-108, 2559.
- นงศเยาว์ อินทวิเชียร. "การศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย" **วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา**. 2(2) : หน้า 43 - 53, 2562.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. **คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพท.กำหนด ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3**. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ นนทบุรี, 2558.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). **มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4**. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). นนทบุรี, 2561.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) (ฉบับปรับปรุง)**. ศรีเมืองการพิมพ์ กรุงเทพฯ, 2557.
- เอี่ยมพร พิมพ์ และ คณะ. "ความสอดคล้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์" **ศรีนครินทร์เวชสาร**. 30(6) : หน้า 587 - 591, 2558.
- Göransson, K. E., et al. **Emergency Nursing 5-Tier Triage Protocols**. (2nd ed.). Springer New York, 2019.
- McHugh, M. L. "Interrater reliability: the kappa statistic". **Biochemia Medica**. 22(3) : p276-282, 2012.