

ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
และความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล



นางสาวจันทรา จินดา

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN: 974-17-5580-5

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF USING TRIAGE MODEL BASED ON ACUITY ON CONSUMERS'
SATISFACTION AND NURSES' JOB SATISFACTION , EMERGENCY DEPARTMENT
IN BANGKOK METROPOLITAN MEDICAL COLLEGE AND VAJIRA HOSPITAL



Miss Juntra Jinda

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2003
ISBN: 974-17-5580-5

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
โดย	นางสาวจันทรา จินดา
สาขาวิชา	การบริหารพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ สมคิด รักษาสัตย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุขีวะ)

จันทรา จินดา: ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนต่อความพึงพอใจของผู้ให้บริการ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล (EFFECTS OF USING TRIAGE MODEL BASED ON ACUITY ON CONSUMERS' SATISFACTION AND NURSES' JOB SATISFACTION, EMERGENCY DEPARTMENT IN BANGKOK METROPOLITAN MEDICAL COLLEGE AND VAJIRA HOSPITAL)

อาจารย์ที่ปรึกษา : อาจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 136 หน้า. ISBN 974-17-5580-5

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ให้บริการและความพึงพอใจในงานของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้บริการ ในที่นี้หมายถึงญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วย ที่มาใช้บริการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 60 คน และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 33 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ให้บริการ และแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 และ .96 ตามลำดับ

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ให้บริการ หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ให้บริการก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน ในภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน
2. ความพึงพอใจในงานของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ในภาพรวมและรายด้าน ไม่แตกต่างกัน แต่พบรายข้อ ด้านลักษณะงาน 2 ข้อ และรายข้อด้านการบังคับบัญชา 3 ข้อ ที่ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา..... การบริหารการพยาบาล.....ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2546.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4577563336: MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEY WORD: TRIAGE MODEL BASED ON ACUITY / CONSUMER SATISFACTION / NURSES'JOB SATISFACTION / ACCIDENT AND EMERGENCY UNIT

JUNTRA JINDA : EFFECTS OF USING TRIAGE MODEL BASED ON ACUITY ON CONSUMERS' SATISFACTION AND NURSES' JOB SATISFACTION, EMERGENCY DEPARTMENT IN BANGKOK METROPOLITAN MEDICAL COLLEGE AND VAJIRA HOSPITAL.THESIS ADVISOR : SUVINEE VIVATVANISH,Ph.d.,136 pp. ISBN 974-17-5580-5

The purpose of this quasi-experimental research were to compare the Consumers satisfaction with nursing care and nurses job satisfaction before and after using The triage model based on acuity. The subjects consisted of 60 consumers and 33 nurses in Emergency Department, Bangkok Metropolitan Medical College and Vajira Hospital. The research instruments were developed by researcher : The triage model based on acuity and two sets of questionnaires named consumers nursing satisfaction and nurses job satisfaction. The questionnaires were tested for content validity and Cronbrach's alpha coefficient. The reliability were shown as .89 and .96

The major finding were as follow :

1. The consumers satisfaction with the information nursing care after using the triage model based on acuity were statistically significant higher than before using the triage model based on acuity at the .05 level. While the competency of nursing practice and the psychological of nursing after using the triage model based on acuity were not statistically significant higher than before using the triage model based on acuity at the .05 level.

2. The nurses job satisfaction after using the triage model based on acuity were not statistically significant higher than before using the triage model based on acuity at the .05 level. But there were two items of job characteristics and three items of organization were statistically significant higher than before using the triage model based on acuity at the .05 level.

Field of study....Nursing Administration.....Student's signature.....

Academic year....2003..... Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถของ อาจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้สละเวลาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ประสิทธิภาพ ประสาทวิชาความรู้ต่างๆ ตลอดจนให้กำลังใจอย่างเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ สมคิด รักษาสัตย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเดช สุชีวะ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธ์ และคณาจารย์คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ไม่อาจกล่าวนามได้หมด ที่ได้ประสิทธิภาพประสิทธิประสาทความรู้ ประสบการณ์อันมีคุณค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าให้ข้อคิดเห็น และตรวจแก้ไขเครื่องมือ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุ และพยาบาลประจำการ หน่วยงานอุบัติเหตุ โรงพยาบาลกลาง ที่ได้ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวชศาสตร์ หัวหน้าหน่วยงานและพยาบาลประจำการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ป่วย ญาติและผู้นำส่งทุกท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลา ให้ความร่วมมือ ให้โอกาสและให้ข้อมูลอันมีคุณค่าต่อการวิจัย และขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานทุกท่านที่ให้โอกาสผู้วิจัยมาศึกษาต่อ รวมทั้งให้กำลังใจจนการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อเจ็ด และคุณแม่บุญธรรม จินดา ที่ให้กำลังใจ และสนับสนุนในทุกด้าน และเสียสละความสุขส่วนตัวที่ควรได้รับจากการปรนนิบัติของบุตรลงชั่วคราว เพื่อให้บุตรมีสมาธิในการศึกษาจนสำเร็จ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกในพระคุณอยู่เสมอ ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือและรับฟังปัญหา ประคับประคองจิตใจและอยู่เคียงข้างผู้วิจัยมาตลอด ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัวอันประกอบไปด้วย พี่ น้อง หลานๆ และ น้องบอม น้องแบม ความดีและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ

บทที่

1	บทนำ.....	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
	ปัญหาการวิจัย.....	6
	แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	6
	ขอบเขตการวิจัย.....	9
	คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
2	เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
	งานการพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	14
	แนวความคิดคัดกรอง.....	16
	แนวความคิดแบ่งระดับความเร่งด่วนและการคัดกรองชาวแคนาดา.....	23
	การบริหารแบบมีส่วนร่วม.....	34
	แนวคิดความพึงพอใจในงาน.....	38
	แนวคิดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ.....	44
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	50
3	วิธีการดำเนินการวิจัย.....	51
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
	การดำเนินการทดลอง.....	65

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	95
สรุปผลการวิจัย.....	98
อภิปรายผลการวิจัย.....	100
ข้อเสนอแนะ.....	104
รายการอ้างอิง.....	105
ภาคผนวก.....	112
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	113
ภาคผนวก ข หนังสือขอความร่วมมือ.....	115
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	119
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	136

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญญัตินำ

ตารางที่	หน้า
<p>1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำแนกการจับคู่ตามเพศ อายุ และระดับความเร่งด่วนผู้ป่วย 5 ระดับ.....</p>	73
<p>2 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะของญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....</p>	75
<p>3 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำแนกตาม อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษาทาง การพยาบาลสูงสุด ตำแหน่งการปฏิบัติงาน และช่วงเวลาการปฏิบัติงานในปัจจุบัน.....</p>	78
<p>4 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน.....</p>	80
<p>5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาล รวมทุกด้าน และรายด้าน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....</p>	83
<p>6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาลรายข้อในด้านความสามารถทางการปฏิบัติงาน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....</p>	84
<p>7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาลรายข้อในด้านการดูแลจิตใจก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....</p>	85
<p>8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาลรายข้อในด้านการให้ข้อมูลข่าวสารก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....</p>	86

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่	หน้า	
9	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจ ในงานของพยาบาล รวมทุกด้านและรายด้านก่อนและหลังการใช้รูปแบบ การคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	88
10	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจ ในงานของพยาบาลรายข้อในด้านลักษณะงานก่อนและหลังการใช้รูปแบบ การคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	89
11	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจ ในงานของพยาบาลรายข้อในด้านการบังคับบัญชาก่อนและหลังการใช้รูปแบบ การคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	91
12	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจ ในงานของพยาบาลรายข้อในด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงินก่อนและหลังการใช้รูปแบบ การคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	93
13	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจ ในงานของพยาบาลรายข้อในด้านสภาพการทำงานก่อนและหลังการใช้รูปแบบ การคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	94

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และการปรับเปลี่ยนนโยบายและรูปแบบโครงสร้างด้านสุขภาพ รวมทั้งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนสนใจเรื่องสุขภาพ และมีความคาดหวังต่อบริการที่ควรได้รับตามสิทธิอันพึงมีพึงได้ สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมาตรา 16 (ธรรมนูญสุขภาพคนไทย, 2545) ที่กำหนดให้บุคคลมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองในการรับบริการสาธารณสุขอย่างปลอดภัย มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน ซึ่งถือเป็นหน้าที่ของสถานบริการทางสุขภาพที่จะจัดดำเนินการ ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการดังกล่าว ดังจะเห็นได้จากกระแสการตื่นตัวในการปรับปรุง พัฒนางานบริการด้านสุขภาพ เพื่อให้สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การที่โรงพยาบาลจะได้รับการยอมรับจากประชาชนว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพนั้น ทุกระบบย่อยภายในขอบเขตของการบริการทางสุขภาพ ย่อมต้องมีการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับแนวคิด และแนวทางการปฏิบัติในการปฏิรูประบบสุขภาพ กล่าวคือ มีการจัดระบบบริการที่มีคุณภาพ มีการควบคุมคุณภาพทางการแพทย์เพื่อกำกับดูแลการให้บริการที่เป็นเลิศ และผลของการควบคุมคุณภาพการพยาบาลถือได้ว่าเป็นการประกันคุณภาพการพยาบาลที่ให้กับผู้ใช้บริการ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2541) ซึ่งการจัดระบบบริการที่มีคุณภาพสำหรับโรงพยาบาลนั้น ควรคำนึงถึงองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ คือ การจัดระบบบริการให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานการปฏิบัติของกลุ่มวิชาชีพที่ตั้งไว้ และคุณภาพตามการรับรู้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ (Omachonu, 1990) คุณภาพทั้ง 2 ส่วนนี้จะทำให้ความหมายของโรงพยาบาลที่มีคุณภาพนั้นสมบูรณ์ขึ้น

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินถือเป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาล เปรียบเสมือนเป็นด่านแรกของโรงพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ใช้บริการที่มีอาการเจ็บปวด อยู่ในภาวะวิกฤติ ทั้งจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างทัน่วงที ตลอด 24 ชั่วโมง จากการปฏิบัติงานที่มีความรวดเร็วตามลักษณะงานของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้ผู้ใช้บริการบางส่วน ใช้หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นสถานบริการสุขภาพแห่งแรก จากสถิติผู้ใช้บริการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลในปีงบประมาณ 2545 จำนวนผู้ใช้บริการทั้งหมด 75,816 คน เป็นผู้ป่วยโรคทั่วไป 61,338 คน

ผู้ป่วยอุบัติเหตุ 14,478 คน ผู้ป่วยคดี 7,157 คน ปีงบประมาณ 2546 จำนวนผู้ใช้บริการทั้งหมด 76,505 คน เป็นผู้ป่วยโรคทั่วไป 62,232 คน ผู้ป่วยอุบัติเหตุ 14,273 คน ผู้ป่วยคดี 7,598 คน จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ในจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นนี้ มีทั้งที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินปะปนกันอยู่เป็นจำนวนมาก ต้องรอรับบริการเป็นเวลานาน ผู้ป่วยที่ฉุกเฉินจริงๆ อาจได้รับการช่วยเหลือช้าลง นับเป็นประเด็นที่หลายๆ โรงพยาบาลพยายามคิดหาวิธีการแก้ปัญหา โดยมีหัวใจของการจัดบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่สำคัญอย่างน้อยสามระบบคือ 1. ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่ชัดเจน เทียบตรง 2. ระบบการช่วยฟื้นคืนชีพที่มีประสิทธิภาพ และ 3. ระบบการส่งต่อที่ปลอดภัย การมีระบบจำแนกผู้ป่วยที่มีความชัดเจน เทียบตรง ถือเป็นจุดเริ่มต้นของบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ เพราะนอกจากจะช่วยให้พยาบาลสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความเร่งด่วน ช่วยรักษาชีวิต รักษาอวัยวะ และรักษาความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ แล้ว ยังสามารถให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เร่งด่วน สำหรับผู้ป่วยแต่ละคน (Zimmermann,2001)

นอกจากความสามารถทางการปฏิบัติงาน โดยใช้ความรู้และทักษะทางการพยาบาลแล้ว พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยยังมีบทบาทในการเป็นผู้ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างทีมการรักษาและผู้ใช้บริการ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลบริการในโรงพยาบาล ให้การช่วยเหลือติดต่อประสานงานเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือ การสร้างความรู้สึกร่วม ทั้งหมดนี้เป็นการให้บริการแบบองค์รวมที่จะนำมาซึ่งความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในที่สุด ดังจะเห็นได้จากข้อกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล การบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2542) ได้กำหนดให้การคัดกรองผู้ป่วย (Triage) เป็นมาตรฐานที่ 1 ที่หน่วยงานพึงจัดบริการให้เกิดขึ้น โดยมีข้อความมาตรฐานว่า พยาบาลวิชาชีพประเมินอาการที่เป็นอันตราย เสี่ยงต่อการเสียชีวิต จัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยแต่ละราย และให้การช่วยเหลือทันทีตามความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยกำหนดตัวชี้วัดด้านคุณภาพบริการพยาบาล จากระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับในการคัดกรอง การจัดระดับความรุนแรงของภาวะการเจ็บป่วยในผู้ป่วยแต่ละรายให้มีความถูกต้อง และความรู้สึกรับพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น

ปัจจุบันการให้บริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาลได้ดำเนินการจัดระบบการคัดกรองผู้ป่วยตามผลการศึกษาของสมบุญ โอภาสยล (2544) ที่ได้จัดระบบการคัดกรองผู้ป่วยทั้ง 5 ด้านคือ ด้านบุคลากร ด้านสถานที่ ด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ด้านระบบรวบรวมข้อมูล และด้านการสื่อสาร ซึ่งทำให้ระบบการคัดกรองมีความเป็นรูปธรรม โดยมีการจำแนกประเภทผู้ป่วยออกเป็น 3 ระดับได้แก่ ฉุกเฉินมาก (Emergent)

ฉุกเฉิน (Urgent) ไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) มีเกณฑ์ในการแบ่งระดับความเร่งด่วนตามการประเมินขั้นต้น (Primary survey) ในเรื่องของทางเดินหายใจและการหายใจ การไหลเวียน ระบบประสาท การสัมผัสสารพิษ และอื่นๆ เป็นเกณฑ์ที่ใช้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้ป่วยเด็ก โดยเริ่มทดลองปฏิบัติปลายปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา จากผลของการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลพบว่า สามารถจำแนกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน และให้การพยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง และมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการประเมินโครงการในครั้งนั้นว่า ควรมีการประเมินเรื่องความรู้และทักษะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรอง ประเมินประสิทธิภาพของระบบคัดกรองจากผลของการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ควรมีการกำหนดบทบาทของผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองไว้อย่างชัดเจน ประกอบกับการมีข้อร้องเรียนจากผู้ใช้บริการบางส่วน เกี่ยวกับความไม่พึงพอใจที่พยาบาลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง ซึ่งคณะกรรมการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ได้นำปัญหานี้มาพิจารณาพบว่า การปฏิบัติการคัดกรองยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และจากการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยของผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดกรองบางส่วน ยังไม่มีการนำการประเมินความเร่งด่วนของผู้ป่วย ตลอดจนไม่มีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะขณะรอตรวจ จากสถานการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลดังกล่าว อาจก่อให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อชีวิต หรือภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยได้

การจำแนกผู้ป่วย โดยใช้ระบบการจำแนกของแคนาดาที่เรียกว่า มาตราวัดระดับความเร่งด่วนและคัดกรองของชาวแคนาดา (The Canadian Triage and Acuity Scale : CTAS,1998) เป็นเครื่องมือประเมินระดับความรุนแรง เร่งด่วน เพื่อจำแนกประเภทผู้ป่วย โดยพิจารณาจากอาการสำคัญ (chief-complaint) ของความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บของระบบต่างๆในร่างกาย ประกอบกับทักษะการประเมินขั้นต้นได้แก่ การรวบรวมข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยและญาติ การใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ การรวบรวมข้อมูลจากการวัดและการสังเกต ได้แก่ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ระดับความเจ็บปวด คะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้ใหญ่และในเด็ก การรวบรวมข้อมูลเหล่านี้จะต้องเพียงพอในการระบุความเร่งด่วนที่มีใช้เพื่อการวินิจฉัยโรค ผลของการประเมินสภาพดังกล่าวทำให้เกิดการตัดสินใจระบุความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้อง ซึ่งมีเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ ร่วมกับแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละประเภท กล่าวคือ เมื่อได้ประเมินคัดกรองผู้ป่วยแต่ละประเภทแล้ว จะทำการนำส่งไปยังพื้นที่การรักษาที่เหมาะสม คือ ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเร่งด่วนระดับที่ 1 ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ (Resuscitation) พยาบาลคัดกรองควรนำส่งผู้ป่วยไปยังห้องหรือพื้นที่ ที่จัดเตรียมไว้เพื่อการช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อให้ทีมการรักษาพยาบาลทำการช่วย

เหลือทันทีทันใด ผู้ป่วยระดับที่ 2 เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent) พยาบาลคัดกรองควรประเมินผู้ป่วย และให้การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสมดุลอย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งนำส่งไปยังพื้นที่การรักษายาบาลที่เตรียมไว้ไม่เกิน 15 นาที ผู้ป่วยระดับที่ 3 เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) พยาบาลคัดกรองประเมินผู้ป่วย และให้การพยาบาลฉุกเฉิน (emergency intervention) ผู้ป่วยระดับที่ 3 รอคอยบริเวณจุดคัดกรองหรือพื้นที่การรักษาไม่เกิน 30 นาที ผู้ป่วยระดับที่ 4 เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินปานกลาง (Less-urgent) พยาบาลคัดกรองประเมินผู้ป่วย และให้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความไม่สุขสบาย ผู้ป่วยระดับที่ 4 รอคอยบริเวณพื้นที่รอตรวจไม่เกิน 45 นาที ผู้ป่วยระดับที่ 5 เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) พยาบาลคัดกรองประเมินผู้ป่วยและให้คำแนะนำ หรือส่งต่อไปยังระบบบริการสุขภาพอื่นในโรงพยาบาล ผู้ป่วยระดับที่ 5 รอคอยบริเวณพื้นที่รอตรวจไม่เกิน 60 นาที

แนวคิดระบบการคัดกรองผู้ป่วยของชาวแคนาดา (CTAS,1998) นั้นนอกจากพยาบาลจะต้องทำการคัดกรองผู้ป่วย นำส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่การรักษาที่เหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยบางระดับพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองจะต้องให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด หรือบรรเทาความไม่สุขสบายอย่างทันที พยาบาลจุดคัดกรองจะต้องให้ข้อมูลที่จำเป็น และส่งต่ออาการสำคัญแก่พยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน การให้ข้อมูลระหว่างทีมการรักษา และญาติหรือผู้นำส่งเป็นระยะในเรื่องของขั้นตอนและความก้าวหน้าในการตรวจรักษา การช่วยเหลือติดต่อประสานงานเพื่ออำนวยความสะดวก การแสดงออกของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองในเชิงการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือเหล่านี้ เป็นการแสดงออกที่ผู้ใช้บริการสามารถรับรู้ถึงบริการที่มีคุณภาพและก่อให้เกิดความพึงพอใจ นอกจากนี้มาตรฐานความเร่งด่วนและการจำแนกผู้ป่วยชาวแคนาดา ได้ให้ความสำคัญกับการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ เนื่องจากการคัดกรองเป็นกระบวนการที่มีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา กล่าวคืออาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มาใช้บริการสามารถเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาที่รอตรวจ มีการกำหนดกรอบเวลาของการประเมินซ้ำเป็นระยะ เช่น ผู้ป่วยระดับที่1 ควรได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยระดับที่2 ควรได้รับการประเมินทุก 15 นาที ผู้ป่วยระดับที่ 3 ควรได้รับการประเมินทุก 30 นาที ผู้ป่วยที่ระดับที่ 4 ควรได้รับการประเมินทุก 45 นาที และผู้ป่วยระดับที่ 5 ควรได้รับการประเมินทุก 60 นาที

ระบบจำแนกผู้ป่วยนี้เป็นการคัดกรองโดยใช้กระบวนการพยาบาล เริ่มตั้งแต่การ ประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยปัญหาโดยการระบุความเร่งด่วน การวางแผนนำผู้ป่วยไปยังพื้นที่การรักษาที่เหมาะสมหรือให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้โดยมีการส่งต่ออาการ และข้อมูลผู้ป่วยและญาติหรือผู้นำส่ง แก่พยาบาลในพื้นที่การรักษา การประเมินอาการ

ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจและการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ช่วยให้พยาบาลมีกระบวนการคิดที่เป็นระบบ ได้แผนการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ให้บริการแต่ละราย ทำให้พยาบาลสามารถตอบสนองและให้การพยาบาลได้ตรงตามความต้องการของผู้ใช้บริการ ซึ่งจะช่วยให้การบริการพยาบาลนั้นมีคุณภาพ ผู้ใช้บริการรับรู้และเห็นคุณค่ามากขึ้น นอกจากนี้กระบวนการพยาบาลยังช่วยให้พยาบาลได้เครื่องมือในการประเมินผลและปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง(เมอร์เรย์,2540)

จากสภาพการณ์ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าคุณภาพบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังมีปัญหาบางอย่างที่ต้องการการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถให้บริการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและเพื่อการสนองตอบความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างครอบคลุม และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของหน่วยงานดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเป็นผู้หนึ่งที่ยอมรับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพบริการของงานพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พิจารณาแล้วเห็นว่า การใช้แนวคิดการคัดกรองของ CTAS (1998) จะสามารถจำแนกความต้องการการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นสำคัญ และยังใช้เป็นรูปแบบในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินได้อีกด้วย ซึ่งในการสร้างและพัฒนา รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม (Swansburg,2002) มาใช้ในการสร้างรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการคัดกรองที่เหมาะสมกับหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ผู้ใช้บริการรู้สึกปลอดภัยและพึงพอใจ และในขณะเดียวกันผู้ให้บริการรู้สึกพึงพอใจในงานเนื่องจากมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาลที่ได้รับก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. เปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ปัญหาการวิจัย

1. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แตกต่างกันหรือไม่
2. ความพึงพอใจในงานของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แตกต่างกันหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

ความคาดหวังของประชาชนและชุมชน ต่อบริการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นอกจากศักยภาพในการรักษาพยาบาล ประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้ป่วยอย่างปลอดภัยแล้ว ความคาดหวังของผู้ใช้บริการที่สำคัญอีกประการ คือ ผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลภาวะฉุกเฉินอย่างถูกต้องและทันท่วงที (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, 2544) การที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนทั้งด้านบริการพยาบาลและด้านอื่นๆด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ ได้นั้น จะต้องมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนและมีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยแต่ละประเภท ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นของบริการที่มีคุณภาพ เพราะนอกจากจะช่วยให้พยาบาลจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความเร่งด่วนแล้ว ยังช่วยรักษาชีวิต รักษาอวัยวะ และคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ พยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่ตรงกับปัญหา และความต้องการตามความเร่งด่วนของผู้ป่วยแต่ละคน การประเมินเพื่อการคัดกรองผู้ป่วย ที่มารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง และเป็นสมรรถนะหลักที่พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปฏิบัติบ่อยครั้งที่สุดเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ (อรทัย ปิงวงศานุรักษ์, 2540) การที่พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการประเมินภาวะฉุกเฉินได้เป็นอย่างดี พร้อมทั้งปฏิบัติการพยาบาลเบื้องต้นได้อย่างมีคุณภาพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และลดการสูญเสียอวัยวะได้ การแสดงออกซึ่งความเอาใจใส่ เอื้ออาทร และความอ่อนโยนในการให้การพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและเกิดความมั่นใจในผู้ให้การพยาบาล (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2540) นอกจากนี้พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรอง ยังต้องคำนึงถึงความต้องการของญาติหรือผู้นำส่ง เนื่องจากบุคคลเหล่านี้จะต้องเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ความพิการที่อาจเกิดขึ้น หรือเกิดความเครียดจากการที่ผู้ป่วยถูกคุกคามด้วยโรคภัยต่างๆ บุคลากรพยาบาลหากให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่ง โดยการแสดงออกถึงความรู้ ความสามารถในระดับวิชาชีพอยู่ตลอดเวลา มีทักษะการบริหารจัดการ และทักษะการติดต่อสื่อสารที่ดี

การใช้คำพูดที่สุภาพ การเสนอความช่วยเหลือเมื่อมีโอกาส สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ใช้บริการเกิดการรับรู้ต่อคุณภาพบริการที่มีประสิทธิภาพ และมีความมั่นใจในบริการที่ได้รับ นำไปสู่ความรู้สึกพึงพอใจในที่สุด

แนวคิดมาตรฐานวัดระดับความเร่งด่วนและการคัดกรองของชาวแคนาดา(CTAS,1998)น่าจะช่วยให้พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีรูปแบบการคัดกรองที่สามารถสนับสนุนให้เกิดบริการที่มีคุณภาพดังกล่าวข้างต้น กล่าวคือ มีเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้ป่วยเด็กเป็น 5 ประเภท ที่สามารถแบ่งระดับความรุนแรงเร่งด่วนที่ชัดเจน จากการวัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ระดับความเจ็บปวด คะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้ใหญ่และในเด็ก ช่วยให้พยาบาลตอบสนองความต้องการแก่ผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม Zimmermann (2001) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความตรงและความเที่ยงระหว่างการแบ่งระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 และ 5 ระดับ พบว่าการแบ่งระดับความเร่งด่วนเป็น 5 ประเภท ให้ค่าความเที่ยงและความตรง ซึ่งสนองตอบความต้องการแก่ผู้ใช้บริการได้มากกว่า และสามารถทำนายความเป็นไปได้ของการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลจากการแบ่งระดับผู้ป่วย (Shih,2000) นอกจากนี้ การระบุบทบาทพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองที่จะต้องแสดงออกซึ่งความเอาใจใส่ เอื้ออาทรและความอ่อนโยนในการให้บริการ มีความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจในความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นการดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย การแสดงออกถึงการปฏิบัติที่มีความกระตือรือร้น มีความมั่นใจในการปฏิบัติ การพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของความรู้ แนวคิดและทฤษฎี ตลอดจนการจัดแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ป่วยแต่ละระดับ รวมทั้งการพยาบาลที่ผู้ป่วยควรได้รับขณะรับการรักษาและรอตรวจ เพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายและลดภาวะเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับการรักษาที่ล่าช้า การกำหนดกรอบเวลาที่เหมาะสมในการรอคอยก่อนพบแพทย์และการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะขณะรอรับการรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และสามารถรับประกันได้ว่าภายในกรอบเวลาที่กำหนดแต่ละประเภท ผู้ป่วยสามารถรอคอยได้อย่างปลอดภัย นอกจากนี้จะช่วยให้เกิดความมั่นใจแล้ว ถือว่าเป็นข้อตกลงเบื้องต้นที่จะช่วยลดข้อขัดแย้งระหว่างผู้ใช้บริการและพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรอง การเป็นผู้ประสานงานให้ข้อมูลข่าวสารระหว่างทีมการรักษาและญาติหรือผู้นำส่ง การปฏิบัติการพยาบาล ณ จุดคัดกรองต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ญาติหรือผู้นำส่งสามารถมองเห็น และรับรู้ถึงคุณภาพบริการที่พยาบาลมอบให้แก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ช่วยให้เกิดความเข้าใจอันดี และลดความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ใช้บริการ สอดคล้องกับแนวคิดของ Davis and Bush (1995) ที่พัฒนาเครื่องมือวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้านการดูแลด้านจิตใจ ด้านการให้ข้อมูล ด้านความสามารถในปฏิบัติงาน และด้านคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อ

กลับบ้าน ช่วยให้ผู้ใช้บริการรับรู้ได้ถึงคุณภาพบริการพยาบาล ที่ทีมพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินจัดให้มีขึ้น ก่อให้เกิดความพึงพอใจในที่สุด

จากแนวเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานการวิจัยดังนี้คือ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน

นอกจากนี้ การที่พยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับความไว้วางใจจากหัวหน้าหน่วยงาน ในการร่วมกันสร้างรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และความมีอิสระในการเสนอความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เพื่อร่วมกันสร้างรูปแบบการคัดกรองที่เหมาะสมกับบริบทของตน ก่อให้เกิดแนวทางในการปฏิบัติการคัดกรองที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การทำงานของพยาบาลในแต่ละจุดของบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความต่อเนื่อง เชื่อมโยง เป็นระบบ เกิดการเลื่อนไหลของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเร่งด่วนได้รับการรักษาที่รวดเร็ว พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถสนองตอบความต้องการการพยาบาลที่เร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลที่เกิดแก่ผู้ป่วยคือ ความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความบกพร่องในระบบบริการพยาบาล หรือทีมการรักษา ผลที่เกิดขึ้นแก่ญาติหรือผู้นำส่งคือความเข้าใจที่ดีต่อผู้ปฏิบัติงาน เข้าใจขั้นตอน กระบวนการทำงาน การรับทราบข้อมูลความก้าวหน้าและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยเป็นระยะช่วยคลายความวิตกกังวล ผลที่เกิดแก่ผู้ปฏิบัติงานคือ ความรู้สึกภาคภูมิใจในวิชาชีพของตนที่ได้ให้การปฏิบัติการพยาบาลที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ หากบริการเป็นที่ยอมรับทั้งต่อผู้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงาน เป็นที่เชื่อถือของผู้ใช้บริการ พยาบาลจะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองจากความสำเร็จของงาน เกิดความพึงพอใจในวิชาชีพ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น ฉะนั้นหากบุคลากรพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงาน จะก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดี ต่อแนวทางปฏิบัติในการทำงานที่ตนมีส่วนร่วม และมีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานได้ด้วยตนเอง อันนำไปสู่ความพึงพอใจในงานมากยิ่งขึ้น(Spector,1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kipp (2001) ที่ได้ศึกษาและสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานและบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมเพื่อสร้างพฤติกรรมมาตรฐานที่เป็นมาตรฐานเดียวกันพบว่า หลังการใช้มาตรฐานดังกล่าว พยาบาลตระหนักและให้การดูแลเพิ่มขึ้นจากไตรมาสแรกและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโดยรวมเพิ่มขึ้น

จากแนวเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานการวิจัยดังนี้คือ ความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน

ขอบเขตการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของการวิจัยดังนี้

1. รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน โดยใช้แนวคิดมาตรฐานระดับความเร่งด่วนและการคัดกรองของชาวแคนาดา (CTAS ,1998) ประกอบด้วย เกณฑ์ที่ใช้ในการระบุความเร่งด่วน คู่มือการปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วย และแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล

2. การปฏิบัติการพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วย และญาติหรือผู้นำส่ง โดยเริ่มที่จุดคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยมีทีมงานเป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ซึ่งผลที่เกิดขึ้นกับญาติหรือผู้นำส่งเป็นผลจากการปฏิบัติงานร่วมกัน ตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาลอยู่ในช่วงเวลา 8.00-8.00 น. ของวันรุ่งขึ้น

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยมี 2 กลุ่มคือ

3.1.1 บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

3.1.2 ญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

4. ตัวแปรที่ศึกษา

4.1 ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน

4.2 ตัวแปรตาม คือ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หมายถึง แบบแผนเบื้องต้นที่ใช้เป็นแนวทางในการระบุระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สร้างขึ้นตามแนวคิดมาตรฐานวัดระดับความเร่งด่วน และการคัดกรองของชาวแคนาดา(CTAS,1998) ในการสร้างและพัฒนา รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยนี้ได้ใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) มาประยุกต์ใช้ดังนี้คือ พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนา รูปแบบการคัดกรอง โดยการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งทดลองใช้และปรับแก้ไขเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยพยาบาลทุกคนมีอิสระในการเสนอแนวทาง ข้อคิดเห็นในการปฏิบัติงาน รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ประกอบด้วย

1. เกณฑ์ที่ใช้ในการระบุความเร่งด่วน หมายถึง ข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจเร่งด่วนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย โดยพิจารณาจากอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ประกอบกับสัญญาณชีพในผู้ป่วยทุกราย ระดับความรู้สึกตัวในผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาของระบบประสาท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเหนื่อย หรือมีปัญหาของระบบทางเดินหายใจ หัวใจและหลอดเลือด ระดับความเจ็บปวด ในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวด ทุกข์ทรมานและไม่สุขสบาย และ คะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้ใหญ่และในเด็ก ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกราย หากประเมินผู้ป่วยด้วยเกณฑ์ที่ใช้ในการระบุมากกว่า 1 เกณฑ์การระบุความเร่งด่วนจะพิจารณาร่วมกัน โดยถือเอาเกณฑ์ที่มีความเร่งด่วนมากที่สุดในการตัดสินใจระบุความเร่งด่วนผู้ป่วย เกณฑ์ที่ใช้ในการระบุความเร่งด่วนสามารถแบ่งผู้ป่วยที่มาใช้บริการ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ออกเป็น 5 ประเภท คือ ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเร่งด่วนระดับที่ 1 ต้องให้การช่วยฟื้นคืนชีพทันที (resuscitation) ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเร่งด่วนระดับที่ 2 ฉุกเฉินมาก (emergent) ต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใน 15 นาที ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเร่งด่วนระดับที่ 3 ฉุกเฉิน (urgent) ต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใน 30 นาที ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเร่งด่วนระดับที่ 4 ฉุกเฉินปานกลาง (less-urgent) ต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใน 45 นาที ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเร่งด่วนระดับที่ 5 (non-urgent) ต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใน 60 นาที

2. คู่มือการปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วย หมายถึง คู่มือที่จะช่วยให้พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยสามารถระบุความเร่งด่วนตามรูปแบบที่สร้างขึ้นได้อย่างแม่นยำ โดยมีรายละเอียดเป็นความรู้เกี่ยวกับการประเมินตามเกณฑ์ที่ใช้ในการระบุความเร่งด่วน ได้แก่ การประเมินอาการ การซักประวัติ การประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ระดับความเจ็บปวด และคะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้ใหญ่และในเด็ก

3. แนวทางการคัดกรองผู้ป่วย หมายถึง วิธีการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน โดยใช้กระบวนการพยาบาล เริ่มตั้งแต่ การซักประวัติ และการตรวจร่างกายเบื้องต้นเพื่อรวบรวมข้อมูลในการระบุความเร่งด่วน การวางแผนให้การพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิต

อวัยวะและหน้าที่ การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ การนำส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่การรักษา การส่งต่ออาการและข้อมูลที่สำคัญ และการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หมายถึง ความรู้สึกทางบวกของญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ที่ให้แก่ผู้ป่วยญาติหรือผู้นำส่ง เป็นผลรวมของการรับรู้ต่อบริการที่ตนเองได้รับจากพยาบาล สามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับใช้จากแนวคิดของเดวิทและบุช (Davis and Bush, 1995) ครอบคลุมใน 3 องค์ประกอบ คือ

1. ด้านความสามารถทางการปฏิบัติงาน (Technical competence) หมายถึง ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลปฏิบัติงานด้วยความรู้ ความสามารถสนองตอบความต้องการการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้นำส่งได้อย่างถูกต้อง มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล อธิบายการปฏิบัติตัวหรือให้ข้อมูลทางการพยาบาลตามหลักวิชาการ

2. ด้านการดูแลจิตใจ (Psychological safety) หมายถึง ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ให้ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ และเอื้ออาทรในการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บของผู้ป่วยและญาติหรือผู้นำส่ง การสัมผัสด้วยความอ่อนโยน การรับฟังด้วยความตั้งใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติหรือผู้นำส่งได้ระบายความรู้สึกไม่สุขสบาย ความเครียด ความเจ็บปวด พร้อมทั้งให้การพยาบาลที่สุภาพ และนุ่มนวล

3. ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร (Informative giving) หมายถึง ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในเรื่องการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้นำส่งเป็นระยะระหว่างรอตรวจ หรือการรักษาพยาบาล การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้คำแนะนำและอธิบายการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้นำส่ง การได้รับข้อมูลก่อนที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปหผู้ป่วย หรือไปรักษาต่อที่อื่นตามสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับ ตลอดจนการให้ข้อมูลก่อนการพยาบาลทุกครั้ง

ความพึงพอใจในงานของพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกทางบวกของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่มีต่อการปฏิบัติงานตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้เครื่องมือวัดความพึงพอใจในงานของพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของสเปกเตอร์ (Spector, 1997) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ลักษณะงาน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน ได้ใช้ความคิดอิสระ ลักษณะงานเป็นงานที่ทำทลายความสามารถ

2. การบังคับบัญชา หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ทำให้ทราบบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของตนในแต่ละพื้นที่อย่างชัดเจน ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีระบบ ไม่สับสน เกิดการเลื่อนไหลของงาน

3. สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ถึงคุณค่าของตนเองที่เกิดขึ้นภายใน รู้สึกประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ระบุความเร่งด่วนของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับการประเมินตามกรอบเวลาที่วางไว้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลทันที มีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย การได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานและหัวหน้าหน่วยงาน ในการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างอิสระ มีการแสดงออกทางความคิด อย่างริเริ่มและสร้างสรรค์

4. สภาพการทำงาน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน เกี่ยวกับความชัดเจนของงาน ความพร้อมของเครื่องมือเครื่องใช้ อุปกรณ์ต่างๆ การได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยงานเพื่อร่วมกันคิด ร่วมกันปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นำไปใช้ในการจัดลำดับความเร่งด่วน และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างถูกต้องเหมาะสม
2. ผู้ป่วยได้รับการ ตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ที่มีคุณภาพ สามารถประเมินผลลัพธ์ได้
3. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างต่อเนื่อง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญ โดยกำหนดเป็นหัวข้อได้ดังนี้

1. งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 1.1 ความหมายหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 1.2 ลักษณะงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 1.3 หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
2. แนวคิดการคัดกรอง
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 ระบบการคัดกรอง
 - 2.3 ประเภทความเร่งด่วน
 - 2.4 การคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
3. แนวคิดการแบ่งระดับความเร่งด่วนและการคัดกรองชาวแคนาดา
 - 3.1 บทบาทของผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรอง
 - 3.2 กระบวนการคัดกรอง
 - 3.3 ระบบบันทึกการคัดกรอง
 - 3.4 การประเมินการคัดกรอง
 - 3.5 ประโยชน์การคัดกรอง
 - 3.6 คุณสมบัตินักพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดกรอง
 - 3.7 การจัดรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
4. การบริหารแบบมีส่วนร่วม
 - 4.1 ความหมายการบริหารแบบมีส่วนร่วม
 - 4.2 แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม

- 4.3 แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg
5. แนวคิดความพึงพอใจในงาน
 - 5.1 ความหมายความพึงพอใจและความพึงพอใจในงาน
 - 5.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน
 - 5.3 องค์ประกอบความพึงพอใจในงาน
6. แนวคิดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
 - 6.1 ความหมายความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
 - 6.2 แนวคิดความพึงพอใจผู้ใช้บริการ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1.งานการพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.1 ความหมายหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

กองการพยาบาล (2536) ให้ความหมายว่า หมายถึง หน่วยงานของโรงพยาบาล ที่ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเร่งด่วน หรือมีภาวะคุกคามชีวิต ที่ต้องการความช่วยเหลือ ในการแก้ปัญหาอย่างรีบด่วน นับเป็นจุดที่มีความสำคัญมาก ต้องมีการจัดระบบบริการพยาบาล ที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง รวดเร็ว และถูกต้อง มีบุคลากรทางสุขภาพปฏิบัติงาน ตลอด 24 ชั่วโมง บุคลากรเหล่านั้นต้องมีคุณภาพ มีความรู้ มีความสามารถเพียงพอ สามารถ สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติได้เป็นอย่างดี รวมทั้งสามารถเข้าใจและลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย ฉุกเฉินและญาติได้ เนื่องจากเหตุการณ์การเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่มิได้คาดคิด มาก่อน ความคาดหวังต่อการให้บริการจึงมีสูงมาก การจัดเตรียมสถานที่ในการให้บริการเป็น สัดส่วน มีเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น และอยู่ในสภาพพร้อมที่จะใช้งานได้โดยสะดวก การดูแล ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติอย่างรวดเร็ว หรือถ้า มีความจำเป็นต้องมีการสูญเสีย ก็จะต้องเกิดขึ้นน้อยที่สุด

1.2 ลักษณะงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ลักษณะงานของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่ อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต ที่ต้องการความช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างรีบด่วน ตลอดจน การปฏิบัติการช่วยชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้สถิติจำนวนผู้ใช้บริการหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินในปัจจุบันเพิ่มจำนวนมากขึ้น หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่เพียงแต่ให้บริการแก่ผู้ป่วย

ที่ได้รับอุบัติเหตุและมีภาวะฉุกเฉินเท่านั้น ยังต้องให้บริการในระดับปฐมภูมิอีกด้วย กล่าวคือ ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มักคาดหวังว่าการรักษาที่อุบัติเหตุจะได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วกว่า การที่มีผู้ใช้บริการเป็นจำนวนมากนี้เอง ทำให้ผู้ป่วยที่เร่งด่วนปะปนกับผู้ป่วยไม่เร่งด่วน การจัดระบบบริการที่จะช่วยระบุนความเร่งด่วนแก่ผู้ใช้บริการ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ตรงกับความเร่งด่วน และความต้องการทางการแพทย์ที่ถูกต้องเหมาะสม ช่วยให้บรรลุภารกิจที่สำคัญสำคัญ คือ สามารถรักษาหน้าที่ของร่างกาย อวัยวะและชีวิต โดยมีเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการดังนี้

- 1.2.1 จัดระบบบริการอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ตามหลักวิชาการ
 - 1.2.2 สถานที่และอุปกรณ์อยู่ในสภาพพร้อมเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยเสมอ
 - 1.2.3 บุคลากรมีความพร้อมในด้านความรู้ ความสามารถที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย ก่อนถึงมือแพทย์
 - 1.2.4 ส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนรับการรักษาที่แพทย์หรือสถานบริการสาธารณสุขตามขอบเขตความสามารถได้อย่างเหมาะสม
 - 1.2.5 เตรียมพร้อมในการรับอุบัติเหตุหมู่ คือมีการวางแผนและมีการซ้อมแผนเป็นระยะๆ
 - 1.2.6 บันทึกข้อมูลและลงระเบียบงานอย่างชัดเจนถูกต้องตามความเป็นจริงและสามารถใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงได้
- กิจกรรมงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ
1. ดำเนินการตรวจสภาพร่างกายทั่วไป พร้อมทั้งซักประวัติ เพื่อให้การวินิจฉัยเบื้องต้นทันทีอย่างถูกต้องและรวดเร็ว
 2. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินตามสภาพ และอาการแรกรับอย่างรวดเร็ว และถูกต้องทันที เช่น ห้ามเลือด เย็บแผล ทำแผล ช่วยฟื้นคืนชีพ ฉีดยา ให้ออกซิเจน ล้างท้อง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดแดง เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิต
 3. สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นและสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันที
 4. ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาโดยเฉพาะ ในรายที่มีอาการหนักอยู่ในระยะอันตรายหรือต้องการการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง เช่น ห้องผ่าตัด ห้องผู้ป่วยหนัก หรือรับไว้รักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยอื่นๆ ตามอาการของโรค
 5. อธิบายชี้แจงและให้คำแนะนำแก่ญาติ เกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ขั้นตอนการปฏิบัติในขณะที่พักรักษาในโรงพยาบาล การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย
 6. สังเกตอาการผู้ป่วย กรณีไม่จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล

1.3 หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานหนึ่งของภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวชศาสตร์ ตั้งอยู่ชั้นล่างของอาคารเพชรรัตน์ มีการจัดแบ่งพื้นที่ให้บริการออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ ด้านหน้า ส่วนแรกเป็นจุดรับผู้ป่วยและคัดกรองผู้ป่วย โดยมีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ประเมินอาการเบื้องต้น เพื่อจำแนกประเภทและความต้องการการรักษาพยาบาล ตัดสินใจนำส่งผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสม ประสานงานเจ้าหน้าที่เวรเปลในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และเจ้าหน้าที่เวรระเบียบในการติดตามแฟ้มประวัติผู้ป่วย มีบริเวณที่พักสำหรับผู้ป่วยรอตรวจ ด้านในแบ่งพื้นที่ให้บริการออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ห้องพักสังเกตอาการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องช่วยเหลือผู้ป่วยหนัก ห้องตรวจและพื้นที่ให้การรักษาพยาบาล เช่น ฉีดยาให้สารน้ำทางหลอดเลือด เป็นต้น ห้องผ่าตัดเล็กที่มีลักษณะกึ่งปลอดเชื้อ ใช้ในการเย็บและตกแต่งบาดแผล ห้องเผือกสำหรับผู้ป่วยที่ต้องเข้าเผือกปูนในรายที่มีกระดูกหัก

การจัดบุคลากรของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีแพทย์อยู่ประจำตลอด 24 ชั่วโมง เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่ผลิตแพทย์ และเป็นสถานที่ฝึกสำหรับแพทย์ที่ศึกษาต่อเฉพาะทางทำให้มีแพทย์ที่ออกตรวจรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ ทั้งแพทย์ฝึกหัด แพทย์ประจำบ้าน หัวหน้าแพทย์เวร ส่วนพยาบาลเป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดจำนวน 38 คน ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและขั้นสูง และมีการอบรมอย่างต่อเนื่องทุกปี หัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมอบหมายความรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ ให้แก่พยาบาลวิชาชีพแต่ละเวร ตามพื้นที่ที่ให้บริการ โดยยึดหลักการทำงานร่วมกันเป็นทีมในการให้บริการแก่ผู้ป่วย และจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามสถานการณ์

สรุป งานบริการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นงานบริการที่ต้องตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมแก่ผู้ใช้บริการอันหมายรวมถึงผู้ป่วยและญาติ ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ ภายใต้พื้นฐานความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการ จนกระทั่งจำหน่ายออกจากหน่วยงาน โดยบุคลากรพยาบาลร่วมกันจัดระบบบริการที่จะเอื้อต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อผู้รับบริการ และระบบบริการนั้นควรส่งเสริมให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างสะดวก รวดเร็ว เหมาะสมกับปริมาณผู้ใช้บริการที่มีจำนวนมากขึ้น

2. แนวคิดการคัดกรอง

2.1 ความหมายการคัดกรอง

Triage มาจากภาษาฝรั่งเศสคำว่า “trier” หมายถึง การคัดออกหรือการคัดแยก เดิมใช้ในการคัดแยกผลไม้ที่เสียออกจากผลไม้ที่ดี ต่อมาใช้ในการคัดแยกทหารในสนามรบที่ได้รับบาดเจ็บ สำหรับมากไม่คุ้มค่าในการรักษา ออกจากทหารที่บาดเจ็บไม่มากเพื่อทำการรักษาให้ทหารเหล่านี้สามารถกลับไปรบได้อีกโดยใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัดให้คุ้มค่าที่สุด (Roger, 1989 ; Rice and Abel,1992 ; Ramler and Mohammed,1995)

อวยพร ตันมุขยกุล (2540) ให้ความหมายการจำแนกประเภทผู้ป่วยว่าหมายถึง การจัดผู้ป่วยให้เป็นชั้น ระดับ และกลุ่มต่างๆ ตามลักษณะความเจ็บป่วย ความต้องการการตอบสนองของด้านต่างๆ รวมทั้ง การกำหนดปริมาณและประเภทการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ

วนิดา ออประเสริฐศักดิ์และคณะ (2540) กล่าวว่า Triage ในแผนกฉุกเฉินเป็นกระบวนการประเมินสภาพของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เพื่อตัดสินใจความรีบด่วนของอาการสำคัญที่เป็นปัญหา และการจัดการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสม

วิชัย วาสนสิริ (2544) กล่าวถึงการคัดกรองในระบบการบาดเจ็บปัจจุบัน (modern trauma system) ว่าหมายถึง กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยตามความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บในสถานที่เกิดเหตุหรือในแผนกฉุกเฉินให้เร็วและถูกต้องที่สุด เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในสถานที่ที่เหมาะสม (right place) ให้ทันเวลา (right time) และได้รับการรักษาที่ถูกต้อง (right level of care) วิชัย วาสนสิริ

สรุป การคัดกรองหมายถึงการคัดแยกผู้ป่วย ที่มีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน และจัดผู้ป่วยให้เป็นกลุ่มต่างๆ ตามลักษณะความเจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายในการประเมินเพื่อระบุความรุนแรง และภาวะคุกคามชีวิตได้อย่างรวดเร็ว โดยพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย ประเมินความรู้สึกรู้ตัว ประเมินทางเดินหายใจ ประเมินการหายใจ ประเมินระบบไหลเวียนโลหิต ให้ความช่วยเหลือตามแนวทางที่กำหนดเกี่ยวกับการช่วยหายใจ การช่วยฟื้นคืนชีพ การห้ามเลือด การช่วยเหลือ สนับสนุนการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต หรือการตามอวัยวะที่หัก

2.2 ระบบการคัดกรอง

การมีระบบคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้พยาบาลสามารถจัดวางตำแหน่งผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ช่วยให้เกิดการเลื่อนไหลของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการค้างของบริเวณพื้นที่การรักษา การระบุความรุนแรงที่ถูกต้องและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม ยังช่วยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ และช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้เวลา สถานที่และทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (Marilyn Rice and Cynthia Abel,1992) ระบบการคัดกรองในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความหลากหลายอย่างมาก ในปี ค.ศ.1982 ทอมป์สันและเดน (Thompson and Dains,1982) ได้ระบุว่า มี 3 ระบบ ที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของระดับความเร่งด่วน รูปแบบการทำงาน ข้อมูลที่ใช้ในการประเมิน การบันทึกเอกสาร การประเมินผู้ป่วย และการประเมินเป็นระยะและการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อการวินิจฉัย (diagnostic procedures) ดังนี้ ระบบที่ 1 การสั่งการจราจร (traffic director) เป็นระบบที่ไม่ได้ใช้พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ เป็นการคัดกรองเพื่อให้เกิดการเลื่อนไหลของผู้ป่วยเท่านั้น มีการจัดแบ่งความเร่งด่วนผู้ป่วยออกเป็น 2 ระดับ อย่างหยาบๆ ไม่มีระบบการบันทึก ให้การดูแลเบื้องต้น จุดคัดกรอง ระบบที่ 2 ตรวจสอบเป็นข้อ (spot check) เริ่มใช้พยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่ได้รับการอบรม มีการใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย และข้อมูลจากการสังเกต แบ่งระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ การบันทึกไม่เป็นระบบเท่าที่ควร ไม่มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ระบบที่ 3 แบบผสมผสาน (comprehensive) เป็นการคัดกรองที่มีการผสมผสานและการพัฒนาให้เกิดความก้าวหน้า การประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพและข้อมูลที่นำมาใช้ในการประเมิน ได้แก่ ข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การวัด ข้อมูลด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพ ลำดับความเร่งด่วนมีอยู่ 4-5 ระดับ ทำให้สามารถจำแนกประเภทผู้ป่วย และตอบสนองความต้องการการดูแลได้อย่างทั่วถึงและถูกต้อง มีการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อการวินิจฉัย เช่น การส่งถ่ายภาพรังสี การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้ยาระงับความเจ็บปวด โดยพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมหรือกำหนดเป็นแนวทางในการปฏิบัติตามที่ได้ตกลงกันไว้ (protocol) และผู้ป่วยจะถูกประเมินใหม่ตามระยะเวลาที่กำหนด เช่น ผู้ป่วยที่ถูกจัดระดับความเร่งด่วนมาก จะได้รับการประเมินเป็นระยะบ่อยครั้งกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจัดระดับความเร่งด่วนน้อยลงตามลำดับ ซึ่งขึ้นอยู่กับความเป็นไปได้ในการจัดระบบบริการของแต่ละโรงพยาบาล

ระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่ดี (ideal triage criteria) ควรสามารถแยกผู้ป่วยที่บาดเจ็บอันตรายถึงชีวิต และไม่เป็นอันตรายถึงชีวิตออกจากกัน ได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และใช้เวลาน้อยที่สุด (วิชัยวาสนศิริ,2544) ดังนั้นข้อกำหนด (criteria) หรือข้อมูลที่ใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยจึงต้องพิจารณาให้ดี เนื่องจากอาจมีผลให้ระบุความเร่งด่วนมากกว่าความเป็นจริง (over triage) ทำให้เกิดความแออัดในพื้นที่การรักษา ในทางตรงกันข้าม การระบุความเร่งด่วนน้อยกว่าความเป็นจริง (under triage) ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต

2.3 ประเภทความเร่งด่วน(Urgency categories)

ประเภทความเร่งด่วน ถูกพัฒนาสำหรับกระบวนการคัดกรอง จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับจำนวนประชากรที่มารับบริการ และทรัพยากรที่สามารถจัดหามาให้ได้ ระบบจำแนกผู้ป่วย 3 ระดับ ไกลจากอุดมคติ (far from ideal) ประสิทธิภาพของพยาบาลคัดกรอง และทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ไม่ค่อยมีอิทธิพลในการแบ่งประเภทมากกว่าเกณฑ์ที่ใช้ในการระบุ การศึกษาแสดงให้เห็นการขาดการลงความเห็นร่วมกันและความแม่นยำในการแบ่งเป็น 3 ระดับที่จะเข้าถึงการดูแลในการคัดกรอง ดังนั้นเกณฑ์ที่สร้างขึ้นจึงเป็นสิ่งที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละสถาบัน ไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ถึงแม้จะใช้ระบบตัวเลขเหมือนกัน ปัจจุบันจำนวนผู้มารับบริการในโรงพยาบาลมีจำนวนมากขึ้นและพยาธิสภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้จำนวนเตียงไม่เพียงพอในการให้บริการ นอกจากนี้แนวโน้มการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อหลีกเลี่ยงการรับตัวไว้ในโรงพยาบาลมีมากขึ้น ทำให้ภาระงานของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีมากขึ้นไปด้วย การจัดประเภทความเร่งด่วนเป็น 3 ระดับ ไม่สามารถใช้เป็นภาพสะท้อนความรุนแรงของผู้ป่วยได้ และการวัดภาระงานจากจำนวนประชากรที่มารับบริการเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ

จากการตระหนักในข้อจำกัดการจำแนกผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ แพทย์และพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในออสเตรเลีย แคนาดา อังกฤษและอเมริกา พัฒนาการจัดประเภทผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับโดยใช้ระบบตัวเลข 1 แทนระดับความเร่งด่วนสูงสุด และ 5 แทนระดับความเร่งด่วนต่ำสุด มีการศึกษาจำนวนหนึ่งในการจัดประเภทความเร่งด่วน 5 ประเภท ได้รับการอธิบายว่ามีความแม่นยำและความเที่ยงตรงจากการหาอัตราความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) เช่นเดียวกับความพึงพอใจของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่พบว่ามีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น (Margaret McMahon,2003)

ในที่นี้ขอยกตัวอย่างมาตรวัดที่จัดประเภทความเร่งด่วนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

2.3.1 มาตรวัดการคัดกรองชาวออสเตรเลีย (The Australasian Triage Scale : ATS) ถูกพัฒนาขึ้นในปีค.ศ.1995 ใช้ทั่วไปในออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ ถูกสร้างเพื่อจัดระดับความเร่งด่วนเบื้องต้นทางคลินิก มีการศึกษาจำนวนมากเพื่อระบุความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเร่งด่วนกับระยะเวลาอนรรักษ์ในโรงพยาบาล การรับไว้ในหอฉุกเฉินผู้ป่วยหนักอัตราการเสียชีวิต และการใช้ทรัพยากร มาตรวัดการคัดกรองชาวออสเตรเลียนี้ ต้องการการฝึกฝนอย่างพิเศษในการคัดกรองผู้ป่วยทั้งหมดที่มาใช้บริการ ระบุประเภทผู้ป่วยว่าสามารถรอประเมินโดยแพทย์และรับการรักษาไม่นานเกินกว่าที่นาฬิกา ในแต่ละระดับจะมีการแนะนำเวลาสูงสุดที่ผู้ป่วยจะรอได้ การรวบรวมข้อ

มูลควรเกิดขึ้นภายใน 2-5 นาที พยาบาลวัดสัญญาณชีพและรวบรวมข้อมูลอื่นๆเท่าที่จำเป็นเท่า นั้น มีการประเมินระบบนี้อย่างกว้างขวาง เพื่ออธิบายความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตหลายคนว่า อยู่ในระดับสูง (www.acem.org.au/open/documents/triage.htm.)

2.3.2 มาตรฐานวัดความเร่งด่วนและการคัดกรองชาวแคนาดา (The Canadian Triage and Acuity Scale : CTAS) มีความคล้ายกับมาตรฐานวัดการคัดกรองชาวออสเตรเลีย แตกต่างกันเล็กน้อยในเรื่องของระยะเวลาในการรอคอยก่อนพบแพทย์ ประกอบด้วยมาตรฐานวัดความเจ็บปวด และเกณฑ์ที่ใช้ในการแบ่งระดับความรุนแรงสำหรับเด็กแยกออกจากผู้ใหญ่ มีเกณฑ์ที่ช่วยสรุปเพื่อให้มองอย่างรวดเร็ว (quick look summary) ที่แบ่งโดยใช้ระบบของร่างกาย นอกจากนี้ยังมีกรอบเวลาสำหรับการประเมินการพยาบาลเป็นระยะ สำหรับผู้ป่วยในพื้นที่รอตรวจ และสามารถเปลี่ยนแปลงระดับความเร่งด่วนได้ หากผู้ป่วยรอนาน การควบคุมคุณภาพโดยใช้ตัวชี้วัดคือมาตรฐานเวลาที่ตอบสนองตามข้อตกลงของแต่ละโรงพยาบาล (www.caep.ca/002.policies/002-02.ctas.htm.)

2.3.3 ระบบคัดกรองแมนเชสเตอร์ (The Manchester Triage System) พัฒนาโดยรัฐแมนเชสเตอร์ ประเทศอังกฤษ และกลุ่มผู้ทำงานการคัดกรอง ระบุให้พยาบาลคัดกรองแบ่งระดับโดยใช้อาการและอาการแสดงร่วมกับการประเมินปัจจัย 6 ประการ ได้แก่ ภาวะคุกคามชีวิต ความเจ็บปวด การเสียเลือด ระดับความรู้สึกตัว อุณหภูมิและความรุนแรงเร่งด่วน โดยหลีกเลี่ยงการวินิจฉัย แผนภูมิจำนวนมากได้ถูกพัฒนาขึ้นใช้ในระบบนี้ มีการพิมพ์เผยแพร่ เป็นมาตรฐานที่ใช้ง่ายและได้รับการยอมรับ (MacKay, 1997)

2.3.4 ดัชนีความรุนแรงอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (The emergency Severity Index : ESI) พัฒนาโดย Wuerz และเพื่อนร่วมงานที่ Brigham และโรงพยาบาลสตรีในรัฐแมสซาชูเซต และโรงพยาบาล Eitel at York ในเพนซิลวาเนีย (Wuerz et al, 2001) ใช้อาการแสดงและปฏิบัติการพยาบาลที่คาดว่าจะต้องให้แก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงทางเดินหายใจ การทำงานของหัวใจ ระดับความรู้สึกตัว ความรุนแรงของอาการเจ็บปวด ปริมาณความต้องการการปฏิบัติการพยาบาล และระดับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จากการนำไปทดสอบในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 2 แห่ง พบว่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตอยู่ในระดับสูง และในปี ค.ศ. 2001 โรงพยาบาล 9 แห่งได้นำไปปฏิบัติพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลกับการระบุระดับความเร่งด่วนอยู่ในระดับสูง และพบว่าดัชนีความรุนแรงอุบัติเหตุและฉุกเฉินนี้ ง่ายในการใช้มากกว่าเครื่องมือการคัดกรองผู้ป่วย 3 ประเภท (Travers, 2002)

นอกจากการคัดกรองผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับเพื่อช่วยให้ความต้องการการดูแลที่เหมาะสมแล้ว งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังมีเครื่องมือที่ช่วยในการประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เฉพาะเจาะจงและรวดเร็ว มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย ที่ควรทราบคือ ระบบคะแนนการบาดเจ็บเพื่อคัดแยกผู้ป่วย

(trauma scoring systems) ใช้ในกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บ โดยมีจุดมุ่งหมายหลักอยู่ 2 ประการ คือ ประการแรกเป็นการคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ เพื่อนำส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว ผู้ที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่เป็นบุคลากรอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ ดังนั้นคะแนนที่ใช้เกือบทั้งหมดจะเป็นคะแนนสรีรภาพ (physiologic scores) ประการสุดท้ายเป็นคะแนนเพื่อประเมินผลการรักษา ส่วนมากเป็นคะแนนกายวิภาค (anatomic score) ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาและค่อนข้างยุ่งยากสลับซับซ้อน ไม่สอดคล้องกับหลักการดูแลผู้ป่วยในระยะฉุกเฉิน

คะแนนสรีระที่ใช้ในการคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุที่พบบ่อย

1) Glasgow Coma Scale (GCS) เป็นคะแนนสรีระ ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินอาการบาดเจ็บทางสมอง มีความสะดวก รวดเร็วและไม่สลับซับซ้อนในการคิดคะแนนเหมาะสมกับบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ สามารถนำมาใช้ในการประเมินเป็นระยะเพื่อเฝ้าติดตามอาการ GCS มีคะแนนในช่วง 3-15 โดยคำนวณจากผลรวมของคะแนนทั้งสามส่วน คือ การลืมตา (E1-4) การตอบสนองการกระตุ้นที่ดีที่สุด (M1-6) การตอบสนองการพูด (V1-5) การแบ่งแยกระดับการบาดเจ็บเป็นมาก ปานกลาง น้อย ยังสับสนในแต่ละแห่ง แต่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าคะแนน 3-8 จัดเป็นการบาดเจ็บศีรษะที่รุนแรงหรือไม่รู้สึกรู้ตัว

2) Trauma score (TS) เป็นคะแนนสรีระ ที่วัดระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บจากการประเมินคะแนนรวม ของตัวแปรทั้ง 5 ส่วน ได้แก่ อัตราการหายใจ (respiratory rate) ความพยายามในการหายใจ (respiratory effort) ความดันโลหิต (blood pressure) การคืนกลับของหลอดเลือดฝอย (capillary refill) และ GCS โดยมีคะแนนรวมสูงสุด 16 คะแนน แต่ละส่วนมีการแบ่งสเกลไม่เหมือนกัน คะแนนยิ่งน้อยแสดงว่าการบาดเจ็บรุนแรงขึ้น หลังจากที่ใช้งานได้ระยะหนึ่ง พบว่า TS มีปัญหาในทางปฏิบัติในเรื่องของ การคืนกลับของหลอดเลือดฝอย และความพยายามในการหายใจ เพราะแปรผลไม่แน่นอนขึ้นกับความเห็นของผู้ประเมิน สังเกตยากในเวลา กลางคืน อีกทั้งยังพบว่า TS ประเมินต่ำกว่าสภาพความเป็นจริง (underestimate) ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บทางสมอง จึงมีการแก้ไขปรับปรุงใหม่ เป็น revised trauma score

3) Revised Trauma Score (RTS) ถูกนำมาใช้งานแทนที่ TS ตั้งแต่ ค.ศ. 1989 โดยเหลือ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ GCS ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic BP) และ อัตราการหายใจ (respiratory rate) มีการเปลี่ยนแปลงสเกลให้เหมาะสม และเพิ่มน้ำหนักความสำคัญให้มากขึ้นสำหรับการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยคิดจากผลคะแนนรวมขององค์ประกอบทั้ง 3 ส่วน คะแนนเป็นเลขจำนวนเต็มมีค่าระหว่าง 0-12 RTS ที่ใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยนั้นบางครั้งเรียกอีกอย่างว่า Triage-RTS (T-RTS) ซึ่งคะแนนน้อยกว่า 11 เป็นข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์การบาดเจ็บ

4) Pediatric trauma score (PTS) เป็นคะแนนรวมที่ง่ายต่อการใช้งานในผู้ป่วยเด็ก เหมาะกับบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ คิดคะแนนจากผลรวมของ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ขนาดหรือน้ำหนักตัว (size) ทางเดินหายใจ (airway) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic BP) ระบบประสาท (CNS) บาดแผลเปิด (open wound) กระดูกหัก (skeleton fracture) คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 6-12 คะแนน PTS ตั้งแต่ 9 ขึ้นไปมีอัตราการตายศูนย์เปอร์เซ็นต์ ในขณะที่คะแนน PTS ต่ำกว่า 8 ลงมามีอัตราการตายเกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ คะแนน PTS น้อยกว่า 9 เป็นข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์ดูแลผู้บาดเจ็บ

2.4 การคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

การคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว (primary survey) และจัดลำดับผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ามาใช้บริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยจำแนกประเภทผู้ป่วยที่มาใช้บริการออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (emergent) หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที มิฉะนั้นผู้ป่วยจะตายหรือพิการอย่างถาวรในเวลาไม่กี่นาที ผู้ป่วยฉุกเฉิน (urgent) หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือโดยเร็ว สามารถรอได้บ้างในระยะเวลาไม่กี่ชั่วโมง และผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (non-urgent) หมายถึง ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเล็กน้อย สามารถรอได้ โดยมีเกณฑ์การประเมินภาวะคุกคามชีวิตในเรื่องของ ความโล่งของทางเดินหายใจ (airway) การหายใจ (breathing) ระบบไหลเวียน (circulation) ระบบประสาท (neurological) และการสัมผัสสารพิษหรือการบาดเจ็บของผิวหนัง กล้ามเนื้อ กระดูก (body surface-musculoskeletal expose) มีการบันทึกในแบบบันทึกการคัดกรอง ประกอบด้วย ผลของการจัดลำดับความเร่งด่วน ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เวลามาถึงโรงพยาบาล เวลาพบพยาบาลคัดกรอง เวลาพบแพทย์ อาการสำคัญ สัญญาณชีพ ผลการประเมินภาวะคุกคามชีวิต ตามเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินสถานะผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดการรักษาพยาบาล ได้แก่ กลับบ้าน ส่งปรึกษา ส่งผ่าตัดด่วน ส่งตรวจแผนกอื่น รับไว้ในโรงพยาบาล ส่งต่อโรงพยาบาลอื่น เสียชีวิต โดยลงระยะเวลาที่ผู้ป่วยพ้นจากความดูแล การคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีเครื่องชี้วัดคุณภาพ คือ ระยะเวลาการรอตรวจของผู้ป่วยแต่ละประเภทในการคัดกรอง

สรุป แนวคิดการคัดกรอง เป็นกระบวนการตรวจประเมินอาการสำคัญที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย หรือความผิดปกติใดๆ อันจะนำมาซึ่งกระบวนการดูแลตามแนวทางที่กำหนดเพื่อรักษาชีวิต รักษาอวัยวะ หรือรักษาการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ กิจกรรมการประเมินต้องการความรวดเร็วเพียงใดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค หรือการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับจากสภาพที่เห็นครั้งแรกเมื่อผู้ป่วย

เข้ามาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งเป็นการประเมินเบื้องต้น (primary assessment) โดยยึดเอาปัญหาความเจ็บป่วยที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมาก่อนเป็นอันดับแรก (คาร์ณี จามจรี, 2537) ได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินทางเดินหายใจ ประเมินการหายใจ ประเมินระบบไหลเวียน และวิเคราะห์จัดระดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย แต่ละรายบนพื้นฐานข้อมูลที่รวบรวมได้ ซึ่งในปัจจุบันระบบการคัดกรองมีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการจัดระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยออกเป็น 4-5 ประเภท ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลได้อย่างทั่วถึงและถูกต้อง ระบบการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ ควรสามารถแยกผู้ป่วยที่มีความรุนแรงถึงชีวิต และผู้ป่วยที่ไม่รุนแรงออกจากกัน ได้อย่างถูกต้องแม่นยำและใช้เวลาน้อยที่สุด พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่คัดกรอง ควรมีความสามารถและทักษะในการประเมิน มีความรู้เรื่องโรค และสามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันทีในภาวะฉุกเฉิน มีความสามารถในการบันทึกข้อมูลให้กะทัดรัดได้ใจความ มีความรู้และเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย มีความอดทน มีสติ มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างดีในสถานการณ์ที่ตึงเครียด นอกจากนี้ ในสถานการณ์ปัจจุบันที่ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังต่อบริการพยาบาลมากขึ้น พยาบาลควรมีการพัฒนาพฤติกรรมบริการพยาบาล ที่สร้างความประทับใจ ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จุดคัดกรอง (สมศิริ สายภัทรานุสรณ์, 2545) โดยการแสดงการรับรู้การเข้ามาใช้บริการของผู้ป่วยทันที แสดงการต้อนรับด้วยความกระตือรือร้น พร้อมทั้งจะให้การช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกต่างๆ การให้ข้อมูลที่มีประโยชน์ และขั้นตอนการตรวจรักษา ระยะเวลาที่รอคอยก่อนพบแพทย์

การนำระบบคัดกรองผู้ป่วยมาใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นขบวนการซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการประเมินเพื่อตัดสินความรีบด่วนของปัญหา และส่งไปรับการรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสมตอบสนองความต้องการในการบริการผู้ป่วยฉุกเฉินได้เร็วขึ้น ลดระยะเวลาการรอคอย ลดความเครียดของผู้ป่วยและญาติรวมทั้งผู้ให้บริการ ลดจำนวนผู้ป่วยที่คับคั่งในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นอกจากจะสามารถปรับปรุงให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นแล้ว ยังเป็นการช่วยขยายบทบาทของพยาบาลในโรงพยาบาลอีกด้วย

3. แนวคิดการแบ่งระดับความเร่งด่วนและการคัดกรองของชาวแคนาดา

CTAS สร้างขึ้นโดยกลุ่มแพทย์และพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในประเทศแคนาดา โดยตระหนักถึงการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ในการระบุความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง โดยใช้ฐานข้อมูลของผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุหรือฐานข้อมูลผู้ป่วยใน เปรียบเทียบกับอาการและอาการแสดงขณะผู้ป่วยรับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุ การจัดลำดับความสำคัญและนำแผนไปปฏิบัติให้เหมาะสมกับการรักษา การสอบสวนโรค และการจัดวางตำแหน่งผู้ป่วย การสนอง

ตอบความต้องการโดยการเข้าถึงผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว ช่วยให้พยาบาลปรับเปลี่ยนการให้บริการทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม การวางรูปแบบโครงสร้างและระบบ การจัดสรรเจ้าหน้าที่ การเตรียมอุปกรณ์เพื่อให้การทำงานประสบผลสำเร็จ นับเป็นความท้าทายอย่างยิ่งในงานบริการแผนกอุบัติเหตุ การแบ่งระดับจะสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ได้พบแพทย์ แต่การตอบสนองด้านเวลาเป็นวัตถุประสงค์ในอุดมคติ ที่ไม่ได้จัดไว้เป็นมาตรฐานการดูแล การดูแลจะเน้นที่ผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางรวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลให้ทันต่อเวลา การคัดกรองนอกจากใช้อาการและอาการแสดงเป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับแล้วยังต้องอาศัยประสบการณ์ สัญชาติญาณ และข้อมูลอื่นช่วยในการบอกปริมาณความรุนแรง เช่นสัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ระดับความเจ็บปวด สามารถปรับระดับความเร่งด่วน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง จากการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ โดยมีเป้าหมายในการคัดกรองดังนี้ 1) ระบุผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินและคุกคามชีวิตได้อย่างรวดเร็ว 2) ตัดสินใจในการนำผู้ป่วยไปดูแลรักษาในพื้นที่ที่เหมาะสม 3) ลดการค้างของผู้ป่วยบริเวณพื้นที่การรักษา 4) เกิดการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 5) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงบริการ และระยะเวลา รอคอย 6) นำข้อมูลที่ได้ช่วยในการระบุคุณสมบัติของแผนกที่มีความเร่งด่วน

3.1 บทบาทของผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรอง แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล ณ จุดคัดกรอง

พยาบาลคัดกรองจะต้องเข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว หรืออยู่ในวิสัยที่มองเห็นได้จากบริเวณที่ลงทะเบียนและพื้นที่รอตรวจได้ตลอดเวลา สามารถสนองตอบความต้องการการดูแลตามความเร่งด่วนของการบาดเจ็บและการเจ็บป่วย ดังนี้

3.1.1 ทักทายผู้ป่วยและญาติ หรือผู้นำส่ง ด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวลและท่าทางที่อบอุ่น และแสดงความเห็นอกเห็นใจ ต่อการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ

3.1.2 ใช้สายตาประเมินอย่างรวดเร็ว

3.1.3 ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเร่งด่วนระดับที่ 1 ต้องนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานที่ช่วยฟื้นคืนชีพทันที ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเร่งด่วนระดับที่ 2 3 4 และ 5 ต้องนำส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่การรักษาที่เหมาะสมภายใน 15 , 30 , 45 และ 60 นาทีตามลำดับ

3.1.4 ให้การปฐมพยาบาลและการพยาบาลที่จำเป็นขณะรอตรวจ เพื่อลดภาวะเสี่ยงของการสูญเสียชีวิต อวัยวะ และการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆของร่างกาย ตามแนวทางการปฏิบัติที่ได้ตกลงกันไว้ ได้แก่ การจำกัดการเคลื่อนไหว การตามกระดูก การให้สารน้ำ การให้ยาบรรเทาอาการปวด การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น การลดไข้ เป็นต้น

3.1.5 ให้ข้อมูลในเรื่องของสาเหตุการบาดเจ็บ อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล การพยาบาลที่ได้ให้แก่ผู้ป่วย และข้อมูลที่พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองเห็นว่ามีความสำคัญ ต่อการรักษาและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย แก่พยาบาลพื้นที่รักษาที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อไป

3.1.6 บันทึกรายละเอียดในการจำแนกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงเร่งด่วนในแบบบันทึกการคัดกรอง

3.1.7 ติดตามประสานงาน ระหว่างเจ้าหน้าที่เวชระเบียนกับผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่งให้มีการลงทะเบียนประวัติผู้ป่วย

3.1.8 ประสานงานระหว่างทีมการรักษากับญาติหรือผู้นำส่ง เรื่องการให้ข้อมูลต่างๆ ความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลเป็นระยะ

3.1.8 จัดสถานที่หรือที่ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญ ในเรื่องของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค กรณีผู้ป่วยเป็นโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้อื่นได้ และผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ

3.1.9 ประเมินระดับความรุนแรงเร่งด่วน และให้การพยาบาลผู้ป่วย ที่มีความรุนแรงเร่งด่วน ระดับที่ 2,3,4 และ 5 ขณะรอตรวจ ณ จุดคัดกรองเป็นระยะ คือทุก 15,30,45 และ 60 นาที ตามลำดับ จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยแพทย์ หรือส่งต่อไปยังพื้นที่การรักษาที่เหมาะสม

3.2 กระบวนการคัดกรอง การประเมินเบื้องต้น (primary survey) และการประเมินเบื้องต้นทางการพยาบาล (primary nursing assessment) อาจเกิดความสับสนได้เกี่ยวกับปริมาณรายละเอียดที่ต้องการในการแบ่งระดับผู้ป่วย การประเมินเบื้องต้นอย่างรวดเร็วอาจมีความจำเป็นที่จะทำให้เกิดการไหลเวียนของผู้ป่วย และลดความล่าช้าในการพบกับผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ (health provider) ส่วนการประเมินเบื้องต้นทางการพยาบาล จะทำให้ได้รายละเอียดและระบุความต้องการการดูแลผู้ป่วยได้แม่นยำกว่า โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในกระบวนการคัดกรองดังนี้

3.2.1 การประเมินสภาพ (assessment) พยาบาลคัดกรองรวบรวมข้อมูลสำหรับใช้ในการประเมินความผิดปกติ การประเมินต้องการความรวดเร็วเพียงใดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคหรือการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับจากสภาพที่เห็นครั้งแรก เมื่อผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยทั่วไปแล้วการประเมินอาการผู้ป่วย ณ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะแบ่งกิจกรรมการประเมินอาการออกเป็น 2 ขั้นตอน โดยยึดเอาปัญหาการเจ็บป่วยที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมาก่อนเป็นอันดับแรก ดังนี้

3.2.1.1 การประเมินอาการเบื้องต้นหรือการประเมินอาการอย่างรวดเร็ว (primary assessment or initial assessment) มีวัตถุประสงค์ในการค้นหาปัญหาสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว การประเมินในขั้นตอนนี้ได้แก่

1) ทางเดินหายใจ ประเมินว่าผู้ป่วยได้รับอากาศในการหายใจเพียงพอ ทางเดินหายใจไม่ถูกอุดกั้น และให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในการเปิดทางเดินหายใจด้วยวิธี head tilt-chin lift maneuver หรือ jaw thrust maneuver

2) การหายใจ ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้เพียงพอหรือไม่ สังเกตและค้นหาอาการสำคัญที่มีผลต่อการหายใจ ได้แก่ tension pneumothorax open pneumothorax และ flail chest

3) ประเมินอัตรา และลักษณะการเต้นของชีพจร ความดันโลหิต ตรวจสอบการไหลเวียนกลับเส้นเลือดฝอย ค้นหาบริเวณจุดเลือดออกทั้งภายในภายนอกร่างกายอย่างรวดเร็ว การพิจารณาภาวะช็อก ควรกระทำอย่างรวดเร็วโดยพิจารณาอาการและอาการแสดง ได้แก่ ผิวหนังจะเย็นซีด โดยเฉพาะปลายมือปลายเท้า การไหลเวียนกลับเส้นเลือดฝอยมากกว่า 2 วินาที ชีพจรเร็วกว่า 120 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยเริ่มซึมลงหรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไปกว่าเดิม

4) ประเมินระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัวและตรวจสอบขนาดของรูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสง

3.2.1.2 การประเมินระยะที่ 2 (Secondary survey) ใช้หลักการประเมินตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า (head to toe examination) การประเมินในขั้นนี้จะเริ่มต่อเมื่อการประเมินอาการในขั้นที่ 1 เสร็จสิ้น โดยการตรวจสอบอีกครั้งว่า ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจที่โล่งได้รับออกซิเจนเพียงพอ ระดับชีพจรและความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ดี และไม่มีจุดเลือดออกใดที่ไม่ได้รับการควบคุม

3.2.1.3 การซักประวัติและการตรวจร่างกาย ประวัติผู้ป่วยเป็นข้อมูลที่สำคัญที่สุดในการวินิจฉัยโรคกล่าวกันว่าประวัติโรคได้จากประวัติร้อยละ 85 การตรวจร่างกายร้อยละ 10 และการสืบค้นเพิ่มเติมร้อยละ 5 ถ้าผู้ป่วยสามารถให้ประวัติได้ ควรซักถามให้ได้ข้อมูลมากพอที่จะทราบว่า ปัญหาฉุกเฉินในครั้งนี่คืออะไร ประวัติที่ดีไม่ใช่ประวัติที่ละเอียดที่สุด แต่ควรเป็นข้อมูลที่ถูกต้องมีความน่าเชื่อถือ ในรายที่ไม่สามารถให้ประวัติได้ ญาติหรือผู้นำส่ง หรือผู้เห็นเหตุการณ์ จะเป็นผู้ที่ให้ข้อมูลของผู้ป่วยได้ดีที่สุด จึงควรให้ความสำคัญกับญาติและผู้นำส่ง โดยใช้เทคนิคการซักประวัติที่เริ่มต้นด้วยคำถามปลายเปิด จะช่วยดึงความรู้สึกและการรับรู้ ส่วนคำถามปลายปิด มีประโยชน์สำหรับข้อเท็จจริง สามารถใช้เพื่อช่วยให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น ผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรอง ควรพัฒนาเทคนิคการสัมภาษณ์ให้เหมาะสม ตามรูปแบบการติดต่อสื่อสารกลุ่มผู้มารับบริการ และสิ่งแวดล้อม ปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการติดต่อสื่อสาร ณ จุดคัดกรอง เช่น อุปสรรคด้านภาษา อายุ ระดับความเจ็บปวด ความสามารถในการได้ยิน สมรรถนะด้านจิตใจ ข้อมูลที่ได้จากกิริยา ท่าทาง มีความสำคัญเช่นเดียวกัน

3.2.1.3.1 การประเมินด้านร่างกายควรปฏิบัติพร้อมกับการซักประวัติเพื่อการคัดกรอง รวมไปถึงตลอดระยะเวลาของการสังเกตอาการ การประเมินด้านร่างกาย จะต้องกระทำด้วยความรวดเร็ว กระชับ และตรงประเด็น โดยใช้ประสาทสัมผัสได้แก่ การดู การฟัง การได้กลิ่น และการสัมผัส เช่น ใบหน้าที่บิดเบี้ยว ปลายมือปลายเท้าที่เขียว การฟังว่าผู้ป่วยพูดอะไรและตั้งใจฟังคำถามนั้น ฟังเสียงไอ เสียงแหบ การหายใจที่ต้องใช้แรงมาก การสัมผัสผู้ป่วย เช่น การประเมินอัตราการเต้นของหัวใจและอุณหภูมิและความชุ่มชื้นของผิวหนัง การได้กลิ่น เช่น กลิ่นคีโตน แอลกอฮอล์ หรือการติดเชื้อ เป็นต้น

3.2.1.3.2 เจตคติและความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ มีความสำคัญสำหรับท่าทางของพยาบาลคัดกรอง ที่จะใช้พิจารณาอย่างละเอียดรอบคอบกับผู้ป่วยทุกคน ผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก เช่น ผู้ที่ได้รับสารพิษ และผู้ป่วยที่ต่อต้านการรักษา การมีอคติอาจเพิ่มความเสี่ยงในการจัดระดับการคัดกรองที่ไม่ถูกต้อง และให้การดูแลในระดับต่ำกว่าระดับความรุนแรงจริง จึงไม่ควรตัดสินผู้ป่วยจากสิ่งที่เห็นหรือเจตคติ

3.2.1.4 มาตรฐานความเจ็บปวด ควรใช้ในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดทุกคน เพื่อเป็นการเชื่อมโยงสิ่งที่ผู้ป่วยแสดง ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดเหมือนกัน อาจมีระดับความเจ็บปวดต่างกัน การใช้มาตรฐานความเจ็บปวดจะช่วยให้การแบ่งระดับมีความแตกต่าง มาตรฐานความเจ็บปวดไม่ใช่สิ่งที่บอกโดยเด็ดขาด แต่จะช่วยให้ผู้ป่วยในการสื่อสารถึงความรุนแรงของปัญหาตามการรับรู้ของพวกเขา อาการปวดที่รุนแรงมาก (8-10 คะแนน) ผู้ให้การดูแลควรตระหนักมากขึ้นเพื่อพิจารณาแยกโรคที่สำคัญ และแสดงความรู้สึกเห็นอกเห็นใจหรือการปฏิบัติ การพยาบาลด้วยความอ่อนโยน ซึ่งเชื่อว่า สามารถช่วยลดระดับความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานลงได้ การรับรู้ต่อการเจ็บปวด แตกต่างกันไปในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับอายุ และวัฒนธรรมที่แตกต่าง จึงควรนำมาพิจารณาในการวัดระดับความเจ็บปวดด้วย การใช้มาตรฐานความเจ็บปวดเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการจำแนกประเภทผู้ป่วย จะช่วยสร้างความมั่นใจ ทั้งผู้ให้การดูแล และผู้ป่วย อาการปวดรุนแรงที่ยังดำเนินอยู่ จะนำไปสู่การคิดพิจารณาอีกครั้ง เกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษา ผู้ให้การดูแลไม่ควรสรุปว่าความเจ็บปวดของผู้ป่วยไม่รุนแรง เมื่อร่วมกับการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย การพิจารณาให้ยาระงับปวด โดยใช้คำสั่งยืนพื้น (standing order) ทบทวนคำสั่งทางปากโดยแพทย์ (verbal review with the physician) เพื่อให้ยาแก้ปวดอย่างอ่อน ระหว่างการรอคอยก่อนพบแพทย์ ช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานลงได้

3.2.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) พยาบาลคัดกรองคิดวิเคราะห์ข้อมูล ที่ได้จากการรวบรวมไว้ในการระบุความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้ การดูแลตนเองเบื้องต้น โดยการระบุประเภทของความเร่งด่วน ออกเป็น 5 ระดับคือ ระดับที่ 1 ช่วยฟื้นคืนชีพ (resuscitation) ระดับที่ 2 ฉุกเฉินมาก (emergent) ระดับที่ 3 ฉุกเฉิน (urgent) ระดับที่ 4

ฉุกเฉินปานกลาง (less-urgent) ระดับที่ 5 ไม่ฉุกเฉิน (non-urgent) โดยมีเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดกรองตามระบบของร่างกายสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่และเด็ก การวินิจฉัยที่ถูกต้องจะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม สามารถแก้ปัญหาและตอบสนองของความต้องการของผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายของการพยาบาลคือสุขภาวะของผู้ป่วย การที่จะให้การวินิจฉัยการพยาบาลที่ถูกต้อง จึงต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่าง รัดกุม รอบคอบ ภายในเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้ทันต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพราะในสภาพความเป็นจริงแล้วอาการของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินสามารถเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้ตลอดเวลา

3.2.3 การวางแผนปฏิบัติการพยาบาล (planning) พยาบาลคัดกรองรับผิดชอบในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล และแนวทางการปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัย (diagnostic procedures) ตามที่ได้ตกลงไว้ การปฐมพยาบาลที่สามารถเริ่มต้นได้บริเวณพื้นที่การคัดกรอง เช่น การตามกระดูก การประคบเย็น การส่งตรวจทางรังสี เป็นต้น รวมทั้งการวางแผนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามรอบเวลาที่กำหนดตามระดับความเร่งด่วน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองระดับที่ 1 ช่วยฟื้นคืนชีพ (Resuscitation) ควรให้การรักษาทันทีทันใดและพบแพทย์ทันที ระดับที่ 2 ฉุกเฉินมาก (Emergent) ควรได้รับการปฏิบัติทางการแพทย์หรือผู้มีหน้าที่แทนอย่างรวดเร็วไม่เกิน 15 นาที ระดับที่ 3 ฉุกเฉิน (Urgent) ควรได้รับการปฏิบัติการพยาบาลฉุกเฉิน (emergency intervention) และรอคอยก่อนพบแพทย์ไม่เกิน 30 นาที ระดับที่ 4 ฉุกเฉินปานกลาง (Less-urgent) ควรได้รับการปฏิบัติเพื่อลดความไม่สุขสบายและรอคอยก่อนพบแพทย์ไม่เกิน 45 นาที และระดับที่ 5 ไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) ควรได้รับคำแนะนำหรือส่งต่อไปยังระบบบริการสุขภาพอื่นในโรงพยาบาลและรอคอยก่อนพบแพทย์ไม่เกิน 60 นาที รวมทั้งการวางแผนในการให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัวต่างๆ

3.2.4 การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่ได้วางไว้ (implementation) พยาบาลคัดกรองปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ข้างต้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ตามข้อตกลงร่วมกัน ในทีมการพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการประเมินจากกรอบเวลาที่กำหนดในการพบแพทย์ และการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งข้อมูลจากการบันทึกในแบบฟอร์มการคัดกรอง นอกจากนี้ ยังหมายรวมถึงการนำผู้ป่วยไปยังพื้นที่การรักษาและส่งต่อทีมสุขภาพที่เหมาะสม การส่งต่อข้อมูลที่ได้จากรวบรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การให้ข้อมูล ความรู้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น

3.2.5 การประเมินผล (evaluation) พยาบาลคัดกรองประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการ ทั้งขณะตรวจหรือขณะรับการรักษา ระยะเวลาในการประเมินโดยใช้กรอบเวลาจากการระบุความเร่งด่วนผู้ป่วยแต่ละประเภท ดังนี้ ผู้ป่วยที่ถูกจัดอยู่ในระดับที่ 1 ควรได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่อง ระดับที่ 2 ควรได้รับการประเมินทุก 15 นาที ระดับที่ 3 ควรได้รับการประเมินทุก 30 นาที ระดับที่ 4 ควรได้รับการประเมินทุก 45 นาที และ

ระดับที่ 5 ควรได้รับการประเมินทุก 60 นาที และเมื่อผู้ป่วยรอนานกว่าเวลาที่กำหนดในการพบแพทย์ในแต่ละระดับ ควรจะยกระดับผู้ป่วยขึ้นมาเพื่อหลีกเลี่ยงการกระทบกระทั่งและความล่าช้าในการได้รับการประเมินโดยแพทย์ พยาบาลคัดกรองประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและส่งต่อการดูแลให้แก่พยาบาลพื้นที่การรักษา

3.3 ระบบบันทึกการคัดกรอง

Sheeny and Barber (1985) กล่าวถึงการบันทึกข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกของ Weed (1974) สำหรับระบบคัดกรองโดยมีตัวย่อคือ SOAP ซึ่งมีความหมายดังนี้

S = Subjective data หมายถึง สิ่ง que ผู้ป่วยเล่าและมีความสัมพันธ์กับอาการสำคัญ ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยา และยาที่ใช้ในปัจจุบัน

O = Objective data หมายถึง สิ่งที่สังเกตได้จากการดู สัมผัส ตมกลิ่น ตรวจวัดได้ รวมทั้งสัญญาณชีพ

A = Assessment data หมายถึง ประเมินโดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และจำแนกปัญหา

P = Plan หมายถึง การวางแผนการรักษา รวมถึงชนิดของบริการสุขภาพ que ผู้ป่วยควรได้รับต่อความเร่งด่วนในการช่วยเหลือ และการช่วยเหลือที่ทำได้ทำไปแล้ว

สมาคมพยาบาลอุบัติเหตุ (ENA,1992) แนะนำรูปแบบการบันทึกที่เรียกว่าSOAPIE สำหรับบันทึกข้อมูลในการคัดกรองซึ่งเป็นการบันทึกที่เน้นที่ปัญหา วิธีการบันทึกสามารถปรับใช้ให้เหมาะสมกับระบบการคัดกรองที่ใช้แบบผสมผสาน (comprehensive) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

S = Subjective data หมายถึง ข้อมูลที่ผู้ป่วยบอกถึงสาเหตุที่ทำให้ต้องมารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อาจหมายถึงอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล

O = Objective data หมายถึง อาการและอาการแสดงที่พยาบาลสามารถมองเห็น รับรู้ ได้ยินและได้กลิ่น หรือข้อมูลที่ได้จากการสังเกตหรือการวัด

A = Analysis of data หมายถึง กระบวนการประเมินเพื่อระบุระดับความเร่งด่วนและนำมาเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

P = Plan หมายถึง การตัดสินใจให้การรักษาพยาบาลตามขั้นตอนแนวทางการปฏิบัติที่วางไว้ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานของการวิเคราะห์ข้อมูล

I = Implementation หมายถึง การเริ่มต้นทางการรักษาพยาบาลตามแนวทางการปฏิบัติที่วางไว้และมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล

E = Evaluation หมายถึง การประเมินเป็นระยะในการระบุหรือเปลี่ยนระดับความเร่งด่วน และการตอบสนองต่อการปฏิบัติการรักษาพยาบาลว่าดีขึ้นหรือไม่

งานวิจัยนี้ได้นำรูปแบบการบันทึกที่ ENA แนะนำคือ SOAPIE มาเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างแบบบันทึกการคัดกรองตามแนวคิดของ CTAS (1998) เนื่องจากเห็นว่ามัลักษณะที่จะสามารถบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่แนวคิดของ CTAS ได้กล่าวไว้ นอกจากนี้เอกสารที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองจำเป็นต้องสมบูรณ์ และสนับสนุนการระบุความเร่งด่วนที่พยาบาลมอบหมายให้กับผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพิสูจน์ว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้นั้นสนองตอบความต้องการของผู้ป่วย

3.4 การประเมินการคัดกรอง การประเมินการคัดกรองสามารถประเมินได้ 3 องค์ประกอบคือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ การประเมินโครงสร้างนั้นประกอบด้วย สถานที่ที่ใช้ในการคัดกรองเหมาะสม พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองสามารถมองเห็นผู้ป่วยเป็นคนแรก เครื่องมือเครื่องใช้มีความพร้อมและมีปริมาณเพียงพอที่จะให้บริการ ความเป็นระเบียบเรียบร้อยในการจัดวางพื้นที่ นโยบายการบริหารจัดการที่ชัดเจน มีการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน การจัดสรรอัตรากำลัง การกำหนดคุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานและมีเกณฑ์การระบุประเภทความเร่งด่วน การประเมินกระบวนการ ประกอบด้วย การทบทวนขั้นตอนที่เกี่ยวกับการคัดกรองเวลาที่ใช้ในการคัดกรอง หรือระบุความเร่งด่วน ระยะเวลารอคอย การวางรูปแบบการไหลเวียนผู้ป่วย ความแม่นยำและความสมบูรณ์ของเอกสารการบันทึก การปฏิบัติตามข้อตกลง ขั้นตอนและข้อสัญญาอย่างเคร่งครัด การประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย การประเมินที่ผู้รับผลงานคือผู้ป่วย การส่งต่อการรักษา ความพึงพอใจของผู้ป่วย

3.5 ประโยชน์การคัดกรอง มีผู้ที่กล่าวถึงประโยชน์ของการคัดกรองไว้มาก สรุปได้ดังนี้

1. ประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากความล่าช้า
2. พัฒนามาตรฐานการดูแลที่จะให้แก่ผู้ป่วย
3. การมีพยาบาลเวชปฏิบัติหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (emergency nurse practitioner) ให้การรักษาเบื้องต้นช่วยลดระยะเวลารอคอยในผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วน ช่วยเพิ่มการไหลเวียน ลดความแออัดในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
4. การสืบสวนสามารถเกิดขึ้นได้ก่อนพบแพทย์ ตามขั้นตอนการปฏิบัติการวินิจฉัย (diagnostic procedure)

5. การประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดโมตรัสจิตที่ดีต่อกันระหว่างพยาบาล และผู้ป่วย เป็นที่อุ่นใจและประทับใจ

6. พยาบาลคัดกรอง มีโอกาสเห็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและผู้ป่วย และสามารถให้ข้อมูลแก่ญาติเมื่อผู้ป่วยถูกแยกไปรับการรักษาในพื้นที่การรักษา

7. การควบคุมการติดเชื้อ อาจสามารถกระทำได้อย่างรวดเร็ว นับตั้งแต่การซักประวัติ

8. พยาบาลคัดกรองมีโอกาสให้คำแนะนำ ความรู้ แก่ผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพ และเผยแพร่ความรู้ทางสุขภาพ

9. การประเมินผู้ป่วยเป็นระยะระหว่างรอรับการรักษา ช่วยให้เกิดความปลอดภัย เนื่องจากอาการของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

10. ลดจำนวนข้อร้องเรียนจากการรอคอยที่ยาวนาน และการไม่สนองตอบความต้องการการดูแล

11. พยาบาลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น

3.6 คุณสมบัติพยาบาลผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรอง

Rock and Pledge (1991) กล่าวว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 2 ปีทางคลินิก สามารถแก้ไขปัญหา การเผชิญหน้า ทางด้านจิตใจระหว่างการคัดกรอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Yates (1987) ที่พบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองควรเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ เนื่องจากมีความพร้อมด้านวุฒิภาวะทางอารมณ์และจิตใจ สามารถเผชิญกับปัญหาและสถานการณ์ที่วุ่นวายได้

Rowe (1992) พบว่า พยาบาลอเมริกันไม่สามารถปฏิบัติการคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดประสบการณ์และขาดความรู้ พยาบาลจบใหม่ที่ขาดการฝึกฝนเพียงพอจะไม่สามารถเข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยบอกได้ อาจทำให้เป็นอุปสรรคในการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ

Kelly (1994) กล่าวว่า ทักษะการติดต่อสื่อสาร มีความจำเป็นสำหรับพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรอง สอดคล้องกับ Purnell (1993) กล่าวว่า อุปสรรคในการติดต่อสื่อสารเป็นสาเหตุให้พยาบาลรู้สึกไม่สะดวกขณะทำการคัดกรอง

วนิดา ออประเสริฐศักดิ์และคณะ (2540) กล่าวว่าในสหรัฐอเมริกาได้มีการศึกษาการใช้บุคลากรที่เหมาะสมในการจำแนกประเภทผู้ป่วยพบว่าผู้ที่เหมาะสมคือ พยาบาล ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

- 1) มีความสามารถ และทักษะ ในการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว โดยการสัมภาษณ์ และการตรวจร่างกายเบื้องต้น
- 2) มีความรู้ และความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย รวบรวมและวิเคราะห์ ข้อมูลที่สังเกตได้ นำมาประเมิน และวางแผนการรักษาพยาบาล
- 3) มีความรู้เรื่องโรค และสามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันทีในภาวะฉุกเฉิน
- 4) มีความสามารถในการบันทึกข้อมูล ได้กะทัดรัด ได้ใจความ
- 5) มีทักษะ ในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งบุคลากรอื่นๆ
- 6) เป็นผู้มีความอดทน มีสติ มีจิตใจสงบ และมีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถเผชิญหน้า และตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างดีในสถานการณ์ที่ตึงเครียด

สุดาพรรณ ธัญจิรา (2541) กล่าวว่าคุณสมบัติของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยควรมีลักษณะดังนี้

- 1) มีทักษะในการประเมินอาการและอาการแสดง (assessment skill) มีทักษะในการสังเกต (observation skill) การซักประวัติ และการตรวจร่างกาย เพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนของปัญหา
- 2) มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาก่อน มีทักษะในการให้การรักษาเบื้องต้นได้ สามารถใช้อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆได้ถูกต้องเหมาะสม
- 3) มีความเป็นผู้นำ มีการตัดสินใจที่ดี และมีบุคลิกที่สามารถสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยและญาติให้เกิดความไว้วางใจ รู้จักจิตวิทยาในการจูงใจให้เกิดความร่วมมือที่ดี
- 4) มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีทักษะในการสื่อสาร สามารถให้คำอธิบายหรือคำแนะนำที่สร้างความพึงพอใจให้กับผู้มารับบริการได้ แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่มีความกดดันสูง ซึ่งเป็นภาวะปกติของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- 5) มีเจตคติที่ดี ในการทำหน้าที่คัดกรอง เจตคติที่ดีต่อหน่วยงานและวิชาชีพ ใจกว้าง ยอมรับการประเมินทั้งทางบวกและลบ มีความเสียสละ ยินดีที่จะถ่ายทอดความรู้ให้กับเพื่อนร่วมงานและพยาบาลรุ่นน้องเพื่อพัฒนาหน่วยงาน
- 6) เป็นผู้ที่มีสามัญสำนึก (common sense) สามารถคาดเดาหรือทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าจากข้อมูลที่มีอยู่ และไหวพริบในการบริหารจัดการเพื่อป้องกันเหตุการณ์ที่จะสร้างความเสียหายต่อผู้ป่วยและหน่วยงาน

3.7 การจัดรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีผู้ใช้บริการจำนวนมาก โดยเฉพาะโรงพยาบาลสังกัดรัฐ ในเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น การจราจรที่แออัดคับคั่ง ส่งผลให้มีผู้ป่วยอุบัติเหตุเพิ่มจำนวนมากขึ้น ประกอบกับการใช้บริการของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินก็มากขึ้นด้วย เพราะคิดว่าสะดวกและได้รับบริการที่เทียบพร้อมสมบูรณ์กว่าคลินิก การคัดกรองผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงควรแยกผู้ป่วยที่ฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินออกจากกัน เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากที่สุด ลดความล่าช้าในการให้บริการ บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ จึงควรให้ความสำคัญและตระหนักถึงศักยภาพการบริการพยาบาล ณ จุดคัดกรอง นับตั้งแต่การจัดวางตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ที่ทำหน้าที่คัดกรอง ควรมีประสบการณ์ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความรู้เรื่องโรคและภาวะเร่งด่วนของการเจ็บป่วย มีทักษะในการประเมิน สามารถแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างดีและเหมาะสม การจัดรูปแบบการคัดกรองโดยใช้ฐานข้อมูลของผู้ใช้บริการ การพิจารณาโครงสร้างระบบงาน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อัตรากำลังที่สามารถจัดสรรได้ จะช่วยให้การจัดรูปแบบการคัดกรองเหมาะสมกับหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินแต่ละแห่งมากที่สุด

การจัดรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้สร้างและพัฒนามาจากแนวคิดการแบ่งระดับความเร่งด่วน และการคัดกรองของชาวแคนาดา (CTAS,1998) ที่ผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่า มีความเหมาะสม ที่จะนำมาพัฒนาในการสร้างรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เนื่องจากมีเกณฑ์ที่ใช้ในการระบุความเร่งด่วนที่สำคัญ ที่จะประเมินการรอดชีวิต ความทุกข์ทรมาน ความเสี่ยง ความพิการ สามารถวัดและระบุความเร่งด่วนที่ชัดเจน ประกอบกับอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ได้แก่ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ค่าความอิมพัลของออกซิเจนในเลือด ระดับความเจ็บปวด และคะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บ ในการคัดแยกผู้ป่วยเบื้องต้น จะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ตามสาเหตุที่นำมาโรงพยาบาล คือ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุใดก็ตาม (trauma) และผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรค (non-trauma) เพื่อสะดวกในการนำเกณฑ์ดังกล่าวไปใช้ในการระบุ นอกจากนี่ยังแบ่งระดับความเร่งด่วนตามระบบในร่างกาย ที่จะช่วยให้สามารถนำไปปฏิบัติการคัดกรองได้ง่ายขึ้น โดยให้ความสำคัญในการคัดกรองผู้ป่วยเด็กออกจากผู้ป่วยผู้ใหญ่ เกณฑ์ที่ใช้ในการระบุความเร่งด่วน ช่วยให้พยาบาลมีข้อมูลในการจัดระดับความเร่งด่วนที่ชัดเจนขึ้น ซึ่งมีการศึกษาวิจัยแล้วว่ามีความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตสูง สามารถให้การพยาบาลสนองตอบความต้องการแก่ผู้ใช้บริการได้อย่างครอบคลุม

การนำเกณฑ์ที่ใช้ในการระบุระดับความเร่งด่วนผู้ป่วย ประกอบอาการสำคัญที่นำมา

โรงพยาบาล สามารถแบ่งระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ระดับที่ 1 ผู้ป่วยที่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก ระดับที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉิน ระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินปานกลาง และระดับที่ 5 ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการการรักษารักษาพยาบาลของผู้ใช้บริการ ผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนจะได้รับบริการรักษาพยาบาลก่อนผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วน นอกจากนี้ การให้ความสำคัญกับการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการให้บริการพยาบาล ณ จุดคัดกรอง ช่วยให้พยาบาลมีความคิดที่เป็นระบบ สามารถวางแผนให้การพยาบาล ตอบสนองความต้องการผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นทักษะที่สำคัญของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่จะทำให้พยาบาลรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างเป็นระบบ การวินิจฉัยเพื่อระบุความเร่งด่วน การวางแผนและให้การพยาบาลตามแผนหรือแนวทางการปฏิบัติที่ได้ตกลงไว้ (protocol) และการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ทำให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับความต้องการการพยาบาล และสนองตอบความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยมีกรวางแผนทางการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยแต่ละระดับ และจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติการคัดกรองเป็นมาตรฐานเดียวกัน มีระบบการบันทึกที่สามารถอธิบายถึงเหตุผลของการตัดสินใจจัดระดับความเร่งด่วนผู้ป่วย และนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึก มาประเมินการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ช่วยในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ณ จุดคัดกรอง อันจะนำมาซึ่งความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การมีรูปแบบที่จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการฝึกอบรมพยาบาลในหน่วยงานให้มีทักษะในการคัดกรอง มีแนวทางในการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องประสานกันอย่างเป็นทีมการพยาบาล ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในงานที่ตนทำอยู่ และสามารถผลิตผลงานที่มีคุณภาพ บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

4. การบริหารแบบมีส่วนร่วม

4.1 ความหมายของการบริหารแบบมีส่วนร่วม

Robbin (1990) ให้คำจำกัดความของการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า หมายถึงการที่ผู้ได้บังคับบัญชา เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับผู้บริหาร

Swansburg (2002) เป็นการกระจายอำนาจ ในการตัดสินใจในเรื่องที่สำคัญโดยให้ผู้ปฏิบัติงานที่สัมผัสกับปัญหานั้นเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากผู้บริหารเชื่อว่า ผู้ปฏิบัติงานทราบปัญหาของหน่วยงาน และแนวทางการแก้ไข ผู้บริหารเพียงแต่มอบหมายอำนาจหน้าที่บอกเป้าหมาย และวัตถุประสงค์เท่านั้น

งชัย สันติวงษ์ (2539) เป็นวิธีการบริหาร ที่ผู้บริหารหรือเจ้าของกิจการเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการบริหารงานด้านต่างๆ เช่น มีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ให้ข้อเสนอแนะเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร ตลอดจนให้โอกาสและความเป็นอิสระแก่กลุ่มในการตัดสินใจภายใต้เป้าหมายและนโยบายอย่างกว้างๆ

สมยศ นาวิการ (2545) กระบวนการให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนเกี่ยวข้องของในกระบวนการตัดสินใจ เน้นการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน โดยใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของผู้ใต้บังคับบัญชา ในการแก้ปัญหาที่สำคัญโดยผู้บริหารมอบหมายอำนาจหน้าที่อย่างชัดเจน

สรุป การบริหารแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การกระจายอำนาจของผู้บริหารไปยังผู้ปฏิบัติงานในระดับหน่วยงาน ให้สามารถตัดสินใจดำเนินการได้อย่างรวดเร็วภายใต้ศักยภาพที่มีอยู่ โดยการมอบหมายอำนาจหน้าที่ที่ชัดเจน และมีกรอบในการดำเนินการตัดสินใจ ภายใต้เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์การ

4.2 แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม

สมยศ นาวิการ (2545) ได้ศึกษาการบริหารแบบมีส่วนร่วมพบว่า เป็นการบริหารที่จะช่วยกระตุ้น ให้ผู้ปฏิบัติงานได้ใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ อย่างเต็มความสามารถ และอย่างสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา ที่สำคัญขององค์การและหน่วยงาน โดยมีความเชื่อว่า ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ที่รู้จักกับงานและปัญหาของพวกเขาดีที่สุด การนำการบริหารแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการแก้ไขปัญหาปัญหานั้นควรมีความสำคัญที่หน่วยงานหรือองค์การกำลังเผชิญอยู่ จำเป็นที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ปฏิบัติงาน เมื่อปัญหานั้นถูกแก้ไข ผู้ปฏิบัติงานจะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วม จะเห็นว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วมนี้ ผู้บริหารจะต้องผสมผสานแนวคิดทฤษฎีต่างๆ และเลือกใช้ให้เหมาะสม เพื่อช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพของการบริการให้ดีขึ้น แนวคิดพื้นฐานของการบริหารแบบมีส่วนร่วม มีดังนี้

4.2.1 แนวคิดการจูงใจ มีหลายทฤษฎี ที่มีชื่อเสียงมากที่สุดคือ 1) ทฤษฎีลำดับความต้องการของ Abraham Maslow (Need hierarchy theory) แสดงให้เห็นว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการ เรียงตามลำดับความสำคัญดังนี้ ความต้องการลำดับแรก คือ ความต้องการด้านร่างกาย เช่น อาหาร น้ำ การพักผ่อนและที่อยู่อาศัย เมื่อความต้องการเหล่านี้ถูกตอบสนองอย่างเพียงพอแล้ว มนุษย์จะให้ความสนใจการตอบสนองความต้องการลำดับต่อไป คือ ความปลอดภัยและความมั่นคง ความต้องการด้านสังคมการได้มีส่วนร่วม ความต้องการชื่อเสียงการยกย่อง และลำดับสุดท้ายความต้องการสมหวังในชีวิต 2) ทฤษฎีปัจจัยอนามัยและปัจจัยตัว

กระตุ้นของ Frederick Herzberg (Motivation-Hygiene theory) เชื่อว่า ปัจจัยที่จูงใจบุคคลในการทำงานคือ ความสำเร็จ การยกย่อง ความก้าวหน้า ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ และปัจจัยอนามัย ได้แก่ นโยบายและการบริหารงานของบริษัท เงินเดือน สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความพอใจด้านปัจจัยอนามัย อาจทำให้บุคคลพึงพอใจที่จะอยู่กับงาน แต่ไม่มากพอที่จะสร้างแรงจูงใจ ส่วนการมอบหมายงานที่ท้าทาย การได้รับการยกย่องชมเชยจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจได้มากกว่า ทฤษฎีจูงใจทางความสำเร็จของ McClelland เชื่อว่า บุคคลที่มีแรงจูงใจทางความสำเร็จจะแสวงหาความสำเร็จด้วยตนเองในการทำงาน องค์การควรให้โอกาสตอบสนองความต้องการ อย่างน้อยที่สุดสามประการคือ ความต้องการอำนาจ ความต้องการความสำเร็จ และความต้องการด้านสังคม

4.2.2 บุคลิกภาพของมนุษย์ Chris Argyris ซึ่งให้เห็นว่าบุคคลที่เจริญวัยมีบุคลิกภาพที่ต้องการความเป็นตัวของตัวเอง ต้องการควบคุมชีวิตการทำงานของพวกเขาเอง มีการแสดงออกและความเป็นอิสระ มองเหตุการณ์ในระยะยาว ต้องการใช้ความสามารถของตนอย่างเต็มที่และต้องการความสำเร็จ องค์การควรจัดสภาพแวดล้อมเพื่อลดความขัดแย้ง การบริหารแบบมีส่วนร่วมสามารถลดความขัดแย้งดังกล่าวได้

4.2.3 ความเข้าใจในองค์การ โดยการวิเคราะห์แนวทางการดำรงอยู่ขององค์การในสภาพแวดล้อม เพื่อช่วยให้ทราบว่าปัจจุบัน ต้องดำเนินการอย่างไร เพื่อบรรลุถึง ความสำเร็จ โดยมีปัจจัยสำคัญ 2 ประการ ที่มีผลกระทบต่อองค์การ คือ ประการแรก ระดับความเหมือนหรือแตกต่างของผู้ใช้บริการ ด้านอายุ รายได้ และความต้องการ ความคาดหวัง บริการที่ให้ ประการที่ 2 ระดับความแน่นอนในสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการคาดคะเน ถ้าผู้รับบริการมีความหลากหลาย และสภาพแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา องค์การจะต้องกระจายอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจมากยิ่งขึ้น การนำการบริหารแบบมีส่วนร่วมมาใช้ ช่วยให้องค์การตัดสินใจได้อย่างรวดเร็วในการตอบสนองโอกาสต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ

4.3 แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg

Swansburg (2002) ได้ให้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นการกระจายอำนาจหรือมอบหมายอำนาจจากผู้บริหารระดับสูงในการตัดสินใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ในระดับที่การกระทำนั้นเกิดขึ้น ในทางปฏิบัติการพยาบาล เกิดจากผู้บริหารระดับต้นร่วมกันตัดสินใจอาจโดยการประสานงานกับหน่วยงานอื่นในการแก้ปัญหาด้านบริการ ไม่จำเป็นที่จะต้องเป็นหัวหน้าแผนกเท่านั้น หัวหน้าแผนกเพียงแต่มอบหมายอำนาจที่ชัดเจนตามขอบเขตและกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน โดยมีคุณลักษณะที่สำคัญในการก่อให้เกิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

4.3.1 ความไว้วางใจ (trust) ผู้ปฏิบัติงานได้รับความไว้วางใจในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ พยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ควบคุมการปฏิบัติงานของพวกเขาเอง ผู้บริหารสามารถช่วยโดย

การสอนเพื่อให้แผนการปฏิบัติงานนั้นสมบูรณ์ ประกอบด้วยโครงสร้างการจัดลำดับความสำคัญ และกำหนดระยะเวลาสิ้นสุด ผู้บริหารเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจ (empower) และสนับสนุนผู้ปฏิบัติ ในการให้ข้อมูลข่าวสารที่เที่ยงตรงและเป็นจริง ความคิด 3 ประการที่ช่วยให้ผู้บริหารมอบความไว้วางใจแก่ผู้ปฏิบัติงานที่บริษัท Motorola ใช้คือ 1) ผู้ปฏิบัติงานรู้จักงานของพวกเขาดีกว่าผู้อื่น 2) คนทุกคนมีความสามารถและมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานถ้าความรับผิดชอบนั้นถูกให้ในแนวทางที่ถูกต้อง 3) ความฉลาดและไหวพริบ การมองการณ์ไกลและความคิดสร้างสรรค์มีอยู่ท่ามกลางทุกคนทุกระดับในองค์กร

4.3.2 ความยึดมั่น ผูกพัน (commitment) ผู้ปฏิบัติงานต้องการความยึดมั่นผูกพันจากหัวหน้าหรือผู้ช่วยและผู้บริหารทางการพยาบาลในระดับอื่นๆ ผู้บริหารควรปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างในการเสียสละต่อองค์กร สนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานตามกระบวนการ การได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติงานเป็นทีมแบ่งปันความคิดเห็นในการตัดสินใจร่วมกับหัวหน้า ในการบรรลุเป้าหมายขององค์กร ความรู้สึกที่ได้ครอบครองความสำเร็จร่วมกัน ช่วยกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานมีความขยันหมั่นเพียร กล้าแสดงออก และผลิตผลงานได้มากขึ้น การถูกกระตุ้นให้พัฒนาทักษะของตน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้นในการขยายคุณค่าในงานของพวกเขาเอง ภายใต้การบริหารแบบมีส่วนร่วมนี้ความยึดมั่นผูกพันจะถูกดึงออกมาจากผู้ปฏิบัติ ไม่ใช่การยึดเยียดให้

4.3.3 เป้าหมายและวัตถุประสงค์ (goal and objective) การบรรลุถึงเป้าหมายของการบริหารแบบมีส่วนร่วม จะต้องแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในองค์กรก่อน ความขัดแย้งเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เมื่อมนุษย์ทำงานร่วมกัน ในด้านการพยาบาลก็เช่นเดียวกัน ความขัดแย้งทำให้เกิดภาวะเครียด มีผลต่อการเปลี่ยนงานและการขาดงาน การลดความขัดแย้งสามารถประสบความสำเร็จได้ โดยจัดตั้งคณะกรรมการในการแก้ไขปัญหอย่างเปิดเผย การเจรจา ใ้มน้ำ การเจรจาต่อรอง และความเกี่ยวข้องกับนโยบายขององค์กร การลดหรือขจัดความขัดแย้ง ช่วยให้เกิดการวางแผนร่วมกันในการแก้ปัญหา ลดความรู้สึกเป็นศัตรู การทบทวนการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการสะท้อนกลับ ช่วยให้พยาบาลแต่ละคน นำเป้าหมายและวัตถุประสงค์มาปรึกษาหารือ ร่วมกับผู้บริหาร เพื่อร่วมกันพัฒนาให้เกิดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ที่ชัดเจน มั่นคง และเฉพาะเจาะจง นอกจากนี้การสร้างบันไดอาชีพที่มีความก้าวหน้า ช่วยทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกมั่นคง และปลอดภัยในหน้าที่การงาน ส่งเสริมให้พยาบาลมีเป้าหมายในวิชาชีพของตน การนิเทศพยาบาลผู้ปฏิบัติงานใหม่ เพื่อให้ได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น และเกี่ยวข้องกับองค์การ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานวางแผนงานในระดับบุคคลได้ และปฏิบัติงานสอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร

4.3.4 ความอิสระ (autonomy) ความเป็นอิสระในความรับผิดชอบ อำนาจหน้าที่ การปฏิบัติงาน และการตัดสินใจเกี่ยวกับงานของพวกเขา มิใช่เกิดขึ้นตามคำสั่งหรือการตัดสินใจของผู้อื่น การได้รับการปฏิบัติที่เท่าเทียมกันเช่นเดียวกับหุ้นส่วนหรือผู้ร่วมงาน ในระบบการดูแลสุขภาพ ความรับผิดชอบในตำแหน่งหัวหน้าทีมหรือหัวหน้าเวร พวกเขาต้องการอำนาจตามหน้าที่ ความชอบธรรมถูกต้องตามกฎหมาย ความอิสระของพยาบาลวิชาชีพ เป็นที่ประจักษ์ในองค์การโดยการให้อิสระในการตัดสินใจ และการปฏิบัติงานภายในขอบเขตของความรู้ ทักษะ กรอบกฎหมาย กฎข้อบังคับของหน่วยงาน คำบรรยายลักษณะงาน โดยพยาบาลจะต้องกล้าที่จะยอมรับข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจ ปรับปรุงให้ถูกต้อง และหาทางป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นมาอีก ความเป็นอิสระจะเพิ่มขึ้น เมื่อพยาบาลได้รับการพัฒนาความรู้ และทักษะและใช้มันผลิตผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ

การวิจัยเพื่อสร้างรูปแบบการคัดกรอง ตามแนวคิดมาตรฐานวัดระดับความเร่งด่วน และการคัดกรองชาวแคนาดาในครั้งนี้ ใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) เนื่องจากเป็นรูปแบบการบริหาร ที่จะช่วยให้พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความรู้สึกที่ตนได้รับความไว้วางใจจากหัวหน้าหน่วยงานในการสร้างรูปแบบการคัดกรองให้เกิดขึ้น ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นของบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีคุณภาพ นับเป็นงานที่ทำทนายแก่ผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งการทดลองปฏิบัติตามรูปแบบการคัดกรอง การประเมินติดตามผลเป็นระยะ และนำผลที่ได้มาปรับใช้เพื่อสร้างรูปแบบการคัดกรองที่เหมาะสม ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความรู้สึกผูกพันในงานที่ตนได้มีส่วนร่วม เกิดการทำงานประสานกันเป็นทีมงานอย่างต่อเนื่อง และเป็นส่วนหนึ่งในความสำเร็จของงานร่วมกัน การเสนอแนะ การแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรอง ที่สามารถปฏิบัติได้จริง และคงอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่งผลให้ผู้ให้บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ นอกจากนี้การมีแนวทางในการปฏิบัติการคัดกรองที่มีความชัดเจน สามารถระบุความเร่งด่วนผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องแล้ว ผู้ปฏิบัติทุกจุดของบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถปฏิบัติงาน ประสานงานกันอย่างสิ้นไหล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงทีช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจ และเกิดความพึงพอใจในงาน

5. แนวคิดความพึงพอใจในงาน

5.1 ความหมายความพึงพอใจและความพึงพอใจในงาน

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2543) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกสมใจ ชอบใจ และเหมาะ ส่วนพจนานุกรมทางจิตวิทยา ให้ความหมายของความพึงพอใจว่า คือสภาวะของความรู้สึก ที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จ ตามความมุ่งหมายใดๆ ก็ได้

หรือคือสภาพสุดท้ายของความรู้สึก ที่เกิดรวมกับการได้บรรลุผลสำเร็จ โดยแรงกระตุ้นของวัตถุประสงค์ของความรู้จัก (เตยหอม บุญพันธ์, 2539:36)

Vroom (1964) ให้ความหมายความพึงพอใจในงานว่า หมายถึง ผลที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในงานที่ตนทำอยู่ ทศนคติด้านบวก จะแสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจในงานนั้น และทศนคติด้านลบ จะแสดงถึงความไม่พึงพอใจ ความพึงพอใจในงานจะเป็นเครื่องมือวัดความรู้สึกต่องานที่ทำอยู่ ความพึงพอใจจะเป็นเครื่องเหนี่ยวนำบุคคลให้รู้สึกรักงาน พึงพอใจที่ได้ทำงานและมีความสุขในการทำงาน

Smith and Wakelay (1972 อ้างในสุกัญญา แสงมุกข์, 2530) กล่าวถึงความพึงพอใจในงานว่า เป็นความรู้สึกของเจ้าหน้าที่ที่มีต่องาน บ่งบอกถึงระดับความพึงพอใจในการได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมของเจ้าหน้าที่เหล่านั้นเพียงใด

Keelh and John (1989 อ้างในสุวรรณา ลีละเศรษฐกุล,2542) กล่าวถึงความพึงพอใจในงานว่า เป็นความรู้สึกชอบ หรือไม่ชอบในงานของพนักงาน ซึ่งมีความสำคัญระหว่างความรู้สึกผูกพันในงาน และทศนคติของพนักงาน

Spector (1997) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึงความรู้สึกนึกคิด หรือทศนคติที่มีต่องาน ซึ่งสามารถประเมินออกมาได้ว่า บุคคลชอบหรือไม่ชอบในงานของตน มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ลักษณะงาน โอกาสก้าวหน้าในงาน การบังคับบัญชา สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน สภาพการทำงาน การติดต่อสื่อสาร และผู้ร่วมงาน

สรุป ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความรู้สึกอิมเอม ยินดี ชื่นชอบ ในการปฏิบัติงานที่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ จากการปฏิบัติงานให้เกิดผลสำเร็จ ส่งผลให้บุคคลปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ ความพึงพอใจในงานยิ่งสูงมากเท่าใด มีผลต่อความสำเร็จขององค์การหรือหน่วยงานมากเท่านั้น ผู้บริหารสามารถสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้สึกพึงพอใจได้โดยการเข้าใจหลักการสร้างและการจัดองค์ประกอบต่างๆ

5.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน จากความหมายของความพึงพอใจในการปฏิบัติงานข้างต้น จะเห็นว่ามีกล่าวถึงแรงจูงใจที่ผู้บริหารควรตอบสนองให้ตรงกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน แต่ละระดับของหน่วยงาน จำเป็นที่ผู้บริหารจะต้องรู้จัก

ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของตน และตอบสนองความต้องการในระดับปัจเจกบุคคลทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการเสริมสร้างสภาพจิตใจในงาน ในที่นี้จะกล่าวถึงทฤษฎีการจูงใจ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ ทฤษฎีการจูงใจที่เน้นเนื้อหาหรือปัจจัย และทฤษฎีการจูงใจที่เน้นกระบวนการ

5.2.1 ทฤษฎีการจูงใจที่เน้นเนื้อหาหรือปัจจัย (The Content theories of Motivation or the Substantive Theories) ในที่นี้ผู้วิจัย ขอเสนอแนวคิดที่เป็นแนวคิดพื้นฐานของแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยของ Spector (1997) ดังนี้

5.2.1.1 ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ (Maslow:Hierarchy of need,1960) กล่าวถึงความต้องการของมนุษย์ว่าไม่มีที่สิ้นสุด เมื่อได้รับการตอบสนองในขั้นต่ำจะพัฒนาความต้องการของตนในระดับสูงต่อไปเป็นลำดับ ดังนี้

1) ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการพื้นฐานในการอยู่รอดของชีวิต เช่น ความต้องการปัจจัย 4 เป็นต้น

2) ความต้องการด้านความปลอดภัย (Security or safety needs) การป้องกันเพื่อให้ปลอดภัยจากภัยอันตรายต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับร่างกาย ความปลอดภัยจากภาวะคุกคาม ความปลอดภัยจากความเจ็บป่วยและสูญเสียทางเศรษฐกิจ รวมถึงความมั่นคงในหน้าที่การงาน

3) ความต้องการด้านสังคม (Social or belongingness needs) เป็นความต้องการที่จะเข้าร่วมและได้รับการยอมรับจากสังคม โดยมีความรู้สึกที่ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ต้องการความเป็นมิตรและความรักจากเพื่อนร่วมงาน

4) ความต้องการได้รับการยอมรับในสังคม (Esteem or status needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับความมั่นใจในตนเอง ในเรื่องความรู้ ความสามารถ ต้องการให้ผู้อื่นยกย่อง อยากเด่นในสังคม มีความเป็นอิสระ มีเสรีภาพ เป็นที่ยอมรับนับถือของผู้อื่น และต้องการมีชื่อเสียงเกียรติยศในสังคม

5) ความต้องการได้รับความสำเร็จในชีวิต (Self actualization needs) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ ที่อยากจะให้เกิดความสำเร็จ ในทุกสิ่งตามความนึกคิดของตน โดยพิจารณาถึงสมรรถนะที่เป็นไปได้ของตน และเป้าหมายที่ตนต้องการ

5.2.1.2 ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (1959)(Two-Factor theory of Herzberg's Hygienes theory) พัฒนามาจากทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานที่ทำ และความไม่พึงพอใจในงานที่ทำ ของบุคคลแต่ละคน ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่แยกจากกัน 2 กลุ่มคือ ปัจจัยจูงใจ (Motivating factors) ได้แก่ ความสำเร็จ การยกย่อง ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้า สิ่งที่ทำให้ความพึงพอใจเกี่ยวกับลักษณะงาน เนื้อหาของงาน เป็นผลที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการปฏิบัติงาน อีกกลุ่มคือ ปัจจัยอนามัย (Hygiene factors) ได้แก่

เงินเดือน สภาพแวดล้อมของงาน นโยบาย การบริหาร Herzberg ได้กล่าวไว้ว่า การตอบสนองปัจจัยนามัย ช่วยให้บุคคลคงอยู่ในงาน แต่การมอบหมายงานที่ทำทายและผู้ปฏิบัติงานประสบความสำเร็จในงานนั้น จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจ

5.2.2 ทฤษฎีกระบวนการ (The process theory of motivation) เป็นทฤษฎีการจูงใจที่เน้นปัจจัยเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และเป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ในกระบวนการของการจูงใจว่ามีอิทธิพลต่อกันเช่นไร ได้แก่ ทฤษฎีความคาดหวัง ทฤษฎีความเสมอภาค ทฤษฎีการเสริมแรง และทฤษฎีกำหนดเป้าหมาย ในที่นี้ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและใช้ในงานวิจัย ดังนี้

5.2.2.1 ทฤษฎีความคาดหวังของ Vroom (1964) (Vroom's Expectancy theory) อธิบายแรงจูงใจที่บุคคลมีต่อการปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จตามความคาดหวังของตน โดยมีแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญ 4 ประการคือ ตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมจะร่วมกันกำหนดพฤติกรรม บุคคลนั้นจะตัดสินใจด้วยตนเองในการกำหนดพฤติกรรมของตนในองค์การ บุคคลแต่ละคนมีรูปแบบของความต้องการ และเป้าหมายแตกต่างกันไป และบุคคลจะตัดสินใจเลือกทางที่เห็นว่าจะสามารถนำไปสู่เป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ปรารถนาได้

5.2.2.2 ทฤษฎีความเสมอภาค (Equity theory) สันนิษฐานว่าบุคคลจะมุ่งการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น

5.2.2.3 ทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement theory) ของ Skinner

5.3 องค์ประกอบความพึงพอใจในงาน

Gilmer et al. (1966:280-283) กล่าวถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานไว้ดังนี้

- 1) ความมั่นคงปลอดภัย (Security) ได้แก่ ความมั่นคงในการทำงาน การได้ทำงานตามหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ การได้รับความเป็นธรรมจากผู้บังคับบัญชา
- 2) โอกาสก้าวหน้าในงาน (Opportunity for advancement) ได้แก่ การได้มีโอกาสเลื่อนตำแหน่งสูงขึ้น การมีโอกาสได้รับสิ่งตอบแทนจากความสามารถในการทำงาน
- 3) บริษัทและการดำเนินงาน (Company and management) ได้แก่ ความพอใจต่อสถานที่ทำงาน ชื่อเสียงของสถาบัน และการดำเนินงานของสถาบัน
- 4) ค่าจ้าง (Wages) ได้แก่ รายได้ประจำและค่าตอบแทนพิเศษที่ได้รับ
- 5) ลักษณะของงานที่ทำ (Intrinsic aspects of the job) สัมพันธ์กับความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติหากได้ทำงานตามที่ตนถนัด จะเกิดความพึงพอใจ

Harrell (1972 อ้างในจิวรัตน์ คงทอง, 2539) เสนอแนวคิดปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบความพึงพอใจในการทำงานว่าแบ่งเป็น 3 ด้าน

- 1) ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับงาน ได้แก่ ประสบการณ์ เพศ อายุ เวลาในการทำงาน เดินทางมาทำงาน และโครงสร้างของงาน
- 2) ปัจจัยด้านการจัดการ หมายถึง ความมั่นคงในงาน โอกาสก้าวหน้าในงาน การนิเทศงาน การสื่อสารกับผู้บังคับบัญชา และความศรัทธาในตัวผู้บริหาร

Spector (1997) ได้วิเคราะห์องค์ประกอบความพึงพอใจในงาน โดยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg ที่ประกอบด้วย ปัจจัยอนามัย (Hygiene factors) และปัจจัยจูงใจ (Motivating factors) โดยสรุปว่าปัจจัยจูงใจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานโดยตรง ปัจจัยอนามัยช่วยให้บุคคลคงอยู่ในงานเท่านั้น โดยมีองค์ประกอบ 9 ด้าน ดังนี้

- 1) ความพึงพอใจต่อลักษณะงาน (Satisfaction on nature of work) หมายถึง ความน่าสนใจของงาน ความท้าทาย โอกาสเรียนรู้และศึกษางาน โอกาสทำงานให้สำเร็จ
- 2) ความพึงพอใจต่อโอกาสก้าวหน้าในงาน (Satisfaction on promotion) หมายถึง การมีโอกาสเลื่อนขึ้นไปยังตำแหน่งที่สูงขึ้น หรือได้รับมอบหมายงานที่สำคัญมากขึ้น
- 3) ความพึงพอใจต่อการบังคับบัญชา (Satisfaction on supervision) หมายถึง ความต้องการรู้ว่าการทำงานของตนเป็นอย่างไร บทบาทหน้าที่ที่ตนรับผิดชอบ ระบบของงาน การปรับปรุงงานของตน
- 4) ความพึงพอใจต่อสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน (Satisfaction on contingent rewards) หมายถึง ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน การได้รับการยอมรับจากหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อนร่วมงาน ผู้ใช้บริการ และความรู้สึกภาคภูมิใจเมื่องานประสบความสำเร็จ
- 5) ความพึงพอใจต่อสภาพการทำงาน (Satisfaction on operating procedure) หมายถึง สภาพแวดล้อมต่างๆในที่ทำงาน เช่น แสง เสียง บรรยากาศ
- 6) ความพึงพอใจต่อการติดต่อสื่อสาร (Satisfaction on communication) หมายถึง ช่องทางการสื่อสาร ที่ช่วยให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน ทั้งภายนอกและภายในหน่วยงาน
- 7) ความพึงพอใจต่อค่าจ้างหรือเงินเดือน (Satisfaction on pay) หมายถึง รายได้ประจำและค่าตอบแทนพิเศษที่องค์กรให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน
- 8) ความพึงพอใจต่อประโยชน์เกื้อกูลต่างๆ (Satisfaction on benefit) หมายถึง เงินเดือน บำเหน็จตอบแทนเมื่อออกจากงาน การบริการ สวัสดิการต่างๆ การรักษาพยาบาล ที่พักอาศัย
- 9) ความพึงพอใจต่อผู้ร่วมงาน (Satisfaction on co-workers) หมายถึง การเป็นที่ยอมรับ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ร่วมงานทุกระดับ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดความพึงพอใจในงานของ Spector (1997) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล ต่อการนำรูปแบบคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ตามแนวคิดมาตรฐานวัดความเร่งด่วนและการคัดกรองชาวแคนาดา มาใช้ในการให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล เนื่องจากแนวคิดความพึงพอใจในงานของ Spector สามารถประเมินระดับความพึงพอใจในงาน ที่มีลักษณะงาน ใกล้เคียงกับงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กล่าวคือ เป็นงานที่ทำทลายความสามารถ ผู้ปฏิบัติงานจะต้องมีความกระตือรือร้น และตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยเลือกศึกษาองค์ประกอบความพึงพอใจในงานของ Spector 4 ด้านดังนี้ คือ ความพึงพอใจต่อลักษณะงาน ความพึงพอใจต่อการบังคับบัญชา ความพึงพอใจต่อสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน ความพึงพอใจต่อสภาพการทำงาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ลักษณะงาน หมายถึง ลักษณะงาน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ได้ใช้ความคิดอิสระ ลักษณะงานเป็นงานที่ทำทลายความสามารถ

2) การบังคับบัญชา หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ทำให้ทราบบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของตนในแต่ละพื้นที่อย่างชัดเจน ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีระบบ ไม่สับสน เกิดการเลื่อนไหลของงาน

3) สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน ถึงคุณค่าของตนเองที่เกิดขึ้นภายใน รู้สึกประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ระบุความเร่งด่วนของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับการประเมินตามกรอบเวลาที่วางไว้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลทันที มีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย การได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานและหัวหน้าหน่วยงาน ในการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างอิสระ มีการแสดงออกทางความคิด อย่างริเริ่มและสร้างสรรค์

4) สภาพการทำงาน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน เกี่ยวกับความชัดเจนของงาน ความพร้อมของเครื่องมือเครื่องใช้ อุปกรณ์ต่างๆ การได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยงานเพื่อร่วมกันคิด ร่วมกันปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จ

6. แนวคิดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

6.1 ความหมายความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

Risser (1975) กล่าวว่าความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล หมายถึง เจตคติที่สะท้อนถึงระดับความสอดคล้องกัน ในเรื่องความคาดหวังของผู้ใช้บริการกับการพยาบาลที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ

Ware et. al. (1978) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการพยาบาลหรือการดูแล ประกอบด้วย ลักษณะทางกายภาพและพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ความละเอียด ความเอาใจใส่ เทคนิคคุณภาพการดูแล ความต่อเนื่องของการดูแล เป็นต้น

Donabedian (1980 อ้างในมณีนีรัตน์ โภทชงรัก, 2538) กล่าวว่าความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล หมายถึงการที่ผู้ให้บริการประสบความสำเร็จในการทำให้เกิดความสมดุลระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับกับความคาดหวังของผู้ป่วย

สรุป ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบของผู้ใช้บริการ เป็นภาวะสมดุลระหว่างสิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังกับบริการที่เป็นจริง ซึ่งระดับความพึงพอใจสามารถวัดเพื่อนำมาปรับปรุงการให้บริการ

6.2 แนวคิดความพึงพอใจผู้ใช้บริการ

Millett (1954 อ้างในนภารัตน์ ด้วงลา, 2545) กล่าวถึงความพึงพอใจในบริการว่ามีลักษณะที่สำคัญ 5 ประการ คือ การให้บริการอย่างเท่าเทียม การให้บริการตรงเวลา การให้บริการอย่างเพียงพอ การให้บริการอย่างต่อเนื่อง และการให้บริการอย่างก้าวหน้า

Aday and Anderson (1971 อ้างในวิฑูรย์ โฉมสุนทร, 2542) กล่าวถึงพื้นฐาน 6 ประการที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเมื่อมาใช้บริการ ดังนี้ พึงพอใจต่อความสะดวก การประสานงาน อธิษาคัยความสนใจของผู้ให้บริการ ข้อมูลที่ได้รับ คุณภาพบริการ และค่าใช้จ่าย

Risser (1975) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการในงานสาธารณสุขมูลฐานโดยมุ่งเน้นวิธีการวัดด้วยเกณฑ์ประกอบย่อย 3 ด้าน คือ ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ ด้านสัมพันธภาพที่มุ่งให้ความรู้ และด้านสัมพันธภาพที่มุ่งสร้างความไว้วางใจ

Davis and Bush (1995) ได้พัฒนามาตรวัดระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้แนวคิดของ Risser (1975) นำมาพัฒนาโดยผ่านกระบวนการ

พัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (CQI) ทดสอบความเที่ยงและความตรง จนได้องค์ประกอบย่อยในการวัดความพึงพอใจ 4 ด้าน ได้แก่

- 1) การดูแลด้านจิตใจ (psychological safety) หมายถึงการรับรู้ ถึงความเชื่อ อาหาร การสนองตอบด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดผลดีและความสุขสบายแก่ผู้ป่วย การปฏิบัติด้วยความอ่อนโยน
- 2) คำแนะนำก่อนกลับบ้าน (discharge teaching) หมายถึง การได้รับคำแนะนำความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตนเมื่อออกจากโรงพยาบาล
- 3) การให้ข้อมูลข่าวสาร (information giving) หมายถึง ความสามารถของพยาบาลในการสื่อสารความเข้าใจ การตอบคำถาม อธิบายความหมายรายละเอียดที่มีประโยชน์แก่ผู้ป่วย
- 4) ความสามารถด้านการปฏิบัติงาน (technical competence) หมายถึง กิจกรรมเทคนิคการพยาบาล หรือทักษะ ความรู้ ความสามารถที่พยาบาลทำอยู่ เพื่อให้เกิดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษาความพึงพอใจโดยใช้แนวคิดของ Davis and Bush (1995) มีความเป็นไปได้และเหมาะสมที่จะนำมาวัดความพึงพอใจในบริการ ณ จุดคัดกรองหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล 3 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านความสามารถทางการปฏิบัติงาน (Technical competence) หมายถึง ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติกรพยาบาล ตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลปฏิบัติงานด้วยความรู้ ความสามารถ สมองตอบความต้องการการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้นำส่งได้อย่างถูกต้อง มีความมั่นใจในการปฏิบัติกรพยาบาล อธิบายการปฏิบัติตัวหรือให้ข้อมูลทางการพยาบาลตามหลักวิชาการ
- 2) ด้านการดูแลจิตใจ (Psychological safety) หมายถึง ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติกรพยาบาล ตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่เอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจและเอื้ออาทรในการเจ็บป่วย และการบำบัดเจ็บของ ผู้ป่วยและญาติ การสัมผัสด้วยความอ่อนโยน การรับฟังด้วยความตั้งใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติหรือผู้นำส่งได้ระบายความรู้สึกไม่สุขสบาย ความเครียด ความเจ็บปวด พร้อมทั้งให้การพยาบาลที่สุภาพ และนุ่มนวล
- 3) ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร (Informative giving) หมายถึง ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติกรพยาบาล ตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในเรื่องการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้นำส่งเป็นระยะ ระหว่าง

รอตตรวจ หรือการรักษาพยาบาล การให้สุขศึกษาที่ถูกต้องเหมาะสม เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้คำแนะนำและอธิบายการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้นำส่ง การได้รับข้อมูลก่อนที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปหผู้ป่วย หรือไปรักษาต่อที่อื่นตามสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับ ตลอดจนการให้ข้อมูลก่อนการพยาบาลทุกครั้ง

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศิริพร พูนชัย(2542) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อความเป็นอิสระแห่งตนและความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ พบว่า ความเป็นอิสระแห่งตนของพยาบาลประจำการ ก่อนและหลังการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นเวลา 4 สัปดาห์ที่ไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อได้รับการเสริมสร้างเป็นเวลา 10 สัปดาห์ พบว่าความเป็นอิสระแห่งตนหลังการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่า แต่ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างเป็นเวลา 4 สัปดาห์และ 10 สัปดาห์

ณัฐนุกูล ผกาภรณ์รัตน์ (2542) ศึกษาผลของการใช้ข้อเสนอมาตรฐานการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลของมารดา และความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลเลิดสิน พบว่า ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของมารดาหลังการใช้ข้อเสนอมาตรฐานการพยาบาล สูงกว่าก่อนการใช้ข้อเสนอมาตรฐานการพยาบาล แต่ความพึงพอใจในงานของบุคลากรก่อนและหลังไม่แตกต่าง

อัมพร พรพงษ์สุริยา (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงาน ความยุติธรรมในองค์การ กับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์การ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์การอยู่ในระดับสูง ความพึงพอใจในงานโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์การ ส่วนความพึงพอใจในงานรายด้านและความยุติธรรมในองค์การรายด้านและโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ส่วนตัวแปรที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์การ คือ ความพึงพอใจในงานด้านลักษณะงาน และความยุติธรรมในองค์การด้านการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน

ปัทมาภรณ์ สรรพชัยพงษ์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมในการทำงานกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนภาคกลาง พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง สภาพ

แวดล้อมในการทำงานด้าน สัมพันธภาพ ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน การคงไว้และการเปลี่ยนแปลงระบบงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพึงพอใจในงาน ตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ความพึงพอใจในงานคือ ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน สัมพันธภาพ และการคงไว้ และการเปลี่ยนแปลงระบบงาน ได้ร้อยละ 56

Thompson, J.M., and Dodd, G. (2000) ศึกษาการนำมาตราวัดระดับความเร่งด่วนและการคัดกรองชาวแคนาดา ไปใช้ในโรงพยาบาลที่อยู่นอกเมือง พบว่ากรอบเวลาที่ใช้ในการกำหนดระยะเวลาในการรอก่อนพบแพทย์ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานระดับประเทศได้ โดยให้ความเห็นว่าเนื่องจากความพร้อมด้านบุคลากรทางการแพทย์ ความเชี่ยวชาญ ระบบการทำงาน มีความแตกต่างกัน และได้แนะนำในเรื่องกรอบเวลาว่าควรนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบท

Kipp (2001) สร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยนำบุคลากรในทีมการพยาบาลมาร่วมกันสร้างมาตรฐาน ณ จุดคัดกรอง มาตรฐานเมื่อเริ่มต้นการรักษา ระหว่างการรักษา มาตรฐานเมื่อผู้ป่วยถามถึงความล่าช้า มาตรฐานการรับผู้ป่วย มาตรฐานการจำหน่าย มาตรฐานการรักษาที่เน้นผู้ป่วย มาตรฐานการรักษาที่เน้นทีมงาน พบว่า หลังการใช้มาตรฐาน ค่าเฉลี่ยความตระหนักและการดูแลเพิ่มขึ้นและความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวมเพิ่มขึ้น

Zimmermann (2001) ศึกษาความตรงและความเที่ยงของการคัดกรองผู้ป่วย 5 ระดับ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในสหรัฐอเมริกา พบว่า การแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ ผู้ป่วยที่อยู่ในระดับ Emergent ความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตมีความแปรปรวนตั้งแต่ 11%-63% ($k = 0.38$)

Ingersoll (2002) สัมภาษณ์พยาบาลทั่วประเทศเพื่อระบุคุณลักษณะของงานการพยาบาลในนิวยอร์ก และอธิบายระดับความพึงพอใจในงานของพยาบาลและความยึดมั่นผูกพันในสถานที่ทำงาน พบว่าพยาบาลที่มีความยึดมั่นผูกพันในงานจะมีความพึงพอใจในงานสูง เมื่อเปรียบเทียบพยาบาลที่เหลือเวลาการทำงาน 1 และ 5 ปี พบว่าผู้ที่เหลือเวลาการทำงาน 5 ปี มีความยึดมั่นผูกพันในงานมากกว่า นอกจากนี้ความแตกต่างของระดับความพึงพอใจในงานขึ้นอยู่กับ อายุ ภูมิภาคหลังระดับการศึกษา บทบาทการพยาบาลปฐมนุญ สถานที่ทำงาน

Kalliath and Morris (2002) ศึกษาผลกระทบระดับความพึงพอใจต่อความเหนื่อยล้าจากการทำงานในกลุ่มพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจในงานมีผลกระทบทางลบกับความเหนื่อยล้า

ทางอารมณ์ ในขณะที่ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์มีผลโดยตรงทางบวกกับความสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ส่วนความพึงพอใจในงานมีผลโดยตรงทางลบ กับความสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง และมีผลทางอ้อมต่อความสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง

Gormley (2003) ศึกษาปัจจัยความรู้สึกพึงพอใจในงานขององค์การพยาบาลโดยการวิเคราะห์จากงานวิจัยตั้งแต่ปีค.ศ. 1975 จนถึงปัจจุบัน (Meta-analysis) เพื่ออธิบายว่าปัจจัยใดมีนัยสำคัญมากที่สุด ประกอบด้วย ความอิสระในวิชาชีพ ความคาดหวังบทบาทผู้นำ การจัดโครงสร้างองค์การ การรับรู้บทบาทที่ชัดเจน พฤติกรรมภาวะผู้นำ และคุณลักษณะองค์การ พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายความพึงพอใจในงานในระดับสูง ได้แก่ บทบาทที่ชัดเจน การพิจารณาของผู้นำ ความอิสระในวิชาชีพ ดังจะเห็นว่า การพัฒนาภาวะผู้นำช่วยให้เกิดความพึงพอใจในงานของพยาบาล

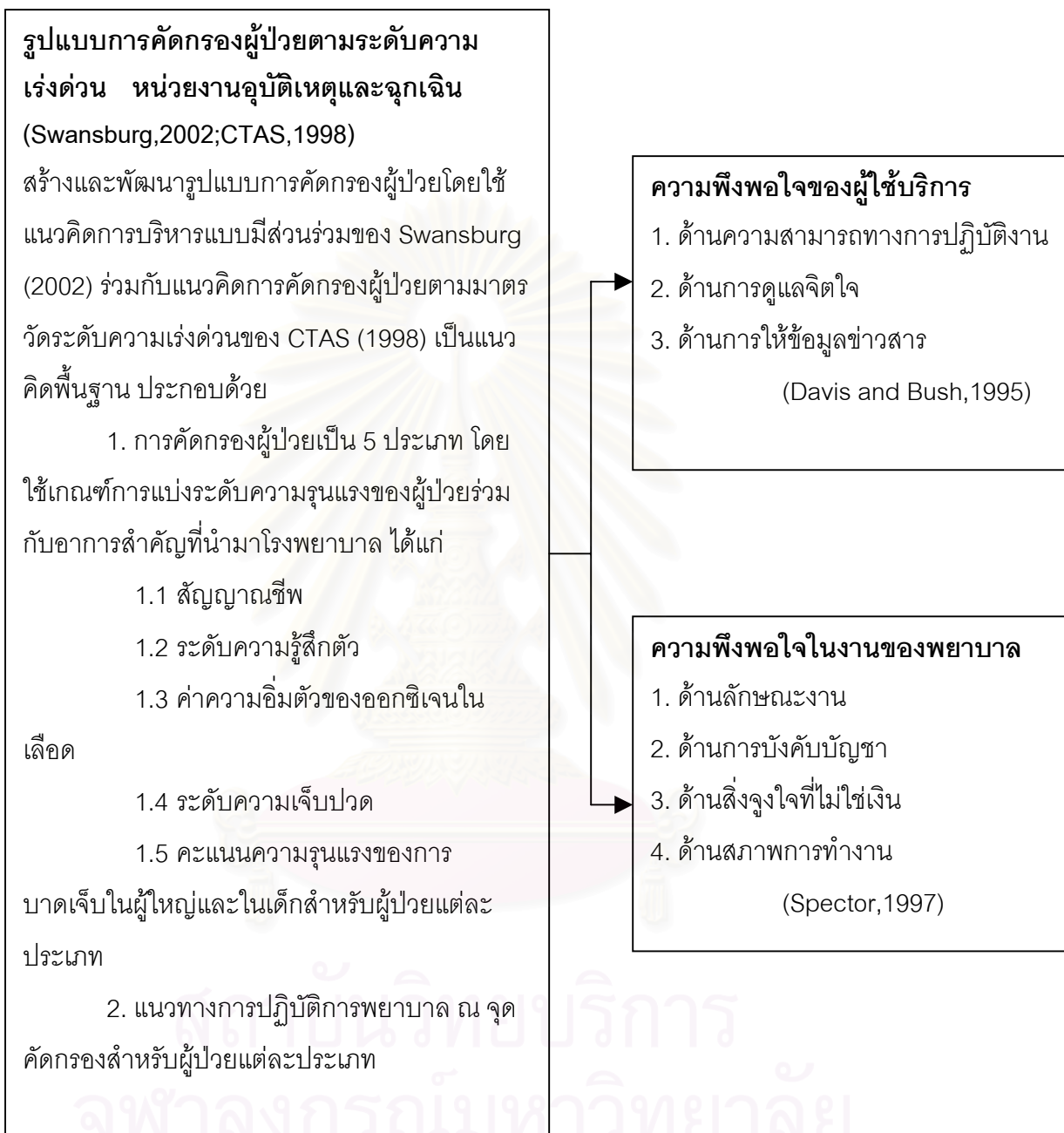
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดมาตรฐานวัดระดับความเร่งด่วนและการคัดกรองของชาวแคนาดา (CTAS,1998) ในการสร้างและพัฒนารูปแบบการคัดกรองจัดกิจกรรมพยาบาลตามขั้นตอน โดยใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม (Swansburg,2002) แบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ระดับตามความเร่งด่วนของความต้องการการรักษาพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเร่งด่วนระดับที่ 1 ต้องช่วยฟื้นคืนชีพทันที (Resuscitation) หมายถึงผู้ป่วยที่มีความผิดปกติหลายระบบในร่างกาย ในระดับที่รุนแรงมากที่สุด อาจเกิดอันตรายต่อชีวิต ต้องได้รับการช่วยชีวิตทันที ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเร่งด่วนระดับที่ 2 ฉุกเฉินมาก (Emergent) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติหลายระบบในร่างกายในระดับที่รุนแรงมาก เสี่ยงต่อการเกิดความพิการ ต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใน 15 นาที ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเร่งด่วนระดับ 3 ฉุกเฉิน (Urgent) หมายถึงผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติ ต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใน 30 นาที ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเร่งด่วนระดับ 4 ฉุกเฉินปานกลาง (Less-urgent) หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับความไม่สุขสบาย ต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใน 45 นาที ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเร่งด่วนระดับ 5 ไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) หมายถึงผู้ป่วยที่สามารถรักษาในระดับปฐมภูมิ แต่ขาดความเข้าใจที่ถูกต้องในการแสวงหาสถานบริการที่เหมาะสม ถ้าวินิจฉัยการรักษานี้หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใน 60 นาที โดยมีเกณฑ์ที่ใช้ในการระบุความเร่งด่วนประกอบกับอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล คือ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ระดับความเจ็บปวด และคะแนนความรุนแรง

แรงของการบาดเจ็บในผู้ใหญ่และในเด็ก แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ณ จุดคัดกรอง สำหรับผู้ป่วยแต่ละประเภท และคู่มือที่ใช้ในการปฏิบัติการคัดกรอง การปฏิบัติตามรูปแบบการคัดกรองที่สร้างขึ้นนี้ ช่วยให้ผู้ให้บริการเกิดความพึงพอใจตามแนวคิดของ Davis and Bush (1995) 3 ด้านดังนี้ 1) ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน หมายถึง ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลปฏิบัติงานด้วยความรู้ ความสามารถ สมองตอบความต้องการการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้นำส่ง 2) ด้านการดูแลจิตใจ หมายถึง ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่เอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ เอื้ออาทรในการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ 3) ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร หมายถึง ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เรื่องการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้นำส่งเป็นระยะระหว่างรอตรวจ การให้สุขศึกษา เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้คำแนะนำต่างๆ และพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน เกิดความพึงพอใจตามแนวคิดของ Spector (1997) 4 ด้านดังนี้ 1) ด้านลักษณะงาน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ได้ใช้ความคิดอิสระงานมีความท้าทาย 2) ด้านการบังคับบัญชา หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ทำให้ทราบบทบาทความรับผิดชอบในแต่ละพื้นที่การปฏิบัติงานอย่างชัดเจน เป็นระบบ ไม่สับสน 3) ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ถึงคุณค่าของตนเองที่เกิดขึ้นจากภายใน ความรู้สึกถึงความสำเร็จ การได้รับการยอมรับ การแสดงออกทางความคิด 4) ด้านสภาพการทำงาน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน เกี่ยวกับความชัดเจนของงาน ความพร้อมของเครื่องมือเครื่องใช้ อุปกรณ์ต่างๆ การได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยงาน

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยนำไปใช้ในการสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล ก่อนและหลังการนำรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน ไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

แบบแผนการทดลองเป็นแบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (One group pretest-posttest design) โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

O1 X O2

O1 : ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจในงานของพยาบาลก่อนการนำรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน

X : ดำเนินการนำรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน

O2 : ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังการนำรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยมี 2 กลุ่มคือ

2.1.2 บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

2.1.3 ญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วย ที่เข้ามาใช้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมี 2 กลุ่มคือ

2.2.2 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล รวมทั้งสิ้น 33 คน โดยมีคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 3

2.2.3 ญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วย ที่มาใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย และสามารถที่จะตอบแบบสอบถามได้ โดยญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วย 30 คนแรกจะเป็นญาติหรือผู้นำส่งของผู้ป่วย ที่เข้ารับการดูแลรักษาก่อนใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1-7 มีนาคม 2547 และญาติ หรือผู้นำส่งผู้ป่วยอีก 30 คนจะเป็นญาติหรือผู้นำส่งของผู้ป่วย ที่เข้ารับการดูแลรักษา หลังใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1-5 เมษายน 2547 โดยทำการควบคุมให้ผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการทดลองเป็นผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ และระดับความเร่งด่วนเดียวกัน เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling or Judgement Sampling)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติดังกล่าวตั้งแต่คนแรกที่ได้รับการรักษาจนครบจำนวน 30 คน โดยใช้วิธีเปรียบเทียบแบบคู่ (Paired comparison) ก่อนและหลังการทดลองให้มีเพศ อายุ และระดับความเร่งด่วนเดียวกัน ดังนี้

1. เพศ กลุ่มตัวอย่างมีเพศที่ตรงกัน
2. อายุ จะกำหนดเป็นช่วงอายุ โดยแบ่งเป็น 6 กลุ่ม คือ
 - 2.1 กลุ่ม 1 แรกเกิด-15 ปี
 - 2.2 กลุ่ม 2 อายุ 16-30 ปี
 - 2.3 กลุ่ม 3 อายุ 31-45 ปี
 - 2.4 กลุ่ม 4 อายุ 46-60 ปี
 - 2.5 กลุ่ม 5 อายุ 61-75 ปี
 - 2.6 กลุ่ม 6 อายุ 76-90 ปี
3. ระดับความเร่งด่วนผู้ป่วย โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ
 - 3.1 ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเร่งด่วนระดับที่ 1 ต้องให้การช่วยฟื้นคืนชีพทันที (Resuscitation)
 - 3.2 ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเร่งด่วนระดับที่ 2 ชุกเฉินมาก (Emergent)
 - 3.3 ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเร่งด่วนระดับที่ 3 ชุกเฉิน (Urgent)
 - 3.4 ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเร่งด่วนระดับที่ 4 ชุกเฉินปานกลาง (Less-urgent)
 - 3.5 ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเร่งด่วนระดับที่ 5 ไม่ชุกเฉิน (Non-urgent)

โดยในช่วงก่อนการทดลองดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1-7 มีนาคม 2547 ในภาวะการปฏิบัติงานแบบเดิม ได้กลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง เป็นญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วยที่มีระดับความเร่งด่วนประเภทละ 6 คน รวม 30 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำร่างรูปแบบการคัดกรอง

ผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มาประชุม ปรีกษา ให้ผู้ร่วมงานทุกคนได้มีส่วนร่วม สร้างรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยแบ่ง การประชุมออกเป็น 2 วัน คือ วันที่ 8-9 มีนาคม 2547 ให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนได้เข้าประชุม โดยมีวัตถุประสงค์ในการประชุม เพื่อให้พยาบาลทุกคนแสดงความคิดเห็น เสนอแนะรูปแบบการ ปฏิบัติการคัดกรองที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการคัดกรอง ผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ตลอดจนประชุมชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการวิจัย หลังจากนั้น จึงได้นำรูปแบบไปทดลองใช้ตั้งแต่ 10-31 มีนาคม 2547 แล้วจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการ ทดลอง ตั้งแต่วันที่ 1-5 เมษายน 2547 ซึ่งได้คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ก่อนและหลังการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย

1. เกณฑ์การระบุระดับความเร่งด่วนผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3. คู่มือการปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ประเภทที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. แบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย ณ จุด คัดกรอง หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ประเภทที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Davis and Bush (1995)
3. แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนว คัดของ Spector (1997)

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 เกณฑ์ที่ใช้ในการระบุระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ พิจารณาร่วมกับอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ตามแนวคิด CTAS (1998) ประกอบด้วย สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ระดับความเจ็บปวด คะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้ใหญ่และในเด็ก โดยแบ่งเป็นระบบต่างๆของร่างกาย (Quick look summary) ได้แก่ ระบบหายใจ ระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบทางเดินอาหาร ระบบผิวหนัง ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ตา หู คอ จมูก และสภาพจิตใจ

การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยศึกษาจากตำรา เอกสาร บทความทางวิชาการ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและครอบคลุมเกณฑ์ที่ใช้ในการระบุระดับความเร่งด่วน และการนำเกณฑ์เหล่านั้นมาประเมินผู้ป่วย โดยศึกษารายละเอียดในการปฏิบัติตามเกณฑ์ และการตัดสินใจระบุระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ หลังจากนั้นนำไปให้พยาบาลเชี่ยวชาญงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์และกรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ในการใช้เกณฑ์การระบุระดับความเร่งด่วน ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำเกณฑ์ที่ใช้ในการระบุระดับความเร่งด่วน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน ที่มีความรู้และประสบการณ์ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังรายนามในภาคผนวก ก. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษาที่ใช้ ผ่านการยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ใน 7 ท่าน (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2544:223) ได้ผลการตรวจสอบ ดังนี้

ความเร่งด่วนระดับที่ 1 (Resuscitation)

1 “ไม่หายใจ หรือมีภาวะหายใจลำบากรุนแรง” ปรับแก้เป็น “ไม่หายใจ หรือมีภาวะหายใจลำบากรุนแรง อัตราการหายใจมากกว่า 36 ครั้งต่อนาทีร่วมกับมีภาวะเขียว วัดค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด น้อยกว่าร้อยละ 90”

2 “ไม่รู้สึกตัว หรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น” ปรับแก้เป็น “ไม่รู้สึกตัว หรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น GCS น้อยกว่า 8”

ความเร่งด่วนระดับที่ 2 (Emergent)

1. ความหมายของภาวะน้ำคั่งไม่ชัดเจน อาจเป็นน้ำท่วมปอดหรือบวมจากน้ำเกิน ปรับแก้เป็น “เสียงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบาก เช่น สำลักสิ่งแปลกปลอม สูดดมสารพิษ ภาวะน้ำท่วมปอด วัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดร้อยละ 90-92 ”

2. ปรับคำว่า “อย่างรวดเร็ว” เป็น “ไม่คงที่ต้องเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทุก 15 นาที”

ความเร่งด่วนระดับ 3 (Urgent)

1. เพิ่มเติม “ไม่หมดสติแต่มีอาเจียน” เป็น “ไม่หมดสติแต่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน”

ความเร่งด่วนระดับ 4 (Less-urgent)

1. ตัดข้อความจาก “มีอาการปวดเล็กน้อยอาจเกิดจากโรคเรื้อรังที่กลับมาเป็นซ้ำ Pain scale 4-7/10” เป็น “มีอาการปวดเล็กน้อย ระดับความเจ็บปวด 4-7”

ความเร่งด่วนระดับ 5 (Non-urgent) ไม่มีการปรับแก้

- 2) นำเกณฑ์ที่ใช้ในการระบุระดับความเร่งด่วน ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุง แก้ไขเนื้อหา สำนวน ภาษาอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

สรุปเกณฑ์ที่ใช้ในการระบุระดับความการจัดระดับความเร่งด่วนผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ดังนี้

ความเร่งด่วนระดับที่ 1 (Resuscitation)

1. ไม่หายใจหรือมีภาวะหายใจลำบากรุนแรง RR>36ครั้ง/นาที Oxygen Sat.<90%
2. ไม่รู้สึกตัวหรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น GCS<8
3. อยู่ในภาวะช็อก
4. ความผิดปกติตามระบบของร่างกายที่อาจส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตภายในระยะเวลาอันสั้น

ความเร่งด่วนระดับที่ 2 (Emergent)

1. เป็นสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบาก เช่น สำลักสิ่งแปลกปลอม สูดดมสารพิษ ภาวะน้ำท่วมปอด Oxygen Sat. 90-92%
2. มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว สับสน ซึม ไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่ มีประวัติได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและหมดสติ GCS 8-10/10
3. ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการปวด Pain scale = 8-10/10
4. คะแนนบาดเจ็บในผู้ใหญ่ RTS =9/12 ในเด็ก PTS=4-6/12
5. สัญญาณชีพไม่คงที่ อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้ง 3 อย่าง มากหรือน้อยกว่าค่าปกติ ในระดับ 20-40% ต้องเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทุก 15 นาที
6. ความผิดปกติตามระบบต่างๆของร่างกาย ที่อาจส่งผลให้เกิดการสูญเสียอวัยวะ การทำหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ

ความเร่งด่วนระดับที่ 3 (Urgent)

1. ความผิดปกติของระบบหายใจที่ไม่มีภาวะหายใจลำบาก Oxygen Sat. = 92-94%
2. ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ไม่หมดสติแต่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน GCS = 10-12/15
3. ไม่รู้สึกสบายจากอาการปวด Pain scale = 7/10
4. คะแนนบาดเจ็บในผู้ใหญ่ RTS = 10/12 ในเด็ก PTS = 7-8/12
5. มีความผิดปกติของสัญญาณชีพอย่างใดอย่างหนึ่ง มากกว่าหรือน้อยกว่าค่าปกติ

10-20%

6. ความผิดปกติของระบบต่างๆในร่างกายที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกสบาย

ความเร่งด่วนระดับที่ 4 (Less-urgent)

1. ความผิดปกติของระบบหายใจเพียงเล็กน้อย แต่ควรได้รับการรักษา ผู้ป่วยดู
รู้สึกสบาย Oxygen Sat. = 95-97%

2. บาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย ไม่หมดสติ ไม่อาเจียน GCS = 13-15/15
3. มีอาการปวดเล็กน้อย Pain scale = 4-7/10
4. คะแนนบาดเจ็บในผู้ใหญ่ RTS = 11/12 ในเด็ก PTS = 9-10/12
5. สัญญาณชีพเบี่ยงเบนไปจากค่าปกติเล็กน้อยในลักษณะที่ไม่รุนแรง

ความเร่งด่วนระดับที่ 5 (Non-urgent)

1. ตรวจไม่พบความผิดปกติที่เร่งด่วน
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-100%
3. ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS = 15
4. ไม่รู้สึกสบายจากอาการเจ็บปวดเล็กน้อย Pain scale น้อยกว่า 4
5. คะแนนบาดเจ็บในผู้ใหญ่ RTS = 12/12 ในเด็ก PTS = 11-12/12

1.2 แนวทางการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้กระบวนการพยาบาล เริ่มตั้งแต่ การรวบรวมข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่ง และจากการวัดและการสังเกตโดยพยาบาลทำการประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็วเพื่อระบุความเร่งด่วน วางแผนให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ไม่รู้สึกสบาย ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่ได้วางไว้ และประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ โดยคำนึงถึงการตอบสนองของความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่ง โดยจัดทำเป็นแนวทางการคัดกรองสำหรับผู้ป่วยแต่ละประเภท

การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำรา บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการพยาบาล ความคาดหวังของผู้ใช้บริการ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ครอบคลุมแนวทาง

การคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล เริ่มตั้งแต่การซักประวัติตรวจร่างกายอย่างรวดเร็ว เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยและค้นหาปัญหาที่เร่งด่วน การวินิจฉัยโดยการระบุความเร่งด่วน การวางแผนและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ การประเมินอาการผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการพยาบาลที่ครอบคลุม หลังจากนั้น นำไปให้พยาบาลเชี่ยวชาญงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ในการปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน ที่มีความรู้และประสบการณ์ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังรายนามในภาคผนวก ก. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษาที่ใช้ ผ่านการยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ใน 7 ท่าน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2544:223) ได้ผลการตรวจสอบดังนี้

1. เพิ่มเติมการทักทายผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ในแนวทางการคัดกรองข้อที่ 1
 2. ปรับคำว่า “อย่างตั้งใจ” เป็น “ด้วยความตั้งใจ” ในแนวทางการคัดกรองข้อที่ 4
 3. ปรับคำว่า “ทะเบียนประวัติผู้ป่วย” เป็น “เวชระเบียนผู้ป่วย” ในแนวทางการคัดกรองข้อที่ 8
 4. ปรับแก้ข้อความจาก “ประสานงานระหว่างทีมการรักษาพยาบาลเพื่อให้ข้อมูลผู้ป่วย เกี่ยวกับความก้าวหน้าในการรักษา อาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ แก่ญาติหรือผู้นำส่งเป็นระยะ ในผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนระดับที่ 1 หรือ 2” เป็น “ประสานงานระหว่างทีมการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล อาการเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้ป่วย แก่ญาติหรือผู้นำส่งเป็นระยะในผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนระดับ 1 หรือ 2” ในแนวทางการคัดกรองข้อที่ 11
 5. ปรับคำว่า “ตามเวลา” เป็น “ภายในเวลา” ในแนวทางการคัดกรองข้อที่ 16
 6. เพิ่มเติมข้อความ “ชัดเจนได้ใจความ” ในแนวทางการคัดกรองข้อที่ 17
- 2) นำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุง แก้ไขเนื้อหา สำนวนภาษาอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

สรุปแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ดังนี้

1. ทักทายผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่งด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล/ท่าทีที่เป็นมิตร

2. ประเมินด้วยสายตาอย่างรวดเร็วเพื่อจัดเตรียมรถนั่ง รถนอน หรือสถานที่ที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยขณะทำการคัดกรอง
3. ประเมินอาการเบื้องต้นอย่างรวดเร็วเพื่อค้นหาปัญหาความเร่งด่วน ตามหลัก ABC
4. ชักประวัติผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่ง ด้วยความตั้งใจ มองหน้า สบตา เป็นระยะ
5. ระบุระดับความเร่งด่วนและแจ้งให้ผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่งทราบถึงระดับความเร่งด่วนและระยะเวลาในการรอคอยก่อนพบแพทย์
6. แนะนำผู้ป่วย/ญาติหรือผู้นำส่ง หากมีอาการเปลี่ยนแปลงแจ้งพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองทราบทันที
7. ให้การพยาบาลเบื้องต้นตามแนวทางการปฏิบัติที่ได้ตกลงกันไว้ เช่น การดูแลทางเดินหายใจ การตามกระตุก การดูแลบาดแผล การให้ยาบรรเทาปวด ลดไข้
8. ติดตามประสานงานให้มีการทำเวชระเบียนผู้ป่วย
9. นำส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่การรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
10. ส่งต่ออาการและข้อมูลที่สำคัญแก่พยาบาลพื้นที่การรักษาพร้อมเวชระเบียน
11. ประสานงานระหว่างทีมการรักษาพยาบาล เกี่ยวกับความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล อาการเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้ป่วยแก่ญาติหรือผู้นำส่งเป็นระยะ ในผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนระดับ 1 หรือ 2
12. จัดสถานที่รอตรวจแก่ผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ในการได้รับเชื้อโรค และการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น
13. จัดหาผ้าปิดปากและจุ่มกให้แกผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยมีภูมิต้านทานต่ำ เช่น โรคเลือด โรคมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัด หรือผู้ป่วยที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อได้ทางการหายใจ เช่น ผู้ป่วยวัณโรค
14. จัดสถานที่รอตรวจแก่ญาติหรือผู้นำส่งเพื่อประทับประคองด้านจิตใจ กรณีผู้ป่วยมีความเร่งด่วนระดับที่ 1 และ 2
15. แจ้งเหตุผลของการรอตรวจที่ล่าช้าแก่ผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่ง
16. ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะภายในเวลาที่กำหนดจากระดับความเร่งด่วน ขณะรอตรวจ
17. บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการคัดกรองครบถ้วน ชัดเจนได้ใจความ

1.3 คู่มือการปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างคู่มือการปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จากการศึกษา ตำรา เอกสาร ต่างๆ ครอบคลุมตามเกณฑ์ที่ใช้ในการระบุความเร่งด่วน และแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย เพื่อช่วยให้พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรอง สามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์ที่ใช้ในการระบุความเร่งด่วน ตัดสินใจระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยแต่ละประเภท ผู้วิจัยนำคู่มือการปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วยไปให้พยาบาลเชี่ยวชาญงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการใช้คู่มือการปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำคู่มือการปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่านซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน ที่มีความรู้และประสบการณ์ ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังรายนามในภาคผนวก ก. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษาที่ใช้ ผ่านการยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ใน 7 ท่าน (บุญใจ ศรีสถิตยน์ธากร,2544:223) ผลการตรวจสอบ ไม่ปรับแก้เนื้อหา แต่แนะนำให้ปรับรูปแบบการเขียนให้ง่ายต่อการนำไปใช้

2) นำคู่มือการปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุง แก้ไขเนื้อหา สำนวนภาษาอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

สรุปคู่มือการปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1 การประเมินอาการเบื้องต้น หรือการประเมินอาการอย่างรวดเร็ว ได้แก่ การประเมินทางเดินหายใจ การประเมินการหายใจ และการประเมินการไหลเวียนโลหิต

2 การซักประวัติ ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน และ ประวัติเจ็บป่วยในอดีต

3 การประเมินความเร่งด่วนของผู้ป่วย ตามเกณฑ์ที่ใช้จัดระดับความเร่งด่วน ได้แก่การประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของระดับออกซิเจนในเลือด ระดับความเจ็บปวด คะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บผู้ใหญ่และในเด็ก

4 ให้การปฐมพยาบาลตามแนวทางการปฏิบัติที่ตกลงร่วมกัน ในเรื่อง การดูแลทางเดินหายใจ การจำกัดการเคลื่อนไหว การดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล การให้ยาบรรเทาอาการปวด การดูแลผู้ป่วยที่มีไข้

5 นำส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่การรักษาที่เหมาะสมภายในระยะเวลาที่กำหนด

6 ส่งต่ออาการและข้อมูลที่เป็นแก่นพยาบาลพื้นที่การรักษา

7 ติดตามประสานงานให้มีการทำทะเบียนประวัติผู้ป่วย

8 ประสานงานให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่งขณะรอตรวจรักษา

9 ประเมินอาการผู้ป่วยเป็นระยะตามระดับความรุนแรง

10 จัดสถานที่รอตรวจที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการดูแลด้านจิตใจของญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วยระดับที่ 1 และระดับที่ 2 และการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

2. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

2.1 แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยศึกษาระบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยจากตำรา เอกสารวิชาการ งานวิจัย เกี่ยวข้องกับการบันทึก ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์ การนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกมาใช้ประโยชน์ในการประเมินการตัดสินใจระดับความเร่งด่วนผู้ป่วย พบว่าสมาคมพยาบาลอุบัติเหตุ (ENA, 1992) แนะนำรูปแบบการบันทึกที่ใช้ตัวอักษรย่อ SOAPIE (S=Subjective data, O=Objective data, A=Analysis of data, P=Plan, I=Implementation, E= Evaluation) สำหรับบันทึกข้อมูลในการคัดกรอง ที่เน้นการบันทึกตามปัญหา และผู้วิจัยพิจารณาว่าสามารถบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่แนวคิด CTAS (1998) ได้กล่าวไว้อย่างครอบคลุม ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย ไปให้พยาบาลเชี่ยวชาญงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการใช้แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2.2 แบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย ณ จุดคัดกรอง หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยศึกษาการสร้างแบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลจากตำรา เอกสารวิชาการ งานวิจัย และการสังเกตจากการปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบกับแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น หลักที่ใช้ในการสุ่มสังเกต โดยลักษณะของแบบสังเกตประกอบด้วยส่วนของกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่ง

ประเมินกิจกรรมการปฏิบัติพยาบาลในลักษณะของการ “ปฏิบัติ” กับ “ไม่ปฏิบัติ” โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือปฏิบัติให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน ข้อรายการใดที่ไม่มีสถานการณ์ หรือผู้ป่วย ไม่มีอาการ จะไม่นำกิจกรรมนั้นมาคิดให้คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลดังนี้ คะแนนของกิจกรรมการปฏิบัติพยาบาลตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คะแนนของกิจกรรมการปฏิบัติพยาบาลต่ำกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน ที่มีความรู้และประสบการณ์ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังรายนามในภาคผนวก ก. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษาที่ใช้ ผ่านการยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ใน 7 ท่าน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2544:223)

2) นำเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุง แก้ไขเนื้อหา สำนวนภาษาอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

3) นำเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ไปหาความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต โดยนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนประชากรที่ศึกษา ผู้วิจัยพร้อมผู้ช่วยวิจัยอีก 2 คน (รวม 3 คน) ร่วมกันใช้แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยในการระบุความเร่งด่วน และสังเกตกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างต่อเนื่องในเวรเช้าและเวรบ่าย เป็นเวลา 2 วัน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (Inter-rater reliability) จากสูตร (Polit and Hungler, 1999:378) ดังนี้

$$\text{ความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต} = \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่แตกต่างกัน}}$$

ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้

ผู้วิจัย : ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 ค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเท่ากับ .85 ค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเท่ากับ .90

ผู้วิจัย : ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 ค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเท่ากับ .80 ค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเท่ากับ .90

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยพัฒนาจากแนวคิดของเดวิทและบุช (Davis and Bush,1995) ซึ่งใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของ ริชเชอร์ (Risser,1975) โดยคำนึงถึงคำถามในแต่ละด้าน ต้องครอบคลุมค่านิยมตัวแปร ความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อบริการพยาบาลที่ให้ไว้ในเบื้องต้น ประกอบด้วย 3 ภาควิชา 23 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้ง 23 ข้อ ดังนี้ ด้านความสามารถทางการปฏิบัติงาน 7 ข้อ ด้านการดูแลด้านจิตใจ 8 ข้อ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร 8 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยในแต่ละช่วงคำตอบมีคะแนนและความหมายดังนี้

เห็นด้วยกับข้อความมากที่สุด(ระดับความพึงพอใจมากที่สุด)	ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วยกับข้อความมาก(ระดับความพึงพอใจมาก)	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยกับข้อความปานกลาง(ระดับความพึงพอใจปานกลาง)	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยกับข้อความเล็กน้อย(ระดับความพึงพอใจเล็กน้อย)	ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยกับข้อความน้อยที่สุด(ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด)	ให้ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน ที่มีความรู้และประสบการณ์ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังรายนามในภาคผนวก ก. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษาที่ใช้ ผ่านการยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ใน 7 ท่าน (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร,2544:223) ผลการตรวจสอบ ดังนี้

1. ด้านความสามารถทางการปฏิบัติงาน ได้ปรับสำนวนเพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจข้อคำถาม แต่คงไว้ซึ่งคำถามเดิม 6 ข้อ ดังนี้ 1) พยาบาลปฏิบัติงานด้วยความกระตือรือร้น คล่องแคล่ว ว่องไว ปรับคำว่า “คล่องแคล่ว ว่องไว” เป็น “รวดเร็ว” 2) พยาบาลซักประวัติผู้ป่วยได้ตรงประเด็น ไม่สับสน ญาติหรือผู้นำส่ง อาจไม่ทราบว่าพยาบาลซักประวัติตรงประเด็นหรือไม่ ปรับแก้เป็น “พยาบาลซักประวัติผู้ป่วยโดยใช้คำพูดที่สามารถเข้าใจได้ชัดเจนไม่สับสน” 3) พยาบาลประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ญาติและผู้นำส่งอาจไม่เข้าใจการประเมินอาการผู้ป่วย ปรับแก้เป็น “พยาบาลซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว” 4) พยาบาลให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายทันที ไม่มีการปรับแก้ 5) พยาบาลตอบคำถามหรือข้อข้องใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจนเข้าใจชัดเจน ปรับแก้เป็น “พยาบาลตอบคำถามข้อข้องใจ เกี่ยวกับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแก่ท่านจนเข้าใจชัดเจน” 6)

พยาบาลอธิบายการปฏิบัติตัวหรือให้ข้อมูลต่างๆด้วยความมั่นใจน่าเชื่อถือ ปรับแก้เป็น “พยาบาลอธิบายการปฏิบัติตัวหรือให้ข้อมูลต่างๆที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยหรือท่าน ด้วยความมั่นใจน่าเชื่อถือ”

2. ด้านการดูแลจิตใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ปรับแก้ 2 ข้อ และรวม 2 ข้อ เป็น 1 ข้อ เหลือข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ข้อที่มีการปรับแก้ มีรายละเอียดดังนี้ 1) พยาบาลให้การสัมผัสผู้ป่วยอย่างอ่อนโยน ปรับแก้เป็น “พยาบาลให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยความสุภาพ นุ่มนวล” 2) พยาบาลรับฟังปัญหาของผู้ป่วย/ญาติหรือผู้นำส่งอย่างตั้งใจ ปรับแก้เป็น “พยาบาลรับฟังปัญหาของผู้ป่วยหรือท่านด้วยความตั้งใจ” รวมข้อคำถามที่มีลักษณะการถามใกล้เคียงกัน เหลือเพียงข้อเดียวคือ “พยาบาลปฏิบัติกรพยาบาลด้วยความสุภาพนุ่มนวล” ปรับแก้เป็น “พยาบาลให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยความสุภาพ นุ่มนวล”

3. ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อคำถาม ปรับแก้ 2 ข้อ และเพิ่มข้อคำถามด้านการให้ข้อมูลข่าวสารอีก 1 ข้อ รวมข้อคำถามด้านการให้ข้อมูลข่าวสารทั้งหมด 9 ข้อ ข้อที่มีการปรับแก้ มีรายละเอียดดังนี้ 1) พยาบาลแนะนำขั้นตอนการตรวจรักษา ปรับแก้เป็น “พยาบาลแนะนำขั้นตอนการรับบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับแก่ท่าน” 2) พยาบาลแนะนำการปฏิบัติตัวในเรื่องการดูแลสุขภาพ การติดต่อเรื่องคดี เอกสาร หลักฐานต่างๆ ควรแยกการแนะนำการปฏิบัติตัวออกจากการติดต่อเรื่องคดี ปรับแก้เป็น “พยาบาลแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคหรืออาการแก่ผู้ป่วย” ส่วนการติดต่อเรื่องคดีนำไปถามรวมกับข้อคำถามที่เพิ่มเติมดังนี้ “พยาบาลสอบถามสิทธิต่างๆในการรักษาพยาบาล เช่น ประกันสุขภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค ภัยจากรถ เพื่อให้ท่านใช้สิทธิได้อย่างถูกต้อง”

2) นำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับแก้ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ปรับปรุงเพื่อความถูกต้อง เหมาะสม ได้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด

3) นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ให้บริการ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกลาง จำนวน 30 คน

4) วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ มีค่า = .89

3.2 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุ

และถูกเงิน โดยพัฒนาจากแนวคิดของสเปกเตอร์ (Spector, 1997) โดยคำนึงถึงคำถามในแต่ละด้าน ต้องครอบคลุมค่านิยมตัวแปรความพึงพอใจในงานของพยาบาลที่ให้ไว้ในเบื้องต้น ประกอบด้วย 4 รายด้าน 23 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 23 ข้อ ดังนี้ ด้านลักษณะงาน 7 ข้อ ด้านการบังคับบัญชา 6 ข้อ ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน 5 ข้อ ด้านสภาพการทำงาน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ โดยในแต่ละช่วงคำตอบมีคะแนนและความหมายดังนี้

เห็นด้วยกับข้อความมากที่สุด(ระดับความพึงพอใจมากที่สุด)	ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วยกับข้อความมาก(ระดับความพึงพอใจมาก)	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยกับข้อความปานกลาง(ระดับความพึงพอใจปานกลาง)	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยกับข้อความเล็กน้อย(ระดับความพึงพอใจเล็กน้อย)	ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยกับข้อความน้อยที่สุด(ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด)	ให้ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน ที่มีความรู้และประสบการณ์ ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังรายนามในภาคผนวก ก. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษาที่ใช้ ผ่านการยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ใน 7 ท่าน (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2544:223) ผลการตรวจสอบ ดังนี้

1. ด้านลักษณะงาน มีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ปรับแก้สำนวนเล็กน้อย แต่ยังคงไว้ซึ่งข้อคำถามเดิม 7 ข้อ

2. ด้านการบังคับบัญชา มีคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ปรับแก้ 3 ข้อ ดังนี้ 1) ท่านพึงพอใจกับการปฏิบัติหน้าที่คัดกรอง โดยมีการมอบหมายไว้อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ควรแยกถามเป็น 2 ประเด็น คือ ความพึงพอใจในการปฏิบัติหน้าที่และการมอบหมายงานที่ชัดเจน ผู้วิจัยปรับแก้แยกคำถามเป็น 2 ข้อดังนี้ “ท่านพึงพอใจที่มีการมอบหมายงานการคัดกรองผู้ป่วยที่ชัดเจน” และ “ท่านพึงพอใจที่จะปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วยตามที่ได้รับมอบหมาย” 2) ปรับคำว่า “สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม” เป็น “สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ” 3) ปรับคำว่า “ท่านพึงพอใจกับการบริหารจัดการ” เป็น “ท่านพึงพอใจกับรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย” รวมคำถามด้านการบังคับบัญชามีทั้งหมด 7 ข้อคำถาม

3. ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน มีคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ปรับแก้สำนวนเล็กน้อย แต่ยังคงไว้ซึ่งข้อคำถามเดิม 5 ข้อ

4. ด้านสภาพการทำงาน มีคำถามทั้งหมด 4 ข้อ ปรับแก้สำนวนเล็กน้อย แต่ยังคงไว้ซึ่งข้อคำถามเดิม 4 ข้อ

2) นำแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับแก้ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ปรับปรุงเพื่อความถูกต้อง เหมาะสม ได้แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล มีข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด

3) นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกลาง จำนวน 30 คน

4) วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ มีค่า = .96

การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลองแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ชั้นเตรียมการทดลอง

ระยะที่ 2 ชั้นดำเนินการทดลอง

ระยะที่ 3 ชั้นประเมินผลการทดลอง

ระยะที่ 1 ชั้นเตรียมการทดลอง

มีการดำเนินการดังนี้

1. เตรียมเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน แบบวัดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของญาติหรือผู้นำส่ง และแบบวัดความพึงพอใจในงานของพยาบาล พร้อมทั้งปรับปรุงและทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดตามขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น

2. เตรียมสถานที่ ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เพื่อขออนุญาตใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานหัวหน้าหอผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หัวหน้างานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย อธิบายรายละเอียด และกำหนดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เตรียมพยาบาลผู้ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 33 คน โดยการนัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้แก่พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการนำรูปแบบการคัด

กรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน มาใช้ในหน่วยงานโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มใช้เวลาในการจัดประชุม 2 วันโดยมีเนื้อหาและการดำเนินการเหมือนกัน

ระยะที่ 2 การดำเนินการทดลอง

แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนทดลองและระยะทดลอง

ระยะก่อนการทดลอง

1. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ระหว่างวันที่ 1-7 มีนาคม 2547 โดยใช้เครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

1.1 เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจของญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ ให้ญาติหรือผู้นำส่งเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่ญาติหรือผู้นำส่งไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้ ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อความในแบบสอบถามให้ฟัง และให้ญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วยตอบ

1.2 เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล

1.3 ผู้วิจัยทดลองใช้เกณฑ์ระบุความเร่งด่วน ที่แบ่งระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท เก็บรวบรวมข้อมูล การทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีระดับความเร่งด่วนทั้ง 5 ประเภท ประเภทละ 6 คน รวม 30 คน

2. ผู้วิจัยจัดประชุม เพื่อเตรียมพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลทั้งหมด จำนวน 33 คน เพื่อพิจารณาข้อความของรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่สร้างขึ้น และปรับปรุงแก้ไขให้เป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน เพื่อให้พยาบาลทุกคน ที่ปฏิบัติงานได้เข้าประชุม และมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน และมีความเข้าใจตรงกัน จึงได้แบ่งพยาบาลออกเป็น 2 กลุ่มและใช้เวลาจัดการประชุม 2 วัน โดยมีเนื้อหาและการดำเนินการเหมือนกันทั้ง 2 วัน

ที่ประชุมให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. เกณฑ์ที่ใช้ในการระบุความเร่งด่วนควรแยกเป็น 2 ประเภทตามผู้ป่วยที่มาใช้บริการคือ ผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Trauma) และผู้ป่วยโรคทั่วไป (Non-trauma)

2. การวัดค่าความอิมพัลของออกซิเจนในเลือดให้จำกัดในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเหนื่อยหอบ หรือมีปัญหาของระบบทางเดินหายใจที่รุนแรง เนื่องจากอุปกรณ์ไม่เพียงพอ อยู่ระหว่างการดำเนินการจัดซื้อ

3. การประเมินระดับความเจ็บปวดโดยใช้ Pain scale ในผู้ป่วยที่แสดงอาการเจ็บปวดมากกว่าความเป็นจริง ที่ประชุมสรุปให้ระบุระดับความเจ็บปวดตามที่ผู้ป่วยบอกไปก่อน และบันทึกจำนวนผู้ป่วยลักษณะนี้ไว้ว่ามีจำนวนเท่าใด และติดตามการรักษาพยาบาลจากแฟ้มเวชระเบียนว่ามีความเร่งด่วนจริงหรือไม่

4. แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในเรื่องของการประเมินเป็นระยะในผู้ป่วยระดับที่ 4 และ 5 ในกรณีที่มีผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมาก ให้แจ้งแก่ผู้ป่วยหากมีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลง ให้แจ้งพยาบาลคัดกรองทราบทันที

ผู้วิจัยดำเนินการปรับแก้ โดยการแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Trauma) ออกจากผู้ป่วยโรคทั่วไป (Non-trauma) และจัดทำสมุดบันทึกปัญหาในการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนไว้ที่จุดคัดกรองผู้ป่วย และบริเวณพื้นที่การรักษา เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินบันทึกปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน

ระยะทดลอง สัปดาห์ที่ 1-3 (ระหว่างวันที่ 10 -31 มีนาคม 2547)

เริ่มใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตั้งแต่วันที่ 10 มีนาคม 2547 โดยพยาบาลทุกคนปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามรูปแบบที่สร้างขึ้น ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลความถูกต้องของการระบุระดับความเร่งด่วนจากแบบบันทึกการคัดกรอง และจัดตารางการสังเกตกิจกรรมการพยาบาล ตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการสุ่มเวลาในแต่ละเวร (เช้า/บ่าย/ดึก) เวิร์ด 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 1 สัปดาห์ หลังการทดลองใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนเป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยไม่ได้ร่วมให้การพยาบาล และมีการประชุมเป็นระยะทุกสัปดาห์ หรือจนกว่าการปฏิบัติงานจะคงที่

สรุปผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน สัปดาห์ที่ 1 และ 2 พบว่าผลของการระบุความเร่งด่วน โดยการติดตามประเมินความถูกต้องตามเกณฑ์ที่ใช้ในการระบุความเร่งด่วนในแบบบันทึกการคัดกรอง ดังนี้

การระบุความเร่งด่วนถูกต้องตามเกณฑ์ร้อยละ 85

การระบุความเร่งด่วนต่ำกว่าเกณฑ์ (under triage) ร้อยละ 5.2

การระบุความเร่งด่วนสูงกว่าเกณฑ์ (over triage) ร้อยละ 2.1

ความสมบูรณ์ในการลงบันทึกในแบบบันทึกการคัดกรองร้อยละ 88.2

ส่วนที่ขาดการบันทึกคือ ระดับความรู้สึกตัว (GCS) ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ร้อยละ 5.78 ระดับความเจ็บปวด (Pain scale) ในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวด ร้อยละ 26.0 ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดในผู้ป่วยเหนื่อยหอบ ร้อยละ 16.7 คะแนนการบาดเจ็บในผู้ใหญ่และในเด็ก ร้อยละ 46.8 และชกประวัติไม่ครบถ้วน ร้อยละ 4.04

ที่ประชุมให้ข้อสรุป เสนอแนะให้มีการชกประวัติ เพื่อให้ได้ข้อมูลมากพอในการระบุความเร่งด่วน ดังนี้

1. กรณีเด็กมีไข้ ชกประวัติ ระบุปัจจัยเสี่ยงและการได้รับยาลดไข้ภายใน 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยเด็กหรือผู้ใหญ่ที่มาด้วยคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ให้ประเมินว่าร่างกายมีภาวะขาดน้ำหรือไม่
3. pediatric trauma score ใช้ในกรณีผู้ป่วยเด็กได้รับบาดเจ็บเท่านั้น ถ้าเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปไม่ต้องประเมิน
4. กรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุ ระดับความรุนแรงอย่างน้อยพิจารณาให้เป็น Urgent ยกเว้น ถ้ามีบาดแผลเล็กน้อย ไม่มีเลือดออกมาก ไม่ต้องใช้แรงกดในการทำให้เลือดหยุด หรือแผลถลอกเล็กน้อย สามารถจัดให้อยู่ในระดับ Less urgent หรือ Non-urgent
5. ผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาทางเดินหายใจ เช่น หอบเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม มีประวัติโรคหัวใจหรือโรคของระบบทางเดินหายใจ ควรวัดค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดประกอบการประเมิน
6. ผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานหรือไม่สบายจากอาการปวด ควรประเมินอาการปวดในปัจจุบันโดยอธิบายความจำเป็นในการประเมิน และแนะนำวิธีการประเมินด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย ชัดเจน ประสพการณ์ต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน ให้เชื่อผู้ป่วยไว้ก่อน ส่วนผู้ป่วยที่แสดงออกทางสีหน้าไม่สอดคล้องกับระดับที่แจ้งให้พิจารณาเป็นรายๆ และช่วยแยกใบคัดกรองไว้ให้ด้วย
7. มีเลือดออกผิดปกติในขณะตั้งครรภ์ใน 3 เดือนแรกถือเป็น Urgent
8. การประเมินความรุนแรงของบาดแผลให้ใช้ระบบผิวหนังมาประเมินร่วมด้วย เช่น มีการทำลายเนื้อเยื่อในระดับใด
9. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่าลืมประเมิน GCS
10. ผู้ป่วยที่มีอาการเวียนศีรษะ มึนงง ประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการอาเจียน มีบ้านหมุนหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

11. ผู้ป่วยที่มีปัญหาปัสสาวะไม่ออกด้วยสาเหตุใดก็ตาม การถามระยะเวลาที่ปัสสาวะไม่ออกและตรวจว่ามีการคั่งของปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะหรือไม่ จะช่วยในการตัดสินใจแบ่งระดับความเร่งด่วนได้

12. ระดับความเจ็บปวด “ไม่ตอบสนอง” หมายถึง ผู้ป่วยไม่รับรู้หรือไม่มีปฏิกิริยาต่อความเจ็บปวด ส่วนมากจะพบในผู้ป่วยหนัก ไม่ได้หมายถึง “ไม่ปวดเลย”

ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน สัปดาห์ที่ 3 พบว่าการปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจากการสุ่มเวลา สังเกตการปฏิบัติงานในเวรเช้า ป้าย ดึก เวิร์ด 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 1 สัปดาห์ พบว่าพยาบาลคัดกรองปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองที่วางไว้มากกว่าร้อยละ 98 เกือบทุกข้อ ยกเว้นข้อ 5 “ระบุระดับความเร่งด่วนและแจ้งให้ผู้ป่วยญาติหรือผู้นำส่งทราบถึงระดับความเร่งด่วน และระยะเวลาในการรอคอยก่อนพบแพทย์” พบว่าปฏิบัติร้อยละ 50 และไม่ปฏิบัติร้อยละ 50 และข้อ 16 “ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะภายในเวลาที่กำหนดตามระดับความเร่งด่วน ขณะรอตรวจ” พบว่าปฏิบัติร้อยละ 66.6 และไม่ปฏิบัติร้อยละ 33.4 ในที่ประชุมเห็นว่าแนวทางการคัดกรองทั้ง 2 ข้อนี้มีความสำคัญแต่ยังขาดการปฏิบัติให้ทุกคนร่วมมือและปฏิบัติตามแนวทางที่ได้ตกลงกันไว้

หลักเกณฑ์ที่แสดงว่าพยาบาลได้ปฏิบัติตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการระบุระดับความเร่งด่วนถูกต้องตามเกณฑ์ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป และผู้ป่วยจะต้องได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปของข้อรายการ

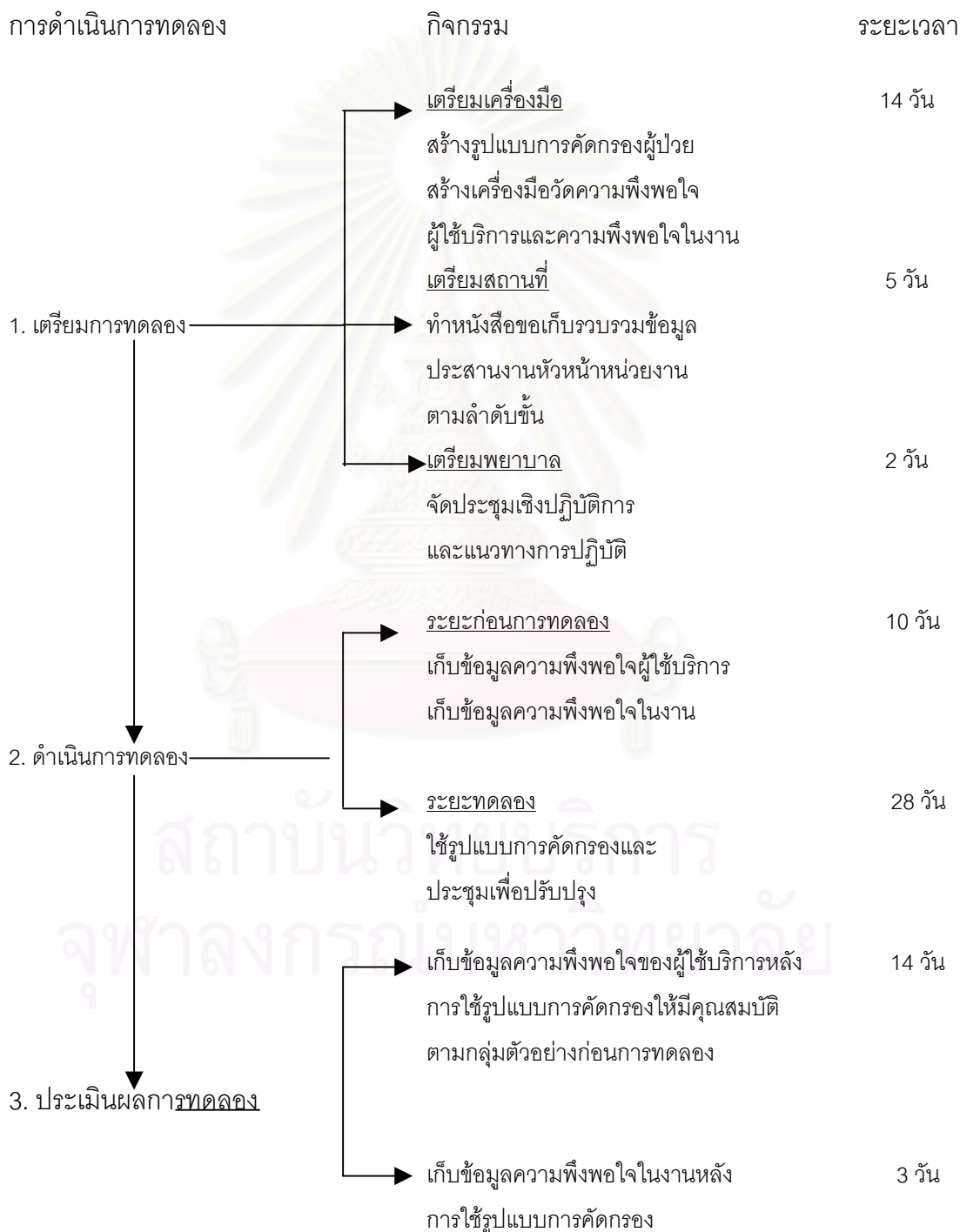
การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แสดงไว้ในตารางที่ 4

ระยะที่ 3 ขึ้นประเมินผลการทดลอง สัปดาห์ที่ 4 (ระหว่างวันที่ 1-5 เมษายน 2547)

เก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยให้ญาติหรือผู้นำส่งเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่ญาติหรือผู้นำส่งไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้ ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อความในแบบสอบถามให้ฟัง และให้ญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วยตอบ ทำการประเมินหลังจากผ่านกระบวนการคัดกรอง อยู่ระหว่างรอรับการรักษาพยาบาลเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองจากญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วยจำนวน 30 คน โดยควบคุมให้ผู้ป่วยมี เพศ อายุ (แบ่งเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 อายุ แรกเกิด- 15 ปี กลุ่มที่ 2 อายุ 16-30 ปี กลุ่มที่ 3 อายุ 31-45 ปี กลุ่มที่ 4 อายุ 46-60 ปี กลุ่มที่ 5 อายุ 61-75 ปี กลุ่มที่ 6 อายุ 76-90 ปี) และระดับความเร่งด่วนเป็น 5 ระดับ เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling or Judgement Sampling) จนครบจำนวน 30 คน โดยใช้

วิธีการเปรียบเทียบแบบคู่ (Paired comparison) เหมือนกับก่อนใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 33 คน ซึ่งมีขั้นตอนและระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง ดังนี้

สรุปขั้นตอนและระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Package for the Social Science) โดยนำคะแนนที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมาคำนวณหาค่าสถิติ ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจในงานของพยาบาลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการประกันคุณภาพบริการพยาบาล โดยใช้ค่าสถิติทดสอบที (t-test statistic) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1-3)

ส่วนที่ 2 ผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยวิเคราะห์จำนวนและร้อยละ (ตารางที่ 4)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบผลความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมทั้งทุกด้าน รายด้าน และรายข้อ โดยใช้ค่าสถิติทดสอบที (t-test statistic) นำเสนอเป็น คะแนนรวม ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) (ตารางที่ 5-8)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบผลความพึงพอใจในงานของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมทั้งทุกด้าน รายด้าน และรายข้อ โดยใช้ค่าสถิติทดสอบที (t-test statistic) นำเสนอเป็น คะแนนรวม ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) (ตารางที่ 9-13)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำแนกการจับคู่ตามเพศ อายุ และระดับความเร่งด่วนผู้ป่วย 5 ระดับ

คู่ที่	คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง (N=30)			คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง (N=30)		
	เพศ	อายุ	ระดับความเร่งด่วน	เพศ	อายุ	ระดับความเร่งด่วน
1	ชาย	83	Resuscitation	ชาย	76	Resuscitation
2	ชาย	53	Resuscitation	ชาย	46	Resuscitation
3	ชาย	74	Resuscitation	ชาย	69	Resuscitation
4	ชาย	29	Resuscitation	ชาย	30	Resuscitation
5	ชาย	30	Resuscitation	ชาย	30	Resuscitation
6	หญิง	70	Resuscitation	หญิง	68	Resuscitation
7	ชาย	17	Emergent	ชาย	21	Emergent
8	หญิง	2	Emergent	หญิง	4	Emergent
9	หญิง	51	Emergent	หญิง	52	Emergent
10	ชาย	90	Emergent	ชาย	76	Emergent
11	ชาย	25	Emergent	ชาย	20	Emergent
12	ชาย	37	Emergent	ชาย	44	Emergent
13	ชาย	53	Urgent	ชาย	60	Urgent
14	หญิง	44	Urgent	หญิง	37	Urgent
15	ชาย	47	Urgent	ชาย	60	Urgent
16	ชาย	34	Urgent	ชาย	34	Urgent
17	ชาย	39	Urgent	ชาย	31	Urgent
18	ชาย	41	Urgent	ชาย	31	Urgent
19	หญิง	60	Less-urgent	หญิง	47	Less-urgent
20	หญิง	47	Less-urgent	หญิง	47	Less-urgent
21	ชาย	38	Less-urgent	ชาย	44	Less-urgent
22	หญิง	48	Less-urgent	หญิง	60	Less-urgent

คู่ที่	คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง (N=30)			คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง (N=30)		
	เพศ	อายุ	ระดับความเร่งด่วน	เพศ	อายุ	ระดับความเร่งด่วน
23	หญิง	23	Less-urgent	หญิง	25	Less-urgent
24	ชาย	85	Less-urgent	ชาย	76	Less-urgent
25	หญิง	4	Non-urgent	หญิง	14	Non-urgent
26	หญิง	22	Non-urgent	หญิง	23	Non-urgent
27	หญิง	10	Non-urgent	หญิง	15	Non-urgent
28	หญิง	19	Non-urgent	หญิง	23	Non-urgent
29	หญิง	90	Non-urgent	หญิง	86	Non-urgent
30	หญิง	2	Non-urgent	หญิง	12	Non-urgent

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะของญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

คุณลักษณะของญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วย	การใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน			
	ก่อน (N=30)		หลัง (N=30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ				
16-30 ปี	8	26.7	7	23.3
31-45 ปี	11	36.7	14	46.7
46-60 ปี	10	33.3	6	20.0
61-75 ปี	1	3.3	3	10.0
เพศ				
ชาย	16	53.3	4	13.3
หญิง	14	46.7	26	86.7
สถานภาพสมรส				
โสด	7	23.3	9	30.0
คู่	21	70.0	17	56.7
หม้าย/หย่า	2	6.7	2	6.7
แยกกันอยู่	0	0	2	6.7
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	14	46.7	13	43.3
มัธยมศึกษา	8	26.7	6	20.0
ปริญญาตรี	4	13.3	6	20.0
ปริญญาโท	1	3.3	0	0
อื่นๆ	3	10.0	5	16.7
อาชีพ				
รับราชการ	8	26.7	2	6.7
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	0	0	1	3.3
พนักงานบริษัทเอกชน	1	3.3	3	10.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คุณลักษณะของญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วย	การใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน			
	ก่อน (N=30)		หลัง (N=30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ค้าขาย	4	13.3	6	20.0
ธุรกิจส่วนตัว	0	0	0	0
เกษตรกรรม	0	0	0	0
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	2	6.7	6	20.0
รับจ้าง	14	46.7	9	30.0
นักเรียน/นักศึกษา	0	0	2	6.7
อื่นๆ	1	3.3	1	3.3
<u>รายได้ครอบครัว</u>				
น้อยกว่า5000 บาท	7	23.3	10	33.3
5001-15000 บาท	16	53.4	16	53.4
15001-25000 บาท	3	10.0	3	10.0
มากกว่า 25000	4	13.4	1	3.3
<u>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</u>				
บิดา/มารดา	2	6.7	4	13.3
บุตร	5	16.7	5	16.7
สามี/ภรรยา	8	26.7	10	33.3
พี่น้องร่วมครรรค์เดียวกัน	1	3.3	5	16.7
เพื่อน	6	20.0	2	6.7
คนรู้จัก	0	0	1	3.3
ผู้นำส่ง	3	10.0	2	6.7
อื่นๆ	5	16.7	1	3.3

จากตารางที่ 2 พบว่าคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน กล่าวคือ มีอายุระหว่าง 31-45 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.7 และร้อยละ 46.7 ตามลำดับ ก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็น

เพศชายร้อยละ 53.3 เพศหญิงร้อยละ 46.7 หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองเป็นเพศชายร้อยละ 13.3 เพศหญิงร้อยละ 86.7 สถานภาพสมรสและระดับการศึกษา ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน กล่าวคือ สถานภาพสมรสทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ส่วนใหญ่คู่ ร้อยละ 70 และร้อยละ 56.7 ตามลำดับระดับการศึกษา ประถมศึกษาร้อยละ 46.7 และร้อยละ 43.3 กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และมีรายได้ครอบครัวไม่เกิน 10000 บาท ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นสามีภรรยามากที่สุด



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำแนกตาม อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด ตำแหน่งการปฏิบัติงานและ ช่วงเวลาการปฏิบัติงานในปัจจุบัน

คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ	การใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนก่อนและหลัง (N=33)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<u>อายุ</u>		
21-30	21	63.6
31-40	8	24.2
41-50	4	12.2
<u>ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน</u>		
น้อยกว่า 5 ปี	15	45.5
5-10 ปี	9	27.3
11-15 ปี	4	12.1
มากกว่า 15 ปี	5	15.1
<u>สถานภาพสมรส</u>		
โสด	24	72.7
คู่	9	27.3
<u>วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด</u>		
ปริญญาตรี	31	93.9
ปริญญาโท	2	6.1
<u>ตำแหน่งการปฏิบัติงาน</u>		
หัวหน้าเวร (ในเวรเช้า/บ่าย/ดึก)	1	3.0
สมาชิกทีม (ในเวรเช้า/บ่าย/ดึก)	16	48.5
หัวหน้าเวรและสมาชิกโดยผลัดเปลี่ยนกัน(ในเวรเช้า/บ่าย/ดึก)	16	48.5
<u>ช่วงเวลาการปฏิบัติงานในปัจจุบัน</u>		
ผลัดเปลี่ยนในเวรเช้า/บ่าย/ดึก	30	90.9
ปฏิบัติงานเฉพาะเวรเช้า	3	9.1

จากตารางที่ 3 พบว่าคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.6 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่น้อยกว่า 5 ปี คือร้อยละ 45.5 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่โสดคือร้อยละ 72.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด คือร้อยละ 93.6 ปฏิบัติงานในตำแหน่งสมาชิกทีมอย่างเดียวและเป็นทั้งหัวหน้าเวรและสมาชิกทีมจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 48.5 ลักษณะการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ผลัดเปลี่ยนกันทั้งเวรเช้า บ่าย ดึก ถึงร้อยละ 90.9



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ตารางที่ 4 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน

รายการกิจกรรมพยาบาล	ร้อยละของการปฏิบัติ	ร้อยละของการปฏิบัติ	ร้อยละที่ไม่มีสถานการณ์
1. ทักทายผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่งด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล/ท่าทีที่เป็นมิตร	100.00	0	0
2. ประเมินด้วยสายตาอย่างรวดเร็วเพื่อจัดเตรียมรถนั่ง รถนอน หรือสถานที่ที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยขณะทำการคัดกรอง	100.00	0	0
3. ประเมินอาการเบื้องต้นอย่างรวดเร็วเพื่อค้นหาปัญหาความเร่งด่วน ตามหลัก ABC	100.00	0	0
4. ชักประวัติผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่ง ด้วยความตั้งใจ มองหน้าสบตา เป็นระยะ	100.00	0	0
5. ระบุระดับความเร่งด่วนและแจ้งให้ผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่งทราบถึงระดับความเร่งด่วนและระยะเวลาในการรอคอยก่อนพบแพทย์	50.00	50.00	0
6. แนะนำผู้ป่วย/ญาติหรือผู้นำส่งหากมีอาการเปลี่ยนแปลงแจ้งพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองทราบทันที	51.61	16.12	32.25
7. ให้การพยาบาลเบื้องต้นตามแนวทางการปฏิบัติที่ได้ตกลงกันไว้ เช่น การดูแลทางเดินหายใจ การตามกระดูก การดูแลบาดแผล การให้ยาบรรเทาปวด ลดไข้	87.09	0	12.90
8. ติดตามประสานงานให้มีการทำเวชระเบียนผู้ป่วย	93.54	0	6.45
9. นำส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่การรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	100.00	0	0

รายการกิจกรรมพยาบาล	ร้อยละ ของการ ปฏิบัติ	ร้อยละ ของการ ไม่ ปฏิบัติ	ร้อยละที่ ไม่มี สถาน การณ์
10. ส่งต่ออาการและข้อมูลที่สำคัญแก่พยาบาลพื้นที่การรักษาพร้อมเวชระเบียน	100	0	0
11. ประสานงานระหว่างทีมการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล อาการเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้ป่วยแก่ญาติหรือผู้นำส่งเป็นระยะในผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนระดับ 1 หรือ 2	12.90	0	87.09
12. จัดสถานที่หรือตรวจแก่ผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความปลอดภัยในการได้รับเชื้อโรค และการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น	12.90	0	87.09
13. จัดหาผ้าปิดปากและจุกให้แก่ผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น โรคเลือด โรคมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัด หรือผู้ป่วยที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อได้ทางการหายใจ เช่น ผู้ป่วยวัณโรค	9.67	0	90.32
14. จัดสถานที่หรือตรวจแก่ญาติหรือผู้นำส่งเพื่อประทับประคองด้านจิตใจ กรณีผู้ป่วยมีความเร่งด่วนระดับที่ 1 และ 2	9.67	0	90.32
15. แจ้งเหตุผลของการตรวจที่ล่าช้าแก่ผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่ง	41.93	0	58.06
16. ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะภายในเวลาที่กำหนดจากระดับความเร่งด่วน ขณะรอตรวจ	6.45	3.22	90.32
17. บันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกการคัดกรองครบถ้วน ชัดเจนได้ใจความ	87.09	12.90	0

จากตารางที่ 4 พบว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ได้แก่ ทักทายผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่งด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล/ท่าทีที่เป็นมิตร ประเมินด้วยสายตาอย่างรวดเร็วเพื่อจัดเตรียมรถนั่ง รถนอน หรือสถานที่ที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยขณะทำการคัดกรอง ประเมินอาการเบื้องต้นอย่างรวดเร็วเพื่อค้นหาปัญหาความเร่งด่วน ตามหลัก ABC ชักประวัติผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่ง ด้วยความตั้งใจ มองหน้า สบตา เป็นระยะ นำส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่การรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด และส่งต่ออาการและข้อมูลที่สำคัญแก่พยาบาลพื้นที่การรักษาพร้อมเวชระเบียน ซึ่งเป็นกิจกรรมหลักในการปฏิบัติการพยาบาล ณ จุดคัดกรอง ส่วนกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่

ปฏิบัติร้อยละ 50 ได้แก่ ระบุระดับความเร่งด่วนและแจ้งให้ผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่งทราบถึงระดับความเร่งด่วนและระยะเวลาในการรอคอยก่อนพบแพทย์ รองลงมาได้แก่ ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะภายในเวลาที่กำหนดจากระดับความเร่งด่วนขณะรอตรวจ และนำผู้ป่วย/ญาติหรือผู้นำส่งหากมีอาการเปลี่ยนแปลงแจ้งพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองทราบทันที และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการคัดกรองครบถ้วน ชัดเจนได้ใจความ ตามลำดับ เป็นกิจกรรมที่เพิ่มเติมจากกิจกรรมหลัก ที่จะส่งผลต่อการพยาบาลที่มีคุณภาพ ที่ผู้บริหารจะต้องสร้างแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมต่อไป และกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่สามารถปฏิบัติเนื่องจากไม่มีสถานการณ์มากที่สุดร้อยละ 90.32 ได้แก่ การจัดหาผ้าปิดปากและจมูกให้แก่ผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำเช่น โรคเลือด โรคมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัด หรือผู้ป่วยที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อได้ทางการหายใจ เช่น ผู้ป่วยวัณโรค จัดสถานที่รอตรวจแก่ญาติหรือผู้นำส่งเพื่อประดับประคองด้านจิตใจ กรณีผู้ป่วยมีความเร่งด่วนระดับที่ 1 และ 2 และ ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะภายในเวลาที่กำหนดจากระดับความเร่งด่วนขณะรอตรวจ รองลงมาร้อยละ 87.09 ได้แก่ ประสานงานระหว่างทีมการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้ป่วยแก่ญาติหรือผู้นำส่งเป็นระยะในผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนระดับ 1 หรือ 2 และจัดสถานที่รอตรวจแก่ผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความปลอดภัยในการได้รับเชื้อโรค และการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ต่อบริการพยาบาล ก่อนและ
หลังการให้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุ
และฉุกเฉิน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความพึงพอใจของผู้ใช้
บริการต่อบริการพยาบาล รวมทุกด้าน และรายด้าน ก่อนและหลังการให้รูปแบบการ
คัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	เต็ม	ก่อนใช้รูปแบบ CTAS (N=30)		หลังใช้รูปแบบ CTAS (N=30)		t
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ความสามารถทางการปฏิบัติงาน	30	21.27	2.42	21.87	2.66	-0.913
การดูแลด้านจิตใจ	35	25.47	3.14	25.80	3.60	-0.383
การให้ข้อมูลข่าวสาร	45	28.23	5.35	30.63	4.67	-1.851*
รวม	105	74.97	9.11	78.30	9.71	-1.371

*p < .05

จากตารางที่ 5 พบว่า ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อ
บริการพยาบาลโดยรวมก่อนและหลังการให้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน
หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย
ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการพบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
คือมีค่าเฉลี่ย(\bar{X}) เท่ากับ 78.30 และ 74.97 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
ต่อบริการพยาบาลรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาลด้านการให้ข้อ
มูลข่าวสารหลังการให้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน สูงกว่าก่อนการให้รูปแบบ
การคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจของผู้ใช้
บริการต่อบริการพยาบาลรายข้อในด้านความสามารถทางการปฏิบัติงานก่อนและหลัง
การใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	ก่อนใช้ CTAS		หลังใช้ CTAS		t
	(N=30)		(N=30)		
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
<u>ด้านความสามารถทางการปฏิบัติงาน</u>					
1. พยาบาลปฏิบัติงานด้วยความกระตือรือร้น	3.63	.49	3.63	.56	.000
2. พยาบาลซักประวัติผู้ป่วยโดยใช้คำพูดที่สามารถเข้าใจ ได้ชัดเจน ไม่สับสน	3.73	.74	3.77	.57	-.196
3. พยาบาลซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยได้อย่าง รวดเร็ว	3.50	.86	3.77	.73	-1.295
4. พยาบาลให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบาย ให้กับผู้ป่วยทันที	3.23	.73	3.50	.86	-1.295
5. พยาบาลตอบคำถาม ชัดชัดเจน เกี่ยวกับการบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแก่ท่านจนเข้าใจชัดเจน	3.60	.72	3.63	.67	-.185
6. พยาบาลอธิบายการปฏิบัติตัวหรือให้ข้อมูลต่างๆที่เป็น ประโยชน์แก่ผู้ป่วยหรือท่าน ด้วยความมั่นใจน่าเชื่อถือ	3.57	.63	3.57	.77	.000
รวม	21.27	2.42	21.87	2.66	-.913

*p < .05

จากตารางที่ 6 พบว่าผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อ
บริการพยาบาลด้านความสามารถทางการปฏิบัติงานภาพรวมและรายข้อ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ
การคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกันอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจของผู้ใช้
บริการต่อบริการพยาบาลรายข้อในด้านการดูแลจิตใจก่อนและหลังการใช้รูปแบบการ
คัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	ก่อนใช้ CTAS		หลังใช้ CTAS		t
	(N=30)		(N=30)		
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
<u>ด้านการดูแลจิตใจ</u>					
1. พยาบาลยิ้มแย้ม ทักทายผู้ป่วยและท่าน	4.03	.61	3.80	.76	1.306
2. พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือท่านด้วยท่าทางที่ เป็นมิตร และเต็มใจให้การช่วยเหลือ	3.87	.63	3.93	.69	-.391
3. พยาบาลให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยความ สุภาพนุ่มนวล	3.77	.57	3.67	.66	.628
4. พยาบาลแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจใน ความเจ็บปวด หรือไม่สุขสบายของผู้ป่วย	3.43	.68	3.47	.73	-.183
5. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือท่านแสดง ความรู้สึก ความคิดเห็น	3.17	.75	3.57	.86	-1.926*
6. พยาบาลรับฟังปัญหาของผู้ป่วยหรือท่านด้วย ความตั้งใจ	3.60	.67	3.73	.74	-.729
7. พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วย หรือท่านด้วยกริยา มารยาทอันเหมาะสม	3.60	.67	3.63	.56	-.209
รวม	25.47	3.14	25.80	3.60	-.383

*p < .05

จากตารางที่ 7 พบว่าผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อ
บริการพยาบาลด้านการดูแลจิตใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับ
ความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาลด้านการดูแลจิตใจราย
ข้อ ในข้อพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือท่านแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น หลังการใช้รูปแบบ
การคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย อย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจของผู้ใช้
บริการต่อบริการพยาบาลรายข้อในด้านการให้ข้อมูลข่าวสารก่อนและหลังการใช้รูป
แบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	ก่อนใช้CTAS		หลังใช้CTAS		t
	N=30		N=30		
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
<u>ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร</u>					
1. พยาบาลแนะนำขั้นตอนการรับบริการที่ผู้ป่วยจะ ได้รับ	3.20	.81	3.43	.82	-1.114
2. พยาบาลแจ้งผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น เช่น อุณหภูมิ ชีพจร การหายใจ ความดันโลหิตเป็นต้น แก่ผู้ป่วยหรือแก่ท่าน	3.27	.87	3.50	.68	-1.157
3. พยาบาลแจ้งผลการประเมินระดับความรุนแรงเร่ง ด่วน รวมทั้งระยะเวลาในการรอคอยก่อนพบแพทย์ แก่ท่าน	2.90	.80	3.13	.78	-1.144
4. พยาบาลแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค หรืออาการแก่ผู้ป่วย	2.93	.91	3.67	.61	-3.681*
5. พยาบาลแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้การพยาบาล ทุกครั้ง	3.30	.84	3.53	.68	-1.184
6. พยาบาลแจ้งเหตุผลของการตรวจที่ล่าช้า	2.93	.94	3.10	1.06	-.642
7. พยาบาลแจ้งข้อมูล หรือความก้าวหน้าในการ รักษาพยาบาลของผู้ป่วยแก่ท่านเป็นระยะ	2.97	.85	3.33	.76	-1.763*
8. พยาบาลตอบข้อซักถามที่ท่านสงสัย	3.17	.87	3.30	.88	-.590
9. พยาบาลสอบถามสิทธิต่างๆในการรักษาพยาบาล เช่น ประทับสุภาพ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจาก รถ เพื่อให้ท่านใช้สิทธิได้อย่างถูกต้อง	3.57	.77	3.63	.89	-.310
รวม	28.23	5.35	30.63	4.67	-1.851*

*p < .05

จากตารางที่ 8 พบว่าผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจด้านการให้ข้อมูลข่าวสารหลังการให้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน สูงกว่าก่อนการให้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร พบว่ามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง คือมีค่าเฉลี่ย (X) เท่ากับ 30.63 และ 28.23 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาลด้านการให้ข้อมูลข่าวสารรายข้อ ในข้อพยาบาลแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคหรืออาการแก่ผู้ป่วย และพยาบาลแจ้งข้อมูล หรือความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยแก่ท่านเป็นระยะหลังการนำรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนมาใช้ พบว่าความพึงพอใจหลังการให้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนสูงกว่าก่อนการให้รูปแบบการคัดกรองตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความพึงพอใจในงานของพยาบาล รวมทุกด้าน และรายด้าน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ความพึงพอใจในงานของพยาบาล	คะแนนเต็ม	ก่อนใช้ CTAS N=33		หลังใช้ CTAS N=33		t
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ด้านลักษณะงาน	35	24.82	2.91	24.88	2.75	-.108
ด้านการบังคับบัญชา	35	26.09	2.77	26.79	3.11	-1.230
ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน	25	17.61	2.36	17.61	2.25	.000
ด้านสภาพการทำงาน	20	13.36	2.33	13.36	1.85	.000
รวม	115	81.88	8.14	82.64	8.03	-.584

*p < .05

จากตารางที่ 9 พบว่า ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาล โดยรวมและรายด้านหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไม่สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง คือมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับ 82.64 และ 81.88 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจในงานของพยาบาลรายข้อในด้านลักษณะงานก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ความพึงพอใจในงานของพยาบาล	ก่อนใช้ CTAS		หลังใช้ CTAS		t
	(N=33)		(N=33)		
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
<u>ด้านลักษณะงาน</u>					
1. การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นงานที่ทำทําความสามารถของท่าน	4.09	.68	3.88	.70	1.875*
2. ท่านมีโอกาสได้ใช้ความรู้ ความสามารถอย่างเต็มที่ในการคัดกรองผู้ป่วย	4.00	.61	3.94	.50	.466
3. ท่านสามารถให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย ณ จุดคัดกรอง	3.21	.78	3.30	.68	-.722
4. ท่านสามารถประสานงานเพื่อแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับและสภาวะของผู้ป่วยแก่ญาติหรือผู้นำส่งเป็นระยะ	3.39	.83	3.39	.86	.000
5. การอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรอง	4.00	.66	3.91	.84	.501
6. ท่านสามารถคลี่คลายสถานการณ์วุ่นวาย หรือสถานการณ์ที่ไม่คาดฝัน ณ จุดคัดกรองได้	3.18	.68	3.30	.64	-.812
7. ท่านพึงพอใจกับการปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรอง	2.94	.75	3.15	.76	-1.750*
รวม	24.82	2.91	24.88	2.75	-.108

*p < .05

จากตารางที่ 10 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลด้านลักษณะงาน ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองไม่สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินสูงขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลด้าน
ลักษณะงาน พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง คือมีค่าเฉลี่ย
(\bar{X}) เท่ากับ 24.88 และ 24.82 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจด้านลักษณะงานราย
ข้อ พบว่าความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับ
ความเร่งด่วน สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนหน่วยงานอุบัติเหตุ
เหตุและฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในข้อท่านพึงพอใจกับการปฏิบัติงาน ณ จุด
คัดกรอง โดยมีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองคือมีค่าเฉลี่ย(\bar{X}) เท่ากับ 3.15 และ
2.94 ตามลำดับ ส่วนในข้อการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นงานที่ทำทลายความสามารถ
ของท่าน ค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองสูงกว่าคือค่าเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับ 4.09 และ 3.88



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจในงานของพยาบาลรายข้อในด้านการบังคับบัญชา ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ความพึงพอใจในงานของพยาบาล	ก่อนใช้ CTAS		หลังใช้ CTAS		t
	(N=33)		(N=33)		
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
<u>ด้านการบังคับบัญชา</u>					
1. ท่านพึงพอใจที่มีการมอบหมายงานการคัดกรองผู้ป่วยที่ชัดเจน	3.85	.67	3.79	.60	.529
2. ท่านพึงพอใจที่จะปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วยตามที่ได้รับมอบหมาย	3.24	.75	3.64	.70	-2.737*
3. การระบุแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองไว้อย่างชัดเจน ช่วยให้คุณปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ	3.82	.53	4.27	.45	-3.922*
4. คู่มือในการคัดกรองผู้ป่วยช่วยให้คุณสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง	3.82	.64	4.09	.52	-1.789*
5. การปฏิบัติการพยาบาล ณ จุดคัดกรอง ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ	3.97	.73	3.88	.60	.594
6. การปฏิบัติการพยาบาล ณ จุดคัดกรองปัจจุบัน ช่วยให้การเลื่อนไหลของผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินดีขึ้น	3.79	.70	3.61	.75	1.234
7. ท่านพึงพอใจกับรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยปัจจุบันที่ทำให้เกิดการเลื่อนไหลของผู้ป่วยจากจุดคัดกรองไปยังพื้นที่การรักษา	3.61	.79	3.52	.83	.594
รวม	26.09	2.77	26.79	3.11	-1.230

*p < .05

จากตารางที่ 11 พบว่าผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลด้านการบังคับบัญชา ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองมี

ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองคือมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับ 26.79 และ 26.09 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลด้านการบังคับบัญชารายชื่อพบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลด้านการบังคับบัญชารายชื่อหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในข้อ ท่านพึงพอใจที่จะปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วยตามที่ได้รับมอบหมาย การระบุแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองไว้อย่างชัดเจนช่วยให้ท่านปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ และคู่มือในการคัดกรองผู้ป่วยช่วยให้ท่านสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจในงานของ
พยาบาลรายข้อในด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงินก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย
ตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ความพึงพอใจในงานของพยาบาล	ก่อนใช้ CTAS		หลังใช้CTAS		t
	N=33		N=33		
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
<u>ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน</u>					
1. ท่านรู้สึกภูมิใจที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประ สิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติ การพยาบาล ณ จุดคัดกรอง	4.09	.68	4.09	.68	.000
2. ท่านได้รับคำยกย่องชมเชยจากผู้ป่วย ญาติและ ผู้นำส่ง	2.91	.80	3.06	.79	-1.094
3. ท่านมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการคัดกรอง ผู้ป่วย	2.73	.84	2.85	.71	-.725
4. ท่านภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งในทีมการรักษา พยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย	4.18	.64	4.03	.64	1.407
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในผลงานการพยาบาล ณ จุด คัดกรองที่ท่านปฏิบัติ	3.70	.64	3.58	.79	.812
รวม	17.61	2.36	17.61	2.25	.000

*p < .05

จากตารางที่12 พบว่าผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาล
ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่ง
ด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยรวมและรายข้อไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจในงานของพยาบาลรายข้อในด้านสภาพการทำงานก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ความพึงพอใจในงานของพยาบาล	ก่อนใช้ CTAS		หลังใช้ CTAS		t
	N=33		N=33		
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
<u>ด้านสภาพการทำงาน</u>					
1. สถานที่ ที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยมีความเหมาะสม	3.06	.86	2.94	.75	.812
2. อุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็น ณ จุดคัดกรองอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานและมีจำนวนเพียงพอ	3.00	.87	2.97	.77	.215
3. ท่านสามารถติดต่อประสานงานหน่วยงานต่างๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีอุปกรณ์การสื่อสารที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน	3.30	.77	3.45	.71	-.867
4. การคัดกรองผู้ป่วยช่วยให้การทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นระบบมากขึ้น	4.00	.66	4.00	.56	.000
รวม	13.36	2.33	13.36	1.85	.000

*p < .05

จากตารางที่ 13 พบว่าผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลด้านสภาพการทำงานระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยรวมและรายข้อไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน ต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ต่อบริการพยาบาลที่ได้รับก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. เปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สมมติฐานการวิจัย

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ความพึงพอใจในงานของพยาบาล หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยมี 2 กลุ่มคือ

1. บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
2. ญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมี 2 กลุ่มคือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ทั้งหมด 33 คน
2. ญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 60 คน โดยญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วย 30 คนแรกจะเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลรักษา ก่อนการนำรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนไปใช้ และญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วยอีก 30 คน จะเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลรักษา หลังจากการนำรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนไปใช้

การเลือกกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ตั้งแต่คนแรกที่เข้ารับการรักษาจนครบจำนวน 30 คน โดยใช้วิธีเปรียบเทียบแบบคู่ (Paired comparison) ก่อนและหลังการทดลองให้ได้ผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ และระดับความเร่งด่วนเดียวกัน โดยในช่วงก่อนการทดลอง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1-7 มีนาคม พ.ศ. 2547 จัดประชุมชี้แจงให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อร่วมกันแสดงความคิดเห็น วันที่ 8-9 มีนาคม พ.ศ. 2547 และในช่วงหลังดำเนินการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ วันที่ 1-5 เมษายน พ.ศ. 2547

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ ชุดที่ 1 เกณฑ์การระบุระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ชุดที่ 2 แนวทางการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และชุดที่ 3 คู่มือปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และชุดที่ 2 แบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย ณ จุดคัดกรอง หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของญาติหรือผู้นำส่ง จากแนวคิดของ Davis and Bush (1995) ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลจากแนวคิดของ Spector (1997)

การดำเนินการทดลอง

การใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใช้เวลาดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม- 5 เมษายน 2547 รวมระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 5 สัปดาห์

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

การเตรียมเครื่องมือ เตรียมสถานที่สำหรับการทดลอง เตรียมพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 33 คน

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

2.1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ความพึงพอใจของญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระหว่างวันที่ 1-7 มีนาคม 2547 โดยใช้เครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

2.2 จัดประชุม ชี้แจง ระหว่างวันที่ 8-9 มีนาคม 2547 โดยแบ่งเป็นวันละ 2 ช่วง คือช่วงเวลา 10.00-12.00 น. และช่วงเวลา 16.00-18.00 น. เพื่อเตรียมพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 33 คน เพื่อให้พิจารณาข้อความของรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่สร้างขึ้น และปรับปรุงแก้ไขให้เป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน เพื่อให้พยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติงานได้เข้าประชุมและมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน และมีความเข้าใจตรงกัน

2.3 เริ่มใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ 10-31 มีนาคม 2547 โดยผู้วิจัยให้พยาบาลทุกคนปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ตามรูปแบบที่สร้างขึ้น ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลความถูกต้องของการระบุระดับความเร่งด่วนจากแบบบันทึกการคัดกรอง และจัดตารางการสังเกตกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หลังการทดลองใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนเป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยการสุ่มเวลาในแต่ละเวร (เช้า/บ่าย/ดึก) เวิร์ดละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยไม่ได้ร่วมให้การพยาบาล และมีการประชุมเป็นระยะทุกสัปดาห์ หรือจนกว่าการปฏิบัติงานจะคงที่

3. ขั้นประเมินผลการทดลอง

เก็บข้อมูลหลังการทดลอง ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจในงานของพยาบาล ในวันที่ 1 - 5 เมษายน 2547

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS/PC (Statistical Package for the Social Science / Personal Computer) โดยวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจในบริการพยาบาลของญาติหรือผู้นำส่ง และความพึงพอใจในงานของพยาบาล โดยเปรียบเทียบ ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของญาติหรือผู้นำส่ง ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยสถิติทดสอบ ที (Independent t-test) และเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยสถิติทดสอบ ที (Dependent t-test)

สรุปผลการวิจัย

1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างของญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน กล่าวคือ มีอายุระหว่าง 31-45 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.7 และร้อยละ 46.7 ตามลำดับ ก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นเพศชายร้อยละ 53.3 เพศหญิงร้อยละ 46.7 หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน เป็นเพศชายร้อยละ 13.3 เพศหญิงร้อยละ 86.7 สถานภาพสมรสและระดับการศึกษา ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน กล่าวคือ สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่คู่ และจบการศึกษา ระดับประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และมีรายได้ครอบครัวไม่เกิน 10,000 บาท ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นสามีภรรยามากที่สุด

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ที่ใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.6 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่น้อยกว่า 5 ปี คือร้อยละ 45.5 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่โสด คือร้อยละ 72.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด คือร้อยละ 93.6 ปฏิบัติงานในตำแหน่งสมาชิกทีมอย่างเดียว และเป็นทั้งหัวหน้าเวรและสมาชิกทีมจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 48.5 ลักษณะการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ผลัดเปลี่ยนกันทั้งเวรเช้า บ่าย ดึก ถึงร้อยละ 90.9

2. กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ได้แก่ ทักทายผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่งด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล/ท่าทีที่เป็นมิตร ประเมินด้วยสายตาอย่างรวดเร็วเพื่อจัดเตรียมรถนั่ง รถนอน หรือสถานที่ที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยขณะทำการคัดกรอง ประเมินอาการเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว เพื่อค้นหาปัญหาความเร่งด่วน ตามหลัก ABC ชักประวัติผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่ง ด้วยความตั้งใจ มองหน้า สบตา เป็นระยะๆ นำส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่การรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด และส่งต่ออาการและข้อมูลที่เป็นแก่พยาบาลพื้นที่การรักษาพร้อมเวชระเบียน ส่วนกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่ปฏิบัติร้อยละ 50 ได้แก่ ระบุระดับความเร่งด่วนและแจ้งให้ผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่งทราบถึงระดับความเร่งด่วน และระยะเวลาในการรอคอยก่อนพบแพทย์ รองลงมาได้แก่ ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ภายในเวลาที่กำหนด จากระดับความเร่งด่วนขณะรอตรวจ แนะนำผู้ป่วย/ญาติหรือผู้นำส่งหากมีอาการเปลี่ยนแปลงแจ้งพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองทราบทันที และบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกการคัดกรองครบถ้วน ชัดเจนได้ใจความ ตามลำดับ และกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่สามารถปฏิบัติเนื่องจากไม่มีสถานการณ์มากที่สุดร้อยละ 90.32 ได้แก่ การจัดหาผ้าปิดปากและจุ่มกให้แก่ผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยมีภูมิต้านทานต่ำเช่น โรคเลือด โรคมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัด หรือผู้ป่วยที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อได้ทางการหายใจ เช่น ผู้ป่วยวัณโรค จัดสถานที่รอตรวจแก่ญาติหรือผู้นำส่งเพื่อประดับประคองด้านจิตใจ กรณีผู้ป่วยมีความเร่งด่วนระดับที่ 1 และ 2 และ ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ภายในเวลาที่กำหนด จากระดับความเร่งด่วนขณะรอตรวจ รองลงมาร้อยละ 87.09 ได้แก่ ประสานงานระหว่างทีมการรักษาพยาบาล เกี่ยวกับความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล อาการเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้ป่วยแก่ญาติหรือผู้นำส่งเป็นระยะ ในผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนระดับ 1 หรือ 2 และจัดสถานที่รอตรวจแก่ผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยในการได้รับเชื้อโรค และการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น

3. ผลการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาลโดยรวม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองคือมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับ 78.30 และ 74.97 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาลรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาลด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่าความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาลโดยรวม หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินสูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ยกเว้นด้านการให้ข้อมูลข่าวสารที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาล โดยรวมและรายด้าน หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไม่สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง คือมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับ 82.64 และ 81.88 ตามลำดับ

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล ผู้วิจัยอภิปรายผลการทดลอง ดังนี้

1. ผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่ปฏิบัติร้อยละ 100 เป็นกิจกรรมหลักในการปฏิบัติการพยาบาล ณ จุดคัดกรอง ในการประเมินผู้ป่วย เพื่อจัดระดับความเร่งด่วน และนำส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่การรักษา โดยมีการปรับพฤติกรรมให้มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม ส่วนกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ จะเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่เพิ่มเติมจากกิจกรรมหลัก เช่น การระบุความเร่งด่วนและแจ้งให้ญาติหรือผู้นำส่งทราบ ถึงระดับความเร่งด่วนและระยะเวลาในการรอคอยก่อนพบแพทย์ พบว่าไม่ปฏิบัติถึงร้อยละ 50 อาจเนื่องมาจาก 2 กรณีคือ ในสภาวะที่มีผู้ให้บริการจำนวนน้อย พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองประเมินแล้วว่า ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจรักษาพยาบาลภายในระยะเวลาที่กำหนด จึงไม่เห็นความจำเป็นในการแจ้งระดับความเร่งด่วนและระยะเวลาการรอคอยก่อนพบแพทย์ให้ผู้ป่วย/ญาติหรือผู้นำส่งทราบ หรืออีกกรณีคือ ผู้ใช้บริการมีเป็นจำนวนมาก พยาบาลคัดกรองจะแจ้งสถานการณ์ในภาพรวมว่า มีผู้ป่วยที่มีระดับความเร่งด่วนมากกว่า ทำการรักษาพยาบาลอยู่ ซึ่งผู้มาใช้บริการจำเป็นต้องรอตามระดับความ

เร่งด่วน หากมีอาการเปลี่ยนแปลง สามารถแจ้งให้พยาบาลทราบทันที ทำให้ร้อยละของการไม่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในข้อนี้น้อยกว่า การประเมินผู้ป่วยเป็นระยะภายในเวลาที่กำหนด พบไม่ปฏิบัติร้อยละ 50 อาจเนื่องมาจากภาระงาน ณ จุดคัดกรองที่เพิ่มขึ้น หรือการนำส่งผู้ป่วยไปรอหน้าห้องตรวจ ทำให้ผู้ที่ทำหน้าที่ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ เป็นพยาบาลพื้นที่การรักษา อาจต้องปรับการประเมินซ้ำ ในลักษณะที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ณ จุดคัดกรอง ส่วนกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่มีสถานการณ์ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่มีความเฉพาะเจาะจง ณ จุดคัดกรอง เช่น ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้ป่วยที่อาจแพร่กระจายเชื้อโรค ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเร่งด่วนระดับที่ 1 หรือ 2 ซึ่งเมื่อพิจารณาจะเห็นว่าไม่พบร้อยละของการไม่ปฏิบัติ

2. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาลโดยรวม หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ยกเว้นความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาลด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน เป็นช่วงระยะเวลาสั้น ถึงแม้ค่าคะแนนเฉลี่ยจะสูงขึ้นทั้งโดยรวมและรายด้าน แต่ไม่มากพอที่จะทำให้เกิดนัยสำคัญทางสถิติได้ เนื่องจากการจะตอบสนองของความต้องการตามที่ผู้ใช้บริการคาดหวัง จนเกิดการรับรู้ถึงคุณภาพบริการ เกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ตนได้รับ ต้องอาศัยระยะเวลาที่นานพอ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลนั้น เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีเวลาอันจำกัด จึงไม่เห็นความแตกต่างของความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ด้านความสามารถทางการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการสูงขึ้นไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า ความสามารถทางการปฏิบัติงานการพยาบาล ณ จุดคัดกรอง พยาบาลวิชาชีพ ประเมินอาการที่เป็นอันตราย เสี่ยงต่อการเสียชีวิต จัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยแต่ละราย และให้การช่วยเหลือทันทีตามความรุนแรงของความเจ็บป่วย โดยตรวจประเมินอาการสำคัญที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย และแก้ไขภาวะฉุกเฉินอย่างรวดเร็วทันที ที่มาถึงโรงพยาบาล ตามแนวทางวิธีปฏิบัติทางคลินิกของหน่วยงาน ซึ่งประกอบด้วย ประเมินความรู้สึกตัว ประเมินทางเดินหายใจ ประเมินการหายใจ ประเมินระบบไหลเวียนโลหิต ให้ความช่วยเหลือตามแนวทางที่กำหนด เกี่ยวกับการช่วยหายใจ การช่วยฟื้นคืนชีพ การห้ามเลือด การสนับสนุนการทำงานของระบบไหลเวียน หรือการตามอวัยวะที่หัก จะเห็นได้ว่าการรับรู้ความสามารถทาง

การปฏิบัติงานของพยาบาล ณ จุดคัดกรองนั้น ผู้ใช้บริการจะแยกได้ค่อนข้างลำบาก อาจเนื่องมาจากความไม่เข้าใจ หรือไม่มีความรู้ทางการรักษาพยาบาล รวมทั้งจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงเร่งด่วนระดับที่ 1 และ 2 คิดเป็นร้อยละ 40 ที่การปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่จะอยู่บริเวณพื้นที่รักษา ซึ่งบทบาทของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองจะเน้นในเรื่องของการดูแลด้านจิตใจและการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งอาจเป็นส่วนที่ทำให้ผู้ใช้บริการมองไม่เห็นบทบาทด้านความสามารถทางการปฏิบัติงาน จึงทำให้ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้านความสามารถทางการปฏิบัติงานสูงขึ้น ไม่แตกต่างกับก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน

2.2 ด้านการดูแลจิตใจ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการสูงขึ้นไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า การดูแลด้านจิตใจในผู้ใช้บริการ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้นมีความแตกต่างจากหน่วยงานอื่น ในลักษณะที่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการที่มารับบริการมักจะมี ความเร่งด่วน มีภาวะคุกคามทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ มีความวิตกกังวล มีความเครียด และมีความคาดหวังต่อบริการพยาบาลที่ค่อนข้างสูง พยาบาลวิชาชีพจึงควรให้การดูแลเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย รวมทั้งญาติและผู้นำส่ง ด้วยความเอื้ออาทร แสดงออกด้วยท่าทางที่เป็นมิตร และเต็มใจให้การช่วยเหลือ ให้การพยาบาลด้วยความสุภาพ อ่อนโยน แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจในการเจ็บป่วย ทุกข์ทรมาน ปลอบโยนให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่งแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น รับฟังด้วยความตั้งใจ และเสนอความช่วยเหลือทันทีที่มีโอกาส การที่จะให้การดูแลด้านจิตใจดังกล่าว พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้องประเมินความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่ง เพื่อตอบสนองความต้องการ และจะต้องให้ความสำคัญเทียบเท่ากับภาวะฉุกเฉินด้านร่างกาย จึงจะสามารถลดความวิตกกังวลได้อย่างชัดเจนและต่อเนื่อง นำมาซึ่งความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้น

2.3 ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยเฉพาะในข้อ พยาบาลแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม กับโรคหรืออาการแก่ผู้ป่วย และพยาบาลแจ้งข้อมูล หรือความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยแก่ท่านเป็นระยะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ พนิดา คำยุ (2538) และสกวดี ดวงเด่น (2539) ที่กล่าวว่า คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังในระดับมาก ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การสื่อสาร การมีอัธยาศัยไมตรีของพยาบาล และความน่าเชื่อถือของพยาบาล การให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพแก่ผู้ป่วย การอธิบายเกี่ยวกับการให้การรักษา ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะ และเหมาะสมกับบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาล ทั้งกับตัวผู้ป่วยเองและญาติหรือผู้นำส่ง ที่มีความต้องการ

ได้รับข้อมูลเช่นเดียวกัน ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ให้ผู้ป่วยและญาติร่วมกันตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล จะช่วยให้ผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่งลดความวิตกกังวลและความกลัวจากการขาดข้อมูล ทำให้รู้สึกมั่นใจว่าได้รับบริการที่ดีที่สุด เกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ผู้ใช้บริการสามารถรับรู้บริการด้านนี้ได้ง่าย ดังนั้นความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาล ด้านการให้ข้อมูลข่าวสารหลังการเลือกรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงสูงกว่าก่อนการเลือกรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความพึงพอใจในงานของพยาบาล โดยรวมและรายด้าน หลังการเลือกรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไม่สูงกว่าก่อนการเลือกรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน

ผลการวิจัย ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ระยะเวลาในการนำรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินไปทดลองใช้มีระยะเวลาสั้นเกินไป เมื่อพิจารณาจากรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ที่ปรับจาก 3 ระดับเป็น 5 ระดับ มีเกณฑ์ที่ต้องใช้ทักษะในการประเมินผู้ป่วย เพิ่มขึ้นจากเดิม เช่น ระดับความเจ็บปวด คะแนนบาดเจ็บในผู้ใหญ่และในเด็ก ซึ่งจะต้องใช้เวลาในการฝึกฝน และใช้เกณฑ์เหล่านั้นอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความชำนาญ ในการประเมินอย่างรวดเร็ว รวมทั้งแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติกรคัดกรอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ต้องอาศัยเวลาและขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การให้ความรู้ การสร้างและสะสมความรู้อย่างต่อเนื่อง การเสริมสร้างพลังอำนาจให้พยาบาล สามารถปฏิบัติงานได้ด้วยตนเอง การเสริมสร้างทีมงานให้มีประสิทธิภาพ และการกำหนดผลลัพธ์ ให้มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม จะทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดการปรับทัศนคติ ปรับพฤติกรรมและเกิดทักษะ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ จารุวรรณ เอกอรรถผล (2530) ที่กล่าวว่าพฤติกรรม ที่พยาบาลแสดงออก ขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนั้น เป็นผลมาจากแนวความคิด ความรู้และทัศนคติของพยาบาล ซึ่งพยาบาลแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ด้วยกิริยา ท่าทาง การแสดงออกทางสีหน้า คำพูด น้ำเสียง การสัมผัส ซึ่งเป็นพฤติกรรมภายนอกที่สามารถสังเกตเห็นได้ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีเวลาอันจำกัด จึงไม่เห็นความแตกต่างของความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ต่อบริการพยาบาลดังกล่าว แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ด้านลักษณะงานในข้อ ท่านพึงพอใจกับการปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรอง ด้านการบังคับบัญชาในข้อ ท่านพึงพอใจที่จะปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วย ตามที่ได้รับมอบหมาย การระบุแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองไว้อย่างชัดเจนช่วยให้ท่านปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ และคู่มือในการคัดกรองผู้ป่วย ช่วยให้

ท่านสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจสามารถบอกความต้องการการพัฒนา รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ควรได้รับการพัฒนา ปรับปรุง แก้ไขให้เหมาะสมในการนำไปปฏิบัติต่อไป

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ด้านการบริหาร

1. ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อไป เพื่อเป็นแบบอย่างการปฏิบัติที่ดี (best practice) และป้องกันภาวะเสี่ยง
2. ผู้บริหารการพยาบาล ควรพัฒนาบริการพยาบาล ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง โดยให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการปรับและพัฒนา รูปแบบการบริการพยาบาล ในจุดบริการอื่นๆ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญ และความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ให้ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการตามสิทธิของผู้ใช้บริการ
2. พยาบาลควรร่วมกันพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พร้อมทั้งเป็นการพัฒนาตนเองให้เป็นผู้เชี่ยวชาญ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษา ติดตามจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Length of stay : LOS) จากผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย ระดับ 2 และ 3 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลว่า ทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลงหรือไม่
2. ศึกษา ติดตาม การประเมินผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนอย่างต่อเนื่อง และนำมาพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ในหน่วยงานอุบัติเหตุต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2536. **การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2539. **การควบคุมคุณภาพการพยาบาลเล่ม 5**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2542. **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จารุวรรณ พรรคพานิช, ภัทรา นิโครธาและจินตนา ตันติกุล. 2540. ในสุดาพรรณ ธัญจิรา และวนิดา ออประเสริฐศักดิ์ (บรรณาธิการ), **การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุ**, หน้า 1. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์
- จิรวัฒน์ ศรีรัตนบัลล์. 2543. **เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- ณัฐฉิมล โลพันธ์ศรี. 2543. **ผลของการปรับใช้แนวคิดการบริหารแบบยึดวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติงานการพยาบาลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐนุกุล ผกาภรณ์รัตน์. 2542. **ผลของการใช้ข้อเสนอมาตรฐานการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลของมารดาและความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล ในโรงพยาบาลเลิดสิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารณี จามจรี. 2537. **หลักการประเมินและวินิจฉัยด้านการพยาบาลกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน**. ในดารณี จามจรี (บรรณาธิการ), **การพยาบาลฉุกเฉิน**, หน้า 87-117. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เตยหอม บุญพันธุ์. 2539. **วิทยานิพนธ์ปริญญาโทความสัมพันธระหว่างความคาดหวังและการได้รับการรักษาสิทธิประโยชน์กับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นภารัตน์ ด้วงลา. 2545. **ผลของการให้บริการพยาบาลร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครต่อความพึงพอใจและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเบาหวาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประนอม โอทกานนท์. 2538. **การประกันคุณภาพบริการการพยาบาล: ประสบการณ์จากการวิจัยพัฒนามาตรฐานเชิงโครงสร้างของฝ่ายการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ 7 (ธันวาคม): 1-6.**
- ปัทมาภรณ์ สรรพชัยพงษ์. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมในการทำงาน กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนภาคกลาง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พนิดา คำยุ. 2538. **การศึกษาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลและการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2541. **การประกันคุณภาพการพยาบาล.** ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เมอร์เรย์. 2540. **ความเข้าใจในกระบวนการพยาบาลยุคหน้า, แปลโดย ดินจง ไปธิบาลและคณะ.** กรุงเทพมหานคร: แมคกรอ-ฮิล.
- ยุพิน อังสุโรจน์. 2541. **การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 10 (มกราคม-เมษายน): 44-48.**
- ยุพิน อังสุโรจน์. 2543. **การวิจัยเชิงผลัดเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 12 (พฤษภาคม-สิงหาคม): 9-17.**
- โยธิน แสงวงศ์, พิมลพรรณ อิศรภักดีและมาลี สันภูวรรณ. 2543. **ปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข.** มหาวิทยาลัยมหิดล: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
- เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์. 2543. **ผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล ความพึงพอใจและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ศัลยกรรม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ราชบัณฑิตยสถาน. 2530. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.
- วนิดา ออประเสริฐศักดิ์,อรุณี เกตุกราย และวิมลรัตน์ มาลีวรรณ. 2540. การจำแนกผู้ป่วย. ใน **สุดาพรรณ ธัญจิรา และวนิดา ออประเสริฐศักดิ์ (บรรณาธิการ), การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุ**, พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 22. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.
- วิชัย วาสนศิริ. 2544. การคัดแยกผู้ต้องอุบัติเหตุหมู่. ใน ธวัชชัย กาญจนรินทร์ และคณะ (บรรณาธิการ), **การช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บขั้นสูง**, หน้า 178. กรุงเทพมหานคร: รุ่งศิลป์การพิมพ์.
- ศิริพร พูนชัย. 2542. **ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อความเป็นอิสระแห่งตนและความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สกาวดี ดวงเด่น. 2539. **การศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังและที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมบุญ โอภาสยล. 2544. **การจัดระบบคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมยศ นาวิการ. 2545. **การบริหารแบบมีส่วนร่วม**. กรุงเทพมหานคร: บรรณกิจ.
- สมศิริ สายภัทรานุสรณ์. 2545. **ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่สร้างความประทับใจต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายสมร เฉลยกิตติ. 2544. **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติงานและความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุดาพรรณ ธัญจิรา. 2540. กฎหมายกับการพยาบาลในหน่วยงานฉุกเฉิน. ในสุดาพรรณ ธัญจิรา และวนิดา ออประเสริฐศักดิ์ (บรรณาธิการ), **การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุ**, พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 412-418. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.

- หทัยรัตน์ โชคชัยธนากุล. 2543. **ผลของการใช้โปรแกรมคุณภาพบริการพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลราชวิถี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรถัย ปึงวงศานุรักษ์. 2540. **ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลของรัฐ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อวยพร ตัณมุขกุล. 2540. ประเด็นเกี่ยวกับระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยในประเทศไทย. **สารสภากาพยาบาล** 12 (ตุลาคม-ธันวาคม): 44-60.
- อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์และสุรจิต สุนทรธรรม. 2544. เวชกรรมฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่มีการผลิตแพทย์ในประเทศไทย. **แพทยสภาสาร** 30: 173-195.
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. 2540. การสื่อสารในการบริการสุขภาพ. **พยาบาลสาร** 24 (มกราคม-มีนาคม): 10-15.
- อัมพร พรพงษ์สุริยา. 2544. **ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงาน ความยุติธรรมในองค์การกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์การ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Ball, J., and Bindler, R. 1995. *Pediatric nursing caring for children*. USA: Appleton&Lange.
- Beveridge, B., et al. 1998. Implementation guidelines for the canadian emergency department triage & acuity scale (CTAS)[online]. Available from: <http://www.cacp.ca/002.policies/002.docs/ctased16.doc>[2003,June 20]
- Beveridge, B., et al. 2000. The science of triage [conference handout]. Available from: <http://www.saem.org/download/kelly.pdf>. [2003,july 30]
- Bindman, A. B. 1995. Triage in accident and emergency departments[online]. Available from: <http://bmj.com/cgi/content/full/311/7002/404>[2003,June 20]
- Biton, V., Tabak, N. 2003. The relationship between the application of the nursing Ethical Code and nurses' work satisfaction. **International Journal of Nursing Practice** 9: 140-157.

- Cole, F. L., and Ramirez, E. 2001. Nurse practitioners in emergency care standards of practice[online]. Available from:
<http://sonser4.nur.uth.tmc.edu/ecnps/standard.htm> [2003,July 30]
- Davis, B. A. and Bush, H. A. 1995. Developing effective measurement tool : A case Study Of the consumer Emergency Care Satisfaction Scale. **Journal Nursing Care Quality** 9: 26-35.
- De Groot, H. A. 1989. Patient classification system evaluation Part 1 : Essential system Elements. **Journal of Nursing Administration** 19 (6): 30-35.
- Emergency Nurses Association. 1991. **Standards of emergency nursing practice**. St.Louis: Mosby Year Book.
- Foley, C. B., Kee, C. C., Minick, P., Harvey, S. S., and Jennings, C. M. 2002. Characteristics of nurses and hospital work environments that foster satisfaction and clinical expertise. **Journal Of Nursing Administration** 32 (5): 273-282.
- Gilboy, N., Travers, D., and Wuerz, R. 1999. Re-evaluation triage in the new Millennium : a comprehensive look at the need for standardization and quality. **Journal Emergency Nursing** 25: 468-473.
- Gormley, D. K. 2003. Factors affecting job satisfaction in nurse faculty : A meta-Analysis. **Journal of Nursing Education** 42 (4): 174-178.
- Hostutler, J. J., Taft, S. H., and Snyder, C. 1999. Patient needs in the emergency department. **Journal Of Nursing Administration** 29 (1): 43-50.
- Ingersoll, G. I., Olsan, T., Cates, J. D., DeVinney, B. C., and Davies, J. 2002. Nurses'job satisfaction Organizational commitment and career intent. **Journal Of Nursing Administration** 32 (5): 250-263.
- Johnson, W. 2002. Juggling patients and priorities : life in the emergency department [online]. Available from:
<http://www.cvh.on.ca/community/articles/actyh200201c.htm>[2003,June 20]
- Kalliath, T., and Morris, R. 2002. Job satisfaction among nurses. **Journal Of Nursing Administration** 32 (12): 648-654.
- Kelly, K. A. 1994. Referring patients from triage out of the emergency department to primary care setting : one successful emergency department experience. **Journal Of Emergency Nursing** 20 (6): 458-463.

- Kelley, S. J. 1994. **Pediatric emergency nursing** 2nd ed. America: Paramount.
- Kipp, K. M. 2001. Implementing nursing caring standard in the Emergency Department. **Journal Of Nursing Administration** 31 (2): 85-89.
- Kitt, S., Thomas, J. S., Proehl, J. A., and Kaiser, J. 1995. **Emergency nursing : A physiologic and clinical perspective** 2nd ed. Philadelphia: W.B.Saunders.
- LaDuke, S. 2002. Undertreated pain : Could it land you in court? **Nursing** 2002 32 (9): 18.
- Malloch, K., and Conovaloff, A. 1999. Patient classification system,Part1. **Journal Of Nursing Administration** 29 (7): 49-56.
- Margaret, M. 1983. **The nurse manager in the emergency department**. St.Louis: C.V.Mosby.
- McMahon, M. M. 2003. ED triage Is a five-level triage system best?. **American Journal of Nursing** 103 (3): 61-63.
- Newberry, L. 2003. **Emergency nursing principles and practice**. St.Louis: Mosby.
- Omachonu, V. K. 1990. Quality of care and the patient : New criteria for evaluation. **Health care management review** 15: 43-50.
- Purnell, L. D. 1993. A survey of the qualification, special training, and levels of personnel working emergency department triage. **Journal Of Nursing staff development** 9 (5): 223-226.
- Ramber, C. L., and Mohammed, N. 1995. **Triage emergency nursing: A physiologic and Clinical perspective** 2nd ed. Philadelphia: W.B.Sounder.
- Risser, N. L. 1975. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurse and nursing care in primary care setting. **Nursing Research**. 24 (1): 45-51.
- Robbins, S. P. 2000. **Management today** 2nd ed. New Jersey: Prentice-Hall.
- Rock, D., and Pledge, M. 1991. priorities of care for the walking wounded : triage in Accident and emergency. **Journal Of Emergency Nursing** 6: 463-465.
- Rogers, J. H. 1989. **Emergency nursing : A Practice Guide**. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Rowe, J. A. 1992. Nurse educator : triage tool. **Journal Of Emergency Nursing** 18 (6): 540-544.

- Schermerhorn, J. R. 1999. **Management** 6th New York: John Wiley&Sons.
- Sheeny, S. B. 1992. **Emergency nursing principles and practice** 3rd. St. Louis: Mosby Year Book.
- Shih, C. L. 2000. Which kind of triage do we need?[on line]. Available from: <http://pdm.medicine.wisc.edu/Chung.htm>[2003,June 20]
- Spector, P.E.1997. **Job satisfaction : Application,assessment,cause and consequences**. London: SAGE.
- Spector, P. E. 2000. **Industrial and organization psychology : Research and practice** 2nd ed. New York: John Wiley&Sons.
- Swansburg, R. C. 1996. **Management and leadership for nurse manager** 2nd. MA: Jones And Bartlett.
- Swansburg, R. C. 2002. **Introduction to management and leadership for nurse Managers** 3rd ed. Boston: Jones and Bartlett.
- Thompson, J. M., and Dodd, G. 2000. Ruralizing the canadian triage and acuity scale[online]. Available from: <http://www.caep.ca/004.cjem-jcmu/004-00.cjem/vol-2.2000/v24-267.htm>[2003,June 20]
- Travers, D. 2002. Five-level triage system more effective than three-level in tertiary emergency Department. **Journal Emergency Nursing** 37: 395-400.
- Triolo, P. K., Hansen, P., Kazzaz, Y., Chung, H., Dobbs, S. 2002. Improving patient satisfaction through multidisciplinary performance improvement teams. **Journal Of Nursing Administration** 32 (9): 448-454.
- Uzum, O. 2001. Patient satisfaction with nursing care at a university hospital in Turkey **Journal of Nursing Care Quality** 16 (1): 24-33.
- Vroom, V. H. 1964. **Work and motivation**. New York: John Wiley&Sons.
- Walsh, M., and Kent, A. 2001. **Accident&emergency nursing** 4th ed. Great Britain: MPG.
- Wuerz, R. C., et al. 2001. Implementation and refinement of the emergency severity index. **Academic Emergency Medical** 8 (2): 170-176.
- Zimmermann, P. G. 2001. The case for a universal,valid,reliable 5-tier triage acuity scale for US emergency department. **Journal of Emergency nursing** 27(3): 246-254.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก.
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์เพชรพงษ์ กำจรกิจการ หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
2. นางสาวเรวดี ลือพงศ์ลิคณา หัวหน้าตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
3. นางสาวสมบุญ โอภาสยล พยาบาลวิชาชีพ ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
4. นางสาวนัยนา รัตนมาศทิพย์ หัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกลาง
5. นางสาวดารณี จามจรี นักวิชาการ 7 ฝ่ายมาตรฐานวิชาการ กองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข
6. นางสาวหทัยรัตน์ โชคชัยธนากุล พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี
7. นางจรีวัฒน์ คงทอง พยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข.

หนังสือขอความร่วมมือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 148

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๐ มกราคม 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

เนื่องด้วย นางสาวจันทรา จินดา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของการใช้รูปแบบคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจในงานของพยาบาล : กรณีศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล" โดยมี อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป ดังนี้

1. นายแพทย์เพชรพงษ์ กำจรกิจการ หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวชศาสตร์
2. นางสาวเรวดี ลือพงศ์ลักษณ์ หัวหน้าดีกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3. นางสาวสมบุญ โอภาสบุญ พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุวิณี วิวัฒน์วานิช

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน 1. นายแพทย์เพชรพงษ์ กำจรกิจการ 3. นางสาวสมบุญ โอภาสบุญ
2. นางสาวเรวดี ลือพงศ์ลักษณ์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 02-2189831

ชื่อนิสิต นางสาวจันทรา จินดา โทร. 01-3359167

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๕๙

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

// กุมภาพันธ์ 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

เนื่องด้วย นางสาวจันทรา จินดา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจในงานของพยาบาล : กรณีศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล" โดยมี อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากพยาบาลประจำการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 30 คน และจากญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วยที่มาใช้บริการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 30 คน โดยใช้เครื่องมือการวิจัยซึ่งเป็นแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการของญาติหรือผู้นำส่ง และแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นางสาวจันทรา จินดา ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุวิณี ประจักษ์ศิลป

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

นางสาวจันทรา จินดา โทร. 0-1335-9167



ที่ ศธ 0512.11/ ๒๕๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

// กุมภาพันธ์ 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

เนื่องด้วย นางสาวจันทรา จินดา นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจในงานของพยาบาล : กรณีศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล" โดยมี อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัย จากพยาบาลประจำการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 35 คน และจากญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วยที่มาใช้บริการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 60 คน โดยใช้เครื่องมือการวิจัยซึ่งเป็นแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการของญาติหรือผู้นำส่ง และแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ ในการเก็บข้อมูลวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นางสาวจันทรา จินดา ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุวิณี วิวัฒน์วานิช

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-9831

ข้อนิสิต

นางสาวจันทรา จินดา โทร. 0-1335-9167



ภาคผนวก ค.
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- ชุดที่ 1 เกณฑ์การแบ่งระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- ชุดที่ 2 แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- ชุดที่ 3 คู่มือการปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- ชุดที่ 4 แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- ชุดที่ 5 แบบสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ณ จุดคัดกรอง
- ชุดที่ 6 แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของญาติหรือผู้นำส่ง
- ชุดที่ 7 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล

ผู้ที่สนใจรายละเอียดเครื่องมือในการวิจัย โปรดติดต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
 อาจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่1 เกณฑ์ระบุความเร่งด่วนผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (กรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุ : Trauma)

Resuscitation	Emergent	Urgent	Less-urgent	Non-urgent
<p>ระบบหายใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การแทงทรวงอกหรือการกระแทกบริเวณทรวงอกโดยสังเกตเห็นอาการแสดงของภาวะหายใจลำบากรุนแรง ● ภาวะเจ็บทรวงอกที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากรุนแรง RR > 36 ครั้งต่อนาที ● ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด(Oxygen Sat.) น้อยกว่า 90% 	<ul style="list-style-type: none"> ● สำลักสิ่งแปลกปลอม หรือสูดดมสารพิษร่วมกับมีภาวะหายใจลำบาก RR>30 แต่ไม่เกิน 36 ครั้งต่อนาที ● ภาวะเจ็บทรวงอกที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก RR > 30 ครั้ง แต่ไม่เกิน 36 ครั้งต่อนาที ● ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด(Oxygen Sat.) 90-95 % 	<ul style="list-style-type: none"> ● สำลักสิ่งแปลกปลอม หรือสูดดมควันหรือสารพิษ ไอ ไม่มีภาวะกลืนลำบากหรือหายใจลำบาก ● ภาวะเจ็บทรวงอกที่ไม่มีภาวะหายใจลำบาก แต่ไม่สุขสบายจากอาการปวด ● ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด(Oxygen Sat.) >95 % 	<ul style="list-style-type: none"> ● สำลักสิ่งแปลกปลอม ไม่ไอ ดูสุขสบาย ● ภาวะเจ็บทรวงอกเล็กน้อยโดยไม่มีอาการปวด ● ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด(Oxygen Sat.)95-98 % 	<ul style="list-style-type: none"> ● รอยถลอก ฟกช้ำ บริเวณทรวงอก การหายใจปกติ ● ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด(Oxygen Sat.)>98 %
ระบบ.....				

เกณฑ์ระบุความเร่งด่วนผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (กรณีผู้ป่วยโรคทั่วไป : Non-Trauma)

Resuscitation	Emergent	Urgent	Less-urgent	Non-urgent
<p>ระบบหายใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ไม่หายใจหรือมีภาวะหายใจลำบากรุนแรง RR > 36 ครั้งต่อนาที ● ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด < 90 % ● กลืนลำบากร่วมกับภาวะหายใจขัดข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> ● หายใจลำบากจากภาวะน้ำท่วมปอด การไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด หอบรุนแรง RR >30 ครั้งแต่ไม่เกิน 36 ครั้งต่อนาที ● ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 90-95% 	<ul style="list-style-type: none"> ● มีปัญหาทางเดินหายใจเรื้อรัง เช่น หอบ ถูกลมโป่งพอง ปอดบวม ไอกรน ไม่มีภาวะหายใจลำบาก ทุกข์ทรมานจากอาการไอมาก ● ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-98% ● น้ำคั่งในปอด ร่วมกับอาการปวดเมื่อยหายใจเข้าลึก 	<ul style="list-style-type: none"> ● การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ใช้มากกว่า 38 ° C ไอ เจ็บคอ คัดจมูก ● ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด > 98% 	<ul style="list-style-type: none"> ● ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ใช้น้อยกว่า 38 ° C ไอเล็กน้อย คัดจมูก
ระบบ.....				

ชุดที่ 2

แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน

1. แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. แนวทางการปฏิบัติ ณ จุดคัดกรองสำหรับผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนระดับที่ 1 ช่วยฟื้นคืนชีพ
3. แนวทางการปฏิบัติ ณ จุดคัดกรองสำหรับผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนระดับที่ 2 ฉุกเฉินมาก
4. แนวทางการปฏิบัติ ณ จุดคัดกรองสำหรับผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนระดับที่ 3 ฉุกเฉิน
5. แนวทางการปฏิบัติ ณ จุดคัดกรองสำหรับผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนระดับที่ 4 ฉุกเฉินปานกลาง
6. แนวทางการปฏิบัติ ณ จุดคัดกรองสำหรับผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนระดับที่ 5 ไม่ฉุกเฉิน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่ 3
คู่มือการปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

1. การประเมินอาการเบื้องต้น
 - 1.1 ประเมินทางเดินหายใจ
 - 1.2 ประเมินการหายใจ
 - 1.3
2. การซักประวัติ
 - 2.1 อาการสำคัญ
 - 2.2 ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน
 - 2.3
3. การประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่ใช้จัดระดับความรุนแรง
 - 3.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว
 - 3.2 สัญญาณชีพ
 - 3.3
4. การปฐมพยาบาลตามแนวทางการปฏิบัติ
 - 4.1 การดูแลทางเดินหายใจให้สะดวก
 - 4.2 การจำกัดการเคลื่อนไหว
 - 4.3
5. นำส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่การรักษา
6.
7.
8.
9.
10.

ชุดที่ 4
แบบบันทึกการคัดกรอง

วันที่ เวลา..... ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย.....

วิธีการมาถึงโรงพยาบาล เดิน รถนั่ง/รถนอน พยุง/ประคอง รถพยาบาล อื่นๆระบุ.....

อาการสำคัญ.....

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต.....

สัญญาณชีพ (V/S).....

ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (%) น้อยกว่า 90 90-95 96-98 99 100

ระดับความเจ็บปวด (Pain scale) ไม่ตอบสนอง 9-10 8 4-7 < 4

Glasgow coma scale < 8 9-12 13-15 15 15

Revised Trauma Score ≤ 9 9 12 12 12

Pediatric Trauma Score ≤ 6 7-10 10-12 12 12

ระดับความเร่งด่วน Resuscitation Emergent Urgent Less-urgent Non-urgent

การพยาบาล

.....
.....
.....

ลงชื่อพยาบาลคัดกรอง.....

การประเมินเป็นระยะ

เวลา	อาการ/อาการแสดง	การพยาบาล	ระดับความเร่งด่วน	ผู้ประเมิน

ชุดที่ 5

แบบสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ณ จุดคัดกรอง

กิจกรรมพยาบาล	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่มีสถานการณ์
1. ทักทายผู้ป่วยญาติหรือผู้นำส่งด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล/ท่าทีที่เป็นมิตร			
2. ประเมินด้วยสายตาอย่างรวดเร็วเพื่อจัดเตรียมรถนั่ง รถนอน หรือสถานที่ที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยขณะทำการคัดกรอง			
3. ประเมินอาการเบื้องต้นอย่างรวดเร็วเพื่อค้นหาปัญหาความเร่งด่วน ตามหลัก ABC			
4.			
.....			
.....			
.....			
.....			
16. ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะภายในเวลาที่กำหนดจากระดับความเร่งด่วน ขณะรอตรวจ			
17. บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการคัดกรองครบถ้วน ชัดเจนได้ใจความ			

ชุดที่ 6
แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของญาติหรือผู้นำส่ง
ชุดที่ 7
แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามเลขที่□□

แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของญาติหรือผู้นำส่ง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน ต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจในบริการพยาบาล

เพื่อให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ด้วยความคิดเห็นตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงและพัฒนาบริการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น การเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับและไม่มีผลใดๆต่อท่านทั้งสิ้น

ขอขอบพระคุณ ที่กรุณาให้ความร่วมมือ ในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยนี้เป็นอย่างยิ่ง

(นางสาวจันทรา จินดา)

นิสิตปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของญาติหรือผู้นำส่ง

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าคำตอบและเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ตามความเป็นจริง

1. อายุปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> หม้าย/หย่า
<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่
4. จบการศึกษา

<input type="checkbox"/> ประถม	<input type="checkbox"/> มัธยม
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรีโท
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> รับราชการ	<input type="checkbox"/> พนักงานรัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัทเอกชน	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว	<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม
<input type="checkbox"/> แม่บ้าน พ่อบ้าน	<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> นักเรียน นักศึกษา	<input type="checkbox"/> อื่นๆ
6. รายได้ครอบครัวบาท/เดือน
7. ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะ

<input type="checkbox"/> บิดา/มารดา	<input type="checkbox"/> บุตร
<input type="checkbox"/> สามี/ภรรยา	<input type="checkbox"/> พี่/น้องร่วมครรรภ์เดียวกัน
<input type="checkbox"/> เพื่อน	<input type="checkbox"/> คนรู้จัก
<input type="checkbox"/> ผู้นำส่ง	<input type="checkbox"/> อื่นๆ

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของญาติหรือผู้นำส่ง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามความรู้สึกของญาติหรือผู้นำส่ง หลังจากผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาล ณ จุดคัดกรอง และรอรับการตรวจรักษาที่ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือ ทำยข้อรายการแต่ละข้อ เพียงคำตอบเดียว ตามความรู้สึกของท่าน โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

พอใจน้อยที่สุด	หมายถึง	การบริการของพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่ง ทำให้ท่านรู้สึกพอใจน้อยที่สุดหรือไม่พอใจเลย (พอใจ 1-20%)
พอใจน้อย	หมายถึง	การบริการของพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่ง ทำให้ท่านรู้สึกพอใจเพียงเล็กน้อย (พอใจ 21-40%)
พอใจปานกลาง	หมายถึง	การบริการของพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่ง ทำให้ท่านรู้สึกพอใจปานกลาง (พอใจ 41-60%)
พอใจมาก	หมายถึง	การบริการของพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่ง ทำให้ท่านรู้สึกพอใจเป็นส่วนมาก (พอใจ 61-80%)
พอใจมากที่สุด	หมายถึง	การบริการของพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่ง ทำให้ท่านรู้สึกพอใจมากที่สุด (พอใจ 81-100%)

รายการข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านความสามารถทางการปฏิบัติงาน					
1. พยาบาลปฏิบัติงานด้วยความกระตือรือร้น					
2. พยาบาลซักประวัติผู้ป่วยโดยใช้คำพูดที่สามารถเข้าใจได้ชัดเจน ไม่สับสน					
3. พยาบาลซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว					
4. พยาบาลให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายให้กับผู้ป่วยทันที					
5. พยาบาลตอบคำถาม ข้อข้องใจ เกี่ยวกับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแก่ท่านจนเข้าใจชัดเจน					
6. พยาบาลอธิบายการปฏิบัติตัวหรือให้ข้อมูลต่างๆที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยหรือท่าน ด้วยความมั่นใจ น่าเชื่อถือ					
ด้านการดูแลจิตใจ					
1. พยาบาลยิ้มแย้ม ทักทายผู้ป่วย และท่าน					
2. พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือท่านด้วยท่าทางที่เป็นมิตร และเต็มใจให้การช่วยเหลือ					

รายการข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
3. พยาบาลให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยความสุภาพนุ่มนวล					
4. พยาบาลแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจในความเจ็บปวด หรือไม่สบายของผู้ป่วย					
5. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย หรือท่านแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น					
6. พยาบาลรับฟังปัญหาของผู้ป่วย หรือท่านด้วยความตั้งใจ					
7. พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วย หรือท่าน ด้วยกริยามารยาทอันเหมาะสม					
ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร					
1. พยาบาลแนะนำขั้นตอนการรับบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับแก่ท่าน					
2. พยาบาลแจ้งผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น เช่น อุณหภูมิ ชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต เป็นต้น แก่ผู้ป่วยหรือแก่ท่าน					
3. พยาบาลแจ้งผลการประเมินระดับความรุนแรงเร่งด่วน รวมทั้งระยะเวลาในการรอคอยก่อนพบแพทย์แก่ท่าน					
4. พยาบาลแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคหรืออาการแก่ผู้ป่วย					
5. พยาบาลแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง					
6. พยาบาลแจ้งเหตุผลของการตรวจที่ล่าช้า					
7. พยาบาลแจ้งข้อมูล หรือความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยแก่ท่านเป็นระยะ					
8. พยาบาลตอบข้อซักถามที่ท่านสงสัย					
9. พยาบาลสอบถามสิทธิต่างๆ ในการรักษาพยาบาล เช่น ประกันสุขภาพ พบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เพื่อให้ท่านใช้สิทธิได้อย่างถูกต้อง					

แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล”

แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจในงานของพยาบาล

เพื่อให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยความคิดเห็นตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความเหมาะสมดียิ่งขึ้น การเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับและไม่มีผลใดๆต่อท่านทั้งสิ้น

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยนี้เป็นอย่างยิ่ง

(นางสาวจันทรา จินดา)

นิสิตปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง หน้าคำตอบและเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ตามความเป็นจริง

1. อายุปี
2. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุ.....ปี.....เดือน
3. สถานภาพสมรส
 - โสด หม้าย/หย่า
 - คู่ แยกกันอยู่
5. วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุดของท่าน
 - อนุปริญญา
 - ปริญญาตรี
 - ปริญญาโท สาขา.....
 - อื่นๆ (ระบุ)
6. ตำแหน่งการปฏิบัติงาน
 - หัวหน้าเวร (ในเวรเช้า/บ่าย/ดึก)
 - สมาชิกทีม (ในเวรเช้า/บ่าย/ดึก)
 - หัวหน้าเวรและสมาชิก โดยผลัดเปลี่ยนกัน (ในเวรเช้า/บ่าย/ดึก)
7. ช่วงเวลาการปฏิบัติงานของท่านในปัจจุบัน
 - ผลัดเปลี่ยนในเวรเช้า/บ่าย/ดึก
 - ปฏิบัติงานเฉพาะเวรเช้า

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจในงานของพยาบาล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ เป็นแบบสอบถามความรู้สึกของพยาบาล เกี่ยวกับการปฏิบัติงานการคัดกรองโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือ ทำรายการ แต่ละข้อเพียงคำตอบเดียว ตามความรู้สึกของท่าน โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

พอใจน้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกว่ ข้อความนั้นเกิดขึ้นน้อยที่สุด หรือไม่เกิดขึ้นเลย ในการปฏิบัติงานของท่าน (1-20%)
พอใจน้อย	หมายถึง	ท่านรู้สึกว่ ข้อความนั้นเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย ในการปฏิบัติงานของท่าน (21-40%)
พอใจปานกลาง	หมายถึง	ท่านรู้สึกว่ ข้อความนั้นเกิดขึ้นปานกลาง ในการปฏิบัติงานของท่าน (41-60%)
พอใจมาก	หมายถึง	ท่านรู้สึกว่ ข้อความนั้นเกิดขึ้นเป็นส่วนมาก ในการปฏิบัติงานของท่าน (61-80%)
พอใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกว่ ข้อความนั้นเกิดขึ้นมากที่สุด ในการปฏิบัติงานของท่าน(81-100%)

ข้อรายการ	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านลักษณะงาน					
1. การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นงานที่ทำทลายความสามารถของท่าน					
2. ท่านมีโอกาสได้ใช้ความรู้ ความสามารถอย่างเต็มที่ในการคัดกรองผู้ป่วย					
3. ท่านสามารถให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน แก่ผู้ป่วย ณ จุดคัดกรอง					
4. ท่านสามารถประสานงานเพื่อแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับและสถานะของผู้ป่วยแก่ญาติหรือผู้นำส่งเป็นระยะ					
5. การอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย					
6. ท่านสามารถคลี่คลายสถานการณ์วุ่นวาย หรือสถานการณ์ที่ไม่คาดฝัน ณ จุดคัดกรองได้					
7. ท่านพึงพอใจกับการปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรอง					

ข้อรายการ	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านการบังคับบัญชา					
1. ท่านพึงพอใจที่มีการมอบหมายงานการคัดกรองผู้ป่วยที่ชัดเจน					
2. ท่านพึงพอใจที่จะปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วยตามที่ได้รับมอบหมาย					
3. การระบุแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองไว้อย่างชัดเจนช่วยให้ท่านปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ					
4. คู่มือในการคัดกรองผู้ป่วยช่วยให้ท่านสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง					
5. การปฏิบัติการพยาบาล ณ จุดคัดกรอง ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ					
6. การปฏิบัติการพยาบาล ณ จุดคัดกรองปัจจุบันช่วยให้การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินดีขึ้น					
7. ท่านพึงพอใจกับรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยปัจจุบันที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย จากจุดคัดกรอง ไปยังพื้นที่การรักษา					
ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน					
1. ท่านรู้สึกภูมิใจที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติการพยาบาล ณ จุดคัดกรอง					
2. ท่านได้รับคำยกย่องชมเชยจากผู้ป่วย ญาติและผู้นำส่ง					
3. ท่านมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย					
4. ท่านภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งในทีมการรักษาพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย					
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในผลงานการพยาบาล ณ จุดคัดกรองที่ท่านปฏิบัติ					
ด้านสภาพการทำงาน					
1. สถานที่ ที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย มีความเหมาะสม					
2. อุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็น ณ จุดคัดกรองอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานและมีจำนวนเพียงพอ					
3. ท่านสามารถติดต่อประสานงานหน่วยงานต่างๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากการมีอุปกรณ์การสื่อสารที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน					
4. การคัดกรองผู้ป่วยช่วยให้การทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นระบบมากขึ้น					

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจันทร์ภา จินดา เกิดวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2509 ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ในปี พ.ศ. 2532 เข้าศึกษาในหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2545 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6 หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย