

ผลของรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย โรงพยาบาลกุดจับ

The results of the patient screening model by the role of professional nurses and the use of the waiting period emergency severity index Kut Chap Hospital.

(Received: March 3,2024 ; Revised: March 6,2024 ; Accepted: March 7,2024)

รุ่งลาวรรณ ฤทธิวงศ์¹

Runglawan Ritthiwong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาและพัฒนาารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้การปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน และประสิทธิผลของการใช้รูปแบบต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 – มีนาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่คัดแยกแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 16 คน เครื่องมือ ได้แก่ รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย แบบสังเกตการจำแนกผู้ป่วย แบบบันทึกระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย และแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและเชิงปริมาณ ด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติ One sample t-test statistic และ Paired t-test statistic ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

พบว่า รูปแบบฯ กำหนดประเภทผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ วิกฤต (Immediate) ได้รับการดูแลรักษาทันทีเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) ได้รับการรักษาภายใน 10 นาที เจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) ได้รับการรักษาภายใน 30 นาที เจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency) ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที และเจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgency) สามารถรอรับการรักษได้ภายใน 120 นาที ด้านประสิทธิผลของการใช้ รูปแบบ หลังการใช้รูปแบบการคัดแยก ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยวิกฤตเท่ากับเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย (เฉลี่ย 0.02 นาที, <0 นาที)

คำสำคัญ: การคัดกรองผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ การใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย

Abstract

This research is an action research to study and develop a patient triage model using the independent role of professional nurses. Emergency Severity Index and the effectiveness of using the model on patient waiting times. Conducted between October 2023 - March 2024. The sample group was professional nurses performing triage duties in the accident and emergency department. Kut Chap Hospital, Kut Chap District, Udon Thani Province, 16 people. Tools include a patient screening model using the role of professional nurses and the use of the waiting period emergency severity index. Patient classification observation form Patient waiting time recording form and a questionnaire on the independent role practice of professional nurses. Data were analyzed using content and quantitative analysis. With frequency, percentage, mean, standard deviation, One sample t-test statistic and Paired t-test statistic at the statistical significance level of 0.05.

It was found that the model defines patient types into 5 levels: Critical (Immediate) receives immediate care; Severe Illness (Emergency) receives treatment within 10 minutes; Moderate Illness (Urgency) receives treatment within 30 minutes; Mild illness (Semi-Urgency) receive treatment within 60 minutes and general illnesses (Non-Urgency) can wait to receive treatment within 120 minutes. In terms of the effectiveness of using the format, after using the triage format Critical patient waiting times were equal to Australian standards (average 0.02 minutes, <0

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกุดจับ

minutes). As for the waiting times of patients with severe illness (average 3.13 minutes, ≤ 10 minutes), moderate illness (average 15.27 minutes, ≤ 30 minutes), mild illness (average 22.08 minutes, ≤ 60 minutes), and general illness (average 45.56 minutes, ≤ 120 minutes) is less than the Australian standard with statistical significance at the 0.05 level. And regarding the practice of the independent role of professional nurses, it was found that after using the professional nursing model Able to perform independent roles better Statistically significant at the 0.05 level.

Keyword: Patient screening, professional nurse, Using the Waiting Period Emergency Severity Index

บทนำ

ในปัจจุบันสถานการณ์ที่ความต้องการทางการแพทย์มีปริมาณมากขึ้น ประกอบกับปริมาณทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีอย่างจำกัด ซึ่งกระบวนการแก้ไขปัญหาในภาพรวมสามารถทำได้หลายวิธี หนึ่งในนั้นคือ กระบวนการคัดกรองผู้ป่วย (Triage) (การคัดกรองผู้ป่วย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข) ระบบการคัดกรองผู้ป่วยมีการใช้มาเป็นเวลานาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉิน รวดเร็วไม่ได้ และจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ก่อน และเนื่องจากโรงพยาบาลเป็นแหล่งบริการชุมชนด้านสุขภาพอนามัย เมื่อประชาชนเพิ่มขึ้น จำนวนผู้มารับบริการที่เพิ่มมากขึ้น การคัดแยกผู้ป่วยตั้งแต่จุดคัดแยกที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญ เพราะเป็นกระบวนการซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการประเมินเพื่อตัดสินใจความรีบด่วนของปัญหา และส่งไปรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ตอบสนองความต้องการในการบริการผู้ป่วยฉุกเฉินได้เร็วขึ้น¹

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานที่สำคัญในโรงพยาบาลเป็นด่านแรก ที่ให้บริการแก่ผู้ใช้บริการที่มีอาการฉับพลัน และอยู่ในภาวะฉุกเฉินจากการเจ็บป่วยอย่างกะทันหันซึ่งต้องการการช่วยเหลือที่เร่งด่วน รวดเร็ว ถูกต้องทันเวลาและปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้น แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงจำเป็นต้องมีเครื่องมือเป็นเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยที่แม่นยำและน่าเชื่อถือในการคัดกรองอาการของผู้ป่วยที่ต้องการ การรักษาอย่างเร่งด่วน และใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัดให้ประโยชน์อย่างสูงสุด¹

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งใน

ต่างประเทศและต่างประเทศพบว่า ระบบการคัดแยกที่มีความละเอียด เต็มตรง และมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุดจะช่วยให้พยาบาลสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วนสามารถส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่รักษาที่มีความเหมาะสมกับอาการผู้ป่วย ลดความล่าช้าในการรักษา ลดอัตราตาย ลดค่าใช้จ่ายและทรัพยากรขององค์กรที่ต้องนำมาใช้เกินความจำเป็น และลดอัตราความคลาดเคลื่อนในการคัดแยก และในหลายประเทศ เช่น ประเทศแคนาดา (Canadian Triage and AcuityScale (CTAS) และ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Emergency Severity Index (ESI) ได้ใช้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อคัดแยกผู้ป่วยได้รวดเร็วทำให้ระยะเวลารอพบแพทย์ และระยะเวลาอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินลดลง สามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่ อีกทั้งเป็นการเพิ่มศักยภาพ ในบทบาทของพยาบาลผู้ประเมินครั้งแรกที่พบผู้ป่วย เพื่อช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของ ส่วนระบบการคัดแยกที่มีความคลาดเคลื่อนมาก จะส่งผลทำให้ภาระงานของหน่วยงานเพิ่มมากขึ้น มีการใช้ทรัพยากรที่มาก เกินความจำเป็น เช่น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งตรวจเอ็กซเรย์เพื่อการวินิจฉัย เป็นต้น เพิ่มอัตราบุคลากรที่ต้องปฏิบัติงานโดยไม่มีความจำเป็น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นรวมถึงระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษา สำหรับผู้ป่วยเร่งด่วนฉุกเฉินอาจจะเกิดความล่าช้าอาจส่งผลต่อโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย²

ในประเทศไทยกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย (Triage) ได้มีการพัฒนาต่อเนื่องเรื่อยมา เดิมในประเทศไทยใช้ของสภากาชาดในการแบ่งประเภทผู้ป่วย ซึ่งแบ่งระดับการคัดกรองออกเป็น 3 ระดับ

คือ Emergent (E), Urgent (U), Non-emergent (N) มาใช้ในระบบบริการของห้องฉุกเฉิน และมีการประกาศใช้หลักเกณฑ์ในการคัดแยก เพื่อการคำนวณภาระงานการพยาบาลห้องฉุกเฉินในปี 2545 โดยแบ่งคนไข้เป็น 4 ระดับ คือ Emergent, Urgent, Acute illness และ Non-acute illness จนกระทั่งในปัจจุบัน ได้เริ่มมีการปรับใช้ระบบคัดกรองที่แบ่งออกเป็น 5 ระดับความรุนแรง โดยอ้างอิงจากหลากหลายวิชาการ เช่น Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) ของประเทศแคนาดา และ Emergency Severity Index (ESI) ของสหรัฐอเมริกา กระทั่งล่าสุดได้มีการปรับเป็น Version 4 ส่วนในสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยก ระดับความฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉินตามระบบ ESI Version 4 มีการแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน 3) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง 4) ผู้ป่วยทั่วไป และ 5) ผู้ป่วยใช้บริการสาธารณสุขอื่น³

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับ มีการคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ของสำนักงานพยาบาล (อัมภา ศรารัตน์, จินนระรัตน์ ศรีภักธิญญู และอมรรัตน์ อนุวัฒน์นันทเขตต์, 2547) โดยแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการที่ต้องได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนมาก ตรวจวัดสัญญาณชีพไม่ได้ หรือมีความผิดปกติของสัญญาณชีพอย่างใดอย่างหนึ่งมากกว่าหรือน้อยกว่าร้อยละ 40 ได้รับการตรวจรักษาภายใน 0-4 นาที 2) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะเกิดอาการแย่ลงถ้าไม่รับการรักษาภายใน 1-2 ชั่วโมง ได้รับการตรวจรักษาภายใน 30 นาที และ 3) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ไม่มีภาวะที่จะคุกคามชีวิต ได้รับการตรวจรักษาภายใน 60 นาที⁴ ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวถูกนำมาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 จนถึงปัจจุบัน ถึงแม้ว่าจากสถิติข้อมูลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลอุดรธานีในปีงบประมาณ 2565 ที่ผ่านมา พบว่า ระยะเวลารอ

คอยเฉลี่ยผู้ป่วยฉุกเฉินมาก 1.50 นาที ผู้ป่วยฉุกเฉิน 23 นาที และผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน 48 นาที หากพิจารณาแต่ละรายโรคจะพบว่า ผู้ป่วยบางกลุ่มมีระยะเวลารอคอยในการพบแพทย์ที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด กล่าวคือ ผู้ป่วยอาการเร่งด่วนที่ควรมีระยะเวลารอคอยต่างกันถูกจัดมารวมเป็นกลุ่มเดียวกัน ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยวิกฤต (Immediate) ที่มีภาวะคุกคามเสี่ยงต่อการเสียชีวิตต้องการช่วยเหลือทันที เช่น ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น ไม่หายใจ ไม่มีชีพจร กับผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะซีมลง สับสน เมื่อเทียบกับระดับความรู้สึกตัวเดิม ซึ่งสามารถรอรับการตรวจรักษาภายใน 10 นาที ถูกรวมอยู่ในระดับ 1 เหมือนกัน ดังนั้นกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินจริงๆ ที่ควรถูกจัดอยู่ในผู้ป่วยวิกฤต (ไม่ใช่ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง) ไม่ได้รับการช่วยเหลือในทันที ในปัจจุบันจากเกณฑ์หยาบๆ ทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลารอคอยนานขึ้น เนื่องจากถูกจัดไว้ผิดประเภท ซึ่งส่งผลต่อการเกิดอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้⁴

ที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2565 โรงพยาบาลกุดจับ มีผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergency) มาใช้บริการทั้งหมด 112 คน และผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) จำนวน 319 ตามลำดับ โดยลักษณะผู้ป่วยฉุกเฉินมากกว่าร้อยละ 65 เป็นผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Non-Trauma) และผู้ป่วยฉุกเฉินมากกว่าร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Non-Trauma) เช่นกัน ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวบางส่วนควรได้รับการคัดกรองเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องรับการช่วยเหลือทันที และบางส่วนควรได้รับการคัดกรองเป็นเจ็บป่วยเล็กน้อย หรือเจ็บป่วยทั่วไปที่สามารถรอแพทย์ตรวจมากกว่า 1 ชั่วโมง หรือนัดมาคลินิกอื่น มากกว่าจะถูกจัดเป็นกลุ่มฉุกเฉินมาก หรือกลุ่มฉุกเฉิน และนอกจากนี้จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติพบว่าในปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่ามีการคัดกรองผิดพลาดถูกคัดกรองให้อยู่ในกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงน้อยกว่าอาการเจ็บป่วยที่แท้จริง (Under triage) ร้อยละ 16.67, 13.33 และ 15 ตามลำดับพบมากในกลุ่มโรค หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และหอบหืด ร้อยละ 25.69, 18.77, 15.09 ตามลำดับ

ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตเมื่อผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลอีกครั้งด้วยอาการที่รุนแรงขึ้นถึงขั้นวิกฤต ในขณะที่พบกลุ่มอาการปวดท้อง วิตกกังวล เมาสุรา ถูกคัดกรองให้ไปอยู่ในกลุ่มฉุกเฉินมากกว่าอาการเจ็บป่วยที่แท้จริง (Over triage) ร้อยละ 18.44, 15.33, 13.09 ตามลำดับ⁴ ในขณะที่มีผู้ป่วยอื่นรอตรวจทำให้เกิดความเสี่ยงในการรอคอย อย่างไรก็ตามหน่วยงานได้แก้ปัญหา โดยการประชุมทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น ผลของการแก้ปัญหาพบว่าร้อยละของการคัดกรองผิดพลาดในปีแรกๆ ส่วนใหญ่เป็นปัญหาจากการคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์ ในขณะที่ปีหลังๆ เป็นปัญหาจากการคัดกรองสูงกว่าเกณฑ์ หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงมีการประชุมบุคลากรในแผนก เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ และในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและเป็นผู้ที่ร่วมรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงาน จึงได้รับมอบหมายให้ดำเนินการพัฒนาเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยใหม่ เพื่อให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงสนใจการพัฒนาแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย และการกำหนดระยะเวลาการได้รับการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน สามารถปรับเปลี่ยนระยะเวลาได้ตามความเหมาะสมของโรงพยาบาล การพัฒนาแบบการคัดกรองตามลำดับความรุนแรงจึงต้องใช้ความคิดเห็นร่วมกันของบุคลากรหลายๆ ฝ่าย เพื่อให้ได้รูปแบบการคัดกรองที่เหมาะสมกับแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาและพัฒนาผลของรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย ณ. หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับ โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพผู้ซึ่งรูปแบบดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 – มีนาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับ

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยที่มาใช้บริการ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) ผ่านการอบรม MOPH ED Triage 3) ยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ติดภาระงานหรือเรียนต่อ 2) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis ใช้ test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: differences between two independent means (two groups) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (effect size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) = 0.05 และค่า power = 0.95 คำนวณได้ 10 คน โดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อการออกกลางคันหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์ร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

- 1.1 รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ประกอบด้วยคู่มือการคัดกรอง

ผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เกณฑ์ดัชนี
ความรุนแรงฉุกเฉิน

1.2 แบบสังเกตการจำแนกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนี
ความรุนแรงฉุกเฉิน แนวทางการคัดแยกผู้ป่วย คู่มือ
การคัดแยกผู้ป่วย และแบบสังเกตการจำแนกผู้ป่วย
โดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้
เกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 (The
Emergency severity index version 4) ตามแนวคิด
ของ Gilboy และคณะ (2015) และ Australian
Government (2019)⁵ เนื่องจากเป็นเกณฑ์ที่เปิด
โอกาสให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกคนมีส่วนร่วมใน
การกำหนดรายละเอียดของเกณฑ์แต่ละระดับ
พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองได้มีเกณฑ์ที่ชัดเจนใน
การระบุระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละรายได้
อย่างถูกต้อง ใช้เวลาในการคัดกรองผู้ป่วยได้รวดเร็ว
ขึ้นและสามารถควบคุมเวลาในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น
รวมทั้งแสดงบทบาทในฐานะผู้ประเมินอาการแสดงที่
สำคัญต่อภาวะคุกคามชีวิต แล้วพิจารณาการความ
รุนแรง เพื่อจัดลำดับการเข้ารับการรักษาได้
อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น เป็นผู้สอนและให้คำปรึกษา
สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติให้ยอมรับ
ตลอดจนการปฏิบัติตัวในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจาก
กระบวนการของความเจ็บป่วย เป็นผู้ประสานงานส่ง
ต่อข้อมูลกับแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ เป็น
ผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพและข้อมูลอื่น ๆ กับผู้ป่วยและ
ญาติ ขณะรอพบแพทย์อย่างชัดเจนและง่ายต่อความ
เข้าใจของผู้ป่วยและญาติ โดยพยาบาลแสดงบทบาท
ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง และ
เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่มารับบริการในแผนก
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่**

2.1 แบบบันทึกระยะเวลาารอคอยของผู้ป่วย

2.2 แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระ
ของพยาบาลวิชาชีพ

แบบบันทึกระยะเวลาารอคอยของผู้ป่วยตาม
เกณฑ์ของ Australian Government และ
แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาล

วิชาชีพ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Maas &
Jacox(10) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ บทบาทผู้ดูแล
บทบาทผู้แนะนำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและ
บทบาทผู้ประสานงานเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีการ
ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)
โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน แพทย์เฉพาะทางด้าน
อุบัติเหตุ และฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ
หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 คน เพื่อตรวจสอบ
เนื้อหาสาระความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความ
ชัดเจนของข้อความและความครอบคลุมของรูปแบบ
การคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ
และการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย ดังนี้
แบบบันทึกระยะเวลาารอคอยของผู้ป่วย
แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาล
วิชาชีพ ผ่านเกณฑ์ ค่า IOC มากกว่า 0.50 ผู้วิจัยนำ
เครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแล้วมาหาค่าความเที่ยง
คือ ทดลองใช้แบบบันทึกระยะเวลาารอคอยของผู้ป่วย
แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาล
วิชาชีพ ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่
คัดกรอง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาล
ขอนแก่น จำนวน 20 คน แล้ววิเคราะห์หาค่าความ
เที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม
เท่ากับ 91 และ 0.92

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ
ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการทดลองและ
ระยะประเมินผลการทดลอง ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

1. เตรียมเครื่องมือในการทำการทดลอง
ทั้งหมด ประกอบด้วย

1.1 รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนี
ความรุนแรงฉุกเฉิน 1) เกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน
2) แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและ
ฉุกเฉิน 3) คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.2 แบบสังเกตการจำแนกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนี
ความรุนแรงฉุกเฉิน

1.3 แบบบันทึกระยะเวลาโรคของผู้ป่วย

1.4 แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระ
ของพยาบาลวิชาชีพ

2. เตรียมผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด โดยแจ้ง
ล่วงหน้าถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบ

3. ทำหนังสือขอความร่วมมือถึงหัวหน้ากลุ่ม
งานพยาบาล เพื่อขออนุมัติพยาบาลวิชาชีพแผนก
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นผู้เข้าร่วมสนทนาเพื่อ
กำหนดคู่มือการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุ
และฉุกเฉิน และเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนี
ความรุนแรงฉุกเฉิน

4. เตรียมแพทย์เฉพาะทางด้านอุบัติเหตุและ
ฉุกเฉินและพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและ
ฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับ โดยแจ้งล่วงหน้าถึง
วัตถุประสงค์ และรูปแบบของการสนทนากลุ่ม นัด
เวลาและสถานที่ในการสนทนากลุ่มสนทนากลุ่ม
ร่วมกับแพทย์เฉพาะทางด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1
คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 16 คน รวมทั้งสิ้น 17
คน โดยมีกำหนดการ ดังนี้ การให้ความรู้เรื่องแนวคิด
พื้นฐานของรูปแบบการคัดกรอง 5 ระดับ รูปแบบการ
คัดกรองผู้ป่วยตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน (The
Emergency severity index : ESI) โดยแพทย์เฉพาะ
ทางด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้รับ
ความรู้ ความเข้าใจในการคัดกรองผู้ป่วย 5 ระดับ
โดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ความรู้ดังกล่าวจะ
นำมาใช้ในการสนทนากลุ่มในภาคบ่าย

ผู้วิจัยดำเนินการสนทนาร่วมกับแพทย์เฉพาะ
ทางด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลวิชาชีพ
โดยขออนุญาตผู้ร่วมประชุมบันทึกเสียงและจะมีการ
ทำลายเทปบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ภายหลัง
สนทนากลุ่มผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนา
สรุปเป็นเครื่องมือรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดย
บทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความ
รุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย ประกอบด้วย 1)

เกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน 2) แนวทางการคัด

กรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3) คู่มือ
การคัดกรองผู้ป่วย แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลกุดจับ

5. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลในการขอใช้ข้อมูลในเวชระเบียน เมื่อ
ได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้า
หน่วยเวชระเบียน เพื่อขอเยี่ยมเวชระเบียนผู้ป่วยที่มา
ใช้บริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการวิจัยนี้
ผู้วิจัยใช้เวชระเบียน จำนวน 150 แฟ้ม หลังจาก
ได้รับอนุญาตในการใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนแล้ว
ผู้วิจัยทำการสุ่มเวชระเบียนโดยจับฉลากจาก
หมายเลขเวชระเบียนจนครบ 150 แฟ้ม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนทดลอง
และระยะทดลอง ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1) ขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติ
หน้าที่คัดกรอง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินตอบ
แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาล
วิชาชีพ โดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระ
ของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดย
สำรวจ 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน

2) ระยะทดลองใช้เครื่องมือรูปแบบการคัด
กรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการ
ใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย ผู้วิจัยนำ
เกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน แนวทางการคัดกรอง
ผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและ คู่มือการคัด
กรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลกุดจับที่พัฒนาแล้วมาทดลองใช้ในแผนก
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในระยะนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ให้
คำปรึกษาหากผู้ใช้เครื่องมือประสบปัญหาจากการใช้
เครื่องมือ เป็นเวลา 1 เดือน ในระหว่างนี้ผู้วิจัยและ
ผู้ช่วยวิจัย 2 คน ติดตามสังเกตโดยการสังเกตแบบไม่
มีส่วนร่วม ในการคัดกรองของพยาบาลที่ปฏิบัติ
หน้าที่คัดกรองทุกคน คนละ 2 ชั่วโมง ในช่วงการคัด
กรองของเวรเช้า และบ่าย (08.00-16.00 น. และ
16.00-24.00 น.) และประเมินการคัดกรองดังกล่าว
ด้วยแบบสังเกตการจำแนกผู้ป่วย กรณีพบ

ข้อผิดพลาด ให้คำปรึกษารายบุคคล หรือจัดประชุมทุกอาทิตย์ เพื่อแก้ไขส่วนที่เป็นปัญหา หรือเข้าใจไม่ตรงกัน จนกว่าการปฏิบัติงานจะคงที่

ระยะทดลอง พยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยเริ่มใช้ คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน เป็นเวลา 28 วัน โดยผู้วิจัยยังเสนอให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ต้องการคำแนะนำพบหรือปัญหาจากการใช้รูปแบบการคัดกรองโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการทดลอง

1. เก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลาารอคอยของผู้ป่วยโดยสุ่มเฉพาะเป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการในหน่วยงานหลังทดลอง ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือก ให้ผู้ป่วยมีลำดับความเร่งด่วนเป็น 5 ระดับ ตามเกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ระดับละ 30 คน รวม 150 คน นำมาเปรียบเทียบกับระยะเวลาารอคอยของผู้ป่วยโดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย

2. เก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินครั้งที่ 2 หลังการทดลอง 1 เดือน เป็นลักษณะการควบคุมโดยกลุ่มของตนเอง เนื่องจากแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ เป็นเครื่องมือประเมินผลการทดลอง โดยครั้งแรกเป็นการเปรียบเทียบการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพจากข้อมูลก่อนการทดลอง ครั้งที่ 1 และข้อมูลหลังทดลอง ครั้งที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยกับระยะรอคอยตามเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย โดยใช้ค่าสถิติทดสอบที (One sample t-test statistic) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และเปรียบเทียบความ

แตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินโดยใช้ค่าสถิติทดสอบที (Paired t-test statistic) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยก่อนทดสอบได้ดำเนินการวิเคราะห์การแจกแจงปกติ (Tests of Normality) ด้วยสถิติ (Shapiro-Wilk)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีเลขที่ UDREC 1267

ผลการศึกษา

ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย พบว่าระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย ผู้ป่วยวิกฤตมีระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจเฉลี่ย 0.02 นาที ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง มีระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจเฉลี่ย 3.13 นาที ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลางมีระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจเฉลี่ย 15.27 นาที ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อยมีระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจเฉลี่ย 22.08 นาที และผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไปมีระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจเฉลี่ย 45.56 นาที

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินกับระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลียพบว่าหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยวิกฤตเท่ากับเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย ส่วนระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย และผู้ป่วยเจ็บป่วย

ทั่วไปน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.3) มีอายุระหว่าง 3–40 ปี (ร้อยละ 68.7) มีประสบการณ์การทำงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 5–10 ปี (ร้อยละ 43.7) ระยะเวลาที่ได้รับการฝึกอบรมการปฏิบัติหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยและนำมาให้บริการงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉินจบจนถึงปัจจุบัน ไม่เกิน 5 ปี และระหว่าง 11–15 ปี เท่ากัน คือ (ร้อยละ 31.2) ด้านประสบการณ์ในการฝึกอบรมการปฏิบัติหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยที่มาให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรอบรมในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (ร้อยละ 62.5) ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ร้อยละ 68.8)

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย ด้วยค่าสถิติทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ ดีวก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ($t=-5.66$, $p\text{-value}=0.00$) โดยกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติบทบาทผู้ดูแล ($t=-2.49$, $p\text{-value}=0.02$) บทบาทผู้ประสานแนะนำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ($t=-5.65$, $p\text{-value}=0.00$) และบทบาทผู้ประสานงาน ($t=-3.83$, $p\text{-value}=0.00$) ดีวก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย ด้วยค่าสถิติทดสอบที่

การปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
บทบาทผู้ดูแล	3.98	0.51	4.21	0.21	-2.49	0.02*
บทบาทผู้แนะนำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ	3.83	0.29	4.24	0.16	-5.65	0.00*
บทบาทผู้ประสานงาน	3.91	0.45	4.22	0.24	-3.83	0.00*
ภาพรวม	3.91	0.42	4.21	0.20	-5.66	0.00*

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย โรงพยาบาลกุดจับประยุกต์ใช้เกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 (The Emergency severity index version 4) ตามแนวคิดของ Gilboy และคณะ (2015)⁶ และ Australian Government (2019)⁷ กำหนดประเภทผู้ป่วย แบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 5 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อยและผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป เป็น

การเน้นการคัดแยกผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิต หรือมีความเสี่ยงที่ต้องการดูแลเร่งด่วนร่วมกับการคำนึงถึงแนวโน้มทรัพยากรที่จะต้องใช้ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับ ซึ่งการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินได้ผ่านการนำไปทดสอบการใช้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ พบว่า เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย มีรายละเอียดของเกณฑ์ต่าง ๆ อย่างชัดเจน ทำให้โอกาสในการมีความเห็นตรงกันสูงและมีความถูกต้อง ใช้ระยะเวลาในการคัดแยกสั้น นอกจากนั้นดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน มีความถูกต้องมากกว่าการคัดแยกแบบอื่น ขึ้นตอน



การปฏิบัติมีจุดแข็งที่ความเรียบง่ายในการใช้งาน และมีความสามารถในการลดการใช้ความรู้สึกรู้สึกของผู้คัดแยก ตลอดจนการคัดแยกด้วยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน มีความเที่ยงตรงและมีความเชื่อมั่นในการนำมาใช้กับผู้สูงอายุ⁸ และจากการทบทวนการนำมาใช้ในบริบทประเทศไทย พบว่า มีความเที่ยงตรงและแม่นยำสูง สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้จริง โดยช่วยให้ระบบการดูแลผู้ป่วยเร็วขึ้นกว่าเดิมและมีคุณภาพดีขึ้น⁹ จากการศึกษาการนำดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินมาปรับใช้ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่นของกองทอง ไพศาล¹ พบว่า การคัดแยกด้วยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินและจำแนกประเภทผู้ป่วยได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น และมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. การปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน รายงานและโดยรวมดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องด้วยรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้เป็นรูปแบบที่ใช้งานมีความถูกต้อง ใช้ระยะเวลาในการคัดแยกสั้น และขั้นตอนการปฏิบัติมีความเรียบง่ายในการใช้งาน ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติบทบาทอิสระในการปฏิบัติการคัดแยกได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการคัดแยกด้วยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินมาทดลองใช้ในโรงพยาบาลสระบุรี พบว่าโดยรวมหลังการใช้รูปแบบส่งผลให้ลักษณะงาน ความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน และความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹

3. ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยหลังใช้การคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน พบว่า หลัง

การใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยวิกฤต (Immediate) หรือกลุ่มผู้ป่วยที่จัดเป็นประเภทที่ 1 ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงมีภาวะคุกคามที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือระบบการทำงานของร่างกายล้มเหลว ได้รับการดูแลรักษาทันทีรวดเร็วและทันเวลา ไม่แตกต่างกับเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระยะเวลารอคอยพบแพทย์ที่ตามความต้องการการรักษาสำหรับระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) ปานกลาง (Urgency) เล็กน้อย (Semi-Urgency) และทั่วไป (Non-Urgency) น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นได้ว่า พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับ สามารถจัดการกับระยะเวลารอคอยให้สอดคล้องกับระดับความเร่งด่วนตามเวลาที่กำหนดได้อย่างเหมาะสม ทำให้ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยแต่ละระดับหลังการทดลองต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย⁷

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินมีขั้นตอนการดูแลหรือขั้นตอนการปฏิบัติในรูปแบบและเป็นมาตรฐานเดียวกัน มีแนวปฏิบัติที่ทำให้พยาบาลคัดแยกสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้องในการจัดผู้ป่วยให้อยู่ในระดับความรุนแรงประเภทไหน และได้รับการดูแลที่ทันตามเวลา ทำให้ได้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมและช่วยพยาบาลในการแสดงบทบาทอิสระในการปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานตลอดจนการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินซึ่งเป็นรูปแบบการคัดแยกที่ดีทำให้พยาบาลสามารถตัดสินใจในบทบาทพยาบาลคัดแยกที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กองทอง ไพศาล. (2554). การพัฒนาเครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วย งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น, วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 34 (3) : 57-64
2. อัมภา ศรารัตน์, จินนระรัตน์ ศรีภักธิภิญโญ และอมรรัตน์ อนุวัฒน์ นนทเขตต์. (2547). การจำแนกประเภทผู้ป่วย งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน กรุงเทพฯ : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.).



3. สุตาพรรณ ธัญจิรา และวนิดา ออประเสริฐศักดิ์. (2546). การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุภัยพิบัติ พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์
4. โรงพยาบาลกุดจับ. ความเสี่ยงกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับ.; 2565.
5. Australian Government. (2007). Emergency Triage Education Kit [Online]. Available from: <http://www.ag.gov.au/cca> [2023, August 20]
6. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau, AM. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4. Implementation Handbook 2012 Edition. AHRQ Publication No.12-0014. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.
7. Australian Government. EmergencyTriage Education Kit 2019. [Online]. 2019 [2023, August 20]. Available from: www.ag.gov.au/cca
8. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา. การดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.bcn.ac.th/information/Files/Attachfile>
9. ภูมิรินทร์แช่ม, ประสิทธิ์วุฒิสุทธิเมธาวี. การคัดแยกด้วยเกณฑ์คัดแยกและมาตรฐานความเจ็บป่วยในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 2556;28(4):205-11.