

การพัฒนาแนวทางการคัดกรองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเพื่อลดระยะเวลารอคอย งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลอากาศอำนวย

เปรมฤดี โคตรสมบัติ* พย.บ.

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีคะแนน OAS ≥ 2 จำนวน 30 ราย ที่มารับบริการในช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ แนวทางการคัดกรองที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt aggression scale: OAS) และดัชนีการคัดแยกความรุนแรงฉุกเฉิน (Emergency severity index: ESI) แผนภูมิการคัดกรอง และแนวปฏิบัติทางการคัดกรอง และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกระยะเวลารอคอย และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลารอคอยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกระยะ ($p < .001$) โดยระยะเวลารวมทั้งหมดลดลงจาก 130.83 นาที เหลือ 56.17 นาที ทุกตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมาย (\geq ร้อยละ 80) โดยผู้ป่วยทุกราย (ร้อยละ 100) ได้รับการดูแลภายใน 2 ชั่วโมง และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < .001$) โดยความพึงพอใจโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.93 (ระดับปานกลาง) เป็น 4.45 (ระดับมาก) เพิ่มขึ้นร้อยละ 51.90 ดังนั้น แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลสูงในการลดระยะเวลารอคอย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย สามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว ขยายไปยังกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย และพัฒนานวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: แนวทางการคัดกรอง, ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน, ระยะเวลารอคอย, ความพึงพอใจ

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร Email: guitar_on@hotmail.com

วันที่รับบทความ 19 พฤศจิกายน 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 10 ธันวาคม 2568 วันตอบรับบทความ 11 ธันวาคม 2568

Development of a Screening Guideline for Emergency Psychiatric Patients to Reduce Waiting Time in Emergency and Forensic Department, Akatamnuai Hospital

Premruedee Kotesombut B.N.S.*

Abstract:

This study aimed to evaluate the effectiveness of a screening protocol for emergency psychiatric patients in the accident and emergency department. A single-group, pretest-posttest, quasi-experimental design was employed. The sample comprised 30 emergency psychiatric patients with an Overt Aggression Scale (OAS) score ≥ 2 who received services between August and October 2025. The intervention tools included the developed screening protocol, which consisted of the Overt Aggression Scale (OAS), the Emergency Severity Index (ESI), a screening flowchart, and standard operating procedures for screening. Data collection instruments included a demographic questionnaire, a waiting time record form, and a patient and family satisfaction assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, with the significance level set at 0.05.

The results showed that waiting times significantly decreased across all stages ($p < .001$), with the total waiting time reduced from 130.83 minutes to 56.17 minutes. All performance indicators achieved the target ($\geq 80\%$), with all patients (100%) receiving care within 2 hours. Patient satisfaction significantly increased in all dimensions ($p < .001$), with the average satisfaction score rising from 2.93 (moderate) to 4.45 (high), representing a 51.90% increase. In conclusion, the developed screening protocol for emergency psychiatric patients was highly effective in reducing waiting time and improving patient and family satisfaction. It can serve as a model for other community hospitals with similar contexts. Further research is recommended to include long-term follow-up, broader sample populations, and innovative approaches to continuously enhance the quality of care for emergency psychiatric patients.

Keywords: Screening protocol, Emergency psychiatric patients, Waiting time, Satisfaction

**Corresponding author, Registered Nurse, Professional Level, Akatamnuai Hospital, Sakon Nakhon Province.*

Email: guitar_on@hotmail.com

Received November 19, 2025, Revised December 10, 2025, Accepted December 11, 2025

ความสำคัญและความเป็นมา

ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช (Psychiatric emergency) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการประเมินและให้การดูแลอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยและผู้อื่น¹ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 7-10 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มาใช้บริการ² โดยผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น อีกทั้งยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในปัจจุบัน จากรายงานสหรัฐอเมริกาพบว่า อัตราการเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 15 ในช่วงปี 2006-2011³ สถานการณ์ในลักษณะเดียวกันนี้ก็พบได้ในประเทศไทย โดยข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2563 พบจำนวนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินมีอัตราเพิ่มขึ้นราวร้อยละ 10-20 ต่อปี⁴

การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในห้องฉุกเฉินจึงเป็นความท้าทายอย่างมากสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านเวลา ทรัพยากร และความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง⁵ นอกจากนี้ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมักมีความรุนแรง เฉียบพลัน คาดเดาได้ยาก และมีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุร้ายแรงสูง จึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินและดูแลรักษาอย่างทันท่วงที หากผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก อาจนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง ปัญหาการใช้กำลังควบคุมผู้ป่วย ตลอดจนภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลรักษาที่ยืดเยื้อ

อย่างไรก็ตาม กระบวนการคัดกรองและประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับการดูแลจากจิตแพทย์ยังใช้เวลานาน ทำให้ผู้ป่วยรอคอยการรักษาเป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลรักษา⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการคัดกรอง ได้แก่ การขาดเครื่องมือประเมินที่มีประสิทธิภาพ ความไม่คุ้นเคยของเจ้าหน้าที่ต่อภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ข้อจำกัดด้านสถานที่และบุคลากร⁷

แนวทางการจัดการที่มีการศึกษาในปัจจุบัน เช่น การใช้แบบคัดกรองเบื้องต้น การจัดทำแนวปฏิบัติ (Clinical practice guideline) และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ก็ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากความแตกต่างของบริบทและทรัพยากรในแต่ละพื้นที่⁸ เช่น การขาดอัตรากำลัง ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเฉพาะ เพื่อลดระยะเวลารอคอยและเพิ่มคุณภาพในการให้บริการ⁹⁻¹⁰

โรงพยาบาลอากาศอำนวยเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลสถิติ ในปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจาก 604 ราย เป็น 638 ราย และ 664 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นสะสมร้อยละ 9.90 ภายในระยะเวลา 3 ปี หรือเฉลี่ยปีละประมาณร้อยละ 3-5 และจากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 1 ปี พบว่า มีระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยาวนานมากกว่า 2 ชม.ถึงร้อยละ 50 หรือประมาณ 332 ราย มีจำนวนผู้ป่วยที่ถูกคัดกรองสูงกว่าเกณฑ์การคัดแยกเพื่อประเมินความรุนแรง (Over triage) ร้อยละ 1 และถูกคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์การคัดแยกเพื่อประเมินความรุนแรง (Under triage) ร้อยละ 5 ซึ่งสาเหตุหลัก

มาจากการไม่มีระบบคัดแยกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่ชัดเจน (Psychiatric triage system) ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชต้องรอคิวปนกับผู้ป่วยทั่วไป ขาดเกณฑ์การจัดลำดับความเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะ (ใช้เกณฑ์การคัดแยกทั่วไปที่อาจไม่เหมาะสม) มีกระบวนการประเมินและตรวจสอบซับซ้อน ต้องใช้เวลานาน โดยเฉพาะการประเมินความเสี่ยงการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้นได้หรืออาจทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจ ซึ่งล้วนเป็นความท้าทายที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยใช้แนวทางการคัดกรองและการจัดลำดับความเร่งด่วน¹¹ และทฤษฎีความพึงพอใจ¹² เป็นกรอบแนวคิด ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ดังนั้นจากแนวคิดและปัญหาที่พบในเบื้องต้นข้างต้น ทำให้เห็นว่าการพัฒนาการคัดกรองและการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเพื่อลดระยะเวลารอคอยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งจะสอดคล้องและช่วยขยายองค์ความรู้จากฐานแนวคิดเดิม นำไปสู่การประยุกต์ใช้และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

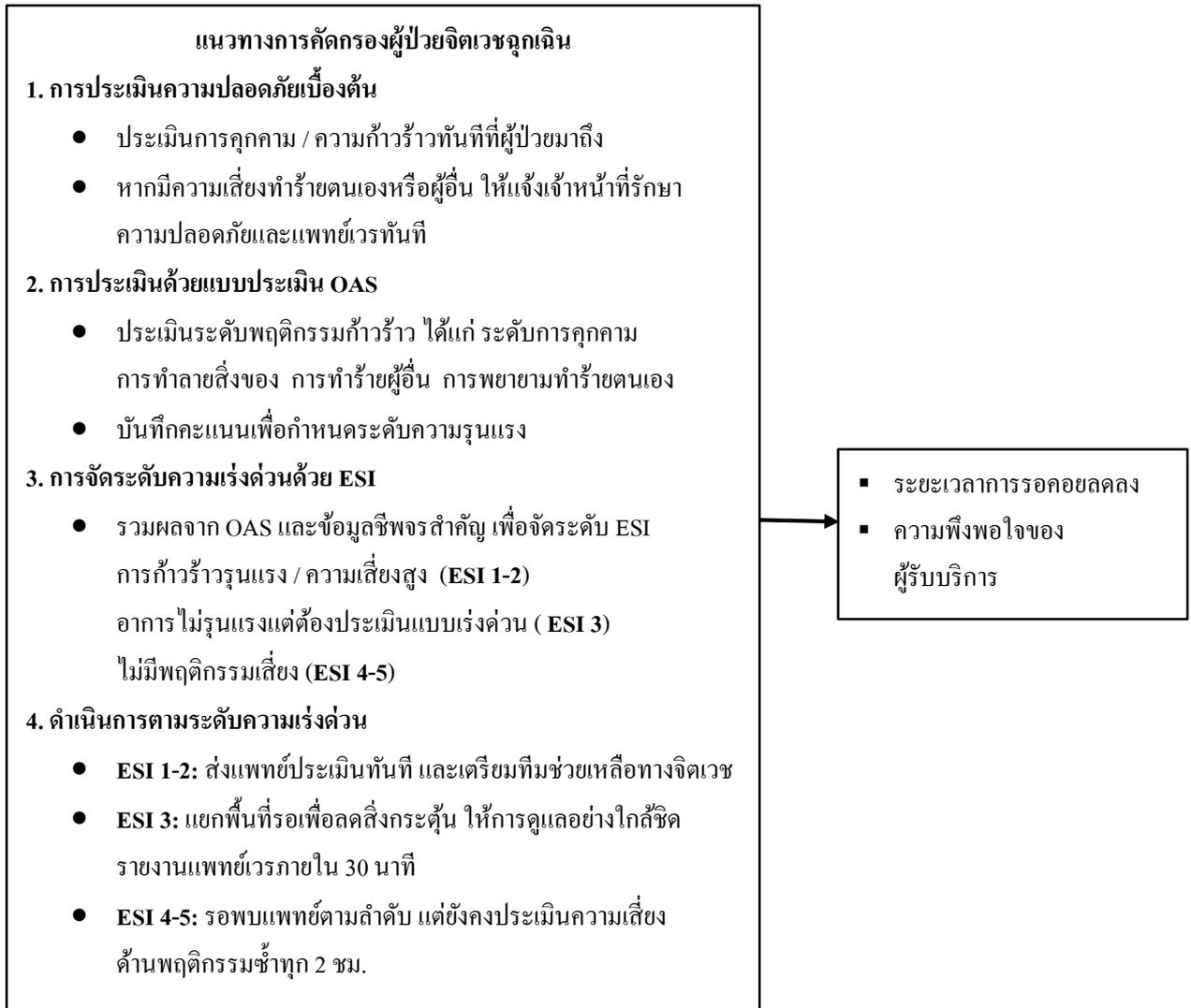
เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น
2. เพื่อศึกษาผลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์จากแนวคิดการคัดกรองและการจัดลำดับความเร่งด่วน (Triage and prioritization) ซึ่งเป็นกระบวนการคัดแยกผู้ป่วย ตามลักษณะ ความรุนแรง หรือความจำเป็น เพื่อให้สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมโดยจัดเรียงลำดับของผู้ป่วยที่การคัดกรองแล้วตามระดับความเร่งด่วน ความสำคัญ หรือผลกระทบ เพื่อกำหนดว่าอะไรควรได้รับการดำเนินการก่อน-หลัง และทฤษฎีความพึงพอใจ (Theory of satisfaction)¹² ซึ่งความพึงพอใจเกิดจากความคาดหวังและผลลัพธ์ที่ได้รับแต่ความพึงพอใจไม่ได้ขึ้นอยู่กับคุณภาพที่ได้รับเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความคาดหวังด้วย เพราะฉะนั้นจึงมีกรอบแนวคิดเพื่อพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเพื่อลดระยะเวลารอคอยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นสามารถลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินได้
2. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นต่อการใช้นโยบายการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น

ระเบียบวิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้นโยบายการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินต่อระยะเวลาการรอคอยรวมถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอานวย ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนสิงหาคม 2568 ถึง ตุลาคม 2568

รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) โดยมีแผนการทดลอง ดังนี้

O1 O2 X O3 O4

เมื่อ O1 O2 = การวัดก่อนทดลอง (ระยะเวลารอคอย + ความพึงพอใจ)

X = การใช้แนวทางการคัดกรองที่พัฒนาขึ้น

O3 O4 = การวัดหลังทดลอง (ระยะเวลารอคอย + ความพึงพอใจ)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่

ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร ในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย ซึ่งมีจำนวนเฉลี่ยประมาณ 50 รายต่อเดือน (ข้อมูลสถิติผู้ป่วยจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอำนวย, 2568)

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร ในช่วงเดือนสิงหาคม 2568 ถึง กันยายน 2568 จำนวน 30 ราย

คำนวณขนาด กลุ่มตัวอย่าง: กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จของ Cohen¹³ ซึ่งคำนวณจากการกำหนดค่าพารามิเตอร์ 4 ตัว ได้แก่ ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (α) อำนาจการทดสอบ (Power) และจำนวนกลุ่มที่ศึกษาในการวิจัยนี้ กำหนดให้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 (ขนาดอิทธิพลสูง) ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ .05 ($\alpha=.05$) อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ($\beta = .2$) และทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

เมื่อนำค่าที่กำหนดไปเทียบกับตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cohen¹³ สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มพบว่า ต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 15 ราย โดยเพื่อการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัยไว้ประมาณ 50% ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจำนวน 30 ราย ใช้วิธีการคัดเลือกผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจงเลือกจากกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย

เกณฑ์คัดเข้า

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินทางจิตเวชซึ่งประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ≥ 2
3. สามารถสื่อสารตอบคำถามได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก

1. ไม่ยินยอมหรือขอถอนตัวระหว่างการวิจัย
 2. มีโรคร่วมที่ต้องเปลี่ยนการรักษากระทัน ได้แก่ ติดเชื้อในกระแสเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง
- เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางให้ทุกคนสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดช่องว่างของการคัดกรองผิดพลาดจากการขาดประสบการณ์ของพยาบาลคัดกรอง

1.2 แบบประเมินอาการจิตเวชฉุกเฉินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการประเมินและจัดลำดับในการดูแลผู้ป่วยตามแบบประเมินใหม่

1.3 แผนภูมิการคัดกรอง เป็นแผนภูมิอย่างง่ายเพื่อใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชแบบเร่งด่วน

1.4 แนวปฏิบัติทางการคัดกรอง เพื่อใช้เป็นคู่มือในการช่วยการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชสำหรับพยาบาลคัดกรอง พัฒนาโดยทีมนำทางคลินิก ปี 2568 และปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลอากาศอำนวย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ทั้งหมด 3 ส่วน จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และประวัติการใช้สารเสพติด

2.2 แบบบันทึกระยะเวลารอคอย ทั้งหมดจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย เวลาแรกรับ เวลาเริ่มคัดกรอง เวลาที่พบแพทย์ เวลาเริ่มรักษาเบื้องต้น เวลาที่ส่งปรึกษาจิตแพทย์ เวลาที่ให้การรักษาตามแผนการรักษาของจิตแพทย์ เวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย เกณฑ์การประเมิน: โดยวัดเป็นนาทีเริ่มจากเวลาแรกรับที่ผู้ป่วยมาที่หน้าห้องฉุกเฉินจนถึงระยะเวลาที่ออกจากห้องฉุกเฉินโดยวัดสองครั้งก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรอง

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจ ประกอบด้วย 5 ด้าน มี 13 ข้อ ได้แก่ ด้านความรวดเร็วและประสิทธิภาพในการให้บริการ ด้านคุณภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านความสะดวกสบายและสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านการสื่อสารและให้ข้อมูล ด้านความพึงพอใจโดยรวม โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด, 5 = มากที่สุด)

3. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ

ได้ดำเนินการปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือหลัก (แนวทางการคัดกรอง) จากกรมสุขภาพจิตตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ทบทวนและร่างเครื่องมือ 2) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน จากกรมสุขภาพจิต และ 3) นำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของ

โรงพยาบาลอากาศอำนวยการ โดยผู้วิจัยแบ่งเกณฑ์การคัดกรองแยกตามความรุนแรงของภาวะทางจิตเวช OAS แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยและคู่มือ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบบนที่ระยะเวลา รอคอยโดยการหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลจิตเวช และผู้เชี่ยวชาญ ด้านการวิจัย แล้วคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-objective congruence index: IOC) เลือกข้อคำถาม ที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากนั้นนำไปทดลองใช้ กลับกลุ่มที่มีลักษณะ คล้ายกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย

4.2 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินความพึงพอใจโดยวิธีสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.85

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1: ขึ้นก่อนดำเนินการ (1 เดือน) สิงหาคม 2568

1. พัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยการพัฒนาแบบประเมินอาการจิตเวชฉุกเฉิน

- 1) สร้างและปรับปรุง แบบประเมินอาการจิตเวชฉุกเฉิน โดยอ้างอิงเครื่องมือ OAS
- 2) พิจารณาการใช้ ESI เพื่อกำหนดความเร่งด่วนทางการแพทย์อย่างเหมาะสม
- 3) พัฒนาเป็นแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลอากาศ

2. เก็บข้อมูลพื้นฐาน (ก่อนใช้แนวทาง)

- 1) รวบรวมข้อมูล ระยะเวลาารอคอย และ ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ
- 2) เก็บจากผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทั้งใน-นอกเวลาราชการ
- 3) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย
- 4) คัดกรองแบบยังไม่ใช้แนวทางการคัดกรองใหม่ (เป็นข้อมูล Baseline)

ระยะที่ 2: ขึ้นดำเนินการ (1 เดือน) กันยายน 2568

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเตรียมความพร้อม

- 1) จัดประชุม/อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน
- 2) เนื้อหายึดตามแนวทางกรมสุขภาพจิตและปรับให้เหมาะสมกับ โรงพยาบาลอากาศอำนวยการ
- 3) ดำเนินการอบรมในวันที่ 1 เดือนกันยายน 2568

2. ทดสอบการใช้แนวทาง

- 1) แพทย์จัดทำกรณีศึกษา (Case simulation) จำนวน 20 อาการ
- 2) พยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทำการคัดกรองผู้ป่วยสมมุติ โดยใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้น
- 3) กำหนดเกณฑ์ผ่านที่ระดับคะแนน $\geq 80\%$ เพื่อให้มั่นใจว่าพยาบาลสามารถใช้แนวทางได้

อย่างถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว

3. เก็บข้อมูลหลังใช้แนวทาง

- 1) ให้พยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมดเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเวชจริง
- 2) วัด ระยะเวลารอคอยหลังใช้แนวทาง และ ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติ
- 3) เก็บข้อมูลทั้งใน-นอกเวลาราชการ
- 4) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย
- 5) ใช้แบบประเมิน/แนวทางที่พัฒนาขึ้นในการคัดกรองทุกราย

ระยะที่ 3: ขึ้นสรุปและวิเคราะห์ผล

1. สรุปผลการเปรียบเทียบก่อน-หลังใช้แนวทาง

- 1) วิเคราะห์ความแตกต่างของระยะเวลารอคอย
- 2) วิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ

2. ทบทวนและปรับปรุงแนวทางอย่างเป็นระบบ

- 1) ประชุมสรุปผลกับทีมสหวิชาชีพ
- 2) ปรับคำจำกัดความ ขั้นตอนการประเมิน เครื่องมือและการตัดสินระดับความเร่งด่วนให้ชัดเจน
- 3) จัดทำแนวทางฉบับสมบูรณ์เพื่อใช้จริงในงานบริการ

3. จัดทำรายงานสรุปและเผยแพร่ผล

- 1) จัดทำรายงานวิจัย/คู่มือ
- 2) นำเสนอผลการพัฒนาเพื่อให้สามารถใช้ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินได้อย่างยั่งยืน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการใช้สารเสพติด
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบความพึงพอใจและระยะเวลารอคอยก่อนและหลังการทดลอง, Chi-square test เปรียบเทียบสัดส่วนการบรรลุเป้าหมาย กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร รหัสโครงการ 040/2568 เลขที่ SKN REC 040/2568 ลงวันที่ 5 สิงหาคม 2568 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และความเสี่ยงของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมให้พิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมด้วยตนเอง โดยขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมชี้แจงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ โดยผู้วิจัยรักษาความลับของข้อมูลซึ่งจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 25.2 ปี (S.D. = 7.9) โดยส่วนใหญ่อายุ 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.70 ด้านสถานภาพสมรสพบว่า ส่วนใหญ่เป็นโสด จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.00 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 80.00 ด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีประวัติการใช้สารเสพติด ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 30)

ตัวแปร	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	30	100.00
อายุ (ปี)		
- ต่ำกว่า 20 ปี	8	26.70
- 20-29 ปี	14	46.70
- 30-39 ปี	6	20.00
- 40 ปีขึ้นไป	2	6.60
Mean = 25.2 (S.D. = 7.9) (min-max = 15-52)		
สถานภาพสมรส		
- โสด	24	80.00
- สมรส	4	13.30
- หย่าร้าง	2	6.70
ระดับการศึกษา		
- มัธยมศึกษาตอนต้น	24	80.00
- มัธยมศึกษาปลาย/ปวช.	4	13.30
- อนุปริญญา	2	6.70
อาชีพ		
- รับจ้าง	24	80.00
- ว่างาน	4	13.30
- นักเรียน	2	6.70
สถานะการใช้สารเสพติด		
- ยังใช้สารเสพติดอยู่	30	100.00

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินก่อนและหลังการใช้ แนวทางการคัดกรอง

จากข้อมูลพบว่า ระยะเวลารอคอยก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกระยะ ($p < .001$) ดังนี้ ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงจนได้รับการคัดกรอง ลดลงจาก 17.17 นาที (S.D. = 5.84) เหลือ 3.93 นาที (S.D. = 1.28) ซึ่งลดลง 13.24 นาที หรือร้อยละ 77.10 ระยะเวลาตั้งแต่คัดกรองจนได้รับการประเมินโดยแพทย์ ลดลงจาก 44.67 นาที (S.D. = 16.52) เหลือ 12.33 นาที (S.D. = 4.89) ลดลง 32.34 นาที หรือร้อยละ 72.40 ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงจนได้รับการรักษาเบื้องต้น ลดลงจาก 67.50 นาที (S.D. = 19.73) เหลือ 21.50 นาที (S.D. = 6.71) ลดลง 46.00 นาที หรือร้อยละ 68.10 ระยะเวลาทั้งหมดที่อยู่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ลดลงจาก 130.83 นาที (S.D. = 24.56) เหลือ 56.17 นาที (S.D. = 15.84) ลดลง 74.66 นาที หรือร้อยละ 57.10 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรอง (n = 30)

ระยะเวลา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ผลต่าง	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
1. ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงจนได้รับการคัดกรอง (นาที)	17.17	5.84	3.93	1.28	-13.24	13.62	<.001*
2. ระยะเวลาตั้งแต่คัดกรองจนได้รับการประเมินโดยแพทย์ (นาที)	44.67	16.52	12.33	4.89	-32.34	11.43	<.001*
3. ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงจนได้รับการรักษาเบื้องต้น (นาที)	67.50	19.73	21.50	6.71	-46.00	13.28	<.001*
4. ระยะเวลาทั้งหมดที่อยู่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (นาที)	130.83	24.56	56.17	15.84	-74.66	16.89	<.001*

* $p < .001$

จากข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองภายใน 5 นาทีมากถึงร้อยละ 96.70 มีผู้ป่วยร้อยละ 86.70 ได้รับการประเมินภายใน 15 นาที และผู้ป่วยทั้งหมดใช้เวลาในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชั่วโมง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตามเป้าหมายที่กำหนด (n = 30)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	χ^2	p-value
	ร้อยละ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. การคัดกรองภายใน 5 นาที	≥ 80	0 (0.0)	29 (96.7)	28.97	<.001*
2. การได้รับการประเมินโดยแพทย์ภายใน 15 นาที	≥ 80	0 (0.0)	26 (86.7)	25.41	<.001*
3. การได้รับการรักษาเบื้องต้นภายใน 30 นาที	≥ 80	0 (0.0)	27 (90.0)	26.79	<.001*
4. ใช้เวลาใน ER ไม่เกิน 2 ชั่วโมง	≥ 80	4 (13.3)	30 (100.0)	24.55	<.001*

* $p < .001$

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้นโยบายการคัดกรองก่อนและหลังการทดลอง

จากข้อมูลพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < .001$) ดังนี้ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านกระบวนการให้บริการเพิ่มขึ้นจาก 2.37 (S.D. = 0.46) (ระดับน้อย) เป็น 4.65 (S.D. = 0.44) (ระดับมากที่สุด) เพิ่มขึ้น 2.28 คะแนน ซึ่งเป็นด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ด้านโครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวก เพิ่มขึ้นจาก 3.45 (S.D. = 0.36) (ระดับปานกลาง) เป็น 4.38 (S.D. = 0.48) (ระดับมาก) เพิ่มขึ้น 0.93 คะแนน ด้านการสื่อสารและให้ข้อมูล เพิ่มขึ้นจาก 2.94 (S.D. = 0.22) (ระดับปานกลาง) เป็น 4.29 (S.D. = 0.45) (ระดับมาก) เพิ่มขึ้น 1.35 คะแนน ด้านผลลัพธ์ของการบริการโดยรวม เพิ่มขึ้นจาก 2.92 (S.D. = 0.26) (ระดับปานกลาง) เป็น 4.42 (S.D. = 0.48) (ระดับมาก) เพิ่มขึ้น 1.50 คะแนน ความพึงพอใจโดยรวมทุกด้าน เพิ่มขึ้นจาก 2.93 (S.D. = 0.23) (ระดับปานกลาง) เป็น 4.45 (S.D. = 0.43) (ระดับมาก) เพิ่มขึ้น 1.52 คะแนน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 51.90 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปภาพรวมความพึงพอใจทั้ง 5 ด้าน (n = 30)

ด้านความพึงพอใจ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ผลต่าง (M.D.)	t	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ			
1. กระบวนการให้บริการ	2.37	0.46	น้อย	4.65	0.44	มากที่สุด	+2.28	23.45	<.001*
2. คุณภาพบุคลากร	2.95	0.15	ปานกลาง	4.50	0.50	มากที่สุด	+1.55	18.92	<.001*
3. โครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวก	3.45	0.36	ปานกลาง	4.38	0.48	มาก	+0.93	10.15	<.001*
4. การสื่อสารและให้ข้อมูล	2.94	0.22	ปานกลาง	4.29	0.45	มาก	+1.35	17.83	<.001*
5. ผลลัพธ์ของการบริการโดยรวม	2.92	0.26	ปานกลาง	4.42	0.48	มาก	+1.50	18.24	<.001*
ความพึงพอใจโดยรวมทุกด้าน	2.93	0.23	ปานกลาง	4.45	0.43	มาก	+1.52	21.67	<.001*

* $p < .001$

อภิปรายผล

1. ระยะเวลารอคอย ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการคัดกรองที่พัฒนาขึ้นสามารถลดระยะเวลารอคอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยระยะเวลารวมทั้งหมดลดลงจาก 130.83 นาที เหลือ 56.17 นาที (ลดลงร้อยละ 57.10) สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ เดชคง และกาญจนา ปาลเดชพงศ์¹⁴ พบว่าการใช้แบบคัดกรองช่วยลดระยะเวลารอคอย ทั้งนี้เนื่องจากความสำเร็จในการลดระยะเวลารอคอยเกิดจากหลายปัจจัยที่สอดคล้องกับแนวคิดและหลักฐานเชิงประจักษ์ ความสำเร็จในการลดระยะเวลารอคอยเกิดจากหลายปัจจัย การมีแบบประเมินที่มีมาตรฐาน (OAS และ ESI) ช่วยให้พยาบาลคัดกรองได้รวดเร็วและถูกต้อง โดยระยะเวลาคัดกรองลดลงจาก 17.17 นาที เหลือ 3.93 นาที (ลดลงร้อยละ 77.10) สอดคล้องกับแนวคิดของ FitzGerald และคณะ¹⁵ และ Christ และคณะ¹⁶ ที่ระบุว่า การคัดกรองที่มีประสิทธิภาพช่วยลดระยะเวลารอ

คอยและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการใช้เครื่องมือคัดกรองที่ได้มาตรฐานช่วยเพิ่มความแม่นยำในการจำแนกระดับความเร่งด่วน ทำให้สามารถจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยได้ อย่างเหมาะสม และลดระยะเวลารอคอยโดยรวม แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีเครื่องมือที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และใช้งานได้ง่ายในสภาพแวดล้อมที่มีภาระงานสูงการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยให้งานเป็นระบบ สอดคล้องกับ Marynowski-Traczyk และคณะ¹⁷ และ Wiler และคณะ¹⁸ ที่พบว่า การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยลดระยะเวลารอคอย ทั้งนี้เนื่องจากการกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานช่วยลดความสับสนในการปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรสามารถตัดสินใจได้รวดเร็วและถูกต้องยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ Parmar และคณะ¹⁹ ที่พบว่า Telepsychiatry ช่วยลดระยะเวลาและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล โดยมีการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีมาปรับใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลมีความคล้ายคลึงกัน การพัฒนาแนวทางการคัดกรองที่เป็นระบบและใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานถือเป็นรูปแบบหนึ่งของนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดช่องว่างในการดูแล การฝึกอบรมบุคลากรช่วยเพิ่มความมั่นใจ และทักษะในการดูแล สอดคล้องกับสกุรัตน์ อุษณาวรงค์²⁰ พบว่า การพัฒนาทักษะพยาบาลช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากการที่บุคลากรได้รับการอบรมและมีความเข้าใจในการใช้แนวทางการคัดกรองใหม่ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจและรวดเร็ว ลดความลังเลในการตัดสินใจ และเพิ่มความสม่ำเสมอในการปฏิบัติงาน การลงทุนในการพัฒนาบุคลากรจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้แนวทางที่พัฒนาขึ้นประสบความสำเร็จ

ผลการวิจัยพบว่า ทุกตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลภายใน 2 ชั่วโมง โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.30 เป็นร้อยละ 100 มีความหมายสำคัญทางคลินิกในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับ Pearlmutter และคณะ²¹ และ Nicks & Manthey²² พบว่า การรอคอยนานเพิ่มความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในทุกกลุ่ม ดังนั้น การรอคอยนานเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การเสียชีวิต การบาดเจ็บตัวเอง หรือการทำร้ายผู้อื่น การที่ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีจึงช่วยลดความเสี่ยงเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระยะเวลารอคอยที่นานเกินไปไม่เพียงแต่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยจิตเวชเฉียบพลัน แต่ยังส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ในหน่วยงานด้วย แสดงให้เห็นความเป็นสากล (Universal) ของแนวทาง สอดคล้องกับ Ebrahimi และคณะ²³ ที่ระบุว่าระบบคัดกรองที่ดีควรจำแนกและให้การดูแลได้เหมาะสมในทุกระดับ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรืออาการเล็กน้อย แนวทางที่พัฒนาขึ้นจึงไม่เพียงแต่ช่วยลดระยะเวลารอคอย แต่ยังช่วยให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินและดูแลที่เหมาะสมตามระดับความต้องการของแต่ละราย ซึ่งสะท้อนถึงหลักการความเป็นธรรมและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

2. ความพึงพอใจ พบว่า ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < .001$) โดยความพึงพอใจโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.93 (ระดับปานกลาง) เป็น 4.45 (ระดับมาก) เพิ่มขึ้นร้อยละ 51.90 สอดคล้องกับทฤษฎีความพึงพอใจของ Linder-Pelz²⁴ และ Oliver²⁵ ที่อธิบายว่า ความพึงพอใจเกิดจากการเปรียบเทียบ

ระหว่างสิ่งที่ได้รับกับความคาดหวัง ทั้งนี้เนื่องจากการปรับปรุงคุณภาพการบริการสามารถเกินความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มักมีประสบการณ์เชิงลบจากการรอคอยนานและการขาดความต่อเนื่องในการดูแล แนวทางใหม่จึงสร้างประสบการณ์เชิงบวกที่แตกต่างอย่างเห็นได้ชัด โดยอธิบายในแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือ ด้านกระบวนการให้บริการ (เพิ่มขึ้น 2.28 คะแนน) จากระดับน้อยเป็นระดับมากที่สุด โดยเฉพาะความพึงพอใจในระยะเวลาการรอคอย (เพิ่มขึ้น 2.50 คะแนน) และความเร็วในการรักษา (เพิ่มขึ้น 2.30 คะแนน) สะท้อนให้เห็นว่าระยะเวลาการรอคอยเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด สอดคล้องกับ Immes และคณะ²⁶ และ Smith และคณะ²⁷ พบว่า ระยะเวลาการรอคอยสัมพันธ์กับความไม่พึงพอใจ ทั้งนี้เนื่องจากการรอคอยนานในสภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชสร้างความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยและญาติมักอยู่ในสภาวะวิกฤต มีความกังวล และต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เมื่อแนวทางการคัดกรองใหม่สามารถลดระยะเวลาการรอคอยลงอย่างมีนัยสำคัญ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกได้รับการตอบสนองอย่างรวดเร็ว ลดความทุกข์ทรมาน และเพิ่มความมั่นใจในระบบบริการ การที่คะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นถึง 2.50 คะแนนในด้านนี้สะท้อนถึงความสำคัญอย่างยิ่งของการตอบสนองที่รวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

ด้านคุณภาพบุคลากร เพิ่มขึ้น 1.55 คะแนน จากระดับปานกลางเป็นระดับมากที่สุด โดยเฉพาะความมั่นใจในความสามารถ (เพิ่มขึ้น 1.63 คะแนน) ความเอาใจใส่ (เพิ่มขึ้น 1.53 คะแนน) และความน่าเชื่อถือ (เพิ่มขึ้น 1.50 คะแนน) สอดคล้องกับ Charalambous & Papageorgiou²⁸ ที่พบว่า ทักษะและทัศนคติของบุคลากรมีอิทธิพลสำคัญต่อความพึงพอใจ ทั้งนี้ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องอาศัยทักษะเฉพาะทาง เมื่อบุคลากรมีความรู้และทักษะที่ดีขึ้น จะสามารถประเมินและจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมั่นใจ ส่งผลให้การปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพมากขึ้น มีความเอาใจใส่และความเข้าใจมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยและญาติสามารถรับรู้และประเมินได้ การเพิ่มขึ้นของความพึงพอใจในด้านนี้เกิดจากแนวทางช่วยให้บุคลากรมีความมั่นใจและความชำนาญมากขึ้น สอดคล้องกับสกุรัตน์ อุษณาวรงค์²⁰ และ Vismit และคณะ²⁹ ที่ระบุความสำคัญของการพัฒนาความรู้และทักษะ

ด้านการสื่อสารและให้ข้อมูล เพิ่มขึ้น 1.35 คะแนน จากระดับปานกลางเป็นระดับมาก สอดคล้องกับ Prakash³⁰ ที่ระบุว่า การสื่อสารเป็นมิติสำคัญของความพึงพอใจ การที่บุคลากรมีเวลามากขึ้นในการอธิบายและให้คำแนะนำช่วยเพิ่มความพึงพอใจ สอดคล้องกับ Blais และคณะ³¹ และ Fleury และคณะ³² การมีแนวทางการคัดกรองช่วยลดระยะเวลาการรอคอยและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน บุคลากรมีเวลาเพียงพอในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างละเอียด อธิบายแผนการดูแล ตอบคำถาม และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษา ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยและญาติมักมีความกังวลและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคจิตเวชและการรักษา การสื่อสารที่ดีช่วยลดความกังวล เพิ่มความเข้าใจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการรักษา ส่งผลให้ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ด้านผลลัพธ์ของการบริการโดยรวม เพิ่มขึ้น 1.50 คะแนน โดยเฉพาะความมั่นใจที่จะกลับมาใช้บริการอีก (เพิ่มขึ้น 1.54 คะแนน) สะท้อนถึงความภักดีต่อบริการที่เพิ่มขึ้น มีความสำคัญในการลดปัญหาการหลบหนีหรือปฏิเสธการรักษา สอดคล้องกับชิตี แสงประดับ และจินตนา พัฒนพงศ์³³ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเวชและญาติมักมีประสบการณ์เชิงลบจากการรอคอยนาน การขาดข้อมูล และความรู้ที่ถูกต้องละเลยส่งผลให้เกิดทัศนคติเชิงลบต่อระบบบริการและอาจหลีกเลี่ยงการมาใช้บริการในอนาคต ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลสุขภาพจิต เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมักต้องการการรักษาต่อเนื่องและการติดตามผลเมื่อแนวทางใหม่สามารถสร้างประสบการณ์เชิงบวก จึงเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับมาใช้บริการเมื่อมีความจำเป็น ลดปัญหาการหลบหนีหรือปฏิเสธการรักษา และส่งเสริมผลลัพธ์สุขภาพที่ดีในระยะยาว การที่ความมั่นใจในการกลับมาใช้บริการเพิ่มขึ้นถึง 1.54 คะแนนจึงมีนัยสำคัญต่อความยั่งยืนของการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน

ด้านโครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวก เพิ่มขึ้น 0.93 คะแนน แม้เป็นด้านที่เพิ่มขึ้นน้อยที่สุด แต่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การที่ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นแม้ไม่มีการปรับปรุงโครงสร้างที่สำคัญ อธิบายได้จากกระบวนการทำงานที่ดีขึ้นส่งผลให้การใช้พื้นที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นสอดคล้องกับแนวคิด Lonial S, Raju PS.³⁴ ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้คุณภาพของผู้รับบริการไม่ได้ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติทางกายภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์โดยรวมในการใช้บริการ ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าการปรับปรุงคุณภาพการบริการไม่จำเป็นต้องลงทุนในการปรับปรุงโครงสร้างทางกายภาพเสมอไป การพัฒนากระบวนการทำงานและคุณภาพบุคลากรสามารถส่งผลต่อการรับรู้ด้าน โครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวกได้เช่นกัน ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ ซึ่งแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพสูงในการลดระยะเวลารอคอย (ลดลงร้อยละ 57.10) และเพิ่มความพึงพอใจ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 51.90) โดยทุกตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมาย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลภายใน 2 ชั่วโมง แนวทางนี้ประกอบด้วยแบบประเมิน OAS และ ESI แผนภูมิการคัดกรอง และแนวปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยมาใช้

1.1 ด้านการปฏิบัติกรรพยาบาล ควรนำแนวทางการคัดกรองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองและจัดลำดับความสำคัญในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินรวดเร็ว และมีความแม่นยำ และขยายผลไปสู่หน่วยงานอื่น เช่น หน่วยงานผู้ป่วยนอก และควรพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการคัดกรองและการจัดลำดับความสำคัญให้กับพยาบาลทุกระดับเพื่อส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง

1.2 ด้านนโยบาย ควรมีนโยบายกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน ได้แก่ การจัดทำแนวทางปฏิบัติ หรือ Clinical Practice Guidelines เกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในหน่วยงานและกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ป่วยและประสิทธิภาพการทำงาน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลในระยะยาวเพื่อติดตามประเมินว่าความถูกต้องของการคัดกรองและความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเวช และควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ เช่น การพัฒนาบุคลากร ความถี่ในการอบรมทบทวนให้ความรู้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาศอำนวย หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลและบุคลากรทุกท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ป่วยและญาติทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และครอบครัวที่ให้กำลังใจตลอดระยะเวลาการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Smith J, Lee T, Kumar S. Psychiatric emergencies: Acute management and long-term sequelae. *BMJ*. 2021; 366: 14572.
2. Johnson S, Patel V, Chisholm D. The epidemiology of psychiatric emergencies in low- and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6(10): 877-79.
3. Weiss AJ, Barrett ML, Heslin KC, Stocks C. Trends in emergency department visits involving mental and substance use disorders, 2006-2011. *Healthcare Cost and Utilization Project Statistical Brief*. 2016; 192: 1-11.
4. Department of Mental Health. Annual report 2020. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
5. Nordstrom K, Zun LS. Psychiatric holds and outcomes in US emergency departments. *Psychiatry (Edgmont)*. 2017; 14(6): 47-53.
6. Davis M, Kolski A, Taylor L. The impact of prolonged waiting times on clinical outcomes for psychiatric patients in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2020; 76(4): S56-S57.
7. Wilson E, Davis K, Moore L. Factors associated with prolonged waiting times for psychiatric patients in the emergency department: A mixed-methods study. *J Psychosom Res*. 2022; 153: 110718.
8. Brown J, Garcia R, Wilson K. Barriers and facilitators to implementing mental health screening in emergency departments: A systematic review. *J Emerg Nurs*. 2023; 49(3): 221-30.

9. Taylor S, Brown D, Wilson R. Developing an evidence-based screening tool for psychiatric emergencies in the emergency department. *Emerg Med J.* 2019; 36(12): 742-46.
10. Miller C, Ramirez A, Nguyen K. Improving the quality of care for psychiatric emergencies in community hospitals: A multi-center interventional study. *Acad Emerg Med.* 2025; 32(6): 644-55.
11. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J, editors. *Emergency triage: Manchester triage group.* 3rd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2014.
12. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med.* 1982; 16(5): 577-82.
13. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull.* 1992; 112(1): 155-59.
14. Dechakong J, Paladejpong K. Development of psychiatric emergency triage model in emergency department of community hospital. *J Royal Thai Army Nurses.* 2019; 20(2): 45-54. (in Thai)
15. FitzGerald G, Jelinek GA, Scott D, Gerdztz MF. Emergency department triage revisited. *Emerg Med J.* 2010; 27(2): 86-92.
16. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. *Dtsch Arztebl Int.* 2010; 107(50): 892-98.
17. Marynowski-Traczyk D, Moxham L, Broadbent M. A critical discussion of the nursing role in a stand-alone mental health triage. *J Clin Nurs.* 2017; 26(23-24): 4606-16.
18. Wiler JL, Ross MA, Ginde AA. National study of emergency department observation services. *Acad Emerg Med.* 2017; 18(9): 959-65.
19. Parmar P, Garg RK, Shires C, Nelson C, Lucero-Obusan C. Effect of emergency department tele-psychiatric consultation on hospital admission rates. *Telemed J E Health.* 2021; 27(4): 396-402.
20. Usanavarong S. Effects of violence management program for nurses in caring psychiatric patients in emergency department. *J Psychiatr Nurs Ment Health.* 2021; 35(1): 82-95. (in Thai)
21. Pearlmutter MD, Dwyer KH, Burke LG, Rathlev N, Maranda L, Volturo G. Analysis of emergency department length of stay for mental health patients at ten Massachusetts emergency departments. *Ann Emerg Med.* 2017; 70(2): 193-202.
22. Nicks BA, Manthey DM. The impact of psychiatric patient boarding in emergency departments. *Emerg Med Int.* 2012; 2012: 360308.
23. Ebrahimi M, Heydari A, Mazlom R, Mirhaghi A. The reliability of the Australasian triage scale: A meta-analysis. *World J Emerg Med.* 2016; 6(2): 94-99.
24. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med.* 1982; 16(5): 577-82.

25. Oliver RL. Satisfaction: A behavioral perspective on the consumer. 2nd ed. New York: Routledge; 2014.
26. Innes K, Morphet J, O'Brien AP, Munro I. Caring for the mental illness patient in emergency departments - An exploration of the issues from a healthcare perspective. *J Clin Nurs*. 2019; 23(13-14): 2003-11.
27. Smith JP, Randall D, Shiner B, Frasso-Jakim R, Suvak M, Watts BV. The psychological patient in the ED: Are physicians' treatment decisions affected by concurrent psychiatric diagnosis. *Am J Emerg Med*. 2019; 31(5): 836-39.
28. Charalambous A, Papageorgiou A. Factors associated with patient satisfaction in healthcare: A systematic review. *Health Expect*. 2020; 23(1): 37-53.
29. Vismitt L, Hocking M, Durbin J, Seitz D. Mental health training programs for primary care providers: A systematic review. *Int. J Ment Health Syst*. 2020; 37(3): 293-304.
30. Prakash B. Patient satisfaction. *J Cutan Aesthet Surg*. 2010; 3(3):151-55.
31. Blais MA, Baity MR, Hopwood CJ. Predicting readmission in psychiatric inpatients: Does diagnosis matter? *Psychol Serv*. 2020; 7(3): 155-62.
32. Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM, Perreault M, Kestens Y, Caron J. Comprehensive determinants of health service utilization for mental health reasons in a Canadian catchment area. *Int J. Equity Health*. 2019; 11:20.
33. Saengpradub T, Pattanapongthon J. Development of seamless psychiatric emergency care system in general hospital. *Chiang Mai Med J*. 2022; 48(2): 67-79. (in Thai)
34. Lonial S, Raju PS. Impact of service attributes on customer satisfaction and loyalty in a healthcare context. *Leadersh. Health Serv*. 2015; 28(2): 149-66.