บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ๐-๗๗๒๗-๒๗๘๔

ที่ สฎ ๐๐๓๓.๐๐๑ / ๗๙ **วันที่** ๒๒ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง อนุญาตนำข้อมูลเผยแพร่บนเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตามที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ดำเนินการพิจารณาเผยแพร่ผลงานวิชาการประเภทงานวิจัยบนเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยพิจารณาผลงานวิชาการ เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยกลุ่ม Resuscitation and Emergency (Level 1 – 2) นานมากกว่า 2 ชั่วโมง (English) Factors affecting the length of stay in the emergency room of Resuscitation patients and Emergency (Level 1 – 2) for more than 2 hours. โดยนางเพียงโสม สุ่มประดิษฐ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี และนางสาวกฤษณา สังขมุณีจินดา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ในการนี้ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีความประสงค์นำผลงานที่ผ่านการพิจารณาเผยแพร่บนเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังรายละเอียดแนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นายวิสุทธิ์ สุขศรี)
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

(นายจิรชาติ เรืองวัชรินทร์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

แบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
วัน/เดือน/ปี : ๒๒ มกราคม ๒๕๖๗
หัวข้อ : การเผยแพร่ผลงานวิชาการบนเว็บไซต์ (Research)
รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) :

เอกสารจำนวน ๑๒ หน้า

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยกลุ่ม Resuscitation and Emergency (Level 1 – 2) นานมากกว่า 2 ชั่วโมง

(English) Factors affecting the length of stay in the emergency room of Resuscitation patients and Emergency (Level 1 – 2) for more than 2 hours.

Link ภายนอก: (ถ้ามี): ๕๓๒๙๐๑๒๕๖๗

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล	**ผู้อนุมัติรับรอง**
(นางสาวพีรญา เพชรชัย)	**(นายศรุตยา สุทธิรักษ์)**
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	**นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ**
วันที่๒๒ เดือนมกราคม ๒๕๖๗	วันที่๒๕ เดือนมกราคม ๒๕๖๗

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

(นายธีรพล จันทร์สังสา)
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๗

ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยกลุ่ม Resuscitation and Emergency (Level 1 – 2) นานมากกว่า 2 ชั่วโมง

Factors affecting the length of stay in the emergency room of Resuscitation patients and Emergency (Level 1 – 2) for more than 2 hours

เพียงโสม สุ่มประดิษฐ์
กฤษณา สังขมุณีจินดา
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
Piangsom Sumpradist
Krishna Sangkhamunijinda
Suratthani Hospital
Suratthani Rajabhat University

บทคัดย่อ

ที่มา: ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นศูนย์กลางที่เชื่อมต่อระหว่างการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลกับการดูแลแบบเฉพาะเจาะจง (Definitive Care) โดยมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่การคัดแยก (Triage) การรักษา การประสานงาน การส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินพ้นภาวะฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงถือว่าเป็นด่านหน้าของโรงพยาบาล เป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่มีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน ตั้งแต่มีความรุนแรงมากมีโอกาสรอดชีวิตน้อย จนถึงไม่รุนแรงทั้งในภาวะปกติและที่เกิดภัยพิบัติ การดูแลผู้บาดเจ็บที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินถือว่าเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดนับว่าเป็นเวลาทอง (Golden period) การวินิจฉัยที่รวดเร็วและการดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการ รวมทั้งเน้นความต่อเนื่องในการรักษา เพื่อย่นระยะเวลาในการดูแลรักษาที่เหมาะสม ดังนั้นการคัดแยกผู้ป่วย การตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยที่รวดเร็วและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและต้องตรงตามมาตรฐานเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อไม่ให้สถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดภาวะห้องฉุกเฉินแออัดได้ ภาวะห้องฉุกเฉินแออัดเป็น 1 ใน 3 ของการพัฒนาห้องฉุกเฉินให้มีคุณภาพ ได้แก่ "ลดแออัด จัดมาตรฐาน พัฒนาคน" (กรมการแพทย์, 2561) และได้กำหนดเป็นนโยบาย 2-4 hour target คือ กำหนดให้ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลอยู่ในห้องฉุกเฉิน (ไม่รวมถึงสังเกตอาการระยะสั้น) ไม่เกิน 2-4 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาล โดยให้กำกับติดตามตัวชี้วัด ที่สะท้อนถึงภาวะห้องฉุกเฉินแออัด ได้แก่ ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจของผู้ป่วยแต่ละประเภท คือ Resuscitation , Emergency , Urgency Semi Urgency, Non-Emergency ระยะเวลาของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน (2-4 hour Target) ความพึงพอใจ/ข้อร้องเรียนของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน(Carter et al,2014) เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ จึงมีความต้องการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยกลุ่ม Resuscitation and Emergency (Level 1 – 2) นานมากกว่า 2 ชั่วโมง เนื่องจากตามแนวทางการลดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด การปรับกระบวนการบริการในห้องฉุกเฉิน กำหนดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตอยู่ในห้องฉุกเฉิน ไม่เกิน 2 – 4 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตไม่ได้รับการรักษาตามระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งถือได้ว่าเป็นการพัฒนาตามมาตรการการดำเนินงานห้องฉุกเฉินคุณภาพ ลดแออัด จัดมาตรฐาน พัฒนาคน ตามคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยกลุ่ม Resuscitation and Emergency (Level 1–2) นานมากกว่า 2 ชั่วโมง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนา แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Descriptive Retrospective Observation Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยกลุ่ม Resuscitation and Emergency (Level 1 – 2) นานมากกว่า 2 ชั่วโมง ระยะเวลาดำเนินโครงการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 – เดือนตุลาคม 2564 (รวมระยะเวลา 1 ปี) เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือเวชระเบียนจำนวน 400 คน ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในช่วงเดือนตุลาคม 2563 – เดือนตุลาคม 2564 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และการเปรียบเทียบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น รอเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง เป็นต้น

ผลการวิจัย: ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน คือ รอเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ครั้งที่ 1 การตรวจเลือด รอผลชันสูตร และการตรวจเอกซ์เรย์ ตามลำดับ

สรุปผล: ควรจัดให้มีแผนกรองรับผู้ป่วยหนักจากห้องฉุกเฉินระหว่างรอเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน หรือมีห้องตรวจแยกเฉพาะสำหรับตรวจรักษาผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น รวมถึงควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพิ่มบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ และด้านการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

คำสำคัญ: ภาวะห้องฉุกเฉินแออัด ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

Abstract

Background: The accident and emergency room is considered the front line of the hospital. To provide services to patients with illnesses and injuries of varying severity. Since it is very violent, there is little chance of survival. Until not severe Studying the factors that affect the time spent in the emergency room for critical and emergency patients for more than 2 hours can reduce the risk that patients' symptoms will deteriorate quickly, reduce crowding, and reflect the quality of nursing care.

Objectives: To study factors affecting the length of stay in the emergency room for patients in the critical care group and emergency group for more than 2 hours (Resuscitation and Emergency (Level 1 - 2) for more than 2 hours)

Methods: This research is a descriptive study. Descriptive Retrospective Observation Study to study factors affecting the length of stay in the emergency room for patients in the critical and emergency group for more than 2 hours (Resuscitation and Emergency (Level 1 - 2)) 2 hours. Project duration from October 2020 - October 2021 (total period of 1 year). Collect sample data from medical record files. The population is patients who come to receive services at the accident and emergency room. Surat Thani Hospital During October 2020 - October 2021, sample group used in this research Derived from sample size calculation. Using a calculation formula based on the difference between two groups (Hypothesis tests for two population means – two – sided test) in the substitution, use citation numbers from the research on Analyzing completion times in an academic emergency department. : coordination of case is the weakest link of Vegting and colleagues from the calculation, the sample size (Sample size) is 3,416 cases, which is the least number. That made it possible to find differences between the two population groups. Statistics used in data analysis include descriptive statistics,

including frequency distributions, percentage values, and comparisons of related data, such as waiting to be admitted to the inpatient department. Consulting a specialist doctor, etc.

Results: Congestion at the emergency room includes waiting to receive treatment in the inpatient department. Consultation with a specialist doctor for the first time, blood test, waiting for autopsy results and X-ray examination, respectively.

Conclusion: There should be a department to support intensive care patients from the emergency room while waiting to be admitted to the inpatient department. Or there is a separate examination room specifically for treating the increasing number of elderly patients. Including the establishment of a committee to develop the accident and emergency department. Increase personnel with medical expertise and consulting with specialized doctors

Keywords: Crowded emergency room Emergency patients and critically ill emergency patients.

บทนำ

ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นศูนย์กลางที่เชื่อมต่อระหว่างการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน นอกโรงพยาบาลกับการดูแลแบบเฉพาะเจาะจง (Definitive Care) โดยมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่การคัดแยก (Triage) การรักษา การประสานงาน การส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินพ้นภาวะฉุกเฉิน คือลดอัตราการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ และการทำงานของอวัยวะสำคัญ (Save Live, Save Limb, Save Function) [1] ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงถือว่าเป็นด่านหน้าของโรงพยาบาล เป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่มีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน ตั้งแต่มีความรุนแรงมากมีโอกาสรอดชีวิตน้อย จนถึงไม่รุนแรงทั้งในภาวะปกติและที่เกิดภัยพิบัติ การให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความท้าทายหลายประการ เนื่องจากเป็นกระบวนการดูแล ที่ต้องเข้าถึงได้ง่าย รวดเร็ว มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ เพราะบางโรค บางภาวะ การพยากรณ์โรคขึ้นกับเวลาที่ได้รับการดูแลรักษา [2] แนวโน้มของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิตนับวันจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งจากอุบัติเหตุ ภัยธรรมชาติ และจากการเจ็บป่วยอื่นๆ ทีมดูแลที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วได้กำหนดเป้าหมายที่สำคัญคือ ให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและมีความพิการน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติโดยไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม[3] การดูแลผู้บาดเจ็บที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินถือว่าเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดนับว่าเป็นเวลาทอง (Golden period) [4] ทีมผู้ให้บริการประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมทั้งสหวิชาชีพจึงต้องใช้ความรู้ความสามารถประสบการณ์และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคหรือผู้ป่วยภาวะวิกฤตทั้งในภาวะปกติและภัยพิบัติ [5] อีกทั้งปัจจุบันพบว่าการวินิจฉัยที่รวดเร็วและการดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการ รวมทั้งเน้นความต่อเนื่องในการรักษา รวมถึงการจัดลำดับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติอย่างรวดเร็วที่เรียกว่า Fast track guide ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อย่นระยะเวลาในการดูแลรักษาที่เหมาะสม รวมถึงการคัดแยกผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษา ดังนั้นตั้งแต่การคัดแยกผู้ป่วย การตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยที่รวดเร็วและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและต้องตรงตามมาตรฐาน เป็นสิ่งสำคัญเพื่อไม่ให้สถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดภาวะห้องฉุกเฉินแออัดได้

แนวทางในการลดภาวะห้องฉุกเฉินที่แออัด คือ การเพิ่มประสิทธิภาพการไหลออกของผู้ป่วย (Patient Flow) ในห้องฉุกเฉินและโรงพยาบาล[6] ภาวะห้องฉุกเฉินแออัดเป็นปัญหาที่สำคัญของห้องฉุกเฉินทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทย ในปี ค.ศ. 1980 – 1990 พบว่า ความแออัดของห้องฉุกเฉินส่งผลกระทบทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง เช่น เกิดการวินิจฉัยหรือการตัดสินใจรักษาผิดพลาด ประสิทธิภาพของผู้ปฏิบัติงานลดลง อัตราการเจ็บป่วยของบุคลากรและอัตราการลาออกสูงขึ้นจากภาระงานที่หนักและกดดัน [7] ในสหรัฐอเมริกาได้มีการศึกษาของ Derlet และคณะ[8] พบว่าความแออัดของห้องฉุกเฉิน ส่งผลให้การรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภาวการณ์ติดเชื้อรุนแรง โรคหลอดเลือดสมองตีบ เกิดความล่าช้าทำให้มีผลต่ออัตราการตายที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations[9] พบว่าร้อยละ 31 ของผู้ป่วยที่มีอัตราการก่อโรคและอัตราการตายที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับภาวะความแออัดของห้องฉุกเฉิน ในประเทศไทย มีการใช้บริการห้องฉุกเฉินประมาณ 35 ล้านครั้ง/ปี คิดเป็น 458:1000 ประชากร โดยมากกว่า 60% เป็นผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน[10] ที่สามารถให้การรักษาที่หน่วยบริการอื่นได้ เช่น แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เมื่อเทียบกับอัตรากำลังแพทย์พยาบาลที่ไม่เพียงพอต่อการบริการ ทำให้เกิดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด ส่งผลต่อผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการรักษาที่ล่าช้า และระบบการจัดการภายในโรงพยาบาล จากการปฏิบัติงานของผู้วิจัยในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่า การให้บริการในห้องฉุกเฉิน ในผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินวิกฤต(Resuscitation) และผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมาก (Emergency) ใช้เวลามากกว่า 2 ชั่วโมง จากข้อมูลการให้บริการในปี พ.ศ.2562 ผู้ป่วยจำนวน 48,849 ราย ใช้เวลารักษาในห้องฉุกเฉินมากกว่า 2 ชั่วโมง จำนวน 7,773 คน คิดเป็นร้อยละ 42.76 พ.ศ.2563 ผู้ป่วยจำนวน 44,332 ราย ใช้เวลารักษาในห้องฉุกเฉินมากกว่า 2 ชั่วโมง จำนวน 8,968 คน คิดเป็นร้อยละ 52.05 และ พ.ศ.2564 ผู้ป่วยจำนวน 40,200 ราย ใช้เวลารักษาในห้องฉุกเฉินมากกว่า 2 ชั่วโมง จำนวน 9,253 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.97 จากจำนวนผู้ป่วยที่มีปริมาณเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยกลุ่มวิกฤต ฉุกเฉินต้องใช้เวลาในการตรวจวินิจฉัยนานมากกว่า 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆในห้องฉุกเฉิน รวมถึงผู้ป่วยรายอื่นที่กำลังเข้ามารับบริการให้ห้องฉุกเฉินด้วย ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆในห้องฉุกเฉิน รวมถึงผู้ป่วยรายอื่นที่กำลังเข้ามารับบริการให้ห้องฉุกเฉินด้วย ผู้ป่วยมีความเสี่ยงอาการทรุดลง อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้นผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจในบริการ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยกลุ่ม Resuscitation and Emergency (Level 1 – 2) นานมากกว่า 2 ชั่วโมง เนื่องผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความรุนแรงของโรคและตามระดับการคัดแยก ความเร่งด่วนในการรักษา จากแนวทางการลดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด การปรับกระบวนการบริการในห้องฉุกเฉิน กำหนดให้ผู้ป่วยกลุ่ม Resuscitation and Emergency (Level 1 – 2) อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 – 4 ชั่วโมง[11] ถ้าผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตไม่ได้รับการรักษา ตามระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งถือได้ว่าเป็นการพัฒนาตามมาตรการการดำเนินงานห้องฉุกเฉินคุณภาพ ลดแออัด จัดมาตรฐาน พัฒนาคน ตามคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยกลุ่ม Resuscitation and Emergency (Level 1 – 2) นานมากกว่า 2 ชั่วโมง

ประโยชน์

1.ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน เหมือนหรือแตกต่างกันหรือไม่

2. สามารถนำข้อมูลมากำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงานห้องฉุกเฉินคุณภาพ ลดแออัด จัดมาตรฐานพัฒนาคน ตามคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่สอดคล้องกับการให้บริการพยาบาลในสถานการณ์ปัจจุบัน

นิยามศัพท์

ห้องฉุกเฉิน หมายถึง เป็นสถานบริการทางการแพทย์ที่มีความชำนาญพิเศษด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน หมายถึง การบริบาลแบบฉับพลันซึ่งผู้ป่วยที่มาโดยมิได้นัดล่วงหน้า ผู้ป่วยอาจเดินทางมาเองหรือโดยรถพยาบาล ปกติแผนกฉุกเฉินตั้งอยู่ในโรงพยาบาลหรือศูนย์บริการปฐมภูมิ

ห้องฉุกเฉินแออัด หมายถึงการที่จำนวนผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินมีมากกว่าความสามารถในการให้บริการ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ภาวะห้องฉุกเฉินแออัด ส่งผลให้คุณภาพลดลง ค่าใช้จ่ายบริการสูงขึ้น และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการลดลง

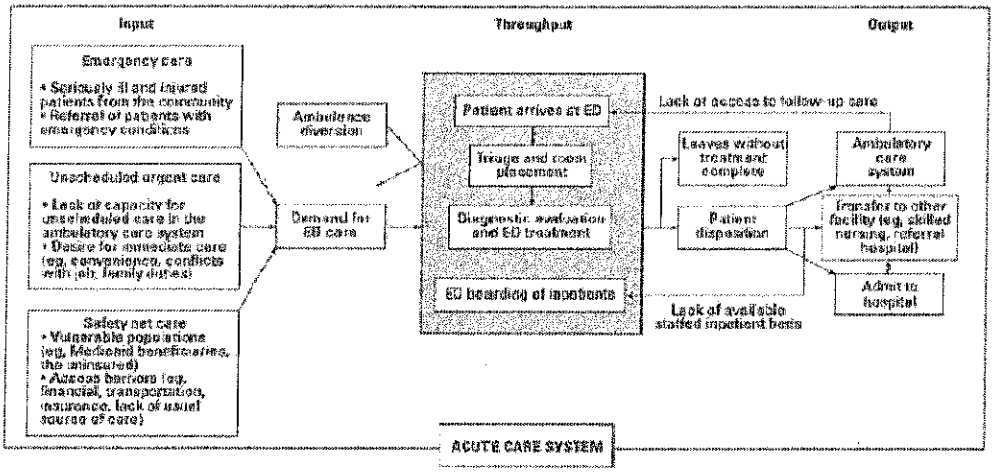
TRIAGE หมายถึง กระบวนการประเมิน สภาพของผู้ป่วยอย่าง รวดเร็ว เพื่อตัดสินความเร่งด่วนของอาการสำคัญ ที่เป็นปัญหาและจัดให้ได้รับการรักษาพยาบาล ตามความเหมาะสม ถูกต้อง ถูกคน

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation = Level 1) หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับการช่วยทางการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว

ผู้ป่วยฉุกเฉินหนัก (Emergency = Level 2) หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตมีความเสี่ยงหากให้รอ มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง มีอาการปวดมากมีอาการกระสับกระส่าย ระดับความปวดมากกว่า $\geq$ 7 คะแนน ผู้ป่วยจะมีการบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดของการเกิดภาวะความแออัดของห้องฉุกเฉินของ Asplin และคณะ [12] โดยใช้แบบจำลอง ความคิดรวบยอดการรับเข้า การผ่านกระบวนการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการไหลออกของผู้ป่วยที่มารับบริการห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (input-throughput-output model of ED crowding) ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (descriptive retrospective observation study) พื้นที่ในการศึกษา คือ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระยะเวลาดำเนินโครงการ เดือนตุลาคม 2563 – เดือนตุลาคม 2564 (รวมระยะเวลา 1 ปี)

กลุ่มประชากรคือ เวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 43,075 คน ในช่วงเดือนตุลาคม 2563 – เดือนตุลาคม 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้มาจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณบนพื้นฐานของค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มสองกลุ่ม (Hypothesis tests for two population means – two – sided test) ในการแทนค่าใช้ตัวเลขการอ้างอิงจากการงานวิจัยเรื่อง Analyzing completion times in an academic emergency department: coordination of case is the weakest link ของ Vegting และ คณะ[11] โดยจากการคำนวณจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) คือ 3,416 ราย ซึ่งเป็นจำนวนน้อยที่สุด ที่ทำให้พบความแตกต่างของกลุ่มประชากร สองกลุ่ม โดยทำการสุ่มตัวอย่างเพื่อทำการศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 400 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation = Level 1) และผู้ป่วยฉุกเฉินหนัก (Emergency = Level 2) ที่มีระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉิน นานมากกว่า 2 ชั่วโมง ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 18,174 ราย จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำแนกเป็นจำนวนผู้ป่วยที่ใช้เวลา น้อยกว่า 2 ชั่วโมง จำนวน 10,400 ราย และจำนวนผู้ป่วยที่ใช้เวลา 2 ชั่วโมงหรือมากกว่า จำนวน 7,773 ราย โดยทำการสุ่มตัวอย่างเพื่อทำการศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 400 ราย

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation = Level 1) และผู้ป่วยฉุกเฉินหนัก (Emergency = Level 2) ที่มีระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินน้อยกว่า 2 ชั่วโมง และผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgent=Level 3) ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย(Less urgent= Level 4) ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (Non-urgent =5)

เครื่องมือ คือ แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเก็บข้อมูลต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ 2) ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยตามระดับ การคัดกรอง (triage level) เวลาที่เข้ารับบริการ เวลาที่ออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การวินิจฉัยโรค การ

ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งตรวจรังสีวินิจฉัย ผลการรักษา และระยะเวลาการรับบริการทั้งหมด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ(ER คุณภาพ) ประกอบด้วย

อาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	1	ท่าน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญงานอุบัติเหตุฉุกเฉินระดับตติยภูมิ	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาล	1	ท่าน

โดยพิจารณาตรวจสอบด้านเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจนและความเหมาะสม แล้วนำไปทดลองใช้และหาความเที่ยงต่อไปโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้ปรับปรุง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาดำเนินโครงการ เดือนตุลาคม 2563 – เดือนตุลาคม 2564 (รวมระยะเวลา 1 ปี) เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแบบบันทึก จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์กับทางหน่วยงานและผู้ป่วยที่มารับบริการห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการปฏิบัติการพยาบาลในอนาคต

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา(descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และการเปรียบเทียบข้อมูลที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา(descriptive statistics) เช่น รอเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง เป็นต้น

ผลการวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

1.1 เพศ เป็นเพศชาย จำนวน 236 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.00 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และเพศหญิง จำนวน 164 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.00 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

1.2 อายุ ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีจำนวน 192 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.00 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาตามลำดับ ได้แก่ อายุช่วง 41-50 ปี จำนวน 115 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.75 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และช่วงอายุ 21-40 ปี จำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.00 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยมีผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ ไม่เกิน 20 ปี จำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.25 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จะเห็นได้ว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างช่วงอายุยิ่งมากขึ้นจะมีจำนวนมากขึ้น

1.3 ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการ ส่วนใหญ่เป็นช่วงเวลา 16.00 – 24.00 น. มีจำนวน 186 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.50 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาเป็นช่วงเวลา 24.01-08.00 น. จำนวน 115 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.70 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และช่วงเวลา 08.00-16.00 น. มีผู้ป่วยมารับบริการน้อยที่สุด จำนวน 99 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.80 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

1.4 แผนกที่รับการรักษาผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมมีจำนวน 277 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.30 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาตามลำดับ ได้แก่ แผนกศัลยกรรม 96 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.00 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แผนกไอซียู อายุรกรรม จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.30 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แผนกศัลยกรรมกระดูกจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.00 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แผนกนรีเวชและแผนกไอซียู ศัลยกรรม แผนกละ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.6 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ทั้งนี้ มีผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ตรวจสามารถกลับบ้านได้ (ไม่ต้องเข้าแผนกต่างๆ) จำนวน 15 ราย คิดเป็น ร้อยละ 3.80 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และมีผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.3 ของจำนวน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยมีผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ ไม่เกิน 20 ปี จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 8.25 ของ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

2. ผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยจากแผนกฉุกเฉินที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

2.1 ผู้ป่วย**จากแผนกฉุกเฉิน**ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน (emergency) จำนวน 262 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.00 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และเป็นผู้ป่วยประเภท 1 ต้องช่วยทันที (Resuscitation) จำนวน 138 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.50 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

2.2 ผู้ป่วย**จากแผนกฉุกเฉิน**ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอายุรกรรม / ผู้ป่วยทั่วไป จำนวน 326 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.50 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และเป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุ จำนวน 74 รายคิดเป็นร้อยละ 18.50 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการแต่ละขั้นตอน

3.1 การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

3.1.1 ภาพรวมการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การปรึกษาแพทย์เฉพาะทางของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยทำการปรึกษาแพทย์ 2 ครั้ง ปรากฏดังนี้

ครั้งที่ 1 มีผู้ป่วยที่ต้องปรึกษาแพทย์ จำนวน 189 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.25 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยทำการปรึกษาแพทย์แผนกศัลยกรรมมากที่สุด มีจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.50 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และผู้ป่วยที่กลับบ้านได้รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ต้องปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง มีจำนวนรวม 211 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.75 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ครั้งที่ 2 มีผู้ป่วยที่ต้องปรึกษาแพทย์ จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.75 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยทำการปรึกษาแพทย์แผนกศัลยกรรมกระดูกมากที่สุด มีจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.50 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และผู้ป่วยที่กลับบ้านได้รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ต้องปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง มีจำนวนรวม 365 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.25 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

3.1.2 ระยะเวลาการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ระยะเวลาในการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางแผนกต่าง ๆ ทั้ง 2 ครั้ง ปรากฏว่ามีการใช้เวลา ดังนี้

ครั้งที่ 1 มีผู้ป่วยที่ต้องปรึกษาแพทย์ จำนวน 189 ราย โดยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาช่วง 0- 30 นาที มากที่สุด มีจำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.80 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และระยะเวลาที่มีจำนวนผู้ป่วยน้อยที่สุด คือช่วง 181 – 210 นาที มีจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.00 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด สำหรับกลุ่มที่ใช้ระยะเวลานานที่สุดอยู่ในช่วง 211-240 นาที (3 ชั่วโมงครึ่ง ถึง 4 ชั่วโมง) มีจำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.30 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ทั้งนี้ มีกรณีที่ใช้ระยะเวลาในการรอเกิน 2 ชั่วโมง (120 นาที) จำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.50 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ครั้งที่ 2 มีผู้ป่วยที่ต้องปรึกษาแพทย์ จำนวน 35 ราย โดยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาช่วง 121- 150 นาที มากที่สุด มีจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.00 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และระยะเวลาช่วงที่มีจำนวนผู้ป่วยน้อยที่สุด

มี 2 ระยะ คือ (1) ช่วง 151 – 180 นาที (2 ชั่วโมงครึ่ง ถึง 3 ชั่วโมง) มีจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.30 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (2) ช่วง 181 – 210 นาที (3 ชั่วโมง ถึง 3 ชั่วโมงครึ่ง) มีจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.30 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด สำหรับกลุ่มที่ใช้เวลานานที่สุดช่วง 211-240 นาที (3 ชั่วโมงครึ่ง ถึง 4 ชั่วโมง) มีจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.00 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ทั้งนี้ มีกรณีที่ใช้ระยะเวลาในการรอเกิน 2 ชั่วโมง (120 นาที) จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.50 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

3.2 ระยะเวลาในการรอผลชันสูตร/ผลตรวจเลือด

มีผู้ป่วยที่ต้องทำการตรวจเลือด รอผลชันสูตร จำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.50 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และผู้ป่วยที่ไม่ต้องทำการตรวจเลือด รอผลชันสูตร มีจำนวน 366 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.50 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยผู้ป่วยที่ต้องทำการตรวจเลือด รอผลชันสูตร กลุ่มที่มากที่สุดใช้ระยะเวลารอช่วง 31-60 นาที มีจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.30 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาใช้ระยะเวลา 61-90 นาที มีจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.50 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และที่ใช้เวลารอนานที่สุดช่วง 211-240 นาที มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.3 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ทั้งนี้ มีกรณีที่ใช้ระยะเวลาในการรอเกิน 2 ชั่วโมง (120 นาที) จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.25 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

3.3 ระยะเวลาการตรวจเอ็กซ์เรย์ (X-ray) การตรวจเอ็กซ์เรย์ ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการตรวจ 2 ครั้ง ปรากฏดังนี้

ครั้งที่ 1 มีผู้ป่วยที่ต้องทำการตรวจเอ็กซ์เรย์ จำนวน 241 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.20ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และไม่ต้องทำการตรวจเอ็กซ์เรย์ จำนวน 159 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.80 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาช่วงไม่เกิน 30 นาที มากที่สุด มีจำนวน 232 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.00 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ทั้งนี้ มีกรณีที่ใช้เวลารอเกิน 2 ชั่วโมง (120 นาที) จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.3 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ครั้งที่ 2 มีผู้ป่วยที่ต้องทำการตรวจเอ็กซ์เรย์ จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.80 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และไม่ต้องทำการตรวจเอ็กซ์เรย์ จำนวน 389 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.20 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยทั้งหมด 11 ราย ใช้ระยะเวลาช่วงไม่เกิน 30 นาที

3.4 ระยะเวลาการตรวจเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์ (CT) และการตรวจอัลตราซาวน์ การตรวจเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์และการตรวจอัลตราซาวน์ ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ปรากฏดังนี้

การตรวจเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์ มีผู้ป่วยที่ต้องทำการตรวจเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์ จำนวน 111 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.70 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และไม่ต้องทำการตรวจเอ็กซ์เรย์ จำนวน 289 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.30 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาช่วงไม่เกิน 30 นาที มากที่สุด มีจำนวน 102 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.5 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด การตรวจอัลตราซาวน์ มีผู้ป่วยที่ต้องทำการตรวจเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์ จำนวน 3 รายคิดเป็นร้อยละ 0.75 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และไม่ต้องทำการตรวจเอ็กซ์เรย์ จำนวน 297 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.25 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยทั้งหมด 3 ราย ใช้ระยะเวลาช่วงไม่เกิน 30 นาที

3.5 ระยะเวลาในการรอเข้ารับการรักษาต่อในแผนกผู้ป่วยใน

จากข้อมูลระยะเวลาในการรอของผู้ป่วยที่มารับบริการห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในแต่ละขั้นตอนซึ่งมีช่วงระยะเวลาในการรอรับบริการขั้นตอนต่าง ๆ ตามลักษณะอาการของผู้ป่วยและกระบวนการรักษา โดยมีผู้ป่วยที่มารับบริการและกลับบ้านได้ จำนวน 83 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.75 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในกระบวนการ มีจำนวน 327 คน ใช้ระยะเวลาในการรอ ดังนี้

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เวลารอช่วงสั้นที่สุด คือ ไม่เกิน 30 นาที โดยมีจำนวนมากที่สุด คือ 167 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.75 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาตามลำดับ คือใช้เวลารอ ไม่เกิน1 ชั่วโมง (ช่วงการรอ 31–60 นาที)มีจำนวน 56 รายคิดเป็นร้อยละ 14.00 ของจำนวนผู้ป่วย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ใช้เวลารอ 61-90 นาที จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.50 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และใช้เวลารอช่วง 91- 120 นาที มีจำนวนใกล้เคียงกับช่วงก่อน คือ มีจำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.00 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยมีกลุ่มที่รอนานที่สุด เป็นเวลามากกว่า 4 ชั่วโมง มีจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.00 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และช่วงที่มีจำนวนผู้ป่วยรอน้อยที่สุด คือช่วง 211 -240 นาที มีจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.00 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยกลุ่ม Resuscitation and Emergency (Level 1-2) นานมากกว่า 2 ชั่วโมง ซึ่งได้ข้อสรุปว่ามีปัจจัยกระบวนการ 4 ปัจจัยที่ผู้ป่วยใช้เวลารอนานกว่า 2 ชั่วโมง โดยมี 2 ปัจจัยที่มีนัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความแออัดของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน คือ รอเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน และการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ดังนี้

1. ปัจจัยขั้นตอนรอเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วย โดยจากผลการวิจัยมีจำนวนผู้ป่วยที่ใช้เวลารอมากกว่า 2 ชั่วโมง จำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.46 ของจำนวนผู้ป่วยที่รอเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในทั้งหมด สะท้อนถึงการดำเนินการให้เกิดการไหลออกของผู้ป่วย (Patient Flow) ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร นับเป็นปัญหาที่ส่งผลให้เกิดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด ไม่สอดคล้องกับแนวทางในการลดภาวะห้องฉุกเฉินที่แออัด คือ การเพิ่มประสิทธิภาพการไหลออกของผู้ป่วย (Patient Flow) ในห้องฉุกเฉินและโรงพยาบาล

2. ปัจจัยขั้นตอนปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง โดยจากผลการวิจัยมีจำนวนผู้ป่วยที่รอมากกว่า 2 ชั่วโมง จำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.22 ของจำนวนผู้ป่วยที่รอปรึกษาแพทย์เฉพาะทางทั้งหมด ซึ่งเป็นการรอครั้งที่ 1 นอกจากนี้ ยังปรากฏว่า ในการปรึกษาแพทย์ครั้งที่ 2 มีจำนวนผู้ป่วยที่รอนานมากกว่า 2 ชั่วโมง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 ของจำนวนผู้ป่วยที่ต้องปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ครั้งที่ 2 นับเป็นอัตราส่วนที่ไม่น้อย ปัจจัยกระบวนการในขั้นตอนปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง จึงมีนัยสำคัญต่อสภาพความแออัดของห้องฉุกเฉินซึ่งอาจจะต้องศึกษาลงลึกไปอีกว่า สาเหตุที่ทำให้ปัจจัยดังกล่าวนี้ มีผลให้เกิดการรอมากกว่า 2 ชั่วโมง มีสาเหตุจากอะไร เช่น แพทย์เฉพาะทางมีน้อย หรือแพทย์ยังมีประสบการณ์ไม่เพียงพอ หรือผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหลายโรค เป็นต้น เพื่อให้การแก้ไขปัญหาตรงประเด็น

3. จากข้อมูลผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี มีจำนวน 192 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.00 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด และยิ่งช่วงอายุมากขึ้นจะมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น อาการของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอายุรกรรม / ผู้ป่วยทั่วไป จำนวน 326 รายคิดเป็นร้อยละ 81.50 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ในขณะที่มีผู้ป่วยอุบัติเหตุจำนวน 74 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.50 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แสดงนัยให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มารับการ

รักษาที่แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีอาการเจ็บป่วย หรือโรคประจำตัว และมักจะเข้ารับการรักษาเมื่ออาการหนัก กล่าวคือ จากข้อมูล ที่ปรากฏว่า ในช่วงเวลา 16.00 น. ถึง 08.00 น. ของวันถัดไป มีผู้ป่วยจำนวนมากถึง 301 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.25 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ทำให้เห็นสภาพห้องฉุกเฉินที่แออัด เกิดจากคนสูงอายุ มีโรคประจำตัว เข้ารักษาช่วงเย็น ๆ เวลากลางคืนถึงช่วงเช้า โดยอาจจะไม่ยอม หรือไม่พร้อมเข้ารับการรักษาในช่วงเวลากลางวันซึ่งอาการอาจจะยังไม่ถึงระดับฉุกเฉิน โดยบางรายอาจมีการรอ จึงเข้ารับการรักษาแบบฉุกเฉินซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาของแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่ได้ค้นพบว่า มีปัจจัยกระบวนการ 2 ปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน คือ ปัจจัยรอเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน และปัจจัยขั้นตอนการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง รวมทั้งปัจจัยด้านอายุ อาการผู้ป่วยและช่วงเวลาที่เข้ารับบริการ มีผลกระทบต่อความแออัดของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จึงมีข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุง แก้ไขปัญหา ดังนี้

1. กรณีผู้ป่วยรอเข้ารับการรักษาต่อในแผนกผู้ป่วยใน เนื่องจากมีปัญหาเตียงเต็ม (Bed Block) ระหว่างรอเคลียร์เตียง ทางโรงพยาบาลอาจจะจัดให้มีแผนกสังเกตอาการ (Observe Unit) เพื่อรองรับผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉินระหว่างดำเนินการแก้ปัญหา ในกรณีผู้ป่วยเสี่ยงต่ออาการทรุดลงโดยไม่คาดฝัน อาจจัดให้มีช่องทางพิเศษ หรือหน่วยงานสำรองตลอดเวลา เพื่อช่วยลดปัญหาห้องฉุกเฉินแออัดลงได้

2. โรงพยาบาลอาจจะจัดให้มีคลินิกแยก เพื่อช่วยตรวจรักษาผู้ป่วยสูงอายุประเภทอายุรกรรม ในช่วงเวลาวิกฤตของแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เช่น จากผลการวิจัย ช่วงที่คนป่วยเข้ารับการรักษาจำนวนมากในช่วง ตั้งแต่ 16.00 น. เป็นความจำเป็นที่ต้องใช้ความร่วมมือจากหลายฝ่าย เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่ดี

3. สภาพความแออัดของแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน มักจะส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ โดยเฉพาะญาติผู้ป่วย ดังนั้น สิ่งที่เจ้าหน้าที่สามารถทำได้ คือ การพูดคุยให้คำแนะนำต่าง ๆ กับญาติผู้ป่วย เพื่อสร้างความพึงพอใจ ลดการฟ้องร้องที่อาจจะเกิดขึ้น และเป็นสิ่งที่ทำได้ไม่ยาก ทุกคนสามารถปฏิบัติได้

4. โรงพยาบาลควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER คุณภาพ) แก้ไขปัญหาความแออัดในห้องฉุกเฉิน มีการจัดทำนโยบายกำหนดระยะเวลาของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน

5. ควรมีการเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ด้านการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางให้มีความเฉพาะเจาะจง เข้าถึงง่าย

6. ในผู้ป่วยที่มีการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นๆ ผ่านระบบส่งต่อ ผู้ป่วยอายุรกรรมควรมีการส่งผ่านไปโดยตรงยังหอผู้ป่วย

จริยธรรมวิจัย

ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ลำดับที่ 38/2563 เมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2563

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาแนะนำ และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ส่งผลให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. National Institute of Emergency Medicine. Emergency Medical Act B.E. 2551 (2nd ed.). Nonthaburi: National Institute of Emergency Medicine.
2. Chaiporn Yuksen, and Yuvareshmkot (2014). Emergency Medicine 1. Bangkok: Choraka Printing. (In Thai)
3. Sawai Narasarn (2014). Emergency trauma nursing. Conference Papers on Emergency Care. 2 – 6 June. Bangkok: Ramathibodi Continuing Nursing Service and Center for Continuing Education in Nursing, Ramathibodi School Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (In Thai)
4. Filter (2016). Trauma Nurse Coordinator. Lecture Notes on TNCs: Trauma Care and Outcome. Day 18 – 19 February 2016. Bangkok: Department of Medicine in collaboration with Department of Trauma Surgery. Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University and The Royal College of Surgeons of Thailand.
5. Danulada Chamchuri. (2020)The role and competencies of emergency nurses as they enter the ASEAN Community. RetrieMarch 7, 2020,from http://www.bcn.ac.th/web/2011/Attachment/. (In Thai)
6. George. F., & Evridiki. K. The Effect of Emergency Department Crowding on Patient Outcomes. Health Science Journal. 2015;9(1):1-6.
7. Australasian College of Emergency Physicians. (2019) Statements. Emergency Department Overcrowding. http://www.acem.org.ac.media/policies_and_guidelines/S57_-_Statement_ on _ ED_Overcr.pdf [Accessed Feb 11, 2019].
8. Derlet. RW., & Richaeds JR. Emergency department overcrowding in Florida, New York, and Texas. South Med J 2002; 95:846-9.
9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO). Sentinel event alert, June17, 2002.Availablefrom: URL://http://www/jcaho.org/about+us/news+ letters/sentinel+event+ alert/ sea_ 26. html [Accessed Feb 11, 2019].
10. National Association of Public Hospitals and Health Systems. Perfecting patient flow. America's Safety Net Hospital and Emergency Department Crowding. Available from: URL://http:/ /www. urgentmatters. Org /report_NAPH_Perfecting_Patient.
11. Vegting IL, Nanayakkara PW, van Dongen AE, Vandewalle E, van Galen J, Kramer MH, et al. Analyzing completion times in an academic emergency department: coordination of case is the weakest link. Neth J Medicine. 2011; 69:392-8.
12. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV. (2003) A conceptual model of emergency department crowding. Ann Emerg Med 2003; 42:173-80.