



สภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถี  
ชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2



สุภาพร ชานูวัตร์

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล  
ปีการศึกษา 2566  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

สภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถี  
ชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล  
ปีการศึกษา 2566  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "สภาพปัญหาและความต้องการดำเนินงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2"  
ของ สุภาพร ชานูวัตร  
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล

**คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์**

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิรรัตน์ หรือตระกูล)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(ดร.รุ่งนภา ชัยรัตน์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์)

**อนุมัติ**

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์ )  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

|                  |  |
|------------------|--|
| ชื่อเรื่อง       | สภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 |
| ผู้วิจัย         | สุภาพร ชานูวัตร์   |
| ประธานที่ปรึกษา  | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิรรัตน์ หรือตระกูล  |
| กรรมการที่ปรึกษา | ดร.รุ่งนภา ชัยรัตน์  |
| ประเภทสารนิพนธ์  | วิทยานิพนธ์ พย.ม. การบริหารทางการพยาบาล, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2566   |
| คำสำคัญ          | การคัดกรอง, ปัญหาและความต้องการในงานคัดกรอง, แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  |

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติด้านการคัดกรองปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 12 คน ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัญหา ประกอบด้วย 4 ด้าน 9 ประเด็นย่อยดังนี้ 1. ด้านผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล มี 2 ประเด็นย่อย คือ 1) ความซับซ้อนทางอาการของผู้ป่วย 2) ความพร้อมของญาติหรือผู้ให้ข้อมูล 2. ด้านผู้คัดกรองมี 3 ประเด็นย่อย คือ 1) ขาดพยาบาลคัดกรองช่วงเวรดึก 2) อัตรากำลังของทีมหมุนเสริมไม่ตอบสนองความต้องการ 3) ประสบการณ์ของพยาบาลคัดกรองไม่เพียงพอ 3. ด้านเครื่องมือและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มี 2 ประเด็นย่อย คือ 1) เครื่องมือในการคัดกรองยากต่อการใช้งาน 2) เทคโนโลยีสารสนเทศซับซ้อน และ 4. ด้านสถานที่และอุปกรณ์ มี 2 ประเด็นย่อย คือ 1) ความไม่ชัดเจนในการเข้าถึงการคัดกรอง 2) อุปกรณ์การคัดกรองไม่เพียงพอ

ส่วนข้อค้นพบความต้องการ ประกอบด้วย 3 ด้าน 7 ประเด็นย่อย ดังนี้ 1. ด้านผู้คัดกรอง มี 3 ประเด็น คือ 1) เพิ่มพูนประสบการณ์พยาบาลคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ 2) เพิ่มอัตรากำลังใน 3 รอบการปฏิบัติงาน 3) เพิ่มอัตรากำลังทีมหนุนเสริม 2. ด้านเครื่องมือและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มี 1 ประเด็นย่อย คือ 1) ลดความซับซ้อนของเครื่องมือการคัดกรองและระบบบันทึกข้อมูล และ 3. ด้านสถานที่และอุปกรณ์ มี 3 ประเด็นย่อย คือ 1) แยกพื้นที่เฉพาะในการคัดกรอง 2) ป้ายแสดงจุดคัดกรองที่ชัดเจน 3) อุปกรณ์การคัดกรองเพียงพอ



|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>Title</b>          | PROBLEM CONDITION AND NEEDS FOR PATIENT TRIAGE AT THE EMERGENCY DEPARTMENT IN THE NEW NORMAL AGE, TERTIARY CARE CENTER, HEALTH REGION 2 |
| <b>Author</b>         | Supaporn Chanuwat   |
| <b>Advisor</b>        | Assistant Professor Jirarat Ruetrakul, Ph.D.  |
| <b>Co-Advisor</b>     | Rungnapa Chairat, Ph.D.   |
| <b>Academic Paper</b> | M.N.S. Thesis in Nursing Administration, Naresuan University, 2023  |
| <b>Keywords</b>       | Triage, Problem condition and need of triage, Emergency department  |

### ABSTRACT

The purpose of this qualitative research was to study problem condition and needs of Triage at the emergency department of a tertiary care center in Health Region 2. Informer 12 professional nurses who had ability to triage patients and worked in the emergency department for at least 6 months. The in-depth interview was used for data gathering. Data were analyzed by descriptive and content analysis.

The research found problems in 4 areas divided into 9 issues as follows.

1. Area of patients and information givers had 2 issues 1) complexity of the symptoms and signs of patients 2) readiness of relatives or caregivers to provide information.
2. Area of the screeners had 3 issues 1) lack of triage nurses during late night shifts 2) lack of additional support team and 3) insufficient competency of triage nurses
3. Area of screening tools and information technology had 2 issues 1) complexity to use the screening tools 2) complexity of technology usage
4. Area of location and equipment had 2 issues 1) unclear of access and room signs 2) inadequate equipment at certain times.

The research found that the needs for patient triage in the Emergency Department consisted of 3 areas divided into 7 issues as follows. 1. Area of screener had 3 issues 1) regularly increase nurses' patient triage competency 2) increase the number of nurses appropriate for each shift 3) increase support team according to work demand. 2. Area of tool and technology had the demand to ease data entry both in data complexity and data entry process. 3. Area of triage had 3 issues 1) specific place for triage which is convenient for access 2) appropriate furniture and equipment for triage 3) proper and clear signs for patients and relatives.



## ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิรรัตน์ หรือตระกูล ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และ ดร.รุ่งนภา ชัยรัตน์ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เป็นอย่างสูงที่ กรุณาสละเวลาอันมีค่าเป็นที่ปรึกษาและให้คำชี้แนะเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความยินดี และเต็มใจ จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีอย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข ประธานสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิรรัตน์ หรือตระกูล ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดร.รุ่งนภา ชัยรัตน์ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์ กรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไข ปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์

กราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ ประธานสอบโครงร่าง วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิรรัตน์ หรือตระกูล ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดร.รุ่งนภา ชัยรัตน์ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ดร.รุ่งทิวา บุญประคม กรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อการปรับปรุงแก้ไขโครงร่างวิทยานิพนธ์

กราบขอบพระคุณ ผศ.กมลรจน์ วงษ์จันทร์หาญ ดร.รุ่งทิวา บุญประคม ดร.อัมราภรณ์ ภูระย้า นางเนตรญา วิโรจวานิช หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร นางนฤมล ปาเฉย หัวหน้างาน อุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพิจิตร ที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยให้มีความตรงมากขึ้น กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่กรุณารับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ เพื่อดำเนินการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก คณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกและผู้อำนวยการโรงพยาบาลอูตรดิตถ์ คณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลอูตรดิตถ์ ที่เห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยและที่สำคัญยิ่งต้อง ขอขอบคุณกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คุณค่าและประโยชน์ อันพึงจะมีจาก งานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะเป็น ประโยชน์ต่อการศึกษาถึงสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อนำไปพัฒนางานคัดกรองผู้ป่วยให้มีคุณภาพ เหมาะสมกับแต่ละบริบทต่อไป



## สารบัญ

|   | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย.....  | ค    |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....                                     | จ    |
| ประกาศคุณูปการ.....   | ช    |
| สารบัญ.....   | ซ    |
| สารบัญตาราง.....  | ฅ    |
| สารบัญภาพ.....  | ฉ    |
| บทที่ 1 บทนำ.....   | 1    |
| ความเป็นมาของปัญหา.....                                     | 1    |
| คำถามการวิจัย.....  | 6    |
| ขอบเขตของงานวิจัย.....                                      | 6    |
| จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....                                 | 7    |
| ความสำคัญของการวิจัย.....                                   | 7    |
| นิยามศัพท์เฉพาะ.....  | 7    |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....                 | 9    |
| ยุคชีวิตวิถีใหม่.....                                       | 10   |
| แนวคิดด้านการคัดกรอง.....                                   | 12   |
| แนวคิดด้านสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วย..... | 31   |
| งานบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน.....                         | 33   |
| บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2.....               | 44   |

|   |    |
|---|----|
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....  | 45 |
| กรอบแนวคิดการวิจัย .....  | 52 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย.....   | 54 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....  | 54 |
| คุณลักษณะผู้ให้ข้อมูลหลัก .....   | 55 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....   | 55 |
| การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....  | 56 |
| การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล.....   | 56 |
| วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล .....   | 57 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล .....  | 60 |
| การตรวจคุณภาพของงานวิจัยเชิงคุณภาพ.....   | 60 |
| บทที่ 4 ผลการวิจัย.....   | 62 |
| ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล.....  | 62 |
| ตอนที่ 2 ข้อมูลสภาพปัญหาด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 .....   | 64 |
| ตอนที่ 3 ข้อมูลความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ..... | 72 |
| บทที่ 5 บทสรุป.....   | 79 |
| สรุปผลการวิจัย.....   | 80 |
| อภิปรายผล .....   | 81 |
| ข้อเสนอแนะ .....  | 93 |
| บรรณานุกรม.....   | 95 |

ภาคผนวก..... 103

ประวัติผู้วิจัย ..... 139



## สารบัญตาราง

หน้า

|   |    |
|---|----|
| ตาราง 1 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ..... | 62 |
|---|----|



## สารบัญภาพ

|  | หน้า |
|--|------|
| ภาพ 1 ฟังขั้นตอนการคัดกรองโควิด-19) โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่<br>2..... | 18   |
| ภาพ 2 ขั้นตอนการแนะนำระบบคัดกรอง MOPH“” ED. Triage Guideline.....            | 23   |



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาของปัญหา

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (Covid-19) ) ที่เริ่มขึ้นตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 จากการระบาดระลอกที่ 1 หรือระลอกแรก มีการแพร่ระบาดเกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาวิกฤตด้านสุขภาพจากการระบาดที่คร่าชีวิตผู้คนนับล้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ มีการปิดประเทศ ระงับกิจกรรมหลายด้าน ทั้งเที่ยวบิน การท่องเที่ยว บริษัทห้างร้านปิดกิจการ ผู้คนต้องกักตัวเองอยู่แต่ในบ้าน เศรษฐกิจตกต่ำ ฯลฯ ตั้งแต่เดือน มกราคม 2563 จนเมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคโคโรนาไวรัส (Covid-19) เป็นโรคที่มีการระบาดใหญ่ไปทั่วโลก (Pandemic) จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (Covid-19) ทั่วโลกจำนวน 113,094,441 ราย และมีผู้เสียชีวิต 2,508,811 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 2.2 (กรมควบคุมโรค, 2564)

ประเทศไทยและทั่วโลกต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (Covid-19) ตั้งแต่ต้นปี 2563 จนถึงปัจจุบัน ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูลวันที่ 29 มีนาคม 2564 พบผู้ติดเชื้อในประเทศ รวม 3,575,398 ราย ผู้เสียชีวิต 24,958 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.7 (กรมควบคุมโรค, 2564) จากการระบาดระลอกมกราคม 2565 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 29 มีนาคม 2565 พบผู้ติดเชื้อในประเทศรวม 1,351,963 ราย เสียชีวิต 3,260 ราย (ร้อยละ 0.24) หายป่วยสะสม 1,136,792 ราย ผู้ป่วยกำลังรักษา 245,154 ราย (กรมควบคุมโรค, 2565) สถิติการบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเทศไทย พบว่ามีผู้มารับบริการ 35 ล้านครั้ง/ปี ในปีพ.ศ.2559 และพบว่าเกือบ 60% ผู้มารับบริการเป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน สัดส่วนการใช้บริการห้องฉุกเฉินอยู่ที่ 458:1000 ประชากร ซึ่งสูงกว่าประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และอังกฤษ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) อีกทั้งสถิติจากการเจ็บป่วยของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในปี 2559-2563 เท่ากับ 12,000 ต่อประชากรแสนคน โดยมีแนวโน้มการเจ็บป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2559 จนถึงปี 2562 และลดลงในปี 2563 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2564) สำหรับเขตสุขภาพที่ 2 พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรก เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2563 ผู้ป่วยเป็นเพศชาย สัญชาติเบลเยียม อายุ 67 ปี ถือเป็นการระบาดในระลอก ก่อนการระบาดรอบ 2 ในวันที่ 1 ตุลาคม 2563 โดยผู้ติดเชื้อกระจายอยู่ในทุกจังหวัด ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ มีประวัติกลับมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด/สัมผัสบุคคลที่ติดเชื้อหรือผู้ป่วยยืนยัน และนำมาแพร่ในครอบครัวและคนใกล้ชิด

ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศให้โรคโคโรนาไวรัส (Covid-19) เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และศูนย์บริหารในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (Covid-19) กรมควบคุมโรค, 2563 เมื่อวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 รัฐบาลออกพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินพ.ศ. 2548 เพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดและบริหารจัดการกับการระบาดของโรค โคโรนาไวรัส (Covid-19) มาตรา 6 ด้านที่เป็นมติเห็นชอบในการประชุม ครม.ของวันที่ 17 มีนาคม 2563 มาตราทางสาธารณสุข ได้แก่ป้องกันและสกัดกั้นการนำเชื้อ คือการกักกัน การแยกกักและการเว้นระยะ (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี แก้วสระศรี และคณะ (2560) ได้ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรมไทยกับแนวโน้มวิชาชีพการพยาบาลว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนไทย ได้แก่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและซับซ้อน สังคมไทยมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม และนโยบายระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมถึงประชาชนทุกคนและการเพิ่มนวัตกรรมสุขภาพ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้แนวโน้มทางการพยาบาลในด้านการบริหารการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การวิจัยทางการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรมไทยว่าจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสังคม มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงและความไม่แน่นอน

สถานการณ์ดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ทำให้ประชากรทั่วโลกต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพสังคมยุคปัจจุบันและสืบเนื่องต่อไปในอนาคตที่เรียกว่าชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) โดยเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ชีวิตอย่างฉับพลันซึ่งประชาชนทุกเพศทุกวัยต้องเผชิญ ได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเองและคนรอบข้าง การเว้นระยะห่างทางสังคมการสร้างสมดุลชีวิต เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม (กรมสุขภาพจิต, 2563) ทำให้ประชาชนและบุคลากรทางแพทย์ต้องมีการการใช้ชีวิตให้ทันกับปัจจุบัน

งานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่สำคัญในโรงพยาบาล เป็นด่านแรกที่ทำให้บริการ แก่ผู้ใช้บริการที่มีอาการฉับพลัน และอยู่ในภาวะฉุกเฉินจากการเจ็บป่วยอย่างกะทันหันซึ่งต้องการการช่วยเหลือที่เร่งด่วน รวดเร็ว ถูกต้องทันเวลาและปลอดภัย (ชนาสีทธิ์ วิจิตรพันธ์, 2565) หัวใจสำคัญของระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินคือพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย ต้องเข้ากระบวนการหลักในการคัดกรองผู้ป่วย มีองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็น ได้แก่ทักษะการประชาสัมพันธ์, ทักษะการสัมภาษณ์, การคิดเชิงวิพากษ์และทักษะการสื่อสาร (สุรัตน์ สุขสว่าง (2561)



ห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER Safety) เป็นหนึ่งในจุดเน้นที่สำคัญของการพัฒนาระบบ Emergency Care System (ECS) โดยมีมาตรการในการดำเนินงาน 3 เรื่องคือ 1) ลดความแออัดห้องฉุกเฉิน (ER Crowding) 2) จัดมาตรฐานคุณภาพและการบริการห้องฉุกเฉินและ 3) พัฒนาบุคลากรตามคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน ซึ่งแนวทางการจัดมาตรฐานห้องฉุกเฉินคือการเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรอง (Triage) ปัจจุบันได้มีการนำเครื่องมือการคัดกรองแบบใหม่คือ Ministry Of Public Health Emergency Department Triage (MOPH ED Triage) พัฒนามาจาก Emergency Severity Index (ESI) เพื่อเป็นการสร้างมาตรฐานการคัดกรองผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน และเป็นการเชื่อมโยงระบบบริการของโรงพยาบาลในแต่ละระดับให้เป็นระบบเดียวกัน โดยมีคนไข้เป็นศูนย์กลาง เพื่อการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ปฏิบัติการดำเนินการตรวจคัดกรอง เพื่อคัดกรองระดับความฉุกเฉินและจัดลำดับความเร่งด่วน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) อีกทั้งคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) กำหนดเป็นนโยบาย สำหรับให้สถานพยาบาล หน่วยปฏิบัติการ และผู้ปฏิบัติการ นำไปใช้เป็นเกณฑ์กลาง ในการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งคุณภาพวัดได้จากอุบัติการณ์ ระยะเวลารอคอยในการรอตรวจ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556)

การศึกษาของ Christ, M, Goransson, F., Winter, D., Bingisser, R., & Platz, E. (2010) ได้กล่าวว่าการปฏิบัติงานคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เป็นระบบ สามารถจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้อัตราการไหลเวียนของผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น การศึกษาของ Wong Tseng, & Lee (1994) ได้กล่าวถึงกระบวนการคัดกรองในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินว่าเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของการประกันคุณภาพการพยาบาล ถ้ามีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ มีการคัดกรองถูกต้อง มีความแม่นยำ ส่งผลให้ลดเวลารอคอย

สถิติผู้เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ปีงบประมาณ 2562-2565 มีพยาบาลดูแล: ผู้ป่วย คือ 1: 11 ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การกำหนดอัตรากำลังพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ - ตติยภูมิควรเป็นไปตามภาระงานในการดูแลผู้ป่วย ตามระดับความหนัก-เบาของผู้ป่วย (Acuity Level) โดยมีพยาบาลที่มีสมรรถนะที่เหมาะสมกับงาน มีสัดส่วนการผสมผสาน ระหว่าง RN และ Non RN อย่างเหมาะสม (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2545) สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ : ผู้ป่วยเป็น 1: 10 (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์, 2548) จากสัดส่วนการดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาจากการคัดกรองผู้ป่วย เช่น อุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจ ตั้งแต่เกิดความพิการต้องทำการช่วยชีวิต ช่วยฟื้นคืนชีพ จนกระทั่งเกิดการเสียชีวิต อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง จึงทำให้ต้องมีระบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น



อาจารย์พรหมดี, ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล, และพรศิริ กนกกาญจน (2560) พบว่าปัจจัยสัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วยคือจำนวนพยาบาล 1 คนต่อจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คน ถ้ามีการจัดอัตรากำลังพยาบาลให้เหมาะสมกับภาระงานในห้องฉุกเฉิน จะเป็นการสนับสนุนการปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุ และจะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและผลลัพธ์ของผู้ป่วย

จากการศึกษาภาระงานตัวชี้วัดของหน่วยงานประจำปี 2562-2565 พบว่ามีค่าผลผลิตภาพทางการพยาบาล (Productivity) มากกว่า 110 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 90-110 (Productivity) ในเกณฑ์มาตรฐานอยู่ระหว่าง 90%-110% หมายถึงจำนวนคนเหมาะสมกับงาน กล่าวคือหากผลผลิตภาพต่ำกว่า 90% หมายความว่าหน่วยงานนั้นจัดกำลังคนไว้มากเกินไปเกินความต้องการ (คนมากกว่างาน) แต่ถ้าผลผลิตภาพทางการพยาบาล สูงกว่า 110% หมายความว่าหน่วยงานนั้นจัดกำลังคนไว้ไม่เกินไป (คนน้อยกว่างาน) จะก่อให้เกิดความเหนื่อยล้ากับบุคลากร (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

จากการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ประจำปี 2562 พบว่าผลการคัดกรองไม่เป็นไปตามมาตรฐานตัวชี้วัดคุณภาพ ซึ่งเกณฑ์ที่ยอมรับได้สำหรับ under triage คือ < ร้อยละ 5 และ over triage คือ ≤ ร้อยละ 15 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2556) อีกทั้งสถานการณ์การแพร่ระบาด โควโรนาไวรัส (COVID-19) ทำให้มีผู้มารับบริการจำนวนมากขึ้น เจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วนมีการปรับการปฏิบัติหน้าที่ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง รวมถึงแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่บางส่วนต้องไปปฏิบัติงานนอกหน่วยงาน มีเจ้าหน้าที่เจ็บป่วย ขาดแคลนบุคลากร ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองที่ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วนฉุกเฉินจริงเกิดความล่าช้าในเรื่องของระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษา การศึกษาของสุธารัตน์ แลพวง, 2563 ได้ศึกษาการบริหารจัดการภายใต้มาตรการคัดกรอง โควโรนาไวรัส (COVID-19) พบปัญหาด้านการคัดกรองเกิดจากการปฏิบัติมีขั้นตอนการคัดกรองมากขึ้น มีภาวะความเครียดจากการปฏิบัติงาน บุคลากรการคัดกรองต้องใช้จำนวนมาก การศึกษาของ Yurkova, & Wolf (2011) พบว่าประโยชน์ของการคัดกรองผู้ป่วยที่เหมาะสม โดยการคัดกรองประเภทผู้ป่วยที่ต่ำกว่าเกณฑ์ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยวิกฤติซึ่งอาจมีผลต่อโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ และการคัดกรองประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินที่สูงกว่าเกณฑ์ส่งผลให้เกิดความสูญเสียสิ้นเปลืองทรัพยากร การศึกษาของพรทิพย์ วชิรติลล และคณะ (2559) พบปัญหาอุปสรรคของการคัดกรองที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินว่าเกิดจากการขาดแคลนบุคลากรในการคัดกรอง ปัญหาบุคลากรไม่มีประสบการณ์หรือทักษะความรู้ในการคัดกรองต่างกัน ปัญหาความไม่เหมาะสมของสถานที่หรือจุดคัดแยก ปัญหาความยุ่งยากของเครื่องมือคัดกรอง Rock, & Pledge (1991) ได้กล่าวถึงคุณสมบัติ

พยาบาลผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 2 ปีทางคลินิกจะสามารถแก้ปัญหา การเผชิญหน้าทางด้านจิตใจระหว่างการคัดกรอง

จากสถานการณ์ดังกล่าว ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (COVID-19) เป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ทำให้ประชากรทั่วโลกต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพสังคมยุคปัจจุบันและ ผู้ป่วยที่มารับบริการจำนวนมากยังต้องปรับตัวใช้ชีวิตร่วมกับโรคโคโรนาไวรัส (COVID-19) เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมถึงแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นทีมหนึ่งในในการรักษาพยาบาล เป็นงานด้านหน้าที่ต้องมีความพร้อมรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ ถึงแม้จะเกิดโรคระบาด ยังต้องบริหารจัดการให้หน่วยงานสามารถให้บริการได้โดยไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและผู้ป่วยเรื้อรัง จึงต้องมีการปรับระบบบริการสู่วิถีชีวิตใหม่ โดยมีการศึกษาถึงสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วย แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ว่าเป็นอย่างไร โดยมีเป้าหมายเพื่อจัดระบบการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส (Covid 19) ที่มารับบริการให้ดำเนินได้อย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่มารับรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการปฏิบัติงานด้านงานคัดกรองผู้ป่วย มีการตอบสนองนโยบายของรัฐบาลตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการถือฤกษ์อัตรากำลัง จัดพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินบางส่วนไปช่วยเป็นพยาบาลสนาม เกิดภาวะขาดแคลนอัตรากำลัง มีการเปลี่ยนเครื่องมือการคัดกรองจากระบบเดิม Emergency Severity Index (ESI triage) เป็น Ministry Of Public Health Emergency Department (MOPH ED.Triage) เป็นต้น ซึ่งมีผลกระทบต่องาน โดยเฉพาะจุดคัดกรอง ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการคัดกรองผู้ป่วย คัดกรองล่าช้า คัดกรองไม่ถูกต้อง เกิดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างเต็มที่ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลรักษาล่าช้า ส่งผลให้เกี่ยวมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 กับผู้ให้ข้อมูลหลักโดยตรงคือพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านงานคัดกรอง ในสถานการณ์ที่เป็นจริงในยุควิถีชีวิตใหม่ว่าเป็นอย่างไร โดยนำกรอบแนวคิดของกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย MOPH ED Triage มาเป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย ปรับระบบการคัดกรองสู่วิถีใหม่ เพื่อให้เกิดการพัฒนาความรู้ ทักษะในด้านต่าง ๆ ให้เกิดประสบการณ์ในการคัดกรอง ท้นต่อสถานการณ์ต่างๆที่เปลี่ยนแปลง การบริหารจัดการภายใต้มาตรการคัดกรองโคโรนาไวรัส (COVID-19) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองอย่างถูกต้อง ปลอดภัย

ได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วตามระดับความเร่งด่วน ภายใต้ทรัพยากรที่มีจำกัด โดยนำไปปรับใช้ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ในยุควิถีชีวิตใหม่ต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. สภาพปัญหาด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 เป็นอย่างไร
2. ความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 เป็นอย่างไร

### ขอบเขตของงานวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 โดยใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย Ministry Of Public Health Emergency Department (MOPH ED Triage) (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)
2. ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูลหลัก คือพยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะในการคัดกรองผู้ป่วยปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลตติยภูมิเขตสุขภาพที่ 2 ปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานที่จำเป็นในการปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และยินดีในการเล่าประสบการณ์ ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลคัดกรอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) แบบกึ่งโครงสร้าง ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant observation) สัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 45 – 60 นาที และบันทึกเสียง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ จำนวน 12 คน
3. ขอบเขตด้านสถานที่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 2 แห่ง ประกอบด้วย จังหวัดพิษณุโลก คือ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และจังหวัดอุตรดิตถ์ คือ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
4. ขอบเขตด้านเวลา ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ระยะเวลา 9 เดือน
5. ขอบเขตด้านตัวแปร คือสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วย

### จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2
2. เพื่อศึกษาความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2

### ความสำคัญของการวิจัย

1. ใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนางานด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2
2. ได้ข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านการคัดกรองผู้ป่วยให้มีคุณภาพในแต่ละโรงพยาบาลต่อไป

### นิยามศัพท์เฉพาะ

โรงพยาบาลตติยภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ระดับ A ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลเฉพาะทางสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่มีความยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง มีภารกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง 4 สาขา ทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยครบถ้วนทุกสาขาตามความจำเป็น รับส่งต่อผู้ป่วยระดับสูง มีอยู่จำนวน 2 แห่ง ประกอบด้วย จังหวัดพิษณุโลก คือ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 6 เดือนและได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานที่จำเป็นในการปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยได้รับมอบหมายจากหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลคัดกรอง

การคัดกรองผู้ป่วย (Patient triage) หมายถึง การตรวจประเมินสภาพผู้รับบริการที่จุดบริการเพื่อให้ทราบถึงสภาวะการเจ็บป่วย เพื่อจำแนกประเภทผู้ป่วยและจัดลำดับการรักษาหรือการดูแลผู้ป่วยตามความรุนแรงหรือเร่งด่วน และให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แพทย์ได้อย่างถูกต้องตามปัญหาการเจ็บป่วย เพื่อนำผู้ป่วยไปส่งยังสถานที่ที่เหมาะสมในเวลาที่เหมาะสม โดยใช้เครื่องมือการคัดกรอง 5 ระดับ MOPH ED. Triage ประกอบด้วย ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (resuscitation) ผู้ป่วย

ฉุกเฉินเร่งด่วนมาก (Emergency) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Urgency) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (Semi- non urgency) และ ผู้ป่วยทั่วไป (Non urgency)

สภาพปัญหาด้านงานคัดกรองผู้ป่วย หมายถึง สิ่งที่เกิดอุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติงานคัดกรองผู้ป่วย ที่ทำให้พยาบาลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในการจำแนกความเร่งด่วนของผู้รับบริการได้ ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการจำแนกผู้ป่วย ไม่ได้ตามมาตรฐาน เกิดการคัดกรองที่ต่ำกว่าเกณฑ์หรือสูงกว่าเกณฑ์

ความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วย หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพมีความคาดหวังหรือรับรู้ในความต้องการในสิ่งที่เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการคัดกรองที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามระดับการจำแนก เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ยุคชีวิตวิถีใหม่ (New normal) หมายถึง ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ไม่ปกติ ไม่คุ้นเคย ทำให้คนในสังคมแสดงพฤติกรรมเหล่านั้น เช่น พฤติกรรมความไม่คุ้นเคยออกมาก่อนหน้านี้ ให้ปรับมาเป็นพฤติกรรมที่คุ้นเคยและเป็นปกติอย่างต่อเนื่อง จนเกิดเป็นความเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน หมายถึง เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คำถามเป็นลักษณะยืดหยุ่นเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แสดงความคิดเห็นมากที่สุด



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำสู่การวิจัยครั้งนี้โดยมีประเด็นดังต่อไปนี้

#### ยุคชีวิตวิถีใหม่

1. ความหมายของชีวิตวิถีใหม่
2. ลักษณะของชีวิตวิถีใหม่
3. แนวโน้มพฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่
4. บทบาทของพยาบาลคัดกรองแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินวิชาชีพในยุควิถีชีวิตใหม่

#### แนวคิดด้านการคัดกรอง

1. ความหมายการคัดกรอง
2. ขั้นตอนการคัดกรอง
3. ชนิดของเครื่องมือการคัดกรอง
  - 3.1 การคัดกรองด้วยระบบ Emergency Severity Index (ESI)
  - 3.2 การคัดกรองด้วยระบบ Ministry of Public Health Emergency Department

Triage (MOPH ED Triage)

4. องค์ประกอบในการคัดกรองผู้ป่วย
  - 4.1 เครื่องมือเกี่ยวกับการคัดกรอง
  - 4.2 สถานที่ในการคัดกรอง
  - 4.3 บุคลากรในการคัดกรอง

#### แนวคิดด้านสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรอง

##### งานบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1. ระบบงานของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. อัตรากำลังที่เหมาะสมตามเกณฑ์สภาการพยาบาลสำหรับแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
3. บทบาทหน้าที่และสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

**บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2**  
**งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**  
**กรอบแนวคิดในงานวิจัย**

**ยุคชีวิตวิถีใหม่**

**1. ความหมายของชีวิตวิถีใหม่**

กรมสุขภาพจิต (2563) ยุคชีวิตวิถีใหม่ หมายถึง ยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ทั้งส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม และสภาพแวดล้อมอย่างฉับพลัน อันเนื่องมาจากการระบาดของโรคอุบัติใหม่ในปัจจุบัน

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563) ยุคชีวิตวิถีใหม่ หมายถึง รูปแบบการดำเนินชีวิตแบบปกติใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม อันเนื่องมาจากมีสิ่งเข้ามากระทบรูปแบบการดำเนินจนแบบแผนที่คุ้นเคยมีการเปลี่ยนแปลงไป

คณะกรรมการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2563) ยุคชีวิตวิถีใหม่ หมายถึง วิถีชีวิตใหม่ที่มนุษย์เกิดการเรียนรู้ที่จะนำมาใช้ในการปรับตัวให้อยู่รอดในสภาพแวดล้อมเหล่านั้น

ราชบัณฑิตยสภา (2563) ยุคชีวิตวิถีใหม่ หมายถึง สถานการณ์หรือปรากฏการณ์ที่แต่เดิมเคยเป็นสิ่งไม่ปกติ ผู้คนไม่คุ้นเคย ไม่ใช่มาตรฐาน ต่อมาเมื่อเหตุการณ์หรือเกิดวิกฤตบางอย่างจึงกระทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้สถานการณ์หรือปรากฏการณ์เหล่านั้นกลายเป็นสิ่งปกติ คุ้นเคยและเป็นมาตรฐาน

สรุปได้ว่ายุคชีวิตวิถีใหม่ หมายถึง ยุคที่คนในสังคมมีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่คุ้นเคย ไม่คุ้นชินก่อนหน้านี้ แต่กลายมาเป็นพฤติกรรมที่คุ้นเคย คุ้นชินอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นสิ่งปกติและปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์และสภาพสังคมปัจจุบัน

**2. ลักษณะของชีวิตวิถีใหม่**

ปัจจุบันประชากรทั่วโลกได้รับผลจากการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (Covid 19) ภาวะวิกฤติคราวนี้ กระทบหมดทั้งโลกทุกมิติ และไม่มีผู้ชนะ มีแต่ผู้แพ้ ในทุกมิติ ข้ามชาติ ข้ามภาษา ข้ามลัทธิอุดมการณ์ และข้ามเผ่าพันธุ์ ก่อให้เกิดจิตสำนึกใหม่ระดับโลก สรุปได้เป็น 7 ใหม่ หรือ 7 N ประการ เพื่อให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและอยู่รอดได้ในสภาวะวิกฤต ได้แก่ จิตสำนึกใหม่ การรับรู้ใหม่ วิธีคิดใหม่ การทำใหม่ ความมุ่งหมายใหม่ ระบบการอยู่ร่วมกันใหม่ และยุคใหม่ของมนุษยชาติ (ประเวศ วะสี, 2563) ซึ่งการปรับตัวให้อยู่รอดได้อย่างเหมาะสมในสภาวะวิกฤตนี้จำเป็นต้องเข้าใจความหมายของชีวิตวิถีใหม่

### 3. แนวโน้มพฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่

การแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (COVID-19) ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโลกอย่างรุนแรงและเป็นวงกว้าง ทำให้โลกเข้าสู่ภาวะถดถอยอย่างมาก รวมถึงการเกิดวิกฤติสุขภาพ ทำให้เกิดจุดเปลี่ยนด้านสุขภาพของประชากรทั่วโลก รวมถึงประชาชนไทยด้วยเช่นกัน และหลังจากผ่านพ้นวิกฤตินี้ไป จะทำให้เกิดสิ่งใหม่ที่เรียกว่า “New Normal” หรือ New Norm ซึ่งก็หมายถึง “ความปกติใหม่” นั่นคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้คนในการใช้ชีวิตประจำวัน และการขับเคลื่อนทางเทคโนโลยีโดยเฉพาะออนไลน์ได้แก่ การทำงานจากที่บ้าน การใช้บริการส่งอาหารที่มากขึ้น การกักตุนเครื่องอุปโภค/บริโภค การลดค่าใช้จ่ายฟุ่มเฟือย การป้องกันตนเองโดยการสวมหน้ากากอนามัย การรักษาระยะห่างทางสังคม การท่องเที่ยวต่างประเทศลดลงและการใส่ใจสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น (ไพศิษฐ์ ตระกูลก้องสมุทร, 2564)

### 4. บทบาทของพยาบาลคัดกรองแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินวิชาชีพในยุคชีวิตวิถีชีวิตใหม่

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นด้านหน้าที่ต้องเผชิญกับผู้ป่วยโรค Covid 19 มากกว่าบุคลากรด้านอื่น ๆ รวมทั้งต้องเผชิญกับความเครียด ความอ่อนล้า และภาวะหมดไฟจากการทำงานที่ต้องต่อสู้กับภาวะวิกฤติของโรค ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน ความรู้เกี่ยวกับโรค การติดต่อ การป้องกัน และรักษายังไม่ชัดเจน ร่วมกับการขาดแคลนอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ที่ได้มาตรฐาน ในขณะที่จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นแบบทวีคูณที่เพิ่มภาระการดูแลแก่บุคลากรโดยเฉพาะด้านการพยาบาลที่เกินขีดจำกัดกำลังคนที่อยู่ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทางการพยาบาล บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในสถานการณ์การระบาดแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการดูแลรักษาพยาบาล ต้องดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ภายใต้การระบาดของโรค Covid 19 วอร์ดหรือตึกผู้ป่วยในต้องรับผู้ป่วยโควิดเพิ่มขึ้น และต้องดูแลผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลสนาม ศูนย์กักกันผู้ป่วยโควิดในชุมชน (CI) หรือที่ศูนย์พักคอย พยาบาลต้องดูแล ผู้ป่วยติดเชื้อที่อาการรุนแรงปานกลาง (สีเหลือง) จำนวนมากในโรงพยาบาลสนาม ตลอด 24 ชม. (2) ด้านการดูแลผู้ป่วยหนักที่ห้องผู้ป่วยหนักและวิกฤติ ต้องดูแลผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยวิกฤติที่มีความซับซ้อนและต้องใช้ความรู้ ทักษะและความสามารถเฉพาะ (3) ด้านการดูแลผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถานการณ์โรค Covid 19 ทำให้มีขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล (4) ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบ่งเป็น ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนป่วย ระยะป่วยและระยะหลังป่วย (สำนักกรรมการสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2565) กระบวนการบริหารจัดการด้านการคัดกรองโรค covid 19 ของโรงพยาบาลปทุมธานี มีการอำนวยความสะดวก ส่งเสริมในรูปแบบคณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาด โดยปรับโครงสร้างการให้บริการ ณ จุดคัดกรองที่แผนกเวชระเบียน/จุดคัดกรองOPD หรือ ER เป็นจุดคัดกรองหลักของโรงพยาบาล และการจัดตั้งคลินิกโรคทางเดินหายใจ (ARI Clinic) ขึ้นใหม่



เพื่อใช้คัดกรองผู้เข้าข่ายสงสัยติดเชื้อ covid 19 รวมถึงมีนโยบายในการค้นหาโรคเชิงรุกนอกบริเวณโรงพยาบาลและชุมชน การบริการจัดการดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้มาตรการคัดกรองประสบความสำเร็จ มีการประเมินอาการและส่งผู้ป่วยไปยังแผนกได้อย่างถูกต้องมากขึ้น การค้นหาโรคทางเดินหายใจมีจำนวนมากขึ้น บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจด้านการคัดกรองโรค covid 19 และประชาชนตระหนักในการดูแลสุขภาพ (สุธารัตน์ แลพวง, 2562)

### แนวคิดด้านการคัดกรอง

ปี 2556 ได้มีการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) กำหนด วัตถุประสงค์คือเป็นนโยบาย สำหรับให้สถานพยาบาล หน่วยปฏิบัติการ และผู้ปฏิบัติการ นำไปใช้เป็นเกณฑ์กลาง ในการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556) อีกทั้งปัจจุบันการปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในสถานการณ์ Patient Safety Goal ส่วนที่เกี่ยวข้องมากที่สุดในงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่วนของ SIMPLE คือ Emergency Response เป็นมาตรฐานสำคัญ ในเรื่องการคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน การศึกษาของ Wong Tseng, & Lee (1994) ได้กล่าวถึงกระบวนการคัดกรองในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินว่าเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของการประกันคุณภาพการพยาบาล ถ้ามีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ มีการคัดกรองถูกต้อง มีความแม่นยำ ส่งผลให้ลดเวลารอคอย สอดคล้องกับนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้น ER คุณภาพ ER Safety (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) รวมถึงเป็นคุณภาพบริการที่ส่งผลกระทบกับผู้รับบริการที่สะท้อนสู่สังคม โดยให้เกิดมาตรฐานการคัดกรองในยุควิถีชีวิตใหม่ ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2

#### 1. ความหมายของการคัดกรอง

ความหมาย Triage หรือการคัดกรอง มาจากศัพท์ภาษาฝรั่งเศส trier ซึ่ง หมายถึง การค้นหา การคัดแยก ในทางการแพทย์ triage หรือการคัดกรองผู้ป่วย หมายถึง การซักประวัติ และการตรวจอย่างรวดเร็วเพื่อคัดกรองผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มหรือประเภทตามลำดับความรุนแรง (ร้ายแรง) ของการเจ็บป่วยนั้น (ไชยพร ฮุกเซ็น, 2554)

การคัดกรองผู้ป่วย (triage) หมายถึง การตรวจประเมินสภาพผู้รับบริการที่จุดบริการ เพื่อให้ทราบ ถึงสภาวะการเจ็บป่วย เพื่อจำแนกประเภทผู้ป่วยและจัดลำดับการรักษาหรือการดูแลผู้ป่วยตามความ รุนแรง หรือเร่งด่วน และให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษากับแพทย์ได้อย่างถูกต้องตาม ปัญหาการเจ็บป่วย (โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2555)

การคัดกรองผู้ป่วย (triage) หมายถึงการประเมินผู้ป่วยเพื่อการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาพยาบาลตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ และสามารถบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สภาการพยาบาล, 2563)

การคัดกรองผู้ป่วย (triage) หมายถึงการคัดกรอง 5 ระดับ สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยใช้การประเมินลักษณะ (acuity) และทรัพยากร (resources) การประเมินลักษณะ (acuity) ใช้การตัดสินใจจากภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต แขนงขาและอวัยวะเป็นหลัก การประเมินทรัพยากรจะอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์ของผู้ประเมิน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

สรุปการคัดกรองผู้ป่วย (Triage) หมายถึง การตรวจประเมินสภาพผู้รับบริการที่จุดบริการเพื่อให้ทราบถึงสถานะการเจ็บป่วย เพื่อจำแนกประเภทผู้ป่วยและจัดลำดับการรักษาหรือการดูแลผู้ป่วยตามความรุนแรงหรือเร่งด่วน และให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษากับแพทย์ได้อย่างถูกต้องตามปัญหาการเจ็บป่วย เพื่อนำผู้ป่วยไปส่งยังสถานที่ที่เหมาะสมในเวลาที่เหมาะสม

#### **หลักการและเหตุผลการคัดกรองทางการแพทย์ฉุกเฉิน**

1. การคัดกรอง (Triage) เป็นการบริการจุดแรกของห้องฉุกเฉิน มีบทบาทในการคัดแยกและจัดลำดับความเร่งด่วนในการให้บริการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา
2. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 28 ข้อ 1 กำหนดให้หน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาลและผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการตรวจ คัดกรองระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามระดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน
3. แนวปฏิบัติที่ดีในการ Triage ให้ใช้เกณฑ์การคัดกรองแบบ 5 ระดับ โดยแนะนำให้ใช้เกณฑ์การคัดแยกและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินของกระทรวง สาธารณสุข (MOPH ED. Triage) บุคลากรที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองต้องได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดี (Well trained) จัดทำแนวปฏิบัติการคัดแยกและจัดลำดับการบริการ ณ ห้อง ฉุกเฉิน (Triage Policy and Procedure) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตควรได้รับการ Triage ภายใน 4 นาที ควรมีการกำหนดระยะเวลารอคอยแพทย์ (Waiting time) แยกตามระดับการคัดแยก มีการทำTriage Round (กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

#### **เป้าหมาย ของการทำกรคัดกรองที่แผนกฉุกเฉิน คือ**

1. สามารถคัดกรองผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มตามระดับความรุนแรง ได้อย่างรวดเร็ว
2. สามารถควบคุมการหมุนเวียนของผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. สามารถให้คำแนะนำและสื่อสารแก่ผู้มารับบริการและผู้ให้บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ให้เข้าใจตรงกันได้ การคัดกรองที่มีประสิทธิภาพจะเพิ่มคุณภาพของการบริการ ลดระยะเวลาการรอคอยในห้องฉุกเฉินและระยะเวลาการอยู่ในห้องฉุกเฉินทั้งหมด โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยหนักที่

จะได้รับการบำบัดรักษาอย่างรวดเร็ว การคัดกรองที่มีการพัฒนาอย่างดีแล้วนั้นจะช่วยในการประเมินความเร่งด่วนฉุกเฉินของผู้ป่วย มีการวางแผนและการให้บริการที่เหมาะสม

## 2. ขั้นตอนการคัดกรอง (Triage course)

การ triage หรือการคัดกรองนั้นคือ กระบวนการในการประเมินผู้ป่วยโดยรวบรวมข้อมูลจากประวัติที่ได้จากผู้ป่วยและสิ่งที่ตรวจพบ โดยระยะเวลาในการสัมภาษณ์และการประเมินทางกายภาพหรือ การตรวจร่างกายเบื้องต้น ไม่จำเป็นต้องตรวจร่างกายอย่างละเอียดตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าควรทำอย่างเหมาะสมและกระชับโดยใช้เวลาประมาณ 4-5 นาที การคัดกรองควรกระทำภายใต้กรอบของแนวทางของแต่ละโรงพยาบาล รัฐ ประเทศ และกฎหมายกำหนด โดยผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการคัดกรองทันทีที่มาถึง (ใช้เวลาไม่เกิน 5 นาที) ก่อนที่จะไปสู่จุดลงทะเบียนหรือเวชระเบียน โดยไม่มีการแบ่งแยกสถานะของผู้ป่วย หากมีผู้ป่วยที่มาใช้บริการเป็นจำนวนมากเกินกว่ากำลังของพยาบาลคัดกรอง ก็สามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้ช่วยหรือเจ้าหน้าที่พยาบาลอื่น ๆ ในห้องฉุกเฉินได้ นอกจากนี้หลังการประเมินโดยพยาบาลคัดกรองแล้ว ในบางโรคหรือภาวะที่มีแนวทางการรักษาพยาบาลที่กำหนดไว้แล้วชัดเจน เช่น clinical practice guideline ต่าง ๆ ก็สามารถเริ่มปฏิบัติได้ทันที รวมถึงการส่งตรวจเบื้องต้นต่าง ๆ ได้แก่ การตรวจปัสสาวะ เอกซเรย์ และอื่น ๆ การรักษาหรือบรรเทาอาการเบื้องต้นเช่น การให้ยาลดไข้ บรรเทาปวด หรือการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก เป็นต้น ก็สามารถเริ่มทำได้ทันทีที่จุดคัดกรอง หลังจากนั้นพยาบาลคัดกรองจะเป็นผู้พิจารณาว่าจะส่งผู้ป่วยเข้าไปรับบริการที่บริเวณใดของแผนกฉุกเฉินที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นการควบคุมการหมุนเวียนของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินไม่ให้เกิดการแออัดในบริเวณที่ผู้ป่วยไม่ควรไปรับบริการ ซึ่งจะทำให้การบริการผู้ป่วยที่มีอาการหนัก หรือฉุกเฉินล่าช้าได้ นอกจากนี้การคัดกรองยังเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความต่อเนื่องโดยระหว่างที่ผู้ป่วยรอรับการตรวจอยู่นั้นต้องมี การคัดกรองซ้ำเป็นระยะ ๆ หากมีอาการเปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนการให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยและญาติด้วย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

**ขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วย MOPH ED Triage** (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

1. ทำการประเมินด้วย "สายตา" อย่างคร่าว ๆ เพื่อค้นหาภาวะคุกคามชีวิต หรือภาวะเสี่ยงก่อน มีการกล่าวทักทายผู้ป่วยและญาติ ถามชื่อ นามสกุล อายุ ให้ถูกต้อง

2. ใช้ระบบคัดกรอง ในการคัดกรองอย่างเหมาะสม โดยทำการวัดสัญญาณชีพ วัดค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้ว การซักประวัติอาการนำ ซักประวัติอาการและอาการแสดงทางการพยาบาล เพื่อใช้ในการคาดการณ์ภาวะหรือโรคของผู้ป่วยคร่าว ๆ ในบางระบบอาจเป็นการคาดการณ์ทรัพยากรที่ต้องใช้ในผู้ป่วยรายนี้

3. บันทึกผลของการประเมินสัญญาณชีพ ประวัติที่ซักได้ และระดับของการคัดกรองลงในแบบบันทึก

4. นำผู้ป่วยเข้าสู่พื้นที่ให้การรักษาเมื่อมีความจำเป็น

5. รายงานการคัดกรอง และส่งต่อแบบบันทึกให้กับพยาบาลผู้ทำการรักษาและแพทย์ แล้วกลับไปประจำที่จุดคัดกรอง

6. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องรอคอยตามระดับการคัดกรองที่กำหนด และแจ้งผู้ป่วยและญาติให้ทำการแจ้งพยาบาลคัดกรองเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

7. การคัดกรองเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ผู้ป่วยที่คัดกรองไปแล้วและจำเป็นต้องรอที่บริเวณจุดตรวจ ควรมีการคัดกรองซ้ำตามความเหมาะสม

**ขั้นตอนการปฏิบัติตามกระบวนการหลักของการคัดกรองผู้ป่วย (The Process of Triage) (สุรัตน์ สุขสว่าง, 2561) ประกอบด้วยการปฏิบัติ 7 ขั้นตอนดังนี้**

1. ประเมินภาวะคุกคามชีวิตทันทีเมื่อผู้ป่วยมาถึง (Patient arrival and “critical first look”) การเข้าถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินนั้น ในปัจจุบันอาจจะแบ่งได้ 2 วิธีคือ มาโดยรถ EMS และมาเองโดยวิธีต่าง ๆ (walk-ins) ซึ่งทั้ง 2 ช่องทาง อาจจะช่วยในการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน/เร่งด่วนของ ผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง โดยที่ผู้ป่วยที่มาโดยรถ EMS นั้น จะถูกคัดแยกความรุนแรงมาแล้วเบื้องต้นซึ่งอาจจะข้ามความรุนแรงระดับ 4 หรือ 5 ก็ได้ แต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มาเองนั้น มีโอกาสที่จะพบความรุนแรงได้ทุกระดับ แต่ไม่ว่าผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลด้วยวิธีใด เมื่อผู้ป่วยมาถึงบริเวณจุดTriage สิ่งแรกที่พยาบาลTriage ต้องทำทันที คือ ประเมินลักษณะทางกายภาพเพื่อประเมินภาวะคุกคามชีวิต “critical first look”อย่างรวดเร็วภายในเวลา 3- 5 วินาที

2. ประเมินหาอาการของโรคติดต่อร้ายแรงที่กำหนดไว้ (Screening for infectious diseases) ข้อนี้เป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญประเด็นหนึ่ง แต่พยาบาล Triage มักจะละเลยไม่ได้ ปฏิบัติหรือนึกถึง ทำให้พบว่าผู้ป่วยโรคติดต่อเข้าไปในพื้นที่รักษาพยาบาลก่อนที่จะทราบกันในภายหลัง ทำให้ใช้อุปกรณ์ป้องกันล่าช้าหรือบางครั้งรุนแรงจนถึงต้องปิดพื้นที่ให้บริการไป ดังเช่นเหตุการณ์ระบาดของโรค Middle East Respiratory syndrome (MERS)

3. ซักถามอาการสำคัญ การเจ็บป่วย/บาดเจ็บ ประเมินร่างกายเฉพาะที่เกี่ยวข้องและวัดสัญญาณชีพ (Interviewing and assessing the presenting complaint and vital signs) พยาบาล Triage ควรซักประวัติจากผู้ป่วยโดยตรง ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ประวัติเองได้ หรือ ผู้ป่วยเด็ก ให้ซักถามจากญาติผู้พบเหตุการณ์ ผู้นำส่งหรือบุคลากรการแพทย์ที่นำส่ง โดยใช้ระยะเวลาในการซักประวัติไม่เกิน 5 นาที



4. กำหนดระดับความรุนแรงและติดเครื่องหมาย/สัญลักษณ์ (Making the triage decision and assign an acuity level) ควรรวบรวมข้อมูลที่ได้จากข้อ 3 นำมาพิจารณาจัดลำดับความรุนแรงและเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉินตามแนวทางมาตรฐานที่กำหนด โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) แบ่งเป็น 5 ระดับ

5. จัดส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามลำดับความรุนแรงที่กำหนดไว้ (Assigning the patient to an area based on acuity) การจัดส่งผู้ป่วยที่คัดแยกความรุนแรงแล้วไปยังจุดรักษาที่เหมาะสมนั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับข้อตกลงของโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่แตกต่างกันไปตามบริบทและทรัพยากร

6. ดูแลให้การพยาบาลเบื้องต้นกับผู้ป่วยในพื้นที่รอตรวจ (Provide symptom relief for patients assigned to the waiting area) การให้การพยาบาลดูแลเบื้องต้นกับผู้ป่วยในพื้นที่รอตรวจ/ หรือระหว่างรอแพทย์ตรวจนั้น ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น ปิดแผล ล้างแผล ตามอวัยวะที่บาดเจ็บ ให้ยาลดไข้

7. ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ (Re-assessing, & Re-triage waiting area patients) การคัดแยกผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง (Dynamic) ต้องมีการติดตามประเมินซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วย ระดับ 3 -5 ที่อยู่ในระหว่างรอตรวจหรือรอพบแพทย์

**ตัวอย่างคำแนะนำในกระบวนการคัดกรอง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)**

1. พยาบาลหรือผู้ทำหน้าที่คัดกรอง ควรประจำอยู่ที่จุดลงทะเบียน การคัดกรองตลอดเวลา โดยผู้จัดการแผนฉุกเฉินต้องจัดให้มีการผลัดเปลี่ยนเพื่อลงพักอย่างเหมาะสม

2. เมื่อมีผู้ป่วยเข้ามาต้องกล่าวทักทายผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นทางการ และมีความเห็นอกเห็นใจในความไม่สบายของผู้มารับบริการ

3. ระบุความถูกต้องของผู้ป่วยด้วยการถามชื่อ นามสกุล อายุ ให้ถูกต้อง

4. ทำการประเมินด้วย "สายตา" อย่างคร่าว ๆ เพื่อค้นหาภาวะคุกคามชีวิตหรือภาวะเสี่ยงก่อน

5. ใช้ระบบคัดกรองในการคัดกรองอย่างเหมาะสม โดยทำการวัดสัญญาณชีพ วัดค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้ว การซักประวัติอาการนำ ซักประวัติอาการและอาการแสดงทางการพยาบาล เพื่อใช้ในการคาดการณ์ภาวะหรือโรคของผู้ป่วยคร่าว ๆ ในบางระบบอาจเป็นการคาดการณ์ทรัพยากรที่ต้องใช้ในผู้ป่วยรายนี้

6. บันทึกผลของการประเมินสัญญาณชีพ ประวัติที่ซักได้ และระดับของการคัดกรองลงในแบบบันทึก

7. นำผู้ป่วยเข้าสู่พื้นที่ให้การรักษาเมื่อมีความจำเป็น

8. รายงานการคัดกรอง และส่งต่อแบบบันทึกให้กับพยาบาลผู้ทำการรักษาแลแพทย์ แล้วกลับไปประจำที่จุดคัดกรอง

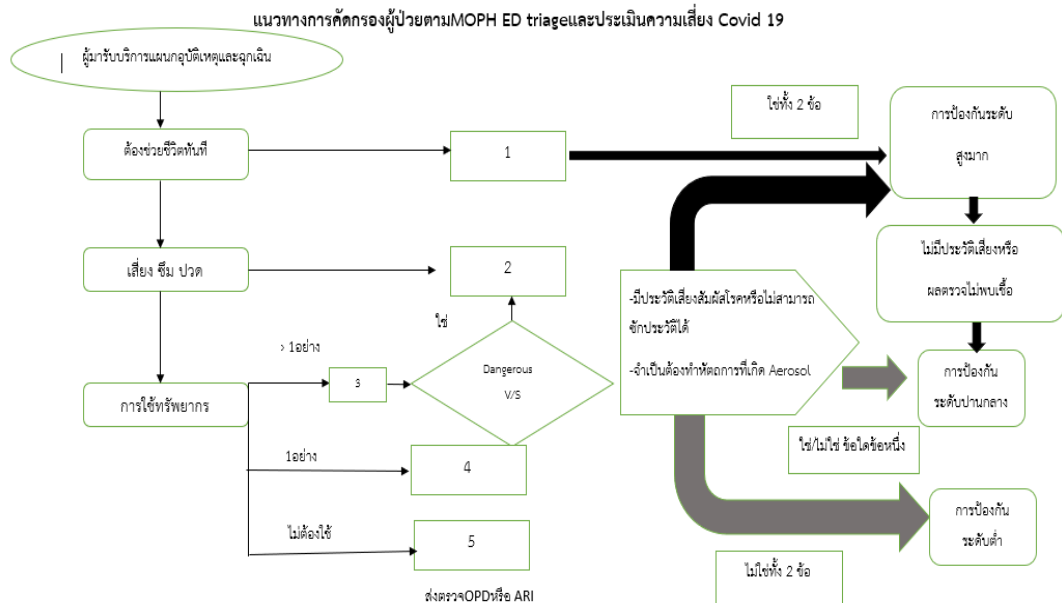
9. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องรอคอยตามระดับการคัดกรองที่กำหนด

10. การคัดกรองเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ผู้ป่วยที่คัดกรองไปแล้วและจำเป็นต้องรอที่บริเวณจุดรอตรวจ ควรมีการคัดกรองซ้ำตามความเหมาะสม

11. แจ้งผู้ป่วยและญาติให้ทำการแจ้งพยาบาลคัดกรองเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

## ขั้นตอนการคัดกรองโรคโคโรนาไวรัส (COVID-19) ) โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2

มีขั้นตอนการดำเนินงาน ของแต่ละแผนกที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) แผนกเวชระเบียน/จุดคัดกรอง OPD จัดระบบการให้บริการและการคัดกรองด้วย MOPH ED Triage ประชาชนที่มาใช้บริการ มีการตั้งจุดวัดอุณหภูมิด้วยเครื่องเทอร์โมสแกน การซักประวัติผู้ป่วย การประเมินอาการเบื้องต้น เพื่อนำส่งประวัติไปยังแผนกต่าง ๆ โดยผู้มารับบริการ มี 2 ประเภท คือ ประเภทแรก อุณหภูมิร่างกายปกติ ไม่มีอาการเข้าเกณฑ์ จะสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้ ตามปกติ และจะมีการคัดกรอง ณ บริเวณแผนกที่เข้ารับบริการซ้ำอีกครั้ง และประเภทที่ 2 ผู้ที่มี อาการไอ น้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น หายใจเร็ว หายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก และ/หรือมีประวัติไข้ หรือวัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป นอกจากนี้ยังมีกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ผู้สูงอายุและ มีโรคประจำตัวเช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือมะเร็งมีแนวโน้มที่จะมีอาการป่วย รุนแรงกว่า เจ้าหน้าที่คัดกรองจะต้องทำการซักประวัติอย่างละเอียดมากขึ้น 2) ARI clinic เป็นสถานที่หลักในการคัดกรองผู้มาใช้บริการที่มีเกณฑ์ความเสี่ยงสำหรับ ดำเนินการคัดกรอง ตรวจโรค COVID 19 ใช้หลักการให้บริการแบบ one stop service โดยซักประวัติ ตามแบบคัดกรอง ซึ่งจะมีการอัปเดตและปรับเกณฑ์ให้เหมาะสมตามสถานการณ์การแพร่ระบาด



ภาพ 1 ผังขั้นตอนการคัดกรองโควิดไวรัส (COVID-19) โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2

ที่มา: ผังขั้นตอนการคัดกรองโรคโควิดไวรัส (COVID-19) โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2

### 3. ชนิดของเครื่องมือการคัดกรอง

#### 3.1 แนวคิดด้านการคัดกรองด้วยระบบ ESI Triage (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ได้กำหนดนิยาม “ผู้ป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า บุคคล ซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภัยอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บ หรืออาการป่วยนั้น และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้มีประกาศคณะกรรมการ การแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 เพื่อการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้สถานพยาบาล หน่วยปฏิบัติการ และผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งเป็น 5 ระดับตามความเร่งด่วนในการปฏิบัติการ

โดยกำหนดให้ใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉินตามแนวทางการคัดแยกของ Emergency Severity Index (ESI) Version 4 แบบ 5 ระดับ และในปีงบประมาณ 2555 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้จัดให้มีการศึกษาและฝึกอบรม เรื่องเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉิน ให้กับผู้ปฏิบัติการ แพทย์ พยาบาล ประจำห้องฉุกเฉิน และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 76 จังหวัด ใน 4 ภาค ยกเว้นกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลชุมชน กำหนดการจัดทำเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินจากรายการ 25 กลุ่มอาการนำ (Criteria Based Dispatch : CBD) โดยใช้เกณฑ์และวิธีการคัดกรองตาม Emergency Severity Index (ESI) Version 4 แบบ 5 ระดับ มาช่วยในจัดกลุ่มระดับความฉุกเฉิน

การที่ผู้ป่วยมาใช้บริการห้องฉุกเฉินปริมาณมากในแต่ละวันทำให้ต้องมีระบบคัดกรองผู้ป่วยขึ้นเพื่อแบ่งระดับความรุนแรง การประเมินความรุนแรงต่ำกว่าความเป็นจริงเรียกว่า under-triage จะทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นจากการที่ผู้ป่วยต้องรอตรวจเป็นเวลานาน และการประเมินความรุนแรงมากกว่าความเป็นจริงเรียกว่า over-triage ทำให้เกิดแย่งใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดกับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากกว่า เพราะฉะนั้นการคัดกรองผู้ป่วยจึงต้องการความถูกต้องและรวดเร็ว

ระบบการคัดกรองผู้ป่วยได้รับการพัฒนาเรื่อยมา จนล่าสุดที่ใช้เป็นมาตรฐานในสหรัฐอเมริกา ก็คือระบบ ESI (ปัจจุบันตั้งแต่ปี 2005 เป็น version 4) เน้นการคัดกรองผู้ป่วยหนักหรือมีความเสี่ยงที่ต้องการดูแลเร่งด่วน และเน้นความสิ้นเปลืองในการทำงาน ลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน โดยพิจารณาจากทรัพยากรที่ต้องใช้ในผู้ป่วยแต่ละราย (getting the right patient to the right resources at the right place and the right time) โดยไม่ได้กำหนดกรอบเวลาไว้ตายตัวเหมือนระบบคัดกรองอื่น ๆ เพียงแต่ระบุว่าผู้ป่วย ESI level 1 ต้องได้รับการรักษาทันที ผู้ป่วย ESI level 2 ควรได้รับการรักษาเป็นลำดับแรก ๆ ภายในเวลาที่เหมาะสม (as soon as possible)

**ระบบ ESI การคัดกรองจะใช้พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน  
มี 4 จุดสำคัญที่ต้องพิจารณาคือ**

Decision point A: คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่อง airway breathing circulation อย่างรุนแรง ต้องการการช่วยเหลือทันที (Immediate life saving intervention) จะได้รับการคัดกรองเป็น ESI level 1 ได้แก่

Airway/breathing: BVM, intubation, surgical airway, emergent CPAP, emergent BiPAP

Electrical therapy: Defibrillation, emergent cardioversion, external pacing



Procedures: Chest needle decompression, pericardiocentesis, open thoracotomy, intraosseous access

Hemodynamics: Significant IV fluid resuscitation, blood administration, control of major bleeding.

Medications: Naloxone, D50, dopamine, atropine, adenosine

ยกตัวอย่างผู้ป่วยในระบับนี้ ได้แก่ cardiac arrest, respiratory arrest, severe respiratory distress, SpO<sub>2</sub> < 90, severe brady/ tachycardia with hypoperfusion, hypotension with hypoperfusion, trauma patient with unresponsive / need IV resuscitation, chest pain with pale/ diaphoretic/ hypotension, anaphylactic shock, acute unresponsive patients, เป็นต้น

Decision point B: การพิจารณาในขั้นนี้ประกอบด้วย 3 คำถามเพื่อแยกผู้ป่วย ESI level 2 คือ

1. High risk “เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหรือไม่?” อาศัยประสบการณ์ของพยาบาลที่พบผู้ป่วยมา การซักประวัติ ดูสภาพโดยรวมของผู้ป่วย พิจารณาว่าแม้ขณะนี้อาการโดยรวมยังคงที่ แต่ก็ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นไปได้ก่อนเช่น ให้ O<sub>2</sub>, เปิด IV fluid, monitor EKG

ยกตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ active chest pain (suspected ACS), needle stick in HCW, stroke, ectopic pregnancy, fever with immunocompromised, fever in infant < 28 d, suicidal/homicidal patient

2. Confused “ผู้ป่วยซึม สับสนหรือไม่?” พิจารณาว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่

3. Distress “ผู้ป่วยกำลังมีความทุกข์ทรมานหรือเจ็บปวดมาก?” พิจารณาทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น case sexual assault, domestic violence, combative patient, manic episode, severe pain อาการปวดอาจจะดูจากอาการภายนอกเช่น สีหน้า ร้องไห้ เหงื่อแตก นอนบิดตัว หรือดูจาก vital signs เช่น hypertension, tachycardia, tachypnea หรือการที่ประเมิน pain score  $\geq 7$  การที่ pain score  $\geq 7$  ไม่จำเป็นต้องคัดกรองให้อยู่ใน ESI level 2 เสมอไป เช่นผู้ป่วย ankle sprain สามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นเช่น ยกขาสูง ประคบเย็น ซึ่งพิจารณาแล้วว่าสามารถให้หรือได้อย่างปลอดภัย

Decision point C: ต้องใช้ทรัพยากรมากน้อยเพียงใด (resource needs) การที่จะตัดสินใจในขั้นนี้ต้องใช้พยาบาลที่มีประสบการณ์ว่าในกรณีที่ผู้ป่วยมาด้วยอาการหนึ่ง ๆ แล้วแพทย์ฉุกเฉินจะส่งตรวจหรือส่งการรักษาอย่างไรต่อไป พิจารณาจากผู้ป่วยที่เคยพบที่มาจากอาการคล้ายคลึงกัน โดยเน้นกิจกรรมบางอย่างว่าเป็นการใช้ทรัพยากร

การนับจำนวนทรัพยากรที่ใช้ นับเป็นกลุ่ม ๆ เช่น กลุ่ม lab (ตรวจเลือด+ตรวจปัสสาวะ) นับเป็น 1 อย่าง plain x-ray นับเป็นกลุ่มเดียวกันถ้าคิดว่าไม่ต้องใช้ทรัพยากรก็จัดให้อยู่ใน ESI level 5 ถ้าคิดว่าต้องใช้ทรัพยากร 1 อย่างก็จัดเป็น ESI level 4 ถ้าคิดว่าใช้ทรัพยากรมากกว่า 1 อย่างก็ต้องมาพิจารณา Decision point D ต่อไป

Decision point D: พิจารณาสัญญาณชีพ (vital signs) ว่าอยู่ในโซนอันตรายหรือไม่ Danger zone vital signs ในเด็ก < 3 ปีจะพิจารณา temperature ด้วยดังนี้

1-28 วัน ถ้า  $T > 38.0^{\circ}\text{C}$  ให้เป็น ESI 2

1-3 เดือน ถ้า  $T > 38.0^{\circ}\text{C}$  ให้พิจารณาเป็น ESI 2

3 เดือน – 3 ปี ถ้า  $T > 39.0^{\circ}\text{C}$  หรือ incomplete immunization หรือ no obvious source of fever ให้พิจารณาเป็น ESI 3

ในประเทศไทยนั้นได้มีการ นำระบบ Emergency severity Index ย่อว่า ESI ใช้งานแล้วประกาศออกมาของ กพฉ. ทำไมต้องเป็นระบบ ESI ในประเทศไทย สาเหตุหลักเนื่องจากปริมาณ ผู้ป่วยที่ใช้บริการฉุกเฉิน มีจำนวนที่มาก ESI เป็นระบบคัดกรองที่รวดเร็ว ทำได้ง่าย และความผิดพลาดน้อย การทำงานของระบบ ESI อยู่กับเวลา แต่ขึ้นอยู่กับ Resource เป็นหลัก แตกต่างกับ ระบบ 5-level อื่น ที่ใช้เวลาในการรอเข้าตรวจ ของผู้ป่วยเป็นหลัก

**แนวคิดด้านการคัดกรองด้วยระบบ Ministry Of Public Health Emergency Department Triage (MOPH ED Triage)** (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

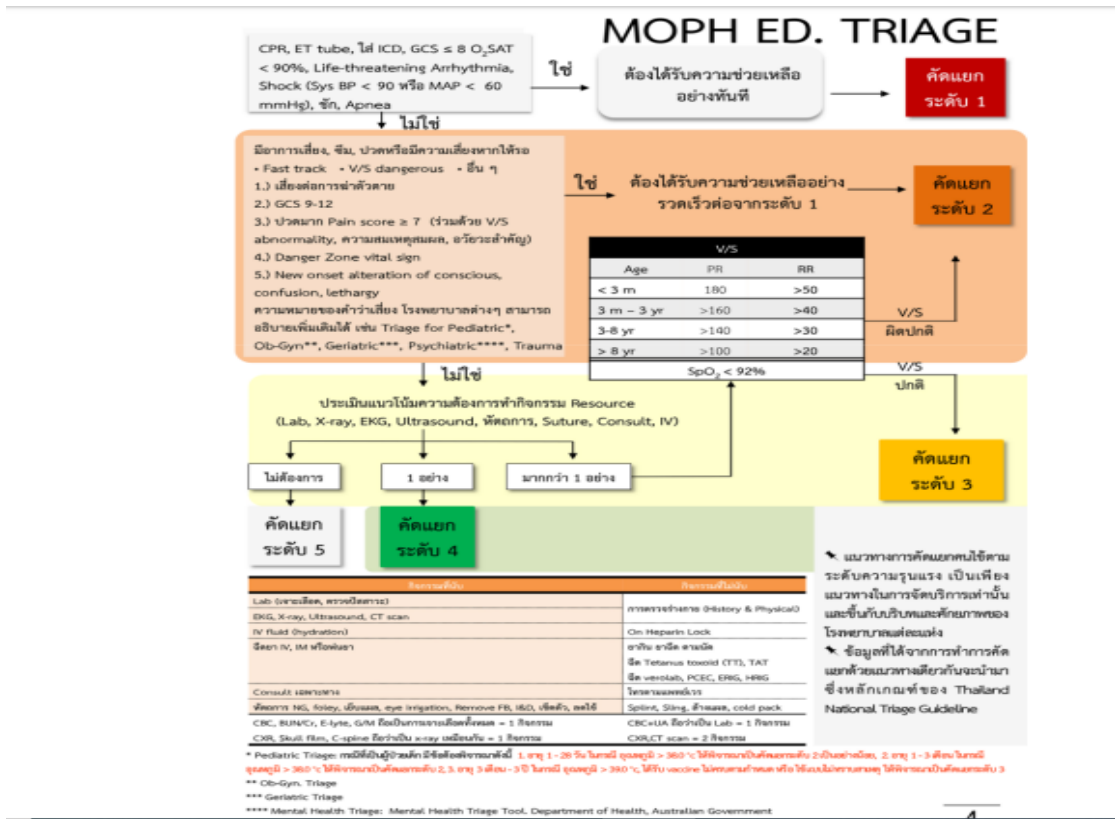
ในประเทศไทย สภากาชาดไทยได้นำระบบการคัดกรอง 3 ระดับคือ Emergent (E), Urgent (U) และ Non-emergent (N) มาใช้ในระบบบริการของห้องฉุกเฉิน และมีการประกาศใช้หลักเกณฑ์ในการคัดแยก เพื่อการคำนวณภาระงานการพยาบาลห้องฉุกเฉินในปี 2545 โดยแบ่งคนไข้เป็น 4 ระดับคือ Emergent, Urgent, Acute illness และ Non-acute illness จนกระทั่งในปัจจุบัน ได้เริ่มมีการปรับใช้ระบบคัดกรองที่แบ่งออกเป็น 5 ระดับความรุนแรง โดยอ้างอิงจากหลากหลายวิชาการ เช่น Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) ของประเทศแคนาดา และ Emergency Severity Index (ESI) ของ ประเทศสหรัฐอเมริกา กระทั่งล่าสุดได้แนะนำให้ใช้เครื่องมือกระบวนการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED Triage) ทุกโรงพยาบาลต้องสามารถทำการคัดแยกและจัดลำดับการบริการได้ ซึ่งเป็นการคัดแยกแบบ 5 ระดับ โดยพัฒนามาจาก Emergency Severity Index (ESI) การคัดกรองตามระดับความเร่งด่วนซึ่งเป็นมาตรฐานการคัดกรองในสหรัฐอเมริกาที่มีจุดเด่นเน้นการคัดกรองผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงความจำเป็นต้องได้รับการดูแลตามระดับความรุนแรง

กล่าวโดยสรุป การดำเนินการ MOPH ED Triage นี้ จะเป็นการใช้ guideline ซึ่งเป็นวิชาการที่แปลมาจาก ESI (Emergency severity index) โดย เป็นการคัดกรอง 5 ระดับเพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจและการใช้งานในระบบบริการเป็นแนวทางที่คัดกรองผู้ป่วยด้วยการใช้ลักษณะ (acuity) และทรัพยากร (resource) ซึ่งใน algorithm ใช้ 4 หัวข้อ เป็นจุดตัดในการคัดกรองผู้ป่วยและความถูกต้อง รวดเร็ว แม่นยำของระบบการคัดกรองนี้ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้คัดกรองเป็นสำคัญ คำแนะนำเกี่ยวกับ MOPH ED Triage เป็นการจัดกรอง 5 ระดับ สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยใช้การประเมินลักษณะ (acuity) และทรัพยากร (resources) ในขั้นตอนแรกการประเมินลักษณะ acuity จะถูกใช้เพียงอย่างเดียวเพื่อคัดแยกเป็นระดับ 1 หรือระดับ 2 และเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าระดับดังกล่าว จะถูกประเมินการใช้ทรัพยากรเพื่อคัดแยกเป็นระดับ 3, 4 หรือ 5 การประเมินลักษณะ (acuity) ใช้การตัดสินใจจากภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิตแขนขาและอวัยวะเป็นหลักการประเมินทรัพยากรจะอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์ของผู้ประเมิน

**ขั้นตอนการแนะนำระบบคัดกรอง MOPH“ ” ED Triage Guideline** ประกอบไปด้วย 3 สิ่งสำคัญ ดังนี้ 1) การตระหนักถึงปัญหาทำให้เกิดความต้องการเปลี่ยนแปลง 2) การนำแนวทางใหม่มาใช้จริง และ 3) การทบทวนและประเมินแนวทางใหม่ที่ได้ใช้

กุญแจสำคัญของความสำเร็จในการเปลี่ยนแนวทางคือ การทำความเข้าใจแนวทางใหม่กับทีมหลัก (Team leader) โดยที่ทักษะความเป็นผู้นำการสื่อสาร การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ ล้วนมีความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงแนวทางใหม่ ๆ

การเปลี่ยนแปลงแนวทางใหม่จะสำเร็จได้ต้องมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ ไม่สามารถสำเร็จได้ในครั้งเดียว โดยทำทีละขั้น ซึ่งอาจใช้เวลาเป็นเดือนเพื่อวางแผนการกำหนดวันในการเปลี่ยนแปลงแนวทางใหม่ ยังมีความสำคัญเพื่อให้ได้ความร่วมมือจากทุกฝ่าย เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจในแนวทางการนำระบบการคัดแยกไปใช้ในหน่วยบริการต่าง ๆ และสามารถดำเนินการได้นั้น จึงแบ่งองค์ประกอบที่เข้าใจออกเป็น 2 องค์ประกอบ 1) เนื้อหาวิชาการทางคลินิกที่จะใช้เป็นความรู้ในการตัดสินใจในการคัดแยกผู้ป่วยโดยบุคลากรที่มีความหลากหลายแตกต่างกันในแต่ละหน่วยบริการ หรือแม้กระทั่งมีความหลากหลายแตกต่างกันในหน่วยบริการเดียวกันในบุคลากรแต่ละบุคคล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความมั่นใจกับผู้ป่วยรับบริการได้ว่าจะได้รับและจัดลำดับความรุนแรงของอาการทางคลินิกได้ไม่แตกต่างกันไม่ว่าผู้ป่วยนั้นจะมารับบริการในวันและเวลาใดก็ตาม 2) การจัดวางรูปแบบบริการในการที่จะผลักดันให้ขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงนี้ นำมาถูกใช้เป็นขั้นตอนแรกในการมาเข้ารับบริการในหน่วยบริการอย่างแน่นอน โดยมีเป้าหมายหลักในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับบริการในตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งต้องเป็นที่ยอมรับว่ารูปแบบการให้บริการในช่วงเวลา เช้า บ่าย และดึกของหน่วยบริการต่าง ๆ นั้นมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยบริการขนาดเล็ก เช่น โรงพยาบาลชุมชนต่าง ๆ



ภาพ 2 ขั้นตอนการแนะนำระบบคัดกรอง MOPH “ ” ED. Triage Guideline

ที่มา: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561

4. องค์ประกอบในการคัดกรองผู้ป่วย

4.1 เครื่องมือเกี่ยวกับการคัดกรอง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

ปัจจุบันได้มีการนำเครื่องมือกระบวนการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน MOPH ED. Triage Guideline ไปใช้ในโรงพยาบาลในประเทศไทย พัฒนามาจาก ESI นำไปใช้งานในหลายโรงพยาบาล ซึ่งมีทั้งในรูปแบบตามวิชาการ และที่มีการปรับหรือเพิ่มเติมข้อมูลตัวเลข เพื่อให้ง่ายและมีเกณฑ์ที่ชัดเจนให้กับแนวทางการทำงานของโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ ซึ่งมีการจัดทำ “MOPH” ED. Triage Guideline เพื่อเป็นการสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของประเทศไทยไปในทิศทางเดียวกันและเป็นการเชื่อมโยงระบบบริการของโรงพยาบาลในแต่ละระดับให้ประหนึ่งเป็นระบบเดียวกัน โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

## นโยบายและการปฏิบัติ

ก่อนการเปลี่ยนแปลงแนวทางใหม่ จำเป็นต้องทบทวนนโยบายเกี่ยวกับการคัดกรองทั้งหมด ซึ่งเกี่ยวข้องกับฝ่ายต่าง ๆ ตัวอย่างของคำถามที่ควรเขียนไว้ในนโยบาย

1. ผู้ป่วยประเภทไหนบ้างที่พบในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล เพราะเกี่ยวกับโครงสร้างของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการบริหารจัดการผู้ป่วย
2. สถานที่ใช้ตรวจผู้ป่วยระดับ 2 ใช้บริเวณใดบ้าง
3. สถานที่บริเวณ fast-track เหมาะสำหรับผู้ป่วยระดับไหน
4. ควรมีผู้ผ่านการฝึกอบรมจนได้ใบประกาศแนวทางใหม่อยู่ที่บริเวณการคัดกรอง และการกำหนดคุณสมบัติบุคลากรผู้ทำการคัดแยกการวางแผนการให้ความรู้เกี่ยวกับ “MOPH” ED. Triage Guideline การให้คำแนะนำ แนะนำเกี่ยวกับการแนวทางใหม่ การฝึกอบรม ทั้งหมดนี้ ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยให้เกิดผลสำเร็จที่ดีในการสร้างความเข้าใจใหม่

### 4.2 สถานที่ในการคัดกรอง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

#### สถานที่ที่เหมาะสมที่จะทำการคัดกรอง ควรกำหนดไว้จุดใด

1. ควรเป็นจุดแรก ที่ผู้ป่วยทุกคนเข้าถึงได้ง่ายและมองเห็นอย่างเด่นชัด
2. ควรอยู่ไม่ห่างจากห้องฉุกเฉินมากนัก เนื่องจากในกรณีที่คัดกรองและพบว่ามีความรุนแรงสูง จะสามารถเคลื่อนย้ายเข้ารับการดูแลตรวจรักษาได้อย่างทันท่วงที
3. ในกรณีที่พื้นที่มีความกว้างขวาง การกำหนดจุดคัดกรอง อาจมีมากกว่า 1 จุด โดยสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ คือ จุดคัดกรองในทุก ๆ จุดนั้น ใช้แนวทางในการคัดกรอง เดียวกัน และสามารถประเมินได้ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดมาตรฐานการให้บริการที่จะสามารถลดการสูญเสียที่ไม่จำเป็นได้อย่างแท้จริง

ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการคัดกรองแล้ว จะเข้ารับการตรวจรักษาได้ที่ห้องตรวจใด และมีขั้นตอนต่อไปอย่างไรบ้าง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

1. ประเด็นนี้คือการกำหนดห้องตรวจรักษาที่เหมาะสมในการจะให้บริการได้เหมาะสมที่สุด ซึ่งในแต่ละหน่วยบริการสามารถที่จะกำหนดได้เองให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กร
2. สามารถยกประเด็นตัวอย่างที่น่าสนใจได้ ดังเช่น กรณีบาดแผลที่เป็นมานานไม่เกิน 24 ชั่วโมง ให้บริการตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งอย่างที่ทราบกัน ดีว่าการกำหนดชั่วโมงดังกล่าวนี้ มีความแตกต่างกัน อย่างหลากหลาย เช่น 48 ชม. หรือ 72 ชม. ซึ่งทั้งนี้ ทั้งนั้น ขึ้นกับการตกลงกันเป็นการภายในของแต่ละ หน่วยบริการ การมาตัดเฝือกก่อนถึงกำหนดนัด ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มากแบบไม่มีอาการ ผู้ป่วยมาขอรับบริการฉีดยา หรือทำแผลเก่า ทั้งหมดทั้งสิ้น การกำหนดจุดในการ

ให้บริการเหล่านี้เป็นการกำหนดภายในหน่วยบริการแต่ละ แห่งโดยที่ผู้ป่วยเหล่านี้ก็จะได้รับการคัดกรองเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษารายอื่น ๆ เช่นเดียวกัน

#### 4.3 บุคลากรในการคัดกรอง

**บทบาทของพยาบาลคัดกรองผู้ป่วย (Triage Nurse Role) (สุรัตน์ สุขสว่าง, 2561) ได้ศึกษาไว้ว่า**

พยาบาลคัดแยกผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทและความสำคัญเป็นอย่างมาก ดังนั้น บทบาทที่สำคัญควรประกอบไปด้วย

1. Assessing patients and determining acuity คือ บทบาทการประเมินผู้ป่วยและ ประเมินความรุนแรง โดยรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับอาการและความรุนแรงซึ่งเริ่มต้นตั้งแต่แรกเห็นผู้ป่วยจนถึงการซักประวัติข้อมูลต่าง ๆ
2. Communicating with health professionals บทบาทการติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพหรือแผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย
3. Determines treatment location บทบาทการกำหนดจุดพื้นที่ที่จะส่งคนป่วยไปให้การรักษา เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
4. Initiating treatment protocols/first aid measure บทบาทการกำหนดแนวทางปฏิบัติ ให้พยาบาล Triage สามารถทำการช่วยเหลือ/เริ่มให้การรักษายาบาลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการหรือส่งตรวจเบื้องต้นได้ตามแนวทางที่กำหนด เพื่อความรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วย
5. Monitoring and reassessing บทบาทการเฝ้าระวังและการประเมินซ้ำพยาบาลTriage ต้องทำการเฝ้าระวังและการประเมินซ้ำผู้ป่วยที่รอการตรวจรักษาอยู่ รวมถึงการให้ ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบถึงอาการผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่ผู้ป่วยควรแจ้งพยาบาลขณะรอตรวจได้
6. Communicating with the Public บทบาทการสื่อสารกับผู้มาติดต่อซึ่งพยาบาล Triage ต้องเผชิญหน้ากับผู้คนที่ห้องฉุกเฉินและบางที่อาจจะเป็นทุกคนที่มาโรงพยาบาล ไม่ใช่เพียงสื่อสารแต่กับผู้ป่วยที่รอตรวจเท่านั้น เปรียบเสมือนเป็นด่านหน้าที่คอยพบปะผู้คน ทั้งที่ต้องมาติดต่อเพื่อคัดกรองและมาถามในสิ่งที่ไม่ใช่บทบาทหน้าที่ ดังนั้นการสื่อสารรวมถึงการแสดงพฤติกรรมของพยาบาลTriage จึงต้องมีความระมัดระวัง คุณดีและต้องมีความอดทน เพื่อลดปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้
7. Documenting การทำเอกสาร พยาบาล Triage ต้องลงบันทึก ในการเอกสารตามที่หน่วยงานกำหนดขึ้น เพื่อใช้ในการสื่อสารกับทีม รักษาและเพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมาย



ดังนั้นจึงควรบันทึกในสิ่งสำคัญให้ครบถ้วน แต่ทั้งนี้ก็ต้องไม่ทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วย วิกฤตหรือได้รับบาดเจ็บ

**คุณลักษณะที่ดีของพยาบาลคัดกรองผู้ป่วย (Triage Nurse) (สุรัตน์ สุขสว่าง, 2561) ได้ศึกษาไว้ว่า**

1. Assertiveness & Patience มีความมุ่งมั่นและอดทนในการทำงานในหน้าที่พยาบาล triage จะเกิดภาวะกดดันที่มาจาก การสอบถาม การเร่งรีบ รวมถึงคำพูดต่าง ๆ ที่ไม่พึงจะได้ยิน ดังนั้นบุคลิกที่สำคัญที่จะต้องมีความมุ่งมั่น และความอดทน ที่จะทำหน้าที่ตรงนี้ให้มีประสิทธิภาพ และทำงานได้ดีแม้ตกอยู่ภายใต้แรงกดดัน

2. Willingness to listen and learn มีความเต็มใจที่จะรับฟังและเรียนรู้

3. Effective communication มีความสามารถในการสื่อสารที่ดีทั้งกับผู้ป่วย/ญาติและผู้ที่มาติดต่อ

4. Able to improvise มีปฏิญาณไหวพริบแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างเหมาะสม

5. Confidence in judgment กล้าตัดสินใจและเชื่อมั่นในการตัดสินใจ ซึ่งจะนำมาสู่ความน่าเชื่อถือ รวมถึงพร้อมที่จะยอมรับในสิ่งที่ได้ตัดสินใจไปแล้ว

6. Flexibility มีความยืดหยุ่นในการทำงานบ้าง ถึงแม้การTriageจะมีแนวทางในการทำงานที่ชัดเจน แต่บางครั้งด้วยนโยบายของผู้บริหารสภาพพื้นที่และขนบธรรมเนียมของชุมชนที่อยู่ รวมถึงปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้น พยาบาลTriageจึงต้องมีความยืดหยุ่นในการทำงานในบางครั้ง แต่ยังคงยึดประโยชน์และความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก

7. Compassion & A patient advocate มีความเห็นอกเห็นใจ/มีเมตตาและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นพื้นฐานของการเป็นพยาบาลที่ต้องใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกคน

**ความรู้และทักษะ (Triage Nursing Skills) สำหรับพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย (สุรัตน์ สุขสว่าง, 2561) ได้ศึกษาไว้ว่า**

1. ทักษะการประชาสัมพันธ์ (Public Relations Skill) สามารถสะท้อนให้เห็นถึงระบบบริการสุขภาพของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือโรงพยาบาลได้ ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่าประสิทธิภาพของการได้รับการ Triage มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการรับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งหมด ดังนั้นพยาบาล Triage จึง ควรได้รับการพัฒนาทักษะด้านนี้ในการสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้มารับบริการ รวมถึงเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาลด้วย เพื่อสร้างความเข้าใจให้ผู้มารับบริการรับรู้ถึงความสำคัญของระบบการคัดกรองผู้ป่วย(Triage) วิธีการดำเนินงาน และหากเป็นผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ระดับ 1, 2 ซึ่งต้องรอคอยการตรวจรักษานั้น ต้องรอคอยอะไร และระหว่างการรอคอยจะ

ได้รับการดูแลเฝ้าระวังอะไร สถานการณ์ที่เกิดขึ้นภายในห้องฉุกเฉินที่กำลังทำอะไร ให้การรักษาช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอะไรอยู่และพยาบาลคัดแยกจะทำการประเมินอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่รอรับการรักษายู่เป็นระยะตามแนวทางที่กำหนด แต่หากผู้ป่วยที่รอรับการรักษายู่ภายนอกมีอาการเปลี่ยนแปลงให้รับแจ้งพยาบาลคัดกรองทันที เป็นการแสดงออกให้ผู้ป่วยมั่นใจถึงความเป็นมืออาชีพและความห่วงใยในตัวเขาเหล่านั้น ซึ่งจะทำให้เกิดสายสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย อันจะนำมาสู่การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ครบถ้วนและยังช่วยลดความกลัวหรือความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้

2. ทักษะการสัมภาษณ์ (Interviewing Skill) การสัมภาษณ์คือการคุยอย่างมีจุดมุ่งหมายว่าต้องการรู้สิ่งใดจากผู้ถูกสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบไปด้วยทักษะด้านอื่น ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ 1) ทักษะการฟัง (Listening) ที่ต้องมีการใส่ใจ การทวนประโยคและการทำให้เกิดความกระจ่างในสิ่งที่ฟัง 2) ทักษะการสะท้อนกลับ (Reflecting skill) เพื่อให้เข้าใจตรงกันว่ากำลังพูดถึงเรื่องเดียวกัน โดยต้องมีการสะท้อนความรู้สึก และการสะท้อนพฤติกรรม 3) ทักษะการสรุป (Summarizing skill) เพื่อรวบรวมสิ่งที่พูดคุยกันให้เป็นประโยคเดียว ที่ครอบคลุมเรื่องที่คุย แต่ไม่ควรแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมจากสิ่งที่ได้ พยาบาล Triage จึงควรมีทักษะการ สัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลของผู้ป่วยในการมาตรวจครั้งนี้

3. การคิดเชิงวิพากษ์/ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) พยาบาล Triage ต้องใช้ความคิดในการพิจารณาตัดสินเพื่อกำหนดระดับความรุนแรงที่เหมาะสมภายในกรอบเวลานั้น ๆ และเร่งรีบ เป็นทักษะหนึ่งที่สำคัญเพราะเป็นทักษะการคิดที่ตั้งใจจะพิจารณาตัดสินเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยการไม่เห็นคล้อยตามข้ออ้างต่าง ๆ แต่ตั้งคำถามท้าทาย หรือโต้แย้งข้ออ้างนั้นเพื่อเปิดแนวทางการคิดออกสู่ทางที่แตกต่าง เพื่อให้ได้คำตอบที่สมเหตุสมผลมากที่สุด นำไปสู่การค้นหาความจริงหรือทำให้ได้สิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม ได้ข้อมูลที่แท้จริงไม่ใช่จากอารมณ์หรือการคาดเดา ซึ่งข้อมูลรู้จักการคิดเชิงวิเคราะห์สังเคราะห์และสามารถตัดสินใจ (Decision making) จัดลำดับความรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างมีเหตุมีผลบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence – base practice) เช่นในการประเมินระดับความเจ็บปวดของคนไข้ (Pain Score) นั้นเราจะฟังแต่เพียงตัวเลขที่ผู้ป่วยบอกมาอย่างเดียวไม่ได้ เพราะระดับความรู้สึกเจ็บปวดของแต่ละคนไม่เท่ากัน บางคนปวดมากบอกตัวเลขน้อย เพราะทนไหว แต่บางคนปวดน้อยแต่ทนไม่ได้ก็จะบอกตัวเลขสูง ๆ ขึ้น บางครั้งให้ 10 หรือมากกว่าก็มี แต่เมื่อเราได้ฟังแล้วต้องตั้งคำถามว่าจริงไหม มีตัวแปรหรือค่าอะไรที่วัดได้เช่นชีพจร ความดันโลหิต สีหน้าท่าทาง อาการกระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง ตัวเย็น เหงื่อออก เป็นต้น แล้วนำมาประกอบกับสิ่งที่ผู้ป่วยบอกว่าสัมพันธ์กันหรือไม่ เพื่อพิจารณาตัดสินใจให้ระดับความรุนแรงในการเจ็บปวด



4. ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) เป็นทักษะที่สำคัญมากในการใช้ชีวิตและในการทำงาน โดยเฉพาะในวิชาชีพพยาบาล เพราะถึงแม้ว่าเราจะมีความคิดดีแค่ไหน แต่ถ้าสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพแล้ว ก็คงไม่สามารถทำให้ผู้อื่นรับรู้และเข้าใจได้หรือที่ร้ายกว่านั้นคือการทำให้หลายฝ่ายเข้าใจผิด เกิดปัญหาไม่พึงพอใจและอาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการทำงานขึ้นได้ โดยเฉพาะกับการสื่อสารในภาวะความเจ็บป่วยที่อยู่บนความคาดหวังที่สูงและต้องการความรวดเร็ว ซึ่งทักษะการสื่อสาร (Communication Skills) แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

4.1 ทักษะการฟัง คือ การได้รับสารที่ส่งมาและทำความเข้าใจ ความหมายของสารที่รับมา ได้อย่างเข้าใจตรงกัน

4.2 ทักษะการอ่าน คือ การรู้สังเกตและทำความเข้าใจความหมายของทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา

4.3 ทักษะการพูด คือ การส่งสารโดยใช้วัจนภาษาและอวัจนภาษา เพื่อให้ผู้ฟังได้รับสารแล้วเกิดความเข้าใจในสารนั้น ๆ

4.4 ทักษะการเขียน คือการใช้ภาษาเพื่อสื่อสารถึงข้อมูลต่าง ๆ จากผู้เขียนไปยังผู้อ่าน

4.5 การบันทึกข้อมูลของการคัดกรอง (Triage Documentation) สิ่งที่สำคัญของพยาบาล triage อีกสิ่งหนึ่งคือความสามารถในการรวบรวมข้อมูล (Triage Documentation)

การบันทึกข้อมูล เพื่อใช้ในการยืนยันการตัดสินใจ โดยครอบคลุมข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ ชื่อ-สกุล อายุผู้ป่วย วันที่และเวลาที่ มาถึงห้องฉุกเฉิน เวลาที่ซักประวัติโดยพยาบาลคัดแยกอาการสำคัญที่มา โรงพยาบาล/การบาดเจ็บ สัญญาณชีพ ระดับความปวด การรับประทานยาก่อนมา ประวัติประจำเดือนครั้ง สุดท้าย ประวัติการแพ้ยา ระดับ ความรุนแรง/ฉุกเฉินที่คัดแยกได้และลายมือชื่อพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดแยก การลงข้อมูลที่จุดคัดแยก ควรสมบูรณ์ครบถ้วน ก่อนส่งผู้ป่วยไปจุดรักษาต่าง ๆ ยกเว้นในกรณีผู้ป่วยระดับ 1 และ 2 ไม่จำเป็นต้องวัดสัญญาณชีพ หรือลงบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วนในทันทีที่ผู้ป่วยมาถึง อาจมีเพียงแค่ประวัติเท่าที่จำเป็นเท่านั้น แต่ภายหลังจากส่งเข้ารับการรักษาและให้การช่วยเหลือแล้ว จึงทำการวัดและลงบันทึกข้อมูลสัญญาณชีพ ประวัติต่าง ๆ เพิ่มเติมให้ครบถ้วนตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนด

**คุณสมบัติของพยาบาลคัดกรองที่ดี** (งานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล, 2561) ได้กล่าวไว้ว่า

พยาบาลคัดกรองนับเป็นบุคลากรด่านแรกที่ผู้ป่วยจะได้พบเมื่อมารับการบริการที่ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จากการสำรวจพบว่าการให้บริการของพยาบาลคัดกรองนั้นเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่ง ในการสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติต่อแผนกฉุกเฉิน และต่อภาพรวมของโรงพยาบาล ดังนั้นพยาบาลคัดกรองจึงควรมี คุณสมบัติดังต่อไปนี้ ใส่ใจต่อความรู้สึกและความ

เดือรื้อนของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยนั้น ๆ จนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องมารับบริการ เมื่อผู้ป่วยมาถึง พยาบาลคัดกรองควรทักทายผู้ป่วย แนะนำตนเองต่อผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ทราบถึง บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลคัดกรอง และกระบวนการ ในการให้บริการที่แผนกฉุกเฉิน การให้การ บริการด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เอื้ออาทร การใช้เสียงและ ภาษาที่สุภาพ นุ่มนวล การมีทักษะที่ดีในการ ติดต่อสื่อสาร รวมถึงการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติ เหล่านี้ล้วนเป็นคุณสมบัติที่ดีที่จะช่วยสร้างความประทับใจ และความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและญาติได้เป็นอย่างดี ในประเทศที่มีการพัฒนาเวช ศาสตร์ฉุกเฉินและ ระบบการคัดกรองเป็นอย่างดีแล้วนั้น ได้กำหนดคุณสมบัติพื้นฐานที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่จะทำ หน้าที่เป็นพยาบาลคัดกรองดังนี้

มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินอย่างน้อย 6-12 เดือน

ได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานต่าง ๆ ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานที่แผนก ฉุกเฉิน เช่น ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการกู้ชีพขั้นสูง (Advanced Cardiac Life Support certification) ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการกู้ชีพผู้ป่วยเด็กขั้นสูง (Pediatric Advanced Life Support certification) ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน (certification in Emergency Nursing) ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินในผู้ป่วยเด็ก (Emergency Nurses Pediatric Course completion) ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาล การบาดเจ็บ (Trauma Nurse core curriculum)

มีทักษะในการประเมินผู้ป่วยและการตัดสินใจที่ดี

มีความรู้ความสามารถในการที่จะปฏิบัติตามนโยบายของแผนกได้เป็นอย่างดี

สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่าได้เป็นอย่างดีและมีความ

เสี่ยสละ

มีความรู้เกี่ยวกับการบริการฉุกเฉินอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น การบริการรถกู้ชีพ

มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์อย่างยอดเยี่ยม

มีความกระตือรือร้นในการทำงานร่วมกับผู้อื่น

เป็นแบบอย่างที่ดีกับผู้อื่น

มีวุฒิภาวะอารมณ์ในการแก้ปัญหาและข้อขัดแย้งต่าง ๆ

**คุณสมบัติของบุคลากรผู้กระทำการคัดกรองไว้ 10 ประการ ดังนี้**

1. มีประสบการณ์ทางคลินิก เช่น รู้อาการ อาการแสดงของภาวะที่ส่งผลต่อ ชีวิตหรือมีความเสี่ยงสูง

2. มีเหตุผลในการตัดสินใจในการคัดกรอง ไม่อยู่บนพื้นฐานของ อารมณ์

3. กล้าตัดสินใจ เมื่อตัดสินใจแล้วมีความแน่วแน่ รวมถึงยอมรับ ข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นมาแก้ไข

4. ใจเย็น สามารถทำงานท่ามกลางความกดดันได้

5. มีความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ

6. มีความเสียสละ

7. มีความสามารถในการประสานงานติดต่อกับแผนกต่าง ๆ ใน โรงพยาบาล

8. มีความรู้เรื่องการจัดการทรัพยากรเพื่อให้สามารถจัดสรรทรัพยากรได้อย่าง

เหมาะสม

9. มีความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ไขปัญหา ไม่ยึดติดกับระบบมากเกินไป แต่แก้ไขปัญหาให้เหมาะสม

10. มีปฏิภาณไหวพริบ หากมีเหตุไม่คาดฝัน ต้องสามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม

**ขั้นตอนการทำงานของพยาบาลคัดกรอง** (งานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล, 2561)

1. ประเมินอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นอย่างรวดเร็วเพื่อคัดกรองผู้ป่วย (Primary Assessment) ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งแนะนำให้ญาติติดต่อทำบัตร

2. วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ เพื่อจัดระดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient' Acuity) ตามระบบการจำแนกระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ

3. พิจารณาความเหมาะสมในการเลือกใช้รถเข็นนั่ง เปลนอนตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย

4. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ ที่เหมาะสมกับการให้การรักษาเช่น ส่งผู้ป่วยรักษาในพื้นที่ต่าง ๆ ตามระดับความรุนแรง ห้องตรวจ ห้องทำแผล

5. วินิจฉัยและวางแผนให้การรักษายาบาลบนพื้นฐานข้อมูลที่รวบรวมได้

6. ให้การพยาบาลหรือการรักษาเบื้องต้นตามข้อตกลงตามแนวทางของแต่ละโรงพยาบาล

7. ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจนกว่าจะได้พบแพทย์

8. ให้ข้อมูลกับญาติหรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องได้จัดทำแนวทางการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ

9. รายงานให้ข้อมูลแพทย์ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน

10. บันทึกการคัดกรองเบื้องต้นที่สำคัญตามระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย

11. จัดระบบประสานงานกับหน่วยงานอื่นเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริหาร
12. การประเมินผู้ป่วยซ้ำเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉินจนกระทั่งจำหน่าย
13. การรวบรวมผลลัพธ์การคัดกรองโดยได้จัดทำแนวทางให้พยาบาลคัดกรองสรุปผลในแต่ละเวร

## แนวคิดด้านสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วย

### 1. ความหมายของสภาพปัญหา

การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งย่อมจะพบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติที่แตกต่างกันไปตามลักษณะของงานหรือกิจกรรมแต่ละประเภทและส่งผลต่อความสำเร็จของงาน ซึ่งปัญหาเป็นประเด็นที่เป็นอุปสรรค ความยากลำบาก ความต้านทานหรือความท้าทาย หรือเป็นสถานการณ์ใด ๆ ที่ต้องมีการแก้ปัญหา ซึ่งมีผู้ให้ความเห็นถึงความหมายของสภาพปัญหาไว้หลากหลายดังนี้

พจนานุกรมในไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) ให้ความหมายของสภาพปัญหาว่า สภาพปัญหาคือ ข้อสงสัย ข้อขัดข้อง ข้อที่พิจารณาแก้ไข

จินตนา ธนวิบูลย์ชัย (ม.ป.ป.) ให้ความหมายของสภาพปัญหาว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีเป้าหมายใดเป้าหมายหนึ่งมุ่งไปสู่เป้าหมาย แต่ไม่รู้ว่าจะก้าวไปสู่เป้าหมายนั้นได้อย่างไร

สรุปสภาพปัญหาหมายถึง ปัญหาและอุปสรรค เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการทำงานของหน่วยงาน ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดจากหลายสาเหตุซึ่งมีผลต่อเป้าหมายของความสำเร็จ

### 2. สภาพปัญหาด้านงานคัดกรองผู้ป่วย

เป็นปัญหาที่มีความเกี่ยวข้องในระบบการคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุส่งผลกระทบต่อให้เกิดการคัดกรองผู้ป่วยไม่ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจรักษาตามระดับความเร่งด่วน ส่งผลต่อการรอดชีวิต ซึ่งมีการศึกษาสภาพปัญหาการคัดกรองไว้หลากหลาย ดังนี้

อาจารย์ พรหมดี, ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล, และพรศิริ กนกกาญจนะ (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ ปัจจัยที่เป็นปัญหาและมีผลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุคือ ปัจจัยสัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วยการที่สัดส่วน จำนวนพยาบาล 1 คนต่อจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คน ส่งผลให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ การที่สัดส่วนจำนวนพยาบาล 1 คนต่อจำนวนผู้ป่วยที่มากเกินไปและไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด จึงส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและผลลัพธ์ของผู้ป่วยเช่น ระยะเวลา รอดรอนานมากขึ้น ระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยนานมาก

เยาวลักษณ์ ผุ่ยหัวโตน (2561) พบวาปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วยผิตประเภท และคัดกรองผู้ป่วยลาซาเกิดจากพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วย จากตัวผู้ป่วยเอง และจากญาติผู้ป่วย ซึ่งสาเหตุหลักดานพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองเกิดจากไม่เข้าใจในแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/เกณฑ์การ แยกประเภทผู้ป่วย, ขาดประสบการณ์ในการคัดกรองผู้ป่วย, ไม่ปฏิบัติตามหรือไม่ใช่แนวการคัดกรองที่มีอยู่ และไม่มั่นใจในการคัดกรองระหว่างผู้ป่วยฉุกเฉิน/ไม่ฉุกเฉิน สวนในดานผู้ป่วย และญาติเกิดจากญาติผู้ป่วยไม่รู้ อาการผู้ป่วยที่ชัดเจนในขอมูลอาการผู้ป่วยไม่ครบ, ผู้ป่วยแฉงอาการที่เพนไม่ตรงกับความเป็นจริง, ผู้ป่วยมี ปัญหาดานการสื่อสาร หลงลืม และญาติไปทำบัตรกอนมาใหม่ประวัติ

สรุปัญหการคัดกรองผู้ป่วย หมายถึง สิ่งทีก่อให้เกิดอุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติงานคัดกรองผู้ป่วย ทีทำให้พยาบาลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในการจำแนกความเร่งด่วนของผู้รับบริการได้ ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการจำแนกผู้ป่วย ไม่ได้ตามมาตรฐาน เกิดการคัดกรองทีต่ำกว่าเกณฑ์หรือสูงกว่าเกณฑ์

## 2. ความหมายของความต้อการ

ความต้อการ เป็นเครื่องกระตุ้นและแรงผลักดันให้มนุษย์แสดงพฤติกรรม อย่างใดอย่างหนึ่งออกมาในอันทีจะปฏิบัติงานให้สำเร็จบนพื้นฐานความเชื่อหรือสมมุติฐานว่า มนุษย์มีความต้อการ และพฤติกรรมของมนุษย์จากความต้อการทางจิตวิทยาทีทำการศึกษเกี่ยวกับความต้อการของมนุษย์ทีเป็นทียอมรับโดยทั่วไป ซึ่งมีผู้ให้ความเห็นถึงความหมายของสภาพปัญหาไว้หลากหลายดังนี้

พจนานุกรมในไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) ได้ให้ความหมายของความต้อการว่า ความต้อการคือความอยากได้ ใครได้หรือประสงค์จะได้ และเมื่อเกิดความรู้สึกดังกล่าวจะทำให้ร่างกายเกิดความขาดสมดุลเนื่องมาจากมีสิ่งเร้ามากระตุ้น มีแรงขับทำให้ร่างกายต้อพยายามดิ้นรน และแสวงหาเพื่อตอบสนองความต้อการ เมื่อร่างกายได้รับตอบสนองแล้วร่างกายมนุษย์ก็กลับสู่ภาวะสมดุลอีกครั้งหนึ่งและก็จะเกิดความต้อการใหม่ ๆ มาทดแทน วนเวียนอยู่ไม่มีทีสิ้นสุด

ศรีชล ฉายาพงษ์ (2553) ได้ให้ความหมายไว้ดังนี้ เป็นความต้อการของคนที่แสดงออกในรูปของพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกมา เป็นสิ่งทีเกิดขึ้นตลอดเวลา ซึ่งเป็นธรรมชาติของมนุษย์ และเมื่อมนุษย์มีความต้อการทีจะได้รับการยกย่องนับถือ ทำให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญของตน ต้อการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน มีความเจริญก้าวหน้า มนุษย์ย่อมต้อปรารถนาทีจะพัฒนาตนเองเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะความสามารถทำให้ตนเองมีศักยภาพ สามารถปฏิบัติภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ



สรุปได้ว่าความต้องการ หมายถึงการที่มนุษย์มีความปรารถนาอยากได้อะไรบางอย่างเป็นในบางสิ่งบางอย่าง ซึ่งบุคคลจะมีความต้องการในระดับที่แตกต่างกัน แม้จะมีสถานะหรือปัจจัยส่วนบุคคลที่เหมือนกันก็ตาม การให้หรือการสนองความต้องการจึงควรให้ในสิ่งที่ผู้รับต้องการจริง ๆ ซึ่งถ้าได้รับการตอบสนองแล้วบุคคลก็จะเกิดความสุขความพึงพอใจต้องการ

### 3. ความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วย

เขาวลัทธิคุณ พุทธิวิทและจุไรพร กนกวิจิตร (2561) พบว่าความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยคือ ควรมีการจัดระบบการคัดกรองที่ชัดเจน มีการปฐมนิเทศ เจาหน้าที่ และการอบรมเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย มีคู่มือและแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยที่เขาใจง่ายและสามารถนำมาใช้ได้ง่าย

อรรพรรณ ฤทธิ์อินทรานุกร, วรวิฑู ขาวทอง, ปาริณันท์ คงสมบูรณ์, และสมศรี เขียวอ่อน (2561) พบว่าความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยคือ มีความต้องการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยนำแนวคิดเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วยของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาเป็นกรอบในการพัฒนา มุ่งเน้นพัฒนาทั้งกระบวนการ ทรัพยากรและ สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานการคัดแยกผู้ป่วย โดยพัฒนาองค์ประกอบของระบบการคัดแยกผู้ป่วยครอบคลุม ดังนี้ 1) สถานที่สำหรับการคัดแยกผู้ป่วย 2) แนวทางปฏิบัติที่ใช้ในการคัดแยกผู้ป่วย 3) รูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดแยก 4) รูปแบบการให้ข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและญาติ 5) การจัดสถานที่สำหรับให้บริการผู้ป่วยหลังจากได้รับการคัดแยก และรอรับบริการ 6) รูปแบบการให้ข้อมูลลำดับการเข้ารับบริการของผู้ป่วยด้วยการแสดงคิวทางจอโทรทัศน์ 7) การกำหนดให้มีพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดแยกโดยเฉพาะ และกำหนดหน้าที่ไว้ชัดเจน

สรุปความต้องการในงานคัดกรองผู้ป่วย หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพมีความคาดหวังหรือรับรู้ในความต้องการในสิ่งที่เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการคัดกรองที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามระดับการจำแนก เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

### งานบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ประกอบด้วย ระบบงานของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน อัตรากำลังที่เหมาะสมตามเกณฑ์สภาการพยาบาลสำหรับแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

#### 1. ระบบงานของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ลักษณะงานของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นงานด่านแรก เป็นการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤติตั้งแต่มีความรุนแรงมากและรุนแรงน้อยผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ รวมถึงภาวะการเกิดภัยพิบัติ โดยการประเมิน สภาวะความรุนแรงของการ



เจ็บป่วย การตัดสินใจให้การพยาบาล การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีความรุนแรงด่วน ฉุกเฉินที่มีความรุนแรงแตกต่างกัน โดยไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ของผู้ป่วยเพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิต ของผู้ป่วยได้อย่างทันที่ ทั่วถึง ถูกต้อง ทันเวลา และ ปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์, 2551) (ธนาสีธี วิจิตรพันธ์, 2565)

ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ประกอบด้วย 4 ระบบหลักได้แก่ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ระบบการ รักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล (Hospital-Based Emergency Department) ระบบส่งต่อ (Referral System) และ ระบบการจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งห้องฉุกเฉินเป็นศูนย์กลางที่เชื่อมต่อระหว่างการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลกับการดูแลแบบเฉพาะเจาะจง (Definitive Care) โดยมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การเข้าถึงบริเวณแผนกฉุกเฉิน (Entry) และการเริ่มกระบวนการ Triage ที่มีประสิทธิภาพ การรักษา การประสาน การส่งต่อ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน), 2563) เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินพ้นภาวะฉุกเฉินคือลดอัตราการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ และการทำงานของอวัยวะสำคัญ (Save Live, Save Limb, Save Function) ให้การดูแลบุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภัยอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะ สำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมินการจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันที่เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้น ของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น ได้รับการบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพและทันเวลา ทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะฉุกเฉินซึ่งกระบวนการดูแลดังกล่าวหมายรวมถึงการประเมิน การจัดการ การประสานงาน การควบคุม ดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่งการตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล (พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2551)

หัวใจสำคัญของระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินคือพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยต้องเข้ากระบวนการหลักในการคัดกรองผู้ป่วย มีองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะการประชาสัมพันธ์, ทักษะการสัมภาษณ์, การคิดเชิงวิพากษ์และทักษะการสื่อสาร (สุรัตน์ สุขสว่าง (2561) ปัจจุบันมีการคัดกรองโดยจำแนกประเภทผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท เพื่อจัดลำดับความสำคัญในการรับการรักษา การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องมีการปฏิบัติงานอย่างรวดเร็วและถูกต้องเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงต้องรีบให้การช่วยเหลืออย่างซึ่งเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการดังนี้ 1) จัดระบบบริการอย่างรวดเร็วถูกต้องตามหลักวิชาการ 2) สถานที่และอุปกรณ์อยู่ในสภาพพร้อมเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยอยู่เสมอ 3) มีอุปกรณ์ฉุกเฉินตลอดจนแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างเหมาะสมปลอดภัย 4) ส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนรับการรักษาจากแพทย์ตรวจสถานบริการตามความเหมาะสม 5) เตรียมพร้อมในการรับมือเหตุฉุกเฉิน

การวางแผนมีการซ่อมแผนเป็นระยะ 6) บันทึกข้อมูลและลงระเบียบงานอย่างชัดเจนถูกต้องตามความเป็นจริง สามารถใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงได้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

นอกจากนี้สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ (2551) ได้กำหนดบริการในความรับผิดชอบประกอบด้วย การ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service) การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉินในสถานพยาบาล (In-Hospital Care) การบริการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง (Referral and Continuing Care) การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยและประชาชน (Health Promotion) และการคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง (Health Protection and Risk Management) ซึ่งสอดคล้องกับการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินของสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ (2551)

## 2. อัตรากำลังที่เหมาะสมตามเกณฑ์สภาการพยาบาลสำหรับแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

อัตรากำลังของบุคลากรพยาบาลในหน่วยบริการตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับตติยภูมิและระดับตติยภูมิ ควรเป็นไปตามภาระงานในการดูแลผู้ป่วย ตามระดับความหนัก-เบาของผู้ป่วย (Acuity Level) โดยมีพยาบาลที่มีสมรรถนะที่เหมาะสมกับงาน มีสัดส่วนการผสมผสาน ระหว่าง RN และ Non RN และควรมีการกำหนดสัดส่วน การกระจายอัตรากำลังในแต่ละเวรตามภาระงาน โดยการคำนวณภาระงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องหรือชนิดของภาระงานด้วย เช่น ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ชั่วโมงการทำงานด้านการพยาบาลโดยตรง ชั่วโมงการทำงานพยาบาลโดยอ้อม ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉิน และภาระหน้าที่อื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย โดยมีข้อเสนอดังนี้ แนวทางการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล ข้อเสนอเกณฑ์อัตรากำลังพยาบาลระดับทั่วไปขั้นต่ำในแต่ละหน่วยบริการระดับตติยภูมิ – ตติยภูมิ สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ: ผู้ป่วย RN: Pt เท่ากับ 1:10 (สภาการพยาบาล, 2548)

### แนวทางการจัดสรรอัตรากำลังขั้นต่ำหน่วยบริการ

1. ผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยหนักต้องการการดูแลใน ICU / CCU จำนวนชั่วโมงการพยาบาลเฉลี่ย 10 – 12 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ป่วยนอน 14 ชั่วโมงต่อวันผู้ป่วยนอน
2. ผู้ป่วยใน จำนวนชั่วโมงการพยาบาลเฉลี่ย 2.6 - 5.5 ชั่วโมงต่อวันผู้ป่วยนอน
3. ผู้ป่วยนอก จำนวนชั่วโมงการพยาบาลเฉลี่ย 0.50 - ชั่วโมง/ราย
4. ผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำนวนชั่วโมงการพยาบาลเฉลี่ย 2.25 – 2.50 ชั่วโมง/ราย
5. ผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ จำนวนชั่วโมงการพยาบาลเฉลี่ย 2.5 ชั่วโมง/ราย
6. ผู้คลอด จำนวนชั่วโมงการพยาบาลเฉลี่ย 6 ชั่วโมง/ราย

**การกำหนดปริมาณและการจัดสรรอัตราค่าจ้าง: งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน** (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2545, น. 37-39)

1. สูตรการคำนวณ

การคำนวณปริมาณความต้องการอัตราค่าจ้างของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินดำเนินการโดยการใช้สูตรการคำนวณที่ 1 และ 2 เช่นเดียวกับงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก

2. ขั้นตอนการคำนวณตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

1) จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน (Average Daily Census)

=  $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งหมดใน 1 ปี}}{365}$

365

2) ชั่วโมงการพยาบาลเฉลี่ยต่อราย (Nursing Care Hour Per Case Visit)

=  $\frac{\text{ผลรวมชั่วโมงความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด}}$

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

จากการศึกษาการใช้เวลาและชั่วโมงความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจากกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญในห้องฉุกเฉินดังรายการต่อไปนี้ 1) การเตรียมความพร้อมอุปกรณ์สถานที่บุคลากรและการตรวจสอบก่อนให้บริการ 2) การตรวจคัดกรองความรุนแรง (Triage) 3) การช่วยชีวิตฉุกเฉิน 4) การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือฉุกเฉิน 5) การทำหัตถการ (การผ่าฝี การเย็บแผลการนำสิ่งแปลกปลอมออกจากร่างกายการตามอวัยวะส่วนที่หัก 6) การช่วยแพทย์ทำหัตถการ 7) การให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 8) การให้ยารับประทาน หยอด ป้ายตา ยาเหน็บ ยาพ่น 9) การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อหรือชั้นใต้ผิวหนัง 10) การให้ยาทาง IV fluid 11) การดูแลการให้เลือดสารประกอบของเลือดอย่างต่อเนื่อง 12) การให้ยาพ่นชนิดฝอยละออง 13) การส่งต่อเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องภายในโรงพยาบาล 14) การส่งต่อเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องภายในโรงพยาบาล 15) การส่งต่อและการดูแลขณะนำส่งผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล 16) การอธิบายให้ข้อมูลหรือคำแนะนำ 17) การดูแลผู้ป่วยระหว่างรับไว้สังเกตอาการ 18) การรายงานแพทย์ 19) การติดตามผลการตรวจรักษา 20) การจัดการเกี่ยวกับเอกสารของผู้ป่วย 21) การดำเนินกิจกรรมคุณภาพในหน่วยงาน และ 22) การตรวจสอบ / ควบคุมคุณภาพการพยาบาล

**ชั่วโมงความต้องการของผู้ป่วยแต่ละประเภทดังนี้**

ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent) เป็นผู้ป่วยในภาวะวิกฤตมีภาวะคุกคามชีวิตต้องรับการรักษาพยาบาลทันที, ผู้ป่วยฉุกเฉิน (urgent) เป็นผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ แต่ไม่มีภาวะคุกคามชีวิตต้องรับการรักษาพยาบาลภายใน 30 นาที ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non urgent) กลุ่มที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลันไม่

เร่งด่วน (Acute illness -Non Urgent) ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลันไม่มีภาวะวิกฤติ ไม่มีภาวะความชีวิตและหน้าที่ของร่างกายสามารถรับการรักษายาบาลได้ในระยะเวลา 1-2 ชม.โดยมีการสังเกตอาการอย่างสม่ำเสมอและกลุ่มที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันไม่เร่งด่วน (Non Acute-Non Urgent) ได้แก่ผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉินต้องการเพียงคำแนะนำหรือการช่วยเหลือประคับประคองและการนัดให้มาตรวจในหน่วยผู้ป่วยนอกทั่วไป (GP) หรือคลินิกเฉพาะทางได้ในภายหลัง ชั่วโมงการพยาบาลเฉลี่ย/ราย 3.2 ชั่วโมง, 2.5 ชั่วโมง, 1.0 ชั่วโมงและ 0.5 ชั่วโมงตามลำดับ

ในการกำหนดจำนวนชั่วโมงการพยาบาลเฉลี่ยในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินควรได้มีการศึกษาเพิ่มเติม เนื่องจากในแต่ละโรงพยาบาลอาจมีปัจจัยที่มีผลต่อเวลาหรือชั่วโมงการพยาบาลต่างกัน ทั้งนี้เพื่อให้การจัดอัตรากำลังสอดคล้องกับความต้องการและภาระงานที่แท้จริงโดยเฉพาะอย่างยิ่งหากการบริการนั้นมีการจัดบริการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลก็ควรจะมีการศึกษาการใช้เวลาในงานนี้เพิ่มเติม

อย่างไรก็ตามภาระงานการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินนั้น ไม่อาจคาดการณ์ได้แน่นอน หน่วยงานอาจกำหนดอัตรากำลังเฉลี่ยขั้นต่ำตามชั่วโมงการพยาบาลเฉลี่ยคือ 2.25-2.5 ชั่วโมง/ราย เพื่อเป็นอัตรากำลังสำรองและเตรียมพร้อมให้บริการ

3. การคำนวณอัตรากำลังทั้งหมดเป็น FTE

4. คำนวณการกระจายอัตรากำลังในแต่ละวัน

คำนวณอัตรากำลังที่ต้องการต่อวัน

$$= \frac{34.8 \text{ FTE} * 2080 \text{ ชั่วโมง/ปี}}{365 \text{ วัน} * 8 \text{ ชั่วโมง}} = 24.7 \text{ หรือประมาณ } 25 \text{ คน/วัน}$$

5. คำนวณการกระจายอัตรากำลังตามประเภทและช่วงเวลา

คำนวณสัดส่วนการผสมผสานอัตรากำลังและการจัดสรรการกระจายกำลังคนในแต่ละผลัดเวร ดำเนินการในหลักการเดียวกับการจัดสรรการกระจายอัตรากำลังตามประเภทเจ้าหน้าที่และช่วงเวลาของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยหนัก There are no sources in the current document ในงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นงานที่ผู้ปฏิบัติจะต้องมีทักษะในการปฏิบัติงาน มีวุฒิภาวะและทักษะการตัดสินใจโดยใช้วิจารณญาณค่อนข้างสูง ดังนั้นหากเป็นไปได้อาจกำหนดสัดส่วนการผสมผสานของอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพไว้ในสัดส่วนที่สูง เช่น กรณีเจ้าหน้าที่ 25 คนต่อวัน อาจจะมี RN = 21 คนและ NA 4 คน หรือกำหนดให้มี RN: TN: NA= 1.5: 5: 5 คือ มี RN 17 คน TN 6 คน และ NA 2 คน เป็นต้น สำหรับการจัด Fixed Staff ให้เป็นไปตามนโยบายของแต่ละโรงพยาบาล (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2545 : 37-39)



### 3. บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีหน้าที่หลักในการดูแลรักษาเพื่อช่วยชีวิต ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะอันตรายหรือคุกคามชีวิต ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ และรองรับผู้ป่วยกรณีเกิดอุบัติเหตุ-อุบัติเหตุภัยหมู่ ผู้รับบริการจึงเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินในระบบต่าง ๆ ซึ่งสมรรถนะของพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ปัจจุบันชมรมพยาบาล ศัลยกรรมอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย โดยกรองไต่ อุณหสูตร และเครือข่ายพยาบาลอุบัติเหตุ ได้ทำการวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับสมรรถนะหลักโดยการประชุมระดมความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมได้ข้อสรุปเกี่ยวกับ สมรรถนะหลักพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วยสมรรถนะหลัก 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการประสานความร่วมมือ ด้านการตัดสินใจ ด้านภาวะผู้นำ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการทำงานเป็นทีมและด้านความรู้เฉพาะสาขา (กรองไต่ อุณหสูตร, 2549)

กรอบสมรรถนะตามตำแหน่งหน้าที่ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกประกอบด้วยสมรรถนะ 4 ด้านและพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 28 ข้อ ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านทักษะการประเมินอาการและการคัดกรอง เช่น สามารถรวบรวมอาการสำคัญจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายเบื้องต้น การตรวจสัญญาณชีพ การประเมิน Glasgow Coma Score ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและครอบคลุม สามารถคัดกรองผู้ป่วยตามเครื่องมือการคัดกรอง 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน เช่น สามารถให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ในภาวะฉุกเฉิน ได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องและเหมาะสม 3) สมรรถนะด้านการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ เช่น สามารถจัดเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ให้เพียงพอเพื่อใช้ในรพพยาบาลฉุกเฉินได้ สามารถประเมินสถานการณ์หลังได้รับแจ้งเหตุและสามารถออกปฏิบัติการได้ทันที และ 4) สมรรถนะด้านการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติ เช่น สามารถประเมินสถานการณ์ เพื่อประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน รายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นและขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทันเวลา บริหารจัดการยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิต บริหารบุคลากรในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและทีมหมุนเสริมเพื่อมอบหมายงานให้เพียงพอ เหมาะสมกับสถานการณ์ที่พบ (วิปีศยา คัมสุพรรณ, 2561)

**มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล** (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) กำหนดบริการในความรับผิดชอบ ประกอบด้วย

1. การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service)
2. การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในสถานพยาบาล (In-Hospital Care)
3. การบริการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง (Referral and Continuing Care)
4. การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยและประชาชน (Health Promotion)

5. การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง (Health Protection and Risk Management)

**มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล** แบ่งเป็น 8 มาตรฐาน (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) และ (กรมการแพทย์, 2548)

**มาตรฐานที่ 1** การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Nursing Therapeutic in Emergency Medical Service) ประกอบด้วย 1) การคัดกรองผู้ป่วย (Triage) 2) การปฏิบัติการพยาบาล และ 3) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและการส่งต่อรักษา รายละเอียดดังนี้

1.1 การคัดกรองผู้ป่วย (Triage) พยาบาลวิชาชีพ รวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยและการประเมินอาการสำคัญ เพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล ณ สถานที่เกิดเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว

แนวทางปฏิบัติ ได้แก่

1) รวบรวมข้อมูลจากศูนย์รับแจ้งเหตุเกี่ยวกับรายละเอียดของเส้นทาง/สถานที่ ประเภทของเหตุการณ์ จำนวนผู้ป่วย/บาดเจ็บ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย/บาดเจ็บ และอาการเบื้องต้นของผู้ป่วย 2) จัดทีมงานเพื่อออกปฏิบัติการและ 3) การปฏิบัติการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อถึงที่เกิดเหตุ ประกอบด้วย ประเมินสถานการณ์/ความปลอดภัยของสถานที่เกิดเหตุ ประเมินสภาพผู้ป่วย ตรวจร่างกายพร้อมให้การพยาบาลเบื้องต้นตามสภาพการเจ็บป่วยและประสานกลับมายังศูนย์รับแจ้งเหตุ/โรงพยาบาล กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วย/บาดเจ็บรุนแรงที่ต้องการการรักษาพยาบาลจากแพทย์ และ/หรือเมื่อต้องการการสนับสนุน เพิ่มเติม

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่

1) ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพและ  
2) อาการสำคัญที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย (Life Threatening) ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที

1.2 การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างทันทีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

แนวทางปฏิบัติ ได้แก่

1) วางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามความรุนแรง เร่งด่วน 2) ให้การช่วยเหลือ แก้ไขบรรเทาอาการและแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตทันทีที่ตรวจพบปัญหา 3) ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตรวจสอบสัญญาณชีพ ตรวจสอบระดับความรู้สึกตัวและระบบประสาทตามสภาพผู้ป่วย 4) แจ้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ในกรณีที่อาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น เพื่อประสานกับแพทย์ ให้การรักษาเพิ่มเติม และให้การรักษาดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ 5) แจ้งอาการผู้ป่วย



และการรักษาพยาบาล มายังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ เพื่อประสานงานให้หน่วยรับบริการ (โรงพยาบาลที่จะนำส่ง) ทราบอาการและเตรียมรับผู้ป่วยอย่างถูกต้อง 6) เผื่อระวังและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจนถึงหน่วยรับบริการและ 7) บันทึกผลการติดตามอาการของผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยที่มีอาการสำคัญที่คุกคามชีวิต ได้รับการแก้ไขอาการอย่างทันท่วงที
- 2) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

1.3 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและส่งต่อการรักษาพยาบาลวิชาชีพ ประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาระหว่างการนำส่ง ผู้ป่วยยังโรงพยาบาลที่รับการดูแลต่อเนื่อง

แนวทางปฏิบัติ ได้แก่

- 1) ประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย บนพื้นฐานผลลัพธ์ที่คาดหวังของการรักษาพยาบาลและสอดคล้องกับสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลาระหว่างการนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล
- 2) ปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาล บนพื้นฐานการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
- 3) บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ลงในแบบบันทึกการปฏิบัติการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- 4) ปฏิบัติการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อส่งต่อที่หน่วยรับบริการ ประกอบด้วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงจากรถ พร้อมดูแลอย่างใกล้ชิด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน/อุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้าย มีการรายงานอาการ/การรักษาที่ให้กับพยาบาล/แพทย์ของหน่วยรับบริการ และบันทึกการปฏิบัติการในแบบบันทึกการปฏิบัติการบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งมอบเอกสารหลักฐานให้กับหน่วยที่รับดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือบาดเจ็บเพิ่มจากการเคลื่อนย้าย
- 2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่องทันทีที่ถึงโรงพยาบาลและ 3) การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและการปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่สำคัญกับหน่วยงานที่รับส่งต่อผู้ป่วยมีความครบถ้วนถูกต้อง

**มาตรฐานที่ 2** การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Nursing Therapeutic in Emergency Department) ประกอบด้วย 1) การคัดกรองผู้ป่วย (Comprehensive Triage) 2) การประเมินอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (Secondary

Survey and Ongoing Assessment) 3) การปฏิบัติการพยาบาล และ4) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล รายละเอียดดังนี้

## 2.1 การคัดกรองผู้ป่วย (Comprehensive Triage)

แนวทางปฏิบัติ ได้แก่

1) ประเมินอาการเพื่อคัดกรองผู้ป่วย(Primary Assessment) ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างรวดเร็วและสัมพันธ์กับอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการสำคัญที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย 2) วิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ เพื่อจัดระดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient's Acuity) ตามมาตรฐานการจำแนกประเภทผู้ป่วยของ หน่วยงาน หรือจำแนกเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) 3) วินิจฉัยและวางแผนให้การรักษาพยาบาลบนพื้นฐานข้อมูลที่รวบรวมได้ตามแนวปฏิบัติของหน่วยงาน 4) ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤตที่เป็นอันตราย หรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิตตามแนวปฏิบัติของหน่วยงาน 5) รายงานให้ข้อมูลแพทย์ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน เพื่อประโยชน์ในการกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลที่ต้องแก่ผู้ป่วยและ 6) บันทึกข้อมูลการคัดกรองเบื้องต้นที่สำคัญต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย เช่น อาการและอาการแสดงที่สำคัญเมื่อแรกรับ ระดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วย (Acuity Level) สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวหรือสัญญาณทางระบบประสาท (Neurological Sign) กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว มีอาการผิดปกติทางระบบประสาทหรือได้รับบาดเจ็บทางสมอง

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง (Triage) ปัญหาการเจ็บป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพ
- 2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามลำดับความรุนแรง/เร่งด่วนของการเจ็บป่วย
- 3) ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอาการสำคัญที่คุกคามชีวิต (Life Threatening) อย่างทันท่วงที

4) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

2.2 การประเมินอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (Secondary Survey and Ongoing Assessment)

พยาบาลวิชาชีพประเมินปัญหาผู้ป่วยเพิ่มเติม (Secondary Survey) และประเมินซ้ำเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง (Ongoing Assessment) ตามความเหมาะสมกับ สภาวะการเจ็บป่วย ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงาน

แนวทางปฏิบัติ ได้แก่

1) ประเมินอาการโดยใช้หลัก Primary Survey อีกครั้ง ก่อนการประเมิน Secondary Survey 2) ประเมินอาการผู้ป่วยเพิ่มเติมตามหลัก Secondary Survey เพื่อวิเคราะห์

ปัญหาที่ซ่อนเร้นอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ/บาดเจ็บและภายหลังการแก้ไขภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิต ประกอบด้วย การประเมินอาการและสิ่งผิดปกติตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า กลไกการบาดเจ็บในกรณีผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ การใช้ยา/การแพทย์ และประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 3) ประเมินอาการต่อเนื่อง (Ongoing Assessment) และดูแลความเจ็บป่วยตามภาวะของโรคหรือการเจ็บป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนจำหน่ายออกจากหน่วยงานตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยดังนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent) ได้รับการประเมินซ้ำทุก 10-15 นาที ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) ได้รับการประเมินซ้ำทุก 30 นาที ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) ได้รับการประเมินซ้ำทุก 2-4 ชั่วโมง และบ่อยครั้ง ถ้าอาการเลวลงตามแนวปฏิบัติในผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent) และผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) หรือตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลเฉพาะโรค/กลุ่มอาการและ ผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบประสาทหรือได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ต้องประเมิน Glasgow Coma Score ทุกรายและ 4) บันทึกผลการประเมินอาการและอาการแสดงที่สำคัญที่ตรวจพบลงในแบบบันทึกหรือบัตรตรวจโรค และรายงานอาการผิดปกติแก่แพทย์เพื่อการรักษาต่อเนื่อง

### 2.3 การปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและการรักษาที่สอดคล้อง กับปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย บรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ และส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย

แนวทางปฏิบัติ ได้แก่

- 1) วินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลตามความรุนแรงและเร่งด่วน 2) ให้การช่วยเหลือ แก้ไขบรรเทาอาการ และแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตทันทีที่ตรวจพบปัญหา 3) ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจระหว่างอยู่ในหน่วยงาน 4) ให้การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Therapeutic) เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย เช่น อาการปวด อาการหายใจไม่สะดวก คลื่นไส้ อาเจียน 5) ให้การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ กรณีการเตรียมผ่าตัดฉุกเฉิน 6) กรณีส่งต่อหรือจำหน่าย เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว และประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงซ้ำ ถ้าอาการเลวลงจะต้องแก้ไขตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติในการดูแลเฉพาะโรค/กลุ่มอาการของหน่วยงาน 7) แจ้งอาการและอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะ 8) ปฏิบัติการพยาบาลในฐานะส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ รายงาน/ให้ข้อมูลแพทย์ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน เพื่อประโยชน์ในการกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย และ 9) บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลและเวลาที่ให้ลงในแบบบันทึกหรือบัตรตรวจโรค

## 2.4 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาลที่ให้และผลลัพธ์ที่คาดหวัง

แนวทางปฏิบัติ ได้แก่

1) ประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องบนพื้นฐาน ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการรักษาพยาบาลและสอดคล้องกับสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 2) เปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการและครอบครัว มีส่วนร่วมในการรับรู้การประเมินการตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ที่คาดหวัง 3) ปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลบนพื้นฐานการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และ 4) บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นลงในแบบบันทึกหรือบัตรตรวจโรค และรายงานอาการผิดปกติ/เปลี่ยนแปลงแก่แพทย์เจ้าของไข้เพื่อการรักษาต่อเนื่อง

**มาตรฐานที่ 3** การดูแลต่อเนื่อง

**มาตรฐานที่ 4** การสร้างเสริมสุขภาพ

**มาตรฐานที่ 5** การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง

**มาตรฐานที่ 6** การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

**มาตรฐานที่ 7** การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

**มาตรฐานที่ 8** การบันทึกทางการพยาบาล

สรุประบบงานของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นลักษณะงานทางด้านแรก ที่ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤติ โดยใช้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล 8 มาตรฐาน ซึ่งมาตรฐานที่ 2 เป็นการคัดกรองผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยการซักประวัติ เก็บข้อมูลอาการที่นำมาอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอาการที่คุกคามต่อชีวิต เพื่อนำมาจัดระดับความเร่งด่วน 5 ระดับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามลำดับความรุนแรง/เร่งด่วน ได้รับการแก้ไขอาการสำคัญที่คุกคามชีวิตอย่างทันท่วงที ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ถูกต้อง ทันเวลา และปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและส่งต่ออย่างปลอดภัย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ โดยมีการคำนวณสัดส่วนการผสมผสานอัตรากำลังและการจัดสรรการกระจายกำลังคนในแต่ละผลัดเวรให้เป็นไปตามนโยบายของแต่ละโรงพยาบาลตามความเหมาะสม

## บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2

### 1. บริบทของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นบริการสุขภาพผ่านหน่วยงานภาครัฐ โดยสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขครอบคลุมบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีวิธีการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ซึ่งแบ่งระบบบริการสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ (Primary unit) ระดับทุติยภูมิ (Secondary unit) และระดับตติยภูมิ (Tertiary unit) โดยหน่วยบริการสาธารณสุขแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพที่แตกต่างกันโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งเขตพื้นที่ความรับผิดชอบด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยครอบคลุมแต่ละเขตบริการ โดยรับผิดชอบเขตบริการสุขภาพละ 4-5 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 12 เขตบริการสุขภาพ (ชัชชนะ มะกรสาร, ศิวาพร สังรวม, และสินีนานู อ้นบุรี, 2554) ซึ่งเขตสุขภาพที่ 2 ครอบคลุมจังหวัดในภาคเหนือตอนล่างจำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดอุตรดิตถ์ จังหวัดเพชรบูรณ์ จังหวัดสุโขทัย และจังหวัดตาก โดยมีศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง 4 สาขา จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์

### 2. ระดับของหน่วยบริการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ระดับของหน่วยบริการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยมี 3 ระดับ ได้แก่ หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 8,750 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่จำนวน 1,000 แห่ง ศูนย์การแพทย์ชุมชนเมืองจำนวน 226 แห่ง รับผิดชอบประชากรไม่เกิน 30,000 คน/แห่ง โดยในเขตสุขภาพที่ 2 มีจำนวน 630 แห่ง (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 2, 2557)

2.2 หน่วยบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (ระดับ F3) จำนวน 35 แห่ง โดยในเขตสุขภาพที่ 2 มีจำนวน 4 แห่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (ระดับ F2) จำนวน 518 แห่ง โดยในเขตสุขภาพที่ 2 มีจำนวน 22 แห่ง เป็นโรงพยาบาลขนาด 30-90 เตียง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (ระดับ F1) จำนวน 91 แห่ง โดยในเขตสุขภาพที่ 2 มีจำนวน 7 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 60-120 เตียงและโรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย (ระดับ M2) จำนวน 35 แห่ง โดยในเขตสุขภาพที่ 2 มีจำนวน 6 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียงขึ้นไป (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 2, 2557)



## 2.3 หน่วยบริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

2.3.1 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (ระดับ M) จำนวน 35 แห่ง โดยเขตสุขภาพที่ 2 มี 1 โรงพยาบาลคือโรงพยาบาลวิเชียรบุรี เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขา และสาขารองบางสาขาที่จำเป็น รับส่งต่อผู้ป่วยระดับกลาง (สำนักงานเขตสุขภาพ ที่ 2, 2557)

2.3.2 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (ระดับ S) จำนวน 48 แห่ง โดยเขตสุขภาพที่ 2 มี 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โรงพยาบาลสุโขทัย โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช และโรงพยาบาลแม่สอด เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยบางสาขา รับส่งต่อผู้ป่วยระดับมาตรฐาน (สำนักงานเขตสุขภาพ ที่ 2, 2557)

2.3.3 โรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) จำนวน 33 แห่ง โดยในเขตสุขภาพที่ 2 มี 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูง และมีราคาแพง มีภารกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง 4 สาขา ทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยครบถ้วนทุกสาขาตามความจำเป็น รับส่งต่อผู้ป่วยระดับสูง (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 2, 2557) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการดำเนินงานคัดกรองผู้ป่วย แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ในยุควิถีชีวิตใหม่ 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ (สำนักงานเขตสุขภาพ ที่ 2, 2557)

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กัลยารัตน์ หล้าธรรม, และชัจฉาณต์ แพรขาว (2559) ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ การศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนของ ผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 246 ฉบับ ช่วงเวลาระหว่างเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม พ.ศ. 2559 โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Sampling) จากการศึกษาและอภิปรายผลพบว่า ผลการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) และสูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage) ของพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในการคัดแยก ณ จุดคัดแยก ของหน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน อาจเกิดได้จากหลายปัจจัยดังนี้ 1) บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ณ จุดคัดแยกมีความหลากหลายของวิชาชีพ พบว่ามี ทั้งพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน 2) ประสบการณ์และความสามารถในการ



การทำนายเหตุการณ์ ล่วงหน้าของพยาบาลคัดแยกที่มีความแตกต่างกัน 3) ช่วงระยะเวลาของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยเฉพาะนอกเวลาราชการ ซึ่งพบว่าในบางช่วงเวลา ผู้ที่ทำหน้าที่ในการคัดแยกเป็นพยาบาลน้องใหม่ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน น้อยกว่า 1 ปี หรือเป็นผู้ช่วยพยาบาล

4) ความรู้และความแม่นยำของพยาบาลในการใช้เกณฑ์การจัดแบ่งระดับความฉุกเฉินของหน่วยงาน

5) อาการฉุกเฉินของผู้มาใช้บริการซึ่งจากการสอบถามพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยบางรายต้องการได้รับการตอบสนองจากแพทย์ในการตรวจรักษาทันทีที่มาถึงโรงพยาบาล

พรทิพย์ วชิรติลก, ธีระ ศิริสมุด ,สินีนุช ชัยสิทธิ์, และอนุชา เศรษฐเสถียร (2559) ได้ศึกษาการคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 178 คน ที่ปฏิบัติ งานแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลที่ สังกัดมหาวิทยาลัย ใน 13 เขตบริการสุขภาพ จำนวน 105 แห่ง ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะ: ควรมีการ พัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินให้เป็น 5 ระดับทั้งประเทศ และยืดหยุ่นตามความพร้อมของเขตบริการ สุขภาพ รวมทั้ง พัฒนาคูณภาพผ่านกระบวนการ PDCA สู่วิจัยการพัฒนารูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

อาจารย์ พรหมดี, ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล, และพรศิริ กนกกาญจนะ (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ การวิจัยครั้งนี้เป็น การศึกษาแบบทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยก ผู้ป่วยอุบัติเหตุในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉินคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราชธิราช ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 200 ราย การ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุคือ ปัจจัยสัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วย การจัดอัตรากำลังพยาบาลให้เหมาะสมกับภาระงานในห้องฉุกเฉิน เป็นการสนับสนุนการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ การที่สัดส่วนจำนวนพยาบาล 1 คนต่อจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คน ส่งผลให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ ดังนั้นการที่สัดส่วนจำนวนพยาบาล 1 คนต่อจำนวนผู้ป่วยที่มากเกินไปและไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด จึงส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและผลลัพธ์ของผู้ป่วยเช่น ระยะเวลา รอคอยนานมากขึ้น ระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยนานมากขึ้น อย่างไรก็ตามการคำนวณภาระงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุในห้องฉุกเฉินนั้น ไม่ได้เพียงแค่พิจารณา สัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วย แต่จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องหรือชนิดของภาระงาน ด้วย เช่น ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ชั่วโมงการทำงานด้านการพยาบาลโดยตรง ชั่วโมงการทำงาน พยาบาลโดยอ้อม ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉิน และภาระหน้าที่อื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย เป็นต้น

มาลี คำคงและกิตติพร เนาว์สุวรรณ (2561) ได้ศึกษาถึงแนวทางพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ซึ่งแนวทางการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินตามกระบวนการดูแลรักษามี 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การดูแลระยะก่อนถึงโรงพยาบาล โดยจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลและเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ และระยะที่ 2 การดูแลระยะในโรงพยาบาล ได้แก่ 1) จัดระบบการประเมินสภาพและคัดกรอง ผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ 2) พัฒนาระบบการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและความปลอดภัย ได้แก่ จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน จัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพให้เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ และ 3) จำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพทุกประเภทของการจำหน่าย

อรวรรณ ฤทธิ์อินทรานุกร, วรุฒิ ขาวทอง, ปาริณันท์ คงสมบุญ, และสมศรี เขียวอ่อน (2561) การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จากการศึกษาพบว่า มีการนำแนวคิดเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วยของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาเป็นกรอบในการพัฒนา มุ่งเน้นพัฒนาทั้งกระบวนการ ทักษะการและสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานการคัดแยกผู้ป่วย โดยพัฒนาองค์ประกอบของระบบการคัดแยกผู้ป่วย ดังนี้ 1) สถานที่สำหรับการคัดแยกผู้ป่วย 2) แนวทางปฏิบัติที่ใช้ในการคัดแยกผู้ป่วย 3) รูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดแยก 4) รูปแบบการให้ข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและญาติ 5) การจัดสถานที่สำหรับให้บริการผู้ป่วยหลังจากได้รับการคัดแยก และรอรับบริการ 6) รูปแบบการให้ข้อมูลลำดับการเข้ารับบริการของผู้ป่วยด้วยการแสดงคิวทางจอโทรทัศน์ 7) การกำหนดให้มีพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดแยกโดยเฉพาะ และกำหนดหน้าที่ไว้ชัดเจน

กฤษฎา สวมชัยภูมิและคณะ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ผลการวิจัยพบว่าเกิดจากความแตกต่างของประสบการณ์การคัดแยก การคัดแยกผู้ป่วยที่ต่ำและสูงกว่าระดับจริง พบในพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานที่แผนกฉุกเฉิน 6 - 10 ปี และมากกว่า 10 ปี มีโอกาสเกิดน้อยกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ 1 - 5 ปี นอกจากนี้พยาบาลที่ผ่านการอบรมคัดแยกผู้ป่วย มีโอกาสคัดแยกต่ำกว่าระดับจริงมากกว่าพยาบาลที่ไม่ได้ผ่านการอบรม

นงค์เยาว์ อินทรวีเชียร (2562) การศึกษาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย ผลการวิจัยพบว่าการประเมินคุณภาพการคัดแยกพบว่าการแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินต่ำ กว่าเกณฑ์ (under triage) และสูงกว่าเกณฑ์ (over triage) มากที่สุด คือ ช่วงเวลา 08.31 น. - 16.30 น. บทบาทการคัดแยกผู้ป่วยพบว่าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้ทำหน้าที่คัดแยกเบื้องต้น ส่วนนอกเวลาราชการจะเป็นพยาบาลแผนกฉุกเฉินทำหน้าที่คัดแยกแบ่งผู้ป่วย ผลของการคัดแยกผู้ป่วยพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือหรือได้รับการ รักษาได้อย่าง

เหมาะสม ตรงตามประเภทความ รุนแรง ปัญหาอุปสรรคพบว่ามีความขาดแคลนบุคลากร ขาดความรู้ ทักษะในการคัดแยก ระบบคัดแยกภายในโรงพยาบาลมี ความแตกต่างกัน

ชลลดา ทอนเสาร์, วิภาดา วิจักขณาลัญญ์, เกียรติศักดิ์ ชัยพรม, พิมพิมาน แห่่งส้าน, เปรมสุดา จันทพิมพ์, ภรณ์พินิจ แสนสุข, และไมตรี ทอนเสาร์ (2562) ได้ศึกษาการคัดแยกประเภท ผู้ป่วยฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย พบว่าปัญหาเจ้าหน้าที่ที่ทำการคัดแยก ประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง เกิดจากปัจจัยหลายอย่าง เช่นการคัด แยกไม่สามารถทำได้ อัตรากำลังไม่เพียงพอ ปัญหาทักษะในการคัดแยก ความแตกต่างของ ประสบการณ์การคัดแยก ช่วงเวลาที่มีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก เช่นเวรเช้าและเวรบ่ายมีผลต่อ การคัดแยก สถานที่คัดแยกไม่เป็นสัดส่วน ผู้รับบริการไม่เข้าใจในระบบการคัดแยก ไม่ยอมรับ ระยะเวลารอคอย ควรมีการพัฒนาองค์ความรู้และปัจจัยอำนวยความสะดวก ๆ เพื่อคุณภาพ ควรนำ อุบัติการณ์มาทบทวนและควรกำหนดแนวทางการคัดแยกให้ชัดเจน ควรมีการจัดอบรมเพื่อให้ เจ้าหน้าที่ที่ทำการคัดแยกมีทักษะในการคัดแยกได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

พงษ์ลัดดา ปาระลี, และชัชคณะ แพรชาว (2562) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดความ แออัดที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่รอคัดแยกประเภท ผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น 1 คน มีโอกาสทำให้เกิดความแออัดที่ห้องฉุกเฉินเพิ่มขึ้น 2.43 เท่า ซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่ รอคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ประสิทธิภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยลดลง เกิดการคัด แยกประเภทผู้ป่วยล่าช้าหรือการคัดแยกประเภทผู้ป่วยผิดประเภท

พิมพา วีระคำ, คัคณันท์ วิริยาภรณ์ประภาส, ศิริพร จักรอ้อม, และพิชณุตม์ ภิญญโธ (2562) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการอบรมการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED Triage ต่อความ ถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย ของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่สาย ผลการวิจัยพบว่า การอบรมระบบการคัดแยกผู้ป่วย ตาม MOPH ED Triage สามารถเพิ่มความ ถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยฉุกเฉินได้ จึงควรมีนโยบายการจัด อบรม ให้ความรู้ระบบการคัดแยกผู้ป่วยให้แก่เจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง

จิราพร พิลัยกุล (2563) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย โควโรนา ไวรัส (COVID-19) ของโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อจัดการความรุนแรงของโรครภายในจังหวัด มหาสารคามและเครือข่าย พบว่าสถานการณ์และสภาพปัญหาการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย โควโรนา ไวรัส (COVID-19) ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ยังมีการคัดกรองที่ล่าช้า ขาดความเข้าใจใน การปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัย โควโรนาไวรัส (COVID-19) ยังไม่ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มี การติดเชื้อ โควโรนาไวรัส (COVID-19) เข้ารับการรักษาดัว กับผู้ป่วยรายอื่น ทำให้เสี่ยงต่อการ แพร่กระจายเชื้อสูง และผลการพัฒนารูปแบบพบว่ามึระบบคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยที่มี

ประสิทธิภาพ มีการประสานงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม สามารถจัดสถานที่รองรับผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ มีช่องทางด่วน สำหรับผู้ป่วยวิกฤติ และลดการสัมผัสการแพร่กระจายเชื้อได้

สุรารัตน์ แลพวง (2563) ได้ศึกษาถึงการบริหารจัดการภายใต้มาตรการคัดกรองเพื่อรับมือสถานการณ์โรคไวรัส โคโรนาไวรัส (COVID-19) ของโรงพยาบาลปทุมธานี พบว่ามีความต้องการความชัดเจนของนโยบาย ในการใช้มาตรการคัดกรองที่เข้มข้น โดยคัดกรองผู้มาใช้บริการที่มีความเสี่ยง ในการติด โควิดไวรัส (COVID-19) ได้มาก จะทำให้การค้นหาโรคน่าง่ายขึ้น และสามารถรักษาได้รวดเร็วขึ้น มีความต้องการการจัดสรรทรัพยากร 1) บุคลากร มีการบริหารจัดการด้านการจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับงานและสถานการณ์ ทั้งนี้ จะต้องดำเนินการให้ความรู้ควบคู่ไปด้วย เพื่อให้การปฏิบัติงานถูกต้องและมีประสิทธิภาพ 2) มีการจัดสรรงบประมาณอุปกรณ์ มีความต้องการวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในระบบงานคัดกรองมากขึ้น ให้มีความเพียงพอ พร้อมใช้

เยาวลักษณ์ ผุ่ยหัวโทน, และจุไรพร กนกวิจิตร (2563) ได้ศึกษาถึงระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ พบว่าสาเหตุของการคัดกรองล่าช้าและคัดกรองผิดพลาดเกิดจากพยาบาลที่ทำหน้าที่การคัดกรองขาดประสบการณ์ ไม่มีคู่มือและแนวทางการคัดกรอง ไม่เข้าใจเครื่องมือการคัดกรอง ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรอง ไม่มั่นใจในการคัดกรอง ไม่ได้รับการอบรมการคัดกรอง ปัญหาเกิดจากผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร หลงลืม ด้านผู้ป่วยและญาติเกิดจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านการสื่อสาร หลงลืม ญาติผู้ป่วยไม่รู้อาการเจ็บป่วยที่นำมาตรวจที่ชัดเจน ให้ข้อมูลไม่ครบ แจ้งอาการที่ไม่ตรงตามจริง ญาติผู้ป่วยไม่รู้อาการเจ็บป่วยที่นำมาตรวจที่ชัดเจน ให้ข้อมูลไม่ครบ ญาติไปทำบัตรก่อนมาให้ข้อมูล

เยาวรัฐ วิชัยมงคล (2564). ได้ศึกษาถึงการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ปัญหาสภาพปัจจุบันเกิดการคัดกรองไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลช่วยเหลือและวินิจฉัยล่าช้าไม่ถูกต้อง เจ้าหน้าที่ขาดทักษะการปฏิบัติงาน เหนื่อยล้าเนื่องจากภาระงาน การปฏิบัติงานไม่ได้ตามมาตรฐาน

พรวิภา ยะสอน (2565) ศึกษาผลการใช้แนวทางการคัดแยก ผู้ป่วยกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จากการศึกษาพบว่าจำนวนเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในกลุ่มงาน 1-5ปี และมีเพียงส่วนน้อยที่ได้รับการอบรมหลักการคัดแยกผู้ป่วย มีความแตกต่างของประสบการณ์ในการคัดแยก เจ้าหน้าที่ คัดกรองยังขาดความรู้ และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วย ใช้ความรู้สึกและประสบการณ์การทำงาน ในการคัดแยกผู้ป่วย ผู้ป่วยทำให้เกิดความผิดพลาดในการคัดแยกผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการประเมินความเร่งด่วนต่ำกว่าความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้าและเพิ่มกับความเสี่ยงที่รุนแรงได้ ในขณะที่การประเมินสูงกว่าความเป็นจริง ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ทรัพยากรมากเกินไป



พัชรินทร์ นาคะอินทร์ (2565) ได้ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ในแผนกอื่นต่อไป

ฉวีวรรณ ตรีชมวารี (2565) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่จุดคัดแยกด้านหน้าโรงพยาบาลธวัชบุรี พบว่าสภาพปัญหาการคัดแยกผู้ป่วยตามสาเหตุเกิดจากประสบการณ์ ความรู้และทักษะ ความเหนื่อยล้า และแนวทางการคัดแยกตามผู้รับบริการมีความต้องการการบริการที่เร่งด่วน อาการเปลี่ยนแปลง อาการไม่ชัดเจน ผู้ป่วยฉุกเฉินมารับบริการพร้อมกันหลายคนในช่วงเดียวกัน และผู้ป่วยที่ไม่มีญาติไม่สามารถชักประวัติได้หรือประวัติไม่ชัดเจน

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปรงานวิจัยที่สนับสนุนสภาพปัญหาในงานคัดกรองผู้ป่วย แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ในยุควิถีชีวิตใหม่ คือ ภัทรภรณ์ สุกัญญา และคณะ พบว่าปัญหาที่พบเกิดจากการบริหารจัดการภายในหน่วยงาน ผู้ร่วมงานและสภาพแวดล้อม อาจารย์ พรหมดี และคณะ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุคือ ปัจจัยสัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วยที่มากเกินไปและภาระงานที่ไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด กัลยารัตน์ หล้าธรรม และชัชฌาณงค์ แพรชาว พบว่าผลการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) และสูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage) ของพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในการคัดแยก ณ จุดคัดแยก อาจเกิดได้จากหลายปัจจัยดังนี้ 1) บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ณ จุดคัดแยกมีความหลากหลายของวิชาชีพ 2) ประสบการณ์และความสามารถในการทำนายเหตุการณ์ ล่วงหน้าของพยาบาลคัดแยกที่มีความแตกต่างกัน 3) ช่วงระยะเวลาของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยเฉพาะนอกเวลาราชการ ซึ่งพบว่าในบางช่วงเวลา ผู้ที่ทำหน้าที่ในการคัดแยกเป็นพยาบาลน้องใหม่ที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 1 ปีหรือเป็นผู้ช่วยพยาบาล 4) ความรู้และความแม่นยำของพยาบาลในการใช้เกณฑ์การจัดแบ่งระดับความฉุกเฉิน 5) อาการฉุกเฉินของผู้มาใช้บริการ นางค์เยาว์ อินทรวีเชียร พบว่าการศึกษาคุนภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย การประเมินคุณภาพการคัดแยกพบว่าการแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินต่ำกว่าเกณฑ์ มากที่สุดในช่วงระยะเวลา เวลา 08.31 น. - 16.30 น. และสูงกว่าเกณฑ์ มากที่สุดช่วงเวลา 08.31 น. - 16.30 น. ผลของการคัดแยกผู้ป่วยพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือหรือได้รับการรักษาได้อย่างเหมาะสมตรงตามประเภทความรุนแรง ปัญหาอุปสรรคพบว่ามีความขาดแคลนบุคลากรขาดความรู้ทักษะในการคัดแยก ระบบคัดแยกภายในโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน ฉวีวรรณ ตรีชมวารีพบว่า สภาพปัญหาและความต้องการ การคัดแยกผู้ป่วย ไตแก่ ตามสาเหตุเกิดจากประสบการณ์ ความรู้และทักษะ ความเหนื่อยล้า และแนวทางการคัดแยก ตามผู้รับบริการมีความต้องการการ

บริการที่แรงควน อาการเปลี่ยนแปลงอาการไม่ชัดเจน ผู้ป่วยฉุกเฉินมารับบริการพร้อมกันหลายคน ในช่วงเดียวกัน และผู้ป่วยที่ไม่มีญาติไม่สามารถชักประวัติได้ หรือประวัติไม่ชัดเจน ชลลดา ทอนเสาร์ และคณะพบว่าปัญหาเจ้าหน้าที่ที่ทำการคัดแยก ประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง เกิดจากปัจจัยหลายอย่าง เช่นการคัดแยกไม่สามารถทำได้ อัตรากำลังไม่เพียงพอ ปัญหาทักษะในการคัดแยก มีเจ้าหน้าที่ที่ทำการคัดแยกผู้ป่วยหลายวิชาชีพช่วงเวลาที่ผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก เช่นเวรเช้าและเวรบ่ายมีผลต่อการคัดแยก สถานที่คัดแยกไม่เป็นสัดส่วน ผู้รับบริการไม่เข้าใจในระบบการคัดแยก ไม่ยอมรับระยะเวลารอคอย พงษ์ลัดดา ปาระสิพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่รอคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น 1 คน มีโอกาสทำให้เกิดความแออัดที่ห้องฉุกเฉินเพิ่มขึ้น 2.43 เท่า ซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่รอคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ประสิทธิภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยลดลง จิราพร พิลัยกลพบว่ายังมีการคัดกรองที่ล่าช้า ขาดความเข้าใจในการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัย โควิดไวรัส (COVID-19) ยังไม่ครอบคลุม เยาวลักษณ์ มุขหัวโตนพบว่าสาเหตุของการคัดกรองล่าช้าและคัดกรองผิดประเภทเกิดจากพยาบาลที่ทำหน้าที่การคัดกรองขาดประสบการณ์ ไม่มีคู่มือและแนวทางการคัดกรอง ไม่เข้าใจเครื่องมือการคัดกรอง ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรอง ไม่มั่นใจในการคัดกรอง ไม่ได้รับการอบรมการคัดกรอง ปัญหาเกิดจากผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร หลงลืม เยาวรัฐส วิชัย มงคลพบปัญหาการคัดกรองไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแล ช่วยเหลือ และวินิจฉัยล่าช้าไม่ถูกต้องเนื่องจากเจ้าหน้าที่ขาดทักษะการปฏิบัติงาน เหนื่อยล้าเนื่องจากภาระงาน การปฏิบัติงานไม่ไปตามมาตรฐาน และพรวิภา ยะสอนพบว่าปัญหาเกิดจากความแตกต่างของประสบการณ์ในการคัดแยกเจ้าหน้าที่ คัดกรองยังขาดความรู้ และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วย ใช้ความรู้สึกและประสบการณ์การทำงาน

งานวิจัยที่สนับสนุนความต้องการในงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 คือ คือ ภัทรารักษ์ สุกาญจนา และคณะ ต้องการให้คุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองควรมีความรู้ มีการเตรียมความพร้อมและพัฒนาด้านการคัดกรองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลควรต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลคัดกรองชัดเจนมีการจัดอัตรากำลังอย่างเหมาะสม มีการวางแผนและจัดระบบการมอบหมายงานที่ชัดเจนและมีการเตรียมความพร้อมพัฒนาบุคลากรอย่าง พรทิพย์ วชิรติลกและคณะพบว่าคุณภาพการคัดแยกควรมีการพัฒนาแบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินให้เป็น 5 ระดับ ทั้งประเทศและ ยึดหยุ่นตามความพร้อมของเขตบริการ สุขภาพ รวมทั้ง พัฒนาคูณภาพผ่านกระบวนการ PDCA สู่วิจัยการพัฒนารูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วย อรรวรรณ ฤทธิ์อินทรางกูรและคณะได้มีการนำแนวคิดเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วยของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาเป็นกรอบในการพัฒนา มุ่งเน้นพัฒนาทั้งกระบวนการ ทรัพยากรและ สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานการคัดแยกผู้ป่วย กฤษฎา สวมชัยภูมิ และคณะพบว่า การคัดแยกผู้ป่วยที่สูงกว่าระดับจริงพบว่าพยาบาลที่มี



ประสบการณ์ทำงานที่แผนกฉุกเฉิน 6 - 10 ปี และมากกว่า 10 ปี มีโอกาสเกิดน้อยกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ 1 - 5 การศึกษาของพินพา วีระคำและคณะพบว่า การอบรมระบบการคัดแยกผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage สามารถเพิ่มความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยฉุกเฉินได้ จึงควรมีนโยบายการจัดอบรม ให้ความรู้ระบบการคัดแยกผู้ป่วยให้แก่เจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการศึกษาของชลลดา ทอนเสาร์และคณะพบว่า ความต้องการในงานคัดกรองคือควรมีการพัฒนาองค์ความรู้และปัจจัยอำนวยความสะดวก ๆ เพื่อคุณภาพ ควรนำอุบัติการณ์มาทบทวนและควรกำหนดแนวทางการคัดแยกให้ชัดเจนให้ เข้าใจตรงกันระหว่างงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ควรมีการจัดอบรมเพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่ทำการคัดแยกมีทักษะในการคัดแยกได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ อรรพรรณฤทธิ์อินทรานุกรและคณะ จากการศึกษาพบว่า มีการนำแนวคิดเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วยของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาเป็นกรอบในการพัฒนา มุ่งเน้นพัฒนาทั้งกระบวนการทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานการคัดแยกผู้ป่วย โดยพัฒนาองค์ประกอบของระบบการคัดแยกผู้ป่วยครอบคลุม ดังนี้ 1) สถานที่สำหรับการคัดแยกผู้ป่วย 2) แนวทางปฏิบัติที่ใช้ในการคัดแยกผู้ป่วย 3) รูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดแยก 4) รูปแบบการให้ข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและญาติ 5) การจัดสถานที่สำหรับให้บริการผู้ป่วยหลังจากได้รับการคัดแยก และรอรับบริการ 6) รูปแบบการให้ข้อมูลลำดับการเข้ารับบริการของผู้ป่วย 7) การกำหนดให้มีพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดแยกโดยเฉพาะและกำหนดหน้าที่ไว้ชัดเจน จิราพร พิลัยกุล พบว่าการพัฒนารูปแบบพบว่ามีระบบคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ มีการประสานงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม สามารถจัดสถานที่รองรับผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ มีช่องทางด่วน สำหรับผู้ป่วยวิกฤติ และลดการสัมผัสสารแพร่กระจายเชื้อได้ สุธารัตน์ แลพวงพบว่ามีความต้องการความชัดเจนของนโยบายในการใช้มาตรการคัดกรองที่เข้มข้นมีความต้องการการจัดสรรทรัพยากร 1) บุคลากร และ 2) มีการจัดสรรงบประมาณอุปกรณ์ พืชพันธ์ นาเคอินทร์ พบว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพและการศึกษาของมาลี คำคงได้ศึกษาถึงแนวทางการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินตามกระบวนการดูแลรักษา 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การดูแลระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะที่ 2 การดูแลระยะในโรงพยาบาล ได้แก่ 1) จัดระบบการประเมินสภาพและคัดกรอง รวมถึงการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพมีจุดมุ่งหมายเพื่อค้นหาสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นพื้นฐานในการวิจัย ซึ่งการวิจัยเชิงคุณภาพให้ความสำคัญกับข้อมูลที่เป็นความรู้ลึกซึ้งนึกคิดของผู้มีประสบการณ์ชีวิตจริงของผู้ให้ข้อมูลโดยการบอกเล่าเรื่องราวของผู้อยู่ใน

เหตุการณ์ ซึ่งไม่สามารถหาคำตอบได้จากการวิจัยเชิงปริมาณ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559, น. 18) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย MOPH ED Triage มาเป็นเครื่องมือในการสัมภาษณ์ เพื่อนำมาค้นหาสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 เพื่อปรับระบบการคัดกรองสู่วิถีใหม่ ให้เกิดการพัฒนาคำรู้ ทักษะในด้านต่าง ๆ ให้เกิดประสบการณ์ในการคัดกรอง ทันท่วงที สถานการณ์ต่างๆที่เปลี่ยนแปลง มีการบริหารจัดการภายใต้มาตรการคัดกรอง โควิดไวรัส (COVID-19) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วตามระดับความเร่งด่วน ภายใต้ทรัพยากรที่มีจำกัด ซึ่งตัวชี้วัดคุณภาพวัดได้จากความถูกต้องของการคัดกรอง โดยนำไปปรับใช้ในยุควิถีชีวิตใหม่ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 2 โดยใช้กรอบแนวคิดของของกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย MOPH ED Triage (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลัก
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ที่มีคุณสมบัติในการคัดกรองผู้ป่วย ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยรับมอบหมายจากหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการปฏิบัติหน้าที่การคัดกรองผู้ป่วย ปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานต่าง ๆ ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉิน จำนวน 39 คน

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานต่าง ๆ ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ยินดีในการเล่าประสบการณ์ ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและได้รับมอบหมายจากหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลคัดกรอง ผู้วิจัยได้เลือกผู้ให้ข้อมูลอย่างเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) แบบกึ่งโครงสร้าง ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant observation) สัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 45 – 60 นาที และบันทึกเสียง จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักจนอิ่มตัว คือ 12 คน

### คุณลักษณะผู้ให้ข้อมูลหลัก

พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ที่มีคุณสมบัติในการคัดกรองผู้ป่วย

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย
2. ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. ได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานต่าง ๆ ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉิน เช่น หลักสูตรการกู้ชีพขั้นสูง (Advanced Cardiac Life Support certification) หลักสูตรการกู้ชีพผู้ป่วยเด็กขั้นสูง
4. ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกและโรงพยาบาลอุตรดิตถ์
5. ยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก และให้บันทึกเสียงขณะให้การสัมภาษณ์

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในขั้นตอนนี้เครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1. ตัวผู้วิจัย เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือการวิจัย เพราะเป็นผู้ใช้แนวคำถามตามประเด็นวิจัย รวมถึงการจับประเด็น ถอดรหัสคำสัมภาษณ์ วิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย โดยผู้วิจัยได้เลือกการเรียนในรายวิชาวิจัย ซึ่งการเรียนรู้นี้ทำให้ผู้วิจัยมีความรู้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การเขียนโครงร่าง การเลือกแหล่งข้อมูล วิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และได้รับการอบรมลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพทางระบบออนไลน์ ส่วนเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร) โดยอบรมเป็นเวลา 45 นาที ในประเด็นการเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก วิธีการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูล ได้ทดลองฝึกการสร้างแนวคำถาม ฝึกทักษะการสัมภาษณ์ โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาให้คำชี้แนะ ประกอบกับผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นระยะเวลา 13 ปี พอที่จะค้นหาความสัมพันธ์จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้ โดยไม่ใช้ความรู้สึกตัดสิน

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ตำแหน่งสถานที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา อายุงานในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในงานคัดกรอง

ผู้ป่วย จำนวนครั้งต่อการคัดกรองผู้ป่วย/เวร ประวัติการอบรมเกี่ยวกับงานคัดกรองผู้ป่วยและการอบรมเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ที่ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามขึ้น โดยใช้แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คำถามเป็นลักษณะยืดหยุ่น เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นมากที่สุด แบ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับสภาพปัญหา จำนวน 4 ข้อและคำถามเกี่ยวกับความต้องการจำนวน 3 ข้อ

2.2 แบบบันทึกภาคสนาม (field note) เพื่อบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยสังเกตสถานการณ์ขณะสัมภาษณ์ รวมทั้งสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกต่าง ๆ สีหน้า ท่าทางอารมณ์ ความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล สถานที่ สิ่งแวดล้อมที่รบกวนการสัมภาษณ์และบันทึกสังเกตอารมณ์ความรู้สึก การมีส่วนร่วมในความคิดของตัวผู้วิจัย ไม่ถามนำขณะสัมภาษณ์และขณะสัมภาษณ์จับประเด็นถอดรหัสคำสัมภาษณ์ เพื่อป้องกันการ bias ไม่นำความรู้สึกนึกคิดส่วนตัวเข้าไปตัดสิน ไม่แปลความตามอารมณ์ของตนเอง แปลข้อมูลตามจากการสัมภาษณ์เท่านั้น มีการจดบันทึกความคิดความเข้าใจที่เกิดขึ้นระหว่างการถอดรหัส เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ขั้นต่อไป

2.3 วัสดุที่ใช้ในการดำเนินงานสำหรับบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ เครื่องบันทึกเสียงและคอมพิวเตอร์

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยยึดตามวัตถุประสงค์ของการศึกษารวมถึงการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญในเรื่องงานวิจัยเชิงคุณภาพและพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านประสบการณ์การเป็นพยาบาลคัดกรองผู้ป่วย จำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปทดลองสัมภาษณ์พยาบาลคัดกรองที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย เพื่อทดสอบความชัดเจนของภาษา ความครอบคลุมและความต่อเนื่องของคำถาม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาทักษะในการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้วิจัยก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกและโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ในการทำวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย ในการขอความ



ร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูล ด้วยการชี้แจงข้อมูล การแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนต่าง ๆ ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ลักษณะของการสัมภาษณ์ เป็นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก มีการแจ้งความจำเป็นที่ต้องบันทึกเสียง และขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ การจดบันทึกข้อมูล สถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการสัมภาษณ์ ให้ความเชื่อมั่นว่าผู้วิจัยจะรักษาความลับของข้อมูล โดยผู้วิจัยจะทำให้ข้อมูลไม่สามารถเชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลได้ โดยใช้นามสมมติชื่อผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะลบทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การนำเสนอข้อมูล การอภิปราย หรือการพิมพ์เผยแพร่จะกระทำเฉพาะในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น โดยไม่เปิดเผยผู้ให้ข้อมูลในระหว่างการเก็บข้อมูลผู้ให้ข้อมูลมีอิสระที่จะยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดของการวิจัยก็ได้ โดยไม่เกิดผลเสียหายใด

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามเครื่องมือที่ได้พัฒนา โดยการรวบรวมข้อมูลที่ตรงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และวิเคราะห์แปลความข้อมูลได้ตรงกับความหมายของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย การจัดเก็บข้อมูลประกอบด้วย การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) เป็นการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) การจดบันทึกภาคสนาม (field note) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล และยุติสัมภาษณ์เมื่อข้อมูลอิ่มตัว ได้รับข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบกับไม่มีประเด็นที่สำคัญเพิ่ม โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

#### ขั้นเตรียมการ

1. การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เป็นการเตรียมพร้อมของผู้วิจัยก่อนการจัดเก็บข้อมูลภาคสนาม เพื่อให้ข้อมูลมีความตรงและน่าเชื่อถือมากที่สุด ผู้วิจัยมีการเตรียมตัวเองดังนี้

1.1 ผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นระยะเวลา 13 ปี ดำรงตำแหน่งพยาบาลปฏิบัติการสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลได้โดยง่าย ส่งผลให้เกิดความไว้วางใจพอที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ผู้วิจัยไม่นำความรู้สึกจากประสบการณ์ก่อนทำวิจัย มาตัดสินข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล แต่ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลเชิงลึกของผู้ให้ข้อมูลตามประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลบอกกล่าว ร่วมกับการสังเกตขณะสัมภาษณ์ โดยยอมรับข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลแบบไม่มีเงื่อนไข ยอมรับในความคิด เลือกกลุ่มเป้าหมายที่มีความแตกต่างกัน

1.2 การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหา ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง เรื่องกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย MOPH ED Triage ในยุควิถีชีวิตใหม่ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นคำถามให้สอดคล้องเหมาะสมกับการศึกษาและให้ครอบคลุมเนื้อหาให้มากที่สุด

1.3 การเตรียมความพร้อมในด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้เลือกการเรียนในรายวิชาวิจัย ซึ่งการเรียนรู้นี้ทำให้ผู้วิจัยมีความรู้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เช่นการเขียนโครงร่าง การเลือกแหล่งข้อมูล วิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต อีกทั้งผู้วิจัยได้ศึกษาด้วยตนเองเพิ่มเติมจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ รวมถึงคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ที่มีความเชื่อแนวคิดเกี่ยวกับวิจัยเชิงคุณภาพ ตลอดจนศึกษาวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง

1.4 การเตรียมด้านเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยศึกษาหลักการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล เพื่อให้นำไปปฏิบัติให้เกิดทักษะในการนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุม

1.5 การศึกษาบริบทเกี่ยวกับสถานที่ที่จะศึกษา โดยศึกษาเกี่ยวกับลักษณะผู้ให้ข้อมูลองค์ประกอบสิ่งแวดล้อม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดสถานที่เวลาที่เหมาะสมในการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลโดยเน้นความเป็นสัดส่วน เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่

2. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตั้งคำถามครอบคลุมเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วย แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลตติยภูมิเขตสุขภาพที่ 2 ในยุควิถีชีวิตใหม่

3. ทำการศึกษานำร่อง โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย เพื่อทดลองใช้ข้อคำถาม นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ เพื่อฝึกทักษะการวิเคราะห์ข้อมูล และหาข้อบกพร่อง จากประเด็นคำถาม จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้เหมาะสม ซึ่งคำถามสามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาคอยให้คำแนะนำและดูแลอย่างใกล้ชิด

#### **ขั้นตอนการ** ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกและผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ดำเนินการประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกและโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูล

3. ติดต่อขอความร่วมมืออย่างเป็นทางการ และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย นัดหมายกำหนดวันและเวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลโดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้

นัดหมายวัน เวลาและสถานที่ เพื่อความสะดวกในการให้ข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน เวลาและสถานที่ที่กำหนด ให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนดสถานที่ในการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกและสบายใจในการให้สัมภาษณ์ โดยนัดหมายล่วงหน้า > 2 wks

4. เริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กันโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) เป็นการใช้คำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) เป็นคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแนวทางในการกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูล เล่าประสบการณ์ของตนเองอย่างละเอียดลึกซึ้ง และครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ร่วมกับการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคฟังอย่างตั้งใจ การถามซ้ำ จนได้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วย แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ในยุควิถีชีวิตใหม่ ขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้ทักษะเจียบฟัง และกระตุ้นผู้ให้ข้อมูลได้เล่าข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และมีการสรุปทวนข้อมูลเพื่อยืนยันข้อมูลเป็นระยะ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน เพื่อเป็นการสื่อสารแบบตอบโต้กันทั้งสองฝ่าย (two-way communication) สื่อสารแบบเป็นธรรมชาติไม่มีพิธีรีตอง มีความเป็นกันเอง ผ่อนคลาย ไม่เร่งรัด มีการรับฟังอย่างตั้งใจ สบตาพยักหน้า แสดงกริยาตอบสนอง จับประเด็นของการให้ความหมายความรู้สึก รวมถึงการถามเพื่อให้เกิดความกระจ่างในประเด็นที่กำลังสนทนา รวมถึงเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของเรื่องราว เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสำรวจความคิดอย่างละเอียดลึกซึ้งมากขึ้น และเพื่อช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถขยายขอบเขตในการมองสภาพการณ์ต่าง ๆ ของตนเองได้ชัดเจน และเป็นจริงมากยิ่งขึ้น ประกอบกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง และสังเกตกิริยาของผู้ให้ข้อมูลขณะให้ข้อมูล การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาที ระยะเวลาเฉลี่ยในการสัมภาษณ์ 33 นาที ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย 1-2 ครั้ง หลังการสัมภาษณ์คนที่ 1 หรือทุกครั้ง ผู้วิจัยมาจดบันทึกภาคสนาม (field note) ถอดเทปคำต่อคำ แปลข้อมูลรายวันร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล ในประเด็นต่าง ๆ ที่ค้นพบการระบุข้อความสำคัญ ทบทวนข้อมูลทั้งหมดและแยกประโยคที่สำคัญออกมาตัดทอน ข้อความตรงกัน ข้อความที่มีลักษณะคล้ายคลึงหรือตรงกันมาทำความเข้าใจความหมาย จัดเป็นหมวดหมู่เดียวกันให้มากที่สุด โดยใส่รหัสของผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้น ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 โดยทำการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ที่สร้างไว้ และข้อความไหนที่ไม่ได้ข้อมูล จะทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติม และนำมาจัดทำเหมือนคนที่ 1 ดำเนินการแบบนี้อย่างต่อเนื่อง จนได้ข้อมูลที่ตอบคำถามการวิจัยครบถ้วนและครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่วางไว้ จนพบว่าได้คำตอบซ้ำ ๆ ไม่มีข้อมูลใหม่ ข้อมูลอ้อมตัวจึงหยุดสัมภาษณ์และนำมาเขียนสรุปสาระสำคัญประเด็น (Theme) เห็นภาพรวมทั้งหมดก่อนนำไปอภิปรายผลการวิจัย การเก็บข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลมีความอ้อมตัวจำนวน 12 คน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งสถานที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา อายุงานในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ ในงานคัดกรองผู้ป่วย จำนวนครั้งต่อการคัดกรองผู้ป่วย/เวร ประวัติการอบรมเกี่ยวกับงานคัดกรองผู้ป่วยและการอบรมเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามวิธีของ เลียนาร์ด (Leonard, 1989 อ้างถึงใน ชัชวาล วงศ์สารี, 2563) แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) ถอดเทปเรียงถ้อยคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ
- 2) เขียนความสัมพันธ์ของข้อมูล แยกแยะประเด็นหลัก ประเด็นย่อยเท่าที่อธิบายได้ไว้เป็นส่วน ๆ
- 3) จัดหมวดหมู่ความสัมพันธ์ประเด็นหลัก ประเด็นย่อย ผนวกประเด็น (Theme) ที่เป็นเรื่องเดียวกันเข้าด้วยกัน
- 4) อธิบายคำที่เป็นจุดสะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลและให้ความหมายเชื่อมโยง เหตุการณ์ สะท้อนความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลต่อความหมายประสบการณ์ให้เกิดความชัดเจนในแต่ละประเด็น
- 5) เขียนสรุปสาระสำคัญ (Theme) ทั้งประเด็นหลัก และประเด็นย่อยที่มีความสัมพันธ์กัน ตามความหมายหรือตามพฤติกรรม ให้เข้าใจให้ชัดเจนตามขอบเขตของความหมายหรืออิมั้นั้น ๆ

### การตรวจคุณภาพของงานวิจัยเชิงคุณภาพ

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่สำคัญคือตัวผู้วิจัยที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมความรู้ด้านระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับสภาพ ปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามที่สามารถหาคำตอบได้ เชิงลึก และเพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล Guba and Lincoln (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559) ได้กล่าวถึงความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ 4 ประการ คือ

1. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความตรงเชื่อถือได้ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1.1 คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 6 เดือนและได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานที่จำเป็นในการปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยได้รับมอบหมายจากหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุ



และฉุกเฉินในการปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลคัดกรอง โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกและโรงพยาบาลอุตรดิตถ์

1.2 สร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ รายละเอียดของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามเพื่อให้เกิดความกระจ่างพอที่จะได้รับความไว้วางใจ

1.3 มีการวางแผนและดำเนินการตามแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัย โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนด วัน เวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกและสบายใจในการให้สัมภาษณ์

1.4 ผู้วิจัยมีความตระหนักอยู่เสมอว่าในระหว่างสัมภาษณ์เก็บข้อมูลจนกระทั่งวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยไม่นำความรู้สึกส่วนตัวเข้าไปเกี่ยวข้องกับการศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดครอบคลุมและตรงกับความเป็นจริง ผู้วิจัยทบทวนตรวจสอบความคิดของตนเองและไม่นำความคิดเห็นมาใช้ตัดสินคำสัมภาษณ์

1.5 ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำสนทนาแบบคำต่อคำร่วมกับการบันทึกภาคสนาม แล้วเขียนข้อมูลประเด็นสำคัญจากการวิเคราะห์ข้อมูล มีการตรวจสอบความถูกต้องโดยการฟังบทสัมภาษณ์ซ้ำ และนำประเด็นที่วิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง เปิดโอกาสให้อธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่ไม่ชัดเจนและปรับตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งตรวจสอบผลการวิเคราะห์จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อเป็นการยืนยันความถูกต้องในการวิเคราะห์ข้อมูล

2. ความสามารถในการถ่ายโอน (transferability) ผู้วิจัยนำผลของการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ไปอ้างอิงในกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะการคัดกรอง จะไม่นำไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรอื่น

3. ความสามารถในการพึ่งพา (dependability) ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยอย่างมีขั้นตอน ประกอบด้วย การนำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วน ครอบคลุมมีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการสังเกตเข้าด้วยกัน รวมถึงข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น และมีการตรวจสอบประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย

4. ความสามารถในการยืนยัน (confirm ability) ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาตรงตามความเป็นจริงของข้อมูลที่ได้ซึ่งสามารถตรวจสอบข้อมูลดิบ ได้แก่ เทปบันทึกการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม การถอดเทป การตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีการอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูล การตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุปประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ การจัดกลุ่มคำและการให้รหัสข้อมูล และมีการตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ได้



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง สภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) การนำเสนอผลการศึกษา แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ตอนที่ 2 ข้อมูลสภาพปัญหาด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2

ตอนที่ 3 ข้อมูลความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2

โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

จำนวน 12 คน

#### ตาราง 1 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------|-------|--------|
| 1. เพศ       |       |        |
| ชาย          | 1     | 8.30   |
| หญิง         | 11    | 91.70  |
| 2. อายุ      |       |        |
| 20 – 30 ปี   | 3     | 25.00  |
| 31 – 40 ปี   | 6     | 50.00  |
| 41 – 50 ปี   | 1     | 8.33   |
| 51 – 60 ปี   | 2     | 16.67  |

| ข้อมูลทั่วไป   | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| 3. ตำแหน่ง   |       |        |
| พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ                                  | 4     | 33.33  |
| พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ                                    | 8     | 66.67  |
| 4. สถานที่   |       |        |
| โรงพยาบาลรหัส 01   | 7     | 58.33  |
| โรงพยาบาลรหัส 02   | 5     | 41.67  |
| 5. ระดับการศึกษา   |       |        |
| ปริญญาตรี หรือ เทียบเท่า                                 | 12    | 100    |
| 6. อายุงานในการปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน        |       |        |
| 6 เดือน – 5 ปี   | 4     | 33.33  |
| 5 - 10 ปี  | 1     | 8.33   |
| 10 ปีขึ้นไป  | 7     | 58.34  |
| 7. ประสบการณ์ในงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน |       |        |
| 6 เดือน – 5 ปี   | 4     | 33.33  |
| 6 - 10 ปี  | 1     | 8.33   |
| 10 ปีขึ้นไป  | 7     | 58.34  |
| 8. จำนวนครั้งต่อการคัดกรองผู้ป่วย/เวร                    |       |        |
| 1 – 30 ราย   | 5     | 41.67  |
| 31 – 60 ราย  | 5     | 41.67  |
| 61 – 90 ราย  | 2     | 16.66  |
| 9. ประวัติการอบรมเกี่ยวกับงานคัดกรองผู้ป่วย              |       |        |
| เคยอบรม  | 12    | 100    |
| 10. การอบรมเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน                     |       |        |
| ผ่านการอบรม  | 8     | 66.67  |
| ไม่ผ่านการอบรม   | 4     | 33.33  |

จากตารางผลการวิจัยสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 คน เป็นเพศหญิง 11 คน คิดเป็นร้อยละ 91.70 อายุเฉลี่ย 36.67 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุด 31-40 ปี 6 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี 12 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุงานในการปฏิบัติงานและมีประสบการณ์ในงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินช่วงที่พบมากที่สุดเท่ากันคือ 10 ปี 7 คน คิดเป็นร้อยละ 58.34 จำนวนครั้งต่อการคัดกรองผู้ป่วย/เวร จำนวน 1-30 ราย และ 31-60 รายเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 41.67 อบรมเกี่ยวกับงานคัดกรองผู้ป่วย 12 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และอบรมเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 และสถานที่ในการเก็บข้อมูลโรงพยาบาลรหัส 01 จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 58.33 และ โรงพยาบาลรหัส 02 จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 41.67

## ตอนที่ 2 ข้อมูลสภาพปัญหาด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2

ผลการศึกษาพบว่าสภาพปัญหาด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 มีรายละเอียด แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย 9 ประเด็นย่อย ดังนี้ แบ่งเป็น 4 ด้าน

1. ด้านผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล
2. ด้านผู้คัดกรอง
3. ด้านเครื่องมือคัดกรองและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรอง
4. ด้านสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการคัดกรอง

ประกอบด้วย 9 ประเด็นย่อย ดังนี้

1. ความซับซ้อนทางอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย
2. ความพร้อมของญาติหรือผู้ดูแลในการให้ข้อมูล
3. ขาดพยาบาลคัดกรองช่วงเวรดึก
4. อัตรากำลังของทีมหนุนเสริมไม่ตอบสนองความต้องการผู้รับบริการเมื่อเกิดความ

ของผู้ป่วย

5. ประสบการณ์ของพยาบาลคัดกรองไม่เพียงพอ
6. เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยยากต่อการใช้งาน
7. เทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรองซับซ้อน
8. ความไม่ชัดเจนในการเข้าถึงการคัดกรอง

9. อุปกรณ์สำหรับการคัดกรองไม่เพียงพอในบางช่วงเวลา

#### รายละเอียดแบ่งตามด้านและประเด็น ดังนี้

1. ด้านผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล มี 2 ประเด็นย่อย คือ 1) ความซับซ้อนทางอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย 2) ความพร้อมของญาติหรือผู้ดูแลในการให้ข้อมูล

2. ด้านผู้คัดกรองมี 3 ประเด็นย่อย คือ 1) ขาดพยาบาลคัดกรองช่วงเวรดึก 2) อัตรากำลังของทีมหนุนเสริมไม่ตอบสนองความต้องการผู้รับบริการเมื่อเกิดความแออัด 3) ประสิทธิภาพของพยาบาลคัดกรองไม่เพียงพอ

3. ด้านเครื่องมือคัดกรองและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรองมี 2 ประเด็นย่อย คือ 1) เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยยากต่อการใช้งาน 2) เทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรองซับซ้อน

4. ด้านสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการคัดกรองมี 2 ประเด็นย่อย คือ 1) ความไม่ชัดเจนในการเข้าถึงการคัดกรอง 2) อุปกรณ์สำหรับการคัดกรองไม่เพียงพอในบางช่วงเวลา

#### สภาพปัญหาด้านงานคัดกรองผู้ป่วย แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2

##### 1. ด้านผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล

ผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีทั้งผู้ป่วยที่มาด้วยระบบ refer ระบบ EMS มาเอง มาโดยญาติ และไม่มีญาติ จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักด้านผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูลพบว่า ปัญหาเกิดจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมีความซับซ้อน ทำให้เกิดความล่าช้าในการซักประวัติเพื่อที่จะรวบรวมข้อมูล เนื่องจากบางรายมาด้วยหลายอาการ โรคประจำตัวมีหลากหลาย อีกทั้งความพร้อมของญาติหรือผู้ดูแลในการให้ข้อมูล ไม่มีญาตินำส่ง ไม่รู้สึกตัว ให้ข้อมูลที่ไม่ตรงตามจริง ญาติที่ทราบข้อมูลไม่ได้มาด้วย บางรายใช้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลใช้เวลานาน ข้อมูลได้ไม่เพียงพอ ส่งผลต่อการคัดกรองล่าช้า ซึ่งปัญหาด้านผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 1) ความซับซ้อนทางอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยและ 2) ความพร้อมของญาติหรือผู้ดูแลในการให้ข้อมูล ซึ่งแต่ละประเด็นมีรายละเอียดดังนี้

##### 1.1 ความซับซ้อนทางอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...ผู้ป่วยแต่ละรายที่มาตรวจมีความยากเรื่องอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยแต่ละรายที่แตกต่างกัน การซักประวัติรายละเอียดในผู้ป่วยแต่ละรายมากขึ้นใช้เวลานาน ส่งผลต่อการคัดกรองล่าช้าในผู้ป่วยรายอื่น ๆ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

...โดยส่วนใหญ่ผู้รับบริการคิดว่าอาการตนเองมีความเร่งด่วน เพราะคิดว่าตนเองมีโรคประจำตัวเยอะก็จะบอกอาการที่ไม่ตรงความเป็นจริง เพื่ออยากให้การตรวจเร็ว เกิด under over triage ส่งผลต่อการรักษา

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

...Case ที่ซักประวัติแล้วมีความเร่งด่วนจริง ๆ อาการที่มาซับซ้อน บางรายยิ่งไม่มีญาติ ผู้ป่วยพูดไม่รู้เรื่อง ก็จะช้า ยิ่ง Covid ระบาด ยิ่งได้ข้อมูลยาก เราก็เสี่ยงด้วย บางครั้งอาจมีจากปัจจัยอื่นเช่น ความเจ็บปวด ข้อมูลอาจได้มายากและช้าหน่อยค่ะ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

## 1.2 ความพร้อมของญาติหรือผู้ดูแลในการให้ข้อมูล ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

...ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติมา ไม่พร้อมให้ข้อมูล รวมถึงญาติที่มาส่งยังอยู่ในอาการตกใจกังวลอาการของผู้ป่วย ต้องใช้เวลาค่อนข้างนานค่ะในการรวบรวมข้อมูล

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

...ในผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ พูดไม่ได้ ซึม ญาติที่มาส่งไปจอดรถยังไม่ได้มาให้ข้อมูลบางคนไม่ทราบประวัติผู้ป่วย คนที่ทราบประวัติไม่มา การได้ข้อมูลก็จะยาก ต้องใช้เวลา

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

...คนไข้มากับรถกู้ภัย บางคนมาด้วยระบบ EMS บ้างก็ไม่ค่อยรู้สึกตัว ไม่มีญาติ Bedridden บ้าง บางครั้งคนที่เห็นเหตุการณ์ไม่ได้มากับผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้ก็จะยาก ช้า

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

## 2. ด้านผู้คัดกรอง

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้บริการในภาวะวิกฤติฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งภาวะปกติและสถานการณ์ฉุกเฉินที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ รวมถึงช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการมีความหลากหลาย เกิดภาวะแออัดในบางช่วงเวลา ตัวชี้วัดหนึ่งในการประเมินคุณภาพคือการคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง เพื่อให้เกิดผลการคัดกรองที่ถูกต้องตามมาตรฐาน จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักด้านผู้คัดกรองพบว่า ปัญหาเกิดจากอัตรากำลังไม่เพียงพอ ทำให้ไม่มี



พยาบาลคัดกรองในช่วงเวรตึก สถานการณ์การระบาดของ Covid -19 พยาบาลขาดความรู้ในการประเมินผู้ป่วยโรคติดเชื้อ พยาบาลมีประสบการณ์น้อย การตัดสินใจบริหารจัดการในสถานการณ์ต่างๆมีความล่าช้า เกิดความแออัดที่จุดคัดกรอง ทีมที่มาช่วยไม่เพียงพอ ทำให้มีผลต่อการบริหารอัตรากำลังเพื่อให้ตอบสนองความต้องการผู้รับบริการ ปัญหาเกิดจากมีผู้รับบริการมาพร้อมกันจำนวนมาก ช่วงเวลาที่มีความหนาแน่นคือช่วง เวรบาย เสาร์ อาทิตย์ และวันหยุด ซึ่งปัญหาด้านผู้คัดกรองแบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ 1) ขาดพยาบาลคัดกรองช่วงเวรตึก 2) อัตรากำลังของทีมหนุนเสริมไม่ตอบสนองความต้องการรับบริการเมื่อเกิดความแออัดของผู้ป่วย และ 3) สมรรถนะของพยาบาลคัดกรองไม่เพียงพอ ซึ่งแต่ละประเด็นมีรายละเอียดดังนี้

## 2.1 ขาดพยาบาลคัดกรองช่วงเวรตึก ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

...โดยทั่วไปพยาบาลคัดกรองจะมีในเวรเช้าและบ่าย ซึ่งทำการคัดกรองผู้ป่วยที่จุดคัดกรอง แต่ในเวรตึกจะไม่มีพยาบาลคัดกรองที่จุดคัดกรอง ทำให้คนไข้มาคั่งรอที่โซนรักษา

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

...ในเวรตึกเปลก็จะเซ็นคนไข้เข้าไปเลย ไม่ได้มีพยาบาลออกไปคัดกรองที่จุดคัดกรองค่ะ คนไข้จะถูกเซ็นเข้าไปซักประวัติที่จุดข้างในเลย ไม่ได้มีการแยกคนไข้ฝั่งติดเชื้อ ไม่ติดเชื่อก็กะปนกัน ไม่รู้ว่าคนไหนเป็น covid ไม่เป็น covid

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

...เวรตึกไม่มีพยาบาลคัดกรองโดยเฉพาะค่ะ เจ้าหน้าที่เปลจะเซ็นคนไข้เข้ามาคัดกรองใน er ด้วยความจำกัดของบุคลากร ในการขึ้นเวร

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

## 2.2 อัตรากำลังของทีมหนุนเสริมไม่ตอบสนองความต้องการรับบริการเมื่อเกิดความแออัดของผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

...ผู้รับบริการมาพร้อมกันจำนวนมาก ทำให้ไม่ได้คัดกรองว่าใครมาก่อนหลังได้ คนไหนอาการหนักไม่หนัก ยิ่งช่วงนี้มีการระบาดของโรค covid ทำให้เจ้าหน้าที่คัดกรองไม่พอ ทำให้คัดกรองล่าช้า ซึ่งผู้ป่วยที่มาหลายๆมักเป็นช่วง เวรบาย เสาร์ อาทิตย์ และวันหยุด

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

...พยาบาลคัดกรองมีคนเดียว จะมีพยาบาลถูก assign ไปทำหน้าที่เป็นพยาบาลคัดกรอง ที่หน่วยงานหนุนผู้ช่วยเป็นน้อง NA บางครั้งตำแหน่งที่ได้รับมอบหมายมาช่วยจุดคัดกรองมีภารกิจ ก็จะขาดคน ยิ่งไม่มีคนช่วยก็จะวุ่นวาย

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

...ผู้ป่วยมีจำนวนเยอะ แต่จำนวนคนเซ็นเปลน้อย ก็จะไม่เพียงพอในการเซ็นในบางช่วงเวลา ทำให้เกิดความแออัด ผู้ป่วยก็จะไปรอคัดกรองที่จุดคัดกรองเยอะ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

...ในห้องฉุกเฉินเกิดความหนาแน่น พยาบาลไม่ได้ออกมาอธิบายแผนการรักษา ผู้ป่วยจะเข้ามาถามที่จุดคัดกรอง ทำให้ผู้ป่วยถูกขัดจังหวะในการซักประวัติ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

### 2.3 ประสบการณ์ของพยาบาลคัดกรองไม่เพียงพอ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

...การที่ไปอยู่จุดคัดกรอง พยาบาลต้องมีความรู้ ยิ่งช่วงแรก ๆ โควิดระบาดด้วย ก็ทำให้คิดว่าจะส่งไปตรวจ opd หรือ ARI ดี ประสบการณ์ด้วยส่วนหนึ่ง ถ้าไม่มีประสบการณ์ด้วยก็จะยากค่ะในการประเมินระดับสีคนไข้ว่าจะให้ความเร่งด่วนระดับไหน

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

...ผลการคัดกรองของพยาบาลจากจุดซักประวัติกับจุดรักษาไม่ตรงกัน สังเกตจากบางครั้งถ้าเป็นน้องพยาบาลคัดกรองที่ไปอยู่ใหม่ๆ ไปtrain triage ระดับการคัดกรองก็จะมี ความแตกต่าง มี under over อยู่บ้าง

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

...ผลการประเมินการคัดกรองไม่ตามเกณฑ์โดยส่วนรวม เป็นเพราะว่าความชำนาญประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ที่เจอไม่ตามเกณฑ์ก็จะเป็นน้องใหม่ ๆ อายุงานน้อยสัก 1-2 ปี

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

### 3. ด้านเครื่องมือคัดกรองและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรอง

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้มีการนำเครื่องมือการคัดกรองจากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยนำ MOPH ED triage มาใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดกรองเพื่อให้ระดับความเร่งด่วนในการตรวจรักษาตามภาวะฉุกเฉินและวิกฤติ จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักด้านเครื่องมือคัดกรองพบว่า ปัญหาเกิดจากมีการปรับใช้เครื่องมือแบบใหม่ ต้องมีการหาความรู้เพิ่ม เกณฑ์เข้าใจยาก จำเกณฑ์ไม่ได้ ระบบการบันทึกข้อมูลมีความยากต่อการใช้งาน ซึ่งปัญหาด้านเครื่องมือคัดกรองมี 2 ประเด็นย่อย มีรายละเอียดดังนี้

#### 3.1 เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยยากต่อการใช้งาน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

...Covid มามีการปรับเกณฑ์การคัดกรองเพิ่มเติม ...คนนี้หายใจเท่านั้น มีโรคประจำตัวนี้ ควรส่งไป opd ARI หรือมา ER ก็สับสนหลายขั้นตอนอยู่ แต่ต้องปรับและปฏิบัติตามแนวค้ะ จะได้ไม่พลาดในการดูแลคนไข้ ต้องใช้เวลาทำความเข้าใจ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

...เดิมใช้เครื่องมือคัดกรองเพื่อจำแนกผู้ป่วยเป็น ESI triage ช่วงไม่นานมานี้ทางหน่วยงานได้นำเครื่องมือการคัดกรองแบบใหม่มาใช้คือ MOPH ED triage ก็ยังมีความผิดพลาด ล่าช้าเพราะจำรายละเอียดของเกณฑ์ไม่ได้

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

...เครื่องมือแบบใหม่เพิ่งเข้ามามียากบ้างค้ะ คือ บางครั้งก็ยังมีข้อสงสัยอยู่บ้างค้ะ ในการนับหัตถการ เช่นคนไข้ admit เนี่ยจะให้ level ไหน เพราะในตำราก็ไม่ได้แจ้งไว้ เกณฑ์ยังเข้าใจยากค้ะ เข้าใจไม่ตรงกัน

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

#### 3.2 เทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรองซับซ้อน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

...โรงพยาบาลมีการปรับระบบการบันทึกข้อมูลทั้งโรงพยาบาล เพิ่งเข้ามา ขั้นตอนยุ่งยาก เป็นเรื่องใหม่ด้วย ยังไม่เข้าใจ ใช้อยากค้ะ แต่เป็นนโยบาย ก็ต้องพยายามทำความเข้าใจ ฝึกใช้

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

...ด้วยความเคยชินใช้ระบบเก่ามานาน ขั้นตอนเยอะ จำได้ไม่หมด เมื่อมาใช้แบบใหม่ เป็นอะไรที่ลำบากเลยคะ เดี่ยวเข้าอันนี้ไม่ได้ อันนี้ไม่ถูก งบประมาณหมด ก่อนเข้าระบบก็ต้องเข้ารหัสตลอด หลายขั้นตอนกว่าจะคัดกรองคนไข้ได้

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

...ระบบของโรงพยาบาลยังใช้ระบบ SSB อยู่ ระบบเอกสารใช้การเขียน ปัญหาที่พบคือลายมือที่เขียนคะ อ่านไม่ออก ยากต่อการใช้ แบบบันทึกก็แตกต่างกัน โรงพยาบาลชุมชนกับหน่วยงานของเราก็ใช้ระบบการบันทึกที่แตกต่างกันอยู่

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

#### 4. ด้านสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการคัดกรอง

หลักการจัดวางรูปแบบสถานที่ในการคัดกรอง ถ้าสถานที่เหมาะสมที่จะทำการคัดกรอง มีป้ายแสดงชัดเจน มีอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการคัดกรองเพียงพอ ทันสมัย จะส่งผลให้ลดการแออัด การเข้าถึงบริการง่ายขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับการคัดกรองที่รวดเร็วและได้รับการตรวจรักษาตามระดับความเร่งด่วน อีกทั้งสถานการณ์การระบาดของ Covid -19 ทำให้ไม่ได้คัดกรองผู้ป่วยแยกไปตรวจในโซนที่เหมาะสม เกิดการแพร่กระจายเชื้อ จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักด้านสถานที่พบว่า ปัญหาเกิดจากป้ายแสดงจุดคัดกรองไม่ชัดเจน ไม่มีแผนผังขั้นตอนการให้บริการ สถานที่คับแคบ ไม่เป็นสัดส่วน และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการคัดกรองพบว่า ปัญหาเกิดจากรถเข็นนั่งนอนไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเวรเช้าวันทำการ เครื่องวัดความดันโลหิต พรอทไม่เพียงพอ ซึ่งปัญหาด้านสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการคัดกรองแบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 1) ความชัดเจนในการเข้าถึงการคัดกรอง และ 2) อุปกรณ์สำหรับการคัดกรองไม่เพียงพอในบางช่วงเวลา ซึ่งแต่ละประเด็นมีรายละเอียดดังนี้

##### 4.1 ความไม่ชัดเจนในการเข้าถึงการคัดกรอง ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

...ป้ายแสดงจุดคัดกรองไม่อยู่ในตำแหน่งที่สามารถเห็นได้ชัดเจน ตัวหนังสือเล็กไปหน่อย ผู้ป่วยหรือญาติมักจะเข้ามาถามหลาย ๆ อย่าง เหมือนเป็นจุดประชาสัมพันธ์เลยคะ เขาน่าจะมองไม่เห็นว่าเป็นจุดคัดกรอง

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

...ด้วยจุดคัดกรองแคบ ไม่เป็นสัดส่วน ช่วงสถานการณ์การระบาดของ Covid -19 เมื่อผู้ป่วยซักรั้วติแล้ว ไม่มีป้ายชัดเจนว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจุดตรวจตรงไหนบ้าง ที่นั่งก็ไม่พอ ยิ่งเวรตึกผู้ป่วยไม่ได้คัดกรองข้างนอก จะเข้ามาคัดกรองข้างในห้องตรวจ ไม่ได้คัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่แรกว่าแยกไปตรวจในโซนไหนที่เหมาะสม เลยไม่รู้ว่าคนไข้คนไหนติดเชื้อ ไม่ได้ติดเชื้อด้วย ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

...มีความจำกัดด้านโครงสร้าง ห้องคัดกรองอยู่รวมกับการปฏิบัติงานส่วนอื่น ๆ เคาน์เตอร์พยาบาลกับโต๊ะซักรั้วติใกล้เคียงกับเคาท์เตอร์ประชาสัมพันธ์ ไม่เป็นสัดส่วน จุดให้ผู้ป่วยและญาติรอก็ไม่เพียงพอด้วย

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

...ที่แผนก er หนุยังไม่มีแผนผังป้ายขั้นตอนการให้บริการคะ ผู้มารับบริการก็จะเข้ามาสอบถามเรื่อย ๆ แต่เราก็ให้คำแนะนำคะ แต่ถ้าเข้ามาถามเยอะๆในช่วงคนไข้คับคั่งก็จะเกิดความล่าช้าในการคัดกรองด้วย

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

4.2 อุปกรณสำหรับการคัดกรองไม่เพียงพอในบางช่วงเวลา ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

ดังนี้

...จะมีปัญหาช่วงเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยเยอะ ๆ มีคนไข้มาตรวจ opd จำนวนมาก รอตรวจที่ opd ก็นานอยู่แล้ว ทำให้รถเข็นนั่ง/นอนที่ er ก็จะไม่พอ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

...อุปกรณ์ยังไม่พร้อมใช้ เช่นปรอท เครื่องวัดความดันไม่พอ BP เด็กข้างหน้าก็มี แต่เด็กกลาง มีไม่ครบไซส์

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

...บางครั้งมีผู้ป่วย stroke fast track walk in มา รถนอนไม่มีทำให้ลำบากมากเลยคะ ในบางครั้งต้องบริหารจัดการในการหารถเองด้วยคะ กว่าจะได้ก็ต้องใช้เวลา

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)



### ตอนที่ 3 ข้อมูลความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2

ผลการศึกษาพบว่าความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 มีรายละเอียด แบ่งเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย 7 ประเด็นย่อย ดังนี้ แบ่งเป็น 3 ด้าน

1. ด้านผู้คัดกรอง
2. ด้านเครื่องมือและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรอง
3. ด้านสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการคัดกรอง

ประกอบด้วย 7 ประเด็นย่อย ดังนี้

1. เพิ่มพูนประสบการณ์พยาบาลคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ
2. เพิ่มอัตรากำลังใน 3 รอบการปฏิบัติงาน
3. เพิ่มอัตรากำลังทีมหนุนเสริมตอบสนองความต้องการผู้รับบริการเมื่อเกิดความแออัดของผู้ป่วย

ผู้ป่วย

4. ลดความซับซ้อนของเครื่องมือการคัดกรองและระบบบันทึกข้อมูล
  5. แยกพื้นที่เฉพาะในการคัดกรองสำหรับหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
  6. อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการคัดกรองเพียงพอ
  7. ป้ายแสดงจุดคัดกรองที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยและญาติ
- รายละเอียดแบ่งตามด้านและประเด็น ดังนี้

ด้านผู้คัดกรองมี 3 ประเด็นย่อย คือ 1) เพิ่มพูนประสบการณ์พยาบาลคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ 2) เพิ่มอัตรากำลังใน 3 รอบการปฏิบัติงาน 3) เพิ่มอัตรากำลังทีมหนุนเสริมตอบสนองความต้องการผู้รับบริการเมื่อเกิดความแออัดของผู้ป่วย

ด้านเครื่องมือและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรองมี 1 ประเด็นย่อย คือ 1) ลดความซับซ้อนของเครื่องมือการคัดกรองและระบบบันทึกข้อมูล

ด้านสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการคัดกรองมี 3 ประเด็นย่อย คือ 1) แยกพื้นที่เฉพาะในการคัดกรองสำหรับหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2) อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการคัดกรองเพียงพอ 3) ป้ายแสดงจุดคัดกรองที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยและญาติ

### ตอนที่ 3 ความต้องการดำเนินงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2

#### 1. ด้านผู้คัดกรอง

พยาบาลคัดกรองนับเป็นบุคลากรด่านแรกที่ผู้ป่วยจะได้พบเมื่อมารับการบริการที่แผนกฉุกเฉิน พยาบาลคัดกรองนั้นสำคัญอย่างยิ่ง ในการสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติต่อแผนกฉุกเฉิน และต่อภาพรวมของโรงพยาบาล พยาบาลคัดกรองควรมีสมรรถนะในการคัดกรองผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยและประเมินความรุนแรงตาม MOPH ED Triage โดยรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับอาการ ซึ่งเริ่มต้นตั้งแต่แรกเห็นผู้ป่วย สามารถทำการช่วยเหลือ/เริ่มให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการหรือส่งตรวจ เบื้องต้นได้ตามแนวทางที่กำหนด เพื่อความรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักด้านผู้คัดกรองพบว่ามีความต้องการเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลคัดกรอง ซึ่งควรได้รับการเพิ่มพูนสมรรถนะด้านความรู้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ประกอบกับภาระงานการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินนั้น ไม่อาจคาดการณ์ได้แน่นอน เมื่อเกิดความแออัดของผู้ป่วย อัตรากำลังไม่เพียงพอ ในการทำหน้าที่คัดกรองโดยเฉพาะเวรดึก ไม่สามารถคัดกรองที่จุดคัดกรองได้ตลอด 24 ชั่วโมง บางครั้งเมื่อเกิดความผิดพลาดในการคัดกรอง ทำให้พยาบาลขาดความมั่นใจในการทำหน้าที่ในการคัดกรอง ซึ่งความต้องการด้านผู้คัดกรองแบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ 1) เพิ่มพูนสมรรถนะด้านความรู้อย่างสม่ำเสมอ 2) เพิ่มอัตรากำลังใน 3 รอบการปฏิบัติงานและ 3) มีอัตรากำลังที่หมุนเวียนเสริมตอบสนองความต้องการผู้รับบริการเมื่อเกิดความแออัดของผู้ป่วย ซึ่งแต่ละประเด็นมีรายละเอียดดังนี้

##### 1.1 เพิ่มพูนประสบการณ์ด้านความรู้อย่างสม่ำเสมอ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

...เมื่อก่อนมีการอบรมการคัดกรองให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอยู่นะคะ แต่ในช่วงมีการระบาดของ โควิด-19 ทำให้ไม่ได้รับการอบรม อยากให้มีการอบรมการคัดกรองไม่ก็การนำเคสมาทบทวนก็ได้ค่ะ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

...อยากให้พัฒนาพยาบาลด้านความรู้ในการใช้เครื่องมือค่ะ กระตุ้นให้มีการอบรมทำแบบฝึกหัดการคัดกรอง นำมาทดสอบทุกเดือน หรือเป็นช่วง ๆ ทุก 3 เดือน 6 เดือน ให้ต่อเนื่องจะได้ไม่ลืม แล้วก็ตัวเราเองก็ต้องศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมด้วยค่ะ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, 3)

...มีการ set สอนโดยแพทย์หรือผู้ชำนาญการ การaudit Nurse note อยากให้มีการเฉลย under over triage เฉลยโดยแพทย์ สัก 2- 3 คน จะได้ไม่ bias จะได้เข้าใจตรงกัน ให้ไปในทางเดียวกัน ไม่ใช่หมอกคนนั้นว่าอย่างนั้นผิด คนนี้ว่าอย่างนั้นถูก

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, 5)

...ด้านบุคคล หนุอยากให้พยาบาลที่มาอยู่จุดคัดกรองมีความรู้ ความสามารถในการแก้ปัญหา หลาย ๆ ด้าน กล้าตัดสินใจ รวมทั้งมีสติ ถ้าจะให้ดีพยาบาลต้องผ่านการอบรมเรื่องการคัดกรองมาก่อนและควรมีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 3 ปี ถึงจะมาอยู่จุดคัดกรองได้ และต้องได้รับการอบรมการคัดกรองที่ต่อเนื่อง

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, 12)

## 1.2 เพิ่มอัตรากำลังใน 3 รอบการปฏิบัติงาน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

...ด้วยภาระงานที่เยอะขึ้น คนไข้ฉุกเฉิน ไม่ฉุกเฉินก็มากขึ้น ช่วงนี้ covid – 19 ระบาดอีก คนไข้บางคนมาไม่ได้เลือกเวลา ก็อยากให้มีคนคัดกรองเพียงพอ ตอนนี้มีทุกเวรเช้าและบ่าย ถ้าได้อยากให้อาจเพิ่มในเวรดึก

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, 2)

...ถ้าเป็นหนุนะ เเท่าที่สังเกตคนไข้จะมีเยอะในช่วงเวรบ่าย ก็อยากมีพยาบาลมาเพิ่มคัดกรองเพิ่มเติมค่ะ โดยเฉพาะเวรบ่าย

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

...ถ้ามีคนเพิ่ม ในเวรบ่ายก็อาจจะเพิ่มเป็นน้อง NA ไม่ก็พยาบาลมาเพิ่มจะดีเลยคะ ถ้าได้พยาบาลเพิ่ม การให้ข้อมูลต่าง ๆ โดยพยาบาลที่จุดคัดกรอง ก็จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจระบบ ว่าคนนี้อะไร ถึงขั้นตอนไหน จะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจด้วยคะ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

1.3 เพิ่มอัตรากำลังทีมหนุเสริมตอบสนองความต้องการผู้รับบริการเมื่อเกิดความแออัดของผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

...ช่วงมีการระบาดของ covid – 19 พยาบาลต้องไปคัดกรองเองในช่วงเวรป่วย และดึกไม่มี ปกติในเวลาราชการจะมีเจ้าหน้าที่หน่วยอื่นมาช่วยคัดกรองในการส่งตรวจตามแผนก ก็อยากให้มีคนช่วยเช่น เจ้าหน้าที่เปลที่รับคนไข้ครั้งแรก ช่วยถามเพิ่มหน่อยว่าคนไหนหนัก ไม่หนักแล้วเสียง covid ใหม่ จะได้บอกให้เขาไปรอจุดที่รอการซักประวัติ จุดคัดกรองจะได้ไม่คับคั่งด้วย

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

...ที่อยากให้มีทีมมาช่วยนะคะ ก็จะเน้นเป็นเวรป่วยคะ ช่วงนั้นคนไข้เยอะ เพราะข้อจำกัดพยาบาลมีจำนวนน้อย อยากได้ NA มาช่วยเสริมอยู่คู่พยาบาลก็ได้คะ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

...ช่วงคนไข้เยอะ ๆ ทุกคนก็ทำงานหนัก ช่วงผลัดเปลี่ยนกันลงพักทานข้าว บางครั้งเหลือพยาบาลคัดกรองคนเดียว NA ที่อยู่ด้วย จึงหวั่นที่ลงพักพอดีด้วย ช่วงนั้นนะคะก็จะวุ่นวาย.....งานโหลต ปกติที่หัวหน้าเคยบอกไว้ว่าถ้ายุ่ง ให้ไปตามทีมที่ลงพักมาช่วย แต่เราก็เกรงใจ เพราะช่วงทุกคนลงทานข้าว ถ้าเป็นไปได้ อยากให้มีพยาบาลเพิ่มเฉพาะคัดกรองเลยอีก 1 คน ส่วน NA ให้มาช่วยตอนพยาบาลเหลือคนเดียว จะดีมากคะ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

## 2. ด้านเครื่องมือและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรอง

ระบบการคัดกรองผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาล มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรองที่แตกต่างกันออกไป เพื่อให้เหมาะสมกับแต่ละบริบท เพื่อให้การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรองไปในทางเดียวกัน และใช้ได้ง่าย จะทำให้การคัดกรองผู้ป่วยเกิดความผิดพลาดน้อยที่สุดและคัดได้รวดเร็วมากขึ้น จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักด้านเครื่องมือและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรองพบว่า มีความต้องการให้เครื่องมือเข้าใจง่ายกว่านี้ มีเกณฑ์หลักการจำที่ง่ายให้ทุกคนเข้าใจไปในทางเดียวกัน อยากให้ทุกโรงพยาบาลใช้เหมือนกัน ระบบการบันทึกไม่ซับซ้อน ซึ่งความต้องการด้านด้านเครื่องมือและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรองมี 1 ประเด็น คือ โปรแกรมเครื่องมือระบบการคัดกรองและระบบบันทึกข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ลดความซับซ้อนของเครื่องมือการคัดกรองและระบบบันทึกข้อมูล ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

...เครื่องมือการคัดกรองมีการปรับจากของเดิม ESI มาเป็น MOPH ED triage เริ่มมาสักพักไม่นาน ยังไม่เข้าใจเกณฑ์การใช้ จำยาก อยากให้ทางหน่วยงานมีการสอนเรื่องเครื่องมือการคัดกรองให้เข้าใจได้ง่าย ใช้ง่ายไปในทางเดียวกัน

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

...ช่วง Covid ระบาด เครื่องมือการคัดกรองมีการปรับเกณฑ์การคัดกรอง covid เพิ่มเติมจากของเดิม ซึ่งเราจะนำมาแยกว่าคนนี้ควรไปตรวจที่ไหน ER OPD หรือ ARI ต้องทำความเข้าใจมากขึ้น อยากให้มีการชี้แจงโดยการแจ้งในการประชุม เพราะบางครั้งการแจ้งในไลน์ยังไม่เข้าใจบางทีนะส่งไปแผนกอื่นก็ส่งมา er ทั้ง ๆ ที่หมดเวลา opd ก็น่าจะแนะนำมาตรวจวันรุ่งขึ้นหรือ scan QR code ในการรับยา

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

...มีการปรับระบบการบันทึกข้อมูล การซักประวัติต่างๆ เป็นระบบใหม่ ระบบการใ้ยังยาก ขั้นตอนเยอะ อยากให้โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลต่างๆ ในระบบที่ขั้นตอนง่ายกว่านี้ เมื่อเกิดปัญหาการใช้ก็อยากมีเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรับสายตลอด คอยให้คำปรึกษาแนะนำ เพราะบางครั้งเสียเวลาในการบันทึกมาก ทำให้ล่าช้าในการคัดกรองผู้ป่วยรายอื่น

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4 - 7)

### 3. ด้านสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการคัดกรอง

หลักในการจัดวางรูปแบบบริการในการคัดกรอง ส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญ คือ “good the right man good the right place” สถานที่ที่เหมาะสมที่จะทำการคัดกรอง มีป้ายแสดงชัดเจน อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการคัดกรองเพียงพอ ทันสมัย จะส่งผลให้ลดการแออัด การเข้าถึงบริการง่ายขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับการคัดกรองที่รวดเร็วและได้รับการตรวจรักษาตามระดับความเร่งด่วนจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักด้านสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการคัดกรองพบว่า มีความต้องการให้จุดคัดกรองเป็นสัดส่วน แยกจากหน่วยงานอื่น มีป้ายขั้นตอน ป้ายจุดคัดกรองชัดเจน อุปกรณ์จำเป็นที่ใช้ที่จุดคัดกรองเช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ปรอท ซึ่งความต้องการด้านสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการคัดกรองมี 3 ประเด็นย่อย คือ 1) แยกพื้นที่เฉพาะในการคัดกรองสำหรับหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2) อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการคัดกรอง และ 3) ป้ายแสดงจุดคัดกรองซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 แยกพื้นที่เฉพาะในการคัดกรองสำหรับหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้



...อยากให้แยกจุดคัดกรองให้โซนเป็นสัดส่วน แยกจากหน่วยงานอื่น ให้เป็นเฉพาะจุดคัดกรอง er เลยค่ะ เพราะบางครั้งผู้รับบริการอื่นก็เข้ามาซักถามเรื่องอื่นค่อนข้างเยอะ บ้างก็ถามห้องน้ำไปทางไหน ห้องตรวจคล้ายไปชั้นไหน... เจ้าหน้าที่ er จะได้ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากกว่านี้

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

...มีตู้คัดกรองให้ผู้ป่วยสงสัย covid คัดกรองอยู่หน้า er แต่คัดกรองได้ที่ละคน แต่ถ้าเยอะจุดคัดกรองไม่พอ ต้องให้ไปรอนอกอาคาร เพราะการไปรอนอกอาคารก็ดีนะคะ ไม่เข้ามาแพร่เชื้อในอาคาร แต่ไม่มีหลังคานะคะ บางที่ฝนตก แดดออกก็ลำบาก ก็อยากให้มีการซักประวัติให้ดีกว่านี้หน่อย

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

...จุดคัดกรองก็แคบอยู่แล้ว อยากให้มีจุดรอของผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการซักประวัติมีจุดรอสำหรับญาติ จะทำให้จุดคัดกรองไม่เกิดความหนาแน่นในผู้ป่วยที่รอที่เป็นรถนั่ง รถนอน

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

3.2 อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการคัดกรองที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยและญาติ  
ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

... BP ไม่พอใช้ อยากได้แบบสอดแขน ที่ไว้ให้ผู้ป่วยวัดก่อนที่จะนำมายืนที่พยาบาล ซักประวัติ ในคนไข้ที่เดินได้ อากาศไม่ร้อนค่ะ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

...อยากได้ส่วนของ monitor BP ที่สามารถเคลื่อนที่ได้ มีเพียงพอ cuff BP หลาย ๆ ขนาด พรอทด้วย จะได้คัดกรองผู้ป่วยได้เร็ว

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

...อยากได้ครับ มาพร้อมอุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายด้วยเช่น ถังออกซิเจน เพราะบางครั้งคนไข้ที่จำเป็นต้องใช้ออกซิเจน อาการรอได้ที่จุดคัดกรอง จะได้ซักประวัติได้เลย คนไข้ก็ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

### 3.3 ป้ายแสดงจุดคัดกรอง ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

...อยากให้มีการ identify ในส่วนของ er เช่นมีป้ายว่านี่คือส่วนซักประวัติของ er นี่คือจุดซักประวัติของคนไข้โรคติดเชื้อหรือ covid และจัดโซนแบ่งพื้นที่ให้เรามองเห็น คนไข้ด้วย

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

...อยากจะพัฒนาเกี่ยวกับป้าย อยากอยู่ในระดับสายตา อยากให้ป้ายใหญ่ขึ้น มีสีส้ม ดึงดูดผู้รับบริการให้เห็นชัดเจน

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

...น่าจะปรับด้านป้ายสื่อสารถึงขั้นตอนในการรับบริการการตรวจ ป้ายบอกตั้งแต่ทางเข้าอัตโนมัติ อยากให้มีป้ายแผนผังขั้นตอนการบริการให้ชัดเจน หรือทำเป็น QR code ก็ได้

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

## บทที่ 5

### บทสรุป

การวิจัยเรื่องสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนางานด้านการคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 และเพื่อให้ได้ข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านการคัดกรองผู้ป่วยให้มีคุณภาพในแต่ละโรงพยาบาลต่อไป เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การจดบันทึกภาคสนาม (field note) ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant observation)

วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักจากการกำหนดคุณสมบัติ (Criterion sampling) คือ พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลตติยภูมิ 2 ที่มีคุณสมบัติในการคัดกรองผู้ป่วย ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลคัดกรอง ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 6 เดือน ได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานต่าง ๆ ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉิน เช่น ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการกู้ชีพขั้นสูง (Advanced Cardiac Life Support certification) ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการกู้ชีพผู้ป่วยเด็กขั้นสูง ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกและโรงพยาบาลอุดรดิตถ์และยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ยินดีในการเล่าประสบการณ์ และให้บันทึกเสียงขณะให้การสัมภาษณ์ เพราะเป็นผู้เกี่ยวข้องโดยตรงกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา จำนวน 12 คน จนข้อมูลอิ่มตัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล และข้อคำถามเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย การสัมภาษณ์เชิงลึกใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ตามกรอบแนวคิดของของกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย MOPH ED Triage (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 -พฤศจิกายน 2565 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามวิธีของเลียวนาร์ด (Leonard, 1989) อ้างใน (ชัชวาล วงศ์สารี, 2563) ประกอบด้วย 5

ขั้นตอน ได้แก่ 1) ถอดเทปเรียงถ้อยคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ 2) เขียนความสัมพันธ์ของข้อมูล แยกแยะประเด็นหลัก ประเด็นย่อยเท่าที่อธิบายได้ไว้เป็นส่วน ๆ 3) จัดหมวดหมู่ความสัมพันธ์ประเด็นหลัก ประเด็นย่อย ผนวกประเด็น (Theme) ที่เป็นเรื่องเดียวกันเข้าด้วยกัน 4) อธิบายคำที่เป็นจุดสะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลและให้ความหมายเชื่อมโยงเหตุการณ์ สะท้อนความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลต่อความหมายประสบการณ์ให้เกิดความชัดเจนในแต่ละประเด็น และ 5) เขียนสรุปสาระสำคัญ (Theme) ทั้งประเด็นหลัก และประเด็นย่อยที่มีความสัมพันธ์กันตามความหมายหรือตามพฤติกรรม ให้เข้าใจให้ชัดเจนตามขอบเขตของความหมายหรืออิมินันต์ ๆ

### สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่องสภาพปัญหาและความต้องการดำเนินงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 สรุปได้ดังนี้

**1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป** จากตารางผลการวิจัยสภาพปัญหาและความต้องการดำเนินงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 คน เป็นเพศหญิง 11 คน คิดเป็นร้อยละ 91.70 อายุเฉลี่ย 36.67 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุด 31-40 ปี 6 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี 12 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุงานในการปฏิบัติงานและมีประสบการณ์ในงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินช่วงที่พบมากที่สุดเท่ากันคือ 10 ปี 7 คน คิดเป็นร้อยละ 58.34 จำนวนครั้งต่อการคัดกรองผู้ป่วย/เวร จำนวน 1-30 รายและ 31-60 รายเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 41.67 อบรมเกี่ยวกับงานคัดกรองผู้ป่วย 12 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และอบรมเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 และสถานที่ในการเก็บข้อมูลโรงพยาบาลรหัส 01 จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 58.33 และ โรงพยาบาลรหัส 02 จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 41.67

**2. ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview)** เพื่อศึกษาข้อมูลสภาพปัญหาด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ตามกรอบแนวคิดของกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย MOPH ED Triage ผลการศึกษาพบว่าสภาพปัญหาด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย 9 ประเด็นย่อย ดังนี้

### สภาพปัญหารายละเอียดแบ่งตามด้านและประเด็น ดังนี้

1. ด้านผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล มี 2 ประเด็นย่อย คือ 1) ความซับซ้อนทางอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย 2) ความพร้อมของญาติหรือผู้ดูแลในการให้ข้อมูล
2. ด้านผู้คัดกรองมี 3 ประเด็นย่อย คือ 1) ขาดพยาบาลคัดกรองช่วงเวรดึก 2) อัตรากำลังของทีมหนุนเสริมไม่ตอบสนองความต้องการผู้รับบริการเมื่อเกิดความแออัด 3) ประสิทธิภาพของพยาบาลคัดกรองไม่เพียงพอ
3. ด้านเครื่องมือคัดกรองและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรองมี 2 ประเด็นย่อย คือ 1) เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยยากต่อการใช้งาน 2) เทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรองซับซ้อน

4. ด้านสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการคัดกรองมี 2 ประเด็นย่อย คือ 1) ความไม่ชัดเจนในการเข้าถึงการคัดกรอง 2) อุปกรณ์สำหรับการคัดกรองไม่เพียงพอในบางช่วงเวลา

**3. ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview)** เพื่อศึกษาข้อมูลความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 โดยมีรายละเอียดดังนี้ แบ่งเป็น 3 ด้านประกอบด้วย 7 ประเด็นย่อย ดังนี้

#### ความต้องการรายละเอียดแบ่งตามด้านและประเด็น ดังนี้

ด้านผู้คัดกรองมี 3 ประเด็นย่อย คือ 1) เพิ่มพูนประสิทธิภาพพยาบาลคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ 2) เพิ่มอัตรากำลังใน 3 รอบการปฏิบัติงาน 3) เพิ่มอัตรากำลังทีมหนุนเสริมตอบสนองความต้องการผู้รับบริการเมื่อเกิดความแออัดของผู้ป่วย

ด้านเครื่องมือและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรองมี 1 ประเด็นย่อย คือ 1) ลดความซับซ้อนของเครื่องมือการคัดกรองและระบบบันทึกข้อมูล

ด้านสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการคัดกรองมี 3 ประเด็นย่อย คือ 1) แยกพื้นที่เฉพาะในการคัดกรองสำหรับหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2) อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการคัดกรองเพียงพอ 3) ป้ายแสดงจุดคัดกรองที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยและญาติ

### อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 โดยใช้กรอบแนวคิดของของกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย MOPH ED Triage ซึ่งมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยดังนี้



ศึกษาสภาพปัญหาด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ได้ข้อค้นพบสภาพปัญหาด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 6 ด้านและ 9 ประเด็นย่อย ผู้วิจัยดำเนินการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย และตามกรอบแนวคิดของของกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย MOPH ED Triage ดังนี้

1. ด้านผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล มี 2 ประเด็นย่อย คือ ความซับซ้อนทางอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยและความพร้อมของญาติหรือผู้ดูแลในการให้ข้อมูล

1.1 ความซับซ้อนทางอาการและอาการแสดง ลักษณะงานของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นงานด่านแรก เป็นการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤติตั้งแต่มีความรุนแรงมากและรุนแรงน้อย ให้การพยาบาลที่มีภาวะฉุกเฉินที่มีความรุนแรงแตกต่างกัน โดยไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน จากการทบทวนวรรณกรรมตามเครื่องมือกระบวนการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข MOPH ED Triage (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ทุกโรงพยาบาลต้องสามารถทำการคัดแยกและจัดลำดับการบริการได้ เน้นการคัดกรองผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงตามระดับความเร่งด่วน 5 ระดับ อีกทั้งสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน สามารถติดต่อได้ง่าย และแพร่ระบาดได้หลายช่องทาง เชื้อสามารถกระจายได้รวดเร็วและลงปอดเร็วขึ้น ทำให้ผู้ติดเชื้อมีอาการรุนแรง ความรุนแรงขึ้นอยู่กับอาการที่นำมาและปัจจัยเสี่ยงคือโรคประจำตัว (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) จากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัญหาความซับซ้อนทางอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเกิดจาก ผู้ป่วยมาตรวจด้วยหลายอาการ มีโรคประจำตัว ในส่วนความรุนแรงของโรคมียากหลาย โดยเฉพาะ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มเด็ก เป็นต้น ซึ่งมีข้อจำกัดในการซักประวัติ การตรวจร่างกายผู้ป่วย เพราะต้องป้องกันการแพร่กระจายที่มากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยไม่มีญาติ ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่สามารถสื่อสารให้ข้อมูลความเจ็บป่วยได้ จะไม่ได้ซึ่งข้อมูลของการเจ็บป่วย ไม่ครบถ้วน ตลอดจนได้ข้อมูลความเจ็บป่วยที่ไม่เป็นตามจริง สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยารัตน์ หล้าธรรม, และชัชคณะ แพรชาว (2559) พบว่าปัญหาอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่นการได้มาซึ่งประวัติอาการฉุกเฉินของผู้มาใช้บริการ ผู้ป่วยบางรายบอกข้อมูลความเจ็บป่วยที่ไม่เป็นไปตามจริง รวมถึงการศึกษาของเยาวลักษณ์ ผุยหัวโชน, และจุไรพร กนกวิจิตร (2564) พบว่าสาเหตุของการคัดกรองล่าช้าและคัดกรองผิดพลาดเกิดจากผู้ป่วยเอง เช่นมีปัญหาด้านการสื่อสาร หลงลืม ส่งผลให้มีการคัดกรองที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน บางครั้งอาการที่แจ้งไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง อีกทั้งผลของความซับซ้อนทางอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ส่งผลต่อการประเมินการคัดกรองล่าช้า ทำให้การจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ MOPH ED Triage ( กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

1.2 ความพร้อมของญาติหรือผู้ดูแลในการให้ข้อมูล จากข้อมูลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ความไม่พร้อมของญาติหรือผู้ดูแลในการให้ข้อมูลเกิดจาก ผู้ป่วยหรือญาติไม่ทราบรายละเอียดการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ไม่พร้อมในการให้ข้อมูล ญาติมาคนเดียวไปจอตลอดหรือไปทำบัตรก่อนใน case ที่เร่งด่วน จึงทำให้ได้ข้อมูลความเจ็บป่วยที่ไม่เป็นตามจริง ไม่ครบถ้วน ส่งผลให้การประเมินภาวะสุขภาพจัดลำดับความเร่งด่วนการคัดกรองที่ล่าช้า การคัดกรองไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของเขาวลัทธิคุณพิชญ์ และจุไรพร กนกวิจิตร (2564) และ ฉวีวรรณ ตรีชมวาริ (2565) พบว่าสาเหตุของการคัดกรองล่าช้าและคัดกรองผิดพลาดเกิดจาก ญาติผู้ป่วยไม่รู้อาการเจ็บป่วยที่นำมาตรวจที่ชัดเจน ให้ข้อมูลไม่ครบ แจ้งอาการที่ไม่ตรงตามจริง ญาติไปทำบัตรก่อนมาให้ข้อมูล มีผลต่อความถูกต้องในการคัดกรองผู้ป่วย

2. ด้านผู้คัดกรองมี 3 ประเด็นย่อย คือ ขาดพยาบาลคัดกรองในช่วงเวรดึก อัตรากำลังของทีมงานเสริมไม่ตอบสนองความต้องการผู้รับบริการเมื่อเกิดความแออัด และประสบการณ์ของพยาบาลคัดกรองไม่เพียงพอ

2.1 ขาดพยาบาลคัดกรองในช่วงเวรดึก พยาบาลคัดกรองนับเป็นบุคลากรด่านแรกที่ผู้ป่วยจะได้พบเมื่อมารับการบริการที่แผนกฉุกเฉิน พยาบาลคัดกรองนั้นสำคัญอย่างยิ่ง ในการสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติต่อแผนกฉุกเฉิน และต่อภาพรวมของโรงพยาบาล บทบาทของพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วย คือประเมินภาวะคุกคามชีวิตทันทีเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินคือการคัดกรองผู้ป่วย (สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) โดยพยาบาลวิชาชีพต้องทำการคัดกรองการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ หน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกราย จัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล (Priorities of Care) ตามสภาพปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายและให้การช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงความเจ็บป่วย จากข้อมูลการศึกษาค้นคว้าพบว่าปัญหาการคัดกรองทั้งสองแห่งของโรงพยาบาลตติยภูมิที่คล้ายกันคือ ขาดพยาบาลคัดกรองในเวรดึก เนื่องจากอัตรากำลังไม่เพียงพอ อีกทั้งผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมารับบริการจำนวนมาก ทำให้บางครั้งผู้ป่วยจะไม่ได้รับการคัดกรองจากจุดคัดกรองเพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนก่อนเข้าไปห้องตรวจ อีกทั้งบางรายที่เป็นผู้ป่วยติดเชื้อ covid ไม่ได้รับการคัดกรอง ทำให้แพร่เชื้อโรคไปสู่คนป่วยรายอื่น และสอดคล้องกับการศึกษาในคู่มือการคัดกรองผู้ป่วยงานพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพล (2561) ได้กล่าวถึงขั้นตอนการทำงานของพยาบาลคัดกรอง เมื่อจัดระดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย ตามระบบการจำแนกระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ ได้แล้วควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ที่เหมาะสมกับการให้การรักษาสมากรสามารถให้การช่วยเหลือ/เริ่มให้การรักษายาพยาบาลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการหรือส่งตรวจ เบื้องต้นได้ตามแนวทางที่กำหนด สอดคล้องกับสำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) ตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์

ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ กำหนดอัตรากำลังพยาบาลที่เหมาะสมกับงาน ควรมีการกำหนดสัดส่วน การกระจาย อัตรากำลังในแต่ละเวรตามภาระงาน สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ: ผู้ป่วยเป็น 1: 10

2.2 อัตรากำลังของทีมหมุนเสริมไม่ตอบสนองความต้องการผู้รับบริการเมื่อเกิดความแออัด แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤติตลอด 24 ชั่วโมง ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ว่าผู้มารับบริการจะเกิดความแออัดช่วงใด การกำหนดอัตรากำลังพยาบาลที่เหมาะสมกับงานมีความสำคัญ ตลอดจนมีอัตรากำลังทีมหมุนเสริมมาช่วยจุดคัดกรองเมื่อเกิดความแออัด ซึ่งอัตรากำลังพยาบาลที่เหมาะสม ควรมีสัดส่วนการผสมผสาน ระหว่าง RN และ Non RN อย่างเหมาะสมและควรมีอัตรากำลังในแต่ละเวรตามภาระงาน (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) จากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการ โดยส่วนใหญ่จะพบมากคือช่วงเทศกาลและช่วงนอกเวลาราชการ ประกอบกับภาระงานที่มีมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มขึ้น พื้นที่บริการที่ห้องฉุกเฉินลดลง และเกิดความแออัดที่ห้องฉุกเฉินได้ ประกอบกับอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอต่อภาระงาน ไม่มีทีมเสริมในขณะที่มีการคัดกรองผู้ป่วยจำนวนมาก ไม่สามารถคัดกรองได้ตลอด 24 ชั่วโมงทำให้ประสิทธิภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยลดลง เกิดการคัดแยกประเภทผู้ป่วยล่าช้าหรือการคัดแยกประเภท ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลารอคอยพบแพทย์และระยะเวลาอยู่ที่ห้องฉุกเฉินนานขึ้น ทำให้เกิดการคัดกรองล่าช้า ได้ผลการคัดกรองที่ไม่ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยในล่าช้า จนกระทั่งเกิดอุบัติเหตุผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ส่งผลต่อการรอดชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Yurkova, & Wolf (2011) พบว่าการคัดกรองประเภทผู้ป่วยที่ต่ำกว่าเกณฑ์ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยจากแผนกฉุกเฉินไปยังหอผู้ป่วยวิกฤติ ซึ่งอาจมีผลต่อโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ และการคัดกรองประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินที่สูงกว่าเกณฑ์ส่งผลให้เกิดความสูญเสีย สิ้นเปลืองทรัพยากร สอดคล้องกับการศึกษาของอาจารย์ พรหมดี และคณะ (2560) , (สภาการพยาบาล, 2548) มาตรฐานบริการการพยาบาล และการผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ กล่าวว่ากรณีที่สัดส่วนจำนวนพยาบาล 1 คนต่อจำนวนผู้ป่วยที่มากเกินไปและไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด จึงส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและผลลัพธ์ของผู้ป่วยและการศึกษาของนงศ์เยาว์ อินทรวีเชียร (2562) พบว่าปัญหาการคัดแยกเกิดจากอัตรากำลังไม่เพียงพอต่อภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้บางโรงพยาบาลไม่มีการคัดกรองได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับ ชลลดา ทอนเสาร์, วิภาดา วิจักขณาลัญญ์, เกียรติศักดิ์ ชัยพรหม, พิมพิมาน แผล่งส้าน, เปรมสุตา จันทพิมพ์, ภรณ์พินิจ แสนสุข, และไมตรี ทอนเสาร์ (2562) และนงศ์เยาว์ อินทรวีเชียร (2562) กล่าวว่า ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคัดแยกที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ช่วงเวลาที่มารับบริการคือเวรเช้า เวรบ่ายและช่วงนอกเวลาราชการ และสอดคล้องกับกัลยารัตน์ หล้าธรรม, และชัชฌาญ์ แพรขาว (2560) ได้ศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่าช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยฉุกเฉินมาใช้บริการมากที่สุดคือ ช่วงระยะเวลา 16.01 น. - 24.00 น. ซึ่งเป็นปัญหา

ใหญ่ของห้องฉุกเฉินทุกแห่ง รวมถึงการศึกษาของ พงษ์ลัดดา ปาระลี และชัชฌาณ์ แพรชาว (2562) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดความแออัดที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่รอคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น 1 คน มีโอกาสทำให้เกิดความแออัดที่ห้องฉุกเฉินเพิ่มขึ้น 2.43 เท่าซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่รอคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ประสิทธิภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยลดลง เกิดการคัดแยกประเภทผู้ป่วยล่าช้าหรือการคัดแยกประเภท ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลารอคอยพบแพทย์และระยะเวลาอยู่ที่ห้องฉุกเฉินนานขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มขึ้น พื้นที่บริการที่ห้องฉุกเฉินลดลง และเกิดความแออัดที่ห้องฉุกเฉินได้

2.3 ประสิทธิภาพของพยาบาลคัดกรองไม่เพียงพอ หัวใจสำคัญของระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินคือพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย ต้องเข้ากระบวนการหลักในการคัดกรองผู้ป่วยมีองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะการประชาสัมพันธ์, ทักษะการสัมภาษณ์, การคิดเชิงวิพากษ์และทักษะการสื่อสาร (สุรัตน์ สุขสว่าง (2561) การศึกษาของวิศยา คุ่มสุพรรณ, 2563 ได้กล่าวว่าสมรรถนะพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินคือสมรรถนะด้านทักษะการประเมินอาการและการคัดกรอง เช่นสามารถรวบรวมอาการสำคัญจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายเบื้องต้น การตรวจสัญญาณชีพการประเมิน Glasgow Coma Score ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและครอบคลุม สามารถคัดกรองผู้ป่วยตามเครื่องมือการคัดกรอง การศึกษาของคู่มือการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล (2561) ได้กล่าวถึงคุณสมบัติของพยาบาลคัดกรองที่ดีควรมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินอย่างน้อย 6-12 เดือน ร่วมกับได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานต่าง ๆ ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินและพยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในด้านการคัดกรอง จากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความผิดพลาดในการคัดกรอง ผลการคัดกรองยังไม่ตามเกณฑ์ มีความล่าช้า มีสาเหตุมาจากความรู้และทักษะที่ไม่เพียงพอ เกิดจากสมรรถนะของพยาบาลคัดกรองที่มีความแตกต่างทั้งความชำนาญและ อีกทั้งมีการระบาดของโรคโควิด -19 พยาบาลขาดความเข้าใจในแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อโควิด -19 สอดคล้องกับ จิราพร พิลัยกุล (2563) ได้กล่าวว่าการคัดกรองล่าช้าเกิดจากพยาบาลขาดความเข้าใจในแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (Covid-19) ) ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ สอดคล้องกับ Rock, & Pledge (1991) ได้กล่าวถึงคุณสมบัติพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดกรองว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 2 ปีทางคลินิกจะสามารถแก้ปัญหา การเผชิญหน้าทางด้านจิตใจระหว่างการคัดกรองได้ดีกว่า การศึกษาของพรทิพย์ วชิรดิลก และคณะ (2559; นงค์เยาว์ อินทรวีเชียร, 2562; พรวิภา ยะสอน, 2565; พิมพ์ วีระคำ, คัคณนันท์ วิริยาภรณ์ประภาส, ศิริพร จักรอ้อม, และพิชณุตม์ ภิญโญ, 2562) พบว่าปัญหาการคัดแยกเกิดจากบุคลากรที่ทำกรคัดแยกมีความรู้และประสบการณ์แตกต่างกัน



3. ด้านเครื่องมือคัดกรองและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรองมี 2 ประเด็นย่อย คือเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยยากต่อการใช้งาน และเทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรองซับซ้อน

### 3.1 เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยยากต่อการใช้งาน

เดิมสภาการพยาบาลได้นำระบบการคัดกรอง 3 ระดับ และมีการประกาศใช้หลักเกณฑ์ในการคัดแยก เพื่อการคำนวณภาระงานการพยาบาลห้องฉุกเฉินในปี 2545 โดยแบ่งคนไข้เป็น 4 ระดับ จนกระทั่งในปัจจุบัน ได้เริ่มมีการปรับใช้ระบบคัดกรองที่แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ความรุนแรง โดยอ้างอิงจากหลากหลายวิชาการ เช่น Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) ของประเทศแคนาดา และ Emergency Severity Index (ESI) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ภาระที่ล่าสุดได้แนะนำให้ใช้เครื่องมือกระบวนการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข MOPH ED. Triage มาเป็นแนวทางในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ทุกโรงพยาบาลต้องสามารถทำการคัดแยกและจัดลำดับการบริการได้ (กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข 2561) จากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้พบว่า เครื่องมือการคัดแยกมีความละเอียดมาก มีความซับซ้อน ทำให้สับสน มีการจำแนกผู้ป่วยผิดพลาด และเสียเวลาให้บริการรักษาล่าช้าเพราะพยาบาลจรรยาละเอียดของเกณฑ์ไม่ได้ ไม่เข้าใจในแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ เกณฑ์การแยกประเภทผู้ป่วยเข้าใจไม่ตรงกัน มีบางส่วนระบุว่า การคัดแยกในบางอาการตามแนวทางในเครื่องมือคัดแยกมีความคลุมเครือ เกณฑ์การคัดแยกบางส่วนยังไม่ชัดเจน ประกอบกับสถานการณ์การระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (โคโรนาไวรัส (Covid-19)) มีการปรับเกณฑ์การคัดกรองกลุ่มที่สงสัยการติดเชื้อ เป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหม่ ทำให้ไม่มีความรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ มุขหวัทน และจุไรพร กนกวิจิตร (2564), นงเยาว์ อิทธิวิเชียร (2562) พบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการคัดกรองล่าช้าและคัดกรองผิดประเภทเกิดจากพยาบาลคัดกรองไม่เข้าใจในแนวทางและเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย ไม่เข้าใจเครื่องมือการคัดกรอง ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรอง ระบบคัดแยกในโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันและ จิราพร พิลัยกุล (2563) พบว่าการคัดกรองยังมีความล่าช้าเนื่องจากขาดความเข้าใจในการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยโรคโคโรนาไวรัส (Covid-19)

### 3.2 เทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรองซับซ้อน

การบันทึกข้อมูลการคัดแยกให้ชัดเจน สะดวก และง่ายต่อการบันทึกและมีการสื่อสารข้อมูลการคัดแยก จะส่งผลต่อระยะเวลาคัดแยกผู้ป่วยได้รวดเร็วมากขึ้นและผู้ป่วยได้เข้าไปรับการตรวจรักษาได้รวดเร็ว ถูกต้องตามระดับความเร่งด่วน(กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระบบการคัดกรองผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาล มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรองที่แตกต่างกันออกไป มีทั้งการใช้ระบบการบันทึกการคัดกรอง โดยระบบคอมพิวเตอร์และระบบการคัดกรองแบบการเขียนบันทึก เกิดความผิดพลาดด้านเอกสารที่เขียน ซึ่งการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรอง ยังพบปัญหาการใช้ เช่น การเปลี่ยนจากการใช้



ระบบคอมพิวเตอร์แบบเดิม เป็นแบบใหม่ ยังไม่คุ้นเคย มีความซับซ้อน ขั้นตอนมาก ส่งผลให้การคัดกรองผู้ป่วยและการรักษามีความล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาของอรวรรณ ฤทธิอินทรางกูรและคณะ (2561) พบประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการคัดแยกผู้ป่วยคือปัญหาการบันทึกข้อมูลการคัดแยก และจิปาถะ พิลัยกุล (2563) พบว่าการระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (Covid-19) ) ทำให้มีขั้นตอนการบันทึกผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเฉพาะมากขึ้น

4. ด้านสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการคัดกรองมี 2 ประเด็นย่อย คือ ความไม่ชัดเจนในการเข้าถึงการคัดกรองและอุปกรณ์สำหรับการคัดกรองไม่เพียงพอในบางช่วงเวลา

#### 4.1 ความไม่ชัดเจนในการเข้าถึงการคัดกรอง

หลักการจัดวางระบบสถานที่ในการคัดกรอง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข , 2561) กล่าวว่าสถานที่ที่เหมาะสมที่จะทำการคัดกรอง ควรกำหนดไว้เป็นจุดแรก จุดที่ผู้ป่วยทุกคนเข้าถึงได้ง่ายและมองเห็นอย่างเด่นชัด ควรอยู่ไม่ห่างจากห้องฉุกเฉินมากนัก เนื่องจากในกรณีที่เกิดกรองและพบว่ามึระดับความรุนแรงสูง จะสามารถเคลื่อนย้ายเข้ารับการดูแลตรวจรักษาได้อย่างทันท่วงที ข้อมูลการศึกษาครั้งนี้พบว่ามึจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทั้งในเวลาราชการและโดยเฉพาะวันหยุด/นอกเวลาราชการ ป้ายห้องตรวจอยู่ในตำแหน่งที่ไม่ชัดเจน จุดคัดกรองอยู่รวมกับการปฏิบัติงานส่วนอื่น ๆ สถานที่ไม่เป็นสัดส่วน สถานที่มึความคับแคบ ไม่มีป้ายแผนผังขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน เสียรอบข้างที่ดังรบกวน ทำให้การเข้าถึงสถานที่การคัดกรองล่าช้า การดำเนินการคัดกรองอาจไม่ทันอาจส่งผลให้เกิดผลเสีย ทำให้การคัดกรองไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน หากล่าช้า หรือไม่ถูกต้อง ทำให้ส่งผลต่อการรักษา เช่น เกิดอาการทรุดลง ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยปัญหาที่มึการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ สำหรับรับการคัดกรองผู้ป่วย การจัดเตรียมสิ่งต่าง ๆ ทั้งสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้ ไม่ทันต่อสถานการณ์ซึ่งการศึกษาของชลลดา ทอนเสาร์, วิภาดา วิจักขณาลัญญ์, เกียรติศักดิ์ ชัยพรหม, พิมพิมาน แห่่งสท้าน, เปรมสุตา จันทพิมพ์, ภรณ์พินิจ แสนสุข, และไมตรี ทอนเสาร์ (2562) พบว่าปัญหาเรื่องสถานที่ในการคัดแยกเกิดจากจุดคัดแยกคับแคบ ไม่เป็นสัดส่วน เป็นจุดหรือสถานที่ที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถให้บริการผู้ป่วยได้สะดวก จุดคัดแยกปนกับส่วนอื่น ๆ และบางโรงพยาบาลไม่มีจุดคัดแยก ส่งผลให้การเข้าถึงการคัดกรอง และการนำส่งผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินไปยังห้องตรวจล่าช้า

#### 4.2 อุปกรณ์สำหรับการคัดกรองไม่เพียงพอในบางช่วงเวลา

การจัดมาตรฐานห้องฉุกเฉิน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินมีประสิทธิภาพ ทันเวลา ห้องฉุกเฉินจำเป็นต้องมีความพร้อม ตลอดเวลา มีมาตรฐานทั้งด้านการจัดบริการ คุณภาพการรักษา มาตรฐานข้อมูล เครื่องมือแพทย์และเครื่องมือ (Structure) เป็นเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการรักษา ต้องพร้อมใช้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง โดยเฉพาะใน ภาวะฉุกเฉินชีวิต สถานพยาบาลจึงจำเป็นต้องจัดหาเครื่องมือให้มึใช้อย่างเพียงพอ พร้อมใช้ ควรมีการตรวจสอบและบำรุงรักษา และบุคลากรต้องมึ

ทักษะในการใช้เครื่องมือ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากข้อมูลการศึกษาค้นคว้าพบปัญหาว่าอุปกรณ์สำหรับการคัดกรองไม่เพียงพอได้แก่ อุปกรณ์ในการวัดสัญญาณชีพ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ปรอท ตลอดจนรถเข็นผู้ป่วยไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการคัดกรอง และเกิดการคัดกรองผิดพลาด ไม่ได้ตามมาตรฐานตามการคัดกรอง ทำให้เกิดผลเสียต่อชีวิตผู้ป่วยได้ และการศึกษาของพะนอ เตชะอธิก และคณะ (2563) ได้ศึกษาถึงความล่าช้าในการบริการผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เกิดจากระยะรอเวรเปลจากความไม่พร้อมของอุปกรณ์ เช่นรถเข็นนั่งหรือนอน

**ข้อมูลความต้องการดำเนินงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่**  
**โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2** จากการสำรวจความต้องการในงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ได้ข้อค้นพบความต้องการในงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3 ด้าน 7 ประเด็นย่อย ผู้วิจัยดำเนินการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ด้านผู้คัดกรองมี 3 ประเด็นย่อย คือ เพิ่มพูนประสบการณ์พยาบาลคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ เพิ่มอัตรากำลังใน 3 รอบการปฏิบัติงาน และเพิ่มอัตรากำลังทีมหนุนเสริมตอบสนองความต้องการผู้รับบริการเมื่อเกิดความแออัดของผู้ป่วย

#### 1.1 เพิ่มพูนประสบการณ์พยาบาลคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ

หัวใจสำคัญของระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินคือพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย ต้องเข้าใจกระบวนการหลักในการคัดกรองผู้ป่วย มีองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็น ซึ่งควรได้รับการเพิ่มพูนสมรรถนะด้านความรู้ ประสบการณ์และทักษะอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (สุรัตน์ สุขสว่าง, 2561) จากข้อมูลการศึกษาค้นคว้าพบว่าพยาบาลมีความต้องการพัฒนาด้านความรู้ในการใช้แนวทางและเครื่องมือการคัดกรอง พยาบาลต้องผ่านการอบรมการคัดกรอง มีการจัดอบรมการคัดกรองที่ต่อเนื่อง มีการนำปฏิบัติการจากการคัดกรองมาทบทวน พยาบาลคัดกรองต้องเพิ่มการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม สอดคล้องกับชลลดา ทอนเสาร์ และคณะ (2562) ได้ศึกษาถึงความถูกต้องและคุณภาพในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินจะมีมากขึ้น พยาบาลต้องพัฒนาองค์ความรู้ ผ่านการอบรมเรื่องการคัดกรองและ สอดคล้องกับภฤชญา สวมชัยภูมิ และคณะ (2562) พบว่าการคัดแยกที่ได้มาตรฐานขึ้นอยู่กับประสบการณ์การทำงาน นอกจากนี้คุณสมบัติพื้นฐานของพยาบาลคัดกรองที่ดี ต้องมีความรู้ทักษะในการประเมินผู้ป่วย ทักษะการสื่อสาร มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่มีความสามารถในการแก้ปัญหาหลาย ๆ ด้าน กล้าตัดสินใจ มี รวมทั้งมีสติ ได้รับการอบรมการคัดกรองที่ต่อเนื่อง (งานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพล, 2561) อีกทั้งการศึกษาของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ได้แนะนำถึงหลักการวางรูปแบบการคัดกรองคือความรู้และทักษะของผู้คัดกรอง มีการจัดการทรัพยากรและการประสานงานที่ดี อีกทั้งสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับสมรรถนะหลัก 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการประสานความร่วมมือ ด้านการตัดสินใจ

ด้านภาวะผู้นำ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการทำงานเป็นทีมและด้านความรู้เฉพาะสาขา (กรองได อุณหสูตร, 2549) ตลอดจนการศึกษาของวิปศยา คัมสุพรรณ (2561) ได้ศึกษาถึงกรอบสมรรถนะตาม ตำแหน่งหน้าที่ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพุทธชิน ราช พิษณุโลก ประกอบด้วย สมรรถนะ 4 ด้าน และพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 28 ข้อ ตัวอย่าง สมรรถนะด้านทักษะการประเมินอาการและการคัดกรอง เช่นสามารถรวบรวมอาการสำคัญจากการ ชักประวัติ ตรวจร่างกายเบื้องต้น การตรวจสัญญาณชีพ การประเมิน Glasgow Coma Score ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและครอบคลุม สามารถคัดกรองผู้ป่วยตามเครื่องมือการคัดกรอง

### 1.2 เพิ่มอัตรากำลังใน 3 รอบการปฏิบัติงาน

การกำหนดอัตรากำลังพยาบาลที่เหมาะสมกับงาน จะทำให้การคัดกรองมีความ รวดเร็ว คัดกรองได้มาตรฐาน ส่งผลต่อการรักษาของผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามระดับความ เร่งด่วน ตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ กำหนดให้มีการกำหนดสัดส่วน การกระจายอัตรากำลังในแต่ละเวรตามภาระงาน สัดส่วนที่เหมาะสม ของพยาบาลวิชาชีพ: ผู้ป่วยคือ 1: 10 (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) จากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความต้องการเพิ่มอัตรากำลังของพยาบาลจุดคัดกรองทุกเวร ต้องการให้มีพยาบาลคัดกรองในเวรดึก ซึ่งจะส่งผลให้การคัดกรองได้รวดเร็ว ถูกต้องตามมาตรฐาน ซึ่งการศึกษาของอรวรรณ ฤทธิ์อินทรานุกร และคณะ (2563) ได้มีการศึกษาถึงการพัฒนาระบบการ คัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินด้านพยาบาลคัดแยก โดยกำหนดให้มีพยาบาลประจำจุดคัดแยกในการ คัดแยกผู้ป่วย ณ จุดคัดแยกผู้ป่วยด้านหน้าหน่วยงาน และมีการเพิ่มอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในช่วง เหวเช้าและเวรบ่าย เหวละหนึ่งคนเพื่อทำหน้าที่เป็นพยาบาลคัดแยก ส่วนเวรดึกมอบหมายหน้าที่ พยาบาลคัดแยกให้กับพยาบาลในเวรดึกในห้องพักอุบัติเหตุฉุกเฉินหนึ่งคนทำหน้าที่ในการคัดแยก โดยกำหนดคุณสมบัติที่จำเป็นสำหรับพยาบาลคัดแยกผู้ป่วย คือ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานใน หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 3 ปี และได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานที่จำเป็น แต่เนื่อง ด้วยการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นภารกิจที่ไม่สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ล่วงหน้าได้ ทำให้ ปริมาณงานและความต้องการอัตรากำลังเพิ่มขึ้นเพราะมีความซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ ฉุกเฉิน บางครั้งไม่สามารถเข้าไปคัดกรองผู้ป่วยได้ทันที จึงจำเป็นต้องบริหารจัดการอัตรากำลังเท่าที่มี อยู่ปัจจุบันให้มีความเหมาะสมในทุก ๆ เหว

1.3 เพิ่มอัตรากำลังทีมหนุนเสริมตอบสนองความต้องการผู้รับบริการเมื่อเกิดความ แออัดของผู้ป่วย

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ (2551) ตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและ การผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ได้มีการกำหนดอัตรากำลังพยาบาลที่เหมาะสมกับงาน

ควรมีสัดส่วนการผสมผสาน ระหว่าง RN และ Non RN อย่างเหมาะสม และควรมีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ: ผู้ป่วยเป็น 1: 10 (สภาการพยาบาล, 2548) จากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้พบว่าช่วงที่มีการระบาดของ covid – 19 ทำให้มีผู้มารับบริการจำนวนมาก มีทั้งผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่ฉุกเฉิน เกิดความแออัดที่จุดคัดกรอง มีความต้องการทีมหนุนเสริมมาช่วยที่จุดคัดกรอง เช่นพยาบาลพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ เจ้าพนักงานเวชกิจ เจ้าหน้าที่ศูนย์เปล สอดคล้องกับการศึกษาของมาลี คำคงและกิตติพร เนาวิสุวรรณ (2561) กล่าวว่า การจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพให้เพียงพอทั้งปริมาณ และคุณภาพ ทำให้ระบบการดูแลรักษามีคุณภาพและมีความปลอดภัย และสอดคล้องกับอาจารย์ พรหมดี, ปฏิพร บุญยพัฒนกุล, และพรศิริ กนกกาญจนะ (2560) กล่าวว่า ปัจจัยสัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วยที่เหมาะสม การจัดอัตรากำลังพยาบาลให้เหมาะสมกับภาระงานในห้องฉุกเฉิน เป็นการสนับสนุนการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุให้มีคุณภาพ ดังนั้น อัตรากำลังบุคลากรพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่ง ถ้ามีการบริหารอัตรากำลังอย่างเพียงพอและเหมาะสมทำให้การดำเนินการคัดกรองได้รับการคัดกรองที่ถูกต้องตามมาตรฐาน และผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ รักษาตามระดับความเร่งด่วน

## 2. ด้านเครื่องมือและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านการคัดกรอง

### 2.1 ลดความซับซ้อนของเครื่องมือการคัดกรองและระบบบันทึกข้อมูล

การดำเนินการ MOPH ED. Triage นี้ เป็นการใช้ guideline ซึ่งเป็นวิชาการที่แปลมาจาก ESI (Emergency severity index) โดย เป็นการคัดกรอง 5 ระดับ เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจและการใช้งานในระบบบริการเป็นแนวทางที่คัดกรองผู้ป่วยด้วยการใช้ลักษณะ (acuity) และทรัพยากร (resource) จากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีความต้องการให้โรงพยาบาลใช้โปรแกรมระบบการคัดกรอง มีการซิงค์ประวัติลงในระบบคอมพิวเตอร์ บันทึกเข้าในระบบ ใช้ให้เหมือนกันทั้งจังหวัด ใช้แนวทาง / เกณฑ์เครื่องมือการคัดกรองเดียวกัน สอดคล้องกับ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ที่ได้กล่าวถึงสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ คือ จุดคัดกรองในทุก ๆ จุดนั้น ใช้แนวทางในการคัดกรอง เดียวกัน และสามารถประเมินได้ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดมาตรฐานการให้บริการที่จะสามารถลดการสูญเสียที่ไม่จำเป็นได้อย่างแท้จริง และการศึกษาของ อรรวรรณ ฤทธิ์อินทรางกูรและคณะ (2561) ได้ศึกษาถึงการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยควรมีการพัฒนากระบวนการบันทึกข้อมูลการคัดแยกให้ชัดเจน สะดวก ง่ายต่อการบันทึก และสื่อสารข้อมูลการคัดแยก จัดทำแบบฟอร์มเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถบันทึกข้อมูลการคัดแยกให้ชัดเจน และพัฒนาให้สามารถบันทึกข้อมูลการคัดแยกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินใหม่ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์การเจ็บป่วยและปริมาณของผู้ป่วยในปัจจุบัน เพื่อประเมินและค้นหาภาวะสุขภาพในการนำมา



จัดลำดับความเร่งด่วนได้อย่างรวดเร็ว สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความปลอดภัย และกล่าวว่าองค์ประกอบของระบบการคัดแยกโดยสิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญ คือ จุดคัดกรองในทุก ๆ จุดนั้น ควรใช้แนวทางในการคัดแยกเดียวกัน และสามารถประเมินได้ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดมาตรฐานการคัดกรองที่ได้มาตรฐาน ให้บริการที่จะสามารถลดการสูญเสียที่ไม่จำเป็นได้อย่างแท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร พิลัยกุล (2563) พบว่าการระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (Covid-19) ควรมีช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยวิกฤติกลุ่มนี้ เพื่อลดขั้นตอนการบันทึกข้อมูล ลดการแพร่กระจายเชื้อ และสอดคล้องกับกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (2563) ได้กำหนดแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยในโรงพยาบาลกรณีสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ให้เข้าใจและเป็นแนวทางคัดกรองไปในทางเดียวกันและสอดคล้องกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2565) เรื่องเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และจัดลำดับการบริหาร กลุ่มอาการที่ 26 กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 เพื่อให้พยาบาลมีการใช้เครื่องมือการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ถูกต้องตามระดับความเร่งด่วน 5 ระดับ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ถูกต้อง

3. ด้านสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการคัดกรองมี 3 ประเด็นย่อย คือ แยกพื้นที่เฉพาะในการคัดกรองสำหรับหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน, อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการคัดกรองเพียงพอ และป้ายแสดงจุดคัดกรองที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยและญาติ

### 3.1 แยกพื้นที่เฉพาะในการคัดกรองสำหรับหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน (2563) ได้กำหนดเกณฑ์ในการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ ให้มีพื้นที่สำหรับส่งผู้ป่วยอย่างเพียงพอ เหมาะกับผู้พิการและผู้ที่จะช่วยเหลือตนเองได้น้อย เพื่อการเข้าถึงการบริการคัดกรองที่รวดเร็ว ลดการแออัดกับหน่วยงานอื่น และสร้างความพึงพอใจขณะรอรับบริการ จากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ต้องการให้สถานที่คัดกรองมีความปลอดภัย แยกโซนเป็นสัดส่วน ขยายพื้นที่ให้กว้างขึ้น ทุกคนเข้าถึงได้ง่ายและมองเห็นอย่างเด่นชัด สอดคล้องกับการศึกษาของอรรณพฤทธิ์อินทรางกูร และคณะ (2561) ได้ศึกษาถึงการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยควรมีการพัฒนาสถานที่ให้เหมาะสมกับการคัดแยก มีจุดรองรับผู้ป่วยที่รอรับบริการ และสอดคล้องกับ รวมถึงกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ได้กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของประเทศไทยให้ไปในทางเดียวกัน โดยได้กล่าวถึงหลักในการจัดวางรูปแบบบริการ ในการคัดกรอง คือสถานที่ที่เหมาะสมที่จะทำการคัดกรอง ควรกำหนดไว้เป็นจุดแรก ที่ผู้ป่วยทุกคนเข้าถึงได้ง่ายและมองเห็นอย่างเด่นชัด การกำหนดจุดคัดกรองในกรณีที่มีพื้นที่มีความกว้างขวาง อาจมีมากกว่า 1 จุด อยู่ไม่ห่างจากห้องฉุกเฉินมากนัก อีกทั้งเป็นช่วงการระบาดของโรคโควิด -19 ควรมีจัดสถานที่รองรับผู้ป่วยให้เพียงพอ (จิราพร พิลัยกุล, 2563) และสอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุข (2563) แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา



และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ) หลังการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้พักรอ ณ บริเวณที่จัดไว้ หรือให้รอฟังผลที่บ้านโดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว

### 3.2 อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการคัดกรองเพียงพอ

การจัดเตรียมความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์สำหรับการรับการคัดกรองผู้ป่วยให้อย่างเพียงพอ พร้อมใช้ ให้ทันต่อสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้กับลักษณะงานของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่จะต้องเข้ามารับการตรวจตลอด 24 ชั่วโมง จะทำให้ผู้ป่วยมีการเข้าถึงสถานที่การคัดกรองได้รวดเร็ว และผู้ป่วยได้รับการประเมินการคัดกรองที่ถูกต้องตามมาตรฐานการคัดกรอง(กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความต้องการในการอุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เช่น เพิ่มรถนั่ง รถนอน ในช่วงเวลาวันราชการ ซึ่งมาพร้อมอุปกรณ์เสริมในการเคลื่อนย้าย เช่น ถังออกซิเจน ต้องการอุปกรณ์ที่ใช้ที่จุดคัดกรองให้เพียงพอ เช่น มอร์นิเตอร์ อุปกรณ์ในการวัดสัญญาณชีพ เครื่องวัดความดันโลหิต ปรอท สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรวรรณ ฤทธิ์อินทรางกูรและคณะ (2561) ได้ศึกษาถึงการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยควรมีการเตรียมพร้อมทั้งอุปกรณ์ในการวัดสัญญาณชีพ อุปกรณ์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และอุปกรณ์ในการช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเร่งด่วนได้ทันที และการศึกษาของพะนอ เตชะอธิก และคณะ (2563) ได้ศึกษาถึงการจัดการความล่าช้าในการบริการผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีการให้เจ้าหน้าที่เวรเปลจัดรถเข็นนั่งหรือนอนตามอาการของผู้ป่วย อาการหนักใช้รถนอน กรณีเดินลำบากใช้รถนั่ง หรือผู้ป่วยที่เดินได้ก็พาไปนั่งเก้าอี้ เพื่อลดความล่าช้าในการเข้าไปรับการคัดกรองและตรวจรักษาในห้องตรวจ และสอดคล้องกับสุรรัตน์ แลพวง (2563) พบว่าการบริหารจัดการ ภายใต้มาตรการการคัดกรองเพื่อรับมือสถานการณ์โรคไวรัสโคโรนา -19 ควรมีการจัดสรรงบประมาณด้านอุปกรณ์ในการใช้ระบบงานคัดกรองให้มีความเพียงพอพร้อมใช้ ดังนั้นการจัดเตรียมสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอุปกรณ์จำเป็นทั้งวัสดุอุปกรณ์การวัดสัญญาณชีพ ถังออกซิเจน ตลอดจนการเตรียมรถเข็นผู้ป่วยให้มีความอย่างเพียงพอ พร้อมใช้จะทำให้มีการคัดกรองผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น คัดกรองได้ตามมาตรฐาน สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเร่งด่วนได้ทันทุกที่

### 3.3 ป้ายแสดงจุดคัดกรองที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยและญาติ

หน้าที่พยาบาลหน้าที่หนึ่งในการใช้กระบวนการคัดกรอง คือ การประเมินด้วยสายตาอย่างคร่าว ๆ เพื่อค้นหาภาวะคุกคาม ให้ระดับความเร่งด่วน นำส่งผู้ป่วยไปยังสถานที่รักษาเมื่อมีความจำเป็น และมีการจัดให้รอรับการคัดกรองในสถานที่เหมาะสม ตามมาตรฐานได้กำหนดให้สถานที่การคัดกรองมีความเหมาะสม ควรเห็นชัดเจน เข้าถึงได้ง่าย มีป้ายสื่อสารให้เห็นชัดเจน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความต้องการให้มีป้ายสื่อสารแผนผังถึงขั้นตอนในการรับบริการการตรวจให้ชัดเจน นำสารสนเทศ นวัตกรรม ทำเป็นแบบ QR code และแผนที่โดยย่อ มีป้ายและสัญลักษณ์บอกทิศทางที่ชัดเจน เพื่อสื่อสาร และเพื่อให้มีการ

เข้าถึงการคัดกรองที่รวดเร็ว สอดคล้องกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน (2563) ได้กำหนดแนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ ให้มีการนำสารสนเทศ นวัตกรรมใหม่ ๆ มาใช้ในการติดต่อสื่อสาร มีป้ายและสัญลักษณ์บ่งชี้/บอกทาง ที่สังเกตเห็นและเข้าใจได้ง่ายตามมาตรฐานให้มีการเข้าถึงบริเวณแผนกฉุกเฉิน และการเริ่มกระบวนการ Triage ที่มีประสิทธิภาพรวดเร็ว

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 มีอยู่หลายด้าน ซึ่งมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

**1. ด้านบริหาร** ผู้บริหารควรให้ความสำคัญในการบริหารจัดการจัดสรรทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับระบบการคัดกรองผู้ป่วย

1.1 ด้านบุคลากร พัฒนาองค์ความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ควรจัดอบรมสมรรถนะพยาบาลคัดกรอง เพิ่มทักษะในการคัดกรองผู้ป่วยให้กับพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง บริหารอัตรากำลังให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันทั้งสถานการณ์ปกติและในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโคโรนา โควิด-19

1.2 ด้านสถานที่ มีการจัดการสถานที่ให้เป็นสัดส่วน มองเห็นได้ชัด เข้าถึงได้ง่าย มีป้ายขั้นตอนการบริการผู้รับบริการ มีจุดคัดกรองโรคติดเชื้อและรอตรวจในรายที่อาการไม่ฉุกเฉิน มีจุดรอการให้บริการผู้ป่วย แยกผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ตลอดจนจุดรอสำหรับญาติ

1.3 ด้านอุปกรณ์อำนวยความสะดวก มีการบริหารจัดการจัดสรรทรัพยากรให้มีความเพียงพอ พร้อมใช้กับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง เช่น อุปกรณ์ในการวัดสัญญาณชีพ แยกใช้ระหว่างผู้ป่วยติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ รวมถึงบริหารจัดการรถเข็นนั่ง/นอนให้มีเพียงพอ

1.4 ด้านเครื่องมือการคัดกรองและระบบการบันทึกข้อมูล มีการจัดแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลของแต่ละที่ ทั้งแนวปฏิบัติคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อของโรคโคโรนาไวรัส (Covid-19) และการคัดกรองตาม MOPH ED triage เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติให้ถูกต้องไปในทางเดียวกัน ตลอดจนพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลในระบบที่ไม่ซับซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองที่รวดเร็วขึ้น ได้รับการรักษาพยาบาลถูกต้องตามระดับความเร่งด่วน

**2. ด้านบริการ** ควรมีการทบทวน ถอดบทเรียนและศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ ในการคัดกรองผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อพบปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยในแต่ละครั้ง โดยสามารถนำข้อมูล มาเป็นพื้นฐานให้เกิดการพัฒนา จัดระบบการคัดกรองผู้ป่วยตามสภาพปัญหาและความต้องการของ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน ในหน่วยงานของผู้ให้บริการและ ผู้ใช้บริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบการคัดกรองให้ได้มาตรฐาน

**3. ด้านวิชาการ** เป็นแนวทางการวิจัยต่อยอดในเรื่องของการพัฒนาระบบการคัดกรอง ผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทและสถานการณ์ที่แตกต่างกัน

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยและพัฒนาเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบการคัดกรอง ผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เหมาะสมในบริบทของหน่วยงานแต่ละแห่ง

2. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่รวบรวมข้อมูลจากมุมมองของผู้ปฏิบัติที่ทำหน้าที่ ในการคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นมุมมองเพียงมิติเดียว ดังนั้นเพื่อให้ได้มุมมองที่ชัดเจนและได้ประเด็น ที่ครบถ้วนมากขึ้น จึงควรทำการศึกษาในมุมมองที่หลากหลาย ในทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ที่มา รับบริการ เพื่อทราบปัญหาและความต้องการในการคัดกรองผู้ป่วย เพื่อนำมาซึ่งการพัฒนาและ บริหารจัดการที่ครอบคลุมทุกด้านอย่างมีคุณภาพ

บรรณานุกรม



## บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. (2548). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน*. กรุงเทพฯ: สำนักการพยาบาลกรมการแพทย์
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับ ระดับศักยภาพสถานพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สามชัย 2017.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *MOPH.ED Triage* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สำนัก วิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค. (2564). *รายงานสถานการณ์โควิด-19*. สืบค้น 27 พฤษภาคม 2564, จาก <https://covid19.ddc.moph.go.th/>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *รายงานสถานการณ์โควิด-19*. สืบค้น 15 พฤษภาคม 2565, จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
- กรมสุขภาพจิต. (2563). *New Normal ชีวิตวิถีใหม่*. สืบค้น 25 พฤษภาคม 2564, จาก <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2288>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548*, สืบค้น 20 พฤษภาคม 2563. จาก <https://pidst.or.th/A816.html>
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. (2563). *แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และ ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โคโรนาไวรัส (COVID-19))*, สืบค้น 12 มิถุนายน 2564. จาก <https://pidst.or.th/A890.html>
- กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *แนวทางการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2563). *New Normal กับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง*. สืบค้น 5 พฤษภาคม 2564, จาก <https://dsp.dip.go.th/th/category/2017-11-27-08-04-02/2020-06-29-14-39-49>



- กรองโต อุดมสุด. (2549, 23-24 มิถุนายน). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิต. ใน *การบรรยายเรื่องเครือข่ายและปรากฏการณ์ความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลศาสตร์วิกฤติชมรมพยาบาลศาสตร์อุบัติเหตุแห่งประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายพยาบาลอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย.
- กฤษณา สวมชัยภูมิ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการใช้อัตลักษณ์ความรุนแรงฉุกเฉิน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(4), 34-47.
- กัลยารัตน หลาธรรม, และชัชฌาณ แพรขาว. (2560). *การศึกษาคูณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีนครินทร์*. ใน: การประชุมวิชาการเสนองานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติและนานาชาติ 2560; 10 มีนาคม 2560; ณ อาคารพจน สารสิน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. สืบค้น 25 มกราคม 2565, จาก <chrome-extension://efaidnbnmnhibpcajpcglcfindmkaj/https://gsbooks.gs.kku.ac.th/60/nigr2017/pdf/MMP27.pdf>. หน้า 1035-1046
- ข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขปี. (2563). *ข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการปี 2563 สำหรับการจัดการ*. สืบค้น 3 ตุลาคม 2563, จาก <http://www.rh2.go.th/www/about.php?MsID=27>
- คณะกรรมการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (2563). *พฤติกรรมกับชีวิตวิถีใหม่: New Normal*. สืบค้น 20 พฤษภาคม 2564, จาก <http://www.ttmed.psu.ac.th/blog.php?p=258>
- งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. (2561). *คู่มือการคัดกรองผู้ป่วย*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น.
- จินตนา ธนวิบูลย์ชัย. (2552). *การพัฒนาชุดฝึกอบรมการประเมิน ผู้เรียนตามสภาพจริงสำหรับครู* (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จิราพร พิลัยกล. (2566). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย โควิด-19 ของโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อจัดการความรุนแรงของโรคภายในจังหวัดมหาสารคามและเครือข่าย. *วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ*, 16(1), 193-205. สืบค้น 7 พฤษภาคม 2566, จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/260166>
- ฉวีวรรณ ตรีชมวารี. (2565). การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่จุดคัดแยกด้านหน้าโรงพยาบาลธวัชบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 3(3), 37-47. สืบค้น 20 ธันวาคม 2565, จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/259455>

ชลลดา ทอนเสาร้, วิภาดา วิจักขณาลัญญ์, เกียรติศักดิ์ ชัยพรหม, พิมพิมาน แห่่งส่่า่น, เปรมสุดา จันทพิมพ์, ภรณ์พินิจ แสนสุข, และไมตรี ทอนเสาร้. (2563). *การศีกษาการค้ดแยก ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. The 7th National Conference Nakhonratchasima College* (น. 1140-1148). สื่บค้่น 1 มีนาคม 2565, จาก [chrome-extension://efaidnbmnribpcajpcglclefindmkaj/http://journal.nmc.ac.th/th/admin/Journal/2563Vol12No1\\_109.pdf](chrome-extension://efaidnbmnribpcajpcglclefindmkaj/http://journal.nmc.ac.th/th/admin/Journal/2563Vol12No1_109.pdf)

ช้ชวาล วงศ์สารี. (2563). การออกแบบวิจัยเชิงคุณภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์ วิทยา: สาขาพยาบาลศาสตร์. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับ สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 10(1), 1-14.

ไชยพร ยุกเซ็น, และยุวเรศมค้ฐ์ สิทธิชาญบัญชา. (2557). *เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1*. กรุงเทพฯ: ช่อระการรพิมพ์.

ธนาสิทธิ วิจิตรพานธ. (2565). *การพัฒนากระบวนการค้ดกรองสำหรับห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของ โรงพยาบาลในเครือช่ายบริการที่ 3 จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้โปรแกรมมือถ่อ*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.

นงค์เยาว์ อินทรวีเชียร. (2562). การศีกษาคุณภาพการค้ดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 2(2),43.

ประเวศ วะสี. (2563). *โลกหลังโควิด - โลก 7 N “โควิด 19” ป่อกันการเกิดสงครามโลกสู่ทิศทาง ใหม่*. สื่บค้่น 2 พฤษภาคม 2566, จาก <https://www.hfocus.org/content/2020/05/19269>

พงษ์ลัดดา ปาระลี, และช้จคณศ์ แพรวชาว. (2562). ปัจจัยทำนaylorการเกิดความแอ้อดที่ห้องฉุกเฉินใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 40(2), 52-65.

พรทิพย์ วชรติลก, อีระ ศิริสมุด, สีนินุช ชัยสิทธิ, และอนุชา เศรษฐเสถียร. (2559). การค้ดแยกผู้ป่วย ของแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในประเทศไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(2) 96-108.

พนอ เตชะอธิก, และปริวัฒน์ ภู่เงิน. (2557). *กระบวนการค้ดแยกผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน :Essential knowledge in emergency care*. ขอนแก่น: คลังนานา.

พิมพา วีระค้ำ, ค้คนนันท์ วิริยาภรณ์ประภาส, ศิริพร จักรอ้อม, และพิชญุตม์ ภิญโญ. (2562).

ประสิทธิผลของการอบรมการค้ดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED Triage ต่อความถูกต้อง ของการค้ดแยกผู้ป่วย ของเจ้าหน้าที่ กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่สาย. *วารสารกรมการแพทย์*, 44(5), 73.

- พัชรินทร์ นาคะอินทร์. (2565). ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร. *วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร*, 25(3), 107-108.
- ไพศิษฐ์ ตระกูลก้องสมุทร. (2564). จุดเปลี่ยนสุขภาพ New Normal หลังวิกฤตโควิด-19. สืบค้น 3 พฤษภาคม 2565, จาก <https://www.samitivejhospitals.com/th/article>
- มาลี คำคง, และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2560). แนวทางพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 11(3). สืบค้น 12 เมษายน 2565, จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/101444/84421>
- เยาวลักษณ์ ผุ่ยหัวโตน, และจุไรพร กนกวิจิตร. (2564). การศึกษาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. สืบค้น 1 มกราคม 2565, จาก chrome extension: //efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cmneuro.go.th/TH/research/63-Full%20Paper.
- เยาวรัฐ วิชัยมงคล. (2564). การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 213-225. สืบค้น 11 เมษายน 2565, จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/252527/170523>
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมี บุ๊คส์พับลิเคชั่น.
- วิปีศยา คุ่มสุพรรณ. (2561). การพัฒนารอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(1), 143-146.
- ศรีชล ฉายาพงษ์. (2553). *ศึกษาความต้องการพัฒนาตนเองของข้าราชการตำรวจ ชั้นสัญญาบัตร และชั้นประทวนกองบังคับการอำนวยการตำรวจภูธรภาค 2 ในสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2556). *เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด. (ฉบับที่ 1)*. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2556). *คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2564). *สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน.*

สืบค้น 9 มกราคม 2565, จาก chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/414764\_20220208161448.pdf

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน. (2564). *รายงานสถิติการแพทย์ฉุกเฉิน.* สืบค้น 20 กันยายน 2565, จาก [https://ws.niems.go.th/ITEMS\\_DWH](https://ws.niems.go.th/ITEMS_DWH)

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2565). *เรื่องเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และจัดลำดับการ*

*บริหาร กลุ่มอาการที่ 26 กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (ฉบับที่ 2).*

สืบค้น 9 มกราคม 2566, จาก chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.niems.go.th/1/uploadattachfile/2023/ebook/417974\_20230519130048.pdf

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2562). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)*

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2563). *เกณฑ์การประเมินตนเองตามมาตรฐานการรับรองเฉพาะระบบ สำหรับระบบการดูแลรักษาในห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล.* ฉบับนำร่อง. สืบค้น 9 เมษายน 2564, จาก <http://49.231.15.21/deptw1/upload/files/haF256304221150285009.pdf>

สภาการพยาบาล, (2548). *มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ 2528 (แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2).* สืบค้น 20 ตุลาคม 2562, จาก chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A444.pdf

สภาการพยาบาล. (2563). *ประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง หลักการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย พ.ศ. 2563.* สืบค้น 15 พฤษภาคม 2565 จาก [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T\\_00344.PDF](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_00344.PDF)

สุคนธ์จิต อุปนันชัย, และอารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2560). ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อ ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยและการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกลาง. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 13(2), 90-91.*



- สุธรัตน์ แลพวง. (2563). *การบริหารจัดการภายใต้มาตรการคัดกรองเพื่อรับมือสถานการณ์โรคไวรัสโคโรนาไวรัส (COVID-19) ของโรงพยาบาลปทุมธานี*. สืบค้น 12 มกราคม 2565, จาก [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/files/2562\\_1597913817\\_6114832065.pdf](http://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/files/2562_1597913817_6114832065.pdf)
- สุรัตน์ สุขสว่าง. (2561). *พยาบาลคัดแยกประเภทผู้ป่วย จากกระบวนการหลักสู่การปฏิบัติ*. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 5(2), 1-14.
- สำนักกรรมการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. (2565). *ภาระงานและประสิทธิภาพของวิชาชีพพยาบาล ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค COVID 19*. สืบค้น 9 เมษายน 2564, จาก <https://dl.parliament.go.th/backoffice/viewer2300/web/viewer.php>
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์. (2551). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก. (2557). *แนะนำหน่วยงาน ข้อมูลทั่วไป*. สืบค้น 12 กันยายน 2563, จาก <http://www.rh2.go.th/www/about.php?MsID=27>
- อรรวรรณ ฤทธิอินทรานุกร, วรวิมล ขาวทอง, ปาริณันท์ คงสมบูรณ์, และสมศรี เตียวอ่อน. (2561). *การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์*. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(2), 150-151.
- อัญชลี แก้วสระศรี. (2560). *การเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรมไทยกับแนวโน้มวิชาชีพการพยาบาล*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(3), 160-169.
- อาจารย์ พรหมดี, ปฎิพร บุญยพัฒน์กุล, และพรศิริ กนกกาญจนะ. (2560). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ*. *วารสารการพยาบาล*, 19(1), 19-29.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2559). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley. Retrieved October 20, 2020, from <http://dx.doi.org/10.15520/ijnd.2017.vol7.iss5.213.16-27>
- Christ, M., Goransson, F., Winter, D., Bingisser, R., Platz, E. (2010). *Modern Triage in the Emergency Department*. *Medicine*, 107(50), 892-898.
- Colaizzi, P. F. (1978). *Psychological research as the phenomenologist*. In R. Vaileand M.King (Eds.). *Existential phenomenological alternatives for psychology*. N.P.: n.p.




- Frederiksen, N. (1984). Implications of Cognitive Theory for Instruction in Problem Solving. *Review of Educational Research*, 54(3) 363-367.
- Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, & Eitel DR. (2005). *Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook*. Boston: AHRO. Retrieved January 20, 2020, from <https://www.jenonline.org/action/showPdf?pii=S0099-1767%2811%2900491-0>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y.S. (1989). Fourth generation evaluation. N.P: Sage publications.
- Rock, D, & Pledge, M. (1991). priorities of care for the walking wound: triage in Accident and emergency. *Journal Of Emergency Nursing*, 6, 463-465.
- Yurkova, I., Wolf, L. (2011). Under-triage as a Significant Factor Affecting Transfer Time between the Emergency Department and the Intensive Care Unit. *J Emerg Nurs*, 37(5), 491-496.
- Wong, T.W., Tseng, G., & Lee, L. W. (1994). Report of an audit of nurse triage in an accident and emergency department. *Journal of Accident and Emergency Medicine*, 11(2), 91-95.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนครพนม

ภาคผนวก ก เอกสารที่ใช้สำหรับการวิจัย

 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ  
แบบอนุมัติผลการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาโท (สำหรับนิสิตรหัส 54 เป็นต้นไป)

บว. 11(2-1) ป.โท

คณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ของ  
(นาย, นาง, นางสาว)...นางสาวสุภาพร ชานูวัตร์.....รหัสประจำตัว.....62060446.....  
นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตร...พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.....  แผน ก แบบ ก 1  แผน ก แบบ ก 2  
สาขาวิชา...การบริหารทางสาธารณสุข..... คณะ.....พยาบาลศาสตร์


ได้พิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์แล้ว


อนุมัติ

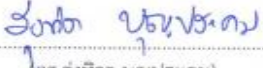
เห็นสมควรปรับปรุง ดังนี้

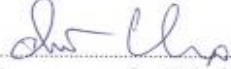
เพิ่ม methodology เป็นกรณีใช้เทคนิคใน setting รพ.ชุมชน  
และเพิ่มภาค: ข้อดีในขั้นต้น, ที่สังเกตคืองานวิจัยแบบใหม่

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

(ลงนาม).....  ..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนนาค วรรณพหศิริ)

(ลงนาม).....  ..... กรรมการ  
(ดร.รุ่งนภา ชัยรัตน์)

(ลงนาม).....  ..... กรรมการ  
(ดร.รุ่งทิวา บุญประคม)

(ลงนาม).....  ..... กรรมการและเลขานุการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิรรัตน์ หรือตระกูล)

หมายเหตุ โครงร่างวิทยานิพนธ์ที่อนุมัติเรียบร้อยแล้วนิสิตต้องนำเสนอบัณฑิตวิทยาลัยไว้เป็นหลักฐาน จำนวน 2 เล่ม



ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เรื่อง อนุมัติให้นิติระดับปริญญาโทดำเนินการทำวิจัย  
ครั้งที่ ๐๕๒/๒๕๖๕

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้ นางสาวสุภาพร ชานูวัตร์ รหัสประจำตัว ๖๒๐๖๐๔๔๖ นิติระดับปริญญาโท  
หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล ดำเนินการทำวิจัยตาม  
โครงร่างวิทยานิพนธ์ที่เสนอ

เรื่อง ภาษาไทย “สภาพปัญหาและความต้องการในงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
ของโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ ๒”  
ภาษาอังกฤษ “PROBLEM CONDITION AND NEED FOR TRIAGE AT THE EMERGENCY  
DEPARTMENT OF TERTIARY CARE CENTER, HEALTH REGION 2”  
โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิรรัตน์ หรือตระกูล เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๘ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๕

(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร



ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อควบคุมการทำวิทยานิพนธ์  
ระดับปริญญาโท

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตระดับปริญญาโท ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยมีคุณภาพและ  
มาตรฐานสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา และเป็นไปตามข้อ ๒๗ (๒) (ก)  
แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยนเรศวร ว่าด้วยการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.๒๕๕๔

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ.๒๕๓๓  
บัณฑิตวิทยาลัย จึงแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ของ นางสาวสุภาพร ชานูวัตร์  
รหัสประจำตัว ๖๒๐๖๐๔๕๖ สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล ดังต่อไปนี้

- |                                   |            |                             |
|-----------------------------------|------------|-----------------------------|
| ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิรรัตน์ | หรือตระกูล | ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  |
| ๒. ดร.รุ่งนภา                     | ชัยรัตน์   | กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ |

ให้อาจารย์ที่ปรึกษาดำเนินการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ให้เป็นไปตามประกาศมหาวิทยาลัยนเรศวร  
เรื่อง แนวปฏิบัติในการทำวิทยานิพนธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๐

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๔

(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มณีสว่าง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร





บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
มอบหมายคณาจารย์ให้ไปทำเรื่อง

อุทธรณ์ อนุมัติ

ได้ส่งเรื่องโครงการอบรมวิทยากรผู้ช่วยระดับบัณฑิตศึกษา  
ซึ่งมีวันที่ 22 สิงหาคม 2562  
ณ ห้อง 301 อาคารอำนวยการ มหาวิทยาลัยบูรพา

(ศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูริย์ มุณีแสง)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
ร่วมกับ คณะพยาบาลศาสตร์ วุฒิบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

สุภาพร ชานูวัตร์

ได้ผ่านการอบรมหลักสูตร Human Subject Protection Course

“หลักจริยธรรมและการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์”

ประกาศนียบัตรฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ 25 กรกฎาคม 2562 ถึงวันที่ 25 กรกฎาคม 2565

ณ ห้องประชุม รศ.ดร.ประภา ลิ้มประสูติ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*สุภาพร ชานูวัตร์*

(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

*ดร.วนาวลัย ดาดี*

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนาวลัย ดาดี

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์





## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ...สำนักงานอธิการบดี, กองการวิจัยและนวัตกรรม, งานจัดการมาตรฐานฯ โทร. 5296.....

ที่...ดว.0603.01.13(1)/นบ.ทบ. 2630..... วันที่... 10 กันยายน 2564.....

เรื่อง... ผลการประเมินด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....

เรียน นางสาวสุภาพร ชานูวัตร: นิสิตระดับปริญญาโท (อาจารย์ที่ปรึกษา: ผศ.ดร.จิรรัตน์ หรือตระกูล)

สังกัด: คณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่ ท่านได้เสนอโครงการวิจัย เรื่อง สภาพปัญหาและความต้องการในงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉินของโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 2 (หมายเลขโครงการ: P3-0137/2564) มายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอรับพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าวแล้ว และมีมติ รับรอง แบบเร่งรัด ซึ่งมีเอกสารที่รับรองดังนี้

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 30 กรกฎาคม 2564
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 30 กรกฎาคม 2564
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 30 กรกฎาคม 2564
4. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 05 กันยายน 2564
5. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 05 กันยายน 2564
6. AF 04-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 05 กันยายน 2564
7. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 30 กรกฎาคม 2564
8. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 30 กรกฎาคม 2564
9. แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัยแบบกึ่งโครงสร้าง เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 05 กันยายน 2564
10. Logbook เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 05 กันยายน 2564
11. จบประมาณของโครงการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 30 กรกฎาคม 2564

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการตามข้อปฏิบัติสำหรับนักวิจัยที่ระบุไว้ด้านหลังของ

ใบรับรอง

*อติคุณ อธิคุณวงศ์กุล*

(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานอธิการบดี กองการวิจัยและนวัตกรรม งานจัดการมาตรฐานฯ โทร.5296

ที่ อว 0603.01.13(1)/NU-IRB ว 2294

วันที่ 11 สิงหาคม 2564

เรื่อง ขออนุญาตหมายเลขโครงการวิจัย

เรียน นางสาวสุภาพร ชานวรัตน์: นิสิตระดับปริญญาโท (อาจารย์ที่ปรึกษา: ผศ.ดร.จิรรัตน์ หรือตระกูล)  
สังกัด: คณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่ ท่านได้ส่งเอกสารโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เรื่อง สภาพปัญหาและความต้องการในงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 2 (Problem condition and need for Triage at the emergency department of tertiary care center, health Region 2) นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้รับเอกสารโครงการวิจัยของท่านเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และขอแจ้งให้ทราบ ดังนี้

1. หมายเลขโครงการวิจัย คือ P3-0137/2564 ซึ่งในกรณีที่มีการส่งเอกสารใดๆ ที่เกี่ยวกับโครงการนี้ กรุณาระบุหมายเลขโครงการวิจัย และหากมีการติดตามและสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัยขอให้แจ้งหมายเลขโครงการวิจัยดังกล่าวทุกครั้ง

2. ในการพิจารณาโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ อาจจะมีการติดต่อโดยวิธีการโทรศัพท์ไปยังผู้วิจัย ตามเบอร์โทรศัพท์ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มการขอรับการพิจารณา เพื่อสอบถามรายละเอียดในโครงการวิจัยของท่าน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดพิจารณาดำเนินการ

นายแพทย์สมบูรณ์ ตันสุกสวัสดิกุล

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

COA No. 399/2021  
IRB No. P3-0137/2564



AF 08-09/5.0

**คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์**  
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

**เอกสารรับรองโครงการวิจัย**

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

**ชื่อโครงการ** : สภาพปัญหาและความต้องการในงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
ของโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 2  
**ผู้วิจัยหลัก** : นางสาวสุภาพร ชามู่วิถี  
**สังกัดหน่วยงาน** : คณะพยาบาลศาสตร์  
**วิธีบทวน** : แบบเร่งรัด  
**รายงานความก้าวหน้า** : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

**เอกสารรับรอง**

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 30 กรกฎาคม 2564
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 30 กรกฎาคม 2564
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 30 กรกฎาคม 2564
4. สรุปรายงานโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 05 กันยายน 2564
5. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 05 กันยายน 2564
6. AF 04-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 05 กันยายน 2564
7. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 30 กรกฎาคม 2564
8. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 30 กรกฎาคม 2564
9. แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัยแบบกึ่งโครงสร้าง เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 05 กันยายน 2564
10. Logbook เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 05 กันยายน 2564
11. งบประมาณของโครงการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 30 กรกฎาคม 2564

ลงนาม *วิไลพร อังสุกุลพิณกุล*

(นายแพทย์สมบุรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วันที่รับรอง : 10 กันยายน 2564

วันหมดอายุ : 10 กันยายน 2565

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรวมทั้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใด ๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าใบรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้รับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่หลังวันใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

\*รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)





## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ... สำนักงานอธิการบดี กองการวิจัยและนวัตกรรม งานจัดการมาตรฐานและเครือข่าย โทร. 5296...

ที่... อว.0603.01.13(1)/NU-IRB.2299... วันที่... 19 กันยายน 2565...

เรื่อง... แจ้งผลการรายงานความก้าวหน้าและขอต่ออายุโครงการวิจัย...

เรียน นางสาวสุภาพร ชานูวัตร์: นิสิตระดับปริญญาโท (อาจารย์ที่ปรึกษา: ผศ.ดร.จิรรัตน์ หรือตระกูล)

สังกัด: คณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่ ท่านได้ส่งรายงานความก้าวหน้าและขอต่ออายุใบรับรองของโครงการวิจัย เรื่อง สภาพปัญหาและความต้องการในงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 2 (หมายเลขโครงการวิจัย: P3-0137/2564) มาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอรับการพิจารณา นั้น

ในการนี้ ที่ประชุมคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ ครั้งที่ 11/2565 เมื่อวันที่ 16 กันยายน 2565 ได้พิจารณารายงานความก้าวหน้าของการวิจัยแล้ว และได้มีมติ รับรองต่อเนื่อง ตั้งแต่วันที่ 10 กันยายน 2565 ถึง 10 กันยายน 2566

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดพิจารณาดำเนินการส่งรายงานปิดโครงการเมื่อสิ้นสุดการศึกษา

*ศุภชาน สมบูรณ์*

(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

COA No. 399/2021  
IRB No. P3-0137/2564



AF 14/5.0

**คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์**  
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

**เอกสารรับรองโครงการวิจัย**

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : สภาพปัญหาและความต้องการในงานศึกษาระยะปฐมภูมิเกี่ยวกับเหตุและฉุกละหุกของโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 2  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสุภาพร ชานูวัตร  
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์  
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด  
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี  
เอกสารรับรอง

1. PF 01 Submission for Post Approval Report เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 สิงหาคม 2565

ลงนาม

*วิสิทธิ์พร อธิราชวงษ์*  
(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุขสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วันที่รับรอง : 10 กันยายน 2564

วันหมดอายุ : 10 กันยายน 2565

วันที่รับรองต่อเนื่องครั้งที่ 1 : 10 กันยายน 2565

วันที่หมดอายุการรับรองครั้งที่ 1 : 10 กันยายน 2566

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจรรยาบรรณที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใด ๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าไปรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้รับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่ส่งวันไปรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

\*รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)





## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ...สำนักงานอธิการบดี กองการวิจัยและนวัตกรรม งานจัดการมาตรฐานและเครือข่าย โทร. 8721

ที่...อว 0603.01.13(1)/นุ-จรบ. 2038 วันที่ 29 สิงหาคม 2566

เรื่อง...แจ้งผลการพิจารณารายงานความก้าวหน้าและขอต่ออายุโครงการวิจัย

เรียน นางสาวสุภาพร ชานูวัตร์: นิสิตระดับปริญญาโท (อาจารย์ที่ปรึกษา: ผศ.ดร.จิรรัตน์ หรือตระกูล)

สังกัด: คณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่ ท่านได้ส่งรายงานความก้าวหน้าและขอต่ออายุใบรับรองของโครงการวิจัย เรื่อง สภาพปัญหาและความต้องการในงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 2 (หมายเลขโครงการวิจัย : P3-0137/2564) มาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอรับการพิจารณา นั้น

ในการนี้ ที่ประชุมคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ ครั้งที่ 11/2566 เมื่อวันศุกร์ที่ 25 สิงหาคม 2566 ได้พิจารณารายงานความก้าวหน้าของกรวิจัยแล้ว และได้มีมติ **รับรองต่อเนื่อง** ตั้งแต่วันที่ 10 กันยายน 2566 ถึงวันที่ 10 กันยายน 2567

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดพิจารณาดำเนินการส่งรายงานปิดโครงการเมื่อสิ้นสุดการศึกษา

*วิศิษฐ์ สมบูรณ์*

(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุขสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร



COA No. 399/2021  
IRB No. P3-0137/2564



AF 14/6.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์  
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : สภาวะปัญหาและความต้องการในงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลศูนย์  
เขตสุขภาพที่ 2  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสุภาพร ชานูวัตร  
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์  
วิธีหบทวน : แบบเร่งรัด  
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี  
เอกสารรับรอง

1. PF 01 Submission for Post Approval Report เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 สิงหาคม 2566

ลงนาม *วิไลคุณ อธิคุณพจน์ไพโร*  
(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสกุลวิไลกุล)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วันที่รับรอง : 10 กันยายน 2564  
วันหมดอายุ : 10 กันยายน 2565  
วันที่รับรองต่อเนื่องครั้งที่ 1 : 10 กันยายน 2565  
วันที่หมดอายุการรับรองครั้งที่ 1 : 10 กันยายน 2566  
วันที่รับรองต่อเนื่องครั้งที่ 2 : 10 กันยายน 2566  
วันที่หมดอายุการรับรองครั้งที่ 2 : 10 กันยายน 2567

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์เท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจรรยาบรรณที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใด ๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานครบถ้วนแล้วไม่ได้รับรองหมดอายุ และ ยังไม่ได้ใบรับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่หลังวันใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

\*รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากมีร้องขอล่วงหน้า)



AF 08-09/02.0

COA No. 074/2564  
IRB No. 090/64

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก  
BUDDHACHINARAJ PHITSANULOK HOSPITAL INSTITUTIONAL REVIEW BOARD  
90 ศรีธรรมไตรปิฎก ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05527 0300

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : (ไทย) สภาพปัญหาและความต้องการในงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ ๒  
Study Title : (English) Problem condition and need for Triage at the emergency department of tertiary care center, health Region 2

เลขที่โครงการวิจัย : 243/64

ผู้วิจัยหลัก : (ไทย) นางสาวสุภาพร ชานูวัตร์  
Principal investigator : (English) -  
สังกัดหน่วยงาน : แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ผู้ร่วมวิจัย : (ไทย) -  
Co-investigators : (English) -  
สังกัดหน่วยงาน : -

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือ  
ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. แบบสอบถาม
5. ตารางแสดงผลสัมฤทธิ์งานวิจัย

ลงนาม: .....

(แพทย์หญิงอรพรรณ ไชยมหาพฤกษ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : (ไทย) 10 ตุลาคม 2564  
Date of Approval : (English) Oct 10, 2021  
วันหมดอายุ : (ไทย) 9 ตุลาคม 2565  
Approval Expedited Date : (English) Oct 9, 2022

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
  2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เท่านั้น
  3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
  4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
  5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
  6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
- รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานจรรยาธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โทร. ๒๑๖๑๖  
 ที่ พล ๐๐๓๓.๑๒๔.๔/ ๓๑๐ วันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕  
 เรื่อง แจ้งผลรายงานความก้าวหน้าและต่ออายุโครงการวิจัย ครั้งที่ ๒

เรียน นางสาวสุภาพร ชานูวัตร กลุ่มงานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก  
 ตามหนังสืออ้างถึง ที่ พล ๐๐๓๓.๔๐๓/๐๘๐ ลงวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๕ เรื่อง ขอส่ง  
 รายงานความก้าวหน้าและต่ออายุโครงการวิจัย ชื่อเรื่องโครงการ “สภาพปัญหาและความต้องการในงานคัด  
 กรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ ๒ (Problem condition and need  
 for Triage at the emergency department of tertiary care center, health Region 2)” เลขที่  
 โครงการวิจัย ๒๔๓/๖๔ โดยคณะกรรมการได้พิจารณาจรรยาธรรมการวิจัยในการประชุมคณะกรรมการจรรยาธรรม  
 การวิจัยในมนุษย์ ครั้งที่ ๗/๒๕๖๕ วันพฤหัสบดีที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมสุพรรณิการ์ อาคารมหิตล  
 ชั้น ๒ ที่ผ่านมานั้น

คณะกรรมการจรรยาธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้รับรองรายงานความก้าวหน้าและขอต่ออายุการ  
 รับรองโครงการวิจัย ครั้งที่ ๒ ดังเอกสารแนบ (HREC No. 074/2565)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางอรรรณ ไชยมหาพฤกษ์)

ประธานคณะกรรมการจรรยาธรรมการวิจัยในมนุษย์  
 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก



AF 08-09/02.0

COA No. 074/2564  
IRB No. 090/64

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก  
BUDDHACHINARAJ PHITSANULOK HOSPITAL INSTITUTIONAL REVIEW BOARD  
90 ธรรมไตรปิฎก ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05527 0300

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : (ไทย) สภาพปัญหาและความต้องการในงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ ๒  
Study Title : (English) Problem condition and need for Triage at the emergency department of tertiary care center, health Region 2

เลขที่โครงการวิจัย : 243/64

ผู้วิจัยหลัก : (ไทย) นางสาวสุภาพร ชานูวัตร์  
Principal investigator : (English) -  
สังกัดหน่วยงาน : แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ผู้ร่วมวิจัย : (ไทย) -  
Co-investigators : (English) -  
สังกัดหน่วยงาน : -

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือ  
ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. แบบสอบถาม
5. ตารางแสดงผลการทำงานของงานวิจัย

ลงนาม: .....

(แพทย์หญิงอรวรรณ ไชยมหาพฤกษ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : (ไทย) 10 ตุลาคม 2564  
Date of Approval : (English) Oct 10, 2021  
วันหมดอายุ : (ไทย) 9 ตุลาคม 2565  
Approval Expedited Date : (English) Oct 9, 2022

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
  2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เท่านั้น
  3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
  4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
  5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
  6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
- รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)

AF 09-10

REC No.44/2564



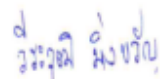
โรงพยาบาลอุดรดิตต์  
กระทรวงสาธารณสุข


ที่อยู่ 38 ถนนเจริญกานดินทร์ ต.ท่าอิฐ อ.เมือง จ.อุดรดิตต์ โทร. 055-409999 ต่อ 2157,2158

#### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลอุดรดิตต์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

- ชื่อโครงการ** : สภาพปัญหาและความต้องการในงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 2
- เลขที่โครงการวิจัย** : 44/2564
- ผู้วิจัยหลัก** : นางสาวสุภาพร ชานูวัตร์
- สังกัดหน่วยงาน** : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
- วิธีทบทวน** : คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)
- รายงานความก้าวหน้า** : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี
- เอกสารรับรอง** : โครงร่างวิจัยฉบับย่อ, แบบบันทึกข้อมูล, แบบยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมแบบฟอร์มการประเมินโดยผู้วิจัย, เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัย, เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย, ประวัติผู้วิจัยหลัก

ลงนาม   
(นายวิระวุฒิ มิ่งขวัญ)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม   
(นายอายุส ภมระภา)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตต์

วันที่รับรอง : 19 สิงหาคม 2564  
วันหมดอายุ : 18 สิงหาคม 2565

AF 09-10

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้นและส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 5 วันทำการ
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขอความเห็นชอบใหม่ก่อนหมดอายุ 1 เดือน
6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของ จริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

REC No.44/2021



Uttaradit Hospital  
Ministry of Public Health  
Address 38 Jesda Bodin Road, Tait , Mueang District Uttaradit Thailand  
Tel. 055-409-999 ext. 2157-2158

---

#### Certificate of Approval

The Research Ethics Committee of the Uttaradit Tertiary Hospital of the Ministry of Public Health Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

**Study Title** : Problem Condition and Need for Triage at the Emergency Department of Tertiary Care Center, Health Region 2.

**Study Code** : 44/2021

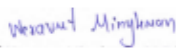
**Study Center** : Faculty of Nursing, Naresuan University.


**Principal Investigator** : Miss. Supaporn Chanuwat

**Review Method** : Full Board

**Continuing Report** : At least once annually or submit the final report if finished

**Document Reviewed** : Proposal, Case Record Form, Submission form Ethical Review  
Information sheet for research participant  
Principal Investigator Curriculum vitae

Signature :   
(Weravut Mingkuan, M.D.)  
Head of Human Ethic Committee

Signature :   
(Dr.Aryoot Pamarapa)  
Uttaradit Hospital Director

Date of Approval : 19 August 2021

Approval Expire Date : 18 August 2022



Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

All approved investigators must comply with the following conditions:

1. Strictly conduct the research as required by the protocol;
2. Use only the information sheet, consent form (and recruitment materials, if any), interview outlines and/or questionnaires bearing the REC's seal of approval ; and return one copy of such documents of the first subject recruited to the REC for the record;
3. Report to the REC Board any serious adverse event or any changes in the research activity within five working days;
4. Provide reports to the REC concerning the progress of the research upon the specified period of time or when requested;
5. If the study cannot be finished within the expiry date of the approval certificate, the investigator is obliged to reapply for approval at least one month before the date of expiration.

\* A list of the RECn members (names and positions) present at the meeting of REC on the date of approval of this study has been attached. All approved documents will be forwarded to the principal investigator.



AF 09-10  
REC No.44/2564



โรงพยาบาลจุฬารัตน์  
กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่ 38 ถนนแจษฎาบดินทร์ ต.ท่าอิฐ อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ โทร. 055-409999 ต่อ 2157,2158

#### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : สภาพปัญหาและความต้องการในงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 2

เลขที่โครงการวิจัย : 44/2564

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสุภาพร ชานูวัตร

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง : โครงร่างวิจัยฉบับย่อ, แบบบันทึกข้อมูล, แบบยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมแบบฟอร์มการประเมินโดยผู้วิจัย, เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัย, เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย, ประวัติผู้วิจัยหลัก

ลงนาม *วีระวุฒิ มิ่งขวัญ*  
(นายวีระวุฒิ มิ่งขวัญ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม *อนุส ภมระภา*  
(นายอนุส ภมระภา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์

วันที่รับรอง : 19 สิงหาคม 2565

วันหมดอายุ : 18 สิงหาคม 2566

\*ต่ออายุใบรับรอง ครั้งที่ 1

AF 09-10

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้นและส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 5 วันทำการ
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขอความเห็นชอบใหม่ก่อนหมดอายุ 1 เดือน
6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของ จริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

REC No.44/2021



Uttaradit Hospital  
Ministry of Public Health  
Address 38 Jesda Bodin Road, Tait , Mueang District Uttaradit Thailand  
Tel. 055-409-999 ext. 2157-2158

---

#### Certificate of Approval

The Research Ethics Committee of the Uttaradit Tertiary Hospital of the Ministry of Public Health Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

**Study Title** : Problem Condition and Need for Triage at the Emergency Department of Tertiary Care Center, Health Region 2.

**Study Code** : 44/2021

**Study Center** : Faculty of Nursing, Naresuan University.

**Principal Investigator** : Miss. Supaporn Chanuwat

**Review Method** : Full Board

**Continuing Report** : At least once annually or submit the final report if finished

**Document Reviewed** : Proposal, Case Record Form, Submission form Ethical Review  
Information sheet for research participant  
Principal Investigator Curriculum vitae

Signature :   
(Weravut Mingkuan, M.D.)  
Head of Human Ethic Committee

Signature :   
(Dr. Aryoot Pamarapa)  
Uttaradit Hospital Director

**Date of Approval** : 19 August 2022

**Approval Expire Date** : 18 August 2023

The 1<sup>st</sup> renewed certificate

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

All approved investigators must comply with the following conditions:

1. Strictly conduct the research as required by the protocol;
2. Use only the information sheet, consent form (and recruitment materials, if any), interview outlines and/or questionnaires bearing the REC's seal of approval ; and return one copy of such documents of the first subject recruited to the REC for the record;
3. Report to the REC Board any serious adverse event or any changes in the research activity within five working days;
4. Provide reports to the REC concerning the progress of the research upon the specified period of time or when requested;
5. If the study cannot be finished within the expiry date of the approval certificate, the investigator is obliged to reapply for approval at least one month before the date of expiration.

\* A list of the RECn members (names and positions) present at the meeting of REC on the date of approval of this study has been attached. All approved documents will be forwarded to the principal investigator.





ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัยแบบกึ่งโครงสร้าง

เรื่อง สภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุคโควิด

ชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2

ชื่อผู้วิจัย

นางสาวสุภาพร ชานูวัตร์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการบริหารทางการแพทย์พยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิรรัตน์ หรือตระกูล

รหัสผู้ให้สัมภาษณ์.....

รหัสโรงพยาบาล.....

วันเดือนปี ที่สัมภาษณ์.....

เริ่มการสัมภาษณ์เวลา.....น. จบการสัมภาษณ์เวลา.....น.

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้สัมภาษณ์

กรุณาเล่าประวัติโดยย่อเกี่ยวกับสถานภาพส่วนตัวในด้านต่อไปนี้

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ตำแหน่ง  พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  อื่นๆ  
ระบุ.....
4. โรงพยาบาล  รหัส 01  รหัส 02
5. ระดับการศึกษา  ปริญญาตรี  ปริญญาโท  อื่นๆ ระบุ.....
6. อายุงานในการปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....ปี
7. ประสบการณ์ในงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....ปี
8. จำนวนครั้งต่อการคัดกรองผู้ป่วย / เวร.....ราย
9. ประวัติการอบรมเกี่ยวกับงานคัดกรองผู้ป่วย เคย   
ไม่เคย
10. การอบรมเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ผ่านการอบรม   
ไม่ผ่านการอบรม

หมายเหตุ รหัส 01 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

รหัส 02 โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

**ตอนที่ 2 คำถามปลายเปิด** ข้อมูลการสัมภาษณ์สภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรอง

ผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2

**ข้อมูลการสัมภาษณ์สภาพปัญหาด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิต**

**ใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2**

แนวประเด็นคำถาม

| คำถามหลัก  | ครอบคลุมประเด็น   | หมายเหตุ |
|--|---|----------|
| 1.สภาพปัญหาด้านผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูลในการคัดกรองเป็นอย่างไร | 1.1 ปัญหาการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติจากผู้ป่วยหรือผู้นำส่งเป็นอย่างไร<br>1.2 การประเมินอาการแรกรับเพื่อค้นหาภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนเป็นอย่างไร<br>1.3 การซักประวัติผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูลในช่วงสถานการณ์ปกติแตกต่างกับสถานการณ์การระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (covid-19) อย่างไร   |          |
| 2.สภาพปัญหาด้านผู้คัดกรองในการคัดกรองเป็นอย่างไร             | 2.1 ผู้ทำหน้าที่การคัดกรองผู้ป่วยเป็นใครได้บ้าง<br>2.2 พยาบาลคัดกรองควรมีสมรรถนะหรือคุณสมบัติอย่างไร<br>2.3 การได้มาซึ่งข้อมูลการซักประวัติผู้ป่วยยากง่ายหรือไม่อย่างไร<br>2.4 ปัญหาความแออัดของจำนวนผู้เข้ามารับบริการ ช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาตรวจของหน่วยงานคือช่วงใดอย่างไร<br>2.5 ปัญหาด้านอัตรากำลังที่จุดคัดกรองอย่างไร<br>2.6 เมื่อเกิดความแออัดที่จุดคัดกรอง พยาบาลคัดกรองมีการแก้ไขหรือขอทีมสนับสนุนอย่างไร<br>2.7 ผลการประเมินผลการคัดกรอง correct triage, under triage, over triage เป็นอย่างไร<br>2.8 หลังการคัดกรองผู้ป่วยท่านพบปัญหาในการนำส่งผู้ป่วยไปแผนกอื่นหรือไม่ อย่างไร |          |

ข้อมูลการสัมภาษณ์สภาพปัญหาด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 (ต่อ)

แนวประเด็นคำถาม (ต่อ)

| คำถามหลัก   | ครอบคลุมประเด็น   | หมายเหตุ |
|---|---|----------|
| 3.สภาพปัญหาด้านเครื่องมือในการคัดกรองเป็นอย่างไร        | <p>3.1 หน่วยงานของท่านใช้เครื่องมือใดในการคัดกรองผู้ป่วย</p> <p>3.2 ความยากง่ายการใช้เครื่องมือการคัดกรองเป็นอย่างไร</p> <p>3.3 ปัญหาในการใช้เครื่องมือการคัดกรองมีหรือไม่อย่างไร</p> <p>3.4 ช่วงการระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (covid-19) มีการปรับแนวการคัดกรองหรือไม่ อย่างไร</p> <p>3.5 เครื่องมือการคัดกรองผู้ป่วยในช่วงสถานการณ์ปกติแตกต่างกับสถานการณ์การระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (covid-19) อย่างไร</p> <p>3.6 ระบบโรงพยาบาลของท่านใช้การบันทึกข้อมูลอย่างไร</p> |          |
| 4.สภาพปัญหาด้านสถานที่และอุปกรณ์ในการคัดกรองเป็นอย่างไร | <p>4.1 สถานที่ในการคัดกรองของหน่วยงานของท่านเป็นอย่างไร เช่น การเข้าถึง ความคับแคบ ความเป็นสัดส่วน</p> <p>4.2 จุดคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส (covid-19) เป็นอย่างไร</p> <p>4.3 ความเพียงพอรถเข็นนั่ง / นอนเป็นอย่างไร</p> <p>4.4 ความเพียงพออุปกรณ์อื่นๆ มีหรือไม่ อย่างไร เช่น อุปกรณ์วัดสัญญาณชีพ</p>   |          |

ข้อมูลการสัมภาษณ์ความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2

แนวประเด็นคำถาม

| คำถามหลัก  | ครอบคลุมประเด็น  | หมายเหตุ |
|--|--|----------|
| 5. ความต้องการด้านผู้คัดกรองเป็นอย่างไร                    | <p>5.1 ท่านมีความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลคัดกรองอย่างไร เช่น ความรู้ ทักษะ</p> <p>5.2 พยาบาลคัดกรองควรมีสมรรถนะหรือคุณสมบัติอย่างไร</p> <p>5.3 ท่านต้องการให้มีการบริหารอัตรากำลังที่จุดคัดกรองอย่างไร</p> <p>5.4 เมื่อเกิดความแออัดของจำนวนผู้เข้ามารับบริการท่านต้องการการจัดการอย่างไร</p> <p>5.5 ผลของการคัดกรองผู้ป่วย ถ้าผลไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ ท่านต้องการการจัดการอย่างไร</p>        |          |
| 6. ความต้องการด้านเครื่องมือในการคัดกรองเป็นอย่างไร        | <p>6.1 ท่านมีความต้องการพัฒนาในการใช้เครื่องมือการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ปกติกับสถานการณ์การระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (covid-19) อย่างไร</p> <p>6.2 ท่านมีความต้องการพัฒนาในการบันทึกข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ปกติกับสถานการณ์การระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (covid-19) อย่างไร</p>   |          |
| 7. ความต้องการด้านสถานที่และอุปกรณ์ในการคัดกรองเป็นอย่างไร | <p>7.1 สถานการณ์ปกติ ท่านมีความต้องการจัดการด้านสถานที่ในการคัดกรองผู้ป่วยที่จุดคัดกรองอย่างไร</p> <p>7.2 สถานการณ์การระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (covid-19) ท่านมีความต้องการจัดการด้านสถานที่ในการคัดกรองผู้ป่วยที่จุดคัดกรองอย่างไร</p> <p>7.3 ท่านมีความต้องการการบริหารจัดการด้านอุปกรณ์ในการคัดกรองผู้ป่วยอย่างไร เช่น ความเพียงพอของรถเข็น เครื่องวัดสัญญาณชีพ ถังออกซิเจน ชุด PPE เป็นต้น</p> |          |

**ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะ** และความคิดเห็นอื่นๆเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการเพื่อพัฒนางาน คัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพเช่น ข้อขัดข้อง/อุปสรรคในการคัดกรอง , ปัจจัยความสำเร็จในการคัดกรองผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ,ความรู้สึกของท่านเมื่อได้รับหน้าที่ในการ เป็นพยาบาลคัดกรอง

เนื่องจากบริบทของ 2 โรงพยาบาลอาจแตกต่างกัน ถึงแม้ว่าจะเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ในยุควิถีชีวิตใหม่เหมือนกัน ซึ่งจะมีผลต่อสภาพปัญหาและความต้องการด้านการคัดกรองผู้ป่วยที่ แตกต่างกัน ดังนั้นอาจเป็นปัจจัยที่กระทบต่อการบรรลุการสัมภาษณ์จนได้ข้อมูลอ้อมตัว

ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงที่ให้ความร่วมมือ

นางสาวสุภาพร ชานูวัตร์





### ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม (Field note)

รหัสผู้ให้ข้อมูล.....

วันที่สัมภาษณ์.....เดือน.....พ.ศ.....เวลาเริ่ม.....น. เวลาจบ.....น.

สัมภาษณ์ครั้งที่.....สถานที่ในการสัมภาษณ์.....

1.ความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล

.....

.....

2.ความพร้อมของผู้สัมภาษณ์

.....

.....

3.สถานที่ในการสัมภาษณ์ ความเป็นส่วนตัว สิ่งแวดล้อม

.....

.....

4.บรรยากาศขณะสัมภาษณ์ ความรู้สึก

.....

.....

5.อาการปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูล อารมณ์ สีหน้า สายตา ท่าทาง โทณเสียง จังหวะในการพูด

.....

.....

6.เหตุการณ์ ปัญหาและอุปสรรคขณะสัมภาษณ์

.....

.....

7.การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการสัมภาษณ์

.....

.....



ประวัติผู้วิจัย

มหาวิทยาลัยพระนคร

## ประวัติผู้วิจัย

|                        |   |
|------------------------|---|
| ชื่อ-นามสกุล           | สุภาพร ชานูวัตร์  |
| วัน เดือน ปี เกิด      | 23 กุมภาพันธ์ 2521  |
| ที่อยู่ปัจจุบัน        | 900/61 ซอยบรมไตรโลกนารถ 41 ถนนบรมไตรโลกนารถ 2 ตำบลในเมือง<br>อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000   |
| ที่ทำงานปัจจุบัน       | โรงพยาบาลพุทธชินราช เลขที่ 90 ถนนศรีธรรมไตรปิฎก ตำบลในเมือง<br>อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000   |
| ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ   |
| ประวัติการศึกษา        | พ.ศ. 2541 หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรระดับต้น<br>วิทยาลัยพยาบาลเขลางค์นคร จังหวัดลำปาง<br>พ.ศ. 2547 หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร<br>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช<br>จังหวัดพิษณุโลก<br>พ.ศ. 2557 ประกาศนียบัตรหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง<br>(การพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน)<br>โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี   |
| รางวัลที่ได้รับ        | พ.ศ. 2563 พยาบาลดีเด่นระดับจังหวัด ระดับผู้ปฏิบัติการ โดย<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก<br>พ.ศ. 2563 พยาบาลดีเด่นโรงพยาบาลพุทธชินราช<br>จังหวัดพิษณุโลก<br>พ.ศ. 2563 โครงการธนาคารความดี ศูนย์จริยธรรมทางการ<br>พยาบาลแห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล<br>พ.ศ. 2565 ผู้บำเพ็ญตนก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมและเป็น<br>แบบอย่างที่ดีของผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาล<br>กระทรวงสาธารณสุข |