

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

ประสบการณ์ของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ

ภัทรารักษ์ สุกาญจนารักษ์

14 S.A. 2561

38 1048

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

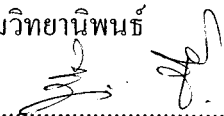
พฤษภาคม 2556

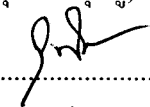
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนและส่งเสริมวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาโท
จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
ประจำภาคปลาย ปีการศึกษา 2551

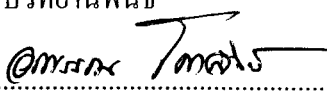
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ภัทราภรณ์ สุกาญจนภรณ์ จบนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

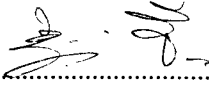
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

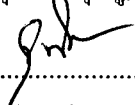

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(อาจารย์ ดร.สุวดี สุกกุล)

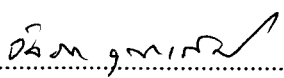

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุพาลักษณ์ บารมี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

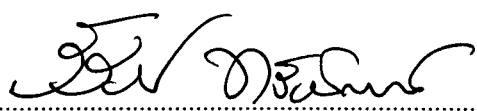

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ โตสิงห์)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.สุวดี สุกกุล)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุพาลักษณ์ บารมี)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลภา คุณทรงเกียรติ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ของมหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

วันที่ 31 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2556

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของ อาจารย์ ดร.สุวดี สกุลคู อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ และดูแลอย่างใกล้ชิด และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬาลักษณ์ บารมี อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่ได้ให้โอกาส คำแนะนำ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่านที่มีส่วนร่วมและให้โอกาสผู้วิจัยได้มาทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้เสร็จสิ้น ตลอดจนขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ โตสิงห์ ที่ได้กรุณาสละเวลามาเป็นประธานทั้งในการสอบเค้าโครงและการสอบปากเปล่าวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ ที่มาเป็นกรรมการสอบปากเปล่าวิทยานิพนธ์ ซึ่งทั้ง 2 ท่าน ได้กรุณาให้คำแนะนำอย่างดีในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด หัวหน้าหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุทั้งในอดีตและปัจจุบัน และเพื่อนร่วมงานทุกคน ที่คอยห่วงใย ให้กำลังใจ ให้โอกาสและอำนวยความสะดวกเรื่องต่างๆ แก่ผู้วิจัย ตลอดจนเพื่อนนิสิตและคณาจารย์หลักสูตรการศึกษาศุภชีพบัณฑิต สาขาการวัดและประเมินผลการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ที่ผู้วิจัยกำลังศึกษาอยู่) ที่เข้าใจให้กำลังใจและช่วยเหลือผู้วิจัยในเรื่องการศึกษาระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณกลุ่มบุคคลที่สำคัญอย่างยิ่ง คือ ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 17 ท่าน (รวมผู้ให้ข้อมูลนำร่อง 1 ท่าน) ที่สละเวลา ยินดีเข้าร่วมและให้ข้อมูลอย่างไม่ปิดบัง และขอขอบพระคุณหน่วยงานและองค์กรต้นสังกัดของผู้ให้ข้อมูลที่อนุญาตและยินดีให้ผู้วิจัยได้เข้าไปทำการศึกษาและเก็บข้อมูล จนผู้วิจัยได้ข้อมูลที่หลากหลายและรุ่มรวย ตลอดจนการยินยอมให้นำข้อมูลที่ได้มาเผยแพร่ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา (ในขณะนั้น) ที่ได้พิจารณาอนุมัติทุนอุดหนุนการวิจัยของบัณฑิตวิทยาลัย ภาคปลาย ปีการศึกษา 2551 ให้แก่วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ที่สำคัญที่สุด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคคลในครอบครัวของผู้วิจัยทุกคนที่ทำให้กำลังใจ สนับสนุนและอยู่เคียงข้างผู้วิจัยเสมอมา โดยเฉพาะคุณพ่อและคุณแม่ที่แม้จะไม่มีโอกาสได้เห็นความสำเร็จของผู้วิจัย แต่ผู้วิจัยเชื่อว่าพวกท่านได้เฝ้าดูและยินดีในความสำเร็จครั้งนี้ด้วยเช่นกัน

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูแด่ผู้มีพระคุณทุกท่านของผู้วิจัยทั้งที่ได้กล่าวและมิได้กล่าวถึง ที่ร่วมกันให้ความรู้ เปิดประสบการณ์และจุดประกายความคิดจนผู้วิจัยได้ศึกษาและดำเนินกิจการงานต่างๆ สำเร็จมาได้จนถึงปัจจุบันนี้

ภัทรารักษ์ สุกาญจนารักษ์

49920613: สาขาวิชา: การบริหารการพยาบาล; พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)

คำสำคัญ: ประสบการณ์/ การคัดกรองผู้บาดเจ็บ/ พยาบาลคัดกรองผู้บาดเจ็บ

ภัทรภรณ์ สุกาญจนภรณ์: ประสบการณ์ของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ

(EXPERIENCES OF TRAUMA TRIAGE NURSES) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: สุวดี สกุลคู,

Ph.D., จุฬาลักษณ์ บารมี, Ph.D. 166 หน้า. ปี พ.ศ. 2555.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อบรรยายถึงประสบการณ์ของพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้บาดเจ็บ ณ หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ โรงพยาบาลที่คัดสรรแห่งหนึ่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 16 คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผลที่ได้จากการวิจัย มีดังนี้

1. ความรู้สึกต่อการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกต่อการทำหน้าที่คัดกรองทั้งความรู้สึกด้านบวกและและความรู้สึกด้านลบ ความรู้สึกด้านลบส่วนใหญ่เกิดจากการบริหารจัดการภายในหน่วยงาน ผู้ร่วมงาน และสภาพแวดล้อม ส่วนความรู้สึกด้านบวกเกิดจากลักษณะงาน

2. ความรู้สึกต่อแนวทางและข้อกำหนดในการคัดกรองผู้บาดเจ็บของหน่วยงาน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความรู้สึกต่อแนวทางในการคัดกรองว่ามีความเหมาะสมดีแล้ว ส่วนในกรณีที่ไม่สามารถระบุประเภทผู้ป่วยได้แน่ชัดว่าอยู่ในระดับใดซึ่งในแนวทางไม่มีรายละเอียดระบุไว้ ผู้ให้ข้อมูลจึงจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มประเภทที่มีความรุนแรงมากกว่าเป็นหลัก และเห็นว่าผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ

3. คุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ ประกอบด้วย คุณลักษณะด้านความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน และด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ความเป็นผู้นำ ความสามารถในการบริหารจัดการ ความสามารถในการตัดสินใจ ความมีจิตสำนึกและกระตือรือร้นในการให้บริการ

4. การเตรียมความพร้อมและพัฒนาสมรรถนะของผู้ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ แนวทางในการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ปฏิบัติงานใหม่ควรประกอบด้วย การให้ความรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์จากรุ่นพี่ การฝึกหัดในสถานการณ์จำลอง และการทดสอบความรู้ก่อนการปฏิบัติงาน ส่วนการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องควรประกอบด้วย การพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน โดยการจัดอบรมฟื้นฟู การจัดการประชุมปรึกษาหารือ โดยผู้ปฏิบัติงานต้องเตรียมตัวและพัฒนาตนเองอยู่เสมอ นอกจากนี้ควรต้องมีการประเมินความรู้และทักษะการคัดกรองเป็นระยะๆ และมีการกำกับและติดตามผลการปฏิบัติงานเป็นรายบุคคล

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจะต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลคัดกรองที่ชัดเจน ควรพิจารณาการจัดอัตรากำลังของบุคลากรให้มีความเหมาะสม มีการวางแผนและจัดระบบการมอบหมายงานที่ชัดเจน มีการดำเนินการเพื่อส่งเสริมและสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ปฏิบัติงานอื่นกับพยาบาลคัดกรอง และมีการวางแผนการเตรียมความพร้อมและพัฒนาบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองอย่างต่อเนื่อง ส่วนประเด็นที่ควรทำวิจัยต่อได้แก่ การพัฒนาแนวทางในการคัดกรองให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน และการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานและองค์กร

49920613: MAJOR: NURSING ADMINISTRATION; M.N.S (NURSING ADMINISTRATION)

KEYWORDS: EXPERIENCES/ TRAUMA TRIAGE NURSES

PATTARAPORN SUKANJANAPORN: EXPERIENCES OF TRAUMA TRIAGE NURSES. ADVISORY COMMITTEE: SUWADEE SAKULKOO, Ph.D., JULALUK BARAMEE, Ph.D., 166 P. 2012.

The purpose of this qualitative research was to describe the experience of trauma triage nurses in a selected Trauma Unit. Sixteen trauma triage nurses were purposively selected to participate in this study. The in-depth interview and documented review were used to collect data. Qualitative data analysis method was used to analyze data. The findings were as follows:

1. The perceptions of triage nurses to triage were described in 2 directions, negative and positive. Most of the negative perceptions were related to internal unit management, working colleges and environment of the unit. Most of the positive perceptions were related to characteristic of triage tasks.

2. For the perceptions of trauma triage guideline and protocol: almost all participants accepted the existing trauma triage guideline and protocol. If any difficult situation was encountered such as patients have unclear sign and symptom, the over triage was used.

3. All participants indicated the important characteristic of triage nurses should contain with knowledge and skill in nursing and triage, and personal characteristic such as leadership, management's ability, decision's ability, and awareness and alert to service mind.

4. The results demonstrated the preparation and developing competencies of triage nurses. The novice triage nurses must pass the preparation program, triage training, shared experience from senior triage nurses, scenario practices, test of knowledge, have coach and consultant at the beginning and they must observe the triage senior nurses performance. The triage nurses also need the continuing and the developing plan, refreshed course, case's conference, and they also have to be alert to develop themselves. The organization should have the monitoring and evaluating system of the triage nurses performance's quality continuously, knowledge and skill evaluation, as well as individual monitoring triage's performances.

Nurses administration should seriously define duty of triage nurses, reconsider staff pattern and work assignment system, promote the subordinate interpersonal relationship, and develop preparation plan for novice triage nurses and continuing developing plan for triage nurses. The Strategies to develop the utility and feasibility triage guideline and protocol, and researches in personal administration were recommended for further researches.

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | จ |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญภาพ..... | ฌ |
| สารบัญตาราง..... | ฉ |
| บทที่ | |
| 1 บทนำ | |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย..... | 6 |
| คำถามการวิจัย..... | 7 |
| ขอบเขตของการวิจัย..... | 7 |
| นิยามศัพท์เฉพาะ..... | 7 |
| 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | |
| การคัดกรองผู้บาดเจ็บ..... | 8 |
| บริบท แนวทาง และคู่มือในการคัดกรองผู้บาดเจ็บของหน่วยงานที่ ทำการศึกษา..... | 23 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้บาดเจ็บทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ..... | 35 |
| 3 วิธีดำเนินการวิจัย | |
| ผู้ให้ข้อมูล..... | 41 |
| สถานที่ศึกษา..... | 41 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 43 |
| การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 44 |
| การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล..... | 46 |
| เทคนิคและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 46 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 48 |
| การสร้างที่น่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)..... | 48 |

สารบัญ (ต่อ)

| บทที่ | หน้า |
|---|------|
| 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล | |
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล..... | 51 |
| ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ..... | 53 |
| ความรู้สึกต่อการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ..... | 56 |
| ความรู้สึกต่อแนวทาง หลักเกณฑ์ และข้อกำหนดในการคัดกรอง ผู้บาดเจ็บของหน่วยงาน..... | 87 |
| คุณลักษณะของพยาบาลคัดกรอง..... | 99 |
| การเตรียมความพร้อมและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลผู้ทำหน้าที่ คัดกรองผู้บาดเจ็บ..... | 120 |
| 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ | |
| สรุปผลการวิจัย..... | 135 |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... | 139 |
| ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป..... | 141 |
| บรรณานุกรม..... | 143 |
| ภาคผนวก..... | 148 |
| ประวัติย่อของผู้วิจัย..... | 162 |

สารบัญภาพ

| ภาพที่ | หน้า |
|---|------|
| 1 แผนภูมิสายงานการบังคับบัญชาของหน่วยงานที่ศึกษา..... | 23 |
| 2 แผนภูมิสายงานการบริการของศูนย์บริการตติยภูมิการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ศึกษา..... | 24 |
| 3 แผนภูมิการให้บริการผู้ป่วยที่หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ..... | 26 |
| 4 แผนภูมิการจำแนกประเภทและจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุ..... | 31 |
| 5 แผนภาพความรู้สึกต่อแนวทาง หลักเกณฑ์ และข้อกำหนดในการคัดกรองผู้บาดเจ็บ ของหน่วยงาน..... | 98 |
| 6 แผนภูมิคุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองตามความคิดเห็น..... | 108 |
| 7 แผนภูมิคุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองตามการมอบหมายงาน..... | 116 |
| 8 แผนผังการเตรียมความพร้อมของพยาบาลคัดกรองผู้บาดเจ็บใหม่..... | 124 |
| 9 แผนผังกระบวนการพัฒนานุเคราะห์ที่ทำหน้าที่คัดกรองอย่างต่อเนื่อง..... | 132 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | | หน้า |
|----------|--|------|
| 1 | อัตรากำลังของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลจำแนกตามเวลาที่ปฏิบัติงาน..... | 27 |
| 2 | ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล..... | 52 |
| 3 | ความหมายของศัพท์เฉพาะทางการแพทย์และศัพท์เฉพาะในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่พบในการวิจัย..... | 54 |
| 4 | เปรียบเทียบความรู้สึกต่อการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บของพยาบาลผู้ให้ข้อมูล..... | 83 |
| 5 | เปรียบเทียบคุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และคุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองที่ได้จากงานวิจัย..... | 118 |
| 6 | ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลรายบุคคล..... | 150 |
| 7 | ข้อมูลการอบรมเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยและหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง..... | 151 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดระบบบริการผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยอุบัติเหตุนั้นจะเน้นให้การดูแลและช่วยเหลือผู้บาดเจ็บให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤติที่คุกคามชีวิต โดยอาศัยกระบวนการในการดูแลรักษาอันได้แก่ การประเมินสภาพและจัดระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บและให้การช่วยเหลือ โดยเริ่มตั้งแต่จุดเกิดเหตุ ระบุและส่งและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังสถานที่หรือโรงพยาบาลซึ่งมีศักยภาพเพียงพอในการให้การดูแลรักษาตามระดับการบาดเจ็บ การดูแลและช่วยเหลือในระยะเร่งด่วนที่ห้องฉุกเฉินและห้องผ่าตัด ระยะวิกฤติที่หอผู้ป่วยหนัก และระยะพักฟื้นในหอผู้ป่วย รวมไปถึงการดูแลในระยะฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ผู้บาดเจ็บฟื้นหายเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด โดยไม่สูญเสียชีวิตหรือพิการหรือสูญเสียอวัยวะหรือความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ โดยไม่สมควร และสามารถกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุขต่อไป อย่างไรก็ตามแม้จะมีการให้การดูแลช่วยเหลือตามจุดมุ่งเน้นดังกล่าวรวมถึงมีการพัฒนาระบบในการป้องกัน ดูแล รักษา และการพยาบาลบ้างแล้วก็ตาม แต่ก็ยังมีผู้บาดเจ็บบางรายเสียชีวิตทั้งที่ไม่สมควร เนื่องจากความล่าช้าในการช่วยเหลือ และการตัดสินใจในการดูแลรักษา จากผู้ให้การดูแลช่วยเหลือที่ขาดความเข้าใจ ความรู้และทักษะในการดูแลผู้บาดเจ็บ รวมไปถึงการที่ผู้บาดเจ็บไปรับการรักษายังสถานที่ที่ให้การดูแลรักษาที่มีศักยภาพไม่เพียงพอและไม่เหมาะสมกับระดับการบาดเจ็บ (สมัย ขาววิจิตร, 2546; Committee of Trauma American College of Surgeons, 1998; Wiler et al., 2010)

จากการที่ผู้วิจัยได้ไปศึกษาดูงานที่เมืองเมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย และจากการศึกษาเอกสารพบว่าในต่างประเทศทั้งประเทศออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา แคนาดา และอังกฤษ รวมถึงประเทศต่าง ๆ ในทวีปยุโรป ได้มีการจัดระบบการให้บริการผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บนับตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนกระทั่งระยะฟื้นฟูสภาพอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน และมีการจัดแบ่งระดับ โรงพยาบาลที่เป็นศูนย์อุบัติเหตุ (Trauma Center) ออกเป็น 4 ระดับ โดยราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา ดังนี้ คือ ระดับที่ 1 ได้แก่ โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ที่มีศักยภาพพร้อมให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกประเภท มีแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางทุกสาขา ระดับที่ 2 ได้แก่ โรงพยาบาลใหญ่ประจำภูมิภาคต่าง ๆ ที่มีศักยภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหลายระบบได้ ระดับที่ 3 ได้แก่ โรงพยาบาลในชุมชนต่าง ๆ ซึ่งสามารถให้การดูแลผู้ป่วยทั่วไปที่ได้รับบาดเจ็บไม่ซับซ้อนได้ และระดับที่ 4 ได้แก่ โรงพยาบาลที่สามารถให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยขั้นต้นได้ ซึ่งหากผู้บาดเจ็บ

ได้รับบาดเจ็บมากเกินกว่าความสามารถที่โรงพยาบาลจะดูแลได้ก็สามารถที่จะทำการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้ตามเครือข่ายการบริการ โดยกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจะเริ่มตั้งแต่หน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service) ที่ทำการประเมินและคัดกรองระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บตั้งแต่จุดเกิดเหตุโดยอาศัยแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยที่ถือปฏิบัติกันในประเทศนั้น ๆ และมีการนำส่งผู้ป่วยไปยังศูนย์อุบัติเหตุที่เหมาะสมกับระดับการบาดเจ็บ โดยมีการสื่อสารและการแจ้งข้อมูลผู้ป่วยให้แก่โรงพยาบาลปลายทางในระหว่างการนำส่งเพื่อที่ผู้ป่วยเมื่อมาถึงโรงพยาบาลก็จะได้รับการดูแลรักษาจากทีมการดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Trauma Team) ในทันที (Committee of Trauma American College of Surgeons, 1998; Dolan & Holt, 2005; McQuillan, Makic, & Whalen, 2009; O'Shea, 2005)

สำหรับประเทศไทยก็ได้มีการดำเนินการในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุเช่นเดียวกัน ซึ่งเริ่มขึ้นอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมชัดเจนโดยคณะกรรมการที่ปรึกษาการลงทุนด้านบุคลากร การวิจัย และพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และเครือข่ายควบคุมการบาดเจ็บแห่งชาติ หรือเรียกย่อ ๆ ว่า คณะอนุกรรมการตติยภูมิการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีนโยบายในการพัฒนารูปแบบและกำหนดมาตรฐานในการดูแลผู้บาดเจ็บ รวมทั้งมีการกำหนดคุณสมบัติของโรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้บาดเจ็บออกเป็น 4 ระดับ โดยอาศัยแนวทางของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาซึ่งกล่าวมาแล้วข้างต้น รวมทั้งทำการแต่งตั้งโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ให้เป็น “ศูนย์บริการตติยภูมิการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ” หรือเรียกง่าย ๆ และรู้จักกันโดยทั่วไปว่า “ศูนย์อุบัติเหตุ” หรือ “Trauma Center” ขึ้น ในครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2547 จำนวน 28 แห่ง (รวมระดับที่ 1 และระดับที่ 2 ไว้ด้วยกัน) เพื่อเป็นแม่ข่ายในการดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ โดยโรงพยาบาลเหล่านี้เป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพพร้อมทั้งในด้านบุคลากร อุปกรณ์ และสถานที่ในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่มีการบาดเจ็บที่ซับซ้อนรุนแรงให้รอดพ้นจากภาวะคุกคามชีวิตได้อย่างปลอดภัย มีแพทย์ให้การรักษาลด 24 ชั่วโมง มีพยาบาลที่มีความรู้และทักษะความชำนาญในการให้การพยาบาลผู้บาดเจ็บ ซึ่งการดำเนินการในระยะแรกจึงเน้นไปที่การกำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Improve Trauma Care) และการพัฒนากิจกรรมในการให้การดูแลผู้บาดเจ็บ (สำนักงานคณะกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

ในระยะแรกของการดำเนินการพัฒนาประสิทธิภาพในการดูแลผู้บาดเจ็บจะเน้นไปที่การดูแลระยะเร่งด่วนตั้งแต่จุดเกิดเหตุและห้องฉุกเฉิน เนื่องจากเป็นระยะเวลาชั่วโมงทอง (Golden Hour Period) ชั่วโมงแรกที่สำคัญที่ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตหากผู้บาดเจ็บได้รับการประเมินสภาพ

การดูแลรักษาขั้นต้นอย่างถูกต้องและทันทั่วที่ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ รวมไปถึงการนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสม รวมไปถึงการได้รับการประเมินอาการและให้การช่วยเหลือขั้นสูงตามหลักการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Advance Trauma Life Support) โดยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ และมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่ครบครัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาที่ทันทั่วที่ เพื่อให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤติของชีวิต สามารถกลับมาฟื้นหายโดยไม่เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ และความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ โดยไม่สมควรได้เป็นอย่างดี (Committee of Trauma American College of Surgeons, 1998; Dolan & Holt, 2005; McQuillan et al., 2009; O'Shea, 2005; Wiler et al., 2010) ซึ่งกระบวนการที่สำคัญอันดับแรกที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมนี้ คือ การคัดกรองและจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ หรือ Triage นั่นเอง

“การคัดกรอง” หรือ “Triage” ตามระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุในปัจจุบัน หมายถึง กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บในสถานที่เกิดเหตุหรือในแผนกฉุกเฉินให้เร็วและถูกต้องที่สุด เพื่อส่งต่อผู้บาดเจ็บไปรับการรักษาในสถานที่ที่เหมาะสม (Right Place) ให้ทันเวลา (Right Time) และได้รับการรักษาที่ถูกต้อง (Right Level of Care) หรือได้รับการรักษาที่สมเหตุสมผล (Right Reasons) (วิชัย วาสนสิริ, 2544; Gilboy, Travers, & Wuerz, 1999; Innes, Plummer, & Considine, 2011) ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการคัดกรองจึงเป็นการจำแนกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุอย่างรวดเร็ว เพื่อประเมินภาวะคุกคามชีวิต (Life Threatening) ให้ได้รับการบำบัดรักษาที่ทันทั่วที่ (Time to Treatment) โดยนำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ซึ่งระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่ดี (Ideal Triage Criteria) ควรสามารถแยกผู้ป่วยที่บาดเจ็บอันตรายถึงชีวิต และไม่เป็นอันตรายถึงชีวิตออกจากกันได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และใช้เวลาน้อยที่สุด ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองนั้นนอกจากจะต้องมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และสามารถทำการประเมินสภาพร่างกายได้อย่างกระชับฉับไว (Brief Physical Assessment) (Gerdtz & Bucknall, 2001) ซึ่งการคัดกรองที่ดีจะต้องอาศัยกระบวนการในการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพอีกด้วย ดังนั้นข้อกำหนดหรือหลักเกณฑ์ (Criteria) หรือข้อมูลที่น่ามาใช้ประกอบการตัดสินใจในการคัดแยกผู้ป่วยจึงต้องมีความเหมาะสม และใช้ตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากอาจทำให้ระบุความเร่งด่วนเกินกว่าความเป็นจริง (Over Triage) ทำให้เกิดความแออัดในพื้นที่การรักษา หรือในทางตรงกันข้ามคืออาจระบุความเร่งด่วนต่ำกว่าความเป็นจริง (Under Triage) ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้ (วิชัย วาสนสิริ, 2544; Dateo, in press; Kristiansen et al., 2010)

สำหรับแนวทางที่ใช้ในการคัดกรองผู้บาดเจ็บมีอยู่มากมายหลากหลายขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละสถานที่หรือประเทศ ซึ่งในต่างประเทศส่วนใหญ่จะมีการพัฒนาหรือสร้าง

หลักเกณฑ์และแนวทางที่ใช้ในการคัดกรองเป็นแบบเดียวกันทั้งประเทศ หรืออาจจะมีความแตกต่างกันในรายละเอียดบางประการตามบริบทของสถานที่นั้น ๆ โดยที่กระบวนการคัดกรองผู้บาดเจ็บจะเริ่มตั้งแต่จุดเกิดเหตุ อีกทั้งยังมีการพัฒนาระบบการนำส่งผู้ป่วยและการสื่อสารข้อมูลกับโรงพยาบาลปลายทางไว้อย่างชัดเจนและถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน (Dolan & Holt, 2005; McQuillan et al, 2009; O'Shea, 2005; Wiler et al., 2010) แต่สำหรับในประเทศไทยระบบการดูแลผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุถึงแม้จะมีการพัฒนาทั้งในด้านเครื่องมืออุปกรณ์และบุคลากรที่ปฏิบัติงานบ้างแล้ว แต่ระบบการปฏิบัติงานยังไม่ชัดเจนแน่นอน ทั้งแนวทางในการพิจารณาระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและระบบการนำส่งผู้ป่วยที่ยังไม่มีการประสานงานกันของหน่วยงานที่ไปรับผู้บาดเจ็บที่จุดเกิดเหตุและโรงพยาบาลที่เป็นผู้รับผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากโรงพยาบาลนั้นไม่มีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ฉุกเฉิน รวมไปถึงยังขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถที่เพียงพอที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ ให้การดูแลเบื้องต้นและการตัดสินใจนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ดังนั้น โรงพยาบาลที่เป็นผู้รับผู้บาดเจ็บไปดูแลรักษาต่อจำเป็นจะต้องทำการคัดกรองและจัดระดับการบาดเจ็บเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ทันท่วงที โดยต้องมีการกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการคัดกรองผู้บาดเจ็บ และต้องมีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถและทักษะที่เพียงพอในการทำหน้าที่นี้ (จินตรา จินดา, 2546; สมบุญ โอภาสยล, 2544; Dateo, in press; Gerdtz & Bucknall, 2001; Goransson, Ehrenberg, Marklund, & Ehnfors, 2006; Kipp, 2001; Wiler et al., 2010) ซึ่งมีการศึกษาจำนวนมากที่ระบุว่าผู้ที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยควรจะต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหรือได้รับการฝึกประสบการณ์ในการคัดกรองผู้ป่วย รวมทั้งหน่วยงานจะต้องมีคู่มือหรือแนวทางในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน (Doris, 1978; Gerdtz & Bucknall, 2001; Rosenstein & Naylor, 2012; Somerson & Markovchick, 1997; Thompson & Daine, 1982)

จากที่กล่าวมาทำให้เห็นได้ว่า การคัดกรองเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญยิ่งในการประเมินผู้บาดเจ็บเมื่อแรกพบให้ได้รับการตรวจรักษายังสถานที่ที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ เพื่อช่วยให้รอดพ้นภาวะวิกฤตของชีวิตในช่วงโมงทองช่วงโมงแรกที่สำคัญนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องการคัดกรองใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่คัดสรรแห่งหนึ่งซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากคณะกรรมการตติยภูมิการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ให้เป็นศูนย์อุบัติเหตุในลำดับต้น ๆ ของประเทศไทย เนื่องจากมีศักยภาพพร้อมตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยจะเข้าไปทำการศึกษาที่หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ ซึ่งนับเป็นหน่วยงานด่านแรกในการให้บริการผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน อีกทั้งโรงพยาบาลแห่งนี้ยังได้มีการแบ่งระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยที่ไม่ใช่

อุบัติเหตุออกจากกัน ซึ่งหน่วยงานดังกล่าวถือว่าเป็นห้องฉุกเฉินที่ให้การดูแลเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุ อันจะส่งผลให้งานวิจัยในครั้งนี้จะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประสิทธิภาพในการคัดกรองผู้ป่วยบาดเจ็บจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บโดยตรง อีกทั้งหน่วยงานนี้ยังได้สังเกตเห็นและตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรองผู้ป่วยอยู่ด้วยแล้ว ดังจะเห็นได้จากการที่มีบุคลากรกลุ่มหนึ่งได้ดำเนินการและจัดทำโครงการพัฒนากระบวนการจำแนกประเภทผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2546 เพื่อพัฒนาแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยบาดเจ็บ ซึ่งดำเนินการเป็นไปด้วยดีจนสำเร็จ กระบวนการพัฒนาและสร้างเป็นคู่มือการจำแนกประเภทตามระดับความของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อีกทั้งหน่วยงานยังคงมีความต้องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุให้ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่องให้สมกับเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นศูนย์อุบัติเหตุลำดับแรก ๆ และเป็นแหล่งศึกษาดูงานของแพทย์และพยาบาลจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศอีกด้วย

รูปแบบของการคัดกรองของหน่วยงานที่คัดสรรมีการแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมาก (Emergent) ฉุกเฉิน (Urgent) และไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) โดยกำหนดว่าเมื่อพยาบาลคัดกรองจำแนกประเภทผู้ป่วยแล้วก็จะนำส่งผู้ป่วยไปยังจุดให้การรักษาที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ดังนั้นหากพยาบาลคัดกรองประเภทของผู้ป่วยไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งคัดกรองระดับความรุนแรงของผู้ป่วยต่ำกว่าความเป็นจริง เมื่อผู้ป่วยไปถึงยังจุดตรวจที่ไม่เหมาะสมกับความรุนแรง ก็จะทำให้ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการตรวจรักษาล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น หรือได้รับการวินิจฉัยการบาดเจ็บได้ช้าเนื่องจากแพทย์ที่ทำการประเมินในระยะแรกมีประสบการณ์น้อยและต้องใช้ระยะเวลาพักคอยในการติดต่อสื่อสารเพื่อปรึกษาแพทย์ที่มีประสบการณ์ในระดับที่สูงขึ้นไป ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการได้รับการวินิจฉัยและให้การรักษาที่ล่าช้าไม่ทันการได้ หรือแม้จะได้รับการประเมินความรุนแรงได้ถูกต้องและมีการเปลี่ยนหรือย้ายจุดที่ให้การรักษาก็ตาม แต่ในการดำเนินการก็ยังใช้ระยะเวลาที่มากกว่าหากประเมินได้ถูกต้องตั้งแต่แรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการหายใจหรือช็อคจากการเสียเลือด อันจะก่อให้เกิดการขาดออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ โดยอวัยวะที่สำคัญที่สุดคือสมอง ซึ่งสมองจะขาดออกซิเจนได้เพียง 4 นาทีเท่านั้น หากขาดออกซิเจนนานเกินกว่านี้ก็จะทำให้สมองตายได้แม้อวัยวะส่วนอื่นจะทำงานได้ตามปกติก็ตาม

เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ พัฒนาการกระบวนการจำแนกประเภทผู้ป่วย หน่วยงานดังกล่าวได้กำหนดให้การจำแนกประเภทผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ อัตราผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับการจำแนกประเภทไม่ถูกต้อง โดยกำหนดระดับการรับรองเป็นร้อยละ 5 และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกเดือนซึ่งผลที่ได้อยู่ในระดับที่รับรอง ซึ่งการเก็บรวบรวมตัวชี้วัดดังกล่าวเป็นแต่เพียงการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ตรวจสอบจากการที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจยังจุดตรวจตามที่พยาบาลคัดกรอง

ระบุไว้โดยไม่มี การเปลี่ยนหรือย้ายห้องเนื่องจากอาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงเท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยเคย ได้ทำการสังเกตการปฏิบัติงานผู้ที่ทำการคัดกรองในหน่วยงานนี้และสัมภาษณ์ภายหลังเสร็จสิ้นการ ตัดสินใจคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุแต่ละรายทันที (ภัทรารักษ์ สุกาญจนารักษ์, 2547) พบว่าจาก จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งหมด 17 ราย มีผู้บาดเจ็บเพียง 6 รายเท่านั้นที่ผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองได้ทำ การคัดกรองตามแนวทางที่หน่วยงานจัดทำไว้ ส่วนที่เหลือไม่ได้ใช้แนวทางในการคัดกรองของ หน่วยงานแต่จะใช้วิธีคิดพิจารณาตัดสินใจตามความนึกคิดของตนซึ่งผลของการตัดสินใจในการคัด กรองเหล่านี้ก็ถูกต้อง ดังนั้นจึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจว่าผู้ที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองเหล่านั้นใช้ แนวทางหรือมีวิธีการในการคัดกรองเป็นอย่างไร ซึ่งเท่าที่ผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลมายังไม่พบว่ามี การศึกษาเรื่องการคัดกรองใดทำการศึกษาในประเด็นนี้

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของ พยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้บาดเจ็บว่าเป็นอย่างไร อะไรที่เป็นปัจจัยต่อการตัดสินใจในการ คัดกรองหรือวิธีการคิดหรือพิจารณาตัดสินใจในการคัดกรองผู้บาดเจ็บเป็นอย่างไร อีกทั้งสอบถาม ถึงความคิดเห็นและความรู้สึกต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่นี้ของพยาบาลว่าเป็นอย่างไร โดยอยู่บน พื้นฐานของความเชื่อว่า ประสบการณ์ที่ผู้ปฏิบัติงานโดยตรงได้ถ่ายทอดออกมาจะทำให้ได้คำตอบ ที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติงานได้จริง ซึ่งการค้นหาคำตอบเหล่านี้ จะต้องอาศัยการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่มุ่งเน้นศึกษาถึงความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เพื่อทำความเข้าใจ และแสวงหาความรู้เชิงลึกจากผู้ปฏิบัติงานโดยตรงในสภาพการปฏิบัติงานจริง (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2550; ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2548) โดยทำการศึกษาที่หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ ซึ่งเป็น หน่วยงานที่ให้การดูแลผู้บาดเจ็บโดยเฉพาะและมีเพียงแห่งเดียวในประเทศไทย และพยาบาลที่ ปฏิบัติงานในหน่วยงานนี้ทุกคนมีประสบการณ์ตรงและมีความชำนาญในการให้การดูแลผู้บาดเจ็บ ซึ่งเมื่อเสร็จสิ้นการศึกษา ผู้วิจัยคาดหวังว่าผลของการศึกษาจะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการ พัฒนาคุณภาพการคัดกรองผู้บาดเจ็บให้เป็นไปตามมาตรฐานและสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน จริงได้ รวมทั้งได้มีการพัฒนาความสามารถหรือสมรรถนะและคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาล ผู้ที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ ของหน่วยตรวจโรค อุบัติเหตุในศูนย์อุบัติเหตุที่คัดสรรแห่งหนึ่ง

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุเป็นอย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์ของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ ของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ โรงพยาบาลที่คัดสรรแห่งหนึ่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนาเชิงลึก (In-depth Interview) พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเป็นพยาบาลวิชาชีพของหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ ของโรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นศูนย์อุบัติเหตุที่คัดสรรแห่งหนึ่ง ที่มีประสบการณ์ในการทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย และยินดีเข้าร่วมการวิจัย หรือยินดีให้ข้อมูล ในระหว่างวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2552 ถึงวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2553

นิยามศัพท์เฉพาะ

พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองหรือจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ ที่ปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรองผู้ป่วย (A) หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุของโรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นศูนย์อุบัติเหตุที่คัดสรรแห่งหนึ่ง

การคัดกรองผู้บาดเจ็บ (Triage) หมายถึง การคัดแยกผู้บาดเจ็บตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บในหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุของโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์อุบัติเหตุที่คัดสรรแห่งหนึ่ง ให้เร็วและถูกต้องแม่นยำที่สุด เพื่อส่งต่อผู้บาดเจ็บไปรับการรักษายังสถานที่ที่เหมาะสม และได้รับการรักษาทัน่วงที่ตามระดับของการบาดเจ็บ

ประสบการณ์ หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บรับรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่คัดกรอง ได้แก่ การรับรู้ที่เกิดจากการทำหน้าที่ การรับรู้ต่อข้อกำหนดและแนวทางการคัดกรองของหน่วยงาน เป็นต้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้บาดเจ็บ ณ หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ ในศูนย์อุบัติเหตุที่กวดสรรแห่งหนึ่ง เพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์ ความคิดเห็น และความรู้สึก ตามประสบการณ์จริงที่ผู้ให้ข้อมูลเคยได้รับ ด้วยระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับ การรับรู้ ความคิดเห็น และความรู้สึกนึกคิดที่แท้จริงของพยาบาล รวมทั้งทราบข้อมูลที่เกิดจากประสบการณ์ในการทำงานและความคิดเห็นหรือแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานจากผู้ที่ปฏิบัติงานจริง ซึ่งการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล และเพื่อให้ผู้วิจัยเกิดความ ไขว่คว้าเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีหัวข้อที่ผู้วิจัยทำการทบทวนเอกสารใน 3 ประเด็น ดังนี้

1. การคัดกรองผู้บาดเจ็บ
2. บริบท แนวทาง และคู่มือในการคัดกรองผู้บาดเจ็บของหน่วยงานที่ทำการศึกษา
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้บาดเจ็บทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

การคัดกรองผู้บาดเจ็บ

การทบทวนวรรณกรรมเรื่องการคัดกรองผู้บาดเจ็บนี้จะขอนำเสนอในส่วนของความหมายของการคัดกรอง ระบบการคัดกรอง รูปแบบของการคัดกรอง การจำแนกระดับความรุนแรง และคุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความหมายของการคัดกรอง

“การคัดกรองผู้ป่วย” หรือ “Triage” มาจากคำในภาษาฝรั่งเศสว่า “Trier” ที่มีความหมายในภาษาอังกฤษว่า “to sort” ซึ่งหมายถึงการคัดแยกผลไม้ที่เสียออกจากผลไม้ที่ดี ต่อมาใช้ในการคัดแยกทหารในสนามรบที่ได้รับบาดเจ็บสาหัสมากไม่คุ้มค่าการรักษาออกจากทหารที่บาดเจ็บไม่มากเพื่อทำการรักษาทหารเหล่านี้ให้สามารถกลับไปรบได้อีก โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้คุ้มค่าที่สุด (วิชัย วาสนศิริ, 2544)

ความหมายของคำว่า “Triage” ตามระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุในปัจจุบัน หมายถึงกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บในสถานที่เกิดเหตุหรือในแผนกฉุกเฉิน ให้เร็วและถูกต้องที่สุด เพื่อส่งต่อผู้บาดเจ็บไปรับการรักษาในสถานที่ที่เหมาะสม (Right

Place) ให้ทันเวลา (Right Time) และได้รับการรักษาที่ถูกต้อง (Right Level of Care) หรือได้รับการรักษาที่สมเหตุสมผล (Right Reasons) (วิชัย วาสนศิริ, 2544; Gilboy et al., 1999; Innes et al., 2011) วัตถุประสงค์ของการคัดกรองจึงเป็นการจำแนกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุอย่างรวดเร็ว เพื่อประเมินภาวะคุกคามชีวิต (Life Threatening) ให้ได้รับการบำบัดรักษาที่ทันท่วงที (Time to Treatment) โดยนำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ซึ่งการคัดกรองที่ดีจะต้องอาศัยกระบวนการในการตัดสินใจ ดังนั้นพยาบาลหรือผู้ที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองนี้ นอกจากจะต้องมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องแม่นยำ และสามารถทำการประเมินสภาพร่างกายได้อย่างกระชับฉับไว (Brief Physical Assessment) (Gerdtz & Bucknall, 2001; Goransson & Rosen, 2010) แล้วยังจะต้องมีกระบวนการในการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพอีกด้วย

โดยทั่วไปการคัดกรองและจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ แบ่งออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่ 1) การจำแนกผู้บาดเจ็บแบบรายเดียว (Single Patient) เป็นการจำแนกผู้บาดเจ็บกรณีอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมีผู้บาดเจ็บจำนวนไม่มาก (ไม่เกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลที่จะรับและให้การดูแลรักษา) ซึ่งจะให้ความสำคัญกับผู้บาดเจ็บรุนแรงมากที่สุดให้ได้รับการรักษาเป็นลำดับแรก 2) การจำแนกผู้บาดเจ็บจำนวนมาก (Multiple Patients) เป็นการจำแนกผู้บาดเจ็บหลายคนซึ่งจะทำการแบ่งประเภทผู้บาดเจ็บโดยอาศัยความผิดปกติทางกายวิภาค (Major Anatomy Deformity) และความผิดปกติทางสรีรวิทยา (Physiological Instability) เป็นตัวช่วยแบ่งกลุ่มเพื่อส่งผู้ป่วยไปรับการรักษายังสถานที่ที่เหมาะสม และ 3) การจำแนกผู้บาดเจ็บกรณีอุบัติเหตุภัยหมู่ (Mass Casualty) ใช้วิธีการแบ่งกลุ่มการรักษาเช่นเดียวกับการจำแนกผู้บาดเจ็บจำนวนมาก แต่หากในสถานการณ์ที่ถูกจำกัดขีดความสามารถในการรักษา เช่น สถานะสงคราม หรือสถานการณ์ภัยพิบัติที่รุนแรงจนไม่สามารถรักษาผู้ป่วยได้ทุกคน ดังนั้นการพิจารณาการนำส่งตัวผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาจะเน้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความหวังโดยเรียงลำดับความรุนแรงมากเป็นอันดับแรก ส่วนผู้ป่วยที่บาดเจ็บรุนแรงมากแต่หมดหวังหรือเกินกว่าขีดความสามารถที่จะดูแลรักษาได้ในขณะนั้นจะเป็นกลุ่มสุดท้ายที่ให้การดูแล (ทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ, 2546; วิชัย วาสนศิริ, 2544; Glarum, 2010; Spant et al., 2011; Wilson, Grande, & Hoyt, 2007)

ในประเทศที่มีการจัดระบบการคัดกรองผู้บาดเจ็บที่ดีแล้วจะมีระบบคัดกรองทั้งในสถานที่เกิดเหตุ (Field Triage) และที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งระบบการคัดกรองที่ดี (Ideal Triage Criteria) ควรสามารถแยกผู้บาดเจ็บที่มีอันตรายถึงชีวิต และไม่เป็นอันตรายถึงชีวิตออกจากกันได้อย่างแม่นยำและใช้เวลาให้น้อยที่สุด ดังนั้นข้อกำหนด (Criteria) หรือข้อมูลที่ใช้ในการคัดกรองจะต้องมีการพิจารณาอย่างดี เนื่องจากข้อกำหนดบางประการที่มีความซับซ้อนอาจทำให้เกิดความผิดพลาด

ได้ กล่าวคือทำให้มีการจำแนกประเภทที่รุนแรงเกินความเป็นจริง (Over Triage) หรือการจำแนกประเภทที่ต่ำกว่าความเป็นจริง (Under Triage) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการส่งต่อการรักษาที่ไม่สมเหตุสมผล ทำให้อัตราการเกิดโรคและอัตราการตายเพิ่มมากขึ้น (วิชัย วาสนศิริ, 2544; Kristiansen et al., 2010; McQuillan et al., 2009)

จากที่กล่าวมาข้างต้นในการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Triage) ในงานวิจัยครั้งนี้ หมายถึง การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บในแผนกฉุกเฉินหรือหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุของศูนย์อุบัติเหตุที่คัดสรรแห่งหนึ่ง ให้เร็วและถูกต้องแม่นยำที่สุด เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษายังสถานที่ที่เหมาะสม และได้รับการรักษาทันที่ตามระดับของการบาดเจ็บ

ระบบการคัดกรองผู้ป่วย

ระบบการคัดกรองผู้ป่วยเกิดขึ้นจากความคิดที่ต้องการจะจำแนกหรือจัดแบ่งประเภทของผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินออกเป็นกลุ่มที่เจ็บป่วยฉุกเฉินเฉียบพลันและกลุ่มที่ไม่ใช่ออกจากกัน โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 2 ประการ ดังต่อไปนี้ (Dateo, in press; Kitt, Thomas, Prochi & Kaiser, 1995; McQuillan et.al, 2009)

1. จำแนกประเภทผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันที่

2. การนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานที่ที่เหมาะสมในการรักษา เช่น ห้องตรวจแผนกต่างๆ

ห้องฉุกเฉิน หรือผู้ป่วยกลุ่มฟาสต์แทรก (Fast Tract) โดยอาศัยความรู้ของผู้ประเมินในเรื่องของการประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยตามปัญหาความเจ็บป่วย

ซอมเมอร์สันและมาร์คอฟชีก (Somerson & Markovchick, 1997) กล่าวถึงระบบการคัดกรองผู้ป่วย ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินว่ามีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ ดังนี้

1. ด้านบุคลากร (Personal) หมายถึง บุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยในบริเวณจุดคัดกรองและให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วนและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง โดยบุคลากรนี้จะต้องมีคุณสมบัติที่เหมาะสมตามที่กำหนด (Goransson & Rosen, 2010)

2. ด้านสถานที่ (Space Requirement) หมายถึง สถานที่ที่เหมาะสมเพื่อใช้เป็นจุดคัดกรอง ซึ่งควรมีลักษณะดังนี้ คือ จะต้องอยู่ใกล้กับประตูทางเข้าของผู้ป่วยซึ่งผู้คัดกรองจะต้องสามารถเห็นผู้ป่วยเมื่อเข้ามาให้บริการได้ โดยที่ทางเข้าจะต้องกว้างพอสำหรับรถนั่งและรถนอน ต้องมีความเป็นส่วนตัว และมีบริเวณที่กว้างพอที่จะช่วยฟื้นคืนชีพได้ถ้าจำเป็น เป็นต้น ซึ่งคิทและคณะ (Kitt et.al, 1995) ยังได้กล่าวว่าสถานที่ในการคัดกรองผู้ป่วยควรอยู่บริเวณโถงด้านหน้าตรงประตูทางเข้า (Lobby) และจะต้องมีที่ตั้งที่แน่นอนซึ่งจะต้องอยู่ในตำแหน่งที่พยาบาลที่ทำหน้าที่นี้ จะเห็นผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง

3. ด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ (Equipment and Supplies) หมายถึง อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และสิ่งที่จำเป็นที่ใช้ในการประเมินอาการและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง เช่น ถุงมือ ผ้าก๊อซ ผ้าปิดปาก ชุดทำคลอด เป็นต้น

4. ด้านระบบการเก็บรวบรวมบันทึกข้อมูล (Documentation System) หมายถึง การบันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินอาการผู้ป่วยและการตัดสินใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยข้อมูลสำคัญที่จะต้องมีการบันทึกอย่างน้อยที่สุด 4 เรื่อง ได้แก่ อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล อาการแสดงที่ประเมินได้จากการสังเกตหรือจากการตรวจวัด ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการให้การรักษายาบาลเบื้องต้น (กฤษดา แสงวดี, 2542; McQuillan et.al, 2009)

5. ด้านระบบการสื่อสาร (Communication Systems) หมายถึง เครื่องมือหรือวิธีการสื่อสารเพื่อใช้ในการติดต่อประสานงานระหว่างบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยและจุดอื่น ๆ ภายในหน่วยงาน รวมไปถึงหน่วยงานอื่นทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

รูปแบบของการคัดกรองผู้ป่วย

รูปแบบของการคัดกรองและจำแนกประเภทที่นิยมใช้กันมาก แบ่งออกเป็น 3 ระบบ ดังนี้ (Beebe & Funk, 2001; Gilboy et al., 1999; Goransson & Rosen, 2010; Kitt et al, 1995; Thompson & Daine, 1982; Wilson et.al, 2007)

1. Spot Check หรือ Quick Look เป็นการประเมินผู้บาดเจ็บอย่างกระชับฉับไว (Brief Physical Assessment) โดยพยาบาลวิชาชีพ เพื่อแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ Emergent Urgent และ Non-urgent ซึ่งการประเมินวิธีนี้ใช้เวลาเพียง 2 – 3 นาทีนับจากผู้ป่วยมาถึงหน่วยฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว

2. Comprehensive Triage เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง แต่วิธีนี้ต้องอาศัยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์และความรู้เฉพาะทางเป็นอย่างดี ซึ่งวิธีการ Triage ต้องทำการประเมินจากการวัดสัญญาณชีพ การสอบถามอาการ และสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ รวมถึงความรุนแรงของการเกิดเหตุด้วย โดยต้องมีวิธีการซักถามหรือหาข้อมูลที่เป็นอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาอันสั้น ตามที่กำหนดคือ ไม่เกิน 5 นาที

3. START™ Triage เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมและแนะนำให้ใช้กันมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ภัยพิบัติหรืออุบัติเหตุหมู่ เนื่องจากใช้ได้ง่ายไม่ซับซ้อนแม้ในผู้ที่ผ่านการอบรมหรือฝึกปฏิบัติมาน้อย ซึ่งมีขั้นตอนการปฏิบัติใกล้เคียงกับวิธี Spot Check หรือ Quick look โดยเริ่มต้นประเมินการหายใจเป็นอันดับแรก ต่อมาเป็นการประเมินการกำซาบของออกซิเจน (Perfusion) ที่ปลายนิ้ว และดูระดับความรู้สึกตัวในลำดับสุดท้าย

นอกจากรูปแบบการคัดกรองทั้ง 2 ประเภทนี้ ทอมป์สันและเดนนี (Thompson & Daine, 1982) และ คิทท์และคณะ(Kitt et.al, 1995) ยังได้กล่าวถึงรูปแบบการคัดกรองไว้อีก 1 ประเภท ได้แก่ Traffic Director ซึ่งระบบนี้เป็นระบบการคัดกรองที่ยังไม่ถือว่าเป็นมืออาชีพ (Professional) เนื่องจากผู้ที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองคือใครก็ได้ที่พบผู้ป่วยคนแรก อาจจะเป็นพนักงานต้อนรับ เจ้าหน้าที่เปล หรือบุคคลในตำแหน่งที่ต่ำกว่าระดับวิชาชีพ ซึ่งวิธีการประเมินมักจะตรวจสอบจากอาการที่นำมาโรงพยาบาล (Chief Complaint) และจัดแบ่งประเภทผู้ป่วยตามข้อมูลที่ได้รับหรือสิ่งที่ได้พบเห็น และนำส่งไปยังสถานที่ตรวจโดยที่ไม่มีการบันทึกข้อมูลอะไรเลย หรือมีการบันทึกข้อมูลเพียงเล็กน้อยแต่ไม่มีขั้นตอนการวินิจฉัย

ต่อมาการศึกษาเรื่องการคัดกรองมีมากขึ้นจึงมีการพัฒนารูปแบบของการคัดกรองเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้วิจัยรวบรวมมาได้ ดังนี้

1. มาตรฐานการคัดกรองชาวออสเตรเลีย (The Australasian Triage Scale: ATS หรือ National Triage Scale: NTS) ได้รับการพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1995 ใช้ทั่วไปในประเทศออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อจัดระดับความเร่งด่วนเบื้องต้นทางคลินิก ซึ่งมาตรฐานนี้ผู้ที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนอย่างพิเศษในเรื่องของวิธีและการพิจารณาการคัดกรองผู้ป่วยทั้งหมดที่มาใช้บริการ พยาบาลจะทำการวัดสัญญาณชีพและรวบรวมข้อมูลอื่น ๆ เท่าที่เป็น โดยระบุประเภทผู้ป่วยว่าสามารถประเมินโดยแพทย์และรับการรักษาไม่นานเกินกว่ากี่ นาที ซึ่งในแต่ละระดับจะมีการแนะนำเวลาสูงสุดที่ผู้ป่วยรอได้ไว้ด้วย ซึ่งระยะเวลาที่ใช้ในประเมินและรวบรวมข้อมูลจนระบุประเภทได้ควรอยู่ในช่วงระหว่าง 2 – 5 นาที (จันทรา จินดา, 2546; Dateo, in press; Goransson & Rosen, 2010; McMahan, 2003; Zimmermann, 2001)

2. มาตรฐานความเร่งด่วนและการคัดกรองชาวแคนาดา (The Canadian Triage and Acuity Scale: CTAS) มีความคล้ายคลึงกับมาตรฐานการคัดกรองชาวออสเตรเลีย แต่แตกต่างกันเล็กน้อยในเรื่องของระยะเวลาในการรอคอยก่อนพบแพทย์ การนำมาตรฐานความเจ็บปวดมาร่วมประเมินในขณะรอพบแพทย์ การแยกเกณฑ์ที่ใช้แบ่งระดับความรุนแรงของผู้ใหญ่และเด็กออกจากกัน การกำหนดเกณฑ์ที่ช่วยสรุปในการประเมิน โดยการมองหาความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บอย่างรวดเร็ว (Quick look summary) รวมถึงการกำหนดระยะเวลาในการประเมินเป็นระยะสำหรับผู้ป่วยที่รอตรวจ และสามารถเปลี่ยนระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนได้หากผู้ป่วยมีอาการที่เปลี่ยนแปลงไปในขณะที่รอ ส่วนการควบคุมคุณภาพก็ได้กำหนดตัวชี้วัดไว้เป็น ระยะเวลาที่ใช้ในการรอคอยที่จะได้พบแพทย์ ซึ่งระดับการรับรองสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของแต่ละโรงพยาบาล (จันทรา จินดา, 2546; Goransson & Rosen, 2010; McMahan, 2003; Zimmermann, 2001)

3. ระบบการคัดกรองแมนเชสเตอร์ (The Manchester Triage System) เป็นระบบการคัดกรองที่พัฒนาขึ้นที่รัฐแมนเชสเตอร์ ประเทศอังกฤษ โดยกลุ่มผู้ทำงานการคัดกรอง ซึ่งระบุให้พยาบาลคัดกรองจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโดยการประเมินอาการและอาการแสดงประกอบกับการประเมินปัจจัยอีก 6 ประการ ได้แก่ ภาวะคุกคามชีวิต ความเจ็บปวด การเสียเลือด ระดับความรู้สึกตัว อุณหภูมิและความรุนแรงเรื้อรัง โดยไม่ต้องทำการวินิจฉัย ซึ่งแผนภูมิในการคัดกรองตามแนวความคิดนี้ได้มีการพัฒนาและเผยแพร่ออกมาจำนวนมาก เนื่องจากเป็นมาตรวัดที่ใช้ง่ายและได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง (จันทรา จินดา, 2546; Goransson & Rosen, 2010; McMahan, 2003; Zimmermann, 2001)

4. ดัชนีความรุนแรงอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (The Emergency Severity Index: ESI) พัฒนาโดย เวอร์ซ (Wuerz) และเพื่อนร่วมงานที่โรงพยาบาลบรีคแฮม (Brigham) และโรงพยาบาลสตรีในแมสซาชูเซต และโรงพยาบาลอิเทล เอท ยอร์ค (Eitel at York) ในเพนซิลวาเนีย เป็นการประเมินโดยใช้อาการแสดงและการปฏิบัติการพยาบาลที่คาดว่าจะต้องให้แก่ผู้ป่วยตามปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของทางเดินหายใจ การทำงานของหัวใจ ระดับความรู้สึกตัว ความรุนแรงของอาการเจ็บปวด ปริมาณความต้องการการปฏิบัติการพยาบาลและระดับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ ซึ่งได้มีการนำไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทั้ง 2 แห่งข้างต้น พบว่า ความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตอยู่ในระดับสูง (Innes et al., 2011; McMahan, 2003; Zimmermann, 2001) และทราเวอร์ส วอลเลอร์ โบว์ลิ่ง ฟอล์เวอร์ และทินทีนาลลี (Travers, Waller, Bowlong, Folwer, & Tintinalli, 2002) ซึ่งได้ทำการศึกษาโดยใช้กับโรงพยาบาลอีก 9 แห่ง พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลกับการระบุระดับความรุนแรงเรื้อรังอยู่ในระดับสูง และพบว่าดัชนีความรุนแรงอุบัติเหตุและฉุกเฉินนี้นำมาใช้ได้ง่ายกว่าเครื่องมืออีก 3 ประเภทที่กล่าวมาข้างต้น นอกจากนี้ เวอร์สเตอร์และคณะ (Werster et al., 2004) ยังได้ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความสอดคล้องกันระหว่างการใช้มาตรวัดความรุนแรงและการคัดกรองชาวแคนาดา (CTAS) และดัชนีความรุนแรงอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ESI) ของพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดกรองเป็นรายคน พบว่าการตัดสินใจคัดกรองโดยใช้ดัชนีทั้ง 2 นี้มีความสอดคล้องกัน แต่ดัชนีความรุนแรงอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ESI) ใช้ง่ายและสะดวกกว่ามาตรวัดความรุนแรงและการคัดกรองชาวแคนาดา (CTAS)

ทั้งนี้การจำแนกประเภทของผู้ป่วยทั้ง 4 หลักเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นนั้น เป็นหลักเกณฑ์ที่ไม่ได้มีความเฉพาะเจาะจงในการจำแนกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุ ซึ่งจากการที่ผู้วิจัยสนใจและศึกษาพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุได้มีหลักเกณฑ์ในการจำแนกระดับของการบาดเจ็บโดยเฉพาะซึ่งเรียกว่า ระบบคะแนนเพื่อจำแนกระดับของการบาดเจ็บ (Trauma Scoring System) โดยระบบ

คะแนนนี้เป็นการวัดระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บเพื่อใช้ในการช่วยจำแนกประเภทผู้ป่วย ซึ่งจะนำมาใช้ในการพิจารณาและประเมินถึงทรัพยากรของสถานที่ให้การรักษา (Medical Resource) คุณภาพของการดูแลรักษา (Quality of Medical Care) รวมไปถึงการตรวจติดตาม การเตรียมความพร้อมและความสนใจในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการบริการ (McQuillan et al., 2009) ซึ่งมีการแบ่งกลุ่มของคะแนนออกเป็น 3 กลุ่ม (วิชัย วาสนศิริ, 2544; Wilson et al., 2007) ดังนี้

1. คะแนนทางสรีรภาพ (Physiologic Scores) เป็นระบบคะแนนที่พิจารณาจากการวัดการตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อการบาดเจ็บของร่างกาย ได้แก่ ความดันโลหิต การเต้นของชีพจร การหายใจ และระดับความรู้สึกตัว ฯลฯ ซึ่งไม่เฉพาะเจาะจงกล่าวคือคะแนนที่เหมือนกันอาจจะมาจากพยาธิสภาพที่ต่างกัน อีกทั้งยังสามารถแปรผันได้ตามกาลเวลาและการรักษาที่ได้รับ แต่มีข้อดีคือ ใช้เวลาน้อยในการประเมิน มีความสะดวกและง่ายต่อผู้ใช้ ระบบคะแนนกลุ่มนี้ที่นิยมและมีการกล่าวถึงกันแพร่หลาย ได้แก่ คะแนนการประเมินการบาดเจ็บที่สมอง (Glasgow Coma Score: GCS) คะแนนการวัดระดับการบาดเจ็บ (Trauma Score: TS) และคะแนนการวัดระดับการบาดเจ็บที่ปรับปรุงใหม่ (Revised Trauma Score: RTS) ซึ่งบางส่วนมีการนำมาใช้ในการคัดกรองหรือจำแนกระดับผู้ป่วยในที่เกิดเหตุ (Field Trauma Triage) เพื่อนำส่งไปทำการรักษายังสถานที่ที่เหมาะสม เนื่องจากมีความยุ่งยากน้อยและสามารถใช้ได้ง่ายในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานกู้ชีพซึ่งไม่ใช่แพทย์หรือพยาบาล

2. คะแนนทางกายวิภาค (Anatomic Scores) เป็นการประเมินความรุนแรงจากการบาดเจ็บทางกายวิภาค ระบบคะแนนกลุ่มนี้ที่นิยมและมีการกล่าวถึงกันแพร่หลาย ได้แก่ คะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS) และคะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บ โดยย่อ (Abbreviated Injury Score: AIS) ซึ่งจำเป็นต้องทราบการวินิจฉัยที่แน่นอนก่อน โดยอาศัยการถ่ายภาพทางรังสี (X-ray) การตรวจทางรังสี โดยคอมพิวเตอร์ (CT Scan) การทำผ่าตัดเพื่อวินิจฉัย (Operative Finding) หรือแม้กระทั่งการตรวจศพ และมีการลงรหัสเฉพาะของการบาดเจ็บลักษณะต่าง ๆ และแบ่งตามอวัยวะที่บาดเจ็บ ซึ่งจะต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านนี้เฉพาะ ดังนั้นจึงไม่เหมาะสมที่นำมาใช้ในการคัดกรองและแบ่งระดับการบาดเจ็บเพื่อได้รับการรักษาที่เหมาะสม (Triage)

3. คะแนนรวม (Combined Scores) คือ คะแนนที่นำคะแนนหลาย ๆ ประเภทมารวมกัน ทั้งทางสรีรภาพและทางกายวิภาค ที่นิยมและมีการกล่าวถึงกันแพร่หลาย ได้แก่ คะแนนประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ปรับปรุงใหม่ (Trauma Revised Injury Severity Score: TRISS) เป็นการนำคะแนนคะแนนการวัดระดับการบาดเจ็บ (Trauma Score: TS) หรือคะแนนการวัดระดับการบาดเจ็บที่ปรับปรุงใหม่ (Revised Trauma Score: RTS) มารวมกับคะแนนความรุนแรงของการ

บาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS) ซึ่งต้องอาศัยขบวนการทางคณิตศาสตร์และสถิติในการคำนวณ จึงไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการคัดกรองและแบ่งระดับการบาดเจ็บเพื่อได้รับการรักษาที่เหมาะสม

จากที่กล่าวถึงหลักเกณฑ์ในการจำแนกประเภทของผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้ง 3 กลุ่มข้างต้นจะเห็นว่า คะแนนแต่ละประเภทส่วนใหญ่จะต้องอาศัยปัจจัยหลายประการในการร่วมพิจารณาให้คะแนน หรือจะต้องทำการวินิจฉัยให้เรียบร้อยก่อนจึงจะให้คะแนนได้ อีกทั้งบางประเภทจะต้องอาศัยผู้มีความรู้และประสบการณ์เฉพาะมาเป็นผู้คำนวณคะแนน และบางประเภทก็ยังไม่ละเอียดครอบคลุมเพียงพอที่จะใช้ในการประเมิน เช่น คะแนนการประเมินการบาดเจ็บที่สมอง (Glasgow Coma Score: GCS) ซึ่งพิจารณาเพียงแค่อาการทางระบบสมองเพียงอย่างเดียว ดังนั้น ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา (The American College of Surgeons: ACS) จึงได้พัฒนาหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมในการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ (Trauma Triage Criteria) ขึ้น โดยหลักเกณฑ์ที่สร้างนี้มีการประเมินและพิจารณาความรุนแรงของการบาดเจ็บและความเร่งด่วนของการได้รับการรักษาพยาบาล โดยอาศัยปัจจัย 4 ประการ ได้แก่ ปัจจัยทางสรีรวิทยา (Physiologic) ปัจจัยทางกายภาพ (Anatomic of Injury) ปัจจัยเรื่องกลไกการบาดเจ็บ (Mechanism of Injury) และปัจจัยร่วมอื่น ๆ (Premissive) (Alejandro, Peter, & Barbara, 2003; Kristiansen et al., 2010) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางสรีรวิทยา (Physiologic) ทำได้โดยการประเมินสัญญาณชีพต่าง ๆ (Vital signs) เพื่อค้นหาความผิดปกติของการเดินของชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต ระดับความรู้สึกตัว และอาการทางระบบประสาท (Neurologic signs)

2. ปัจจัยทางกายภาพ (Anatomic of Injury) ทำโดยการประเมินถึงสาเหตุของการบาดเจ็บร่วมกับตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้บาดเจ็บที่ได้รับบาดเจ็บแบบทะลุทะลวง (Penetrating Injury) และบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บเป็นตำแหน่งใด เช่น ถ้าเป็นที่ศีรษะ ลำคอ หน้าอก หรือท้อง ก็จะมีรุนแรงกว่าส่วนอื่น ๆ เป็นต้น หรือถ้าผู้บาดเจ็บได้รับบาดเจ็บแบบถูกอัดกระแทก (Blunt Injury) ในตำแหน่งที่สงสัยว่าจะทำให้เกิดการหักของกระดูกยาว (Long Bones Fracture) หรือมีการหักของกระดูกเชิงกรานแบบไม่คงที่ (Unstable Fracture Pelvis) หรือมีภาวะอกกรวน (Flail Chest) หรือมีกدماتที่หน้าอก (Torso Tenderness) เป็นต้น ก็ควรจะได้รับการรักษาที่เร่งด่วนกว่า หรือถ้าผู้ป่วยมีการถูกตัดขาดของอวัยวะ (Amputation) ที่สูงกว่าข้อศอกหรือข้อเข่า ก็ควรจะได้รับการรักษาที่เร่งด่วนกว่าการถูกตัดขาดของอวัยวะในตำแหน่งที่ต่ำกว่า เป็นต้น

3. ปัจจัยเรื่องกลไกการบาดเจ็บ (Mechanism of Injury) ได้แก่ การพิจารณาถึงกลไกของการบาดเจ็บว่า การบาดเจ็บนั้นเกิดจากสาเหตุใด ความรุนแรงของการบาดเจ็บเป็นเช่นไร เช่น

ถ้าผู้ป่วยตกจากที่สูงก็พิจารณาว่าตำแหน่งที่ตกลงมานั้นความสูงเท่าใด ตกลงมาแล้วพื้นผิวที่รองรับมีลักษณะอย่างไร และอวัยวะใดที่เป็นจุดลงกระแทกกับพื้นผิวนั้น ๆ หรือถ้าผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุรถชนก็ให้พิจารณาถึงประเภทและความเร็วของรถที่ชนกัน ลักษณะการชน เมื่อชนแล้วผู้ป่วยอยู่ตำแหน่งใด มีการหลุดลอยออกจากตัวรถหรือกระเด็นหลุดจากรถไปไกลเพียงใด และในการเกิดอุบัติเหตุเดียวกันนี้ มีผู้เสียชีวิตในที่เกิดเหตุทันทีหรือไม่ เป็นต้น

4. ปัจจัยร่วมอื่น ๆ (Permissive) ได้แก่ การพิจารณาถึงสภาวะต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น อายุของผู้ป่วยเท่าใด เป็นผู้ป่วยสูงอายุหรือเด็กหรือไม่ ถ้าเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ก็ดูว่ามีการตั้งครรภ์หรือไม่ หรือผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอะไรอยู่หรือไม่ เป็นต้น

นอกจากนี้ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย (The American College of Surgeons: ACS) ยังได้กำหนดขั้นตอนในการพิจารณาจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ (Field Trauma Triage Guideline) ออกเป็น 4 ขั้นตอนโดยอาศัยการพิจารณาปัจจัยทั้ง 4 ประการเรียงตามลำดับ โดยเมื่อผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองตรวจพบความผิดปกติในขั้นตอนใดก็ให้ตัดสินใจและส่งผู้ป่วยอุบัติเหตุไปยังสถานที่ที่เหมาะสมในทันทีโดยไม่ต้องรอพิจารณาจนครบ 4 ขั้นตอน (วิชัย วาสนศิริ, 2544; Alejandro et al., 2003)

จากที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาถึงหลักเกณฑ์หรือรูปแบบในการจำแนกประเภทของผู้ป่วยมาทั้งหมดข้างต้นจะเห็นว่า หลักเกณฑ์ในการจำแนกประเภทผู้ป่วย มีทั้งหลักเกณฑ์ในการจำแนกประเภทผู้ป่วยทุกประเภทรวมกัน (ทั้งอุบัติเหตุและไม่ใช่อุบัติเหตุ) และหลักเกณฑ์ที่เน้นเฉพาะเจาะจงไปที่ผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยอุบัติเหตุ ซึ่งแต่ละประเภทมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้แตกต่างกัน ทั้งนี้ระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่ดี (Ideal Triage Criteria) ควรสามารถแยกผู้ป่วยที่บาดเจ็บอันตรายถึงชีวิต และไม่เป็นอันตรายถึงชีวิตออกจากกันได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และใช้เวลาน้อยที่สุด ดังนั้นข้อกำหนด (Criteria) หรือข้อมูลที่ใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยจึงต้องพิจารณาให้ดี เนื่องจากอาจมีผลให้ระบุนความเร่งด่วนเกินกว่าความเป็นจริง (Over Triage) ทำให้เกิดความแออัดในพื้นที่การรักษา ในทางตรงกันข้ามการระบุนความเร่งด่วนต่ำกว่าความเป็นจริง (Under Triage) ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้ (วิชัย วาสนศิริ, 2544; Innes et al., 2011; Wilson et al., 2007)

สำหรับในประเทศไทยส่วนใหญ่แล้วการคัดกรองในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินก็จะนำรูปแบบของการคัดกรองผู้ป่วยทุกประเภทรวมกันมาใช้ เนื่องจากลักษณะของการบริการเป็นการให้บริการรวมทั้งผู้ป่วยอุบัติเหตุและไม่ใช่อุบัติเหตุในภาวะวิกฤติฉุกเฉินรวมกัน มีเพียงหน่วยงานที่ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษาเพียงแห่งเดียวที่โรงพยาบาลแห่งนี้มีการแบ่งกลุ่มประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและไม่ใช่อุบัติเหตุออกจากกัน

การจำแนกระดับความรุนแรงของผู้บาดเจ็บ

จุดเริ่มต้นของการคัดกรองผู้ป่วยว่ามีเพียงเพื่อต้องการแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินออกจากกัน แต่จากการที่จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นจนทำให้เกิดการแออัดของสถานที่ตรวจต่าง ๆ จึงทำให้เกิดการจัดแบ่งระดับของความเจ็บป่วยขึ้น (Dateo, in press; Kitt et al., 1995; Spant et al., 2011) ซึ่งต่อมานิยมแบ่งระดับของการบาดเจ็บออกเป็น 3 ประเภท (Wilson et al., 2007, Glarum, 2010) โดยใช้สีแดง เหลือง และเขียว เป็นสัญลักษณ์เพื่อบอกระดับความรุนแรงและพื้นที่ให้การดูแลรักษา ดังนี้

ประเภทที่ 1 Emergent: ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมาก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ต้องการการตรวจรักษาทันที มิฉะนั้นผู้ป่วยจะตายหรือพิการอย่างถาวร ใช้สีแดงเป็นสัญลักษณ์

ประเภทที่ 2 Urgent: ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยเหลืออย่างรีบด่วน รองลงมา แต่ถ้าไม่รีบรักษาภายใน 1 – 2 ชม. ผู้ป่วยกลุ่มอาจตายหรือพิการได้ (ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะรู้สึกตัวดีและไม่มีอาการแสดงของภาวะ shock) ใช้สีเหลืองเป็นสัญลักษณ์

ประเภทที่ 3 Non-urgent: ผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยที่ต้องการการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสม โดยที่ในขณะนั้นไม่มีภาวะฉุกเฉินที่จะคุกคามชีวิตของผู้ป่วย ใช้สีเขียวเป็นสัญลักษณ์

หลังจากนั้นก็ยังมีหลายแนวคิดออกมากล่าวว่าระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยออกเป็น 3 ระดับนี้ยังไม่เหมาะสมเพียงพอจึงได้มีการพัฒนาการจำแนกประเภทผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ (Gilboy et al., 1999) ดังเช่นที่ แมคมอาฮอน (McMahon, 2003) ได้กล่าวไว้ว่า ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยออกเป็น 3 ระดับนี้เป็นสิ่งที่ไกลจากอุดมคติ (Far from Ideal) เนื่องจากประสบการณ์ของพยาบาลคัดกรองและทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ไม่ค่อยมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจแบ่งประเภท แต่เกณฑ์ที่ใช้ในการระบุประเภทต่างหากที่มีความสำคัญ ซึ่งเกณฑ์ในการระบุประเภทนี้ในแต่ละสถาบันจะทำการสร้างหรือกำหนดกันขึ้นเองตามความเหมาะสมของตนไม่สามารถนำเกณฑ์ของแต่ละสถาบันมาเปรียบเทียบกันได้ ประกอบกับในปัจจุบันจำนวนผู้มารับบริการมีจำนวนมากขึ้น ทำให้ภาระงานของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีมากขึ้นด้วย โดยที่การแบ่งระดับผู้ป่วยออกเป็น 3 ระดับนี้ไม่สามารถใช้เป็นภาพสะท้อนของความรุนแรงของผู้ป่วยได้ ดังนั้นแพทย์และพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในออสเตรเลีย แคนาดา อังกฤษและสหรัฐอเมริกา ได้มีการพัฒนาการจัดประเภทผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ โดยใช้ตัวเลข 1 แทนระดับความเร่งด่วนสูงสุด และ 5 แทนระดับความเร่งด่วนต่ำสุด ซึ่งมีผู้ที่ได้ทำการศึกษาในกลุ่มหนึ่งพบว่า การจัดแบ่งระดับความเร่งด่วนเป็น 5 ประเภท มีความแม่นยำและเที่ยงตรงมากกว่า จากการหาอัตราความสอดคล้องระหว่างประเภทของผู้ป่วยกับระดับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Inter-rater Reliability) อีกทั้งยังได้มี

การรวบรวมความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพบว่า มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ซึ่งประเภทผู้ป่วยที่แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มีดังนี้ (จันทรา จินดา, 2546; Zimmermann, 2001; Goransson & Rosen, 2010)

ระดับที่ 1: ผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพทันที หรือ Resuscitation หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติหลายระบบในร่างกายในระดับที่รุนแรงมากจนอาจเกิดอันตรายต่อชีวิต ต้องได้รับการช่วยชีวิตทันที

ระดับที่ 2: ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก หรือ Emergent หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติหลายระบบในร่างกายในระดับที่รุนแรงมากเสี่ยงต่อการเกิดความพิการ ต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใน 10 - 15 นาที

ระดับที่ 3: ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉิน หรือ Urgent หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติต้องได้รับการรักษาภายใน 30 นาที

ระดับที่ 4: ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินปานกลาง หรือ Less-Urgent หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับความไม่สบาย ต้องได้รับการรักษาภายใน 45 - 60 นาที

ระดับที่ 5: ผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน หรือ Non-Urgent หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยสามารถรักษาในระดับปฐมภูมิได้ ซึ่งจะได้รับการรักษาภายใน 60 - 120 นาที

ทั้งนี้ในการจัดแบ่งระดับของการบาดเจ็บของผู้ป่วยออกเป็น 3 หรือ 5 ระดับตามระยะเวลาที่ต้องได้รับการรักษาในแต่ละรูปแบบของการคัดกรองของแต่ละสถานที่และแต่ละโรงพยาบาลจะมีความแตกต่างกันบ้าง ตามความเหมาะสมของสถานที่ บุคลากรและขีดจำกัดของโรงพยาบาล (จันทรา จินดา, 2546) ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละแห่งควรที่จะกำหนดการแบ่งระดับของการบาดเจ็บของผู้ป่วยและระยะเวลาที่เหมาะสมในแต่ละระดับตามศักยภาพของตนเอง

จะเห็นได้ว่าการคิดพิจารณาในการจัดแบ่งประเภทผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยหลักเกณฑ์และข้อจำกัดที่เหมาะสมมาเป็นส่วนช่วยในการตัดสินใจ ซึ่งการตัดสินใจที่ดีจะต้องมีการกำหนดขั้นตอนในการจำแนกประเภทผู้ป่วยว่าประกอบด้วยอะไรบ้าง เพื่อความสะดวกและทำให้การตัดสินใจในการคัดกรองและจัดแบ่งประเภทผู้บาดเจ็บเป็นไปตามวัตถุประสงค์ในด้านการส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาที่ถูกต้อง ทันเวลา และเหมาะสมตามสภาพการบาดเจ็บ สำหรับการจะจัดระดับความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บเป็นระดับใดก็แล้วแต่ความเหมาะสมของแต่ละสถานที่ ซึ่งในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังนิยมใช้การแบ่งระดับการบาดเจ็บหรือระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยออกเป็น 3 ประเภทอยู่

คุณสมบัติของพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยเจ็บ

การนำระบบการคัดกรองผู้ป่วยมาใช้ เป็นผลเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละแห่งก็มีการจัดสรรบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยต่าง ๆ กัน ตั้งแต่พนักงานทำความสะอาด เจ้าหน้าที่เวรเปล เจ้าหน้าที่ห้องยา เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย พยาบาลและแพทย์ ซึ่ง ทอมป์สันและเดนนี (Thompson & Daine, 1982) ได้แบ่งลักษณะของผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยออกเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

1. พนักงานที่ไม่ใช่วิชาชีพ (Nonprofessional) เช่น ประชาสัมพันธ์ เสมียน เจ้าหน้าที่ทำบัตร เป็นผู้ระบุว่าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินหรือไม่ตามความคิดเห็นของตนเอง

2. พยาบาลหรือแพทย์ เป็นผู้ตรวจประเมินผู้ป่วยอย่างกระชับฉับไว (Spot Check) เมื่อพบปัญหาเร่งด่วนก็จะให้การรักษาก่อน โดยไม่ได้วางแผนหรือจัดระบบใด ๆ

3. พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมหรือได้รับการฝึกให้มีประสบการณ์ในการคัดกรองผู้ป่วย และมีคู่มือ (Standard หรือ Protocol) ในการปฏิบัติกรดูแลรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยก่อนจะได้พบแพทย์ มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเป็นผู้ให้ข้อมูลกับญาติพร้อมทั้งบันทึกในใบรายงาน

นอกจากนี้ บรูส์ชนอร์น สเตราท์ ซอลล์ และบัวแมนน์ (Buschnorn, Strout, Sholl, & Baumann, in press) และ ออกเทย์และคิลิคาสแลน (Oktay & Kilicaslan, 2009) ได้ทำการศึกษาผลของการคัดกรองโดยพนักงานกู้ชีพ (Paramedic) ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรการกู้ชีพเป็นระยะเวลา 2 ปี ว่าตัดสินใจการคัดกรองผู้ป่วยได้สอดคล้องกับการคัดกรองโดยพยาบาลวิชาชีพ แต่ทั้งนี้หน่วยงานหรือโรงพยาบาลจะต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์และรูปแบบของการคัดกรองที่ชัดเจน

สำหรับบุคลากรหรือพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยในบริเวณจุดคัดกรองควรจะมีคุณสมบัติหรือคุณลักษณะอย่างไรมัน ตามที่ผู้วิจัยได้ศึกษามาพบว่ามีผู้กล่าวไว้หลายท่าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอสรุปคุณสมบัติหรือคุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยตามที่มีผู้กล่าวไว้ ดังต่อไปนี้

1. ความรู้ ความชำนาญ รวมถึงทักษะในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1.1 มีความรู้เรื่องโรค ความรุนแรงของโรคและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้ ในทันที (วนิดา ออประเสริฐศักดิ์, 2546; สมบุญ โอภาสยล, 2544; Somerson & Markovchick, 1997; Goransson & Rosen, 2010)

1.2 มีความรู้ ความชำนาญ และทักษะในการประเมินอาการของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว (วนิดา ออประเสริฐศักดิ์, 2546; สมบุญ โอภาสยล, 2544; สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2541; Dateo, in press; Innes et al., 2011; Somerson & Markovchick, 1997)

1.3 มีความสามารถซักประวัติผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2541; Somerson & Markovchick, 1997; Goransson & Rosen, 2010)

1.4 มีความสามารถและทักษะในการจำแนกและจัดลำดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยได้ และสามารถจัดให้อยู่ในสถานที่ที่เหมาะสม (สมบุญ โอภาสยล, 2544; สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2541; Dateo, in press; Innes et al., 2011)

1.5 มีทักษะในการรักษาเบื้องต้น การสังเกตอาการ รวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะได้พบแพทย์ (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2541; Dateo, in press; Innes et al. 2011)

1.6 มีความรู้และความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่สังเกตได้ นำมาประเมินและวางแผนการรักษาพยาบาล (วนิดา ออประเสริฐศักดิ์, 2546, Dateo, in press)

1.7 มีความสามารถในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2541)

1.8 เป็นผู้ที่มึจิตสำนึก (Common Sense) สามารถคาดเดาหรือทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าจากข้อมูลที่มีอยู่ได้ (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2541)

1.9 มีความสามารถในการบันทึกอาการสำคัญ (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2541; Somerson & Markovchick, 1997) และสามารถบันทึกข้อมูลได้สั้นและกะทัดรัด (วนิดา ออประเสริฐศักดิ์, 2546)

1.10 มีความสามารถในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้ (Doris, 1978)

1.11 มีส่วนร่วมในการสอนผู้ป่วยและญาติ รวมถึงสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้ในรายที่อาการไม่รุนแรง หรือไม่ฉุกเฉิน เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง เป็นต้น (วนิดา ออประเสริฐศักดิ์, 2546; สมบุญ โอภาสยล, 2544; Doris, 1978)

1.12 ปฏิบัติงานด้วยความคล่องแคล่ว ว่องไว (สมบุญ โอภาสยล, 2544; Dateo, in press)

2. มีประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมาก่อน (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2541) ซึ่ง สมบุญ โอภาสยล (2544) ระบุว่าต้องไม่น้อยกว่า 5 ปี รวมทั้งต้องผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และควรจะมีการศึกษาหาความรู้ใหม่ ๆ และติดตามความก้าวหน้าทางการแพทย์และพยาบาลตลอดเวลาอีกด้วย

3. ความสามารถในการนิเทศงานให้แก่บุคลากรที่ได้รับการมอบหมายงานให้ปฏิบัติหน้าที่นี้ได้ (Doris, 1978) ด้วยความเสียสละและยินดีที่จะถ่ายทอดความรู้ (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2541)

4. ความสามารถในการควบคุมสติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้สถานการณ์ที่มีความกดดันสูง (Somerson & Markovchick, 1997) ซึ่งเป็นสภาวะการณ์ปกติของการปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉิน มีความอดทน จิตใจสงบ มีความมั่นคงทางอารมณ์ (วนิดา ออประเสริฐศักดิ์, 2546) รับรู้และสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ และทำงานได้ดีภายใต้ความเครียด (Dateo, in press; Doris, 1978) รวมทั้งควรจะมีใจกว้างยอมรับการประเมินได้ทั้งในด้านบวกและด้านลบ (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2541)

5. ทักษะในการติดต่อสื่อสาร (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2541; Dateo, in press) มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล (Doris, 1978) และมีวิธีการสื่อสารทางบวก (สมบุญ โอภาสยศ, 2544) รวมไปถึงการมีความสามารถในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริการ (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2541)

6. ทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี (Dateo, in press) มีความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพและรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีกับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย อันได้แก่ แพทย์ เจ้าหน้าที่รพพยาบาล เจ้าหน้าที่กู้ชีพที่นำส่งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงการสร้างและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีแก่ญาติและผู้ป่วยได้ด้วย (วนิดา ออประเสริฐศักดิ์, 2546; สมบุญ โอภาสยศ, 2544; สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2541; Doris, 1978; Somerson & Markovchick, 1997) อีกทั้งยังเป็นสิ่งที่ไว้วางใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกเล่าความจริงทั้งหมดที่เป็นปัญหา (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2541)

7. ทักษะในการจูงใจ มีความเป็นผู้นำและมีบุคลิกที่สามารถสร้างความเชื่อมั่นจนทำให้เกิดความไว้วางใจ มีจิตวิทยาในการจูงใจให้เกิดความร่วมมือที่ดีได้ (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2541) รวมถึงความสามารถช่วยประคับประคองจิตใจผู้ป่วยและญาติ (Dateo, in press; Doris, 1978)

8. ทักษะในการตัดสินใจและการแก้ปัญหา (Dateo, in press) ตัดสินใจที่ดีและถูกต้องในเวลาอันรวดเร็ว รับรู้และสามารถจัดการต่อสถานการณ์รุนแรงต่าง ๆ เช่น การต่อสู้ คนเมาสุรา ผู้ไม่ให้ความร่วมมือ การไม่มีเหตุผลของผู้ป่วยและผู้มารับบริการ (Doris, 1978) มีความสามารถในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า (วนิดา ออประเสริฐศักดิ์, 2546; สมบุญ โอภาสยศ, 2544) มีความสามารถที่จะคาดเดาหรือทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าจากข้อมูลที่มีอยู่ได้ และมีไหวพริบในการบริหารจัดการเพื่อป้องกันเหตุการณ์ที่จะทำความเสียหายต่อผู้ป่วย และหน่วยงานได้ตามความเหมาะสม (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2541)

9. ทักษะในการบริหารจัดการ (Dateo, in press) คือมีความสามารถในการจัดระบบงาน เช่น การจัดระบบระเบียบ (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2541) การบริหารจัดการเพื่อการระบายผู้ป่วย การจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานอื่น การวางแผนการจัดการเรื่องการสื่อสารและการรักษาความปลอดภัย (Doris, 1978) โดยมีความรู้ระบบการบริการของโรงพยาบาล เช่น ระบบการออกตรวจของแพทย์ห้องตรวจผู้ป่วยนอก เป็นต้น (สมบุญ โอภาสยศ, 2544) และควรจะเข้าใจนโยบายของหน่วยงานเป็นอย่างดี (Doris, 1978) เพื่อนำมาใช้ประกอบการวางแผนในการบริหารจัดการ

10. เป็นผู้มีจิตสำนึก (Common Sense) เจตคติที่ดีต่อการเป็นพยาบาลคัดกรอง ต่อหน่วยงานและต่อวิชาชีพ (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2541) รวมทั้งมีความต้องการที่จะสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับโรงพยาบาล (Doris, 1978)

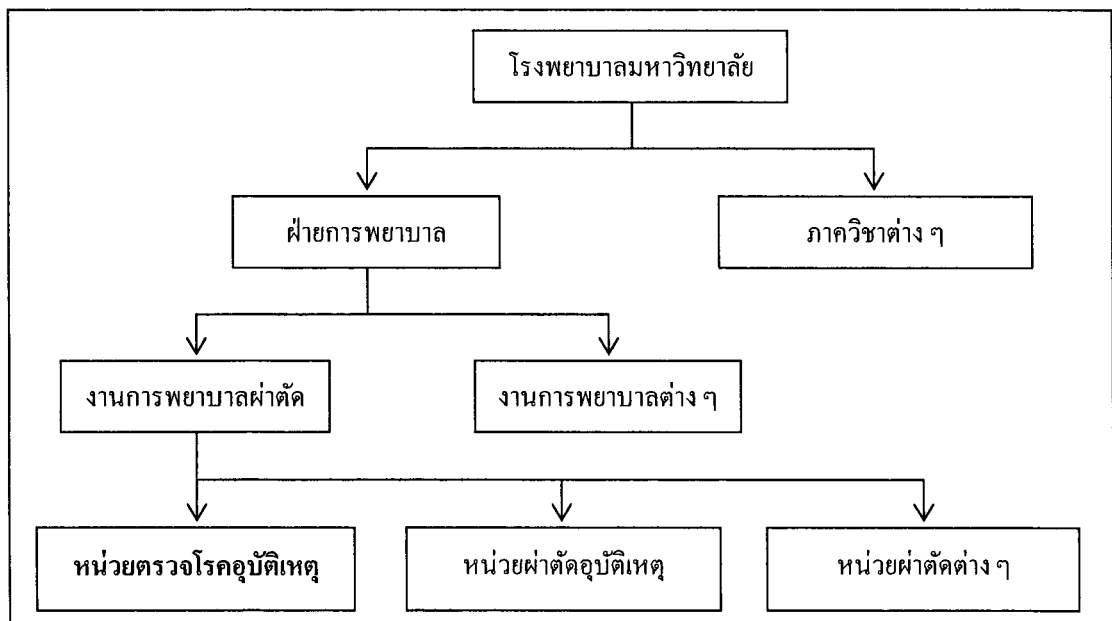
นอกจากที่กล่าวมาแล้ว วนิดา ออประเสริฐศักดิ์ (2546) กล่าวถึงการศึกษาเรื่องการใช้นุเคราะห์ที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งพบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ป่วยที่สุด คือ พยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมบุญ โอภาสยศ (2544) ซึ่งได้ทำการศึกษาเพื่อสร้างระบบการคัดกรองผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครจากการศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน รวมถึงข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการจัดระบบคัดกรองผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุของหน่วยงานดังกล่าว ไว้ว่า นุเคราะห์ที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุควรเป็นพยาบาลวิชาชีพและควรมีคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้น อีกทั้งยังได้มีการกำหนดจำนวนของพยาบาลวิชาชีพที่เหมาะสม ว่าควรมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อเวร 8 ชั่วโมง ถ้ามีผู้ป่วยจำนวน 30 คนขึ้นไปใน 4 ชั่วโมงแรกหรือพยาบาลคัดกรองรู้สึกเหนื่อยล้าหรือเครียด อาจมีการสับเปลี่ยนใน 4 ชั่วโมงหลังได้

บริบท แนวทาง และคู่มือในการคัดกรองผู้บาดเจ็บของหน่วยงานที่ทำการศึกษ

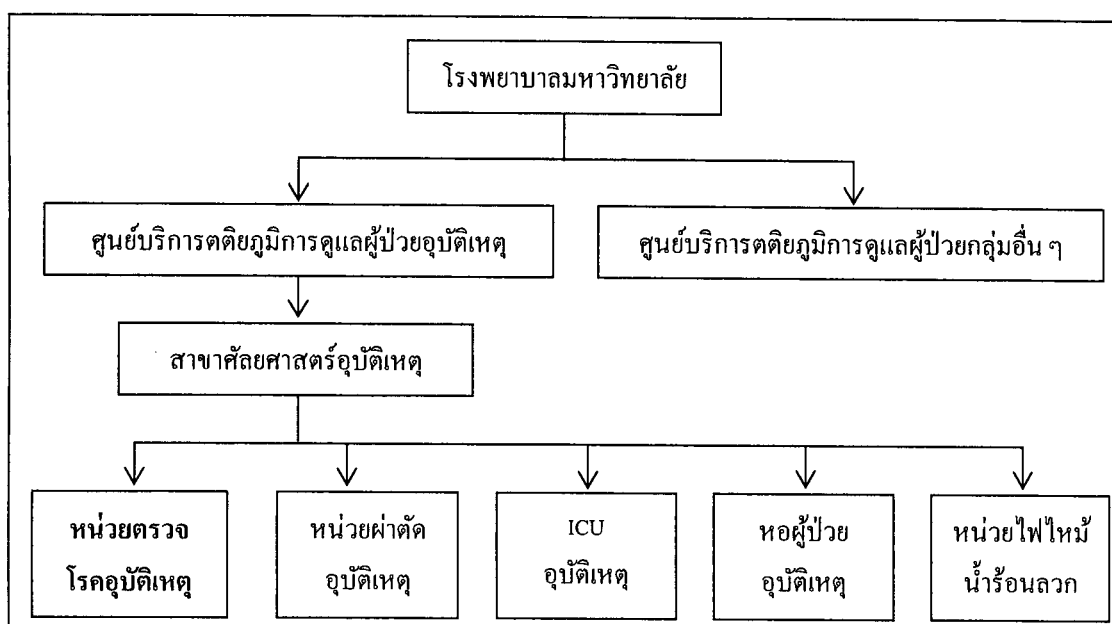
ในหัวข้อนี้จะเป็นการนำเสนอบริบทของหน่วยงานที่จะทำการศึกษ เพื่อให้มองเห็นภาพและเข้าใจระบบการทำงานของหน่วยงาน รวมถึงแนวทางและคู่มือในการคัดกรองบาดเจ็บซึ่งหน่วยงานนี้ได้มีการพัฒนาคุณภาพการคัดกรองมาแล้ว ตลอดจนการส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการอบรมเรื่องการคัดกรอง โดยเฉพาะหรือเรื่องที่เกี่ยวข้องของหน่วยงาน ดังนี้

บริบทของหน่วยงานที่ศึกษา

หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุที่ผู้วิจัยสนใจทำการศึกษ เป็นหน่วยงานที่อยู่ในสังกัดของงานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง และเป็นหนึ่งในหน่วยงานที่อยู่ในทีมการดูแลผู้บาดเจ็บ ซึ่งประกอบด้วยหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ หน่วยผ่าตัดอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยไอ ซี ยู อุบัติเหตุ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุสามัญ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุพิเศษ หน่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก ที่ได้รับการแต่งตั้งจากคณะกรรมการตติยภูมิการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุให้เป็นศูนย์อุบัติเหตุในลำดับแรก ๆ ของประเทศไทย โดยมีหัวหน้าสาขาศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ ภาควิชาศัลยศาสตร์เป็นผู้อำนวยการศูนย์อุบัติเหตุ (Trauma Director) และมีหัวหน้าหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุเป็นผู้ประสานงานการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Trauma Nurse Coordinator) ดังแสดงในภาพที่ 1 และ 2



ภาพที่ 1 แผนภูมิสายงานการบังคับบัญชาของหน่วยงานที่ศึกษา



ภาพที่ 2 แผนภูมิสายงานการบริการของศูนย์บริการตติยภูมิการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ศึกษา

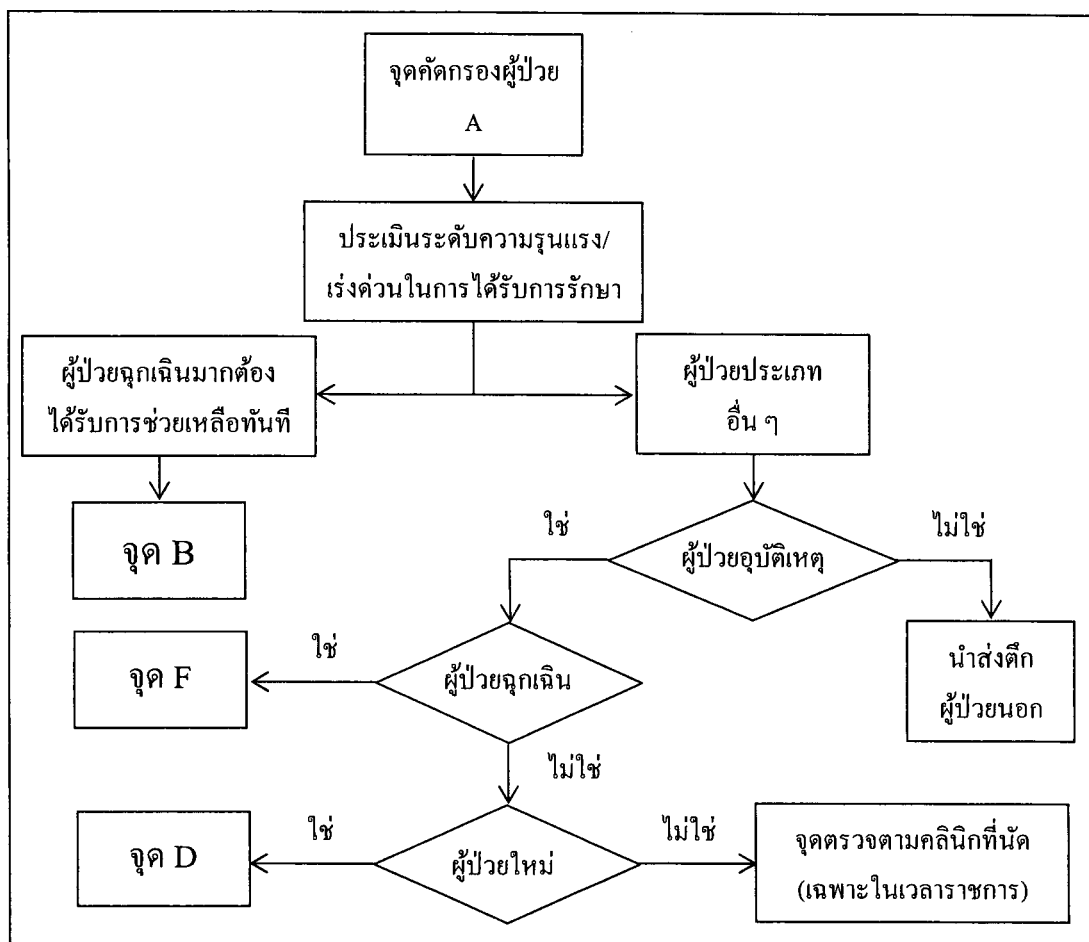
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งนี้เป็นโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวในประเทศไทยที่มีการจัดการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและผู้ป่วยนอกทั่วไปอื่น ๆ ออกจากกันอย่างชัดเจนมาเป็นเวลากว่า 30 ปี โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยทั่วไปคือ ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการที่หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุเป็นผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุใหม่ที่เพิ่งได้รับบาดเจ็บจนกระทั่งได้รับบาดเจ็บมาเป็นระยะเวลาไม่นานไม่เกิน 1 เดือน หรือเป็นกลุ่มที่มีการรับย้ายจากโรงพยาบาลอื่น ๆ โดยจะมาทำการรักษาต่อเนื่องจากได้รับอุบัติเหตุ (ไม่จำกัดระยะเวลาหากแพทย์รับย้าย) ทุกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ รวมไปถึงผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีการติดตามการรักษาในคลินิกต่าง ๆ ที่มีในหน่วยงาน ส่วนผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีได้เจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือที่มีอุบัติเหตุเป็นระยะเวลาเกินกว่า 1 เดือน ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินใหม่หรือติดตามการรักษาทุกระดับความรุนแรงคว้นในการดูแลรักษาจะเป็นผู้ป่วยกลุ่มทั่วไป ซึ่งมีการจัดให้บริการผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มแยกกันออกเป็น 2 อาคารซึ่งอยู่ติดกัน ได้แก่ ตึกอุบัติเหตุและตึกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยอุบัติเหตุตามหลักเกณฑ์ดังที่กล่าวข้างต้นทั้งหมดจะมาทำการรักษาที่หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ ณ ตึกอุบัติเหตุชั้น 1 ส่วนผู้ป่วยที่มีไข้ผู้ป่วยอุบัติเหตุตามหลักเกณฑ์ที่กล่าวข้างต้นจะไปรับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก โดยห้องฉุกเฉินจะอยู่ที่ชั้น 1 และห้องตรวจต่าง ๆ จะอยู่ในชั้นอื่น ๆ ของอาคาร

นอกจากนี้สายงานการบังคับบัญชาของทั้ง 2 ส่วนบริการนี้ยังมีความแตกต่างกันด้วย กล่าวคือ “หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ” ที่ให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทุกระดับการบาดเจ็บและผู้ป่วยนอก

ที่เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งหมดขึ้นอยู่กับงานการพยาบาลผ่าตัด ส่วนหน่วยตรวจโรคต่าง ๆ และห้องฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยทั่วไปจะขึ้นตรงต่องานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก

การที่หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุอยู่ในสังกัดของงานการพยาบาลผ่าตัด เนื่องจากผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุส่วนมากจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อช่วยเหลือและรักษาการบาดเจ็บ รวมไปถึงหัตถการที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดอื่น ๆ เช่น การใส่ท่อระบายทรวงอก (Inter-costal Drainage) การใส่สายทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยการบาดเจ็บในช่องท้อง (Diagnostic Peritoneal Lavage) การเย็บซ่อมแซมบาดแผล เส้นเลือด เส้นเอ็น และหรือเส้นประสาท เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมากที่อาจจะมีการทำการผ่าตัดเปิดช่องอกในท้องฉุกเฉิน (ER Thoracotomy) เพื่อช่วยนวดหัวใจโดยตรง (Internal Cardiac Massage) และการใช้เข็มหนีบจับเส้นเลือดแดงใหญ่เพื่อให้อัตราการไหลช้าลงชั่วคราว (Cross Clamp Aorta) ซึ่งต้องทำผ่าตัดด่วนต่อทันที ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานแห่งนี้จำเป็นต้องมีความสามารถหรือศักยภาพในการส่งเครื่องมือ การช่วยเหลือรอบนอก รวมถึงระบบการทำงานในห้องผ่าตัดด้วย เพื่อช่วยเหลือแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในกรณีดังกล่าว โดยที่พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลของหน่วยงานนี้จะมีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนกันเข้าปฏิบัติงานในหน่วยผ่าตัดอุบัติเหตุปีละ 3 เดือน ซึ่งทั้ง 2 หน่วยงานนี้ถือได้ว่าเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุในภาวะเร่งด่วนฉุกเฉิน

สำหรับขอบเขตการให้บริการของหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุที่ผู้วิจัยเข้าไปทำการศึกษาเป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกรายตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน (ผู้ป่วยใหม่) และผู้ป่วยที่มารับการติดตามผลการรักษาในคลินิกต่าง ๆ เช่น ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ออร์โธปิดิกส์ นิติวช (ให้บริการเฉพาะช่วงเช้า) กระดูกหน้าหัก (ให้บริการเฉพาะช่วงบ่ายวันจันทร์ พุธ และศุกร์) และบาดเจ็บที่มือ (ให้บริการเฉพาะช่วงบ่ายวันอังคาร และพฤหัสบดี) และมีการจัดแบ่งประเภทของการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินใหม่ตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมาก ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉิน และผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน ในจุดบริการที่ใช้สัญลักษณ์แทนด้วยตัวอักษร B, F และ D ตามลำดับ (ตามแผนรับอุบัติเหตุกลุ่มชน) โดยมีพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองและจัดระดับความรุนแรงผู้ป่วยทำหน้าที่ในการจัดแบ่งประเภทผู้ป่วย และให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการในหน่วยงาน หรือผู้รับบริการอื่นที่เข้ามาสอบถามข้อมูล บริเวณด้านหน้าตึกที่จัดเป็นพื้นที่ทำการคัดกรองและใช้สัญลักษณ์แทนด้วยตัวอักษร A (ดูแผนภูมิหน้าถัดไป: ภาพที่ 3 ประกอบ)



ภาพที่ 3 แผนภูมิการให้บริการผู้ป่วยที่หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ

ผลจากการที่โรงพยาบาลแห่งนี้เป็นโรงพยาบาลแห่งเดียวที่มีการแบ่งการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินของอุบัติเหตุและไม่ใช่อุบัติเหตุต่าง ๆ แม้จะดำเนินการมานานแล้วก็ตาม แต่ก็ยังผู้นำส่งผู้ป่วยจำนวนมากที่นำส่งผู้ป่วยทั้งที่มีไข้ผู้ป่วยอุบัติเหตุมายังหน่วยงานดังกล่าว ซึ่งพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยก็จะทำการประเมินสภาพผู้ป่วยตามแนวทางการคัดกรองของหน่วยงาน หากผู้ป่วยมีอาการหนักเทียบเท่าผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมากของหน่วยงาน เช่น ผู้ป่วยหมดสติ เรียกไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจหรือหายใจลำบาก รวมถึงไม่มีชีพจร ที่จำเป็นจะต้องได้รับการดูแลรักษาในทันที มิฉะนั้นจะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (Resuscitation) ก็จะนำเข้ามาทำการดูแลรักษายังจุด B โดยใช้ทีมการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บ (Trauma Resuscitation Team) ของหน่วยงานให้การดูแลและช่วยเหลือขั้นต้นก่อนและทำการปรึกษาแพทย์เฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องต่อไป โดยผู้ป่วยอาจจะได้รับการดูแลรักษาจนเสร็จสิ้นกระบวนการและส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยจากหน่วยงานแห่งนี้เลย หรือแพทย์เฉพาะทางด้านนั้นอาจจะให้ทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยแพทย์เวรฉุกเฉินเพื่อดูอาการต่อหากผู้ป่วย

มีอาการคงที่แล้ว ส่วนผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่มีอาการหนักหรือผู้ป่วยที่ต้องการตรวจในคลินิกเฉพาะทางด้านต่าง ๆ โรงพยาบาลแห่งนี้ก็จะได้รับคำแนะนำให้ไปตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอกซึ่งจะมีพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองรวมถึงเวชระเบียนที่ทำการส่งตรวจอีกทีหนึ่ง

โครงสร้างของหน่วยงานแบ่งออกเป็นจุดให้บริการตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและคลินิกที่ให้บริการดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น (ดังแสดงในภาพที่ 3 หน้า 26) รวมทั้งการวางแผนจัดอัตรากำลังและมอบหมายหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลให้สัมพันธ์กับจุดให้บริการต่าง ๆ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับเหตุการณ์อุบัติเหตุกลุ่มชน โดยบุคลากรจะขึ้นปฏิบัติงานเป็น 3 ช่วงระยะเวลา ดังนี้ เวรเช้าเวลา 07.00 – 15.00 น. เวรบ่ายเวลา 15.00 – 23.00 น. และเวรดึกเวลา 23.00 – 07.00 น. โดยมีพยาบาล (RN) และผู้ช่วยพยาบาล (PN) อยู่ประจำจุดคัดกรองผู้ป่วยและจุดให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมาก ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉิน และผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน โดยกำหนดเป็นจุดให้บริการตามแผนรับอุบัติเหตุกลุ่มชนเป็นสัญลักษณ์ A, B, F และ D ตามลำดับ ซึ่งที่จุด D นอกจากจะบริการผู้ป่วยใหม่กลุ่มไม่ฉุกเฉินแล้วยังให้บริการผู้ป่วยที่นัดคลินิกศัลยกรรมอุบัติเหตุที่สามารถเดินได้หรือนั่งรถนั่งด้วย ส่วนที่จุด F จะให้บริการผู้ป่วยที่นัดคลินิกต่าง ๆ ที่จะต้องนอนเปลด้วย ทั้งนี้จำนวนของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่อยู่ประจำแต่ละจุดมีแสดงอยู่ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตรากำลังของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลจำแนกตามเวลาที่ปฏิบัติงาน

| จำนวน(คน) เวร | จุด A | | จุด B | | จุด F | | จุด D | | รวม | |
|------------------|--------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-----|----|
| | RN | PN | RN | PN | RN | PN | RN | PN | RN | PN |
| เวรเช้าวันราชการ | 1 | 1 | 2* | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 6 | 6 |
| เวรเช้าวันหยุด | มาจากB | 1 | 2* | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 6 | 5 |
| เวรบ่าย | มาจากB | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 6 | 5 |
| เวรดึก | มาจากB | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 5 | 5 |

* พยาบาล 1 คนขึ้นปฏิบัติงานเวลา 07.00 - 15.00 น. ส่วนอีก 1 คนขึ้นปฏิบัติงานเวลา 10.00 - 18.00 น.

จากตารางจะเห็นได้ว่าพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยหรือพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้อยู่ประจำจุด A มีเพียงเวรเช้าวันราชการเท่านั้นส่วนเวรอื่น ๆ จะเป็นพยาบาลที่อยู่จุด B จำนวน 1 คนมาปฏิบัติหน้าที่ หากไม่มีผู้ป่วยในจุดบริการของตนภายหลังจากที่รับเวรและตรวจสอบจำนวนและความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ในห้องแล้ว ซึ่งหากพยาบาลจุด B มีมากกว่า 1 คน คนที่เหลือจะมาช่วยที่จุด D แต่ถ้าหากมีผู้ป่วยฉุกเฉินมากที่ต้องเข้ารับการดูแลรักษาที่จุด B แล้วที่จุด A ก็จะมีเพียงผู้ช่วยพยาบาลอยู่ลำพังเพียงคนเดียว ส่วนพยาบาลที่อยู่ประจำจุด D ในแต่ละเวรจะมีจำนวน 1 หรือ 2 คน โดยที่ 1 คนจะต้องทำหน้าที่เป็นหัวหน้าเวรด้วย ซึ่งเมื่อมีผู้ป่วยที่

จุด B หัวหน้าเวรนี้จะต้องเข้าไปช่วยเหลือด้วยในฐานะที่เป็นพยาบาลผู้ประสานงานและลงบันทึกเอกสารต่าง ๆ (Nurse Coordinator หรือ Nurse Document) ตามแผนทีมการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บของหน่วยงาน (Trauma Resuscitation Team) ดังจะกล่าวต่อไป ส่วนในเวรตึกที่จุด B มีพยาบาลประจำอยู่เพียงคนเดียวพยาบาลจุด D จะเข้ามาช่วยเหลือในกรณีจุด B มีผู้ป่วย

ทั้งนี้อัตรากำลังของพยาบาลในเวรเช้าวันราชการ ยังต้องมอบหมายให้พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลปฏิบัติงานประจำคลินิกอีก 2 คลินิก ได้แก่ คลินิกออร์โธปิดิกส์ และคลินิกนิติเวชในช่วงเช้าร่วมกับคลินิกในช่วงบ่ายที่เป็นคลินิกกระดูกหน้าหักสลับกับคลินิกบาดเจ็บที่มีมือ ประกอบด้วยพยาบาลประจำคลินิกละ 1 คน และผู้ช่วยพยาบาลประจำคลินิกจำนวน 1 และ 2 คนตามลำดับ โดยทุกจุดให้บริการและคลินิกต่าง ๆ ผู้ที่อยู่ประจำแต่ละจุดจะทั้งรับผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วย ให้การดูแลรักษาและการพยาบาลทุกกระบวนการจนเสร็จสิ้นในจุดของตนเอง ยกเว้นที่คลินิกนิติเวช คลินิกกระดูกหน้าหัก และคลินิกบาดเจ็บที่มีมือหากจะเป็นต้องทำหัตถการต่าง ๆ รวมถึงทำแผลและเปลี่ยนเพื่อจะมาร่วมให้บริการที่จุด D โดยมีพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลจุด D ช่วยเหลือ นอกจากนี้ยังมีพยาบาลอีก 1 คนที่ขึ้นเวรมาเป็นผู้รวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Trauma Registry) ซึ่งไม่ได้มีหน้าที่หลักในการมาให้บริการผู้ป่วยในหน่วยงาน และหัวหน้าหน่วยอีก 1 คน รวมเป็นอัตรากำลังเวรเช้าวันราชการทั้งสิ้นมีพยาบาลจำนวน 10 คน (รวมหัวหน้าหน่วย) และผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 9 คน

ทีมการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บของหน่วยงาน (Trauma Resuscitation Team) ประกอบด้วยแพทย์จำนวน 4 คนและพยาบาลจำนวน 3 คน ซึ่งในที่นี้จะขอกล่าวถึงแต่เพียงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลทั้ง 3 คนตามแผนซึ่งใช้ตัวอักษรแทนว่า N_1 , N_2 และ N_{∞} โดย N_1 เป็นพยาบาลประจำจุด B โดยมากจะเป็นพยาบาลที่มีอาวุโสสูงกว่า หรือ พยาบาลประจำจุด B ที่ไปช่วยปฏิบัติงานที่จุด A มีหน้าที่ในการประเมินและดูแลช่วยเหลือในเรื่องทางเดินหายใจและการหายใจ ซึ่งเมื่อมีแพทย์เข้ามาดูแลเรื่องการหายใจและได้ทำการแก้ไขเรื่องดังกล่าวเรียบร้อยแล้วจะไปช่วย N_2 ในการทำหัตถการต่าง ๆ ส่วน N_2 เป็นพยาบาลประจำจุด B อีก 1 คนที่มีอาวุโสน้อยกว่าที่ไปช่วยเหลือจุด D หรือ พยาบาลประจำจุด D (ในกรณีเวรตึกที่จุด B มีพยาบาลคนเดียว) มีหน้าที่ในการประเมิน และให้การดูแลและช่วยเหลือในเรื่องของระบบไหลเวียนโลหิตและการทำหัตถการต่าง ๆ และ N_{∞} ได้แก่ พยาบาลหัวหน้าเวรจะทำหน้าที่ในการลงบันทึกข้อมูล อัน ได้แก่ อาการของผู้ป่วยที่ประเมินได้ การดูแลรักษาและการพยาบาลที่ได้รับ การติดตามเฝ้าระวังอาการ (Monitor) เป็นต้น และจัดการเอกสารต่าง ๆ รวมไปถึงติดต่อประสานงานกับญาติ แพทย์และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ในทีมจะมีผู้ปฏิบัติงานพยาบาลที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือในการหยิบและทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้และอุปกรณ์ต่าง ๆ อีก 1 คน

ส่วนจำนวนของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแต่ละวันนั้นไม่เท่ากัน จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการโดยเฉลี่ยในแต่ละวันนั้น มีดังนี้ ในวันราชการจะมีผู้ป่วยมารับบริการประมาณ 190 คน เป็นเวรเช้าประมาณ 125 คน เวรบ่ายประมาณ 50 คน และเวรดึกประมาณ 15 คน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยใหม่ประมาณ 80 คน เป็นเวรเช้าประมาณ 40 คน เวรบ่ายประมาณ 27 คน และเวรดึกประมาณ 13 คน นอกจากจำนวนที่กล่าวมานี้จะเป็นผู้ป่วยเก่าหรือผู้ป่วยที่นัดมาติดตามผลการรักษาหรือรักษาต่อเนื่องของคลินิกต่าง ๆ ส่วนผู้ป่วยที่มาใช้บริการคลินิกพิเศษต่าง ๆ จะเป็นผู้ป่วยของคลินิกนิติเวช จำนวนประมาณ 35 คน คลินิกออร์โธปิดิกส์จำนวนประมาณ 20 คน คลินิกกระดูกหน้าหักและคลินิกบาดเจ็บที่มีมือประมาณคลินิกละ 10 คน ส่วนในวันหยุดราชการและเวรนอกเวลาราชการจะไม่มีการนัดผู้ป่วยของทั้ง 4 คลินิกดังกล่าวแต่หากผู้ป่วยของคลินิกใดมีอาการผิดปกติหรือมีปัญหาอื่นใดที่ต้องการพบแพทย์ก็สามารถมารับบริการได้โดยทางหน่วยงานจะให้แพทย์สัลยกรรมอุบัติเหตุที่อยู่ประจำประเมินขั้นต้นและให้การดูแลก่อนที่จะติดต่อแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องที่อยู่เวรวันนั้นมาดูแลแทน สำหรับผู้ป่วยคลินิกสัลยกรรมอุบัติเหตุซึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยประจำของหน่วยงานอยู่แล้ว จะมีการนัดมาพบแพทย์ตามความเหมาะสมได้ในเวรเช้าของทุกวัน ซึ่งผู้ป่วยที่มารับบริการในวันหยุดราชการจะมีประมาณ 110 คน เป็นผู้ป่วยใหม่ประมาณ 75 คน เวรเช้าประมาณ 30 คน เวรบ่ายประมาณ 30 คน และเวรดึกประมาณ 15 คน ซึ่งหากพิจารณาจำนวนผู้บาดเจ็บฉุกเฉินใหม่ที่มาใช้บริการโดยเฉลี่ยในแต่ละวันตามระดับการบาดเจ็บสามารถแบ่งได้เป็น ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมากประมาณ 2 คน และผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินประมาณ 20 คนที่เหลือก็เป็นผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน

สำหรับการให้บริการในการดูแลรักษาของหน่วยงานจะเป็นการให้บริการครบวงจรภายในหน่วยงาน (One Stop Service) กล่าวคือ จะมีอาจารย์แพทย์สาขาศัลยศาสตร์อุบัติเหตุอยู่เวรเตรียมพร้อม (Stand by) ในหน่วยงานตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้คำปรึกษาและช่วยวินิจฉัยและให้การดูแลกรณีผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังมีแพทย์ประจำบ้านของสาขาศัลยศาสตร์อุบัติเหตุทุกชั้นปี และนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 อยู่เวรในหน่วยงานตลอด 24 ชั่วโมง มีพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลอยู่เวร โดยการจัดอัตรากำลังและมอบหมายหน้าที่ตามจุดบริการต่าง ๆ โดยสัมพันธ์กับแผนอุบัติเหตุกลุ่มชน มีห้องถ่ายภาพรังสี (X-ray) ภายในหน่วยงาน มีจุดบริการเวชระเบียน การเงิน ห้องจ่ายยา (เฉพาะในเวลาราชการ) ห้องสังคมสงเคราะห์และตรวจสอบสิทธิ์ (เฉพาะในเวลาราชการ) ส่วนห้องอื่น ๆ ที่ไม่มีหรือไม่เปิดบริการในบางเวลา เช่น ห้องตรวจทางปฏิบัติการ เป็นต้น ก็ได้มีการจัดเจ้าหน้าที่บริการคอยช่วยเหลือในการจัดส่งสิ่งส่งตรวจให้แก่ผู้ป่วย สำหรับแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ๆ ที่ไม่ได้อยู่เวรเตรียมพร้อม (Stand by) ในหน่วยงานก็จะมีบริการติดตามให้แพทย์มาทำการดูแลรักษาผู้ป่วยในหน่วยงาน โดยจะให้การดูแลรักษาและพยาบาลตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึง และได้รับ

การรักษาพยาบาลจนเสร็จสิ้น จนกระทั่งกลับบ้าน หรือส่งต่อไปรับการตรวจรักษาในหน่วยงานอื่น ๆ การทำผ่าตัดก็ทำการเตรียมผู้ป่วยจนพร้อมที่จะทำผ่าตัดก่อนส่งไปห้องผ่าตัด

แนวทางและคู่มือในการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุ ของหน่วยงานที่ทำการศึกษ

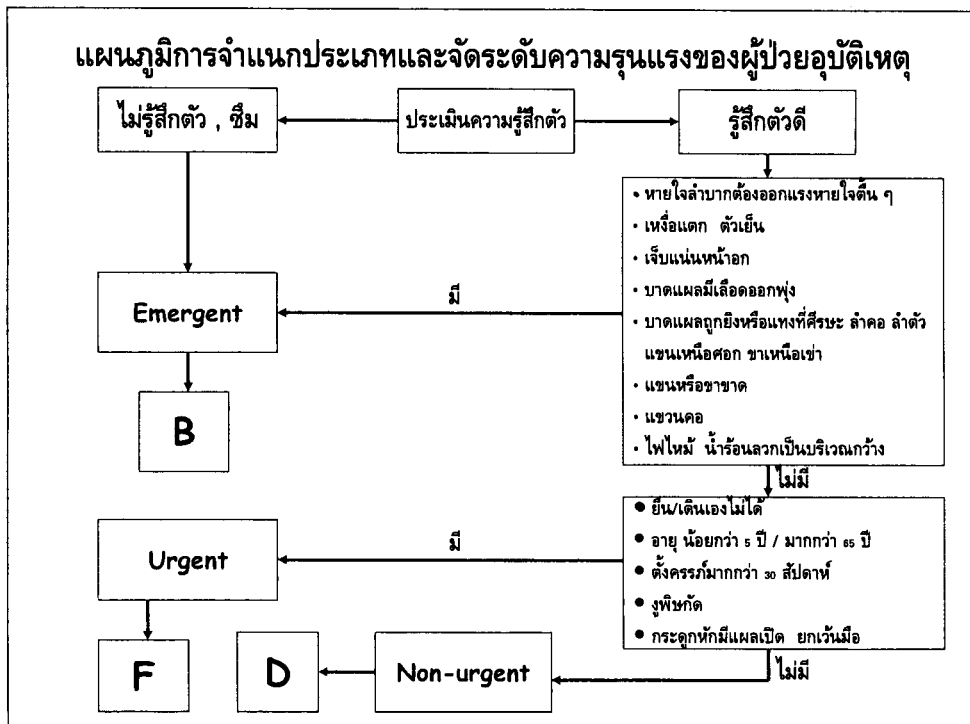
หน่วยงานที่จะเข้าไปทำการศึกษานี้ มีความตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรองและจำแนกประเภทผู้ป่วย โดย “กลุ่มพัฒนาคุณภาพการจำแนกประเภทผู้ป่วย จุด A” ได้มีทำการศึกษและสร้างแนวทางในการจำแนกประเภทและจัดทำเป็น โครงการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน โดยมีการดำเนินการในการพัฒนารูปแบบและแนวทางในการจำแนกประเภท มีการนำมาทดลองใช้และเก็บข้อมูล และเมื่อโครงการเสร็จสิ้น (ในขณะนั้น) ก็ได้สร้างเป็นคู่มือในการจำแนกประเภทและจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุไว้ และได้มีประกันคุณภาพการบริการในเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย โดยกำหนดตัวชี้วัดไว้ว่า อัตราผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับการจำแนกประเภทไม่ถูกต้อง โดยกำหนดระดับการรับรองเป็นร้อยละ 5 โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกเดือนและรายงานผลไปยังหน่วยพัฒนาคุณภาพทุก 3 เดือน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานของการบริการหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินของกองการพยาบาล และตามข้อกำหนดของคณะกรรมการตติยภูมิการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ

การจัดแบ่งระดับความรุนแรงของผู้บาดเจ็บของหน่วยงานตามคู่มือ ๆ แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ กลุ่มฉุกเฉินมาก (Emergent) กลุ่มฉุกเฉิน (Urgent) และกลุ่มไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) โดยถือตามพื้นที่ให้บริการในการตรวจรักษาผู้ป่วยตามที่จัดแบ่งไว้ในแผนอุบัติเหตุกลุ่มชน แนวทางในการในการจำแนกประเภทผู้ป่วยของหน่วยงานที่ทำการศึกษานี้มีแสดงอยู่ในภาพที่ 4 (หน้าถัดไป) (ทิมสุขภาพดูแลผู้ป่วยหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ, 2546) ซึ่งสามารถสรุปลักษณะของผู้ป่วยแต่ละประเภทได้ดังนี้

กลุ่มที่ 1 Emergent: ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมาก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ต้องการการตรวจรักษาทันที มิฉะนั้นผู้ป่วยจะตายหรือพิการอย่างถาวร

กลุ่มที่ 2 Urgent: ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยเหลืออย่างรีบด่วน รongลงมา แต่ถ้าไม่รีบรักษาภายใน 1 – 2 ชม. ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจตายหรือพิการได้ (ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะรู้สึกตัวดีและไม่มีอาการแสดงของภาวะ shock)

กลุ่มที่ 3 Non-urgent: ผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยที่ต้องการการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสม โดยที่ในขณะนั้น ไม่มีภาวะฉุกเฉินที่จะคุกคามชีวิตของผู้ป่วย



ภาพที่ 4 แผนภูมิการจำแนกประเภทและจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ทั้งนี้หน่วยงานโดย “กลุ่มพัฒนาคุณภาพการจำแนกประเภทผู้ป่วย จุด A” ได้มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการจำแนกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ณ จุดคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุไว้ 3 ประการ ดังนี้

1. ให้ผู้บาดเจ็บได้รับการตรวจรักษาตามความเร่งด่วน
2. เพิ่มประสิทธิภาพการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3. เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุสามารถจำแนกประเภทและจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้เป็นแนวทางเดียวกัน

ในคู่มือการจำแนกประเภทตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ, 2546) ยังได้กำหนดขั้นตอนหรือกระบวนการในการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุ ไว้ว่าเมื่อพยาบาลคัดกรองจำแนกประเภทผู้ป่วยแล้วก็จะนำส่งผู้ป่วยไปยังจุดให้การรักษามะตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมากจะนำส่งไปยังจุด B ซึ่งเป็นจุด Resuscitation ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินจะนำส่งไปยังจุด F ซึ่งเป็นจุดให้การรักษาผู้ป่วยที่ต้องนอนเปล ส่วนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินจะนำส่งไปยังจุด D ซึ่งเป็นจุดให้การรักษาผู้ป่วยที่ไม่ต้องนอนเปลซึ่งอาจจะเดินได้เองหรือนั่งรถนั่ง และภายหลังจากเสร็จสิ้นโครงการหน่วยงานได้กำหนดให้การจำแนกประเภทผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ อัตราผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับการจำแนก

ประเภทไม่ถูกต้อง โดยกำหนดระดับการรับรองเป็นร้อยละ 5 และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกเดือนซึ่งผลที่ได้อยู่ในระดับที่รับรอง ซึ่งในการเก็บรวบรวมตัวชี้วัดดังกล่าวตรวจสอบความถูกต้องจากการติดตามว่าผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองและส่งไปรับการตรวจยังจุดตรวจต่าง ๆ ตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ มีการเคลื่อนย้ายหรือเปลี่ยนจุดตรวจเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหรือความเจ็บป่วยรุนแรงมากกว่าหรือน้อยกว่าระดับความรุนแรงที่ได้รับการคัดกรองจากพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยได้ประเมินไว้ในทันทีที่มาถึงจุดตรวจแต่ละจุด แต่ถ้าผู้ป่วยรายใดไม่มีการปรับเปลี่ยนจุดตรวจในทันทีก็หมายความว่าพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองจำแนกประเภทได้ถูกต้อง ซึ่งการเก็บรวบรวมตัวชี้วัดดังกล่าวเป็นแต่เพียงการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ตรวจสอบจากการที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจยังจุดตรวจตามที่พยาบาลคัดกรองระบุไว้เท่านั้น แต่ไม่ได้มีการประเมินว่าอาการของผู้ป่วยหรือความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยที่พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองนั้นถูกต้องตามแนวทางที่หน่วยงานกำหนดไว้หรือไม่ อีกทั้งพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยใช้หลักเกณฑ์หรือแนวทางอย่างไรประกอบการตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรจะได้รับบริการ ณ จุดบริการใดหรือมีการบาดเจ็บระดับใด

ทั้งนี้โครงสร้างของหน่วยงานในการจัดแบ่งจุดเพื่อให้การรักษาพยาบาล รวมทั้งการจัดอัตรากำลังของบุคลากรทางการพยาบาล ได้ยึดถือหลักปฏิบัติตามแผนรับอุบัติเหตุกลุ่มชน ซึ่งในภาวะปกติที่พยาบาลที่ได้รับการมอบหมายหน้าที่ให้ปฏิบัติงาน ณ จุด B หากไม่มีผู้ป่วยที่จุดปฏิบัติงานของตน ซึ่งพยาบาล 1 คนจะได้รับมอบหมายหน้าที่เพิ่มให้ไปปฏิบัติงานที่จุด A ยกเว้นเวรเช้าวันราชการ ส่วนอีก 1 คนก็จะต้องไปช่วยเหลือพยาบาลที่จุด D จนเมื่อใดก็ตามที่มีผู้ป่วยที่พยาบาลคัดกรองแล้วว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมากจึงกลับมาปฏิบัติงานยังจุดปฏิบัติงานของตน ส่วนระบบการจัดแบ่งหน้าที่ปฏิบัติงานของแพทย์ในภาวะปกติแพทย์ที่ประจำที่หน่วยงานตลอดเวลา คือ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 (Extern) และแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ชั้นปีที่ 1 เมื่อมีผู้ป่วยมารับบริการที่จุด D และ F นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 จะเป็นผู้เข้าไปตรวจประเมินผู้ป่วยโดยอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ชั้นปีที่ 1 จนเมื่อใดก็ตามที่แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ไม่แน่ใจหรือไม่สามารถวินิจฉัยอาการและให้การรักษาที่เหมาะสมได้ก็จะทำการปรึกษาแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ชั้นปีที่ 2 3 และ 4 และอาจารย์แพทย์ตามลำดับ แต่ถ้าหากเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการนำส่งไปยังจุด B ตามแผนการปฏิบัติงานแล้วพยาบาลจะต้องตามแพทย์ทุกระดับเข้ามาร่วมประเมินอาการผู้ป่วยในทันที ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ณ จุด B จะได้รับการร่วมประเมินอาการและตัดสินใจให้การรักษาจากอาจารย์แพทย์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็วทันเวลามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ณ จุดการรักษาอื่น

การส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการอบรมเรื่องการคัดกรองและเรื่องที่เกี่ยวข้อง

สำหรับการส่งเสริมให้บุคลากรได้เข้ารับการอบรมเรื่องของการคัดกรองและการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานนั้น มีทั้งการอบรมเรื่องการคัดกรองโดยเฉพาะ และการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองและ/หรือมีหัวข้อเรื่องการคัดกรอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การอบรมเรื่องการคัดกรองโดยเฉพาะ

1.1 การอบรมภายในหน่วยงาน

ภายหลังจากที่หน่วยงาน โดย “กลุ่มพัฒนาคุณภาพการจำแนกประเภทผู้ป่วย จุด A” ได้จัดทำคู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและนำออกมาเผยแพร่ข้อมูลให้บุคลากรในหน่วยงานได้รับทราบแนวทางการปฏิบัติงานเรื่องการคัดกรองเป็นครั้งแรกในปี 2546 และหน่วยงานได้มีการอบรมฟื้นฟูอีกครั้งเมื่อปี 2551 โดยผู้ที่เข้ารับการชี้แจงและอบรมทั้ง 2 ครั้งนี้ได้แก่ พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลทั้งหมดของหน่วยงานที่ศึกษา (ทั้งที่เคยและไม่เคยปฏิบัติหน้าที่นี้) ซึ่งการอบรมนี้เป็นการอบรมเรื่องการคัดกรองผู้บาดเจ็บที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยหลักของหน่วยงาน โดยเฉพาะ การอบรมใช้เวลา 3 ชั่วโมง ลักษณะของการอบรมเป็นการให้ความรู้ภาคทฤษฎี ประกอบการยกกรณีตัวอย่างมาอธิบายโดยอาจารย์ผู้บรรยายเท่านั้น

1.2 การอบรมภายนอกหน่วยงาน

เนื่องจากในองค์การต้นสังกัดของหน่วยงานที่เข้าไปทำการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการจัดแบ่งการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือผู้บาดเจ็บ และผู้ป่วยฉุกเฉินอื่นนอกจากกันตามที่ได้อธิบายในบริบทของหน่วยงานแล้ว ซึ่งแต่ละหน่วยงานได้มีการจัดทำคู่มือและแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของตนขึ้น ซึ่งหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอื่นได้มีการจัดการอบรมการคัดกรองของหน่วยงานตนและได้ขอให้หน่วยงานที่ศึกษาส่งพยาบาลเข้าร่วมการอบรมครั้งละ 1 คน จึงทำให้มีพยาบาลของหน่วยงานที่ศึกษาได้เข้ารับการอบรมนี้เป็นจำนวนน้อย ระยะเวลาของการอบรมประมาณ 3 สัปดาห์ ส่วนลักษณะของการอบรมประกอบด้วยบรรยายภาคทฤษฎี 5 วัน วันละ 3 – 4 ชั่วโมง และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงเป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยในการฝึกปฏิบัติจะมีพยาบาลประจำหน่วยที่ไปฝึกปฏิบัติคอยดูแลช่วยเหลือ ไม่มีการติดตามตรวจสอบผลการปฏิบัติหรือการทดสอบความรู้และการทดสอบภาคปฏิบัติ

2. การอบรมอื่นที่เกี่ยวข้อง

2.1 การอบรมภายในหน่วยงาน

เนื่องจากหน่วยงานที่ศึกษานี้เป็นหน่วยงานเฉพาะทางที่ให้การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ บุคลากรในหน่วยงานจึงควรต้องมีความชำนาญเฉพาะด้าน ดังนั้นหน่วยงานจึงได้มีการดำเนินการจัดการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุตามหลักการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุสากลขึ้นในปี 2551 โดย

เนื้อหาสาระทั้งหมดเป็นเรื่องของการให้การดูแลผู้บาดเจ็บ และมีหัวข้อเรื่องการคัดกรองผู้บาดเจ็บรวมอยู่ด้วย ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมคือพยาบาลทุกคนในหน่วยงานที่ศึกษานี้ตลอดจนพยาบาลของหน่วยงานอื่นที่ให้การดูแลผู้บาดเจ็บเข้าร่วมอีกจำนวนหนึ่ง การอบรมใช้เวลา 3 วัน ลักษณะของการอบรมเป็นการบรรยายให้ความรู้ในช่วงเช้าของแต่ละวัน และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองในช่วงบ่ายของการอบรม 2 วันแรก โดยมีวิทยากรเป็นผู้ดูแลและให้ข้อมูลย้อนกลับในแต่ละสถานี และมีการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรมเพื่อติดตามพัฒนาการ และการทดสอบการปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติงาน

2.2 การอบรมภายนอกหน่วยงาน

ซึ่งการอบรมภายนอกหน่วยงานที่สืบค้นมาได้ที่มีประเด็นเกี่ยวกับการคัดกรองผู้บาดเจ็บที่บุคลากรในหน่วยงานนี้ได้มีโอกาสเข้ารับการศึกษามีทั้งการอบรมระยะสั้น ได้แก่ หลักสูตรเวชปฏิบัติ (ระยะเวลา 1 สัปดาห์) ลักษณะการอบรมเป็นการบรรยาย และหลักสูตร Emergency Medical Service (ระยะเวลา 2 สัปดาห์) ลักษณะการอบรมเป็นการบรรยายประกอบการฝึกปฏิบัติ และการอบรมระยะยาว ได้แก่ การศึกษาอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาล ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ที่จัดโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ลักษณะของการศึกษาอบรมเป็นการบรรยายให้ความรู้ และการฝึกปฏิบัติงานในหน่วยงาน มีการประเมินผลการศึกษาโดยการทดสอบความรู้ การทำรายงานการศึกษาผู้ป่วยรายกรณี การทำการศึกษาและรายงานในประเด็นที่สนใจ และการฝึกปฏิบัติและทำกิจกรรมในชุมชน ซึ่งการศึกษอบรมทั้ง 3 เรื่องนี้พยาบาลในหน่วยงานที่ศึกษามีโอกาสเข้าร่วมจำนวนน้อย

จากบริบทและแนวทางในการคัดกรองผู้บาดเจ็บของหน่วยงานตามที่กล่าวมาแล้ว ทำให้มองเห็นภาพของหน่วยงานที่ผู้วิจัยสนใจเข้าไปศึกษาที่ชัดเจนขึ้น รวมทั้งเห็นถึงบทบาทของพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการประเมินผู้บาดเจ็บทันทีที่มาถึงโรงพยาบาลเพื่อตัดสินใจที่จะนำส่งผู้บาดเจ็บไปรับการรักษาอย่างฉุกเฉินรักษาต่าง ๆ ตามสภาพและความรุนแรงของการบาดเจ็บ และที่สำคัญหน่วยงานนี้ยังเป็นหน่วยงานแห่งเดียวในประเทศไทยที่ให้การดูแลผู้บาดเจ็บ โดยเฉพาะ ถึงแม้ว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนี้จะมีโอกาสเข้ารับการอบรมเรื่องการคัดกรองและเรื่องที่เกี่ยวข้องภายนอกหน่วยงานน้อย แต่หน่วยงานเองได้มีการดำเนินการจัดการอบรมเรื่องของการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุตามหลักการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุสากล ซึ่งเป็นการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้บาดเจ็บที่เป็นผู้รับบริการหลักของหน่วยงานให้แก่พยาบาลทุกคนในหน่วยงาน ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนี้จึงเป็นผู้ที่มีความชำนาญและมีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้บาดเจ็บ ซึ่งจะทำให้

ข้อมูลที่ได้จากการทำความเข้าใจประสบการณ์ของพยาบาลในหน่วยงานแห่งนี้สามารถนำไปใช้อ้างอิงได้อย่างดีในเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือผู้บาดเจ็บ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้บาดเจ็บทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้ป่วยนี้ในต่างประเทศมีจำนวนมากพอสมควร ส่วนงานวิจัยในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้อง โดยตรงกับการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุ ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และการศึกษาในครั้งนี้มานำเสนอ โดยแบ่งตามจุดมุ่งหมายของการศึกษา

การศึกษาของกลุ่มแรกที่นำมาเสนอนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการสร้างมาตรฐานในการคัดกรองผู้ป่วย และสร้างรูปแบบในการคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาที่พบก็มีความแตกต่างกันทั้งประสิทธิผลสำเร็จและผลของการศึกษาไม่เป็นไปตามที่ตั้งไว้ ดังนี้

การศึกษาของ คิปปี (Kipp, 2001) ซึ่งมีความต้องการที่จะสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงได้นำบุคลากรในทีมการพยาบาลมารวมกันสร้างมาตรฐานในการปฏิบัติงาน 7 ประการ ดังนี้ มาตรฐานการคัดกรอง มาตรฐานเมื่อเริ่มต้นและระหว่างการรักษา มาตรฐานเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า มาตรฐานการรักษาที่เน้นผู้ป่วย และมาตรฐานการรักษาที่เน้นทีมงาน ผลของการศึกษาพบว่า ภายหลังจากใช้มาตรฐานแล้วค่าเฉลี่ยความตระหนักและการให้การดูแลเพิ่มมากขึ้น และพบว่าการพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวมก็เพิ่มมากขึ้นด้วย

การศึกษาของ สมบุญ โอภาสยล (2544) ซึ่งจัดทำโครงการศึกษาอิสระ เรื่อง การจัดระบบคัดกรองผู้ป่วย ห้องอุบัติเหตุ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยดำเนินตั้งแต่การสร้างรูปแบบการจัดระบบการคัดกรองผู้ป่วย ณ ห้องอุบัติเหตุ โดยอาศัยแนวคิดของ ซอมเมอร์สันและมาร์คอฟชีก (Somerson & Markovchick, 1997) ซึ่งมีองค์ประกอบ 5 ประการ ได้แก่ ด้านบุคลากร (Personal) ด้านสถานที่ (Space requirement) ด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ (Equipment and supplies) ด้านระบบการเก็บรวบรวมบันทึกข้อมูล (Documentation system) และด้านระบบการสื่อสาร (Communication Systems) ต่อมานำมาทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และได้ไปทำการสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ พยาบาล นักวิชาการ และผู้เชี่ยวชาญด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉินอีกครั้ง และนำมาเสนอกับคณะกรรมการการจัดระบบคัดกรองผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุ ฯ เพื่อขอความเห็นชอบและทำการปรับปรุงแก้ไข จนกระทั่งได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการแล้วจึงได้นำมาทดลองใช้และทำการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตการณ์ปฏิบัติงาน (ตามแบบสังเกต) การสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วยรวมทั้ง

สอบถามความคิดเห็นต่อการดำเนินโครงการของพยาบาลห้องอุบัติเหตุ ๗ ซึ่งพบว่าพยาบาลห้องอุบัติเหตุที่ร่วมโครงการศึกษาคั้งนี้เห็นด้วยต่อการจัดระบบการคัดกรองในแต่ละด้าน ดังนี้ ร้อยละ 100 เห็นด้วยกับการนำรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยมาใช้ในด้านบุคลากร ด้านอุปกรณ์ และด้านการเก็บรวบรวมบันทึกข้อมูล ร้อยละ 91.3 เห็นด้วยในด้านสถานที่ และร้อยละ 69.57 เห็นด้วยในด้านการสื่อสาร และพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการศึกษาทุกคนเห็นด้วยกับการดำเนินโครงการจัดระบบการคัดกรองผู้ป่วย

วิดเกรนและเจอร์รัค (Widgren & Jourak, 2011) ได้ทำการปรับปรุงแนวทางในการคัดกรองใหม่โดยนำหลักการในการคัดกรองที่มีอยู่แล้วคือวิธี Medical Emergency Trauma and Treatment System หรือ METTS ที่ใช้การประเมินโดยประเมินอาการอย่างรวดเร็ว ซึ่งเขาได้เพิ่มขั้นตอนในการคัดกรองอีก 2 ขั้นตอน โดยกำหนดเป็นแผนภูมิแสดงการตัดสินใจคัดกรอง (Algorithm) ประกอบด้วย แผนภูมิการตัดสินใจโดยใช้สัญญาณชีพ และแผนภูมิการตัดสินใจโดยใช้อาการและอาการสำคัญเฉพาะโรคหรือกลุ่มอาการ (มี 43 โรคหรือกลุ่มอาการ) และนำแนวทางการคัดกรองที่พัฒนานี้ไปทดลองใช้และตรวจหาความไม่สอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน 2 คน (Inter-rater Disagreement) โดยผู้ทำการประเมินได้แก่ พยาบาลคัดกรองและแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และทำการศึกษาติดตามผลการตัดสินใจคัดกรองของผู้คัดกรองจากระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและอัตราการตายในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าการตัดสินใจคัดกรองของผู้ประเมินทั้ง 2 คนมีความสอดคล้องกันและผลของการตัดสินใจคัดกรองตามแนวทางใหม่ที่กำหนดนี้มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและอัตราการตายในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับการศึกษากลุ่มต่อมาที่จะนำเสนอต่อไปนี้เป็นการศึกษาที่ศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจหรือมีผลต่อระยะเวลาในการคัดกรอง ซึ่งจะนำมาเสนอ 2 เรื่อง ดังนี้

เกรดท์ซและบัคแนลล์ (Gerdtz & Bucknall, 2001) ซึ่งทำการศึกษาโดยการสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วย ณ หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินของผู้ใหญ่ (Adult Emergency Department) แห่งหนึ่งในเมืองเมลเบิร์นประเทศออสเตรเลีย จำนวน 26 คน จำนวนครั้งที่ทำการคัดกรอง 404 ครั้ง โดยผู้สังเกตเพียงคนเดียวและมีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 20 หัวข้อตามหลักเกณฑ์ของมาตรวัดการคัดกรองชาวออสเตรเลีย (The Australasian Triage Scale: ATS หรือ National Triage Scale: NTS) ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับจำนวนครั้งในการวิเคราะห์และการตัดสินใจและจำนวนผู้ป่วย การบันทึกรายละเอียดของพยาบาลและองค์ประกอบแวดล้อมอื่น ๆ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย และระยะเวลาที่ใช้ เพื่อที่จะดูว่าพยาบาลรวบรวมข้อมูลอะไรในการพิจารณาคัดกรองผู้ป่วยผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่ที่พยาบาลใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงและทำการบันทึกในแบบบันทึก ได้แก่ ข้อมูลอาการสำคัญ

อาการทางสรีรวิทยา เช่น ความดันโลหิต อาการทางระบบสมอง ค่าน้ำตาลในเลือด เป็นต้น ผู้นำส่งวิธีการเดินทางมาโรงพยาบาล ชื่อผู้บันทึก การบาดเจ็บ สำหรับเวลาที่ใช้ในการคัดกรองทั้งสิ้น ใช้เวลาในการคัดกรองเฉลี่ย 3.36 นาที และผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่าจะใช้เวลาในการคัดกรองเฉลี่ยน้อยกว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า

ทราเวอร์ส (Travers, 1999) ได้ทำการศึกษาระยะเวลาในการประเมินผู้ป่วยและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ซึ่งพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนี้จะต้องผ่านการอบรมเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยและปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน การเก็บข้อมูลจะสุ่มเก็บข้อมูลทั้งเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ในการทำงานไม่มีผลต่อการตัดสินใจในการคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาล ผลของการศึกษาทั้ง 2 เรื่องข้างต้นพบส่วนที่เหมือนกันสำคัญคือ การที่พยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองมีความรู้ ผ่านการอบรม และมีประสบการณ์ในการคัดกรอง มากกว่า จะใช้เวลาในการคัดกรองน้อยกว่าพยาบาลที่มีความรู้ ได้ผ่านการอบรม และมีประสบการณ์ที่น้อยกว่า ส่วนการศึกษาในกลุ่มต่อไปมุ่งศึกษาหาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อระบบการคัดกรองและพยาบาลที่ทำการคัดกรอง ซึ่งนำมาเสนอจำนวน 3 เรื่อง ดังนี้

การศึกษาของ แรปเปอร์ เดวิส และสกอตต์ (Rapper, Davis, & Scott, 1999) เรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อพยาบาลคัดกรองแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาล 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลของคาทอลิก (Catholic Hospital) โรงพยาบาลเอกชน (Public Hospital) และโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์และพยาบาล ซึ่งทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 378 ราย ทางโทรศัพท์ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 48 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากเมื่อได้รับการคัดกรองจากพยาบาล และมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของพยาบาลด้วย อีกทั้งคุณสมบัติของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองที่ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมาก ได้แก่ ทักษะในการคัดกรอง ความรู้ในภาวะเจ็บป่วย ความรู้ในปัญหาเฉพาะของผู้ป่วย มีกิริยาท่าทางที่แสดงความเข้าใจ มีการชี้แจงตามลำดับขั้นตอน ให้ข้อมูลและคำแนะนำด้วยภาษาธรรมดาและเข้าใจง่าย ดูแลเอาใจใส่ด้วยความจริงใจ มีศิลปะ ปฏิบัติงานด้วยความอ่อนโยน มีความว่องไวต่อการตอบคำถาม มีท่าทางผ่อนคลายไม่เคร่งเครียด

การศึกษาของกอร์อันส์สันและโรสัน (Goransson & Rosen, 2010) เพื่อสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการคัดกรองผู้ป่วยโดยพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศสวีเดน ก็ได้ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ แรปเปอร์และคณะ (Rapper et al., 1999) กล่าวคือ ผู้มารับบริการรู้สึกพึงพอใจต่อการที่มีพยาบาลมาต้อนรับทันทีที่ถึงห้องฉุกเฉินและทำหน้าที่คัดกรองถึงร้อยละ 97 และพวกเขาารู้สึกว่าพยาบาลที่ทำหน้าที่นี้มีความรู้ทางด้านการแพทย์

เป็นอย่างดี ทั้งนี้โรงพยาบาลที่ศึกษานี้แบ่งประเภทของผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับซึ่งพบว่าผู้มารับบริการที่จัดเป็นระดับรุนแรงน้อยรู้สึกไม่พึงพอใจในการที่ต้องรอรับบริการนาน

การศึกษาของ จันทรา จินดา (2546) เรื่องผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยทำการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังใช้รูปแบบการคัดกรองตามที่ สมบุญ โอภาสยล ได้สร้างไว้ในภาพรวมและรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร สูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในด้านอื่นและในภาพรวมไม่แตกต่างกัน ส่วนความพึงพอใจในงานของพยาบาลทั้งก่อนและหลังใช้รูปแบบการคัดกรองดังกล่าวทั้งในภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งเมื่อพิจารณาไปในรายข้อพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านลักษณะงาน 2 ข้อและด้านการบังคับบัญชา 3 ข้อ

นอกจากที่กล่าวมาแล้ว ยังมีการศึกษาที่ต้องการทราบผลของความถูกต้องในการคัดกรองผู้ป่วยเลือกมานำเสนอในงานวิจัยนี้จำนวน 2 เรื่อง ซึ่งมีความแตกต่างกันของบริบทของสถานที่ศึกษาและหลักเกณฑ์ที่นำมาใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วย แต่ทั้ง 2 การศึกษาผลที่ได้พบว่าการนำหลักเกณฑ์ในการคัดกรองมาใช้ทำให้ผลการคัดกรองมีความถูกต้องและสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การศึกษาของ อลาเจน โดร์ และคณะ (Alejandro et al., 2003) เรื่องระบบการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service: EMS) โดยการนำขั้นตอนการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บตามหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมในการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ (Trauma Triage Criteria) ที่สร้างขึ้น โดยราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (The American College of Surgeons: ACS) มาใช้ในการพิจารณาจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บว่าจะนำส่งผู้ป่วยไปรักษายังสถานที่ใดที่เหมาะสม (โรงพยาบาลที่เป็นศูนย์อุบัติเหตุหรือโรงพยาบาลที่ไม่ได้เป็นศูนย์อุบัติเหตุ) และนำมาเปรียบเทียบกับคะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS) โดยใช้เกณฑ์ว่าผู้ป่วยที่ควรได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลที่เป็นศูนย์อุบัติเหตุควรมีคะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บมีค่ามากกว่า 15 ซึ่งผลการศึกษาที่ได้พบว่า การใช้หลักเกณฑ์ในการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บเพื่อนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์อุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับคะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับน้อยกว่า .001 จึงสรุปได้ว่าการนำหลักเกณฑ์ดังกล่าวมาใช้ในการคัดแยกผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุใช้ได้ผลอย่างดียิ่ง

การศึกษาของ โกรันส์สันและคณะ (Goransson et al., 2006) โดยการทดลองสร้าง สถานการณ์จำลองจำนวน 18 สถานการณ์ มาทำการศึกษาเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 428 คนที่ ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 48 แห่งในประเทศสวีเดน ซึ่งหลักเกณฑ์ในการคัดกรองนี้อาศัย หลักการของมาตรวัดความเร่งด่วนและการคัดกรองชาวแคนาดา (The Canadian Triage and Acuity Scale: CTAS) มาเป็นแนวทาง การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยการนำผลการคัดกรองว่าถูกต้องเหมาะสม (Accurate Triage Assessment) หรือเกินความเป็นจริง (Over Triage) หรือต่ำกว่าความเป็นจริง (Under Triage) มาเปรียบเทียบกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า มีจำนวน ครั้งของการตัดสินใจคัดกรอง 7624 ครั้ง มีจำนวน 64 ครั้ง (ร้อยละ 0.8) ที่ทำการบันทึกใน แบบฟอร์มไม่สมบูรณ์ ซึ่งที่มีการบันทึกสมบูรณ์พบว่าการคัดกรองเกินกว่าความเป็นจริงเฉลี่ยคน ละ 5 ครั้ง และต่ำกว่าความเป็นจริงเฉลี่ยคนละ 2 ครั้ง และสรุปได้ว่าการคัดกรองได้ถูกต้อง มากกว่าร้อยละ 70

การศึกษาในกลุ่มสุดท้ายเป็นการศึกษาเพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของการคัดกรองใน พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการคัดกรองและการอบรมฟื้นฟูการคัดกรอง จำนวน 2 เรื่อง ดัง รายละเอียดต่อไปนี้

การศึกษาของ อินเนสและคณะ (Innes et al., 2011) เรื่องการรับรู้ของพยาบาลต่อการทำ หน้าที่คัดกรองของตนระหว่างพยาบาล 2 กลุ่มที่มีการควบคุมจำนวนปีในการทำงานให้เท่าเทียมกัน ทั้ง 2 กลุ่ม โดยที่กลุ่มแรกเป็นพยาบาลได้รับการอบรมโดยการให้ความรู้ในเชิงทฤษฎีเป็นเวลา 5 ชั่วโมง และการฝึกปฏิบัติการคัดกรองอย่างน้อยคนละ 24 ชั่วโมง และกลุ่มที่สองเป็นพยาบาลไม่ได้ รับการอบรมโดยการให้ความรู้แต่ได้เข้าฝึกปฏิบัติการคัดกรองเป็นเวลา 8 ชั่วโมง พบว่า พยาบาล วิชาชีพที่ผ่านการอบรมการคัดกรองในกลุ่มแรกมีความรู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติงานคัดกรอง มากกว่า และใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจเพื่อคัดกรองน้อยกว่าพยาบาลในกลุ่มที่สอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย

การศึกษาของ ดัลแลร์ พอยท์ทริส เออบิน ลาวอย์ และ มัวร์ (Dallaire, Poitras, Aubin, Lavoie, & Moore, 2012) เรื่องความสอดคล้องของผลการคัดกรองของพยาบาลที่ไม่ได้รับการฟื้นฟู การคัดกรองในสถานการณ์จำลองจำนวน 5 คน และสถานการณ์จำลอง 100 สถานการณ์ พบว่า พยาบาลคัดกรองที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูการอบรมนี้มีผลการคัดกรองสอดคล้องกับกรณีศึกษาใน สถานการณ์จำลองระดับปานกลาง โดยมีค่าความสอดคล้องเท่ากับ .44 ทั้งนี้ดัลแลร์ และคณะได้ เสนอแนะไว้ว่า ในงานวิจัยครั้งต่อไปควรจะทำการศึกษาโดยใช้กลุ่มตัวอย่างและจำนวน สถานการณ์ที่มากกว่านี้ และพวกเขายังมีความคิดเห็นว่าพยาบาลคัดกรองควรต้องได้รับการอบรม เพื่อฟื้นฟูอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บที่ผู้วิจัยนำมา
เสนอนี้ ทำให้เห็นว่าการศึกษาวิจัยในเรื่องของการคัดกรองสามารถทำได้หลากหลาย โรงพยาบาล
หรือหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินต่าง ๆ ควรจะมีการกำหนดรูปแบบ
หรือสร้างแนวทางในการคัดกรองให้ชัดเจน โดยพิจารณาความเหมาะสมตามบริบทของตน ซึ่งจะ
ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและนำส่งไปยังสถานที่ให้บริการที่มีความเหมาะสมกับระดับความ
รุนแรงของการบาดเจ็บ นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพและความรู้ของพยาบาลที่ทำ
หน้าที่ในการคัดกรองมีผลต่อการตัดสินใจในการคัดกรองที่รวดเร็วยิ่งขึ้น แต่ยังไม่พบว่ามีการวิจัยใด
ที่ได้ทำการศึกษาเพื่อถอดบทเรียนหรือบรรยายประสิทธิภาพของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองเลย
ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะเข้าไปศึกษาให้เพื่อทำความเข้าใจและแสวงหาความรู้ในเชิงลึกจาก
การถ่ายทอดประสบการณ์ในการทำงานในหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บจากผู้ปฏิบัติงานตรงในสภาพ
การปฏิบัติงานจริง ในหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้บาดเจ็บ โดยเฉพาะและมีเพียงแห่งเดียวในประเทศไทย
ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่ต้องให้การดูแลรักษาแข่งกับเวลานั้นหากผู้ให้
การดูแลผู้ป่วยมีประสบการณ์และสามารถตัดสินใจในการดูแลรักษาและการคัดกรองได้ถูกต้อง
ด้วยความรวดเร็วเพียงใดก็จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือได้รวดเร็วยิ่งขึ้นเท่านั้น และเมื่อ
เสร็จสิ้นการศึกษาวิจัยคาดหวังว่าผลของการศึกษาจะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา
คุณภาพการคัดกรองผู้บาดเจ็บให้เป็นไปตามมาตรฐานและสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงานจริง
ได้ รวมทั้งได้มีการพัฒนาความสามารถหรือสมรรถนะและคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ที่
ทำหน้าที่ในการคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้บาดเจ็บ ณ หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ ของโรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นศูนย์อุบัติเหตุที่คัดสรรแห่งหนึ่ง

ผู้ให้ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ และปฏิบัติงานในหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ ของโรงพยาบาลที่คัดสรรแห่งหนึ่งซึ่งได้รับการแต่งตั้งเป็นศูนย์อุบัติเหตุ พยาบาลวิชาชีพในหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุมีจำนวนทั้งสิ้น 31 คน ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยเริ่มจากผู้ให้ข้อมูลที่มีความคุ้นเคยกับผู้วิจัย มีความไว้วางใจ และยินดีให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยที่สุด หลังจากนั้นผู้วิจัยได้คัดเลือกพยาบาลวิชาชีพให้ครอบคลุมทุกกลุ่มประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว ซึ่งหมายถึงไม่มีข้อมูลใหม่หรือข้อมูลที่ได้เพิ่มเติมเริ่มซ้ำกับข้อมูลเดิมที่ได้ก่อนหน้า

สถานที่ศึกษา

สถานที่ที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ สังกัดงานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยที่คัดสรรแห่งหนึ่ง แต่เนื่องจากโรงพยาบาลแห่งนี้มีการจัดระบบการให้บริการของหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินที่แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ดังนั้นเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจถึงบริบทของสถานที่ศึกษา ผู้วิจัยจึงขอนำเสนอรายละเอียดการแบ่งระบบบริการของโรงพยาบาลและลักษณะการบริการของหน่วยงานที่ทำการศึกษา ดังต่อไปนี้

หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ เป็นหน่วยงานในสังกัดของงานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล ของโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยที่คัดสรรแห่งหนึ่ง ซึ่งโรงพยาบาลแห่งนี้มีการจัดให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และผู้ป่วยทั่วไปอื่น ๆ โดยแยกห้องฉุกเฉินทั้ง 2 กลุ่มออกจากกันอย่างชัดเจนมาเป็นเวลากว่า 30 ปี และหน่วยงานที่ผู้วิจัยจะเข้าไปศึกษานี้เป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยเฉพาะ โดยมี

ผู้ป่วยที่มารับบริการทุกระดับของความรุนแรงของการบาดเจ็บ รวมไปถึงผู้บาดเจ็บที่มาติดตามการรักษาและการดูแลรักษาต่อเนื่อง ในคลินิกต่าง ๆ เช่น ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ออร์โธปิดิกส์ นิตเวช (ให้บริการเฉพาะช่วงเช้า) กระจกหน้าหัก (ให้บริการเฉพาะช่วงบ่ายวันจันทร์ พุธ และศุกร์) และบาดเจ็บที่มือ (ให้บริการเฉพาะช่วงบ่ายวันอังคาร และพฤหัสบดี) โดยผู้บาดเจ็บฉุกเฉินใหม่จะได้รับการคัดกรองและส่งไปรับการรักษาตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมาก (Emergent ส่งไปรับการรักษาที่จุด B) ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉิน (Urgent ส่งไปรับการรักษาที่จุด F) และผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent ส่งไปรับการรักษาที่จุด D) โดยพยาบาลคัดกรองซึ่งนอกจากมีหน้าที่ในการคัดกรองและจัดระดับความรุนแรงผู้บาดเจ็บแล้ว ยังจะต้องให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการในหน่วยงาน หรือผู้รับบริการอื่นที่เข้ามาสอบถามข้อมูล และเนื่องจากการที่โรงพยาบาลแห่งนี้เป็น โรงพยาบาลแห่งเดียวที่มีการแบ่งการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินของอุบัติเหตุและไม่ใช่อุบัติเหตุต่าง ๆ แม้จะดำเนินการมานานแล้วก็ตาม แต่ก็ยังผู้นำส่งผู้ป่วยจำนวนมากที่นำส่งผู้ป่วยทั้งที่มีใช้ผู้ป่วยอุบัติเหตุมายังหน่วยงานดังกล่าว ซึ่งพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองก็จะทำการประเมินสภาพผู้ป่วยตามแนวทางการคัดกรองของหน่วยงาน หากผู้ป่วยมีอาการหนักเทียบเท่าผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมากของหน่วยงาน เช่น ผู้ป่วยหมดสติ เรียกไม่รู้สีกตัว ไม่หายใจหรือหายใจลำบาก รวมถึง ไม่มีชีพจร ที่จำเป็นจะต้องได้รับการดูแลรักษาในทันที มิฉะนั้นจะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (Resuscitation) ก็จะนำเข้ามาทำการดูแลรักษาที่จุด B โดยใช้ทีมการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บ (Trauma Resuscitation Team) ของหน่วยงาน ให้การดูแลและช่วยเหลือขึ้นต้นก่อนและทำการปรึกษาแพทย์เฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องต่อไป (ดูภาพที่ 3 หน้า 26 ในบทที่ 2 ประกอบ)

โครงสร้างของหน่วยงานแบ่งออกเป็นจุดให้บริการตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและคลินิกที่ให้บริการจัดวางแผนอัตรากำลังและมอบหมายหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ตามจุดให้บริการต่าง ๆ โดยบุคลากรจะขึ้นปฏิบัติงานเป็น 3 ช่วงระยะเวลา ดังนี้ เวรเช้าเวลา 07.00 – 15.00 น. เวรบ่ายเวลา 15.00 – 23.00 น. และเวรดึกเวลา 23.00 – 07.00 น. โดยอัตรากำลังของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลแตกต่างกันในแต่ละเวร กล่าวคือ เวรเช้าวันราชการมีอัตรากำลังรวมทั้งสิ้น 10 และ 9 คนตามลำดับ เวรเช้าวันหยุดราชการมีอัตรากำลังทั้งสิ้น 6 และ 6 คนตามลำดับ เวรบ่ายมีอัตรากำลังรวมทั้งสิ้น 6 และ 5 คนตามลำดับ และเวรดึกมีอัตรากำลังรวมทั้งสิ้น 5 และ 5 คนตามลำดับ สำหรับจุดคัดกรองผู้ป่วย หรือ จุด A จะมีผู้ช่วยพยาบาลผู้ประจำทุกเวร ส่วนพยาบาลจะได้รับมอบหมายหน้าที่ให้อยู่ประจำแต่เฉพาะในเวรเช้าวันราชการเท่านั้น ส่วนในเวรอื่น ๆ จะเป็นพยาบาลที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ให้อยู่จุด B มาช่วยปฏิบัติหน้าที่นี้ แต่เมื่อใดก็ตามที่จุด B มีผู้ป่วยอยู่ก็จะไม่มีพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ ในขณะที่นั้นจะมีเพียงแต่ผู้ช่วยพยาบาลเท่านั้น

ส่วนจำนวนของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแต่ละวันโดยเฉลี่ย ในวันราชการจะมีผู้ป่วยมารับบริการประมาณ 190 คน ส่วนวันหยุดราชการประมาณ 120 คน เป็นเวรเช้าประมาณ 125 คน เวรบ่ายประมาณ 50 คน และเวรคึกประมาณ 15 คน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยใหม่ประมาณ 80 คน เป็นเวรเช้าประมาณ 40 คน เวรบ่ายประมาณ 27 คน และเวรคึกประมาณ 13 คน ในวันหยุดราชการจะมีประมาณ 110 คน เป็นผู้ป่วยใหม่ประมาณ 75 คน เวรเช้าประมาณ 30 คน เวรบ่ายประมาณ 30 คน และเวรคึกประมาณ 15 คน เป็นผู้ป่วยใหม่ประมาณ 75 คน เวรเช้าประมาณ 30 คน เวรบ่ายประมาณ 30 คน และเวรคึกประมาณ 15 คน นอกจากจำนวนที่กล่าวมานี้จะเป็นผู้ป่วยเก่าหรือผู้ป่วยที่นัดมาติดตามผลการรักษาหรือรักษาต่อเนื่องของคลินิกต่าง ๆ ซึ่งหากพิจารณาจำนวนผู้บาดเจ็บฉุกเฉินใหม่ที่มาใช้บริการ โดยเฉลี่ยในแต่ละวันตามระดับการบาดเจ็บสามารถแบ่งได้เป็น ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมากประมาณ 2 คน และผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินประมาณ 20 คนที่เหลือก็เป็นผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน ส่วนผู้ป่วยที่มาใช้บริการคลินิกพิเศษต่าง ๆ จะเป็นผู้ป่วยของคลินิกนิติเวชจำนวนประมาณ 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้วิจัย แบบบันทึก และแนวคำถาม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผู้วิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (นิสา ชูโต, 2540; เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2550; ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2548; สุภางค์ จันทวานิช, 2553) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และผู้วิจัยได้เตรียมตัวเองด้านต่าง ๆ คือ เตรียมตัวด้านความรู้ในเรื่องของการวิจัยเชิงคุณภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูล การสนทนาเชิงลึก การจดบันทึก การสังเกต การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การฝึกหัดแยกความรู้สึกส่วนตัวและและการวิเคราะห์ข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้ป่วย รวมถึงแนวทางและคู่มือในการคัดกรองและจัดอันดับผู้ป่วยของหน่วยงานที่ทำการศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามและแบบบันทึกการสังเกต รวมทั้งเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จะต้องใช้ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (ภาคผนวก ข)

ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอายุ ระดับการศึกษาสูงสุด การศึกษาหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้บาดเจ็บ และการคัดกรองผู้บาดเจ็บ ประสิทธิภาพในการทำงานในหน่วยงานและประสิทธิภาพในการศึกษาอบรมเรื่องการคัดกรองและเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้บาดเจ็บและการคัดกรอง

3. แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนา (ภาคผนวก ข)

เป็นแนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์คัดกรองผู้บาดเจ็บที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อเป็นแนวทางเตือนความจำของผู้วิจัยระหว่างการสนทนา ลักษณะของแนวคำถามมีความยืดหยุ่นเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นมากที่สุด ซึ่งผู้วิจัยนำแนวคำถามที่เตรียมไว้มาปรับปรุงตามการชี้แนะของข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลในระหว่างการสนทนาเชิงลึก

4. แบบบันทึกข้อมูลขณะสนทนา (Field Note) (ภาคผนวก ข)

เป็นแบบบันทึกสำหรับผู้วิจัยใช้จดบันทึกถ้อยคำที่สำคัญหรือรายละเอียดเหตุการณ์ที่สำคัญขณะที่ทำการสนทนากับผู้ให้ข้อมูล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นอย่างไม่สลับซับซ้อนแต่มีประโยชน์ในการช่วยเสริมรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ไม่ขาดตกบกพร่อง

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ แบ่งเป็นการเตรียมตัวของผู้วิจัยและการเตรียมการในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1.1 การเตรียมตัวของผู้วิจัย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและทำความเข้าใจเรื่องระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ปรัชญา แนวคิดและหลักการ ตลอดจนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เทคนิคการสนทนาแบบเจาะลึก การจดบันทึกภาคสนาม การวิเคราะห์ข้อมูลและการเขียนรายงาน รวมทั้งทำการศึกษาและทำความเข้าใจในเรื่องของการคัดกรองและจำแนกประเภทผู้ป่วยและแนวทางการจำแนกประเภทของหน่วยงานที่ทำการศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการสนทนา การกำหนดประเด็นและแนวคำถามให้ครอบคลุมที่สุด

1.2 การเตรียมการในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้

1.2.1 ดำเนินการขอรับรองการทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา

1.2.2 ดำเนินการขอรับรองการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนขององค์การต้นสังกัดของหน่วยงานที่คัดสรร และทำการต่ออายุการรับรองทุกปีในระหว่างการทำวิจัย

1.2.3 ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ไปยังคณบดีคณะแพทยศาสตร์และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นศูนย์อุบัติเหตุที่คัดสรร เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับพยาบาลวิชาชีพในหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ

1.2.4 ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุและหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัดในขั้นต้น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางในการศึกษา และขออนุญาตที่จะดำเนินการศึกษาครั้งนี้ที่หน่วยตรวจ โรคอุบัติเหตุ ของโรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นศูนย์อุบัติเหตุที่คัดสรร

1.2.5 เตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบสนทนา แบบบันทึกภาคสนาม เครื่องบันทึกเสียง เป็นต้น เพื่อความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2.6 ทำการศึกษานำร่องในผู้ที่มีคุณสมบัติเหมือนผู้ให้ข้อมูลจริง (Pilot Case) โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจากหน่วยงานที่ทำการศึกษามา 1 คน เพื่อฝึกประสบการณ์ในการสนทนาเชิงลึก การจดบันทึก การสังเกต และทดลองใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น หลังจากเสร็จสิ้นการสนทนา ผู้วิจัยได้นำเทปมาถอดความและกำหนดประเด็นสำคัญที่ได้จากการสนทนา และนำมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบและยืนยันความถูกต้อง พร้อมทั้งรับคำแนะนำเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาให้การสนทนาครั้งต่อไปได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ รวมถึงการนำแนวคำถามที่ใช้ในการสนทนาเชิงลึก ไปปรับปรุงก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

2. ขั้นตอนการ

ผู้วิจัยได้ทำการประสานงานกับผู้ให้ข้อมูลและผู้บังคับบัญชาของผู้ให้ข้อมูล เพื่อขอชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางในการศึกษาและขออนุญาตดำเนินการศึกษา โดยผู้วิจัยมีการดำเนินการ ดังนี้

2.1 รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ต้นสังกัดของหน่วยงานที่คัดสรร ผู้วิจัยได้นำหนังสือขอความร่วมมือที่ออกโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พร้อมเอกสารต่าง ๆ ที่ใช้ประกอบการขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ส่งผ่านทางสำนักงานรองคณบดี ฯ

2.2 หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล และรองคณบดีฝ่ายวิจัย ต้นสังกัดของหน่วยงานที่คัดสรร ผู้วิจัยได้นำหนังสือขอความร่วมมือที่ออกโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และหนังสือให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะแพทยศาสตร์ผ่านทางสำนักงานรองคณบดีฝ่ายวิจัย สำนักงานผู้อำนวยการ และสำนักงานฝ่ายการพยาบาลเพื่อเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 หัวหน้าหน่วยและหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด ผู้วิจัยได้ขอเข้าพบอย่างไม่เป็นทางการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางในการศึกษา และขออนุญาตที่จะดำเนินการศึกษาที่หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ ของโรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นศูนย์อุบัติเหตุที่คัดสรร พร้อมอธิบายถึงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อได้เข้าไป

ทำการศึกษาและให้ผู้ให้ข้อมูลตอบรับหรือยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาในครั้งนี้

2.4 ผู้ให้ข้อมูล ทันทึที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และคณะกรรมการแพทยศาสตร์ ต้นสังกัดของหน่วยงานที่คัดสรร รับรองและอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลรับทราบเรื่อง ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่ตั้งไว้ และขอพบผู้ให้ข้อมูลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิและการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยและนัดหมายเวลาและสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการ กล่าวคือ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล การขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสนทนาและบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกของผู้วิจัย โดยให้ผู้ให้ข้อมูลเซ็นชื่อยินยอมให้สนทนาและบันทึกข้อมูลด้วยแบบบันทึกและเครื่องบันทึกเสียง แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบเกี่ยวกับการรักษาความลับการทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยจะกระทำโดยเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อและข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลแต่อย่างใด นอกจากนี้คำถามใดที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกใจที่จะตอบ ผู้ให้ข้อมูลสามารถจะไม่ตอบคำถามนั้นได้ ตลอดจนผู้ให้ข้อมูลสามารถบอกยุติการให้ข้อมูลได้ในทุกขั้นตอนของการวิจัยและสามารถขอข้อมูลกลับคืนได้ทั้งหมด อีกทั้งการเข้าร่วมในการวิจัยหรือการถอนตัวจากการวิจัยไม่มีผลต่อผู้ให้ข้อมูลทั้งในด้านการประเมินผลการปฏิบัติงาน การพิจารณาความดีความชอบ การส่งเสริมและสนับสนุนในความก้าวหน้าทางด้านการทำงาน รวมถึงสัมพันธภาพส่วนบุคคล ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

เทคนิคและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลรวม 2 วิธี คือ การสัมภาษณ์ และการทบทวนเอกสาร ซึ่งมีวิธีการในการดำเนินการ ดังนี้

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

ในการเขียนรายงานการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอใช้คำว่าสนทนา แทนคำว่าสัมภาษณ์ เนื่องจากโดยนัยของคำว่าสนทนาที่เป็นการพูดคุยกันระหว่างบุคคลที่แสดงถึงความเป็นกันเองซึ่ง

จะทำให้ข้อมูลที่ได้จากการสนทนามีความหลากหลายและลุ่มลึกกว่าคำว่าสัมภาษณ์ที่ดูเป็นทางการ และเหมือนเป็นการถามตอบระหว่างบุคคล

ในการเก็บข้อมูลแต่ละครั้งผู้วิจัยได้นำแนวคิดของการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการ (Formal Interview) คือ มีการนัดหมายล่วงหน้าในเรื่องวัน เวลา สถานที่ที่จะทำการสนทนา ก่อนการสนทนาได้มีการขออนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกข้อมูลขณะสนทนาโดยเครื่องบันทึกเสียงและบันทึกในแบบบันทึกภาคสนาม และทำการสนทนาเชิงลึก ตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น รวมทั้งมีการตั้งคำถามเพิ่มเติมตามข้อมูลที่ได้จากการสนทนา เพื่อให้สอดคล้องและได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ตามที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงขณะการสนทนา โดยผู้วิจัยไม่ชี้แนะหรือแสดงความคิดเห็นใด ๆ ขณะสนทนา แต่เป็นเพียงผู้กระตุ้นหรือเปิดประเด็นด้วยคำถามปลายเปิดให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นและอธิบายสิ่งต่าง ๆ ให้ชัดเจนเท่านั้น

ในการสนทนาผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลโดยการบันทึกภาคสนาม (Field Notes) โดยจดสรุปสั้น ๆ ในเรื่องข้อมูลส่วนบุคคลและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะสนทนา รวมทั้งคำหรือประเด็นสำคัญต่าง ๆ และทำการบันทึกเสียงขณะสนทนาโดยเครื่องบันทึกเสียง เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ โดยก่อนบันทึกเสียง ผู้วิจัยได้ขออนุญาตและได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้ง ภายหลังเสร็จสิ้นการสนทนาทุกครั้งผู้วิจัยได้ดำเนินการถอดเทปการสนทนาพร้อมทั้งบันทึกสิ่งที่สังเกตได้จากการสนทนาเพื่อศึกษาข้อมูลที่ได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนาเชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยหรือยินดีให้ข้อมูล ผู้วิจัยทำการสนทนากับผู้ให้ข้อมูลด้วยแนวคำถามที่มีความยืดหยุ่นเพื่อให้ได้ความคิดเห็นจากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลที่แตกต่างกันจนข้อมูลที่ได้รับความอึดอัดและผู้วิจัยไม่ได้ข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองและจำแนกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือผู้บาดเจ็บทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสนทนากับผู้ให้ข้อมูลทุกคน เพียง 1 ครั้ง แต่มีผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 ที่ผู้วิจัยได้ทำการสนทนา 2 ครั้ง เนื่องจากการสนทนาครั้งที่ 1 ผู้วิจัยยังมีประเด็นที่ไม่กระจ่างและต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการติดต่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อขอทำการสนทนาเพิ่มเติมและผู้ให้ข้อมูลยินดีทำการสนทนาครั้งที่ 2 ในการวิจัยครั้งนี้ระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนาน้อยที่สุดคือ 42 นาที และระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนามากที่สุดคือ 1 ชั่วโมง 47 นาที และเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการสนทนา เท่ากับ 1 ชั่วโมง 4 นาที

2. การทบทวนเอกสาร

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลและในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาคู่มือการจำแนกประเภทตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ และวิเคราะห์ประเด็นอย่างละเอียดถี่ถ้วนเพื่อให้เกิดความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่ทำการศึกษอย่างชัดเจน ตลอดจนศึกษาแนวทางในการมอบหมายงาน แนวทางใน

การจัดอัตรากำลังของหน่วยงานที่คัดสรร จากตารางและใบมอบหมายหน้าที่ประจำวันเพื่อทำความเข้าใจเรื่องการมอบหมายงานและการจัดอัตรากำลังตามที่มีผู้วิจัยได้กล่าวถึงในระหว่างการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลขณะเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการวิเคราะห์นั้นผู้วิจัยได้สรุปจากแนวคิดของนักวิชาการหลายท่าน (ศิริพร จิรวรรณกุล, 2548; สุภางศ์ จันทวานิช, 2552, 2553; Patton, 2002) และสรุปเป็นขั้นตอนที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. อ่านข้อมูลที่ได้จากการสนทนาทั้งหมด (Read Significant Phrases or Statement) โดยอ่านหลาย ๆ ครั้งเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล
2. ดึงวลีหรือกลุ่มคำสำคัญที่มีความหมายในเรื่องที่ศึกษาออกมา (Extract Significant Phrases or Statement)
3. จัดกลุ่มคำ วลีหรือประโยคที่ดึงออกมา มาตีความหรือให้ความหมาย (Formulate Meanings)
4. เขียนอธิบายรายละเอียดแต่ละหัวข้อที่ได้ (Exhaustive Description)
5. นำรายละเอียดต่าง ๆ ที่ได้มารวมกัน เพื่อวิเคราะห์ออกมาเป็นคำตอบของคำถามการวิจัย (Cluster of Theme) โดยบรรยายให้เห็นถึงโครงสร้างทั้งหมดของประสบการณ์ของพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้บาดเจ็บ

การสร้างที่น่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

ความน่าเชื่อถือของข้อมูลของงานวิจัยเชิงคุณภาพนั้น เริ่มตั้งแต่เครื่องมือซึ่งก็คือผู้วิจัย การรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล จนกระทั่งถึงรายงานการวิจัย (Lincoln & Guba, 1985) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัย

ในการวิจัยเชิงคุณภาพผู้วิจัยคือเครื่องมือ ดังนั้นความน่าเชื่อถือข้อมูลที่ได้ เครื่องมือหรือตัวผู้วิจัยจะต้องมีความน่าเชื่อถือ แสดงได้ดังนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาและทำความเข้าใจในเรื่องของการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นอย่างดีก่อนที่จะทำการวิจัยจึงทำให้ผู้วิจัยทำการวางแผนดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดีตามหลักของการวิจัยเชิงคุณภาพ อีกทั้งผู้วิจัยยังเป็นบุคลากรของหน่วยงานที่มีความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลอยู่แล้วจึงทำให้การรวบรวมข้อมูล ได้สะดวกและได้ข้อมูลที่เป็นความจริงมากที่สุด เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลไม่รู้สึกว่าเป็นบุคคลแปลกหน้า ไม่รู้สึกขัดใจในการให้สนทนา กล่าวพูดและให้ข้อมูลที่

ตรงกับความรู้สึกนึกคิดที่สุด อีกทั้งผู้วิจัยยังเข้าใจบริบทของการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่
 ทำการศึกษาได้เป็นอย่างดี จึงทำให้สามารถเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสมตามคุณสมบัติที่กำหนด
 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานได้

ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องตระหนักอยู่เสมอว่า ทำการสนทนาและจดบันทึกสิ่งที่สนทนาได้แยกจาก
 ความคิดเห็นส่วนตัว (Self Reflexive Journal) ออกจากเรื่องราวที่ได้ยินเพื่อขจัดความลำเอียง
 จะต้องระวังมิให้ตนเองเข้าไปมีความรู้สึกท่วม และผูกพันทางอารมณ์จนขาดความเที่ยงตรงในการ
 สนทนาและบันทึก รวมถึงการทำความเข้าใจในเหตุการณ์และประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลนั้น

2. การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

นอกจากเครื่องมือที่มีคุณภาพแล้วข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล
 จะต้องมีคุณภาพด้วย กล่าวคือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีผู้วิจัยได้ทำการบรรยายถึงขั้นตอนต่าง ๆ
 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลโดยละเอียดในรายงานการวิจัยด้วยถ้อยคำที่รุ่ม
 รวย (Thick Description) โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการเลือกผู้ให้ข้อมูลจากผู้ที่มีประสบการณ์จริงพร้อม
 เหตุผลในการเลือกผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนา ซึ่งเมื่อมี
 คำพูดใดหรือประโยคใดที่ได้จากการสนทนา หรือมีเหตุการณ์หรือพฤติกรรมใดที่เกิดขึ้นในการ
 สนทนาที่ผู้วิจัยไม่เข้าใจ ผู้วิจัยได้ทำการสอบถามซ้ำเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายหรือชี้แจงสิ่งที่เกิดขึ้น
 นั้นจนผู้วิจัยเข้าใจ อีกทั้งในการสนทนาเชิงลึก ผู้วิจัยได้สรุปประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลตอบคำถามมาฟัง
 ก่อนที่จะเริ่มคำถามต่อไปเพื่อความถูกต้องของข้อมูล รวมทั้งทำการศึกษาข้อมูลจากเอกสารคือ
 คู่มือการจำแนกประเภทตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของหน่วยตรวจโรค
 อุบัติเหตุ เพื่อทำความเข้าใจแนวทางในการปฏิบัติงานของผู้ให้ข้อมูล ร่วมกับการศึกษาเอกสารที่
 ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงเพื่อให้เกิดความกระจ่างในข้อมูลที่ได้รับ หลังจากการสนทนาทุกครั้งผู้วิจัยได้ทำ
 การถอดเทปการสนทนา และเขียนเป็นสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสนทนานั้นแล้วนำไปให้
 ทำการอ่านสรุปให้ผู้ให้ข้อมูลคนเดียวกันรับทราบและยินยอมให้นำผลการสนทนามานำเสนอใน
 งานวิจัยครั้งนี้ ก่อนที่จะนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาสรุปเรียบเรียงเป็นข้อมูลเชิงบรรยายและทำการ
 วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบแบบแผนของการวิจัยเชิงคุณภาพต่อไป อีกทั้งผู้วิจัยยังเก็บรวบรวม
 เอกสาร ผลการวิจัย ข้อมูลเสียงของผู้ให้ข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลขณะสนทนา และข้อมูลที่ได้จาก
 การถอดเทปการสนทนาไว้ซึ่งสามารถนำมาตรวจสอบได้

3. รายงานการวิจัย

ในรายงานการวิจัยผู้วิจัยได้บรรยายรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการวิจัย ผู้ให้ข้อมูล
 สถานที่ศึกษา ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงขั้นตอนในการดำเนินการเก็บรวบรวม
 ข้อมูลอย่างละเอียด (Thick Description) เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจและมองเป็นภาพการปฏิบัติหน้าที่ของ

พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บเช่นเดียวกับผู้วิจัย และสามารถถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในเรื่องของการคัดกรองผู้บาดเจ็บได้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวมทั้งสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์หรือประยุกต์สิ่งที่ได้จากงานวิจัยนี้ไปใช้ในงานวิจัยอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกันได้

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ทำการยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) โดยมีการตรวจสอบแนวคิด ทฤษฎีและเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่ศึกษาในเรื่องที่คล้ายคลึงกัน เช่น การศึกษาเกี่ยวกับการคัดกรองและจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วย กับการแสดงความคิดเห็นหรือข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูลแต่ละประเด็นกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นจริงและเชื่อถือได้มากที่สุด พร้อมทั้งนำเสนอในรายงาน โดยมีคำพูดของผู้ให้ข้อมูลสนับสนุน เพื่อที่จะได้นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องประสบการณ์ของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บครั้งนี้ เป็นการศึกษาด้วยระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายถึงประสบการณ์ของพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้บาดเจ็บ ณ หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ ของโรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นศูนย์อุบัติเหตุที่คัดสรรแห่งหนึ่ง การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนาเชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ และปฏิบัติงานในหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ ของโรงพยาบาลที่คัดสรรแห่งนี้ ที่มีความยินดีให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2552 ถึงวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2553 มีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 16 คน ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลของการศึกษาเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ

ทั้งนี้ในการนำเสนอผลการวิจัยแต่ละประเด็น ผู้วิจัยได้ทำการอภิปรายผลการวิจัยในตอนท้ายของการนำเสนอผลการวิจัยแต่ละประเด็น ไปพร้อมกันด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ ของโรงพยาบาลที่คัดสรรจำนวนทั้งสิ้น 16 คน ทั้งหมดเริ่มปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพที่หน่วยงานแห่งนี้ตั้งแต่จบการศึกษาระดับพยาบาลศาสตรบัณฑิตทุกคนและเป็นระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ให้ข้อมูลทุกคน ผู้ให้ข้อมูลทุกคนตลอดจนพยาบาลวิชาชีพของหน่วยงานทุกคนได้เข้ารับการอบรมการคัดกรองผู้บาดเจ็บครั้งล่าสุดเมื่อปีพ.ศ. 2551 และการพยาบาลผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุตามหลักการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุสากลที่หน่วยงานเป็นผู้ดำเนินการจัดอบรมในปีพ.ศ. 2551 สำหรับรายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของผู้ให้ข้อมูลแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

| | ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) |
|------------------|--|----------------|
| อายุ | 26 – 30 ปี | 3 |
| | 31 – 35 ปี | 6 |
| | 36 – 40 ปี | 5 |
| | 40 ปีขึ้นไป | 2 |
| เพศ | หญิง | 12 |
| | ชาย | 4 |
| ประสบการณ์ใน | 1 – 5 ปี | 1 |
| การปฏิบัติงานใน | 6 - 10 | 5 |
| หน่วยงาน | 11 - 15 | 7 |
| | 16 - 20 | 1 |
| | 20 ปีขึ้นไป | 2 |
| ประสบการณ์ใน | -การคัดกรองผู้บาดเจ็บ | 16 |
| การอบรม | -การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุตามหลักการดูแลผู้ป่วย | |
| | หลักสูตรที่ | อุบัติเหตุสากล |
| เกี่ยวข้อง | -การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลศัลยกรรม | |
| | อุบัติเหตุ (หลักสูตร 4 เดือน) | 4 |
| | -การคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน | 2 |
| | -Emergency Management System | 2 |
| | -เวชปฏิบัติ (หลักสูตร 1 สัปดาห์) | 1 |
| จำนวนครั้งในการ | 3 – 4 ครั้งต่อสัปดาห์ | 4 |
| ทำหน้าที่คัดกรอง | 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ | 7 |
| ผู้บาดเจ็บ | 1 – 2 ครั้งต่อเดือน | 5 |

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีอายุอยู่ระหว่าง 31 – 35 ปีมากที่สุดจำนวน 6 คน ส่วนช่วงอายุที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 2 คน โดยจากข้อมูลดิบพบว่าผู้ให้ข้อมูลที่มีอายุน้อยที่สุดและมากที่สุดมีอายุ 26 และ 49 ปี ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 6 ในภาคผนวก ก) ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมีจำนวน 12 คน ส่วนผู้ชายมีเพียง 4 คน สำหรับประสบการณ์ในการ

ปฏิบัติงานในหน่วยงานของผู้ให้ข้อมูลพบผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 11 – 15 ปี มากที่สุดจำนวน 7 คน และน้อยที่สุดคือประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 1 – 5 ปี และ 16 – 20 ปี ช่วงระยะเวลาละ 1 คน ทั้งนี้จากข้อมูลคิบบพบผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานน้อยที่สุด และมากที่สุดคือ 4 ปี และ 27 ปี อย่างละ 1 คน โดยที่เป็นคนเดียวกันกับผู้ให้ข้อมูลที่มีอายุน้อยที่สุด และมากที่สุด (ดังแสดงในตารางที่ 6 ในภาคผนวก ก)

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ในการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ

งานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสนทนาเชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยอุบัติเหตุ ณ โรงพยาบาลที่คัดสรรแห่งหนึ่งที่มีหน่วยบริการฉุกเฉินและติดตามผลสำหรับผู้บาดเจ็บ โดยเฉพาะ ผู้วิจัยได้แบ่งหัวข้อในการนำเสนอประสบการณ์ของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ความรู้สึกต่อการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ
2. ความรู้สึกต่อแนวทางและข้อกำหนดในการคัดกรองผู้บาดเจ็บของหน่วยงาน
3. คุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ
4. การเตรียมความพร้อมและพัฒนาสมรรถนะของผู้ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ

ทั้งนี้ในการนำเสนอผลที่ได้จากการวิจัย พบว่ามีคำหลายคำที่ผู้ให้ข้อมูลพูดเป็นคำศัพท์เฉพาะทางการแพทย์และศัพท์เฉพาะในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงสรุปคำศัพท์เหล่านั้นมานำเสนอพร้อมคำอธิบาย โดยย่อ แสดงในตารางที่ 3 ความหมายศัพท์เฉพาะทางการแพทย์และศัพท์เฉพาะในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ตารางที่ 3 ความหมายของศัพท์เฉพาะทางการแพทย์และศัพท์เฉพาะในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่พบในการวิจัย

| คำภาษาไทย | คำภาษาอังกฤษ | ความหมาย |
|----------------|--------------|---|
| ที่อาจ | triage | การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ |
| โอเวอร์ที่อาจ | over triage | การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บเกินกว่าการบาดเจ็บหรืออาการที่เป็นจริง |
| อันเดอร์ที่อาจ | under triage | การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บเกินกว่าการบาดเจ็บหรืออาการที่เป็นจริง |
| อีเมอร์เจนท์ | emergent | ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมาก ต้องได้รับการตรวจรักษาทันที มิฉะนั้นผู้ป่วยจะตายหรือพิการอย่างถาวร ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะถูกนำส่งจุด B |
| เออร์เจนท์ | urgent | ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉิน ต้องการความช่วยเหลืออย่างรีบด่วน รองจากกลุ่มอีเมอร์เจนท์ (emergent) แต่ถ้าไม่รีบรักษาภายใน 1 – 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยอาจตายหรือพิการได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะถูกนำส่งจุด F |
| นอนเออร์เจนท์ | non-urgent | ผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสม โดยในขณะนั้นไม่มีภาวะฉุกเฉินที่จะคุกคามชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะถูกนำส่งจุด D |
| รีสัสซิเตท | resuscitate | การช่วยกู้ชีวิตผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤตหรือภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต |
| โฮลด์แมส | hold mask | การช่วยหายใจให้ผู้ป่วยที่ไม่หายใจ โดยใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ประกอบด้วยหน้ากาก (mask) ต่อกับอุปกรณ์เป่าลม (self inflating bag หรือ ส่วนมากมักใช้คำเรียกว่า ambu bag) |
| ทิวป์ | tube | ท่อช่วยหายใจ หรือท่อที่ใส่เพื่อเป็นทางเดินหายใจเทียมให้แก่ผู้ป่วย |

ตารางที่ 3 (ต่อ)

| คำภาษาไทย | คำภาษาอังกฤษ | ความหมาย |
|-------------------------|---|---|
| สกอร์ และ จีซีเอส | score และ GCS หรือ gasglow's coma score | คะแนนระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยประเมินจากการทำงานของสมองต่อการกระตุ้น 3 อย่าง คือ การตอบสนองโดยการลืมตา (Eye Opening ตัวย่อคือ E) มีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 การตอบสนองด้วยเสียงหรือคำพูด (Verbal Response ตัวย่อคือ V) มีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 และการตอบสนองโดยการเคลื่อนไหวของแขนขา (Movement to Response ตัวย่อคือ M) มีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 6 โดยคะแนนระดับความรู้สึกตัวต่ำสุดคือ 3 และคะแนนสูงสุดคือ 15 ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวเป็น E1V1M1 หมายถึงผู้ป่วยไม่ลืมตา ไม่ส่งเสียง ไม่มีการเคลื่อนไหวของแขนและขา แม้ได้รับการกระตุ้นโดยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การเรียกปลุกและการกระตุ้นด้วยการทำให้เจ็บปวด |
| แซท | sat | ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดที่ตรวจจับจากเครื่องมือวัดความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดที่หลอดเลือดแดงฝอยส่วนปลาย (Pulse Oxymeter) โดยมีค่าเต็มว่าออกซิเจนแซททูเลชัน หรือ oxygen saturation |
| เดนท์ และ เรสซิเดนท์ | dent และ resident | แพทย์ประจำบ้านหรือแพทย์ที่มาศึกษาเฉพาะสาขา โดยที่เดนท์ 1 หรือ dent 1 หมายถึงแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ซึ่งตัวเลขที่อยู่ด้านหลังคำนี้เป็นเลขที่ระบุถึงชั้นปีการศึกษา |
| ชีฟ | chief | หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านหรือแพทย์ประจำบ้านชั้นปีสูงสุดที่ปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้น |
| เอกซ์เทิร์น | extern | นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 |

ความรู้สึกต่อการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ

ผลการวิจัยด้านความรู้สึกต่อการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ คำตอบของผู้ให้ข้อมูลจากการสนทนาเชิงลึกแสดงให้เห็นถึงลักษณะความรู้สึกต่อการทำหน้าที่คัดกรองของผู้ให้ข้อมูลได้ 2 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกด้านบวกและด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรอง โดยข้อมูลที่ได้ส่วนมากแสดงให้เห็นถึงความรู้สึกทางด้านลบ และมีส่วนน้อยที่แสดงให้เห็นถึงความรู้สึกทางด้านบวก และผู้ให้ข้อมูลหลายคน ได้แสดงความรู้สึกถึงการทำหน้าที่คัดกรองทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรอง

ความรู้สึกทางด้านลบหมายถึง ความรู้สึกไม่ชอบ มีความรู้สึกคับข้องใจหรือไม่ชอบใจกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้น ความรู้สึกที่ไม่ชอบและไม่อยากปฏิบัติหน้าที่ตรงจุดคัดกรองนี้อย่างชัดเจน และความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการที่ต้องมาทำหน้าที่นี้ ผลจากการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ บรรยายถึงความรู้สึกทางด้านลบต่อการปฏิบัติหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บจำนวนมาก สามารถจัดกลุ่มได้เป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านความรับผิดชอบต่อผลการคัดกรอง ด้านการทำงานร่วมกับผู้อื่น ด้านลักษณะงาน และด้านสภาพแวดล้อมและสถานที่ปฏิบัติงาน ดังนี้

1.1 ด้านบทบาทหน้าที่

ความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองด้านบทบาทหน้าที่ ได้แก่ การที่ต้องทำหน้าที่มากกว่าคัดกรอง ต้องปฏิบัติงาน 2 พื้นที่ ไม่ได้รับความเป็นธรรมในการมอบหมายหน้าที่ และต้องคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1.1 ต้องทำหน้าที่มากกว่าการคัดกรอง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลแสดงความรู้สึกว่านอกจากบทบาทหน้าที่ในเรื่องของการคัดกรองผู้ป่วยแล้ว พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองต้องปฏิบัติหน้าที่อื่นด้วย คือ หน้าที่ประชาสัมพันธ์ และบริหารจัดการบุคลากร

เพื่อให้ผู้อ่านมีความเข้าใจในบริบทของสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงในการทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์ ผู้วิจัยขอแนะนำเสนอรายละเอียดของตำแหน่งที่ตั้งของพื้นที่ให้บริการคัดกรองผู้บาดเจ็บของหน่วยงานที่ผู้วิจัยทำการศึกษาดังนี้ พื้นที่ให้บริการคัดกรองผู้บาดเจ็บตั้งอยู่บริเวณหน้าตึกหรือหน้าหน่วยงานซึ่งเป็นทีเปิดโล่งและมีคนเดินผ่านไปมาตลอดเวลา อีกทั้งยังเป็นสถานที่ที่อยู่ติดกับประตูทางเข้าของโรงพยาบาลและติดกับอาคารจอดรถ ดังนั้นนอกจากพยาบาลคัดกรองจะทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยแล้วยังต้องทำหน้าที่คล้ายประชาสัมพันธ์ไปด้วย เช่น การตอบปัญหาข้อซักถามหรือข้อสงสัยของผู้มาใช้บริการเกี่ยวกับเรื่องสถานที่และการให้บริการต่าง ๆ ของ

โรงพยาบาล ตลอดจนสถานที่บริเวณรอบ ๆ โรงพยาบาล เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวรเช้าและเวรบ่ายที่จะมีผู้มาใช้บริการลักษณะดังกล่าวจำนวนมาก จนบางครั้งการที่ต้องให้บริการทำให้ข้อมูลและการประชาสัมพันธ์แก่ผู้มารับบริการจำนวนมากเป็นการรบกวนการทำหน้าที่คัดกรองที่เป็นหน้าที่หลักไป หากเกิดกรณีที่มีผู้มาสอบถามข้อมูลและมีผู้ป่วยต้องคัดกรอง พยาบาลผู้ให้ข้อมูลก็เลือกที่จะทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย ถึงแม้ผู้ให้ข้อมูลจะรู้สึกกังวลว่าจะทำให้ผู้มาสอบถามข้อมูลไม่พึงพอใจหรือไม่ก็ตามแต่ก็ถือว่าตนได้ทำตามหน้าที่หลักแล้ว

“คิดว่าเวรบ่ายคิดจะ ได้ทำหน้าที่คัดกรองมากกว่าเพราะคนไข้จะหนักกว่าในเวรเช้า คือจริง ๆ ทุกเวรก็ต้องมีความรู้ คือคนไข้จะมาตอนไหนมันเดาไม่ได้แต่ที่จำเป็นต้องคัดกรองเป็นเวรบ่ายคิดมากกว่าเวรเช้า ส่วนมากเวรเช้าจะมีคนไข้หรือญาติมาถามอะไรอย่างนี้มากกว่า ... ก็ไม่ได้รู้สึกลำบากหรือคับข้องใจอะไร ก็ทำด้วยได้ ไม่รู้สึกอะไรจริง ๆ เราต้องจัดลำดับความสำคัญ ถ้าเกิดว่าช่วง ไม่มีคนไข้เราก็โอเค แต่ถ้ามีคนไข้สมมติว่ามีรถมาจอดอะไรอย่างเงี้ย มีคนมาถามคำถามถ้าไม่สำคัญเช่นถามตึก เวิร์ปเคาก็ตอบได้ เราก็จะให้ความสำคัญกับการคัดกรองมากกว่า คือถ้ามีคนไข้หนักมาเราก็ต้องบอกเค้าว่า เดี่ยวก่อนเราต้องไปประเมินคนไข้ก่อนคนไข้หนักมา ถ้าเกิดจะรอเราก็ได้ ถ้ารอไม่ได้ไปถามที่อื่นก็ได้ยังมีอีกหลายจุดที่มีคนอยู่ให้ถามได้ เค้าจะตำหนิหรือไม่พอใจก็แล้วแต่ แต่เราก็ต้องคัดกรองคนไข้ก่อนมันเป็นหน้าที่หลักของเรา”

และยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลบางคนรู้สึกคับข้องใจต่อการทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์ที่นอกจากจะเป็นการรบกวนการทำหน้าที่คัดกรองแล้ว บางเรื่องที่มีผู้มาสอบถามก็เป็นสิ่งที่ไม่สามารถตอบได้ ตลอดจนผู้ที่มาสอบถามไม่เข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลคัดกรองอย่างแท้จริงโดยคิดว่าเป็นประชาสัมพันธ์ อีกทั้งโดยลักษณะบุคลิกส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลบางคนก็กล่าวว่าเป็นคนที่ไม่ชอบที่พูดคุยหรือไม่ชอบการประชาสัมพันธ์มากนัก

“เพราะจุดตรงนั้นคนส่วนใหญ่ที่เดินผ่านจะคิดว่าเป็นประชาสัมพันธ์ แต่มันไม่ใช่ มัน เป็นจุดคัดกรองที่ไปอยู่ตรงนั้น คือเราไม่ชอบมองเราเป็นประชาสัมพันธ์นั่งให้ข้อมูล ถ้าอย่างนั้นก็ไม่ต้องใช้พยาบาล ให้แผนกต้อนรับไปนั่งยิ้มอย่างเดียว และเขาไม่เรียกว่าจุดคัดกรองเปลี่ยนเป็นแผนกต้อนรับไป ... อย่างที่เคยเจอคนไข้ ก็จะถามแต่เราเราขอตัวไปดูคนไข้ เค้าจะคิดยังไงเราไม่รู้ แต่เราจะทำหน้าที่ของเราบทบาทของเราคือคนไข้คัดกรอง ไม่ใช่มาคอยให้ข้อมูลเขา แต่ถ้าพูดถึงทั่ว ๆ ไปนี่เขาก็จะบางทีถามทำไมเราไม่รู้ แต่บางครั้งบางเรื่องเราก็ไม่รู้เพราะเราไม่ใช่

ประชาสัมพันธ์ บางครั้งก็ต้องบอกเค้าไป ก็ถ้ามีคนมาหาว่าเป็นประชาสัมพันธ์จะรู้สึกแย่มาก จะแย่งทันทีและโกรธทันทีว่าฉันไม่ใช่ประชาสัมพันธ์นะ แต่ถ้าสามารถตอบคุณได้ ก็จะตอบ”

“ถ้าเปรียบเทียบอะ คือเราออกไปทำหน้าที่คัดกรองแต่มีคนไข้มาให้เราคัดกรองน้อย ต้องไปทำอย่างอื่นมากกว่า ไปตอบคำถามคนถามทางอย่างนี้คือไม่ชอบ ถ้าทำหน้าที่คัดกรองก็ควรจะคัดกรอง บางทีก็รู้สึกเบื่อบ้างต้องมานั่งทำอะไรอย่างนี้ คือให้ตอบก็ตอบได้แต่ไม่ชอบ ปกติก็เป็นคนพูดน้อยอยู่แล้ว แต่ถ้าให้พูดจริง ๆ มันก็เป็นหน้าที่อะนะ จะแก้ก็ไม่ได้ ... แต่บางครั้งป้าก็มีแต่คนก็เลือกถามเรามันง่ายกว่า บางทีบอกไปซ้ำยังไปไม่ถูกเลย (พูดแล้วก็หัวเราะ) แล้วเป็นคนถ้าบอกครั้งสองครั้งแล้วไม่รู้เรื่องก็จะเริ่มหงุดหงิดแล้ว (หัวเราะ) ก็เลยแบบจะยังถามอยู่นั้นก็ไม่อยากอะ ไม่อยากหงุดหงิดให้เขาเห็น แล้วก็ไม่ต้องอยากให้เห็นภาพหน่วยงานไม่ดี ก็เลยไม่อยากไปอยู่เพื่อที่จะให้เค้ามาถามอะ”

เนื่องจากโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยเข้าไปทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็น โรงพยาบาลขนาดใหญ่ และมีชื่อเสียง นอกจากจะมีผู้รับบริการที่เป็นชาวไทยแล้วยังมีชาวต่างชาติมาใช้บริการอยู่สม่ำเสมอ ทำให้ความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้นจึงเกิดจากข้อจำกัดของความสามารถในการสื่อสารภาษาต่างประเทศของผู้ให้ข้อมูลหรือบุคลากรอื่นที่ทำหน้าที่ร่วมกันในขณะนั้นและจึงกลายเป็นภาระหน้าที่ของตนในการให้ข้อมูลแก่ชาวต่างชาติแทน

“ก็แบบว่าเจอคนต่างชาตินี้เราก็จะมีปัญหาเหมือนเราพูดกับเขาไม่รู้เรื่องหรือเขาฟังไม่รู้เรื่อง ... แล้วก็ถามทาง...ส่งไปอบรมภาษาอังกฤษพอเราไปเรียนทุกคนก็ต้องให้เราพูด”

ถึงแม้ว่าข้อมูลที่ได้ผู้ให้ข้อมูลจะรู้สึกคับข้องใจต่อการทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์ก็ตาม แต่ก็เข้าใจว่าเรื่องของ การคัดกรองและการประชาสัมพันธ์เป็นหน้าที่ที่มีความเกี่ยวข้องกันและเห็นถึงความจำเป็นในการทำหน้าที่เสมือนประชาสัมพันธ์ของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรอง แต่ก็ยังรู้สึกไม่ชอบใจและกังวลต่อการทำหน้าที่นี้

“คือ การคัดกรองเป็นหัวใจ และหนึ่งก็เป็นเหมือนจุดประชาสัมพันธ์โดยไม่เป็นทางการ สองก็เป็นจุดที่อาจจะเกิดปัญหาได้มาก เพราะว่ามีอะไรเราจะต้องประสานงานทันที บางครั้งเวลามีญาติหรือใครมาสอบถามถ้าเรามีข้อมูลเราก็จะตอบเค้าได้ทันที แล้วเราไม่รู้ว่ามีคนไข้คนไหนหรือเปล่า แต่ถ้ามีปัญหาเราก็จะบอกว่าตรงนี้เป็นจุดคัดกรองนะไม่ใช่ประชาสัมพันธ์ แต่ก็คิดว่าจุดคัดกรองนี้เป็นจุดสำคัญที่จะรับทุกอย่าง ก็น่าจะมีข้อมูลของคนไข้ที่มา ... เพราะว่าจุดนี้จะมีคนมาสอบถาม

มากมาย บางทีในจุดคัดกรอง เราก็ต้องยอมรับว่ามันคาบเกี่ยวในส่วนของประชาสัมพันธ์ คนที่มาสอบถาม มันไม่ชัดเจน เราไม่น่าที่จะต้องมาตอบคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องอะไรอย่างนี้ คือ จุดคัดกรองเนี่ยต้องยอมรับเรื่องคนไข้ แล้วก็ต้องยอมรับเรื่องที่จะเกิดขึ้นด้วย”

จากความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองที่เกี่ยวข้องกับการที่ต้องทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์ที่มีผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงจำนวนมากข้างต้น ผู้ให้ข้อมูลมีข้อเสนอแนะว่า โรงพยาบาลควรจะทำให้มีบุคลากรที่ทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลมาประจำที่บริเวณหน้าตึกดังกล่าว เพื่อคอยตอบปัญหาและข้อซักถามต่าง ๆ โดยจัดพื้นที่ให้บริการที่ชัดเจน และโรงพยาบาลควรมีการจัดทำป้ายบอกทางให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

“... เป็นไปได้ไหมที่จะใช้แผนกต้อนรับของโรงพยาบาลลงมา ณ ตรงตึกเรา เพราะส่วนใหญ่และที่เขาเข้ามาส่วนใหญ่คิดว่าตรงนี้จะเส้นทางเข้าออกมันกลายเป็นว่าจุดบริการประชาสัมพันธ์ไป ... อย่างตึกผู้ป่วยนอกยังมีประชาสัมพันธ์อยู่ทำไมตรงนี้ก็ไม่น่าจะมีคนมาอยู่ข้างแยกโต๊ะให้ชัดเจนไป”

“...ก็เคยคิดว่าเออคืออย่างเราไปโรงพยาบาลอื่น ที่เราไม่รู้จักทางเราก็ต้องถามเจ้าหน้าที่เหมือนกัน แต่ตอบไปบ่อย ๆ มันก็แค่รำคาญ เพราะมันเป็นจุดลงรถปุ๊บก็เจอเราเลย แล้วก็ต้องมาถามเรา ก็คิดว่าควรจะมีคนมาทำหน้าที่ตรงนี้เต็มๆ หรือถ้าเป็นไปได้อีกก็มีป้ายบอกทางให้ชัดเจน”

ความรู้สึกทางด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บที่เกิดจากการทำหน้าที่มากกว่า การทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บแต่ต้องทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์ด้วย สรุปได้ว่า พยาบาลผู้ให้ข้อมูลเข้าใจว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องทำควบคู่กันไป ผู้ให้ข้อมูลทุกคนก็พยายามทำหน้าที่ดังกล่าวเท่าที่สามารถทำได้ในขณะนั้น แต่จะให้ความสำคัญกับการทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยมาเป็นอันดับแรก แม้ว่าให้ข้อมูลบางคนอาจจะรู้สึกไม่ชอบใจหรือคับข้องใจในการทำหน้าที่ดังกล่าว อีกทั้งยังเสนอแนะไว้ว่า โรงพยาบาลควรมีการจัดสรรบุคลากรทางด้านประชาสัมพันธ์มาทำหน้าที่นี้จะเป็นการเหมาะสมกว่า

นอกจากต้องทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์แล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังต้องทำหน้าที่บริหารจัดการบุคลากร เช่น คนงาน โดยการปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรองผู้บาดเจ็บในหน่วยงานที่คัดสรรนี้ ผู้ที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองจะต้องทำหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลและบริหารจัดการคนงานหรือเวรเปล ทั้งในเรื่องของการช่วยเหลือในการทำหน้าที่คัดกรอง การเคลื่อนย้ายและลำเลียงผู้ป่วยในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน และการมอบหมายหน้าที่ในการดำเนินงานต่าง ๆ ทั้งงานบริการผู้ป่วยในและ

นอกหน่วยงาน ตลอดจนการส่งเอกสาร สิ่งส่งตรวจ เครื่องมือและวัสดุการแพทย์ต่าง ๆ ของหน่วยงาน ข้อมูลที่พบส่วนใหญ่พบว่าหน้าที่นี้เป็นปัญหาของผู้ให้ข้อมูลจนบางครั้งปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่อยากทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ ไปด้วย

ปัญหาที่เกิดจากการบริหารจัดการคนงานที่พบจากข้อมูลที่มีจำนวนมากที่สุดในประเด็นนี้เกิดเนื่องมาจากการขาดความรับผิดชอบในการทำงานส่วนบุคคล โดยที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถจัดการได้อีกทั้งยังไม่มีผู้ให้การช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว

“แต่ถ้าถามความรู้สึกว่าชอบไหม ก็ใช้ว่าตัวเองจะชอบในเรื่องการที่อาจ ... คือมันมีหลายอย่าง เรื่องของการแมนเนจ (manage) งานด้วย เนื่องจากเราไปที่อาจคนไข้เราต้อง แมนเนจงานกับคนอื่นด้วย บางครั้งการแมนเนจงานเนี่ยเราไม่อยากไปอะ ไรอะเค้ามาก คือไปใช้เค้ามากแล้วบางทีการไปใช้คนงานบางครั้งเค้าไม่พึงพอใจ มีการต่อรองเดี่ยวรอน้อย รอคคน โน้นคนนี่ทำให้เรารู้สึกว่า เออ..ในเมื่อมีคนอยู่ก็ควรจะไปไม่ควรจะมารอใคร... เหมือนมีการต่อรอง ไปไหนก็ไม่บอก อยู่ ๆ ก็ไปแล้วคือเราต้องใช้คนหายไปที่ก็ไม่บอก มันทำให้เราก็คือถ้าเราอยู่ตรงนั้นต้องรับผิดชอบคนงาน และหัวหน้าเค้าก็บอกว่าเราต้องรับผิดชอบแมนเนจเองให้ได้ ไรแบบเนี่ยมันก็เป็นภาระ ”

“ออกไปก็ต้องเจอ หนึ่งคนงานที่มีปัญหา ก็ต้องดูว่าเจ้าหน้าที่หน้าตักมีใครบ้าง แล้วแต่ละคนก็จะรับทำงานบางเวลามีงานข้างใน คนนี้อยากออกไปไกล บางคนไม่อยากเดินทางไกล อยากอยู่ใกล้ ๆ ก็จะเก้ยกัน แล้วใช้อะ ไรก็ไม่อยากจะทำเขาอาจจะเห็นว่าเราเป็นเด็ก ... บ่อยครั้งที่ทะเลาะกับคนงานก็ต้องไปฟ้องหัวหน้า ... ก็มีการเรียกเขาไปคุย แล้วก็เหมือนเดิมไม่มีอะ ไรเกิดขึ้น ก็ยังเป็นเหมือนเดิม ... ถึงมันจะมีระบบหมุนเวียนในการจ่ายงาน แต่พอถึงเวลาจริง ๆ คนที่ถึงคิวไม่อยู่ก็จะถึงคนถัดไปก็จะมีความรู้สึกว่าคนนี้ไปไหนไม่ยอมทำให้ แต่บางคนก็ดี ”

นอกจากปัญหาข้างต้น ยังพบปัญหาในการบริหารจัดการคนงานที่เกิดจากการขาดความรู้ หรือไม่เห็นความสำคัญของการคัดกรองและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกวิธี

“การรับส่งอะ ไรอย่างนี้ การยกคนไข้หรือการเคลื่อนย้ายคนไข้ บางทีคนงานเวอร์เปลอะ บางทีถ้าเราไปไม่อยู่ด้วยเค้าก็เอ่อประมาณว่าเหมือนแบบถ้าเราไม่คุม ไม่ดูเค้า คือการเคลื่อนย้ายมันก็ไม่มีการเซฟ (safe) อะ ไรเท่าไรไร ไรอย่างหิวลงจากรถอะ หัวปีกบ้างอะ ไรบ้าง ไม่ควรไร บางทีต้องเอ่อ...เราต้องไปเช็ค (check) ดูใจว่าบาดเจ็บส่วนไหนอะ ไร บางทีบางคนเค้าก็เจ็บขาปวดขาอะ ไรอยู่ ไร ... บางคนก็บอกไม่เป็นไรคุณ ไม่เป็นไรคุณ ... อันนี้ไม่ ๆ ไม่ได้เดี่ยวรอแป็บนึง ไปเอาบอร์ด (board) หรือเปลตักมาอะ ไรอย่างนี้ ไม่ได้นะอย่างนี้ต้องขึ้นเปลนอน บางคนก็นั่งรถนั่งไปพอสัก

พักนั่งข้างในก็เรียกให้เอาเปลเข้าไป บางที่มันดูไม่ทันใจ บางที่มันก็หลุดเข้าไป ... ส่วนมากไม่ได้มีปัญหานะ บางคนก็นิดหน่อยจะมีซักรีสหน้าบ้าง บางคนก็ง่วงอะไรอย่างงี้”

“อย่างเช่นเมื่อคืน คนงาน ดึงคน ไข่ลงจากรถทั้งที่เรายังไม่ถึงเลย เรายังไม่ได้ดูคนไข่เลยว่าเป็นยังไง คน ไข่โค่นอะไรมา ซึ่งเราต้องไปดูและดูว่าจะเคลื่อนย้ายยังไงให้คน ไข่ปลอดภัย ถ้าเราไม่ลงไปคนงานก็จะไม่ใส่ใจ ตรงจุดนี้เค้าก็จะเอาคน ไข่ออกมาโดยเคลื่อนย้ายที่ผิดวิธีซึ่งก็เคลื่อนย้ายผิดมาแล้ว ซึ่งถ้าเราทำงานเราจะใส่ใจจุดนี้มาก แต่เมื่อคืนไปไม่ทัน ก็เลยคิดว่าอยู่ตรงจุดที่อาจเนี่ยคือมันจะต้องตื่นตัวตลอดเวลา เพราะว่าเราต้องรีบลงไปดูคน ไข่ ก็เพื่อเป็นการที่อาจ แล้วก็เพื่อที่จะได้ดูวิธีการเคลื่อนย้ายยังไงให้เหมาะสม เพื่อให้คน ไข่ปลอดภัยระดับหนึ่ง ...”

สำหรับในเรื่องของการแก้ปัญหาที่เกิดจากการบริหารจัดการคนงานนี้ที่ผู้วิจัยนำเสนอไปข้างต้นที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถจัดการได้ แต่ก็มีผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลว่าตน ไม่มีปัญหาในเรื่องดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสอบถามว่ามีวิธีการอย่างไร ซึ่งผู้ให้ข้อมูลชี้แจงว่า โดยบทบาทหน้าที่แล้วคนงานจะให้เกียรติและยอมรับพยาบาลอยู่แล้ว แต่ต้องอาศัยบุคลิกภาพส่วนตัวของพยาบาลและพยาบาลก็ต้องให้เกียรติเขาโดยการ ใช้คำพูดและน้ำเสียงที่ดีด้วย จึงจะสามารถทำให้การจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นไปได้โดยราบรื่น

“... ไม่หรอกส่วนมากเค้าจะเกรงใจเรานะแหละ บางทีเค้าก็ไม่ได้ไอ้ที่เรา เรายังไม่พูดกับเค้ารุนแรง ตวาดหรือดูเค้าอะไรนี้ เรายังใช้น้ำเสียงปกติ ... มันอยู่ที่ตัวบุคคล มันอยู่ที่ตัวเค้าคนที่มาอยู่นั้นแหละว่าเป็นยังไง อย่างเรา ๆ ไม่มีไร เรา ๆ ก็คุยได้ทุกคนใจ เราไม่ว่าเออ ไปดูเค้าใจ หรือเราอาจเป็นผู้ชายใจ ก็เลยไม่ค่อยเรื่องมากอะไรเท่าไร ไม่ได้พูดมาก ... แต่ไม่ยอม (เสียงดังฟังชัด) เรื่องคน ไข่ยอมไม่ได้อยู่แล้ว”

1.1.2 ต้องปฏิบัติงาน 2 พื้นที่

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย พบว่า พยาบาลผู้ให้ข้อมูลจำนวนหลายคนได้แสดงความรู้สึกลดลงต่อการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บที่พยาบาลคัดกรองไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ ณ จุด A หรือจุดการคัดกรองเพียงที่เดียว แต่ต้องปฏิบัติงานทั้งจุด A และจุด B (ดูภาพที่ 3 หน้าที่ 26 ในบทที่ 2 ประกอบ)

ก่อนที่จะนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ผู้วิจัยขออธิบายแนวทางในการมอบหมายหน้าที่ของบุคลากรในหน่วยงานที่ทำการศึกษานี้กล่าวคือ หน่วยงานที่คัดสรรมีการแบ่งหน้าที่ตามพื้นที่ให้บริการที่กำหนดขึ้นตามแผนรับอุบัติเหตุกลุ่มชน ได้แก่ จุด A หรือจุดที่อาจ ซึ่งเป็นบริเวณที่

ใช้คัดกรองผู้ป่วยอยู่บริเวณด้านหน้าของหน่วยงาน จุด B หรือห้องอีเมอร์เจนท์หรือห้องรีซซิวิตี ซึ่งเป็นห้องที่ให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที จุด F หรือ ห้องเออร์เจนท์ ซึ่งเป็นห้องที่ให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่สามารถเดินได้ (นอนเปล) และจุด D หรือ ห้องนอนเออร์เจนท์ ซึ่งเป็นห้องที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่สามารถเดินหรือนั่งรถนั่งได้ โดยในทุกเวรจุด F จะมีพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลประจำตำแหน่งละ 2 คน จุด D จะมีพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลประจำอย่างน้อยตำแหน่งละ 1 คน ส่วนจุด A และ B จะมีการจัดสรรอัตรากำลังของพยาบาลแตกต่างกันในแต่ละเวร ส่วนผู้ช่วยพยาบาลจะมีประจำจุดละ 1 คนทุกเวร โดยในเวรเช้าวันราชการจุด A และ B จะมีพยาบาลประจำจุดละ 1 และ 2 คนตามลำดับ ส่วนเวรเช้าวันหยุดราชการและเวรบ่ายจุด B จะมีพยาบาลได้รับมอบหมายงานให้ปฏิบัติงานที่จุดนี้ 2 คน โดยพยาบาลคนหนึ่งจะต้องไปประจำอยู่จุด A ในกรณีจุด B ไม่มีผู้ป่วย ส่วนในเวรดึกจุด B จะมีพยาบาลได้รับมอบหมายงานจำนวน 1 คน และพยาบาลคนเดียวกันนี้จะต้องไปอยู่ประจำจุด A ในกรณีจุด B ไม่มีผู้ป่วย

หากพิจารณาตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลคัดกรอง ในเวรเช้าวันราชการพยาบาลคัดกรองจะรับผิดชอบการทำหน้าที่ที่จุดคัดกรอง (จุด A) เพียงพื้นที่เดียว ส่วนในเวรอื่น ๆ พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองจะต้องรับผิดชอบ 2 พื้นที่ ได้แก่ จุด A และ จุด B โดยเวรบ่ายและเวรเช้าวันหยุดราชการพยาบาลคัดกรองจะต้องมีหน้าที่รับผิดชอบจุด B ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพอีก 1 คน ส่วนในเวรดึกพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองจะได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่รับผิดชอบจุด B แต่เพียงผู้เดียว เมื่อขึ้นเวรพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองในเวรเช้าวันราชการก็จะดูแลและเตรียมพร้อมจุด A เพียงพื้นที่เดียว ส่วนในเวรอื่น ๆ พยาบาลคัดกรองจะต้องทำการตรวจสอบและเตรียมความพร้อมใช้ของเครื่องมือและอุปกรณ์ในจุด B ให้เรียบร้อยก่อน หลังจากนั้นเมื่อไม่มีผู้ป่วยที่จุดนี้ก็มาปฏิบัติหน้าที่ ณ จุดคัดกรอง และเมื่อไรก็ตามที่มีผู้ป่วยที่ต้องรีซซิวิตีเข้ามา ก็จะต้องมาทำหน้าที่ในห้องรีซซิวิตี เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยในห้องนี้เรียบร้อย กล่าวคือส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อยังพื้นที่ให้บริการอื่น ๆ ห้องผ่าตัดหรือหน่วยงานอื่น ๆ ตลอดจนดูแลความเรียบร้อยและเตรียมความพร้อมของพื้นที่ให้บริการสำหรับรองรับผู้ป่วยที่จะมาใช้บริการต่อไปแล้วก็ต้องกลับไปปฏิบัติงานที่จุดคัดกรองต่อไป ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ เนื่องจากต้องปฏิบัติงาน 2 พื้นที่ให้บริการ โดยผู้ให้ข้อมูลบางคนจะรู้สึกว่าเป็นการดีที่ได้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาตั้งแต่แรกเริ่ม แต่เมื่อได้รับมอบหมายงานให้ปฏิบัติหน้าที่จะต้องเหนื่อยมากที่ต้องรับผิดชอบทั้ง 2 จุด

“มีความรู้สึกที่ว่าที่อาจไม่ได้ไปดูคนเข้าเพื่อจำแนกอย่างเดียว ทำแค่นั้นอย่างเดียว แต่ถ้าเป็นเวรเช้าของเราก็จะเป็นการจำแนกผู้ป่วยอย่างเดียวจริง ๆ เพราะว่าเวรเช้าเราได้อยู่ตรงนั้นจริง ๆ

แต่ในช่วงที่เป็นเวรบายเวรตึก ตัวเราเองเหมือนต้องคุณคน ไข้ตั้งแต่แรก เพราะว่าเราต้องอยู่ทั้งจุดที่
อาจ และอยู่ในห้องรีซซิซิเตท”

“ดีใจแทนผู้ป่วย ไม่ใช่ (หัวเราะ นำเสียงออกแนวประชดประชัน) เราก็ดีใจแทนผู้ป่วยว่า
ผู้ป่วยอาจจะมีชีวิตรอดได้ (หัวเราะ ก่อนเงิบสั๊กพัก) แบบว่ามันใจว่าเหนื่อยร้อยเปอร์เซ็นต์ โคตร
เหนื่อยอะไรเงี้ย แต่สำหรับตัวเองอยู่ห้องไหนก็อยู่ได้ ก็ทำหน้าที่เต็มที่เต็มความสามารถของตัวเองที่
มี อยู่ได้แต่ที่หนักใจก็คือ นี่แหละ คนมันไม่พอ บางทีโหลดจริง ๆ และต้องอยู่ 2 จุด”

“ถ้าแบบอยู่เวรเวลาออกราชการ ต้องอยู่ดูแลห้อง ต้องมาปฏิบัติงานห้องรีซซิซิเตทด้วย...
ตอนนั้นมันเหมือนหน้าทีของเราแล้ว เพราะว่าถ้าเราเป็นคนอยู่ห้องบี ถ้ามีคน ไข้ก็ต้องเข้าห้องเราอยู่
แล้ว จันถ้าเราไปอยู่เวรไปอยู่ข้างหน้าจะเป็นการไปช่วย หรือไปทำหน้าที่หลักอันนี้ยังไม่เด่นชัด
เท่าไร เพราะถ้าเข้ามาแล้วผมจะไม่ซีเรียส (serious) อะไรข้างนอก คือหมายถึงว่าไม่ได้กังวลแล้ว
คือหน้าที่หลักของเราอยู่ห้องบี แต่เราต้องอยู่ข้างหน้า”

สาเหตุที่ทำให้มีการมอบหมายงานเช่นนี้ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นว่าเป็นผลมาจากการลด
อัตรากำลัง จึงทำให้ต้องมีการมอบหมายหน้าที่ซ้ำซ้อนให้แก่พยาบาลที่ต้องทำหน้าที่คัดกรองและ
ดูแลผู้ป่วยหนัก ซึ่งเวรตึกเป็นเวรที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าการะหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลคัดกรองมี
มากกว่าเวรอื่น ๆ เนื่องจากต้องรับผิดชอบทั้งจุด A และ B แต่เพียงผู้เดียว

“ก่อนหน้านี้เราจะมีพยาบาลสองคนนะคะ ห้องนี้ (ห้องรีซซิซิเตท) ... แล้วตอนนี้เราเจอ
วิกฤตไม่แน่ใจว่าภาระงานหรืออะไรนะคะ ก็ได้มีการลดจำนวนตรงนี้ลง โดยให้คนที่อยู่ห้องฉุกเฉิน
คนเดียวนะคะในเวรตึก ส่วนใหญ่คน ไข้เราก็จะมาในเวรตึกกันชะบ่ย่อย ไข่ม้อยะ ช่วงเช้าก็ไม่ค่อยมี
อะไรก็จะกลายเป็นว่าอยู่คนเดียวนะคะกับผู้ช่วยพยาบาลคนนึง ... แต่ตอนนี้ฟุ้งทั้งสองภาระเลย
เพราะว่า อี.อาร์. (ER) ด้วย ก็ต้องเป็นตัวเมนของ อี.อาร์. แล้วก็ต้องไปช่วยคัดกรองผู้ป่วยข้างนอก
ด้วย ... สำหรับตัวเองไม่เห็นด้วยกับการจ่ายงานแบบนี้เหมือนกัน จ่ายแบบเดิมแบบมี 2 เรท (rate)
ดีกว่า เหมือนเวรบาย ในเวรตึกก็จะมีปัญหาเหมือนกันเวลาทำงาน แต่ละจุดทุกคนก็มีหน้าที่
รับผิดชอบ แต่พอมีคน ไข้ฉุกเฉินมาปั๊บทุกจุดก็จะหยุด ... คือหนักสุดก็น่าจะเป็นจุดเอกกับบีที่จะต้อง
คือคนคนเดียวกันรับผิดชอบสองจุดก็ทำคนเดียว”

จากข้อมูลยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกต่อการที่พยาบาลเพียงคนเดียวต้องรับผิดชอบ
การทำงานถึง 2 จุดที่เป็นจุดบริการที่มีความสำคัญ อาจจะทำให้คุณภาพการบริการของทั้ง 2 จุด
โดยเฉพาะอย่างยิ่งจุดคัดกรองไม่เป็นไปตามมาตรฐานหรือข้อกำหนดที่วางไว้ ตลอดจนลักษณะงาน

ที่เป็นงานเกี่ยวกับอุบัติเหตุซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ ประกอบกับความเสียหายที่เกิดเหตุการณ์อุบัติเหตุที่รุนแรงหรืออุบัติเหตุกลุ่มชนหรือสาธารณภัยขึ้นได้ทุกเมื่อ แต่การเตรียมการเรื่องบุคลากรของหน่วยงานไม่ได้มีการเตรียมการหรือเตรียมพร้อมสำหรับสถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นดังกล่าว แสดงถึงการไม่เห็นความสำคัญของคุณภาพการบริการที่จุดคัดกรองและการบริการผู้บาดเจ็บของผู้บริหารอย่างแท้จริง

“...ความรู้สึกตัวเองก็รู้สึกว่าเป็นหัวหน้าเหมือนไม่เห็นความสำคัญในคุณภาพเท่าไรนะ คือถ้าสมมติที่ค่าเห็นความสำคัญในด้านคุณภาพมันก็ควรเป็นไปตามทีมที่เราจัดไว้... คือเราเป็นอิมเมอร์เจนซี เราต้องเตรียมตัวเตรียมสถานการณ์ให้พร้อม เราไม่ใช่เอ่อ ประมาณว่าไม่มีเคส (case) เราก็ออฟ (off) เวน แต่เรากลับไม่ได้เพราะเราไม่รู้ว่าจะวันนี้คนไข้จะมากี่คน มูลนิธิจะมาส่งเราที่เดียวรีเปล่า เราไม่สามารถที่จะตั้งตรงนี้ได้ เราน่าจะเหมือนว่ามีแผนรองรับไม่ใช่มาดีเพนด์ออน (depend on) จำนวนคนไข้ คือวันดีคืนดีเราอาจจะมีอุบัติเหตุกลุ่มชนมากกลางดึก เราก็บอกไม่ได้ ไข้มี เหตุการณ์ตอนนี้ก็มีปัญหาอยู่ แต่เขาก็เหมือนเพิกเฉย ไม่ค่อยตื่นตัวในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ก็เคยคิดเหมือนกันว่าถ้าเกิดอะไรขึ้นเราจะรับกันไหวรีเปล่า เพราะทุกอย่างมันไม่ปกติ คือ ในเมื่อเหตุการณ์ไม่ปกติเราจะต้องคิดแล้วว่าเราเป็นหน่วยที่จะต้องรับผิดชอบเรื่องนี้ แต่ก็ยังเหมือนเดิมก็ทำเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น (หัวเราะ สะะ ๆ)”

“ก็รู้สึกอยู่ว่า ทำไมต้องแบบอยู่จุดคัดกรองแล้วทำไมต้องมาดูคนไข้มาเป็นเจ้าหน้าที่ห้องบีอีก ก็รู้สึกว่าหน้าที่เรามันเยอะเกินไป แล้วก็รู้สึกแบบมันไม่ชัดเจน หน้าที่ไม่ชัดเจนคัดกรองก็น่าจะคัดกรองไปเลย เพราะการคัดกรองต้องคัดกรองตลอดอยู่แล้ว ก็มีความยุ่งยากก็รู้สึกที่หน้าที่ไม่ชัดเจน นุ่นก็ต้องทำ นี่ก็ต้องทำอะไรอย่างเงี้ย ในเมื่อจ่ายเป็นคนคัดกรองก็ต้องจ่ายเป็นคนคัดกรองไปเลย ก็ถึงเวลาที่อยู่ห้องบี 3 ชั่วโมงไม่เห็นมีเราก็งี้ยังทำได้เลย ก็รู้สึกว่าทำไมไม่ทำให้มันชัดเจนไปเลย ... ก็เลยคิดว่าถ้าระบบยังเป็นอย่างงี้ก็แปลว่าผู้บริหาร คือผู้ที่อยู่ระดับบริหารที่สามารถแมนเนจเรื่องแบบนี้ได้ก็ไม่ได้เห็นความสำคัญของการคัดกรองจากพยาบาลจริง ๆ ... ก็การจัดให้พยาบาลไปอยู่จุดนี้ก็ทำให้งานมีคุณภาพมากขึ้น แต่ถ้าระบบเป็นอย่างนี้คุณภาพก็ได้ไม่เต็มที่ ได้ประสิทธิภาพไม่เต็มที่ ถ้าเราไปพูดกับใครว่ามีการคัดกรองโดยพยาบาลวิชาชีพก็พูดได้ไม่เต็มปาก เพราะถึงเวลาพยาบาลไปอยู่ในห้องบี 3-4 ชั่วโมง เกือบครึ่งเวร หรือถ้ามีเคสต่อ ๆ กันก็ไม่เห็นพยาบาลเลย ถ้าเห็นความสำคัญจริงก็ต้องมีคนประจำจุดนั้นไปเลย”

ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญของบทบาทหน้าที่ของพยาบาลคัดกรองเท่าที่ควร เนื่องจากการจัดสรรกำลังคนที่ปฏิบัติหน้าที่ไม่เต็มอัตรา ทำให้มีช่วงเวลาที่ไม่มีพยาบาล

ทำหน้าที่คัดกรอง ก็จะไม่เป็นไปตามข้อกำหนดที่บอกว่ามีพยาบาลทำหน้าที่คัดกรองตลอดเวลา โดยในขณะที่พยาบาลต้องเข้าไปทำหน้าที่ในห้องรีซัสซิเตทนั้นก็จะจะมีเพียงผู้ช่วยพยาบาลทำหน้าที่คัดกรองเพียงคนเดียว แต่การที่พยาบาล ไม่ได้ปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรองนั้นหากมีปัญหาหรือข้อผิดพลาดใดที่เกิดขึ้นผู้ที่รับผิดชอบโดยตรงก็ยังคงเป็นพยาบาล

“อย่างมีบางช่วงที่หลุดลอดไปบ้างตอนที่ห้องที่อาจแล้วเราไม่อยู่ เราก็อาจจะรู้สึกดีอะนะ เพราะเราไม่ได้ที่อาจ แต่ถ้าถามถ้ามีอะไรผิดพลาดขึ้นมาก็ต้องโทษพยาบาลอยู่แล้ว เพราะพยาบาลมีหน้าที่คุมผู้ช่วยพยาบาลตรงนั้น ซึ่งเราปฏิเสธไม่ได้ตรงนั้นเป็นหน้าที่รับผิดชอบของเรา ... ก็ก็ต้องรับผิดชอบในแง่มุมมองจากการทำงานที่ผ่านมาแม้เราจะอยู่หรือไม่อยู่ แต่ถ้าผู้ช่วยพยาบาลผิดพลาดขึ้นมาคนที่รับผิดชอบคือเรา ... อยู่เองก็ต้องดีกว่า ... ไม่อยู่เองก็เกิดความเครียด คือเรื่องทำหน้าที่ของเรากับเรื่องความเครียดมันแตกต่างกัน คือตอนไม่อยู่มันก็สบายใจที่ไม่ต้องมาที่อาจ แต่มันมีภาวะกดดันอยู่ถึงเรื่องทำหน้าที่ของเรา”

ความรู้สึกของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองที่เกิดขึ้นระหว่างที่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ในการคัดกรองด้วยตัวเอง กับความรู้สึกที่เกิดจากที่ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองด้วยตัวเองที่มีชื่อเป็นพยาบาล ผู้รับผิดชอบว่าทั้ง 2 กรณีก็สร้างความเครียดให้ตนเหมือนกันแต่ความเครียดที่เกิดขึ้นมีสาเหตุต่าง ๆ โดยทั้งความเครียดและความกดดันที่เกิดขึ้นของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมาเนื่องจากการทำหน้าที่ 2 พื้นที่ให้บริการของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองมาจากการจัดสรรเรื่องอัตรากำลังตามที่มีผู้วิจัยได้นำเสนอคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลมาแล้วข้างต้น โดยที่ผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้รู้สึกไม่เห็นด้วยกับการจัดอัตรากำลังและมอบหมายงานดังกล่าว เนื่องจากเห็นว่าไม่เป็นไปตามข้อกำหนดและอาจจะทำให้ประสิทธิภาพการบริการไม่ดีเพียงพอ ทั้งนี้ได้มีผู้ให้ข้อมูลเสนอความคิดเห็นต่อการประสิทธิภาพการบริการไว้ว่าควรจะมีพยาบาลที่อยู่ประจำจุดเอและทำหน้าที่คัดกรอง ส่วนห้องบีก็ควรจะมีพยาบาลที่ทำหน้าที่นี้แยกจากกันอย่างชัดเจน โดยผู้บริหารก็ควรที่จะจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรให้เพียงพอเพื่อคุณภาพของการปฏิบัติงานทั้ง 2 พื้นที่ให้บริการตลอดเวลาตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

“ก็คิดว่าอัตรากำลังก็มีผล รู้สึกว่าคนมัน ไม่มีเหลือเกินคนมันกระเปียดกระเสียดอะเนอะ อย่างบางทีเคสมันน้อยหรือเยอะเราก็บอกไม่ได้ การลดคนก็ทำให้ คืออย่างกรณีมีคนไข้ห้องบีไขประพยาบาลที่อยู่จุดคัดกรองก็ต้องมาอยู่ห้องนี้ แล้วยิ่งถ้าช่วงนั้นมีคนไข้ที่ต้องคัดกรองอีก ก็คิดว่าควรจะเพิ่มอัตรากำลังคนที่อยู่ที่จุดคัดกรอง ก็คือทำหน้าที่คัดกรองไปเลย ก็คืออยู่ตรงจุดนั้นจริง ๆ ไม่ใช่พอถึงเวลามีคนไข้ห้องบี ก็ไปอยู่ห้องบี ซึ่งบางทีเคสก็นานมาก กว่าส่งคนไข้ เก็บของและ

เตรียมของในห้องอีกบางทีก็ 3 ชั่วโมงขึ้นไป ถ้าเราต้องการประสิทธิภาพจริง ๆ ก็ต้องมีคนอยู่ตรงนั้นตลอดเวลาจริง ๆ”

ความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บของผู้ให้ข้อมูลที่มีสาเหตุมาจากการต้องปฏิบัติหน้าที่ 2 พื้นที่ให้บริการในช่วงเวลานอกราชการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวรตึกที่พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองต้องเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงเพียงผู้เดียวทั้ง 2 พื้นที่ให้บริการ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกคับข้องใจจนบางคนรู้สึกว่าจะไม่ยอมทำหน้าที่นี้ เพราะนอกจากผู้ให้ข้อมูลจะรู้สึกเหนื่อยกับภาระความรับผิดชอบทั้ง 2 ที่พื้นที่แล้ว ยังรู้สึกว่าการทำงานที่คาบเกี่ยวนี้จะทำให้ประสิทธิภาพในการบริการผู้ป่วยไม่ดีเพียงพอด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสิทธิภาพในการคัดกรองผู้บาดเจ็บที่เป็นหน้าที่หลักของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรอง เนื่องจากพยาบาลต้องละทิ้งหน้าที่ในการคัดกรองมาให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินหรืออิมเมอร์เจนท์ ในกรณีที่มีผู้ป่วยหนักที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที โดยขณะนั้นที่จุดคัดกรองก็จะมีเพียงผู้ช่วยพยาบาลเป็นผู้ทำหน้าที่ซึ่งไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.1.3 ไม่ได้รับความเป็นธรรมในการมอบหมายหน้าที่

ก่อนที่ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยที่แสดงความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองด้านหน้าที่ความรับผิดชอบที่เกิดจากการไม่ได้รับความเป็นธรรมในการมอบหมายหน้าที่ ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลเรื่องวิธีการมอบหมายหน้าที่ของพยาบาลในหน่วยงานที่ทำการศึกษาเสียก่อน ทั้งนี้ข้อมูลในเรื่องการจัดอัตรากำลังของพยาบาลในแต่ละเวรของหน่วยงานนี้ ผู้วิจัยได้มีแสดงข้อมูลโดยละเอียดไว้ในบทที่ 2 ตารางที่ 1 หน้า 27 และได้กล่าวถึงการมอบหมายหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานในแต่ละเวรในบทที่ 2 ได้ตารางที่ 1 หน้า 27 และในส่วนของความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองที่ต้องปฏิบัติงาน 2 พื้นที่แล้ว ที่มีการจัดแบ่งอัตรากำลังของบุคลากรในแต่ละเวรไม่เท่ากัน และมีการมอบหมายงานของบุคลากรในแต่ละเวรตามแผนอุบัติเหตุกลุ่มชน โดยการตัดสินใจมอบหมายหน้าที่ของพยาบาลในแต่ละเวรขึ้นอยู่กับมติการตัดสินใจของพยาบาลที่มีอาวุโสสูงสุดของเวรนั้นหรือคนที่พยาบาลที่มีอาวุโสสูงสุดมอบหมายหน้าที่ ซึ่งพยาบาลที่มีอาวุโสสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายนี้จะมีตำแหน่งเป็นหัวหน้าเวรประจำเวรนั้นและจะเป็นผู้ตัดสินใจมอบหมายงานให้พยาบาลคนอื่น ๆ ในเวรต่อไป ยกเว้นในเวรเช้าวันราชการผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจมอบหมายหน้าที่คือหัวหน้าหน่วย โดยในทุกเวรนอกเหนือจากเวรเช้าวันราชการแล้วพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองจะต้องทำหน้าที่ที่จุดบี ที่บางเวรจะมีพยาบาลประจำจุดบี 1 คนหรือ 2 คนแล้วแต่กรณี

ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัย พบว่าผู้ให้ข้อมูลที่มีอาวุโสน้อยกว่ารู้สึกว่าจะไม่ได้รับความเป็นธรรมในการมอบหมายหน้าที่ โดยเฉพาะในบางกรณีที่มีอาวุโสน้อยกว่าได้รับมอบหมายงานให้ปฏิบัติงานร่วมกับผู้มีอาวุโสมากกว่าที่จุดบิตที่ไม่อยากปฏิบัติงานที่จุดคัดกรอง ตนจึงได้รับการมอบหมายงานให้ปฏิบัติงานที่จุดคัดกรองประจำ ในขณะที่บางคนไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตรงนี้เลย ซึ่งเมื่อพบปัญหาต่าง ๆ น้ำหนักของการแจ้งเรื่องหรืออำนาจในการต่อรองจึงมีน้อย เพราะอาวุโสที่น้อยกว่า และจำนวนคนที่ได้รับมอบหมายงานมีจำกัด

“เค้ามีหลักเกณฑ์ในการจ่ายงานแล้วก็มีไบแอส (bias) ก็คือรู้ว่าคนนี้ทำได้แน่นอนไม่มีปัญหาหรอก ก็อาจจะจ่ายบ่อยนิดนึง ไม่รู้รู้สึกตัวเอง ไม่รู้ว่าเนกาทีฟ (negative) กับเค้ารีเปอร์ตานะ แต่จากที่เห็นนะ เพราะว่ามันมีอะคะ แม้กระทั่งหัวหน้า ทำไมไม่จ่ายให้อยู่จุดนี้เลย ทำไมไม่ได้ลองอยู่ที่ตรงนี้ อยู่แต่ที่เดิม ๆ ที่เค้าเห็นว่าคนนี้อาจให้อยู่ตรงนี้อาจให้อยู่ใกล้ ๆ ก็เลยจ่ายอยู่ใกล้ ๆ มันมีให้เห็นมีให้คิด แต่ก็ไม่รู้เค้าจะว่ายังไง ก็ไม่ได้ไปถาม ก็ สังเกตเอา”

“ถูกจ่ายบ่อยมาก เพราะว่าเป็นน้อง บางทีอยู่กับพีซี 6 (C6) บางคนเขาไม่ออกไปอยู่แล้วก็เลยทำให้น้องต้องออกไปปรับหน้าที่ตรงนั้นแทน ... ความรู้สึกก็ว่าทำไมที่เค้าไม่ออกไปบ้าง ไม่ใช่ไม่โอเค ที่เค้าคงอยากให้เราได้ประสบการณ์ แต่อยู่ตรงนั้น ๆ ทุกวันเราก็มีความรู้สึกที่ทำไมเขาถึงไม่ออกไปทำหน้าที่ตรงจุดนี้บ้าง ในเมื่อตรงนั้นอยู่กัน 2 คน ทำไมน้องต้องเป็นตัวเลือกแรกที่ต้องออกไปนั่ง ไม่ใช่พี่เป็นอันดับแรก”

“...คนส่วนใหญ่ที่เวรดึกก็คนเดิม ๆ บางคนไม่เคยโดนจ่ายงานอยู่จุดนี้เลย คนที่เดิม ๆ ที่เวรดึกก็จะเป็นคนจ่ายงานก็ไม่เคยจ่ายตัวเองหรือโดนจ่ายอยู่จุดนี้ แล้วสองคนที่อยู่เวรดึกเนี่ย คนที่ประสบปัญหาก็คือกระบอกเสียงยังไม่แข็งแรงพุดไปกับคนที่ใหญ่สุดอาจจะไม่ใส่ใจอะไร เพราะว่าเออจ่ายแล้วไม่มีใครพุดอะไร ไม่มีอะไรตอบกลับมา อันที่ 3 เสียงส่วนใหญ่ที่อยู่ในทีมเพราะบางคนก็ไม่เคยดึกเลยอาจจะไม่เข้ากับบ้ายซึ่งคนมันเต็มอัตรากำลัง มันก็ไม่มีปัญหาอยู่แล้ว เราก็จะไปเอาเสียงจากใครก็ได้ อย่างบางคนอาจจะรู้สึกแค่คนเดียว เพราะว่าโดนจ่ายอยู่ตลอดคนเดียว เจอปัญหาคนเดียว อย่างกับตัวเองอย่างเงี้ย ตัวเองก็ได้แค่บ่นไปบอกพี่เค้าบางทีก็ทำที่หรืออะไรของเค้า ก็คือเหมือนว่ามาบ่นคนเดียวเอ๊ะ ทำไมเธอมีปัญหาจังกคนอื่น ไม่มี ไม่มีใครพุดอะไร อาจจะประเมินเราไปอีกแบบ

1.1.4 ต้องคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ด้วยบริบทของโรงพยาบาลที่ศึกษานี้ได้มีการแบ่งหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉินอื่น ๆ ออกจากกัน ตามที่ผู้วิจัยได้เสนอข้อมูลโดยละเอียดไว้ในบทที่ 2

หน้า 22 โดยที่ตั้งของหน่วยงานทั้ง 2 ก็อยู่แยกกันคนละอาคารและหน้าอาคารอยู่ติดกับประตูทางเข้าโรงพยาบาลคนละด้าน แต่อาคารตั้งอยู่ติดกัน และตามทีผู้วิจัยได้กล่าวถึงบริเวณที่ตั้งของหน่วยงานในเรื่องของความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองที่ต้องทำหน้าที่มากกว่าคัดกรองข้างต้น ที่อยู่ติดกับประตูทางเข้าทั้งทางเดินเท้าและทางเดินรถของโรงพยาบาล และยังอยู่ติดกับอาคารจอดรถของโรงพยาบาล พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บนอกจากจะต้องคัดกรองผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยอุบัติเหตุของหน่วยงานตนเองแล้ว ยังต้องมีหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการในโรงพยาบาลและผ่านบริเวณจุดคัดกรองของหน่วยงานนี้

ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยพบว่า พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บที่มีรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรอง เกิดความคับข้องใจในกรณีที่เมื่อผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยอาการที่ไม่ได้เป็นเนื่องจากอุบัติเหตุซึ่งเป็นคนไข้ที่หน่วยงานตนให้การดูแลที่มีอาการหนัก ได้มีหลักเกณฑ์ว่าหากผู้ป่วยมีอาการหนักจะต้องนำเข้าให้การดูแลช่วยเหลือที่หน่วยงานนี้ก่อน ซึ่งพยาบาลผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าหากส่งผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านมากกว่า

“... ส่วนใหญ่คนไข้ขึ้นผิดตึก ผิดสถานที่ ก็คือคนไข้อายุรกรรมนี้จะมาขึ้นที่อุบัติเหตุ ก็มีขนาดที่เราจำเป็นต้องให้การดูแลก่อนส่งเรื่องต่อให้หน่วยงานที่ถูกต้อง คือที่คิดว่ายุ่งยากลำบากใจเพราะบางครั้ง คือว่าก็น่าจะส่งคนไข้ไปหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเลย แต่บางครั้งมันมีหลักเกณฑ์ว่าต้องดูก่อนแล้วค่อยส่งต่อ อย่างบางกรณีถ้าไปถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเลยก็จะคิดว่า จะให้ความดูแลที่ดีและรวดเร็วกว่า ... ก็คือคิดว่าจะได้ไปปรับการรักษาในที่ของเขาในที่ที่มันถูกต้อง ได้ทันทีไม่ต้องมาเสียเวลา ซึ่งบางครั้งโอเคเรารับขึ้นมาแล้ว แพทย์สั่งให้การรักษอะไรที่บางที่เราไม่มียา หรือบางครั้งเราอาจจะดูแลไม่ค่อยดีเพราะเราไม่มีประสบการณ์ ถ้าเขาไปที่ที่ถูกต้องเจอคนที่มีความประสบการณ์ที่มากกว่าเรา ก็จะให้การดูแลที่รวดเร็วและปลอดภัยมากขึ้น...”

“... เพราะเราก็อชินกับการดูแลคนไข้อุบัติเหตุ ไม่ชินกับการดูแลคนไข้อายุรกรรม เราก็อเกรงว่ามันจะเป็นการล่าช้าหรือเปล่า บางทีก็เกรงว่าจะมีข้อผิดพลาด ซึ่งอาจจะมีผลต่อคนไข้ แต่ถ้าเป็นคนไข้หนัก ๆ ที่ไม่ไหวจริง ๆ ก็ยินดีรับเข้ามาประเมินและช่วยเหลือขึ้นต้นให้ก่อน อย่างคนไข้ไม่รู้สึกรู้สัว ไม่หายใจหรืออะไรอย่างนี้ก็ต้องรีบช่วยชีวิต อันนั้นก็อีกอย่างหนึ่งที่ควรจะต้องรีบพาเข้ามาช่วยก่อน”

1.2 ด้านความรับผิดชอบต่อผลการคัดกรอง

เมื่อพยาบาลคัดกรองตัดสินใจจัดกลุ่มประเภทผู้บาดเจ็บแล้ว ก็จะมีการนำส่งผู้ป่วยไปยังจุดให้บริการต่าง ๆ ซึ่งผลของการตัดสินใจนี้จะส่งผลต่อการได้รับการดูแลรักษาของผู้ป่วย และการให้บริการของบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาล ซึ่งความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบต่อผลการคัดกรองนี้ ผลของการวิจัยพบว่ามีผู้ให้ข้อมูลบรรยายความรู้สึกว่าเกิดจากที่ถูกดำเนินในการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันระหว่างทีมสหสาขา และความรู้สึกกังวลว่าตนจะคัดกรองผิด

1.2.1 ถูกดำเนินในการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันระหว่างทีมสหสาขา

(Multidisciplinary conference)

การประชุมร่วมกันระหว่างทีมสหสาขา หรือ Multidisciplinary conference เป็นการประชุมร่วมกันระหว่างแพทย์ศาสตร์อุบัติเหตุ วิทยาลัยแพทย์ แพทย์นิติวิทยา (กรณีที่มีผู้เสียชีวิต) พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล โดยการนำกรณีศึกษาของผู้บาดเจ็บที่เข้ารับบริการในหอริชศาสตร์ หรือจุดบี มาทำการศึกษาถึงกระบวนการและขั้นตอนการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ตั้งแต่มาถึงหน่วยงานจนจำหน่ายออกจากหน่วยงาน ซึ่งกระบวนการหรือขั้นตอนการดูแลก็จะเริ่มตั้งแต่การคัดกรอง การประเมินและวินิจฉัยอาการ และการให้การดูแลรักษาพยาบาล ณ ห้องฉุกเฉิน

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยพบว่า สิ่งที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้บาดเจ็บมีความรู้สึกกังวลต่อการปฏิบัติหน้าที่นี้ ได้แก่ การถูกดำเนินจากการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันระหว่างทีมสหสาขา โดยที่ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกที่ไม่ได้รับความไม่เป็นธรรมในการดำเนินทั้งที่ตนก็ปฏิบัติตามแนวทางในการคัดกรองที่กำหนดไว้และคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกประเภท เช่น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองแต่ขาดเพียงการใช้เครื่องตรวจจับออกซิเจนที่ปลายนิ้ว ที่ได้มีการนำมาเป็นเครื่องมือเสริมสำหรับช่วยในการคัดกรองภายหลังเท่านั้น และไม่ได้มีการชี้แจงเหตุผลหรืออธิบายเพิ่มเติมใด ๆ เพียงแต่ดำเนินว่าไม่ปฏิบัติเท่านั้น

“... ตอนที่อาจคนไข้ เวลามีคนไข้มา ออกซิเจนแซทหน้าตีกจะมีปัญหา มาก บางทีดูสถานะคนไข้แล้วบางทีเราไม่ต้องจับหรอก คือ เราเห็นสถานะคนไข้เราก็เอาเข้าห้องนั้น (ห้อง B) แล้ว ออกซิเจนแซท มันจับไม่ทัน ซึ่งเวลาเข้าคอนเฟอเรนซ์ (conference) จะ โคนด่าประจำว่าทำไมไม่จับ... ซึ่งก็ดูแล้วมันจับไม่ทันจริง ๆ บางทีเราเห็นปั๊มโบลด์แมสมาอยู่แล้ว แปลว่าคนไข้ไม่รู้สึกตัว ที่จะมาจับแซท ต้องบอกว่าคุณหยุดก่อน อย่าเพิ่งไป จับออกซิเจนแซทให้ได้ก่อนแล้วค่อยไป มันทำไม่ได้ เราต้องเอาคนไข้เข้าห้องเลย มาแบบนี้แล้วยังไงเราก็ต้องช่วยกันในห้องอยู่แล้ว จับแซทในห้องก็ได้ พอคอนเฟอเรนซ์ปั๊มก็โดนว่าให้ ... สรุปตอนนี้ยังงี้ก็ต้องใส่ทิวป์ เรียกปลุกไม่ตื่น

อี.วี.1 เอ็ม.1 ตัวเย็น เหงื่อออก... เขาก็ไม่ได้ให้เหตุผลแต่เขาบอกว่าทำไมถึงไม่จับทั้ง ๆ ที่อธิบายแล้วว่าคนเขาโสด์เมสมาอยู่แล้ว เขาก็บอกว่ายัง ใจก็ต้องจับ ... ซึ่งเป็นสิ่งที่บอกมาใหม่ว่าต้องทำทั้ง ๆ ที่ของเดิมก็มีแนวทางไว้ชัดเจนอยู่แล้ว แล้วเราก็ได้อบรมกันแล้ว ...”

และถึงแม้พยาบาลผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติตามแนวทางในการคัดกรองและใช้อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ที่ช่วยในการคัดกรองผู้ป่วยแล้วก็ตาม แต่ก็ยังมีบางครั้งที่เมื่อผู้ป่วยเข้าไปรับการรักษาได้สักพักก็มีอาการแยลงก็จะได้รับการดำเนินจากที่ประชุมปรึกษาหารือเช่นเดียวกัน

“ไอ้ที่ถูกต่อว่าเป็นเวลาคอนเฟอเรนซ์มากกว่า หรือคนไข้ห้องเปลย้ายไป อี.อาร์. ซึ่งคนไข้ตอนแรกคอนเชียส (conscious) ดี คนไข้บีทีดรอป (BP drop หรือ ความดันต่ำกว่าปกติ) ที่หลังค่อยย้ายไปห้อง อี.อาร์. ได้แต่ไม่รู้ทำไมต้องมาถามหรือไม่เชื่อมั่น คนที่อาจไม่มีศักยภาพเพียงพอหรือไม่แน่ใจคนที่อยู่บริเวณตำแหน่งที่อาจ ... ตอนปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่เข้าใจกันอยู่แล้ว”

จากการที่ถูกดำเนินในการประชุมปรึกษาหารือดังกล่าว จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่ยอมปฏิบัติหน้าที่นี้เพราะถูกมองว่าไม่มีความสามารถในการทำหน้าที่ รวมทั้งเกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติงานและสับสนว่าจะปฏิบัติงานอย่างไรจึงจะไม่ถูกดำเนิน จนบางครั้งตัดสินใจไม่ปฏิบัติตามแนวทางในการคัดกรองพิจารณาแต่เพียงว่าผู้ป่วยอาการไม่ถึงแก่ชีวิตในขณะนั้นไม่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขภาวะอันตรายต่อชีวิตในขณะนั้นจึงตัดสินใจคัดกรองผู้ป่วยให้อยู่ในระดับต่ำกว่าการบาดเจ็บที่ควรจะเป็นตามหลักในการคัดกรอง ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและย้ายมาเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักก็ถูกดำเนินด้วยเช่นกันถึงแม้จะเป็นผู้ติดตามเฝ้าดูอาการผู้ป่วยและรายงานแพทย์ก็ตาม อีกทั้งยังเกิดความเข้าใจว่าแพทย์ไม่ต้องการให้คัดกรองผู้ป่วยเป็นกลุ่มอิมเมอร์เจนท์

“... เลยทำให้สับสนว่าจะทำอะไร ก็เราเคยปฏิบัติอย่างนี้มาตั้งแต่ต้นพอมานะเจอใหม่ ก็เลยรู้สึกเชิงคำเดียว (ทำน้ำเสียงตาม) เบื่อทำให้ไม่อยากออกไปนั่งจุดที่อาจ ทำให้เรารู้สึกว่าเราดูแลคนไข้ไม่ดีตั้งแต่ต้น เหมือนเราผิดไปนิดหนึ่ง คนที่โดนเต็ม ๆ คือคนที่อาจ ไม่ใช่คนที่รีซัสซิเตทชั่นคนไข้ แต่เป็นพยาบาลที่อยู่จุดเอดที่มองผู้ป่วยตั้งแต่ต้นว่าคุณมองผู้ป่วยไม่เป็น ... ก็เคยตามที่ต้องการถ้าไมรีซัสซิเตทจริงก็ไม่ต้องเข้า ก็โดนอีกแล้ว ซึ่งบางทีเราเป็นคนบอกหมองเองด้วยซ้ำว่าคนไข้ไม่ดีมีอยู่ครึ่งนึงพอเข้าไปเข้าห้องน้ำคนไข้ถูกส่งไปห้องเอฟ พอมานะเจอคนไข้สกอร์ไม่ดี คอนฟิวส์ (confuse หรือ สับสน) แล้วคนไข้ก็มีเรื่องบาดเจ็บช่องท้อง บีทีดรอป เราก็บอกหมองที่อยู่แต่หมองก็ต้องรอดตามพี ๆ มาดูก่อนจึงค่อยย้าย พอคอนเฟอเรนซ์ เค้าก็ไม่ได้มองว่าเราบอก เค้าก็มองว่าหมอง

สั่งให้ย้าย แล้วก็มองว่าเราที่อาจไม่เป็น ผิดอีก รู้สึกแรง (ทอดเสียง และทำเสียงเบาลง ทำหน้าตามแบบแข็ง)”

“... ก็ไม่รู้เค้ามีเหตุผลอันใดที่พยายามกำจัดเคสออกจากห้องไฟแดงทั้ง ๆ ที่จริง ๆ ไกด์ไลน์ (guideline) อันนี้ก็เป็นที่หมอเค้าเริ่มทำมาก่อนตั้งแต่แรกเพราะเท่าที่ทราบก็คือมีหมอเค้าเป็นคนทำไกด์ไลน์อันนี้ แต่กลับกลายเป็นว่าไปเปลี่ยนไกด์ไลน์”

ส่วนใหญ่ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บตามที่ระบุไว้ในแนวทางการคัดกรองที่สมควรได้รับการดูแลรักษาทันทีหรือกลุ่มอีเมอร์เจนท์ แต่อาการของผู้ป่วยที่พบยังไม่น่าเป็นห่วง แต่พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองส่วนมากจะตัดสินใจคัดกรองผู้ป่วยให้มีระดับความรุนแรงกว่าอาการที่เห็น (Over Triage) ถึงแม้จะได้รับคำตำหนิจากการประชุมปรึกษาฯ หรือแพทย์ที่ปฏิบัติงานในขณะนั้นก็ตาม โดยต่างเห็นว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับการประเมิน ตรวจรักษาจากแพทย์ที่มีความชำนาญมากที่สุด ในขณะที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มอีเมอร์เจนท์ จนมีผู้ให้ข้อมูลบางคนเห็นว่าอยากตัดสินใจให้ผู้ป่วยใหม่ทุกรายที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยกลุ่มอีเมอร์เจนท์ทุกรายเพราะจะได้รับการตรวจรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว

“คือเห็นว่าเมื่อไรที่ไม่มั่นใจ น้องก็จะเรียกและเอาเข้าห้องฉุกเฉินไว้ก่อน แล้วหมอจะทำให้เค้าสูญเสียความมั่นใจ ใจ โอ๊ยไม่เห็นมีอะไรเลย ก็เห็นชัด ๆ ว่าคนไข้เค้าช็อคเขียวแล้วก็ไม่พูด พอสั๊กพักถึงพูด ก็เข็นออก อันนี้ก็เข้าใจ แต่ว่าหมอเองก็บอกว่าไม่เห็นมีอะไรเลย ทำให้น้องไม่มั่นใจ เพราะอย่างบางรายที่มีปัญหาเค้าก็จะมีการคอนเฟอเรนซ์ บางทีเค้าก็พูดว่าเอ๊ะมันยังงี้ เพราะไม่ได้ทำตามไกด์ไลน์ ในนั้นก็บอกว่าเคส แบบนี้ เช่นถูกแทงที่ชายโครง ใครจะไปแหวกแผลดูก่อนก็ต้องเข้ามาหาหมอก่อนไซ้ใหม่ ให้หมอฟังปอดฟังอะไรก่อนไม่เข้าแน่ก็โอเคย้ายเข้าห้องเปลก็ไม่มีใครว่าโอเวอร์ (over) ไว้ก่อน เค้าบอกว่าการที่ที่อาจ เป็นอันตรายที่อาจส่งผลต่อการรักษา”

“... คือเจอคนไข้เบิร์น (burn) บริเวณใบหน้าลำคอ ..มันมีโอกาสที่เกิดอย่างคุณ ขนงมุกใหม่ คนไข้คอนเชียส (conscious) ดีทุกอย่าง แต่กลัวว่าถ้าอยู่ห้องนี้ไป (ห้อง F) คนไข้อาจมีทางเดินหายใจอุดตันขึ้นมา ก็จะใส่ทิวปียากก็ให้อยู่ห้อง อี.อาร์. เหมือนกัน ... พวกเราไม่รู้ว่ามันจะเกิดขึ้นเมื่อไร คนไข้จะต้องใส่ทิวปียู่แล้ว .. คือตามความคิดหรือตาม โปรโตคอล (protocol) มันก็จะบอกอยู่แล้วว่าควรอยู่ห้องบี ลักษณะการบาดเจ็บและสาเหตุการบาดเจ็บมันมีโอกาสที่จะทำให้เขาแย่งลงได้ แต่พอมาเนี่ยหมอเค้าให้ ทำแผลแล้วให้กลับบ้านไป ... หมอก็ตรวจตามปกติ ... ถ้าเป็นเราเราก็คิดว่าจะเอาเคสอย่างนี้เข้าห้องไหนดี ... มันกำกวมเพราะหมอยังอนุญาตให้กลับบ้านเอง เราอาจจะกังวลมากไป แต่กังวลไว้ดีกว่าไม่กังวล ... ถ้าเอาตามโปรโตคอล หลักการมันควรจะอยู่ห้องนั้น แต่สมมติ

ว่าคนไข้ไปอยู่ห้องนั้นแล้วหมอเข้าไปตรวจ หมออาจแย้งว่าคนไข้ดีทุกอย่างทำไมอยู่ห้องนี้ เพราะการเข้า อี.อาร์. ต้องใช้หมอเยอะ หมอจะต้องเดินมาตรวจอาจจะบอกว่าแค่นี้เองห้องนี้อาจไม่ต้องเข้าหรือเปล่า ..”

“พี่อยากจะทำลายกฎบางทีอยากจะเอาเข้าห้องฉุกเฉินให้หมด และตามแพทย์ ซีเนียร์ (senior) มาดูคนไข้จะได้ทำการรักษาเร็วขึ้น ใจคือว่าเวรตึกเนี่ยเกรงใจพี่เค้าไม่อยากจะปลุกเคนท์ 2 เลข (ทำเสียงเลียนแบบ) พี่เค้าเพิ่งนอนเมื่อก็ นี้นมหนักที่โหนดแล้วก็อัลตราซาวด์ (ultrasound) กันตั้ง 2 รอบ 3 รอบ มันไม่ถูกเลขเคนท์ 1 ใจดี กลัวเคนท์ 2 จะต้องตื่นมา ก็เลยอัลตราซาวด์เสร็จจึงหันกลับไปห้องเปล แล้วก็รายงานพี่แล้วค่อยเซ็นคนไข้กลับมาทำใหม่อีกรอบนึง ก็เลยทำให้คนไข้ถูกละเมิดหลายครั้ง แล้วกว่าจะรู้ว่าเป็นอะไรแน่หรือไม่แน่ ถ้ามาดูพร้อม ๆ กันแล้วก็บอกผลไปตรงนั้นเลขน่าจะรู้สึกดีกว่า ไม่ใช่ว่าเป็นไรกันแน่ก็ทำให้ญาติเค้าเครียด ๆ ไปอีกครึ่งชั่วโมงว่าตกลงลูกเค้าเป็นอะไรหรือเปล่าเพราะการที่คนไข้ที่เป็นฮีโมโธโรซิสกับเอเจนท์ กับแต่ละกลุ่มการได้รับการดูแลจะแตกต่างกัน มันล่าช้าใช้เวลาไม่เท่ากัน คือเราไปจำกัดว่าช็อก (shock) เท่านั้น แล้วมันมาตามเตาะเตาะตั้งแต่เอกซเรย์กัน กว่าที่จะถึงเคนท์ 4 มันก็เลยทำให้ใช้เวลาคนไข้แทนที่จะสรุปได้เลยว่า เป็นอะไร จะได้มีการรักษาเลยทันทีกลับต้องใช้เวลารอ ...”

1.2.2 รู้สึกกังวลว่าจะคัดกรองผิด

ผลจากวิจัยพบว่ามีผู้ให้ข้อมูลหลายคนรู้สึกกังวลว่าจะคัดกรองผู้ป่วยผิด ซึ่งความกังวลนี้เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ได้แก่ การที่ไม่ค่อยได้ปฏิบัติงานที่จุดคัดกรอง การที่เพิ่งได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่นี้ ตลอดจนการที่ต้องคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยกังวลว่าจะถูกตำหนิหรือร้องเรียน และมีผู้ให้ข้อมูลรู้สึกกังวลจากความรู้สึกผิดของตนเองที่ได้รับความไว้วางใจ และมอบหมายให้ทำหน้าที่นี้แต่ไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างดี

“ไม่ค่อยได้อยู่ พอได้อยู่แล้วรู้สึกกังวล กังวลว่าจะคัดกรองผิด... เพราะบางทีรู้สึกว่าคัดกรองถูกแล้ว ...นอกจากนี้ก็เป็นผู้ป่วยที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ คือเราลั้งเล คือก็ไม้อีกว่า คือเรารู้สึกว่าอาการคงที่แล้วเราก็ตักคนไข้ขึ้นไปอย่างนี้ แล้วกลายเป็นยังไม่คงที่ของเขา ... พอขึ้นไปแล้วเค้าตรวจจุดที่รับเค้าบอกว่าไม่ใช่ ก็ไม่เคยเกิดปัญหาโดนร้องเรียนลงมานะ แต่เอ๊ะแล้วเค้าจะว่าอะไรีเปล่า ... อย่างบอกกับคนอื่นหน้าตึกว่าแน่นหน้าอก เราก็คือว่าส่งขึ้นไปได้ พอขึ้นไปก็กังวลว่าพอถ้าเกิดเค้าไปตรวจแล้วมันหนักหนาเหมือนกับที่เคยเหมือนกับว่ามีคนโดนว่าทำไมอย่างนี้ คนไข้แบบนี้ทำไมไม่เอาเข้ามาตรวจก่อนอะไรอย่างนี้ ก็เลยกังวลเรื่องนี้มากกว่า...แต่ไม่รู้แหละ ไปอยู่หน้าตึกไม่รู้คนอื่นเป็นรีเปล่า แต่กังวลทุกครั้งเลย เรื่องนี้เป็นเรื่องหลักที่ทำให้กังวลเวลาไปอยู่ตรงนี้”

“ก็เฉย ๆ อยู่ได้ แต่ตอนที่ไปอยู่แรก ๆ ก็เกร็ง ๆ นะ กลัวว่าที่อาจคนไข้ผิด คือไม่ตรงกับห้องว่าไปห้องไหนห้องไหน แต่พอได้อยู่บ่อยขึ้นและมีผู้ช่วยพยาบาลอยู่ด้วยก็พอได้ช่วยกันและตอนนี้ก็ยังมีเครื่องมือที่ช่วยให้จับออกซิเจนแชนท์ ... เพิ่งไปอยู่ใหม่ ... ถ้าจุดคัดกรองเราต้องตัดสินใจเอง แต่ถ้าอยู่ห้องฉุกเฉิน ห้องเปล เราก็ยังมีหมอคอยให้การรักษามา ให้ทำตามคำสั่งการรักษา หรือทำตามหัวหน้าบอกหรือตามพี่ที่อยู่ประจำห้อง แต่ถ้าเป็นจุดคัดกรองเราเหมือนรับผิดชอบเยอะ ... ค่อนข้างลำบากใจพอตัดสินใจอะไรอย่างนี้”

“... เราก็รู้สึกเป็นเฟล (fail) ตัวเองด้วย ความที่มันรู้สึกเฟล เด็กเขาถูกจ่ายมา ตอนที่แรกมาก็คือเด็ก มันยังไม่กล้าตัดสินใจมากพอ แต่เขาบอกว่าเรามีคุณสมบัติที่จะกล้าตัดสินใจ ... หัวหน้าเวร คือเค้าเห็นว่าเราเหมาะสมถึงได้จ่าย อันนี้คือเหตุการณ์ครั้งแรกที่ประสบการณ์และทำให้รู้สึกฝังใจว่าคือไปอยู่แล้วมันติดอยู่ในใจว่าต้องคอยระแวงระวัง สมมติว่าอยู่ในตึกสามารถจับได้อะไรได้ ถ้าไม่ยุ่ง แต่ถ้าอยู่หน้าบ้านจะไม่กล้านอนเลยเพราะไม่รู้ว่าจะอะไรจะเกิดขึ้น ในตอนแรกจะรู้สึกเครียดแต่ช่วงหลัง ๆ เหมือนกับหาเกณฑ์ให้ตัวเองได้ว่าถ้าเราพลาดเราก็มีเหตุผลว่าทำไม”

ทั้งนี้ได้มีผู้ให้ข้อมูลเสนอความคิดเห็นต่อความต้องการการช่วยเหลือเพื่อคลายความกังวลที่จะคัดกรองผิดสำหรับในกรณีที่ต้องคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยอุบัติเหตุว่าควรจะมีการให้ความรู้เรื่องการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุโดยจัดเป็นโครงการให้ความรู้ร่วมกันระหว่างการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุกับผู้ป่วยประเภทอื่น

“... ก็ต้องเตรียมตัวเตรียมความพร้อมความรู้บ้างเพื่อว่าถ้าเกิดมีอะไรเกิดขึ้นเราถือว่ามีคัดกรองถูกแล้ว เราก็สามารถแจ้งเขาไปได้ ก็ถ้าเป็นไปได้ก็อยากให้มีคนช่วยเตรียมก็น่าจะดี หมายถึงช่วยสอนอะไรอย่างนี้ ในเรื่องคนไข้ที่ไม่ได้เป็นอุบัติเหตุ ไม่ต้องถึงกับละเอียดมาก และในทางกลับกันของเขาก็ต้องรู้เรื่องของเรด้วย ... คือเหมือนทำเป็นโครงการร่วมกันนะ ไม่ใช่เรารู้เรื่องของเขาแล้วถ้ามีคนไข้เราเค้าไม่รู้เรื่องของเรา”

1.3 ด้านการทำงานร่วมกับผู้อื่น

ในการปฏิบัติงานทุกประเภทก็จะต้องมีการทำงานร่วมกับผู้อื่นหรือต้องมิตัดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นเสมอ ซึ่งงานคัดกรองก็เช่นเดียวกัน พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองก็จะมีการทำงานร่วมกันกับบุคลากรในพื้นที่บริการเดียวกัน อีกทั้งยังต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังจุดให้บริการต่าง ๆ ด้วยเช่นกัน ข้อมูลจากงานวิจัยพบว่า พยาบาลคัดกรองผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกด้านลบต่อการ

ทำหน้าที่คัดกรองด้านการทำงานร่วมกับผู้อื่น มาจากการที่ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานด้วยกัน ไม่รับผิดชอบ และความคับข้องใจที่เกิดจากการส่งต่อผู้ป่วยไปยังพื้นที่ให้บริการต่าง ๆ

1.3.1 ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานด้วยกันไม่รับผิดชอบต่องาน

การปฏิบัติงานที่จุดคัดกรองของหน่วยงานที่คัดสรร นอกจากพยาบาลวิชาชีพแล้ว ยังมีผู้ช่วยพยาบาลได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานร่วมกัน ณ จุดคัดกรองอีกด้วย ตามที่ผู้วิจัยได้นำเสนอในส่วนของกรมอบหมายงานและการจัดอัตรากำลังของผู้ปฏิบัติงานที่จุดคัดกรองในบทที่ 2 และบทที่ 4 แล้ว ซึ่งข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยพบว่า ความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองของพยาบาลวิชาชีพมาจากการที่ผู้ช่วยพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานคู่กันไม่รับผิดชอบต่องานและมักจะหนีหายไปทำธุระส่วนตัวหรือคุยโทรศัพท์

“คนที่อยู่ด้วยเป็นผู้ช่วยพยาบาลขนาดที่เราอยู่ด้วยเค้ายังไม่สนใจทำงานอย่างที่ตัวเองเห็น ก็ยังคิดอยู่เหมือนกันว่าถ้าเราไม่อยู่เค้าจะทำหน้าที่แทนเราได้รึเปล่า อันนี้น่ากลัวเหมือนกัน ขนาดเราอยู่ด้วยเค้ายังแสดงให้เราเห็นว่าอาจจะไม่ใส่ใจ ไม่สนใจอะไรเลย หนีบ้างหลบบ้าง คือเคยเจอเหมือนกัน แล้วคิดต่อเนืองไปอีกว่าถ้าเราเข้าไปอยู่ใน อี.อาร์. ทั้งคืนละ แล้วถ้ามีคนไข้มาเค้าจะทำ ยังไง เพราะขนาดเราอยู่ด้วยเค้ายังแสดงให้เห็นเลยว่าเค้าไม่สนใจ”

“บางทีคู่ที่อยู่ก็ไปไหนอะไรอย่างเงี้ย เราจะละหน้าที่ไปไหนก็ไม่ได้ ก็นั่นแหละคู่ที่จ่ายงานบางทีบางคนก็ไปโทรศัพท์บ้าง ไปคุยบ้าง ที่น่าเบื่อก็คงนี่แหละ (พูดแล้วก็หัวเราะใหญ่)”

1.3.2 ความคับข้องใจจากการส่งต่อผู้ป่วยไปยังจุดบริการต่าง ๆ

ผู้วิจัยได้ทำการสรุปขั้นตอนการปฏิบัติงานของพยาบาลคัดกรองจากคู่มือการคัดกรองของหน่วยงานที่ศึกษา และจากการสังเกตของผู้วิจัยได้ดังนี้ เมื่อพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับใดและควรต้องได้รับการดูแลรักษาเร่งด่วนเพียงใดแล้ว พยาบาลคัดกรองจะต้องตามเข้าไปส่งผู้ป่วยยังจุดให้บริการตามระดับการบาดเจ็บ เพื่อให้ข้อมูลของผู้ป่วย อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่สำรวจพบ ณ จุดคัดกรองกับพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ตลอดจนแพทย์ที่จุดส่งต่อแต่ละจุดด้วย จากข้อมูลที่ได้พบว่า พยาบาลคัดกรองบางคนรู้สึกคับข้องใจเวลาส่งผู้ป่วยไปยังจุดบริการต่าง ๆ แล้วเจ้าหน้าที่ประจำจุดเหล่านั้นมีปฏิกิริยาสะท้อนกลับที่ไม่ดีเมื่อไปส่งผู้ป่วย เช่น การทักท้วงว่าผู้ป่วยควรจะเป็นกลุ่มอื่นและไปรับบริการที่จุดอื่น ไม่ใช่ที่จุดปฏิบัติงานของตนในกรณีผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สามารถเลือกตัดสินใจได้มากกว่า 1 ประเภท หรือในกรณีที่ตามแนวทางที่กำหนดไว้ว่าผู้ป่วยจะต้องจัดประเภทเป็นอย่างหนึ่ง แต่ในการปฏิบัติงานพยาบาลที่

ทำหน้าที่คัดกรองบางคนก็ไม่ได้ปฏิบัติตามนั้นจึงทำให้เกิดความไม่สม่ำเสมอและเกิดเป็นความขัดแย้งระหว่างพยาบาลคัดกรองและพยาบาลประจำจุดให้บริการได้

“คนร่วมงานที่มีปัญหา ก็มี ก็คือแบบเวลาคัดกรองแล้วเคสเข้าห้องอะไรอย่างนี้ เวลาคัดกรองแล้วเคสเข้าห้องเอพออย่างนี้จะแบบ โอ๊ะ ทำไมมาเข้าห้องนี้น่าจะเข้าห้องบี อะไรอย่างนี้ ก็คือเรื่องปัญหาเคสนี้แหละ ก็ไม่ได้ถึงกับเป็นทุกคน คืออาจจะเป็นเหมือนกันเคสที่ส่งไปก้ำกึ่ง ๆ อะ”

“แต่พอเข้าไปเจออีกคนนึงคือมันไม่รู้อะ แต่ที่ไม่ตายตัวมากขนาดที่ไปเจออีกคนแล้วทำไมอย่างนี้ ไม่เข้าห้องนี้อะไรอย่างนี้ก็เลยรู้สึก ... รู้สึกไม่ค่อยดีเท่าไรแม้บางทีจะเล็ก ๆ ก็ไม่ถึงกับโกรธ บางทีก็เล็ก ๆ น้อย ๆ แต่นั่นแหละ แต่บางคนก็... มันเป็นเรื่องที่ไม่ตายตัว... ก็มีหลักเกณฑ์อยู่ตามที่เรียนมา เช่น ภูเก็ต สัตว์มีพิษกัดต้องนอนเปลอะไรอย่างนี้ แต่พอคือไม่รู้อะแล้วแต่คน ก็อย่างที่บอกแหละ ก็คือถ้าทุกคนเอาหลักการและของที่เรียนมาเป็นประเด็นก็จะว่ากันไม่ได้”

1.4 ด้านสภาพแวดล้อม สถานที่และความปลอดภัย

ตามที่ผู้วิจัยได้อธิบายถึงตำแหน่งและสถานที่ตั้งของจุดที่คัดกรองไปแล้วข้างต้น ว่าเป็นพื้นที่เปิดโล่ง อยู่ทางด้านหน้าตึก ติดกับประตูทางเข้าออกของโรงพยาบาลและอาคารจอดรถ มีถนนผ่านด้านหน้าตึก ประกอบกับข้อมูลที่ได้ระหว่างการสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลคัดกรองและจากการสนทนากับผู้ให้ข้อมูล พบว่าโรงพยาบาลที่คัดสรรนี้มีผู้มาใช้บริการจำนวนมาก และมีรถผ่านเข้าออกโรงพยาบาล และผ่านถนนที่ติดกับจุดคัดกรองจำนวนมาก โดยเฉพาะในเวรเช้าและเวรบ่าย อีกทั้งยังเป็นจุดคัดกรองยังเปรียบเสมือนเป็นจุดด่านหน้าที่ต้อนรับผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานที่ศึกษานี้ และจากลักษณะของงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ทั้งที่เกิดอุบัติเหตุจากการจราจร การทะเลาะวิวาทและอุบัติเหตุอื่น ๆ ซึ่งเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วน ตัวผู้ป่วยเองและญาติหรือผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ ไม่ได้มีการเตรียมสภาพจิตใจเพื่อรับสถานการณ์ดังกล่าว ประกอบกับอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นบางครั้งมาจากการที่ผู้ประสบเหตุดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก่อน จากสภาพแวดล้อมดังกล่าวจึงทำให้พยาบาลผู้ให้ข้อมูลบางคนเกิดความรู้สึกในทางลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม สถานที่ตั้ง และความปลอดภัย

1.4.1 สภาพแวดล้อมและสถานที่ตั้งไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน

ผู้ให้ข้อมูลแสดงความรู้สึกต่อการทำหน้าที่ในด้านลบเนื่องจากเห็นว่าสถานที่ตั้งของจุดปฏิบัติงานไม่เอื้ออำนวย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับจุดบริการอื่น ๆ ในหน่วยงานเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของสภาพอากาศ สภาพแวดล้อมของสถานที่ปฏิบัติงาน โดยผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงสภาวะอากาศที่เวลาร้อนก็จะร้อนมาก เวลาหนาวก็จะหนาวมาก และมีเสียงรถที่ผ่านไปมา

ด้งรบกวน และคนเดินผ่านไปมาพลุกพล่าน เนื่องจากบริเวณที่ปฏิบัติงานอยู่ด้านหน้าตึกและเป็นทางเปิดโล่ง

“ก็อาจจะมีย่างว้าจี้เกียดจ้งเลย วันนี้ไม่อยากอยู่จุดนั้น ทำไมต้องให้ฉันไปอยู่หน้าบ้าน บางคนเค้าอาจจะไม่อยากอยู่ตรงนั้น อย่างเช้า เวิร์บ่ายร้อนตากแดด หน้าร้อนก็ร้อน หน้าหนาวก็หนาวข้างในอุ่นกว่า ... แสบตา ตะเบ็งแข่งกับเสียงรถเสียงอะไร... ก็อยากให้มีการจัดพื้นที่ให้เป็นสัดส่วน กันเป็นห้องอะไรอย่างนี้ ก็ตอนนี้มันเปิดโล่ง แล้วเคาท์เตอร์(counter) ก็ให้ดูดีกว่านี้หน่อย ที่เป็นตอนนี้มันดูไม่ดี ที่นั่งรอคนงานก็น่าจะจัดให้เป็นสัดส่วน แต่ที่สำคัญควรจะกันเป็นห้อง จะได้กันเสียงได้ด้วย แล้วก็กันคนเดินผ่านไปมาพลุกพล่าน กันแดด กันไอร้อนด้วย”

“นอกจากรู้สึกกังวลที่ไปอยู่ตรงนี้เป็นเรื่องใหญ่แล้ว ก็มีเรื่องอื่นด้วย ก็มีเบื่อบอกอากาศร้อน คนถามทางอะไรอย่างนี้”

1.4.2 ความไม่ปลอดภัยจากเหตุทะเลาะวิวาท

นอกจากเรื่องสภาพแวดล้อมและสถานที่ตั้งของจุดที่ปฏิบัติงานที่ไม่อำนวยแล้ว การที่จุดปฏิบัติงานอยู่ด้านหน้าตึกและเป็นทางเปิดโล่งนี้ ยังเป็นพื้นที่สำหรับญาติผู้ป่วยที่มารับบริการได้นั่งรอ ผู้ให้ข้อมูลบางคนได้แสดงความรู้สึกทางด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองที่เกิดจากการมีเหตุการณ์พิเศษที่ก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยแก่ตนเองตลอดจนญาติหรือผู้ป่วยอื่น ๆ จากเหตุการณ์ทะเลาะวิวาทของผู้มารับบริการและคู่กรณีที่มาโรงพยาบาล และไม่มีผู้ช่วยเหลือที่ทำให้รู้สึกเกิดความมั่นใจและอุ่นใจว่าตนจะปลอดภัยได้

“ในกรณีคนไข้เมาทะเลาะวิวาทมีเรื่องกันอยู่หน้าตึกแล้วโทรตามรปภ. แล้วรปภ. ไม่สามารถช่วยอะไรได้ มายืนมองอยู่เฉย ๆ มองอยู่ไกล ๆ ห่าง ๆ แล้วต้องให้เราระงับเหตุการณ์เอง ไม่ชอบ (พูดเน้นคำ) ... ก็เคยมีมาแล้วที่เข็นคนไข้เข้ามาแล้วเพื่อนเข้ามาเขาเป็นห่วงเพื่อนมาก ๆ เราก็บอกคุณอย่าเพิ่งเข้ามาให้แพทย์ตรวจก่อน เขาก็มาเอะอะ โวยวายเรา เราก็ตามรปภ. รปภ. มากก็ไม่ทำอะไรยืนเฉย ๆ แล้วก็อีกกรณีหนึ่งมีการชกต่อยคือญาติกันเอง ซึ่งรปภ. ก็มายืนเฉย ๆ เหมือนยืนคุมธรรมดา ซึ่งคนที่นั่งอยู่ใกล้ ๆ ก็กลัว แต่รปภ. นั่งอยู่ตรงโน้น นั่งมองยืนมองแค่นั้นไม่ทำอะไร ไม่มาระงับเหตุการณ์ ซึ่งเราเจ้าหน้าที่พยาบาลต้องจัดการกันเอง โดยขอให้เพื่อนคนอื่นคนอื่นช่วยดูแลขอให้เขาช่วย ๆ กัน ก็มีการเขียนรายงานส่งแต่เรื่องมันก็เหมือนระงับอยู่แค่นั้น”

1.5 ด้านลักษณะงาน

จากการศึกษาแนวทางและวิธีการในการทำงานของพยาบาลคัดกรองของหน่วยงานที่คัดสรรจากเอกสารและการสังเกต ผู้วิจัยสรุปวิธีการทำงานของพยาบาลคัดกรองได้ดังนี้ พยาบาลคัดกรองจะอยู่ประจำที่เคาท์เตอร์คัดกรอง โดยคอยสังเกตและเฝ้ารอผู้ป่วยที่จะมารับบริการตลอดเวลา และเมื่อผู้ป่วยมาถึงด้านหน้าตึกพยาบาลคัดกรองก็จะต้องทำการประเมินอาการผู้ป่วย เพื่อพิจารณาความรุนแรงของอาการและความรีบด่วนในการรับการรักษา (จัดประเภทผู้ป่วยเป็น Emergent, Urgent และ Non-urgent) ตลอดจนพิจารณาเลือกวิธีการเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการบาดเจ็บ และสั่งการให้คนงานหรือเวรเปลปฏิบัติตาม ซึ่งมีการกำหนดเวลาตามมาตรฐานการปฏิบัติงานว่าเมื่อผู้ป่วยมาถึงจะต้องใช้เวลาในการคัดกรองไม่เกิน 2 นาที จากลักษณะการทำงานดังกล่าวจึงมีผู้ให้ข้อมูลบางคนเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการทำหน้าที่คัดกรองเนื่องมาจากลักษณะงานที่ผู้ปฏิบัติงานต้องตื่นตัวตลอดเวลาและเมื่อมีผู้ป่วยมาถึงก็ต้องตัดสินใจและปฏิบัติงานอย่างรวดเร็ว ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจึงมีผู้ให้ข้อมูลบางคนรู้สึกทางลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองเนื่องมาจากลักษณะงานดังกล่าวที่เป็นงานที่รีบเร่งและต้องตื่นตัวตลอดเวลา

1.5.1 รู้สึกไม่ชอบลักษณะงานที่รีบเร่งและต้องตื่นตัวตลอดเวลา

จากข้อมูลที่พบ ผู้ให้ข้อมูลบางคนรู้สึกไม่ชอบลักษณะการทำงานของพยาบาลคัดกรอง โดยกล่าวว่าลักษณะงานของการคัดกรองเป็นงานที่รีบเร่ง และต้องตื่นตัวตลอดเวลา แต่อย่างไรก็ตามหากได้รับการมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่นี้ก็จะรับผิดชอบอย่างเต็มที่

“ตามความรู้สึกแล้วไม่ชอบเท่าไร ก็จะชอบอยู่ห้องที่ไม่รีบเร่งมากเพราะอยู่ห้อง ที่อาจเนี่ย ... มันจะมีการตื่นตัวตลอดเวลาที่เราต้องอยู่ข้างหน้าเนี่ย เราจะต้องเตรียมความพร้อมตลอด ถ้าอยู่ข้างหน้าผมจะมีความตื่นตัวอยู่ตลอด คือถ้าอยู่ข้างหน้าก็คอยที่อาจ คนไข้ ก็เป็นความรับผิดชอบอะ ไม่อยากให้มันเสียความรับผิดชอบ แต่ถ้าถามความรู้สึกว่าชอบไหม ก็ใช้ว่าตัวเองจะชอบในเรื่องการที่อาจ ... คือมันมีหลายอย่าง เรื่องของการแมนเนจงานด้วย ... คือมีความรู้สึกว่าตรงจุดที่อาจถ้าเราได้เห็นคนไข้ก่อน และก็ได้ไปรับคนไข้ที่รถเลยมันจะเซฟ (safe) คนไข้ได้มากกว่า ... ถ้าเราไม่ลงไปคนงานก็จะไม่ใส่ใจ ตรงจุดนี้เค้าก็จะเอาคนไข้ออกมาโดยเคลื่อนย้ายที่ผิดวิธีซึ่งก็เคลื่อนย้ายผิดมาแล้ว ซึ่งถ้าเราทำงานเราจะใส่ใจจุดนี้มาก ... ก็เลยคิดว่าอยู่ตรงจุดที่อาจเนี่ย คือมันจะต้องตื่นตัวตลอดเวลา เพราะว่าเราต้องรีบลงไปดูคนไข้ คือเพื่อเป็นการที่อาจแล้วก็ได้เพื่อที่จะได้ดูวิธีการเคลื่อนย้ายยังไงให้เหมาะสม เพื่อให้คนไข้ปลอดภัยระดับหนึ่ง ...”

ความรู้สึกทางด้านลบหรือความรู้สึกที่ไม่ดีไม่ชอบที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่คัดกรอง การทำหน้าที่คัดกรองของพยาบาลผู้ให้ข้อมูล ประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความรู้สึกทางด้านลบ มากที่สุด ได้แก่ ด้านบทบาทหน้าที่ ที่ต้องปฏิบัติหน้าที่มากกว่าการคัดกรองคือต้องทำหน้าที่ ประชาสัมพันธ์และบริหารจัดการคนงาน และด้านที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงความรู้สึกทางด้านลบน้อย ที่สุดคือด้านลักษณะงานที่เป็นงานที่รีบเร่งและต้องตื่นตัวอยู่เสมอ

2. ความรู้สึกด้านบวกต่อการทำหน้าที่คัดกรอง

ความรู้สึกทางด้านบวก หมายถึง ความรู้สึกชอบ ยินดี และรู้สึกที่คิดต่อการทำหน้าที่นี้ และการได้ปฏิบัติงานในความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่นี้ ผลจากการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่ ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ บรรยายถึงความรู้สึกทางด้านบวกต่อการปฏิบัติหน้าที่คัดกรอง ผู้บาดเจ็บไว้หลายด้าน ซึ่งผู้วิจัยได้กลุ่มความรู้สึกด้านบวกต่อการทำหน้าที่คัดกรอง ได้เป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านลักษณะงาน ดังนี้

2.1 ด้านบทบาทหน้าที่

จากบทบาทหน้าที่ของพยาบาลคัดกรองที่นอกเหนือจากการทำหน้าที่คัดกรองตามที่ ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลที่พบจากงานวิจัยว่าผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากมีความรู้สึกด้านลบต่อการทำ หน้าที่คัดกรองเนื่องจากการทำหน้าที่ที่มากกว่าคัดกรอง โดยต้องทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลและ ประชาสัมพันธ์ด้วย ซึ่งได้มีผู้ให้ข้อมูล 2 คนที่บรรยายความรู้สึกว่าตนชอบที่จะทำหน้าที่นี้เนื่องจาก ลักษณะนิสัยส่วนตัวเป็นคนที่ชอบให้ข้อมูลและประชาสัมพันธ์อยู่แล้ว และนอกจากนี้ยังมีผู้ให้ ข้อมูลได้แสดงความรู้สึกด้านบวกต่อการทำหน้าที่คัดกรองเพราะว่าบทบาทหน้าที่ในการคัดกรอง ถือว่าเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญ

2.1.1 ชอบให้ข้อมูลและประชาสัมพันธ์

จากผลการวิจัยจำนวนมากที่ผู้ให้ข้อมูลบรรยายความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการทำหน้าที่ คัดกรองว่ามาจากการที่ต้องทำหน้าที่ให้ข้อมูลแก่คนที่มาใช้บริการใน โรงพยาบาลที่ไม่เกี่ยวข้องกั การคัดกรองหรือผู้ป่วยในหน่วยงาน เช่น ตำแหน่งที่ตั้งของอาคารสถานที่ต่าง ๆ ในและสถานที่ ใกล้เคียง ตลอดจนการบริการอื่น ๆ ของโรงพยาบาล ที่บางครั้งพยาบาลก็ไม่สามารถตอบได้หรือไม่ สะดวกที่จะตอบ แต่ได้มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 คนที่รู้สึกชอบ และอยากที่จะไปปฏิบัติงาน ณ จุดคัด กรองเนื่องจากทั้งสองคนนี้มีบุคลิกอย่างหนึ่งที่คล้ายกันคือเป็นคนชอบให้ข้อมูล

“ก็ถ้าได้อยู่จริง ๆ ก็รู้สึกดีใจซะด้วยซ้ำ ... ไม่รู้ว่าเวลายางานที่สบายดี บางทีก็เหมือนที่รู้สึก ดีใจ บางทีถ้าเราได้อยู่กับคนที่เราไม่ค่อยชอบก็มีเซ็ง ๆ นิดนึง แต่ก็ไม่ได้อะไรให้อยู่ที่ไหนก็อยู่ได้ ... ก็คือไม่เห็นมันรู้ว่าเวลายางานที่มันรู้ว่าเวลายางานก็เป็นเพราะคนอื่นที่เข้ามาถามทางนะ ถ้าเป็นแรวเช้าอย่างวัน

จันทร์อย่างนี้ก็ถือว่าวุ่นวาย เพราะว่ามีจุดที่ต้องรับผิดชอบหลายอย่าง แต่ถ้าเกิดเวอร์อื่น ๆ มันก็ไม่ได้วุ่นวายมากจัดการได้ คือให้อยู่คนเดียวก็อยู่ได้ ก็อย่างเช่นคนถามทางก็ไม่ได้อะไรถามแล้วก็จบไป เราเป็นคนชอบให้ข้อมูลด้วยแหละ แต่มันไม่ได้ต้องตัดสินใจอะไรแบบซับซ้อนทั้งญาติคนไข้ทั้งคนไข้แบบจุดอื่น ๆ”

“ตรงจุดที่อาจชอบเพราะจะมีการแนะนำ ประชาสัมพันธ์ คือถามว่าชอบที่จะที่อาจคนไข้ใหม่ ก็ชอบเหมือนกัน แต่ชอบในจุดที่อาจที่ได้ให้คำแนะนำคนไข้คนอื่นด้วย ไม่ใช่เฉพาะคนไข้อุบัติเหตุ”

2.1.2 รู้สึกว่าหน้าที่นี้มีความสำคัญ

จากลักษณะการทำงานของหน่วยงานที่คัดสรรนี้ ที่เมื่อพยาบาลคัดกรองตัดสินใจจัดประเภทผู้ป่วยแล้วก็จะนำส่งผู้ป่วยไปยังจุดให้บริการภายในหน่วยงานตามความรุนแรงของการบาดเจ็บและความเร่งด่วนในการต้องการการดูแลรักษา หากในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักต้องได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีแต่มีการตัดสินใจผิดพลาดและส่งผู้ป่วยไปยังห้องเออร์เจนท์ที่เป็นห้องผู้ป่วยหนักเช่นกัน แต่ผู้ป่วยในห้องนี้จะได้รับการดูแลรักษาตามขั้นตอนกล่าวคือนักศึกษาแพทย์ปีที่ 6 จะเป็นผู้มาประเมินผู้ป่วยก่อน จึงรายงานแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 ต่อไป ซึ่งหากแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 เห็นว่ามีอาการไม่ปลอดภัยจึงรายงานแพทย์ประจำบ้านชั้นปีสูง ๆ ขึ้นไป ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้ต้องใช้เวลาที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ตลอดจนแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ประเมินอาการไม่ครบถ้วนหรือคาดการณ์ผิดพลาดจากประสบการณ์ที่มีน้อย ปรีกษาแพทย์รุ่นพี่ซ้ำหรือไม่ปรึกษารองจนกระทั่งผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นจึงค่อยรายงานก็จะยิ่งทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสมล่าช้าไปอีก แต่หากผู้ป่วยรายนี้ได้รับการตัดสินใจจากพยาบาลคัดกรองให้เข้ารับการรักษาที่ห้องรีซซิวิต เลยเขาก็จะได้รับการดูแลและประเมินอาการจากหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านตลอดจนอาจารย์ที่อยู่เวรห้องรีซซิวิตเลยในทันทีก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมทันท่วงที จากผลของการตัดสินใจของผู้ทำหน้าที่คัดกรองที่มีผลต่อการได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมของผู้ป่วยนี้ จึงพบว่ามีส่วนข้อมูลบรรยายถึงความรู้สึกที่ได้ปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรองเนื่องมาจากความสำคัญของบทบาทหน้าที่ที่มีต่อการได้รับการรักษาของผู้ป่วย

“ถ้าเปรียบเทียบกับจุดอื่น ๆ จุดนี้ก็มีความสำคัญ เพราะคนไข้ต้องผ่านจุดนี้ก่อน และที่สำคัญเพราะว่าถ้าเราทำการคัดกรองถูก คือคนไข้ที่เห็นว่าอาการหนักเราก็คัดกรองถูกเข้าห้องหนัก โอกาสที่จะสามารถมีชีวิตรอดชีวิตมันก็มาก แต่กลับกันถ้าเราทำผิดเราอาจจะดีเลย์ (delay) คนไข้

เวอร์เบลไม่ตื่นตัว ทำการเคลื่อนย้ายคนไข้เข้า คัดกรองคิดไปอยู่ห้องเอฟ ซึ่งแน่แล้วมันก็ซื้อเวลา คนไข้ได้เหมือนกัน คือถ้าคนไข้เป็นเอเจนท์ที่นอนเพล คือรอได้ บางทีเราก็ไม่ได้ประเมินทันที หรือว่าอาจจะไม่ต้องรีบก็ได้... แต่ถ้าเป็นแบบอิมเมอร์เจนท์ หมอก็จะวางมีดวางฟอ์เซป (forceps หรือ ปากคีบ) แล้วเข้าไปดูคนไข้ทันที”

2.2 ด้านลักษณะงาน

ผู้วิจัยได้นำเสนอลักษณะการทำงานของพยาบาลคัดกรองแล้ว ในหัวข้อเรื่อง ความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองที่เกิดเนื่องจากลักษณะการทำงานที่รีบเร่งและตื่นตัวอยู่เสมอ ซึ่งในทางกลับกันข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยอีกด้านหนึ่ง พบว่า มีผู้ให้ข้อมูลจำนวนหลายคนมีความรู้สึกด้านบวกต่อการทำหน้าที่คัดกรองสืบเนื่องมาจากลักษณะการทำงาน ซึ่งข้อมูลด้านบวกเกี่ยวกับลักษณะการทำงานที่พบนี้มีจำนวนมากว่าความรู้สึกด้านลบ โดยผู้ให้ข้อมูลได้บรรยายความรู้สึกของตนต่อการทำหน้าที่คัดกรองว่าเป็นงานที่ได้แสดงความสามารถ รู้สึกว่าได้ทำงานที่ท้าทาย และได้เรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้น

2.2.1 ได้แสดงความสามารถ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลบรรยายความรู้สึกด้านบวกต่อการทำหน้าที่คัดกรองว่าการปฏิบัติงาน ณ จุดนี้เป็นงานที่ได้แสดงความสามารถ มีความท้าทาย และชอบที่ปฏิบัติงานนี้

“แสดงว่าคนที่เค้าทำงานเรา เค้าเห็นความสามารถเรา เพราะจุดนี้เป็นจุดสำคัญ ไข่ม้อย เป็นเสียวินาทีในการตัดสินใจว่าจะให้คนไข้เข้าห้องไหน เราก็..เออ..อาจจะเก่งพอตัว (พูดแล้วหัวเราะ) ไม่ใช่เก่งพอตัว คือ ได้รับความสำคัญว่าเรามีความสามารถตรงนั้น ก็ต้องมีการเตรียมความพร้อม คนที่อยู่ในห้องก็เตรียมความพร้อมในห้องไขปะ คนที่อยู่ตรงนั้นก็ต้องเตรียมพร้อมคือ อยู่ข้างหน้าเราก็ต้องเตรียมพร้อม ก็แทบจะละจากหน้าที่ตรงนั้นไปไหนไม่ได้เลยอะ... แต่ถึงแม้จะมีคนอยู่แล้ว แต่ก็เออ..เราก็อาจจะมึนอะไรที่ละเอียดมากกว่า เช่น มีเครื่องตรวจวัดออกซิเจนแซทอยู่หน้าตักไขปะ พอรตมาจอดปุ๊ปเราก็เปิดเครื่องทันทีเพื่อที่มีจะอะเลิร์ต (alert) ทำงาน เมื่อเวลาที่ไปจับคนไข้ มันจะได้ดีเทค (detect) ได้เลย คือเปิดเครื่องไว้ก่อนอะ คนไข้อาจจะรู้สึกตัวดีไม่ต้องใช้ก็ไม่ต้องวัดก็ได้ แต่ถ้าเป็นคนไข้ที่ไม่ดีหรือไม่แน่ใจก็จะได้วัดได้ทันที”

2.2.2 ได้ทำงานที่ท้าทาย

ความรู้สึกด้านบวกต่อการทำหน้าที่คัดกรองที่เกี่ยวข้องกับลักษณะงานที่ผู้ให้ข้อมูลบรรยายไว้ คือการที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าลักษณะของการทำงานคัดกรองนี้เป็นงานที่ท้าทาย และรู้สึกภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่นี้

“รู้สึกว่าได้ใช้ความรู้ความสามารถที่เรามีอยู่ว่าเราทำได้ไหม ... รู้สึกมีความภูมิใจ ... รู้สึกว่าเป็นงานที่ท้าทาย ... งานจุดอื่นก็ท้าทาย แต่จุดนี้เป็นจุดค่าน้ำเป็นจุดแรก คือก็ถึงจะไม่ใช้ที่เกิดเหตุ ถ้าเมื่อไรมีคนไข้มาถึงเราปุ๊บมาถึงโรงพยาบาลเรานะ คนไข้ก็ควรจะได้รับบริการคัดกรองรวดเร็ว และก็ตรงจุดและก็ได้รับการรักษาที่ทันที่ทั้งที ก็จะช่วยชีวิตเค้าไว้ได้ ช่วยลดค่าใช้จ่าย ช่วยลดอะไรหลายอย่าง การรักษาก็เป็นผลดีต่อคนไข้ เป็นผลดีต่อโรงพยาบาล เป็นผลดีต่อหน่วยงาน”

“ก็อยู่ได้ทุกจุด อยู่ตรงนั้นก็ท้าทายดี เพราะความรวดเร็วท้าทาย เพราะเราเป็นคนแรกที่เจอคนไข้ คนไข้ที่รับการรักษารวดเร็ว ได้รับการรักษาถูกต้อง ได้ประสิทธิภาพมากที่สุด”

2.2.3 ได้เรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

จากลักษณะการทำงานและหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลคัดกรองตามที่ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลไปบ้างแล้วที่พยาบาลคัดกรองจะต้องพบเจอกับความหลากหลายของคน และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งยังเป็นด่านแรกที่พบเจอ เนื่องมาจากสถานที่ตั้งของพื้นที่บริการ และลักษณะงานที่รับผิดชอบ ผลการวิจัยจึงพบว่าผู้ให้ข้อมูลบรรยายว่าการปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรองนี้ทำให้ตนเองได้เรียนรู้อยู่เสมอกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและแตกต่างกับตำแหน่งอื่น ๆ

“ตัวเองอยู่ตรงไหนก็อยู่ได้ แต่จุดคัดกรองนี้ มันอาจจะมีอะไรให้ศึกษาได้เรียนรู้ คือบางทีเราก็ได้เรียนรู้พร้อม ๆ กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ... เรียนรู้แตกต่างจากจุดอื่น คนไข้ผ่านมาก็จะผ่านการกลั่นกรองมาระดับหนึ่งแล้ว แต่จุดคัดกรองนี้เป็นจุดที่ไม่รู้อะไรที่จะเกิดขึ้น จะมีปัญหาอะไรเกิดขึ้น มีชื่อเสียงที่จะเกิดปัญหา ไม่รู้ว่าวันนี้เราจะเจออะไร และก็คืนะที่จุดคัดกรองก็มีความสุขได้พูดได้คุย”

ความรู้สึกทางด้านบวกหรือความรู้สึกที่ดีที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่คัดกรองการทำงานที่คัดกรองของพยาบาลผู้ให้ข้อมูล ประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความรู้สึกทางด้านบวกมีเพียง 2 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะงาน และด้านบทบาทหน้าที่ โดยด้านลักษณะงานผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า เป็น

งานที่ต้องแสดงความสามารถ เป็นงานที่ทำหาย และได้เรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่วนด้าน บทบาทหน้าที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงความรู้สึกทางด้านบวกว่าชอบงานที่ให้ข้อมูลและประชาสัมพันธ์ และรู้สึกว่าเป็นงานที่สำคัญ

โดยสรุป ความรู้สึกต่อการทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้บาดเจ็บของผู้ให้ข้อมูลที่รวบรวม ได้จากงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลโดยจัดกลุ่มและแบ่งลักษณะความรู้สึกออกเป็น ความรู้สึกด้านลบและความรู้สึกด้านบวกต่อการทำหน้าที่คัดกรอง โดยผู้ให้ข้อมูลแสดงความรู้สึก ด้านลบมากกว่าความรู้สึกด้านบวก และผู้ให้ข้อมูลหลาย ๆ คน ได้แสดงความรู้สึกต่อการทำหน้าที่ คัดกรองทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งสามารถนำมาสรุปเป็นตารางเปรียบเทียบความรู้สึกต่อการทำ หน้าที่คัดกรองของผู้ให้ข้อมูลได้ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรู้สึกต่อการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บของพยาบาลผู้ให้ข้อมูล

| ด้าน | ความรู้สึกต่อการทำหน้าที่คัดกรอง | |
|---------------------------------------|--|---|
| | ความรู้สึกด้านลบ | ความรู้สึกด้านบวก |
| ด้านบทบาทหน้าที่ | <p>ต้องทำหน้าที่มากกว่าคัดกรอง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์ - บริหารจัดการคนงาน <p>ต้องปฏิบัติงาน 2 พื้นที่</p> <p>ไม่ได้รับความเป็นธรรมในการมอบหมายหน้าที่</p> <p>ต้องคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยอุบัติเหตุ</p> | <p>ชอบให้ข้อมูลและประชาสัมพันธ์</p> <p>รู้สึกว่าการทำหน้าที่นี้มีความสำคัญ</p> |
| ความรับผิดชอบต่อการคัดกรอง | <p>ถูกตำหนิในที่ประชุมปรึกษาหารือระหว่างทีมสหสาขา</p> <p>รู้สึกกังวลว่าจะคัดกรองผิด</p> | |
| ด้านการทำงานร่วมกับผู้อื่น | <p>ผู้ที่ได้รับมอบหมายงานให้ปฏิบัติคู่กันไม่รับผิดชอบงาน</p> <p>ความคับข้องใจเวลาส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่ให้บริการต่าง ๆ</p> | |
| ด้านสภาพแวดล้อมสถานที่ และความปลอดภัย | <p>สภาพแวดล้อมและสถานที่ตั้งไม่อำนวยความสะดวกต่อการปฏิบัติงาน</p> <p>ความปลอดภัยจากเหตุทะเลาะวิวาท</p> | |
| ด้านลักษณะงาน | <p>ไม่ชอบงานที่รีบเร่งและต้องตื่นตัวตลอดเวลา</p> | <p>ได้แสดงความสามารถ</p> <p>ได้ทำงานที่ทำทนาย</p> <p>ได้เรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น</p> |

จากตารางที่ 4 แสดงความรู้สึกต่อการทำหน้าที่คัดกรองของพยาบาลผู้ให้ข้อมูล โดยเปรียบเทียบกันระหว่างความรู้สึกทางด้านบวกและความรู้สึกทางด้านลบ จะเห็นว่าผู้ให้ข้อมูลแสดงความรู้สึกด้านลบมากกว่าความรู้สึกด้านบวก โดยประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกด้านลบส่วน

ใหญ่มาจากบทบาทหน้าที่ ประกอบด้วยการที่ต้องทำหน้าที่มากกว่าคัดกรอง การที่ต้องปฏิบัติงาน 2 พื้นที่ให้บริการ การไม่ได้รับความเป็นธรรมในการจ่ายงาน และการที่ต้องคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยในด้านบทบาทหน้าที่นี้ก็มีส่วนที่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกด้านบวกด้วยเช่นกัน คือการที่การทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์และการให้ข้อมูล และรู้สึกว่าการทำหน้าที่นี้มีความสำคัญ

สำหรับด้านลักษณะงานเป็นด้านที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงความรู้สึกทั้งด้านลบและด้านบวก โดยมีความรู้สึกด้านลบเนื่องจากลักษณะงานที่รีบเร่งและต้องตื่นตัวตลอดเวลา แต่ในทางกลับกัน จากลักษณะงานนี้เองกลับเป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อการทำหน้าที่คัดกรองด้วย ซึ่งเกิดจากความรู้สึกที่ว่างานนี้เป็นงานที่ได้แสดงความสามารถ ได้ทำงานที่ท้าทาย และได้เรียนรู้จากงานที่เกิดขึ้น สำหรับด้านการทำงานร่วมกับผู้อื่นและด้านสภาพแวดล้อม สถานที่และความปลอดภัย พบว่าไม่มีผู้ให้ข้อมูลแสดงความรู้สึกทางด้านบวกได้เลย มีแต่ผู้ให้ข้อมูลแสดงความรู้สึกด้านลบไว้เท่านั้น

ข้อสังเกตจากข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความรู้สึกด้านบวกต่อการทำหน้าที่คัดกรองเนื่องจากมีความรู้สึกที่ดีและมีความชอบต่อลักษณะงานคัดกรอง และมีความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองเนื่องจากมีความรู้สึกที่ไม่ดี หรือไม่ชอบต่อบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่ต้องรับผิดชอบเกินกว่าหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ และเกิดจากปัญหาของการทำงานร่วมกับผู้อื่น ตลอดจนสภาพแวดล้อม สถานที่ที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน และความไม่ปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการในหน่วยงาน สภาพแวดล้อมของสถานที่ และประเด็นที่เกิดจากผู้ร่วมงาน จึงอาจสรุปได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลหรือพยาบาลคัดกรองจริง ๆ แล้วมีความรู้สึกด้านบวกหรือความรู้สึกที่ดีต่อลักษณะงานคัดกรอง แต่สิ่งที่ทำให้รู้สึกไม่ดีหรือคับข้องใจเกิดเนื่องจากการบริการจัดการภายในหน่วยงาน ผู้ร่วมงาน และสภาพแวดล้อม ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าเป็นความรู้สึกหรือการรับรู้เกี่ยวกับบรรยากาศในองค์การด้านลักษณะงาน ด้านการบริหารงานของผู้บังคับบัญชา และด้านสัมพันธภาพในหน่วยงาน

บรรยากาศในองค์การ หมายถึง การรับรู้สิ่งต่าง ๆ ภายในหน่วยงานและโรงพยาบาล 6 ด้าน ได้แก่ โครงสร้างองค์การ นโยบายการบริหารทรัพยากรบุคคลขององค์การ ลักษณะงาน การบริหารงานของผู้บังคับบัญชา สัมพันธภาพภายในหน่วยงาน และค่าตอบแทน โดยบรรยากาศในองค์การที่ปรากฏในงานวิจัยครั้งนี้มี 3 ด้าน ซึ่งความหมายแต่ละด้าน คือ ด้านลักษณะงาน หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ต่อภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบในงาน ความยากง่ายและความท้าทายของงาน ความมั่นคงและก้าวหน้าในงาน ตลอดจนความมีคุณค่าของงาน ด้านการบริหารงานของผู้บังคับบัญชา หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลที่มีต่อลักษณะการบริหารและการ

ตัดสินใจของผู้บังคับบัญชา การให้การสนับสนุนไว้วางใจ และด้านสัมพันธภาพในหน่วยงาน หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลต่อความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานหรือผู้บังคับบัญชา และความพร้อมช่วยเหลือกันในการทำงาน ความอบอุ่นเป็นมิตร ความสามัคคี และการยอมรับจากผู้ร่วมงาน (ภัทรารักษ์ สุกาญจนารักษ์, 2546; นางเยาว์ แก้วมรกต, 2542)

งานวิจัยของผู้วิจัยที่เคยทำไว้เมื่อปี 2546 (ภัทรารักษ์ สุกาญจนารักษ์, 2546) ที่การศึกษาความสัมพันธ์ของบรรยากาศในองค์การกับการปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับตัวแปรอื่น ได้แก่ ประสิทธิภาพในการทำงาน ทศนคติต่อวิชาชีพ ทศนคติต่อผู้ป่วย และความผูกพันในองค์การ โดยใช้แบบสอบถามที่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ พบว่า บรรยากาศในองค์การด้านลักษณะงาน และบรรยากาศในองค์การด้านสัมพันธภาพในองค์การ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยตรวจ โรคอุบัติเหตุ กล่าวคือ พยาบาลจะมีผลการปฏิบัติงานที่ดีและมีความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติงานด้วย หากมีลักษณะงานและสัมพันธภาพในองค์การตามการรับรู้ที่ดี และพยาบาลจะรู้สึกไม่ดีและมีผลการปฏิบัติงานไม่ดี หากมีลักษณะงานและสัมพันธภาพในองค์การตามการรับรู้ที่ไม่ดี ทั้งนี้พยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนั้นส่วนมากเป็นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เกือบทุกคนเป็นพยาบาลที่เข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนั้น

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความรู้สึกด้านบวกต่อลักษณะงานคัดกรอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนั้นเช่นกันที่พยาบาลในหน่วยงานนี้ให้คะแนนบรรยากาศในองค์การด้านลักษณะงานสูงเป็นลำดับที่ 2 (คะแนนเฉลี่ยรายด้าน เท่ากับ 3.47) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพยาบาลในหน่วยงานนี้มีการรับรู้ที่ดีต่อการทำงานในหน่วยงานนี้ที่เป็นงานให้บริการแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือผู้บาดเจ็บ ซึ่งการคัดกรองก็เป็นหนึ่งในกระบวนการทำงานของหน่วยงานนี้เช่นกัน

ส่วนบรรยากาศในองค์การด้านสัมพันธภาพในหน่วยงานในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้หรือความรู้สึกต่อการทำหน้าที่คัดกรองด้านลบ เนื่องจากผู้ที่ได้รับมอบหมายงานให้ปฏิบัติคู่กัน ไม่รับผิดชอบงาน ความคับข้องใจเวลาส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่ให้บริการต่าง ๆ แต่จากการศึกษาครั้งนั้นบรรยากาศในองค์การด้านสัมพันธภาพในหน่วยงานเป็นด้านที่ได้คะแนนสูงสุด (คะแนนเฉลี่ยรายด้านเท่ากับ 3.50) ซึ่งอาจจะเป็นเพราะในการศึกษาครั้งก่อนนี้ทำการศึกษาภาพรวมทั้งหมดของหน่วยงานโดยใช้แบบสอบถาม ส่วนการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับความรู้สึกต่อการทำหน้าที่คัดกรองเท่านั้นและเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพที่สอบถามความรู้สึกโดยให้ผู้ให้ข้อมูลบรรยายถึงความรู้สึกของตนเองออกมาตามที่รู้สึกจริง ๆ ไม่ได้ใช้เพียงแค่แบบสอบถามที่เป็นคำถามและให้ตอบแสดงความรู้สึกตามรายการที่มีให้และนำมาหาค่าเฉลี่ยเท่านั้น อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่มุ่งศึกษาเพื่อบรรยายความรู้สึกของผู้ให้

ข้อมูลทุกคนจึงเป็นไปได้ว่าผู้ให้ข้อมูลที่มีความรู้สึกด้านลบในเรื่องต่าง ๆ ได้แสดงความรู้สึกที่แท้จริงของตนออกมา ข้อมูลที่ได้จึงมีความละเอียดและเข้าถึงความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลมากกว่า

นอกจากที่กล่าวข้างต้น การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองที่เป็นผลมาจากการบริหารจัดการงานของผู้บังคับบัญชา ได้แก่ การที่พยาบาลต้องทำหน้าที่มากกว่าคัดกรอง คือ ทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์และบริหารจัดการคนงาน ตลอดจนการที่ต้องปฏิบัติงาน 2 พื้นที่บริการ (จุด A และจุด B) และต้องเป็นผู้รับผิดชอบหลักทั้ง 2 พื้นที่แต่เพียงผู้เดียวในเวรตึก ซึ่งผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าส่วนหนึ่งเป็นเพราะมีการปรับเปลี่ยนการจัดอัตรากำลังใหม่โดยลดอัตรากำลังผู้ปฏิบัติงานลง จึงทำให้ผลของการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองมาจากการบริหารจัดการของผู้บังคับบัญชา ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาเมื่อปี 2546 ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศในองค์กรด้านการบริหารงานของผู้บังคับบัญชากับการปฏิบัติงานของพยาบาล กล่าวคือไม่ว่าพยาบาลจะมีการรับรู้หรือรู้สึกเช่นไรต่อการบริหารงานของผู้บังคับบัญชาที่ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานหรือความรู้สึกต่อการทำงาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ย้อนทบทวนไปถึงบริบทของหน่วยงานที่ศึกษานี้ ในปี 2546 นั้น หน่วยงานนี้มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพมากกว่าในขณะที่ทำการศึกษาครั้งนี้ การจัดอัตรากำลังก็มีความแตกต่างกันทั้งจำนวนคนในแต่ละเวรและแต่ละพื้นที่ให้บริการ กล่าวคือทุกพื้นที่ให้บริการจะมีพยาบาลวิชาชีพ 2 คนในทุกเวร อีกทั้งในปี 2546 ขณะที่ทำการศึกษาครั้งนั้นก็ยังไม่มีการกำหนดในการให้พยาบาลไปทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วย จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้การศึกษาครั้งนี้ได้ผลออกมาว่า พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองที่เป็นผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตามข้อค้นพบนี้เป็นข้อค้นพบที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลบางคน และยังไม่ได้พิจารณาถึงปัจจัยอื่นที่อาจจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล เช่น นโยบายการบริหารงานของหน่วยงานและองค์กร เป็นต้น จึงอาจจะยังไม่สามารถสรุปได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกด้านลบต่อการปฏิบัติงานเนื่องจากการบริหารจัดการของผู้บังคับบัญชา คงสรุปได้เพียงว่า ในการศึกษาครั้งนี้พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่คัดกรองมีความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองส่วนหนึ่งมาจากการบริหารจัดการของผู้บังคับบัญชาเกี่ยวกับการทำหน้าที่คัดกรองของพยาบาลในหน่วยงาน

ความรู้สึกต่อแนวทาง หลักเกณฑ์ และข้อกำหนดในการคัดกรองผู้บาดเจ็บของหน่วยงาน ในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลคัดกรองในโรงพยาบาลที่คัดสรร จะมีคู่มือการปฏิบัติงาน เรียกว่า คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุ ซึ่งในคู่มือมีเนื้อหาประกอบด้วย แนวทางในการคัดกรองแสดงเป็นแผนภูมิแสดงการตัดสินใจในการคัดกรอง หลักเกณฑ์แบ่งประเภทผู้บาดเจ็บ และข้อกำหนดสำหรับผู้ทำหน้าที่คัดกรอง และขั้นตอนในการปฏิบัติงาน ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ผู้ให้ข้อมูลได้บรรยายความรู้สึกต่อแนวทางและข้อกำหนดในการแบ่งประเภทผู้ป่วย และข้อกำหนดของผู้ทำหน้าที่คัดกรองไว้ดังนี้

1. แนวทางในการคัดกรอง

หน่วยงานที่คัดสรรได้มีการพัฒนาแผนภูมิการจำแนกประเภทและจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุ ซึ่งรายละเอียดผู้วิจัยได้แสดงไว้ในบทที่ 2 หัวข้อบริบทและแนวทางและคู่มือในการคัดกรองผู้บาดเจ็บของหน่วยงานที่ทำการศึกษา (ดูภาพที่ 4 หน้า 31) หัวข้อย่อย แนวทางและคู่มือในการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุของหน่วยงานที่ทำการศึกษาแล้ว ซึ่งแผนภูมิดังกล่าวได้แสดงลำดับขั้นตอนการตัดสินใจเพื่อพิจารณาความรุนแรงและความรีบด่วนในการต้องการการรักษาเพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจของพยาบาลคัดกรอง และจากผลการวิจัยที่ผู้วิจัยได้นำเสนอก่อนหน้านี้ในเรื่องของความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองที่ผู้ให้ข้อมูลบรรยายถึงความรับผิดชอบที่เกิดจากผลของการคัดกรอง ที่มีการถูกตำหนิจากการประชุมปรึกษาหารือ และความคับข้องใจที่เกิดจากการส่งต่อผู้ป่วยไปยังจุดให้บริการอื่น ๆ ที่มีการบรรยายถึงการพิจารณาตัดสินใจแบ่งประเภทผู้บาดเจ็บในรายที่มีอาการและอาการแสดงไม่ชัดเจนว่าควรจัดแบ่งประเภทเป็นระดับใด ผู้วิจัยจึงสอบถามถึงความรู้สึกต่อแนวทางในการคัดกรองที่หน่วยงานจัดทำไว้ว่าเป็นอย่างไร ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ก็ยังคงมีความรู้สึกต่อแนวทางในการคัดกรองว่ามีความเหมาะสมดีแล้ว แต่มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 คนเท่านั้นที่เห็นว่าควรมีรายละเอียดเพิ่มเติมบางส่วน

1.1 แนวทางในการคัดกรองมีความเหมาะสมดีแล้ว

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกคนรู้สึกเห็นด้วยและพึงพอใจกับแนวทางการคัดกรองที่หน่วยงานมีการจัดทำไว้แล้ว เนื่องจากเห็นว่าแนวทางในการคัดกรองเป็นเสมือนเครื่องมือช่วยในการทำงานให้แต่ละคนได้ปฏิบัติเป็นไปในแนวเดียวกัน ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีรายละเอียดอะไรมากนัก เพียงมีจุดเน้นหรือประเด็นสำคัญในแนวทางก็เพียงพอสำหรับให้ผู้ปฏิบัติ

“ในไค้ดลายน้มีเท่านี้ก็ดีแล้ว ส่วนรายละเอียดอื่น ๆ คิดว่าอาจจะเอาไปไว้ในคู่มือหรืออะไรอย่างเงี้ย ให้คนที่อยู่ได้อ่านประกอบเป็นความรู้สึกก็ได้..”

“หลักการการปฏิบัติเนี่ยก็ต้องเป็นแบบกว้าง ๆ เพื่อให้หลาย ๆ คนได้ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน เพราะฉะนั้นจะมาฟิกซ์ (fix) หรือเฉพาะหรืออะไรแบบนี้บางที่มันไม่ได้ ถ้าถามว่าแนวทางที่เค้าให้ไว้จะดีหรือยัง มันก็ดีก็โอเค”

1.2 แนวทางในการคัดกรองควรต้องมีรายละเอียดเพิ่มเติม

มีผู้ให้ข้อมูลบางคนเห็นว่าควรมีการปรับปรุง โดยต้องการให้แนวทางมีความละเอียดมากยิ่งขึ้นเพื่อจะใช้ประกอบการพิจารณาได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

“โปรโตคอลบางครั้งไม่ค่อยชัดเจน ต้องลงรายละเอียดนิดนึง ... ไม่ละเอียดตรง ถ้าคนไข้ถูกแทงมาเข้าห้องนั้นอะไรอย่างนี้ ถ้าไม่ชัดแต่ลืมไปว่ามีคนไข้เด็ก คนไข้วัยทำงาน คนไข้ผู้ใหญ่ สูงอายุ การบาดเจ็บความรุนแรงก็จะต่างกันนิดหน่อย แต่ยังไม่มียละเอียดตรงนี้”

ทั้งนี้ผลของการวิจัยที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลบรรยายถึงความรู้สึกต่อแนวทางในการคัดกรองว่าควรจะต้องมีการระบุข้อมูลและรายละเอียดที่มากขึ้นนี้ซึ่งผู้ให้ข้อมูลก็ไม่สามารถบรรยายรายละเอียดได้อย่างชัดเจน แต่จากคำบรรยายของผู้ให้ข้อมูลที่ยกมาที่เป็นประเด็นสืบเนื่องจากข้อมูลในส่วนต้นที่ผู้วิจัยนำเสนอความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองที่ผู้ให้ข้อมูลบรรยายถึงความรับผิดชอบที่เกิดจากผลของการคัดกรอง ที่มีการถูกตำหนิจากการประชุมปรึกษาหารือ และความคับข้องใจที่เกิดจากการส่งต่อผู้ป่วยไปยังจุดให้บริการอื่น ๆ ที่มีการบรรยายถึงการพิจารณาตัดสินใจแบ่งประเภทผู้บาดเจ็บในรายที่มีอาการและอาการแสดงไม่ชัดเจนว่าจะจัดแบ่งประเภทเป็นระดับใด และได้มีการนำส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่ให้บริการต่าง ๆ แล้ว แต่มีการเปลี่ยนแปลงจุดที่ให้บริการผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ตัดสินใจคัดกรองให้เป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลรักษาทันทีแต่เมื่อแพทย์ประเมินอาการแล้วผู้ป่วยไม่จำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือทันที (Emergent) แต่เมื่อแพทย์มาตรวจก็จะลงความเห็นให้ย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาที่ห้องเออร์เจนท์แทน หรือในกรณีที่ตัดสินใจคัดกรองผู้ป่วยให้มีระดับความรุนแรงที่มากกว่าความเป็นจริง ซึ่งทั้งสองประเด็นเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองของผู้ให้ข้อมูลจำนวนมาก เนื่องจากถูกตำหนิจากการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชา (Multidisciplinary Conference) หรือเกิดความขัดแย้งหรือไม่ชอบใจระหว่างพยาบาลคัดกรองกับผู้ให้การดูแลที่พื้นที่ให้บริการต่าง ๆ

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า แนวทางในการคัดกรองควรมีการระบุถึงความเหมาะสมอื่น ๆ ในการคัดกรองนอกเหนือจากข้อมูลอาการ ตำแหน่งที่บาดเจ็บและกลไกการ

ขาดเจ็บ เช่น ความเหมาะสมของสถานการณ์ในกรณีที่มีผู้ป่วยที่มีอาการมีนเมาและวุ่นวายมาก อาจจะจัดให้อยู่ในพื้นที่ให้บริการที่มีขีดจำกัดไม่เป็นการรบกวนผู้ป่วยรายอื่นตามตัวอย่างที่ผู้ให้ข้อมูล ยกมาประกอบ เป็นต้น

“... ใกล้เคียงนี้ไม่เปิดโอกาสให้ใช้ดุลยพินิจ ก็มีบางครั้งที่เรารู้สึกตัดสินใจอะไรไปเนี่ยไม่มีอะไรรองรับ เวลาเราโดนตำหนิมาก็ไม่มีใกล้เคียงนี้รองรับ ซึ่งถ้ามีอะไรรองรับคนทำงานก็จะสบายใจขึ้น ... หนึ่งคือความเหมาะสมในสถานการณ์นั้นและจุดนั้น และอีกคนไข้ ณ สถานการณ์ในจุดนั้น ซึ่งบางทีบางครั้งมันพูดยากเหมือนกันนะ สถานการณ์ ณ จุดนั้น บางทีคนไข้มา โวยวาย โอเคเดินได้เสียงดังในห้องตรวจเนี่ยมันดูไม่ค่อยงามนะ แล้วอาจเกิดอุบัติเหตุได้ แล้วอาจเกิดการกระทบกระทั่งกันได้ แยกเป็นสัดส่วน แต่บางครั้งเขาอาจจะคิดว่าคนไข้เดินมาได้ไม่ต้องขึ้นเปล น่าจะตรวจปกติเหมือนคนไข้ทั่วไป”

“... โดยส่วนใหญ่แล้วพยาบาลก็จะถูกปลุกฝั่งให้อาใจเขามาใส่ใจเราบางครั้ง เราคิดถึงแง่มุมของคนไข้เอง สองแง่มุมของหน่วยงาน สามในแง่ของการบริการ สถานที่ที่เราส่งคนไข้ไป คนที่รับคนไข้จากเรา ต้องมองในหลาย ๆ มุม ในการไตร่ตรองว่าอย่างนี้สมควรให้คนไข้ขึ้นเปลไหม บางครั้งเคยมีเหมือนกันที่ปรึกษาห้อง ๆ ว่าอย่างนี้สมควรเอาขึ้นเปลไหม”

“พูดถึงแล้วการคัดกรองก็เหมือนกับรวมการประชาสัมพันธ์เข้าไปด้วยนะ การคัดกรองการประชาสัมพันธ์ มันก็ผูกเรื่องภาพลักษณ์เข้าไปด้วย นั่นเป็นเหตุผลว่าทำไมบางรายต้องเอาขึ้นนอนเปล ซึ่งบางครั้งมันอาจทำให้เสียมาตรฐานรีเปล่า แต่ถ้าเกิดแนวทางเปิดโอกาสมีการบันทึกไว้ ถ้าเป็นรายที่เสี่ยงเรื่องภาพลักษณ์หรือประชาสัมพันธ์ ก็ควรมีการอนุโลมเป็นกรณีไป คือถ้าเราไม่ระบุไว้ก็เกรงว่า บางครั้งถ้าไม่ทำตามที่กำหนดไว้ก็จะทำให้ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน แต่ถ้าเป็นเรื่องภาพลักษณ์ ก็จะช่วยประชาสัมพันธ์ ดังนั้นการใช้ดุลยพินิจที่เหมาะสม ควรแก่สถานการณ์ก็จะช่วยได้ และคนทำงานก็สบายใจ และไม่เกิดปัญหากระทบกระทั่งขึ้น จะช่วยได้เยอะเลย เพราะทำให้เกิดความยืดหยุ่น เกิดความสบายใจ ทั้งคนรับคนไข้ และคนส่งคนไข้”

2. การแบ่งประเภทผู้บาดเจ็บของหน่วยงาน

หน่วยงานที่คัดสรรได้มีการจัดแบ่งประเภทของผู้บาดเจ็บตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บและความรีบด่วนในการต้องการการรักษา ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ กลุ่มฉุกเฉินมาก (Emergent) กลุ่มฉุกเฉิน (Urgent) และกลุ่มไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) และมีการพัฒนาแผนภูมิการจำแนกประเภทและจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุ ซึ่งรายละเอียดมีแสดงไว้ในบทที่ 2 ภาพที่ 4 หน้า 31

แต่จากข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยที่ผู้วิจัยได้มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ ที่มีผู้ให้ข้อมูลหลายคนบรรยายความรู้สึกด้านลบนี้ว่าเกิดจากการถูกตำหนิจากที่ประชุมปรึกษาหารือระหว่างทีมสหสาขา และความคับข้องใจที่เกิดจากการส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่ให้บริการอื่น ๆ ที่มีผลสืบเนื่องมาจากการอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่พบในขณะที่ตัดสินใจคัดกรองนั้น ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของการบาดเจ็บในระดับใด ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากจึงตัดสินใจว่าการคัดกรองให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงกว่าระดับการบาดเจ็บจริง จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยกว่าและถือเป็นการปฏิบัติที่ยอมรับได้

2.1 ยอมรับได้กับการคัดกรองประเภทผู้บาดเจ็บหนักเกินกว่าความเป็นจริง

ผลจากการวิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจคัดกรองผู้ป่วยในรายที่อาการและอาการแสดงในขณะนั้น ไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่าจะจัดประเภทผู้ป่วยเป็นระดับใด โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนมากตัดสินใจให้ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มประเภทที่มีความรุนแรงมากกว่าเป็นหลัก ด้วยเหตุผลที่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและรวดเร็วทันเวลา

“ที่ว่าคัดกรองผิด ทำไมเอามาห้องฉุกเฉินอะไรอย่างเงี้ย ก็ ๆ ดึกกว่าที่อาจคิดที่ว่าคนไข้เสี่ยงต่อชีวิตแล้ว โคนว่า ว่าทำไมถึงช้าใช่ปะ คนไข้ก็อาจจะเวลาช่วงสั้นไปทำให้ถึงขั้นถึงแก่ชีวิตไปอย่างเงี้ย การช่วยเหลือก็ช้าอย่างนี้เราก็ช่วยเหลือไปก่อน คนไข้ปลอดภัย ก็ค่อยย้ายคนไข้ดีกว่า”

“หากเราเห็นว่าคนไข้อาจจะมีปัญหา แน่นนอนคือเราเอาเข้าห้องอีเมอร์เจนท์ก่อน ไม่คิดในเมื่อคือเราดูแล้วคนไข้ขณะนั้นมีปัญหาแล้วอาจย้ายไปอยู่ห้องเออร์เจนท์ได้ ซึ่งต่างจากเราเอาเข้าห้องเออร์เจนท์แล้วมาเข้าห้องอีเมอร์เจนท์นั่นทำให้เสียเวลา ... คือถ้าคนไข้เข้าห้องเออร์เจนท์บางที่แพทย์อาจจะไม่ได้กระตือรือร้นที่จะรับมาดูแลคนไข้ แต่ถ้าเข้าห้องอีเมอร์เจนท์แล้วแพทย์จะรับมาดูแล และถ้าคนไข้เข้าห้องเออร์เจนท์ก่อนบางที่แพทย์ก็จะเฉย ๆ กว่าที่คุณคนไข้กว่าจะตัดสินใจย้ายคนไข้เข้าห้องอีเมอร์เจนท์ได้ก็บางที่มันใช้ระยะเวลาซึ่งแต่ละนาทิตันทีที่เสียไป คนไข้ก็อาจจะ (เสียงแผ่วลง) เขาเรียกว่ามันก็จะมีผลเสียต่อคนไข้ซึ่งอาจจะไม่ได้เห็นทันทีทันใด แต่อาจจะเห็นระยะยาวก็ได้ ...”

“...อย่างมีคนไข้นิวโรมาแพทย์ให้จี.ซี.เอส. 7 ตั้งแต่แรกที่มา เราก็บอกว่าถ้าให้ สกอร์ (score) แค่นี้ก็ควรจะต้องใส่ท่อช่วยหายใจไหม แพทย์ก็ไม่ตัดสินใจทำอะไร ประมาณ 8-9 โมงก็ปรึกษานิวโร ตอนแรกมาก็ไม่ทำอะไร เราก็พูดหลายครั้งกับนิวโรด้วยแต่ก็ไม่ทำอะไร จนคนไข้ไม่ขยับ (ไม่มีการตอบสนองของร่างกายแม้ถูกกระตุ้น) แล้วซีฟนิวโรมาดู ถึงให้ย้ายผู้ป่วยไปใส่ท่อช่วยหายใจ ตอนนั้นก็เกือบบ่ายโมง คนไข้เสียเวลาไป 3-4 ชั่วโมง ถ้าคนไข้เกิดไฮโปอกเซีย (hypoxia หรือภาวะขาดอากาศหายใจ) หรือภาวะอะไรก็ได้ที่มากไปกว่านั้น มันก็เกิดไปแล้ว ซึ่งกว่าจะรักษา

ให้หายแล้วได้ก็นาน บางทีคนไข้อาจจะนอนอาทิตย์นึงแล้วกลับบ้านต้องมานอนเป็นเดือน ๆ ถึงจะ
ได้กลับบ้าน”

“แบบว่าให้โอเวอร์ที่อาจดีกว่า ก็ไม่เป็นไรก็ขึ้นมาเสร็จแล้วถ้าคนไข้เรียกตื่นก็เข้าห้อง
เปล ... ก็ปลุกไม่ตื่น ก็เราเรียกหน้าตีกานานมาเลยนะ แล้วก็เข้านมาพอดอดเสื่อเท่านั้นตื่นเลย...ก็
ถามว่าทำไมเข้าห้องนั้น ถ้าเจ้าหน้าที่ไม่ไข้เราก็จะถามว่าทำไมเข้าไม่เห็นมีอะไร เราก็จะบอกว่าตอน
นั้นปลุกไม่ตื่นอะไรอย่างนี้... ส่วนใหญ่เรามักจะไม่เจอเขาไปหนัก...เพราะว่าถ้าเป็นคนไข้เป็นหนัก
จริง ๆ เราจะได้ช่วยเหลือได้ไวได้เร็วก่อน เพราะถ้าเกิดไปอยู่ห้องเปลกว่าจะตามหมอได้ถึงหมอ
จะสแตนด์บาย (stand by) แต่กว่าจะมาเขาก็ต้องให้เอกซเรย์ดูก่อน เคนท์ค่อยมาแต่ถ้าเป็นห้องฉุกเฉิน
ไฟแดง เคนท์ก็จะมาเลย”

ถึงแม้ว่าบางครั้งการตัดสินใจคัดกรองไปแล้วและต้องเปลี่ยนจุดให้บริการผู้ป่วย ถ้าเป็น
ในขณะปฏิบัติงานในตอนนั้นผู้ร่วมงานคนอื่นก็จะไม่ได้ตำหนิพยาบาลผู้คัดกรอง แต่อาจจะมึ
บางครั้งที่มีการบ่นว่าแต่ก็ไม่ได้ต่อว่าต่อขานกันจนทำให้ผู้ที่คัดกรองรู้สึกผิด

“ส่วนใหญ่ที่เจอมักจะเป็นในแนวโอเวอร์ที่อาจมากกว่า ถ้าผิดพลาดจริง ๆ คือ เสดเราจะ
ไม่ได้คอมพลิเคท (complicate) หรือซีเวียร์ (severe) มากอะไรอย่างนี้ นะ ภาวะตอนนั้นมันต้องรีบ
นะ เราก็เซฟก่อนดีกว่า อะไรประมาณนั้น ... ถ้าคอมเมนต์ (comment) ส่วนใหญ่ก็จะเป็นคนไข้ที่
มิกซ์ (mix) ที่คอมเมนต์อย่างเช่น จากเขมมันไม่ดี ก็ที่อาจเข้าห้องไฟแดงซะ พอมาถึง พอมาถึงมีที่
เหมือนกันที่บ่นว่า ไม่ได้เป็นอะไรมากทำไมเอาเข้ามาห้องนี้ ... เราก็คิดว่าคนไข้มาก่อน ก็ไม่ได้คิด
อะไร คิดว่าให้รู้ก่อน ตอนนั้นประวัติอะไรก็ยังไม่รู้เลย ก็เข้ามาให้ออกซิเจนอะไรดูให้ดีกว่า
หลังจากนั้นค่อยย้ายไป เราก็ไม่ได้
อะไร”

ซึ่งผู้วิจัยก็ได้พยายามสอบถามว่าผู้ให้ข้อมูลไม่รู้สึกรังไรจริง ๆ หรือไม่ ซึ่งคำตอบที่ได้
คือ ผู้ให้ข้อมูลก็รู้สึกเคืองเล็กน้อย แต่ไม่ได้ใส่ใจมาเพราะ ในที่สุดทุกคนก็เห็นเช่นเดียวกันว่าการถือ
ปฏิบัติในการตัดสินใจให้ผู้ป่วยที่มีอาการไม่ชัดเจนของพยาบาลคัดกรองเป็นผู้ป่วยประเภทที่
รุนแรงกว่าเช่นเดียวกัน

“... ไม่ค่อยไปซีเรียส (serious) เรื่องนั้น ... จะว่ามีไหม ถ้าพี่เค้าดูอารมณ์รุนแรง ก็มีบางที่
เราคือ ๆ จะไม่เข้าใจที่เขาต้องทำอะไรแบบนี้ ก็มีบางที่ก็ถือว่าน้อยมาก ก็คือแค่เห็นก็ไม่ได้สนใจ

อะไรมาก ก็ลืม ๆ ไปอะไรร่างนี้ ประมาณอย่างนั้น ... ไม่ได้อธิบาย เพราะขณะตอนนั้นทุกคนก็รู้อยู่แล้วว่า ตอนนั้นเราต้องดูคนไข้ก่อน ก็ไม่ได้คิดอะไรตอนนั้น ไม่ได้อธิบายให้เขาฟัง ก็คือให้ที่เขาเห็นในเหตุการณ์ไปเลย อย่างน้อยที่เร็ว โอเวอร์ที่อาจก็เซฟไลฟ์ (safe life) มากกว่า”

ผลของการวิจัยที่ได้สามารถสรุปได้ว่า พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองก็จะรู้สึกว่าเป็นตัวเอง ไม่ได้ทำหน้าที่ผิดพลาดร้ายแรงมากเมื่อเทียบกับการตัดสินใจว่าผู้ป่วยมีอาการบาดเจ็บน้อยกว่าที่ผู้ป่วยเป็นแล้วส่งผู้ป่วยไปยังห้อง F ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมตามอาการล่าช้าทั้งที่อาจจะไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งเหตุผลดังกล่าวที่ทำให้ผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองรู้สึกผิด และบางครั้งอาจมีอาการเกร็งหรือลังเลในการตัดสินใจว่าจะจัดผู้ป่วยให้เป็นกลุ่มอาการใด และส่วนมากเกือบทุกคนเห็นเหมือนกันว่าหากไม่แน่ใจคิดว่าผู้ป่วยมีอาการหนักไว้ก่อนดีกว่าที่จะตัดสินใจอาการผู้ป่วยรุนแรงน้อยไป แต่ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดเห็นว่าแนวทางคัดกรองที่มีอยู่นั้นมีความเหมาะสมแล้ว เนื่องจากเห็นว่าแนวทางที่กำหนดมีไว้เป็นกรอบให้ปฏิบัติตาม แต่ในเวลาปฏิบัติจริงมีสิ่งที่จะต้องพิจารณาประกอบเพิ่มเติมอีกตามความเหมาะสมตามสภาพการณ์ในขณะนั้น เช่น ความต้องการของผู้ป่วย หรือความประทับใจในการให้บริการ เป็นต้น

“ตามความเห็นแนวทางที่มีอยู่ก็โอเค แต่บางอย่างเพื่อความเหมาะสมและความประทับใจเนี่ยบางครั้งก็ไม่ได้ทำตามระเบียบที่วางไว้ ... ก็จะมีบางคนที่ดูแลคนไข้ห้องที่เราไปส่งบ่น ๆ ว่าทำไมพาคนไข้มาห้องนี้ ... ก็ได้ชี้แจงบอกเขาไปว่าเพราะเหตุใด ซึ่งบางคนก็รับฟังดี บางคนก็ยังดิ่ง ๆ อยู่ ว่าทำให้ของเขาเสียมาตรฐานในการปฏิบัติงาน ... ก็เตรียมใจไว้แล้ว การดูแลคนไข้มันก็เป็นหน้าที่ของเรา แต่บางครั้งในการบริการเราก็ต้องทำโดยที่ไม่เข้าเกณฑ์และแจ้งให้เจ้าของห้องรับทราบ ก็คิดว่าน่าจะเป็นการอนุโลมกันได้ สามารถยกเว้นกันได้ ... ก็คือจิตใจนะในการช่วยคนไข้ ก็ทำใจแล้วว่าต้องโดนตำหนิ ถ้าเราไม่ทำก็อาจจะเป็นผลเสียกับหน่วยงาน หรืออาจบางทีเป็นผู้ใหญ่คนมาเยี่ยมเยียน ถ้าจะให้เดินตรวจก็อาจจะไม่สะดวก แต่ถ้าให้นอนเปลก็มีสถานที่ที่เป็นสัดส่วน ซึ่งบางครั้งคนมาเยี่ยมก็จะเยี่ยมได้สะดวก ...”

“...เพราะการให้การดูแลคนไข้อันดับแรกก็ต้องคำนึงถึงมาตรฐานก็จริง แต่สำหรับตนก็จะนึกถึงการให้บริการบางครั้งต้องยืดหยุ่นพอสมควร อีกกรณีหนึ่งคนไข้ที่มีปัญหาทางด้านจิตเวช มีความรู้สึกอย่างร้ายที่ผู้ป่วยต้องทำการรักษานานเอาชิ้นแปลเนี่ยจะดีกว่า ดีต่อการเคลื่อนย้าย และไปตรวจต่าง ๆ ... ก็คือตามประสบการณ์ คนรับเขาอาจลำบากใจที่เราไม่ได้ทำตามไกด์ไลน์ บางทีเขาก็คิดว่าเสียมาตรฐานหรือเปล่า...”

ในส่วนความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลทุกคนเห็นว่าแนวทางที่มีเป็นเสมือนแนวในการปฏิบัติแต่ทั้งนี้การที่จะตัดสินใจคัดกรองอย่างไรก็ขึ้นอยู่กับผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองแต่ละคน โดยอาจจะอาศัยประสบการณ์ในการทำงาน เข้ามาเกี่ยวข้อง โดยมีผู้ให้ข้อมูลบางคนกล่าวถึงทัศนะส่วนตัวในเรื่องของจุดมุ่งหมายในการคัดกรองผู้ป่วยที่เป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยพึงตระหนักไว้เป็นสำคัญนอกเหนือจากจุดประสงค์ในการคัดกรองที่หน่วยงานกำหนดไว้

“คนไข้ได้รับสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับเขา ... ถ้าอย่างสมมติว่าถ้าเรารู้ว่าเขาเป็นอะไรเราให้เขาไปตรงนั้นเลย โดยที่ไม่ต้องผ่าน ก็อย่างน้อยให้เขาไปรักษาตรงนั้นก่อน แต่คนไข้มี ทรามา (trauma) เราก็อยากให้ผ่านทรามาก่อน แต่ถ้าเป็นคนไข้ที่มีโรคประจำตัว เราก็รีบส่งเค้าไปให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่เสียเวลาเขาด้วย .. คืออย่างบางทีเจอคนไข้เป็นผู้ป่วยเมด (med) แล้ว เราถือว่าเราที่อาจแล้วก็จะเขียน ไปให้เขาเลยและก็ส่งขึ้นไป หรือบางทีติดต่อกันไปบอกเขาก่อน ก็ไม่เคยโดนว่ากลับมา ... ก็จะบอกอาการคนไข้และบอกไวทัลไซน์ (vital sign) คนไข้เป็นอะไรบ้างดีไม่ดียังไม่รู้เรื่องใหม่ ชื่ออะไร แต่ไม่ได้วัดชีพที่ทุกรายที่ส่งขึ้นไปจะพิจารณาอีกที ... มันอยู่ที่การตัดสินใจแต่ละบุคคลมากกว่า”

3. ผู้ทำหน้าที่คัดกรอง

ในคู่มือการคัดกรองและแบ่งประเภทของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่คัดสรร และตามมาตรฐานในการปฏิบัติงานด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินได้มีการกำหนดผู้ที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการคัดกรองคือ พยาบาลวิชาชีพเท่านั้น ซึ่งในการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่คัดสรรก็ได้มีการจัดสรรอัตรากำลังสำหรับพยาบาลที่ทำหน้าที่นี้ไว้เช่นกันแต่การจัดอัตรากำลังให้มีพยาบาลคัดกรองโดยเฉพาะยังมีเพียงแค่ในช่วงเวรเช้าวันราชการเท่านั้น แต่ในเวรอื่นพยาบาลคัดกรองจะต้องดูแลรับผิดชอบห้องที่ใส่ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องได้รับการดูแลรักษาทันที (ห้อง Emergent หรือ ห้อง B) ดังรายละเอียดการจัดอัตรากำลังที่ผู้วิจัยได้แสดงไว้ในตาราง 1 บทที่ 2 หน้า 27 และได้มีกล่าวไว้อีกครั้งในการนำเสนอผลการวิจัยเรื่องความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองที่เกิดจากการที่พยาบาลต้องทำหน้าที่ 2 พื้นที่ให้บริการ

จากข้อกำหนดดังกล่าวและผลจากการวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้สอบถามผู้ให้ข้อมูลต่อว่าผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าบุคคลที่ทำหน้าที่ควรจะต้องเป็นใคร และเพราะเหตุใด ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองต้องเป็นพยาบาลตามข้อกำหนดและมาตรฐานถูกต้องแล้ว แต่มีผู้ให้ข้อมูลส่วนน้อยเห็นว่าผู้ช่วยพยาบาลก็สามารถทำหน้าที่นี้ได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ทำหน้าที่คัดกรอง

ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกคนเห็นว่าบุคคลที่เหมาะสมในการทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้บาดเจ็บ คือ พยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากความรู้เรื่องการพยาบาล และเป็นความรับผิดชอบตามหน้าที่ เป็นต้น

“กิติที่มีพยาบาล ไปอยู่จุดนี้ น่าจะดีกว่าแล้วก็สร้างความมั่นใจของคนทำงานให้มากขึ้น ในการแยกคนไข้ จะได้รับการตรวจอย่างรวดเร็ว ลดการผิดพลาด”

“คิดว่าต้องเป็นพยาบาลเป็นคนทำหน้าที่นี้ แต่ถ้ามันจำเป็นจริง ๆ เช่น เวลาพยาบาลมี คนไข้ห้องบี ผู้ช่วยพยาบาลต้องอยู่ทำหน้าที่ตรงนั้นคนเดียว ก็คิดว่าเค้าก็ต้องผ่านการอบรม และการอบรมที่มากพอ เพราะบางคนก็มีประสบการณ์มาก มากกว่าพยาบาลบางคนด้วย แต่ต้องเพิ่มความรู้เรื่องหลักการเสริมให้เขา แต่อย่างไรก็คิดว่าแตกต่างจากการที่พยาบาลเป็นคนคัดกรอง อย่าง การอบรมที่จัดก็เป็นเพียงหลักสูตรสั้น ๆ แต่การเรียนพยาธิสภาพอะไรเงี้ย พยาบาลเรียนตั้งหลายตัว อย่างสมมติ ..(คิดอยู่สักพักหนึ่ง).. ผู้ป่วยถูกแทงที่คอเราก็นึกออกกว่าที่คอมีอวัยวะอะไรสำคัญบ้าง อาจจะกระทบกระเทือนส่วนไหนบ้าง แต่อย่างไรก็เห็นว่าคนทำหน้าที่นี้ควรเป็นพยาบาล แต่ถ้า ไม่ได้จริง ๆ หรือมีความจำเป็นอื่น ๆ ก็ต้องสามารถเอาคนอื่นมาทำหน้าที่แทนได้แต่คนนั้นต้องผ่านการอบรมแบบเข้ม ๆ”

นอกจากนี้ยังพบว่า ถึงแม้ผู้ให้ข้อมูลจะมีความคิดสนับสนุนข้อกำหนดในการเรื่องให้ผู้ ที่ทำหน้าที่คัดกรองเป็นพยาบาลก็ตาม แต่บางคนก็เห็นว่าในบางกรณีที่มีความจำเป็นจริง ๆ ก็อาจจะ มอบหมายให้บุคคลอื่นทำหน้าที่แทนได้ชั่วคราวแต่ควรจะต้องมีการวางแผนการให้ความรู้เป็นอย่างดี และมีผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการที่มีผู้ช่วยพยาบาลอาวุโสอยู่ประจำจุดคัดกรองด้วยจะช่วยเพิ่มความ มั่นใจให้มากขึ้นในกรณีที่ตนได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติหน้าที่ ณ จุดคัดกรองใหม่ ๆ เนื่องจาก ในขณะนั้นตนเองเพิ่งจะปฏิบัติงานในหน่วยงานนี้ได้ไม่นาน ซึ่งประสบการณ์จากการที่ผู้ช่วยพยาบาล อาวุโสได้เห็นลักษณะอาการของผู้ป่วยมากกว่าก็จะสามารถช่วยกระตุ้นให้ตนตระหนักถึงความ รุนแรงของอาการได้ แต่ในทางกลับกันผู้ให้ข้อมูลก็ยังเห็นว่าผู้ช่วยพยาบาลเหล่านั้นก็มีเพียง ประสบการณ์ที่เคยเห็นอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยแต่เนื่องจากข้อจำกัดด้านความรู้เกี่ยวกับเรื่องของ พยาธิสรีรวิทยา และกายวิภาคก็อาจจะทำให้บุคคลเหล่านั้นยังไม่สามารถคาดการณ์ถึงความรุนแรง ของการบาดเจ็บได้ดีเพียงพอ ซึ่งเป็นข้อแตกต่างที่จำเป็นต้องมีพยาบาลวิชาชีพอยู่ปฏิบัติงาน ณ จุด คัดกรอง

“ตอนแรก ๆ ที่เข้ามาทำงาน ก็ยังต้องอาศัยพีพีเอ็น (PN) ที่อยู่ด้วยคอยช่วยเหลือ แต่นะ ตอนนี่เราก็มีประสบการณ์มากขึ้น มีความมั่นใจมากขึ้น ก็กล้าที่จะตัดสินใจด้วยตัวเอง ก็อยู่บน ความรู้ที่ที่ ๆ ได้อบรม ได้สั่งสอนมา เพราะตอนแรกก็ไม่ค่อยมีความรู้ในการที่อาจ เพราะเราไม่ค่อย มีความรู้ในสิ่งที่เรียกว่าซีเวียร์ (severe) ไม่ซีเวียร์ แต่พอประสบการณ์ในที่ทำงานเยอะ ๆ พอเยอะขึ้น ก็ทำให้เรามั่นใจ กล้าที่จะที่อาจที่ถูกต้องมากขึ้น และมีประสบการณ์มากขึ้น และก็มีควมรู้มากขึ้น ...ก็อย่างมีเคสแอร์ฮังเกอร์ (air hunger หรือ หายใจไม่เพียงพอ) หายใจอะไรอย่างนี้ บางทีเราก็คงดู คนไข้เหมือนหายใจอยู่ อย่างพีพีที่มีประสบการณ์อะไรอย่างนี้เป่าปากแล้วอะไรอย่างนี้ ที่แอร์ฮังเกอร์ แล้วอะไรอย่างนี้ จากเดิมที่เราคิดว่าน่าจะเข้าห้องเปลนี้ก็เป็นเข้าห้องฉุกเฉินเพื่อใส่ทิวปี ตอนแรกคิด อย่างนั้นจริง ๆ คนไข้ยังดูเหมือนหายใจได้อยู่เลยอะไรอย่างนี้

“... คือบางทีทฤษฎีมันก็มีแต่คือ นะทฤษฎีตรงนั้นเราไม่ได้มองเห็นภาพ อาการอย่างนี้ มันคืออะไร อย่างบางอย่างที่เขา (ผู้ช่วยพยาบาล) แบบ ไม่ค่อยรอบคอบมากกว่า ยังขาดความ รอบคอบ ...อาจจะแบบไม่ได้สนใจ ... อย่างเช่นคนไข้ถูกฟันมา ในตำแหน่งอวัยวะที่มันอันตราย อะไรอย่างนี้ ในบริเวณเชสต์ (chest) กับแอปโดเมน (abdomen) ที่เขาก็คนไข้ยังตื่นคืออยู่เลย ใน ความรู้สึกเราเขาน่าจะมีส่วนอื่นที่ถูกทำร้ายด้วย ซึ่งเป็นตำแหน่งที่มันสำคัญ ถ้าเป็นเราก็จะเข้าห้อง ไฟแดงดีกว่า... บางครั้งที่เขาที่เชื่อคนงาน เชื่อคนงานคุณแปลตรงนี้เอง อย่างนี้ถือว่าไม่รอบคอบ และถ้าเป็นเราก็ต้องมองให้ครอบคลุมว่าเขาเป็นอะไรจริง ๆ ว่าแปลตรงไหน ว่าอาการอย่างไร เรา ต้องถาม ...คิดว่าความรู้ ความรู้ในการที่จะประเมินภาวะคนไข้ อะไรอย่างนี้ ทำให้เราแคร์ตรงนี้ มาก”

“คนที่อยู่ด้วยเป็นผู้ช่วยพยาบาล ขนาดที่เราอยู่ด้วยเค้ายังไม่สนใจทำงานอย่างที่ตัวเอง เห็น ก็ยังคิดอยู่เหมือนกันว่าถ้าเราไม่อยู่เค้าจะทำหน้าที่แทนเราได้รีเปล่า อันนี้น่ากลัวเหมือนกัน ขนาดเราอยู่ด้วยเค้ายังแสดงให้เราเห็นว่าอาจจะไม่ใส่ใจ ไม่สนใจอะไรเงี้ย หนีบ้างหลบบ้าง คือเคยเจอ เหมือนกัน แล้วคิดต่อเนื่องไปอีกว่าถ้าเราเข้าไปอยู่ใน อี.อาร์. ทั้งคืนละ แล้วถ้ามีคนไข้มาเค้าจะทำ ยังไง เพราะขนาดเราอยู่ด้วยเค้ายังแสดงให้เห็นเลยว่าเค้าไม่สนใจ”

“การคัดกรองคนไข้ไม่มีปัญหา แต่ถ้าเป็นเวรดิคเนี่ยปัญหาคือระบบงานจะจ่ายพยาบาลที่ อยู่ตรงจุดคัดกรองกับตำแหน่งของห้องฉุกเฉินเป็นบุคคลเดียวกัน ถ้ามีคนไข้ห้องฉุกเฉินที่เราต้อง ดูแลเนี่ย พยาบาลตรงจุดคัดกรองก็ไม่ได้ไปนั่งตรงจุดคัดกรอง ก็ทำให้ไม่รู้ว่าคุณคนไข้ผ่านตรงเคาท์ เดอร์คัดกรองของเราไปว่ามียังงั้นบ้าง ... แต่ถ้าเราไม่อยู่เค้าก็จะถามพยาบาลคนอื่น ส่วนมาก คนไข้อุบัติเหตุ ไม่ค่อยมีปัญหาที่มีปัญหาจะเป็นคนไข้เมด (med) ที่เค้าไม่แน่ใจในการที่จะส่งไปเลย หรือต้องให้แพทย์แบบประเมินก่อน ... ความเชี่ยวชาญไม่ใช่ปัญหา แต่คนไข้ของเมดอะนะ บางที การให้ข้อมูลคลุมเครือหรือตามอาการที่เค้าคิด เค้าไม่แน่ใจในการที่จะส่งไปเลยอาจต้องให้แพทย์

ประเมินเบื้องต้นก่อนค่อยส่งไป เพราะเนื่องจากกลัวปัญหาที่จะตามมาทีหลัง เพราะมันมีปัญหาตามมาในเคสก่อน ๆ ซึ่งเป็นประสบการณ์ของคนจุดคัดกรองแต่ละคน ... ไม่ใช่การคัดกรองแต่เป็นการดูแลเบื้องต้น ณ จุดที่เราเจอ คือถ้าเป็นผู้ช่วยพยาบาลเค้าก็อยากให้พยาบาลรับผิดชอบ รับผิดชอบปัญหาเพื่อเกิดปัญหาจะได้ชี้แจงกัน ได้ถูก ... คือประมาณว่าพอเราไม่อยู่เค้าจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ”

3.2 พยาบาลวิชาชีพหรือผู้ช่วยพยาบาลก็สามารถทำหน้าที่คัดกรองได้

ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองนี้เป็นผู้ช่วยพยาบาลหรือพยาบาลก็ได้ มาจากข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลซึ่งเคยเป็นผู้ช่วยพยาบาลมาก่อน และได้ไปทำการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) เห็นว่าผู้ช่วยพยาบาลก็น่าจะสามารถปฏิบัติงานนี้ได้เนื่องจากหน่วยงานนี้มีคู่มือและข้อกำหนดในเรื่องการคัดกรองไว้อย่างชัดเจน แต่ก็ยังเห็นว่าบุคคลที่เหมาะสมที่สุดที่จะทำหน้าที่คัดกรองควรเป็นพยาบาลวิชาชีพเนื่องจากเป็นความรับผิดชอบโดยตรง แต่ดังกล่าวต่อไปนี้

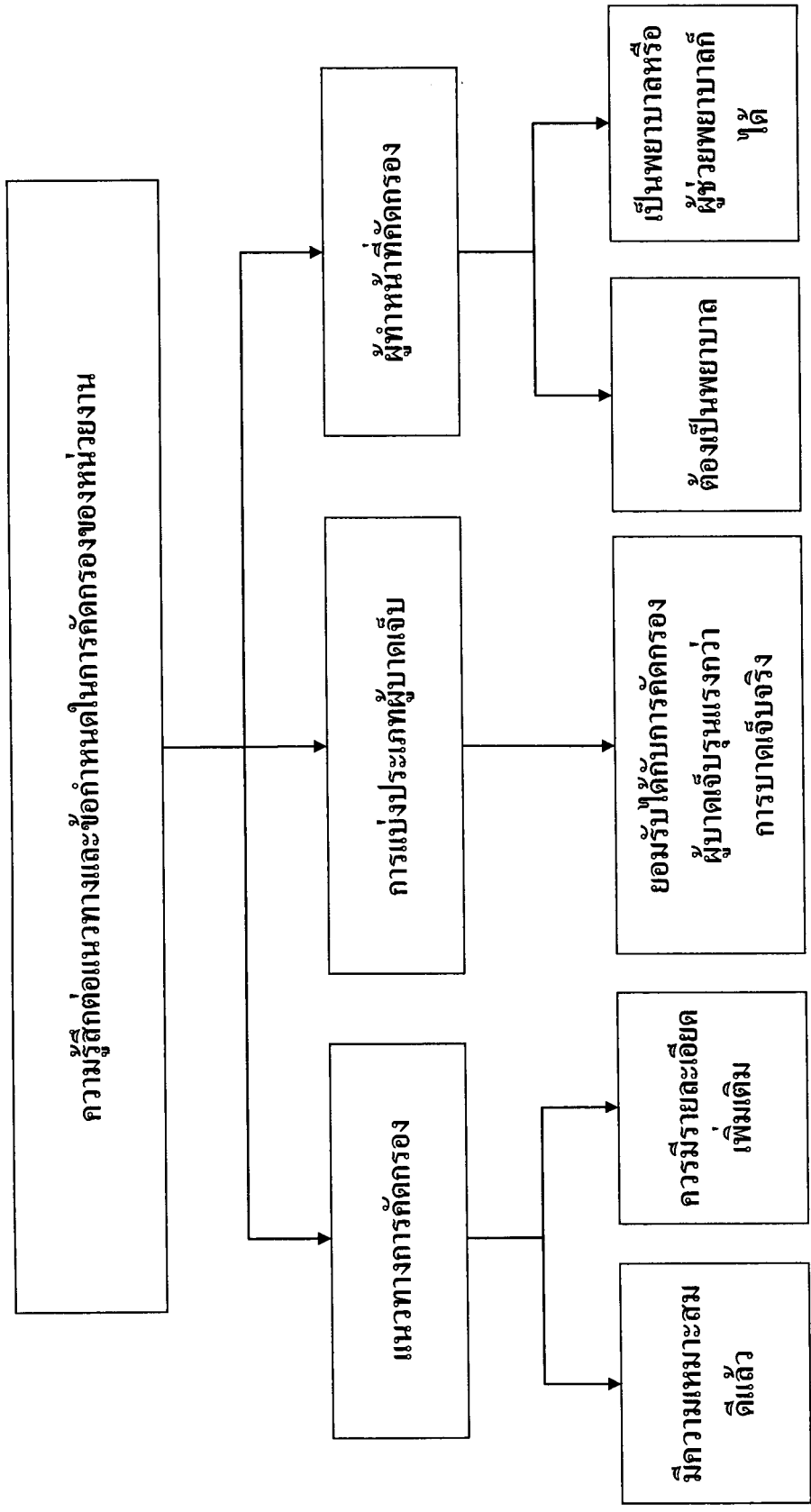
“คิดว่าการน่าจะได้นะเพราะถ้าเกิดว่ามีคู่มือแล้วเราอบรมทั้งผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาล เราก็น่าจะได้... แต่ก็จะมีความแตกต่างถ้าเกิดผู้ช่วยพยาบาลไม่ยอมรับผิดชอบ ถ้าเกิดเราเป็นพยาบาลก็จะเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของเรา ถ้าเกิดให้ผู้ช่วยพยาบาลไปอยู่เขาคงไม่อย่างนั้นะถ้าเกิดคัดกรองคนไข้ผิดเขาก็บอกว่าหนูก็เรียนมาเท่านั้น...คือพอตัดสินใจคิดหรือคนไข้เป็นอะไรเขาก็จะบอกว่ามันไม่ใช่หน้าที่เขาเรียนมาเท่านั้นถึงมีคู่มือ... โดยส่วนตัวคิดว่าได้”

ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อแนวทาง หลักเกณฑ์ และข้อกำหนดในการคัดกรองผู้บาดเจ็บของหน่วยงาน ผู้วิจัยได้นำเสนอแบ่งหัวข้อออกเป็นความรู้สึกต่อแนวทางในการคัดกรองที่มี ความรู้สึกต่อหลักเกณฑ์การแบ่งประเภทผู้บาดเจ็บ และข้อกำหนดเรื่องผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรอง ผลที่ได้ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากมีความรู้สึกที่แนวทางที่ทำได้มีความเหมาะสมดีแล้ว เนื่องจากแนวทางมีไว้เพื่อเป็นแนวในการตัดสินใจแต่มีผู้ให้ข้อมูลจำนวนเล็กน้อย คือ 2 คนกล่าวว่าหลักเกณฑ์ควรจะต้องมีความละเอียดมากขึ้นเพื่อช่วยในการตัดสินใจ เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีลักษณะอาการและอาการแสดงไม่ชัดเจน เป็นต้น และควรต้องมีการระบุข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือกรณีพิเศษที่ควรนำมาประกอบการตัดสินใจคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เช่น กรณีผู้ป่วยที่มีลักษณะรุนแรง หรือผู้ป่วยที่ต้องการการความเป็นส่วนตัว

สำหรับหลักเกณฑ์ในการแยกประเภทผู้บาดเจ็บนี้ ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกคนรู้สึกเห็นด้วยกับการที่ตัดสินใจคัดกรองผู้ป่วยให้มีความรุนแรงกว่าอาการหรือการบาดเจ็บที่เป็นจริงในรายที่

ผู้ป่วยมีอาการหรืออาการแสดงที่ไม่สามารถนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจจัดประเภทได้อย่างชัดเจน เนื่องจากเห็นว่าจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิตมากกว่า ส่วนข้อกำหนดเรื่องบุคคลที่ทำหน้าที่คัดกรอง ส่วนมากเห็นว่าคนที่ทำหน้าที่คัดกรองควรต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากมีความรู้ทางด้าน การพยาบาล การประเมินอาการและสภาพผู้ป่วย อีกทั้งด้วยบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยที่มีมากกว่า แต่ก็มีผู้ให้ข้อมูลบางคนเห็นว่าหน้าที่นี้ผู้ช่วยพยาบาลก็สามารถทำได้ แต่ต้องมีการอบรมเพื่อให้ความรู้ก่อน แต่ทั้งนี้ผู้ที่รับผิดชอบต่อผลที่เกิดจากการคัดกรองที่ไม่ถูกต้องก็คือพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปเป็นแผนภาพแสดงความรู้สึกรู้สึกต่อแนวทางหลักเกณฑ์ และข้อกำหนดในการคัดกรองผู้บาดเจ็บของหน่วยงานไว้ในภาพที่ 5 หน้าถัดไป

ความรู้สึกรู้สึกของพยาบาลต่อแนวทางและข้อกำหนดในการคัดกรองผู้บาดเจ็บของหน่วยงานที่ได้จากงานวิจัยในครั้งนี้ ถึงแม้ผู้ให้ข้อมูลจะแสดงความรู้สึกรู้สึกทั้งการเห็นด้วยว่ามีความเหมาะสมดีแล้ว และไม่เห็นด้วยหรือเห็นว่าควรต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวทางและข้อกำหนดบางประการเพื่อให้การทำงานคัดกรองมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าแนวทางในการคัดกรองมีความเหมาะสมดีแล้ว กล่าวคือ เป็นเสมือนเครื่องมือช่วยในการตัดสินใจ โดยไม่จำเป็นต้องมีรายละเอียดที่มากเกินไปเพื่อความคล่องตัวในการทำงาน ในขณะที่มีผู้ให้ข้อมูลบางคนต้องการให้มีรายละเอียดที่มากขึ้นเพื่อช่วยยืนยันในการตัดสินใจคัดกรองและแบ่งประเภทผู้บาดเจ็บ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อไรที่พยาบาลคัดกรองเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจหรือไม่แน่ใจว่าจะตัดสินใจคัดกรองผู้ป่วยเป็นประเภทใด พยาบาลคัดกรองจะตัดสินใจคัดกรองประเภทของผู้บาดเจ็บในระดับความรุนแรงที่สูงกว่า เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม และผู้ป่วยมีโอกาสที่จะปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิตมากกว่าตามบริบทของหน่วยงาน และขั้นตอนและกระบวนการในการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บแต่ละประเภทของหน่วยงานที่ทำการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของ จันทรา จินดา (2546) ต่อความพึงพอใจของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่ถึงแม้จะไม่พบความแตกต่างของความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังการนำรูปแบบการคัดกรองไปใช้ก็ตาม แต่รายละเอียดของผลการวิจัยรายข้อพบว่า การที่มีการระบุแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองไว้อย่างชัดเจนช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ตลอดจนคู่มือในการคัดกรองผู้ป่วยนี้ยังช่วยให้พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้น แต่จากผลของการนำรูปแบบการคัดกรองผู้บาดเจ็บไปใช้นั้นไม่สามารถทำให้ความพึงพอใจในงานของพยาบาลคัดกรองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนที่จะมีการนำรูปแบบการคัดกรองไปใช้ เนื่องจากยังขาดความชัดเจนและความเหมาะสมบางประการของแนวทางและคู่มือในการคัดกรองที่สร้างขึ้นกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน



ภาพที่ 5 แผนภาพความรู้สึกลึกต่อแนวทาง หลักเกณฑ์ และข้อกำหนดในการคัดกรองผู้บาดเจ็บของหน่วยงาน

คุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรอง

คุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองจากทัศนะของผู้ให้ข้อมูลที่ได้ปฏิบัติงานในหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอใน 2 ประเด็นซึ่งประเด็นแรกเป็นการให้ความเห็นของผู้ให้ข้อมูลต่อคำถามว่า บุคคลที่ทำหน้าที่คัดกรองควรมีคุณลักษณะเช่นไร ซึ่งผู้วิจัยให้ชื่อคุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองแนวคิดนี้ว่า “คุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองตามความเห็นของผู้ปฏิบัติงาน” ส่วนอีกแนวคิดหนึ่งผู้วิจัยจับประเด็นและสรุปมาจากคำสนทนาที่เกิดขึ้นจากการสนทนากับผู้ให้ข้อมูลในประเด็นอื่น ๆ แต่มีเนื้อหาที่สื่อถึงคุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรอง ซึ่งผู้วิจัยตั้งชื่อแนวคิดนี้ว่า “คุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองตามความเห็นของผู้มอบหมายงาน” ดังนี้

1. คุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองตามความเห็นของผู้ปฏิบัติงาน

ข้อมูลที่น่าสนใจในส่วนนี้ผู้วิจัยนำมาจากการที่ผู้ให้ข้อมูลตอบคำถามของผู้วิจัยที่ถามว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่าบุคคลที่ทำหน้าที่คัดกรองควรมีคุณลักษณะอย่างไร ซึ่งสามารถสรุปเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติงานพยาบาลคัดกรอง ด้านการเป็นผู้นำ ด้านการมีจิตสำนึกในการให้บริการ และด้านการบริหารจัดการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ด้านการปฏิบัติงานพยาบาลคัดกรอง

คุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองตามความเห็นของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานพยาบาลคัดกรอง ประกอบด้วย สามารถตัดสินใจประเมินอาการและการคาดการณ์หรือการพยากรณ์โรคล่วงหน้าได้ สามารถประเมินอาการและให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง และมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

1.1.1 สามารถตัดสินใจประเมินอาการและคาดการณ์หรือการพยากรณ์โรคล่วงหน้าได้

ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า พยาบาลคัดกรองควรมีความสามารถในการตัดสินใจในการประเมินอาการและการคาดการณ์หรือการพยากรณ์โรคล่วงหน้าได้เป็นอย่างดี โดยใช้หลักเกณฑ์หรือแนวทางในการคัดกรองมาประกอบการตัดสินใจของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

“มีความรับผิดชอบต่อน้ำที่ เพราะมันเป็นงานที่ต้องรับผิดชอบโดยหน้าที่อยู่แล้ว นอกจากนี้ก็ต้องมีการตัดสินใจ ก็มีไครีทีเรีย (criteria) อยู่แล้ว รวมกับความสามารถส่วนตัว ความสามารถในการตัดสินใจ การสอบถามอาการ กลไกการบาดเจ็บ การดูแลการบาดเจ็บ”

“มีโปรโตคอลมาเป็นไกด์ไลน์ (guideline) ในการตัดสินใจ แต่การตัดสินใจขึ้นอยู่กับคน ๆ นั้นขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ ต้องมีประสบการณ์ .. คนที่มีประสบการณ์ต้องมีประสบการณ์กับคนไข้จริง ๆ ”

1.1.2 สามารถประเมินอาการและให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง

ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัย แสดงถึงคุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองว่า ควรมีความสามารถในการประเมินอาการและสามารถให้การดูแลและช่วยเหลือผู้บาดเจ็บเป็นอย่างดี เช่น การปฐมพยาบาลขั้นต้น การเคลื่อนย้าย เป็นต้น โดยสามารถปฏิบัติได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง

“ปฐมพยาบาลเป็น สังเกตอาการคนไข้ช็อคเป็น และก็สามารถจัดการได้รวดเร็ว จัดการได้อย่างถูกต้อง จัดการคนงาน คนงานที่แบบถ้าจะยกคนไข้แล้วเค้ายกไม่ถูกต้องก็ต้องสามารถบอกคนงานได้ว่าทำให้ถูก สอนคนงานได้ด้วย คนจะไปอยู่ตรงนั้นเป็นเด็กก็ได้ แต่จะต้องทำพวกนี้ได้ จะต้องเคลื่อนย้ายคนไข้ถูก ต้องบอกวิธีการที่ถูกต้องให้เจ้าหน้าที่อื่นได้ ให้ข้อมูลคนไข้ได้และรู้ว่าคนไข้มีอาการอะไรประเมินได้ในกลุ่มอาการที่จะเป็นอันตรายต่อคนไข้ได้ว่า คนไข้คนนี้ควรจะได้รับการดูแลรักษาที่แบบเร่งด่วนนะรอไม่ได้หรือรอได้นิดนึง แล้วต้องแบ่งแยกกลุ่มได้ด้วยว่าคนนี้ต้องทำยังไงได้”

“อย่างน้อยคือจะต้องมีความรู้แล้ว ต้องมีการสังเกต สามารถสังเกตอาการของผู้ป่วยได้ค่อนข้างรวดเร็ว สามารถคุยกะผู้ป่วยและญาติได้อย่างรวดเร็วในการซักประวัติ ในการประเมินคนไข้ครั้งแรกและดูคนไข้ที่อยู่ในภาวะวิกฤติได้อย่างรวดเร็ว โดยที่มันเป็น เซนส์ (sense) มันเป็นปฏิกิริยา คือเห็นแล้วรู้เลยว่าคนไข้คนนี้คนไข้วิกฤตินะ มีประสบการณ์ที่ดูแลผู้ป่วย”

1.1.3 มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

จากข้อมูลที่พบ ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า พยาบาลคัดกรองนอกจากจะต้องมีความสามารถในการปฏิบัติงานดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังจะต้องมีการสังเกต วิเคราะห์ผลการทำงานของตน และนำข้อผิดพลาดหรือปัญหาที่พัฒนาดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

“หากคุณมีปัญหาในการทำงาน ถ้าคุณเก็บข้อมูลคือคุณปฏิบัติงานไปแล้วคุณมีปัญหา แต่คุณไม่ปล่อยมันทิ้งไป คุณยังนำปัญหามาเพื่อวิเคราะห์ แล้วก็สังเกตตัวคุณเองว่าคุณทำงานได้ในระดับไหนแล้วพัฒนาตัวเอง มันจะยังทำให้ คือหนึ่งคุณได้พัฒนาตัวเอง สองพอคุณพัฒนาตัวเองดีในระดับนี้คุณก็สามารถพัฒนางานตามวางแผนคุณทำให้รู้สึกยังงั้น มันเป็นความภาคภูมิใจ คุณช่วย

เค้าได้ตีคุณก็จะภูมิใจมากกว่า แล้วถ้าคุณรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตัวเองแล้วมันก็จะยกระดับคุณขึ้นไปอีก”

1.2 ด้านความเป็นผู้นำ

คุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองตามความเห็นของผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยสามารถสรุปได้ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นผู้นำของผู้ปฏิบัติงานนี้ ประกอบด้วย มีบุคลิกเป็นผู้นำ สามารถสั่งการ และกล้าตัดสินใจ มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารและเจรจาต่อรอง มีสติและสามารถดูแลช่วยเหลือให้ผู้อื่นมีสติด้วย เป็นคนมองรอบด้าน ไม่ปกป้องหรือด่วนตัดสินใจ มีความอดทนอดกลั้น มีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ที่นอกจากเหนือจากทฤษฎี หรือแนวปฏิบัติที่มี

1.2.1 มีบุคลิกเป็นผู้นำ สามารถสั่งการ และกล้าตัดสินใจ

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลคัดกรองต้องมีบุคลิกความเป็นผู้นำ สามารถสั่งการ และกล้าตัดสินใจ โดยการพยาบาลคัดกรองต้องสามารถกระตุ้นทีมงาน ได้แก่ คนงานและเวรเปล ให้มีความกระตือรือร้นในการทำงาน การตัดสินใจสั่งการให้เขาปฏิบัติงานตามหน้าที่ เป็นต้น

“การแมนเนจคน ณ ตำแหน่งตรงนั้น เพราะว่าบางที่เราอยู่กับเจ้าหน้าที่ที่เป็นคนงาน คนที่เขาจะช่วยเหลือเรา คือช่วงนี้ไม่มีเด็กใหม่มากมาย ส่วนมากก็จะอินเนอร์ท (inert) กันนะ พอเรียกบางคนก็ไม่มา มันกลายเป็นเราที่ต้องบังคับให้เขามา ... ถ้าเราไปเขาก็ต้องไปพร้อมเรา บางคนเขาเก่งนะเขารู้หลบงาน พอเจอรถโรงพยาบาลอื่น เขาจะบอกว่าคุณ ๆ รถของโรงพยาบาลอะไรมาไม่รู้เขาไม่ยอมลงไป พอเราลงไปดูก็ต้องก๊ว๊กมือเรียกแทนที่จะตามลงไปพร้อมกัน เราก็ต้องตะโกนมา ... คนที่อยู่หน้าบ้านต้องรู้จักเขานิดนึง คืออย่างตัวเขาเองโดยตำแหน่งหน้าที่เขาเคารพเราอยู่แล้ว เขาไม่กล้าขัดเรามากมายยกเว้นคนที่อยู่มานาน ... คือ ไม่ยากใช้คำว่าเป็นผู้นำหรือเป็นผู้นำแล้วดูเป็นลีดเดอร์ (leader) ยังไงไม่รู้ อยากให้เป็นผู้ร่วมงาน ทำงานไปด้วยกัน คืออยากให้เป็นทีมมากกว่า คือถ้ามันมีลีดเดอร์ มีผู้นำซะคน มันเหมือนว่ามีอะไร ๆ ก็สั่ง มันมีหัวหน้าทีมอยู่แล้ว หัวหน้าทีมซอฟ (soft) ๆ ก็ได้ ไม่ใช่มีอะไรก็สั่งเพราะเขาก็คนเหมือนกัน”

“มีอีกอย่างคนที่มานั่งจะต้องจ่ายงานคนงาน นอกจากคัดกรองบางครั้งคนงานก็จะมีเที่ยงงานกันคนนี้ออกทำงานนี้ไม่ออกทำงานนี้ก็ต้องจัดการได้ และเมื่อมีคนไข้มาก็ต้องดูแลเค้าได้ ต้องบอกเค้าเรื่องการเคลื่อนย้ายให้เค้าช่วยได้ บางครั้งคนงานไม่มีก็ต้องเรียกให้รีบ. ช่วยเค้าก็พอ เป็นอยู่บ้างแต่ก็ต้องบอกเค้า ก็ต้องมีทักษะการบริหารจัดการ เป็นผู้นำ และจะอย่างไรให้คนอื่นทำตามเราได้ ... ก่อนอื่นก็ต้องทำให้เขานับถือ แต่ต้องรู้ว่าหน้าที่คือหน้าที่ คุณมีหน้าที่ต้องช่วยเรา คุณต้องช่วยเราจะไม่ไปจี้ว่าจะต้องทำอย่างนั้นอย่างนี้”

1.2.2 มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารและเจรจาต่อรอง

ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า พยาบาลคัดกรองควรจะต้องสามารถติดต่อสื่อสารและประสานงานกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี เช่น การติดต่อประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยกับจุดตรวจหรือหน่วยงานอื่น ๆ และการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับตลอดจนผู้ป่วยและญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

“ความกล้าก็จะได้เปรียบที่อยู่ได้ ... คนที่อยู่หน้าบ้านยัง ings ก็ต้องมีความกล้าอยู่แล้ว เพราะต้องลงไปดูผู้ป่วยอยู่แล้ว แล้วอีกอย่างอยู่ดีก็อุบัติเหตุ มันเห็นคนไข้แบบนี้มาเยอะ เขาก็กล้าดู ใช้คำว่าเจรจาต่อรองดีกว่าใช้คำว่ากล้าคงไม่เหมาะ ... ในการย้ายผู้ป่วย อย่างในเคสที่กำลังระหว่างอุบัติเหตุกับเมด อย่างคนไข้กินยากริดซิมือ ถ้าเป็นตัวเองก็ส่งให้เขาก่อนแต่ก็ลงไปบอกให้เขาดูแลตรงนั้นก่อน ถ้าคนไข้ดีเรียบร้อยไม่มีปัญหาอะไรแล้วค่อยส่งมาหาเราเรื่องเย็บแผลอะไรก็ได้...”

“... คำว่าเจรจาคือการคุยกับทุกคนแล้วมันเป็นการคอนแทค (contact) กับบุคคลคนทุกคนที่เราเกี่ยวข้องด้วย ไม่ว่าจะเป็นหมอ คนงาน เจ้าหน้าที่เวชระเบียน ... การเจรจาควรมีอยู่ในทุกคน เพราะทุกคนต้องมีการคุยอยู่แล้วเพียงแต่ว่าความคิดเห็นว่าจะพูดคุยยังไงไม่ให้มีความขัดแย้ง และมีประนีประนอมกันได้ เพื่อให้การทำงานราบรื่นได้ก็จะดีที่สุด ... การที่เราอยู่ตรงนั้นที่อาจเราไม่ได้คุยกับคนไข้ เราต้องคุยกับญาติผู้ป่วย เราต้องคอนแทคกับคนค่อนข้างเยอะ ไม่ว่าจะเป็นตรงไหน ยังไงก็ตามแต่เพียงแต่ว่าเราจะคุยยังไง”

1.2.3 มีสติและสามารถดูแลและช่วยเหลือผู้อื่นให้มีสติ

เนื่องจากลักษณะทั่วไปของผู้มารับบริการที่หน่วยงานที่ศึกษานี้เป็นผู้ประสบอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยทันทีทันใด ผู้ประสบเหตุการณ์ไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อนตามที่ผู้วิจัยได้นำเสนอไว้ในประเด็นเรื่องบริบทของหน่วยงานและผู้มารับบริการในหน่วยงานบ้างแล้ว ผลที่ได้จากการวิจัยจึงพบว่า พยาบาลคัดกรองซึ่งเป็นบุคคลแรกที่ได้พบเจอกับผู้ใช้บริการที่ไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ จึงต้องเป็นคนที่มีความมีสติและสามารถที่จะดูแลช่วยเหลือผู้มารับบริการให้มีสติด้วยเช่นกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลของผู้มารับบริการที่ถูกต้อง ตรงประเด็นและทันเหตุการณ์

“ถ้าพูดตามความจริง โดยทั่วไปคนไข้อุบัติเหตุก็ต้องดูแลด้านจิตใจทั่วไปอยู่แล้ว แต่ว่าถ้าที่อาจเนี่ย ถ้าอาจจะเพิ่งประสบอุบัติเหตุเป็นขั้นต้น ก็อาจจะต้องดูมากหน่อย ถ้าอย่างคนตกใจอะไรอย่างเนี่ย ก็ต้องดูเพิ่มขึ้นต้องเน้นในส่วนนี้ด้วย ... บางทีเค้าตกใจ เค้าไม่สามารถบอกเหตุการณ์เรา

ได้ชัดเจนก็ต้องพยายามสอบถามข้อมูล ถ้าอย่างเป็นสภาวะด้านจิตใจก็ต้องคลาม (clam) เคঁลางก่อน ทำให้เคঁลางสงบก่อน เพื่อจะได้สอบถามข้อมูล ได้ถูกต้อง ก็ต้องเอาหลักใจความสำคัญในการที่จะไปดูแลคนไข้ต่อเนื่อง ก็ถ้าอย่างคนไข้มีภาวะตกใจ ตื่นเต้น ตกใจมา เราก็ต้องให้เคঁลางสงบลงก่อน ก็ต้องปลอบก่อน ก็อาจจะต้องใช้เทคนิคทางด้านจิตเวชเข้ามาช่วย ต้องทำให้เคঁลางหายตื่นเต้น บางคนมือสั่น เขียนไม่ไหวเขียนไม่ได้ ก็ต้องช่วยเขียน พุดให้เคঁลางสงบ เคঁลางจะได้ปรับระดับจิตใจของเคঁลาง จะได้มีสติมากขึ้น ในการที่จะให้ข้อมูลรายละเอียดขั้นต้น”

1.2.4 เป็นคนมองรอบด้าน ไม่ปักใจหรือด่วนตัดสินใจ

นอกจากนี้คุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองด้านความเป็นผู้นำที่พบจากการวิจัยอีกประการหนึ่ง คือ พยาบาลคัดกรองควรต้องเป็นคนมองรอบด้าน ไม่ปักใจหรือด่วนตัดสินใจ เช่น การสืบหาข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วยเพื่อนำมาใช้ประกอบการดูแลรักษาพยาบาล ซึ่งพยาบาลคัดกรองควรพิจารณาข้อมูลที่ผู้ป่วยหรือญาติให้ความมีความสมเหตุสมผลหรือไม่ และบางครั้งไม่ควรด่วนตัดสินใจโดยสรุปจากสิ่งที่เคยเกิดขึ้นมาก่อน เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้ป่วยเกี่ยวกับบาดแผล ดังนั้นข้อมูลที่ได้ส่วนหนึ่งจึงมีผลต่อรูปคดี ตลอดจนสิทธิการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ด้วย

“คนที่อยู่ตรงนี้ก็ควรจะเป็นคนที่มองอะไรกว้าง ๆ เพราะว่าถ้ามองปัญหาแคบมันจะไม่เห็นทุกปัญหาทุกส่วน เพราะว่าเวลาเคঁลามาเนี่ย บางทีเราก็พลาดอะไรไป มันก็มีผลต่อคนไข้ได้เหมือนกัน มองอะไรให้มันกว้างขึ้น แล้วก็มองอะไรให้เป็นด้านบวก ... ก็คืออย่างถ้าเราอยู่ที่อาจแล้วคนไข้หรือญาติมาแจ้งแล้วพอมาดูเหตุการณ์จริง ๆ ไม่ตรงกัน เราก็จะต้องกลับไปซักถาม ถ้าเทคนิคที่ใช้เนี่ยถ้าอย่างบางทีเขาระเบียบเคঁลางเข้ามาแล้วเนี่ยมันไม่ตรงกัน ก็จะใช้เทคนิคว่าพญาติเข้ามาคุยต่อหน้าคนไข้เลย 2 คนคุณจะต้องให้ประวัติตรงกัน คุณจะเลือกประวัติไหนก็แล้วแต่ เพราะว่าอันนี้มันขึ้นกับสิทธิของคุณ แล้วมันก็จะส่งผลต่อสิทธิการรักษา ต่อรูปคดีอะไรต่อไป...”

“... แต่ว่าถ้าจำเป็น ถ้าเป็นตัวเองก็จะใช้วิธีการ โดยที่ว่าจะต้องมายืนยันสาเหตุที่ถูกต้องให้ได้ แล้วเอาแค่สาเหตุหนึ่งแต่จะไม่ยอมปล่อย ต้องพยายามให้เคঁลางแจ้งสาเหตุที่แท้จริงให้ได้ ... เพราะมันจะมีผลต่อไปเรื่อย ๆ ทางคดีบ้างอะไรบ้าง เพราะมันก็จะเป็คดีทั้งหมด ต้องระวังเรื่องคดีให้มาก ๆ ถ้าพุดถึงเจ้าหน้าที่ที่ทำงานจะคิดถึงเรื่องทางคดีน้อย ค่อนข้างน้อยมาก เพราะฉะนั้นต้องเน้นให้ถูกต้องว่าอะไรอย่างไร ต้องฝึกเจ้าหน้าที่ว่าต้องระวังยังไง เพราะคุณต้องทำงานเกี่ยวกับชีวิตคน ต้องทำงานเกี่ยวกับกฎหมาย”

1.2.5 มีความอดทนอดกลั้น

คุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองที่ได้จากงานวิจัยอีกประการหนึ่ง คือ การมีความอดทนอดกลั้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลชี้แจงว่า การทำหน้าที่คัดกรองต้องมีการติดต่อบริการกับคนจำนวนมาก และบางครั้งก็ต้องให้ข้อมูลซ้ำไปซ้ำมาเรื่องเดียวกันหลายครั้ง ตลอดจนการที่ต้องประสบพบเจอเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การที่ผู้ป่วยหรือญาติอารมณ์ไม่ดีและมาแสดงอารมณ์กับพยาบาลคัดกรอง เป็นต้น

“เพราะการอยู่จุดคัดกรองนี้ต้องใช้ความอดทนสูง ได้การเรียนรู้ และการเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ การเรียนรู้ด้วยปัญหาเนียแหละจะดีกว่าการสอน”

“การที่เราอยู่ตรงนั้นที่อาจเราไม่ได้คุยกับคนไข้เราต้องคุยกับญาติผู้ป่วย เราต้องคอนแทกกับคนค่อนข้างเยอะ ... อย่างคนไข้ที่รัฐสชชิตเราต้องให้ญาติอยู่ข้างหน้า ญาติมาเป็นสปีชี่สปีชคนเราก็ต้องให้อยู่ข้างหน้า ไม่ให้เข้าไปข้างใน อยู่แล้วเขาก็ต้องมาถามอยู่แล้วยังไง คนไข้ที่ไหนทำยังไงเป็นอะไรบ้าง ... เราต้องมีความอดทนนิดนึงนะเพราะถามกันสปีชคน คำถามเดิม ๆ ... ตอบเรื่องคนไข้คนเดิมหลาย ๆ ครั้งแล้วหงุดหงิดมันเป็นกันทุกคนอยู่แล้วเพราะตอบกันซ้ำ ๆ ซาก ๆ มันถามกันไม่ได้ ญาติมาด้วยกันทำไมไม่ถามกันเองก่อน มันมีอยู่แล้วซึ่งเราเห็นเวลาบางที่เราอยู่ด้วยกับคนอื่นไซ้ใหม่ แล้วคนอื่นเขาพูดว่า เฮ้ยทำไมมาถามอยู่ได้จะถามอะไรนักหนา ... ส่วนมากก็จะตอบกับเขาว่าให้ไปถามเพื่อนเขาก่อน ถามว่าหงุดหงิดบ้างไหม อาจจะเคือง ๆ ในอารมณ์นิดหน่อยแต่ก็ไม่เคยแสดงออกมามากมายหรืออาจจะแสดงแต่ไม่รู้ตัว ... เราต้องยอมเขาเพราะเขาเป็นผู้รับบริการ...”

“บางทีเจอญาติวันแต่กลางที่ใครไม่ได้ก็ถึงที่เรา เราก็อ้างไป เรายังไม่รู้เรื่องเลย แต่บางทีเราไม่รู้เรื่องเราเถียงไม่ได้ บางทีเราใช้คำพูดของเราที่เราคิดว่าพูดดีกับเขาแล้ว เขาก็จะจี้จี้ขึ้นมาคุณพูดยังงี้กับฉันได้ยังไง เราจะงงไปอึดใจไปเหมือนกัน ฉันพูดอะไรผิดเราก็อ้างทำไมต้องไปขอโทษเขา เพราะเราก็อ้างเหมือน โดยตำแหน่งเราคือตอนนั้นเราให้บริการ ถ้านอกเครื่องแบบอีกเรื่องนึง มันอาจจะทะเลาะกันได้ แต่ตอนนี้เราทำงานอยู่ เราก็มีสักคี่ศรีของเราในฐานะเขาเป็นผู้รับบริการ ณ ขณะนั้น”

1.2.5 มีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ (นอกจากทฤษฎี หรือแนวปฏิบัติที่มี)

ผลการวิจัยยังพบอีกว่า ในบางครั้งพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองก็ควรจะต้องมีความยืดหยุ่นในการพิจารณาตัดสินใจประเภทผู้ป่วยที่ไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของสถานการณ์ในขณะนั้น เช่น การที่ต้องอำนวยความสะดวกและการพิจารณา

ถึงความเป็นส่วนตัวให้แก่ผู้ป่วยบางราย โดยเฉพาะ หรือการที่ต้องพิจารณาถึงความปลอดภัยและ ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยรายอื่นในกรณีที่มีผู้มารับบริการที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในภาวะที่ไม่ สงบ เป็นต้น โดยพยาบาลคัดกรองนี้จะต้องมีการสื่อสารเพื่อความเข้าใจกับพยาบาลประจำพื้นที่ บริการต่าง ๆ ให้เข้าใจตรงกันด้วย

“แต่บางครั้งในการบริการเราก็ต้องทำโดยที่ไม่เข้าเกณฑ์และแจ้งให้เจ้าของห้องรับทราบ ก็คิดว่าน่าจะเป็นการอนุโลมกันได้ สามารถยกเว้นกันได้ ... ก็คือจิตใจนะในการช่วยคนไข้ ... ถ้าเรา ไม่ทำก็อาจจะส่งผลเสียกับหน่วยงาน หรืออาจบางที่เป็นผู้ใหญ่คนมาเยี่ยมเยอะ ถ้าจะให้เดินตรวจ ก็อาจจะไม่สะดวก แต่ถ้าให้นอนเปลก็จะมีส่วนที่เป็นสัดส่วน ซึ่งบางครั้งคนมาเยี่ยมก็จะเยี่ยม ได้ สะดวก ... เพราะการให้การดูแลคนไข้อันดับแรกก็ต้องคำนึงถึงมาตรฐานก็จริง แต่สำหรับคนก็จะ นึกถึงการให้บริการบางครั้งต้องยืดหยุ่นพอสมควร อีกกรณีหนึ่งคนไข้ที่มีปัญหาทางด้านจิตเวช มี ความรู้สึกว้าวุ่นอย่างร้ายที่ผู้ป่วยต้องทำการรักษานานเอาชิ้นเปลนี้เย็บจะคิดว่า ดีต่อการเคลื่อนย้าย และ ไปตรวจต่าง ๆ ก็คือตามประสบการณ์ คนรับเขาอาจลำบากใจที่เราไม่ได้ทำตามไกด์ไลน์ บางที เขาก็คิดว่าเสียมาตรฐานหรือเปล่า...”

“นอกจากความรู้แล้วต้องมีความยืดหยุ่น เพราะถ้าดึงเกินไปเนี่ยบางครั้งการตัดสินใจอาจ ทำให้เกิดปัญหาขึ้นมาได้ แต่ถ้าเกิดเอาความยืดหยุ่นพ่วงเข้าไปด้วยก็จะทำให้ปัญหาลดลงมาได้”

1.3 ด้านจิตสำนึกในการให้บริการ

คุณลักษณะสำคัญอีกประการหนึ่งของพยาบาลคัดกรองที่ได้จากงานวิจัย คือ ความ จิตสำนึกในการให้บริการ โดยพยาบาลคัดกรองควรจะต้องมีจิตสำนึกในการบริการที่ดี มีความ กระตือรือร้นและตื่นตัวอยู่เสมอ

1.3.1 มีจิตสำนึกที่ดีในการให้บริการ

การมีจิตสำนึกที่ดีในการให้บริการของพยาบาลคัดกรองเป็นคุณลักษณะสำคัญอีก ประการหนึ่ง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า จุดคัดกรองเป็นจุดที่จะสร้างความประทับใจด้านแรกในการมา รับบริการเนื่องจากเป็นจุดด่านหน้าในการต้อนรับผู้มารับบริการในโรงพยาบาลและหน่วยงาน ดังนั้นพยาบาลหรือบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองนอกจากจะมีความรู้ที่ดีแล้ว ยังจะต้องมีบุคลิกภาพที่ ดี มีธรรมาศยไมตรี เป็นต้น

“จริง ๆ คนที่อยู่จุดคัดกรองเนี่ย อี.เอส.บี. (ESB) ก็เป็นเรื่องสำคัญ เพราะอย่างคนไข้ที่ดีก็ เราเนี่ยก็ไม่ได้มีหน้าที่คัดกรองอย่างเดียว ก็มีหน้าที่ดูคนอื่นผ่าน ไปผ่านมา คือคนไข้บางคนที่เราคัด

กรองว่าอยู่จุดดีได้ คือคนพวกที่เค้าจะรู้สึกตัวดี อี.เอส.บี.ก็เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้เค้าประทับใจ หรือไม่ประทับใจ ต้องมีความรู้ดี บุคลิกภาพ พฤติกรรมที่ดี มีธรรมาศัยที่ดี เพราะคนไข้มีหลายแบบ”

“หลาย ๆ คนมองว่าหรือว่าเป็นคนเดินผ่านก็อยากมีประชาสัมพันธ์ คือบางทีไม่ได้อยู่ตรงจุดนั้น พอเราเดินผ่านหน้าตาบึ้งตึงพูดห้วนไปหน่อย...บางคน... ไม่ใช่แบบว่าอาจจะ ท้อใจแง่ประสบการณ์เยอะเรื่องการพูดจาไม่ดีมันก็ไม่เหมาะ ในความรู้สึกคิดว่ามันก็น่าจะไปด้วยกัน ในความเห็นคนอื่นมีประสบการณ์ก็อาจจะได้ทุกคนอะไรดี แต่มันเป็นชื่อเสียงหน้าตาดีอะ”

1.3.2 มีความกระตือรือร้น

จากข้อมูลยังพบอีกว่า ความมีจิตใจในการบริการที่ดีอีกประการหนึ่งคือ การที่บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการทำหน้าที่ ตื่นตัวและเตรียมพร้อมอยู่เสมอด้วย

“จะต้องเป็นคนที่มีความรวดเร็วทันใจและกระตือรือร้นในการทำงาน ไม่ใช่มานั่งมองอย่างเดียว ... จุดนี้มันเป็นจุดแรกมันต้องรุก ... นอกจากเชี่ยวชาญใช้ความรู้ประสบการณ์และก็อาจจะต้องกระตือรือร้นในการไปดูแลคนไข้ด้วย”

“มันจะมีการตื่นตัวตลอดเวลาที่เราต้องอยู่ข้างหน้าเนี่ย เราจะต้องเตรียมความพร้อมตลอด ถ้าอยู่ข้างหน้าผมจะมีความตื่นตัวอยู่ตลอด คือถ้าอยู่ข้างหน้าก็คอยที่อาจคนไข้ คือเป็นความรับผิดชอบอะ ไม่อยากให้มันเสียความรับผิดชอบ ... คือตัวเองบอกว่าถ้าตัวเองอยู่ข้างหน้าตัวเองจะรีบเข้าไปจำแนกคนไข้และดูว่าจะเคลื่อนย้ายยังไง”

1.4 ด้านการบริหารจัดการบุคคล

คุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองที่ควรจะมีอีกด้าน คือ คุณลักษณะด้านการบริหารจัดการ โดยพยาบาลคัดกรองควรจะสามารถในการบริหารจัดการเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วย ญาติ และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาล มูลนิธิหรือหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ที่มาส่งผู้ป่วย เป็นต้น

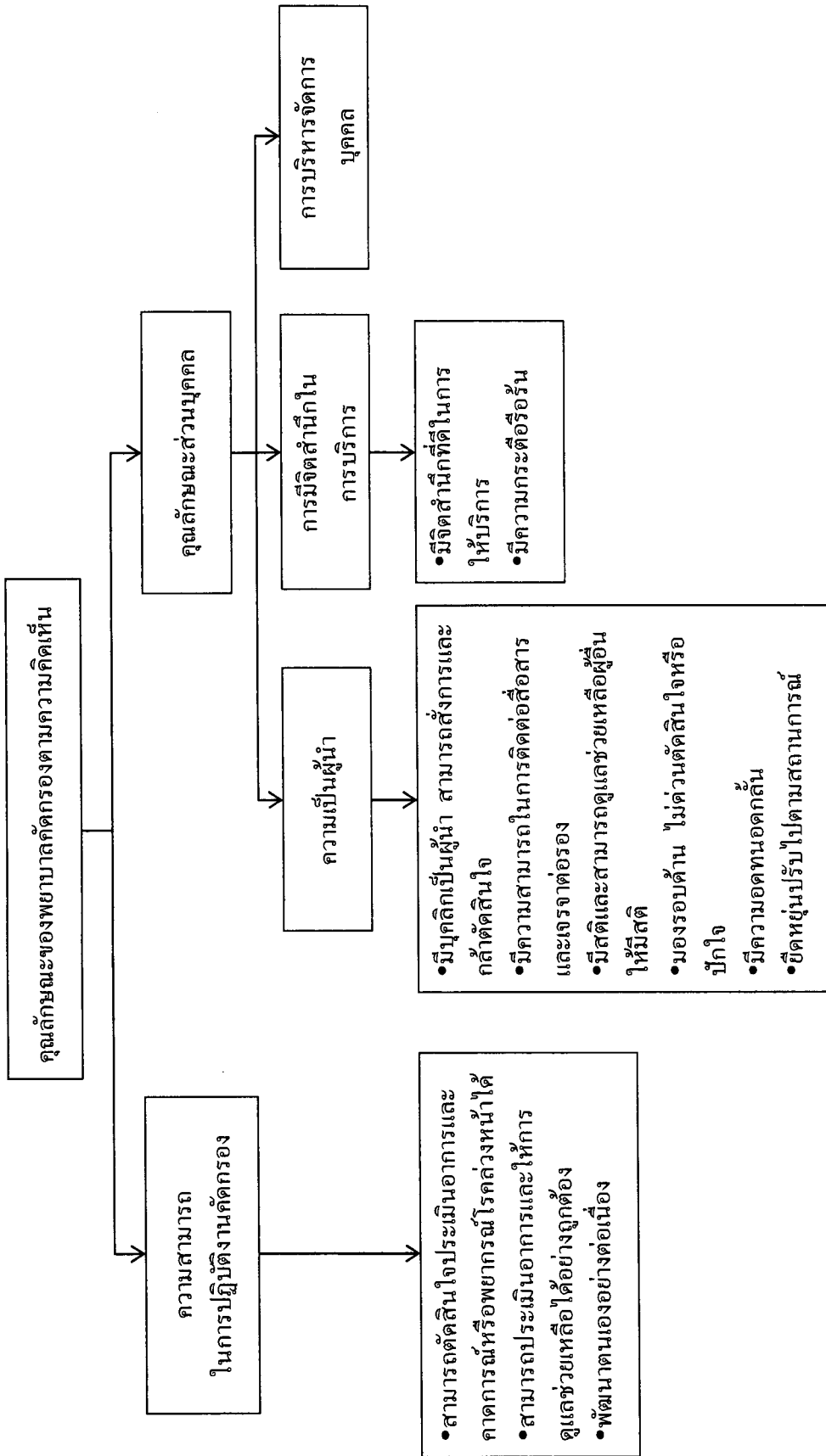
“ก็เคยเจอที่บอกว่า เอามอเตอร์ไซค์ขึ้นข้างบนเลย อันนั้นญาติค่อนข้างตกใจ ก็เข้าใจญาติก็เอาเปลไปรับ ... ก็คือเรื่องคุยกับญาติสำคัญมากกว่ามั้ง ก็ให้เค้าพักสักแป๊บหนึ่ง ก่อนก็คุยกันรู้เรื่อง ... พอถามชื่อก็จะตอบให้รักษาไปก่อนอะไรอย่างเนี่ย จะมาถามชื่อกันทำไม ก็ค่อนข้างโวยวายจะมาถามชื่อกันทำไม เมื่อก่อนเด็ก ๆ ก็จะมีหงุดหงิด เดียวนี้เริ่มรู้สึกเริ่มเข้าใจคน โฉน่รุนแรงก็มาถามคนนี่

หรือรอพ่อแม่เข้ามาก่อนค่อยถามก็ได้... ขนาดบางคนเป็นพยาบาลนี้แหละแค่ข้อเท้าพลิกก็ยังไม่ตอบ ไม่ตรงคำถาม”

“เราไปที่อาจคนไข้เราต้องแมนเนจงานกับคนอื่นด้วย บางครั้งการแมนเนจงานเนี่ย เราไม่อยากไปอะไรเค้ามามาก คือไปใช้เค้ามามากแล้วบางทีการไปใช้คนงานบางครั้งเค้าไม่พึงพอใจ มีการต่อรองเคียวรอนห้อยรอนคนโน้นคนนี้ทำให้เรารู้สึกว่า เออ.. ในเมื่อคนอยู่ก็ควรจะไปไม่ควรจะมารอใคร... เหมือนมีการต่อรอง ไปไหนก็ไม่บอก อยู่ ๆ ก็ไปแล้วคือเราต้องใช้คนหายไปที่ก็ไม่บอก มันทำให้เรารู้สึกถ้าเราอยู่ตรงนั้นต้องรับผิดชอบคนงานและหัวหน้าเค้าก็บอกว่าเราต้องรับผิดชอบแมนเนจเองให้ได้รูปแบบเนี่ยมันก็เป็นภาระ”

โดยสรุป คุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองที่ได้จากงานวิจัย ประกอบด้วย คุณลักษณะ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน ด้านความเป็นผู้นำ ด้านจิตสำนึกในการให้บริการ และด้านการบริหารจัดการบุคคล โดยพยาบาลควรจะมีความรู้ความสามารถในการตัดสินใจในการประเมินอาการและการคาดการณ์หรือการพยากรณ์โรคล่วงหน้าได้ สามารถประเมินอาการและสามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง และมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ด้านความเป็นผู้นำ ได้แก่ การมีบุคลิกเป็นผู้นำ สามารถสั่งการ และกล้าตัดสินใจ มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารและเจรจาต่อรอง มีสติและสามารถดูแลช่วยเหลือให้ผู้อื่นมีสติด้วย เป็นคนมองรอบด้าน ไม่ปักใจหรือด่วนตัดสินใจ มีความอดทนอดกลั้น มีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ที่นอกจากเหนือจากทฤษฎี หรือแนวปฏิบัติที่มี ด้านจิตสำนึกในการให้บริการ ได้แก่ การมีจิตสำนึกในการบริการที่ดี มีความกระตือรือร้นและตื่นตัวอยู่เสมอ และด้านการบริหารจัดการบุคคล ได้แก่ บุคลากรอื่นที่ปฏิบัติงานด้วย ผู้ป่วยและญาติ อาสาสมัครมูลนิธิและเจ้าหน้าที่ของหน่วยแพทย์ฉุกเฉินต่าง ๆ เป็นต้น

ทั้งนี้คุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองตามความคิดเห็นที่ได้จากงานวิจัยในครั้งนี้ สามารถสรุปนำมาสรุปรวมได้เป็น 2 คุณลักษณะสำคัญ ได้แก่ คุณลักษณะด้านความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานคัดกรอง และคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ประกอบด้วย ความเป็นผู้นำ ความมีจิตสำนึกในการให้บริการ และการบริหารจัดการบุคคล โดยผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้นี้มาสรุปและนำเสนอเป็นแผนภูมิแสดงคุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองตามความคิดเห็น ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 6 แผนภูมิคุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองตามความคิดเห็น

2. คุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองตามความเห็นของผู้มอบหมายงาน

จากข้อมูลที่น่าสนใจข้างต้นที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงเรื่องของการมอบหมายงานที่บางครั้งเหมือนไม่เป็นธรรมสำหรับผู้ให้ข้อมูลบางคน ตลอดจนข้อมูลที่ผู้วิจัยได้นำเสนอในส่วนของความรู้สึกในด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากความรู้สึกได้รับความไม่เป็นธรรมในการมอบหมายงาน ผู้วิจัยจึงได้มีการถามในส่วนของผู้ให้ข้อมูลบางคนที่ปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้าเวรนอกเวลาราชการด้วยว่ามีการตัดสินใจอย่างไรในการมอบหมายหน้าที่ให้แก่บุคลากรในเวรแต่ละคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่มาปฏิบัติหน้าที่ใน ณ ตำแหน่งคัดกรองผู้บาดเจ็บสามารถสรุปคุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองตามการมอบหมายงานออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถในการปฏิบัติงานคัดกรอง และด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งมีรายละเอียดของข้อมูลแต่ละด้าน ดังนี้

2.1 ด้านความสามารถในการปฏิบัติงานคัดกรอง

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย พบว่า คุณลักษณะของพยาบาลที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ประกอบการตัดสินใจจำนวนมากที่สุด คือ ด้านความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาล ซึ่งความหมายของคนที่มีความสามารถในการปฏิบัติงานในที่นี้ คือ คนที่มีประสบการณ์มากพอ โดยไม่ใช่อำนาจหน้าที่ทำงาน คนที่มั่นใจว่าจะปฏิบัติงานได้ทั้ง 2 พื้นที่ให้บริการ (จุดคัดกรองและห้องผู้ป่วยฉุกเฉินมาก) และคนที่มีความสามารถในการตัดสินใจและจัดลำดับความสำคัญได้ดี

2.1.1 คนที่มีประสบการณ์มากพอ ไม่ใช่จำนวนปีที่ทำงาน

ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นไว้ว่าคำว่าประสบการณ์มากพอนี้ ไม่ใช่จำนวนปีที่ทำงาน แต่ได้ขยายให้เห็นถึงความหมายของคำว่าประสบการณ์มากพอว่า คือการที่เป็นคนที่มีความสามารถในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ มีการตัดสินใจที่ดี มีความรับผิดชอบในการทำงาน ร่วมกับทีมและการดูแลผู้ป่วย มีสนใจและกระตือรือร้นในการทำงาน จำนวนปีไม่ใช่เรื่องสำคัญ หากบุคคลเหล่านั้นมีคุณลักษณะดังกล่าว

“สำหรับตัวเอง ... ต้องเป็นคนที่มีประสบการณ์มากพอ ไม่ใช่จำนวนปีที่ทำงาน แต่เป็นคนที่มีความสามารถมากกว่า ซึ่งมันวัดยากเหมือนกันว่าจะวัดยังไง แต่คือสมมติตัวเองเหมือนว่าคนเราก็จะดูการทำงานของแต่ละคนว่าเป็นไง แอคทีฟ (active) มั้ย ใส่ใจคนไข้มั้ย หรือว่าเพิกเฉยไม่สนใจ เรื่อย ๆ ทำไปเหมือนว่าสักแต่ว่าทำ ๆ ให้มันจบไป ต้องการอะไรก็ทำ ๆ ไป รายงานติดตามอะไรก็เล่าเราก็ไม่รู้แต่ลักษณะที่เราดูคนที่อยู่บ่อย ๆ และสามารถทำได้คือมันจะมีตรงนี้ได้ แสดงความสามารถ ตัดสินใจได้ดี แล้วบุคลิกภาพในการแสดงออกทางด้านการทำงาน มีความ

กระตือรือร้น ใส่ใจ การตัดสินใจไม่ใช่ก้าวร้าว จะคิดอะไรก็ต้องมีเหตุผลมีความรู้ตอบคำถามได้ ว่าทำแบบนี้เพราะอะไรยังไง แล้วก็ถึงไหนแล้ว...”

“...อายุงานจำนวนปี ไม่ได้บอกคุณภาพ แต่คุณภาพในการทำงานที่เราเห็น ทำที่ การตัดสินใจในการทำงานกับคนใช้ การร่วมงานกับทีม คิดต่อเนื่องไปได้คาดคะเนไปได้ว่าต้องทำอะไรยังไงเป็นลำดับ สามารถเรียงลำดับความสำคัญอะไรได้ ประมาณสถานการณ์แล้วก็เหมือนว่าทำงานออกมาแล้วได้ดี ... ทุกอย่างต้องมีการเริ่มต้น ทุกคนต้องอาศัยประสบการณ์ในการลงมือทำเราก็อยากให้ลองถูกมากกว่าลองผิด แต่ถ้าเกิดเราไม่ได้ทดลองเด็กใหม่เค้าก็ไม่มีประสบการณ์ ไม่มีการตัดสินใจ ไม่ได้ลองทำซักที แล้วก็ไม่ใช่เป็นการให้โอกาส เป็นการตัดโอกาสเกินไป แต่มันต้องมีการเริ่มต้น จะเริ่มยังไงก็ต้องมีพี่เลี้ยงคอยดู พี่เลี้ยงก็ต้องเต็มที่ ไม่ใช่เล่น ๆ ไม่ใช่ใจ ... ในความรู้สึกตัวเองแรก ๆ น่าจะต้องมี แต่ในทางปฏิบัติอาจจะทำไม่ได้”

“ถ้าพูดตามความจริงแล้ว หลักการของคนที่ดีอาจ ต้องดูซีเนียร์ เพราะว่าหนึ่งต้องใช้ประสบการณ์ ต้องใช้การตัดสินใจในระยะเวลาสั้น ๆ แต่ในการตัดสินใจของตัวเอง ... ระดับซีเนียร์ไม่ได้บอกเรื่องระดับการตัดสินใจของคน น้องบางคนตัดสินใจได้ดีกว่าพี่บางคนด้วยซ้ำ ... มองจากการตัดสินใจทำงานที่ผ่านมา ที่คอนแทกกัน ว่าถ้าเจอปัญหาแบบนี้เค้าตัดสินใจอย่างไร แก้ไขอย่างไร แก้ได้ดีมีเหมาะสม สมเหตุสมผลสมควรกับสถานการณ์หรือเปล่า เพราะว่าสถานการณ์เดียวกัน เหตุการณ์แบบเดียวกันแต่ญาติคนละแบบ การตัดสินใจก็ต้องต่างกันด้วย ต้องดูจากประสบการณ์การทำงานร่วมกับเค้าที่ผ่านมาว่าเป็นอย่างไร ... พี่ก ประสบการณ์ 10 ปี 20 ปีอันนั้นเป็นส่วนหนึ่งแต่ไม่ทั้งหมด แต่จะดูการตัดสินใจด้วยซึ่งมันไม่เท่ากัน”

2.1.2 คนที่มั่นใจว่าจะปฏิบัติงานได้ทั้ง 2 พื้นที่ให้บริการ

ข้อมูลในส่วนนี้ได้มาจากการที่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลได้มีการพูดถึงการที่ต้องปฏิบัติงานทั้ง 2 พื้นที่ให้บริการ ได้แก่ จุดคัดกรองและห้องผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (จุด A และจุด B) ในบางเวรตามที่คุณวิจัยได้เสนอการจัดอัตรากำลังและการมอบหมายงานของพยาบาลในหน่วยงานที่ทำการศึกษา และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงเรื่องการทำงาน 2 พื้นที่ให้บริการมาแล้วข้างต้น ดังนั้นสิ่งที่พยาบาลผู้ที่ตัดสินใจมอบหมายงานใช้ประกอบการพิจารณาคือ คนนั้นจะต้องเป็นคนที่คุณมั่นใจว่าเขาจะสามารถปฏิบัติงานได้ทั้ง 2 พื้นที่ให้บริการ

“แล้วตอนนี้เราเจอวิกฤตไม่แน่ใจว่าภาระงานหรืออะไรนะคะ ก็ได้มีการลดจำนวนตรงนี้ลง โดยให้คนที่อยู่ห้องฉุกเฉินคนเดียวนะคะในเวรคึก ก็จะพิจารณาคนที่มีความสามารถที่จะสามารถแต่ตอนนี้พ่วงทั้งสองภาระเลย เพราะว่าอี.อาร์.ด้วย ก็ต้องเป็นตัวเมนของอี.อาร์.แล้วก็ต้องไปช่วยคัด

กรองผู้ป่วยข้างนอกด้วย ก็จะเลือกระดับซีเนียร์ ขึ้นมาด้วย เพราะว่าหนึ่งคัดกรองก็สำคัญ ไข่ม้อยคะ แล้วก็สองก็ต้องทำห้องฉุกเฉินได้ด้วย เพราะว่าต้องเป็นเมนหลัก ก็ถ้าเลือกคนแล้วในเวรเราจะมี 5 คน คนที่หนึ่งเป็นหัวหน้าเวร สองก็จะป็นระดับเรท (rate) 10 ปี ขึ้นไป สามสี่ห้าก็จะป็นระดับกลาง ๆ แล้วสี่ห้าก็จะป็นระดับเล็กสุดที่จะช่วยเสริมก็จะเลือกหนึ่งถึงสามในเวรระดับซีเนียร์”

2.1.3 มีความสามารถในการตัดสินใจที่ดี และจัดลำดับความสำคัญได้

ความสามารถในการตัดสินใจที่ดี และสามารถจัดลำดับความสำคัญได้เป็นอีกคุณลักษณะหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ประกอบการตัดสินใจมอบหมายงานแก่พยาบาลในเวรเพื่อทำหน้าที่คัดกรอง โดยพยาบาลที่มอบหมายงานจะพิจารณาจากข้อมูลที่ได้ปฏิบัติงานร่วมกันมาว่า พยาบาลคนนี้มีความสามารถในการตัดสินใจอย่างไร สมเหตุสมผลและเหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ หรือไม่ เป็นต้น

“...มันต้องแล้วแต่ภาวะของบุคคลนั้น และบุคลิกของเค้าหรือลักษณะการตัดสินใจตามแบบที่เคยเจอมาของเค้า คือเราก็จะมีประสบการณ์ในการมองคนเพื่อที่จะจ่ายงานให้มันถูกต้องตรงตามจุดที่มันควรจะต้องอยู่ เพราะว่าแต่ละเวรมันก็จะเปลี่ยนเจ้าหน้าที่กันไปเรื่อย ๆ ใครที่เหมาะสมจะอยู่จุดไหน จะอยู่จุดไหนได้ หรือว่าใครที่สมควรจะไปอยู่ฝึก มันไม่ได้แค่ว่าคุณตัดสินใจได้... มองจากการตัดสินใจทำงานที่ผ่านมา ที่คอนเทกกัน ว่าถ้าเจอปัญหาแบบนี้เค้าตัดสินใจอย่างไร แก้ไขอย่างไร แก้ได้ดีมี๊ยะ เหมาะสม สมเหตุสมผล สมควรกับสถานการณ์หรือเปล่า เพราะว่าสถานการณ์เดียวกัน เหตุการณ์แบบเดียวกันแต่ญาติคนละแบบ การตัดสินใจก็ต้องต่างกันด้วย ต้องดูจากประสบการณ์การทำงานร่วมกับเค้าที่ผ่านมาว่าเป็นอย่างไร ...”

“...จะคิดอะไรก็ต้องมีเหตุผลมีความรู้ตอบคำถามได้ ว่าทำแบบนี้เพราะอะไรยังไง แล้วก็ถึงไหนแล้ว ... แต่คุณภาพในการทำงานที่เราเห็น ทำที่ การตัดสินใจในการทำงานกับคนไข้ การร่วมงานกับทีม คิดต่อเนื่อง ไปได้คาดคะเน ไปได้ว่าต้องทำอะไรยังไงเป็นลำดับ สามารถเรียงลำดับความสำคัญอะไรได้...”

2.2 ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

นอกจากด้านความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลและการคัดกรองแล้ว คุณลักษณะอีกประการหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลคัดกรองและเป็นผู้ที่มีหน้าที่มอบหมายงานใช้ประกอบการตัดสินใจมอบหมายงาน คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย การมีความ

กระตือรือร้น สนใจและใส่ใจผู้ป่วย มีความอดทนและยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ พร้อมทั้งจะเรียนรู้และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ และคนที่เป็นตัวแทนที่ดีของหน่วยงานทั้งในด้านความรู้และการบริการ

2.2.1 มีความกระตือรือร้น สนใจและใส่ใจผู้ป่วย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลที่ใช้ประกอบการตัดสินใจมอบหมายงานให้ผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรอง ได้แก่ การที่บุคคลนั้นมีความกระตือรือร้นในการทำงาน มีความสนใจและใส่ใจผู้ป่วยอย่างแท้จริง

“แล้วบุคลิกภาพในการแสดงออกทางด้านการทำงาน มีความกระตือรือร้น ใส่ใจ การตัดสินใจไม่ใช่ก้าวร้าว จะคิดอะไรก็ต้องมีเหตุผลมีความรู้ตอบคำถามได้ ว่าทำไมแบบนี้เพราะอะไร ยังไง แล้วก็ถึงไหนแล้ว อายุงานจำนวนปี ไม่ได้บอกคุณภาพ แต่คุณภาพในการทำงานที่เราเห็น ทำที่ การตัดสินใจในการทำงานกับคนไข้ การร่วมงานกับทีม คิดต่อเนื่องไปได้คาดคะเนไปได้ว่า ต้องทำอะไรยังงี้เป็นลำดับ สามารถเรียงลำดับความสำคัญอะไรได้ ประมวลสถานการณ์แล้วก็ เหมือนว่าทำงานออกมาแล้วได้ดี”

2.2.2 มีความอดทน และยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น

ผลจากการวิจัย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการตัดสินใจมอบหมายงานให้กับพยาบาล ลูกน้องเวร โดยมักจะจ่ายงานให้พยาบาลอาวุโสน้อยไปปฏิบัติหน้าที่นี้ เนื่องจากความที่เป็นเด็กหรือมีอาวุโสน้อยจะทำให้ช่วยลดปัญหาจากความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้นทั้งในส่วนของการบริหารจัดการคนงาน ผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานร่วมด้วย ตลอดจนความอดทนและยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นได้ดี และเห็นว่ากรณีที่ได้มอบหมายงานให้พยาบาลอาวุโสน้อยให้ปฏิบัติงานก็จะเป็นการช่วยให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายได้มีการฝึกฝนและพัฒนาตัวเองในการด้านการปรับตัวให้มีความอดทนและมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ได้ดีกว่าการมอบหมายหน้าที่ให้พยาบาลที่มีอาวุโสสูงกว่า

“คือต้องฝึกไปเรื่อย ๆ กับน้องพยาบาลอะนะ คือต้องไปนั่งอยู่ตั้งแต่เด็ก ๆ แล้วเธอจะเริ่มชิน คือต้องมีประสบการณ์ในการทำงานแล้ว ถ้าน้องเด็ก ๆ เทียบกับผู้ใหญ่ เท่าที่เคยคุยเค้าก็จะบอกว่า ไม่มั่นใจ ถ้าเวลาจ่ายงานก็พยายามจ่ายกับพี่ช่วยซีเนียร์นะ เพราะฉะนั้นก็ให้พี่ช่วยเค้าจัดการคนงานไป น้องเราก็สบายใจไม่ต้องต่อล้อต่อเถียงกับคนงาน มันก็จะทำงานได้ดีขึ้น คำพูดก็ไพเราะขึ้น ... ถ้าเวรพี่ก็จะให้เด็กเล็ก ไปอยู่ได้เลย แต่ให้เค้ามาถามเราถ้ามีไรปรึกษาเราได้เพราะว่า ประสบการณ์ของพี่คือไปอยู่ตอนตั้งแต่เด็กอะ อาจจะอยากอยู่มากกว่าที่จะอีโก้ (ego) สูงแล้วก็ไม่

อยากจะมีใคร ถ้าเค้าอยู่ตั้งแต่เด็กมันจะทนได้เยอะกว่า ... แต่ถ้าให้เขาทำหน้าที่ตรงนั้นก็ต้องใส่ให้เขาเยอะ ๆ ใส่ข้อมูลให้ห้องเยอะ ๆ ก็ต้องเล่าให้เขาฟังว่าเคยมีคนไข้มาแล้วเป็นอย่างไร มันต้องเล่าคู่กันฟัง และมันก็จะมีการสนทนาจะปล่อยให้ปล่อยให้เจอเองทุกอย่างมันก็จะเข้าไป”

2.2.3 มีวุฒิภาวะทางอารมณ์

นอกจากความอดทนและการยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นแล้ว คุณลักษณะส่วนบุคคลที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ประกอบการพิจารณาในการมอบหมายงานพยาบาลให้ทำหน้าที่คัดกรองคือ การมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ โดยการมีวุฒิภาวะทางอารมณ์นี้จะช่วยลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้

“มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ซึ่งการมีวุฒิภาวะทางอารมณ์จะช่วยลดปัญหาได้มาก เพราะบางที่เมื่อที่อาจแล้วมีปัญหากระทบกระทั่งกับหน่วยงานที่ส่งต่อเป็นประจำ ซึ่งบางครั้งเป็นคนจ่ายงานก็ต้องคอยดู คอยติดตามดูแลคนที่ทำงาน การที่ได้คนที่วุฒิภาวะทางอารมณ์ไปอยู่จะช่วยลดปัญหาการกระทบกระทั่งได้ เรื่องของความรู้ทุกคนมีอยู่แล้ว เพราะเราทำงานตรงนี้ทุกคนมีความรู้ แต่เพราะจุดคัดกรองนี้นอกจากจะเป็นจุดคัดกรองคนไข้แล้ว และก็จะมีความคิดเหมือนกันนะว่าจุดคัดกรองนี้ไม่ควรเอาน้องเล็กไปอยู่ แต่ตนเองว่าบางทีการที่ให้น้องเล็กไปอยู่ก็เป็นสิ่งที่ดีนะ ทำให้เขาได้มีวุฒิภาวะทางอารมณ์มากขึ้น เพราะการอยู่จุดคัดกรองนี้ต้องใช้ความอดทนสูง ได้การเรียนรู้ และการเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ การเรียนรู้ด้วยปัญหาเนี่ยแหละจะดีกว่าการสอน”

2.2.4 พร้อมจะเรียนรู้และสามารถนำมาปฏิบัติได้

แนวทางในการตัดสินใจมอบหมายงานพยาบาลผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองที่พบจากการวิจัยอีกประการหนึ่งคือ การตัดสินใจเลือกคนที่ทำหน้าที่คัดกรองได้ดีไม่ใช่คนที่อาวุโสที่สุด แต่คนที่ทำหน้าที่นี้จะต้องเป็นผู้ที่มีความพร้อมที่จะเรียนรู้ในสถานการณ์ต่าง ๆ และสามารถนำประสบการณ์ที่ได้มาใช้ในการตัดสินใจคัดกรองผู้ป่วยและการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในการปฏิบัติงานได้

“แต่ในการตัดสินใจจ่ายงานของตัวเอง ระดับซีเนียร์ไม่ได้บอกเรื่องระดับการตัดสินใจของคน น้องบางคนตัดสินใจได้ดีกว่าพี่บางคนด้วยซ้ำ มันต้องแล้วแต่ภาวะของบุคคลนั้น และบุคลิกของเค้าหรือลักษณะการตัดสินใจตามแบบที่เคยเจอมาของเค้า คือเราก็จะมีประสบการณ์ในการมองคนเพื่อที่จะจ่ายงานให้มันถูกต้องตรงตามจุดที่มันควรจะอยู่ เพราะว่าแต่ละเวรมันก็จะเปลี่ยนเจ้าหน้าที่กันไปเรื่อย ๆ ใครที่เหมาะสมจะอยู่จุดไหน จะอยู่จุดไหนได้ หรือว่าใครที่สมควร

จะ ไปอยู่ฝึก มันไม่ได้แค่ว่าคุณตัดสินใจได้นะ บางทีต้องส่งเด็กใหม่ไปฝึก ไม่ใช่ซีเนียร์ด้วยซ้ำ แต่ว่าฝึกได้หรือว่าเค้าต้องไปเรียนรู้ เพราะว่าถ้าไม่มีการเรียนรู้ทดแทนก็จะเป็นปัญหาต่อเนื่อง ... บางครั้งเค้าอาจมีประสบการณ์น้อย อาจมีปัญหาในการตัดสินใจ แต่ว่าถ้าผู้ร่วมงานในจุดนั้นก็ช่วยเหลือกันได้ ก็ต้องจ่ายเค้าไปฝึก ประสบการณ์ 10 ปี 20 ปีอันนั้นเป็นส่วนหนึ่งแต่ไม่ทั้งหมด แต่จะดูการตัดสินใจด้วยซึ่งมันไม่เท่ากัน”

“...ก็เคยเจอเหมือนกัน เคยเจอเอาคนเจ็บไปส่งแล้วก็มีอาการกระทบกระทั่งกันในหน่วยงานของเราเอง ก็มีการต่อว่าต่อขานกัน ... เราก็แอบมองว่าเขาแก้ปัญหากันอย่างไง แล้วมีอะไรเกิดขึ้นตามมา เพราะบางครั้งเราควรให้ทุกคนเรียนรู้ประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาด้วยตัวเขาเอง เพราะบางครั้งเราเข้าไปจัดการเอง ก็อาจจะทำให้เขาไม่ได้เรียนรู้ แต่ถ้าเขาเจอปัญหาแล้วแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง มันจะทำให้การเรียนรู้เขาดีขึ้น ..”

2.2.5 เป็นตัวแทนที่ดีของหน่วยงานทั้งการบริการและความรู้

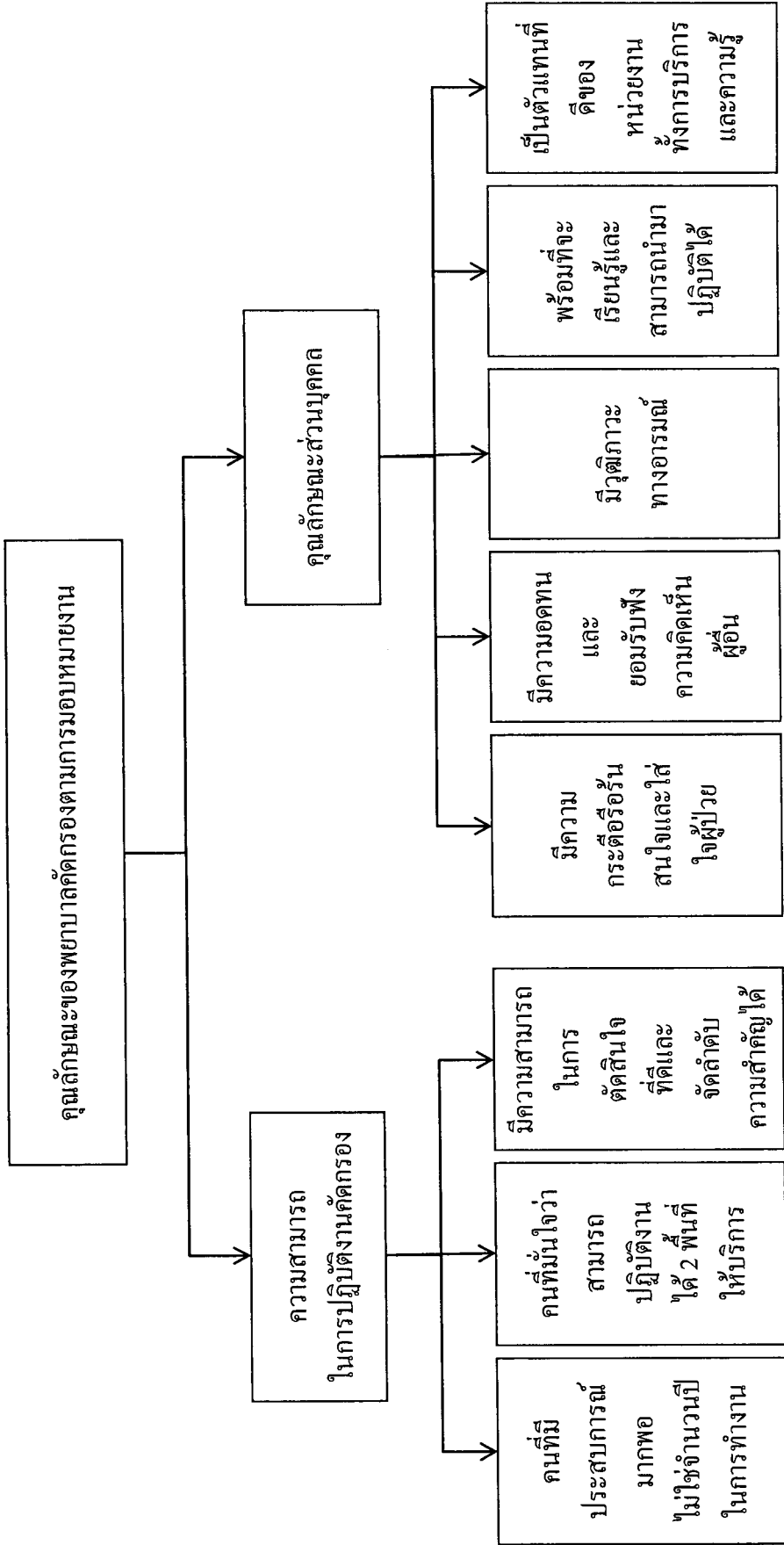
ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยยังพบอีกว่า การปฏิบัติงานที่จุดคัดกรองซึ่งเป็นด่านหน้าของหน่วยงาน ตลอดจนด่านหน้าของโรงพยาบาลจากตำแหน่งที่ตั้งที่อยู่ติดประตูทางเข้าโรงพยาบาล ดังนั้นคนที่ปฏิบัติงานที่จุดนี้ควรจะเป็นตัวแทนที่ดีทั้งในเรื่องของการให้บริการที่ดี และมีความรู้ในเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ที่ปฏิบัติงานคัดกรองมีคุณลักษณะดังกล่าวก็จะทำให้เป็นหน้าเป็นตาเป็นภาพลักษณ์ที่ดีของหน่วยงาน

“ในตอนแรก ๆ เค้าก็จะให้คนที่หน้าตาประชาสัมพันธ์ ๆ ไปอยู่ แต่พอต่อมาเราเริ่มมีเรียกว่าอะไรอะ ทุกคนต้องมีความรู้เรื่องคัดกรอง มีความรู้แล้วก็ต้องไปอยู่ได้ทุกคนที่เป็นซีเนียร์ แต่เด็กอย่าเพิ่งไปอยู่ ความรู้ก็หมายถึงประสบการณ์และความรู้ต้องแม่นพอที่จะอยู่ได้ ก็จะทำให้แต่คนที่แบบประชาสัมพันธ์ไปอยู่ แต่บางคนประชาสัมพันธ์ได้แต่ความรู้ยังไม่แม่นก็ไม่สมควรอีก ... ก็น่าจะเป็นคนใจเย็น ๆ นิดนึง ยิ้มแย้มก็จะทำให้ดีก็เรายิ้ม แต่ก็ต้องระบุด้วยว่าควรมีความรู้ระดับไหน... และก็จะมีความอดทนเหมือนกันนะว่า จุดคัดกรองนี้ไม่ควรเอาน้องเล็กไปอยู่ แต่ตนเองว่าบางทีการที่ให้น้องเล็กไปอยู่ก็เป็นสิ่งที่ดีนะ ทำให้เขาได้มีวุฒิภาวะทางอารมณ์มากขึ้น เพราะการอยู่จุดคัดกรองนี้ต้องใช้ความอดทนสูง ได้การเรียนรู้ และการเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ การเรียนรู้ด้วยปัญหาเนี่ยแหละจะดีกว่าการสอน”

“เรื่องของความรู้ทุกคนมีอยู่... นอกจากจะเป็นจุดคัดกรองคนไข้แล้ว ยังเป็นจุดประสานงาน จริง ๆ ถ้ามีการประสานงานที่ดีก็จะช่วยได้เยอะ ก็เคยเจอเหมือนกัน เคยเจอเอาคนเจ็บไปส่งแล้วก็มีอาการกระทบกระทั่งกันในหน่วยงานของเราเอง ก็มีการต่อว่าต่อขานกัน ... เราก็แอบ

มองว่าเขาแก้ปัญหากันอย่างไร แล้วมีอะไรเกิดขึ้นตามมา ... ก็เป็นกรณีไป ก็อาจต้องระวังมากหน่อย อย่างคนนี้เป็นคนใจร้อนไปอยู่ เราก็ต้องคอยตามดูจะมีอะไรหรือเปล่า แต่ไม่ได้ถึงขั้นจ้องมอง และว่าคนนี้ไปอยู่ต้องมีปัญหาแน่นอน”

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปคุณลักษณะของพยาบาลตามแนวทางในการมอบหมายงานได้จากคุณลักษณะที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ประกอบการตัดสินใจ โดยส่วนใหญ่พบว่า จะพิจารณาจากคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ คนที่มีความกระตือรือร้นในการทำงาน สนใจและใส่ใจ ผู้ป่วย คนที่มีความอดทนและยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น คนที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ คนที่พร้อมจะเรียนรู้และสามารถนำมาใช้ได้ คนที่เป็นตัวแทนที่ดีของหน่วยงานทั้งการให้บริการและความรู้ และคุณลักษณะอีกประการหนึ่งคือความสามารถในการปฏิบัติงานซึ่งเกิดจากประสบการณ์ ในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยจำนวนปีที่ทำงานมากน้อยไม่สำคัญ ขึ้นอยู่กับความตั้งใจในการปฏิบัติงานที่ผู้มอบหมายงานรับรู้ได้ คนที่สามารถปฏิบัติงานได้ทั้งหน้าที่คัดกรองและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมาก คนที่มีความสามารถในการตัดสินใจที่ดีและสามารถเรียงลำดับความสำคัญได้ดี โดยผู้วิจัยได้สรุปคุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองตามการมอบหมายงานแสดงเป็นแผนภูมิตามภาพที่ 7



ภาพที่ 7 แผนภูมิคุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองตามกรมอนามัย

ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองที่ผู้วิจัยได้แบ่งไว้ทั้ง 2 ประเด็นดังกล่าวข้างต้น คือ คุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองตามความคิดเห็น และคุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองตามการมอบหมายงาน เมื่อนำมาสรุปเปรียบเทียบคุณลักษณะของพยาบาลทั้ง 2 ประเด็น จะเห็นได้ว่ามีทั้งคุณลักษณะที่มีความสอดคล้องกันระหว่างคุณลักษณะของผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองตามความคิดเห็น และคุณลักษณะของผู้ทำหน้าที่คัดกรองตามการมอบหมายงาน และสามารถสรุปได้ว่าคุณลักษณะของผู้ทำหน้าที่คัดกรองควรประกอบด้วย 2 คุณลักษณะสำคัญ คือ คุณลักษณะด้านความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน และด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ความเป็นผู้นำ ความสามารถในการบริหารจัดการ ความสามารถในการตัดสินใจ ความมีจิตสำนึกและกระตือรือร้นในการให้บริการ

เมื่อนำคุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองที่ได้จากงานวิจัยไปเปรียบเทียบความสอดคล้องและความแตกต่างกับคุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้วิจัยสรุปจากการสืบค้นเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้มีการนำเสนอในบทที่ 2 หน้า 19 ถึง หน้า 22 ที่ผู้วิจัยได้ทำการสรุปคุณสมบัติหรือคุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองไว้ว่าประกอบด้วยคุณลักษณะสำคัญ 10 ประการ ได้แก่ 1) ความรู้ ความชำนาญ รวมถึงทักษะในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล แบ่งเป็น คุณลักษณะย่อย 12 คุณลักษณะ 2) การมีประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินมาก่อน 3) ความสามารถในการนิเทศงานให้แก่บุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่นี้ 4) ความสามารถในการควบคุมสติ 5) ทักษะในการติดต่อสื่อสาร 6) ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 7) ทักษะในการจูงใจ 8) ทักษะในการตัดสินใจและการแก้ปัญหา 9) ทักษะในการบริหารจัดการ และ 10) เป็นผู้มีจิตสำนึก เจตคติที่ดีต่อการเป็นพยาบาลคัดกรอง รวมทั้งมีความต้องการที่จะสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้โรงพยาบาล (วนิดา ออประเสริฐศักดิ์, 2546; สมบุญ โอภายล, 2544; สุดาพรรณ รัชญจิรา, 2541; Dateo, in press; Doris, 1978; Goransson & Rosen, 2010; Innes et al., 2011; Somerson & Markovchick, 1997) มาแสดงเปรียบเทียบคุณลักษณะย่อยระหว่างคุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ และคุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้ทั้งคุณลักษณะตามความคิดเห็น และคุณลักษณะตามการมอบหมายงาน แสดงตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และคุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองที่ได้จากงานวิจัย

| คุณลักษณะพยาบาลคัดกรองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย | คุณลักษณะพยาบาลคัดกรองที่ได้จากงานวิจัย | |
|---|---|---|
| | ตามความคิดเห็น | ตามการมอบหมายงาน |
| - มีความรู้เรื่องโรค ความรุนแรงของโรคและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้ในทันที | | |
| - มีความรู้ความชำนาญและทักษะในการประเมินอาการของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว | - สามารถตัดสินใจประเมินอาการและคาดการณ์หรือพยากรณ์ | - คนที่มั่นใจว่าสามารถปฏิบัติงานได้ 2 พื้นที่ให้บริการ |
| - มีความสามารถในการซักประวัติผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว | - สามารถประเมินอาการและให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง | |
| - มีความสามารถและทักษะในการจัดลำดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยได้ และสามารถจัดให้อยู่ในสถานที่ที่เหมาะสม | - พัฒนาคณะเองอย่างต่อเนื่อง | - มีความสามารถในการตัดสินใจที่ดีและจัดลำดับความสำคัญได้ |
| - มีทักษะในการรักษาเบื้องต้น การสังเกตอาการ รวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่อง | | |
| - มีความรู้และความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่สังเกตได้ มาประเมินและวางแผนการรักษาพยาบาล | - มองรอบด้าน ไม่ด่วนตัดสินใจหรือปักใจ | |
| - มีความสามารถในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ | | |
| - เป็นผู้มีจิตสำนึก สามารถคาดเดาหรือทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าจากข้อมูลที่มีอยู่ได้ | - สามารถตัดสินใจประเมินอาการและคาดการณ์หรือพยากรณ์ | |
| - มีความสามารถในการบันทึกอาการสำคัญ | | |
| - มีความสามารถในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้ | | |

ตารางที่ 5 (ต่อ)

| คุณลักษณะพยาบาลคัดกรองจาก การทบทวนเอกสารและงานวิจัย | คุณลักษณะพยาบาลคัดกรองที่ได้จากงานวิจัย | |
|--|--|---|
| | ตามความคิดเห็น | ตามการมอบหมายงาน |
| - มีส่วนร่วมในการสอนและให้ คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ | | - พร้อมที่จะเรียนรู้และ สามารถนำมาปฏิบัติได้ |
| - ปฏิบัติงานคล่องแคล่ว ว่องไว | - มีความกระตือรือร้น | - มีความกระตือรือร้น สนใจและใส่ใจผู้ป่วย |
| - มีประสบการณ์ในการทำงานใน หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมาก่อน ความสามารถในการนิเทศงาน ให้แก่บุคลากรอื่นได้ | | - คนที่มีประสบการณ์มากพอ ไม่ใช่จำนวนปีในการทำงาน |
| - ความสามารถในการควบคุมสติ | - มีความอดทนอดกลั้น | - มีความอดทนและ ยอมรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น |
| | - มีสติและดูแลช่วยเหลือผู้อื่นให้มี สติ | - มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ |
| - ทักษะในการติดต่อสื่อสาร | - มีความสามารถในการ ติดต่อสื่อสารและเจรจาต่อรอง | |
| - ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล | | |
| - ทักษะในการจูงใจ | - มีบุคลิกผู้นำ สามารถสั่งการและ กล้าตัดสินใจ | |
| - ทักษะในการตัดสินใจและการ แก้ปัญหา | - ยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ | |
| - ทักษะในการบริหารจัดการ | - การบริหารจัดการบุคคล | |
| - เป็นผู้มั่งใจดีและมีจิตสำนึกที่ดี ต้องการที่จะสร้างภาพลักษณ์ที่ดี ให้กับโรงพยาบาล | - มีจิตสำนึกที่ดีในการให้บริการ | - เป็นตัวแทนที่ดีของหน่วยงาน ทั้งการบริการและความรู้ |

ข้อสังเกตที่ได้จากตารางที่ 5 จะเห็นว่า คุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองที่ได้จากการวิจัย ส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกับคุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยอื่น ๆ ที่เคยมีผู้ศึกษามาก่อนหน้านี้แล้ว ถึงแม้ว่าการบรรยายถึงคุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองที่ได้จากงานวิจัยนี้บางรายการ เช่น คนที่มั่นใจว่าสามารถปฏิบัติงานได้ 2 พื้นที่ให้บริการ ซึ่ง

ผู้ให้ข้อมูล ได้บรรยายคุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองตามบริบทของหน่วยงานที่มีความเฉพาะเจาะจงในการให้การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือผู้บาดเจ็บ เป็นคุณลักษณะที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ประกอบการพิจารณาอบหมายงานที่เป็นผลมาจากการจัดอัตรากำลังของหน่วยงาน และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลที่จะต้องปฏิบัติงานก็ตาม แต่โดยนัยแล้วก็สื่อความหมายถึงการที่ต้องเป็นคนที่มีความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วยได้ทั้งในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลคัดกรองและบทบาทหน้าที่ในการพยาบาลกลุ่มฉุกเฉินมาก

การเตรียมความพร้อมและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ

การเตรียมความพร้อมและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลคัดกรองตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลที่รวบรวมได้จากงานวิจัยในครั้งนี้ ได้แสดงให้เห็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ปฏิบัติงานใหม่ และการพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเตรียมความพร้อมของบุคลากรใหม่

ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยในเรื่องการเตรียมความพร้อมของบุคลากรใหม่ที่จะไปปฏิบัติหน้าที่คัดกรองนี้ ส่วนใหญ่ได้มาจากการสอบถามความคิดเห็นในประเด็นของการเตรียมความพร้อมสำหรับบุคลากรใหม่ และบางส่วนได้มาจากการที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงความรู้สึกต่อการทำหน้าที่คัดกรองโดยมีความเชื่อมโยงถึงการเตรียมพร้อมของบุคลากรใหม่ หรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล ในขณะที่เริ่มปฏิบัติหน้าที่คัดกรอง ผู้วิจัยจึงได้สรุปวิธีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลที่จะมาทำหน้าที่คัดกรองใหม่ไว้ว่าควรประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ คือ การให้ความรู้และการถ่ายทอดประสบการณ์ การทดสอบความพร้อมก่อนให้ปฏิบัติหน้าที่ การสังเกตวิธีการทำงานและสอบถามจากรุ่นพี่ การจัดให้มีพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาคอยดูแลและช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

1.1 การให้ความรู้และถ่ายทอดประสบการณ์จากรุ่นพี่

ผลจากการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่หน่วยงานนี้น้อย เห็นว่าการเตรียมความพร้อมของบุคลากรใหม่ที่จะไปปฏิบัติงานเป็นพยาบาลคัดกรองนี้ ในขั้นตอนแรกคือการให้ความรู้ในเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย แนวทางในการคัดกรอง การบอกเล่าหรือถ่ายทอดประสบการณ์ในการทำงาน ตลอดจนขอบอข่ายหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลคัดกรอง เนื่องจากเรื่องการคัดกรองเป็นงานเฉพาะทางที่ไม่มีอยู่การเรียนการสอนระดับปริญญาตรี

“หลังจากทำงานได้นานเหมือนกันปีกว่า ๆ จะได้ที่อาจ ... ตื่นเต้น (ทำน้ำเสียงตื่นเต้นตาม) เพราะว่าหนึ่ง ไม่รู้หน้าที่ตรงนั้นต้องทำอะไรบ้าง ไม่รู้ว่านอกจากการที่อาจ และเราต้องมาดูแล

คนงานในการดำเนินงานอะไรด้วย และตอนนั้นก็ยังไม่รู้ว่า นึกว่าแค่ลงไปประเมินดูแล ... ก็อาจจะขาดตรงนี้ไปไม่มีพี่พยาบาลมาช่วยสอนว่าต้องทำอะไรยังไง ในตอนแรก คือเราต้องอาศัยถามเอง คือคนไข้ห้องเปลเนี่ยต้องทำอะไรบ้าง พี่เขาเอามาเป็นโฟลว์ชาร์ต (flow chart) ให้ดูอาการอย่างนี้นะ เราต้องศึกษาเอาเองละค่ะ ... ก็มีกังวลว่าตัวเองจะท้อใจเพราะหนึ่งความรู้ก็ไม่ค่อยมี ประสบการณ์ก็น้อย แต่ที่ผู้ช่วยก็ช่วยได้เยอะค่ะ ... และก็ดูจากสถานการณ์จริง ถ้าเกิดเราไม่ได้อยู่ตรงนั้นก็ดูจากพี่ ๆ ที่เขาที่อาจเข้ามา สมมติว่าเราอยู่ห้องเปล ถ้าพี่เขาที่อาจมาห้องเปล อาการประมาณนี้ คนไข้อายุเยอะ คนไข้ท้องอะไรอย่างนี้ ก็เริ่มรู้มากขึ้น”

“ก็ควรจะมีพี่พยาบาลไปให้ความรู้ก่อนที่จะไปอยู่ คือตอนที่เรียนสมัยนักศึกษามันไม่มีแบบนี้ คืออย่างน้อยก็น่าจะมีคนไปบอกหน่อยว่าหน้าที่รับผิดชอบตรงนี้ ทำอะไรบ้าง แล้วก็ไคด์ลายหน่อยอย่างน้อยก็ควรบอกด้วยว่าอะไรประมาณไหน ... ถ้าเกิดที่อาจแล้วจะต้องเจออะไรบ้าง แล้วถ้าเกิดคนไข้อุบัติเหตุเราต้องแมนเนจยังงี้ ... อยากให้มีอบรมให้เร็วขึ้น เพราะว่าทำงานมาหลายปีเพิ่งจะเคยได้อบรม คือบางทีพอความรู้อยู่ไม่ปะ ทำให้เราทำไปไม่ค่อยจะมั่นใจ อย่างน้อยอบรมมาเร็ว ๆ หน่อยมันก็จะดี อย่างน้อยทำให้เรามีความรู้ทำไม่ผิดพลาด”

ทั้งนี้ในการให้ความรู้ควรจะต้องมีตัวอย่างสถานการณ์ประกอบการสอน หรือมีการกำหนดสถานการณ์จำลองเพื่อให้บุคลากรใหม่ได้ฝึกหัดก่อนปฏิบัติงาน

“จริง ๆ แล้วถ้าคนที่ไม่เคยมีประสบการณ์และน้องใหม่ขึ้นมาควรจะให้มีส่วนสถานการณ์จำลองให้น้องเขาคิดแยก จุดที่อาจต้องอาศัยประสบการณ์ ถ้าน้องใหม่จะแยกได้ยาก คือน้องอาจจะทำได้แต่อาจจะทำได้ไม่ครอบคลุมหรืออาจจะยังไม่ได้ 100 เปอร์เซ็นต์ จากทฤษฎีที่เราอาจจะมีการอบรมสอนน้อง ตรงจุดนี้ทำให้เราบางครั้งเห็นตัวคนไข้มาเขาอาจจะแยกประเภทผิดได้เหมือนกัน ... หนึ่งจัดให้มีการอบรมแบบที่เคยมีจัดมา ตรงนี้เป็นการช่วยได้ตรงจุดนี้ และมีอีกอย่าง ถ้ามีจัดสถานการณ์จำลองมาให้น้องตรงนี้ได้ก็จะดี”

1.2 การตรวจสอบความพร้อมก่อนปฏิบัติหน้าที่

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยพบว่า การที่พยาบาลจะมาปฏิบัติหน้าที่ที่จุดคัดกรองได้นั้น จะต้องมีการตรวจสอบความพร้อมของพยาบาลรายนั้นก่อน โดยการพิจารณาจากความสามารถในการปฏิบัติงานประกอบกับการทดสอบความรู้และความสามารถในการดูแลผู้บาดเจ็บและการคัดกรองจากข้อสอบและการตัดสินใจในสถานการณ์จริง โดยอาจจะจัดเป็นการประชุม

ปรีกษาหารือ (Conference) ซึ่งสามารถจัดร่วมกันทั้งพยาบาลคัดกรองใหม่และเก่าเพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้

“ถ้าน้องใหม่ก่อนที่จะให้เค้าเข้าไปจะต้องประเมินเค้าก่อน หนึ่งเอาประสบการณ์ทำงานก็มีการประเมินการทำงานที่จุดคัดกรองก่อนว่าถ้าคนไข้แต่ละคนเป็นอย่างนี้แล้วเค้าจะเลือกช่วยคนไหนประเภทไหนก่อน ... และควรประเมินน้องก่อนด้วย เช่นอาจทำเป็นข้อสอบที่เป็นสถานการณ์ แต่ไม่ใช่แค่ น้อง ควรจะทำทุกคน แต่ในความคิดถ้าเค้าทำข้อสอบได้ดีมันก็ไม่โอเคอีก ... และควรจะมีการเอามาคูยกกันก็ได้ในสถานการณ์จริงทุกวัน ก็ควรจะมีช่วงให้คอนเฟอเรนซ์ ก็อย่างน้อยจะได้กระตุ้นจุดหนึ่งว่า คนไข้แบบนี้เค้าจะได้คิด ได้เรียนรู้ ควรจะเป็นข้อตกลงของการทำแบบประเมินให้เหมือนกันทุกคน และก็เหมือนเป็นการฟื้นความรู้ของทุกคนไปด้วย .. มาคุยกันจะได้ความรู้ น่าจะได้เยอะ เพราะไปอ่านในหนังสืออย่างเดียวก็ไม่ได้มันไม่เห็นภาพที่ชัดเจน พอคุยกันเอาคนไข้จริงมาคอนเฟอเรนซ์น่าจะช่วยได้เยอะ”

1.3 การสังเกตวิธีการปฏิบัติงานและสอบถามจากรุ่นพี่

ผลจากการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่เริ่มปฏิบัติงานหน้าที่คัดกรองในระยะแรกจะมีการสังเกตวิธีการปฏิบัติงานของรุ่นพี่ และสอบถามและหาข้อมูลเพิ่มเติมด้วยตนเอง

“... ในตอนแรก คือเราต้องอาศัยถามเอง คือคนไข้ห้องเปลเนี่ยต้องที่อาจอะไรบ้าง ที่เขาเอามาเป็นไฟล์ชาร์ดให้ดูอาการอย่างนั้นะ เราต้องศึกษาเอาเองละคะ ... ก็มีกังวลว่าตัวเองจะที่อาจผิด เพราะหนึ่งความรู้ก็ไม่ค่อยมี ประสบการณ์ก็น้อย ... และก็ดูจากสถานการณ์จริง ถ้าเกิดเราไม่ได้อยู่ตรงนั้นก็ดูจากพี่ ๆ ที่เขาที่อาจเข้ามา สมมติว่าเราอยู่ห้องเปล ถ้าพี่เขาที่อาจมาห้องเปล อาการประมาณนี้ คนไข้อายุเยอะ คนไข้ท้องอะไรอย่างนี้ ก็เริ่มรู้มากขึ้น”

“ไปอยู่หน้าบ้านเราก็จะอ่าน (คู่มือในการคัดกรองผู้ป่วยที่หน่วยงานจัดทำไว้) ถ้าเกิดว่าได้ไปอยู่ก็จะถามคนที่ไปอยู่ว่าเป็นอย่างไร ต้องทำอะไร พี่เขาจะบอก”

1.4 จัดให้มีพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาสำหรับผู้ปฏิบัติงานใหม่

ผู้ให้ข้อมูลหลายคนเห็นตรงกันว่า ในระยะแรกของการปฏิบัติงานที่จุดคัดกรองควรจะต้องมีการมอบหมายพยาบาลรุ่นพี่ให้มาปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อช่วยสอนและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ตลอดจนการมอบหมายงานของหัวหน้าเวรก็ควรจะมีการเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานใหม่ได้ไปฝึกปฏิบัติงาน โดยการมอบหมายงานอาจจะจัดให้ปฏิบัติหน้าที่กับผู้ป่วยพยาบาลที่มี

ประสบการณ์สูงในการทำงานและไว้วางใจได้ โดยที่หัวหน้าเวรหรือรุ่นพี่จะต้องคอยให้การดูแล และช่วยเหลือด้วย

“อาจจะมีการจัดพี่พยาบาลช่วยสอนตรงจุดตรงนั้นก่อนระยะหนึ่งให้น้องพอได้มี ประสบการณ์จริงตรงนั้นก็จะช่วยได้”

“พอเขาจ่ายเราไปอยู่ซึ่งที่แรกที่เขาจ่ายเราไปอยู่ก็มีพี่เขา (พี่พยาบาล) คอยบอก ... คือ เวลาแยกไม่ถูกว่าจะอยู่ห้องไหนก็จะเข้ามาถามหรือไม่กี่โทรมาถาม ... ก็จะถามเป็นหัวหน้าเวร ไปเลย”

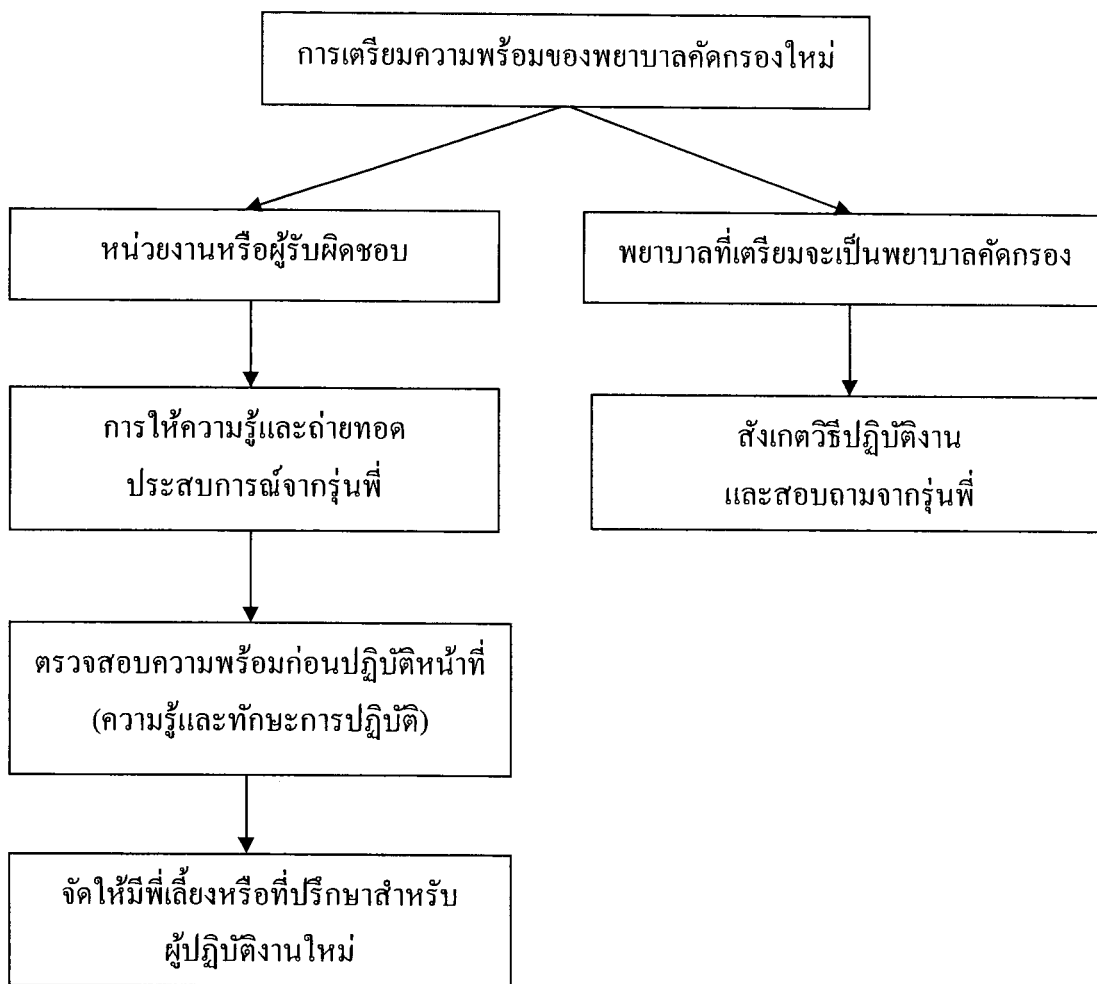
“การจ่ายน้องเล็กไปอยู่จุดคัดกรองเพราะต้องการให้เขาได้ประสบการณ์ ให้ได้เรียนรู้จากการทำงาน แต่ก็มีคนคิดว่าไม่ควรให้น้องไปอยู่ ... เราก็จัดให้เขาอยู่กับผู้ช่วยพยาบาลที่หนึ่งเขามี ประสบการณ์ ที่เราคาดหมายว่าเขาจะช่วยดูแลได้ทีจุดนี้ ไม่ใช่ว่าเขา น้องเล็กของพยาบาลไปอยู่กับ น้องเล็กของผู้ช่วยพยาบาล เพราะอาจมีปัญหาขึ้นได้ เราก็จ่ายให้ผู้ช่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ที่ เรามั่นใจในตัวเขาได้ และเราก็คิดตามดูเขาบ่อย ๆ ไปถามเขาเป็นยังไง แต่การติดตามไม่ใช่ไปตาม จิก แต่เป็นการไปติดตามดูอย่างเงิบ ๆ มอง ๆ ก็เคยเจอเหมือนกันที่น้องเขามาขอคำปรึกษากับเรา นะ เราก็ไปช่วยเค้าจัดการปัญหา”

“เพราะหนึ่งความรู้ก็ไม่ค่อยมี ประสบการณ์ก็น้อย แต่พี่ผู้ช่วยก็ช่วยได้เยอะคะ ... และก็ดู จากสถานการณ์จริง ถ้าเกิดเราไม่ได้อยู่ตรงนั้นก็ดูจากพี่ ๆ ที่เขาที่อาจเข้ามา สมมติว่าเราอยู่ห้องเปล ถ้าพี่เขาที่อาจมาห้องเปล อาการประมานนี้ คนไข้อายุเยอะ คนไข้ท้องอะไรอย่างนี้ ก็เริ่มรู้มากขึ้น”

“... ในช่วงแรกที่ไปอยู่ก็อาศัยพี่เอ็นอาวุโสให้ช่วย เพราะถึงแม้กระบวนการความรู้ที่เค้ามี ไม่ลึกซึ่งมากเท่าพยาบาล แต่เค้าก็มีประสบการณ์มากพอสมควร จะได้ช่วยน้องได้ ก็ควรที่จะจ่าย งานให้อยู่ด้วยกัน ไม่ใช่จ่ายเค็ก็อยู่กับเค็”

จากข้อมูลที่ได้ทั้งหมดดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าการเตรียมความพร้อมของ ผู้ปฏิบัติงานคัดกรองใหม่นี้ควรต้องมีการวางแผนในการจัดการของหน่วยงานเป็นขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนแรกคือการให้ความรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์ในการทำงานของรุ่นพี่ มีการฝึกหัดใน สถานการณ์จำลองก่อนปฏิบัติจริง และควรจะต้องมีการทดสอบความรู้ก่อนการปฏิบัติงาน ใน ระยะแรกของการปฏิบัติงานก็จัดให้มีพี่เลี้ยงคอยดูแลและช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด หลังจากนั้นเมื่อได้ เริ่มให้ได้ปฏิบัติงานด้วยตนเองก็จัดให้ผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานร่วมกันที่จุดคัดกรองเป็นผู้ช่วย พยาบาลที่มีประสบการณ์สูงเพื่อที่จะได้ช่วยเหลือ และมีพยาบาลรุ่นพี่เป็นที่ปรึกษา และใน ขณะเดียวกันที่หน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น พยาบาลคัดกรอง

ใหม่ก็ควรจะต้องมีการเตรียมการด้วยตนเองด้วย โดยการสังเกตวิธีการทำงาน แนวทางในการทำงาน คัดกรองจากผู้มีประสบการณ์มากกว่า จากข้อมูลเหล่านี้ผู้วิจัยได้สรุปเป็นออกมาเป็นแผนผังในการเตรียมความพร้อมของพยาบาลคัดกรองผู้บาดเจ็บใหม่ ดังภาพที่ 8



ภาพที่ 8 แผนผังการเตรียมความพร้อมของพยาบาลคัดกรองผู้บาดเจ็บใหม่

จากภาพที่ 8 จะเห็นได้ว่าการเตรียมความพร้อมของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองใหม่นี้ นอกจากหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบในการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์แล้ว ตัวของพยาบาลผู้ทำหน้าที่เองก็ควรที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมของตนด้วยเช่นกัน

2. การพัฒนาบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองอย่างต่อเนื่อง

ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยในเรื่องการพัฒนาบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองอย่างต่อเนื่องนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลที่ได้โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ซึ่ง 2 ส่วนแรกเป็นการพัฒนาบุคลากรพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรอง ประกอบด้วย การพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน และการตรวจสอบกำกับและติดตามคุณภาพการปฏิบัติงาน ส่วนที่ 3 เป็นการพัฒนาคณาบุคลากรอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานคัดกรอง

2.1 การพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน

ประเด็นเรื่องการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาลคัดกรองนี้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกคนเห็นว่า ควรจะมีการอบรมอย่างต่อเนื่องทั้งในเรื่องของการคัดกรองผู้บาดเจ็บซึ่งเป็นกลุ่มผู้รับบริการหลักของหน่วยงานและผู้ป่วยประเภทอื่นที่มารับบริการในโรงพยาบาล โดยการอบรมควรจะมีสถานการณ์จำลองเพื่อเป็นการทดสอบการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังควรจัดให้มีการประชุมปรึกษาหารือ (conference) เกี่ยวกับการคัดกรอง ตลอดจนผู้ปฏิบัติงานเองก็ควรจะต้องมีการเตรียมความพร้อมและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอด้วย

2.1.1 เตรียมความพร้อมและพัฒนาตนเอง

ผลจากการวิจัย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่แม้จะเคยปฏิบัติหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยแล้วก็ตาม แต่ในการปฏิบัติงานแต่ละครั้ง ก็ยังต้องมีการเตรียมความพร้อมของตนก่อนที่จะออกไปปฏิบัติหน้าที่ ณ จุดคัดกรองด้วย เช่น การทบทวนและศึกษาแนวทางในการคัดกรองตามคู่มือ

“เตรียมคู่มือไคด์ลายน์เตรียมอ่านมาว่าคนไข้ประเภทนี้เข้าห้องไหนอะไรจริง แล้วก็มีการถามจากพี่ ๆ บ้าง อย่างเช่นรายที่เราไม่มั่นใจว่าจะเข้าห้องไหนเราก็เตรียมถามพี่เค้าไว้ก่อนเพื่อเจอ ถึงแม้จะคู่มือไคด์ลายน์ก็ยังไม่มั่นใจอยู่ดีในตอนแรก แต่ตอนนี้ก็มั่นใจมากขึ้น แต่ยังไม่พอน่าจะมีการจัดอบรมให้มากขึ้นจะได้มีความรู้มากขึ้น (เน้นเสียงมาก) เพราะถ้าจัดอบรมแล้วมีความรู้มากขึ้น ก็เป็นประโยชน์ทั้งตัวเราแล้วก็คนอื่นด้วย”

2.1.2 จัดอบรมประกอบการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกคนเห็นว่าควรจะต้องให้มีการอบรมฟื้นฟูเป็นประจำอย่างต่อเนื่องทั้งในเรื่องความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานคัดกรองทั้งในส่วนของผู้บาดเจ็บซึ่งเป็นผู้รับบริการหลักของหน่วยงาน โดยเสนอว่าควรจะมีการจัดอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้ในเรื่องการคัดกรองทุก 6 เดือน หรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ซึ่งในการอบรมฟื้นฟูนี้ควรมีการฝึกปฏิบัติใน

สถานการณ์จำลองด้วย เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน อีกทั้งยังมีผู้เสนอว่า ควรจะมีการเชิญพยาบาลกู้ชีพหรือหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ที่มีประสบการณ์ในการคัดกรองผู้ป่วย ณ ที่เกิดเหตุการณ์ส่งต่อและให้การดูแลผู้ป่วยก่อนมาถึงโรงพยาบาลมาถ่ายทอดประสบการณ์อีกด้วย

“มีอาจารย์มาสอนอัปเดต (update) เรื่อง ๗ เรื่องความรู้คัดกรองจัดบ่อ ๗ ทุกปี ไม่ใช่แบบครั้งเดียวแล้วหายไปเลย แบบไม่จำเป็นต้องจัดให้ไปเรียนหลักสูตรใหญ่ ๗ ให้เยอะมากมาย คือคนที่มาอยู่ที่นี้ก็จะได้อยู่แล้ว แต่ก็อยากจะให้มีอย่างที่เสนอทุกปี หรือทุก 6 เดือน ก็ถ้ามีปฏิบัติด้วยก็จะดี อย่างตอนที่ไปเรียนการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุตามหลักการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุสากลที่จัด มันก็จะรู้สึกดี คืออะไรที่แบบเราทำบ่อย ๆ เราก็จะไม่กลัวไม่กังวล แล้วก็อาจจะมีการร่วมกับหน่วยงานที่ดูแลคนไข้ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุเพื่อให้ความรู้คร่าว ๆ ของแต่ละที่และก็คุยกัน อย่างของเขา นะ คนไข้แบบนี้เราต้องรับต้องทำอะไรอย่างนี้ บางทีก็คิดนะว่าถ้ามาจอย (joy) กันก็อาจจะช่วยลดปัญหาของความขัดแย้งอะไรหลาย ๆ ได้”

“คือบางทีพอความรู้นั้นไม่เป๊ะ ทำให้เราทำไปไม่ค่อยจะมั่นใจ อย่างน้อยอบรมมาเร็ว ๆ หน่อยมันก็จะดี อย่างน้อยทำให้เรามีความรู้ทำไม่ผิดพลาด ... น่าจะมีการทบทวนหรือฟื้นฟูอบรมอยู่เรื่อย ๆ เพราะว่าบางทีมีประเด็นสำคัญ เพราะว่าเราน่าจะมาทบทวนกัน จริง ๆ คอนเฟอเรนซ์ทุกวันอังคารก็ช่วยได้นะ ทำให้เรามาแชร์กัน อาจารย์เขาก็จะมีประเด็นให้เรา สำคัญแต่เรื่องอบรมน่าจะมีการรีพีท (repeat) ซ้ำ ๆ เป็นระยะไม่ใช่ห่าง ๆ นีละ ... ซักปีละครั้ง”

“เค้าเรียกว่าซีนารีโอ (scenario) ใหม่มะ เรายาคิดนะแบบจำลองเหตุการณ์มา เหมือนที่ไปเรียนข้างบนนะ เคสนี้มาจะประเมินยังไง ... เพราะว่ามันเหมือนเออ.. เราได้อยู่ในเหตุการณ์ แล้วยังมีน้อง ๆ ใหม่มาอย่างเงี้ย เค้ายังไม่เคยเห็น เห็นเคสไม่เยอะเท่าไร ปีละครั้งก็น่าจะโอเค ... และก็ เป็นพวกประมาณว่า ภาพจากเหตุการณ์จริง หรือ ไม่ก็ขอข้อมูลมาตามพวกศูนย์ฯ ศูนย์ข้างนอก ... ก็ เรื่องการบาดเจ็บ การส่งคนไข้ การส่งต่อ หรือเชิญให้เค้ามาเป็นวิทยากรพูดให้ฟังในการออกไปข้างนอก แล้วการส่งโรงพยาบาลว่ามีอะไรที่เป็นจุดเน้นย้ำอะไรอย่างงี้”

“ก็ควรจะมีพี่พยาบาล ไปให้ความรู้ก่อนที่จะไปอยู่ คือตอนที่เรียนสมัยนักศึกษามันไม่มีแบบนี้ คืออย่างน้อยก็น่าจะมีคนไปบอกหน่อยว่าหน้าที่รับผิดชอบตรงนี้ ทำอะไรบ้าง แล้วก็ไกด์ลายหน่อยอย่างน้อยก็ควรบอกด้วยว่าอะไรประมาณไหน ... ถ้าเกิดที่อาจแล้วจะต้องเจออะไรบ้าง แล้วถ้าเกิดคนไข้อุบัติเหตุเราต้องแมนเนจยังไง ... อยากให้มีอบรมให้เร็วขึ้น เพราะว่าทำงานมาหลายปีเพิ่งจะเคยได้อบรม คือบางทีพอความรู้นั้นไม่เป๊ะ ทำให้เราทำไปไม่ค่อยจะมั่นใจ อย่างน้อยอบรมมาเร็ว ๆ หน่อยมันก็จะดี อย่างน้อยทำให้เรามีความรู้ทำไม่ผิดพลาด ... น่าจะมีการรีวิว (review) อบรมอยู่เรื่อย ๆ เพราะว่าบางทีมีประเด็นสำคัญ เพราะว่าเราน่าจะมาทบทวนกัน จริง ๆ คอนเฟอเรนซ์ทุกวัน

อังคารก็ช่วยได้นะ ทำให้เรามาแชร์ (share) กัน อาจารย์เขาก็จะมีประเด็นให้เรา สำคัญแต่เรื่องอบรม น่าจะมีการรื้อทบทวน ๆ เป็นระยะ ไม่ใช่ห่าง ๆ นี้อะ ... ซักปีละครั้ง”

2.2.2 จัดให้มีการอบรมการคัดกรองผู้ป่วยทุกประเภทร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ตามบริบทของหน่วยงานและโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยเข้าทำการศึกษาเป็น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งเดียวในประเทศไทยที่ได้มีการแบ่งหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินออกเป็น 2 หน่วยงาน ได้แก่ หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินจากอุบัติเหตุหรือผู้บาดเจ็บ และหน่วยแพทย์เวร-ฉุกเฉินที่ให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินประเภทอื่นที่ไม่ใช่ผู้ป่วยอุบัติเหตุ และจากข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นความรู้สึกลำบากต่อการทำหน้าที่คัดกรองที่เกิดเนื่องจากการที่พยาบาลคัดกรองผู้บาดเจ็บจะต้องทำการคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่ใช่อุบัติเหตุที่นำเสนอมาแล้วข้างต้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลาย ๆ คนเห็นว่า นอกจากความรู้ในเรื่องการคัดกรองผู้บาดเจ็บแล้ว สิ่งที่พยาบาลคัดกรองผู้บาดเจ็บที่หน่วยงานนี้ต้องการเพิ่มเติมคือ ความรู้ในเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยประเภทอื่นของโรงพยาบาลอีกด้วย โดยเสนอให้มีการจัดการอบรมร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่รับผิดชอบแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยประเภทอื่น โดยให้พยาบาลที่มีบทบาทหน้าที่คัดกรองทุกคนของทุกหน่วยที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมการอบรมนี้

“อยากให้มีการจัดคอร์ส (course) ร่วมกับแพทย์เวร ในความคิดอยากให้เอาพยาบาลแพทย์เวร สมาชิกทรอมมาอบรมร่วมกัน รับผิดชอบในการแบ่งเกรดของแพทย์เวรด้วยของทรอมด้วย คือ ถ้าคนไข้ของอุบัติเหตุไปขึ้นของแพทย์เวรก็จะสามารถที่อาจได้แบบคร่าว ๆ ก็ยังดี แล้วส่งมาที่เรา หรือจะรักษาที่ข้างบน ถ้ามาคนไข้แพทย์เวรขึ้นที่เราก็สามารถรักษาเขาได้”

“คืออะไรที่แบบเราทำบ่อย ๆ เราก็จะไม่กลัวไม่กังวล แล้วก็อาจจะมีโครงการร่วมกับหน่วยงานที่ดูแลคนไข้ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุเพื่อให้ความรู้คร่าว ๆ ของแต่ละที่และก็คุยกัน อย่างของเขา นะ คนไข้แบบนี้เราต้องรับผิดชอบอะไรอย่างนี้ บางทีก็คิดนะว่าถ้ามาเจอกันก็อาจจะช่วยลดปัญหาของความขัดแย้งอะไรหลาย ๆ ได้”

2.2.3 จัดให้มีการประชุมปรึกษา (conference) ถ่ายทอดประสบการณ์ร่วมกัน

นอกจากการจัดอบรมให้ความรู้และฟื้นฟูเป็นประจำแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังเสนอว่า ควรจะต้องมีการประชุมปรึกษาหารือ โดยการนำกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่คัดกรองจริงมาแลกเปลี่ยน

เรียนรู้โดยเน้นที่ประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน เช่น ประสิทธิผลของการคัดกรองที่ถูกต้อง เหมาะสมที่มีต่อผู้ป่วยและผลเสียที่เกิดจากการคัดกรองผู้ป่วยผิดประเภท เป็นต้น

“... น่าจะมีการรื้อวบรวมอยู่เรื่อย ๆ เพราะว่าบางทีมีประเด็นสำคัญ เพราะว่าเราน่าจะมา ทบทวนกัน จริง ๆ คอนเฟอเรนซ์ทุกวันอังคารก็ช่วยได้นะ ทำให้เรามาแชร์กัน อาจารย์เขาก็จะมี ประเด็นให้เรา สำคัญแต่เรื่องอบรมน่าจะมีการรื้อพิทซ้ำ ๆ เป็นระยะไม่ใช่ห่าง ๆ นี้ละ ... ซักปีละ ครั้ง”

“...แต่ในความคิดถ้าเค้าทำข้อสอบได้ดีมันก็ไม่โอเคอีก ... และควรจะมีการเอามาคุยกันก็ ได้ในสถานการณ์จริงทุกวัน ก็ควรจะมีช่วงให้คอนเฟอเรนซ์ ก็อย่างน้อยจะได้กระตุ้นจุดหนึ่งว่า คนไข้แบบนี้เค้าจะได้คิด ได้เรียนรู้ ควรจะเป็นข้อตกลงของการทำแบบประเมินให้ เหมือนกันทุกคน และก็เหมือนเป็นการฟื้นความรู้ของทุกคนไปด้วย .. มาคุยกันจะได้ความรู้ น่าจะ ได้เยอะ เพราะ ไปอ่านในหนังสืออย่างเดียวก็ไม่ได้มันไม่เห็นภาพที่ชัดเจน พอคุยกันเอาคนไข้จริง มาคอนเฟอเรนซ์น่าจะช่วยได้เยอะ”

“แล้วก็ควรจะมีตัวชี้วัดที่มีประสิทธิภาพควรจะเอาผลลัพธ์ของคนไข้มาคุยกัน คือ ว่า คนไข้คนนี้อาการเป็นอย่างไรเอาเข้าห้องนี้ พอเอาเข้าห้องนี้เช่นอีเมอร์เจนท์แล้วเราช่วยเหลือได้ ทัน และได้รับการดูแลรักษา การพยาบาลอย่างรวดเร็วคนไข้ก็จะลดภาวะเสี่ยงลง เพราะฉะนั้นคนไข้จะ นอนโรงพยาบาลก็จะนอนไม่กี่วัน ลดค่ารักษา ลดความเสี่ยง ลดอะไรได้หลายอย่าง แต่ถ้ากลับกัน คนนี้มีอาการอย่างนี้ควรจะเป็นอีเมอร์เจนท์แต่เอาเข้าเออร์เจนท์ คนไข้เป็นอย่างไร ได้รับการดูแล รักษาไม่ทันมีอาการเปลี่ยนแปลง แย่ลง ผลการรักษาหลังจากนั้นเป็นอย่างไร มีอาการแทรกซ้อน การตอบสนองต่อการรักษา ความก้าวหน้าของการรักษา ระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลเป็น อย่างไร”

2.2 การตรวจสอบ กำกับและติดตามคุณภาพการปฏิบัติงาน

นอกเหนือจากการให้พัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องแล้ว ข้อมูลที่ได้ จากการวิจัยยังพบว่า พยาบาลผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่องนี้ ควร จะต้องมีการตรวจสอบ กำกับและติดตามคุณภาพการปฏิบัติงานอีกด้วย โดยจัดให้มีการประเมิน ความรู้และการปฏิบัติงานคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนควรมีการกำกับติดตามผลการ ปฏิบัติงานคัดกรองเป็นรายบุคคลอีกด้วย

2.2.1 ประเมินความรู้และการปฏิบัติงานคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ

ผลจากการวิจัยเรื่องการพัฒนาคุณภาพพยาบาลคัดกรองอย่างต่อเนื่องนี้ สิ่งที่จะควรมีคือ การจัดให้มีการติดตามประเมินความรู้และทักษะการปฏิบัติงานคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ

“คิดว่าคนที่อยู่น่าจะต้องเป็นที่ซีเนียร์อย่างน้อย ๆ ก็คือจริง ๆ ที่คิดนะ มันน่าจะมีข้อสอบที่เกี่ยวกับการที่อาจ โดยตรงเลย คือถ้าจะบอกว่าเป็นที่ซีเนียร์ก็ปีขึ้นไป ถ้าจะบอกว่าการทำงานจริง ๆ ความรู้มันวัดกันไม่ได้บางคนสนใจ บางคนไม่สนใจ เหมือนอยากให้ได้ใช้ความรู้เป็นตัวชี้วัดกันชัดเจนเลย เป็นข้อสอบออกมาเลยเป็นข้อสอบนี้เป็นมาตรฐาน คนทำข้อสอบผ่านเกณฑ์เท่านั้นถึงจะไปอยู่จุดนี้ได้ อาจจะอ่าบ้างบางคนอาจจะเก่งมากทำข้อสอบผ่าน ก็สามารถไปนั่งได้ แล้วถ้าซีเนียร์สอบตกก็ไม่ควรไปอยู่ ก็ควรจะมีการจัดฟื้นฟูความรู้ คิดว่าเป็นอย่างนี้จะดีที่สุด คือใช้ข้อสอบเป็นตัววัดความรู้ ก็คือมีความรู้ถึงระดับที่เราโอเคตามมาตรฐาน...”

“...วิธีวัดที่ง่ายที่สุดคือการทำข้อสอบ แต่จริง ๆ ก็ดูผลงานเค้าด้วยตอนที่เค้าปฏิบัติงานว่า เค้ามีอะไรผิดพลาดมีอะไรรีเปลา ต้องดู ดูว่าส่วนใหญ่เค้าปฏิบัติงานมีความผิดพลาดเกี่ยวกับเรื่องคัดกรองมั้ย ถ้ามีความรู้ดีข้อสอบผ่านแต่ปฏิบัติไม่ดีนะ ก็ต้องส่งเค้า ไปฟื้นฟูความรู้อยู่ดี ก็คิดว่าถ้าเกิดคนสอบไม่ผ่านหรือความรู้ยังไม่ดีก็ควรจะถูกกับพี่ ถ้าเป็น ไปได้อะนะ แต่ที่นี้ระบบเราคนอาจจะน้อยอาจทำอะไรลำบากแต่เป็นไปได้อีกก็คิดว่า คืออยากให้มีการฝึก คือส่งไปอบรมแล้วก็มีการฝึกปฏิบัติจริงอยู่กับพี่ที่เค้าแบบมีความรู้”

“มีการประเมินการทำงานที่จุดคัดกรองก่อนว่าถ้าคน ไข้แต่ละคนเป็นอย่างนี้แล้วเค้าจะเลือกช่วยคนไหนประเภทไหนก่อน ...เช่นอาจทำเป็นข้อสอบที่เป็นสถานการณ์ แต่ไม่ใช่แค่น้องควรจะทำทุกคน ...”

2.2.2 กำกับและติดตามข้อมูลผลการคัดกรองผิดถูกเป็นรายคน

นอกจากการประเมินความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังเสนอไว้ด้วยว่า ควรจะต้องมีการติดตามตรวจสอบสถิติการคัดกรองผู้ป่วยผิดถูกเป็นรายบุคคล

“ถ้าเรื่องนี้อาจก็ต้องดูว่าที่อาจผิดพลาดแก่ไหน ผิดพลาดนี้คือมีการคัดกรองผิดอะไร อย่าง ต้องมีคนดู ต้องมีคนคอยติดตามตรวจสอบสถิติว่ารายนี้ผิดพลาดเพราะอะไร ใครเป็นคนคัดกรอง”

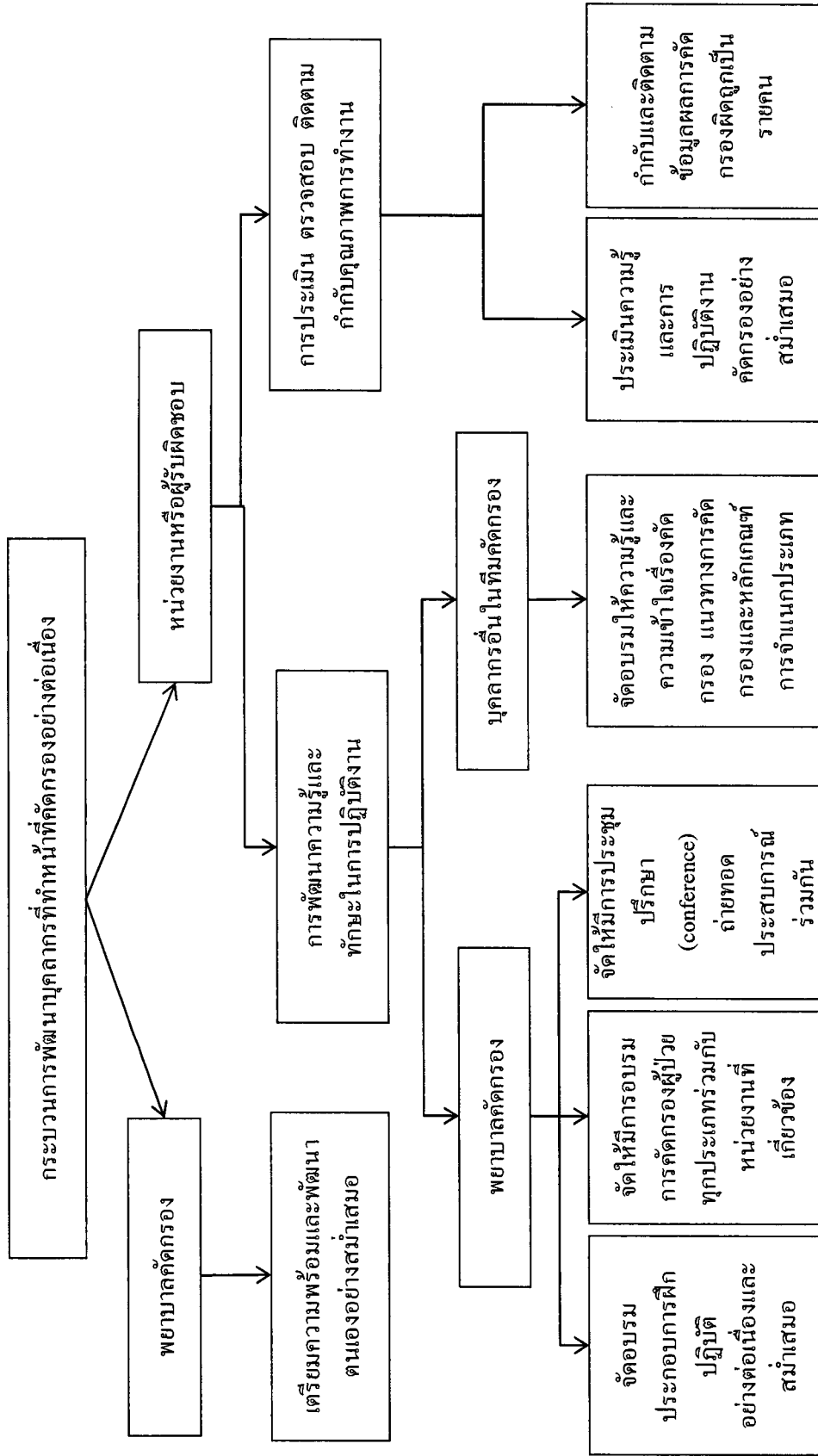
3. จัดให้มีการอบรมผู้ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ในการปฏิบัติหน้าที่คัดกรอง

ผลจากการวิจัยยังพบอีกว่า นอกจากการเตรียมความพร้อมและพัฒนาคุณภาพการทำงานของพยาบาลคัดกรองแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังเสนอด้วยว่า ควรจะมีการจัดการอบรมให้กับบุคลากรอื่นด้วยนอกเหนือจากพยาบาล เช่น ผู้ช่วยพยาบาล คนงานหรือเวรเปล เนื่องจากเห็นว่าในการคัดกรองผู้ป่วย ที่พยาบาลเป็นผู้ทำหน้าที่คัดกรองแล้ว ยังมีบุคลากรอื่นที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานที่จุดคัดกรอง เช่น ผู้ช่วยพยาบาลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือพยาบาลคัดกรอง คนงานหรือเวรเปลที่มีหน้าที่ช่วยเคลื่อนย้ายและลำเลียงผู้ป่วย ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานในการคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บนี้ต้องอาศัยทีมในการปฏิบัติงาน ดังนั้นแล้วบุคลากรอื่นที่อยู่ในทีมคัดกรองจึงควรจะต้องมีการเตรียมความพร้อมและพัฒนาความรู้ความสามารถ ตลอดจนต้องมีการทำความเข้าใจเรื่องแนวทางในการคัดกรองผู้บาดเจ็บของหน่วยงาน และหลักเกณฑ์ในการแบ่งประเภทผู้บาดเจ็บให้เข้าใจไปในทิศทางเดียวกันกับพยาบาลคัดกรองด้วย

“จุดหลักเน้นพยาบาลจะเป็นคนที่อาจต้องให้ไปช่วยกันทั้งทีมน่าจะดีกว่า อย่างบางที่เราไม่ได้เห็นจุดตำแหน่งที่บาดเจ็บที่มีอันตราย แต่ถ้าเกิดมีใครสักคนทีไปช่วยเราก็จะมองเห็นตรงนั้น .. ในความรู้สึก...คืออยากให้คนงานเขามีความรู้บ้าง พอมีความรู้เพิ่มเติมที่เราจะลงไปที่อาจด้วยกัน ถ้ามันเป็นทีมคิดว่ามันก็คล่องตัวบ้างที่เขาพอมีความรู้ที่พอจะเอาเข้าห้องไหน จุดไหน ไร้ เพราะตอนนี้มีผู้ช่วยพยาบาลที่ได้ผ่านการอบรมความรู้ ใครที่เรียขของเรามาเป็นแบบนี้ แต่บางทีคนงานของเราอาศัยประสบการณ์เฉย ๆ เขาไม่ได้รู้ไกดัลยณ์ของเราว่าคนไข้ถูกยิงตำแหน่งนี้ ... เขาู้จากประสบการณ์ของเขาคือถ้ามีการเพิ่มเติมให้เขารู้ไกดัลยณ์ของเรา...เพราะว่าอย่างที่เราเขาก็มีหน้าที่เข็นเปลอบรมการเคลื่อนย้าย แต่เขาไม่ได้เรียนรู้ไกดัลยณ์ของเราแบ่งเกรดขัง ึง คือว่าเบื้องต้นน่าจะ让他พอรู้บ้างอาจจะมีการจัดครอสเล็กให้เขาก็อาจจะทำให้เขาทำงานได้ดีขึ้น”

โดยสรุปผลที่ได้จากการวิจัยเรื่องการพัฒนาบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองอย่างต่อเนื่องนี้ ประกอบด้วย 2 กระบวนการหลัก ได้แก่ การพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และการประเมิน ตรวจสอบ กำกับและติดตามคุณภาพในการปฏิบัติงาน โดยการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานประกอบด้วย การจัดให้มีการอบรมฟื้นฟูเป็นประจำอย่างต่อเนื่องทั้งในเรื่องความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานคัดกรองทั้งในส่วนของผู้บาดเจ็บซึ่งเป็นผู้รับบริการหลักของหน่วยงานและผู้ป่วยประเภทอื่นที่มารับบริการในโรงพยาบาล การจัดให้มีการประชุมปรึกษาหารือ โดยนำสถานการณ์การคัดกรองจริงมาร่วมกันวิพากษ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน โดยในขณะที่เดียวกันผู้ปฏิบัติงานเองก็ต้องมีการเตรียมตัวและพัฒนาตนเอง

อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่วนในเรื่องการควบคุมคุณภาพการปฏิบัติงานก็ควรจะมีการประเมินความรู้และทักษะการคัดกรองเป็นระยะ ๆ และมีการกำกับและติดตามผลการปฏิบัติงานเป็นรายบุคคล โดยควรจะมีการจัดอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ในเรื่องการคัดกรองนี้ควรจะมีการให้ความรู้แก่บุคลากรอื่นที่มีส่วนร่วมเป็นทีมงานคัดกรองร่วมด้วย ซึ่งผู้รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพบุคลากรที่ได้จากงานวิจัยนี้ จะเห็นว่าผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าส่วนใหญ่ควรจะเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของหน่วยงานก็ตาม แต่การพัฒนาตนเองของพยาบาลก็มีส่วนสำคัญด้วย ตามภาพที่ 9



ภาพที่ 9 แผนผังกระบวนกรพัฒนาบุคลากรที่หน้าที่คัดกรองอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุปข้อมูลที่ได้จากการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองนี้ สามารถแบ่งเป็น 2 กระบวนการหลัก ได้แก่ การเตรียมความพร้อมของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองใหม่ และการพัฒนาบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองอย่างต่อเนื่อง สำหรับการพัฒนาตัวพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดกรองนี้ ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยพบว่า พยาบาลผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ระบุแต่เฉพาะให้หน่วยงานดำเนินการให้เท่านั้น เช่น การจัดอบรม การประเมินและติดตามคุณภาพ เป็นต้น แต่ผู้ให้ข้อมูลยังแสดงให้เห็นว่าพยาบาลคัดกรองทั้งใหม่และเก่าต้องมีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอด้วย อีกทั้งพยาบาลผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองนี้ไม่ได้หมายความถึงเฉพาะพยาบาลคัดกรองเท่านั้น แต่ยังหมายความรวมถึงบุคลากรทั้งหมดที่มีส่วนร่วมในการทำหน้าที่คัดกรองด้วย ได้แก่ พยาบาลคัดกรอง ผู้ช่วยพยาบาล และคนงานหรือเวรเปล ซึ่งผู้วิจัยขอเรียกสรุปว่าเป็นทีมในการคัดกรอง โดยผลจากการวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลเห็นความสำคัญในเรื่องของการพัฒนาบุคลากรอื่นในทีมด้วย นอกเหนือจากพยาบาลคัดกรอง

ผลจากการวิจัยที่ได้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาบุคลากร ทั้งใน ส่วนของการเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงาน และการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องควบคู่กัน ไป ดังเช่นในการศึกษาของ อินเนสและคณะ (Innes et al, 2011) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการ อบรมการคัดกรองในกลุ่มแรกมีความรู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติงานคัดกรองมากกว่า และใช้ ระยะเวลาในการตัดสินใจเพื่อคัดกรองน้อยกว่าพยาบาลในกลุ่มที่สอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย และในการศึกษาของ ดัลแลร์และคณะ (Dallaire et al, 2012) ที่ พบว่าพยาบาลคัดกรองที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูการอบรมนี้มีผลการคัดกรองสอดคล้องกับกรณีศึกษาใน สถานการณ์จำลองระดับปานกลาง ซึ่งดัลแลร์และคณะ (Dallaire et al., 2012) ได้เสนอแนะไว้ว่า ใน งานวิจัยครั้งต่อไปควรจะทำการศึกษาโดยใช้กลุ่มตัวอย่างและจำนวนสถานการณ์ที่มากกว่านี้ และ พวกเขายังมีความคิดเห็นว่าพยาบาลคัดกรองควรต้องได้รับการอบรมเพื่อฟื้นฟูอย่างสม่ำเสมอและ ต่อเนื่อง จากการศึกษาทั้ง 2 การศึกษาแสดงให้เห็นว่าการอบรมหรือการเตรียมความพร้อมของ พยาบาลคัดกรองมีผลต่อการปฏิบัติงาน อีกทั้งการอบรมเพื่อฟื้นฟูก็มีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง ต่อประสิทธิผลของการคัดกรอง

ดังนั้นการเตรียมความพร้อมและพัฒนาบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองจึงมีความสำคัญ ซึ่ง สอดคล้องกับคำกล่าวของ อนุวัฒน์ สุภชุตกิจ (2543) ที่กล่าวว่า ทรัพยากรที่สำคัญที่สุดขององค์กร คือ คน การลงทุนและพัฒนาคนเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า เพราะทำให้ทรัพยากรบุคคลมีคุณค่าอย่าง ต่อเนื่อง แทนที่จะเสื่อมโทรมไปตามระยะเวลาเหมือนกับทรัพยากรประเภทอื่น ๆ แต่โรงพยาบาล ส่วนมากไม่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรบุคคล เห็นว่าเป็นการสิ้นเปลืองแต่กลับไปลงทุน กับการซื้อเครื่องมือหรือการก่อสร้างอาคาร ซึ่ง ปรีดา แต่อารักษ์ (2543) เสนอไว้ว่า หน่วยงานหรือ

องค์กรควรต้องมีการกำหนดแผนที่ชัดเจน ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ในการส่งเสริมให้บุคลากรมี โอกาสพัฒนาศักยภาพควบคู่ไปกับการปฏิบัติงาน (On The Job Training) ซึ่งการมีการวางแผนใน การพัฒนาบุคลากรที่ดีจะส่งผลถึงผลผลิตของงานที่ดีด้วย นอกจากนี้ในการศึกษาของ แวดวง อินทบุตร (2545) เสนอว่า การพัฒนาบุคลากรในการปฏิบัติงานใด ๆ ก็ตาม ควรที่จะทำการพัฒนา บุคลากรที่มีความเกี่ยวข้องหรือที่เรียกว่าเป็นทีมในการปฏิบัติงานด้วย เพื่อทำให้เกิดการร่วมมือกัน ในการดูแลผู้ป่วย เป็นทีมงานที่ดีในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี พึงพอใจในการ ให้บริการ ดังนั้นหน่วยงานหรือองค์กรควรจะตระหนักและให้ความสำคัญกับการเตรียมความ พร้อมของบุคลากรก่อนการปฏิบัติงาน ตลอดจนการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องเพื่อ คุณภาพและประสิทธิภาพของงาน โดยในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลนี้ผลดีทั้งหมดก็จะเกิดแก่ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้บาดเจ็บ ณ หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ ของโรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นศูนย์อุบัติเหตุที่คัดสรรแห่งหนึ่ง ที่เป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือผู้บาดเจ็บทั้งในระยะฉุกเฉินภายหลังจากที่ประสบเหตุ และติดตามผลการรักษาภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ซึ่งถือได้ว่าเป็นหน่วยงานเพียงแห่งเดียวในประเทศไทยที่ให้บริการเฉพาะด้านเช่นนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนาเชิงลึก กับพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพของหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ ของโรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นศูนย์อุบัติเหตุที่คัดสรรแห่งหนึ่ง ที่มีประสบการณ์ในการทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย และยินดีเข้าร่วมการวิจัย หรือยินดีให้ข้อมูล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 16 คน มีประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยงานระยะเวลาตั้งแต่ 4 ปี ถึง 27 ปี การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มจากสนทนาเชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลที่มีความคุ้นเคยกับผู้วิจัย มีความไว้วางใจและยินดีให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยที่สุด หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลให้ครอบคลุมทุกกลุ่มประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลไปจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัวหรือไม่พบข้อค้นพบใหม่ การวิเคราะห์ข้อมูลเกิดขึ้นทั้งขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและภายหลังการสนทนา

ผลที่ได้จากการวิจัยสามารถสรุปโดยการนำเสนอประสบการณ์ของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความรู้สึกต่อการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ ความรู้สึกต่อแนวทางและข้อกำหนดในการคัดกรองผู้บาดเจ็บของหน่วยงาน คุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ และการเตรียมความพร้อมและพัฒนาสมรรถนะของผู้ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ โดยมีผลการวิจัยในแต่ละประเด็น โดยสรุป ดังนี้

1. ความรู้สึกต่อการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ

ผลจากการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลแสดงความรู้สึกต่อการทำหน้าที่คัดกรองทั้งความรู้สึกด้านบวกและและความรู้สึกด้านลบ โดยผู้ให้ข้อมูลแสดงความรู้สึกด้านลบมากกว่าความรู้สึกด้านบวก

ความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรอง หรือความรู้สึกที่ไม่ดีไม่ชอบที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่คัดกรองการทำหน้าที่คัดกรองของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลมีทั้งสิ้น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านความรับผิดชอบต่อผลการคัดกรอง ด้านการทำงานร่วมกับผู้อื่น ด้านลักษณะงาน และด้านสภาพแวดล้อมและสถานที่ปฏิบัติงาน ด้านบทบาทหน้าที่ประกอบด้วย การที่ต้องทำหน้าที่มากกว่าคัดกรอง ต้องปฏิบัติงาน 2 พื้นที่ และไม่ได้รับความเป็นธรรมในการมอบหมายหน้าที่ ด้านความรับผิดชอบต่อผลการคัดกรองเกิดจากที่ถูกตำหนิในการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันระหว่างทีมสหสาขา และความรู้สึกกังวลว่าตนเองจะคัดกรองผิด ด้านการทำงานร่วมกับผู้อื่นเป็นผลมาจาก การที่ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานด้วยกัน ไม่รับผิดชอบ และความคับข้องใจที่เกิดจากการส่งต่อผู้ป่วยไปยังพื้นที่ให้บริการต่าง ๆ ด้านสภาพแวดล้อมและสถานที่ปฏิบัติที่มีสภาพแวดล้อมสถานที่ตั้งไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน และความไม่ปลอดภัยจากเหตุทะเลาะวิวาท และด้านลักษณะงานที่เป็นงานที่รับแรงและต้องตื่นตัวอยู่เสมอ โดยประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความรู้สึกทางด้านลบมากที่สุด ได้แก่ ด้านบทบาทหน้าที่ ที่ต้องปฏิบัติหน้าที่มากกว่าการคัดกรองคือต้องทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์และบริหารจัดการคนงาน และด้านที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงความรู้สึกทางด้านลบน้อยที่สุดคือด้านลักษณะงานที่เป็นงานที่รับแรงและต้องตื่นตัวอยู่เสมอ

ความรู้สึกทางด้านบวกหรือความรู้สึกที่ดีที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่คัดกรองการทำหน้าที่คัดกรองของพยาบาลผู้ให้ข้อมูล ประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความรู้สึกทางด้านบวกมีเพียง 2 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะงาน และด้านบทบาทหน้าที่ โดยประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกด้านบวกมากที่สุด ได้แก่ ด้านลักษณะงาน ที่เป็นงานที่ต้องแสดงความสามารถ เป็นงานที่ทำหาย และได้เรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยด้านบทบาทหน้าที่มีผู้ให้ข้อมูลแสดงความรู้สึกทางด้านบวกไว้น้อยกว่าว่าชอบงานที่ให้ข้อมูลและประชาสัมพันธ์ และรู้สึกว่าเป็นงานที่สำคัญ

สรุปได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลหรือพยาบาลคัดกรองจริง ๆ แล้วมีความรู้สึกดีต่อลักษณะงานคัดกรองแต่สิ่งที่ทำให้รู้สึกไม่ดีหรือคับข้องใจเกิดเนื่องจากการบริหารจัดการภายในหน่วยงาน ผู้ร่วมงาน และสภาพแวดล้อม

2. ความรู้สึกต่อแนวทางและข้อกำหนดในการคัดกรองผู้บาดเจ็บของหน่วยงาน

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำมาสรุปและนำเสนอผลที่ได้โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ ความรู้สึกต่อแนวทางในการคัดกรอง ความรู้สึกต่อข้อกำหนดในการแบ่งประเภทผู้บาดเจ็บ และข้อกำหนดเรื่องบุคคลที่ทำหน้าที่คัดกรอง

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความรู้สึกต่อแนวทางในการคัดกรองว่ามีความเหมาะสมดีแล้ว กล่าวคือ มีจุดเน้นหรือประเด็นสำคัญในแนวทางก็เพียงพอสำหรับให้ผู้ปฏิบัติ แต่มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 คนเท่านั้นที่เห็นว่าควรมีรายละเอียดเพิ่มเติมซึ่งผู้ให้ข้อมูลไม่ได้เสนอว่าควรเพิ่มเติมใน

ประเด็นใด กล่าวแต่เพียงว่าควรมีรายละเอียดเพิ่มเติมเพื่อจะใช้ประกอบการพิจารณาได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น สำหรับการแบ่งประเภทของผู้บาดเจ็บ ผู้ให้ข้อมูลเกือบทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าการตัดสินใจคัดกรองผู้ป่วยในรายที่อาการและอาการแสดงในขณะนั้น ไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่าจะจัดประเภทผู้ป่วยเป็นระดับใด โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนมากตัดสินใจให้ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มประเภทที่มีความรุนแรงมากกว่าเป็นหลัก ด้วยเหตุผลที่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและรวดเร็วทันเวลา ส่วนความคิดเห็นต่อข้อกำหนดเรื่องผู้ทำหน้าที่คัดกรอง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองต้องเป็นพยาบาลซึ่งเป็นไปตามข้อกำหนดและมาตรฐานการปฏิบัติงานหน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความเหมาะสมแล้ว แต่มีผู้ให้ข้อมูลส่วนน้อยเห็นว่าผู้ช่วยพยาบาลก็สามารถทำหน้าที่นี้ได้แต่ทั้งนี้จะต้องดำเนินการในการให้ความรู้ในเรื่องการคัดกรอง การแบ่งประเภทผู้บาดเจ็บ และข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่คัดกรองเสียก่อน

3. คุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ

คุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บนี้ นำเสนอเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ คุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองตามความเห็นของผู้ปฏิบัติงาน และคุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองตามความเห็นของผู้มอบหมายงาน

คุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองตามความเห็นของผู้ปฏิบัติงาน แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติงานพยาบาลคัดกรอง ด้านการเป็นผู้นำ ด้านการมีจิตสำนึกในการให้บริการ และด้านการบริหารจัดการบุคคล โดยด้านการปฏิบัติงานพยาบาลคัดกรองประกอบด้วยความสามารถตัดสินใจประเมินอาการและการคาดการณ์หรือการพยากรณ์โรคล่วงหน้าได้ ความสามารถประเมินอาการและให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง และมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ด้านการเป็นผู้นำประกอบด้วยมีบุคลิกเป็นผู้นำ สามารถสั่งการ และกล้าตัดสินใจ มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารและเจรจาต่อรอง มีสติและสามารถดูแลช่วยเหลือให้ผู้อื่นมีสติด้วย เป็นคนมองรอบด้าน ไม่ปกป้องหรือด่วนตัดสินใจ มีความอดทนอดกลั้น มีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ที่นอกจากเหนือจากทฤษฎี หรือแนวปฏิบัติที่มี ด้านการมีจิตสำนึกในการให้บริการประกอบด้วย การมีจิตสำนึกในการบริการที่ดี มีความกระตือรือร้นและตื่นตัวอยู่เสมอ และด้านการบริหารจัดการบุคคล ซึ่งพยาบาลคัดกรองควรมีความสามารถในการบริหารจัดการเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยญาติ และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาล มูลนิธิ หรือหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ที่มาส่งผู้ป่วย เป็นต้น

ส่วนคุณลักษณะของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองตามความเห็นของผู้มอบหมายงาน ออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถในการปฏิบัติงานคัดกรอง และด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งความหมายของคนที่มีความสามารถในการปฏิบัติงานในที่นี้ คือ คนที่มีประสบการณ์มากพอโดย

ไม่ใช่จำนวนปีที่ทำงาน คนที่มั่นใจว่าจะปฏิบัติงานได้ทั้ง 2 พื้นที่ให้บริการ (จุดคัดกรองและห้องผู้ป่วยฉุกเฉินมาก) และคนที่มีความสามารถในการตัดสินใจและจัดลำดับความสำคัญได้ดี ส่วนคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองประกอบด้วย การมีความกระตือรือร้น สนใจและใส่ใจผู้ป่วย มีความอดทนและยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ พร้อมทั้งจะเรียนรู้และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ และคนที่เป็นตัวแทนที่ดีของหน่วยงานทั้งในด้านความรู้และการบริการ

ทั้งนี้เมื่อนำคุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองตามความคิดเห็น และคุณลักษณะของพยาบาลคัดกรองตามการมอบหมายงาน มาสรุปเปรียบเทียบคุณลักษณะของพยาบาลทั้ง 2 ประเด็นดังกล่าว จะเห็นได้ว่ามีทั้งคุณลักษณะที่มีความสอดคล้องกันระหว่างคุณลักษณะของผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองตามความคิดเห็น และคุณลักษณะของผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองตามการมอบหมายงาน และสามารถสรุปได้ว่าคุณลักษณะของผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองควรจะประกอบด้วย 2 คุณลักษณะสำคัญ คือ คุณลักษณะด้านความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน และด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ความเป็นผู้นำ ความสามารถในการบริหารจัดการ ความสามารถในการตัดสินใจ ความมีจิตสำนึกและกระตือรือร้นในการให้บริการ

4. การเตรียมความพร้อมและพัฒนาสมรรถนะของผู้ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ

การเตรียมความพร้อมและพัฒนาสมรรถนะของผู้ทำหน้าที่คัดกรอง ข้อมูลที่ได้แสดงให้เห็นถึง แนวทางในการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ปฏิบัติงานใหม่ และการพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

แนวทางในการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ปฏิบัติงานใหม่ ควรต้องมีการวางแผนในการจัดการของหน่วยงานเป็นขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนแรกคือการให้ความรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์ในการทำงานของรุ่นพี่ มีการฝึกหัดในสถานการณ์จำลองก่อนปฏิบัติจริง และควรจะต้องมีการทดสอบความรู้ก่อนการปฏิบัติงาน ในระยะแรกของการปฏิบัติงานก็จัดให้มีพี่เลี้ยงคอยดูแลและช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด หลังจากนั้นเมื่อได้เริ่มให้ปฏิบัติงานด้วยตนเองก็จัดให้ผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานร่วมกันที่จุดคัดกรองเป็นผู้ช่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงเพื่อที่จะได้ช่วยเหลือ และมีพยาบาลรุ่นพี่เป็นที่ปรึกษา และในขณะเดียวกันตัวพยาบาลคัดกรองใหม่เอง ก็ควรจะต้องมีการเตรียมการด้วยตนเองด้วย โดยการสังเกตวิธีการทำงาน แนวทางในการทำงานคัดกรองจากผู้มีประสบการณ์มากกว่า

การพัฒนาบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองอย่างต่อเนื่องนี้ ประกอบด้วย 2 กระบวนการหลัก ได้แก่ การพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และการประเมิน ตรวจสอบ กำกับและติดตามคุณภาพในการปฏิบัติงาน โดยการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน

ประกอบด้วย การจัดให้มีการอบรมฟื้นฟูเป็นประจำอย่างต่อเนื่องทั้งในเรื่องความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานคัดกรองทั้งในส่วนของผู้บาดเจ็บซึ่งเป็นผู้รับบริการหลักของหน่วยงานและผู้ช่วยประเภทอื่นที่มารับบริการในโรงพยาบาล การจัดให้มีการประชุมปรึกษาหารือโดยนำสถานการณ์การคัดกรองจริงมาร่วมกันวิพากษ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน โดยในขณะเดียวกันผู้ปฏิบัติงานเองก็จะต้องมีการเตรียมตัวและพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่วนในเรื่องการควบคุมคุณภาพการปฏิบัติงานก็ควรจะมีการประเมินความรู้และทักษะการคัดกรองเป็นระยะ ๆ และมีการกำกับและติดตามผลการปฏิบัติงานเป็นรายบุคคล โดยควรจะมีการจัดอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ในเรื่องการคัดกรองนี้ควรจะมีการให้ความรู้แก่บุคลากรอื่นที่มีส่วนร่วมเป็นทีมงานคัดกรองร่วมด้วย ซึ่งผู้รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพบุคลากรที่ได้จากงานวิจัยนี้ จะเห็นว่าผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าส่วนใหญ่ควรจะเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของหน่วยงานก็ตาม แต่การพัฒนาตนเองของพยาบาลก็มีส่วนสำคัญด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้วิจัยขอเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังต่อไปนี้

1. การส่งเสริมความรู้สึกด้านบวกต่อการทำหน้าที่คัดกรอง

จากผลของการวิจัยที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลแสดงความรู้สึกลดต่อการทำหน้าที่คัดกรองด้านลบมากกว่าความรู้สึกด้านบวก โดยความรู้สึกลดด้านลบเป็นเรื่องเกี่ยวกับ บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ การมอบหมายงาน และความคับข้องใจต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้บริหารทางการแพทย์ควรจะต้องตระหนักและทำการพัฒนาและปรับปรุงในประเด็นดังกล่าว เพื่อให้บุคลากรหรือพยาบาลคัดกรองเกิดความรู้สึกด้านบวกหรือเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการทำงาน และนับเป็นการดำเนินการเพื่อส่งเสริมและสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ปฏิบัติงานอื่นกับพยาบาลคัดกรอง ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการของหน่วยงานและองค์กร ดังนี้

1.1 การกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลคัดกรองให้มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม โดยอาจเขียนเป็นคำบรรยายลักษณะงาน (Job Description) ที่ระบุบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลคัดกรอง เพื่อพยาบาลคัดกรองจะได้ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน อีกทั้งผู้ปฏิบัติงานอื่น ๆ จะได้เกิดความเข้าใจในบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลคัดกรอง และช่วยเหลือและประสานความร่วมมือกันในการทำงานซึ่งจะเป็นการลดความขัดแย้งที่เกิดจากการปฏิบัติงานหรือการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลกันได้อีกด้วย

1.2 การพิจารณาการจัดอัตรากำลังของบุคลากร ซึ่งผู้บริหารควรมีการทบทวนการ รูปแบบของการจัดอัตรากำลังให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ควรที่จะมีการพิจารณาเลือกใช้วิธีการ คำนวณและจัดอัตรากำลังให้มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและความรับผิดชอบของ หน่วยงานที่มีความเฉพาะด้านและต้องเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด เช่น การเกิด อุบัติเหตุหมู่ เป็นต้น

1.3 การวางแผนและจัดระบบการมอบหมายงาน ผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบควรจะมีการ วางแผนและกำหนดแนวทางในการมอบหมายงานไว้อย่างเป็นรูปธรรม เช่น การจัดอัตรากำลังคนในแต่ละเวร การกำหนดคุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานแต่ละตำแหน่งว่าควรจะเป็นอย่างไร หรือเป็นผู้ใดในเวรนั้น ๆ เพื่อเป็นการลดความคิดและความรู้สึทักของความไม่เท่าเทียมกันในการ มอบหมายงาน

2. การกำหนดหลักสูตรการเตรียมความพร้อมและการพัฒนาบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองอย่างต่อเนื่อง

จากผลการวิจัยที่ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนวทางหรือขั้นตอนในการดำเนินการเกี่ยวกับการ เตรียมความพร้อมและพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะที่ได้จากบุคลากรที่ทำ หน้าที่นี้ โดยตรง โดยความคิดเห็นและข้อเสนอแนะนี้ส่วนหนึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับบุคลากรที่ทำ หน้าที่นี้ และอีกส่วนหนึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าหากหน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้องได้มีการ ดำเนินการเช่นนี้แล้วจะเกิดผลที่ดีต่อการเตรียมความพร้อมของผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนการพัฒนา คุณภาพการปฏิบัติงาน โดยหน่วยงานหรือองค์กรควรจะนำข้อมูลที่ได้แสดงในงานวิจัยนี้ไป พิจารณาเพื่อดำเนินการในการเตรียมความพร้อมและพัฒนาบุคลากร ดังนี้

2.1 การเตรียมความพร้อมสำหรับบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองใหม่ ผู้บริหาร หน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบควรจะมีการกำหนดขั้นตอนในการเตรียมความพร้อมตลอดจนกำหนด ผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนให้มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมและนำมาใช้จริง ได้แก่ การจัด โปรแกรมการเตรียมความพร้อมทั้งการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติ การวางแผนการนิเทศงานมีการ กำหนดก่อนการเริ่มปฏิบัติงานและระยะแรกของการเริ่มปฏิบัติงานหน้าที่นี้ และกำหนดให้มี นโยบายเรื่องที่เกี่ยวข้องสำหรับพยาบาลคัดกรองใหม่ ตลอดจนการกำหนดให้มีประเมินความรู้และ ทักษะก่อนปฏิบัติงานจริง

2.2 การพัฒนาบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบ ควรจะมีการกำหนดแผนการพัฒนาคุณภาพของผู้ทำหน้าที่คัดกรองอย่างต่อเนื่องทั้งในเรื่องความรู้ และการปฏิบัติงาน โดยมีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องภายในหน่วยงานเอง ตลอดจนมีแผนการส่งบุคลากรไปเข้าร่วมอบรมภายนอกหน่วยงาน มีการวางแผนและจัดระบบการ

กำกับและติดตามผลการปฏิบัติงาน จัดให้มีการประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับการทำหน้าที่คัดกรอง เป็นต้น เพื่อเพิ่มและรักษาประสิทธิภาพการคัดกรองของหน่วยงานและองค์การอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรมชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ประเด็นที่ควรจะดำเนินการทำวิจัยต่อไป มีดังนี้

1. การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบ แนวทางที่ใช้ในการคัดกรองให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ถึงแม้ว่าในเรื่องของแนวทางในการคัดกรองผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะเห็นด้วยกับแนวทางในการคัดกรอง แต่ก็ยังมีคนที่ไม่เห็นด้วย และมีอีกส่วนหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่าแนวทางยังไม่มีประสิทธิภาพในบางประเด็น เช่น ข้อกำหนดทั้งเรื่องของการแบ่งประเภทผู้บาดเจ็บ ว่าแท้ที่จริงแล้วแนวทางในการคัดกรองควรจะมีผลเพียงใด ควรจะต้องมีการระบุข้อมูลใดบ้างเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจคัดกรอง และการแบ่งประเภทผู้บาดเจ็บควรจะเป็นเช่นไรมีกรณีใดที่อนุโลมให้ผู้ทำหน้าที่คัดกรองจัดประเภทผู้บาดเจ็บได้เกินกว่าระดับการบาดเจ็บจริง (Over Triage) หรือระดับต่ำกว่าการบาดเจ็บจริง (Under Triage) ทั้งนี้ก็เพื่อให้พยาบาลหรือผู้ทำหน้าที่คัดกรองได้มีแนวปฏิบัติที่ถือเป็นแนวเดียวกัน และไม่เกิดปัญหาความไม่เข้าใจหรือความคับข้องใจระหว่างผู้ปฏิบัติงานได้ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้ยังไม่สามารถหาคำตอบในประเด็นดังกล่าวนี้ได้ ดังนั้นจึงควรที่ผู้บริหารหรือผู้เกี่ยวข้องควรจะทำการศึกษาประเด็นนี้เพิ่มเติมต่อไป

2. การศึกษาเพื่อส่งเสริมความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติงานคัดกรอง

จากผลเรื่องความรู้สึกต่อการทำหน้าที่คัดกรอง ที่พบว่าพยาบาลคัดกรองมีความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองมากกว่าความรู้สึกด้านบวก โดยความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการบริหารจัดการงานของผู้บังคับบัญชา ได้แก่ การที่พยาบาลต้องทำหน้าที่มากกว่าคัดกรอง คือ ทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์และบริหารจัดการคนงาน ตลอดจนงานที่ต้องปฏิบัติงาน 2 พื้นที่บริการ (จุด A และจุด B) และต้องเป็นผู้รับผิดชอบหลักทั้ง 2 พื้นที่แต่เพียงผู้เดียวในเวรตึก ซึ่งผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าส่วนหนึ่งเป็นเพราะมีการปรับเปลี่ยนการจัดอัตรากำลังใหม่โดยลดอัตรากำลังผู้ปฏิบัติงานลง ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้เป็นผลสะท้อนส่วนหนึ่งที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนการจัดอัตรากำลัง การวางแผนและข้อกำหนดในการมอบหมายงาน ซึ่งถือเป็นเรื่องเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานและองค์การ ดังนั้นเพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนในเรื่องการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานและองค์การ ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่สนใจควรที่จะทำการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานและองค์การ ปัจจัยด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลที่ส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงาน การศึกษาเรื่องผลที่เกิดจากนโยบายเรื่องการ

จัดอัตรากำลังของหน่วยงานและองค์กร ตลอดจนความรู้สึกต่อการจัดอัตรากำลังและการมอบหมายงานของหน่วยงาน เป็นต้น เพื่อค้นหาคำตอบที่แท้จริงว่าความรู้สึกด้านลบต่อการทำหน้าที่คัดกรองที่ได้นี้ เป็นความรู้สึกด้านลบต่อการบริหารจัดการในภาพรวมของทั้งหน่วยงานหรือองค์กรหรือเฉพาะการบริหารจัดการเกี่ยวกับการคัดกรอง เพื่อที่จะได้วางแผนในการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลขององค์กรและหน่วยงานได้อย่างเหมาะสมต่อไป

บรรณานุกรม

- กฤษดา แสงดี (บรรณาธิการ). (2542). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- กองการพยาบาล. (2546). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- ทิมสุภาพคุณแลผู้ป่วยหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ. (2546). *คู่มือการจำแนกประเภทตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน*. กรุงเทพฯ: หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.
- จันทร์ดา จินดา. (2546). *ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- นงเยาว์ แก้วมรกต. (2542). *ผลของการรับรู้บรรยากาศองค์การที่มีต่อความผูกพันต่อองค์การของพนักงานบุคคล ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. วิทยานิพนธ์ศิลปกรรมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นิตา ชูโต. (2540). *การวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: พี.เอ็น. การพิมพ์.
- ปรีดา แด้อารักษ์. (2543). *รายงานผลการศึกษากาพลักษณะและกลยุทธ์การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในสองทศวรรษหน้าในมุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิ*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิช.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2550). *หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ*. สงขลา: ศิริยอดการพิมพ์.
- ภัทรารณณ์ สุกาญจนารณณ์. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในการทำงานทัศนคติต่อวิชาชีพ ทัศนคติต่อผู้ป่วย ความผูกพันต่อองค์การ และบรรยากาศในองค์การ กับการปฏิบัติงานพยาบาลของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลตึกผ่าตัดและตรวจโรคอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ภัทรารณณ์ สุกาญจนารณณ์. (2547). *การพัฒนาแนวทางในการตัดสินใจคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุวารสารพยาบาลศัลยกรรมอุบัติเหตุ, 7(2), 24 – 35.*

- วนิดา ออประเสริฐศักดิ์. (2546). การจำแนกผู้ป่วย. ใน *ศุคาพรรณ ธัญจิรา (บรรณาธิการ). การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุใหม่ (พิมพ์ครั้งที่ 6) (หน้า 22 – 32).* กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- วิชัย วาสนศิริ. (2544). ใน *รัชชัย กาญจนรินทร์ (บรรณาธิการ). การช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บขั้นสูง (หน้า 178 – 182).* กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- แหวดาว อินทบุตร. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การพัฒนาบุคลากร การทำงานเป็นทีม กับผลผลิตของงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- ศิริพร จิรววัฒน์กุล. (2548). *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2).* ขอนแก่น: ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- สมัย ขาววิจิตร. (2546). ใน *ศูนย์กู้ชีพเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ (หน้า 15 – 24).* กรุงเทพฯ: แอล.ที.เพลส.
- สมบุญ โอภาสยศ. (2544). *การจัดระบบการคัดกรองผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุ: กรณีศึกษาวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- ศุคาพรรณ ธัญจิรา. (2541). *พยาบาลจำแนกกับการบริการของหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน. ราชบัณฑิตสาร. 4(3), 282 – 287.*
- สุภางค์ จันทวานิช. (2552). *การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 9).* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2553). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 18).* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *หลักเกณฑ์และแนวทางการจัดบริการตามมาตรฐานบริการพยาบาลสำหรับ Trauma Center.* กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *รายงานผลการดำเนินงาน พ.ศ. 2545 – 2547. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.*

อนวัณน์ ศุภชุตินุกูล. (2543). *คุณภาพของระบบสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.

Alejandro, B. A., Peter, L. L., & Barbara, S. (2003). System compliance with out-of-hospital trauma triage criteria. *The Journal of TRAUMA Injury, Infection, and Critical Care*. 54(2), 334 – 350.

Beebe, R. W. O., & Funk, D. L. (2001). *Fundamentals of Emergency Care*. New York: Delmar.

Buschhorn, H. M., Strout, T. D., Sholl, J. M., & Baumann, M. R. (in press). Emergency medical service triage using the Emergency Severity Index: Is it reliable and valid?. *Journal of Emergency Nursing*.

Committee of Trauma American College of Surgeons. (1998). *Resources for optimal care of the injured patient: 1999*. n.p.

Dallaire, C., Poitras, J., Aubin, K., Lavoie, A., & Moore, L. (2012). Emergency department triage: Do experienced nurses agree on triage score?. *The Journal of Emergency Medicine*. 42(6), 736-740

Dateo, J. (in press). What factors increase the accuracy and inter-rater reliability of the emergency severity index among emergency nurses in triaging adult patient. *Journal of Emergency Nursing*.

Dolan, B., & Holt, L. (2005). *Accident & Emergency: Theory into Practice*. London: Elsevier.

Doris, N. (1978). *Triage and Assessment: Emergency Care Assessment and Intervention* (2nd ed). Missouri: C.V. Mosby.

Gerdtz, F. M., & Bucknall, T. (2001). Triage nurses' clinical decision making, An observational study of urgency assessment. *Journal of Advanced Nursing*. 35(4), 550 – 561.

Gilboy, N., Travers, D., & Wuerz, R. (1999). Re-evaluating triage in the new millennium: A comprehensive look at the need for standardization and quality. *Journal of Emergency Nursing*. 25(6), 468 – 473.

Gilboy, N., & Tarcey, K. B. (2001). Triage nurses' clinical decision making. An observation study of urgent assessment. *Journal of Advanced Nursing*. 35(4), 550-561.

Glarum, J. (2010). *Hospital response team textbook*. Massachusetts: Elsevier.

Goransson, K. E., Ehrenberg, A., Marklund, B., & Ehnfors, M. (2006). Emergency department triage: Is there a link between nurses' personal characteristics and accuracy in triage decisions?. *Accident and Emergency Nursing*. 14, 83-88.

- Goransson, K. E., & Rosen, A. V. (2010). Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. *International Emergency Nursing*. 18, 36 – 40.
- Innes, K., Plummer, V., & Considine, J. (2011). Nurses' perceptions of their preparation for triage. *Australasian Emergency Nursing journal*. 14, 81-86.
- 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., Prochi, J. A., & Kaiser, J. (1995). *Emergency nursing: A physiologic and clinical perspective* (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Kristiansen, T., Soreide, K., Ringdal, K. G., Rehn, M., Kruger, A. J., Reite, A., Meling, T., Naess, P. A., & Lossius, H. M. (2010). Trauma systems and early management of severe injuries in Scandinavia: Review of the current state. *Injury, International Journal Care Injured*. 41, 444-452.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. California: Sage Publications.
- McQuillan, K. A., Makic, M. B., & Whalen, E. (2009). *Trauma Nursing: From Resuscitation Through Rehabilitation*. (4th ed.). Missouri: W.B. Saunders.
- McMahon, M. M. (2003). ED triage: Is a five-level triage system best?. *American journal of Nursing*. 103(3), 61-63.
- Oktaç, C., & Kilicaslan, I. (2009). A study of the workforce for an ED triage area in a Tertiary Care Hospital. *Journal of Emergency Nursing*. 35(3), 211-217.
- O'Shea, R. A. (2005). *Principle and Practice of Trauma Nursing*. London: Elsevier.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (2nd ed.). California: Sage Publications .
- Rapper, J., Davis, B. A. & Scott, L. (1999). Patient satisfaction with emergency department triage nursing care: A Multicenter study. *Journal of Nursing Care Quality*. 13(6), 11-24.
- Rosenstein, A. H., & Naylor, B. (2012). Incidence and impact of physician and nurse disruptive behaviors in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*. 43(1), pp.139-148.
- Somerson, S. W., & Morkovchick, V. J. (1997). Development of the triage system. In Salluzzo, R. F. (editor). *Emergency Department Management: Principle and Applications*. Missouri: Maple-Vail.

- Spant, H. D., Limner, D. J., O'keefe, M. E., Grant, H. I., Murray, B., Bergeron, J. D., & Dickinson, E. T. (2011). *Emergency Care* (12thed). New Jersey: Brady Prentice Hall International.
- Thompson, J. D., & Daine, J. E. (1982). *Comprehensive Triage: A Manual for Developing and Implementing A Nurse Care System*. Philadelphia: Reston.
- Travers, D. (1999). Triage: How long does it take? How long should it take?. *Journal Emergency Nursing*. 25(3), 236-240.
- Travers, D., Waller, A. E., Bowlong, J. M., Folwer, S. D., & Tintinalli, J. (2002). Five-level triage system more effective than three-level in tertiary emergency department. *Journal Emergency Nursing*. 28(5), 395 – 400.
- Werster, A., Gilboy, N., Fernandes, C. M., Eitel, D., Era, K., Geisler, R., & Tanabe, P. (2004). Assessment of inter-observer reliability of two five-level triage and acuity scales: A randomized control trial. *Canadian Journal Emergency Medicine*. 6(4), 240-245.
- Widgren, B. R., & Jourak, M. (2011). Medical emergency and treatment system (METTS): A new protocol in primary triage and secondary priority decision in emergency medicine. *Journal of Emergency Medicine*. 40(6), 623 – 628.
- Wiler, J. L., Gentle, C., Halfpenny, J. M., Hein, A., Mikhail, M. G., & Fite, D. (2010). Optimizing emergency department front-end operation. *Annals of Emergency Medicine*. 55(2), 142-160.
- Wilson, W. C., Grande, C. M., & Hoyt, D. B. (2007). *Trauma Emergency Resuscitation Perioperative Anesthesia Surgical Management*. New York: Informa Healthcare.
- Zimmermann, P. G. (2001). The case for a universal, valid, reliable 5-tier triage acuity scale for US emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*. 27(3), 246 – 254.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล

ตารางที่ 6 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลรายบุคคล

| คนที่ | เพศ | อายุ (ปี) | ระดับการศึกษา สูงสุด | ประสบการณ์ การ ปฏิบัติงาน พยาบาล (ปี) | ประสบการณ์ การปฏิบัติงาน ในหน่วยตรวจ โรคอุบัติเหตุ (ปี) | จำนวนครั้งใน การปฏิบัติหน้าที่ คัดกรอง ผู้บาดเจ็บ |
|-------|------|--------------|-------------------------|---|---|--|
| 1 | หญิง | 33 | ปริญญาตรี(พย.ม.) | 12 | 12 | 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ |
| 2 | หญิง | 35 | ปริญญาตรี(พย.ม.) | 13 | 13 | 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ |
| 3 | หญิง | 30 | ปริญญาตรี(พย.ม.) | 7 | 7 | 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ |
| 4 | หญิง | 49 | ปริญญาตรี(วท.บ) | 27 | 27 | 1-2 ครั้ง/เดือน |
| 5 | หญิง | 47 | ปริญญาตรี(วท.บ) | 26 | 26 | 1-2 ครั้ง/เดือน |
| 6 | หญิง | 35 | ปริญญาตรี(พย.ม.) | 13 | 13 | 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ |
| 7 | หญิง | 33 | ปริญญาตรี(พย.ม.) | 33 | 33 | 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ |
| 8 | ชาย | 30 | ปริญญาตรี(พย.ม.) | 13 | 13 | 1-2 ครั้ง/เดือน |
| 9 | ชาย | 38 | ปริญญาตรี(พย.ม.) | 16 | 16 | 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ |
| 10 | หญิง | 37 | ปริญญาตรี(พย.ม.) | 14 | 14 | 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ |
| 11 | หญิง | 34 | ปริญญาตรี(พย.ม.) | 14 | 14 | 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ |
| 12 | หญิง | 26 | ปริญญาตรี(พย.ม.) | 12 | 12 | 1-2 ครั้ง/เดือน |
| 13 | หญิง | 34 | ปริญญาตรี(พย.ม.) | 37 | 37 | 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ |
| 14 | หญิง | 40 | ปริญญาตรี(พย.ม.) | 6 | 6 | 1-2 ครั้ง/เดือน |
| 15 | ชาย | 39 | ปริญญาตรี(พย.ม.) | 9 | 9 | 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ |
| 16 | ชาย | 38 | ปริญญาตรี(พย.ม.) | 8 | 8 | 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ |

ตารางที่ 7 ข้อมูลการอบรมเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยและหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง

| คนที่ | การคัดกรอง ผู้บาดเจ็บ | การคัดกรอง ผู้ป่วยที่ไม่ใช่ อุบัติเหตุ | การพยาบาล ผู้ป่วยตาม หลักการดูแล ผู้ป่วย อุบัติเหตุ สาหัส | การพยาบาล เฉพาะทาง สาขาการ พยาบาล ศัลยกรรม อุบัติเหตุ | เวชปฏิบัติ (ระยะเวลา 1 สัปดาห์) | Emergency Medical Service |
|-------|--------------------------|--|--|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| 2 | ✓ | | ✓ | | | |
| 3 | ✓ | | ✓ | | | |
| 4 | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| 5 | ✓ | | ✓ | | | |
| 6 | ✓ | | ✓ | ✓ | | |
| 7 | ✓ | | ✓ | ✓ | | |
| 8 | ✓ | | ✓ | | | |
| 9 | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ |
| 10 | ✓ | | ✓ | | | |
| 11 | ✓ | | ✓ | | | |
| 12 | ✓ | | ✓ | | | |
| 13 | ✓ | | ✓ | | | |
| 14 | ✓ | | ✓ | | | |
| 15 | ✓ | | ✓ | | | |
| 16 | ✓ | | ✓ | | | |

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัย
และแนวคำถามที่ใช้ในการสนทนา

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

รหัส

สนทนาครั้งที่ วันที่ เดือน พ.ศ. 2551 เวลา น.
สถานที่ในการสนทนา

กรุณากรอกข้อมูลของท่านตามหัวข้อต่อไปนี้

1. อายุ ปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. ระดับการศึกษาสูงสุด
4. ประสบการณ์ในการทำงานเป็นพยาบาล ปี
5. ประสบการณ์ในการทำงานที่หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ ปี
6. ประสบการณ์การศึกษาอบรมในเรื่องการคัดกรองผู้บาดเจ็บ
 ไม่เคย
 เคย ระบุ
7. ประสบการณ์การศึกษาหรืออบรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและการคัดกรอง
 ไม่เคย
 เคย ระบุ

แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนา

แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนาเพื่อบรรยายประสบการณ์การคัดกรองผู้บาดเจ็บ

1. อยากให้คุณเล่าถึงประสบการณ์ในการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บของคุณว่าเป็นอย่างไร
2. คุณมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกอย่างไรต่อการทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ
3. เวลาที่มีผู้ป่วยมาที่จุดคัดกรองคุณจะทำอย่างไรบ้าง
4. คุณมีวิธีการในการคัดกรองผู้ป่วยอย่างไร และมีความคิดเห็นต่อวิธีการคัดกรองของคุณอย่างไร
5. คุณได้ใช้แนวทางในการคัดกรองที่หน่วยงานกำหนดหรือไม่อย่างไร และเมื่อใช้หรือไม่ใช้แล้วผลเป็นอย่างไร
6. คุณมีความคิดเห็นอย่างไรต่อแนวทางหรือวิธีในการปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรองของหน่วยงานคุณ
7. ตามความคิดเห็นของคุณ คุณคิดว่าแนวทางในการคัดกรองของหน่วยงานคุณมีประโยชน์หรือไม่ อย่างไร
8. เป้าหมายในการคัดกรองผู้บาดเจ็บของคุณเป็นอย่างไร
9. คุณเคยมีการทบทวนการคัดกรองหรือการตัดสินใจในการคัดกรองของคุณหรือไม่ และเป็นอย่างไร และคุณมีวิธีการพัฒนาหรือปรับปรุงการทำหน้าที่คัดกรองของคุณอย่างไร
10. คุณเคยคัดกรองผู้บาดเจ็บผิดพลาดหรือไม่ และคิดว่าข้อผิดพลาดนั้นเกิดขึ้นจากสาเหตุใด คุณรู้สึกอย่างไรต่อสิ่งที่เกิดขึ้น และคุณมีวิธีการแก้ไขหรือปรับปรุงการทำหน้าที่คัดกรองของคุณอย่างไร
11. ตามความคิดเห็นของคุณคนที่เหมาะสมในการทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยควรจะเป็นอย่างไร เพราะเหตุใด
12. ถ้าจะให้ช่วยแนะนำพยาบาลที่ไม่เคยทำหน้าที่นี้ คุณจะบอกอะไรให้เขาทราบบ้าง
13. จากการที่คุณได้ปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรองแล้วคุณคิดว่าคนที่จะมาทำหน้าที่นี้ต้องเป็นคนอย่างไร และต้องทราบหรือรู้เรื่องอะไรบ้าง

แบบบันทึกข้อมูลขณะสนทนา

รหัสผู้ให้ข้อมูล

สนทนาครั้งที่ วันที่ เดือน พ.ศ.2551 เวลา น. สถานที่

| <p>ข้อมูลที่ได้จากการสนทนา</p> <p>เหตุการณ์/สถานการณ์/ การแสดงออกต่างๆ ระหว่างการสนทนา</p> | <p>ความคิดเห็น/ความรู้สึก</p> <p>ส่วนตัวของผู้วิจัย</p> |
|--|---|
| <p>Q (ผู้วิจัย) :</p> <p>A (ผู้ให้ข้อมูล) :</p> | |

ภาคผนวก ค

**แบบฟอร์มพิกษสิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล
และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย**

แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัย นางสาวภัทรภรณ์ สุกาญจนภรณ์ ปัจจุบันเป็นนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา มีความสนใจในเรื่องของการคัดกรองผู้บาดเจ็บ และได้รับอนุญาตให้ทำวิทยานิพนธ์ในหัวข้อเรื่อง “ประสบการณ์ของพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้บาดเจ็บ” และมีความสนใจที่จะศึกษากับพยาบาลในหน่วยงานของท่าน โดยมีอาจารย์ ดร.สุวดี สุกุลกู อาจารย์ประจำภาควิชาการวิจัย ประเมินผลและการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นประธานที่ปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์นี้ ซึ่งเมื่อการศึกษาครั้งนี้เสร็จสิ้นจะสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางสำหรับที่จะนำไปพัฒนาคุณภาพการคัดกรองและจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บให้มีประสิทธิภาพ ตรงตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน และสามารถนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติงานจริง

ในการนี้ผู้วิจัยใคร่ขอความกรุณาท่านในการให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ โดยการร่วมสนทนาเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ ความรู้สึก ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานในการคัดกรองผู้บาดเจ็บ ซึ่งในระหว่างการสนทนาผู้วิจัยขออนุญาตจดบันทึกและอัดเทประหว่างการสนทนา เพื่อเป็นประโยชน์ในขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูล โดยในการสนทนาแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 30 – 60 นาที ส่วนจำนวนครั้งในการสนทนาขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับ สำหรับวัน เวลา และสถานที่ที่จะสนทนานั้นขึ้นอยู่กับความสะดวกของท่าน โดยผู้วิจัยจะทำการนัดหมายล่วงหน้า

ทั้งนี้ข้อมูลทุกอย่างที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและข้อมูลส่วนตัวของท่านแต่อย่างใด การเผยแพร่ผลการวิจัยจะกระทำโดยเสนอในภาพรวม และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยผู้วิจัยจะทำการทำลายข้อมูลทันที นอกจากนี้หากคำถามใดที่ท่านไม่สะดวกใจที่จะตอบ ท่านสามารถที่จะไม่ตอบคำถามนั้นได้ ตลอดจนท่านสามารถบอกยุติการให้ข้อมูลได้ในทุกขั้นตอนของการวิจัย และสามารถขอข้อมูลกลับคืนได้ทั้งหมด อีกทั้งการเข้าร่วมในการวิจัยหรือการถอนตัวจากการวิจัยไม่มีผลต่อท่านทั้งในด้านการประเมินผลการปฏิบัติงาน การพิจารณาความดีความชอบ การส่งเสริมและสนับสนุนในความก้าวหน้าทางด้านการทำงาน รวมถึงสัมพันธภาพส่วนบุคคล ทั้งในปัจจุบันและอนาคต หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ เบอร์โทรศัพท์ 08-1817-7329

ขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ

(นางสาวภัทรภรณ์ สุกาญจนภรณ์)

ผู้วิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ประสบการณ์ของพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรอง
ผู้บาดเจ็บ

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมี
ความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะ
บอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่
มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผย
ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม..... ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม..... พยาน
(.....)

ลงนาม..... ผู้ทำวิจัย
(.....)

เอกสารหมายเลข 3 ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้ท่านมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยเหลือตามที่ท่านต้องการ
จะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ(ภาษาไทย) ประสิทธิภาพของพลาสมาที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้บาดเจ็บ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวภัทราภรณ์ สุกาญจนภรณ์

สถานที่วิจัย สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช โทรศัพท์ 7708 – 9, 08-1817-7329

ผู้ให้ทุน ไม่มี (เป็นวิทยานิพนธ์ในระดับบัณฑิตศึกษา)

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ วัตถุประสงค์ของพลาสมาที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้บาดเจ็บ ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยจะสามารถนำผลที่ได้มาในแนวทางสำหรับพัฒนาคุณภาพการคัดกรองและจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บให้มีประสิทธิภาพ ตรงตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน และสามารถนำไปใช้ได้ในทางปฏิบัติจริง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยเพราะท่านเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้บาดเจ็บโดยตรง ในหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุโดยเฉพาะ

จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ ๗ คน โดยจะใช้ระยะเวลาที่จะทำเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยทั้งสิ้นประมาณ 2 เดือน หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

ผู้วิจัยจะทำการติดต่อเพื่ออธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติต่างๆ ของผู้ให้ข้อมูลทั้งในการยินดีเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัย รวมถึงการนำเสนอผลการวิจัย อย่างละเอียดพร้อมทั้งให้ผู้ให้ข้อมูลชกถามสิ่งที่สงสัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจะทำการนัดหมายวันเวลาและสถานที่ที่จะทำการสนทนากับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง

- ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนาเชิงลึก (In-depth Interview) ในวัน เวลา และสถานที่ตามที่นัดหมาย ซึ่งในการสนทนาจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง จำนวน 1 ครั้ง หรือหากมีกรณีที่ผู้วิจัยต้องการข้อมูลเพิ่มเติม อาจจะมีการประสานงานไปเพื่อขอซักถามเพิ่มเติมจากท่าน

ในขณะที่ทำการสนทนาเชิงลึกผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการใช้เครื่องบันทึกเสียงและทำการบันทึกที่กระหว่างการสนทนาเพื่อเป็นประโยชน์ในขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยงจากการเปิดเผยข้อมูลที่ท่านได้ให้ขณะสนทนาเชิงลึก ดังนั้นผู้วิจัยจึงจะเก็บรักษาข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและข้อมูลส่วนตัวของท่านแต่อย่างใด การเผยแพร่ผลการวิจัยจะกระทำโดยเสนอในภาพรวม และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยผู้วิจัยจะทำการทำลายข้อมูลทันที นอกจากนี้หากคำถามใดที่ท่านไม่สะดวกใจที่จะตอบ ท่านสามารถที่จะไม่ตอบคำถามนั้นได้ ตลอดจนท่านสามารถขอยุติการให้ข้อมูลได้ในทุกขั้นตอนของการวิจัยและสามารถขอ

ข้อมูลกลับคืนได้ทั้งหมด อีกทั้งการเข้าร่วมในการวิจัยหรือการถอนตัวจากการวิจัยไม่มีผลต่อท่านทั้งในด้านการประเมินผลการปฏิบัติงาน การพิจารณาความดีความชอบ การส่งเสริมและสนับสนุนในทววมก้าวหน้าทางด้านการทำงาน รวมถึงสัมพันธภาพส่วนบุคคล ทั้งในปัจจุบันและอนาคต อีกทั้งมีผลเสรีขึ้นการสนับสนุนผู้วิจัยจะทำการถอดบทเรียนการสนทนาเชิงลึกด้วยตัวของ ซึ่งเท่าและเอกสารจะถูกเก็บรักษาไว้ในตู้ซึ่งมีที่ล็อกกุญแจ โดยมีผู้วิจัยเพียงคนเดียวเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงแฟ้มและเอกสารนั้นๆ ได้ ส่วนเอกสารค่าตอบแทนจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถอ่านได้ หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ เบอร์โทรศัพท์ 08-1817-7329 หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะรีบแจ้งให้ท่านทราบโดยเร็ว

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ข้าพเจ้าได้ย่ำรอยและเย็บในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ..... วันที่.....
(.....)

109 12081 EC3
วันที่รับ..... 26 S.A. 2551

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้บาดเจ็บ

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบ รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วม ใน โครงการวิจัยนี้ :

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับนางสาวกัทธราภรณ์ ตุกาญจนภรณ์ ผู้วิจัย ที่เบอร์โทรศัพท์ 08-1817-7329 ได้ตลอด 24 ชม

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้รับไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หรือผู้แทน ได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ;

.....

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีการตอบต่อการปฏิบัติงานที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากผลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าให้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ วันที่.....

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/ วันที่.....

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน/ วันที่.....

(.....)

๒๓

๒๓

วันที่รับทราบ ๑๐๙ ๒๕๖๓
กษิไพโรภมณ
วันที่ถึงทาง 26 S.A. 2551