

ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคใหม่ โรงพยาบาลทั่วไป
แห่งหนึ่ง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EXPERIENCES OF BEING A NURSE WORKING IN A NEW ERA EMERGENCY UNIT AT A
GENERAL HOSPITAL



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

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2022

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคใหม่ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

โดย

นายดุสิต กล้าถัก

สาขาวิชา

การบริหารทางการพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจุศิลป์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ดุษิต กล่าวถึง : ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคใหม่ โรงพยาบาลทั่วไป
แห่งหนึ่ง. (EXPERIENCES OF BEING A NURSE WORKING IN A NEW ERA EMERGENCY UNIT AT A
GENERAL HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉินยุคใหม่โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger
โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 12 คน
เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการบันทึกเทป ร่วมกับการบันทึกภาคสนาม และนำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปแบบคำต่อ
คำ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีของ Crist and Tanner ผลการศึกษา ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉินยุคใหม่โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง แบ่งเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ภูมิหลังและการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานใน ER ประกอบด้วยประเด็นย่อยดังนี้ 1.1) หลากหลายเหตุผล
ที่เข้ามาทำงานใน ER 1.2) เริ่มทำงาน เกิดความไม่มั่นใจต้องใช้เวลาในการปรับตัว และ 1.3) การเตรียมความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

2. การปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วยประเด็นย่อยดังนี้ 2.1) คัดกรองผู้ป่วยด้วย
ทักษะที่หลากหลาย 2.2) ดูแลผู้ป่วยในห้องสังเกตการ 2.3) ช่วยฟื้นคืนชีวิตโดยปฏิบัติตามเทคนิคที่ถูกต้อง 2.4) บริการรับและส่ง
ต่อผู้ป่วย 2.5) ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน 2.6) บริการงานสาธารณสุข พร้อมโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นและ 2.7) บริการความรู้แก่
สังคมเพื่อประโยชน์แห่งตนและผู้อื่น

3. ปัญหาหน้างาน บริหารจัดการโดยหัวหน้าเวร ประกอบด้วยประเด็นย่อยดังนี้ 3.1) บริหารอัตรากำลังให้เหมาะสม
หากมีผู้ป่วยจำนวนมาก 3.2) สื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจหากต้องรอดรจนาน 3.3) ป้องกันความผิดพลาดการดูแล จึงต้องมีการ
ตรวจสอบและทวนซ้ำและ 3.4) ระวังเหตุการณ์วุ่นวาย ต้องอาศัยหลายฝ่ายร่วมกัน

4. ผลของการปฏิบัติงานใน ER ประกอบด้วยประเด็นย่อยดังนี้ 4.1) เครียดจากการบริหารจัดการในงานยุคใหม่ 4.2)
ขาดสมดุลระหว่างชีวิตกับงานที่ต้องปฏิบัติ และ 4.3) ความสุขเกิดขึ้นได้จากผู้ร่วมงานที่ดีและเต็มที่กับการดูแลผู้ป่วยจนปลอดภัย

การวิจัยนี้ทำให้เข้าใจการเป็นพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยและการบริหารจัดการ
ซึ่งผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคนและพัฒนาางานของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มี
ประสิทธิภาพมากขึ้น

สาขาวิชา การบริหารทางการแพทย์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2565

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6470010336 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORD: NURSE, EMERGENCY UNIT, PHENOMENOLOGY

Dusit Klamthuk : EXPERIENCES OF BEING A NURSE WORKING IN A NEW ERA EMERGENCY UNIT AT A GENERAL HOSPITAL.

Advisor: Assoc. Prof. AREEWAN OUMTANEE, Ph.D.

The purpose of the qualitative study is to describe experience of being a nurse working in a new era emergency unit at a general hospital. Hermeneutic phenomenology of Martin Heidegger was applied as research methodology. Purposive sampling was used to select 12 nurses who working in Emergency unit. The in-depth interview with tape- record and observation. All interviews were transcribed verbatim and analyzed by using content analysis of Crist and Tanner. The findings regarding to this study were consisted of 4 major themes as follows:

1. Background and Preparedness in Working in the ER including the following sub-themes: 1.1) Various reasons for working in the ER , 1.2) Starting work with feeling in-confident and needing time to adjust and 1.3) Preparation of knowledge for patient care.

2. Responsibilities of Nurses working in the ER including the following sub-themes: 2.1) Screening patients requires various skills, 2.2) Monitoring patients in observation room, 2.3) Assisting in resuscitation by following correct technique, 2.4) Providing patient referral services, 2.5) Working with Emergency medical service, 2.6) Engaging in public services during disasters and emerging epidemics and 2.7) Providing community education services.

3. Work-related issues managed by the in-charge nurse including the following sub-themes: 3.1) Managing appropriate staffing when crowded with patients, 3.2) Communicating with patients and their families about prolonged wait times, 3.3) Preventing care errors through verification and validation processes and 3.4) Resolving chaotic situations through collaborative efforts.

4. Results of working in an ER including the following sub-themes: 4.1) Stress from management in the modern workplace, 4.2) Struggling to balance personal life and demanding work and 4.3) Happiness comes from good teamwork and ensuring patient safety.

This research provides an understanding of working as a nurse in the Emergency Room (ER) and emphasizes the care and management of patients who enter the unit. It also addresses the challenges and managerial approaches that nurse administrators can use to develop both individuals and the ER unit.

CHULALONGKORN UNIVERSITY

Field of Study: Nursing Administration

Student's Signature

Academic Year: 2022

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากความเมตตาของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี ที่ได้ทุ่มเทให้คำปรึกษา คำแนะนำตลอดทุกกระบวนการทำวิจัย ดัดขัดช่วงไหน อาจารย์ไม่เคยปฏิเสธที่จะอธิบายให้ความกระจ่างกับนิสิตพร้อมทั้งให้กำลังใจว่า “นิสิตทำได้ เราจะสู้ไปด้วยกัน” หากนิสิตพร้อมที่จะสู้ อาจารย์ก็จะไม่ทิ้งนิสิตให้ต่อสู้กับการทำวิทยานิพนธ์โดยลำพัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาของการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ยากที่สุด อาจารย์ไม่ปล่อยให้นิสิตทำตามลำพัง อาจารย์จะอยู่ช่วยตั้งแต่การให้รหัสข้อมูล การพัฒนาประเด็นหลักและประเด็นย่อย จนได้ข้อค้นพบที่เป็นผลการวิจัยในวิทยานิพนธ์เล่มนี้ นับเป็นประสบการณ์ที่ดีที่สุดในช่วงหนึ่งของการเป็นนิสิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุกสิลา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำที่มีประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์นี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายวิชาการที่คอยช่วยเหลือและให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัยมาตลอดระยะเวลาที่ได้เข้ารับการศึกษและการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบคุณความร่วมมือและการเสียสละเวลาของผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่เป็นประโยชน์ในการให้ข้อมูลให้ได้มาซึ่งเนื้อหา ผลลัพธ์อันมีค่า นำมาสู่วิทยานิพนธ์ที่ลุล่วงเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ ขอขอบคุณคณะผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้างานและผู้ร่วมงานในหน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉินที่สนับสนุนทั้งการจัดสรรเวลา การแบ่งเบาภาระงาน การให้โอกาสผู้วิจัยได้เข้ารับการศึกษาควบคู่ไปกับการปฏิบัติงานในหน้าที่ ท้ายที่สุดและสำคัญที่สุด ขอขอบคุณครอบครัวและมิตรสหายทุกท่านที่ได้ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ เป็นกำลังใจในการแก้ไขอุปสรรคปัญหาที่ประสบในการเรียนและการทำงาน และคอยยินดีกับทุกความสำเร็จของผู้วิจัยมาโดยตลอด

ดุสิต กล้าถึก

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญรูปภาพ.....	ญ
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
คำถามการวิจัย	6
แนวคิดเบื้องต้น	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
บทที่ 2	8
เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
1. หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไป	9
2. พยาบาลวิชาชีพกับการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	25
3. สถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	40
4. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	45
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49

บทที่ 3	53
วิธีดำเนินการวิจัย	53
1. พื้นที่ในการศึกษา (Setting).....	53
2. ผู้ให้ข้อมูล (Participants).....	54
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	55
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	56
6. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
7. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness).....	60
บทที่ 4	63
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	63
1. ภูมิหลังและการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานใน ER.....	66
2. การปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	85
3. ปัญหาหน้างาน บริหารจัดการโดยหัวหน้าเวร.....	151
4. ผลของการปฏิบัติงานใน ER.....	162
บทที่ 5	171
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	171
สรุปผลการวิจัย.....	171
การอภิปรายผลการวิจัย.....	180
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้	196
บรรณานุกรม.....	198
รายการอ้างอิง	199
ภาคผนวก.....	209
ภาคผนวก ก	210

ภาคผนวก ข	219
ภาคผนวก ค	225
ภาคผนวก ง.....	240
ประวัติผู้เขียน.....	247



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล	226
ตารางที่ 2 การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์.....	227
ตารางที่ 3 การให้รหัสประเด็นเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์	228
ตารางที่ 4 ประเด็นหลัก และประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์	234
ตารางที่ 5 สรุปการประเมินความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ.....	243



สารบัญรูปภาพ

หน้า

ไม่พบรายการสารบัญภาพ



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน ที่มีผลต่อชีวิตหรือการทำงานอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องบริการตรวจและรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการเจ็บป่วย การบาดเจ็บรุนแรง เป็นหน่วยงานด้านหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยทั้งในและนอกโรงพยาบาล เปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง มีการแบ่งงานของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็น 4 งานหลัก (กรมการแพทย์, 2561) 1) งานการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical System) ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care) ประกอบด้วย การรับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ประเมิน ดูแลผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ และการเคลื่อนย้ายและการจัดการทางการแพทย์ ขณะนำส่งผู้บาดเจ็บเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง 2) งานส่งต่อ (Referral) เป็นการประสานรับและส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลในจังหวัด เครือข่ายสุขภาพ และเครือข่ายระหว่างเขตสุขภาพ รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปยังโรงพยาบาลต้นสังกัดอย่างปลอดภัย 3) งานรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Department) เป็นงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตั้งแต่การคัดแยก การรักษา การประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานเฉพาะทาง อาทิ อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม สูติ-นรีเวชกรรม จักษุ หู คอ จมูก จิตเวช เป็นต้น และ 4) งานการจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานแรกที่รองรับการเกิดอุบัติเหตุภัยหมู่และงานสาธารณภัยต่าง ๆ

ภารกิจงานของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะมีความแตกต่างจากขอบเขตงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่น ๆ ปฏิบัติงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล ดูแลผู้ป่วยทุกสาขาโรค ทุกวัยรวมถึงการช่วยฟื้นคืนชีพในภาวะวิกฤติต่าง ๆ แก่ประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพหรือผู้ที่ประสบอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤติ ทั้งระบบร่างกายและจิตใจโดยการประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที เพื่อให้บริการพยาบาลมีคุณภาพช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรีบด่วนปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ แต่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในระบบสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน ร่วมกับแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรสืบเนื่องมาจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การเพิ่มการเข้าถึงบริการ การจัดระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่เป็นเครือข่าย มีคุณภาพและได้

มาตรฐาน ประกอบกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ เป็นนโยบายภายใต้ยุทธศาสตร์การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) โดยมีเป้าหมายการพัฒนาเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพ และระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินมีมาตรฐาน โดยการนำเอาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System: ECS) ต้องเชื่อมต่อกันเป็นเครือข่ายบูรณาการ (Integrated Network of ECS) เพื่อสร้างห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต โดยเริ่มตั้งแต่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน และการจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (กรมการแพทย์, 2561)

ในการการปรับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลครั้งนี้ เพื่อให้มีคุณภาพสอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน เป็นการพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่ม คัดกรอง ประเมินอาการ ให้การพยาบาลดูแลระหว่างอยู่โรงพยาบาล ขณะส่งต่อ และการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มีการบูรณาการเครือข่ายไร้รอยต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินและบุคลากรทางการแพทย์มีความปลอดภัย (2P Safety) โดยการนำปัจจัยขับเคลื่อน ประกอบด้วย การขับเคลื่อนด้วยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐและเอกชน เพื่อการจั้ดบริการที่มีความครอบคลุม และการใช้ทรัพยากรอย่างมีคุณค่า การขับเคลื่อนด้วยระบบข้อมูลและสารสนเทศ ในการวิเคราะห์วางแผนในการพัฒนาคุณภาพการจั้ดบริการ และการขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการจั้ดบริการ และการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย อาทิเช่น Telemedicine Ambulance Operation Center เป็นต้น เพื่อตอบสนองผู้รับบริการ และส่งผลออกมาเป็นรูปแบบการปฏิรูปการบริการระบบการพยาบาลฉุกเฉิน เพื่อรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (กรมการแพทย์, 2561) ประกอบด้วย 1) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกสถานพยาบาล (EMS) การพัฒนาศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการมีแพทย์อำนวยการให้คำปรึกษาทั้งแบบ Off-Line และ On-Line การส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจั้ดระบบ EMS และการพัฒนาระบบ EMS Super Track ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินกลุ่มช่องทางด่วน (Fast track) นอกโรงพยาบาล เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน หรือผู้ป่วยอุบัติเหตุ ให้สามารถนำส่งในสถานพยาบาลที่สามารถรักษาแบบเฉพาะเจาะจงได้โดยตรง 2) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานพยาบาลหรือห้องฉุกเฉิน การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ เพื่อลดปัญหาความแออัดของห้องฉุกเฉิน การจั้ดมาตรฐานห้องฉุกเฉิน มุ่งเน้นการกำหนดขีดความสามารถของห้องฉุกเฉินในสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ และการพัฒนาบุคลากร เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ 3) การพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล โดยการจั้ดทำเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาคุณภาพการดูแล

ผู้ป่วยฉุกเฉินในกระบวนการส่งต่อ 4) การจัดการ สาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินระดับชาติ เขต และพื้นที่ การพัฒนากลไกการประสานงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ในภาวะสาธารณภัยให้มีมาตรฐาน

ปัจจุบันในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นสนามศึกษามีพยาบาลจำนวน 21 คนปฏิบัติงานในแต่ละส่วนจำนวน 18 คนและไม่ได้ปฏิบัติงานจำนวน 3 คน โดยแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้ เวิร์กเชป: ป้าย: ดึก เท่ากับ 7:6:5 ในแต่ละเวรพยาบาลจะประจำแต่ละหน้าที่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ 2) หัวหน้าเวร 3) พยาบาลประจำห้อง Resuscitation 4) พยาบาลประจำห้องสังเกตอาการ 5) พยาบาลจุดคัดกรอง 6) พยาบาลประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 และ 7) พยาบาลประจำศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย สำหรับการทำงานในเวรป้ายจะมีพยาบาลประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลประจำศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย และเวรดึกจะมีพยาบาลวิชาชีพที่ออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุปฏิบัติหน้าที่พยาบาลจุดคัดกรอง และมีหัวหน้าเวรปฏิบัติหน้าที่พยาบาลประจำศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย โดยพยาบาล ER ในจำนวน 21 คนนี้ ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉิน 4 คน และหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (หลักสูตรใหม่) จำนวน 7 คน รวมทั้งสิ้น 11 คน และอีก 10 คน ยังไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทางดังกล่าว ผู้วิจัยได้มีโอกาสสัมภาษณ์พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ER จำนวน 3 คน (สัมภาษณ์, 2565) พยาบาลสะท้อนถึงการปฏิบัติงานใน ER ว่าเป็นงานที่มีความเครียดสูงเนื่องจากลักษณะงาน ER เป็นงานที่ต้องรู้เรื่องโรคทุกสาขา เผชิญกับความขัดแย้งในการประสานงานกับแผนกต่าง ๆ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารักษาในหอผู้ป่วย เผชิญกับภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ สำหรับงานนอกโรงพยาบาล พยาบาล ER ต้องเผชิญกับ ความกดดันจากญาติผู้ป่วย ปัญหาสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมในการออกปฏิบัติการ เครื่องมือในการช่วยเหลือผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ และปัญหาในการสื่อสารระหว่างทีมออกปฏิบัติการกับญาติผู้ป่วย นอกจากนี้ พยาบาลที่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินรู้สึกไม่มั่นใจในการทำงานช่วยเหลือผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล เนื่องจากลักษณะงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะและความสามารถในการช่วยฟื้นคืนชีพที่ถูกต้อง สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วทันเวลาและมีคุณภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ER ในประเทศไทย พบว่า มีงานวิจัยเชิงคุณภาพที่นำเสนอผลการวิจัยที่สะท้อนถึงการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้แก่ งานวิจัยของ กมลพรรณ รามแก้วและอารีย์วรรณ อ่วมตานี (2557) พบว่า พยาบาลต้องเผชิญและแก้ปัญหาจากผู้ป่วยและญาติ การประสานงานกับหอผู้ป่วยในเพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารักษาตัว การแก้ปัญหาแพทย์เฉพาะทางสั่งการรักษาไม่ตรงกัน และรวมถึงการแก้ปัญหาทะเลาะวิวาทของกลุ่มวัยรุ่นที่มารักษาที่

โรงพยาบาลเดียวกัน ในขณะที่เดียวกันผลการวิจัยนี้ยังค้นพบผลลัพธ์ทางบวกในการปฏิบัติงานใน ER ได้แก่ ลักษณะงานเป็นงานที่ทำทลายความสามารถ มีสิ่งต่าง ๆ ให้เรียนรู้ตลอดเวลา ทำให้พยาบาลได้พัฒนาตนเองอยู่อย่างต่อเนื่อง ส่วนการศึกษาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (จิระทวี สมบูรณ์และอารีย์วรรณ อ่วมตानी, 2555) พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะออกหน่วยนอกโรงพยาบาล ได้แก่ การทำงานแข่งกับเวลาเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะอันตรายถึงชีวิต การเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจ ความเสียใจที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และการเผชิญกับกลุ่มคนที่เข้ามาดูเหตุการณ์ และอีกแง่มุมสะท้อนให้เห็นบทบาทของการเลือกการปฏิบัติงานในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นงานที่ทำทลายความสามารถ และเป็นงานที่ให้ความรู้สึกมีความสุขที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย จากการใช้ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่การให้บริการในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ในขณะที่เดียวกันผลการวิจัยยังรายงานผลลัพธ์เชิงบวกในการออกไปช่วยเหลือผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ได้แก่ 1) งานการแพทย์ฉุกเฉินเป็นงานท้าทายความสามารถ เนื่องจากลักษณะงานที่เสี่ยง ต้องทำงานท่ามกลางสายตาประชาชนหรือความหวังของญาติ รวมถึงเป็นงานที่ต้องมีการตัดสินใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยตนเองในสถานการณ์ใหม่ๆ และ 2) มีความสุขทางใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต การช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิตเป็นความสุขอย่างหนึ่งในการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่างานวิจัยส่วนหนึ่งสนใจศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในงานของพยาบาล ER เช่น งานวิจัยในประเทศอินเดีย (Ahwal and Arora, 2015) พบว่า ความเครียดในการทำงานของพยาบาล ER เป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อมที่เต็มไปด้วยความเร่งรีบ ความตาย และความบีบคั้นทางจิตใจ ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมาน การเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างกะทันหัน การช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย และเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน (Violence) เหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลให้พยาบาลลาออกจากงาน ส่วนงานวิจัยในประเทศออสเตรเลีย พบว่า สาเหตุของความเครียดในงานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ การเผชิญกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ภาระงานที่มากเกินไป และความไม่แน่นอนในแผนการรักษาของแพทย์ (Alomari, Collison, Hunt and Wilson, 2021) ส่วนงานวิจัยในปี ค.ศ. 2021-2022 ให้ความสนใจกับการปฏิบัติงานของพยาบาล ER ในสถานการณ์โควิด 19 เช่น สถานการณ์โควิด 19 เป็นสถานการณ์ที่ทำทลายและสร้างความเครียดในงานให้กับพยาบาล (MKep et.al., 2022) ความตั้งใจในการลาออกของพยาบาลในการรับมือกับสถานการณ์โควิด 19 (Cornish, et. al., 2021) และ Virani (2021) ศึกษาความบีบคั้นทางจิตใจ ความเครียดในการทำงานและการสนับสนุนขององค์กรในสถานการณ์โควิด 19

จากการทบทวนวรรณกรรม และการสัมภาษณ์นักร้องอาชีพในเบื้องต้น จะเห็นได้ว่าเสียสละของพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ER จะมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยด้านลบ ได้แก่ ความเครียดในงานที่เกิดจากหลายๆ ปัจจัย เช่น การเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ขณะปฏิบัติหน้าที่ หน้าที่ความ

รับผิดชอบของพยาบาล ER มีจำนวนมากประกอบกับลักษณะการทำงานต้องทำงานแข่งกับเวลาเพื่อช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วย และยังมีประเด็นที่พยาบาล ER ต้องการให้ผู้บริหารให้ความสนใจและหาแนวทางในการสนับสนุนหรือส่งเสริมการทำงานของพยาบาล ER ดังจะเห็นได้จากเสียงสะท้อนของพยาบาล ER ในการประชุมของสภาการพยาบาลร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2562 (เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2565) เกี่ยวกับ การทำงานที่มีความเสี่ยงสูง การถูกคุกคาม ค่าตอบแทนที่ไม่เป็นธรรม และปัญหาความเครียดและความผาสุกในการทำงาน มีวันหยุดน้อย ต้องขึ้นเวรติดต่อกัน ไม่สามารถลาพักได้เป็นระยะเวลานานและปัญหาความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการให้บริการนอกโรงพยาบาล สำหรับด้านบวก ได้แก่ ความสุขในการทำงานที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้น และลักษณะงาน ER เป็นงานที่ท้าทายความสามารถที่ต้องดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันท่วงที และต้องมีความไวในการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน กระบวนการการทำงานของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System) ที่มุ่งเน้นการพัฒนามาตรฐานการจัดบริการห้องฉุกเฉิน เพื่อตอบสนองความจำเป็นของผู้ป่วยฉุกเฉิน ลดการเสียชีวิต และภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยฉุกเฉิน มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication Technology: ICT) ที่ทันสมัย เข้ามาปรับปรุงการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์ (ไพศาล มณีสว่าง, 2561) และในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อ เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ส่งผลทำให้รูปแบบการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพมีการเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือต้องใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น (ไพรัช วงศ์จุมปู, สมภพ เมืองชื่น, กนกวรรณ เอี่ยมชัย, 2565) ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของประสบการณ์การเป็นพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หากได้มีการศึกษาในมุมมองของผู้มีประสบการณ์ตรงและทำงานในหน่วยงาน ER ปัจจุบัน จะทำให้เข้าใจลักษณะการทำงาน การเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ และเสียงสะท้อนในเรื่องราวต่าง ๆ ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ข้อมูลที่ได้ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลไปวางแผนพัฒนาและส่งเสริมการทำงาน of พยาบาล ER ในรูปแบบต่าง ๆ ได้ตรงกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงานจริง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากพยาบาลที่มีประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติงานที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เพื่อจะได้เกิดความเข้าใจและมองเห็นภาพรวมการปฏิบัติงานจริง รวมถึงความรู้สึกของการเป็นพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

แม้ว่าจะมีงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติงานใน ER และ หน่วยแพทย์ฉุกเฉินไว้แล้ว แต่การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในช่วง 8-10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งบริบทการทำงาน

ของพยาบาล ER ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงต่างไปจากเดิม เช่น มาตรฐานการทำงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562; รัฐพงษ์ บุรีวงศ์และคณะ, (2561) เครื่องมือและเทคโนโลยีดิจิทัล ที่ถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน (เศรษฐพงษ์ ธนุรัตน์และธัญรัตน์ ปิยวิชเวลา, 2564; วิลาวัณย์ อรรพพรชัย, ชวภณ กิจหิรัญกุล, 2564) และ สถานการณ์ภัยพิบัติทางสาธารณสุข (ไพรัช วงศ์จุมปู, สมภาพ เมืองชื่น, กนกวรรณ เอี่ยมชัย, 2565) ส่งผลต่อการปรับบทบาทหน้าที่ของพยาบาล เพื่อให้มีคุณภาพสอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน เป็นการพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่ม คัดกรอง ประเมินอาการ ให้การพยาบาลดูแลระหว่างอยู่โรงพยาบาล ขณะส่งต่อ และจำหน่าย ดังนั้น ประสบการณ์ที่ได้จากการบอกเล่าเรื่องราวของพยาบาล ER ในปัจจุบันน่าจะมีความแตกต่างจากเดิม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคใหม่ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคใหม่ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งเป็นอย่างไร

แนวคิดเบื้องต้น

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของ Martin Heidegger เนื่องจากผู้วิจัยเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งถือว่าอยู่ในโลกเดียวกับผู้ให้ข้อมูล (Being in the world) คือ การอยู่ในวิชาชีพพยาบาล เป็นพยาบาล ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งอยู่ในสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานและสังคมเดียวกันมีความเข้าใจในภาษาของผู้ให้ข้อมูล ที่จะทำให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจสภาพความเป็นจริงที่เกี่ยวกับประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ซึ่งการวิเคราะห์และให้ความหมายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นการกระทำร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล (Hermeneutic circle) เกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการทำงานเป็นพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเนื่องจากผู้วิจัยเป็นนักวิจัยมือใหม่ จึงมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน บทบาทหน้าที่ของพยาบาล ER ปัญหาในการปฏิบัติงานและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาล ER และการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาตีความ ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมเหล่านี้เป็นเพียงแนวทางเบื้องต้นที่ใช้ในการกำหนดทิศทางในการสัมภาษณ์ไม่ให้ผู้วิจัยออกนอกประเด็นที่จะศึกษา

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบปรากฏการณ์วิทยาตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามปรัชญาของ Martin Heidegger คัดเลือกผู้ให้

ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 12 คน โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation) การจดบันทึกภาคสนาม (Field notes) ในการเก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว (Saturation)

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคใหม่ หมายถึง การบอกเล่าเหตุการณ์หรือสิ่งที่พยาบาลประสบมาด้วยตนเองเกี่ยวกับ การเข้ามาทำงานเป็นพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ลักษณะการทำงานที่การนำระบบ ECS (Emergency Care System) เข้ามาปรับปรุงการให้บริการ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมามีบทบาทในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย เป็นการบริการแบบไร้รอยต่อ การเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเสียงสะท้อนในเรื่องราวต่าง ๆ ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในรูปแบบการดำเนินชีวิต

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หมายถึง หน่วยงานที่จัดให้บริการแก่ผู้ป่วยที่อยู่ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต โดยเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

พยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพื้นที่ศึกษาและมีประสบการณ์ทำงานครบคลุม 4 งานทั้ง งานการแพทย์ฉุกเฉิน งานส่งต่อ งานรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล และ งานการจัดการสาธารณสุข ด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลที่สนใจปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้มีการเตรียมความพร้อมและพิจารณาในการเลือกทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา

2. เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลใช้ในการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคใหม่ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งศึกษาโดยใช้ระเบียบการวิจัย ปรัชญาการณวิทยาตีความ ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าหาข้อมูล เอกสารงานวิจัย ตำราต่าง ๆ รวมถึงการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการวิจัย โดยมีหัวข้อในการทบทวน วรรณกรรมและนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไป
 - 1.1 บริบทของโรงพยาบาลทั่วไป
 - 1.2] ลักษณะทั่วไปของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินยุคใหม่
 - 1.3 ลักษณะหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา
2. พยาบาลวิชาชีพกับการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 2.1 หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 2.2 ลักษณะของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 2.3 การปรับปรุงผลการดำเนินงานของการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 2.4 มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3. สถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อการทำงานของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 3.1 ลักษณะการทำงานในระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน
 - 3.2 การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 3.3 การรับมือกับสถานการณ์โควิด 19 ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
4. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
 - 4.1 ความหมายของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา
 - 4.2 แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger
 - 4.3 ระเบียบวิธีวิจัยการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาการตีความ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไป

1.1 บริบทของโรงพยาบาลทั่วไป

ระบบบริการสุขภาพของไทยเป็นการจัดระบบบริการสุขภาพผ่านหน่วยบริการภาครัฐขนาดใหญ่ โดยการครอบคลุมการให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ แบ่งระดับบริการสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) การให้บริการแต่ละระดับมีความแตกต่างกัน และเชื่อมโยงกันด้วยระบบการส่งต่อ (Referral System) โดยเป็นการจัดการบริการกับปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนแตกต่างกัน เช่น การบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ จะเป็นการจัดการปัญหาทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนสูง การแบ่งบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เกณฑ์การแบ่งตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (ชัชชนะ มะกรสารและคณะ, 2554)

1.1.1 หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) หมายถึง สถานบริการตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย ศูนย์เทศบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งหน่วยบริการของรัฐและเอกชน มีภารกิจดำเนินงานส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD)

1.1.2 หน่วยบริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) จำแนกออกเป็น 3 ระดับ

1) หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับต้น หมายถึงโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน ที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้นอนรักษาพยาบาล มีภารกิจในด้านการรักษาพยาบาลสิ้นสุดที่การรักษาผู้ป่วยใน (IPD) โรคพื้นฐานทั่วไป ไม่ซับซ้อนมาก โดยแพทย์เวชศาสตร์ปฏิบัติทั่วไป เวชปฏิบัติครอบครัว เวชศาสตร์ป้องกัน ทำหน้าที่ดูแล

2) หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับกลาง หมายถึงโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งหน่วยบริการภาครัฐและเอกชน มีภารกิจในด้านการรักษาพยาบาล ที่มีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น มีความจำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาหลากหลาย ได้แก่ สาขาสุนัขกรรม ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีแพทย์

3) หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับสูง หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน ซึ่งขยายขอบเขตรักษาพยาบาล โรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น และจำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขารอง นอกจากแพทย์เฉพาะทางในสาขาหลัก เช่น จักษุวิทยา โสต นาสิก รังสีวิทยา จิตเวชศาสตร์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นต้น

1.1.3 หน่วยบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) จำแนกเป็น 2 ประเภทดังนี้

1) หน่วยบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) หมายถึงโรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน ซึ่งภารกิจของหน่วยบริการระดับนี้ จะขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลที่จำเป็น ต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาต่อยอด

2) บริการตติยภูมิระดับสูง (Excellence Center) หมายถึงโรงพยาบาลศูนย์บางแห่ง โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือโรงพยาบาลอื่นๆ ทั้งหน่วยบริการภาครัฐและเอกชน ซึ่งภารกิจนอกจากจะทำหน้าที่ หน่วยบริการระดับตติยภูมิแล้ว ยังกำหนดให้เป็นศูนย์รักษาเฉพาะโรค ที่ต้องใช้ทรัพยากรสูง เช่น ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์มะเร็ง ศูนย์ อุบัติเหตุ ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น

สำหรับโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา เป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีขีดความสามารถในระดับตติยภูมิ 500 เตียง มีภารกิจในการรักษาพยาบาล ในโรคที่มีปัญหาซับซ้อน โดยใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก และแพทย์เฉพาะทางสาขารอง ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีพันธกิจเป็นหน่วยบริการสุขภาพและภาคีเครือข่ายที่มีคุณภาพ บริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในระบบการบริการในการดูแลผู้ป่วย

1.2 ลักษณะทั่วไปของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง โดยใช้ความรู้ ความสามารถ และการตัดสินใจอย่างรวดเร็ว เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย ป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการรุนแรงขึ้นของอาการบาดเจ็บหรืออาการป่วย และคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ โดยผู้ที่เข้ารับบริการเจ็บป่วยด้วยปัญหาที่ซับซ้อนจากระบบต่าง ๆ ทั้งอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม จักษุ หูคอจมูก และจิตเวช โดยการประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย การให้ข้อมูล การให้ความรู้ ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตั้งแต่การพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุนอกโรงพยาบาล การให้บริการในโรงพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายผู้รับบริการ การพยาบาลผู้ป่วยในระบบส่งต่อยังสถานบริการที่เหมาะสม ซึ่งจำเป็นต้องบูรณาการทั้งความรู้ แนวคิด/ทฤษฎี ทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานควบคู่กัน ในปี พ.ศ. 2561มีการนำระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System: ECS) เป็นระบบที่สำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมถึงระบบสุขภาพ เป็นระบบที่เชื่อมระหว่างชุมชน (Community) การแพทย์ปฐมภูมิ (Primary care) และการรักษาที่จำเพาะเจาะจง (Definitive care) เป้าประสงค์ของระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินคือเพิ่มการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยฉุกเฉิน ลดอัตราการเสียชีวิต ลดการสูญเสียอวัยวะและลดการสูญเสียการทำงานของอวัยวะที่

สำคัญ ปัจจุบันหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินประกอบด้วย 4 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service, EMS) ระบบการรักษาฉุกเฉินในโรงพยาบาล (Hospital-Based Emergency Department) ระบบส่งต่อ (Referral System) และระบบการจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) ซึ่งเชื่อมต่อกันเป็นห่วงโซ่เพื่อทำให้เกิดการรอดชีวิตในผู้ป่วยฉุกเฉิน (กรมการแพทย์, 2561)

1.2.1 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการจัดให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มีความรวดเร็ว โดยนำเอาทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่มาพัฒนาเพื่อให้เกิดการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่รวดเร็วทันเวลาที่และมีประสิทธิภาพในพื้นที่หนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยการประสานสัมพันธ์ระบบการรับแจ้งเหตุและสั่งการ หน่วยปฏิบัติการที่มีคุณภาพและเหมาะสมต่อพื้นที่บริการ การดูแลผู้เจ็บป่วยเริ่ม ณ ที่เกิดเหตุ การให้การดูแลผู้ป่วยในระหว่างนำส่งและการนำส่งยังโรงพยาบาลที่เหมาะสม (พรรณนารัฐ อร่ามเรือง, 2563) ลักษณะการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบ่งออกเป็น 6 ระยะ (กัญญา วังศรี, 2556) ประกอบด้วย

1) การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) เป็นระยะที่มีผู้พบหรือประสบเหตุการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล

2) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและมีหมายเลขที่จำได้ง่าย โดยผ่านระบบ 1669 เพราะว่าเป็นประตูเข้าสู่การช่วยเหลือที่เป็นระบบตั้งแต่แจ้งเหตุ เพราะผู้แจ้งต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นตามความเหมาะสม

3) การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยทั่วไปประกอบด้วย หน่วยปฏิบัติการระดับสูง (Advanced life support) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (Intermediate life support) หน่วยปฏิบัติการระดับต้น (Basic life support) และหน่วยบริการฉุกเฉินเบื้องต้น (First responder) โดยทุกหน่วยจะต้องมีความพร้อมเสมอที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่งและจะต้องมีมาตรฐาน กำหนดระยะ เวลาในการออกตัว ระยะเวลาเดินทาง โดยศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยกระดับความรุนแรงหรือความต้องการของเหตุ และสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

4) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินจะประเมินสภาพแวดล้อมและจัดการความปลอดภัยสำหรับตนและทีมผู้ปฏิบัติงาน จากนั้นเข้าประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสมและให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ควบคุมระบบ โดยจะไม่เสียเวลาในการดูแล

รักษา ณ จุดเกิดเหตุจนจนเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย กล่าวคือผู้ป่วยที่เป็นอุบัติเหตุจะเน้นความรวดเร็วในการนำส่งมากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินอายุรกรรม

5) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) หลักที่สำคัญยิ่งในการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน คือ การไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้เจ็บป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องมีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ปฏิบัติการบางอย่างอาจกระทำบนรถในขณะที่กำลังลำเลียงนำส่งได้ เช่น การให้สารน้ำ การตาม ส่วนที่มีความสำคัญลำดับรองลงมา เป็นต้น

6) การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care) การนำส่งไปยังสถานที่ใดเป็นการชี้ชะตาชีวิตและมีผลต่อผู้เจ็บป่วยได้เป็นอย่างมาก การนำส่งต้องใช้ดุลยพินิจว่าโรงพยาบาลที่จะนำส่งสามารถรักษาผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินรายนั้น ๆ ได้เหมาะสมหรือไม่ ต้องคำนึงถึงเวลาที่เสียไปกับความสามารถที่ไม่ถึงและความไม่พร้อมของสถานพยาบาลนั้น ๆ จะทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการหรือปัญหาในการรักษาพยาบาลอย่างไม่ควรที่จะเกิดขึ้น

1.2.2 ระบบการรักษาฉุกเฉินในโรงพยาบาล

การให้บริการในห้องฉุกเฉินเป็นศูนย์กลางที่เชื่อมต่อระหว่างการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลกับการดูแลเฉพาะเจาะจง (Definitive Care) โดยมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่การคัดแยก (Triage) การรักษา การประสานงาน การส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินพ้นภาวะฉุกเฉิน คืออัตราการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ และการทำงานของอวัยวะสำคัญ (กรมการแพทย์, 2561)

1) การคัดแยก (Triage) เป็นการบริการจุดแรกของห้องฉุกเฉินมีบทบาทในการคัดแยกและจัดลำดับความเร่งด่วนในการบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา โดยใช้ใช้หลักเกณฑ์การประเมินตาม MOPD ED. TRIAGE ของกระทรวงสาธารณสุขโดยแบ่งออกเป็น ระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation) ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Emergency) ระดับที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Urgent) ระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (Semi-Urgent) และระดับที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป (Non-Urgent) โดยใช้หลักการประเมินลักษณะ (Acuity) และทรัพยากร (Resources)

2) การรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นการให้บริการผู้ป่วยหลังจากผ่านการคัดแยก (Triage) และมีการจัดลำดับความเร่งด่วนแล้ว ประกอบด้วยการกู้ชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินพ้นจากภาวะที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต เสียอวัยวะ และ/หรือเสียการทำงานของอวัยวะสำคัญ การจัดบริการในโรค/ภาวะกลุ่ม Time-Critical Condition ได้รับการรักษา Definitive Care อย่างทันเวลาหรือภายในระยะเวลาที่กำหนด เช่น ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 1 ชั่วโมง (Door to rtPA) หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที (Door to Streptokinase) ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดต้องได้ยา

ปฏิชีวนะภายใน 60 นาทีหลังจากการวินิจฉัย (Door to Antibiotic ภายใน 60 นาที) และผู้ป่วย Trauma (Door to OR ภายใน 30 นาที) โดยขอบเขตการให้บริการผู้ป่วยทุกช่วงวัย ควบคุมของ สาขาโรค ประกอบได้ด้วย การดูแลผู้ป่วยเด็กฉุกเฉิน การดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรม การดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช การดูแลภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉิน เป็นต้น

1.2.3 ระบบส่งต่อ

ระบบส่งต่อผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของการ จัดระบบบริการสุขภาพ เพื่อเป็น หลักประกันว่าประชาชนจะเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน ครอบคลุม เป็นธรรม และต่อเนื่อง ระบบส่ง ต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจะสะท้อนให้เห็นถึงการเชื่อมโยงและบูรณาการสถานบริการเพื่อดูแล สุขภาพประชาชน ในทุกระดับ ตั้งแต่บริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary care) องค์ประกอบ และกระบวนการสำคัญ ในการจัดการระบบส่งต่อ ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์และ ความเหมาะสมปัจจัย สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการ ออกแบบกระบวนการจัดการระบบส่งต่อผู้ป่วย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านระบบ สุขภาพ อาทิ ความเข้มแข็ง และขีดความสามารถในการจัดบริการสุขภาพของ สถานบริการในแต่ละ ระดับ ลักษณะและความ รุนแรงของโรค ความพร้อมของบุคลากรเฉพาะทาง และ 2) ปัจจัยทั่วไป อาทิ ลักษณะทางภูมิศาสตร์ ประเด็นทางวัฒนธรรมและประเด็นทางการเมือง ความต้องการและ เศรษฐกิจของประชาชน โดยเป็นกระบวนการส่งต่อแบบ 2 ทิศทาง คือ ส่งต่อและส่งกลับ ซึ่งระบบที่มี ประสิทธิภาพ ต้องสามารถส่งต่อผู้รับบริการเพื่อให้เข้าถึงบริการที่ เหมาะสม และสามารถส่งกลับ ผู้รับบริการเพื่อให้การ ดูแลอย่างต่อเนื่อง (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, 2561)

องค์การอนามัยโลกระบุองค์ประกอบสำคัญของระบบส่งต่อผู้ป่วยประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบสุขภาพ (Health System Issues) 2) สถานบริการระดับต้น (Initiating Facility) 3) ปฏิบัติการส่งต่อ (Referral Practicalities) 4) สถานบริการรับผู้ป่วย (Receiving Facility) 5) การกำกับดูแลและการเสริมสร้างศักยภาพ (Supervision and Capacity Building) และ 6) การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) ซึ่งทั้ง 6 องค์ประกอบนั้นต้องประสานการทำงานอย่างบูรณาการต่อเนื่องและเป็นองค์รวม เพื่อให้เกิดการ เชื่อมโยงในรูปแบบของเครือข่ายบริการสุขภาพหลีกเลี่ยงการลงทุนที่ซ้ำซ้อน ใช้ทรัพยากรที่มีอย่าง จำกัดภายในเครือข่ายให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดโดยการกำกับดูแลและเสริมสร้าง ศักยภาพของ เครือข่ายอย่างต่อเนื่องซึ่งองค์ประกอบทั้ง 6 สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) กระบวนการหลักระบบส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

(1) สถานบริการระดับต้น (Initiating Facility) สถานบริการระดับต้นมี ความสำคัญ อย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้รับบริการเข้ารับการรักษา อย่างทันท่วงที โดยใช้แนวทางปฏิบัติ

ในการส่งต่อ ผู้ป่วยที่เครือข่ายร่วมกันสร้างขึ้น ซึ่งแนวทางปฏิบัติ จะต้องมียละเอียดและข้อมูลที่จำเป็นส่งไป พร้อมกับผู้ป่วยด้วย ข้อมูลดังกล่าวได้มาจากการ ประเมิน ชักประวัติ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการ ดูแลรักษาในครั้งนั้น เมื่อบุคลากรสาธารณสุขได้ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องแล้วสามารถ ใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อประกอบการตัดสินใจในการ รักษาหรือส่งต่อผู้ป่วย

(2) สถานบริการรับผู้ป่วย (Receiving facility) การเตรียมการของสถานบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลในแบบฟอร์มการส่งต่อที่ส่งมาเพื่อประเมินผู้รับบริการและวางแผนการดูแลรักษา และใช้ทรัพยากรหรือเครื่องมือเฉพาะในการให้บริการรวมถึงการวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และเตรียมการประสานเครือข่ายเพื่อส่งกลับเมื่อผู้รับบริการมีความพร้อมซึ่งกระบวนการส่งกลับเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวมซึ่งเครื่องมือที่สำคัญในการ ส่งกลับผู้รับบริการไปยังสถานบริการระดับเดิม ได้แก่ แบบฟอร์มการส่งต่อซึ่งจะต้องระบุรายละเอียดที่สำคัญ เช่น การตรวจพิเศษ การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับรวมถึงคำแนะนำในการติดตามและดูแลที่เหมาะสมและครอบคลุม

(3) ปฏิบัติการส่งต่อ (Referral Practicalities) แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยที่มีมาตรฐานและมีการนำมาใช้ทั่วทั้งเครือข่ายจะช่วยทำให้มั่นใจได้ว่าการส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นและครบถ้วน มีรายละเอียดที่สำคัญ เช่น บันทึกผลการตรวจทางคลินิก บันทึกการรักษาก่อนการส่งต่อ และเหตุผลเฉพาะสำหรับการส่งต่อ แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยที่ดีจะระบุให้เห็นถึงรายละเอียดที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นอย่างทันท่วงที ในสถานการณ์ฉุกเฉินจำเป็น ที่จะต้องสื่อสารเพื่อนัดหมายหรือเตรียมการสำหรับการรองรับผู้ป่วยหรือเพื่อแจ้งให้ทราบถึงอาการ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแล ในกรณีที่มีความรุนแรงต้องมีบุคลากรนำส่งผู้ป่วยด้วย

2) กระบวนการสนับสนุนระบบส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

(1) ระบบสุขภาพ (Health system issues) ซึ่งประกอบด้วย 1) ผู้ให้บริการและคุณภาพของการให้บริการ (Service Providers and Quality of Care) เพื่อให้ระบบส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ให้บริการในแต่ละระดับจะต้องสร้างแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐาน มีความชัดเจนเกี่ยวกับ บทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบ มีแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้บริการในสถานบริการแต่ละระดับมีรูปแบบวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น จดหมาย ส่งตัว วิทูล์สื่อสาร โทรศัพท์ อีเมล หรือระบบส่งต่ออิเล็กทรอนิกส์ การเพิ่มขีดความสามารถของสถานบริการแต่ละระดับโดยเฉพาะสถานบริการ ระดับต้นที่ต้องสื่อสารและสร้างความเชื่อมั่นว่า สามารถให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ได้ เพื่อลดปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยการปรับปรุงและพัฒนาความพร้อมของทรัพยากร และบุคลากรในการให้บริการและ 2) ความคาดหวังเกี่ยวกับประสิทธิภาพ และการมีส่วนร่วมขององค์กร (Performance Expectations and Involvement of Organizations) ระบบส่งต่อผู้ป่วยจะสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ปฏิบัติงาน

ทั้งหมดต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและแนวทางปฏิบัติที่สร้างขึ้นอย่างเหมาะสม มีผู้รับผิดชอบในการกำกับดูแล ติดตาม ประเมินผล และให้คำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าระบบส่งต่อผู้ป่วยจะบรรลุผลการปฏิบัติงานที่ตั้งไว้ รวมถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาคมวิชาชีพทางการแพทย์ พยาบาล และการสาธารณสุข ในการกำหนดมาตรฐาน กระบวนการและแนวทางปฏิบัติสำหรับการส่งต่อ การให้บริการโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และทางวิชาการ

(2) การกำกับดูแลและการเสริมสร้างศักยภาพ (Supervision and capacity building) ผู้บังคับบัญชาของหน่วยงานในทุกระดับ ควรติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติ เกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยในแต่ละเดือน ซึ่งโดยทั่วไปประเด็นสำคัญในการตรวจสอบและติดตามอย่างใกล้ชิด ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญในทุกประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังซึ่งสามารถให้บริการได้ในสถานบริการระดับต้นได้ ซึ่งจะช่วยอำนวยความสะดวกและลดภาระของผู้รับบริการ และลดปัญหาความแออัดในสถานบริการระดับสูง การตรวจสอบการปฏิบัติการส่งต่อว่าเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ การ ติดตามประเมินความรวดเร็วและความครบถ้วนของข้อมูลที่ส่งต่อและนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาเป็นแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงฝึกรวมทางคลินิก รวมถึงการเสริมสร้างสมรรถนะ ชีตความสามารถในการปฏิบัติการของบุคลากร

(3) การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous quality improvement) เพื่อให้การจัดระบบบริการสุขภาพบรรลุเป้าหมาย การจัดการระบบการส่งต่อผู้ป่วยถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ การวิเคราะห์การทำงานของระบบการส่งต่อผู้ป่วยในบริบทแต่ละพื้นที่ และการปรับเปลี่ยนระบบบริการให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นหัวใจสำคัญและมีความจำเป็นอย่างมาก ในการพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อผู้ป่วย

1.2.4 ระบบจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข

พยาบาลนับว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเข้าไปให้การช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ที่สุดของผู้ให้บริการด้านสุขภาพและปฏิบัติหน้าที่กระจายอยู่ทุกพื้นที่ทั้งในระดับชุมชนถึงระดับโรงพยาบาลศูนย์ดังคำกล่าวที่ว่า องค์การอนามัยโลก 2007 อ้างถึงในชรัญญากร วิริยะและสุวรรณ จันทรประเสริฐ (2560) พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มแรกที่เข้าไปในพื้นที่หลังเกิดภัยพิบัติในสถานการณ์ที่ยากลำบากและทรัพยากรต่าง ๆ มีจำกัดหรือขาดแคลนเมื่อเกิดภัยพิบัติพยาบาลมีบทบาทสำคัญในฐานะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือด้านหน้า คัดกรองผู้ป่วยและให้การดูแล ให้ข้อมูลความรู้ รวมไปถึงการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทในการป้องกันและบรรเทาผลกระทบจากภัยพิบัติในทุกระยะของการเกิดภัยพิบัติ การจัดการภาวะภัยพิบัติ 4 ระยะ ดังนี้

1) ระยะที่ 1 ระยะป้องกันหรือลดผลกระทบ/บรรเทาทุกข์ (Prevention & mitigation) หมายถึงการดำเนินการเพื่อหลีกเลี่ยงหรือขัดขวางไม่ให้เกิดภัยพิบัติ รวมถึงการลด

ผลกระทบและความรุนแรงของภัยพิบัติที่ก่อให้เกิดอันตราย ความสูญเสียแก่ชุมชนและประเทศชาติ (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, 2554) ประกอบด้วย การหาความเสี่ยงของพื้นที่หมายถึงการประเมินอันตราย ความเสี่ยงและความเปราะบางในการเกิดภัย พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินสามารถรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมาจัดลำดับความสำคัญและประเมินความสามารถของหน่วยงานหรือองค์กรในการจัดการผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เพื่อนำมาซึ่งการวางแผนและการดำเนินการตามมาตรการการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติที่กำหนดแนวทางป้องกันหรือลดความรุนแรงจากภัยพิบัติแต่ละชนิดในพื้นที่ เช่น กำหนดการใช้รหัสความปลอดภัย การให้วัคซีน การประเมินกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเปราะบาง รวมถึงระบบการเตือนภัยล่วงหน้าการจัดเตรียมชุดอุปกรณ์ยังชีพเมื่อเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วย น้ำ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ผ้าห่ม และยา จำเป็นในภาวะฉุกเฉินการมีส่วนร่วมในการจัดทำนโยบายและเขียนแผนรองรับในภาวะภัยพิบัติทุกชนิดในพื้นที่ที่ประเมินความเสี่ยงได้ โดยให้ชุมชนภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ

สรุป สำหรับในโรงพยาบาลในสนามศึกษาในระยะที่ 1 ระยะป้องกันหรือลดผลกระทบ/บรรเทาทุกข์ (Prevention & mitigation) ทางหน่วยงานร่วมกับโรงพยาบาลมีการสำรวจความเสี่ยงในพื้นที่ในเขตอำเภอเมืองชัยนาท เป็นพื้นที่มีแม่น้ำเจ้าพระยาไหลผ่าน ส่งผลให้เป็นพื้นที่เสี่ยงในการเกิดอุทกภัย จึงทำให้มีการเขียนแผนในการรับมืออุทกภัย การรับมืออุบัติเหตุหมู่ของโรงพยาบาล โดยในแผนมีการกำหนดบทบาทของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในส่วนของ Operation ในการบริหารจัดการ

2) ระยะที่ 2 การเตรียมความพร้อม (Preparedness) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดการฝึกอบรมความรู้และการซ้อมแผนภัยพิบัติตามความเสี่ยงของแต่ละพื้นที่เพื่อให้บุคลากรทุกระดับมีความพร้อมรับภัยพิบัติ สามารถประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติ เริ่มจากระบบสั่งการเชื่อมโยงกับระบบการปฏิบัติการของหน่วยงาน ภาคีและเครือข่ายตามระดับความรุนแรงของภัยพิบัติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) โดยพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินได้รับการเตรียมความรู้และสมรรถนะต่าง ๆ เพื่อสามารถเป็นส่วนหนึ่งในทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์เคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ (Mini Medical Emergency Response Team: Mini MERT) และระดับสูง (Mini Medical Emergency Response Team: MERT) (กรมการแพทย์ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 2560) เช่น ความรู้เรื่องภัยพิบัติ แผนการจัดการภาวะภัยพิบัติ ระบบการบัญชาการเหตุการณ์ การบริหารจัดการในภาวะสาธารณภัยแบบ MIMMS (Major Incident Medical Management System) CSCATTT (Command and Control/ Safety/ Communication/ Assessment/ Triage/ Treatment/ Transport) และการรายงานสถานการณ์ไปยังศูนย์สื่อสารตามหลักการ METHANE (Major incident/ Exact location/ Type of incident/ Hazard/ Access/ Number of

casualties/ Emergency services) ร่วมกับสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วย การกู้ชีพ การดูแลผู้ป่วยในภาวะภัยพิบัติ การทำงานเป็นทีม การบริหารจัดการภัยพิบัติ และการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น วิทยุสื่อสาร เป็นต้น

สรุป ในส่วนของโรงพยาบาลในสนามศึกษาในการระยะที่ 2 การเตรียมความพร้อม (Preparedness) ในหน่วยงานมีการเตรียมความพร้อมในการส่งพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานในการเข้าร่วมอบรมเสริมสร้างศักยภาพ ส่วนหนึ่งในทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์เคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ (Mini Medical Emergency Response Team: Mini MERT) และระดับสูง (Mini Medical Emergency Response Team: MERT) และมีจัดตั้งทีมในหน่วยงาน เพื่อเตรียมความพร้อมในการออกปฏิบัติการ

3) ระยะที่ 3 การรับมือ/ตอบสนองต่อภัยพิบัติในพื้นที่ (Response) ขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติ (กรมการแพทย์ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 2560) ดังนี้

(1) ปฏิบัติการด้านการรักษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ภายใต้เงื่อนไขที่ท้าทาย สามารถประเมินและติดตามอาการเพื่อให้การดูแลหรือส่งต่อที่เหมาะสม ส่งเสริมกลไกและกลยุทธ์ในการเพิ่มความเข้มแข็งและประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน โดยใช้ความรู้และทักษะการบริหารจัดการทรัพยากรที่ขาดแคลนแต่ยังคงมาตรฐานของการรักษาไว้

(2) การปฏิบัติงานในพื้นที่ตามการมอบหมายอำนาจหน้าที่จากองค์กรที่รับผิดชอบต่อการจัดการภัยพิบัติในพื้นที่นั้น ๆ

(3) การปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านเวชกรรมและเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์หัวหน้าทีมในขณะนั้น

สรุปในส่วนของโรงพยาบาลในสนามศึกษาระยะที่ 3 การรับมือ/ตอบสนองต่อภัยพิบัติในพื้นที่ (Response) มีการจัดตั้งทีมในการออกปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยในภาวะภัยพิบัติ โดยสามารถออกปฏิบัติการได้ภายใน 24 ชั่วโมงเมื่อมีคำสั่งการ เช่น การออกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสึนามิที่จังหวัดพังงา การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 จังหวัดสมุทรสาคร เป็นต้น โดยในทีมจะประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เวชกิจฉุกเฉิน พนักงานขับรถ ในการออกปฏิบัติการ

4) ระยะที่ 4 การพักฟื้น/ฟื้นฟู (Recovery/Rehabilitation) ระยะการพักฟื้น/ฟื้นฟูสภาพเป็นระยะที่ความเสียหายเริ่มบรรเทาแล้ว ทีมตอบโต้ภัยพิบัติทยอยถ่ายโอนภารกิจให้หน่วยงานในพื้นที่และถอนตัวออกจากพื้นที่ ระบบบริการต่าง ๆ ในพื้นที่เริ่มให้บริการและประชาชนเริ่มกลับสู่วิถีชีวิตปกติ บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินในระยะนี้ ได้แก่ การดูแลทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจด้วยการให้ความรู้ในการดูแลตนเองและการใช้แหล่ง

ประโยชน์ด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยใช้ความละเอียดอ่อนและเข้าใจถึงความศรัทธาและความเชื่อส่วนบุคคล รวมถึงการสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินผลเพื่อปรับปรุงและพัฒนาการตอบสนองต่อภัยพิบัติต่อไป

สรุป ในส่วนของโรงพยาบาลในสนามศึกษาระยะที่ 4 การพักฟื้น/ฟื้นฟู (Recovery/Rehabilitation) การส่งเสริมในการลงพื้นที่ การดูแลทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจด้วยการให้ความรู้ในการดูแลตนเองและการใช้แหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ รวมถึงการถอดบทเรียนการประเมินผล เพื่อนำมาปรับปรุงการแผนการรับมือ เพื่อให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมด จะเห็นได้ว่า การให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลตติยภูมิ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ในรูปแบบของการให้บริการในส่วนของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ การให้บริการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ การให้บริการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลตั้งแต่การคัดแยก (Triage) การรักษา การประสานงาน การส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินพ้นภาวะฉุกเฉิน เป็นการให้บริการทั้งในรูปแบบสถานบริการที่รับและส่งต่อผู้ป่วย โดยรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจังหวัดชัยนาท และส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลในระดับที่สูงกว่าในเขตสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เฉพาะเจาะจง โดยระบบการส่งต่อที่ใช้เป็นการใช้การส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม Three Refer ของเขตสุขภาพที่ 3 โดยมีการส่งต่อข้อมูลการรักษาผ่านโปรแกรม และการส่งต่อข้อมูลผ่านทางระบบโทรศัพท์ มีการกำกับดูแลโดยโรงพยาบาลแม่ข่ายและการจัดการสาธารณสุขด้านแพทย์และสาธารณสุข ในรูปแบบการเขียนแผนในการจัดการสาธารณสุขของโรงพยาบาล การเตรียมทีมโดยการผ่านการฝึกอบรม MERT การมีแผนในการรับมืออุบัติภัยหมู่ การซ้อมแผนเพื่อการเตรียมพร้อมในการรับสถานการณ์ ซึ่งมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินหัวหน้ากลุ่มงานเป็นผู้ดูแลระบบในการให้บริการ

1.3 ลักษณะหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานด่านหน้าที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง แก่ประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพหรือผู้ที่ประสบอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต ทั้งระบบร่างกายและจิตใจโดยการประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้บริการพยาบาลมีคุณภาพช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรีบด่วน ปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในระบบสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน การป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การเพิ่มการเข้าถึงการบริการ การจัดระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่เป็นเครือข่าย มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ประกอบกับนโยบายของกระทรวง

สาธารณสุขมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ เป็นนโยบายภายใต้ยุทธศาสตร์การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) โดยมีเป้าหมายการพัฒนาเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพ และระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินมีมาตรฐาน โดยการนำเอาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System: ECS) ต้องเชื่อมต่อกันเป็นเครือข่ายบูรณาการ (Integrated Network of ECS) เพื่อสร้างห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต โดยเริ่มตั้งแต่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน และการจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (กรมการแพทย์, 2561) โดยมีการปรับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการปฏิบัติงาน ให้มีคุณภาพสอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน เป็นการพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่ม คัดกรอง ประเมินอาการ ให้การพยาบาลดูแลระหว่างอยู่โรงพยาบาล ขณะส่งต่อ และจำหน่าย โดยมีการจัดโซนต่าง ๆ สำหรับให้บริการผู้ป่วยในหน่วยงาน สำหรับหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ในจังหวัดภาคกลาง มีการแบ่งพื้นที่ให้บริการผู้ป่วยเป็น 7 โซน (Zone) (โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง, 2566) ดังนี้

1.3.1 ส่วนคัดแยกผู้ป่วยที่มารับบริการ (Screening zone) เป็นพื้นที่ให้บริการด้านหน้าทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยจัดแบ่งระดับความรุนแรงของอาการ เป็น 5 ระดับตามเกณฑ์การประเมินของ MOPD ED. TRIAGE ดังนี้ ระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation) ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Emergency) ระดับที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Urgent) ระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (Semi-Urgent) และระดับที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป (Non-Urgent) ซึ่งอยู่ด้านหน้าห้องฉุกเฉิน โดยใช้หลักการประเมินลักษณะ (Acuity) และทรัพยากร (Resources) ในขั้นตอนแรกการประเมินลักษณะ (Acuity) ใช้ตัดสินใจจากภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต แขนขาและอวัยวะเป็นหลัก เพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนในการรักษาผู้ป่วย โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีมในการคัดแยก

1.3.2 โซนให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Trauma zone) เป็นพื้นที่ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุรายใหม่ทุกรายและผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุทางจราจร พลัดตกหกล้ม ที่ผ่านจุดคัดแยกผู้ป่วยและส่งเข้ามาให้บริการในห้องฉุกเฉินโดยตรวจรักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและแพทย์ใช้ทุน และเป็นพื้นที่ให้การดูแลในส่วนของการทำงานหัตถการ เช่น ทำแผล เย็บแผล การตามกระดูก ใส่เฝือก เป็นต้น

1.3.3 โซนให้บริการกู้ชีพ (Resuscitation zone) เป็นพื้นที่ให้การดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤตและเจ็บป่วยรุนแรงระดับที่ 1 และ 2 โดยมีพื้นที่ให้บริการผู้ป่วย 2 เตียงตรวจรักษา มีอุปกรณ์ในการกู้ชีพฉุกเฉิน อุปกรณ์ช่วยเหลือระบบทางเดินหายใจ การช่วยหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิต โดยมีแพทย์และพยาบาลประจำโซนพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงทีซึ่ง

สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่แรกที่อยู่ในภาวะวิกฤต เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดที่มีความดันโลหิตต่ำ, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, การดูแลผู้ป่วยในระบบ Fast track และผู้ได้รับบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ เป็นต้น

1.3.4 โซนให้บริการหัตถการ (Treatment zone) เป็นพื้นที่ให้บริการตรวจรักษา และการทำหัตถการ เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ฉีดยา สวมใส่สภาวะ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น มีเตียงให้บริการ 1 เตียง

1.3.5 โซนสังเกตอาการ (Observed zone) ให้บริการรักษาพยาบาลและการสังเกตอาการผู้ป่วยหลักจากได้รับการรักษา เช่น สังเกตอาการหลังจากตรวจวินิจฉัยของแพทย์ รอผลทางห้องปฏิบัติการ สังเกตอาการหลังได้รับยาฉีดทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น มีเตียงให้บริการ 8 เตียง โดยมีข้อกำหนดว่าผู้ป่วยสามารถอยู่ได้ไม่เกิน 4 ชั่วโมง ห้องสังเกตอาการอยู่ภายใต้การรับผิดชอบของกลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน มีการจัดเวรพยาบาลทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือ มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ พยาบาลผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสามารถแจ้งแพทย์ผู้อยู่เวรห้องตรวจอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ทันที

1.3.6 โซนห้องแรงดันลบ ให้บริการผู้ติดเชื้อทางเดินหายใจ เป็นพื้นที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น วัณโรคที่อยู่ในระยะการแพร่กระจาย โรคโควิด 19 เป็นต้น โดยพยาบาลที่อยู่จุดคัดแยกจะเป็นผู้ประเมิน หลักจากนั้นจะส่งผู้ป่วยเข้าห้อง Negative pressure โดยด้านในมีอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ อุปกรณ์ช่วยทางเดินหายใจ อุปกรณ์ช่วยหายใจ โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายดูแลผู้ป่วยประจำห้อง Resuscitation เป็นผู้ดูแล

1.3.7 ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ เป็นพื้นที่ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในส่วนของศูนย์รับแจ้งเหตุสั่งการของจังหวัดชัยนาทอยู่ในห้องด้านหน้าห้องฉุกเฉิน ปฏิบัติงานผ่านระบบการแจ้งเหตุผ่านระบบ 1669 ในการส่งทีมออกปฏิบัติการพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ โดยใช้การสื่อสาร ได้แก่ โทรศัพท์ วิทยุสื่อสาร ระบบ Telemedicine ในการควบคุมและการปฏิบัติงาน ภายในศูนย์นี้ ยังมีหน่วยงานย่อยอีกหนึ่งหน่วยงาน คือ ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย เป็นพื้นที่ในการรับบริการในการรับข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย โดยเป็นการประสานการส่งต่อโดยใช้ระบบการส่งต่อผ่านโปรแกรม Three Refer และการส่งข้อมูลการรักษาทางโทรศัพท์ในระบบ Nurse to Nurse โดยปฏิบัติอยู่ในห้องเดียวกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่า ภายในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะมีการแบ่งโซนการทำงาน แต่ละโซนจะมีการมอบหมายงานให้มีพยาบาลประจำโซนนั้น ๆ ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไป โดยในแต่ละโซนการทำงานจะมีพยาบาลรับผิดชอบในการทำหัตถการ และการดูแลผู้ป่วยตามการมอบหมายในแต่ละวัน

1.4 การปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

ปัจจุบันในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพื้นที่ศึกษามีพยาบาล จำนวน 21 คน แบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบ ดังนี้ เวย์เข้า:ป่วย:ตึก เท่ากับ 7:6:5 ในแต่ละเวรพยาบาลจะประจำแต่ละโซน โดยผ่านการมอบหมายงานโดยหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง, 2565) ดังนี้

1.4.1 พยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ พยาบาล ณ จุดนี้มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุนอกโรงพยาบาลในเขตความรับผิดชอบ โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายงาน RN 1 เป็นผู้รับผิดชอบ โดยเป็นหัวหน้าทีมในการปฏิบัติการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ โดยออกในระดับปฏิบัติการขั้นสูง (Advance life support) ซึ่งในทีมจะประกอบได้ด้วย พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ พนักงานงานฉุกเฉินการแพทย์ สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบเมื่อรับเวรจะต้องมีการตรวจเช็คอุปกรณ์ในการช่วยชีวิต ตรวจสอบวันหมดอายุของยาฉุกเฉิน ตรวจเช็คอุปกรณ์ในรถ Ambulance ให้พร้อมใช้อยู่เสมอ ในส่วนของการให้บริการเมื่อรับแจ้งจากศูนย์สั่งการในการ ออกรับผู้ป่วย พยาบาลมีการดำเนินการดังนี้

1) การประเมินสถานการณ์ การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ การประเมินแนวโน้มอันตรายและความปลอดภัยของสถานที่เกิดเหตุ กลไกการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย จำนวนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและการเรียกร้องขอความช่วยเหลือเพิ่มเติมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2) การประเมินสภาพผู้ป่วย เมื่อไปถึงที่เกิดเหตุ ประกอบไปด้วย การประเมินเบื้องต้น โดยการประเมินสภาพทั่วไป การประเมินระดับความรู้สึกตัว การประเมินทางเดินหายใจผู้ป่วย การประเมินการหายใจของผู้ป่วย การประเมินระบบไหลเวียนโลหิต และระบบภาวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิตของผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือที่จำเป็นในการช่วยชีวิต ตามขอบเขตความรับผิดชอบ และข้อจำกัดในการช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพ

3) การประเมินซ้ำขั้นที่ 2 ประกอบไปด้วย การประเมินตามระบบอย่างรวดเร็ว การประเมินมุ่งส่วนสำคัญ และการประเมินตามระบบอย่างละเอียด 4) การประเมินซ้ำและประเมินต่อเนื่อง เป็นการตรวจประเมินผู้ป่วยซ้ำเป็นระยะ ๆ ตามระดับความรุนแรงที่แบ่งจำแนกเป็นระดับของผู้ป่วย การตรวจติดตามสัญญาณชีพ การตรวจร่างกายซ้ำในตำแหน่งที่ผู้ป่วยมีอาการหรือได้รับบาดเจ็บ การซักประวัติการเจ็บป่วย รวมทั้งการตรวจดูประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล ระหว่างการนำส่งผู้ป่วยโรงพยาบาล จึงถึงการส่งมอบผู้ป่วย ณ ห้องฉุกเฉิน

1.4.2 พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวร เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างน้อย 5 ปี ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย มอบหมายงาน บริหารความเสี่ยง นิเทศ ติดตามประเมินผลและให้คำแนะนำเจ้าหน้าที่หน้า

ทุกระดับ เป็นผู้ประสานและร่วมวางแผนการรักษาผู้ป่วยร่วมกับแพทย์เวร มอบหมายการรักษาพยาบาลให้กับสมาชิกทีม ติดต่อประสานงานกับหน่วยงาน หอผู้ป่วยเพื่อส่งตัวเข้าเป็นผู้ป่วยใน ตามแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม นรีเวชกรรม ทำหน้าที่รับ-ส่งเวร ลงสถิติ รายงานยอดผู้ป่วย และติดตาม Audit การบันทึกการพยาบาล รวมถึงควบคุมความเรียบร้อยในการปฏิบัติงานในเวร

1.4.3 พยาบาลวิชาชีพประจำห้อง Resuscitation พยาบาลประจำห้องนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีระดับภาวะฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation) และมีภาวะฉุกเฉิน (Emergency) ที่ได้รับการคัดแยกมาจากจุดคัดกรอง โดยการพยาบาลตามลำดับความเร่งด่วนโดยยึดหลักการพยาบาล การตรวจดูเรื่องระบบทางเดินหายใจ การหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิต เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ, การช่วยหายใจ, การให้ fluid resuscitation, การห้ามเลือด เป็นต้น และในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นให้มุ่งเน้นการช่วยเหลือ ระบบไหลเวียนโลหิต เป็นลำดับแรก และระบบทางเดินหายใจ และการหายใจ ตามลำดับ เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตแล้ว ต้องทำการเฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ดูแลจุดบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงทุก 5 นาที หรือเมื่อมีอาการผิดปกติพร้อมทั้งรายงานหัวหน้าเวรและแพทย์เวร ส่วนใน และดูแลติดตามนำส่งผู้ป่วยเข้าไปส่งเข้าหอผู้ป่วย พร้อมทั้งการตรวจสอบเครื่องมืออุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ให้พร้อมใช้อยู่เสมอ เมื่อเสร็จสิ้นภารกิจในการดูแลผู้ป่วย

1.4.4 พยาบาลวิชาชีพประจำห้องสังเกตอาการ พยาบาลประจำห้องนี้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาในห้องฉุกเฉินที่ผ่านพ้นระยะวิกฤต หรือสังเกตอาการหลังได้รับหัตถการ เช่น ผู้ป่วยให้สารน้ำทางเลือดดำ รอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ รอผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ สังเกตอาการหลังได้รับยาฉีด เป็นต้น โดยทำการประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยซ้ำตามเกณฑ์ ในผู้ป่วยสีเหลือง ประเมินและติดตามสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงทุก 30 นาที และผู้ป่วยสีเขียวทุก 2 - 4 ชั่วโมง หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ดูแลให้ข้อมูลแผนการรักษากับผู้ป่วยและญาติ ในแผนการรักษาของแพทย์ และตามกระบวนการพยาบาล และมีหน้าที่เป็นการตรวจสอบการพร้อมใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ ให้พร้อมใช้อยู่เสมอ

1.4.5 พยาบาลวิชาชีพจุดคัดกรอง พยาบาล ณ จุดนี้ เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 5 ปี ทำหน้าที่ในการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ MOPD ED Triage (กรมการแพทย์, 2561) โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1) ระดับที่ 1 ภาวะฉุกเฉินวิกฤตเร่งด่วน (Resuscitation) ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิตต้องได้รับการดูแลรักษาทันที ได้แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องระบบทางเดินหายใจ (Airway) คือ ผู้ป่วยมีสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจเฉียบพลัน ระบบการหายใจ (Breathing) คือผู้ป่วยภาวะการ

หายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เหนื่อยหอบรุนแรง ระบบการไหลเวียนโลหิต (Circulation) คือ มีความหัวใจหยุดเต้น ผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อค

2) ระดับที่ 2 มีภาวะฉุกเฉินวิกฤต (Emergency) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะการณเจ็บป่วยและการได้รับบาดเจ็บที่รุนแรงต้องการการดูแลแบบรีบด่วน เนื่องจากเสี่ยงต่อภาวะคุกคามชีวิตหรือสูญเสียอวัยวะสำคัญ หากได้รับการดูแลช่วยเหลือล่าช้า โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาภายใน 10 นาที ได้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ภาวะเส้นเลือดในสมองตีบเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตาย เป็นต้น ผู้ป่วยที่ภาวะซึม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึม สับสน ตอบคำถามเกี่ยวกับเวลา สถานที่และคนไม่ได้ Glasgow coma score อยู่ระหว่าง 9-12 คะแนน ผู้ป่วยที่มีภาวะปวด ในผู้ป่วยที่มีภาวะปวด มีอาการเหงื่อแตก หัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตสูง Pain scale ≥ 7

3) ระดับที่ 3 ภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน (Urgent) ผู้ป่วยที่มีภาวะเร่งด่วนที่ต้องได้รับการช่วยเหลือโดยเร็ว สามารถรอรับบริการได้ภายใน 30 นาที ได้แก่ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มความต้องการการทำการกิจกรรม (Resource) ในการช่วยเหลือมากกว่า 2 กิจกรรมขึ้นไป เช่น การเอ็กซเรย์ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หัตถการ เย็บแผล การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พ่นยา หรือในผู้ป่วยเด็กอายุ 3 เดือนถึง 3 ปีในกรณีที่มีไข้มากกว่า 39.0 องศาเซลเซียส ได้รับวัคซีน หรือมีไข้ไม่ทราบสาเหตุ ให้พิจารณาเป็นคัดแยกระดับที่ 3 เป็นต้น

4) ระดับที่ 4 ระดับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเร่งด่วนทั่วไป (Semi – Urgent) สามารถรอรับบริการได้ภายใน 2 ชั่วโมง ต้องการใช้ทรัพยากรในการช่วยเหลือ 1 อย่าง

5) ลำดับที่ 5 ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non – Urgent) ไม่ต้องการใช้ทรัพยากรในการรักษา สามารถรอรับบริการได้ภายใน 4 ชั่วโมง เมื่อจำแนกระดับความรุนแรงแล้วพยาบาลคัดกรองจะทำการคีย์ข้อมูลผู้ป่วยเข้าในระบบ Hosxp. เพื่อทำการบันทึกข้อมูลและส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการตามจุดต่าง ๆ ในห้องฉุกเฉิน

1.4.6 พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ พยาบาล ณ จุดนี้ เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างน้อย 3 ปี ทำหน้าที่ของพยาบาลทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลจากการแจ้งเหตุฉุกเฉิน ผ่านระบบสายด่วน 1669 และจัดลำดับความเร่งด่วนโดยจำแนกตามรหัสกลุ่มอาการ 25 อาการนำสำคัญของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับแจ้ง โดยแบ่งออกเป็น สีแดง(วิกฤต) สีเหลือง(เร่งด่วน) สีเขียว(ไม่รุนแรง) สีขาว(ทั่วไป) และสีดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น) กรณีฉุกเฉินวิกฤตให้ประสานจัดชุดปฏิบัติการระดับสูงออกไปช่วยเหลือ กรณีไม่ฉุกเฉินไม่วิกฤตจัดชุดปฏิบัติการระดับพื้นฐานออกให้การช่วยเหลือ ซึ่งระหว่างรอชุดปฏิบัติการพยาบาลทำหน้าที่ให้คำแนะนำญาติ/ผู้แจ้งเหตุที่อยู่ในที่เกิดเหตุให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บ ในพื้นที่ครอบคลุมในจังหวัดชัยนาท และทำหน้าที่ประสานกับหน่วยทีมปฏิบัติการในการ

กำกับดูแลการช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างนำส่ง โดยใช้ระบบ Telemedicine เพื่อติดตามดูแลการให้บริการหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องประสานแพทย์อำนวยการเพื่อวางแผนการรักษาเพิ่มเติมขณะนำส่งผู้ป่วย/ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ

1.4.7 พยาบาลประจำศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 3 ปี ทำหน้าที่ให้บริการรับและส่งต่อผู้ป่วยในรูปแบบการติดต่อประสานงาน การประเมินสถานการณ์การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยฉุกเฉินเพื่อจัดลำดับความรุนแรง รีบด่วนและระดับในการ refer อย่างเหมาะสมและทันที่ การจัดทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อ ซึ่งการประสานงานในระบบการรับและส่งต่อเป็นการส่งต่อเครือข่ายจังหวัด และเครือข่ายเขตสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีความเฉพาะเจาะจงกับอาการเจ็บป่วย ในรูปแบบการติดต่อประสานงานทางโทรศัพท์และการคีย์ข้อมูลในระบบ 3 refer เพื่อส่งข้อมูลและการรักษาเบื้องต้นไปยังโรงพยาบาลปลายทางเพื่อวางแผนในการพร้อมรับการดูแลผู้ป่วย การตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ในการใช้สำหรับดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันให้พร้อมใช้ รวมถึงการให้ข้อมูลคำแนะนำผู้ป่วยกับญาติในการส่งต่อผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุปการให้บริการผู้ป่วยที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วยผู้ป่วยมาเองรับบริการด้วยตัวผู้ป่วยเอง ญาติ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบการส่งต่อ โดยผู้ป่วยมาบริเวณจุดคัดแยกด้านหน้าห้องฉุกเฉิน เพื่อพยาบาลที่ปฏิบัติงานบริเวณจุดคัดแยกจะซักประวัติ วัตถุประสงค์เพื่อประเมินแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วย โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ เพื่อจัดลำดับในการให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉิน หลังคัดแยกผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยที่ถูกคัดแยกเป็นระดับที่ 1 ในประเภท Resuscitation จะถูกนำเข้าฉุกเฉินไปรับการรักษาในส่วนของห้อง Resuscitation Zone เพื่อให้รับการรักษากู้ชีพและแก้ไขภาวะวิกฤตโดยแพทย์และพยาบาลทันที และส่วนของผู้ป่วยระดับความรุนแรงระดับที่ 2 (Emergency) และ ระดับความรุนแรงระดับที่ 3 (Urgency) จะถูกนำเข้าไปในส่วนด้านในห้องฉุกเฉินในส่วนของ Trauma zone ในผู้ป่วยที่เป็นประเภทอุบัติเหตุ และในส่วนของการ Treatment Zone จะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน หลังจากได้รับการกู้ชีพและแก้ไขภาวะวิกฤตแล้ว ช่องทางจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินประกอบด้วย ส่งตัวนอนรักษาในโรงพยาบาลส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นหากเกินศักยภาพในการรักษา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้เมื่ออาการดีขึ้น หรือเสียชีวิตเมื่อการรักษาสิ้นสุด สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับคัดแยกเป็นผู้ป่วยระดับความรุนแรงระดับที่ 4 (Semi-Urgency) และผู้ป่วยความรุนแรงระดับที่ 5 (Non-Urgency) ในเวลาราชการ 08.00 น. - 16.00 น. ผู้ป่วยจะถูกส่งตรวจตามห้องตรวจตามแผนกของการเจ็บป่วยในส่วนของผู้ป่วยนอก นอกเวลาราชการเวลา 16.30 – 20.00 น. และวันเสาร์และวันอาทิตย์ เวลา 11.30 น. – 20.00 น. ส่งตรวจแผนกผู้ป่วยนอก และในเวลา 20.00 น. – 08.00 น. ผู้ป่วยจะตรวจรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ

และถูกเงินโดยแพทย์จะเรียกตรวจเมื่อผู้ป่วยระดับความรุนแรงระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 3 ได้รับการตรวจรักษาหมดแล้ว

2. พยาบาลวิชาชีพกับการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีภารกิจหลักในการให้บริการดูแลรักษาผู้ที่ได้รับบาดเจ็บผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตทั้งระบบร่างกายและจิตใจในทุกกลุ่มอายุ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล โดยการประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วทั้งที่ โดยการนำเอาเทคโนโลยีมามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย การนำเอาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System: ECS) ต้องเชื่อมต่อกันเป็นเครือข่ายบูรณาการ (Integrated Network of ECS) เพื่อสร้างห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต เพื่อให้บริการพยาบาลมีคุณภาพช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรีบด่วน ปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพเนื่อหาส่วนนี้จะกล่าวถึง หน้าที่/ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การปฏิบัติ ตามมาตรฐานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.1 หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการกำหนดแนวทางและกระบวนการให้บริการแก่ ผู้ใช้บริการและประชาชน ที่ครอบคลุมการบริการพยาบาลทั้งในและนอกโรงพยาบาล มีกำหนด คุณลักษณะเฉพาะตำแหน่ง (Job Specification) ของบุคลากรทางการพยาบาลในหน่วยงานอย่าง ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร ช่วยให้บุคลากรทราบถึงหน้าที่ รับผิดชอบหลัก ความรู้ ทักษะ/ ความสามารถและสมรรถนะของตนที่สัมพันธ์กับภารกิจหลักและเป้าหมายของหน่วยงาน (สำนักการ พยาบาล, 2551) ประกอบด้วย 1) ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงผู้ให้บริการเป็น ศูนย์กลาง 2) คัดกรองและจัดลำดับความรุนแรงของปัญหาการเจ็บป่วย (Triage and Prioritization) 3) ประเมิน วิเคราะห์ วินิจฉัยทางการพยาบาล ระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาล ปฏิบัติการตามแผนการ รักษา และประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ ภายใต้ข้อจำกัด ทั้งที่ทราบและไม่ทราบปัญหาของการเจ็บป่วยมาก่อน 4) เตรียมพร้อมปฏิบัติการในภาวะฉุกเฉินและ ภัยพิบัติ (Emergency and Disaster Operations Preparedness) 5) ดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของ ร่างกายและช่วยชีวิตฉุกเฉิน (Stabilization and Resuscitation) 6) ให้การดูแลในภาวะวิกฤติ สำหรับกลุ่มคนเฉพาะ (Crisis Intervention for Unique Patient Population) เช่น ผู้เสียหายที่ ได้รับการล่วงละเมิดทางเพศ 7) ดำเนินการเชิงรุกในสถานการณ์แวดล้อมที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือไม่สามารถคาดการณ์ได้ (Provision of Care in Uncontrolled or Unpredictable Environment) และ 8) มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลต่อเนื่อง (Continuum of Care)

นอกจากนี้สำนักงานการพยาบาล (2551) ได้กำหนดบริการในความรับผิดชอบประกอบด้วย การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service) การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในสถานพยาบาล (In-Hospital Care) การบริการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง (Referral and Continuing Care) การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยและประชาชน (Health Promotion) และการคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง (Health Protection and Risk Management) ซึ่งสอดคล้องกับการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินของสำนักงานการพยาบาล (2551)

2.2 ลักษณะของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะต้องอธิบายถึงสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติภารกิจของงาน ดังนี้

2.2.1 งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จัดทำแผนภูมิโครงสร้างการบริหารที่ระบุสายงานความรับผิดชอบของหน่วยงานและเป็นปัจจุบัน

2.2.2 ผู้บริหารสูงสุดของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพด้านการพยาบาลหรือด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งและผ่านการอบรมหรือมีประสบการณ์ด้านการบริหารงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.2.3 งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กำหนดลักษณะพื้นฐานของงานบริการพยาบาลที่ครอบคลุมประเด็น ดังต่อไปนี้

1) วิสัยทัศน์ของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของกลุ่มการพยาบาลและโรงพยาบาล

2) เป้าประสงค์หลักของการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินคือ Save Life, Save Limb, Save Function และเป็นไปตามวิสัยทัศน์ที่กำหนด

3) พันธกิจของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สะท้อนให้เห็นถึงการบริการ การจัดระบบบริการพยาบาล และกระบวนการพัฒนาของหน่วยงาน

4) ค่านิยม (Value) ของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าในการให้บริการที่ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ตามบริบทของหน่วยงาน เช่น

(1) ผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง (Customer Focus) ที่คำนึงถึงการจัดบริการรักษาพยาบาลที่สร้างความพึงพอใจความเชื่อมั่นและความไว้วางใจของผู้ใช้บริการและประชาชนต่อบริการของหน่วยงาน

(2) การบริการที่ปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการ (Safety) ได้แก่ การบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐาน มีการทำงานเป็นทีม พัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง และเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

(3) คุณธรรมจริยธรรมการให้บริการ (Integrity) ด้วยการสร้างจิตสำนึกให้บุคลากรพยาบาลทุกระดับมี พฤติกรรมบริการที่อยู่บนพื้นฐานของจริยธรรม การให้บริการที่คำนึงถึงความปลอดภัย การคุ้มครองสุขภาพอนามัย และการป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับบุคคลและสิ่งแวดล้อม

(4) ความเป็นอิสระทางวิชาชีพ (Autonomy) เป็นการสร้างความตระหนักให้กับพยาบาลปฏิบัติงานได้โดยอิสระตามขอบเขตวิชาชีพ รวมถึงการปฏิบัติงานด้วยความเอื้ออาทร ส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้ใช้บริการผ่านการศึกษาวิจัย และการให้คำปรึกษา

2.2.4 งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีภารกิจหลักในการให้บริการดูแลรักษาผู้ที่ได้รับบาดเจ็บผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตทั้งระบบร่างกายและจิตใจในทุกกลุ่มอายุ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล ครอบคลุมการป้องกันการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและชีวิต

2.2.5 งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กำหนดบริการในความรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services)
- 2) การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในสถานพยาบาล (In-Hospital Care)
- 3) การบริการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง (Referral and Continuing Care)
- 4) การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยและประชาชน (Health Promotion)
- 5) การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง (Health Protection and Risk Management)

2.2.6 งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินกำหนดคุณลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉิน (Characteristics of Emergency Nursing Practice) ประกอบด้วย

- 1) ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง
- 2) คัดกรองและจัดลำดับความรุนแรงของปัญหาการเจ็บป่วย (Triage and Prioritization)

3) ประเมิน วิเคราะห์ วินิจฉัยทางการพยาบาล ระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาล ปฏิบัติการตามแผนการรักษา และประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ ภายใต้ข้อจำกัดทั้งที่ทราบและไม่ทราบปัญหาของการเจ็บป่วยมาก่อน

4) เตรียมพร้อมปฏิบัติการในภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ (Emergency and Disaster Operations Preparedness)

5) ชำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและช่วยชีวิตฉุกเฉิน (Stabilization and Resuscitation)

6) ให้การดูแลในภาวะวิกฤติสำหรับกลุ่มคนเฉพาะ (Crisis Intervention for Unique Patient Population) เช่น ผู้เสียหายที่ได้รับการล่งละเมิดทางเพศ

7) ดำเนินการเชิงรุกในสถานการณ์แวดล้อมที่ไม่สามารถควบคุมได้หรือไม่สามารถคาดการณ์ได้ (Provision of Care in Uncontrolled or Unpredictable Environment)

8) มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลต่อเนื่อง (Continuum of Care)

9) ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพื่อป้องกันการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน

2.2.7 งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินกำหนดขอบเขตการบริหารงานของหน่วยงาน ในประเด็นต่อไปนี้

1) นโยบายและทิศทาง การจัดบริการของหน่วยงานที่ครอบคลุมการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services) และการบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2) นโยบายและแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

3) การจัดการและการพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านการพยาบาล

4) การ บริหารทรัพยากรเพื่อการจัดการด้านโครงสร้าง อาคาร สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา เวชภัณฑ์ และงบประมาณ

5) การบริหารต้นทุนด้านการพยาบาลที่คำนึงถึงคุณภาพบริการ

6) การติดตาม กำกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ การปรับปรุงวิธีการทำงาน การควบคุมคุณภาพ และการประกันคุณภาพการพยาบาล

7) การจัดการความปลอดภัยทั้งผู้ใช้และผู้ให้บริการ

8) การวิจัยและพัฒนาวิชาการพยาบาล

9) การสนับสนุนการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

10) การสร้างการมีส่วนร่วมกับพหุภาคี (Intersectors) ในชุมชนและสังคม

11) การประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมของหน่วยงาน

2.2.8 งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินกำหนดแนวทางและกระบวนการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการและประชาชน ที่ครอบคลุมการบริการพยาบาลทั้งในและนอกโรงพยาบาล รวมถึงการบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยในชุมชน

2.2.9 งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กำหนดลักษณะของบุคลากรทางการพยาบาลของงาน ดังนี้

1) กำหนดคุณลักษณะเฉพาะตำแหน่ง (Job Specification) ของบุคลากรทางการพยาบาลในหน่วยงานอย่างชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร ช่วยให้บุคลากรทราบถึงหน้าที่รับผิดชอบ หลัก ความรู้ ทักษะ/ความสามารถและสมรรถนะ ของตน ที่สัมพันธ์กับภารกิจหลักและเป้าหมายของหน่วยงาน

2) กำหนดจำนวนบุคลากรทางการพยาบาลของหน่วยงาน โดยใช้ปริมาณงานและลักษณะงานเป็นตัวกำหนดจำนวนและคุณสมบัติของบุคลากรสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ

3) กำหนดความต้องการด้านกายภาพของบุคลากรทางการพยาบาล (Physical Demand) ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานและระบุสภาพแวดล้อมในการทำงานของหน่วยงาน

4) กำหนดสัดส่วนของทีมการพยาบาล (Skill Mix) ตามสมรรถนะของบุคลากร

2.2.10 งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กำหนดทรัพยากรด้านการจัดการที่สำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ในประเด็นต่อไปนี้

1) สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก เกี่ยวกับ
(1) การจัดการสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ ตามมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายสารพิษ สารเคมี สารกัมมันตภาพรังสี และชีวภาพ

(2) การจัดหาอาคาร สถานที่ให้มีความสะดวก รวดเร็วในการรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าสู่หน่วยงาน

(3) การจัดส่วนประชาสัมพันธ์ของหน่วยงาน

(4) การจัดเตรียมความพร้อมและความเหมาะสมของพื้นที่สำหรับให้บริการรักษาพยาบาล

(5) การ จัดเตรียมความพร้อมและความเหมาะสมของพื้นที่สำหรับอุบัติเหตุหมู่และ สาธารณภัย (Mass Casualty and Disaster Management)

(6) การจัดระบบการรักษาความปลอดภัยของหน่วยงานบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน และผู้ใช้บริการ

(7) การจัดบริการสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการและ
ให้บริการ

2.2.11 อุปกรณ์ เครื่องมือ และเวชภัณฑ์สำหรับให้บริการผู้ป่วย เกี่ยวกับ

1) การจัดเตรียมเครื่องมือ ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การช่วยชีวิตฉุกเฉิน
ให้พร้อมใช้งานตามมาตรฐานที่กำหนดของหน่วยงาน

2) การจัดเตรียมรถพยาบาล (Ambulance) ให้พร้อมใช้งาน ตามมาตรฐาน
ที่กำหนดของหน่วยงาน

3) การจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ และเวชภัณฑ์ที่ได้มาตรฐานสำหรับ
ให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ

4) ระบบการบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพเจ้าหน้าที่
ผู้รับผิดชอบในหน่วยงานมีความเข้าใจในการบำรุงรักษาอุปกรณ์ เครื่องมือเป็นอย่างดี

5) การจัดเตรียมเครื่องมือสื่อสารให้พร้อมใช้

2.2.12 งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กำหนดกฎระเบียบข้อบังคับ
ที่สำคัญรวมทั้งกฎหมายต่างที่มีความสำคัญต่องานหลักของหน่วยงาน โดยครอบคลุมกฎระเบียบ
ข้อบังคับที่สำคัญ ดังนี้ 1) พรบ. วิชาชีพการพยาบาล 2) แนวปฏิบัติตามจริยธรรมและจรรยาบรรณ
วิชาชีพของบุคลากร 3) แนวปฏิบัติด้านสิทธิผู้ป่วย 4) แนวปฏิบัติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
(Emergency Medical Services) 5) แนวปฏิบัติการให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 6)
ระเบียบปฏิบัติกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต 7) ระเบียบปฏิบัติกรณีผู้ป่วยคดี 8) ระเบียบปฏิบัติการจัดการ
ศพผู้ป่วย 9) ระเบียบปฏิบัติในการให้ความยินยอมรักษาพยาบาล / ไม่สมัครใจรักษาพยาบาล 10)
แนวปฏิบัติ ในการระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification) 11) แนวปฏิบัติการให้บริการผู้ป่วยที่ถูก
กระทำรุนแรง 12) แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อเนื่อง 13) แนวปฏิบัติการช่วยฟื้นคืน
ชีพ 14) แนวปฏิบัติในสถานการณ์อุบัติเหตุ/สาธารณภัย (Mass Casualty/Disaster) และ 15) แนว
ปฏิบัติในการป้องกันและระงับอัคคีภัยประจำหน่วยงาน

2.3 การปรับปรุงผลการดำเนินงานของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.3.1 งานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กำหนดแนวทางการปรับปรุงการ
ดำเนินงานของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

2.3.2 งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปรับปรุงผลการดำเนินงานด้าน
บริการจัดการ ประกอบด้วย

1) กระบวนการบริหารจัดการทรัพยากรในหน่วยงาน ที่คำนึงถึงความคุ้มค่า
ต้นทุน ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์ที่คาดหวัง

2) ระบบตรวจสอบภายใน กลไกการประเมินผล และติดตามความก้าวหน้า ผลการปฏิบัติงานของหน่วยงาน

3) กลไกการสื่อสาร ระบบประสานงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน และกระบวนการแก้ไขปัญหาขัดข้องในการให้บริการรักษาพยาบาล

2.3.3 งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กำหนดแนวทางการประเมินและปรับปรุงกระบวนการทำงานหลักอย่างเป็นระบบ

2.3.4 งานบริการการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน กำหนดแนวทางในการเรียนรู้และการเรียนรู้ภายในองค์กร (Learning Organization) อย่างเป็นระบบ ได้แก่

1) การจัดการความรู้และสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลของหน่วยงาน ที่ส่งผลต่อการสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการ และสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

2) การนำผลการทบทวนการดำเนินงานและการประเมินตามตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล มาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนางานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง

3) การปรับปรุงกระบวนการและการเพิ่มผลผลิต (Productivity) ของงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.4 มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการให้บริการพยาบาลแก่บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บและ/หรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต ทั้งระบบร่างกายและจิตใจ โดยการประเมินสถานะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที โดยให้การพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ และที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ตลอดจนรับไว้สังเกตอาการเฉพาะหน้า ณ ห้องฉุกเฉิน หรือห้องสังเกตอาการ พยาบาลที่ปฏิบัติงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะต้องปฏิบัติโดยใช้ความรู้ ความสามารถ และตัดสินใจอย่างเร่งด่วน เพื่อให้บริการพยาบาลมีคุณภาพช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรีบด่วน ปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ แต่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในระบบสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีผลให้ขอบเขตของการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้องยืดหยุ่นเพียงพอที่จะสามารถตอบสนองประเด็นการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและควบคุมกำกับให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน สร้างความประทับใจแก่

ผู้ให้บริการ (สำนักการพยาบาล, 2551) สำนักการพยาบาล (2551) ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินไว้ดังนี้

2.4.1 มาตรฐานที่ 1 การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เนื้อหาในมาตรฐานนี้ ประกอบด้วย

1) การทำหน้าที่ของพยาบาล ดังนี้ 1) การคัดกรองผู้ป่วย (Triage) โดยพยาบาลวิชาชีพ รวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยและการประเมินอาการสำคัญจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล ณ สถานที่เกิดเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ถูกต้อง โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ (1) รวบรวมข้อมูลจากศูนย์รับแจ้งเหตุเกี่ยวกับรายละเอียดของเส้นทาง/สถานที่ประเภทของเหตุการณ์ จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย/บาดเจ็บและอาการเบื้องต้นของผู้ป่วย (2) จัดทีมงานเพื่อออกปฏิบัติการ และ(3) การปฏิบัติการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อถึงที่เกิดเหตุ ประกอบด้วย ประเมินสถานการณ์/ความปลอดภัยของสถานที่เกิดเหตุ ประเมินสภาพผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บ ตรวจร่างกายพร้อมให้การพยาบาลเบื้องต้นตามสภาพการเจ็บป่วย/บาดเจ็บและประสานกลับมายังศูนย์รับแจ้งเหตุโรงพยาบาลกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการ เจ็บป่วยบาดเจ็บรุนแรงที่ต้องการการพยาบาลจากแพทย์และ/หรือเมื่อต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติม โดย ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่ (1) ผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้บาดเจ็บ ได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ (2) อาการสำคัญที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย (Life Threatening) ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที

2) การปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ โดยปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วย/บาดเจ็บของผู้ป่วยอย่างทันทีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดังแนวทางปฏิบัติดังนี้ (1) วางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ตามความรุนแรง เร่งด่วน (2) ให้การช่วยเหลือ แก้ไขบรรเทาอาการและแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตทันทีที่ตรวจพบปัญหา(3) ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตรวจสอบสัญญาณชีพ (Vital Signs) ตรวจสอบระดับความรู้สึกตัวและระบบประสาท (Neurological Signs) ตามสภาพผู้ป่วย (4) แจ้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในกรณีมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นเพื่อประสานกับแพทย์ ให้การรักษาเพิ่มเติม และให้การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ (5) แจ้งอาการผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บและการรักษาพยาบาล มายังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเพื่อประสานงานให้หน่วยรับบริการโรงพยาบาลที่จะนำส่งทราบอาการและเตรียมรับผู้ป่วยอย่างถูกต้อง (6) เผื่อระวังและดูแลผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บอย่างใกล้ชิดจนถึงหน่วยรับบริการและ (7) บันทึกผลการติดตามอาการของผู้ป่วย และการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ โดยมีผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่ (1) ผู้ป่วยที่มีอาการสำคัญที่คุกคามชีวิต ได้รับการแก้ไขอาการอย่างทันท่วงที (2) ผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

3) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล และส่งต่อการรักษา โดย พยาบาลวิชาชีพ ประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ระหว่างการ

นำส่งผู้ป่วยยังโรงพยาบาลที่รับการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งมีแนวปฏิบัติดังนี้ (1) ประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย บนพื้นฐานผลลัพธ์ที่คาดหวังของการรักษาพยาบาลและสอดคล้องกับสถานะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาระหว่างการนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล (2) ปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาล บนพื้นฐานการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย (3) บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ลงในแบบบันทึกการปฏิบัติการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และ (4) ปฏิบัติการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อการส่งต่อที่หน่วยรับบริการ โดย เคลื่อนย้ายผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บจากรถพร้อมดูแลอย่างใกล้ชิด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน/อุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้าย รายงานอาการ/การรักษาที่ให้กับพยาบาล/แพทย์ของหน่วยรับบริการ และ บันทึกการปฏิบัติการในแบบบันทึกการปฏิบัติการบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งมอบเอกสารหลักฐานให้กับหน่วยที่รับดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยมี ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (1) ผู้ป่วย /ผู้บาดเจ็บไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือบาดเจ็บเพิ่มจากการ (2) ผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่องทันทีที่ถึงโรงพยาบาล (3) การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและการปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่สำคัญกับหน่วยงานที่รับส่งต่อผู้ป่วยมีความครบถ้วนถูกต้อง

2.4.2 มาตรฐานที่ 2 การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื้อหาในมาตรฐานนี้ประกอบด้วย

1) การทำหน้าที่ของพยาบาลดังนี้ 1) การคัดกรองผู้ป่วย (Comprehensive Triage) โดยพยาบาลวิชาชีพคัดกรองการเจ็บป่วยสำคัญของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกราย และจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล (Priorities of Care) ตามสภาพปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ (1) ประเมินอาการเพื่อคัดกรองผู้ป่วย (Primary Assessment) ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างรวดเร็วและสัมพันธ์กับอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการสำคัญที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยเพื่อจัดระดับความรุนแรงของภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วย (2) วิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้เจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient's Acuity) ตามมาตรฐานการจำแนกประเภทผู้ป่วยของหน่วยงาน หรือจำแนกเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) (3) วินิจฉัยและวางแผนให้การรักษาพยาบาลบนพื้นฐานข้อมูลที่รวบรวมได้ ตามแนวปฏิบัติของหน่วยงาน (4) ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤตที่เป็นอันตราย หรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิตตามแนวปฏิบัติของหน่วยงาน (5) รายงาน/ให้ข้อมูลแพทย์ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน เพื่อประโยชน์ในการกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย (6) บันทึกข้อมูลการคัดกรองเบื้องต้นที่สำคัญ ต่อไปนี้เป็นอย่างน้อยเช่น อาการและอาการแสดงที่สำคัญเมื่อแรกรับ ระดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วย (Acuity Level) สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว หรือสัญญาณทางระบบประสาท (Neurological Sign) กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว มีอาการผิดปกติทางระบบประสาท

หรือได้รับบาดเจ็บทางสมอง และมีผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ (1) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง (Triage) ปัญหา การเจ็บป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพ (2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามลำดับความรุนแรงและ เร่งด่วนของการเจ็บป่วย (3) ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอาการสำคัญที่คุกคามชีวิต (Life Threatening) อย่างทันท่วงที (4) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

2) การประเมินอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (Secondary Survey and Ongoing Assessment) โดยพยาบาลวิชาชีพประเมินปัญหาผู้ป่วยเพิ่มเติม (Secondary Survey) และประเมินซ้ำเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง (Ongoing Assessment) ตามความเหมาะสมกับ สภาวะการเจ็บป่วย ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงาน โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ (1) ประเมินอาการ โดยใช้หลัก Primary Survey อีกครั้ง ก่อนการประเมิน Secondary Survey (2) ประเมินอาการ ผู้ป่วยเพิ่มเติมตามหลัก Secondary Survey เพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่ซ่อนเร้น อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ /บาดเจ็บ และ ภายหลังการแก้ไขภาวะฉุกเฉินที่คุกคาม ชีวิต โดยการประเมินอาการและสิ่งผิดปกติตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า การซักประวัติเกี่ยวกับกลไกการ บาดเจ็บในกรณีผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ประวัติการใช้ยา/การแพทย์ และประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (3) การประเมินอาการต่อเนื่อง (Ongoing Assessment) และดูแลความเจ็บป่วยตามภาวะของโรคหรือ การเจ็บป่วย ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนจำหน่ายออกจาก หน่วยงาน โดยการมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent) ได้รับการประเมินซ้ำทุก 10 – 15 นาที ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) ได้รับการประเมินซ้ำทุก 30 นาที ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) ได้รับการประเมินซ้ำทุก 2 – 4 ชั่วโมง และบ่อยครั้งถ้าอาการแยลงแนวทางปฏิบัติในการ ดูแลเฉพาะโรค/กลุ่มอาการ และในผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบประสาทหรือได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ต้อง ประเมิน Glasgow Coma Score ทุกราย (4) บันทึกผลการประเมินอาการและอาการแสดงที่สำคัญที่ ตรวจพบ ลงในแบบบันทึกหรือบัตรตรวจโรค และรายงานอาการผิดปกติแก่แพทย์เพื่อการรักษา ต่อเนื่อง โดยมีผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ (1) ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง/อาการผิดปกติ ตลอดเวลาที่อยู่ในหน่วยงาน (2) ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอาการสำคัญที่คุกคามชีวิต อย่างทันท่วงที

3) การปฏิบัติการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการ พยาบาลและการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย บรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ และ ส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ (1) วินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลตาม ความรุนแรงและเร่งด่วน (2) ให้การช่วยเหลือ แก้ไขบรรเทาอาการและแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตทันทีที่ ตรวจพบปัญหา (3) ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจระหว่างอยู่ใน หน่วยงาน (4) ให้การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Therapeutic) เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย เช่น อาการปวด อาการหายใจไม่สะดวก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น (5) ให้การพยาบาลเพื่อเตรียม ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ กรณีการเตรียมผ่าตัดฉุกเฉิน (6) กรณีส่งต่อหรือจำหน่าย เตรียมความ

พร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว และประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงซ้ำ ถ้าอาการเลวร้ายลงจะต้องแก้ไขตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติในการดูแลเฉพาะโรค/กลุ่มอาการของหน่วยงาน (7) แจ้งอาการและอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งการรักษาพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นระยะ (8) ปฏิบัติการพยาบาลในฐานะส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ งานให้ข้อมูลแพทย์ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน เพื่อประโยชน์ในการกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย (9) บันทึกการปฏิบัติการรักษาพยาบาลและเวลาที่ให้ ลงในแบบบันทึกหรือบัตรตรวจ และมีผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่ (1) ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอาการสำคัญที่คุกคามชีวิต อย่างทันที่ (2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลครบถ้วนตามแผนการรักษา (3) ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ และส่งเสริมความสุขสบายระหว่างอยู่ในหน่วยงาน (4) ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจเพื่อการรักษาต่อเนื่องต่อการรักษา (5.) ผู้ป่วยจำหน่ายได้รับการเตรียมความพร้อมปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและเฝ้าระวังอาการที่สำคัญได้

4) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพ ประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาลที่ให้ และผลลัพธ์ที่คาดหวังโดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ (1) ประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง บนพื้นฐานผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการรักษาพยาบาลและสอดคล้องกับสถานะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (2) เปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้การประเมินการตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ที่คาดหวัง(3) ปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาล บนพื้นฐานการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย(4) บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นลงในแบบบันทึกหรือบัตรตรวจโรค และรายงานอาการผิดปกติ /เปลี่ยนแปลงแก่แพทย์เจ้าของไข้เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และมีผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ (1) ผู้ป่วยได้รับการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลตลอดเวลาที่ผู้ป่วย (2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

3.4.3 มาตรฐานที่ 3 การดูแลต่อเนื่อง เนื้อหาในมาตรฐานนี้ประกอบด้วยการทำหน้าที่ของพยาบาลดังนี้ พยาบาลวิชาชีพวางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่องตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสมและให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพโดยมีแนวทางปฏิบัติ

1) การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อผู้ป่วย (1) ผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินสภาพผู้ป่วยดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการ แก้ไขภาวะฉุกเฉินและคุกคามชีวิตผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ พร้อมทั้งให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการรักษาต่อเนื่อง (2) พยาบาลผู้นำส่ง พยาบาลวิชาชีพต้องศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่จะส่งต่อเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับ เพื่อการคาดการณ์แนวโน้มปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อการรักษาการตรวจสอบอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ให้มีความพร้อมที่จะใช้งานระหว่างการส่งต่อ (3) การประสานงาน

สรุปปัญหาและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างอยู่ในหน่วยงาน พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ครอบคลุมปัญหา การรักษาพยาบาลที่ได้รับพร้อมผลการตรวจอื่น ๆ หลังจากนั้นประสานงานหน่วยงาน โรงพยาบาลที่จะรับผู้ป่วยโดยมีการให้ข้อมูล เกี่ยวกับชื่อ-สกุลผู้ป่วย อายุ การวินิจฉัยโรค เบื้องต้น สาเหตุการส่งต่อ การรักษาพยาบาลที่ได้รับ สิ่งที่ต้องเตรียมรับผู้ป่วย และสิทธิการรักษา

2) การดูแลผู้ป่วยระหว่างนำส่ง แนวทางการปฏิบัติ (1) ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก ตามปัญหาและความต้องการขณะนำส่งผู้ป่วย (2) กรณีส่งต่อผู้ป่วยรับการรักษาโรงพยาบาลอื่น วัตถุประสงค์ญาติและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกตามปัญหาและความต้องการ พร้อมให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย (3) ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินหรือขอความช่วยเหลือเบื้องต้นตามระบบและนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสม พร้อมทั้งสรุปข้อมูลปัญหาและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระหว่างนำส่งพร้อมเอกสารประจำตัว ผู้ป่วยให้กับแพทย์หรือพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วย

3) สรุปข้อมูลปัญหาและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระหว่างนำส่งพร้อมเอกสารประจำตัว ผู้ป่วยให้กับแพทย์หรือพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วย โดยมีผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ (1) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิตระหว่างการเคลื่อนย้าย และส่งต่อ (2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องทันทีที่ถึงหน่วยงาน/โรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วย

3.4.4 มาตรฐานที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพ เนื้อหาในมาตรฐานนี้ ประกอบด้วย การทำหน้าที่ของพยาบาล ดังนี้ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นปัญหาที่อาจเกิดขึ้น (Potential Health Problem) มีแนวทางปฏิบัติดังนี้ 1) ประเมินภาวะเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวจัดการกับความเครียดอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยและการสูญเสีย 2) วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมการให้ความรู้ / คำแนะนำเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการบาดเจ็บและการเจ็บป่วย กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 3) ประเมินความก้าวหน้าภาวะสุขภาพผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งปรับปรุงแผนการสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจให้เป็นปัจจุบัน 4) บันทึกกิจกรรมการให้การพยาบาลและผลของการพยาบาล

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (1) ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับความเครียดอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยและการสูญเสียได้อย่างเหมาะสม (2) ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ด้วยอาการรุนแรงจากสาเหตุความไม่รู้วิธีการเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติหรือการดูแลสุขภาพตนเอง (3) ลดอัตราการกลับเป็นโรคซ้ำหรือความรุนแรง / ก้าวหน้าของการเจ็บป่วยที่สามารถควบคุม

ได้(4) ประชาชนสามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม (5) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการสร้างเสริมสุขภาพเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ

3.4.5 มาตรฐานที่ 5 การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง เนื้อหาในมาตรฐานนี้ ประกอบด้วยการทำหน้าที่ของพยาบาล ดังนี้ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายในการคุ้มครองภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีแนวทางปฏิบัติดังนี้ 1) ระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification) ให้ชัดเจน เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว 2) ประเมินผู้ป่วยถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ / อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่นการตกเตียง การหนีออกจากโรงพยาบาล และวางแผนการดูแลตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติของหน่วยงาน 3) ใช้หลักการ "Six Right: Right Drug, Right Dose, Right Route, Right Time, Right Patient, Right Place" ในการบริหารยา/สารน้ำและเลือดในผู้ป่วยทุกราย 4) ประเมินผู้ป่วยในรายที่ได้รับการผูกยึด (Restraint) เป็นระยะอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการไหลเวียนโลหิตและการบาดเจ็บบริเวณแขน ขาที่มีการผูกยึด สภาพการขาดน้ำ ความต้องการน้ำ อาหารและการขับถ่าย และระดับความรู้สีกตัว 5) ปฏิบัติงานตามมาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในกิจกรรมที่มีการสอดใส่อุปกรณ์การตรวจรักษาเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด 6) ฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและคาดการณ์อันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อรายงานแพทย์ให้การรักษาได้อย่างทันท่วงที 7) ควบคุมดูแลสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานให้มีความสะอาด ถูกสุขลักษณะ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการแพร่กระจายของเชื้อโรค 8) บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการคุ้มครองภาวะสุขภาพ และรายงานผู้เกี่ยวข้องทราบกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (1) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือการบาดเจ็บเพิ่มระหว่างการรักษาพยาบาลในหน่วยงาน (2) ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุที่ป้องกันได้

3.4.6 มาตรฐานที่ 6 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ เนื้อหาในมาตรฐานนี้ ประกอบด้วยการทำหน้าที่ของพยาบาล ดังนี้ พยาบาลวิชาชีพ ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ 1) ประเมินความต้องการและความพร้อมในการรับรู้เกี่ยวกับอาการและภาวะความเจ็บป่วยเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ข้อมูล 2) วางแผนการให้ข้อมูลร่วมกับแพทย์ผู้ดูแล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม 3) จัดระบบการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตามแผนที่วางให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการ และเหมาะสมกับสถานการณ์ 4) ประสานงานกับแพทย์ผู้ดูแลเพื่อให้แพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค วินิจฉัย การแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 5) จัดโปรแกรมการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น สิทธิที่พึงมีและพึงได้รับจากโรงพยาบาลและทีมสุขภาพ การใช้สถานที่ สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกและ

แหล่งประโยชน์ใน กฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง กรณีเมื่อมาใช้บริการ การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่ออยู่โรงพยาบาล 6) ให้ข้อมูล เหตุผล และความจำเป็นของการลงนามยินยอมรับการรักษา 7) กรณีผู้ป่วยกลับบ้าน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ 8) กรณีผู้ป่วยไม่สมัครใจรับการรักษาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบ พร้อมกับให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่มีสิทธิรับผิดชอบตามกฎหมาย ลงลายมือชื่อกำกับเพื่อเป็นหลักฐานของเจตจำนงหรือปฏิบัติตามมาตรฐานแนวทางปฏิบัติของแต่ละหน่วยงาน 9) กรณีการแจ้งข่าวร้าย ควรประเมินความพร้อมของผู้ป่วยหรือครอบครัวก่อน และพิจารณาหาวิธีการแจ้งข้อมูลอย่างเหมาะสม พร้อมกับประสานกับแพทย์ผู้ดูแล เป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือญาติ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวระบายความรู้สึกและซักถาม เพื่อให้เกิดความกระจ่างของข้อมูลที่ได้รับ

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (1) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยตามความเหมาะสม รวมถึงแนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่องก่อนกลับบ้านหรือส่งต่อการรักษา (2) ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการรุนแรงจากสาเหตุความไม่รู้วิธีการเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติ/การดูแลสุขภาพตนเอง (3) ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการปฏิบัติ ที่เอาใจใส่ต่อความทุกข์และมีความละเอียดอ่อน ต่อความเจ็บป่วยและใส่ใจในมิติของความเป็นมนุษย์

3.4.7 มาตรฐานที่ 7 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เนื้อหาในมาตรฐานนี้ ประกอบด้วยการทำหน้าที่ของพยาบาล ดังนี้ พยาบาลวิชาชีพ ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี และเคารพคุณค่าความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิตามขอบเขต บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้ 1) ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่หน่วยงานกำหนด และมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานจริยธรรม 2) ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างให้เกียรติและเท่าเทียมกัน โดยคำนึงถึงสิทธิ และความ เป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย 3) ปฏิบัติการพยาบาลที่คุ้มครองสิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย (Patient's Right to Privacy) 4) ปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงการรักษาความลับข้อมูลของผู้ป่วย เว้นแต่จะได้รับความ ยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย 5) ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร (Compassionate Care) แก่ผู้ป่วยทุกราย โดยไม่คำนึงถึงอายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา 6) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและหรือครอบครัว อย่างชัดเจนถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการตรวจรักษาต่าง ๆ ทุกครั้งก่อนการตรวจรักษา 7) ให้ข้อมูลต่อไปนี้เป็นอย่างน้อยแก่ผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลารอคอย ชั้นตอนในการรับการตรวจรักษา คู่มือหรือข้อแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย 8) ช่วยเหลือผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวให้มีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา 9) ปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก ผูกยึดต้องมีเหตุผลทางคลินิกที่สมควรพร้อมทั้งบันทึกไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียนผู้ป่วย 10) อธิบายหรือชี้แจงผู้ป่วยหรือครอบครัวให้เข้าใจถึงความสำคัญของการรักษาพยาบาลก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา (Informed Consent) 11) กรณีผู้ป่วยขอกลับบ้านโดยไม่สมัครใจรับการรักษาดังให้คำแนะนำหรือเอกสารการดูแลตนเอง และ

ซักซ้อมความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตอาการและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลที่มีสิทธิรับผิดชอบผู้ป่วยตามกฎหมายลงลายมือชื่อกำกับ เพื่อแสดงการยอมรับและเข้าใจในคำอธิบายไว้เป็นหลักฐาน 12) ช่วยเหลือให้ข้อมูล และคำปรึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตผลลัพธ์ที่คาดหวังผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิอย่างเหมาะสม

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (1) ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิอย่างเหมาะสม (2) ผู้ป่วยได้รับบริการจากบุคลากรพยาบาล โดยไม่มีการละเมิดสิทธิ

3.4.8 มาตรฐานที่ 8 บันทึกทางการแพทย์พยาบาล เนื้อหาในมาตรฐานนี้ ประกอบด้วย การทำหน้าที่ของพยาบาล ดังนี้ พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลอย่างมีคุณภาพ เพื่อสื่อสารกับทีมงานและทีมสหสาขาวิชาชีพ และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย แนวทางปฏิบัติดังนี้ 1) กำหนดแบบฟอร์มและแนวทางการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลถูกต้องและต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ครอบคลุมเกี่ยวกับ (1) การประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและต่อเนื่อง (2) ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล หรือปัญหาและความต้องการด้านร่างกายและ (3) แผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ (4) กิจกรรมการพยาบาล และ (5) ผลลัพธ์ของการพยาบาล 2) บันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลให้ครอบคลุม ถูกต้อง และต่อเนื่อง ตลอดระยะของการดูแลตามมาตรฐานหรือแนวทางการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาล และข้อความที่บันทึกชัดเจนกะทัดรัด สามารถสื่อความหมายแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) ตรวจสอบความถูกต้อง เชื่อถือได้ของข้อมูลที่บันทึก 4) ทบทวนเอกสารรายงาน เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ในการให้การดูแล 5) นำผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (1) บันทึกทางการแพทย์พยาบาลสะท้อนถึงภาวะสุขภาพการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนและต่อเนื่อง (2) บันทึกทางการแพทย์พยาบาลสามารถเป็นเครื่องมือสื่อสารให้ทีมสหสาขาวิชาชีพใช้ประโยชน์ในการดูแล และสามารถเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

กล่าวโดยสรุปมาตรฐานการพยาบาลเป็นสิ่งที่กำหนดว่าพยาบาล ER มีหน้าที่ในการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการตรวจและบำบัดรักษาทางการแพทย์พยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การตรวจและบำบัดรักษาทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การดูแลต่อเนื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพื่อเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ามาได้รับการรักษาในหน่วยงานมีความปลอดภัย และได้รับการรักษาที่มีมาตรฐาน

3. สถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อการทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อการทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีดังนี้

3.1 ลักษณะการทำงานในระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานด้านหน้าที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง แก่ประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพหรือผู้ที่ประสบอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต ทั้งระบบร่างกายและจิตใจโดยการประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันที่ เพื่อให้บริการพยาบาลมีคุณภาพช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรีบด่วน ปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ แต่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในระบบสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน ร่วมกับแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรสืบเนื่องมาจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การเพิ่มการเข้าถึงบริการ การจัดระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่เป็นเครือข่าย มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ประกอบกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ เป็นนโยบายภายใต้ยุทธศาสตร์การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) โดยมีเป้าหมายการพัฒนาเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพ และระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินมีมาตรฐาน โดยการนำเอาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System: ECS) ต้องเชื่อมต่อกันเป็นเครือข่ายบูรณาการ (Integrated Network of ECS) เพื่อสร้างห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต โดยเริ่มตั้งแต่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน และการจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (กรมการแพทย์, 2561) โดยมีการปรับบทบาทหน้าที่ของพยาบาล เพื่อให้มีคุณภาพสอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน เป็นการพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่ม คัดกรองประเมินอาการ ให้การพยาบาลดูแลระหว่างอยู่โรงพยาบาล ขณะส่งต่อ และจำหน่าย ดังนี้

1) การดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล (EMS คุณภาพ) การปฏิบัติงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอน การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การออกปฏิบัติการของชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน (Response) การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ (On Scene care) การลำเลียงขนย้ายและการให้ดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) การนำส่งสถานพยาบาลที่เหมาะสม (Transfer to the definitive care) เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้เข้าถึงระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2) การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล (ER คุณภาพ) เพื่อให้เกิดความปลอดภัย (Safety) และพึงพอใจ (Satisfaction)

(1) การคัดแยกผู้ป่วย (Essential Service) เป็นบริการหลักในห้องฉุกเฉิน แต่จะมีขีดความสามารถที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับศักยภาพ ได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วย (Triage) การช่วยฟื้นคืนชีพ (Resuscitation) ผู้ป่วยช่องทางด่วน (Fast Track) อุบัติเหตุหมู่ (Mass Casualty Incident)

(2) การดูแลผู้ป่วย (Special Service) เป็นการบริการผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ ต้องมีการเตรียมทรัพยากร ได้แก่ ภาวะฉุกเฉินในเด็ก สูตินารีเวช จิตเวช พิษวิทยา หรือภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุและหน่วยสังเกตอาการ

(3) การประสานงาน (Coordinate Service) เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องไร้รอยต่อและพัฒนาคุณภาพในห้องฉุกเฉิน ได้แก่ ศูนย์สั่งการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์ ประสาน การส่งต่อ ศูนย์บริหารงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Trauma and Emergency Administration Unit)

(4) ความปลอดภัย (ER Safety) ทำให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย ตามมาตรฐานการพยาบาล และบทบาททำให้เกิดความปลอดภัยกับบุคลากร ด้วยการบริหารจัดการความรุนแรง (Workplace violence) และ สิ่ง แวด ล้อม ปลอดภัย (Zero Tolerance Policy Environment)

3) การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน (Referral คุณภาพ) การให้บริการส่งต่อผู้ป่วย (Refer) และการดูแลวิกฤติบำบัดต่อเนื่อง (Definitive Care) ในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพและบทบาทผู้รับ การส่งต่อ

4) การจัดการสาธารณภัยการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) ความสามารถในการเตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉินหมู่ (Mass Casualty Incident) และโรงพยาบาลเตรียมพร้อมรับ ภาวะภัยพิบัติ ซึ่งประกอบด้วย Preparedness, Response Team and Recovery ในการประสานงานกับเครือข่ายบริการทั้งในและ ภายนอกกระทรวงสาธารณสุขประกอบกับสถานการณ์ในห้องฉุกเฉินในปัจจุบัน พบกับปัญหาในการให้บริการในห้องฉุกเฉิน ที่ส่งผลกระทบต่อรูปแบบการปฏิบัติงานของพยาบาล ประกอบด้วย 1) ความแออัด (ER Overcrowding) 2) ความเสี่ยงที่เกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) 3) การขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นงานที่ให้บริการในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินต้องทำงานแข่งกับเวลา รวมถึงเป็นแผนกที่มีความเสี่ยงสูง ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพ 21 คน ซึ่งจากข้อมูลการคำนวณกรอบอัตรากำลังพยาบาลจากกลุ่มการพยาบาลปีงบประมาณ 2565 โดยคำนวณจากภาระงาน พบว่าต้องมีพยาบาลจำนวน 52 คน จึงส่งผลให้หน่วยงานขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงาน และ 4) ความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน (Workplace Violence)

การสร้างระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อ เป็นการบูรณาการเครือข่ายไร้รอยต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินและบุคลากรทางการแพทย์มีความปลอดภัย โดยการนำปัจจัยขับเคลื่อน ประกอบด้วย การขับเคลื่อนด้วยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น ชุมชน องค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐและเอกชน เพื่อการจัดบริการที่มีความครอบคลุม และการใช้ทรัพยากรอย่างมีคุณค่า การขับเคลื่อนด้วยระบบข้อมูลและสารสนเทศ ในการวิเคราะห์วางแผนในการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการ และการขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการ และการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย อาทิเช่น Telemedicine Ambulance Operation Center เป็นต้น เพื่อตอบสนองผู้รับบริการ และส่งผลออกมาเป็นรูปแบบการปฏิรูปการบริการระบบการพยาบาลฉุกเฉิน เพื่อรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (กรมการแพทย์, 2561) ประกอบด้วย 1) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกสถานพยาบาล (EMS) การพัฒนาศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการมีแพทย์อำนวยความสะดวกให้คำปรึกษาทั้งแบบ Off-Line และ On-Line การส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดระบบ EMS และการพัฒนาระบบ EMS Super Track ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินกลุ่มช่องทางด่วน (Fast track) นอกโรงพยาบาล เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน หรือผู้ป่วยอุบัติเหตุ ให้สามารถนำส่งในสถานพยาบาลที่สามารถรักษาแบบเฉพาะเจาะจงได้โดยตรง 2) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานพยาบาลหรือห้องฉุกเฉิน การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ เพื่อลดปัญหาความแออัดของห้องฉุกเฉิน การจัดมาตรฐานห้องฉุกเฉิน มุ่งเน้นการกำหนดขีดความสามารถของห้องฉุกเฉินในสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ และการพัฒนาบุคลากร เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ 3) การพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล โดยการจัดทำเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในกระบวนการส่งต่อ 4) การจัดการ สาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินระดับชาติ เขต และพื้นที่ การพัฒนากลไกการประสานงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ในภาวะสาธารณภัยให้มีมาตรฐาน

3.2 การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ยุคสมัยของโลกปัจจุบันได้เข้าได้เปลี่ยนเข้าสู่การเป็นเทคโนโลยีแห่งข้อมูลอย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งส่งผลให้วิถีการดำเนินชีวิตของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และในทางการแพทย์มีการปรับตัว เริ่มมีการจัดการศึกษาโดยการนำเอาสถานการณ์จำลองมาใช้ในการเรียนการสอน การประยุกต์ใช้นวัตกรรมใหม่ที่อาศัยข้อมูลจากฐานข้อมูล การนำเอาเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์มาร่วมใช้ในงานวิชาชีพ (เบญจมาศ ปรีชาคุณและคณะ, 2564) สอดคล้องกับการพัฒนาระบบการพยาบาลฉุกเฉินเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในด้านมาตรฐานการให้บริการ ในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีมาตรฐานหรือแนวทางทั้งการจัดบริการ มาตรฐานเครื่องมือ อาคาร สถานที่ข้อมูล ซึ่งตอบสนองความจำเป็นของผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดบริการ ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งกระบวนการพัฒนาเป็นเครือข่าย เชื่อมโยง เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถ

เข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม ทั้งถึง ทั่วนเวลา และได้รับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาโรค ซึ่งการพัฒนาด้วยการขับเคลื่อนด้วยสารสนเทศและเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาขับเคลื่อนกระบวนการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น การนำ Telemedicine มาขับเคลื่อนในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อลดระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถเข้าถึงแพทย์ได้รวดเร็วขึ้น การใช้เครื่อง Auto – CPR ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ซึ่งสามารถนำมาตอบสนองต่อการให้บริการการดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ตอบสนองต่อเรื่องของความปลอดภัยของผู้ให้บริการในการกู้ชีพผู้ป่วยในรพพยาบาล และสามารถช่วยแก้ไขปัญหาการขาดบุคลากรในทีม ซึ่งการนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนในการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมการรักษาจำเป็นต้องมีการเรียนรู้ในเรื่องของ การใช้งาน การดูแลรักษา การใช้ข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย เป็นนวัตกรรมที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ ใช้ทดแทนเวชระเบียนในรูปแบบกระดาษ เพื่อลดความผิดพลาดคลาดเคลื่อน และสามารถแบ่งปันข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล เพื่อนำข้อมูลนำมาใช้ในการตัดสินใจของแพทย์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

3.3 การรับมือกับสถานการณ์โควิด 19 ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ได้นำนโยบายในการรับมือในการดูแลผู้ป่วยโควิด – 19 ซึ่งหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานด่านหน้าที่ทำหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยจึงทำให้การมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยดังนี้

1) ด้านอาคารสถานที่ ในสถานการณ์การรับมือในการดูแลผู้ป่วยโควิด- 19 มีการปรับปรุงอาคารสถานที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการจัดทำห้องความดันลบด้านหน้าห้องฉุกเฉินเพื่อให้บริการดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด โดยภายในห้องจะประกอบด้วยอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยในระบบทางเดินหายใจ ระบบช่วยหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิต มีการจัดทางเข้าทางออกที่ชัดเจนตามหลักการควบคุมการติดเชื้อ มีการติดตั้งกล้องในห้องผู้ป่วยเพื่อใช้ในการสังเกต และดูแลติดตามอาการผู้ป่วย และภายในห้องฉุกเฉินในเคาน์เตอร์พยาบาลมีการจัดทำเป็นฉากพลาสติกใสในการทำงาน พร้อมทั้งมีการจัดทำห้องสำหรับการใส่และถอดชุดอุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล (PPE) เพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด – 19 นอกจากนี้ยังมีจัดทำห้องฉุกเฉินสำรองสำหรับถ้าภายในห้องฉุกเฉินมีการปนเปื้อนในกรณีหลังตรวจพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคโควิด 19 จะต้องมีการย้ายการทำงานไปยังห้องฉุกเฉินสำรองเพื่อปิดห้องฉุกเฉินหลังในการดูแลทำความสะอาดห้อง และอบฆ่าเชื้อตามหลักการควบคุมการติดเชื้อ

2) บุคลากร ในส่วนของบุคลากรในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ซึ่งถือว่าการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ ที่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 มาก่อน จึงทำให้กระบวนการพัฒนาในการเรียนรู้จากศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่

ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถึงแม้พยาบาลจะมีความรู้เกี่ยวกับการใส่ชุดและอุปกรณ์ในการป้องกันตนเอง แต่ในสถานการณ์จึงต้องทำให้ในหน่วยงานมีการฟื้นฟูความรู้โดยการสอนและสาธิตเพื่อเป็นการทบทวนความรู้เพื่อคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ให้บริการเป็นหลัก การจัดเตรียมทีมสำรองหากทีมพยาบาลหลักมีการสัมผัสผู้ป่วยที่เสี่ยงการติดเชื้อโควิด 19 เพื่อส่งทีมสำรองมาปฏิบัติงานแทนจนกว่าผู้ป่วยได้รับการยืนยันไม่พบเชื้อโรคโควิด 19

3) กระบวนการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์โควิด - 19 ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการที่ต้องใช้การพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยซึ่งรูปแบบการดูแลมีความแตกต่างกับผู้ป่วยในภาวะปกติ ซึ่งในหน่วยงานให้คำนึงเสมอว่าผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการอาจเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด 19 จึงมีการเรียนรู้ในการพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยดังนี้

(1) รูปแบบการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งถือว่ามีส่วนสำคัญที่สุดเพราะทีมผู้ปฏิบัติงานจะสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการรับแจ้งมาประเมินผู้ป่วยว่ามีภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด 19 โดยเริ่มตั้งแต่การพัฒนารูปแบบของการซักประวัติในการรับแจ้งเหตุ โดยการใช้คำถามเพื่อประเมินความเสี่ยง เช่น อาการเจ็บป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ประวัติการเดินทางไปในสถานที่เสี่ยง เพื่อความครอบคลุมในการประเมิน เพื่อเป็นการป้องกันเจ้าหน้าที่ในการออกปฏิบัติการในการเสี่ยงสัมผัสเชื้อ นอกจากนี้ในส่วนของทีมในการออกปฏิบัติการในกรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือป่วยเป็นโควิด 19 เจ้าหน้าที่ต้องมีการแต่งชุด PPE ในการออกปฏิบัติการ และการดูแลผู้ป่วยต้องมีความรัดกุม ลดการแพร่ระบาดของโรคจากผู้ป่วยสู่ผู้ปฏิบัติการ

(2) การคัดแยกผู้ป่วยด้านหน้าห้องฉุกเฉิน รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยนอกจากจะคัดแยกระดับความรุนแรงด่วนของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินแล้ว พยาบาลที่อยู่จุดคัดแยกต้องมีการซักประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ และความเสี่ยงของการป่วยโควิด 19 ตามรายการที่ทีมระบาดของโรงพยาบาลให้คัดกรองผู้ป่วยทุกรายก่อนส่งผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉิน และในรายที่เข้าเกณฑ์มีความเสี่ยงสูงต้องได้รับการตรวจ ATK ก่อนเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินทุกราย

(3) กระบวนการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในกรณีที่ตรวจพบผู้ป่วยและมีอาการรุนแรงหรือมีภาวะการหายใจล้มเหลว จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ พยาบาลวิชาชีพต้องมีเรียนรู้การฝึกช่วยเหลือผู้ป่วยขณะที่แพทย์ให้ยานาสลบระยะสั้นก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจ การติดตามอาการผู้ป่วย หรือการพัฒนากระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยโควิด 19 ซึ่งมีการเรียนรู้และการซ้อมในสถานการณ์จำลองก่อนการปฏิบัติงานจริงจากแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน เพื่อความถูกต้องและลดโอกาสในการสัมผัสเชื้อ

การปฏิบัติงานในการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ตั้งแต่ปี 2563 จนถึงปัจจุบัน อัตราการแพร่ระบาดมีแนวโน้มที่ลดลง และลดระดับกลายเป็นโรคประจำถิ่น (กระทรวงสาธารณสุข,

2565) แต่แนวทางในการปฏิบัติงานยังคงรูปแบบการปฏิบัติงานในการดูแลรักษายังคงคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก ซึ่งรูปแบบการตรวจรักษาในปัจจุบันยังคงคัดกรองเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจ หรืออาการสงสัยป่วยเป็นโควิด - 19 โดยมีการคัดกรองการตรวจ ATK ก่อนการทำการหัตถการระบบทางเดินหายใจ การจัดผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกในพื้นที่จัดสรร และการแต่งกายของบุคลากรในการปฏิบัติงานแต่งกายในชุดปกติ ใส่หน้ากากอนามัยในการดูแลผู้ป่วย ใส่อุปกรณ์ป้องกันกรณีต้องใกล้ชิดผู้ป่วยที่มีสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ รวมถึงรูปแบบของการดูแลมีการปรับเปลี่ยนแต่ยังคงยึดถือการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

สรุป ในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันอย่างรวดเร็วในการให้บริการผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการปฏิรูปการบริการระบบการพยาบาลฉุกเฉิน เพื่อรักษาพยาบาลฉุกเฉินในผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นการบูรณาการ ซึ่งประกอบด้วยการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วย และการจัดการสาธารณสุขด้าน การแพทย์และสาธารณสุข โดยการนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศมาบิบทบาทในการขับเคลื่อนในการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการ การขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม เพื่อการสนับสนุนการจัดบริการ เพื่อตอบสนองผู้รับบริการ เป็นการสร้างการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่ไร้รอยต่อ เพื่อสร้างห่วงโซ่ในการรอดชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพถือเป็นบุคลากรหลักในการขับเคลื่อนการให้บริการโดย หมุนเวียนการปฏิบัติหน้าที่ต้องเรียนรู้ ปรับตัว ในการปฏิบัติงาน ให้ทันต่อการพัฒนาการเปลี่ยนแปลง ในระบบการให้บริการ

4. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นวิธีหนึ่งที่ศึกษาค้นหาความจริงของปรากฏการณ์ต่าง ๆ จากบุคคลที่มีประสบการณ์ด้วยการบอกเล่าเรื่องราวและประสบการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลประสบมาด้วยตนเอง โดยมีพื้นฐานความคิด ว่าบุคคลจะรู้ดีในเรื่องที่ตนเองมีประสบการณ์มาก่อน ด้วยการรับรู้ละความหมายในขณะที่มีสติสัมปชัญญะ

4.1 ความหมายของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้มีให้ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา ดังนี้

Streubert & Carpenter (1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) ปรากฏการณ์วิทยาเป็นศาสตร์ที่มีจุดมุ่งหมายในการพรรณนาปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง โดยเฉพาะ หรือการศึกษาการปรากฏของสรรพสิ่งที่เป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ชีวิต

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2550) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา คือ การศึกษาเชิงปรากฏการณ์ ที่มุ่งเน้นให้ความหมายและทำความเข้าใจกับการเกิดขึ้นของปรากฏการณ์ เฉพาะเน้นความสำคัญของประสบการณ์ชีวิตของบุคคลทั้งในด้านปรัชญา สังคมวิทยา จิตวิทยา มีการ

ค้นหาสาระสำคัญหรือแก่น (Essences) ของปรากฏการณ์ตามธรรมชาติในทุก ๆ ประเด็น ว่าปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความหมายต่อบุคคลได้อย่างไร มากกว่าการอธิบายและทำนายเหตุการณ์

อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2559) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาที่มีพื้นฐานมาจากสาขาปรัชญา ในการทำความเข้าใจความเชื่อมโยงของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมในโลก โดยศึกษาปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่สนใจ จากคำบอกเล่าของผู้มีประสบการณ์ตรง เพื่อค้นหาแก่นแท้ของปรากฏการณ์นั้นให้มีความชัดเจน โดยมีภาษาเป็นสื่อขั้นต้นในการถ่ายทอดความหมายของประสบการณ์ชีวิตมนุษย์

สรุปได้ว่า การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นปรัชญาที่มีมุ่งศึกษาและทำความเข้าใจและหาความหมายเกี่ยวกับประสบการณ์ของบุคคลทั้งในด้านปรัชญา สังคมวิทยา จิตวิทยา จากคำบอกเล่าของผู้มีประสบการณ์ตรง เพื่อค้นหาแก่นแท้ของปรากฏการณ์นั้นให้มีความชัดเจน โดยมีภาษาเป็นสื่อขั้นต้นในการถ่ายทอดความหมายของประสบการณ์ชีวิตมนุษย์

4.2 แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger

หลักการสำคัญของปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger ให้ความสนใจพยายามทำความเข้าใจในธรรมชาติของมนุษย์ของความจริง ธรรมชาติของสิ่งที่มีอยู่จริง (Ontological) และการแปลความตีความ (Hermeneutic) มารวมเข้าด้วยกัน ซึ่ง Heidegger ได้ให้ความหมายของปรัชญาแนวคิดว่าเป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเพื่อนำไปสู่ความจริงที่ถูกค้นพบในระดับธรรมชาติของสิ่งที่เป็นอยู่บนฐานของการแปลความ ตีความที่เกี่ยวกับการเป็นอยู่ของมนุษย์ (Spielberg, 1982 อ้างถึงใน ประกาย จิโรจน์กุล, 2548) และเชื่อว่า Phenomenological Method เป็น Ontological เพราะเป็นแนวคิดและวิธีการที่ทำให้สามารถนำไปสู่ความเป็นไปได้ของการเข้าใจ “To the things itself” และ “mode of being-in-the-world” นอกจากนี้ Heidegger ได้ขยายขอบข่ายของแนวคิดนี้ จากที่ Heidegger สังเกตเห็นการนำเอาทฤษฎีของการแปลความตีความนำไปใช้ในการศึกษาค้นคว้าในสหสาขาวิชาต่าง ๆ มากมาย และจากการเคลื่อนไหวเหล่านี้ไปสู่จุดเปลี่ยนในประวัติศาสตร์ของการคิดค้นเกี่ยวกับ Hermeneutics ทำให้เกิดรูปแบบต่าง ๆ ที่หลากหลายขึ้นของ Hermeneutics และการนำไปใช้เหล่านั้น มักจะได้รับปฏิกิริยาโต้กลับของกลุ่ม Objectivism ซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ (Palmer, 1996) ในผลงานเขียน “Being and Time” ของ Heidegger ได้พยายามให้การแปลความ ตีความนำไปสู่การเข้าใจในการให้ความหมายของมนุษย์ โดยใช้วิธีการศึกษาของ Hermeneutics Phenomenology ซึ่งพัฒนาไปสู่ระเบียบวิธีการศึกษาถึงกิจกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์

นอกจากนี้ยังนำเอาแนวคิด Hermeneutic method มาใช้ในปรัชญาสมัยใหม่ Heidegger กล่าวว่า Hermeneutics เป็นหัวใจสำคัญของ Ontological Power ของการเข้าใจและการแปลตีความ ทำให้ธรรมชาติของความจริงและความหมายนั้น ๆ ปรากฏออกมาให้เห็น ที่

เปรียบเสมือนวงล้อ ที่เริ่มจากการทำความเข้าใจ และนำไปสู่การให้ความหมายของการดำรงอยู่ของความจริงที่ปรากฏอยู่ทั้งหมด และนำไปสู่การวิเคราะห์ความจริงที่ดำรงอยู่ ที่เป็นอยู่ ที่มีความเฉพาะเจาะจงลงไปอีก ซึ่งผลที่ได้ก็นำไปสู่ความเข้าใจในธรรมชาติของความจริงที่ดำรงอยู่นั้นทั้งหมด (New ontological understanding of the whole) ซึ่ง Heidegger เรียกกระบวนการนี้ว่า “Hermeneutics circle” (ประภาย จิโรจน์กุล, 2548) นอกจากนี้ ปรากฏการณ์ตีความ (Hermeneutics phenomenology) เป็นการอธิบายถึงระเบียบวิธีการวิธีทางปรากฏการณ์วิทยาเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าวิธีการทางปรัชญาเนื่องจากเป็นการค้นหาทฤษฎีของความจริงจากการตัดสินใจของเรามากกว่าเป็นการสรุปจากประสบการณ์ของความจริงที่ถูกเปิดเผย Heidegger กำลังค้นหาความรู้ในมุมมองใหม่เพื่อมาแทนมุมมองเดิม (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559)

Playger (1994 อ้างถึงใน ประภาย จิโรจน์กุล, 2548) ได้สรุปการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดของ Heidegger ไว้ว่าเป็นปรากฏการณ์วิทยาเพื่อทำความเข้าใจ Hermeneutics Phenomenology โดยเน้นว่าเป็นการค้นหาเพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้น ๆ ของบุคคลที่มีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร ดังนั้นการเข้าใจความคิดของบุคคล จึงมีความสำคัญเพราะจะนำไปสู่แนวคิดในการเลือกใช้ปรัชญา ซึ่ง Heidegger ได้กล่าวถึง

บุคคล (Person) เป็นผู้ให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ตามแนวคิดความรู้สึกรู้สึกของตนเอง ซึ่งแตกต่างจากความหมายของคนอื่น ๆ นั่นคือ ประสบการณ์ของใครก็เป็นของคนนั้น ๆ ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะและความเป็นจริงของบุคคลนั้น โดยเชื่อว่าบุคคลมีลักษณะสำคัญดังนี้ 1) บุคคลเป็นผู้ที่มีโลกและสังคมของตัวเอง (The person as having a world) หมายถึง บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวตั้งแต่เกิดไม่สามารถแยกจากกันได้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้ ได้แก่ ภาษา วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ในบริบทของบุคคลนั้น ๆ ผู้วิจัยควรมีเข้าใจในสิ่งแวดล้อมที่ศึกษา 2) บุคคลเป็นผู้ทรงคุณค่าและความหมายในแต่ละเรื่องไม่เหมือนกัน (The person as being for whom things significance and value) หมายถึง บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายในเรื่องสิ่งต่าง ๆ ตามสิ่งแวดล้อม ภาษาและวัฒนธรรม คุณลักษณะพื้นฐานของแต่ละคนจะแสดงออกมาจากการรับรู้และประสบการณ์ซึ่งผู้วิจัยควรให้ความสำคัญต่อมุมมอง ความคิดและมีความเข้าใจต่อบุคคลในบริบทนั้น ๆ 3) บุคคลเป็นผู้แปลความหมาย (The person as self-interpreting) หมายถึง บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายตามความคิดและประสบการณ์ของตนเอง โดยปราศจากทฤษฎีต่าง ๆ เป็นการรับรู้เฉพาะของบุคคลตามการให้ความสำคัญที่เป็นพื้นฐานหลังของบุคคล 4) บุคคลเป็นการรวมเข้าไว้ด้วยกัน (The person as embodied) หมายถึง บุคคลมีลักษณะของการรวมเข้าไว้ด้วยกันของความรู้สึกนึกคิด การให้ความหมายแบบแผนการดำรงชีวิต ประกอบด้วย กาย จิตสังคัม กายใต้สภาพแวดล้อมที่สัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกเป็นส่วนๆได้ 5) บุคคลมีมิติของการเวลา (The person in time) หมายถึง

บุคคลมีความเป็นอยู่ตามมิติของเวลา และตามประสบการณ์ชีวิตที่ได้รับจากอดีต ซึ่งส่งผลเกี่ยวเนื่องถึงอนาคตได้

4.3 ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาการตีความ

Crist and Tanner (2003) เสนอการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏการณ์การตีความซึ่งเรียกว่า “กระบวนการแปลความหมาย” (Interpretive process) ไว้ดังนี้

1) ระยะ Early Focus and line inquiry ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการถอดเทปการสัมภาษณ์ 1-3 คนแรกมาตรวจสอบความถูกต้อง และทำความเข้าใจประเด็นจากการสัมภาษณ์เพื่อค้นหาประสบการณ์ชีวิต และนำข้อมูลที่ได้ใช้เป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและสมบูรณ์มากขึ้น

2) ระยะค้นหาสาระสำคัญหรือความหมายที่ถูกค้นพบ (Central concerns, exemplars and paradigm cases) ในขั้นตอนนี้เป็นการหาใจความสำคัญ หรือความหมายซึ่งกำลังถูกเปิดเผยจากผู้ให้ข้อมูล ฉากจริงต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลและเหตุการณ์สำคัญ และทำให้เป็นรูปเป็นร่างประสบการณ์ปัจจุบัน ถูกนำเสนอต่อทีมวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลคนก่อนกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่ถูกค้นพบ ตลอดจนกระบวนการการแปลความ การเขียน และการเขียนใหม่เป็นการพัฒนาการการแปลผล การเขียนแปลความ เริ่มต้นที่การเขียนสรุป 3-5 หน้ากระดาษเกี่ยวกับสิ่งที่เป็ใจความสำคัญ ตัวอย่างคำที่โดดเด่น จากเรื่องราวของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน การสรุปนี้จะเป็ให้ทิศทางในการสร้างแบบแผนหรือแบบจำลองของข้อค้นพบ ข้อค้นพบจะค่อยๆ ปรากฏออกมาจากการเขียนแล้วเขียนอีกของนักวิจัย ซึ่งบางครั้งอาจมีการเปลี่ยนคำที่มีความหมายกว้างกว่าให้กับชื่อประเด็นที่ค้นพบในข้อมูล

3) การหาความหมายร่วมกัน (Shared meaning) ผู้วิจัยนำข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์และการสังเกตที่มีความหมายร่วมกัน มาสรุปเป็นข้อค้นพบเป็นลายลักษณ์อักษรแสดงความเชื่อมโยงระหว่างความหมายและเรื่องราวของผู้ให้ข้อมูล และให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบว่าตรงกับความรู้สึก หรือประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหรือไม่ และแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ หากผู้ให้ข้อมูลรู้สึก สอดคล้อง และนำไปประเด็นไปเขียนเป็นบทสรุป

4) การแปลผลขั้นสุดท้าย (Final interpretation) ในขณะที่นักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กัน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น ประกอบด้วยหาประเด็นที่น่าสนใจจากการอ่านบทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลในระยะเริ่มต้น เพื่อหาทิศทางในการตามรอยสืบสวน และเสาะหาข้อมูลที่มีความลึกและมีรายละเอียดเพิ่มมากขึ้น เมื่อได้ข้อมูลมาแล้ว อ่านอีกเพื่อค้นหาใจความสำคัญของทุก ๆ บทสัมภาษณ์ เมื่อกำหนดชื่อประเด็น และเลือกคำให้สัมภาษณ์ไว้เป็นข้อมูลสนับสนุนชื่อประเด็นที่นักวิจัยกำหนดให้ หลังจากนั้นนักวิจัยนำประเด็นที่กำหนดมารวมกันเชื่อมโยงให้เป็นเรื่องราวเดียวกัน นักวิจัยจะดำเนินการตามขั้นตอนเหล่านี้ จนกระทั่งไม่พบประเด็นสำคัญ

ใหม่ๆ เกิดขึ้นนั้นแสดงว่า การแปลผลมาถึงขั้นตอนสุดท้ายแล้วที่นักวิจัยจะสรุปข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา

5) การเผยแพร่ข้อค้นพบ (Dissemination of the interpretation) ผู้วิจัยนำข้อค้นพบที่ได้มาเขียนบรรยายในประเด็นต่าง ๆ โดยเขียนให้ชัดเจนมีความเชื่อมโยงกันในแต่ละประเด็น เพื่อให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจเรื่องราวที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง (Audit trail)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ พยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนี้

จิระทวี สมบูรณ์, อารีวรรณ อ่วมธานี (2555) ศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวนผู้ให้ข้อมูล 14 คน พบว่าการปฏิบัติงานของพยาบาลในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นบริการที่ออกปฏิบัติการนอกโรงพยาบาลโดยเป็นการปฏิบัติงานที่ต้องมีการเตรียมความพร้อมของทีม การเตรียมความพร้อมผู้ออกปฏิบัติการ การเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ โดยผลลัพธ์ของพยาบาลที่ออกปฏิบัติการในการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นการท้าทายความสามารถ มีความรู้สึกมีความสุขในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตรอด และรู้สึกสะเทือนใจ เสียใจในเหตุการณ์ที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้

กมลพรรณ รามแก้ว, อารีวรรณ อ่วมธานี (2562) ศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลฉุกเฉิน จำนวน 12 คน พบว่า หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานด่านหน้าที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง โดยเลือกทำงานในหน่วยในหออฉุกเฉินเนื่องจากเป็นงานที่มีลักษณะงานที่ท้าทายความสามารถในการดูแลผู้ป่วย โดย การปฏิบัติงานต้องมีการจัดการปัญหาต่าง ๆ โดยผ่านระบบการคัดกรองผู้ป่วย การจัดการกับปัญหา ภัยรันทที่ตักันในการเข้ามารับบริการในหน่วยงาน การดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงโดยพยาบาลต้องบริหารจัดการสถานการณ์เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยและญาติ รวมถึง การปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำเป็นต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาล ประสานกับญาติผู้ป่วย

กรกต ปล้องทอง และคณะ (2564) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในแผนกฉุกเฉินนานมากกว่า 6 ชั่วโมง เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective analytical study) ในผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยมีจำนวนประมาณ 33,000 รายต่อปีในช่วง มกราคม 2561- มิถุนายน 2562 พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในแผนกฉุกเฉินมากกว่า 6 ชั่วโมงก่อนเข้าพักในโรงพยาบาล

ได้แก่ การส่งตรวจปัสสาวะ การเข้ารับการรักษาในช่วงเช้า การทำหัตถการ ส่วนผู้ป่วยที่มาด้วยระบบการส่งต่อเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในแผนกฉุกเฉินน้อยกว่า 6 ชั่วโมง เนื่องจากมีการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต้นทาง โดยมีการวางแผนไว้ก่อน รวมถึงการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางมาก่อนรวมถึงการวางแผนการวินิจฉัยไว้แล้ว ทำให้ผู้ป่วยลดระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉิน

กิตติมา โปธิปัตชา, ปพิชญา พิเชษฐบุญเกียรติ (2565) การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการรับบริการผู้ป่วยระดับวิกฤตในห้องฉุกเฉินนานกว่า 2 ชั่วโมงของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ทำการเก็บข้อมูลเป็นกลุ่มที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการน้อยกว่า 2 ชั่วโมง จำนวน 383 ราย และกลุ่มที่มีระยะเวลาเข้ารับบริการมากกว่า 2 ชั่วโมง 390 ราย เพื่อหาปัจจัยสัมพันธ์ทำให้ใช้ระยะเวลาเข้ารับบริการมากกว่าสองชั่วโมงผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาเข้ารับบริการที่มากกว่า 2 ชั่วโมง ได้แก่ การปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วิปีศยา คุ่มสุพรรณ และคณะ (2565) การพัฒนารอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา เพื่อพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประชากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ 10 คน พบว่า กรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประกอบด้วย 4 สมรรถนะ และพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 28 ข้อ ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านทักษะการประเมินอาการและการคัดกรอง 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน 3) สมรรถนะด้านการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ 4) สมรรถนะด้านการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติ

สุรวุฒิ ตอเกาะห์ และคณะ (2565) การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหัวหน้าเวรแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ในการจัดการความขัดแย้งในการบริการสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 คน พบว่า เหตุการณ์ความขัดแย้งพบมากที่สุดในช่วงเวลาเวรบาย ลักษณะเหตุการณ์ความขัดแย้งที่พบมากที่สุดคือ 1) การรอคอยที่ยาวนานของผู้รับบริการ 2) พฤติกรรมบริการไม่เหมาะสมของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 3) ผู้รับบริการจะฟ้องโรงพยาบาล และวิธีการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหัวหน้าเวรแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชคือ 1) ใช้กระบวนการการเจรจากับผู้ใช้บริการ โดยยึดหลักความเป็นกลาง 2) ตอบสนองต่อเหตุการณ์ความขัดแย้งทันทีทุกเหตุการณ์สำคัญ 3) อำนวยการให้ทีมต่างวิชาชีพ

ธีรารักษ์ ฉายาวุฒิพงศ์ (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีความสำเร็จในการฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี การศึกษาแบบ Retrospective Case – Control study จาก

การทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียน ผู้ป่วยจำนวน 170 ราย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ประกอบด้วย การมีผู้พบเห็นขณะหัวใจหยุดเต้นและได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพก่อนทีมช่วยเหลือไปถึง ดังนั้นการพัฒนาความรู้ด้านการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานให้แก่ประชาชนจึงมีความสำคัญในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วย

Smith, et al (2009) ศึกษาความรุนแรงต่อพยาบาลที่ทำงานในแผนกฉุกเฉินของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าประสบการณ์ของพยาบาลฉุกเฉินรับรู้ถึงความรุนแรงจากผู้มารับบริการโดยประสพกับความรุนแรงทางกายและวาจา โดยขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารของหน่วยงานและโรงพยาบาลในการช่วยแก้ปัญหา และระบบความปลอดภัยของโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่ออำนวยความสะดวกและรักษาความปลอดภัยสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน

Backman, et al (2018) การศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลฉุกเฉินในการคัดแยกผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องใช้บริการรถพยาบาลในประเทศสวีเดน วิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานให้บริการรถพยาบาลจำนวน 8 คน พบว่าการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงและไม่จำเป็นต้องใช้รถพยาบาล เป็นการตัดสินใจที่ยากลำบากเพราะพยาบาลผู้ประเมินต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลในการประเมินและตัดสินใจ

Bardhan, et al (2019) การศึกษาเพื่อประเมินความเครียดจากงานและความเสี่ยงด้านสุขภาพพยาบาลแผนกฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานส่งผลต่อความเครียดของพยาบาล และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในภาครัฐพบกับความเครียดในการปฏิบัติงานสูง

Chun – Chih Lin, et al (2019) การศึกษาความสามารถในการรับมือของพยาบาลที่ทำงานในแผนกฉุกเฉินที่มีความแออัดในประเทศไต้หวัน จำนวน 13 คน พบว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลภายใต้ความแออัดในห้องฉุกเฉิน ส่งผลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลลดลง ซึ่งการได้รับความเห็นอกเห็นใจและการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในการปฏิบัติงานเป็นการกระตุ้นทัศนคติเชิงบวกให้กับพยาบาล

Stanley, et al (2019) การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลฉุกเฉินในการจัดการโรคอุบัติใหม่ประเทศฮ่องกงของพยาบาลแผนกฉุกเฉิน จำนวน 26 คน จากแผนกห้องฉุกเฉิน 12 แห่ง พบว่าการปฏิบัติงานของพยาบาลฉุกเฉินพบกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานในการจัดการโรคอุบัติใหม่ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การขาดแคลนทรัพยากร การเปลี่ยนแปลงของบริบทการทำงาน ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

Alomari, Collison, Hunt and Wilson (2021) การศึกษาความเครียดสำหรับพยาบาลห้องฉุกเฉินในประเทศออสเตรเลีย เป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 242 คน พบว่า

ความเครียดในการทำงานของพยาบาลห้องฉุกเฉินเกิดจากปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ภาระงานหนัก และความไม่แน่นอนเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสรุปได้ว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีหน้าที่สำคัญในการให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บหรือมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยให้บริการทั้งนอกและในโรงพยาบาล ซึ่งในการให้บริการผู้ป่วยด้านนอกโรงพยาบาลเป็นการให้บริการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ พยาบาลต้องมีการเตรียมความพร้อมของทีม อุปกรณ์ในการช่วยเหลือ อีกทั้งการต้องเจอกับสถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต และการปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมที่กดดันในการช่วยเหลือผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินพยาบาลจะต้องมีหน้าที่ในการปฏิบัติงานที่พลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันการปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน การคัดกรองผู้ป่วย รวมถึงการบริหารจัดการสถานการณ์ต่างที่เกิดขึ้นภายในเวร ทั้งความกดดันของผู้ป่วยและญาติ ความแออัดของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน ปัญหาความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ การบริหารความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาในการบริหารจัดการข้อมูลการวางแผนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน พยาบาลต้องมีการปฏิบัติงานที่พลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดความกดดัน ความเครียด ในการบริหารจัดการในเหตุการณ์ต่างให้มีประสิทธิภาพ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ดังนั้นหากมีการศึกษาเชิงลึกถึงการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินยุคใหม่ ตามประสบการณ์จริงของพยาบาล ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ จะทำให้เกิดความเข้าใจปรากฏการณ์ดังกล่าวได้ลึกซึ้งมากขึ้น และข้อค้นพบนี้จะเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลที่จะปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) บนพื้นฐานแนวคิดของ Martin Heidegger เพื่อศึกษาประสบการณ์ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคใหม่ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกตและการบันทึกภาคสนาม (Field note) และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และตีความตามวิธีการของ Crist and Tanner (2003) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประสบการณ์ตรงของพยาบาลที่ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งผู้วิจัยมีวิธีการในการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. พื้นที่ในการศึกษา (Setting)

พื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไป ระดับตติยภูมิ แห่งหนึ่งในจังหวัดหนึ่งของภาคกลาง ที่มีภารกิจในการให้บริการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกระบบ ทุกเพศ ทุกวัย ตลอด 24 ชั่วโมง โดยให้บริการประกอบด้วย 4 งานหลักได้แก่ การแพทย์ฉุกเฉิน งานการส่งต่อ งานรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล และงานสาธารณสุข ซึ่งรูปแบบการทำงานมีเชื่อมต่อกันเป็นเครือข่ายบูรณาการ (Integrated Network of ECS) เพื่อสร้างห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต โดยเริ่มตั้งแต่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน และการจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข (กรมการแพทย์, 2561) โดยมีการปรับบทบาทหน้าที่ของพยาบาล เพื่อให้มีคุณภาพสอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน เป็นการพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่ม คัดกรอง ประเมินอาการ ให้การพยาบาลดูแลระหว่างอยู่โรงพยาบาล ขณะส่งต่อ และจำหน่าย โดยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาส่งเสริมกระบวนการทำงานของพยาบาล การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีด้านการสื่อสารผ่านระบบทางไกล การใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่มาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยบุคลากรในหน่วยงานประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 21 คน ประกอบด้วยหัวหน้างาน 1 คน พยาบาลปฏิบัติงาน 20 คน โดยการจัดอัตรากำลังในการปฏิบัติงานแบ่งเป็น 3 ผลัด ได้แก่ เวิร์ชเช้า เวิร์ชบาย และเวิร์ชดึก เพื่อให้บริการพยาบาลครอบคลุมตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน

อุบัติเหตุและฉุกเฉินในพื้นที่ดังกล่าว จึงมีความเข้าใจในบริบทของพื้นที่ สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูลให้เกิดความไว้วางใจได้ จะได้ทำให้ข้อมูลที่ตรงกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้มากที่สุด ผู้วิจัยจึงกำหนดเลือกแหล่งการศึกษาพื้นที่ดังกล่าว เพื่อความสมบูรณ์และความน่าเชื่อถือของการวิจัย

2. ผู้ให้ข้อมูล (Participants)

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูล ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลคือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีประสบการณ์ทำงาน 2 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานหมุนเวียนใน 4 งานหลัก (การแพทย์ฉุกเฉิน งานการส่งต่อ งานรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล งานสาธารณสุข) และ 2) มีความยินดีเข้าร่วมในงานวิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูล เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความกระจ่างชัดเจน จนกระทั่งไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น ซึ่งได้ข้อมูลอิ่มตัว รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 12 คน จึงสิ้นสุดการเก็บข้อมูล

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการวิจัยเชิงคุณภาพคือ ตัวผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้ทำการสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง นอกจากตัวผู้วิจัยแล้วนั้น ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือเพิ่มเติมอื่น ๆ ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลเสียงในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โทรศัพท์มือถือ และเพื่อให้การวิจัยในครั้งนี้มีความถูกต้องตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด ผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านความรู้เรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพ และทักษะการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ ตั้งแต่ระยะก่อนและระหว่างการดำเนินการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล (3600626) ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 หน่วยกิต ซึ่งในการเรียนรู้นี้ทำให้ผู้วิจัยรู้ถึงประวัติความเป็นมา แนวคิด/ทฤษฎี ระเบียบวิธีวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล และการเขียนรายงานผลการวิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทดลองฝึกการสร้างแนวคำถาม ฝึกทักษะ

การสัมภาษณ์พยาบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 3 คน ทำการถอดเทปและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง ร่วมกับการศึกษา เอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเชิงคุณภาพ พร้อมกับขอรับคำปรึกษา และคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อยู่เสมอ

3.2 การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหาและแนวคิด ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้และแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทพยาบาล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจาก เอกสาร หนังสือ และทำการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศและประเทศไทยเกี่ยวกับประสบการณ์พยาบาลการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระบบงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างคำถามในการสัมภาษณ์

3.3 การเตรียมแนวคำถามเพื่อใช้ประกอบการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยศึกษาบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามประกอบการสัมภาษณ์ ซึ่งคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดที่เกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์จะปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลในแต่ละราย ตรวจสอบและปรับแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อนนำไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล โดยมุ่งให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา

3.3 การเตรียมเครื่องมืออื่น ๆ เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยมีการเตรียมเครื่องมืออื่น ๆ ที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้ (1) โทรศัพท์มือถือสำหรับใช้ในการบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ (2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับการเป็นพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (3) แบบบันทึกภาคสนาม สำหรับเขียนบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ความรู้สึกส่วนตัว ความคิดเห็น วัฒนธรรมและความเชื่อ พฤติกรรม รวมถึงปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ และวิธีการแก้ไขปัญหาที่พบ (4) แบบบันทึกการถอดความ เพื่อบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยมีการถอดความแบบคำต่อคำ การใส่รหัสเบื้องต้น

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิพยาบาลที่ปฏิบัติงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจสิทธิผู้ให้ข้อมูลอย่างถูกต้อง ผู้วิจัยจึงเข้าร่วมโครงการอบรมจริยธรรมการทำวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 1 และศูนย์วิจัยทางคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผ่านการ

รับรองวันที่ 16 มกราคม 2565 หลังจากนั้น ดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ โรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา เลขเอกสารที่ 02/2566 วันที่ 28 มีนาคม 2566 โดยก่อนสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้สร้างความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกผ่อนคลาย ผู้วิจัยได้สอบถาม ความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลทุกรายก่อนการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด การขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการ สันทนา จำนวนครั้งในการสัมภาษณ์ ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง การรักษาความลับ การ ไม่เปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่จะสามารถเชื่อมโยงถึงผู้วิจัยและส่งผลกระทบต่อองค์กร และการขอให้ผู้ให้ ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการตอบหรือไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่ทำ ให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่สบายใจ ไม่สะดวกใจ และมีสิทธิบอกยุติการให้ความร่วมมือทุกขั้นตอนของการ วิจัย ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลก่อนการได้รับอนุญาต ส่วนสถานที่ในการสัมภาษณ์ได้ใช้สถานที่ที่มีความ เป็นส่วนตัว เงียบสงบ โดยผู้ให้ข้อมูลได้เลือกสถานที่ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุก รายเลือกให้สัมภาษณ์ในสถานที่ทำงาน โดยช่วงเวลาในการสัมภาษณ์คือเวลาลงเวรหลังจาก ปฏิบัติงานแล้ว ทั้งนี้ไม่มีผู้ให้ข้อมูลรายใดที่ยุติการเป็นผู้ให้ข้อมูล

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) โดยใช้แนว คำถามที่สร้างขึ้น เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล ซึ่งคำถามที่ใช้ในการ สัมภาษณ์จะมีความยืดหยุ่นและเปลี่ยนแปลงไปตามข้อมูลที่ได้ในขณะสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่ม ลึกและครอบคลุมเกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและเนื่องจาก การศึกษาคั้งนี้ใช้ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิจัย การได้มาซึ่ง ข้อมูลที่ชัดเจน ตรงตามความจริง และมีความลุ่มลึก ผู้วิจัยต้องได้รับความไว้วางใจจากผู้ให้ข้อมูล ทำ ความรู้จักและสร้างความคุ้นเคย โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

5.1 ภายหลังจากการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการ จริยธรรมโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา เอกสารเลขที่ 02/2566 ผ่านการรับรองวันที่ 28 มีนาคม 2566 และเมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจะประสานงานกับฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอ อนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ให้ข้อมูล

5.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์รวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิจัยจากทางมหาวิทยาลัย โดยขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และเมื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

เมื่อได้รับความอนุเคราะห์ให้รวบรวม เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด และมอบสำเนา หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการรวบรวมข้อมูลวิจัย หนังสืออนุมัติรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรม หลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการนัดหมายวันเวลาและสถานที่สัมภาษณ์ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ ข้อมูลและการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) รวมทั้งการสังเกต และบันทึกภาคสนาม ซึ่งผู้วิจัยยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลก็ต่อเมื่อข้อมูลที่ได้มา มีความอิ่มตัว (Saturated Information) หรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559)

5.3 นัดหมายผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเลือกเดินทางไปพบผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัยแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สอบถามรายละเอียด ของผู้ให้ข้อมูลว่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่คัดเลือกไว้หรือไม่ จากนั้นจะขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยโดย ความสมัครใจ ไม่มีการบังคับหรือกดดันและผู้วิจัยได้อธิบายถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ อธิบายให้ทราบถึงแนวคำถามและวิธีการสัมภาษณ์รวมถึงระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการสัมภาษณ์ การบันทึกเทปการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งขออนุญาตในการจัดบันทึกรายละเอียดต่าง ๆ ขณะการเก็บ รวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับ ข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอและสรุปผลใน ภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามได้ตลอดเวลา เมื่อเกิดข้อสงสัยและเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจอย่างเป็นอิสระในการเข้าร่วมการวิจัย และขอ ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในการวิจัยนี้ตามประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

5.4 เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมยินดีในการวิจัย ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสได้เลือกวันเวลา สถานที่ในการ สัมภาษณ์โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและสงบเงียบเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกและสร้าง บรรยากาศในการสัมภาษณ์ให้ผ่อนคลาย จนสามารถดำเนินการสัมภาษณ์ไปด้วยความราบรื่น

5.5 ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศและสัมพันธ์ภาพที่ดีในการสัมภาษณ์ โดย ทักทายพูดคุยเรื่องทั่วไปและใช้ภาษาที่เป็นกันเอง เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นพยาบาลซึ่งเป็น วิชาชีพเดียวกันกับผู้วิจัย เป็นเพื่อนร่วมงาน รุ่นพี่ รุ่นน้อง จึงทำให้บรรยากาศในการสัมภาษณ์เป็นไป ด้วยความธรรมชาติ ไม่เคร่งเครียด มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์และผู้ให้ข้อมูล

5.6 การสัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต ร่วมกับการบันทึกเสียงการ สัมภาษณ์และการจัดบันทึกภาคสนาม โดยมีขั้นตอนดังนี้

5.6.1 การเตรียมคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเน้นประเด็นที่สำคัญเป็นคำถาม ปลายเปิด ที่มุ่งเน้นให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบาย แสดงความคิดเห็นหรือบอกเล่าประสบการณ์ในประเด็นนั้น ๆ

และข้อคำถามอื่น ๆ จะเกิดขึ้นระหว่างการสนทนากับผู้ให้ข้อมูลและปล่อยให้บทสนทนาเริ่มไหลไปอย่างธรรมชาติ โดยมีคำถามหลักจำนวน 2 ข้อ คือ 1) เหตุใดในกสนเลือกปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) เล่าถึงการปฏิบัติงานในแต่ละงานหลัก (งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน งานการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล งานการส่งต่อ และการจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข) ว่าท่านต้องทำงานในหน้าที่ความรับผิดชอบอะไรบ้าง และมีเหตุการณ์อะไรที่แปลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

5.6.2 ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยเริ่มต้นด้วยการเกริ่นนำด้วยคำถามกว้าง ๆ โดยการพูดคุยในเรื่องทั่ว ๆ ไป เกี่ยวกับบรรยากาศในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มคิดเกี่ยวกับประเด็นที่จะสัมภาษณ์ เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าสู่บรรยากาศการสนทนามากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจะใช้คำถามที่แคบเข้าเพื่อนำเข้าสู่ประเด็นการศึกษาอย่างค่อยเป็นค่อยไป สร้างบรรยากาศการสนทนาแบบสบาย ๆ เป็นกันเอง โดยขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยสังเกตท่าทาง ลักษณะคำพูดของผู้ให้ข้อมูล พร้อมกันนี้ผู้วิจัยแสดงปฏิกิริยาให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ ว่าผู้วิจัยตั้งใจรับฟังในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลถึงเนื้อหาสาระและความคิด สบตา พยักหน้า หรือใช้คำพูดเพื่อตอบสนอง “ช่วยอธิบายเพิ่มเติม...ได้ไหมครับ” ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่เร่งรัด ไม่วิพากษ์วิจารณ์ ไม่ขัดจังหวะ ไม่เปลี่ยนเรื่องหรือกระโดดข้ามไปหาข้อสรุป แต่เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลพูดจนจบ จึงพูดหรือถามคำถามต่อไป และนำข้อมูลมาบันทึกภาคสนาม เพื่อนำรายละเอียดดังกล่าว มาใช้ในการบันทึกข้อมูลร่วมกับการตีความสัมภาษณ์เพื่อเป็นแนวทางในการเจาะลึกข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลยังไม่ได้ให้รายละเอียดที่ลึกซึ้งเพื่อเข้าถึงความหมายที่แท้จริงต่อไป

5.6.3 ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 ราย โดยในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 ถึง 3 ผู้วิจัยดำเนินการนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป แบบคำต่อคำ มาวิเคราะห์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับการให้รหัสข้อมูล ประเด็นหลักและประเด็นย่อย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 ถึง 12 ต่อ โดยสัมภาษณ์พยาบาลทั้งหมด 12 ราย เป็นเพศชาย 1 ราย เพศหญิง 11 ราย จำนวน 20 ครั้ง โดยมีการสัมภาษณ์ 3 ครั้ง จำนวน 1 ราย สัมภาษณ์ 2 ครั้ง จำนวน 6 ราย และสัมภาษณ์ 1 ครั้งจำนวน 5 รายเนื่องจากมีความครบถ้วนของข้อมูล โดยระยะเวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายเฉลี่ย 42 นาที

5.6.4 เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์เมื่อข้อมูลอิ่มตัวได้ข้อมูลเดิม ๆ ซ้ำ ๆ ไม่มีข้อมูลใหม่ จึงกล่าวคำขอบคุณในการบอกเล่าประสบการณ์และการเสียสละ

เวลาอันมีค่า เพื่อให้ข้อมูลเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้ และผู้วิจัยแจ้งให้พยาบาลผู้ให้ข้อมูลทราบว่า หลังจากถอดเทปการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยจะนำบทสัมภาษณ์มาให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปทำการวิเคราะห์ภายหลังจากการสิ้นสุดการสัมภาษณ์ทุกครั้ง เพื่อความถูกต้องของข้อมูล และกลับจากสนามศึกษาแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ มาถอดเทปแบบคำต่อคำทันที เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ได้ยินและเป็นการเปิดโอกาสเพื่อให้ผู้วิจัยได้ค้นหาประเด็นต่างๆ ที่เกิดขึ้น รวมถึงช่วยให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ และเข้าถึงสาระของข้อมูลได้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2566 ถึง 15 มิถุนายน 2566

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ Crist and Tanner (2003) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

6.1 ระยะเวลา Early Focus and line inquiry ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการถอดเทปการสัมภาษณ์ ประสพการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุควิถีใหม่ 1-3 คนแรกมาตรวจสอบความถูกต้อง และทำความเข้าใจประเด็นจากการสัมภาษณ์เพื่อค้นหาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และหากข้อมูลไม่มีเพียงพอต้องมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอเพื่อค้นหาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ในประเด็นของการเรียนรู้ในการปฏิบัติงาน จากการสัมภาษณ์ในครั้งแรก ผู้ให้ข้อมูลได้พูดถึงการเรียนรู้จากพี่เลี้ยง รุ่นพี่ และแพทย์ แต่ไม่มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องที่เรียนรู้ ลักษณะการเรียนรู้เป็นแบบไหน จึงต้องมีการไปสัมภาษณ์เพิ่มเติม

6.2 ระยะเวลาค้นหาสาระสำคัญหรือความหมายที่ถูกค้นพบ (Central concerns, exemplars and paradigm cases) ผู้วิจัยค้นหาความหมายของประสพการณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยการอ่านข้อมูล แล้วดึงประเด็นที่สำคัญออกมาเขียนทั้งชื่อประเด็นและตัวอย่างจากข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประสพการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

6.3 การหาความหมายร่วมกัน (Shared meaning) ผู้วิจัยนำข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์ และการสังเกตที่มีความหมายร่วมกัน มาสรุปเป็นข้อค้นพบเป็นลายลักษณ์อักษรแสดงความเชื่อมโยงระหว่างความหมายและเรื่องราวของผู้ให้ข้อมูล และให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบว่าตรงกับความรู้สึก หรือประสพการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหรือไม่ และแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ หากผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่ามี สอดคล้อง และนำประเด็นที่ได้ไปเขียนเป็นบทสรุป

6.4 การแปลผล (Final interpretation) เป็นการนำประเด็นการตรวจสอบข้อค้นพบใหม่มาตรวจสอบกับประเด็นเดิม ๆ ที่ค้นพบแล้ว โดยมีการเขียนสรุปยังคงดำเนินต่อไปกับข้อมูลที่เป็นข้อค้นพบใหม่และเป็นการเลือกผู้ให้ข้อมูลคนต่อไป และนำประเด็นเหล่านั้นมารวมกันมาผูกให้เป็นเรื่องราวเดียวกัน จนไม่พบประเด็นใหม่ๆ เกิดขึ้น

6.5 การเผยแพร่ข้อค้นพบ (Dissemination of the interpretation) ผู้วิจัยนำข้อค้นพบที่ได้มาเขียนบรรยายในประเด็นต่าง ๆ โดยเขียนให้ชัดเจนมีความเชื่อมโยงกันในแต่ละประเด็น เพื่อให้เพื่อให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจเรื่องราวที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง (Audit trail)

7. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ตามเกณฑ์ของ Guba and Lincoln (1989) โดยมีรายละเอียดดังนี้

7.1. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1) ระยะเวลาที่อยู่ใต้อาณัติ (Prolonged involvement) ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในสนามศึกษาเป็นระยะเวลา ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2566 ถึง 15 มิถุนายน 2566 และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในสนามศึกษามา 12 ปีจนถึงปัจจุบัน มีความคุ้นเคย เรียนรู้วัฒนธรรม และสร้างความไว้วางใจอย่างเพียงพอกับผู้ให้ข้อมูล

2) การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) การใช้เวลาที่มากพอในการสังเกตสถานการณ์ที่ศึกษา โดยการเก็บข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2566 ถึง 15 มิถุนายน 2566 ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างต่อเนื่อง ติดต่อกันตลอดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล อีกทั้งผู้วิจัยยังปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เป็นสนามศึกษาควบคู่กับการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้หลักการของวิธีการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน นำบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำ บันทึกส่วนบุคคล และบันทึกภาคสนามหลังจากการเก็บข้อมูลแต่ละครั้งมาตรวจสอบ พบว่าข้อมูลทั้ง 3 ส่วนมีเนื้อหาสาระข้อมูลที่ตรงกัน

4) การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checking) ผู้วิจัยนำประเด็นจากการวิเคราะห์ข้อมูลไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องทุกราย และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะ

แก้ไขปัญหาคำข้อมูลไม่ถูกต้องตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ประเด็นที่ได้มีความสอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเห็นด้วยกับประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล

5) การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์และข้อสรุปที่ผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญการทำวิจัยเชิงคุณภาพและมีผลงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพยาบาล หรือการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 3 คน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นประธานหลักสูตรการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ปฏิบัติงานภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร 1 คน และสังกัดสภาอากาศไทย 1 คน ตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลว่ามีความเป็นไปได้ในการเกิดประเด็นต่าง ๆ ดังที่ผู้วิจัยเสนอหรือไม่อย่างไร ซึ่งผลจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกคน เห็นด้วยกับผลการวิจัยโดยไม่มีข้อเสนอแนะในการปรับประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล

7.2 ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงในช่วงเวลาหนึ่ง ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและไม่ใช่ตัวแทนของประชากรที่จะสามารถอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มอื่นได้ ผู้วิจัยจึงได้เสนอข้อมูลที่ครอบคลุมและละเอียดครบถ้วนมากที่สุดเพื่อให้สามารถถ่ายทอดเรื่องราวและประสบการณ์ได้อย่างลุ่มลึก เพื่อให้ผู้ที่ต้องการใช้ผลการวิจัยสามารถนำไปเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของตนเองในการประยุกต์ใช้ในบริบทที่มีความคล้ายคลึงกัน โดยต้องเป็นผู้พิจารณา วิเคราะห์และตัดสินใจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์หรือบริบทของตนเอง

7.3 ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยวิธี การใช้หลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Multiple methods of data collection) นักวิจัยมีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตเข้าด้วยกันรวมถึงข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

7.4 ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบจากการบันทึกเสียง การถอดคำแบบคำต่อคำ และบันทึกการสัมภาษณ์ซึ่งเป็นข้อมูลที่สามารถตรวจสอบได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนอีกครั้งด้วยการจัดบันทึกข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์เช่น วันที่ เวลาและ

สถานที่ การฟังการบันทึกเสียงซ้ำ มีการอ้างอิงคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของ Martin Heidegger โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคใหม่ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เป็นโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างน้อย 2 ปี เนื่องจากพยาบาลกลุ่มนี้จะได้ปฏิบัติการกิจทั้งในและนอกโรงพยาบาล และยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation) และการจดบันทึกภาคสนาม (Field note) หลังจากสัมภาษณ์แต่ละราย ผู้วิจัยถอดเทปเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อข้อมูลที่ได้อิ่มตัว (Data saturation) ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น จึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล มีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 12 คน

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้นจำนวน 12 คน อายุระหว่าง 22-56 ปี เป็นเพศหญิงจำนวน 11 ราย และเป็นเพศชายจำนวน 1 ราย สถานภาพโสด 4 ราย สถานภาพสมรส 8 ราย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยอื่นมาก่อน จำนวน 4 ราย และเป็นพยาบาลจบใหม่ที่เข้ามาทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 8 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation) และการจดบันทึกภาคสนาม (Field note) เป็นหลัก โดยมีการสัมภาษณ์ 3 ครั้ง จำนวน 1 ราย สัมภาษณ์ 2 ครั้ง จำนวน 6 ราย และสัมภาษณ์ 1 ครั้งจำนวน 5 ราย โดยระยะเวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายเฉลี่ย 42 นาที (รายละเอียดผู้วิจัยได้แสดงไว้ในภาคผนวก ค)

การให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีบริบทของการให้บริการในปัจจุบันในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ที่เน้นเรื่องของงานคุณภาพ การให้บริการไร้รอยต่อ การใช้เทคโนโลยี และการเตรียมความพร้อมต่อการระบาดของเชื้ออุบัติใหม่ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคใหม่นี้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 ราย พบ 4 ประเด็นหลัก และประเด็นย่อย ดังต่อไปนี้

1. ภูมิหลังและการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานใน ER

1.1 หลากหลายเหตุผลที่เข้ามาทำงานใน ER

- 1.1.1 งานเดิมจำเจ อยากทำงานที่ท้าทาย จึงย้ายมา ER
- 1.1.2 ตำแหน่งบรรจุอยู่ที่ ER ต้องกลับมาทำผลงานเพื่อเลื่อนระดับ
- 1.1.3 งาน ER เป็นงานที่ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้พัฒนาตนเอง
- 1.1.4 ผู้บริหารเลือกให้ปฏิบัติงานที่ ER

1.2 เริ่มทำงาน เกิดความไม่มั่นใจต้องใช้เวลาในการปรับตัว

- 1.2.1 รู้สึกกดดันจากความคาดหวังของพยาบาลรุ่นพี่
- 1.2.2 กลัวการทำงานเพราะประสบการณ์มีน้อย
- 1.2.3 กังวลและเครียดกับการทำงาน

1.3 การเตรียมความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

- 1.3.1 ค้นคว้าหาความรู้จากหนังสือและตำรา
- 1.3.2 เรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์เพื่อปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐาน
- 1.3.3 อบรมความรู้เฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. การปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.1 คัดกรองผู้ป่วยด้วยทักษะที่หลากหลาย

- 2.1.1 สอบถาม สังเกต และตรวจร่างกาย
- 2.1.2 วัตถุประสงค์การเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย
- 2.1.3 สร้างความเข้าใจ ช่วยคลายความกังวลของญาติ
- 2.1.4 พัฒนาทักษะการใช้โปรแกรมคัดกรอง

2.2 ดูแลผู้ป่วยในห้องสังเกตการ

- 2.2.1 ติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์
- 2.2.2 ประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
- 2.2.3 รับช่วงงานต่อจากแผนกผู้ป่วยนอก

2.3 ช่วยฟื้นคืนชีวิตโดยปฏิบัติตามเทคนิคที่ถูกต้อง

- 2.3.1 แบ่งงานกันทำตามหน้าที่เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน
- 2.3.2 จัดลำดับความสำคัญเพื่อช่วยผู้ป่วยได้ทันการ
- 2.3.3 ดูแลจนมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจาก ER
- 2.3.4 บันทึกข้อมูลให้ละเอียด จะได้มีหลักฐานการดูแล

- 2.4 บริการรับและส่งต่อผู้ป่วย
 - 2.4.1 รับย้ายผู้ป่วยโดยมีเทคโนโลยีช่วยเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง
 - 2.4.2 ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาเฉพาะทาง
- 2.5 ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 2.5.1 รับแจ้งเหตุและสั่งการเพื่อประเมินความช่วยเหลือที่เหมาะสม
 - 2.5.2 ออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุโดยเน้นความปลอดภัยของทุกคน
- 2.6 บริการงานสาธารณสุข พร้อมโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้น
 - 2.6.1 ส่งทีมไปช่วยหน่วยงานอื่น
 - 2.6.2 ดำเนินงานตามแผนรับมืออุบัติภัยหมู่
 - 2.6.3 รับมือกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19
- 2.7 บริการความรู้แก่สังคมเพื่อประโยชน์แห่งตนและผู้อื่น
 - 2.7.1 ให้ความรู้ ฝึกทักษะพื้นฐานการช่วยเหลือผู้อื่น
 - 2.7.2 ร่วมจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 2.7.3 ออกหน่วยปฐมพยาบาลตามหน่วยงานที่ร้องขอ
3. ปัญหาหน้างาน บริหารจัดการโดยหัวหน้าเวร
 - 3.1 บริหารอัตรากำลังให้เหมาะสม หากมีผู้ป่วยจำนวนมาก
 - 3.2 สื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจหากต้องรอตระวนาน
 - 3.3 ป้องกันความผิดพลาดการดูแล จึงต้องมีการตรวจสอบและทวนซ้ำ
 - 3.4 ระวังเหตุการณ์วุ่นวาย ต้องอาศัยหลายฝ่ายร่วมกัน
4. ผลของการปฏิบัติงานใน ER
 - 4.1 เครียดจากการบริหารจัดการในงานยุคใหม่
 - 4.2 ขาดสมดุลระหว่างชีวิตกับงานที่ต้องปฏิบัติ
 - 4.3 ความสุขเกิดขึ้นได้จากผู้ร่วมงานที่ดีและเต็มทีกับการดูแลผู้ป่วยจนปลอดภัย

สำหรับเนื้อหาผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่บรรยายไว้ในบทที่ 4 นี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยมีการใช้สัญลักษณ์ในตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังต่อไปนี้

[ข้อความ] หมายถึง คำอธิบายเพิ่มเติมของผู้วิจัย

... หมายถึง การนำข้อความเนื้อหาประเด็นเดียวกันจากหน้าอื่นมาต่อกัน

[ID1T1L3-8] หมายถึง คำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่คนที่ 1 [ID1] สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 [T1] บรรทัดที่ 3-8 [L3-8]

1. ภูมิหลังและการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานใน ER

ในการเป็นพยาบาล ER พยาบาลผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายเข้ามาปฏิบัติงานใน ER ด้วยเหตุผลที่แตกต่างกัน และเมื่อเริ่มเข้ามาทำงานใน ER พยาบาลได้สะท้อนความรู้สึกที่เข้ามาปฏิบัติงานใน ER และการเตรียมความรู้ในการดูแลผู้ป่วย 3 ประเด็นดังนี้ 1.1) หลากหลายเหตุผลที่เข้ามาทำงานใน ER 1.2) เริ่มทำงาน เกิดความไม่มั่นใจต้องใช้เวลาในการปรับตัว 1.3) การเตรียมความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

1.1 หลากหลายเหตุผลที่เข้ามาทำงานใน ER

พยาบาลวิชาชีพที่เข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีหลากหลายเหตุผลในการเลือกเข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงานนี้ บางรายเป็นผู้เลือกในขณะที่บางรายเป็นผู้ถูกเลือก ซึ่งหน่วยงานนี้รับสมัครพยาบาลวิชาชีพทั้งผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานมาก่อน และพยาบาลจบใหม่เข้ามาปฏิบัติงาน ซึ่งพยาบาลทั้ง 2 กลุ่ม ต่างมีเหตุผลที่แตกต่างกัน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพยาบาลให้เหตุผลในการเข้ามาทำงานใน ER 4 ประเด็น ดังนี้ 1.1.1) งานเดิมจำเจ อยากรับงานที่ท้าทาย จึงย้ายมา ER 1.1.2) ตำแหน่งบรรจุอยู่ที่ ER ต้องกลับมาทำผลงานเพื่อเลื่อนระดับ 1.1.3) งาน ER เป็นงานที่ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้พัฒนาตนเอง และ 1.1.4) ผู้บริหารเลือกให้ปฏิบัติงานที่ ER ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1.1 งานเดิมจำเจ อยากรับงานที่ท้าทาย จึงย้ายมา ER

พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานหอผู้ป่วยอื่นมาก่อนต้องการเปลี่ยนสถานที่ทำงานจากหอผู้ป่วยในมาทำงานที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER) เนื่องจาก รู้สึกว่างานเดิมที่ทำอยู่เป็นงานที่มีความจำเจ ทำงานเดิมซ้ำๆทำให้รู้สึกว่าต้องการหางานที่ท้าทายทำ ซึ่งการทำงานที่ ER เป็นงานที่มีตอบโต้ของผู้นให้ข้อมูลที่จะได้ดูแลผู้ป่วยหลากหลายโรคและหลายหลายระดับความรุนแรง ทำให้มีสิ่งที่จะต้องเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา และการทำงานที่ ER เป็นงานแบบเบ็ดเสร็จที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง งานจะเสร็จภายในเวรที่ขึ้นปฏิบัติงาน หากขึ้นปฏิบัติงานในเวรถัดไปก็จะได้ดูแลผู้ป่วยรายใหม่ๆต่อไป ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์ดังนี้

*ก็คือ อยู่อายุรกรรมมา 8 ปีนะคะ ตรงงานอายุรกรรมเนี่ยเหมือนเรา
รู้สึกอึดแล้ว เรารู้สึกว่าเราอยากได้ความรู้ด้านอื่นบ้าง ที่มันท้าทาย
กว่ากัน ก็เลยย้าย...สมัยตอนที่เรายู่อายุรกรรมเนี่ย เราจะไม่ค่อยได้
เจอ เคสที่เป็นอุบัติเหตุที่แบบว่ามีบาดแผลที่มันฉกรรจ์ บาดแผล
สาหัส หรือมีการบาดเจ็บที่หลายระบบ เคสพวกนี้เนี่ยเราจะไม่เจอ
พอเรามาอยู่ ER เราก็จะเจอเคส เช่น อุบัติเหตุที่แบบรุนแรงมากๆ
อันนี้ก็เป็นความตื่นเต้น เช่น บาดเจ็บที่ศีรษะ บาดเจ็บในช่องอก*

บาดเจ็บในช่องท้อง มีแผล มีเลือดออกเยอะๆ อะไรยังงี้ค่ะ
(ID2T1L14-L15,L29-33)

...ได้ย้ายเข้ามาอยู่รพ. C [โรงพยาบาลสนามศึกษา] ก็ไปวนติกอายุกร
รวมชายประมาณ 2 เดือน แต่มีความรู้สึกว่ามี ความประทับใจงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉินตอนไปฝึก Elective ที่ห้องฉุกเฉินรพ. A ทุก
อย่างเขามีระบบการจัดการ มีระบบการวางแผน การบริหารจัดการ
การแบ่งหน้าที่งาน แล้วก็แบบเป็นเรื่องที่ง่ายกว่าเรื่องข้างในตึก และ
งานก็ไม่ยุ่งยาก ทุกอย่างทำเสร็จที่ ER หมดเลย ก็รู้สึกชอบ ทำทนาย
สนุกสนาน ก็เลยแบบว่าขอเปลี่ยนกับพี่อีกคนนึงให้ไปอยู่ ER เพราะ
เคยมีประสบการณ์ที่ดีกับ ER จากที่อื่นมา (ID3T1L8-19) ชอบและ
ทำทนาย มันไม่ต้องมาหัดถการ ไม่ต้องเซ็ดตัวคนไข้ มันวนลูปเดิมไร้งี้ ก็
เลยขอมาอยู่ ER...มันมีลักษณะงานที่ทำเสร็จแล้วไปเลย ส่งคนไข้ต่อ
เป็นคนที่ไม่ชอบการเขียน Note nurse เป็นคนชอบทำหัดถการ
มากกว่าชอบเขียน เลยมีความรู้สึกว่ามันน่าจะเหมาะกับเรา และ
ทำทนายกับเรา เพราะไม่ชอบอะไรที่จำเจ อย่างศัลยกรรมก็ต้องทำแผล
ทุกวัน อย่างอายุรกรรมก็ต้องดูแลคนไข้เกี่ยวกับพวกโรคอายุรกรรม
โรคเดียวไร้งี้ แต่ ER ครอบคลุมทั้งหมดเลย สูดิ ศัลยกรรม อายุรกรรม
กุมารเวชกรรม มันโอเคสำหรับเราที่จะได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ สิ่งใหม่ ๆ
เปิดโอกาสให้กับตัวเองเพื่อได้เจอกับความรู้ใหม่ ๆ คนใหม่ๆ ไร้งี้ค่ะ
เยอะ. (ID3T1L21-24,41-47)

ตอนนั้นปี 2550 เรียนจบปี 2551 ก็เออ คือเราก็ไม่ได้
กลับไปตึกเดิมแล้วไง ก็เลยได้ไปช่วยงานที่ตึกหลังคลอดประมาณ 2-3
เดือน เขาก็เลยให้เราเลือก แล้วพอตึกนั้นก็มีพี่หัวหน้าตึก ER ไป
เป็นผู้ตรวจการด้วย พี่เขาก็เลยถามเราว่าไปอยู่ ER ใหม่...พี่ก็ยังไม่ได้
ให้คำตอบเขาตอนนั้นทันทีนะคะ ก็เอาไปถามเพื่อน ๆ ที่ใกล้ชิด สนธิ
ๆ กัน เขาก็บอกว่า เออน่าทำทนายดิเนะ เราก็เลยโอเค...ก็มีการคุย
อย่างน้องคนนึงในห้องฉุกเฉินที่เราเคยคุย เคยถาม ทำนองว่า งานใน
ห้องฉุกเฉินนั้นเป็นอย่างไร เราจะปรับตัวได้ไหม บางทีพี่หัวหน้าเขาก็
ให้กำลังใจนะ ว่า เออมาอยู่กับพี่เถอะ แต่เราก็มีความรู้สึกนะ เพราะ

ตอนที่มาอยู่ ER ตอนนั้นอายุ 40 แล้ว รู้สึกว่าเราเองก็อายุเยอะแล้วนะ คือ ความมั่นใจเราก็มีแค่ 50 เปอร์เซ็นต์ อีก 50 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีเลย ที่นี้เราก็เหมือนว่ามีความรู้สึกอยากเปลี่ยนสายงานด้วย เราก็เลยเออทำได้ มันก็เหมือนมีกำลังใจนะ (ID11T1L9-12)

1.1.2. ตำแหน่งบรรจุอยู่ที่ ER ต้องกลับมาทำผลงานเพื่อเลื่อนระดับ

พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานหอบผู้ป่วยอื่นมาก่อนอีกส่วนหนึ่ง ให้เหตุผลในการย้ายมาปฏิบัติงานที่ ER เนื่องจากตำแหน่งบรรจุของตนเองอยู่ที่ ER แต่ปฏิบัติงานจริงที่หอบผู้ป่วยอื่น เมื่อถึงเวลาที่ต้องทำผลงานเพื่อเลื่อนระดับของพยาบาล ต้องพัฒนาผลงานที่เกี่ยวข้องกับงานในตำแหน่งที่ตนเองบรรจุ ดังนั้นพยาบาลกลุ่มนี้จึงขอย้ายมาปฏิบัติงานที่ ER เพื่อทำผลงานวิชาการ ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์ดังนี้

...ตอนที่เราเป็นเด็กเราก็ไม่มีใครบอกว่า ฝ่ายบุคลากรมาแนะนำเรา เราได้แต่บอกว่า จ. [ตำแหน่งบรรจุ] ที่อยู่ที่ ER แล้วตัวที่อยู่ที่ทารกวิกฤตมันจะมีปัญหาเวลาเราทำ อวช. หรือทำผลงาน เพราะว่า จ. ที่อยู่ ER แต่ตัวอยู่ที่ทารกวิกฤต พี่ก็เลยย้ายออกมาเพื่อให้มันตรงจ. ของตัวเอง (ID6T1L13-15) ...ที่ย้ายมาที่ห้องฉุกเฉินตอนจบได้ 2 ปี แล้วก็มาอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน ครบอายุราชการ 6 ปี พี่ก็ทำผลงาน C 6 พี่จำได้ตอนนั้นพี่ทำ Case Febrile Convulsion เป็น Case เด็กชักที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินนี้แหละ (ID6T2L36-38)

...ตอนนั้นเหมือนแบบว่าจะต้องมีการทำผลงานของตัวเอง ตำแหน่งต้องอยู่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วย เหมือนจะต้องย้ายให้ตรงตำแหน่งที่บรรจุด้วย เพื่อจะได้ทำผลงาน (ID3T1L15-17) หลังจากย้ายมาจากหน่วยงานอายุรกรรม ก็สามารถทำ C6 ได้เลยเพราะอายุราชการ 8 ปีแล้ว ซึ่งตอนนั้นจำได้ว่าเหมือนทำเป็น Case ผู้ป่วย STEMI (ID3T3L2-3)

1.1.3 งาน ER เป็นงานที่ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้พัฒนาตนเอง

พยาบาลจบใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงานใน ER เล่าว่าตนเองเลือกทำงานที่ ER เพราะลักษณะงานของ ER เป็นงานที่แต่ละเวรและงานแต่ละวันมีสิ่งที่ยาบาลได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา เนื่องจากได้ดูแลผู้ป่วยที่หลากหลายสาขา ทำให้พยาบาลได้พัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา ผิดกับการทำงานในหอผู้ป่วยที่พยาบาลต้องทำงานซ้ำ ๆ เดิม แต่จะวุ่นวายกับจัดทำเอกสารจำนวนมากและต้องส่งเวรนาน นอกจากนี้งานทำงานใน ER ทำให้พยาบาลได้เรียนรู้โรคต่าง ๆ ใกล้เคียงตัว ความรู้เหล่านี้สามารถนำไปใช้ดูแลครอบครัวและชีวิตประจำวันได้ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...เกิดจากความชอบส่วนตัวเนื่องจากการปฏิบัติในหน่วยงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นงานหน้าเดียว เวลาทำกับคนไข้เสร็จก็จะจบใน
Case นั้นเลย พอจบแล้วจะไม่มี การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเหมือนผู้ป่วย
ward ในที่ต้องเป็นการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และจะเป็นผู้ป่วยซ้ำ ๆ ทุก
วันทุก ๆ วัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเราจะเจอคนไข้ที่
หลากหลาย (ID1T1L7-10)

...ชอบในงานอุบัติเหตุค่ะ คือ งานในห้องฉุกเฉินมันเป็นงานที่ เรา
เจอคนไข้ทุกสายงานอยู่แล้วค่ะ เช่น เราเจอคนไข้ Med ไม่ว่าจะ
Med หรือว่าเด็ก หรือว่า Trauma อะไรแบบนี้ค่ะ เราจะเจอทุกสาย
อยู่แล้ว ...ห้องฉุกเฉินเป็นงานที่เสร็จแล้วเสร็จเลย ไม่ต้องมาทำ
Chart ไม่ต้องมาวุ่นวายเหมือนในตึกอะนะค่ะ ที่ต้องมานั่งทำ Chart
อะไรแบบนี้ แล้วก็การส่งเวรก็ไม่ต้องเยอะ เพราะถ้าคนไข้ของเรา
หมด Floor แล้วเนี่ยก็ ไม่มีเลย (ID5T1L6-8,20-23)

...มีความท้าทายมากขึ้น มีผู้ป่วยมาเรื่อย ๆ ...รู้สึกว่าได้
ประสบการณ์ใหม่ๆ รู้สึกว่าตัดสินใจถูกที่เลือกปฏิบัติงานในหน่วยงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือได้มีประสบการณ์ใหม่ๆ เกิดขึ้นตลอดเวลา ไม่
ว่าจะเป็นเรื่องโรคระบาดได้ทำอะไรใหม่ๆ ที่มันท้าทายมากขึ้น เป็น
การเปิดประสบการณ์ให้กับตัวเองได้เรียนรู้เพิ่มมากขึ้น (ID1T1L11-
19)

...สิ่งที่ทำให้ตัดสินใจเลือกจะมาทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ เนื่องจาก ด้วยลักษณะงาน ความท้าทายหรือว่าผู้ป่วยในแต่ละโรคที่เราเจอมันจะไม่ค่อยจำเจเท่าไร มันก็จะมี Trauma อายุรกรรม เด็กอะไรยังงี้อะนะคะ สูติกรรมอะไรยังงี้อะคะ มันเป็นความท้าทายอย่างนึง รู้สึกว่ามันคือความตื่นเต้น เวลาที่เราได้รับความตื่นเต้นเหมือนกระตุ้นตัวเองไปด้วยในการคิดหรือหาคำตอบหรือว่าในการวินิจฉัยโรคตามแพทย์ไปด้วย เหมือนเราได้ฝึกพัฒนาตัวเองไปด้วย เราก็จะได้สัมผัสประสบการณ์ ความรู้ในแต่ละเรื่อง แต่ละโรค เพราะว่าเราได้เจอผู้ป่วยที่หลากหลาย เป็นด้านหน้าเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงเรา... การที่ได้เจอคนไข้จริง ๆ แบบ เป็น Trauma หลากหลาย ประเภท หรือว่า STEMI อ่า Stroke Fast Track ไร้งี้ คนไข้ Sepsis, Septic Shock หรืออะไรที่เป็น Fast Track พวก Trauma Fast Track เราจะไม่ค่อยได้เจอเลยตอนฝึกงาน เวลาที่เราจบมาใหม่ ๆ เราจะรู้สึกว่า เรื่องพวกนี้เป็นเรื่องที่ทำหายนมาก เราก็อยากรู้ เพราะมันก็เป็นเรื่องใกล้ตัว และมันก็สามารถเอาไปใช้ในชีวิต ใช้กับครอบครัว ได้ด้วย ไร้งี้คะ (ID4T1L6-21)

1.1.4 ผู้บริหารเลือกให้ปฏิบัติงานที่ ER

พยาบาลจบใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงานใน ER ส่วนหนึ่งเล่าว่า ตนเองไม่ได้ชอบลักษณะงานของ ER แต่ช่วงเวลานั้น อัตรากำลังพยาบาล ER ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ผู้บริหารจึงให้ช่วยปฏิบัติงานที่ ER ไปก่อน เมื่อทำงานใน ER มารยะยะหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลมีความคุ้นเคยกับงานใน ER จึงเลือกทำงานที่ ER ต่อไป ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลอีกรายทราบมาก่อนว่า หากเป็นบุรุษพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลจะให้ทำงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือ ห้องผ่าตัด ในขณะที่เป็นนักศึกษาพยาบาล ผู้บริหาร ER มาทาบถามและมีพยาบาลรุ่นพี่มาชวนให้ไปทำงานที่ ER จึงมีความสนใจจึงมีการเตรียมตัวตั้งแต่เรียนพยาบาล โดยเลือกมาฝึกงานที่ ER ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์ดังนี้

...เราไม่ได้ชอบงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเลยคะ ตอนแรกเรามา Intern ก่อนประมาณเดือนนึง และก็มิพี่เขา [ผู้บริหาร] ...พอดีคนขาด เขาก็เลยให้เราปฏิบัติงานไปก่อน พอถึงวันเลือกจริง ๆ เราก็รู้สึกว่าเราชินกับเพื่อนร่วมงานแล้ว ชินกับงานไปแล้ว มีประสบการณ์ในการทำงานแล้วอะคะ เราก็เลยเลือกหน่วยงานนี้ (ID12T1L8-11)

...ตอนนั้นพี่รู้อยู่แล้วว่าพี่ต้องได้มาอยู่ห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่สมัยเป็นนักเรียนและ เพราะเขาต้องการพยาบาลที่เป็นผู้ชาย เขา [ผู้บริหาร] ก็ถามว่าสนใจจะมาทำงานอยู่ห้องฉุกเฉินไหม เพราะยุคนั้น ห้องฉุกเฉิน ไม่มีพยาบาลผู้ชายมาก่อนเลยนะ มันก็เลยทำให้พี่เตรียมตัวนะ อย่างที่บอกคือเรารู้ตัวละ ว่าน่าจะได้อยู่ห้องฉุกเฉินแน่ และมันก็มีพี่ที่ห้องฉุกเฉินพูดแบบจิบ ๆ นะ จิบแบบว่า สนใจมาอยู่ ER ใหม ตอนนั้นมีพยาบาลผู้ชาย 2 คน ที่ใช้ทุนโรงพยาบาล C [โรงพยาบาลสนามศึกษา] และก็มี 2 ที่ ที่เขาต้องการพยาบาลผู้ชายมากคือ ER กับ OR ตอนนั้นพี่ก็คิดแล้วแหละว่าจะไป ER ทำให้เราก็ตัดใจเตรียมตัวเลย ตั้งแต่ปี 3 ปี 4 ไร่ประมาณนั้น จนฝึกงาน ก็มาฝึกงาน ER สมัยก่อน ER มีให้ฝึกงานด้วย (ID8T1L13-33)

1.2 เริ่มเข้ามาทำงาน เกิดความไม่มั่นใจ จะทำงานที่นี่ได้ไหม

หลังจากที่พยาบาลได้เข้ามาทำงานใน ER แล้ว ความรู้สึกที่ว่างาน ER เป็นงานที่มีความตื่นเต้นและท้าทายไปจากความคิดของผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากเมื่อเข้ามาปฏิบัติงานจริง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะเป็นความรู้สึกทางลบที่ต้องเผชิญกับความวุ่นวายของงาน จนเกิดความไม่มั่นใจว่าตนเองจะทำงานได้ตามความคาดหวังของหน่วยงาน หรือ จะดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พยาบาลได้สะท้อนความรู้สึกต่อการปฏิบัติงานใน ER ในระยะเริ่มแรกของการทำงาน ไว้ 3 ประเด็นย่อย คือ 1.2.1) รู้สึกกดดัน ไม่รู้บริบทของงาน ไม่รู้ต้องดำเนินการอะไรก่อน 1.2.2) กลัวการทำงาน ประสบการณ์ยังไม่มี ต้องอาศัยพี่ช่วยฝึกงาน และ 1.2.3) กังวลและเครียดกับงานที่ยังทำไม่ได้ไม่คล่องและต้องปรับตัวกับผู้ร่วมงาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.2.1 รู้สึกกดดัน ไม่รู้บริบทของงาน ไม่รู้ต้องดำเนินการอะไรก่อน

เมื่อเริ่มต้นทำงานที่ ER พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมาก่อน หรือพยาบาลจบใหม่ ต่างมีความรู้สึกเดียวกันคือ ความรู้สึกกดดัน ซึ่งเกิดจากพยาบาลต้องการแสดงศักยภาพในการทำงานเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของผู้ร่วมงาน เพราะคิดว่าพยาบาลรุ่นพี่น่าจะคาดหวังกับการทำงานของตน ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านประสบการณ์ในหน่วย ER ที่โรงพยาบาลนี้มาก่อนทำให้ไม่รู้บริบทการทำงาน การเตรียมยาที่ต้องใช้การผสมสารละลาย และการทำหัตถการต่างๆ โดยเฉพาะในช่วงเวลาฉุกเฉินที่พยาบาลไม่สามารถสอบถามผู้ร่วมงานได้ เนื่องจากต่างคนต่างทำงานของตนเอง เมื่อความไม่แน่ใจเกิดขึ้น ทำให้พยาบาลทำงานล่าช้า เนื่องจากต้องคิดให้รอบคอบ ซึ่งบางครั้งก็มีการทำงานผิดพลาด จึงถูกผู้ร่วมงานมองว่าเป็น “ตัวถ่วง” ในการทำงาน

วิธีการที่ทำงานผู้ให้ข้อมูลลดความกดดันและสร้างมั่นใจให้ตนเอง ได้แก่ การศึกษาค้นคว้าหาความรู้ หรือใช้วิธีการสอบถามผู้อื่น หากเป็นความรู้เรื่องยา ผู้ให้ข้อมูลจะเก็บผลากยาทุกอย่างมาอ่าน ความรู้ต่างๆที่ทบทวนจะทำบันทึกช่วยจำซึ่งอาจติดไว้ที่ข้างฝาห้อง เพื่อให้สามารถมองเห็นและอ่านได้ตลอดเวลา ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...รู้สึกกดดันว่าเราจะสามารถทำงานได้ไหม ทำหัตถการ ฉีดยา เย็บแผล ถูกไหม เพราะได้แต่เรียนทฤษฎี แต่ในทางปฏิบัติไม่ค่อยได้ทำเลยแอบรู้สึกกดดัน แล้วยังมีคำพูดพี่ในตึกพูดว่า น้องเค้าเพิ่งจบมาความรู้เยอะ ความรู้แน่น น้องเค้าทำได้อยู่แล้ว เลยทำให้เรารู้สึกกดดันมากขึ้นไปอีก ก็เก็บความกดดันโดยการลงมือทำปฏิบัติกับผู้ป่วย ทำบ่อย ๆ จำทำให้เรามีประสบการณ์ และใช้เวลาเป็นเครื่องพิสูจน์ว่าเราทำได้ ก็ใช้เวลาเกือบปีนะ กว่าจะเริ่มรู้สึกดีขึ้น (ID3T3L6-10)

... แรก ๆ ก็จะมีความกดดันในตัวเอง ในการปฏิบัติงานใหม่จะมีความกดดันสูง คือเราต้องมีการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น ต้องคอยเข้าหาผู้ป่วย สังเกตการณ์ดูแลผู้ป่วยของพี่พยาบาลว่าลักษณะการดูแลผู้ป่วยแต่ละประเภททำอย่างไร เช่น ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจขาดเลือดแรกเราเจอผู้ป่วยเราอาจจะยังไม่คล่อง มีความตื่นเต้น ที่เจอคนไข้แบบนี้ เรายังไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไร โดยเราจะต้องสังเกต จากการปฏิบัติงานของรุ่นพี่ (ID1T1L49-53)

...ตอนแรกกดดันมาก เพราะไม่รู้บริบทของตัวเองเลย ว่าต้องทำอะไรก่อน เบอร์ไหนเป็นอะไร แต่ละหน้าที่มีอะไรบ้าง เราเข้ามาเป็นน้องเล็ก รู้สึกกดดัน เวลาพี่เขาเจอคนไข้ เหมือนเป็นพวกคนไข้อุบัติเหตุ เวลาคนไข้มา พี่เขาก็ต้องรีบไปดูคนไข้กันเลย ไม่มีเวลามานพุดคุยกับเราเลย ว่า ณ ขณะนั้นทำไมต้องทำแบบนั้นแบบนี้ อันนี้ก่อนหรือหลัง จะเป็นการพูดหน้างานเลยทันทีมากกว่า เช่น มีคนไข้ Apnea หรือมีคนไข้ใส่ Tube พี่เขาก็จะมีตะโกน ออกคำสั่ง หน้างานเลย ว่าแบบดูแล Airway น้องทำอันนั้น อันนี้ ซึ่งตอนหน้างานรู้สึกกดดันมาก อาจมีทำอะไรไม่ถูกบ้าง เราก็จะต้องตั้งสติให้ดีเลย ณ ตอนนั้นอะคะ และหลังจากที่ทำงานกับพี่ ๆ ไป ผ่าน Case นั้นไป เขาจะมีการ

Conference หลัง Case นั้น ว่ามีความผิดพลาดในการทำงานนั้น ๆ
อย่างไร ครั้งต่อไปต้องแก้ไขอย่างไร เขาก็จะสอน (ID4T1L68-76)

...มีความกดดันเหมือนกัน บางอย่าง เช่น การเตรียมยา บางอย่าง
เราก็ไม่รู้จักษุศาสตร์นี้ ซึ่งไม่เคยเจอมาก่อน... การเตรียมยาต่าง ๆ ต้อง
ผสมกับสารละลายอะไร ซึ่งยาบางตัวมีความจำเพาะ ว่าต้องผสมกับ
สารละลายตัวนี้ซึ่งเราไปทำงานใหม่ๆเราจะไม่ค่อยรู้ว่ ที่นี้ใช้
สารละลายอะไรผสม หรือจะต้องดูน้ำทิ้งเท่าไรก่อนที่จะผสมยา ณ.
ตอนนั้นรู้สึกกดดันตัวเองมาก ๆ ช่วงเวลาเร่งรีบเราไม่สามารถเปิดดู
หรือหาข้อมูลได้ทันเวลา ณ .ตอนนั้นเรารู้แล้วว่าปัญหาของเราคือ
อะไร หลังจากนั้นพอ พอในพอเราไม่รู้สิ่งไหนเราเลยเขียนจดบันทึก
ไว้ในสิ่งที่เราไม่รู้ ฉลากยงฉลากยาเราเก็บไปหมด ลงเวรไปเราไปอ่าน
ทบทวน บางทีเขียนแปะข้างฝาไว้เพื่อให้เรามองเห็นได้ตลอดและอ่าน
ผ่านตาทุก ๆ วัน หลังจากนั้นไม่นานเราก็สามารถจำได้ว่า ยาตัวไหน
ที่มีความเฉพาะต้องผสมกับสารละลายอะไร จริง ๆ คือบางคนอาจไม่
รู้หรือกว่าเรากดดันมาก ๆ ณ ตอนนั้น มันรู้สึกแย่มาก ๆ นะที่เรา
ไม่สามารถสอบถามใครได้เพราะทุกคนต่างยุ่งกันหมด ทำให้เราต้อง
ชวนช่วยหาความรู้ และต้องทำให้ได้ เพราะเวลาฉุกเฉินจริง ๆ เราไม่
สามารถสอบถามใครได้ตลอดเวลาเพราะทุกคนก็ต่างยุ่งในหน้าที่ของ
ตัวเอง ...เราเอาความกดดันบางคำพูดที่พีในเวรเหมือนจะพูดกดดัน
เราว่า ตัวถ่วง ทำให้เราชวนช่วยมากขึ้น จดบันทึกตอนลงจากเวร
เป็นเล่มๆ อยู่ประมาณไม่ถึงปี ก็รู้สึกว่าตัวเองมีความมั่นใจมากขึ้น
ทั้งหมดทั้งมวลที่พูดมา คือ น่าจะอยู่ที่ ตัวเรามากกว่า สิ่งไหนที่เราไม่รู้
เราควรจะศึกษาค้นคว้าหรือสอบถาม หาความรู้สม่ำเสมอในสิ่งที่เรา
ไม่รู้ ทำให้เราเพิ่มพูนทักษะมากขึ้น (ID5T2L6-21)

1.2.2 กลัวการทำงาน ประสบการณ์ยังไม่มี ต้องอาศัยพี่ช่วยฝึกงาน

ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลจบใหม่ ณ เวลาที่เข้ามาปฏิบัติงานใน ER เล่าว่า เมื่อเข้ามา
เป็นพยาบาลเต็มตัว ความรับผิดชอบจะมากขึ้น ไม่เหมือนขณะเป็นนักศึกษาพยาบาล ประกอบกับ
ประสบการณ์ในการฝึกงานที่ ER มีน้อย ทำให้รู้สึกกลัวการทำงาน กลัวการทำหัตถการ และกลัวการ
ดูแลผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลพยายามเรียนรู้งานด้วยการเข้าไปให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อฝึกการทำหัตถการ

รวมถึงพยาบาลรุ่นพี่ช่วยสอนทั้งระบบงานและทำหัตถการ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่ากว่าจะมีความมั่นใจในการทำงานและปรับตัวได้ต้องใช้เวลาประมาณ 1 ปี ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

...รู้สึกกลัวในการทำงาน เพราะจบมาก็ปฏิบัติงานในหน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นที่แรก ในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ไม่ใช่ นักศึกษาพยาบาลทำให้เราต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้น กลัวการทำหัตถการ การดูแลคนไข้เนื่องจากเราเป็นพยาบาลจบใหม่ แต่พยายามเรียนรู้ในการเข้าหา Case การทำหัตถการ เช่น การเย็บแผล การตาม การทำแผลผู้ป่วย โดยการเข้าหาคนไข้มาก ๆ เพื่อศึกษาและเก็บเกี่ยวประสบการณ์ไปเรื่อย ๆ ใช้เวลาประมาณ 1 ปีในการปรับตัวและการเรียนรู้ เมื่อมีความรู้ ความชำนาญความกลัวก็ลดลงค่ะ (ID1T2L2-5)

...แรกๆ ก็รู้สึกกลัวนะ เพราะเราเพิ่งจบมาและทำอะไรไม่เป็น ไม่รู้ระบบงาน ตอนเราเรียนก็มีประสบการณ์ในการฝึกงานในห้องฉุกเฉินน้อย และไม่เคยฝึกงานที่รพ.นี้ พอเรียนจบก็รู้สึกกลัว ทำอะไรไม่ถูก ก็อาศัยให้พี่ๆ ที่เค้าอยู่มาก่อนสอนงาน สอนระบบงาน สอนทำหัตถการ ก็ใช้เวลาเกือบ 3 นะถึงจะเริ่มปรับตัวได้ เริ่มทำหัตถการได้คล่องขึ้น มั่นใจมากขึ้น ความกลัวลดลง (ID7T2L3-5)

...พี่ขอเล่าคร่าว ๆ นะ เพราะมันนานมาก ๆ แล้วจะลืบลืมไปแล้ว คือมันเป็น Case ใน EMS เนี่ยแหละ มีรถพยาบาลของเราไปรับมา คนไข้รายนี้ประสบอุบัติเหตุ ลักษณะคือ ที่ขามันมีกระดูกโผล่ขึ้นมาเลย และก็เลือดออกมาก ๆ เยอะมาก ๆ เราก็จะเข้าไปช่วยนั่นแหละ แต่พอเข้าไปแล้ว เราก็แบบตกใจ กลัวมาก เพราะเราไม่เคยจริง ๆ ไม่เคยเห็นอะไรแบบนี้ รู้สึกหวี ๆ เลยนะ เรายัง หัย เราเป็นอะไรเนี่ย แต่พอเราได้เข้าไปช่วยจริง ๆ อาการที่เราเป็นอยู่มันก็คลายลงไปนะ คือ Case นั้น เป็น Case เดียว ที่ตอนนั้นพี่ตื่นเต้นมาก ด้วยความที่ไม่เคยเจอ แต่หลังจากนั้นที่มี Case ที่คล้ายๆกันนี้ พี่ก็โอเคนะ เฉยๆ รู้สึกปรับตัวได้แล้ว (ID11T1L51-57)

1.2.3 กังวลและเครียดกับงานที่ยังทำได้ไม่คล่องและต้องปรับตัวกับผู้ร่วมงาน

ลักษณะงานของ ER เป็นงานที่ต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเร่งด่วน ในขณะที่พยาบาลที่เพิ่งเข้ามาทำงานใน ER ยังอยู่ในระหว่างการปรับตัวที่จะต้องเรียนรู้งาน เรียนรู้โรคและเรียนรู้การทำหัตถการต่างๆ เนื่องจากเป็นสถานที่ทำงานแห่งแรก หรือเป็นสถานที่ทำงานใหม่ ทำให้พยาบาลผู้ให้ข้อมูลรู้สึกกังวลที่ตนเองมีประสบการณ์น้อย ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยยังมีจำกัด พยาบาลรายหนึ่งเล่าว่า เมื่อทำงานไม่ได้ตามที่คนอื่นคาดหวัง กลับถูกพี่พยาบาลแสดงพฤติกรรมที่บั่นทอนกำลังใจ จนบางครั้งรู้สึกแยะและร้องไห้ทุกครั้งที่ลงเวรจากการปฏิบัติงาน แต่พยายามบอกกับตัวเองให้ขยัน ค้นคว้าหาความรู้ให้มากขึ้น บางรายสะท้อนการทำงานในอดีตที่เคยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในว่า การทำงานในหอผู้ป่วยใน ผู้ป่วยมีอาการที่รอได้ ไม่เหมือน ER ที่ต้องรีบช่วยชีวิต วันนี้ดูแลผู้ป่วยโรคหนึ่ง อีกวันดูแลผู้ป่วยอีกโรคหนึ่ง ทำให้ในระยะแรก ตนเองปรับตัวในการทำงานไม่ได้ แต่ต่อมาเมื่อมีประสบการณ์มากขึ้นทำให้ปรับตัวในการทำงานและปรับตัวกับผู้ร่วมงานได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามในปัจจุบันก็ยังคงมีการปรับตัวอยู่เรื่อยๆ เนื่องจากผู้ป่วยที่มา ER มีโรคและอาการที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

...รู้สึกกังวลเป็นอย่างมาก ยิ่งความรู้สึกตอนแรกมันจะมีพี่บางคนทีลองเชิง และทำให้เราสูญเสียกำลังใจเป็นอย่างมาก คือด้วยความที่เราใหม่อยู่ด้วยและต้องมาเจอพฤติกรรมของพี่ที่แสดงออกว่าเรายังทำงานไม่ค่อยคล่อง หัตถการบางอย่างเราไม่เคยเจอมันทำให้เรารู้สึกเครียด ลงเวรไปร้องไห้ทุกวันในตอนแรกๆ ความรู้สึกแยะในตอนนั้นมันช่วยผลักดันให้เราหมั่นเพียร ขวนขวายหาความรู้อยู่เสมอเพื่อที่จะให้ตนเองทำหน้าที่ในทีมได้อย่างสมบูรณ์โดยไม่เป็นภาระคนในทีม (ID5T1L40-46)

...ความรู้สึกแรกคือกังวล เหมือนประสบการณ์ที่ได้ฝึกงานนั้นน้อยมากค่ะ ตอนนั้นที่เป็นนักศึกษา ก็ไปฝึกงานห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลชุมชน เวลาประมาณ 3 สัปดาห์ ซึ่งตอนทำงานจริงมันแตกต่างจากการที่เราเป็นนักศึกษามาก เราต้องทำอะไรทุกอย่าง ไม่มีใครมาดูแลเรามาคอยบอกเราว่าเราต้องทำอะไร เราต้องเข้าหาตนเอง วันแรก เรารู้สึกว่าไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไร มีหน้าที่ตรงไหน (ID12T1L13-17)

...เครียด คือ เราไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลคนไข้ที่แบบอุบัติเหตุ คือแบบขนาดที่ว่าคนไข้มาปั๊บ ต้องรีบเข้าไปช่วยเหลืออะไรๆ อย่างตาม Ward อยู่ตาม Ward ก็มีแค่มอและกัฟวกรเรา แต่อยู่ ER นี่มีทั้งญาติ มีทั้งคนไข้ มีทั้งหมด ทั้งบุคลากรนั่นนี่ คือเราต้องช่วยเหลือทันทีอะ อย่างพวก Ward ส่วนใหญ่ ถ้าที่ตึก NICU เด็กก็จะคลอดแล้ว ถึงส่งไปหาเรา คือ เขาก็มีภาวะที่รอได้ ไม่ได้มีวิกฤตฉุกเฉินอะไรเหมือนห้องฉุกเฉิน ที่ทำให้เราต้องเข้าไปช่วยเหลือ ณ ตอนนั้นเลย ในกรณีที่มีเคส Case คลอดที่ห้องฉุกเฉินเราต้องทำคลอด และอาจต้องแก้เด็กด้วยหากเด็กไม่ดี ถึงส่งเด็กไป NICU.. มันก็บอกไม่ได้อะในการใช้เวลา มันก็มีเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เราปรับตัวไปได้เรื่อย ๆ วันนึงเจอเหตุการณ์นึง อีกวันนึงเจอเหตุการณ์นึง คือแต่ละวันมันไม่เหมือนกันเลย มันก็ส่งผลให้เราปรับตัวไปได้เรื่อย ๆ อะ เหตุการณ์ใน ER เนี่ยนะ มันจะไม่ซ้ำกัน มันจะทำให้คนที่ทำงานที่ปรับตัวไปเรื่อย ๆ ถามว่าทุกวันนี้มันอยู่ตัวหรือยัง ก็ยังนะ เพราะขนาดที่ตอนนี้ก็ยังคงต้องปรับตัว โรคหรืออาการอะไรมันก็เปลี่ยนไปเรื่อย ๆ ...มันมีทั้งวิธีการหาความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่เราไม่รู้ด้วย และก็มีทั้งการปรับตัวให้ทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานคนอื่น ๆ ด้วย (ID6T2L17-29)

... ตอนนั้นที่เราอยู่ที่ตึกพิเศษเราจะรู้แผนการพยาบาล เขียน Nurse Note และกั Care คนไข้ feed Fash บัสสาวะ คนไข้พวกติดเตียง ไร้ มันเป็นงาน Routine ที่เรานึกภาพออก สมมุติฟรุ้งนี้เราเวรตึก เรารู้เลยว่าต้องทำอะไรบ้าง Step 1 - 2 - 3 เพราะว่าส่วนมากไม่มีการรับใหม่ในเวรตึก แต่พอเรารู้ว่าต้องไปอยู่ ER เรานึกภาพเท่าที่เราเข้าใจของเราเอง ว่ามันจะเป็นประมาณนี้ไหม เป็นงานที่คนไข้ Emergency เข้ามา และรูปแบบมันจะเป็นไปตามความคิดเราไหม แต่พอมาเจอหน้างานจริง ๆ มันก็ไม่ตรงกับที่เราคิดซะทีเดียว...ขั้นต่ำเท่าที่พอจำได้ ประมาณ 3 เดือน [ปรับตัว]... บางทีก็ใช้การเรียนรู้ค่อย ๆ คุไป บางอย่างก็ต้องการสอบถามวิธีการ ขั้นตอน ว่าแบบนี้ต้องทำยังไงไร้ มันแปลกใหม่สำหรับพี่ทั้งหมดเลย ทั้งการ EMS ที่ต้องออกไปข้างนอก หรืองานที่ต้องรับคนไข้ การพยาบาลมันต่างกัน อย่างอยู่ Ward พิเศษ มันเป็นงาน Routine แต่งานนี้มันมีการ

Record การทำงานเป็น Step ไป โดยใช้การประเมินตาม
สถานการณ์เรื่อย ๆ และใช้ประสบการณ์หลาย ๆ อย่าง มาปรับใช้
รวมกัน ตอนแรกก็มีความรู้สึกว่าจะปรับตัวไม่ได้ แต่พอมาทำอยู่ 3
เดือน ก็ได้อยู่ (ID11T2L16-29)

1.3 การเตรียมความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

เมื่อพยาบาลผู้ให้ข้อมูลทุกคนต้องเผชิญกับความไม่มั่นใจในการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ
และฉุกเฉิน ดังนั้นจึงต้องพัฒนาตนเองด้วยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลโรคต่างๆ
เพิ่มเติม จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า พยาบาลมีการเตรียมความรู้ในการดูแลผู้ป่วย 3 ประเด็นย่อย
ได้แก่ 1) ค้นคว้าและหาหนังสืออ่าน 2) เรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์ และ 3) ได้รับการปฐมนิเทศและ
ฝึกอบรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.3.1 ค้นคว้าหาความรู้จากหนังสือและตำรา

เมื่อเข้ามาปฏิบัติงานใน ER ไม่ว่าจะ เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงาน
มาแล้ว หรือพยาบาลจบใหม่ การมาทำงานใน ER ก็ถือว่าเป็นสถานที่ใหม่ที่ทุกคนต้องเรียนรู้การ
ทำงาน เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างตั้งแต่เรื่องวัย โรคและระดับความรุนแรงของอาการ
ที่มาโรงพยาบาล ดังนั้น พยาบาลผู้ให้ข้อมูลจึงต้องมีการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม วิธีการแรกที่ใช้ คือ
อ่านหนังสือเพื่อเพิ่มเติมความรู้ดังกล่าว พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยอื่นมาก่อน เล่า
ว่า ในอดีต ตนเองจะมีการค้นคว้าหาหนังสือเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ศัลยศาสตร์
อายุรศาสตร์ และอื่นๆมาอ่าน แต่ในระยะหลังที่สามารถเข้าถึงข้อมูลผ่านอินเทอร์เน็ตได้ พยาบาลทุก
คนจะใช้วิธีค้นหาข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต บางรายอาจนำตำรารวมทั้งสมุดจดบันทึกสรุปเดิม
ของตนเองเมื่อครั้งเป็นนักศึกษาพยาบาลมาทบทวน การอ่านหนังสือเพิ่มเติมความรู้ทำให้พยาบาล
ผู้ให้ข้อมูลได้เรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย ได้ความรู้ใหม่ๆทั้งเรื่องโรคและการรักษา
ซึ่งความรู้ดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

*...อย่างแรกเลยต้องอ่านหนังสือที่เราสามารถจำได้ ถนัด และมั่นใจ
จนเอาไปสอนคนอื่นได้ (ID1T2L270-271)*

*...การเตรียมตัวนี่ก็คือ จะต้องไปอ่านหนังสือเพิ่ม ซึ่งสมัยก่อนมัน
ไม่ได้เป็นยุคดิจิทัลเหมือนสมัยนี้ เราไม่สามารถจะแบบไปเปิดหรือค้นหา*

ได้ในอินเทอร์เน็ต เราก็จะต้องอ่านหนังสือ ไปอ่านเพิ่มเติมว่า คนไข้ที่
อุบัติเหตุ ต้องมีการดูแลแบบไหน ส่วนคนไข้อายุรกรรม เรามี
ประสบการณ์มาแล้วระดับนี้ ก็สามารที่จะดูแลได้ ไม่ค่อยตื่นเต้นมาก
ก็สามารถจะรับมือได้พอสมควร แต่ถ้าอุบัติเหตุประสบการณ์เราจะน้อย
เราไม่ได้อยู่ในสายศัลยกรรม เราต้องหาความรู้เพิ่มเติม (ID2T137-42)

...เป็นคนชอบอ่านหนังสือ ชอบอะไรอยู่แล้ว ก็เลยพยายาม
เตรียมพร้อม หาหนังสืออะไรต่อมิอะไรมาอ่าน ไร้ก็เหมือนมีการ
เตรียมตัวไร้ ยิ่งสมัยก่อนเรายังไม่มีการดูแลผู้ป่วย PHTLS อะไร ยังไม่
มีนะ มันขึ้นอยู่กับว่าใครออกไปแล้วเจออะไร เหมือนวัดดวงอะ ถ้าเจอ
หนัก แล้วจะเอาอยู่ไหม เหมือนตอนนั้นก็ภาวนานะ ว่าอย่าเจอหนัก
มากเลย (ID8T1L62-65)

...ตอนแรกที่จบใหม่ ไม่ค่อยได้เตรียมตัวเท่าไร แต่พอมาทำงานจริง
ๆ เราถึงได้เข้าใจว่าเราก็ขาดความรู้ ขาดความรู้เฉพาะ บางอย่างต้องไป
อ่านหนังสือเพิ่มเติม พวก STEMI หรือว่า Stroke หรือว่า Sepsis
บางอย่างเราไม่รู้ก็ไปอ่านเพิ่มเติม...ตอนแรกก็เป็นหนังสือ หนังสือที่เรา
เคยซื้อตอนเรียนพยาบาล (ID9T1L11-15)

1.3.2 เรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์เพื่อปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐาน

พยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานใน ER ไม่ว่าจะเป็พยาบาลที่มีประสบการณ์
ทำงานในหน่วยงานอื่นมาก่อน หรือเข้ามาเริ่มงานที่ ER ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการดูแลจากพยาบาลที่
เลี้ยงในระยะการทำงาน 6 เดือนแรก หากไม่ผ่านการประเมินอาจมีพี่เลี้ยงดูแลจนกระทั่งครบ 1 ปี
พยาบาลผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า หน่วยงานจะมีการมอบหมายพยาบาลพี่เลี้ยงให้ดูแลพยาบาลใหม่ โดยจะขึ้น
เวรคู่กันเป็นส่วนใหญ่ เรื่องที่พยาบาลพี่เลี้ยงสอน จะเกี่ยวกับระบบการทำงาน ใน ER ที่มีพื้นที่หรือ
โซนที่พยาบาลต้องรับผิดชอบหลายโซน ซึ่งหัวหน้าหน่วย ER จะเป็นผู้มอบหมายงานให้ในแต่ละวัน
หมุนเวียนผลัดเปลี่ยนกันทำงานในโซนต่าง ๆ หากพยาบาลพี่เลี้ยงได้รับมอบหมายให้ดูแลโซนไหน
พยาบาลที่เข้ามาใหม่ก็จะได้ทำงานคู่กับพยาบาลพี่เลี้ยง ดังนั้นการสอนงานจะสอนเป็นกรณีๆไป
ตามแต่ผู้ป่วยที่จะเข้ามารับบริการ เช่น หากเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ พยาบาลพี่เลี้ยงก็จะสอน

ให้ดูแลแบบ Trauma หากเป็นผู้ป่วยเด็กก็จะสอนให้ดูแลเด็กตามอาการและโรคที่มารักษา การทำหัตถการต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนั้นพยาบาลพี่เลี้ยงจะให้ความสำคัญกับการเขียนบันทึกทางการพยาบาลเนื่องจากเป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมาย การประเมินผู้ป่วยตามระบบ ABCD (Airway-Breathing-Circulation-Disability) นอกจากที่จะได้รับการสอนจากพยาบาลพี่เลี้ยงแล้ว พยาบาลน้องใหม่ก็จะมี การอาสาฝึกปฏิบัติการทำหัตถการด้วยเป็นการฝึกทักษะในการทำงานจริง ในกรณีพยาบาลน้องใหม่ไม่ได้ขึ้นเวรตรงกับพยาบาลพี่เลี้ยง พยาบาลจบบใหม่จะสอบถามพี่พยาบาลที่ขึ้นเวรปฏิบัติงานด้วยกัน หรืออาจเก็บคำถามหรือข้อสงสัยมาสอบถามพยาบาลพี่เลี้ยงในโอกาสต่อไป นอกจากนี้ยังมีพี่พยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานในเวรเดียวกับพยาบาลน้องใหม่ที่เป็นผู้สอนงานทั้งการทำหัตถการ งานเอกสาร รวมถึงการดูแลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย STEMI ดึงคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...การสอน ส่วนใหญ่จะเป็น Case by Case ตัวต่อตัว เวลาเมื่อเคล
 ้งหน้างาน[พี่เลี้ยง]ก็สอนกันเลย...ไม่ได้กำหนดหลายลักษณะอักษร [กำหนด
 ระยะเวลา] ส่วนใหญ่ประมาณไม่เกินปี ไม่เกินปีก็จะโอเค แต่หลังจาก
 นั้นก็ปรึกษาได้แต่ก็ไม่ได้มีพี่มาประกบแล้ว... ส่วนใหญ่พี่เขาก็จะจัดเวรคู่
 คู่กันกับพี่ที่จะดูแลเรา จัดไปเลย จัดเป็นแบบเป็นคู่กันไปเลย
 (ID2T1L75,77-82)

...ถ้าเกิดเป็นช่วงแรก ๆ จะเป็นครูพี่เลี้ยง แต่อาจไม่ได้เจอทุกเวร
 ในเรื่องครูพี่เลี้ยงก็จะสอนอ่านในเรื่องทั่ว ๆ (เรื่องอะไร) ไปก่อน จะแคบ
 เข้ามาก็คจะเป็นพวกพี่ในเวรมากกว่า เพราะเราได้ทำงาน ได้เจอ Case
 ด้วยกัน ซึ่งการทำงานที่ห้องฉุกเฉินมันต้องไม่ใช่แค่สังเกตอย่างเดียว คือ
 สังเกตอย่างเดียวไม่ได้ ต้องปฏิบัติด้วย เวลาเจอ Case ยาก ๆ เวลาใส่
 ICD เย็บแผลอะไรจ้ะ เราต้องอาสาที่จะทำ ยอมที่จะอาสาปฏิบัติงาน คือ
 การทำงานจะรู้ว่าอันไหนถูกผิด เพื่อเรียนรู้และปรับตัว ID4T1L48-
 53

...น้องที่จบมาใหม่ ก็จะมีพี่เลี้ยงที่คอยดูแลเลยคนนึงเลยคะ จะต้อง
 รับผิดชอบน้องที่จบใหม่ เขาจะดูแลน้องตั้งแต่แรกเข้ามาเลย มีการ
 Orientation ทุกอย่าง ดูพัฒนาการของน้องอะคะ ว่าตอนนี้เป็นยังไง
 บ้าง จะทิ้งได้หรือยัง โดยปกติแล้วเขาก็จะดูแลน้องประมาณ 6 เดือน

อะคะ ถ้าน้องคนนั้นสามารถปล่อยได้แล้ว พอรู้เรื่องแล้วจ้ะ เขาก็จะสามารถให้น้องทำอะไรได้ แต่ถ้าดูๆ แล้วยังปล่อย ยังทิ้งไม่ได้ เขาก็จะดูๆ เราไปก่อน ยังไม่ปล่อยคะ ยังไม่ละ...อันนี้ เขาไม่ได้ประเมินด้วยพี่ที่ดูเราคนเดียววนะคะ เพราะว่าจะมีพี่ในเวรด้วย พี่เขาก็จะสอบถามกับทางพี่ๆ ในเวรนั้นแหละคะ ว่าน้องคนนี้เป็นยังไง การประเมินก็ไม่ได้อยู่ที่พี่คนเดียว...[พี่เลี้ยงสอน]เย็บแผล ไรจ้ะ พี่เขาก็จะสอนวิธีการเย็บ แต่ส่วนมากก็ตามหลักที่เราเรียนอยู่แล้ว ตามหลัก Sterile แล้วก็วิธีการเย็บห่างกันเท่าไร ปักก็องศา ลึกเท่าไร ถึงกันแผล อะไรแบบนี้ พี่เขาก็จะบอกเรา แนะนำเรา...[สอนการดูแลผู้ป่วยห้อง Resuscitation]ตอนแรกอะ คือ พี่เขาไม่ได้ให้เราเป็นตัวจริงนะคะ ให้เราดูไปกับพี่เขา ที่เป็นเบอร์ 3 ตัวจริง ให้เราเรียนรู้คู่กับเขาไปก่อน อันนี้เขาก็จะมีการสอนเรานั้นแหละคะ โดยเริ่มการประเมินคนไข้ การรายงานแพทย์ถ้าระหว่างดูคนไข้แล้วมีอาการเปลี่ยนแปลง การแก้ไขเมื่อผู้ป่วยมีภาวะวิกฤต เขาก็เหมือนให้เราขึ้นเบอร์ 3 คู่ไปกับเขาด้วย ดูคนไข้หนัก ควบคุมกันไป (ID5T1L57-69,91-98)

...เรียนรู้จากพี่ที่มีประสบการณ์มากกว่า บางอย่างที่ไม่รู้ก็จะสอบถามจากพี่ที่มีประสบการณ์...ตอนแรกเราอาจจะยังปรับตัวกันไม่ค่อยได้ แต่มันจะมีพี่คนนึงนะคะ ที่คอยสอนเราตลอดเวลา เราก็จะคอยเรียนรู้จากพี่คนนี้อีกทีนึงว่า ถ้าเจอคนไข้แบบนี้แล้ว เราต้องแก้ปัญหาแบบไหน คือ ต่อให้เราทำงานมาแล้วเจออะไรแค่ไหน มันก็ยังไม่พอ เราจำเป็นต้องเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อน อันนี้จะเป็นสิ่งที่ดิอะคะ (ID1T2L212-219)

...พวกพี่ก็จะแบบสอนเรา...สอนทำหัตถการ สอนแบบว่าพิเศษกว่าคนอื่น เหมือนตอนปี 4 ก็ได้เริ่มทำหัตถการแล้ว เมื่อก่อนเราจะมีหัตถการ เย็บแผลเนี่ย คือการเย็บแผลเนี่ยตอนนั้นเย็บกับเพื่อนพี่ผู้ชายอีกคน เพราะก็คือขึ้นเวรติดกันตลอด เพราะเลขที่ติดกัน ก็เลยได้เย็บแผล ทำหัตถการนั้นนั่นนั่น ด้วยกัน พุดง่าย ๆ คือ ตอนนั้นเราก็มีความพร้อมบ้างแล้วนะ พร้อมตั้งแต่ยังไม่จบ...[หลังเรียนจบ] เวลาขึ้นเวรอะ เขาก็จะจัดให้มีพี่อาวุโสในเวรนั้น เพื่อคอยดูน้อง ๆ เวลาทำหัตถการ

เย็บแผลต่าง ๆ เพราะสมัยก่อนเนี่ย มันจะเน้นไปในทางให้บริการ เน้นงานหัตถการเป็นส่วนใหญ่เลยนะ ER เนี่ย คืองานบริการหัตถการเลยแหละ งานเอกสารต่าง ๆ อะไรพวกนั้น (ID8T1L13-33)

...วันแรกจะเป็นพี่รองหัวหน้าตึกค่ะ เขาจะคอยบอกว่าอะไรต้องทำยังไง อะไรเป็นอย่างไรบ้าง...พอมิพี่เขาเข้ามาดูแล มาสอนแล้ว เราก็พอที่จะเข้าใจได้บ้าง ว่าเครื่องมืออันนี้ใช้อย่างไร เราต้องใช้กรณีไหน ก็จากที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือในบาง Case ที่เราไม่รู้ว่าต้องทำอะไร ใช้อะไรก่อน พอเขาแนะนำมา เราก็พอจะรู้ พอจะทำเองได้...มันเป็น case STEMI ค่ะ ที่พอคนไข้มาถึง อยู่ดี ๆ คลำชีพจรไม่ได้ แล้วก็ Arrest เราก็ต้องเข้าไปดู ไป Monitor EKG เป็น PEA หรือ เป็น Asystole จากนั้นก็มีการ CPR และแบ่งหน้าที่กันว่าใครจะเป็นคนเปิดทางเดินหายใจ ใครจะ CPR ใครจะเป็น Medical ใครจะบันทึกอะไรคะ ...พี่เขาก็จะแบ่งหน้าที่เลยว่า เบอร์ 3 ให้เป็นคนคอย Record เวลา และมีใครเป็นคนที่ทำ Medical ให้ยา และใครดูทางเดินหายใจที่จะช่วยหมอบใส่ Tube ส่วนการ CPR เราจะใช้เครื่อง Auto pulse พอเสร็จกระบวนการดูแลที่เคาก็จะเรียกเรามาสอนแต่ละอย่างอีกที (ID12T1L21-35)

นอกจากพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลรุ่นพี่จะสอนงานให้กับพยาบาลน้องใหม่แล้ว ยังมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินช่วยสอนเกี่ยวกับการอ่าน EKG การดูแลผู้ป่วย Complete heart block การดูแลผู้ป่วยติด External pacing ผู้ป่วยที่ได้รับยา adenosine และการทำหัตถการพิเศษในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และหากมีข้อสงสัยใด สามารถสอบถามแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินได้ ส่วนแพทย์เฉพาะทางจะสอนแนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะสาขา เช่น แพทย์สูติกรรมจะสอนการดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

...มีหมอบ EP เข้ามาสอนค่ะ ตอนนั้นเป็นหมอบ... ที่จะมาสอนเรื่อง EKG การอ่าน EKG เบื้องต้น ถามว่าตอนนี้ก็จำไม่ค่อยได้ค่ะ ต้องรื้อฟื้นหมอบ..ก็จะสอนเป็นเคส ๆ บางราย ๆ หมายถึงสอนทุกเรื่องที่เราเจอในกับคนไข้ แต่เบื้องต้นหมอบ V ก็จะมีแบบ จับน้องมาสอนเรื่อง EKG กับ

แพทย์ใช้ทุน มันก็กดดันเหมือนกัน เพราะเขาจบหมอ เราจบพยาบาล และเราต้องอ่านได้อีก ไร่จี้ (ID3T1L118-122)

...หมอ ส่วนใหญ่ก็จะเป็นหมอ EP นะที่เข้ามาสอน หมอจะสอน หน่วยงาน เจอเคสแล้วสอนอะไร เช่น ผู้ป่วย Complete heart block ผู้ป่วยมีชีพจรเต้นน้อยกว่า 50 ครั้งต่อนาที ความดันตก Try ให้อาการกระตุ้นการเต้นของหัวใจแล้วดีขึ้น หมอต้องคิด External pacing ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่นาน ๆ เจอ เวลาที่แพทย์ติดก็จะเรียกทั้งพยาบาล และแพทย์ใช้ทุนมาดูวิธีการปรับอัตราการเต้นของหัวใจ การปรับใช้พลังงาน การเช็คชีพจรหลังติดอุปกรณ์ เพราะพยาบาลอาจมีโอกาสดูแล ผู้ป่วยประเภทนี้เวลาที่ต้อง refer ผู้ป่วย เป็นต้น หรือ Case ผู้ป่วยที่มีอาการใจสั่น ทำ EKG เป็น Supraventricular Tachycardia ที่ต้องให้อาการ adenosine เพื่อลดอัตราการเต้นของหัวใจโดยการใช้ double syringe ซึ่งเป็นหัตถการพิเศษที่เวลาทำพยาบาลต้องการเตรียมอุปกรณ์ ไม่ว่าจะเป็น T-way, Extension, syringe การเตรียมยา Adenosine และต้องมีความรวดเร็วในการฉีดยา การ Monitor EKG ขณะให้อาการ พร้อมทั้งจำเป็นต้องอธิบายคนไข้ว่า “อาจจะรู้สึกใจหาย วิด ๆ เหมือนตกจากที่สูงๆ บางคนไม่ได้ไปเรียนก็จะมีสอนน้อง ๆ ได้หรือเคสที่ทำ Synchronized cardioversion เช่น ในผู้ป่วย Supraventricular Tachycardia ในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดเรื่องการให้อาการ เนื่องจากมีความดันตก แขนงหน้าอก ความรู้สึกตัวต่ำ แพทย์พิจารณาทำ Synchronized cardioversion แพทย์ก็จะสอนเรื่องการเตรียมคนไข้ การเฝ้าให้การพยาบาลหลังทำหัตถการ ถึงเป็นพยาบาลที่เรียนจบเฉพาะทางมาแล้ว แต่เป็นหัตถการที่ไม่ได้เจอบ่อย การเข้าฟังก็เป็นการทำทวนไปในตัว (ID6T1L224-237)

...[การสอน] อาจจะเป็นคุณหมอ เป็นหมอเวชศาสตร์ฉุกเฉิน แพทย์เฉพาะทางสายอื่นๆ ไม่ได้รวมเฉพาะทางห้องฉุกเฉินนะ...ถ้าเป็นคุณหมอเฉพาะทางแต่ละสาขาเนี่ยคะ เคื่อก็จะมีแนวทางเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเช่น ถ้าเป็นคุณหมอลูติกรรม เขาก็จะแนะนำโรคบางอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น พวภาวะครรภ์เป็นพิษ เกี่ยวกับเรื่องการบริหาร

ยา การดูแลผู้ป่วย ประเมินอะไรบ้าง การติดตามอาการผู้ป่วยอะไรบ้าง
คุณหมอสายคล้ายกรรมก็จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับคล้ายกรรมที่คนไข้แบบนี้
ต้องทำอะไร 1234 สมัยก่อนนะคะ ต้องอาศัยแพทย์เป็นคนสอน
(ID2T1L111-119)

1.3.3 อบรมความรู้เฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

นอกจากการเตรียมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง และได้รับการสอน
จากพยาบาลพี่เลี้ยง พยาบาลรุ่นพี่และแพทย์ที่เกี่ยวข้องแล้ว ฝ่ายการพยาบาลยังมีการจัดปฐมนิเทศ
แก่พยาบาลน้องใหม่เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงาน หลักการทำงานใน ER การจัดพื้นที่
ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละโซน การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และการรายงานและ
ตามแพทย์ตรวจ หลังจากนั้นจะมีการอบรมที่ฝ่ายการพยาบาลจัดเอง เช่น หลักสูตรช่วยฟื้นคืนชีพ
พื้นฐานระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ระบบรายงานในระบบ
การแพทย์ฉุกเฉิน นอกจากนี้หากเป็นหลักสูตรเฉพาะทาง ผู้บริหารจะส่งไปอบรมภายนอก
โรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าการเรียนหลักสูตรเฉพาะทาง เช่น หลักสูตรการช่วยฟื้น
คืนชีพขั้นสูง (Advance Cardiac Life Support, ACLS) จะทำให้สื่อสารกับแพทย์ได้ และเข้าใจ
แผนการรักษาของแพทย์มากขึ้น และหากมีแพทย์ใช้ทุนมาฝึกปฏิบัติงาน ก็สามารถนำความรู้จากการ
อบรมมาให้คำแนะนำกับแพทย์กลุ่มนี้ได้ ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

...เรียกว่า เวลาที่เราเข้ามาสู่ในระบบงาน ก็จะมีการปฐมนิเทศค่ะ
โดยพี่อาวุโส ก็จะมีการปฐมนิเทศงานให้บอกเกี่ยวกับแนวทางในการ
ปฏิบัติงาน บอกหลักการทำงานใน ER ของโรงพยาบาล ว่ามีอะไรบ้าง
ซึ่งมันก็มีการ ตอนนั้นพี่เข้ามาไม่นานแล้ว มีการเปลี่ยนแปลง
เปลี่ยนไป ตอนนั้นก็มีการสอนว่าคนไข้อุบัติเหตุดูแลแบบไหน คนไข้
เจ็บป่วยฉุกเฉินดูแลแบบไหน และพื้นที่ในการจัดสรรการดูแลผู้ป่วย
การโซนนิ่ง คนไข้แบบนี้ต้องอยู่โซนไหน ตรงไหน การรายงานแพทย์
การตามแพทย์ตรวจ อะไรยังงี้ค่ะ...เมื่อก่อนอาจจะเป็น informal แบบ
ว่า ถ้ามีคนใหม่เข้ามาต้องมีการสอนแบบนี้เป๊ะ ๆ เป็นการ schedule
หรือตารางที่จะให้ความรู้กับน้องใหม่ ที่จะเข้าสู่ระบบ (ID2T1L57-68)

...ปัจจุบันเนี่ยก็มีการเรียนเฉพาะทางเข้ามาแต่ก็ยังไม่ได้มีการจำกัดว่าคนที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินต้องจบอันนี้แล้วจะปฏิบัติงานได้ ถ้าเป็นน้องใหม่ก็ยังไม่ยอมให้น้องใหม่สามารถปฏิบัติงานได้ ก็ยังอยู่ได้ ถึงจะไม่ได้จบหลักสูตรเฉพาะทางก็ทำงานได้...ตอนที่เรามาเรายังไม่ได้ มีประสบการณ์ หรือมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เราจะไม่มีความมั่นใจแล้วหนึ่ง มันเป็นตั้งแต่เกี่ยวกับเรื่องทักษะเรื่องความรู้ เพราะถ้าเราได้ผ่านการอบรมหลักสูตรที่จำเป็นกับห้องฉุกเฉิน คือ เราจะได้ประโยชน์ในเรื่องของเราก็จะมีความมั่นใจและความรู้ที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้โดยถูกต้อง ปลอดภัย...เวลาที่เรไปได้ไปอบรมเฉพาะทางเนี่ย เวลาที่เรามีคนไข้ในความดูแลของเรา การที่เราจะสื่อสารกับแพทย์ เราจะเข้าใจแผนการรักษาของหมอได้ดีขึ้น แล้วในบางครั้ง ถึงแม้จะไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินอยู่กับเราตลอด บางครั้งเรามีแพทย์ใช้ทุน เราก็สามารถจะดูแลคนไข้ไปก่อนล่วงหน้าหรือสามารถให้คำแนะนำกับแพทย์ใช้ทุนได้ด้วย (ID2T1L88-91,97-108)

...มีไปอบรมด้วยนะคะ ที่เคยไปก็จะมีระบบจ่ายงาน EMD ระบบจ่ายงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พวกการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และก็ที่ไปเรียนเฉพาะทางมาล่าสุด (ID9T1L17-18)

...ตอนจบใหม่ช่วงเดือนแรกก็จะมีการประชุมนิเทศพยาบาลจบใหม่ ก็จะมีกลุ่มการพยาบาลจัดเป็นการประชุมนิเทศเกี่ยวกับระบบงานทางการพยาบาล ระบบ IC ระบบ refer และให้ความรู้เกี่ยวกับ การทำแผลในผู้ป่วยศัลยกรรม เป็นต้น และจริง ๆ จะมีอบรม ACLS ของโรงพยาบาล ด้วยซึ่งเป็นคุณหมอเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และพี่ๆ พยาบาล ER เป็นผู้สอน (ID12T2L2-4)

...หลังจากที่เข้ามาทำงานในปีแรก ก็จะมีให้เข้าประชุมอบรมของโรงพยาบาล ที่โรงพยาบาลจัดขึ้นในการพัฒนาความรู้ให้กับพยาบาลในโรงพยาบาล เช่น อบรมการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยเด็ก อบรมภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ACLS เป็นต้น หัวหน้าก็จะส่งให้น้องใหม่ไปอบรม เพื่อเป็นการเพิ่มเติมความรู้ในการปฏิบัติงาน (ID4T2L133-135)

2. การปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

จากสถานการณ์ของการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ปัจจุบันเน้นเรื่องของระบบงานคุณภาพ การบริการแบบไร้รอยต่อ การใช้เทคโนโลยี และความพร้อมต่อการระบอบการระบาดของเชื้ออุบัติใหม่ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคใหม่นี้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 ราย พบประเด็นหลักจำนวน 6 ประเด็นหลักและประเด็นย่อย 21 ประเด็น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 คัดกรองผู้ป่วยด้วยทักษะที่หลากหลาย

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีการแบ่งพื้นที่การทำงานเป็นหลายส่วน โดยพื้นที่แรกของ ER คือ โซนคัดกรองผู้ป่วย โดยพยาบาลจะมีการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อจัดว่าผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาแบบเร่งด่วนหรือรอคอยได้ ในพื้นที่คัดกรองผู้ป่วย พยาบาลต้องมีการใช้ทักษะหลากหลายในการวินิจฉัยอาการและประเมินระดับความเร่งด่วนในการพบแพทย์ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ประเด็นนี้ ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย ดังนี้ 2.1.1) สอบถาม สังเกต และตรวจร่างกาย 2.1.2) ivotต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย 2.1.3) สร้างความเข้าใจ ช่วยคลายความกังวลของญาติ 2.1.4) พัฒนาทักษะการใช้โปรแกรมคัดกรองโดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 สอบถาม สังเกต และตรวจร่างกาย

เมื่อผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการของหน่วย ER ด้านแรกที่ผู้ป่วยต้องผ่านก่อนเข้าไปในพื้นที่อื่นของ ER คือ โซนคัดกรอง ซึ่งพยาบาล ER จะเรียกพื้นที่นี้ว่า “เบอร์ S” ย่อมาจากคำว่า “Screening” พยาบาลที่มีหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยจะซักประวัติอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล สอบถามประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การดูแลตนเองเบื้องต้น และการตรวจร่างกายผู้ป่วยเบื้องต้น เป็นรวบรวมข้อมูลและวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อจัดระดับความเร่งด่วนในการรักษา หากเป็นการให้บริการในเวลาราชการ พยาบาลจะพิจารณาว่าควรได้รับการรักษาที่ ER หรือส่งไปรับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก สำหรับการประเมินจะเริ่มจาก 1) สังเกตตั้งแต่การเข้ามาใน ER ถ้าเดินมาเองแสดงว่าอาการไม่หนัก หากนั่งรถเข็นหรือรถนอนมา แสดงว่ามีอาการหนักกว่า 2) สอบถามอาการ เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยรอได้หรือไม่อย่างไร 3) ระดับความรู้สึกตัว หาก GCS ต่ำกว่า 9 หรือมีอาการหายใจเหนื่อย มีภาวะช็อค ผู้ป่วยจะถูกประเมินเป็นระดับ Resuscitation พร้อมให้การช่วยเหลือทันที 4) ประเมินอาการ ได้แก่ หากผู้ป่วยมีอาการซึม ปวดเข้ากับระบบ Fast Track จะประเมินเป็นระดับ Emergency และถูกส่งเข้ามาในห้องฉุกเฉินทันที หากมาด้วยอาการฉุกเฉินหนักหน้าอก ต้องวินิจฉัยแยก

ให้ได้ระหว่างโรคกระเพาะกับโรคหัวใจ ซึ่งต้องมีการพิจารณาอายุร่วมด้วย เช่น อายุมากกว่า 45 ปี มีอาการแน่นหน้าอก หรือเป็นผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ และมีอาการแน่นหน้าอก ก็น่าจะเป็นโรคหัวใจ ซึ่งปกติแล้วตามระบบการคัดกรองจะแบ่งระดับผู้ป่วยเป็น 5 ระดับจากรุนแรงมากไปน้อย คือ Resuscitation, Emergency, Urgency, less urgency, non-urgency ถ้าเป็นระดับ Resuscitation พยาบาลต้องไปดูแลทันทีพร้อมตามแพทย์เข้าช่วยเหลือ ระดับ Emergency พยาบาลช่วยเหลือทันที แต่ยังไม่พบแพทย์ได้ 10-15 นาที แต่ถ้าเป็นระดับ Urgency หลังคัดกรองรอได้ 30 นาที ส่วน less urgency รอได้ 1 ชั่วโมง และ non-urgency รอได้ 2 ชั่วโมง แม้ว่า ER จะมีเกณฑ์การแบ่งระดับความเร่งด่วนในการช่วยเหลือไว้อย่างชัดเจน แต่การคัดกรองว่าผู้ป่วยอยู่ในประเภทใด ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลคัดกรอง เพราะนอกจากจะมีการประเมินตามที่กล่าวมาแล้ว ในกรณีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ต้องแยกอาการออกจาก Hypoglycemia และหากผู้ป่วยมาด้วยอาการเจ็บหน้าอก พยาบาลต้องทำ EKG และอ่านผลเบื้องต้นได้ ดังนั้น พยาบาลที่อยู่โซนคัดกรองนี้ ควรมีประสบการณ์อย่างน้อย 5 ปี และต้องผ่านการอบรมหลักสูตร ACLS พยาบาลบางรายยอมรับว่าในการทำหน้าที่คัดกรองบางครั้งอาจมีข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการไม่ชัดเจน หากเกิดกรณีดังกล่าวนี้จะต้องมีการทบทวนเพื่อป้องกันการผิดพลาดในครั้งต่อไป ดังคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...เบอร์ 5 เป็นเบอร์คัดกรอง ที่อยู่ด้านหน้าห้องฉุกเฉิน คอยประเมินคนไข้ เป็นด่านแรก ที่คัดกรองคนไข้ ว่าต้องเข้าห้องฉุกเฉิน หรือส่งไปตรวจ OPD การคัดกรองต้องมีความแม่นยำ เพื่อให้เกิดการคัดกรองที่ผิดพลาดน้อยที่สุด (ID1T1L153-155)...คือ ในกรณีที่คนไข้มาที่จุดคัดกรอง เราจะมีผู้ช่วยเหลือคนไข้ไปวัดความดันให้หะคะ พยาบาลคัดกรองก็จะประเมินผู้ป่วย สอบถามอาการเบื้องต้น ว่าเป็นอะไรมา เพื่อแยกประเภทของสีให้ได้คะ ว่าคนไข้ประเภทสีไหน ถ้าคนไข้จำพวก Resuscitate หรือ Emergency จะให้เข้าห้องฉุกเฉิน ถ้าสีขาหรือเขียวจะส่งไปผู้ป่วยนอกอีกที...อย่างแรกเลยดูว่าคนไข้เดินได้ไหม ถ้าเดินได้ก็ให้รอก่อนได้ ถ้ามาด้วยรถนั่งรถนอน แสดงว่าอาจมีภาวะวิกฤตมากกว่า ก็สอบถามอาการก่อนว่า เป็นอะไรมา และก็ประเมินจากอาการว่า อาการนี้สามารถรอได้ เราก็จะให้รอ และเลือกผู้ป่วยที่อาการหนักโดยประเมินจากการรู้สึกตัว

ประเมิน Conscious ไร้ค้ำ ถ้าผู้ป่วยรณอนแล้ว ประเมินแล้วไม่รู้สึกตัว GCS ต่ำกว่า 9 หรือมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ไข้วล้มเนื้อช่วยหายใจ มีภาวะ shock ผู้ป่วยจะประเมินเป็น Resuscitation ทันที และถ้ารู้สึกตัวแล้วมีอาการ เลียง ซึม ปวด เข้ากับระบบ Fast track ก็ประเมินเป็น Emergency และถูกส่งเข้ามาในห้องฉุกเฉินทันที...บางคนเดินมา อยู่ ๆ ก็จุกแน่นหน้าอกก็มี คือ อันนี้มันจะประเมินยากนิดนึงในเรื่องจุกแน่นหน้าอก เพราะมันจะมีอาการคล้ายกันระหว่างโรคกระเพาะกับโรคหัวใจ ซึ่งเราต้องใช้ทักษะนิดนึง 1 คือ ต้องประเมินด้วยอายุเขาด้วย ถ้าหากอายุสัก 45-50 ปี มีอาการแน่นหน้าอกมานี้ เราต้องดูว่าเสี่ยงไปทางโรคใดมากกว่ากัน แต่หากเป็นผู้สูงอายุและมีภาวะเสี่ยง เป็นคนสูบบุหรี่มาอย่างนี้ ถ้ามีอาการแน่นหน้าอกมา เราก็จะประเมินเขาก่อนอะคะ อาจจะมีอาการไปทางโรคหัวใจก็ได้ ต้องดูอีกที (ID1T2L6-24)

...จุดคัดกรอง อะคะ พยาบาลต้องมีไหวพริบ มีประสบการณ์พอสมควรเลยนะคะ ต้องมีประมาณ 5 ปี ขึ้นไปไร้จี้เลยคะ ถึงจะอยู่ได้ จุดคัดกรองของเราจะทำหน้าที่ซักอาการสำคัญที่เป็นเหตุให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล...ส่วนตัวคิดว่า การใช้ประสบการณ์ในการซักประวัติ เราอาจต้องเขียนโรคคร่าว ๆ หรือการนับหัตถการบางอย่าง เพื่อประเมินระดับของคนไข้ แบ่งออกเป็นระดับ Resuscitation, Eergency, Urgent, Less urgent, Non urgent ไร้ค้ำ ถ้ามีประสบการณ์ จะทำให้คัดกรองหรือ Triage คนไข้ได้ค่อนข้างแม่นยำ ตรงจุดมากกว่าเรื่องจากอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยมาโรงพยาบาลอาจไม่ตรงไปตรงมาตามทฤษฎีที่เราเรียนรู้ในหนังสือ (ID9T1L144-152)

...ตอนนี้เราใช้คู่มือการคัดกรองของ MOPH ED TRIAGE เป็นเป็น 5 ระดับประกอบด้วย resuscitation, Emergency, Urgency, less urgency, non-urgency...ถ้าเราคัดกรองผู้ป่วยเป็นระดับ resuscitation พยาบาลต้องเข้าไปดูแลผู้ป่วยทันที แพทย์ก็ต้องตรวจผู้ป่วยทันที ส่วน Emergency พยาบาลต้องเข้าไปดูแลผู้ป่วยทันที แพทย์อาจรอได้ 10-15 นาที ส่วน urgency หลังคัดกรองรอได้ 30

นาที่ ส่วน less urgency รอได้ 1 ชั่วโมง และ non-urgency รอได้ 2 ชั่วโมง (ID2T1L212-218)

...การคัดกรองก่อนที่จะ MOPH ED Triage อะเราสร้างการคัดกรองโดยใช้แพทย์อ้างอิงกับของกระทรวง แล้วพอมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินก็เริ่มของ Canadian แล้วมันก็ไม่เป็นสากล บางโรงพยาบาลรพช refer มาไม่ใช่ Canadian ของเราใช้ Canadian OPD ไม่ใช่ Canadian OPD ใช้อะไรอีกอย่าง คือการคัดกรองหลากหลาย คือไม่ใช่เกณฑ์หลัก ใช้เกณฑ์ที่เป็นตัวของตัวเองแล้วตอนหลังกระทรวงปรับให้ไปใช้ MOPH ED Triage พี่ว่าหลังจากที่เขาใช้ MOPH ED Triage เนี่ย ทุก คนใช้เกณฑ์เดียวกัน เหมือนคุยกันรู้เรื่องมากกว่าเรื่องrefer เนี่ยเวลาเราคุย OPD หรือว่าโรงพยาบาลชุมชน เนี่ยเหมือนเราคุยเรื่องเดียวกัน ใช้เกณฑ์เดียวกัน (ID6T1L112-117)

...ทักษะที่จะต้องมี คือ ต้องเป็นคนที่มีทักษะหลายด้าน อย่างแรกคือ การสังเกต เช่น มีคนไข้เดินมา 5 คน หรือมีศูนย์เปลเซ็นคนไข้ขึ้นมา 3 หรือ 5 คน ไร้ เราต้องสังเกตเลยว่า เราจะต้องให้การคัดกรอง ให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยคนไหนอันดับแรก โดยต้องดูว่าคนไข้คนไหนพูดได้ไหม เดินได้ไหม มีสติไหม มีอาการชักเกร็ง มีเหงื่อออก ตัวเย็นหรือเปล่า หรือว่ามีอาการซีด เขียว เราก็สามารถประเมินได้ด้วยสายตาอันดับแรกก่อนได้เลย โดยที่อาจยังไม่ต้องซักถามอาการเลยด้วยซ้ำ...คนไข้ประเภทสีเหลืองและสีเขียว มาตรฐานของเราคือการนำหัตถการมาจับในการที่จะแบ่งประเภทสีต่าง ๆ ประเภทสีเหลือง คือ คนไข้ที่จะต้องทำหัตถการ มากกว่า 2 หัตถการ ขึ้นไป เช่น ต้อง X-Ray ต้องให้น้ำเกลือ ต้องเจาะเลือด หรือ ต้อง Consult ไร้ (ID10T1L163-172)

2.1.2 วัตถุประสงค์การเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย

ในขณะที่ผู้ป่วยรอคอยการตรวจรักษาจากแพทย์ เนื่องจากได้รับการคัดกรองในระดับที่ไม่เร่งด่วน แต่พยาบาลต้องคอยสังเกตอาการ เพราะผู้ป่วยอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้

อย่างรวดเร็ว ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความไวในการสังเกตและวินิจฉัยอาการ หากอาการผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงมากขึ้นจะได้ให้ความช่วยเหลือได้ทันท่วงที ดังคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...เราคัดกรองไปแล้ว คนไข้มีอาการเปลี่ยนแปลงได้ในการเจ็บป่วย ทำให้เหมือนระดับของคนไข้สูงขึ้นหรือเท่าเดิมก็ได้ คือเราต้องมีการประเมินคนไข้ตลอดเวลา คนไข้ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน ประเมิน pain 3 เต็ม 10 เราก็ก่อนไปตรวจที่ห้องตรวจโรคทั่วไป พอไปถึงที่โน้นนอกกับพยาบาล pain 10 เต็ม 10 Level พยาบาลผู้ป่วยนอกก็จะโทรมาต่อว่าเรา ว่าคนไข้ปวดเยอะ ทำไมส่งมา บางทีก็อธิบายเค้าว่าก็ตอนคัดกรองผู้ป่วยบอกปวด Pain 3/10 แต่ถ้าไปที่โน้นปวดเยอะพี่ก็รายงานแพทย์ ถ้าจะส่งกลับมาตรวจที่ ER ก็ส่งผู้ป่วยกลับมา มันก็พูดอยาก เพราะเวลาประเมินความเจ็บปวดก็ไม่ถาม pain scale อย่างเดียวก็พยายามประเมินสีหน้า ประเมินสัญญาณชีพร่วมด้วย แต่ก็พยายามเข้าใจว่าอาการของผู้ป่วยเป็น dynamic สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (ID9T1L156-164)

... ล่าสุดเลยจะเป็น Case Stroke Fast Track เป็นคุณตาคนนึง ที่มาด้วยแขนขาข้างขวาอ่อนแรง แล้วญาติให้ประวัติว่า ป่วยสามยังเห็นอาการดี ๆ อยู่ ซึ่งมาถึงเราตอน 4 โมงเย็น ก็ยังพูดได้ ให้ประวัติเราได้ เราก็ก่อนให้ญาติรีบไปทำบัตร เราก็จักประวัติคนไข้ต่อ และก็วัดความดัน ตรวจดูรูม่านตา ดูออกซิเจนในเลือด จับชีพจร ไร้นะคะ และอาจจะตรวจดู Motor powerของคนไข้ ณ ตอนนั้นด้วยเลย และอีกอย่างที่เราไม่ได้เลยคือ การเจาะ DTX เพราะว่า เราไม่รู้ว่าคุณตา Stroke มี DTX ต่ำหรือเปล่า ซึ่งปรากฏว่าคุณตาคุณลุง คนนี้ DTX ดินะคะ ประมาณ 130 กว่า ก็โอเค Case นี้ก็เข้าได้กับ Stroke Fast Track แต่ที่นี้ Stroke Fast Track ก็จะมีอีกอย่างคือ ต้องดู BP ด้วยว่า สูงต่ำ ยังไง เพราะเราต้องมาดูเปรียบเทียบกับอีกโรคคือ Hemorrhage เพราะหากคนไข้ BP สูง ก็อาจจะเป็น Hemorrhage ได้ พอเราคัดกรอง เจาะ DTX เสร็จเรียบร้อยแล้ว เราก็จะรับนำคนไข้เข้าไปข้างใน และให้ข้างใน Activate เลย แจ้งไปเลย เช่น หมอคะ มี

Stroke Fast Track มานะคะ ใช้น้ำเสียงแบบเข้มแข็งไปหน่อย เสียงดังนิดนึง ให้หมอเขาแบบว่า ตื่นตัว ให้ทีมเขาตื่นตัว จะได้เข้ามาตรวจประเมินซ้ำอีกที ว่าตกลงจะเอาเป็น *Stroke Fast Track* หรือจะไม่ *Stroke Fast Track* เพื่อที่จะได้ให้คนไข้เขาไป CT ให้เร็วที่สุด เพื่อรับยา RtPA ให้เร็วที่สุดค่ะ (ID4T2L85-98)

2.1.3 สร้างความเข้าใจ ช่วยคลายความกังวลของญาติ

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงจะได้รับการคัดกรองให้รอคอยแพทย์ในการตรวจรักษาต่อจากผู้ป่วยที่มีระดับความเร่งด่วนมากกว่า บางครั้งผู้ป่วยและญาติอาจไม่เข้าใจระบบการคัดกรองและลำดับการเข้ารับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจในการรอคอย อาจมีการใช้ถ้อยคำหยาบคาย หรือแสดงความไม่พึงพอใจในการให้บริการ พยาบาลต้องเข้าไปอธิบายสาเหตุของการรอตรวจนานให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ เพื่อลดการปะทะกันอย่างรุนแรง ดังคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...เพราะในจุดคัดกรองผู้ป่วยมารวมกันที่บริเวณคัดกรอง ยิ่งช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการ หนาแน่น บางช่วงเวลาที่ช่วงเวรป่วย เช่น 17.00 – 21.00 น. จุดคัดกรองก็จะมีผู้ป่วยหนาแน่น เป็นพิเศษ จุดคัดกรองก็จะถูกกดดันจากผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยซึ่งทุกคนก็มีความต้องการที่จะรับบริการ ด้วยความรวดเร็วทั้งนั้น โดยไม่ค่อยได้ใส่ใจในระดับความเจ็บป่วยที่เราให้ ทุกคนอยากเป็นระดับ Emergency หมดซึ่งก็จะมีปัญหาหน้างานที่ต้องคอยให้คำแนะนำ และการปฏิบัติงานด้วย ด้วยความเร่งรีบ และทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึก ว่าเจ้าหน้าที่ไม่ให้ความสนใจผู้ป่วยเท่าที่ควร แต่เค้าไม่ได้ดูว่าเจ้าหน้าที่ก็ยังไม่หยุดเลย ID2T1L223-226

...มีหลากหลายเหตุการณ์ ขอยกตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กที่มีอาการมีไข้ โดยพ่อแม่เด็กจะมีความคาดหวังว่าลูก เค้ามามีอาการฉุกเฉินมาก เด็กมีอาการมีไข้ตัวร้อน เป็นภาวะฉุกเฉินมากสำหรับเค้า บางทีมาถึงเราวัดไข้เสร็จ มีไข้สูงพี่ก็จะให้เช็ดตัวลดไข้ รับประทานยาลดไข้เพื่อรอตรวจ แต่ว่าพ่อแม่ก็มีความรู้สึกที่ว่าทำไมยังไม่ตรวจกับหมอสักที เค้าก็มีความกระวนกระวายว่าเมื่อไรจะได้ตรวจเดินมาถามหลายๆ

รอบ ทำไมหมอมไม่ตรวจเด็กก่อน เราก็ต้องอธิบายไปตามประเภทของผู้ป่วยที่เรา Triage ได้ เพราะที่ในห้องฉุกเฉินถ้าเราไม่มีเกณฑ์ในการ Triage มันก็จะวุ่นวายไปมากกว่านี้ ใครอยากตรวจก่อนก็ได้ตรวจ เรา จะไม่สามารถให้คำตอบกับผู้ป่วยและญาติทุกคนได้ ถ้าเราไม่มีเกณฑ์ การคัดกรองในการจัดลำดับการเข้าตรวจ (ID2T2L80-87)

....เขาก็มาถามว่า รอมา 2-3 ชั่วโมงแล้ว คนไข้เขาเข้าไปข้างใน แล้ว เขาต้องรอนานอีกแค่ไหน พี่ก็จะตอบเขาไปว่า เดี่ยวขอเข้าไปดู ให้นะคะ ก็กลับมารายงานญาติเขา ออกมาอธิบายเขาว่า ด้วยภาระ งานของพยาบาล จำนวนเจ้าหน้าที่ ข้างใน ทำให้เขาออกมาชี้แจง มา อธิบายให้กับญาติทุกระยะเลยไม่ได้ แต่การที่ญาติถามก็ถือเป็นการดี แล้ว เดี่ยวเราจะเข้าไปหาข้อมูลมาให้ ทำแบบนี้เขาก็จะใจเย็นลง เขาก็จะเข้าใจ พูดว่า อ้อ ถึงว่าทำไมถึงรอ...ไม่รู้ล่ะ ความรู้สึกส่วนตัวที่คิดว่า ด้วยโรงพยาบาลของเราเป็นโรงพยาบาลที่อยู่ต่างจังหวัด คนไข้ที่ เข้ามาให้เรารักษาเขาก็เป็นคนทั่วไปจริง เขาอาจไม่เข้าใจมากมาย ขนาดนั้นอะ เช่น พี่ที่เคยนั่งดูนะ เวลาคนไข้มาดูที่หน้าจอ เขาก็อ่าน ออกเสียงว่า รอ L-A-B เขาก็ยืน งง ว่าคืออะไร ไม่เข้าใจจริงๆ (ID11T1L244-254)

...จุดคัดกรองจะมีปัญหาเกี่ยวกับญาติ ง่าย ๆ เลยคือ ถ้าคนไข้เยอะ ญาติรอนาน เขาก็จะมีการโวยวายนะค่ะ ถ้าเจอแบบนี้ เราต้อง อธิบายให้เขาเข้าใจค่ะ ว่า เขาเป็นคนไข้ประเภทสีใด รอนานได้ทำไ้ ไ้ถ้ายังไม่เข้าใจอีก ก็จะรายงานหัวหน้าเวร เพื่อให้หัวหน้าเวรรับทราบ และรายงานผู้ใหญ่อีกทีหนึ่ง เพื่อลดภาวะความกดดันของเราด้วย และ เพื่อลดไม่ให้ความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นในทีมค่ะ...มีผู้รับบริการพูดจาไม่ดีด้วย จะโวยวายใส่ ขึ้นมึงกู ล่าสุดเลย มีผู้รับบริการเป็นโควิดมา เรา ก็แนะนำไปว่าให้ใส่ Mask ก่อน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ แต่ ด้วยความที่คนไข้รู้สึกว่าเขาร้อน เขาทนไม่ได้ เพราะคนไข้โควิด เรา จะแยกเอาไว้ด้านหน้าห้องฉุกเฉิน ก็อาจมีอากาศร้อนบ้าง เขาจะมีความไม่พอใจว่าทำไมต้องรอและรอนานแล้ว ร้อน อยากเข้าไปข้างใน แล้ว ไร้เลยคะ และก็เขาจะโวยวายกับเรา พอเราให้ใส่ Mask เขาก็ ไม่ทำตาม เปิด Mask และก็ไออยู่แบบนั้น ไม่ทำตามที่เราบอก...ถ้า

คนใช้เขาไม่ฟังเรา เราก็ทำอะไรเขาไม่ได้หรอกค่ะ ได้แค่รายงานหัวหน้าเวรไปว่า เราเจอคนใช้แบบนี้ ๆ นะ เพื่อที่จะเผื่อระวัง หรือให้หัวหน้าเวรรายงานผู้ตรวจการอีกที ในกรณีที่มีปัญหาอะไร เช่น เข้าไป Admit ช้างในแล้วเกิดการแพร่กระจายวงกว้างขึ้นมาอีก (ID1T2L114-130)

2.1.4 พัฒนาทักษะการใช้โปรแกรมตัดกรอง

ในปัจจุบันการคัดกรองผู้ป่วยมีการนำโปรแกรมสำเร็จรูปมาใช้เพื่อให้บุคลากรทุกพื้นที่ใน ER ได้มีข้อมูลเดียวกัน โดยไม่ต้องเขียนบันทึกลงในกระดาษ ในระยะแรกของการทดลองใช้โปรแกรมดังกล่าว อาจมีความยุ่งยากในการใช้โปรแกรม ซึ่งผู้ใช้ข้อมูลส่วนหนึ่งต้องปรับตัวกับการใช้ระบบการคัดกรองในคอมพิวเตอร์ ฝึกพิมพ์ข้อมูลลงโปรแกรมจากการใช้ไม่คล่องจนกระทั่งคล่องตัวมากขึ้น บางครั้งผู้ป่วยมาที่โซนคัดกรองจำนวนมาก เวลาพิมพ์ข้อมูลใส่ระบบอาจมีปัญหาการใส่ข้อมูลผิดพลาด ก็ต้องมีการ Recheck ตรวจสอบการลงข้อมูล ในระยะแรกๆจึงรู้สึกว่ายุ่งยาก และบางครั้งระบบยังไม่มีประสิทธิภาพ ลงข้อมูลไว้แล้วอาจหายไปได้ จึงต้องมีการบันทึกข้อมูล (Save) เป็นระยะๆ เมื่อได้เรียนรู้และใช้งานมาระยะหนึ่งทำให้เกิดความคล่องตัวในการใช้โปรแกรม และทุกคนให้ความเห็นว่า มีประโยชน์ สามารถเรียกข้อมูลที่ไหนไหนก็ได้ และยังสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตัวชี้วัดของหน่วยงานได้ นอกจากนี้โรงพยาบาลยังมีนโยบายการให้บริการที่ไร้กระดาษ (Paperless) ซึ่งในหน่วยงาน ER ยังไม่ได้นำมาใช้แบบรูปแบบ และผู้ใช้ยังต้องมีการเรียนรู้และเข้าใจระบบของโปรแกรมอยู่ ในอนาคตน่าจะได้นำมาใช้เต็มรูปแบบ ซึ่งอาจต้องมีเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับพยาบาลทุกคนในการลงบันทึกข้อมูล หากต้องรอการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์อาจทำให้เกิดความแออัดของผู้ป่วยใน ER ดังคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...เราต้องยอมรับนะค่ะว่าเรา เราอาจจะเป็นคน ถ้าเป็นคอมพิวเตอร์จริงๆเป็นยุค Analog ตอนเรียนพยาบาลก็ไม่ได้เรียนระบบคอมพิวเตอร์เต็มๆที่ เรียกว่าไม่ใช่เด็กในยุคคอมพิวเตอร์ แต่พอจบมาก็ยังไม่มีการใช้ ซึ่งเริ่มมีการใช้ในระยะหลังไม่กี่ปี มันเข้ามาเต็มรูปแบบ ช่วงแรกก็เหมือนค่อยๆ เป็นๆ ค่อยๆไป ในการปรับตัว แต่ว่าถามว่าความคล่องตัวแต่อาจไม่คล่องมาก แต่สามารถใช้ได้ ช่วงแรกในการเรียนรู้ก็จะมีคามเครียดในเรื่องของการพิมพ์ก็อาจจะช้า

ประสาทสัมผัส ตาของเราก็เริ่มไม่ค่อยดี อายุเยอะ อาจจะต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ แต่ถามว่ามันมีประโยชน์ในความรวดเร็วขึ้น มีความชัดเจนในข้อมูล เพราะเมื่อก่อนการใช้มือเขียนในกระดาษในการคัดกรองซักประวัติบางครั้ง เราเขียนรายมือมันอาจไม่สวยงาม ทำให้คนอ่านเข้าใจผิดไปอีกโรคหนึ่งก็ได้ ทำให้เกิดการสื่อสารที่คลาดเคลื่อนได้ พอเราใช้ระบบคอมพิวเตอร์มันจะทำให้มีความชัดเจนของข้อมูล ก็จะเป็นดี และเวลาที่เรากำลังต้องการข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ การเก็บตัวชีวิตคุณภาพการให้บริการ เช่น เวลาผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องเข้าพบแพทย์ เวลาการตรวจรักษาที่เกิน 2 ชั่วโมงในผู้ป่วยฉุกเฉิน ความเหมาะสม การดูแลคนไข้ Trauma การให้ออกซิเจน การตามกระตุก การทำแผลห้ามเลือด เราก็สามารถวิเคราะห์ได้จากการศึข้อมูลโดยไม่ต้องมานั่งเขียน นั่งนับมือเหมือนในสมัยก่อนมันก็มีประโยชน์ (ID2T2L91-104)

...จุดคัดกรองเลยจบมาใหม่ๆ การคัดกรองเราใช้ระบบการเขียนใส่กระดาษ แล้วส่งไปในห้องฉุกเฉินแล้วให้แพทย์ตรวจ และเมื่อสัก 5 ปีที่ผ่านมาได้มีการปรับเปลี่ยนโดยการใช้คอมพิวเตอร์ในการศึข้คัดกรอง เราก็จะมีการเรียนรู้ในการคัดกรอง เพราะหน้าตาของการคัดกรองแบ่งออกเป็น 2 หน้าต่างคือคนไข้ Trauma และ Non Trauma ตอนแรกเหมือนมันจะยาก แต่พอทำก็ไม่ยากเท่าที่คิด แต่มันเสียอย่างเดียวคือพอระบบอินเตอร์เน็ตล่ม มันทำอะไรไม่ได้ แต่มันมีข้อดีนะ เพราะเวลาการศึข้คัดกรองแล้ว เราสามารถดึงข้อมูลหลายๆอย่าง มาตอบตัวชีวิตในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยได้...จริงเราก็มีแผนรองรับของโรงพยาบาลนะ คือแผนของ ER การนำระบบกระดาษมาใช้หากระบบอินเตอร์เน็ตล่ม (ID7T1L150-158)

...[การคัดกรอง] เมื่อก่อนเราใช้กระดาษเขียน หรือ เรียกว่า Manual เดียวนี้เราเปลี่ยนมาใช้มาลง มาบันทึกในระบบ HosXp ในคอมพิวเตอร์ ซึ่งก็เป็นข้อดีมาก เพราะเราสามารถเรียกนำข้อมูลมาดูมาใช้ย้อนหลังได้ทันที คือ การศึข้ข้อมูลคนไข้ก็ค่อนข้างจะมีความสะดวกสบาย แต่บางทีมันก็มีอาจจะมีการศึข้ผิด ศึข้ถูก เพราะมัน

อาจจะมีการเช็คอิน Check in หลายคน ในเวลาที่คับขัน รีบเร่ง อาจคือ ประวัติผิดคนก็เป็นได้ ดังนั้นเราก็จะเช็คบัตรคิวรับยาของคนไข้ กับ ข้อมูลของเราที่เราจะกรอกลงไป ให้ตรงกัน เป็นการ Re check (ID9T1L200-205)

...ปัจจุบันมีการใช้โปรแกรม paper less กับการจัดเก็บข้อมูล ผู้ป่วยผ่านระบบมะลิ ถ้าระบบอินเทอร์เน็ตล่มเราก็จะเขียนใส่ กระดาษในการคัดกรอง แล้วส่งไปที่ห้องบัตรในการสแกนข้อมูลลงไปที่ ระบบมะลิ เพื่อสำรองข้อมูลประวัติการรักษาผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล สามารถมาดูข้อมูลย้อนหลังได้ โดยไม่ต้องตามแฟ้มประวัติผู้ป่วย ง่าย ในการวินิจฉัยและการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งในส่วนห้องฉุกเฉินก็ยังไม่ สามารถใช้ได้ 100 % เพราะผู้ป่วยมาถึงเราต้องคีย์คัดกรอง แล้วก็ ต้อง print ใบคัดกรองผู้ป่วยอยู่ดี แต่ข้อมูลมันก็ Link เข้าระบบแล้ว แหละ แต่หลังจากนั้นถ้าผู้ป่วยต้อง Admit แพทย์จะคีย์แผนการรักษาลงในโปรแกรม แล้วพยาบาลก็ต้องไปรับ Oder ในโปรแกรม แรกๆ ก็ยังมีความงงๆ แต่เราก็เรียนรู้ทั้งศูนย์คอม และพยาบาลที่ไป นำโปรแกรมนี้มาจากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ก็จะมีการประชุมเชิง ปฏิบัติการในการสอน แล้วก็มาลงมือปฏิบัติ แต่มันก็มีปัญหาเรื่อง คอมพิวเตอร์อีก ถ้าเราใช้เต็มรูปแบบเพราะทุกคนต้องมีคอมพิวเตอร์ คนละตัวในการคีย์ข้อมูล เพราะไม่งั้นเราจะไม่เห็น Order และเวลา ทำหัตถการเราต้องมีการลงชื่อและเวลาในการทำหัตถการด้วย เพราะ รอหัวหน้าเวรอย่างเดียวไม่ทัน คนไข้มันจะล้น ER แน่นอน (ID7T1L159-172)

2.2 ดูแลผู้ป่วยในห้องสังเกตการ

ห้องสังเกตอาการ เป็นห้องสำหรับรับผู้ป่วยที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้ว โดยรับสังเกต อาการผู้ป่วยไม่เกิน 4 ชั่วโมง เป็นงานที่พยาบาลจบใหม่ภายใต้การดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยงได้เรียนรู้ เป็นงานแรกที่เข้ามาสู่ระบบการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน โดยรับผู้ป่วยจากหน่วยงานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน และจากแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อมาสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ถึงแม้ผู้ป่วยจะผ่านพ้นระยะวิกฤต แล้ว แต่ยังคงมีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ เพราะผู้ป่วยสามารถมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการปฏิบัติงานในห้องสังเกตอาการแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นย่อย 2.2.1) ติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ 2.2.2) ประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 2.2.3) รับช่วงงานต่อจากแผนกผู้ป่วยนอกตั้งรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.1) ติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์

ห้องสังเกตอาการรับผู้ป่วยที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตไปแล้ว เป็นการนอนพักเพื่อสังเกตและติดตามอาการหลังฉีดยา รอดผลเลือด พื้นที่ส่วนนี้จะรับผู้ป่วยไว้สังเกตอาการไม่เกิน 4 ชั่วโมง โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องสังเกตอาการจะเข้าไปประเมินผู้ป่วยทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ต้องรายงานแพทย์ไปประเมินผู้ป่วยซ้ำ พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานห้องสังเกตอาการ เล่าว่าในอดีตภายในห้องจะมีมุมห้องที่ไม่สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ชัดเจน ทำให้เป็นอุปสรรคในการติดตามอาการผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และในระยะหลังมีการปรับเปลี่ยนการติดตั้ง Central Monitor เพื่อติดตามอาการได้ตลอดเวลาผ่านจอ Monitor อย่างไรก็ตาม ในบางกรณี เมื่อแพทย์สั่งการให้ผู้ป่วยนอนเพื่อสังเกตอาการ แพทย์หรือพยาบาลควรมีการสื่อสารกับผู้ป่วยถึงวัตถุประสงค์ที่ให้ผู้ป่วยพักรักษาอาการ ผู้ป่วยอาจเข้าใจผิดคิดว่าแพทย์ไม่ได้รักษาอะไรตนเอง บางกรณีผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น ต้องส่งตัวรักษาในหอผู้ป่วยใน หรือหอผู้ป่วยวิกฤตขึ้นอยู่กับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก ตรวจ EKG รอบแรกไม่พบความผิดปกติ แต่ในขณะที่นอนพักที่โซนสังเกตอาการ ผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอกมากขึ้น พยาบาลตรวจ EKG ให้อีกรอบ พบว่าผู้ป่วยเป็น STEMI ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปสวนหัวใจที่อีกจังหวัดหนึ่ง เนื่องจากโรงพยาบาลที่เป็นสนามวิจัยไม่มีห้องและอุปกรณ์สวนหัวใจ ดังนั้นพยาบาลที่ทำหน้าที่สังเกตอาการจึงต้องมีความรู้และไวต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยเช่นกัน ดังคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...คนไข้เบอร์ 4 เนี่ย เองง่าย ๆ คือ ไม่ฉุกเฉินแล้วอะนะคะ คือ พ้นขั้นวิกฤตไปแล้ว คือจะนอนสังเกตอาการ ผ่านการฉีดยามาแล้วก็มี ดูว่า ดีขึ้นไหม รอดผลเลือดอะไรก็ค่ะ เราก็จะมีการประเมินคนไข้ทุก ๆ ครึ่งชั่วโมง ถึง หนึ่งชั่วโมง...ปกติห้องสังเกตอาการ เราจะรับคนไข้เอาไว้ ไม่เกิน 4 ชั่วโมง ค่ะ คือแพทย์ก็จะรู้ว่า เราจะรับคนไข้เอาไว้ไม่เกิน 4 ชั่วโมงเหมือนกัน เพราะฉะนั้น ถ้าจะทำอะไรต่อเนี่ย ก็รับทำได้เลย (ID5T1L145-150)

...มีคนไข้ในลือคเบอร์ 4 จะมีอยู่จุดเตียงหนึ่ง เป็นมุมห้อง มีผู้ป่วย Arrest มีอาการจุกแน่นท้องได้ลึ้นปี แล้วแพทย์มีการให้เจาะเลือดและสังเกตอาการรอเจาะเลือดซ้ำอีก 3 ชั่วโมง ไม่รู้เหมือนกัน เป็นเพราะอะไรอยู่ๆก็เกร็ง และก็ Arrest พอดีแม่บ้านทำความสะอาดห้องพอดีเห็นจึงรีบมาตามพยาบาล ทุกคนวิ่งไปดูแล้วก็รีบ CPR และตามแพทย์ แล้วก็ย้ายออกมาในห้อง resuscitation CPR ไปประมาณ 10 นาทีคนไข้มีชีพจร ตอนนั้นถ้าจำไม่ผิดคนไข้หน้าจะมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จากสถานการณ์นี้มีการแก้ปัญหาโดยการติดตั้งจอ Central Monitor เอาไว้ เพื่อที่จะดูและประเมินอาการของคนไข้ตลอดเวลา สามารถมองเห็นได้ชัด ก็คือเอาคนไข้ไว้ในห้องที่พยาบาลสามารถมองเห็น ประเมินได้โดยตลอดเวลา ไม่คลาดสายตา ไม่เอาไปหลบอยู่ตรงมุมไหนมุมหนึ่ง (ID5T1L152-160)

...ตอนนั้นเจอคนไข้ที่มาด้วยอาการปวดจุกท้อง เป็นโรคกระเพาะ หมอเลยให้ฉีดยา Observe และเมื่อทุเลารายงานแพทย์พิจารณาให้ Discharge แต่คนไข้ไม่ญาติมารับและอยากจะทำ เจาะทางตอนเช้า ก็เลยให้นอนรอในห้องสังเกตอาการ เพื่อให้ตอนเช้าได้พบแพทย์เฉพาะทางต่อ ในเวรเค้าก็นอนหลับได้ ไม่มีบ่นปวดอะไร พอเข้ามาเค้ามาระหว่างที่เขายู่ที่นี่ เขาก็บ่นว่าหมอไม่ทำอะไรให้เลยประเด็นคือ เราต้อง Discharge ก่อนและให้คนไข้มาใหม่เอง ไรจี้คะ...ส่วนใหญ่เราจะทำ Discharge และให้คนไข้รอข้างนอกไปเลย ไม่ได้ให้อยู่ข้างในห้องสังเกตอาการ คือ ให้รอข้างนอกห้องฉุกเฉินคะ (ID9T1L78-86)

2.2.2) ประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

การรักษาผู้ป่วยให้ห้องสังเกตอาการเป็นการดูแลต่อเนื่องโดยผู้ป่วยผ่านการตรวจรักษาจากแพทย์ห้องฉุกเฉิน และส่งผู้ป่วยมาสังเกตอาการไม่เกิน 4 ชั่วโมง ในการรอผลเลือด รอผล CT Scan พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องสังเกตอาการจะมีการติดตามอาการและติดตามสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง ติดตามผลเลือดจากห้องปฏิบัติการโดยผ่านโปรแกรมการรายงานผล และ

รายงานแพทย์เมื่อมีการรายงานผลการตรวจ หากพบสิ่งผิดปกติจะรายงานแพทย์เฉพาะทางเพื่อพิจารณาปรับการรักษาในหอผู้ป่วยใน แต่หากเป็นกรณีที่ผู้ป่วยนอนสังเกตอาการหลังจากฉีดยา หรือทำหัตถการ แล้วมีอาการดีขึ้นแพทย์จะพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งบางครั้งแพทย์มีผู้ป่วยมารับการรักษาจำนวนมาก อาจลืมนว่ามีผู้ป่วยที่นอนรอการวินิจฉัยหลังจากสังเกตอาการครบ 4 ชั่วโมงแล้ว ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ประสานงาน ติดต่อสื่อสารกับแพทย์เพื่อให้แพทย์มาประเมินผู้ป่วยอีกครั้งก่อนส่งการรักษาต่อไป ดึงคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...เรากำหนดแผนการรักษาผู้ป่วยในหอสังเกตอาการไว้ไม่เกิน 4 ชั่วโมง หลังจากนั้นก็จะแจ้งแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับแผนการรักษาว่าจะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน หรือนอนโรงพยาบาล.(ID2T1L308-309)

...ในผู้ป่วยที่รอผลเลือด หรือรอผล CT Scan แล้วแพทย์ส่งเข้าหอสังเกตอาการ พยาบาลในหอสังเกตอาการต้องคอยติดตามผลเลือด และผลการตรวจ CT Scan เช่นผู้ป่วยมีอาการปวดท้องด้านขวา แพทย์ในห้องฉุกเฉินหลังจากตรวจวินิจฉัยว่าสงสัยเป็นไส้ติ่งอักเสบ หลังจากแพทย์สั่งเจาะเลือด และ ส่ง CT Scan ช่องท้อง แล้วจะส่งเข้าไปสังเกตอาการ พยาบาลหอสังเกตอาการจะต้องมีการบันทึกการติดตามสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง และติดตามผลเลือดจากห้องปฏิบัติการ check จากโปรแกรมรายงานผล และผลอ่าน CT Scan เมื่อได้ผลพยาบาลจะมีการรายงานแพทย์เวรห้องฉุกเฉินจะทำการ Consult แพทย์เฉพาะทาง เพื่อการขอ Admit ผู้ป่วยต่อไป (ID12T1L94-99)

...คนไข้ในหอสังเกตอาการก็จะเป็นคนไข้ที่ผ่านการตรวจรักษาโดยแพทย์ห้องฉุกเฉิน เพื่อรักษาภาวะวิกฤตจากการเจ็บป่วย เช่นผู้ป่วยมาด้วยปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน แพทย์ตรวจวินิจฉัยแล้วสงสัยฉีดยา แล้วสังเกตอาการ หลังจากฉีดยา 30 นาทีผู้ป่วยจะถูกส่งเข้าหอสังเกตอาการ พยาบาลประจำห้องหลังจากผู้ป่วยเข้าไปจะมีการวัดสัญญาณชีพแรกรับ และให้ผู้ป่วยนอนสังเกตอาการ เมื่อครบเวลา 30 นาทีตามแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลจะไปตรวจเยี่ยมอาการ

และรายงานผลผู้ป่วยกับแพทย์เวร ถ้าแพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้
 พยาบาลก็ทำเรื่อง Discharge และส่งผู้ป่วยกลับบ้าน (ID3T2L185-
 191)

...คนไข้ส่วนใหญ่ที่เข้าห้องนี้ จะเป็นการติดตามอาการ เช่น ฉีดยา
 ยาไปแล้วดีขึ้นหรือไหม มีการรอฟลเลือด หรือเป็นเหตุการณ์ที่ทำแล้ว
 ต้องมีการ Monitor ติดตาม Abdominal Tapping เพื่อลดน้ำใน
 ช่องท้องผู้ป่วย และต้อง Monitor vital sign ขณะเจาะเอาน้ำออก
 จากช่องท้อง...จะเจอคนไข้ที่เป็นที่มีโครประจำตัวเป็นโรคตับแข็ง มา
 ด้วยอาการแน่นท้อง หายใจไม่สะดวก ท้องบวมโตท้องใหญ่มาก ใหญ่
 กว่าคนท้องอีก คนไข้ที่มามักมีอาการไม่สุขสบาย หายใจไม่สะดวก
 Case พวกนี้ส่วนใหญ่หมोजะเจาะท้อง ซึ่งเวลา Case พวกนี้มาเวลา
 หมอมีแผนการรักษาเราต้องเตรียมอุปกรณ์ในการเจาะ ระวังใส่
 เพราะเจาะที่หมอเอาน้ำออกจากช่องท้องคนละ 2-3 ลิตร เยอะมาก
 บางคนเจาะเสร็จท้องแฟบไปเลย เสร็จแล้วให้คนไข้กลับบ้านได้...
 คนไข้ที่ได้เจาะท้องเอาน้ำออก เขาก็จะดีขึ้นแล้ว ไม่จำเป็นต้อง
 Admit ค่ะ... (ID9T1L56-70)

2.2.3 รับช่วงงานต่อจากแผนกผู้ป่วยนอก

ห้องสังเกตอาการในห้องฉุกเฉินนอกจากจะรับสังเกตอาการผู้ป่วยในห้อง
 ฉุกเฉินแล้ว ยังรับผู้ป่วยจากแผนกอื่นๆในโรงพยาบาลหลังหมดเวลาทำการแล้วมาสังเกตแบบไม่ค้าง
 คืน โดยมีระยะเวลาในการสังเกตอาการไม่เกิน 4 ชั่วโมง พยาบาลที่มีประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานในห้อง
 สังเกตอาการแล้วว่า ส่วนมาก จะเป็นการส่งมาให้ยาฆ่าเชื้อทางหลอดเลือดดำ การให้สารน้ำทางหลอดเลือด
 เลือดดำ การสังเกตอาการจากการฉีดยา โดยพยาบาลห้องสังเกตอาการจะมีทำหน้าที่ในการติดตาม
 อาการเปลี่ยนแปลง การประเมินสัญญาณชีพ และแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนั้นๆจะตามมาประเมินผู้ป่วย
 ต่อที่ห้องฉุกเฉินหรือส่งกลับไปห้องตรวจโรค เพื่อพิจารณาแผนการรักษาต่อไป บางครั้งแพทย์
 เจ้าของไข้จากแผนกอื่นไม่ได้กลับมาดูผู้ป่วยอีก เมื่อครบเวลาในการสังเกตอาการ แพทย์เวรฉุกเฉิน
 จะองคดูแลต่อตั้งคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...ก็มีอยู่บ้าง เช่นผู้ป่วยส่งมาจากแผนกอื่น ๆ แล้วให้เราสังเกตอาการต่อ และเมื่อหมดระยะผู้ป่วยที่ต้องสังเกตอาการ แพทย์เจ้าของไข้ก็หมดระยะเวลาในการดูแลไปด้วย และไม่กลับมาดูแลผู้ป่วยรายนี้ และต้องให้แพทย์ห้องฉุกเฉินดูแลต่อ ซึ่งจุดนี้เป็นปัญหาอยู่เพราะว่า ถ้าเป็นสังเกตอาการจากต่างแผนก แพทย์ที่ส่งมาก็จะลืมนคนไข้ของเค้าไปละ (ID2T1L311-314)

...เวลามีก็จะส่ง dip ยาฆ่าเชื้อ ฉีดยา IV แล้วก็ Observe หรือไม่ก็กินยาลดความดัน แล้วก็ Observe หรือไม่ก็เจาะ Lab ให้น้ำเกลือ ประมาณ 4 ชั่วโมง แต่ของ ER เราจะไม่รับคนไข้ที่ต้อง Observe เกิน 4 ชั่วโมงไม่ค้างคืนอยู่แล้ว หากเกินจะต้อง Admit เข้าตึก (ID1T158-60)

...ปกติจะมี Case จาก OPD GP มาฝากห้องสังเกตอาการที่ ER ส่วนมากจะเป็นเคสส่งมา Load IV หลังจาก Load สารน้ำครบ จะทำการประเมิน vital sign ซ้ำถ้าไม่พบปัญหาอะไรก็จะโทรส่งเวรกับทาง พยาบาล GP ให้ส่งคนงานมารับ คนไข้กลับ ไปรอผลเลือดที่แผนก แต่ปัญหาส่วนมากที่ทำให้คนไข้มาแอดที่ ER คือ หมดเวลาของห้องตรวจ GP รับตรวจไม่เกิน 2 ทุ่มครึ่ง ปัญหาคือ ผลเลือดยังไม่ออกมาหมด เคสที่เหลือพยาบาลทางห้องตรวจ GP จะเดินมาส่งเวรกับทาง ER ว่ายังเหลือเคสอะไรบ้าง เช่น รอผลเลือด รอ Admit ซึ่งจะต้องให้แพทย์ของห้องตรวจ GP มาตรวจดูต่อที่ ER ซึ่งเราก็ต้องดูทั้งคนไข้ของ GP และของ ER ซึ่งก็ต้องคอยเดินตามแพทย์ราวน์ และที่สำคัญ หัตถการต่าง ๆ ของเคส GP ที่เหลือมา จะต้องใช้เจ้าหน้าที่ของ ER ช่วยทำหัตถการทั้งหมด และถ้ามีแพทย์ต้องการ Admit ก็จะทำ Admit จากห้องฉุกเฉิน และคนไหนอาการทุเลา ก็จะ Discharge กลับบ้าน (ID12T1L77-86)

2.3 ช่วยฟื้นคืนชีวิตโดยปฏิบัติตามเทคนิคที่ถูกต้อง

การช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นพื้นที่สำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ข้อมูลประเด็นหลักนี้ พบ 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.3.1) แบ่งงานกันทำตามหน้าที่เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน 2.3.2) จัดลำดับความสำคัญเพื่อช่วยผู้ป่วยได้ทันการ 2.3.3) ดูแลจนมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจาก ER 2.3.4) บันทึกข้อมูลให้ละเอียด จะได้มีหลักฐานการดูแล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1 แบ่งงานกันทำตามหน้าที่เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน

ในการปฏิบัติงานแต่ละเวร หัวหน้าแผนก ER จะมีการมอบหมายงานสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยแบ่งงานกันทำตามหน้าที่ CAB เมื่อมีภาวะวิกฤตผู้ป่วยหยุดหายใจ พยาบาลแต่ละคนจะประจำตามตำแหน่งหน้าที่ของตนซึ่งแบ่งตาม CAB คือมีพยาบาลดูแลเรื่องระบบการไหลเวียนของเลือด (Circulation) โดยเปิดเส้นเลือดและให้น้ำเกลือไว้ก่อน พยาบาลคนที่ 2 ดูแลระบบทางเดินหายใจ (Airway) เตรียมการใส่ท่อช่วยหายใจ พยาบาลคนที่ 3 ดูแลการช่วยหายใจ (Breathing) และพยาบาลคนที่ 4 ทำหน้าที่บันทึกการรักษา เช่น การเปิดเส้นเลือดดำต่อเข้ากับสายน้ำเกลือ การให้ยาและการทำหัตถการต่าง ๆ โดยมีแพทย์เป็นผู้สั่งการและ เฝ้าระวังอาการ โดยดูจากผล EKG เป็นหลัก ในระหว่างช่วยฟื้นคืนชีพ แพทย์และพยาบาลจะร่วมกันค้นหาสาเหตุของการหยุดหายใจของผู้ป่วย เพราะเมื่อชีพจรของผู้ป่วยกลับมาอีกครั้งหนึ่ง จำเป็นต้องมีการวินิจฉัยสาเหตุ และทำการรักษาให้สอดคล้องกับสาเหตุของการเกิดอาการ ในการช่วยฟื้นคืนชีพแล้วผู้ป่วยสามารถฟื้นกลับมาได้ เป็นส่วนหนึ่งที่พยาบาลรู้สึกภูมิใจที่สามารถช่วยชีวิตของผู้ป่วยไว้ได้ ดังคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

...เทคโนโลยีในการช่วย CPR เมื่อก่อนเวลาเราปั๊มผู้ป่วยเราจะใช้แรงงานคนในการปั๊ม ปัจจุบันเราใช้ Auto pulse มาช่วยเรามากเลย การที่เราใช้เราจะหมดหวังเรื่องการสูญเสียคนไปปั๊ม เพราะการปั๊มต้องมีคนปั๊มหลายคน เพราะต้องมีการเปลี่ยนทุก 2 นาที ทำการปั๊ม 30 นาที เราต้องเสียและใช้แรงคนในการปั๊ม แล้วสามารถใช้คนมาทำหน้าที่บริหารยา บีบ Ambu ได้...การแบ่งหน้าที่ก็แบ่งตาม CAB เลย ค่ะ ส่วนการ C คือ Circulation เราก็จะใช้เครื่อง Auto pulse พยาบาลก็จะทำการเปิดเส้น A คือ Airway ดูแลเตรียมอุปกรณ์ในการใส่ท่อทางเดินหายใจ B คือ Breathing การช่วยหายใจ และมี

พยาบาลอีกคนทำหน้าที่ในการ Record และให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ แพทย์ก็จะป้อนหน้าทึมคอยดู EKG และให้การรักษาดูตามหลัก ACLS (ID5T1L377-356)

...[ผู้ป่วย Arrest] คนไข้ที่มีประวัติหัวใจหยุดเต้นมาก่อน เราจะใช้หลัก CAB อะคะ ...อย่างแรกเลยต้องตระหนัก และขอความช่วยเหลือ จากนั้นเริ่มกดหน้าอกเลย เมื่อทีมพร้อม เราก็จะทำตาม Criteria ACLS เลยคะ...ก็คือถ้ามีคนกดหน้าอกใช้ใหม่คะ เราก็ต้องเตรียมจะใส่ท่อช่วยหายใจ เปิด IV อย่างนี้คะ Monitor EKG และกัค้นหาสาเหตุร่วมกับหมอ ว่าคนไข้มีการ Arrest จากภาวะไหน ก็คือนอกจากเราจะช่วยเหลือเขา เราต้องตระหนักในความรู้ที่จะเอาไปช่วยเหลือคนด้วย บางทีอาจจะมีจุดเล็ก ๆ ที่แพทย์อาจมองข้าม ทั้ง ๆ ที่อาจจะช่วยคนไข้ได้ เช่น อย่างมีคนไข้ที่มาแบบว่า เป็นโรคหัวใจมา Monitor คนไข้อยู่และเราก็ทราบแล้วว่า คนไข้คนนี้มี PVC โอกาสที่จะเสี่ยงเป็น VT เนี่ย เขามีอยู่แล้ว เราก็ต้อง Monitor EKG ไว้ โดยประเมินทุก 5 นาที เพราะเขามีความเสี่ยง หลังจากนั้นไม่ถึงครึ่งชั่วโมง คนไข้เปลี่ยนเป็น VT และพอเรามีความรู้ในเรื่องของการอ่าน EKG เบื้องต้น เราก็สามารถแจ้งแพทย์ได้ว่า คนไข้คนนี้เป็น VT นะ แพทย์เขาก็จะรีบมาดูคนไข้คะ มันก็จะทำให้คนไข้มีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้นนะคะ (ID1T2L87-101)

...เราก็ต้องดูในพื้นที่ก่อนว่า มีคนไข้ resuscitation กี่ส่วนมาก เป็นคนไข้ที่ refer มา หรือว่ามาเองโง่ ถ้า refer มากก็จะมีกาแก้ไขภาวะวิกฤตมาระดับหนึ่งแล้ว เราก็แค่ไปมอนิเตอร์คนไข้คะ ถ้าแพทย์มีการรักษาอะไรเพิ่ม เราก็จะไปทำการรักษาตามแผนการรักษานั้น แต่ถ้ามคนไข้มาเองโดยวิกฤตเองตั้งแต่แรก ก็เหมือนเดิมคือ หมอก็ตรวจรักษา เราก็ไปมอนิเตอร์ดูแล ประเมินผู้ป่วย ทำการช่วยเหลือผู้ป่วย เสร็จแล้วก็ประเมินซ้ำว่า คนไข้มีอาการดีขึ้นหรือไม่ตอบสนองขึ้นใหม่ หรือว่าเราช่วยเหลือไปแล้ว จะทำให้คนไข้โอเคขึ้นหรือเปล่านั้นก็คือ ต้องประเมิน ถ้าวิกฤตก็คือ มันจะมีอยู่แล้วว่า ต้องประเมินทุก 5 นาที... 5 นาทีคะ 5 นาทีนี้ เราไม่ได้ประเมินแค่ความรู้สึกตัวอย่าง

เดียวณะคะ ต้องดูชีพจร ดูทุกอย่าง ออกซิเจนในเลือด Monitor EKG และก็ดูสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ คนไข้ว่า โอเคหรือไม่ คนไข้ GCS เป็นยังไง ตอบสนองขึ้นหรือไม่ ดีขึ้นหรือไม่ก็ต้องรายงานแพทย์...เช่นในการรับผู้ป่วย Post Cardiac arrest มากจากกรพช. เมื่อผู้ป่วยมาถึงเราต้องมีการประเมินผู้ป่วยคือ การคลำชีพจร การติด Monitor EKG ว่าผู้ป่วยยังมีชีพจรหรือไม่ หลังจากนั้นวัดสัญญาณชีพผู้ป่วย แล้วก็ดูเรื่องการเชคเกี่ยวกับท่อช่วยหายใจผู้ป่วยที่ใส่มาว่ามีการเลื่อนหลุด หรืออุดตันหรือไม่ โดยใช้หลักการ DOPE หลังจากนั้นก็คอย ติดตามอาการผู้ป่วยทุก 5 นาที ถ้าแพทย์มีแผนการรักษาเพิ่มเติมก็ทำหัตถการ เสร็จแล้วถ้าหัวหน้าเวรติดต่อเรื่องการ Admit เสร็จแล้วเราก็ต้องไปส่งผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยด้วย (ID2T1L290-295)

...ตั้งแต่ขึ้นเวรมาเลย ต้องดูอุปกรณ์ของห้อง Resuscitate ให้เพียงพอว่ามีครบไหม พอมีคนไข้มาเราก็จะมีอุปกรณ์ครบถ้วนและได้ใช้ทันที เช่น Tube หรือ CO2 หรือเครื่อง Shock เครื่อง EKG มี Red Dot มีอะไรครบไหม เครื่อง Monitor เวลาดูคนไข้ Resuscitate ก็ดูตรงนั้นเลย Monitor ทุก 5 นาที จะต้องติดเครื่อง EKG ดู EKG คนไข้และก็คลำชีพจร และก็ดู Vital Sign ต่าง ๆ ดู Score ต่าง ๆ ว่าคนไข้มีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างไร และมีรายงานแพทย์ หากคนไข้มีการเปลี่ยนแปลง (ID4T1L239-244)

....ก็มีค่ะ ในการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่เราไปรับ EMS มา ทีม EMS ก็ทำการ CPR มาจากที่เกิดเหตุ แล้วมี ROSC มาถึงโรงพยาบาล สักครู่ก็มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ก็เริ่ม CPR อีกแล้วคนไข้ก็ตื่น รู้สึกตัว แล้วก็ติดต่อเพื่อส่งต่อไปสวนหัวใจ [ที่โรงพยาบาลเอกชนที่ทำ MOU กับโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา] ก่อนถึงห้องสวนหัวใจก็มีภาวะหัวใจหยุดเต้น แล้วก็ปั๊มหัวใจต่อและส่งเข้าสวนหัวใจ แล้วผู้ป่วยมีชีวิตรอดได้ กลับมาใช้ชีวิตได้ปกติ..รู้สึกภูมิใจที่ได้ช่วยผู้ป่วยได้กลับมามีชีวิตรอด. (ID2T1L290-239) คนไข้ STEMI ค่ะ เพศชาย อายุ 60 ปี มาด้วยเรื่องหน้ามืด ใจสั่น ชีพจรดูช้า ๆ ก็เลยทำ EKG ไป ก็เป็น ST Elevate ที่ II III AVF Dx. เป็น MI คนไข้คนนี้มีปัญหาเรื่อง BP Drop

หมอกก็เลยไม่ได้ให้ SK เพราะเขามีข้อห้าม ก็ให้การรักษาและ plan ประสานเพื่อติดต่อ refer ผู้ป่วยไปสวนหัวใจ เราก็ทำการเตรียมผู้ป่วย เตรียมประสานงานกับโรงพยาบาลที่จังหวัดนครสวรรค์ เนื่องจากรพ. ที่เป็นสนามศึกษาไม่มีแพทย์ที่สามารถทำ Intervention ได้ เราก็ทำ MOU กับโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดนครสวรรค์ ก็เลยมีการ ประสานเพื่อส่งตัวผู้ป่วยโดย แพทย์จะประสานส่งเวรกับแพทย์เฉพาะ ทาง เพื่อการทำ PCI ซึ่งทางหน่วยงานก็จะมีการเตรียมผู้ป่วยโดยการ film chest, เจาะเลือด, และแจ้งศูนย์ refer เพื่อเตรียมพยาบาล refer และเตรียมรถพยาบาลสำหรับนำส่งผู้ป่วย และในผู้ป่วยรายนี้มี แพทย์ที่จะไปด้วย และหลังจากเตรียมเสร็จ พยาบาล refer ก็พา คนไข้ขึ้นรถแต่รถยังไม่ทันออก ผู้ป่วยมีอาการเกร็ง และคลำชีพจร ไม่ได้ พยาบาล refer ก็รีบเอาผู้ป่วยลงมาและนำเข้าห้อง Resuscitation ดูแล CPR ซึ่ง EKG ผู้ป่วยระหว่างที่ทำการกู้ชีพเป็น VF ทำ Defib ไปทั้งหมด 8 ครั้ง ซึ่งระหว่างที่ CPR ญาติให้คนไข้ยังไม่มีการกลับมาของชีพจร ญาติก็ร้องไห้และคุยกับแพทย์ว่าไม่อยาก บั้มผู้ป่วยต่อ อยากให้คนไข้ไปสบาย แต่แพทย์รู้สึกว่าจะยังมีหวัง ก็ขอ โอกาสในการบั้มต่ออีก 10 นาทีเนื่องจากมีความหวังว่า EKG ยังเป็น VF ตลอด หลังจากบั้มหัวใจไป 25 นาทีผู้ป่วยมีชีพจร และผู้ป่วยก็ตื่น และส่งไปทำ PCI ผลปรากฏว่าเส้นเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น และแพทย์ก็ สวนหัวใจหัวใจวันรุ่งขึ้นหลังจากสวนผู้ป่วยก็สามารถ Off ET-tube และส่งกลับมารักษาต่อที่รพ.สนามศึกษา และตอนนี้ผู้ป่วยสามารถ กลับบ้านได้ และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ...รู้สึกภูมิใจ จากคนที่จริงเค้าตายแล้วหัวใจไม่เต้น แต่เราก็สามารถปั๊มหัวใจจนคนไข้รอด และกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของเราได้ช่วยเหลือรู้สึกภูมิใจมาก (ID2T2L24-48)

2.3.2 จัดลำดับความสำคัญเพื่อช่วยผู้ป่วยได้ทันการ

การปฏิบัติงานของพยาบาลใน ER จะมีพยาบาล 1 คนประจำอยู่ในแต่ละ โชน คือ จุดคัดกรอง ห้องสังเกตอาการ ห้องทำหัตถการ ห้องช่วยฟื้นคืนชีพ ศูนย์ส่งต่อ ศูนย์สั่งการ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และมีพยาบาลหัวหน้าเวรประจำอยู่ที่เคาน์เตอร์พยาบาล ส่วนพยาบาลที่ทำ

หน้าที่ออกปฏิบัติการรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ถ้าไม่มีออกเหตุ จะช่วยทำหัตถการในห้องหัตถการ เช่น ทำแผล เย็บแผล เข้าฝือก สำหรับในพื้นที่ช่วยฟื้นคืนชีพก็จะมีพยาบาลประจำอยู่เพียงคนเดียวซึ่งดูแลผู้ป่วย สูงสุดจำนวน 4 เตียง ในบางครั้งเมื่อมีผู้ป่วยวิกฤติหลายคนที่ได้รับการรักษาในพื้นที่ช่วยฟื้นคืนชีพ แม้ว่าอาการจะคงที่ แต่บางครั้งอาการจะกำเริบรุนแรงขึ้นได้และสามารถเกิดขึ้นกับผู้ป่วยพร้อม ๆ กันหลายคน เมื่อมีพยาบาลอยู่ในพื้นที่นี้คนเดียว พยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือคนที่อาจมีโอกา สเสียชีวิตก่อน และหากผู้ป่วยมีอาการพอ ๆ กัน ให้ช่วยคนที่พยาบาลรู้ประวัติของผู้ป่วยดีที่สุดก่อน ใน ขณะเดียวกันต้องตะโกนขอความช่วยเหลือจากพยาบาลพื้นที่อื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหอ ผู้ป่วยไว้แล้ว แต่ถ้าทุกโซนมีงานที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยของตนเอง พยาบาลประจำห้องช่วยฟื้นคืนชีพ ต้องรายงานหัวหน้าเวรให้รายงานผู้ตรวจการพยาบาล เพื่อขอพยาบาลที่หน่วยงานมาช่วยดูแลผู้ป่วย ในห้องสังเกตอาการหรือห้องอื่น ๆ ที่สามารถจะช่วยเหลือได้ เพื่อให้พยาบาล ER เข้ามาช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...พยาบาลคนเดียวแต่ดูแลผู้ป่วย Resuscitation 2 – 3 คน ก็มี นะคะ...ก็เลือกคนไข้ที่คิดว่า เรามองแล้วหนักสุดถ้าเราไม่ช่วยเหลือ ผู้ป่วยอาจเสียชีวิต เช่น คนไข้ที่มีภาวะ Shock ความดันตก กับคนไข้ ที่หายใจห่อช่วยหายใจที่สัญญาณชีพ Stable ก็ต้องเลือกแก้ไขคนไข้ Shock ก่อน โดยที่คนไข้ที่ใส่ท่อช่วยหายใจเราก็ Monitor สัญญาณชีพ ไว้ก่อน แต่เราก็จะมองและประเมินเป็นพัก ๆ นะ อารมณ์เงยหน้ามา ดูเรื่อย ๆ แต่มือก็ช่วยคนไข้อีกคนหนึ่งอยู่ หลังจากนั้นก็เรียงลำดับ กันลงมาเรื่อย ๆ...[ผลเสีย] หัตถการ หรือ Treatment บางอย่างก็จะ Delay ไปเลย...[การแก้ไขของหัวหน้าเวร]เขาก็จะรายงาน Sup [Supervisor] รายงานผู้ตรวจการ หรือขอพยาบาลในตึกมาช่วย...เขา จะมาปฏิบัติหน้าที่แทนเราไปเลย เหมือนเลย ไม่ได้ อาจต้องให้เขา ช่วยทำหัตถการที่ง่าย ๆ ให้ช่วยเราทำ อาจจะมีเราอยู่ด้วยในตอนนั้น ก็ได้ เราก็คอยบอกเขา เช่นเวลาที่เค้ามาช่วยเราอาจให้เค้าช่วยดูแล คนไข้ที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้ว หรือให้มาช่วยการทำหัตถการใน ผู้ป่วย เช่น การให้น้ำเกลือ ฉีดยา ใส่ NG ทำแผล เป็นต้น เพื่อที่ในทีม จะ Move พยาบาลห้องฉุกเฉินไปดูดูแลผู้ป่วยวิกฤตพยาบาลจากหอใน มาช่วยดูแลผู้ป่วย โดยหัวหน้าเวรก็จะทำการหมุนพยาบาลห้องสังเกต

อาการไปช่วยพยาบาล resuscitation แล้วให้พยาบาลหอบในมาเป็นพยาบาลที่ดูแลคนไข้สังเกตอาการเนื่องจากลักษณะงานคล้ายๆ กัน และให้พยาบาลผู้ป่วยในช่วยทำหัตถการในพื้นที่ในการดูแลรักษาการกำกับดูแลโดยหัวหน้าเวร (ID9T1L116-142)

...เจอคนไข้ MI ที่ Arrest และอีกคนนึงเป็น Post Arrest...ต้องดูสถานการณ์ว่า ตอนนั้นพ็อยู่ใกล้ Case ไหนมากที่สุด หรือ Case ไหนรู้ข้อมูลมากที่สุด พี่ก็จะเข้าไปดู Case นั้น หรือถ้า Case ไหนที่เรา Concern ว่าฉุกเฉินมาก เราก็เลือกเข้าไปดู Case นั้น Case ที่เราเข้าไปไม่ถึง ก็ต้องให้คนอื่นเข้ามาช่วยดู...ส่วนใหญ่จะมีหมอ 2 คน 2 ทีม หมอก็จะแบ่งไป คนละคน และพยาบาลก็จะแบ่งเป็น 2 ทีม เข้า CPR ค่ะ (ID6T2L102-109)

...เคยค่ะ คือ วันนั้นหนอยู่ Assign เบอร์ 3 มันจะมีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจที่ Refer มาจากโรงพยาบาลชุมชนแล้วมีภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่าง refer พยาบาล refer CPR แล้วนำส่ง แล้วผู้ป่วยในห้อง resuscitation ก็กำลังจะใส่ท่อเหมือนกัน พอใส่แล้วก็เกิด Arrest ก็มีการแบ่ง ทีมออกเป็น 2 ทีมดูผู้ป่วยในห้อง CPR และอีกทีมใช้พยาบาล Assign เบอร์ 1 ดูแลผู้ป่วย Arrest ที่มาจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วย เราก็ Run ตาม Step ของเรา Algorithm ACLS คือ ตอนนั้นมีหมอประมาณ 2 คน ก็ช่วยกันแบ่งดู Case ในแต่ละ Case ค่ะ (ID3T3L38-43)

2.3.3 ดูแลจนมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจาก ER

ผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพแล้ว จะได้รับการเฝ้าระวังจากพยาบาลในพื้นที่นี้ จนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการคงที่จึงจะย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยวิกฤตหรือหอผู้ป่วยอื่นแล้วแต่กรณี โดยต้องให้แพทย์ตรวจสอบอีกครั้งว่าผู้ป่วยพร้อมย้าย สำหรับในกรณีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อได้รับยาละลายลิ่มเลือดแล้ว จะได้รับการเฝ้าดูอาการต่ออีก 8-12 ชั่วโมง หากมีอาการดีขึ้นและคงที่ จะย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤตหรือหอผู้ป่วยในอื่นๆ ในขณะที่กำลังย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤตหรือหอผู้ป่วยอื่นๆ ผู้ป่วยอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงในระหว่างทางได้ ดังนั้นแพทย์จะเขียนคำสั่งแพทย์ไว้ว่าต้อง

ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่ความดันโลหิตต่ำหลังให้ความช่วยเหลือมาแล้ว แต่ระหว่างนำส่งผู้ป่วยอาจมีความดันโลหิตต่ำลงได้ แพทย์จึงสั่งแพทย์การรักษาไว้ คือ พยาบาลสามารถ Load น้ำเกลือได้ หรือ ให้ยา Levophed ไว้ก็สามารถปรับได้ตามแผนการรักษา ในกรณีของผู้ป่วยที่ถูกฟื้นคืนชีพแล้วและอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งญาติไม่ประสงค์ให้ช่วยฟื้นคืนชีพหากมีอาการเปลี่ยนแปลงที่แยกลง แต่เมื่อความดันโลหิตของผู้ป่วยยังวัดได้อยู่ พยาบาลจึงไม่สามารถละเลยการเฝ้าระวังได้และเมื่อแพทย์อนุญาตให้ย้ายผู้ป่วยไปดูแลแบบประคับประคองในห้องผู้ป่วยใน พยาบาลต้องคิดว่าห้องผู้ป่วยนั้นพร้อมช่วงไหน พยาบาลก็จะไปส่งผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจแม้ว่าจะรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัว นอกจากจะต้องติดตามสัญญาณชีพทุก 5 นาทีแล้ว พยาบาลต้องยึดตรึงผู้ป่วยไม่ให้ดึงท่อช่วยหายใจ โดยต้องมีการบอกกล่าวผู้ป่วยให้รับทราบ และเมื่อมีอาการคงที่จึงย้ายไปห้องผู้ป่วยในเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่องต่อไป ดังคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...คนไข้ Resuscitate เป็นคนไข้ที่ถูก Screen เข้ามา และเราต้องดูแลโดยทันที ณ ตอนนั้นเลย แล้วก็หมอเขาก็ต้องเข้าดูแลคนไข้ ณ ตอนนั้นเลย และระหว่างดูแลเราก็ต้องมีการ Record เอาไว้ ทุก 5 นาที มีการเฝ้าระวังภาวะที่จะเกิดขึ้นต่าง ๆ เช่น คนไข้ อาจ BP drop ต้องคอยวัดความดัน ต้องคอยรายงานแพทย์ ดูแล Monitor คนไข้ทุก 5 นาที ดูแลแบบไปไหนไม่ได้เลย...คนไข้สูงอายุ คนแก่อะ ค่ะ อาการถ่ายเหลว มากกว่า 10 ครั้ง อาเจียน และ BP drop 70 /50 หมอาก็ให้ load IV ค่ะ ขณะ load IV เราก็ต้องมีการวัด Vital sign มีการประเมินคนไข้ว่า Order หมอให้ load IV เท่าไร สมมุติ 1 ลิตร หลังจากครบแล้วต้องดูว่า มีความดันขึ้นไหม ต้องคอยรายงานแพทย์ด้วย และต้องติดตามอาการคนไข้ตั้งแต่รับดูแลเข้ามาใน ER จนกระทั่งส่งถึงตึกที่ Admit โดยการ Refer คนไข้ไปที่ตึก Admit อะ ค่ะ ก็เคยเจอปัญหาและอุปสรรคทำนองว่า คนไข้ BP drop ค่ะ จากที่เรา load IV ไป แล้ว BP ขึ้นมาแล้ว ระหว่างนำส่งก็อาจจะ BP drop ได้ หมอจะสั่งไว้ว่าระหว่างที่ refer ไปแล้ว IV drop ก็ให้ load IV เพิ่มได้ หรือว่าถ้า load IV จนครบตามที่หมอต้องการแล้ว on Levophed ก็ให้ปรับ ขึ้นได้ สามารถแก้ไขปัญหาระหว่างทางได้ค่ะ เพราะแพทย์จะมี Order อยู่แล้วว่า Keep ความดันเท่าไร และยาที่ให้ Max dose เท่าไร ซึ่งในทางดูแลผู้ป่วย เราก็ต้องประเมินถ้าผู้ป่วย

ยังมีภาวะวิกฤตเราก็สามารถปรับยาได้ตามแผนการรักษาได้เลย
(ID9T1L100-110)

....การดูแลผู้ป่วยในห้อง Resuscitation ต้องมีการบันทึกการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ต้องดู Vital sign ทุก 5- 10 นาที และแพทย์พิจารณาให้ Admit ได้ ต้องได้ระดับหนึ่ง ที่จะย้ายได้ และก็อาการคนไข้ต้องเริ่ม Stable ถ้าคนไข้ไม่ใส่ Tube อะ Score ต้องเกิน 8 เราถึงจะย้ายได้ แต่ถ้าญาติ NR หรือ รักษาแบบประคับประคอง ก็ต้องอีกเรื่องนึง ต้องดู Score และ Vital sign คือ BP 90/60 หรือบางครั้งหมอจะดูที่ Map ถ้าโอเค หมอก็จะให้ย้ายได้ (ID6T2L91-99)

...ในการเป็นพยาบาลประจำห้อง resuscitation นอกจากผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจแล้วเราต้องดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบ FAST Track ด้วยเช่นผู้ป่วยเส้นเลือดหัวใจตีบที่ต้องให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ในผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่ชัดเจนใน 8-12 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยจะเริ่มให้ยาที่ห้องฉุกเฉินและต้องมีพยาบาลเฝ้าระหว่างให้ยาทุก 5-10 นาที เฝ้าระวังภาวะหัวใจหยุดเต้น ภาวะเลือดออกง่ายจากยา และอาการแพ้ยา ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่พยาบาลห้องฉุกเฉินต้องมีการเฝ้าระวังและ record ข้อมูลอย่างละเอียด โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง และหลังจากยาหมด และผู้ป่วยมีอาการที่ Stable ถึงย้ายผู้ป่วยเข้าห้อง ICU ได้ (ID1T2L311-316)

2.3.4 บันทึกข้อมูลให้ละเอียด จะได้มีหลักฐานการดูแล

การช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย จะมีการแบ่งพยาบาลรับผิดชอบงานของแต่ละคน และจะมีพยาบาล 1 คนทำหน้าที่บันทึกทางการพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่อาการของผู้ป่วย สัญญาณชีพ และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ช่วยชีวิตผู้ป่วย โดยให้บันทึกอย่างละเอียดเนื่องจากจะเป็นหลักฐานในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่ ER รวมถึงก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยในหรือหอผู้ป่วยวิกฤติ บางครั้งผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ หรืออาการแย่ลง แต่ไม่มีหลักฐานว่าพยาบาล ER ได้บันทึกไว้ว่าขณะผู้ป่วยอยู่ที่ ER มีอาการคงที่แล้ว ทำให้หอผู้ป่วยบันทึกเป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใน ER พยาบาล

ต้องให้ความสำคัญกับการบันทึกทางการแพทย์ที่ละเอียด เพราะเป็นหลักฐานในการดูแล หากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การบันทึกทางการแพทย์จะเป็นหลักฐานที่สำคัญที่ยืนยันการพยาบาลได้เป็นอย่างดี ดังคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...คนไข้ประสบบุติเหตุ มีความดันต่ำ เราก็มีการนำส่งค่ะ พอไปส่งถึงตึก Vital Sign ที่มีการประเมินตลอดระหว่างนำส่ง คือระหว่างนำส่ง คนไข้ก็มีการทรงตัว ดีตลอด แต่พอลงเตียงแล้ว มีโทรศัพท์โทรมาว่า คนไข้ Arrest ไป ตึกข้างในเขาก็มีการเขียน Risk มาว่า เราไม่มีการประเมินยังงี้ค่ะ แล้วคือ ณ วันนั้น มันมีข้อผิดพลาดตรงที่ว่า เราก็บอกพี่เขาไปแล้วว่า พี่คะเขียน Vital Sign เลย แต่พอเกิดปัญหาขึ้นมา เขาบอกเขาไม่ได้เขียน ก็น้องบอกจะเขียน อะไรประมาณนี้ อ่ะค่ะ...ปัญหานี้ มันทำให้เรา Aware ว่า ถ้าเราเจอคนไข้ เราจะต้องให้เขาเป็นคนเขียนเองทั้งหมด เราจะต้อง Monitor คนไข้ ให้ดีและละเอียดที่สุดระหว่างการนำส่ง ก็คือจะมีช่องระหว่างการนำส่ง ว่า คนไข้ที่มี Vital Sign เท่าไร ประเมินแล้วเป็นแบบไหน คือเพิ่มรายละเอียดการ Record ในใบนำส่งเพิ่มมากขึ้น เพราะเมื่อเวลาผ่านไปเราอาจลืมเหตุการณ์ไปแล้ว ด้วยปริมาณการดูแลที่ยะยะในแต่ละวัน แต่ถ้าเรามีการบันทึกเอกสารละเอียด เมื่อมีการทบทวนก็ยังมีหลักฐานในการบันทึกเพื่อช่วยเราในการตอบคำถาม ค่ะ (ID1T2L297-309)

...ผู้ป่วยเส้นเลือดหัวใจตีบหลังจากการให้ยาละลายลิ่มเลือดจะไปในอนาล็อกอาการอย่างใกล้ชิดที่ตึก ICU ซึ่งการนำส่งผู้ป่วยพยาบาลจะตามไปส่งด้วยเพราะต้องมีเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเพราะผู้ป่วยมีโอกาสหัวใจหยุดเต้นตลอดเวลา ต้องมีการใช้เครื่องวัดความดันแบบ Mobile เคลื่อนที่ และเครื่อง Defib ที่สามารถเคลื่อนย้ายได้ไปส่งผู้ป่วย พร้อมทั้งมีการ Record ในใบนำส่งอย่างละเอียด เพื่อเป็นการยืนยันหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และเป็นหลักฐานทางการดูแลขณะนำส่ง (ID2T2318-322)

...พ่มีความรู้สึกว่า คนอยากทำหัตถการมากกว่า Record ใช้ใหม่
ว่าใหม่ คือคนไข้เข้ามาเนี่ย เราทุกคนช่วยกันหมด ไม่ว่าจะคนไข้
Arrest อะไรยังไง แต่ไม่ค่อยมีใครอยากจับแคใบ Record คือมันดี
ตรงที่ว่าเราไม่ต้องไปเหนื่อยออกแรงตรงโน้น ตรงนี้ ซึ่งงาน Record
จริง ๆ มันก็ต้องใช้ความละเอียดอยู่พอสมควร ต้องดู EKG ต้องให้ยา
อะไร ต้อง Monitor คือโดยส่วนใหญ่ตามที่พี่สังเกตไม่ค่อยมีใคร
อยากจับ Record ไม่ค่อยมีใครอยากจับ Nurse Note ทุกคนอยาก
มุ่งไปที่การทำ Treatment มากกว่า ทุกคนไปรุมคนไข้หมดเลย
(ID11T1L186-191)

...ช่วงระหว่างเดินทางนำส่งแต่ละตึก จะใช้เวลาเดินทางประมาณ
5 นาที ไม่เกิน 10 นาที มันอาจมีความไม่พร้อมในเรื่องของอุปกรณ์
นำส่ง เช่น พวกเครื่อง Monitor สายอะไรต่าง ๆ ซึ่งมันก็สามารถที่
จะ Record ได้ ถึงแม้จะใช้เวลาส่งคนไข้ไปตึกต่าง ๆ ไม่นาน แต่พี่
คิดว่ามันก็มีความจำเป็นต้อง Record เหมือนพวก CT อะ พี่จะ
บันทึกในส่วนของเราว่าอันนี้เป็นอย่างไรนะ ไร้ หรือช่วงทำ Triage ก็
บันทึกไว้ อาจมี BP drop ไร้ พี่จะชอบบันทึกไว้ และในการนำส่ง
ผู้ป่วย ก็จะมีใบ record ระหว่างนำส่ง เพื่อเวลาไปถึงหอผู้ป่วยเราจะ
สามารถยืนยันอาการ และยืนยันการเปลี่ยนแปลงระหว่างการส่งผู้ป่วย
โดยใบ record เราจะใช้ในผู้ป่วยที่เป็นประเภท Resuscitation และ
Emergency ที่พยาบาลจะต้องเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยเวลา Admit
(ID11T2L82-89)

2.4 บริการรับและส่งต่อผู้ป่วย

งานส่งต่อผู้ป่วยเป็นการปฏิบัติงานในส่วนของคุณยส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อใน
โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยมีขั้นตอนในการรับส่งผู้ป่วยโดยผ่านระบบการให้คำปรึกษาผ่าน
แพทย์เฉพาะทางในการรับส่งผู้ป่วย การส่งข้อมูลการรักษาผ่านระบบโปรแกรมส่งข้อมูลเพื่อถ่ายและ
สะดวกในการเข้าถึงข้อมูลการรักษา การเตรียมอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างทาง รวมถึงการ
ประเมินและการดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทาง จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าการส่งต่อผู้ป่วยทั้ง

รับมาและย้ายไป ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.4.1) รัยย้ายผู้ป่วยโดยมีเทคโนโลยีช่วยเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง 2.4.2) ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาเฉพาะทาง

2.4.1 รัยย้ายผู้ป่วยโดยมีเทคโนโลยีช่วยเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

งานรัยย้ายผู้ป่วยเป็นการปฏิบัติงานในส่วนการรับผู้ป่วยมารักษาต่อที่โรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา จะมีขั้นตอนดังนี้ แพทย์โรงพยาบาลต้นทางมีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางของโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ย้ายมารักษาต่อ ได้แก่ ผู้ป่วย STEMI Stroke Septic Shock และ Trauma โดยใช้ระบบ Doctor to Doctor เมื่อแพทย์โรงพยาบาลปลายทางรัยย้ายแล้ว โรงพยาบาลโรงพยาบาลต้นทางจะมีการส่งข้อมูลมาที่ศูนย์รับส่งต่อ ตามหลัก Sbar เกี่ยวกับภาวะของโรค การรักษาที่ได้รับ และพยาบาลศูนย์ส่งต่อจะประสานส่งข้อมูลไปให้หัวหน้าเวรในห้องฉุกเฉินในการเตรียมรับผู้ป่วย หากเป็นการรัยย้ายจากโรงพยาบาลที่ไม่ใช่เครือข่าย เช่นโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลจะต้องถามสิทธิการรักษาของผู้ป่วยการวินิจฉัยโรค และให้ปรึกษากับแพทย์เฉพาะทางก่อน เนื่องจากโรงพยาบาลนอกเครือข่ายจะไม่ได้ใช้โปรแกรมการส่งต่อ หรือ ระบบ Doctor to Doctor นอกจากนี้ การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม 3-Refer ช่วยทำให้โรงพยาบาลปลายทางสามารถบริหารจัดการในการรับผู้ป่วย วางแผนการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยระบบ Fast Track ช่วยทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วขึ้น สำหรับปัญหาในการรัยย้ายผู้ป่วยมารักษาต่อที่โรงพยาบาลพยาบาลแล้ว พยาบาลที่ปฏิบัติงานรับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 ในช่วงเวลาวันหยุดราชการ และเวรบายในช่วงวันเวลาราชการจะทำหน้าที่เป็นพยาบาลเวรศูนย์รับส่งต่อด้วย เมื่อทำงานหลายหน้าที่ทำให้การรับข้อมูลไม่ครบถ้วนส่งผลกระทบต่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย ดึงคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...สำหรับงานการส่งต่อผู้ป่วยจะเป็นการปฏิบัติงานในส่วนการรับและการส่งต่อผู้ป่วย มีการส่งออกไปนอกโรงพยาบาล การส่งออกไปนอกเขตสุขภาพ และการส่งต่อภายในจังหวัด...สำหรับการรับผู้ป่วยในต่างโรงพยาบาลจะมีการติดต่อการส่งผู้ป่วย มีทั้งแพทย์ต้นทางจะโทรมาแจ้งว่าจะมีการส่งผู้ป่วยโดยผ่านการปรึกษาแพทย์ปลายทางในการรับผู้ป่วย และมีการส่งข้อมูลว่าเป็นผู้ป่วยแผนกไหนพยาบาลส่งต่อก็จะมีข้อมูลที่ศูนย์ส่งต่อ และจะมีการส่งข้อมูลมาในห้องฉุกเฉินว่าจะมีผู้ป่วยประเภทนี้มา (ID2T1L322-323)

...ระบบ refer จะมีการประสานงาน ER ของ รพ ชัยนาท จะมีการ refer คนไข้ที่มีอาการ เลือดออกในสมอง หรืองานที่รับ refer มา หน้าที่ของเราคือ เราก็จะมีระบบรับและส่งต่อผู้ป่วย...การรับผู้ป่วย เนื่องจากเราเป็น รพ ทัวไป ต้องรับส่งจาก รพ ชุมชน ซึ่ง รพ ชุมชน จะโทรมา refer โดยที่เขาจะผ่านการ consult แพทย์มาก่อน โดยระบบ D to D พอแพทย์รับเคสแล้ว เขาก็จะโทรมาประสานเรา ว่า เขาจะมีการส่งผู้ป่วยประเภทนี้มา ก็จะมีการส่งเวรส่ง รายละเอียดตามหลัก Sbar เมื่อส่งเสร็จเราก็จะโทรประสานกับตึกข้างในห้องฉุกเฉินว่า จะมี คนไข้ประเภทนี้มา ก็จะมีคนไข้ประเภทนี้เราจะต้องเตรียมอะไรบ้าง/ยกตัวอย่าง (ID1T1L190-192,L195-L199)

...เราก็ทำหน้าที่รับส่ง รับ Refer จากที่อื่น ถ้าเกิดว่าเป็นในเครือข่าย เราจะถามเขาว่า Consult เป็นหมาะเฉพาะทางในด้านนั้นๆ มาแล้วหรือยังเช่น หมออายุรกรรม หมอศัลยกรรม หมอสูติกรรม เป็นผู้ที่เจ้าของไข้ไปรับดูแล และคนไข้เป็นคนไข้ Diagnosis อะไร อย่างเช่น Fast Track STEMI พว ก Stroke Septic Shock Trauma เขามีการเจาะ Lab พื้นฐานอะไรมาแล้วบ้าง Stat ยาอะไรมาบ้าง และให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอะไรมาบ้างให้คนไข้ Stable ก่อนมาถึงเรา มีการรักษาอะไรมาแล้ว และเราต้องทำอะไรต่อหลังจากนั้น และเราถึงจะไปเรื่องของการส่งเวร และเราต้องถามด้วยว่า Doctor to Doctor ได้ทำมาแล้วหรือยัง และในเรื่องของการ Refer จากระบบช่องทางจากโรงพยาบาลที่ไม่ใช่ในเครือข่าย ก็ต้องถามสิทธิ์คนไข้ ถาม Diagnosis คนไข้ และให้เขาโทร Consult หมอที่อยู่ในเวรของเราก่อนค่ะ (ID4T1L)

...การใช้ระบบ โปรแกรม 3refer ในการส่งต่อข้อมูลของคนไข้ โดยพิมพ์ข้อมูลคนไข้ลงไปในระบบ...เราจะทราบข้อมูลเบื้องต้นของคนไข้ อาการ Treatment ที่ได้รับมาอะคะ ว่าทำไรไปแล้วบ้าง...จะทำให้รักษาคนไข้ได้รวดเร็วมากขึ้น เอาข้อมูลมาเหมือน มารักษาต่อ เช่น ได้ยาอันนี้มาแล้ว เหลือให้ยาอันนี้นะ อะไรแบบนี้ เหมือนเป็นการส่งต่อข้อมูล ว่าได้อะไรมาแล้วบ้าง และเหลืออะไรบ้างที่ต้องทำ

ต่อ...ถ้าเป็นระบบ Fast Tack ของโรงพยาบาลชุมชนมาของเรา เราก็จะได้ชื่อ ที่อยู่ ทำบัตรก่อนเลย เพราะว่า คนใช้ Fast Track ต้องรีบ CT ก่อนเลย ก็จะขึ้นบัตรคนไข้ไว้ให้เพื่อเปิดทาง CT ได้เร็วขึ้น การที่เราขึ้นคิวได้เร็ว การรักษาก็รวดเร็วไปด้วยคือ อาจจะต้องมีการเบิกยามาเตรียมพร้อมไว้ หรือว่าเตรียมการรักษาต่าง ๆ ไว้รอคนไข้ได้ ถ้าเราสามารถขึ้นบัตรได้ ถ้าเรามีข้อมูลจาก 3refer คร่าว ๆ แล้ว (ID9T1L315-332)

...มันจะมีคนไข้ที่อยู่โรงพยาบาลชุมชนและต้องการ Refer มาที่เราซึ่งจะค้ะ เขาก็จะติดต่อมาทางศูนย์ Refer ก่อน ศูนย์ Refer ก็จะให้ Consult กับทางหมอ และหมอทางสายนั้นเขายอมรับไหม ถ้ายอมรับก็ให้ส่งมาได้เช่น ผู้ป่วยมีภาวะไตตึงอีกเสบ แพทย์โรงพยาบาลชุมชน ต้องโทรปรึกษา คัลยแพทย์ที่อยู่เวรประจำวัน แล้วถ้า คัลยแพทย์รับ พยาบาลโรงพยาบาลชุมชน จะโทรมาส่งเวรกับพยาบาลที่ศูนย์ refer ของโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา และ Key ข้อมูลผ่าน โปรแกรม 3-refer แล้วจึงส่งตัวผู้ป่วยมา (ID5T1L238243)

2.4.2 ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาเฉพาะทาง

การรักษาผู้ป่วยในท้องถิ่นเหตุและฉุกเฉิน เมื่อพบว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่สามารถรักษาได้ อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษามีข้อจำกัดเกี่ยวกับการมีแพทย์เฉพาะทางบางสาขา เช่น แพทย์เฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วย STEMI และ MI รวมถึงแพทย์ทางระบบสมองที่จะดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุรุนแรง จะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าทั้งในเขตสุขภาพ แพทย์จะรายงานผ่านระบบ Doctor to Doctor หากเป็นการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลนอกเขตสุขภาพ แพทย์จะไม่สามารถใช้ระบบ Doctor to Doctor ได้ ต้องพิมพ์ข้อมูลสรุปการรักษาและส่งข้อมูลผ่าน Line application ไปที่ศูนย์ส่งต่อ แล้วรอกระบวนการ Consult บางกรณีอาจไม่สามารถส่งต่อไปโรงพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียง แพทย์ต้องติดต่อหาโรงพยาบาลอื่น ๆ ให้ผู้ป่วย บางกรณีอาจใช้เวลาเกือบ 8 ชั่วโมงกว่าจะดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยได้ ทำให้ญาติรู้สึกไม่พึงพอใจที่ต้องรอนาน พยาบาลจึงอธิบายกระบวนการส่งต่อให้ญาติรับทราบว่าติดขัดที่ขั้นตอนใด ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว แพทย์สามารถส่งผู้ป่วยไปพักรักษาตัวในหอ

ผู้ป่วยในเพื่อรอการส่งต่อได้ แต่แพทย์อ้างว่าย้ายจาก ER ไปโรงพยาบาลง่ายกว่า ตั้งค่าให้คำ
สัมภาษณ์ดังนี้

...ถ้าหนูต้องส่งต่อคนไข้ ที่ต้องไปอีก รพ นึง สมมุติว่าเป็นคนไข้ที่เป็น STEMI ไข้ใหม่คะ ในการส่งต่อ 1 เราต้องดูคนไข้เราก่อน คอมพลีททุกอย่างใหม่ ทุกอย่าง Stable ใหม่ หมอเขาจะปรึกษาคู่กันว่า เคสแบบนี้ จะส่งไป รพ อื่น แล้วหมอเขาจะรับเคสใหม่ ถ้ารับ หมอก็จะมาบอกกับเราว่าrefer ได้ เราก็ต้องโทรไปศูนย์ refer ประสานงาน เขาก่อน จาก รพ. อะไร มีเคสอะไร จะ refer หากเขาบอกส่งเวรได้เลย เราก็แจ้งไปว่า คนไข้เป็นอะไร เพศไร รายละเอียด มีให้การรักษาอะไรแล้วบ้าง และตอนนี้ SK มีผลเลือด มี EKG แนบไป มีญาติไป ถ้าเขาโอเคส่งคนไข้มาได้ เพราะเขาเตรียมจะ Cath เลย ไรจี้ เราก็ประสานงานกับพยาบาลศูนย์ refer โรงพยาบาลปลายทาง ส่งเวรกับพยาบาล refer ให้เรียบร้อย และก็เตรียมย้ายคนไข้ (ID3T1L345-353)

...ปัญหาเกี่ยวกับโรคที่เป็นโรคที่ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง เช่น vascular อย่าง STEMI Stroke MI เราก็มี MOU กับโรงพยาบาลเอกชนเพื่อที่จะให้เราสามารถมีช่องทางrefer ได้ แต่ในเคส vascular เจ็ยะ แพทย์เฉพาะทางมันน้อย มันก็จะค้างอยู่ที่เรา บางโรงพยาบาลไม่อนุญาตให้ใช้ระบบ D to D ต้องมีการส่งข้อมูลผ่านระบบ line แล้วโรงพยาบาลจะเป็นคนส่งข้อมูลให้แพทย์เอง ซึ่งใช้เวลายาวนาน ทำให้เราไม่สามารถ refer ไปได้ ส่วนมากก็จะเป็นคนไข้อุบัติเหตุและมีปัญหาเรื่องการขาดของเส้นเลือด คือผู้ป่วยมีแผลฉีกขาดที่ขาประมาณเกือบ 10 cms. เวลาที่แพทย์วินิจฉัยก็จะมีทั้งการตรวจร่างกาย การส่ง CT หลอดเลือด :ซึ่งก็ใช้เวลาประมาณ 2-3 ในการรอผล เมื่อผลออกเราต้องติดต่อหาที่ refer ถ้าแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ที่จังหวัด N [จังหวัดที่มีโรงพยาบาลศูนย์] ถ้าไม่มีเราก็ต้องหวนล้อม ในจังหวัดอื่นเช่น กรุงเทพมหานคร โรงเรียนแพทย์ ซึ่งต้องผ่านศูนย์refer การรอการตอบกลับ ใช้เวลาเกือบ 1

เวอร์ ในการที่จะส่งต่อผู้ป่วยได้ บางทีก็เกิดปัญหาเรื่องญาติไม่พอใจ เราก็พยายามอธิบายให้เค้าเข้าใจนะว่ากระบวนการมันติดอยู่ที่ตรงไหน คนไข้ก็อยู่กับเรานานมาก จริงๆ พยายามผลักดันอยู่ในการแก้ปัญหาเรื่องการรอ refer แต่บางครั้งแพทย์ชอบให้เหตุผลว่า refer ที่ ER มันไวกว่า Ward ใน (ID6T1L329-338)

ในกรณีที่เป็นการส่งต่อผู้ป่วยที่รักษาตัวที่หอผู้ป่วยในไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า พยาบาลหอผู้ป่วยในจะติดต่อพยาบาล refer เพื่อประเมินอาการผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับ ประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อจาก ER นอกจากนี้พยาบาลต้องคำนวณระยะเวลาการเดินทาง คำนวณยาและเตรียมอุปกรณ์สำหรับใช้กับผู้ป่วยระหว่างการเดินทาง ตรวจสอบอุปกรณ์ในรถพยาบาลให้พร้อมใช้ สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรคหัวใจ จำเป็นต้องใช้ประสบการณ์ของพยาบาลที่ผ่านการอบรม ACLS การเตรียมพร้อมของเครื่อง defibrillator กล่องยา Emergency box เนื่องจากผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นตลอดเวลา และหากเป็นไปได้ต้องมีแพทย์ร่วมเดินทางไปด้วย ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

...ระบบ refer ของโรงพยาบาลมันจะมีเวอร์ เวอร์ refer เวลาเมื่อเคล refer เราก็ประสานงานไปที่โรงพยาบาลที่เราจะ refer ส่วนพยาบาลที่ refer เขาจะมีเวอร์ stand by อยู่ เวอร์ละ 2 คน เข้า บ่าย ดึก เราก็โทรตามเวอร์ refer นอกจากวันที่เรา refer ไม่ได้หรือไม่มีคนไปเจ้าของ ward จะต้องไป 1 คน กับแพทย์ ไรเงี้ยะ (ID6L1T325-327)

...ถ้าเป็นคนไข้วิกฤตฉุกเฉินเช่นผู้ป่วย STEMI เราต้องเฝ้าระวังภาวะ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน ภาวะ Cardiogenic shock เป็นต้น พยาบาลต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยผ่านการอบรม ACLS และมีการเตรียมอุปกรณ์ในการกู้ชีพ เครื่อง defibrillator กล่องยา Emergency ที่ประกอบไปด้วย ยา Adrenaline, Atropine, Amiodarone, Dopamine, Digoxin, Diazepam, 7.5% NaCHO₃, เป็นต้น และถ้าเป็น Case ฉุกเฉินที่อาการยังไม่คงที่ก็จะมีแพทย์ไปด้วย โดยได้รับการประเมินจากแพทย์เวอร์ในห้องฉุกเฉิน (ID2T1L352-357)

....ตอนที่ เป็นพยาบาล Refer นะคะ จะต้องดู Case ว่าส่ง Case อะไร ถ้าเป็น Case STEMI ก็จะมีแพทย์ไปด้วย เราต้องไปดู ตั้งแต่แรกเลยว่า คนไข้เป็นอะไร รักษาอย่างไร มียาอะไรกินบ้าง แล้ว มาโรงพยาบาลของเราและรักษาอะไรไปแล้วบ้าง ได้ยาอะไรไปแล้ว บ้าง แล้วไปที่นั่น ไปทำอะไร หมอที่นั่นคือใคร ระหว่างเดินทางก็ต้อง ประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างทาง ถ้ามีแพทย์ไปด้วย ก็อาจ อุ่นใจไปได้หน่อยนึง แต่เราต้องเตรียม Emergency Box เตรียม Ambu Bag เตรียมเครื่อง AED ไปด้วย และก็มีเครื่องวัด Vital sign บนรถก็จะมีเครื่อง Suction พร้อมค่ะ ถ้าคนไข้ Arrest ระหว่างทาง เราก็จะต้องดูแลเบื้องต้นบนรถ และอาจแวะโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด ก่อนที่จะไปถึงโรงพยาบาลปลายทางค่ะ ID4T1L184-191

....พยาบาล Refer ที่มีประสบการณ์น้อย 1-2 ปีแรก อาจยังไม่เคย เจอ Case ที่หนัก ๆ เขาก็อาจจะประเมินคนไข้ไม่ได้ และอาจเตรียม อุปกรณ์ไปไม่ครบ เช่น พวกกระเป๋ายา กล่องยา Emergency ไป ยิ่งงี้ก็มี ก็จะเป็นปัญหาประมาณนี้ค่ะ...มีการแก้ปัญหาค่ะ โดยจาก การเพิ่มพูนทักษะความรู้ให้กับพยาบาล Refer ที่ประสบการณ์น้อย และสำหรับคนไข้ที่มีอาการ Unstable ที่มีความเสี่ยงอาการทรุด ระหว่างทาง ก็จะจัดให้มีแพทย์ Intern ไปด้วย 1 คน (ID10T1L209-214)

...เคยไป Refer กับเพื่อนคนนึง และ Suction ของเราเป็นการ ต้องใช้สาย NG ค่ะ ใส่ลงไป ใน Tube คนไข้ และใช้ Syringe ดูดเอา เสมหะของคนไข้ออกมา ซึ่งตอนนั้นคิดกับเพื่อนได้ และเสมหะก็ ออกมา ก็คือช่วยได้ค่ะ (ID4T1L211-213) Case ที่เราผ่านมา ประมาณ 4-5 ปี แล้วนะคะ ตอนนั้นเราก็เป็นพยาบาลจบใหม่ มาก ไปกับเพื่อน 1 คน ค่ะ เป็นผู้ป่วยชายเป็นเส้นเลือดหัวใจตีบ แพทย์ พิจารณาส่งไปสวนหัวใจเหมือนกันแต่เขาจะมีปัญหาเรื่อง เสมหะ เยอะเพราะน่าจะมึนในเรื่องของภาวะ CHF ร่วมด้วย และที่นี้เสมหะ เยอะ มันก็ออกมาจาก Tube ด้วย และออกมาจาก airway ด้วย คือ

ตอนนั้นเครื่อง Suction ไม่พร้อมเลย มันไม่ดูด แล้วเสมหะออกเยอะมาก คิดในใจถ้าไม่ทำอะไร คนไข้จะ Hypoxia ก่อนไปถึงนครสวรรค์แน่ ๆ ตอนนั้นก็รันทานนะคะ แต่ก็ตั้งสติค่ะ เพราะบนรถอะ มันมีของใช้ อย่างจำกัด เพราะฉะนั้นเราต้องหยิบพวกอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่สามารถ Adapt ได้ เอามาใช้ ก็เลยตัดลึนใจกับเพื่อนลองเอาสาย NG tube เนี่ยค่ะ ใส่เข้าไปและก็ใช้ไซลิ่งที่อยู่บนรถดูดออกมา ซึ่งก็ทำได้ มันก็สามารถดูด เสมหะออกมาได้ แต่มันก็ไม่ได้มีประสิทธิภาพเท่าเครื่อง Suction นะคะ เพราะเหมือนว่าแรงดูดมันจะไม่เท่า ไม่พอ แต่อย่างน้อยก็เป็นการจัดการเบื้องต้นได้ ณ ตอนนั้น และผลก็โอเคด้วย คนไข้ก็ได้รับการแก้ไขได้เบื้องต้น (ID4T2L47-57)

สำหรับการส่งต่อผู้ป่วย ทีมการส่งต่อจะประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน และพนักงานขับรถ 1 คน การจัดพยาบาลในแต่ละเวรมีข้อจำกัดเรื่องอัตรากำลังบุคลากร จึงไม่สามารถจัดพยาบาลได้ตามความเหมาะสมของประเภทผู้ป่วย ทำให้มีการฝึกอบรม ACLS เพื่อเพิ่มศักยภาพพยาบาลส่งต่อในการดูแลผู้ป่วย โดยจะมีการประเมินผู้ป่วยบนรถ ทุก 5-10 นาทีหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง และในกรณีของผู้ป่วยที่แพทย์ประเมินแล้วมีความเสี่ยงมีแพทย์ไปด้วย และจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินแล้วว่า ในกรณีผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ต้องรีบส่งตัวไปรักษา อาทิ ผู้ป่วย STEMI ต้องไปสวนหัวใจ ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง ต้องได้รับการผ่าตัดโดยเร่งด่วน ต้องใช้พยาบาลในห้องฉุกเฉินที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย Resuscitation ร่วมเดินทางไปด้วย ในกรณีที่ย้ายผู้ป่วยใน ไปโรงพยาบาลอื่น เมื่อแพทย์ห้องฉุกเฉินประเมินแล้วว่า อาจเกิดความเสียงระหว่างเดินทาง จะต้องให้พยาบาลห้องฉุกเฉินไปส่งต่อ เนื่องจากมีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย มีทักษะการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการทำ CPR ระหว่างการส่งต่อ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ต้องทำ CPR พยาบาลในรถส่งต่อต้องสั่งการให้คนขับรถแวะโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด เพื่อช่วยชีวิตของผู้ป่วยให้ฟื้นคืนชีพก่อนจึงจะเดินทางต่อไปยังโรงพยาบาลปลายทาง ในระหว่างเดินทาง พยาบาลจะมีการให้ข้อมูลพยาบาลงานส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลปลายทางเป็นระยะๆ ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์ดังนี้

...เขาเป็นคนไข้ของตึกข้างใน ที่เรียกพยาบาล ER ไป refer คนไข้ MI STEMI ส่งต่อไปยังสวนหัวใจ และคนไข้ก็มีภาวะ unstable หมอ ก็รับทราบอยู่แล้วว่า unstable มี BP ปริ่ม ๆ ประมาณ 100/60 mmHg อะไรประมาณนี้อะคะ ซึ่งมีโอกาสที่ BP จะ drop ลงได้อีก ก็ มีการ consult หมอจากตึกใน ก็ให้มีการเตรียมยา Levophed เนื่องจากไปถึงและทำการประเมินคนไข้เบื้องต้น และคาดการณ์ที่ อาจเกิดกับผู้ป่วยรายนี้ จึงมีการเตรียมยาห้อยไปอะคะ ซึ่งก็ได้ใช้จริง ๆ เพราะระหว่างทางมีการวัด BP ในทุก 5 -10 นาที มันก็มี drop แบบ 80/40 mmHg. ไรจี้ เราก็ให้ Levophed ตามที่หมอมองวางแผนการรักษามาได้เลย เพื่อที่จะให้คนไข้เขามี BP กลับมา stable ก่อนถึงโรงพยาบาลปลายทางคะ (ID4T2L36-43)

...ก็เป็นทีมพยาบาลที่ศูนย์ส่งต่อจัดไว้สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยของ โรงพยาบาลโดยเป็นทีม พยาบาลวิชาชีพโดยจัดเป็นเวรเช้า บ่าย ดึก เวรละ 2 คน แต่ถ้าทีมที่จัดไว้มีไปส่งต่อผู้ป่วย แล้วในห้องฉุกเฉินมี ผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เช่นผู้ป่วย STEMI ที่ต้องไป สวนหัวใจ ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองที่ต้องเข้ารับการรักษาผ่าตัดด่วนใน กรณีที่โรงพยาบาลไม่มีแพทย์เฉพาะทางอยู่เวร เราก็ต้องใช้พยาบาล ในห้องฉุกเฉินไปส่งเอง (ID2T1L343-347)..ในบางกรณีที่มีการส่งต่อ ผู้ป่วยในบางครั้งการจัดสรรพยาบาล แต่เนื่องจากข้อจำกัดเรื่อง ทรัพยากร ทำให้ในบางครั้งเลือกพยาบาลไม่ได้ แต่โรงพยาบาลก็ พยายามแก้ปัญหาให้โดยการจัดอบรม ACLS ให้กับพยาบาลทุก หน่วยงาน เพื่อให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลต้องมี ประสบการณ์ ต้องผ่านการอบรม ACLS ถ้าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุด เต็มต้องสามารถทำ CPR ได้ (ID2T1L361-362)

...การเป็นพยาบาลส่งต่อ ในการส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยหนัก พยาบาลในห้องฉุกเฉินก็ต้องเป็นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในรถพยาบาล เช่น ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นพยาบาลรับหน้าที่เบอร์ 3 ที่ดูแลผู้ป่วยหนัก ต้องไป refer จะโอเคกว่าเนื่องจากมีความชำนาญมากกว่า (ID1T1L222-224)

...เรามีการประเมินคนไข้บนรถเนี่ย ตลอดเวลาทุก 5 – 10 นาที แล้วก็ในบาง Case ที่มีความจำเป็นที่จะต้องเอาแพทย์ไปด้วย เช่น เจอเคสแบบแปลก ๆ เป็นพวก Case STEMI คนไข้เขาแบบอาการไม่ค่อย Stable อันนี้ก็จะมีแพทย์ไปด้วย เราไม่ต้องเสียเวลาในการ Consult เพราะแพทย์อยู่ข้าง ๆ กันกับเราเลย เพราะฉะนั้นถ้าต้องการ Resuscitate เรื่องอะไรเนี่ย ก็รายงานแพทย์และได้ทำเลย ไม่เสียเวลา แต่บาง Case ที่ออกไปโดยมีพยาบาล 2 คน ที่ออกไปคู่กัน โดยไม่มีแพทย์ หากคนไข้มีอาการเปลี่ยนแปลง เราก็รู้สึกตื่นเต้นใจไม่อยู่กับเนื้อกับตัวเลยละทีเนี่ย เราจะต้องประเมินก่อนว่า ณ ตอนนั้นรถเราถึงไหนแล้ว โรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด และรักษาดูแลคนไข้คนนี้ได้ อันนี้เราก็จะต้องมีการประสานกับพนักงานขับรถยนต์อีกทีหนึ่งว่าจะนำส่งที่ไหนก่อน แวะที่ไหนก่อน (ID5T1L259-266)

...เคยไป Refer ต้องจะมีไป Refer คนไข้ STEMI ต้องดูด้วยว่าตัวโรคนี้เสี่ยงจะเกิดภาวะอะไรบ้าง Cardiac arrest อาจต้องเตรียม Emergency box ไป...ที่ม Refer ถ้าเป็นกรณี STEMI หรือ unstable นะคะ ก็จะมีแพทย์ไป 1 คน พยาบาล 2 คน คนขับรถ และญาติค่ะ...คนไข้ BP drop กระสับกระส่าย ไร่จี้ค่ะ Heart rate เป็น Short run เป็น VT ไร่จี้...BP drop หมอาก็ให้ load IV อย่างพวก Short run หมอเขาก็ให้ monitor ตลอดเวลา คลำชีพจรตลอดเวลา...เฝ้าระวัง Cardiac arrest เฝ้าระวังพวก VF VT อาจจะต้องทำ Defib อะไรยังงี้ ก่อนหน้านี้ตอนจบใหม่ ก็เคยมีประสบการณ์ในการเรียนอ่าน EKG และมีประสบการณ์ในการไปอบรมที่โรงพยาบาลทรวงอก เกี่ยวกับการดูแลคนไข้ ใน ACS อะไรจี้ ก็จะทำอ่าน EKG หลัก ๆ ที่มีความสำคัญฉุกเฉินเบื้องต้นได้ พวก VF VT SVT ไร่จี้ คร่าว ๆ ได้ (ID9T1L336-351)

เมื่อถึงโรงพยาบาลปลายทาง หากผู้ป่วยมีอาการคงที่ (Stable) จะมีการส่งเวรผู้ป่วยที่บริเวณจุดคัดกรองตามหลัก Sbar และมีการส่งเวรเพิ่มในกรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงบนรถ refer และได้รับการรักษาเพิ่มจากโรงพยาบาลต้นทาง ประเมินสัญญาณชีพ และในกรณีผู้ป่วยมีอาการไม่

Stable หรือ ใส่ท่อช่วยหายใจจะมีการนำผู้ป่วยไปประเมินและส่งเวรในห้องฉุกเฉิน โดยพยาบาล refer ต้องส่งเวรให้กับพยาบาลคัดกรองและแพทย์ในห้องฉุกเฉิน และในกรณีผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องสวนหัวใจ หรือต้องเข้าห้องผ่าตัดในระบบ Fast track ผู้ป่วยจะไม่ผ่านห้องฉุกเฉิน โดยพยาบาล refer จะไปส่งผู้ป่วยที่ห้องสวนหัวใจ หรือห้องผ่าตัด รวมถึงส่งเวรกับพยาบาลและแพทย์โดยตรงที่หน่วยงานนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการที่รวดเร็วขึ้น ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์ดังนี้

...เมื่อถึงโรงพยาบาลปลายทางจะมีการส่งเวรที่จุดคัดกรองด้านหน้าห้องฉุกเฉิน ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการ Stable และไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยส่งอาการตามหลัก Sbar และมีการส่งเวรเพิ่มเติมหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงบนรถ และได้รับการรักษาอะไรเพิ่มเติมขณะเดินทาง หลังจากนั้นพยาบาลจุดคัดกรองจะประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วย และซักประวัติว่าจะให้ไปตรวจที่แผนกไหน แต่ในกรณีผู้ป่วยมีอาการไม่ Stable ใส่ท่อช่วยหายใจ พยาบาลที่จุดคัดกรองจะให้ไปส่งเวรด้านในห้องฉุกเฉิน พร้อมกับให้แพทย์ประจำห้องฉุกเฉินรับเวรพร้อมกับพยาบาล จุดคัดกรอง (ID9T1L356-362)

...ส่วนมากจะเป็นจุดคัดกรองที่ ER ของโรงพยาบาลปลายทางนั้น ๆ เข้า ER ก่อนอันดับแรก น้อยครั้งที่จะรับคนไข้และ Refer ไปส่งที่ Ward ไม่ค่อยเจอแบบนั้น แต่เคยเจอในกรณีคนไข้ STEMI แพทย์โรคหัวใจพิจารณาสวนหัวใจแบบ Emergency คือเมื่อไปถึงที่โรงพยาบาลปลายทาง ผู้ป่วยจะไม่ผ่านห้องฉุกเฉิน จะขึ้นไปส่งที่ห้องสวนหัวใจเลย มีการเตรียมเอกสารผู้ป่วยรอ โดยทีมพยาบาล refer ต้องไปส่งผู้ป่วยที่ห้องสวนหัวใจ และส่งเวรกับแพทย์พยาบาลห้องสวนหัวใจเกี่ยวกับอาการ การรักษาที่ได้รับ และอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่เร็วขึ้น เช่นเดียวกับผู้ป่วย Neuro Fast tract ที่ต้องเข้าผ่าตัดโดยด่วน (ID3T3L87-93)

อย่างไรก็ตาม พยาบาลได้สะท้อนการทำงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินว่า เป็นกลุ่มที่ทำงานหนัก จะต้องไป refer ผู้ป่วยในกรณีที่มีผู้ป่วยอื่นที่ต้องส่งต่อในขณะที่พยาบาลทีมหลักไปส่งต่อผู้ป่วย หรือในกรณีที่แพทย์เวชศาสตร์ประเมินผู้ป่วยแล้วมีความเสี่ยง จำเป็นต้องใช้พยาบาล

ห้องฉุกเฉินไป refer โดยมีการมอบหมายให้พยาบาลที่ประจำห้อง resuscitation เป็น 1 ในทีมด้วย โดยให้เหตุผลว่าจะได้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้งานของพยาบาลที่อยู่โซนอื่นต้องทำหน้าที่แทนพยาบาลส่งต่อ พยาบาลบางรายสะท้อนว่าไม่ต้องการทำงานการส่งต่อ แต่เมื่อเข้ามาปฏิบัติงานในช่วง 1- 6 ปีแรกหัวหน้า ER จะมอบหมายให้อยู่เวร stand by refer ตลอด ส่งผลให้พยาบาลมีวันหยุดพักผ่อนน้อยกว่าที่ควรจะเป็น บางครั้งต้องไปส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลที่อยู่ระยะไกล เช่น 300 กิโลเมตร ความกลัวเรื่องอาการไม่คงที่ของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะ Cardiac arrest ตลอดเวลา ประกอบความกลัวเรื่องของอุบัติเหตุจราจร พฤติกรรมการขับรถเร็วของพนักงานขับรถ ทำให้รู้สึกไม่มีความมั่นใจในชีวิต ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...ส่วนตัวไม่ชอบไป Refer เพราะมันอันตราย กลัวเกิดอุบัติเหตุค่ะ แต่ว่าเหตุผลหรือความจำเป็น ๆ ตอนนี่ที่ต้องไป คือเป็นพยาบาลเบอร์ 3 ก็ต้องไป Refer ในกรณีที่เป็น Case ซ้อนแล้วทีม refer ของรพ.ไม่อยู่และอีกกรณีที่แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินประเมินแล้วมีความเสี่ยงต้องการให้พยาบาลห้องฉุกเฉินไป refer คนไข้เอง พยาบาลประจำห้อง resuscitation ก็ต้องเป็น 1 ในทีมในการส่งต่อเพราะเป็นคนดูแล case และเป็นการແຕ່เนื่อง (ID9T1L364-368)

...ก็กลัวในเรื่องของคนไข้ที่ไม่ Stable และ Refer ไป แล้วสุดท้ายไป Arrest ระหว่างทาง หลัก ๆ คือ เราก็ทำการช่วยชีวิตเบื้องต้น และหาโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด และขอเขาไป Resuscitate ที่โรงพยาบาลนั้น การไป refer ก็กลัวอุบัติเหตุเหมือนกัน เราก็ต้องดูว่าพนักงานขับรถที่ไปกับเราเป็นใคร ขับรถยังไง บางคนเราก็รู้ว่าเขาไม่ได้เร่งรีบเท่าไร หรือบางคนก็รีบจนน่ากลัวก็มี กลัวเหมือนกัน ก็เลยไม่อยากอยู่ Refer อันตราย (ID3T3L77-81)

การเข้าทีมระบบส่งต่อ เพราะเข้าปฏิบัติงานในช่วง 1-6 ปีแรกบังคับให้อยู่เวร stand by refer ส่วนตัวไม่ชอบเพราะปกติแล้วเวรของอีอาจจะแน่นกว่าวอดในอยู่แล้วเพราะอีามีหลาย Job เช่น เวรเช้าวันทำการ เวรบ่ายดึก เวร OT เวรศูนย์สั่งการ เวรออกหน่วย ไหนจะ

เวนพิเศษ5อันนี้ก็ไม่แน่นอนบางทีก็มีเปิดโควิด เราก็ต้องมีเวนไปอยู่กับเขาด้วยอีก ซึ่งจะมีเปิดเป็นครั้งคราว ซึ่งทำให้เดือนๆนึง เราขึ้นเวรเยอะมาก ๆ แทบไม่มีวันหยุด และที่สำคัญการไปส่งต่อผู้ป่วย บางครั้งถ้าดวงดีหน่อยก็ข้ามจังหวัดไปแค่ 50-60 โล แต่ถ้าดวงแยๆ เลยก็ไปไกล 300 กิโลเมตร ก็มี เป็น OPD case ไปนั่งรอหมอตรวจเป็นวันๆ บางทีไปตั้งแต่ 6 โมงเช้า กลับมาถึงจนเย็นต้องมาต่อเวรป่วยอีก ทำให้เราไม่ได้พักเลย และยังไป refer ไกลเท่าไรก็ยังมีความเสี่ยงอันตรายมากยิ่งขึ้น ด้วยเหตุผลนี้ทำให้เราไม่อยากจะ refer คนไข้เพราะถ้าเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝันเกิดขึ้น ใครจะรับผิดชอบชีวิตเรา จากที่ผ่านมา ไม่ได้มีใครมารันทันทีความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่นี้เลย ทำให้เราไม่มีความมั่นใจในชีวิตเลยสักครั้งที่ออกไปกับรถ refer (ID5T2L68-78)

2.5 ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน

การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือการออกช่วยเหลือผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโดยการปฏิบัติงานภายใต้ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 เมื่อได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยจากการโทรแจ้งผ่านเบอร์สายด่วน 1669 พยาบาลรับแจ้งเหตุจะรับข้อมูลการเจ็บป่วย สถานที่ และทำการคัดกรองผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ (Triage by phone) เพื่อแยกระดับความรุนแรง และสั่งทีมออกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ จากการวิเคราะห์ข้อมูล การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.5.1) รับแจ้งเหตุและสั่งการเพื่อประเมินความช่วยเหลือที่เหมาะสม 2.5.2) ออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุโดยเน้นความปลอดภัยของทุกคน

2.5.1 รับแจ้งเหตุและสั่งการเพื่อประเมินความช่วยเหลือที่เหมาะสม

เมื่อพยาบาลรับแจ้งเหตุผ่านสายด่วน 1669 พยาบาลจะมีจากการซักประวัติจากญาติ หรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ เกี่ยวกับลักษณะของการเจ็บป่วย เหตุการณ์ที่นำไปสู่การเจ็บป่วย โรคประจำตัว พร้อมทั้งข้อมูลการติดต่อกลับ เพื่อสะดวกต่อการไปรับมารักษา และพยาบาลจะจำแนกความรุนแรงตาม 25 กลุ่มอาการของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และสั่งการให้สั่งทีมออกปฏิบัติการในพื้นที่ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...จะประกอบไปด้วยพนักงานศิษย์ข้อมูล ก็อาจจะเป็นพี EMT หรือพวกพีที่เขาไปฝึกอบรมมา และมีพยาบาลด้วย 1 คน พยาบาลจะคอยรับสาย ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ ง่ายงาน ส่วนพีที่เขามาช่วยก็อาจจะช่วยรับได้ด้วยและก็อาจจะสั่งการให้เราด้วย แต่เขาก็จะ Consult เราก่อน และเขาก็เป็นคนที่ศิษย์ข้อมูลและส่งข้อมูลไปในระบบ items อะ (ID4T1L99-104)

...ก็จะมีการอยู่เวรในระบบ 1669 ในการรับโทรศัพท์สายด่วนเจ็บป่วยฉุกเฉิน...ในการปฏิบัติงานรับสายด่วนเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในฐานะพยาบาล เราต้องสามารถให้ความรู้กับผู้แจ้งเหตุ การประเมินอาการผู้ป่วยจากข้อมูลการรับแจ้ง เช่น กรณีรับแจ้งผู้ป่วย เราต้องมีการสอบถาม ว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวหรือไม่ อาการเป็นอย่างไร หลังจากนั้นเราต้องสามารถให้ คำแนะนำเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพราะในการออกปฏิบัติการ บางเหตุการณ์ ระยะเวลาในการออกปฏิบัติการ และพื้นที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น เราต้องอธิบาย ให้ญาติ หรือผู้อยู่ในเหตุการณ์สามารถทำการ CPR ให้ได้ (ID1T1L91,L96-101)

...ได้ดูแล ระบบ EMS หรือ 1669 ด้วย ก็จะทำงานพวกประสานงาน ง่ายงานให้พวก โรงพยาบาลชุมชน คอยสั่งการพวก Basic Advance คอยกำกับการทำงาน หรือว่า Consult แพทย์ให้ด้วย ซึ่งระบบ EMS เราจะใช้ระบบ Phone Triage จะแบ่งเป็นรหัสไป เช่น รหัสแดง เราก็จะการตอบสนอง เช่นทีมที่ใกล้ที่สุด เช่น FR คือทีมที่ใกล้ที่สุด ต้องไปภายใน 4 นาที และก็ต้องคอยสั่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดในเขตนั่น ออกไปให้ทันภายในเวลา 8 นาที มีการเปิด Silence หรือแสงไฟวับวาบ ไร้งั้นะคะ ต่อไปก็จะเป็นพวกรหัสเหลือง เขียว ขาว ดำ ก็จะถูกตาม Phone Triage 1669 ได้เลย ซึ่งเวลาที่คนไข้โทรมา ถ้าเกิดเป็น Case ขาว เราก็อาจจะให้คำแนะนำว่า เช่น มีอาการปวดหัว มีไข้ เราก็จะแนะนำว่าให้กินยาแก้ปวดหัวดู หรือยัง เช่น ยาพารา แต่ก่อนที่เราจะให้เขากินยา เราก็จะต้องถามอย่างอื่นด้วย เช่น โรคประจำตัว หรือว่าซักประวัติเพิ่มเติมก่อนหน้า

นั้น เช่น ตอนนี้มีโควิด เราก็อาจจะถามว่า ตรวจโควิดไปหรือยัง ถ้าเป็นอยู่ก็ถามว่ารับยาหรือยัง แนะนำเวลาการรับยา และแนะนำอาการที่สมควรแก่การที่จะมาโรงพยาบาล และอาจให้โทรซ้ำกลับมา 1669 อีกครั้งนึง เราจะต้องถามเรื่องอาการให้ชัดเจนพวก Stroke เพราะเราไม่ได้อยู่ในพื้นที่ ณ ตรงนั้น ขอเบอร์โทร ชื่อ ผู้ติดต่อ ปัญหาที่เจอตอนนั้นคือ ญาติ รู้สึกตื่นเต้น และอาจรู้สึกไม่ค่อยดีที่เราถามเยอะเกินไป ไรจี้ เพราะฉะนั้นเราต้องมีวิธีพูด (ID4T1L80-97)

...ในหนึ่งเวรจะมีพยาบาล 1 คน และเจ้าหน้าที่คีย์ข้อมูล 1 คน พยาบาลจะเป็นคนตัดสินใจและสั่งการ เช่น มีผู้ป่วยรับแจ้งเข้ามาว่ามีอาการแน่นหน้าอก พยาบาลจะมีการซักประวัติผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการและแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยตาม 25 กลุ่มอาการของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จัดลำดับความเร่งด่วน พยาบาลจะต้องตัดสินใจในการสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการออกมารับผู้ป่วยว่าเป็นระดับใด ALS, ILS, BLS และ FR และพนักงานคีย์ข้อมูลซึ่งเป็นน้อง AEMT หรือ EMT คอยช่วยเรารับสาย 1669 หากพยาบาลติดคู่สายไม่สามารถรับสายได้ (ID5T1L275-280)

...ให้เขาใจเย็น ๆ ต้องบอกเขาว่า เหตุผลที่เราถามเพราะอะไร และก็ให้เขาเรียบตอบ เราจะได้ดำเนินการไว ๆ ไม่ช้า จะได้รับไปรับทัน ตอนนั้นต้องมีสติในการทำงานด้วยเหมือนกันค่ะ (ID4T1L)

สำหรับการรับสายแจ้งกรณีผู้ป่วยติดโควิด หากอาการไม่มากจะแนะนำให้มาตรวจในเวลาราชการ หากมีอาการผิดปกติ จะสั่งการให้รถพยาบาลไปรับที่บ้านเพื่อนำมารักษาตัวที่ ER ในโซนที่จัดไว้เฉพาะผู้ป่วยโควิด และหากจำเป็นต้องรับตัวไว้ในโรงพยาบาล จะมีการส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยโควิด ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...การปฏิบัติงานรับสาย 1669 โควิด ในเรื่องของการให้คำแนะนำในช่วงแรกก็จัดแนะนำให้มารับยาตอนไหนในเวลาราชการ การตรวจเบื้องต้นสำหรับผู้สงสัยการป่วย การรับประสานยาต้านไวรัส หรือ

การแนะนำอาการที่ผิดปกติที่คนไข้โควิดที่รักษาตัวที่บ้านต้องรับมา รักษาต่อที่โรงพยาบาล และก็จะมีการทำงานในระบบ EMS การดูแลผู้ป่วยโควิดในห้องฉุกเฉินที่ได้พูดเมื่อสักครู่ ที่ดูแลผู้ป่วยโควิดในประเภท Emergency และประเภท Resuscitation ในการป้องกันการรักษา และในการออกปฏิบัติการในการรับผู้ป่วยที่รักษาที่โรงพยาบาลสนามที่มีอาการหนักเพื่อรับมารักษาต่อในโรงพยาบาล พื้นที่ศึกษา และออกมารับผู้ป่วยโควิดที่บ้านด้วย ในช่วงแรกของการแพร่ระบาดจะมีตึกที่รองรับผู้ป่วยโควิด เราก็จะมีการปรึกษาแพทย์ว่าเมื่อรับผู้ป่วยแล้วจะนำผู้ป่วยไปส่งที่ไหนของหอผู้ป่วย (ID4T1L350-358)

เมื่อพยาบาลรับแจ้งแล้วจะมีการประเมินความรุนแรงออกเป็นสีแดง เหลือง เขียว ขาว และดำ หลังจากนั้นจะมีการสั่งการให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบ ออกปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยแบ่งเป็น ALS, ILS, BLS, FR ซึ่งพยาบาลเล่าว่าพยาบาลในการปฏิบัติงานจำเป็นต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์ในการวินิจฉัยและสั่งการให้ถูกต้องและแม่นยำที่สุด เพื่อจะได้ออกไปช่วยเหลือได้ถูกต้อง รวดเร็วและทันเวลา ในการทำงานของพยาบาลรับแจ้งเหตุนี้ จะมีพนักงานช่วยเหลือฉุกเฉินช่วยอยู่ 2 คน หนึ่งเวรเช้าและเวรบ่าย แต่ถ้าเป็นเวรตึกพยาบาลจะรับสายสั่งการคนเดียว หากมีประชาชนโทรเข้ามาหลายสายพร้อมๆกัน พยาบาลจะรายงานหัวหน้าหน่วย ER ให้ส่งพยาบาลโซนอื่นมาช่วยงาน ดั่งคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...การรับแจ้งเหตุ อาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ประเมินความฉุกเฉิน หลังจากรับแจ้งเหตุมาแล้ว ก็ Dispatch ไปว่า ให้ใครไปรับ ให้เป็นโรงพยาบาลหรือ FR ไปได้...จริง ๆ แล้ว ก็คือ พยาบาลที่สั่งการ อาจจะต้องผ่านการอบรม Dispatch มาก่อนนะคะ ถึงจะทำได้ คือมันก็ไม่ 100 % ที่พยาบาลที่อยู่ห้องฉุกเฉินจะต้องผ่านการอบรมนั้น มาทุกคน อาจจะต้องใช้การ Train จากหัวหน้าหรือรองหัวหน้างาน ไร้นี้คะ ที่ผ่านระบบงานมาก่อนเรา หรือ คนที่มีประสบการณ์มาก ๆ (ID9T1L207-213)

...จะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องศูนย์สั่งการ (Dispatcher) ก็จะมีหน้าที่ในการรับแจ้งเหตุ ผ่านระบบสายด่วน 1669 ในรูปแบบการรับผิดชอบทั้งจังหวัดชัชนาท ในพื้นที่จังหวัดมีเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินก็จะมาติดที่ศูนย์รับแจ้งเหตุของชัชนาท พยาบาลก็จะมีหน้าที่ในการรับข้อมูล และวินิจฉัยสั่งการว่าการเจ็บป่วยเข้ากับ 25 กลุ่มอาการเจ็บป่วยของระบบการแพทย์ฉุกเฉินกลุ่มอาการไหน และระดับความรุนแรงที่แบ่งออกเป็นสีแดง เหลือง เขียว ขาว และดำ และสั่งทีมออกไปปฏิบัติการโดยจัดตามระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยแบ่งเป็น ALS, ILS, BLS, FR (ID2T1L371-377)

...ในเวร จะประกอบไปด้วยพนักงานคีย์ข้อมูล ก็อาจจะเป็นที่ EMT หรือพวกพี่ที่เขาไปฝึกอบรมมา และมีพยาบาลด้วย 1 คน ค่ะ... พยาบาลจะคอยรับสาย ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ ง่ายงาน ส่วนพี่ที่เขา มาช่วยก็อาจจะช่วยรับได้ด้วยและก็จะสั่งการให้เราด้วย แต่เขาก็จะ Consult เราก่อน และเขาก็เป็นคนทีคีย์ข้อมูลและส่งข้อมูลไปในระบบอะค่ะ...ในเวรเช้าเราจะมี 2 คน นะคะ และที่เวรบ่ายจะมี 2 คน เช่นกัน ส่วนเวรดึกจะเหลือ 1 คน เพราะว่าในช่วงเวรดึก จะไม่ค่อยมีคนใช้โทรมาเยอะ ส่วนใหญ่อาจจะจะเป็นสายที่ต้องให้คำแนะนำมากกว่า ก็จะมีพยาบาลอยู่เพียงแค่นคนเดียว...ถ้าอยู่คนเดียวจะมีปัญหาเกิดขึ้นต่อเมื่อ เราได้รับสายที่เยอะเกินไป และอาจมีคนไข้เยอะ เช่น อุบัติเหตุหมู่ อะไรที่เราแบบว่า ทำคนเดียวไม่ไหว เราอาจจะต้องขอความช่วยเหลือค่ะ...เราต้องรายงานหัวหน้าตึก ER อันดับแรก และอาจขอความช่วยเหลือจากคนใน ER เพราะเป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้... (ID4T1L96-111)

หลังจากสั่งการให้รถฉุกเฉินออกช่วยเหลือผู้ป่วยแล้ว ระหว่างรอทีมปฏิบัติการถึงจุดเกิดเหตุ พยาบาลแจ้งเหตุจะโทรกลับไปหาญาติเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยเป็นระยะๆ โดยการสอบถามจากญาติ หรือผู้พบเหตุ และสอนให้ญาติหรือผู้พบเหตุปฐมพยาบาลเบื้องต้นไปก่อน แต่หากผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น พยาบาลจะสอนการทำ CPR เพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วยก่อนที่ทีมปฏิบัติการที่ออกช่วยเหลือจะไปถึง หรือหากผู้ป่วยมีอาการชักเกร็ง พยาบาลจะแนะนำให้หาวัดสติให้

ผู้ป่วยกััด จับตะแคงหน้า จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ถ้าผู้ป่วยหยุดชักก็จะแนะนำให้จัดท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ เพื่อระบายเสมหะและน้ำลาย เป็นต้น ดังคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...หลังจากนั้นเราต้องสามารถให้ คำแนะนำเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพราะในการออกปฏิบัติการ บางเหตุการณ์ระยะเวลาในการออกปฏิบัติการ และพื้นที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น เราต้องอธิบาย ให้ญาติหรือผู้อยู่ในเหตุการณ์ สามารถทำการ CPR ให้ได้... อย่างแรกเราต้องประเมินจากการสอบถามว่าในเหตุการณ์มีผู้ช่วยเหลือกี่คน มีเครื่อง AED [เครื่องกระตุก...]ไหม และถ้าไม่มี ให้ถามว่ามีใครสามารถทำ CPR [ปั๊มหัวใจ] เป็นหรือไม่ ถ้าในที่ที่เกิดเหตุมีหลายคน และ สามารถทำ CPR ได้ให้ทำรอดปฏิบัติการฉุกเฉิน ถ้าไม่มีใครสามารถทำได้แนะนำให้เปิดโฟน แล้วก็อธิบายขั้นตอน การวางตำแหน่งมือ กดอย่างไร กดลึกเท่าไร พร้อมทั้งคู่มือที่ปฏิบัติงานในศูนย์รับแจ้งเหตุ จะทำการส่งการ ให้รถพร้อมทีม ปฏิบัติการ ออกไปช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ (ID1T1L105-110)

...พยาบาลก็จะโทรกลับไปหาญาติที่โทรแจ้ง เช่นถ้าญาติโทรเข้ามาผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ไม่หายใจ เราจะสอบถามก่อนว่าญาติเต็มทีหรือป่าว ญาติต้องการให้ปั๊มหัวใจ ระหว่างที่ทีมกำลังเดินทาง ต้องอธิบายกับญาติว่าการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มโอกาสการรอดชีวิต ญาติต้องมีการปั๊มหัวใจรอ ขณะที่รถออกไป เราก็จะมีการสอน ก่อนสอนเราต้องสร้างความมั่นใจให้เค้าก่อน คนไข้จะรอดถ้าญาติทำการ CPR รอทีม เราจะสอนการ CPR ทางโทรศัพท์เลย...เราจะสอน บอกวิธีการให้ญาติมานั่งด้านข้างของผู้ป่วย เข้าขวาอยู่บริเวณหัวไหล่ เข้าซ้ายอยู่บริเวณเอว เอามือประสานกัน กดที่ตรงกลางหน้าอก แขนตั้งตั้งฉากกับลำตัวคนไข้ ความลึก ความเร็วตามที่เราเรียนมาให้กดหน้าอก 30 ครั้ง ช่วยหายใจ 2 ครั้ง แต่ถ้าไม่ใช่ญาติหรือผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคติดต่อจะไม่แนะนำให้ช่วยหายใจ จะให้ปั๊มอย่างเดียว เราก็แจ้งกับญาติ (ID5T1L345-355)

...ในการปฐมพยาบาลเมื่อเราปฏิบัติการณ์สั่งการ 1669 นอกจากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นแล้ว ส่วนมากเราก็จะแนะนำเกือบทุกครั้ง เช่น ผู้ป่วยที่รับแจ้งภาวะมีภาวะชักเกร็ง ซึ่งกำลังชักอยู่พยาบาลก็จะแนะนำเกี่ยวกับการดูแลกัญญาติ โดยแนะนำให้หาวัสดุให้ผู้ผู้ป่วยกัด จับตะแคงหน้า จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ถ้าผู้ป่วยหยุดชักก็จะแนะนำให้จัดท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ เพื่อระบายเสมหะ น้ำลาย หรือถ้าเป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุในกรณีคนโทรแจ้งอยู่ในที่เกิดเหตุ เราจะแนะนำเกี่ยวกับการช่วยเหลือ ถ้าไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาล จะไม่ให้ทำอะไร ให้ประเมินผู้ป่วยด้วยสายตา แต่ถ้ามีความรู้อาจให้เข้าไปประคองศีรษะ และรอทีม ALS ไปที่เกิดเหตุ เพราะการช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุถ้าไปช่วยผู้ป่วยในรายที่มีการบาดเจ็บที่คอ และเคลื่อนยแบบผิดวิธีอาจทำให้ผู้ป่วยเจ็บได้รับการบาดเจ็บเพิ่มมากขึ้น (ID5T2L33-36)

ในการปฏิบัติการณ์ในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ พยาบาลที่ปฏิบัติการณ์เล่าว่าในทุกๆวัน นอกจากการโทรแจ้งที่เป็นการเจ็บป่วยจริงแล้ว ยังมีกลุ่มบุคคลที่โทรมาก่อน หรือแจ้งข้อมูลเท็จ รวมถึงผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต โทรมาพูดจาหยาบคายน หรือพูดทะเลาะกับเจ้าหน้าที่ ส่งผลทำให้เสียเวลา เสียโอกาสกับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจริง ๆ ซึ่งพยาบาลมีการแก้ไขเหตุการณ์ดังกล่าวโดยรายงานหัวหน้า ER และจัดการบล็อกเบอร์ปิดกั้นการโทรซ้ำ แต่ปัญหาการก่อนนั้นก็ยังมีอยู่ตลอด ดังคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...ก็จะมีพวกโทรก่อนบ้าง โรคจิตโทรมาพูดจาทะเลาะกับเจ้าหน้าที่ คือบางเวรเกือบ 20-30 สายไม่ต้องทำอะไรเลย บางทีเรารับแจ้งเหตุและสั่งการอยู่ เราก็เหมือนต้องรีบจบการสนทนากับคู่สายเพื่อรับสายอีกคู่สาย สรุปพอรับเป็นโรคจิต มาขอดูโน่น ดูนี่ ขอมืออะไรด้วย ยิ่งเป็นเจ้าหน้าที่ผู้หญิงมันยิ่งโทรทิ้งเวร เราก็โมโห บางทีก็แอบด่าไปเหมือนกัน บางทีช่วงปิดเทอมก็จะเป็นเด็กโทรมาเล่น มาก่อน โทรแจ้งว่ามีอุบัติเหตุที่โน่น ที่นี้ มีรถเกิดอุบัติเหตุ เราก็สั่งการให้มูลนิธิไปดูบ้าง สรุปไม่มีเหตุ มันก็เสียโอกาสที่เราจะไปรับผู้ป่วยจริง พอมีเหตุ

จริงทีมไม่พอบ้างออกปฏิบัติภารกิจอีก การแก้ไขก็รายงานหัวหน้างาน
ก็มีการแก้ไขโดยการจัดซื้อโทรศัพท์ที่สามารถบล็อกเบอร์ที่เป็นเบอร์
ก่อกวน ช่วงนี้ก็ดีขึ้นนะค่ะ เบลอง (ID5T1L357-364)

2.5.2 ออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุโดยเน้นความปลอดภัยของทุกคน

พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุจะออกปฏิบัติการกับทีมเฉพาะการเกิดเหตุ
ในระดับ Advanced Life support โดยทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีม ภายหลังจากรับแจ้งแล้วสั่งการ
พยาบาลแล้วว่าเมื่อได้ข้อมูลการเจ็บป่วย ต้องมีการวางแผนการออกปฏิบัติการโดยมุ่งเน้นความ
ปลอดภัยของผู้ช่วยเหลือ ถ้าสถานการณ์ไม่ปลอดภัย ทีมต้องขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานใด การ
วางแผนการรักษา โดยคิดว่าผู้ป่วยสามารถเป็นอะไรได้บ้างโดยอาศัยประสบการณ์ในการวิเคราะห์
เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ ในการช่วยเหลือผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...เป็นที่ทีมแหละค่ะ หมายถึง เบอร์ 1 หนูก็จะจัด Assign เป็น
ตัวลอย โดนจัดขึ้นมาเป็น ตัวลอย และวันนี้จะไปประกบพื้นที่ออก
EMS นะคะ ไม่ได้เป็นที่เลี้ยงอย่างเดียว หมายถึงว่าก็เป็นพื้นที่อยู่ในเวร
ที่ได้รับมอบหมายต้องออกเหตุ เราก็ต้องไปกับเขา...ออกกับพื้นที่ที่มี
ประสบการณ์ก่อน ออกจนแบบว่า คือ หนูก็ไม่ได้มั่นใจทุกครั้งว่าออก
ทุกครั้งแล้วทุกอย่างต้องให้ครอบคลุมด้วยแหละค่ะ แต่คือหลังๆ พอ
ออกด้วยก็แบบถ้าคนไข้โอเค อาการคงที่ก็รีบนำส่ง แต่ถ้าไม่คงที่ก็โทร
กลับมารายงานที่ศูนย์ และขอแผนการรักษาจากหมอ แต่เราก็ต้อง
รู้จักคนไข้ประเภทนี้ เช่นแบบ คนไข้ Trauma คนไข้ตกจากที่สูง เรา
ก็ต้องดูก่อนว่าสายไฟขาดหรือไหม สถานการณ์ที่ปลอดภัยไหม
สามารถเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยได้ไหม ถ้าปลอดภัยก็ต้องมาดูแลผู้ป่วย
ถ้าไม่ปลอดภัยก็ต้องขอความช่วยเหลือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น
ไฟฟ้า ป้องกันภัย ไม่ใช่วาร์ว 10-20 นาที เพราะชีวิตคนไข้เราก็รอ
ไม่ได้ 1 นาทีก็รอไม่ได้ และก็แบบว่าสถานการณ์ปลอดภัยแล้ว และก็ไป
ประเมินคนไข้ ถ้าคนไข้ตกจากที่สูง ก็ไม่ได้เชื่อคนไข้ 100% ไม่ได้ปวด
หลัง ไม่ได้ปวดคอ แต่เราก็ต้องใส่อุปกรณ์ [Hard Collar แผ่น
กระดานรองหลังชนิดแข็ง long Spinal Board] เข้าไปที่โดยใช้จาก

การประเมินสถานการณ์แต่ละเหตุการณ์ในการช่วยเหลือ (ID3T1L237-247,)

...การออกปฏิบัติการที่เป็นหัวหน้าทีม เราก็ต้องดูแล กำกับ และควบคุมความปลอดภัยให้กับทีมเราด้วย ตั้งแต่ก่อนออกเหตุ เราต้องมีการตรวจเช็คอุปกรณ์ ความพร้อม ทั้งเครื่องมือต่าง ๆ และบุคลากรของเราด้วย คนที่ออกไปกับเรามีความพร้อมไหม และระหว่างออกไป เราต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของทีมและของเราด้วย เป็นอันดับแรก และการที่เราไปถึงและเราก็ต้องเป็นหัวหน้าทีมอะ เราก็รู้สึกว่า เราต้องสามารถให้คำแนะนำ Manage ลูกทีมของเราได้ ในรูปแบบที่เป็นมาตรฐานของแต่ละ Case โดยเราต้องมึองค์ความรู้ว่าในแต่ละ Case ต้องทำอะไรด้วย (ID10T1L70-84)

...การออกปฏิบัติการที่เป็นหัวหน้าทีม เราก็ต้องดูแล กำกับ และควบคุมความปลอดภัยให้กับทีมเราด้วย ตั้งแต่ก่อนออกเหตุ เราต้องมีการตรวจเช็คอุปกรณ์ ความพร้อม ทั้งเครื่องมือต่าง ๆ และบุคลากรของเราด้วย คนที่ออกไปกับเรามีความพร้อมไหม และระหว่างออกไป เราต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของทีมและของเราด้วย เป็นอันดับแรก และการที่เราไปถึงและเราก็ต้องเป็นหัวหน้าทีมอะ เราก็รู้สึกว่า เราต้องสามารถให้คำแนะนำ Manage ลูกทีมของเราได้ ในรูปแบบที่เป็นมาตรฐานของแต่ละ Case โดยเราต้องมึองค์ความรู้ว่าในแต่ละ Case ต้องทำอะไรด้วย (ID10T1L70-84)

...คุณสมบัติของพยาบาลที่ออกปฏิบัติการ ต้อง มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินอย่างน้อย 1 ปี เราจะให้ออก EMS...ต้องผ่านการอบรม ACLS เพราะทางโรงพยาบาลจะมีการจัดอบรม ACLS เป็นประจำทุกปีอยู่แล้ว ถ้ายังไม่ผ่านการอบรมก็จะไม่สามารถเป็นหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ (ID2T1L254-255,258-259)

...พยาบาลที่จะออกเหตุได้ ต้องมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินก่อน อย่างน้อย 3 ถึง 5 ปียั้งดี เพราะการที่เราจะออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุได้ เวลาเราเป็นน้องใหม่ เราอาจจะยังไม่กล้าตัดสินใจ เราจะไม่มีความมั่นใจที่จะบอกคอยสอน ณ จุดเกิดเหตุ เพราะเราต้องเป็นผู้ตัดสินใจ ถึงเราจะโทรปรึกษาแพทย์ได้ก็จริง แต่สิ่งที่เราต้องตัดสินใจ ณ จุดเกิดเหตุคือต้อง เป็นตัวเรา มันคือความเป็นความตายของคนไข้ อย่างน้อยการที่เรามีประสบการณ์การประเมินคนไข้ในห้องฉุกเฉิน ทำให้เราประเมินคนไข้ ณ จุดเกิดเหตุได้ดี (ID1T1L83-88)

เมื่อถึงที่เกิดเหตุ พยาบาลมีการประเมินสถานการณ์ ความปลอดภัยในที่เกิดเหตุ และเมื่อสถานการณ์มีความปลอดภัย จะทำการประเมินผู้ป่วยตามหลัก ABC ประเมินทางเดินหายใจ การหายใจ และการไหลเวียน หากพบความผิดปกติเป็นภาวะคุกคามต้องชีวิตต้องรีบแก้ไข เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ถ้าผู้ป่วย Arrest ต้องรีบ CPR ให้ไวตาม Off line protocol Algorithm ACLS นอกจากนี้ยังมีการนำเอาเทคโนโลยี Tele-medicine เข้ามาช่วยเหลือทำให้สะดวกต่อขอคำปรึกษาจากแพทย์ พยาบาลกล่าวว่า การใช้ Tele-medicine อุ่นใจเหมือนมีแพทย์อยู่ใกล้ๆ แต่ไม่สามารถใช้ได้ตลอด เนื่องจากมีปัญหาเรื่องสัญญาณการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตของแต่ละท้องที่ ดังคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...การเป็นพยาบาลออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ ก็คือเมื่อได้รับแจ้งจากศูนย์สั่งการว่าต้อง ออกไปรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ พยาบาลจะออกในผู้ป่วยระดับ ALS [Advance Life support] ในระบบ EMS [Emergency medical system] ก็จะมี ระดับการออกปฏิบัติการประกอบด้วย ALS[Advance Life support], ILS [intermediate life support], BLS[basic life support] และ FR [first responder] ในส่วนของพยาบาลจะออกในระดับ Advance เมื่อรับแจ้งจากศูนย์สั่งการในการออกปฏิบัติการ ว่าผู้ป่วยเป็นใคร อาการเป็นอย่างไร อยู่ที่ไหน เป็นรายละเอียดของผู้ป่วย เมื่อเสร็จแล้วพยาบาลก็ต้องประมวล อาการ เมื่อไปถึงที่เกิดเหตุแล้วพยาบาลต้องดูแลอะไรกับผู้ป่วยบ้าง และจะมีการวางแผนในทีมเพราะในการออกปฏิบัติการก็จะมีกระเป่าในการออกเหตุ 2 ใบ พร้อมด้วยเครื่อง

Defib...กระเป๋าก็จะประกอบไปด้วยอุปกรณ์ A B C D นะคะ A ก็จะเป็นอุปกรณ์ Airway เตรียมเป็นอุปกรณ์ในการช่วยเปิดทางเดินหายใจ B ก็จะเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยในการหายใจ Breathing เช่น ออกซิเจนในรูปแบบต่าง ๆ ส่วน C ก็จะเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยในระบบ Circulation ช่วยในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค และ D ก็คือ Drug และเครื่อง Defib. (ID2T1L241-247,249-252) ในทีมการออกปฏิบัติการขั้นสูง (ALS) จะมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม มีน้อง AEMT 1 คน EMT 1 คน พร้อมด้วยคนขับรถ 1 คน รวม 4 คน (ID2T2L154-155)

...คือเป็นการทำทนายกับตัวเองเวลาออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ เราคือทีมปฏิบัติการขั้นสูง ในฐานะเป็นหัวหน้าทีม ในการออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุเป็นการดูแลผู้ป่วย โดยไม่มีพี่ คอย บอก คอยสอน จะเป็นการทำทนาย ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละประเภท เราจะต้องปฏิบัติการพยาบาลอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดปลอดภัย โดยผ่านการดูแลจากเรา (ID1T1L76-79)

...รับแจ้งผู้ป่วยชายอายุ 50 ปีเรียกไม่รู้รู้สึกตัว ไปเจอคนไข้ที่ไม่รู้รู้สึกตัว เราก็ไม่รู้จะทำไร ก็บีมอย่างเดียว ตอนนั้นไม่ต้องพูดถึงเรื่อง Algorithm หรือ ACLS อะไรแล้ว ไม่ต้องพูดถึง บีมอย่างเดียวแล้วก็นำส่ง ส่วนใหญ่ก็อยู่กับแบบลูบหน้าปากจุมก ทำกันแบบขอไปที ไม่ได้มีอะไรมารองรับ กลับมาถึงโรงพยาบาลก็ไม่ได้มีการประเมินอะไรหรอก ไม่มี Dispatch ไม่มีอะไรเลย ไม่มีแพทย์ที่มาคอย Cover คือ ไปกันเอง ส่งข้อมูลบ้าง ไม่ส่งข้อมูลบ้าง ก็ไปกันเอง เหมือน ไม่มีระบบอะ...จริง ๆ แล้ว เปลี่ยนไปเยอะมากนะ มีกระทั่งว่า มีการรับเหตุ แจ้งเหตุ การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ การส่งต่อข้อมูล การส่งผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยระหว่างทาง ไรจี้ มันเหมือนเป็นระบบที่ดีขึ้น (ID8T1L67-72)

...พอไปถึงเนี่ย พี่ก็จะเหมือน Re-Check ประเมินสถานการณ์อีกทีนึงอะ คือ ตั้งแต่เปิดรถเช็ค ดูเรื่องความปลอดภัย ถามประวัติจากญาติ เวลาประเมินเราก็ไม่ได้ทำทีละอย่างนะ เราก็ประเมินไปด้วย

พร้อมทั้งถาม และ Manage นื่องไปด้วยเนอะ เราก็ประเมินว่าคนไข้ เป็นอะไร ชักประวัติจากญาติก็ได้ ในกรณีคนไข้ไม่รู้สีกตัวแล้วเนี่ย ถามได้ เพราะพอคนไข้ไม่รู้สีกตัวอะ เราก็ต้องยึดการซักประวัติจาก ญาติ มันก็เป็นหลักการของพยาบาลนะ พอได้ทุกอย่างแล้วก็เข้าไปใน Scene เสร็จแล้วก็ประเมินสถานการณ์ (ID8T1L116-119)

...ล่าสุดคือการนำ Tele-med มาใช้ก็คือ เป็นการดูแลสุขภาพชีพ การรายงานสถานการณ์ต่างๆในการดูแลผู้ป่วยบนรถ Ambulance มาที่จอที่ส่งสัญญาณภาพมาที่ศูนย์สั่งการทำให้แพทย์ที่ปฏิบัติที่ศูนย์ รับแจ้งเหตุและสั่งการสามารถวางแผนการรักษา และสั่งการการรักษาไปยังทีมปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุได้เลย เช่น ในการออกปฏิบัติการเป็นผู้ป่วยสูงอายุ มีอาการมีไข้ หายใจเหนื่อย สัญญาณชีพแรกรับ ผู้ป่วยมีไข้ T 40 C ชีพจร 130 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตที่จำได้ประมาณ 80/40 mmHg. ซึ่งตอนนั้นเรามีการใช้ Tele-med ในการ Consult แพทย์หมอบว่าให้ load iv ระหว่างนำส่ง ได้เลย มันจะมีตัวเลขของ Telemed มาขึ้นที่เราได้เลย และเราก็ มองเห็นสถานการณ์ตรงนั้นได้เลยว่า ใครทำอะไรบ้าง และก็ยังสามารถ แนะนำได้เลยว่า ในส่วนที่เขายังไม่ได้ทำ ต้องทำอะไรต่อไป (ID4T2L24-32)

ในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ พยาบาลเล่าว่านอกจากผู้ป่วย เจ็บป่วยฉุกเฉินทั่วแล้ว ในการออกเหตุอุบัติเหตุต่าง ๆ อาจพบความกดดันจากไทยมุง ผู้ป่วยเอะอะ โวยวายไม่ให้ความร่วมมือ ทำให้ทีมไม่สามารถช่วยเหลือได้ จำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจาก หน่วยงานอื่น ได้แก่ประสานกู้ชีพ กู้ภัย ตำรวจ และในการนำผู้ประสบภัยออกมาจากที่เกิดเหตุ ทีมต้อง รีบประเมิน และตัดสินใจในการช่วยเหลือ หากเกินความสามารถ ต้องปรึกษาแพทย์เฉพาะทางห้อง ฉุกเฉินในการบริหารจัดการเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ดึงคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...เวลาที่เรารู้เหตุการณคนไข้ Arrest ระหว่างทาง ก็จะแบ่ง หน้าทีกัน อาจจะให้ EMT Hold Ambu bag ให้พี่อีกคนเจาะเลือด และ On IV อีกคนปั๊มหัวใจ และคนเจาะ IV ก็เตรียมยาให้คนไข้ไป

ด้วย มันต้องทำหน้าที่หลายอย่างไปในคราวเดียวกัน และอาจจะมี การ Consult อาจจะมีการโทรแจ้งปลายทางให้เตรียมตัวอย่างไร อาจจะมีการใส่ ET-Tube (ID4T1L170-176) รับแจ้งเป็นผู้ป่วย อุบัติเหตุจรรยาจร เป็นอุบัติเหตุรถมอเตอร์ไซค์ล้มเอง เป็นผู้ช่วยชาย อายุประมาณ 25 ปี คือแรกรับผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว GCS E1V1M1 ไปที่ เกิดเหตุไทยมุ่งเยอะมาก ซึ่งไปที่เกิดเหตุก็มีอาสาสมัครปฐมพยาบาลอยู่ที่เกิด เหตุอยู่แล้ว แต่คนดูก็เยอะ ทีมก็ให้ร่วมกตัญญูกับตำรวจช่วยกันคน ออกจากพื้นที่ เพราะเวลาทีมไปถึงเราก็ต้องมีการประเมินคนไข้ ระหว่างประเมินต้องมีเสียงคนพูดตลอด ช้าบ้าง มั่วทำไรไม่รับเอา คนไข้ไปโรงพยาบาล แต่ก็ไม่ใช่ใจนะค่ะ ทำตามขั้นตอน พอประเมิน คนไข้ยังมีชีพจร ก็เลยรับนำผู้ป่วยใส่ Hard collar และเคลื่อนย้าย โดยการใส่ Long spinal Board :ซึ่งพอขึ้นรถผู้ป่วยวัดความดันไม่ได้ ก็รีบ Monitor EKG เป็น Asystole ก็รีบทำการปั๊มหัวใจทันที ก็ จะ แบ่งหน้าที่กัน อาจจะทำให้ EMT Hold Ambu bag ให้พี่อีกคนเจาะ เลือดและ On IV อีกคนปั๊มหัวใจ และคนเจาะ IV ก็เตรียมยาให้คนไข้ ไปด้วย และให้คนขับรถประสานศูนย์สั่งการให้ทีมในห้องฉุกเฉิน เตรียม ห้อง resuscitation เตรียมอุปกรณ์ รอเมื่อผู้ป่วย (ID4T2L121-131)

...นักประดาน้ำเอาคนไข้ขึ้นมาได้แล้วเนี่ย เราก็จะมีการกันพวกคน รอบ ๆ แล้วรีบเข้าไปช่วยเหลือเลย ทันทีอะค่ะ โดยก่อนอื่นก็ต้อง ประเมินว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวหรือไม่ ถ้าไม่รู้สึกตัวต้องคลำชีพจร ถ้าผู้ป่วย ไม่มีชีพจร ก็ต้องเริ่มการ CPR แต่ถ้าประเมินแล้วผู้ป่วยรู้สึกตัวเราก็ ช่วยเหลือตามหลัก ABC ประเมินทางเดินหายใจ เปิดทางเดินหายใจ ถ้ามีเสมหะมีน้ำในปากก็ต้องดูดระบายเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ประเมิน การหายใจ หายใจเหนื่อยไหม O2 sat เท่าไร ถ้าเหนื่อย O2 sat ต่ำก็ดูแลให้ออกซิเจน หลังจากนั้นก็ประเมินการไหลเวียน คลำ ชีพจร มีเหงื่อออกตัวเย็นไหม มี sign of shock หรือไม่ ร่วมกับวัด สัญญาณชีพ ถ้ามีภาวะ Shock ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นรายงานศูนย์สั่งการเพื่อขออนุญาตนำส่งผู้ป่วย แล้วก็

เคลื่อนย้ายผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล และมีการประเมินผู้ป่วยข้ามรถระหว่างนำส่ง (ID5T1L121-143)

...การพยาบาลรักษาเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ..ศูนย์สั่งการสามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะ Cardiac arrest จึงให้หน่วยกู้ชีพในชุมชนไป CPR รอที่บ้านผู้ป่วย เมื่อทีมเราไปถึงเราก็ทำการกู้ชีพขั้นสูงต่อ ทำให้ผู้ป่วยรายนี้มี ROSC และนำส่งโรงพยาบาล ถือว่าเป็นความสำเร็จในการ CPR เรารู้ว่าถ้าเรา CPR ช้าเกิน 4 นาทีโอกาสสมองตายสูง เพราะในผู้ป่วยรายนี้ใช้เวลาเดินทางเกือบ 15 นาที ดังนั้นการมีเครือข่าย มีทีมก็จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ แต่ถ้าไม่มีทีมที่ช่วยเบื้องต้น ระยะทางห่างไกล ผู้ป่วยเสียชีวิต สลายตาในกานจับจ้อง การพูดคุย การอธิบายมันจะรู้สึกกดดัน เราจะพูดคุยยังให้ดูน่าเชื่อถือ มีหลักการเกิดความไว้วางใจ และเชื่อมั่นในตัวเรา หรือว่าเป็นอุบัติเหตุที่มีนอยู่กลางถนนเราที่มีจราจรหนาแน่น เราก็ต้องขอความช่วยเหลือให้ตำรวจไปเคลียสถานที่ให้เราก่อนเพราะ ถึงเราจะเห็นหรือว่าเป็นที่บ้านเราก็อาจจะให้ข้อมูลคุยกับญาติเป็นระยะ ๆ (ID6T1L248-260)

...เวลาที่เราไปถึงจุดเกิดเหตุอะคะ แล้วอย่างสมมุติว่าญาติแจ้งว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชอาจทำร้าย อาจทำลายข้าวของ แต่ตอนนี้อาการสงบแล้ว แต่พอเราถึงแล้วเนี่ย สถานการณ์มันไม่ปลอดภัยและ คนไข้เนี่ยทำลายข้าวของและเหมือนจะทำร้ายเจ้าหน้าที่ไร้จ๊ะ อันนี้เราก็ต้องขอความช่วยเหลือไปยังศูนย์สั่งการ ให้ประสานทางตำรวจให้เพื่อให้ไปเคลียร์ให้คนไข้หยุด คือ เหมือน Charge ให้เราก่อน เพื่อให้เราทำการฉีดยาหรือว่าไร้จ๊ะ...พยาบาลกับพนักงานขับรถคะ ประเมินร่วมกันด้วย ซึ่งเราต้องดูก่อนว่า การที่จะเอารถเข้าไปใกล้กับคนไข้เนี่ย มันมีความเสี่ยงหรือไม่ บางทีเอาเข้าไปใกล้เกินไป เขาอาจทำอันตรายรถเราได้ ถ้าเขากำลังมีอารมณ์ทำลายข้าวของ เราก็ต้องช่วยกันประเมิน (ID5T1L104-113)

...การเป็นเหตุอุบัติเหตุก็จะมีคนมุ่งดูในการปฏิบัติงาน หรือกลุ่มคนที่เรา ไม่สามารถควบคุมได้ การถ่ายรูปถ่ายภาพ ประมาณนี้ขณะปฏิบัติงาน...ในการแก้ไขด้วยการพูดอธิบาย การใช้กฎหมายการถ่ายภาพโดยที่ผู้ป่วยไม่ยินยอม หรือต้องมีการแจ้งตำรวจในการช่วยกันคนออกจากพื้นที่ ID2T1L

...เขามามุ่งดู อาจขัดขวางการปฏิบัติงานได้...ใช้เสียงเลยคะ และอธิบายให้เขาเข้าใจว่า ทำไมเราถึงให้ทำแบบนี้ เขาก็จะเข้าใจและช่วยเราด้วยคะเวลาเจอคนไข้ในที่สาธารณะ เราก็จะทำตามมาตรฐานกระบวนการในการดูแลอยู่แล้ว แต่ก็จะมีคนอยู่จำนวนหนึ่ง เช่น ญาติพลเมืองดี คนที่มาดูเหตุการณ์และเขาก็ไม่ทราบกระบวนการทางการแพทย์ คนเหล่านี้เขาก็จะมาเร่ง มาว่าเรา ว่าทำไมเราช้า ทำไมเราทำแบบนี้ ยังงั้นยังงี้ อะไรประมาณนี้ ก็จะมีเหมือนกันนะคะ...เราก็อธิบายคร่าว ๆ พอสังเขป ว่าเราได้ทำงานตามมาตรฐานในกระบวนการการดูแลของเราอยู่แล้ว แต่สมมุติว่ามันควบคุมไม่ได้จริง ๆ เราก็อาจจะต้องรายงาน Case ไปที่ศูนย์สั่งการ ขอตำรวจในพื้นที่มาช่วยจัดการ (ID10T1L86-93)

...คนไข้ตัวหนักมาก และจะทำยังไง ส่วนการดูแลผู้ป่วย หนูก็โอเคระดับนี้ แต่การจัดการแบบว่า บ้านแต่บ้านมันไม่เหมือนกัน เช่นอยู่ชั้น 2 เราจะออกลงอย่างไร ก็ต้องขออนุญาตผู้ขายหรือตัวใหญ่ในการช่วยยกลง และบางบ้านที่ลงไปแต่หมาไม่กัด คือ หมามันอาจไม่กัดเขา แต่อาจกัดเรา[เจ้าของบ้านบอกว่าหมาไม่กัด] ก็ต้องให้เขาเก็บอยู่ดี [ให้เจ้าของบ้านนำหมาออกไป] และมีครั้งหนึ่งไปออก EMS advance โดยมีรถกระบะพุ่งเลยไปในน้ำ มีผู้ติดอยู่ภายในเขาก็ส่ง EMS advanceออกไป ด้วยความที่ว่าคนเยอะมาก เลยขอความร่วมมือกับคุณตำรวจว่า ช่วยกันคนออกให้หน่อยเพราะเจ้าหน้าที่เขากำลังช่วยเหลือ (ID3T1L255-261)

2.6 บริการงานสาธารณสุข พร้อมโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้น

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการให้บริการงานด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นภัยพิบัติต่างตามที่กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ขอความช่วยเหลือมายังผู้อำนวยการโรงพยาบาลและส่งต่อมาให้หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินออกไปให้ความช่วยเหลือ และรวมถึงการซ่อมแผนอุบัติเหตุต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์ข้อมูล การบริการงานสาธารณสุข แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.6.1) ส่งทีมไปช่วยหน่วยงานอื่น 2.6.2) ดำเนินงานตามแผนรับมืออุบัติภัยหมู่และ 2.6.3) รับมือกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19

2.6.1 ส่งทีมไปช่วยหน่วยงานอื่น

การให้บริการเชิงรุกในรับมือสาธารณสุข หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีการเตรียมทีมในรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินต่าง ๆ โดยการส่งบุคลากรในหน่วยงานเข้ารับการฝึกอบรมการแพทย์ฉุกเฉินเคลื่อนที่เร็ว ตอบโต้ภัยพิบัติ เพื่อเตรียมความรู้ให้กับบุคลากรในหน่วยงาน ซึ่งพยาบาลในหน่วยงานแล้วว่า มีประสบการณ์ในการช่วยเหลือเหตุสถานการณ์อุทกภัยทางภาคใต้ โดยทีมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่งานเภสัชกร AEMT และพนักงานขับรถ พร้อมด้วยรถพยาบาล ในช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับความเดือนร้อน การประเมินสุขภาพ การช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับความเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะภัยพิบัติโรคอุบัติใหม่ COVID-19 ในระยะแรก การส่งทีมไปช่วยโรงพยาบาลสนามในจังหวัดสมุทรสาคร เพื่อดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ทำให้ได้เรียนรู้ระบบการทำงาน การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในระบบโรงพยาบาลสนาม และนำประสบการณ์ที่ได้รับมาวางแผนในการรับมือในสร้างโรงพยาบาลสนามในการดูแลผู้ป่วยในจังหวัดของตนเอง ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...เริ่มแรกได้มีโอกาสในการไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสนามที่จังหวัดสมุทรสาคร ในช่วงที่โควิด-19 ระบาดในระยะแรกๆ ไปร่วมกับทีม ALS ของโรงพยาบาลไปร่วมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลสนาม อบต.ท่าทราย จังหวัดสมุทรสาคร นำทีมโดยแพทย์ พยาบาล AEMT และคนขับรถพร้อมด้วยรถ Ambulance และหลังจากนั้นที่จังหวัดของตัวเอง เมื่อมีการระบาดมากยิ่งขึ้น โรงพยาบาลไม่สามารถรองรับผู้ป่วยโควิด-19 ได้ ก็มีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามเกิดขึ้น ก็จะมีส่วนช่วยกันก็คือ ให้แพทย์ และ

พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดสมุทรสาคร มาช่วยกันวางระบบ การเตรียมสถานที่อย่างไร มาปรับประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในจังหวัดของเรา (ID1T1L268-275)

...พี่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งตอนนั้นเป็นเหตุสาธารณภัยน้ำท่วมของภาคใต้ๆ สุราษฎร์ธานี ชุมพร นครศรีธรรมราช โดยพี่เคยผ่านการอบรม การแพทย์ฉุกเฉินเคลื่อนที่เร็ว ตอบโต้ภัยพิบัติ ซึ่งในครั้งได้รับมอบหมายให้ทีมโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัช AEMT และพนักงานขับรถ พร้อมด้วยรถ Ambulance ปฏิบัติภารกิจช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับความเดือดร้อนจากภาวะภัยพิบัติน้ำท่วม โดยได้รับการสั่งการจากกระทรวงให้ทีมโรงพยาบาลไปปฏิบัติงานเป็นเวลา 7 วัน โดยภารกิจที่ได้รับจากหน่วยบัญชาการคือการลงเรือออกเยี่ยมประชาชนที่อยู่ภายในบ้านเรือนที่น้ำท่วมสูงกว่า 3-4 เมตร เช่นผู้ป่วยติดเตียงที่มีอาการป่วย ช่วยตรวจสอบสุขภาพประชาชน การให้กำลังใจประชาชนที่ได้รับความเดือดร้อน พี่รู้สึกว่าเป็นความสุขอีกแบบที่เราได้ออกไปเผชิญกับโลกภายนอกการทำงาน และได้ทำงานกับทีม ได้มิตรภาพ ได้แนวทางในการมาสร้างแผนในการรองรับน้ำท่วมของจังหวัด อีกด้วย (ID8T1L337-346)

...ตอนนั้นเป็นช่วงประมาณเดือนสิงหาคม – กันยายน 2559 ซึ่งยุคนั้นจะมีสถานการณ์อุทกภัยทางภาคใต้ทุกปีเลย ก็จะเป็นกลุ่มจังหวัดแถว ๆ สุราษฎร์ธานี ชุมพร นครศรีธรรมราช ด้วยตอนนั้นก็ไม่ว่าเขาเลือกเราหรือมีการแบ่งทีมอะไรยังไงนะ พี่ก็ได้ไปกับน้องอีกคนหนึ่งที่ อยู่ ER ระยะเวลาประมาณ 7 วัน พอไปถึงเขาจะมีเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นคนบริหารพวกเร่อีกทีหนึ่ง เหมือนมาจากหลาย ๆ โรงพยาบาล มันจะมีการ Manage ว่า วันนี้น้ำของชัยนาทนะ จะมีการลงพื้นที่หมู่ใด พื้นที่ใด เขาก็จะจัดสรรเจ้าหน้าที่ของเขามาด้วย เราก็นั่งเรือของ ปภ. เข้าไปในป่าปาล์มน้ำมันไปจนถึงหมู่บ้าน ก็มีการแจกยาชาวบ้านที่ติดอยู่ในบ้าน เรือเราก็ไปเกยขอบบ้านเขา นอกจากพวกพี่แล้ว ตอน

นั้นชันษาทักจะมีหมอกอีก 2 คน และเกิ้ลชอกอีก 3 คน ที่ไปด่วยนะ ตอน นั้นเขาก็กมีการตั้งจุดรักษาพยาบาล เหมือนโรงพยาบาลย่อย ๆ เลย แหละ มีการคักครอง มีการรักษา มีการจ่ายยา ไรจี้แหละ ตอนนั้น รู้สึกว่า มันเป็นงานที่แตกต่างจากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลเยอะเลย (ID11T2L91-104)

2.6.2 ดำเนินงานตามแผนรับมืออุบัติภัยหมู่

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีการจัดซ้อมแผนในการรับมือสาธารณภัย ไฟไหม้ น้ำท่วมและ แผนรับมืออุบัติภัยหมู่ การจัดเตรียมอุปกรณ์ กระเป๋าและแผ่นป้ายTriage ถูกจัดไว้เป็นหมวดหมู่มีการตรวจเช็คอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ทั้งระบบ Pre Hospital และ In hospital เมื่อใช้เสร็จจะมีการนำอุปกรณ์ไปเติมให้พร้อมใช้อยู่เสมอ การจัด Zone ที่ในการรองรับผู้ป่วย ประเภทสี แดง สีเหลือง สีเขียว และสีดำ โดยมีแผนการซ้อมประจำปี ปีละ 1 ครั้ง โดยแผนอุบัติภัยหมู่จะ ประกอบไปด้วย 3 แผนย่อยซึ่งจะขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บ และประเภทของผู้ป่วยโดย แต่ละแผนจะมีความแตกต่างในการตามทีมภายนอกหน่วยงานมาช่วยเหลือ ซึ่งมีแผนการจัดซ้อมแผน ปี 1 ครั้ง แต่ด้วยการขาดงบประมาณในการสนับสนุน ทำให้ขาดการซ้อมอย่างสม่ำเสมอ บางปีอาจ ซ้อมร่วมกับทางจังหวัดซึ่งมีหลายหน่วยงานร่วมซ้อมทำให้หลงลืมบริบทของตนเอง และหน้าที่ในการ รับผิดชอบเมื่อเกิดเหตุการณ์จริง ทำให้ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้เกิดความแออัดและความวุ่นวายในห้องฉุกเฉิน ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

...ในระบบสาธารณสุขเราก็มีการจัดซ้อมแผนสำหรับโรงพยาบาล พื้นที่ศึกษา เราก็จะมีแผนเกี่ยวกับการรับมือภัยหมู่ แผนอุทกภัย โรคติดต่อ แผนไฟไหม้...ถ้าเป็นสาธารณสุขก็เราจะตั้งไว้ซ้อมปีละ 1 ครั้ง โดยเป็นแบบ Table exercise (การซ้อมโต๊ะ) หรือการซ้อมเสมือนจริง ขึ้นอยู่กับความพร้อมในแต่ละปี ID2T1L396-400)

ก็จะมีการเตรียมแผนรับมืออุบัติภัยหมู่ของโรงพยาบาล การเตรียม แผ่น Triage กระเป๋าTriage โดยเวลาที่เรานอกปฏิบัติการทุกครั้ง จะมีการเตรียมความพร้อมในด้านอุปกรณ์จัดไว้ในโซน ของอุบัติเหตุ หมู่ เช่น โทรโข่ง เอกสารสำหรับการดูแลผู้ป่วยไว้ในกล่องเพื่อพร้อม ใช้งาน (ID1T1L250-252)

...จะมีการเตรียมอุปกรณ์สำหรับการใช้ในอุบัติเหตุหมู่ เราก็จะมีการ
 การตรวจเช็คอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ และเมื่อใช้เสร็จแล้วก็จะมีการ
 นำเอาอุปกรณ์ไปเติมเพื่อให้เกิดความพร้อมใช้เมื่อมีเหตุครั้งต่อ ๆ ไป
 ...เราจะมีการมอบหมายงานที่รับผิดชอบเป็นการตรวจเช็ค แต่เมื่อใด
 ที่มีการใช้งานเมื่อเกิดเหตุและมีการใช้งานที่มิที่ใช้งานในเวรก็ต้องเอา
 อุปกรณ์ไปเติมให้เรียบร้อย...ของที่ใช้ในการออกเหตุไปกับรถ EMS
 กล่อง Triage กล่องสำหรับผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยสีแดง สีเหลือง สีเขียว
 และสีดำสำหรับผู้เสียชีวิต โดยจัดเป็นหมวดหมู่ และแจกจ่ายไปตาม
 พื้นที่ที่เราเตรียมผู้ป่วยแต่ละสี (ID2T1L402-411)

...การซ้อมแผนสาธารณภัยร่วมกับ ป้องกันภัย ร่วมกับ ไฟฟ้า
 ร่วมกับตำรวจ ถ้าเป็นภัยนอกองค์กรนะ ถ้าภายในองค์กรจะมีแผน
 อัคคีภัยในโรงพยาบาล ก็จะมีการซ้อมแผนร่วมกันในโรงพยาบาล แล้ว
 เราเป็นหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เราต้องรู้ว่าแผนเราเป็นอย่างไร
 เพื่อที่จะได้ปฏิบัติได้ถูก...แผนอุบัติเหตุหมู่ เราจะมี 3 แผน แผนแรก
 คือ จำนวนคนไข้ไม่เยอะแต่ว่ามีคนไข้แดงหลายคน ก็คือตามพยาบาล
 ที่อยู่ในเวรมาช่วย แผน 2 ก็คือคนไข้เยอะ แต่ที่ต้องตาม โทรตาม
 ตามบ้านพักมาช่วย และแผนที่ 3 คนไข้เยอะ คือประกาศแผน...[การ
 ซ้อมแผน] แผนอุบัติเหตุหมู่อย่างน้อยปีละครั้งที่จะซักซ้อมแผนกันปี
 ละครั้ง แต่ว่าทำทุกครั้งที่มั่วทุกครั้ง (ID6T1L289-300)

...อุบัติเหตุหมู่ใหญ่ ไม่เคยเจอ เคยเจอแต่อุบัติเหตุหมู่ย่อย ส่วน
 ใหญ่จะเป็นอุบัติเหตุหมู่ที่เกิดประมาณ ไม่ถึง 10 คนคะ และก็ตาม
 เวิร์พยาบาลหอบผู้ป่วยในมาช่วย และก็มีหมอเวรในมาช่วย เรา
 ประกาศเป็นแผนที่ 2 คือ มีพยาบาลข้างในกับแพทย์ข้างในมาช่วย
 ซึ่งส่วนมากก็จะเป็นพวกอุบัติเหตุรถยนต์ ซึ่งที่เจอก็เป็นรถตู้โดยสารานมี
 เจ็บสีแดง 5 เหลือง 3 เขียวประมาณ 2 คน เราก็แยกผู้ป่วยไปตาม
 Zone ของพื้นที่ในการรองรับผู้ป่วยแดง เหลือง เขียว...จริง ๆ แล้ว
 เวลาซ้อมแผนจะพูดอีกอย่างคือ ให้เรา Admit เข้าไป แต่เวลาเกิด
 เหตุจริง มันก็ต้องรอ Lab รอ CT รอผลตรวจต่าง ๆ คือมันไม่
 สามารถปฏิบัติตามได้ตามแผนจริง (ID6T2T53-60)

2.6.3 รับมือกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19

การรับมือในสถานการณ์โควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ยังไม่มีใครรู้จักและรู้จริงเกี่ยวกับโรคดังกล่าวมาก่อน การรับมือกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ถือเป็นการเรียนรู้ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีการเตรียมพร้อมตั้งแต่ช่วงแรกที่มีการแพร่ระบาดของโรค ได้แก่ 1) การเตรียมสถานที่ มีการสร้างห้อง Negative pressure พร้อมทั้งการติดตั้งกล้องวงจรปิดเพื่อการ Monitor ผู้ป่วยด้านหน้าห้องฉุกเฉิน และรองรับผู้ป่วย Resuscitation และ Emergency โดยมีอุปกรณ์ที่สามารถกู้ชีพผู้ป่วย การปรับห้องประชุมให้เป็น ER สำรองสำหรับผู้ป่วยโควิด 19 มีการแบ่งพื้นที่เพื่อแยกผู้ป่วยโควิด19 กับผู้ป่วยทั่วไปออกจากกัน 2) การเตรียมบุคลากรในการใส่ชุด PPE พร้อมทั้งมีการซ้อมกระบวน CPR และใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยโควิดที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป 3) การเตรียมเทคโนโลยีดิจิทัลช่วยการสื่อสารกับผู้ป่วย ได้แก่ การใช้การสื่อสารด้วยวิทยุ และ line application

นอกจากนี้ หน่วย ER มีการส่งทีมพยาบาลไปร่วมการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดที่โรงพยาบาลไม่สามารถรองรับผู้ป่วยประเภทสีเขียวได้ การวางระบบการใช้ Tele-Medicine ในการตรวจประเมินผู้ป่วยโรงพยาบาลสนาม จากการบอกเล่าของพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 พยาบาลรู้สึกกลัวการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 และในช่วงแรกที่ต้องใส่ชุด PPE ในการดูแลผู้ป่วยโควิด รู้สึกร้อน ทรมาน หายใจไม่ออก และหากใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานจะรู้สึกเหมือน Hypoxia แม้ว่าในปัจจุบันมีการประกาศว่าโรคโควิด 19 เป็นเป็นโรคประจำถิ่น แต่หน่วยงาน ER ยังมีความพร้อมในการรับผู้ป่วยโควิด 19 ทั้งด้านสถานที่ บุคลากรและอุปกรณ์ดิจิทัล ในการดูแลผู้ป่วยโรคดังกล่าว ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...โควิดก็จะรับหน้าที่เต็มๆ พยาบาลที่อยู่เบอร์ 3 [resuscitation] ต้องใส่ชุด PPE อยู่มันเป็นเคสอะไร ห้อง Negative ว่างใหม่ ถ้าห้อง Negative ว่างก็ไปอยู่ห้อง Negative พยาบาลก็จะไปดูแลผู้ป่วย โดยในห้องก็จะมีอุปกรณ์ในการ resuscitation ครบถ้วนอยู่แล้ว แล้วก็มีการ Monitor EKG, Emergency box อุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ อุปกรณ์การให้ออกซิเจนรูปแบบต่างๆ มีครบอยู่แล้ว จะต้องดูแลเตรียมการ ว่าเราจะต้องทำอะไรบ้าง ในการดูแลคนไข้โควิด แต่ถ้า

เกิดไม่ใช้คนไข้ที่ประเภท Emergency ที่ผู้ป่วย walk in เข้ามาแล้ว หมอสงสัย แล้วแพทย์สงสัยเราก็จะมีการนำผู้ป่วยเข้าไปในห้องระบบ ปิด แล้วในห้องระบบปิดเราจะมีเครื่องทำระบบสุญญากาศอยู่ และถ้า ตรวจแล้วคนไข้ผล Positive เราก็จะให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องนั้น แล้วเราก็ จะรายงานแพทย์ว่าผู้ป่วยรายนี้เราจะ Admit หรือ Discharge ได้ ID4T1L339-347

...อย่างเราไปสนาม ก็คือเราดูแลคนไข้โควิดจากประสบการณ์ที่ เราไปจังหวัดสมุทรสาคร เราก็เอามาใช้กับส่วนของจังหวัดชัยนาท ประสบการณ์นั้นก็คือ เวลาที่เราดูแลคนไข้ เราก็จะดูแลและประเมินผ่าน Tele-Medicine ดูอาการ ให้หมอตรวจ แล้วก็มีการจัดเตรียมพวก ของ ยา เวชภัณฑ์ต่าง ๆ ให้มีความพร้อมเสมอค่ะ...[จำนวนเตียง โรงพยาบาลสนาม] ทั้งหมดเลยคือ 90 เตียงค่ะ แบ่งเท่ากันคือ ผู้ชาย 45 เตียง และ ผู้หญิง 45 เตียง ก็จะมีการแบ่งฝั่งชัดเจน คนละฝั่ง จะ ไม่มีการจัดเตียงที่ปะปนกัน เพื่อลดสถานะการเกิดความเครียดต่าง ๆ ระหว่างเพศที่อาจเกิดขึ้นได้...จะให้การดูแลหลักๆ เลย จะเป็น ประเภทสีเขียวค่ะ พวกสีเหลืองนั้นเราก็จะให้พักรักษาที่โรงพยาบาล ก่อน โดยมากจะรับผู้ป่วยที่แบบว่า 1. ช่วยเหลือตัวเองได้ อายุ ระหว่าง 65-80 ปี ประมาณนี้ 2. ดูเรื่องโรคประจำตัว เพราะว่า การ ที่เราเลือกแต่ประเภทสีเขียวไปอยู่สนาม มันก็จะส่งผลดีต่อคนไข้ด้วย นะคะ คือ คนไข้มีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ตอนนั้นโควิด แรก ๆ ผู้ป่วยที่เป็นโควิดจะมีปัญหาที่เกี่ยวกับปอด ยิ่งถ้ามีผู้ป่วยโควิด ที่มีปัญหาหรือเสี่ยงเกี่ยวกับปอดอยู่แล้ว บวกกับที่อายุเยอะด้วย ก็ อาจทำให้ดูแลได้ไม่ทั่วถึงเท่าการดูแลในโรงพยาบาลค่ะ ก็เลยต้องมึ การคัดเลือกรักษาและให้อยู่โรงพยาบาลสนามแบบนี้ (ID1T2L160-181)

...เราก็ต้องมีการปรับตัว เรียนรู้เกี่ยวกับโรคแล้วก็ มันก็เปลี่ยนไป นะ การดูแลคนไข้หรือการทำงานมันก็เปลี่ยนไปตามสถานะของ โรคเราก็ต้องเรียนรู้เพื่อให้เราปลอดภัยจากโรคมาติดต่อกับเราหรือว่า เอาไปแพร่ให้คนอื่นเราต้องอยู่กับมันให้ได้ ในหน่วยงานก็มีการซ่อม

แผนการรับมือในช่วงแรก การใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยโควิด การ CPR ผู้ป่วยโควิด ทีมเราต้องทำอะไร เราก็มีการซ้อมเพื่อเป็นการเรียนรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอุบัติใหม่ พยาบาล แพทย์ทุกคนก็ไม่เคยเจอ ไม่เคยทำมาก่อน เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน (ID6T1L304-309)

...โควิดมันเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอะค่ะ อย่างในห้องฉุกเฉินมันเป็นระบบ Air แบบ Central ซึ่งถ้าสมมุติว่ามีคนใดคนหนึ่งติดเชื้อโควิด และเราทำหัตถการที่ฟุ้งกระจาย มันก็อาจกระจายเข้าไปในแอร์ ทำให้คนในละแวกก็อาจได้รับความเสี่ยงติดเชื้อไปด้วย การทำงานที่เปลี่ยนแปลงก็คือ ใน ER เรามีการปรับเป็นห้อง Negative pressure ซึ่งคนไข้ที่เราสงสัยว่ามีปัญหาเรื่องทางเดินหายใจ หรือติดเชื้ออย่างอื่นมา เราก็จะนำเขาเข้าห้องนั้นก่อน ซึ่งเราก็มีห้องเพียงพอค่ะ ซึ่งการดูแลในห้องนี้ อาจจะยากกว่าในห้องปกติ เพราะเราต้องมีการใส่ชุด PPE ในการดูแลคนไข้ที่เป็นโควิดโรจี้ ซึ่งการใส่ชุด PPE มันต้องใช้เวลาในการใส่ มันก็อาจไปเพิ่มเวลาในการดูแลรักษาคนไข้ให้รอนานกว่าปกติด้วยเล็กน้อย (ID10T1L218-225)

.. เราจะไม่ค่อยกล้าที่จะทำอะไรเยอะค่ะ ก็คือ จะทำเท่าที่จำเป็นจริง ๆ ไรจี้ค่ะ และด้วยข้อจำกัดที่ว่าเราใส่ชุด PPE เราก็จะทำอะไรรีบจัดการ จะใส่ท่อโดยใช้บุคลากรแค่ 3 คน คือแพทย์ พยาบาล และน้อง AEMT จะเจาะเลือด ก็ต้องรีบ ทำอะไรได้ไม่เยอะมาก...ห้อง Negative ที่ใช้ดูแลคนไข้จะ และก็จะจะมีจอ Monitor ที่อยู่ในห้อง negative เราจะมีการติดกล้องวงจรปิด มีการดูจากกล้องวงจรปิดเกี่ยวกับ Vital sign ของคนไข้ มันก็สามารถประเมินได้จากกล้องวงจรปิด (ID9T1L381-402)

...ช่วงมีการระบาดของโรคโควิดใหม่ๆ เรามีการจัดพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโควิดคือ ถ้าเป็นผู้ป่วยสีแดง สีเหลือง เราจะเอาคนไข้ไว้ในห้อง Negative ส่วนผู้ป่วยสีเขียวหลังจากเราวัดสัญญาณชีพเสร็จเราก็พาผู้ป่วยไปรอที่ห้องตรวจ ARI ในเวลา และนอกเวลาก่อน 20.30

น. จะมีแพทย์ที่ห้องตรวจโรคทั่วไปตามไปตรวจ แต่หลัง 20.30 น. ก็
จะตรวจที่ห้องฉุกเฉิน เวลามีคนไข้เราก็จะจัด Zone ด้านหน้าห้อง
ฉุกเฉินให้ผู้ป่วยรอตรวจ โดยแบ่งพื้นที่ออกจากผู้ป่วยปกติ ให้อาามี
การกั้นพื้นที่ไม่ให้ผู้ป่วยปะปนกัน แล้วแพทย์ก็จะเดินออกมาตรวจ
ห้องนอก...ถ้าเป็นผู้ป่วยคนไข้ประเภท Resuscitation, Emergency
ก็จะเป็นพยาบาลประจำห้อง Resuscitation ดูแล...ถ้ามีคนไข้โค
วิด- 19 หรือผู้ป่วยที่สงสัยมีอาการทาง PUI เป็นผู้ป่วยคนไข้ประเภท
Resuscitation, Emergency เช่น คนไข้มีอาการมีไข้ ไอ หายใจ
เหนื่อยหอบ มีประวัติการเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค
พยาบาลก็จะแต่งชุด PPE เข้าไปดูแลผู้ป่วย แต่งครบคือลักษณะการ
ดูแลเราจะให้แพทย์ตรวจผู้ป่วยแล้วว่ามีแผนการรักษาผู้ป่วยอย่างไร
บ้าง เราจะเข้าไปทำหัตถการทีเดียว ทำเสร็จแล้วก็ออก...ซึ่งในห้องก็จะ
มีการติดตั้งกล่องที่หัวหน้าเวร และคนในเวรมองเห็นเรากับคนไข้อยู่
แล้ว แล้วใช้การสื่อสารผ่านวิทยุ แต่หลังๆ ไม่โอเค สัญญาณมันไม่ดี
มีการขาดหายทำให้สื่อสารไม่ดี หลังๆ เลยเปลี่ยนใช้โทรศัพท์แล้วนำ
ถุงพลาสติกห่อแล้วโทรประสานกับหัวหน้าเวร ...(ID7T1L113-
117,122-125)

2.7 บริการความรู้แก่สังคมเพื่อประโยชน์แห่งตนและผู้อื่น

ในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงของโลกที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อการเกิดภัยทั้งทางธรรมชาติ
และสิ่งที่มีมนุษย์สร้างขึ้น การเกิดโรคอุบัติใหม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของประชาชน
ส่งผลทำให้ประชาชนต้องมีการเรียนรู้การปฏิบัติตัว และการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลง เพื่อเป็น
การสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ดังนั้นที่มสุขภาพนอกจาก
การให้บริการเชิงรับแล้ว ยังต้องมีการให้บริการเชิงรุกในการให้ความรู้กับประชาชนในการดูแลสุขภาพ
ของตนเอง และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน
หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นอกจากปฏิบัติงานหลักในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินแล้ว ยังมีงานอื่นที่
ได้รับมอบหมายจากหน่วยงาน ในการสอนให้ความรู้กับประชาชน และบุคคลทั่วไป ในการใช้เวลาใน
วันหยุด หรือเวลาพักระหว่างเวร ออกสอนให้ความรู้โดยใช้ประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติงานมาสอน
โดยมีความมุ่งหวังให้ผู้เรียนมีความรู้ และทักษะที่สามารถช่วยตนเอง และช่วยเหลือบุคคลรอบข้างเมื่อ

เกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่างานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.7.1) ให้ความรู้ ฝึกทักษะพื้นฐานการช่วยเหลือผู้อื่น 2.7.2) ร่วมจัดอบรม หลักสูตรระยะสั้นด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2.7.3) ออกหน่วยปฐมพยาบาลตามหน่วยงานที่ร้องขอ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.7.1 ให้ความรู้ ฝึกทักษะพื้นฐานการช่วยเหลือผู้อื่น

นอกเหนือจากงานประจำ งานสอนการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ทักษะการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน เป็นงานเสริมของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการจัดทีมผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนออกสอนให้ความรู้กับประชาชน พนักงาน นักเรียน ในหน่วยงานของรัฐและเอกชน โดยพยาบาลเล่าว่า การสอนปฐมพยาบาลเบื้องต้น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ ทักษะการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน ผู้สอนต้องอาศัยประสบการณ์และการฝึกฝน การเตรียมความรู้เตรียมอุปกรณ์เสมือนจริง หุ่น เครื่อง AED และการสอนทั้งทฤษฎี และการปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง โดยอาศัยการบริหารเวลาในวันหยุด หรือช่วงว่างจากการลงเวร ในการสอน บางงานมีค่าตอบแทน บางงานสอนฟรี แต่พยาบาล ER ทุกคนก็ยินดีที่ออกไปทำประโยชน์ให้กับส่วนร่วม ให้ประชาชนได้ร่วมพัฒนาทักษะการช่วยเหลือชีวิตให้กับตนเอง ญาติพี่น้อง และประชาชนทั่วไป ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

...ก็จะมีงานสอนนะคะ ก็มีหลากหลายหลักสูตร อย่างแรกเลยคือ เป็นพวกหน่วยอาสาทั่วไป ตามที่หน่วยงานต่าง ๆ ขอความอนุเคราะห์เข้ามา ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนนะคะ โดยการติดต่อผ่านระบบโรงพยาบาล และมีการสั่งการมายังหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการส่งทีมไปสอนตามวันและเวลาที่ (ID1T2L240-249)

...งานสอนเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้กับประชาชน และหน่วยงานในภาครัฐและ เอกชน นอกจากนี้ยังเป็นองค์กรฝึกอบรมเกี่ยวกับหลักสูตรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ หลักสูตรปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐานและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง ... งานสอน คือที่มาทำงานตอนแรกก็ไม่คิดเหมือนกัน ว่าตัวเองจะสอนได้ เพราะเป็นคนที่พูดจา งง ๆ อยู่

แล้วก็แบบต้องไปสอน โดยที่ไม่รู้ว่าเราจะต้องไปสอนเขาอย่างไร ความรู้ของเราก็ยัง ไม่แน่นพอ ก็ต้องเกิดจากการเรียนรู้ โดยการสังเกต การสอนของรุ่นพี่ในหน่วยงาน ว่าสอน แบบไหน วันนี้จะสอนเรื่องอะไร ต้องมีการเตรียมตัวการอ่านหนังสือ เพื่อนำความรู้ไปเผยแพร่ แรกเราอาจยังไม่ได้สอน เพราะเราจะต้องไปเรียนรู้จากพี่ และมีการฝึกฝนหลายๆรอบ เพื่อให้เกิดความชำนาญมากขึ้น (ID1T1L62-65,L119-124)

...สอนยกเคลื่อนย้ายเราก็ต้องเตรียมอุปกรณ์ยกเคลื่อนย้าย เช่น ผ้า ในการใช้ลาก ไข่มด ด้วย ในการสอนการดูแลเบื้องต้น เราต้องเตรียมอุปกรณ์การทำแผล การตาม ไปด้วย น้ำเกลือ ไรยั้งซี่ เพื่อที่เราจะไปทำให้เค้าดูว่าต้องทำอะไร...เวลาที่เราลงเวร วันหยุด เป็นวันที่เราลงเวรไปเพราะเราไม่สามารถจะเลือกได้ว่าเป็นวันไหน เพราะมีการรันเป็นทีมมา เป็นแบบว่าเค้าจะเป็นทีมว่ารอบนี้เป็นของทีมไหน ถ้าเกิดทีมนั้นมีคนในทีมขึ้นเวรระหว่างที่มีกรมอบหมายให้ไปสอน ก็ต้องไปดูคนอื่น ที่อาจจะเป็นในช่วงของวัน off หรือช่วงว่างระหว่างเวร ไปสอน ID4T1L393-407

...การแบ่งทีมคะ แบ่งทีมสอนประมาณ 4 ทีม นะคะ ซึ่ง แต่ละทีมเนี่ย ก็จะมีสมาชิกพยาบาลประมาณ 4-5 คน และก็จะมีการนำที่สาธารณสุข 2 คน คะ ซึ่งการสอนเนี่ยจะถูกแบ่งเรื่องสอนกันไปแต่ละคน โดยต้องดูด้วยว่าเขาต้องการเจ้าหน้าที่ที่ไปสอนกี่คน ต้องใช้เวลาการสอนเท่าใด สมมุติว่าต้องการ 2 คน เราก็จะแบ่งกันไปว่า รอบนี้ใครจะไป หรืออีกอย่างคือต้องดูเวรที่ขึ้นด้วย ว่าใครไปได้บ้างใครคะ... การสอน เขาก็จะมีในวันเวลาราชการคะ แต่การที่เราจะออกไปสอนเนี่ย ส่วนใหญ่เราก็จะหยุดในวันนั้นอยู่แล้วด้วย หรือบางทีอาจจะมีการขึ้นเวรป่วย เวรตึก ไรก็มีคะ โดยการสอนก็จะมีค่าตอบแทนด้วยคะ แต่ไม่ตายตัวว่าเท่าไร บางงานก็เป็นการสอนฟรีก็มี ...เรารู้สึกว่า เราออกไปทำประโยชน์ให้ส่วนรวมคะ ไม่ว่าจะค่าตอบแทนหรือไม่นั้น เราก็ยินดี และเราก็ภูมิใจที่ทำให้หลายคนสามารถมีทักษะช่วยเหลือชีวิตคนอื่นได้ หรือว่าสามารถให้เขามีทักษะการช่วยเหลือ ช่วยชีวิต

เบื้องต้นได้ ไม่ว่าจะตัวเอง คนอื่น ญาติพี่น้องของเขา ที่ประสบเหตุ
ต่าง ๆ ค่ะ (ID10T1L265-280)

นอกจากการสอนปฐมพยาบาลเบื้องต้นแล้ว ทักษะการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน เป็นทักษะที่
ประชาชนทุกคนต้องเรียนรู้จึงบรรจุอยู่ในหลักสูตรการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ซึ่งพยาบาลเล่าว่า การ
สอนการฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีวัตถุประสงค์ให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติได้จริง การขอความช่วยเหลือ ณ
จุดเกิดเหตุ การโทร 1669 เพื่อขอทีมสนับสนุนของโรงพยาบาล การกดหน้าอกที่ถูกต้องเพื่อรอทีม
สนับสนุนจากทีม Advance life support การสอนทักษะดังกล่าวผู้สอนต้องมีเตรียมแผน สื่อการ
สอน การเตรียมอุปกรณ์เสมือนจริง หุ่น เครื่อง AED และการสอนทั้งทฤษฎี และการปฏิบัติในสถาน
จำลอง เพื่อความชัดเจนในการเรียนรู้ของผู้เรียน ดังคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...งานสอนก็จะมีการจัดทีมสอนออกเป็น 4 ทีม แต่ละในทีมจะ
ประกอบไปด้วยพยาบาลวิชาชีพ AEMT และ EMT ประกอบไปด้วย
ทีมละ 4-5 คน โคนเวียนกันออกสอนตามหน่วยงานที่เชิญ โดยการ
เตรียมอุปกรณ์ในการสอนก็จะประกอบด้วย หุ่น CPR เครื่อง AED
กระเป๋ปฐมพยาบาลเบื้องต้น อุปกรณ์การตาม อุปกรณ์การทำแผล
เบื้องต้น...สอนให้กับนักเรียน พนักงานบริษัท ตำรวจ พระ ครู อสม
ประชาชนทั่วไป เป็นต้น (ID2T1L454-458,460)

...[งานสอน] ให้กับหน่วยงานอื่น เช่น หน่วยงานที่เค้าทำงานเป็น
กลุ่มใหญ่ๆ อยู่ในโรงสี คนงานในโรงสีเป็นการสอนให้เค้ารู้การหนีไฟ
เบื้องต้น หนีไฟใหม่ การมีผลต้องทำอะไร หรืออีกอย่างก็เป็นการ
สอน CPR ให้กับผู้ป่วย นักโทษ...เราต้องรู้ก่อนว่าเราต้องไปสอนเรื่อง
อะไร ถ้าเป็นเรื่องการ CPR เราก็ต้องมีการเตรียม Slide ของเรา ดู
สื่อการเรียนการสอนของเราพร้อมไหม เหมาะกับผู้เรียนที่เราจะไป
สอนหรือไม่ หมายถึงว่าคนที่เราไปสอนแล้วทำให้เค้าเข้าใจง่ายไหม
และการไปสอน CPR แล้วให้เราได้เห็นภาพชัดขึ้น เราต้องเตรียมหุ่น
CPR ไปด้วย (ID4T1L393-407)

...ต้องเตรียมความรู้ เตรียม power point เตรียมความรู้ เตรียม ข้อมูล เตรียมอุปกรณ์ในการสอน ซึ่งในส่วนทีมของพีก็จะมีการทำ power point เป็นของกลางเพื่อที่เวลาที่ทีมมีสอนทุกคนสามารถดึง ไปสอนได้เลย ส่วนอุปกรณ์ในการสอน เช่น กระเป๋าปฐมพยาบาลจะมีเป็นส่วนกลางของตึก เวลาที่ทีมมีสอนก็ต้องประเมินเช็คความพร้อมของอุปกรณ์ เตรียมหุ่น CPR โดยการสอนก็จะเป็นสอนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ โดยเราประเมินว่าจุดประสงค์ และระยะเวลาในการสอนมีเท่าไร และเราก็วางแผนในการสอนให้เป็นตามวัตถุประสงค์ (ID6T1L281-285)

...การ CPR และการใช้เครื่อง AED โดยมีการมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติได้จริง สามารถขอความช่วยเหลือในการเกิดเหตุ การโทร 1669 เพื่อขอทีมสนับสนุนของโรงพยาบาล การกดหน้าอกที่ถูกวิธีโดยใช้วิถีกด 30 ครั้งต่อการช่วยหายใจ 2 ครั้ง 5 รอบแล้วจับชีพจร ถ้าไม่มีก็ CPR ต่อจนกว่าทีม ALS จะมาถึงที่เกิดเหตุ และใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจแบบอัตโนมัติโดยมีเครื่องสำหรับการฝึกใช้พร้อมกับหุ่น CPR เป็นการจำลองเหตุการณ์เสมือนจริง ในการฝึกปฏิบัติ และการดูแลหลังผู้ป่วยมีชีพจร การจัดทำนอน เป็นต้น (ID5T2L46-51)

2.7.2 ร่วมจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

หน่วยงานของสภามหาวิทยาลัยได้รับรองมาตรฐานการเป็นองค์กรฝึกอบรมจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ในการผลิตผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในหลักสูตร Emergency Medical Technician และ Emergency Medical Responder พยาบาลผู้สอนต้องผ่านการอบรมโครงการเป็นครู ก ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีการแบ่งความรับผิดชอบสอนในหัวข้อที่พยาบาลแต่ละคนถนัดตามหลักสูตรที่กำหนดทั้งการเตรียมความรู้ เตรียมสื่อการสอน การสอนทั้งภาคทฤษฎีภาคปฏิบัติ และมีการสอบวัดความรู้ ซึ่งการสอบนี้จะใช้ในสถานการณ์จำลอง หากสอบผ่านตามที่หลักสูตรกำหนดจะได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พยาบาลผู้สอนเล่าถึงความรู้สึกที่ว่า “รู้สึกชอบและสนุกกับงานนี้ เหมือนเราได้ให้ความรู้ ได้สอนคนที่อยู่ในสายงานเรา

เพื่อให้ไปปฏิบัติงานร่วมกับเรา เราก็ทำให้เขามีความรู้ และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้” ดังคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...ไปเรียนการเป็นครู เพื่อการสอนเกี่ยวกับเรื่องพวกนี้โดยตรง พวกโครงการการเป็นครู ก็รู้สึกชอบนะคะ มีประสบการณ์ทางด้านนี้มาพอสมควร รู้สึกชอบและสนุกกับงานนี้ เหมือนเราได้ให้ความรู้ ได้สอนคนที่อยู่ในสายงานเรา เพื่อให้ไปปฏิบัติงานร่วมกับเรา เราก็ทำให้เขามีความรู้ ก็รู้สึกดีใจ...ก็จะมีการสอนหลักสูตร EMR [Emergency Medical Responder] EMT [Emergency Medical Technician] ในการประเมินสถานการณ์ความปลอดภัย และการประเมินอาการคนไข้เบื้องต้น หลัก ๆ สอนในเรื่องการออกเหตุ ให้เขามีการประเมินอย่างไร ประเมินก่อนการออกเหตุอะไรจะ ประเมินสถานการณ์ความปลอดภัย 2 ข้อ Screen size up การป้องกันตัวเอง การดูสถานที่ให้ปลอดภัย การให้มีความรู้เบื้องต้น แยกคนไข้ระหว่างคนไข้อุบัติเหตุ และคนไข้ป่วย รู้จำนวนคนไข้เบื้องต้น และก็อาจต้องขอแหล่งสนับสนุนอะไรหรือไม่ระหว่างออกเหตุ ซึ่งปกติในการสอนในหลักสูตร EMR และ EMT ขององค์กรฝึกอบรมของโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา จะเป็นคนรับผิดชอบสอนเรื่องนี้ โดยจะเป็นการสอนทฤษฎี และการปฏิบัติในการประเมินสถานการณ์ การประเมินผู้ป่วย เพราะตัวเองคิดว่า เป็นหัวข้อที่สำคัญสำหรับ EMR และ EMT ในการออกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วย เพราะถ้าประเมินได้ ก็จะสามารถช่วยผู้ป่วยได้ แต่ถ้าเค้าไม่มีความรู้ไม่สามารถประเมินได้ เค้าก็จะไม่ทราบว่าคนไข้มีภาวะวิกฤตและไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ซึ่งเดือนหน้าก็จะมีสอน ก็รับผิดชอบหัวข้อเรื่องนี้ ก็พยาบาลทบทวนและอัปเดตความรู้การเรียนเนื้อหาเพื่อให้เป็นประโยชน์แต่ผู้เรียนมากที่สุด (ID9T1L430-447)

...และจะมีการสอนพวก EMT มีพวก EMTB และ EMR ค่ะ มีการจัดตั้งโครงการสอนค่ะ...ก็จะมีการสอนทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติอะคะ โดยแต่ละหลักสูตรมีการสอนจำนวนวันที่แตกต่างกัน เมื่อสอนเสร็จจะมีการสอบวัดความรู้ และใบประกาศ เพื่อ

สามารถออกปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้ อย่างพวก
 ทฤษฎีจะมีการสอนเกี่ยวกับเรื่อง Vital Sign ของคนไข้ ส่วนพวก
 ปฏิบัติก็มีการสอนต่อจากทฤษฎี คือ สอนทฤษฎีเรื่องอะไรไป ก็
 สอนปฏิบัติต่อในเรื่องนั้น เหมือนเป็นการทดสอบให้กระทำจริงจาก
 การเรียนทฤษฎีอะคะ หรือไม่บางครั้งเราก็จะไปเป็นผู้ร่วมสอนปฏิบัติ
 กับผู้สอนท่านอื่นด้วยคะ (ID1T2L240-249)

...เป็นหนึ่งในทีมในการสอน โดยประกอบไปด้วย พยาบาลวิชาชีพ
 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และเวชกิจฉุกเฉิน ซึ่งในการออกไป
 สอนจะขึ้นอยู่กับการจัดการของหัวหน้างานในการจัดทีม โดยมี
 ทั้งหมด 4 ทีม เวียนกันออกสอนตามคิวสอน ซึ่งการสอนจะเป็นการ
 ใช้วันหยุดหรือหลังจากกลางเวรแล้วไปสอน โดยแต่ละทีมจะมีหัวหน้า
 ทีมในการมอบหมายในการสอน โดยการสอนจะประกอบไปด้วย
 หลักสูตรอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน หลักสูตรการปฐมพยาบาลเบื้องต้น
 หลักสูตร EMR, EMT โดยแต่ละหลักสูตรจะมีขอบเขตเนื้อหาเกี่ยวกับ
 ภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การกู้ชีพขั้นพื้นฐาน
 และการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ ซึ่งแต่ละหน่วยงานใน
 การจัดการอบรมจะมีขอบเขตเนื้อหาในการอบรม และชั่วโมงการ
 สอนที่ชัดเจน เช่น การอบรมหลักสูตรอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน จะมี
 การสอนเรื่องภาวะฉุกเฉิน การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืน
 ชีพขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ โดยหัวหน้าทีม
 จะมีการแบ่งเนื้อหาในการสอนทฤษฎี และการปฏิบัติ...โดยการสอน
 ในแต่ละครั้ง จะมีค่าตอบแทนวิทยากร และไม่มี ขึ้นอยู่กับลักษณะ
 งานที่จัด ซึ่งค่าตอบแทนก็จะมีการจัดสรรโดยหัวหน้าทีม ซึ่งเป็นการ
 แบ่งกันบางครั้งอาจจะเยอะ บางครั้งอาจจะน้อย แต่ไม่สนใจอยู่แล้ว
 ความสุขคือการได้สอนให้ประชาชนสามารถปฏิบัติและดูแลตนเองได้
 และได้สอนกับทีมโดยในทีมเป็นที่ๆ น้องที่สนิทกันมันเป็นความสุขอีก
 รูปแบบในการทำงาน (ID5T2L634-44,51-55)

2.7.3 ออกหน่วยปฐมพยาบาลตามหน่วยงานที่ร้องขอ

เมื่อมีหน่วยงานราชการหรือเอกชน ร้องขอให้โรงพยาบาลออกหน่วยปฐมพยาบาลในงานต่าง ๆ เช่น งานฟุตบอล งานมหกรรมต่าง ๆ ของจังหวัด พยาบาลผู้ออกปฏิบัติการจะมีการเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับงานนั้น ๆ และมีการจัดสถานที่ให้พร้อมต่อการปฏิบัติงานและเมื่อมีผู้บาดเจ็บจะให้การดูแลเบื้องต้น หากเกินความสามารถของหน่วยปฐมพยาบาลจะประสานงานกับรถพยาบาลเพื่อนำผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้เคียงกับสถานที่จัดงาน ดังคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...งานออกหน่วยปฐมพยาบาล ได้แก่ งานฟุตบอล งานมหกรรม หุ่นฟางนกของจังหวัดชัยนาท...ลักษณะการติดต่อประสานงาน การมอบหมายงาน การปฐมพยาบาล... (ID1T1L66-5-66)

...ก็จะมีลักษณะงานออกหน่วยปฐมพยาบาล...หน่วยทำพิธีต่าง ๆ ก็จะเป็นพยาบาลในโรงพยาบาลไม่จำกัดหน่วยงาน โดยใช้ความสมัครใจในการออกหน่วยโดยมีกลุ่ม Line ออกหน่วย เมื่อมีหน่วยงานติดต่อมาก็จะมีการ ประชาสัมพันธ์ให้รับทราบ เมื่อมีคนสนใจก็จะอาสาออก ถ้าไม่มีก็จะใช้ลักษณะการมอบหมาย แต่ถ้าลักษณะของงานที่ออกหน่วย เป็นลักษณะที่เป็นการแข่งขัน เช่น ฟุตบอล มวย ที่เป็นความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ ก็จะมอบหมายให้พยาบาลห้องฉุกเฉินออก เนื่องจากมีความรู้ในการปฐมพยาบาลที่เชี่ยวชาญและสามารถดูแลได้ทั้งการเจ็บป่วยและการได้รับบาดเจ็บจากการแข่งขัน ...ถ้าเป็นหน่วยปฐมพยาบาลก็จะใช้การสมัครใจก่อน แต่ถ้าไม่มีใครสมัครใจก็ออกตามลำดับคิวที่มีการรันไว้ตามรายชื่อเป็นคนออกหน่วย (ID2T1L436,445-454)

...การเตรียมอุปกรณ์ประกอบด้วย ยาเบื้องต้น เช่นยาแก้คัน ยาแก้ปวดลดไข้ อุปกรณ์ทำแผลห้ามเลือด อุปกรณ์การตาม เป็นต้น ตัวอย่างเช่น ออกหน่วยฟุตบอลแล้วนักแตะล้ม ขาผิดรูป พยาบาลต้องเข้าไปปฐมพยาบาล ถ้ามีบาดแผลต้องรีบห้ามเลือด ประคองตาม อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ และนำส่งโรงพยาบาล ID4T1L383-388 เรื่อง ออกหน่วยฟุตบอล ออกหน่วยงานประจำปีของจังหวัด ซึ่งการที่เราจะ

ไปออกหน่วยอะ มันเป็นหน่วยที่มีผู้คนจำนวนมาก แต่ยาที่เรานำไป จะเป็นยารักษาโรคเบื้องต้น ไม่มียา Advance อะไรมากมาย เช่น พวก CPM ยาพารา ยาแก้เวียนหัว อาจจะมีชุด อุปกรณ์ทำแผลไปบ้าง ซึ่งจะเป็นกล่องสำหรับพยาบาลที่เขาจะเตรียมไป อาจจะมีแอมโมเนีย ไว้สำหรับคนที่มีอาการจะเป็นลม ซึ่งเวลาที่เราไปออกหน่วย เราจะต้องมีผ้าปู เพื่อที่ใช้สำหรับทำโต๊ะ ปูโต๊ะ วางของ ในจุดที่เราประจำอยู่ และคอยสังเกตพื้นที่ ดูว่าใครต้องการความช่วยเหลือ ต้องการการปฐมพยาบาลหรือไม่ เราก็จะมีป้ายอยู่ข้างหน้าอยู่แล้ว เขียนว่า หน่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้น ไรจี้คะ ซึ่งถ้าเขามีปัญหาอะไรก็จะเดินมาหาเรา (ID4T2L100-107)

...[พื้นที่การจัดตั้งหน่วยฟุตบอล] เป็นในสนามกีฬาเลยคะ จะเป็นจุดศูนย์กลางบริเวณการจัดงาน ขอบด้านข้างของสนามฟุตบอล คือในบริเวณนั้น ๆ เขาก็จะมีโฆษก มีพิธีกร บอกและประชาสัมพันธ์อยู่แล้ว ว่ามีจุดปฐมพยาบาลเบื้องต้นอยู่ตรงนี้ ใครมีอาการ มีปัญหาอะไร ก็ให้มาได้ตรงนี้ ไรจี้คะ...เราจะเป็นหน่วยที่มาจากโรงพยาบาลของรัฐบาล แล้วก็จะมีหน่วยที่ทางทีมฟุตบอลเขาจ้างมาอยู่แล้วอะคะ จะเป็นโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งครั้งนั้นจะเป็นนักกีฬาที่เขาล้มและทับขาตัวเอง น่าจะกระดูกหักด้วย แต่ว่าเป็นหน่วยเอกชนที่เขาไปช่วย แต่สำหรับส่วนตัวที่เคยได้ไปดูแลเองเลยเนี่ยนะคะ จะเป็นคนไข้ที่เป็นลม และก็มี DTX ตำดูแลประถามพยาบาลเบื้องต้น และผู้ป่วยรู้สึกตัวเลยให้ดื่มน้ำหวาน ก็คือ ณ ตอนนั้นไม่ได้โทร 1669 แต่เรานำส่งโรงพยาบาลเองเลย (ID4T2L110-119)

3. ปัญหาหน้างาน บริหารจัดการโดยหัวหน้าเวร

ในการขึ้นปฏิบัติงานแต่ละเวร พยาบาลทุกคนจะประจำโซนที่ตนเองได้รับมอบหมาย ส่วนหัวหน้าเวรจะไม่ได้ประจำที่โซนใดโซนหนึ่งของ ER แต่จะทำหน้าที่บริหารจัดการสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นในเวร ทั้งเรื่องการเตรียมความพร้อมของทีม การดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการเครื่องมือให้พร้อมใช้ การบริหารความเสี่ยงที่อาจเกิดภายในเวร โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดขึ้นหน้างาน ซึ่งหัวหน้าหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะมอบหมายให้หัวหน้าเวรเป็นผู้บริหารจัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบ

ประเด็น ปัญหาหน้าที่หัวหน้าเวรต้องบริหารจัดการ แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ 3.1) บริหารอัตรากำลังให้เหมาะสม หากมีผู้ป่วยจำนวนมาก 3.2) สื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจหากต้องรอตรวจนาน 3.3) ป้องกันความผิดพลาดการดูแล จึงต้องมีการตรวจสอบและทวนซ้ำ 3.4) ระวังเหตุการณ์วุ่นวาย ต้องอาศัยหลายฝ่ายร่วมกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 บริหารอัตรากำลังให้เหมาะสม หากมีผู้ป่วยจำนวนมาก

เนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยที่มาใช้บริการใน ER มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่บุคลากรมีจำนวนเท่าเดิม เมื่อผู้รับบริการมารับบริการพร้อมๆกัน ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึงพยาบาลและแพทย์ได้สามารถให้การตรวจรักษาได้ในเวลารวดเร็ว และในกรณีของผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งจำเป็นต้องรับตัวไว้รักษาในหอผู้ป่วยใน ก็ไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยเข้าไปรับการรักษาในหอผู้ป่วยในได้ในทันที เนื่องจากแพทย์เฉพาะทางต้องการผลยืนยันจากการตรวจจากห้องปฏิบัติการก่อนเช่น รอผลเลือด รอผล CT หรือบางกรณีที่หอผู้ป่วยในเตียงเต็ม ไม่สามารถรับผู้ป่วยได้ จำเป็นต้องใช้เวลาในการบริหารจัดการเตียงก่อน ทำให้เกิดความแออัดใน ER (ER Over-crowded) ปัญหาดังกล่าวพยาบาลหัวหน้าเวรจะต้องดำเนินการแก้ไขเพื่อให้มีการสลับไหลของผู้รับบริการ ซึ่งโรงพยาบาลมีแผนการรับมืออยู่ 3 ระดับ หัวหน้าเวรต้องเลือกแผนใดแผนหนึ่งในการดำเนินการแก้ไขปัญหา หากเป็นแผน 1 ใช้ในกรณีที่มีผู้ป่วยสีแดง มากกว่า 5 คนขึ้นไป ต้องขออัตรากำลังมาช่วยดูแลผู้ป่วยและทำหัตถการ เพื่อระบายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน แผน 2 จะใช้เมื่อมีจำนวนผู้ป่วยสีแดงเกิน 9 คนขึ้นไปและแผน 3 มีจำนวนผู้ป่วยสีแดงเกิน 15 คนขึ้นไป หัวหน้าเวรต้องรายงานปัญหาต่อผู้บริหาร หากเป็นเวลาราชการต้องรายงานหัวหน้าหน่วย ER หากเป็นนอกเวลาราชการ ต้องรายงานผู้ตรวจการพยาบาลเพื่อขออัตรากำลังเสริมมาช่วยดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่วนมากจะเป็นการตามพยาบาลหอผู้ป่วยในมาช่วยซึ่งสามารถช่วยได้ระดับหนึ่งแต่ไม่ได้แก้ปัญหาระยะยาว พยาบาล ER สะท้อนว่าบางครั้งโรงพยาบาลที่ถูกส่งมาช่วย บางคนก็ทำงานไม่ได้เลย เพราะไม่รู้งาน ER สุดท้ายพยาบาล ER ก็ต้องช่วยเหลือตัวเองและทำเท่าที่จะทำได้ ดังคำสัมภาษณ์ดังนี้

...คนไข้เยอะ เยอะมาก แล้วหมอAdmitที่เดียวพร้อมกัน หลากๆ
 เคส ทำไม่ทันค่ะ Order ก็มาแล้ว คนในเวรก็ทำไม่ทัน ไม่รู้จะทำ
 ยังไง ก็ทำไปทีละเคส อันไหนเร่งด่วนก็ทำก่อน อันไหนรอได้ก็รอก่อน
 ID3T1L163165

...ER Over-crowded คือ ปริมาณคนไข้ที่เยอะขึ้น หมอที่เยอะขึ้น เนี่ยทำให้เกิดความแออัดระหว่างการทำงาน บุคลากรเท่าเดิม คนไข้ก็ไม่สามารถระบายออกไปได้ เช่น ในกรณีที่มีหมอมีการเจาะ Lab อะคะ คนไข้และญาติก็ต้องรอผลเลือด ไหนจะต้องส่ง CT อีก พอมันหลาย Case เข้า มันก็ไม่สามารถเอาคนไข้ไป Admit ได้ ก็ต้องรอกันไปในห้องแน่น ๆ คือ ก็เคยปรึกษาหมอว่า อย่าง Case นี้ เราสามารถย้ายไปรอข้างในได้ไหม อย่าง Case Med หรือ Case อะไร เอาไปนั่นได้ไหม นี่ได้ไหม เราจะ Admit ไปเลยได้ไหม ถ้ายังงั้นอะ คือถ้าเราไม่ Admit คนไข้เข้าไป คนไข้ที่เขามาใหม่มันก็จะไม่มีที่ ด้วยความที่ว่าทรัพยากรของเรามีจำกัด ทั้งบุคลากรและสถานที่ ถ้าเราไม่ Clear คนไข้ออกไปไหนบ้าง คนไข้ที่เข้ามาใหม่ บวกกับคนไข้ที่ยังรออยู่ก็จะสะสมแน่น เยอะขึ้น เราก็จะดูแลไม่ทั่วถึง อาจเกิดปัญหาอะไรตามมาอีก...ด้วยปัจจุบันนี้คนไข้เยอะขึ้นมาก ๆ ค่ะ คนไข้ Resuscitation ก็มีจำนวนเยอะขึ้น เช่น ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย มาถึงห้องฉุกเฉิน แพทย์มีแผนการรักษาพญา และในห้องฉุกเฉินมีผู้ป่วย Resuscitation คือมี UGIH with Shock และผู้ป่วยอื่นในห้องฉุกเฉิน ซึ่งพยาบาลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เพียงพอ รุนแรงต้องเดินไปดูผู้ป่วยคนโน้นที คนนี้ที ทำให้พอกกลับมาดูคนไข้ ผู้ป่วยเหนื่อยมากขึ้นจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจเลย ทำให้พอผู้ป่วยมีจำนวนมากแล้วไม่สามารถ Admit ได้จากปัญหาการรอเตียง การรอวินิจฉัย ทำให้เกิด ER Over-crowded และผู้ป่วยมีอาการแย่ง (ID1T2L221-238)

...ถ้าในห้องฉุกเฉินมีปัญหาความแออัดของผู้ป่วยให้ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลก็จะมีแผนการรับมืออยู่ 3 ระดับ หัวหน้าเวรก็ต้องเลือกแผนการในการบริหารจัดการให้เข้ากับแผน 1,2,3 ตามที่เราตั้งไว้ เราก็จะมีการตามอัตรากำลังจากภายนอกหน่วยงานมาช่วยระบายผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉิน...แผนที่ 1 ของเราจะมีการนับจำนวนผู้ป่วยสีแดงเกิน 5 คนขึ้นไปเราก็จะประกาศแผน ถ้านอกเวลาราชการก็จะแจ้งเวรตรวจการ ในเวลาจะแจ้งหัวหน้างานของเรา ว่าขณะนี้เรามีผู้ป่วยเข้า

สู่แผนแล้ว เราก็ปฏิบัติการตามแผนในการตามอัตรากำลังในมาช่วยกันดูแลผู้ป่วย ทำหัตถการ ช่วยกันดูแลผู้ป่วย ทำหัตถการเพื่อระบายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน...แผน 2 จำนวนผู้ป่วยสีแดงเกิน 9 คนขึ้นไป...แผน 3 จำนวนผู้ป่วยสีแดงเกิน 15 คนขึ้นไป (ID2T1L155-168)

...มีนะ ก่อนอื่นเราก็ต้องรายงานไปยังผู้ตรวจการแล้วเขาก็จะมีการจัดสรร ประสานงานพยาบาลจากข้างในมาให้เรา บางครั้งพยาบาลที่มาช่วยเราก็ไม่ได้ตรงกับงานของเรา คือ บางคนที่ทำงานไม่ได้เลย เพราะเขาไม่รู้งาน สุดท้ายเราก็ต้องช่วยเหลือตัวเอง Manage ตัวเองเนี่ยแหละ เท่าที่ทำได้ส่วนใหญ่เนี่ย พี่จะเจอพวกอุบัติเหตุหมู่ พยาบาลข้างในไม่กล้าเย็บแผล ไม่กล้าทำแผล ดูแลคนไข้อุบัติเหตุไม่ได้ อย่างมากมายทำแค่ เจาะเลือดให้เรา เอกสารที่เป็นการเขียนบันทึกทางการแพทย์ พวกแบบฟอร์มของ ER เนี่ย เขาก็ไม่เข้าใจ เขียนไม่เป็น ทำไม่ได้ ไม่รู้ว่าเขียนยังไง คือมันต่างกันระหว่าง Ward กับ ER ฟอร์มไม่เหมือนกัน (ID6T2L48-51)

...คนไข้ในปริมาณมากค่ะ และเราก็ Admit ไม่ได้ เพราะ Ward รับผู้ป่วยไม่ได้ เพราะผู้ป่วยด้านในมีปริมาณมาก เต็มเต็ม การ Admit ก็จะต้องรอด้านในเขาจัดการ Clear คนไข้ก่อน โดยเราต้องขอยืม Stretcher ไว้ที่ตึกก่อน ไม่งั้นเราจะไม่สามารถ Admit คนไข้ได้...ER มีผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนมาก จะทำให้เราทำการดูแลผู้ป่วยได้ไม่ทั่วถึง... เกิดภาวะ Crowding เราอาจต้องหาคนมาช่วยเรา เช่น ผู้ตรวจการ ซึ่งการ Admit คนไข้ เราไม่สามารถทำได้คนเดียว คือต้องมีคนมาช่วยเราในการช่วยประสานงานกับ Ward ในตึก หรือจัดการเตียงคนไข้ด้านในให้เรา เราถึงจะบริหารการ Admit ได้เร็วขึ้น หรือถ้าเป็นกรณี Case Trauma หรือ Resuscitate เยอะ ๆ ที่ทำให้เราดูแลได้ไม่ทั่วถึง เช่น มี Case arrest พร้อม ๆ กัน หรือมี Fast track พร้อม ๆ กัน เราก็ต้องรายงานไปยังผู้ตรวจการ เขาก็จะจัดการหาเจ้าหน้าที่ด้านในมาช่วยเรานะคะ ID10T1L127141)

...ควบคุมนะคะ ควบคุมคนที่มาช่วยเรา [กรณี ER overcrowding ผู้ตรวจการส่งคนมาช่วย] ต้องมีการจัดเป็นทีมเล็ก ๆ ให้เจ้าหน้าที่ของเราเป็น Leader ในการผู้จ่ายงานให้กับพยาบาลคนที่มาช่วยเรา เช่น Case นี้ นะคะ ให้พยาบาลคนที่ 1 มาช่วยในการเปิด IV เจาะ Lab ส่วนคนที่ 2 นะคะ ให้ทำ อีก Case นึง ให้ฉีดยา อะไรแบบนี้ เราต้อง Assign ให้เขา เพราะเขาไม่รู้ระบบการบริหารงานใน ER ของเรา (ID10T1L144-147)

...คนไข้ในปริมาณมากค่ะ และเราก็ Admit ไม่ได้ เพราะ Ward รับผู้ป่วยไม่ได้ เพราะผู้ป่วยด้านในมีปริมาณมาก เต็มเต็ม การ Admit ก็จะต้องรอด้านในเขาจัดการ Clear คนไข้ก่อน โดยเราต้องขอยืม Stretcher ไว้ที่ตึกก่อน ไม่งั้นเราจะไม่สามารถ Admit คนไข้ได้...ER มีผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนมาก จะทำให้เราทำการดูแลผู้ป่วยได้ไม่ทั่วถึง... เกิดภาวะ Crowding เราอาจต้องหาคนมาช่วยเรา เช่น ผู้ตรวจการ ซึ่งการ Admit คนไข้ เราไม่สามารถทำได้คนเดียว คือต้องมีคนมาช่วยเราในการช่วยประสานงานกับ Ward ในตึก หรือจัดการเตียงคนไข้ด้านในให้เรา เราถึงจะบริหารการ Admit ได้เร็วขึ้น หรือถ้าเป็นกรณี Case Trauma หรือ Resuscitate เยอะ ๆ ที่ทำให้เราดูแลได้ไม่ทั่วถึง เช่น มี Case arrest พร้อม ๆ กัน หรือมี Fast track พร้อม ๆ กัน เราก็ต้องรายงานไปยังผู้ตรวจการ เขาก็จะจัดการหาเจ้าหน้าที่ด้านในมาช่วยเรานะคะ ID10T1L127141)

3.2 สื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจหากต้องรอตรวจนาน

เมื่อห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกิดภาวะวิกฤต มีผู้ป่วยต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วนจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองว่ามีความเร่งด่วนน้อยกว่า ต้องรอการตรวจจากแพทย์เป็นระยะเวลายาวนานกว่าที่แจ้งผู้ป่วยและญาติไว้ เมื่อผู้ป่วยเข้าระบบการคัดกรองตั้งแต่แรก ทำให้ญาติและผู้ป่วยไม่พอใจ พยาบาลหัวหน้าเวรจะอธิบายถึงกระบวนการขั้นตอนของการเข้ารับการรักษาที่ ER ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ ผู้ป่วยและญาติบางรายก็เข้าใจตามเหตุผลที่พยาบาลหัวหน้าเวรอธิบาย บางรายอาจยังไม่เข้าใจ หัวหน้าเวรจะรายงานให้ผู้บริหารทราบเพื่อดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไป ดังคำสัมภาษณ์ดังนี้

...อินซาร์จคือเป็นคนที่จัดการทุกอย่างภายในเวร รับOrder ส่งเวร ดูแลแบบว่า จัดการทีม จัดการปัญหาอย่างไร เช่น เคสนี้หมอบอกไป ได้เลยไม่ต้องรอผลเลือด ผลเอกซเรย์ เราก็ต้องมีวิธีในการแบบว่า ส่ง ต่อคนไข้อย่างไร ให้ไป Admit ในตึก ต้องมีการพูดอย่างไร เราต้อง หาเหตุผลที่ฟังขึ้น ที่ต้องอธิบายข้างในให้เข้าใจ ว่าทำไมถึงรอที่นี้อา ไม่ได้ โดยต้องAdmitเข้าไปก่อน ทั้ง ๆที่คนไข้ก็ต้องนอนโรงพยาบาล อยู่แล้ว

เวลาที่คนไข้เยอะ เยอะมาก แล้วหมอAdmitที่เดียวพร้อมกัน หลายๆ เคส ทำให้ทันค่ะ Order ก็มาแล้ว คนในเวรก็ทำให้ทัน ไม่รู้จะทำ ยังไง ก็ทำไปทีละเคส อันไหนเร่งด่วนก็ทำก่อน อันไหนรอได้ก็รอก่อน เรื่องของคนไข้ที่รอนานเกินไป และไม่รอดตรวจ...หนูก็ ตอนนั้นหนูก็ รายงานผู้ตรวจการก่อน และก็ไปอธิบายให้เขาฟัง ถ้าเขาแบบมี ความคิดเป็นของเขาแล้ว ว่าต้องมาแบบนี้ๆ อธิบายไปก็คือตามหน้าที่ ของเรา เขาจะเข้าใจไหมนั่นคือเรื่องของเขา ระบบการจัดการก็ให้ ผู้ตรวจการหรือหัวหน้าที่ดูแลทั้ง รพ. ที่ดูแลในเวรนั้นอีกทีนึง ให้เขา จัดการไป เราก็กลับมาทำหน้าที่ของเราต่อ (ID3T1L169-174)

...มันเคยมีกรณีที่ยาติเขาสงสัย ไม่พึงพอใจในการบริการของเรา ตัวเราซึ่งเป็นหัวหน้าเวร เราก็ต้องออกมาช่วยจัดการโดยการออกมา อธิบาย ดูแลรักษาของยาติเขาคนนั้น บางที่เขาอาจจะไม่เข้าใจ กระบวนการ ขั้นตอนต่าง ๆ ในการรักษาของพวกเรา ทำให้เราต้อง ทำการอธิบายให้ชัดเจนเพิ่มมากขึ้น (ID10T1L121-124)

เขาก็มาถามว่า รอมา 2-3 ชั่วโมงแล้ว คนไข้เขาเข้าไปข้างในแล้ว เขาต้องรอนานอีกแค่ไหน พี่ก็จะตอบเขาไปว่า เดี่ยวขอเข้าไปดูให้ นะคะ ก็กลับมารายงานยาติเขา ออกมาอธิบายเขาว่า ด้วยภาระงาน ของพยาบาล จำนวนเจ้าหน้าที่ ข้างใน ทำให้เขาออกมาชี้แจง มา อธิบายให้กับยาติทุกระยะเลยไม่ได้ แต่การที่ยาติถามก็ถือเป็นการดี แล้ว เดี่ยวเราจะเข้าไปหาข้อมูลมาให้ ทำแบบนี้เขาก็จะใจเย็นลง เขา

ก็จะเข้าใจ พูดว่า อ้อ ถึงว่าทำไมถึงรอ...ไม่รู้ละ ความรู้สึกส่วนตัวที่คิดว่า ด้วยโรงพยาบาลของเราเป็นโรงพยาบาลที่อยู่ต่างจังหวัด คนไข้ที่เข้ามาให้เรารักษาเขาก็เป็นคนทั่วไปไร้อะไร เขาอาจไม่เข้าใจมากมายขนาดนั้นอะ เช่น พี่ก็เคยนั่งดูนะ เวลาคนไข้มาดูที่หน้าจอ เขาก็อ่าน ออกเสียงว่า รอ L-A-B เขาก็ยืน งง ว่าคืออะไร ไม่เข้าใจไร้อะไร (ID11T1L244-254)

3.3 ป้องกันความผิดพลาดการดูแล จึงต้องมีการตรวจสอบและทวนซ้ำ

ในการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินในแต่ละเวรมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก มีแพทย์ออกตรวจทั้งแพทย์ใช้ทุน และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน การสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญ ในการดูแลหรือการรับคำสั่งแผนการรักษาจำเป็นต้องมีการทวนคำสั่งเพื่อป้องกันการผิดพลาด หรือบางครั้งหากการวางแผนการรักษาของแพทย์มีความคลาดเคลื่อนไปจากความถูกต้อง พยาบาลจะต้องทวนซ้ำคำสั่งการรักษานั้นเป็นการสอบถามเพื่อให้แพทย์ยืนยัน หรืออาจต้องชะลอการแผนการรักษาและรอยืนยันกับแพทย์เฉพาะทางอีกครั้ง เพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้เนื่องจากหัวหน้าเวรเป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลการทำงานของทีม จึงต้องมีการตรวจสอบและติดตามการทำงานของสมาชิกทีม หากมีปัญหาเกิดขึ้นจะได้แก้ไขได้ทันที่ เช่น การรายงานแพทย์ผิดคน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาทันที่ และในกรณีการลงนามในใบยินยอมต่างๆที่ผู้ป่วยหรือญาติลงนาม ต้องมีบุคลากรทางการแพทย์ลงนามในเอกสารยินยอมในฐานะพยานด้วย ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่ามีเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเสียชีวิต แล้วญาติอ้างว่าไม่ได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อตรวจสอบเอกสารใบยินยอมพบว่า พยาบาลไม่ได้ลงนามในเอกสาร พยาบาลจึงถูกฟ้องร้องและต้องไปให้การในชั้นศาลซึ่งต้องมีการสืบพยานกันต่อไป หลังจากที่มีกรณีดังกล่าวเกิดขึ้น ทำให้หัวหน้าเวรจึงต้องมีความระมัดระวังในการทำงานมากขึ้น ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

...เบอร์ 2 คือ In-charge ที่เพิ่งจะเป็นไปได้ไม่กี่ครั้ง คอยประสานงาน คอยดูภาพรวม คอยรับ Order ของหมอ ว่าต้องทำอะไรบ้าง ใช้ไรบ้าง บอกในตึกว่าคนไข้แบบนี้ ๆ จะ Admit เข้าไป (ID4T1L219-221)

...มีค่ะ อย่างน้อยถ้าเราเห็น Order ที่มันแปลก ๆ หากผ่านตาเรา เราจะถามหมอ ทวน Order กับหมอ ทวน Order กันในทีม ถ้าหมอยืนยันตามนี้ เราก็โอเค ยืนยันกับทีมเพื่อให้ปฏิบัติต่อไป แต่เราก็ต้องไปบันทึกทางการพยาบาลประมาณว่า ได้รายงานแพทย์แล้ว และแพทย์ยืนยันแบบนี้ ไร้ เพื่อป้องกันตัวเองว่าเราได้มีการทวนคำสั่งซ้ำแล้ว แพทย์ยังยืนยันแผนการรักษาเดิม เช่น การสั่งยาจำนวน Dose ขนาดความรุนแรงของยา เป็นต้น (ID6T2L63-67)

...ก็ถ้าเกิดมันเป็น Order ที่เราไม่เคยรับมาก่อน เช่น Dose ยาเท่าไร หรือหมายถึงปริมาณของยามันผิดจากที่เราเคยเจอเคยปฏิบัติ เราก็จะกลับไปถาม Order แพทย์ซ้ำว่ายืนยันไหมหรือยังไง บางทีหมอก็อาจจะเปลี่ยนไร้ เขาก็เขียน Order มาใหม่ (ID3T2L13-14)

...ส่วนใหญ่ก็คือจะมีการทวนซ้ำ ว่าหมอยืนยันจะทำแบบนี้ใช่ไหม ไร้ เช่น วันนั้นมีหมอน้องใหม่แล้วเจอคนไข้ขาดยาความดัน คนไข้อยู่ในห้อง Observe ให้กินยา Hydralazine ตั้งแต่เวรดิ๊ก พอเวรเช้าพี่มาถึง ความดันก็ประมาณ 170/100 หมอน้องเลยจะสั่ง Hydralazine แบบฉีด 25 mg พี่ก็ต้องถามว่า ยืนยันหรือ หมอลอง Consult Staff ใหม่ เพราะพอพี่ไปวัดความดันมันก็เหมือนลดลงมาที่ 150/80 mmHg ไร้ ทำให้พี่ต้อง Delay คำสั่งนี้ไปนิดนึง ซึ่งพี่ว่ามันเป็นผลดีมากกว่าผลเสียนะ พอมา Staff มา ความดันก็อยู่ในช่วง 140 /80 พี่ก็เลยรายงานเขา หมอเขาก็มองหน้าพี่ถามว่า น้องสั่งหรือที่จะเอายาฉีด ไร้ อันนี้ประสบการณ์ล่าสุดเลย (ID11T2L32-38)

...ล่าสุดเราเจอคนไข้ bradycardia แพทย์ก็สั่ง Atropine 0.5 mg stat เราก็รู้อยู่แล้วว่า Dose 0.5 มันไม่ใช่อยู่แล้ว เพราะ Guideline ใหม่เนี่ย มันคือ 1.0 Mg แล้วเราก็ค่อย ๆ แจ้งแพทย์ไปทำนองว่า พุดว่า หมอคะ Atropine เอา 0.5 Mg ใช้ใหม่คะ เหมือนพี่ได้ยินมาทำนองว่า Guideline ใหม่ ให้ใช้ 1.0 Mg พุดทำนองแนะนำหรือสะกิดเขานิดนึง เขาก็จะแบบว่า อ้อหรือ เออใช่ เดี่ยวผมเปิดดู

ก่อนนะ ซึ่งก็ตามนั้น 1.2 Mg ค่ะ ฉีดยาไปคนไข้ก็ปกติ อาการดีขึ้น
เลยค่ะ (ID10T1L302-307)

...อย่างน้อยถ้าเราเห็น Order ที่มันแปลก ๆ หากผ่านตาเรา เรา
จะถามหมอ ทวน Order กับหมอ ทวน Order กันในทีม ถ้าหมอ
ยืนยันตามนี้ เราก็โอเค ยืนยันกับทีมเพื่อให้ปฏิบัติต่อไป แต่เราก็ต้อง
ไปบันทึกทางการแพทย์พยาบาลประมาณว่า ได้รายงานแพทย์แล้ว และ
แพทย์ยืนยันแบบนี้ ไร้ เพื่อป้องกันตัวเองว่าเราได้มีการทวนคำสั่งซ้ำ
แล้ว แพทย์ยังยืนยันแผนการรักษาเดิม เช่น การสั่งยาจำนวน Dose
ขนาดความรุนแรงของยา เป็นต้น (ID6T2L63-67)

3.4 ระวังเหตุการณ์ร่วนวาย ต้องอาศัยหลายฝ่ายช่วยกัน

ในการให้บริการผู้ป่วยให้หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลเล่าว่าปัญหาความไม่
พึงพอใจในการรอรับบริการเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในการรอคอยการตรวจรักษา เมื่อผู้ป่วยและญาติ
เกิดความไม่พอใจ บางรายอาจใช้คำพูดรุนแรง ใช้คำไม่สุภาพ และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยบาง
รายเมาสุราเข้ามาอะอะโวยวายไม่ยินยอมในการรักษา บางรายไม่พอใจในการรักษาของแพทย์
ดังนั้นในฐานะหัวหน้าเวรต้องเข้าไปบริหารจัดการก่อน โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจก่อน หาก
เกิดการโต้เถียงกัน ต้องแยกคู่กรณีออกจากกัน ในกรณีที่เกิดการเบี่ยงต้นแล้วไม่สามารถควบคุม
สถานการณ์ หัวหน้าเวรต้องรายงานผู้ตรวจการพยาบาลหรือหัวหน้าหน่วย ER เพื่อมาบริหารจัดการ
สถานการณ์ต่อ ในกรณีที่ญาติหรือผู้ป่วยทำร้ายเจ้าหน้าที่ หรือถือปืนเข้ามาข่มขู่เจ้าหน้าที่ หัวหน้าเวร
ต้องแจ้งตำรวจให้มาระงับเหตุการณ์ ดังคำสัมภาษณ์ดังนี้

...ถ้าเป็นการกระทำความรุนแรงทางวาจา เราจะไม่ใช่ความ
รุนแรงทางวาจาในการตอบกลับผู้รับบริการ เราต้องต้องใช้ความเรา
เป็นเจ้าหน้าที่ เราต้องใช้การสื่อสารที่สุภาพแต่ถ้าเค้ายังไม่ยุติเราก็
ต้อง 1. มีการรายงานผู้บริหาร 2. เราต้องมีการแจ้งความ เพราะถ้ามี
การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานเราต้อง
จัดการเพราะเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ID2...การให้บริการในห้องฉุกเฉินที่มี
ปัญหาเกี่ยวกับการรอคอย ส่วนมากจะเป็นผู้ป่วยประเภทสีเขียวและ

สีขาว ซึ่งตามกระบวนการรอกอยสามารถรอได้ถึง 2-4 ชั่วโมงตามมาตรฐานการคัดกรอง อย่างเช่น ล่าสุดเป็นผู้ป่วยชายมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ญาติซึ่งเป็นบุตรสาวพามาทำแผล ซึ่งการทำแผลเก่า ตามเกณฑ์การคัดกรองสามารถรอได้ 4 ชั่วโมงเนื่องจากเป็นผู้ป่วยประเภทสีขาวย ซึ่งในเวลานั้นในห้องฉุกเฉินมีผู้ป่วยประเภท resuscitation กับผู้ป่วย Emergency เป็นจำนวนมาก และมีผู้ป่วยรอทำแผลก่อนหน้า 2 คน และเจ้าหน้าที่จุดคัดกรองเป็นคนทำแผลเก่า ซึ่งจะทำต่อเมื่อไม่มีผู้ป่วยในจุดคัดกรอง เมื่อญาติมาถึงกระโดนต่ำเสียงดัง “ทำไมต้องรอ เนื่องจากรีบต้องไปต่างจังหวัด และใช้คำหยาบ” ซึ่งได้อธิบายแต่ไม่เป็นผล จึงรายงานหัวหน้าเวรและผู้ตรวจการ หลังจากรายงานผู้ตรวจการก็มาทำแผลให้กับญาติคนโวยวาย และจึงทำให้ผู้ป่วยรอทำแผลคนอื่นพูดว่า “ทำไมเค้าโวยวายและถึงได้ทำก่อน” จึงอธิบายว่ามันเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง คุณรอทำถูกต้องแล้ว และขอโทษที่ทำให้รอเนื่องจากภายในห้องฉุกเฉินมีผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก และเมื่อสถานการณ์ในห้องฉุกเฉินคลี่คลายจึงเรียกทำแผลเก่าผู้ป่วยคนอื่นที่รอคิว (ID2T2L168-180)

...[ความขัดแย้งของผู้รับบริการ]ก็มีหลายอย่างนะ มีรอนาน อธิบายไม่ชัดเจน ความต้องการของคนไข้กับญาติไม่ตรงกับแผนการรักษาของเรา เราก็ต้องใจเย็นด้วยนะ ไม่ใช่แค่ให้ญาติคนไข้ใจเย็นอย่างเดียว หมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่ในเวร ไร้งี้ ก็เข้าใจแหละว่าอาจมีอารมณ์กันได้ทุกคน แต่บางทีถ้าเราเป็นคนที่ไม่ได้อยู่หน้างาน เราถอยห่างออกมาหน่อยอะ เราก็จะเข้าใจเขาว่า คนเราก็มีความต้องการแต่ละอย่างที่ไม่เหมือนกัน อย่างหมอก็มีความต้องการที่จะรักษา พยาบาลก็มีหน้าที่อยากจะรักษาพยาบาล ญาติก็มีหน้าที่อยากให้คนไข้หาย ไร้งี้ ฉะนั้น เราต้องให้ทุกคนใจเย็นและมาคุยกัน ซึ่งมันอาจจะเป็นวิธีที่ดีได้ไม่เท่าที่ควร แต่มันก็ดีกว่าไม่มีวิธีทำอะไรเลย บางเหตุการณ์เราก็เข้าใจน้องในทีมนะ เช่น ในผู้ป่วยที่รอรับบริการที่นาน ซึ่งเรารู้ว่ากระบวนการไม่ได้ขึ้นกับพยาบาลอย่างเดียว การรักษาเป็นหน้าที่แพทย์ ญาติมีอารมณ์โมโห พยาบาลที่อยู่ด่านหน้าที่จุดคัดกรอง เหมือนหนังหน้าไปอยู่แล้ว เวลาญาติไม่พอใจน้องที่อยู่คัดกรอง

ก็มักจะเป็นคนโดนตำ ถ้าน้องไม่สามารถจัดการปัญหาได้ พี่ในฐานะหัวหน้าเวรก็จะไปพูดคุยอธิบาย บางทีเราก็ต้องขอโทษเค้าแหละ จริงมันก็ไม่ใช้ความผิดพลาดของเรา (ID8T1L177-187)

...มารักษาด้วยอาการแบบว่า Urgent เมาสุรา และอุบัติเหตุรถมอเตอร์ไซด์ ศีรษะแตก และน้องทำแผลให้แล้ว คนไข้นอนไม่นิ่ง สบัดศีรษะไปมา รอแพทย์ประเมินบาดแผลก่อนการเย็บแผล แต่คนไข้เมา ไม่ให้ความร่วมมือ ด่าเราว่าไม่ยอมเย็บแผล เดินไปมา...ณ ตอนนั้นเราต้อง Save ลูกทีมเราก่อน อย่างเขาด่าเรา ว่าเรา เราก็จ้างรปภ.และตำรวจค่ะ ว่ามีคนเมาอาละวาด โวยวาย และเราต้อง Save ทีมเราก่อน ว่า ไม่ต้องไปยุ่ง ไม่ต้องไปทำอะไรเขา ก็ให้แพทย์ Admit ไปก่อนถ้าผู้ป่วยหายเมา มีสติ ก็ให้ส่งกลับมาเย็บแผลในเวลา คนไข้มีสติ (ID9T1L306-313)

...ส่วนใหญ่จะเป็น Case คนไข้จิตเวช ที่เขาจะทำร้ายเรา แต่ยังไม่ทันได้ทำร้าย เหมือนเราประเมินก่อนเกิดเหตุ ตอนแรกเราตามยามก่อน เพราะกว่าตำรวจจะมาถึงอาจใช้เวลา...มันก็มีทฤษฎีการประเมินนะค่ะ แต่พี่ก็ไม่ได้เรียนมา พี่เลยจะต้องมีการประเมินจากความรู้สึกตัวเอง คอยดู ดูว่าคนไข้หรือญาติมีแนวโน้มที่จะ Aggressive หรือจะร้องเรียนอะไรหรือไม่ (ID6T2L70-76)

...เมื่อก่อนถ้ามี Case พวกนี้ คนไข้สับสน วุ่นวาย เราจะตามรปภ. เข้ามา หรือถ้าในเวรมีทีมเป็นน้องผู้ชาย เราก็อาจจะให้เขาช่วยดู หรือได้เข้าไป Contract กับคนไข้เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์พวกนั้น แต่พี่ก็เคยเจอทีมที่เป็นผู้หญิงทั้งหมดนะ ในกรณีที่ทวีความรุนแรงมาก เราก็อาจจะต้องแจ้งตำรวจให้มาช่วยจัดการให้...คือส่วนใหญ่ พอตำรวจมาถึง เหตุจะบรรเทาลงแล้วค่ะ จะเบาลงแล้ว (ID11T2L41-47)

...หัวหน้าเวรอะค่ะ ก็จะมีหน้าที่ดูแลสมาชิกในทีมของเรา ให้การกำกับดูแล ในการทำงานต่าง ๆ ก็คือ เราไม่ได้แค่รับ Order เพียง

อย่างเดียวน เราต้องดูสมาชิกในทีมของเราด้วย ว่าทำอะไร ทำถูกต้องหรือไม่ แล้วก็มีความเสี่ยงอะไรที่จะเกิดขึ้นหรือไม่ เช่น คนใช้ที่จุดคัดกรองมีปัญหาไหม ญาติมีปัญหาอะไรไหม หรือมีคนไข้เสี่ยงที่จะทำร้าย ก่อความรุนแรงหรือไม่...มีค่ะ ล่าสุดก็คือ มีคนไข้มาตรวจแล้วก็รู้ว่าเขาเอาปืนมายิง แล้วก็รู้ว่าสิ่งที่เขาพูดมันจริงหรือไม่ เขามีอาวุธจริงอย่างที่เขาคูหาหรือไม่ เราก็ดำเนินการแจ้งตำรวจแล้ว ตำรวจก็มาค้นตัวคนไข้รายนั้น สรุป มีอาวุธจริง ๆ เราเป็นหัวหน้าเวรเราก็ต้องรับรู้และแก้ไขปัญหาภายในเวร รายงานผู้ตรวจการ ตามลำดับขั้นตอน (ID10T1L110-117)

4. ผลของการปฏิบัติงานใน ER

พยาบาล ER ได้สะท้อนถึงความรู้สึกที่ได้ทำงานเป็นพยาบาล ER ทั้งในแง่มุมเชิงบวกและเชิงลบ และเปลี่ยนความรู้สึกเชิงลบให้เป็นเชิงบวก ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผลลัพธ์การเป็นพยาบาล ER ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังนี้ 4.1) เครียดจากการบริหารจัดการในงานยุคใหม่ 4.2) ขาดสมดุลระหว่างชีวิตกับงานที่ต้องปฏิบัติ และ 4.3) ความสุขเกิดขึ้นได้จากผู้ร่วมงานที่ดีและเต็มที่กับการดูแลผู้ป่วยจนปลอดภัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 เครียดจากการบริหารจัดการในงานยุคใหม่

ลักษณะการทำงานของพยาบาล ER ต้องผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนทำงานในแต่ละโซน ซึ่งรูปแบบของงานมีความแตกต่างกัน ดังนั้นความเครียดที่เกิดขึ้นจึงมาจากสาเหตุที่ต่างกัน โดยเฉพาะการทำงานที่หัวหน้าเวร ในระยะแรกของการทำหน้าที่หัวหน้าเวรจะมีความเครียดมาก เนื่องจากต้องเรียนรู้การบริหารจัดการทุกอย่าง ทั้งในส่วนของผู้ป่วย พยาบาลและบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ความเครียดที่เกิดการกดดันของผู้ป่วยและญาติที่รอคอยการตรวจรักษานาน ซึ่งสาเหตุมาจากการตรวจรักษาของแพทย์มีความล่าช้าเมื่อ ผู้ป่วยและญาติรู้สึกไม่พึงพอใจ พยาบาลต้องเข้าไปอธิบายกระบวนการรักษาพยาบาลและขั้นตอนที่ทำให้ล่าช้า รวมถึงปัญหาการส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากโรงพยาบาลยังไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อรักษาเบื้องต้นแล้วจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย บางครั้งไม่สามารถส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ในเครือข่ายได้ พยาบาลต้องพยายามติดต่อโรงพยาบาลนอกเครือข่ายเพื่อให้

ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทาง ในกรณีนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า พยาบาลมีความเครียดเป็น 2 เท่าทั้งการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยและเผชิญกับความไม่พึงพอใจของญาติ ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

...เครียดมากตอนที่ขึ้นเป็นหัวหน้าเวร พี่จะรู้สึกเลยว่า เครียด คิดไป เยอะแยะ ไปนู่น ไปนี่ กว่าพี่จะนั่งเป็น In Charge ได้ก็เครียดมากเลยแหละ ลำบากมาก กอดตัน และอีกอย่างการที่เราเป็น 2 ปี และอยู่หอผู้ป่วยใน มันไม่ได้เป็น In Charge ถูกไหม เราก็ใช้เวลาเรื่อยเปื่อย วันหยุดก็ไปเที่ยว พอมาทำงาน ขึ้นเวร เราก็เป็น member แต่พอมาอยู่ ER ได้มาเป็น In Charge ER นะ มันไม่ใช่เรื่องหมู ๆ นะ มันคิดว่าจะเป็นไปได้เลย นู่นนี่ สุดท้ายมันก็ซึมซับไปเอง เหมือนเราเรียนรู้ไปเรื่อย ๆ สมัยก่อนต้องโทรถามคนนั้น คนนี้ จะ Admit ยังไง แต่ในทีมอะ มันก็มีน้อง ๆ ที่เป็น Generation กลาง ๆ คอยช่วยเราด้วยอะ ทุกวันนี้ก็ดีขึ้นนะ จะบอกว่าเป็น Incharge ไม่เครียด แล้วคงไม่ได้ เพราะมันต้องจัดการงานทุกอย่างใน ER ทั้งคนไข้ พยาบาลในเวร และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มันเยอะมาก (ID11T1L306-312)

...คงเป็นความเครียดจากคนไข้มั้ง ล่าสุด เราจะมีแพทย์หมุนเวียน Intern Extern มาเวียนที่ ER แล้วเพิ่งมาอยู่ได้อาทิตย์เดียว ตอนที่แพทย์เก่าๆอยู่ตัวแล้วเวรไม่เคยจะยุ่ง แต่พอมีแพทย์มาใหม่ ยังไม่ค่อยเป็นงาน เหมือนคนไข้จะลองของ แหม่หากันจากไหนไม่รู้ทั่วทุกสารทิศ ผู้ป่วยล้นเต็ม N ไปหมด กว่าแพทย์จะตรวจได้แต่ละcase ก็ใช้เวลาค่อนข้างนานมาก ๆ เราเป็นพยาบาลนั่งอยู่ในทีม ก็โดนกอดตันไปด้วยเพราะสิ่งที่เราทำจะต้องอยู่ภายใต้คำสั่งแพทย์เพราะฉะนั้นถ้าแพทย์ยังไม่ Order เราก็ไม่สามารถทำเกินหน้าที่ได้ ณ ตอนนั้น เราทำอะไรไม่ได้เลย นอกจากจัดระเบียบการคัดกรองความเร่งด่วนแยกไว้ให้แพทย์ case ไหนเร่งด่วนเราจะรีบรายงานให้แพทย์ดูก่อนตามลำดับความฉุกเฉิน เห็นคนไข้นอนปวดอยู่ รายงานแพทย์แล้ว แต่แพทย์ก็ยังตรวจไม่เสร็จ case ก่อนหน้านี้ เราก็เครียดส่งสารคนไข้ก็ส่งสาร เราก็ได้แต่เดินเข้าไปพูดคุย สอบถามอาการ ในกรณีcase คนไข้สีเขียวและอธิบายว่าแพทย์เวรจะมีออกตรวจน้อย เพื่อให้คนไข้ได้เข้าใจ (ID5T2L90-110)

...มีปัญหาเกี่ยวกับโรคที่เป็นโรคที่ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง เช่น vascular อย่าง STEMI Stroke MI เราก็มีย MOU กับโรงพยาบาลเอกชน เพื่อที่จะให้เราสามารถมีช่องทางrefer ได้ แต่ในcase vascular เจ็ยะ แพทย์เฉพาะทางมันน้อย มันก็จะค้างอยู่ที่เรา ทำให้เราไม่สามารถ refer ไป ได้ส่วนมากก็จะเป็นคนไข้อุบัติเหตุและมีปัญหาเรื่องการขาดของเส้นเลือด คือผู้ป่วยมีแผลฉีกขาดที่ขาประมาณเกือบ 10 Cms. เวลาที่แพทย์วินิจฉัยก็ จะมีทั้งการตรวจร่างกาย การส่ง CT หลอดเลือด :ซึ่งก็ใช้เวลาประมาณ 2-3 ในการรอผล เมื่อผลออกเราต้องติดต่อหาที่ refer ถ้าแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ ที่จังหวัดนครสวรรค์ไม่มีเราก็ต้องหวนล้อม ในจังหวัดอื่นเช่น กรุงเทพมหานคร โรงเรียนแพทย์ ซึ่งต้องผ่านศูนย์refer การรอการตอบ กลับ ใช้เวลาเกือบ 1 เวน ในการที่จะส่งต่อผู้ป่วยได้ บางทีก็เกิดปัญหาเรื่อง ญาติไม่พอใจ เราก็พยายามอธิบายให้เค้าเข้าใจนะว่ากระบวนการมันติดอยู่ที่ ตรงไหน คนไข้ก็อยู่กับเรานานมาก จริงๆ เราก็เครียดนะ ไหนจะเครียดที่หา ที่ refer ให้คนไข้ไม่ได้ เราต้องพยายามหา refer แบบไม่สิ้นสุด ไหนจะ เครียดจากการที่ญาติกดดันเราในการรอคอย ไหนคนไข้ในห้องฉุกเฉินมันก็ เยอะทำให้เราเครียดมากเวลาที่เราเป็นหัวหน้าเวร (ID6T1L329-377)

...รู้สึกเครียดเวลาปฏิบัติงานที่จุดคัดกรอง ไม่ชอบความรู้สึกแบบเราต้อง คอยตอบสนองความต้องการเพราะความเร่งด่วนในการรอเค้าตรวจ คือทุก คนด่วนหมดไม่ยกมือ ทั่วๆ ที่หน่วยงานมีการประชาสัมพันธ์ และมีการ เขียนระดับความเร่งด่วน การรอคอย ระยะเวลา และบางครั้งผู้ป่วยญาติก็ เห็นว่ามีคนไข้หนักมาก คือบางครั้งความต้องการมากกว่าเหตุผลของ การรอคอย ญาติบางคนอธิบายเค้าก็เข้าใจ บางคนก็ไม่เข้าใจ สถานการณ์มัน ทำให้รู้สึกเครียดมาก (ID1T2L317-321)

...มีปัญหาเกี่ยวกับโรคที่เป็นโรคที่ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง เช่น vascular อย่าง STEMI Stroke MI เราก็มีย MOU กับโรงพยาบาลเอกชน เพื่อที่จะให้เราสามารถมีช่องทางrefer ได้ แต่ในcase vascular เจ็ยะ แพทย์เฉพาะทางมันน้อย มันก็จะค้างอยู่ที่เรา ทำให้เราไม่สามารถ refer ไป ได้ส่วนมากก็จะเป็นคนไข้อุบัติเหตุและมีปัญหาเรื่องการขาดของเส้นเลือด

คือผู้ป่วยมีแผลฉีกขาดที่ขาประมาณเกือบ 10 Cms. เวลาที่แพทย์วินิจฉัยก็จะมีทั้งการตรวจร่างกาย การส่ง CT หลอดเลือด :ซึ่งก็ใช้เวลาประมาณ 2-3 ในการรอผล เมื่อผลออกเราต้องติดต่อหาที่ refer ถ้าแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ที่จังหวัดนครสวรรค์ไม่มีเราก็ต้องหวนล้อม ในจังหวัดอื่นเช่น กรุงเทพมหานคร โรงเรียนแพทย์ ซึ่งต้องผ่านศูนย์refer การรอการตอบกลับ ใช้เวลาเกือบ 1 เวน ในการที่จะส่งต่อผู้ป่วยได้ บางทีก็เกิดปัญหาเรื่องญาติไม่พอใจ นาน เราก็พยายามอธิบายให้เค้าเข้าใจนะว่ากระบวนการมันติดอยู่ที่ตรงไหน คนไข้ก็อยู่กับเรานานมาก จริงๆ เราก็เครียดนะ ไหนจะเครียดที่หาที่ refer ให้คนไข้ไม่ได้ เราต้องพยายามหา refer แบบไม่สิ้นสุด ไหนจะเครียดจากการที่ญาติกดดันเราในการรอคอย ไหนคนไข้ในยห้องฉุกเฉินมันก็เยอะทำให้เราเครียดมากเวลาที่เราเป็นหัวหน้าเวร (ID6T1L329-377)

4.2 ขาดสมดุลระหว่างชีวิตกับงานที่ต้องปฏิบัติ

พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ER สะท้อนชีวิตของการเป็นพยาบาล ER ว่า ไม่มีสมดุลชีวิตกับงาน เนื่องจากภารกิจงานของ ER มีจำนวนมาก ทั้งการทำงานในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน นอกจากนี้ยังมีงานสอนให้ความรู้ประชาชนและออกหน่วยปฐมพยาบาล ในช่วงสถานการณ์โควิด 19 ก็ต้องไปช่วยโรงพยาบาลสนามด้วย ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า การทำงานในช่วงที่เป็นโศกอาจจะรู้สึกว่ามันเหนื่อยน้อย แต่เมื่อแต่งงานและกำลังตั้งครรภ์ งานทำงานดังกล่าวทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ หงุดหงิดง่าย ให้บริการผู้ป่วยไม่ได้เต็มที่ จึงต้องแจ้งให้หัวหน้า ER ปรับเวรให้น้อยลง ในขณะที่พยาบาลจบใหม่แล้วว่า ตนเองได้วันหยุดน้อย และไม่ได้หยุดช่วงเทศกาลเนื่องจากต้องขึ้นเวรเสริมเพื่อรองรับอุบัติเหตุในช่วงวันหยุดยาว แม้ว่าตนเองต้องการหยุดในวันหยุดนักขัตฤกษ์ต่าง ๆ เพื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวบ้าง แต่ไม่สามารถทำได้ จึงเปลี่ยนจากการกลับบ้านเป็นโทรศัพท์คุยกับคนในครอบครัวแทน และหาโอกาสนัดกับคนในครอบครัวในวันหยุดอื่น บางรายพยายามลกรเวรหยุดวันเสาร์หรือวันอาทิตย์ ในขณะที่บางรายใช้วิธีขายเวรเพื่อให้ได้กลับไปอยู่กับครอบครัว ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

...ปฏิบัติงานในหน่วยงาน การออกหน่วย การออกสอนให้ความรู้ ก็ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การพักผ่อน เพราะในการขึ้นเวรก็ทำให้ได้

พักผ่อนน้อยอยู่แล้ว เราก็ต้องใช้เวลาพักผ่อนไปสอนไปออกหน่วยปฐมพยาบาล ทำให้ work life balance ไม่มี (ID2T1L461-464)...เวลาของเราแน่นมาก เราเหนื่อย ยิ่งช่วงโควิด-19 ระบาดต้องทำงานทั้งห้องฉุกเฉิน และไปโรงพยาบาลสนามในบางวัน เวลาไปขึ้นเวรที่โรงพยาบาลสนามต้องขับรถไปที่หนึ่งที่ห่างจากโรงพยาบาลประมาณ 5 กิโลเมตรแล้วลงเวร 16.00 น.แล้วขับรถกลับมาขึ้นเวรที่ห้องฉุกเฉินต่อ เราพักผ่อนน้อย แล้วตอนนั้นก็ตั้งครรภด้วย บางวันขึ้นเวร 16 ชั่วโมง เดือนหนึ่งหยุดประมาณ 5-6 วัน ทำให้รู้สึกพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้รู้สึกหงุดหงิดง่าย แล้วส่งผลต่ออารมณ์ แล้วคิดว่าตัวเองดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ มันรู้ล้าและซีเกียจมาก ก็เลยต้องพูดคุยกับหัวหน้าคะคะ หลังจากที่เราขึ้นเวรแบบนี้หลายเดือน ประมาณว่า หัวหน้าคะ เสร็จแล้วนะคะ คือหลังจากที่เรากลับมาจากทำงานที่โรงพยาบาลสนามแล้ว เราต้องมาขึ้นเวรตึก ต่อเวรบาย บางวันก็อยู่เวรเช้าสนามกลับมาตึกต่อบ่าย ที่ห้องฉุกเฉิน และต่อเข้าโรงพยาบาลสนามอีกวันหนึ่ง หัวหน้าก็เห็นใจ ก็ปรับเวรให้ ได้พักผ่อนเยอะขึ้นคะ (ID2T2L194-209)

...รู้สึกว่าเราทำงานมากเกินไป ทำงานเยอะเกินไป มันก็ส่งผลต่อความสุขในชีวิตบ้าง อย่างช่วงเทศกาลวันหยุด เราก็เห็นคนอื่นได้หยุดได้ไปไหนต่อไหน ครอบครัวเราก็จะนัดเจอกันในช่วงเทศกาล พร้อมหน้าพร้อมตากัน แต่เราดันต้องมาขึ้นเวร ต้องทำงานก็รู้สึกแย่มาก เราารู้สึกว่าเออเราไม่ได้หยุดเหมือนเขา ต้องไปหาเวลาหยุดหลังเทศกาล เข้าใจว่าเราเป็นน้องใหม่เพิ่งจบมา และในหยุดส่วนมากก็จะเป็นพี่อาวุโสก็จะได้หยุดกันแล้วในเทศกาลส่วนมากต้องจับเวรเสริมเพื่อรองรับการเก็บข้อมูลอุบัติเหตุในวันหยุดยาวเช่น เทศกาลปีใหม่ เทศกาลสงกรานต์ ทำให้ทุกคนแทบไม่ได้หยุด ขึ้นเวร 8 ชั่วโมง พัก 8 ชั่วโมงวนกันไป และด้วยความเราเป็นน้องใหม่วันหยุดเราก็จะน้อยกว่าพี่ๆในหน่วยงานอยู่แล้ว เดือนหนึ่งจะหยุด 5-6 วัน ทุกวันก็พยายามสร้างความสุขในการที่เราต้องทำงานเยอะ เจอครอบครัวน้อยโดยการ

โทรคุยโทรศัพท์กับที่บ้านบ่อย มีอะไรก็ปรึกษาครอบครัว เราอาจจะเป็นการนัดเจอครอบครัววันอื่น โอกาสอื่นที่หยุดค่ะ (ID12T1L149-160)

...ตารางงานกับเวลาชีวิต ในแต่ละเดือนเวลา ตารางเวรออกแทบไม่
อยากดูเวร เพราะ เวรของทีมน้อง ๆ อย่างเรา แน่นเสมอ วันหยุดไม่
ค่อยมี เดือนหนึ่งหยุดประมาณ 7 วัน ถึงจะมีก็กลายเป็นหยุด ดึก
สรุป ไม่ได้หยุดเลย ที่บอกว่าเวรแน่น เนื่องจาก Jobมันเยอะ ไม่ว่าจะ
เป็น เวรในห้องฉุกเฉิน เวร refer เวรศูนย์สั่งการ สรุปเดือนหนึ่ง ไม่
ต้องไปไหนกันเลย เดินวนเวียนอยู่แต่ใน รพ. ด้วยความแน่นของเวร
ทำให้เราไม่ค่อยได้กลับบ้าน ไปหาพ่อแม่ ไม่ค่อยได้พักผ่อนกับ
ครอบครัว อาชีพนี้นี้คงเป็นอาชีพที่อุทิศตนให้แก่คนอื่นจริงๆ ทำงได้ใน
เมื่อเราเลือกเข้ามาแล้ว ทำงานเยอะได้เงินเยอะ แต่ไม่มีเวลาหยุดได้
พักผ่อนกับครอบครัวเลย ทุกวันนี้พยายามแลกเวรให้ได้หยุดอย่างวัน
เสาร์หรือวันอาทิตย์เพื่อให้ได้ทำกิจกรรมกับครอบครัว (ID5T2L89-95)

...การทำงานช่วงแรกสมดุลกับชีวิต สามารถบริหารเวลาได้ เพราะ
เราตัวคนเดียว ถึงแม้ว่าเดือนหนึ่งเราจะได้หยุด 5-7 วัน ในหน่วยงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน เรามีเวรทั้งในห้องฉุกเฉิน เวรศูนย์สั่งการ และ
refer stand by refer พอมีครอบครัวมีลูก แรกๆ ยังปรับสมดุลไม่ได้
วันหยุดน้อย แถมลงเวรไปต้องกลับไปเลี้ยงลูก รู้สึกเหนื่อยมากจนต้อง
ใช้เงินในการแก้ปัญหา คือ การจ้างคนอื่นอยู่เวร stand by refer เพื่อ
หาวันหยุดในการพักและเลี้ยงลูก (ID3T3L110-114)

4.3 ความสุขเกิดขึ้นได้จากผู้ร่วมงานที่ดีและเต็มทีกับการดูแลผู้ป่วยจนปลอดภัย

การทำงาน ER แม้ว่าจะเป็นงานที่เหนื่อยกายแต่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าไม่เหนื่อยใจ กลับมี
ความสุขที่ได้ทำงานเป็นพยาบาล ER เนื่องจากสามารถนำความรู้ที่หลากหลายมาช่วยผู้ป่วยได้
โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย แต่สามารถช่วยฟื้นคืนชีพและสามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติกับ
ครอบครัวได้อีกครั้งหนึ่ง นอกจากนี้ความสุขยังเกิดจากมีผู้ร่วมงานที่ดีคอยให้ความช่วยเหลือซึ่งกัน
และกัน ในเวลาปกติทุกคนมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบ แต่เมื่อมีเหตุฉุกเฉินพยาบาลทุกคนที่อยู่ในเวรนั้น

จะเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วย หรือแม้แต่กรณีที่มีญาติผู้ป่วยมาตาและโวยวายกับหัวหน้าเวร ผู้ร่วมงานก็มาช่วยคลี่คลายสถานการณ์ หรือแม้แต่ออกไปช่วยงานสาธารณสุข ยังได้มิตรภาพที่ดีจากผู้ร่วมงานจากโรงพยาบาลอื่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าแม้เวลาผ่านไปก็ยังติดต่อช่วยเหลือกันอยู่ เป็นความสุขที่ได้ทำงานกับทีมงานสาธารณสุข นอกจากนี้ พยาบาลได้กล่าวถึงความสุขของการเป็นพยาบาล ER ว่า พยาบาล ER เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ ไม่มีพยาบาลหออผู้ป่วยไหนที่สามารถทำหน้าที่แทนพยาบาล ER ได้ ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

...ความสุขที่ได้เพื่อนร่วมงานที่ดี ในการทำงานในห้องฉุกเฉิน การมีเพื่อนร่วมงานที่ดี รู้สึกว่าเป็นความสุขมาก การทำงานในห้องฉุกเฉินถึงแม้ในแต่ละเวรจะมีหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอยู่แล้ว แต่ละคนต่างมีหน้าที่หลัก แต่เมื่อมีผู้ป่วยมารับบริการ โดยที่ทุกคนช่วยกันดูแลผู้ป่วย เช่น ในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยหนักมีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจมา ซึ่งเป็นการดูแลของพยาบาลประจำห้อง Resuscitation แต่พยาบาลในทีมที่ว่างงานก็ไปช่วยกันดูแลคนไข้ช่วย resuscitation ร่วมกันทำงานเป็นทีม ให้งานสำเร็จ จนบางครั้งรู้สึกว่าเหนื่อยกาย แต่สุขใจ ที่ทุกคนช่วยกัน (ID1T2311-315)

...ในการทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เราไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ว่าในแต่ละเวรเราต้องเจออะไร ในบางเวรเราต้องเจอกับเหตุการณ์ที่มีผู้ป่วยในการดูแลเป็นจำนวนมาก เช่น ในสถานการณ์ความแออัดในห้องฉุกเฉินที่มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ในการทำงานในการเป็นหัวหน้าเวร แต่ประสบการณ์ในการเป็นหัวหน้าเวรยังน้อย ความสามารถในการบริหารจัดการผู้ป่วยยังไม่ค่อยเก่ง ร่วมกับเมื่อมีผู้ป่วยรอนาน ๆ แล้วญาติไม่พอใจแล้วมีการตำโวยวาย แล้วมีพี่ในเวรมาช่วยเราบริหารจัดการสถานการณ์ เหมือนมาคอยช่วยพูด เคลียร์สถานการณ์ให้ ทำให้รู้สึกว่าในสถานการณ์ที่โหดร้ายยังมีความรู้สึกดี รู้สึกว่า มีความสุขในการมีเพื่อนมีพี่ร่วมงานที่ดี ที่คอยช่วยเหลือเราให้ยามที่เรากำลังเดือนร้อน (ID3T3L101-108)

...ความสุขที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานคือการได้ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ และผู้ป่วยได้รอดชีวิต ได้กลับบ้าน ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่พบเจอในห้องฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ล่าสุดคนไข้ STEMI ที่พี่เจอนะ คนไข้ STEMI ให้ SK แล้วกำลังจะ refer ไป แล้วพอจะ refer หมอรับ refer แล้วคนไข้จะขึ้นรถแล้วก็ไป arrest บนรถ refer แล้วเอากลับมาปั๊มมา CPR CPR ไปได้ 20 นาที ญาติบอกว่า หมอครับไม่ต้องปั๊มแล้ว ผมไม่เอาแล้วปล่อยพ่อผมไป แต่เรารู้สึกว่าคนไข้ EKG ยังเป็น VF อยู่เราอยากจะสู้ให้ถึงที่สุดต่อะ เราก็ขออนุญาตว่าขอสู้อีก 10 นาทีได้ไหม แล้วเราก็กู้ แล้ว 10 นาทีคนไข้ก็มี ROSC แล้วก็ได้ refer ไปโรงพยาบาลศิริสวรรค์ แล้วคนไข้ก็รอดกลับมา เรารู้สึกมีความสุขที่ใช้ความรู้ ความสามารถในการทำหน้าที่พยาบาลในห้องฉุกเฉิน แล้วคนไข้รอด แล้วเค้าสามารถกลับมาใช้ชีวิตต่อไปได้อีกกับคนในครอบครัว (ID6T2L346-362)

...ความสุขจากการทำงาน คือ การได้ช่วยเหลือคนไข้ที่วิกฤติ ทำให้เค้ากลับมาใช้ชีวิตอีกครั้ง ได้เห็นรอยยิ้มของญาติคนไข้ ก็รู้สึกดีใจแทน ยกตัวอย่าง case ล่าสุด มีคนไข้ MI ทีมเรากำลังทำการช่วยฟื้นคืนชีพ เหลือเวลาอีกแค่ 10 นาที ก็จะยุติการช่วยเหลือ ญาติจะไม่สู้จะขอให้เรายุติการช่วยเหลือ แต่ทางทีมแพทย์เราทำการช่วยเหลืออย่างเต็มที่ จึงทำการช่วยเหลือจนคนไข้กลับมามีชีวิต และถูกส่งต่อไปยัง รพ.แม่ข่ายเพื่อสวนหัวใจ สรุปคนไข้รอด กลับมาพร้อมญาติมาขอบคุณทางเจ้าหน้าที่ของ ER จากที่เล่ามาทำให้เรารู้สึกมีความสุขนะ ดีใจแทนคนไข้และญาติที่ไม่ต้องสูญเสียคนที่เค้ารัก เราก็รู้สึกยินดีมีความสุขกับเค้าไปด้วย ว่าอย่างน้อยเราก็ได้ใช้ความรู้ความสามารถที่เราได้ร่ำเรียนมา ได้ทำให้คนๆหนึ่งกลับมาใช้ชีวิตอีกครั้ง มันอาจไม่ยิ่งใหญ่สำหรับเรา แต่มันอาจยิ่งใหญ่สำหรับญาติของเค้าเป็นอย่างมาก ที่ไม่ต้องสูญเสียคนที่รักไป (ID5T2L80-87)

...ความสุขที่ได้เป็นพยาบาลห้องฉุกเฉิน ในการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินเป็นงานที่หลากหลาย และเราดูแลผู้ป่วยหลากหลายสาขา เรา

ผ่านการอบรมมากมาย ทั้งการเรียนเฉพาะทาง การอบรม ACLS ซึ่ง
ในการทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นอกจากการได้
ทำงานได้ดูแลคนไข้ในโรงพยาบาลแล้ว เรามีการออกปฏิบัติกรณ
จุดเกิดเหตุทำให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้ โดยพยาบาลเป็นหัวหน้าทีม
ในการดูแลผู้ป่วย สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตรอด โดยใช้ความรู้
ความสามารถที่เราได้เรียน ได้อบรมมาช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตรอด
รู้สึกมีความสุขมาก ความสุขในการเป็นพยาบาล ER เป็นพยาบาล
ที่เรามีความสามารถที่หลากหลาย ช่วยเหลือผู้ป่วยได้ บางครั้งรู้สึกว่า
ในความเป็นพยาบาล ER ไม่มีพยาบาล Ward ที่สามารถมาทำหน้าที่
แทนเราได้ (ID8T1L383-390)



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของ Martin Heidegger โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคใหม่ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวนทั้งสิ้น 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation) และการจดบันทึกภาคสนาม (Field note) จำนวน 1-3 ครั้ง จากการสัมภาษณ์ทั้งสิ้น 20 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เฉลี่ย 43 นาทีต่อครั้ง เมื่อข้อมูลที่ได้อิ่มตัว (Data saturation) ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น จึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินยุคใหม่ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก และประเด็นย่อย ดังต่อไปนี้

1. ภูมิหลังและการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานใน ER

ในการเป็นพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายเข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยเหตุผลที่ต่างกัน และเมื่อเข้าปฏิบัติงานพยาบาลได้สะท้อนความรู้สึกที่เข้ามาปฏิบัติงานและการเตรียมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยไว้ดังนี้

1.1 หลากหลายเหตุผลที่เข้ามาทำงานใน ER

การเข้ามาปฏิบัติงานใน ER ของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 4 เหตุผลหลัก โยแบ่งเป็นเหตุผลของกลุ่มพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานอื่นมาก่อน และพยาบาลจบใหม่ สำหรับพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานที่หน่วยงานอื่นมาก่อน ให้เหตุผลว่า 1.1.1) งานเดิมจำเจ อยากรับงานที่ท้าทาย จึงย้ายมา ER เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยใน งานที่ทำจึงเป็นการดูแลผู้ป่วยเดิม ๆ การให้การพยาบาลส่วนใหญ่เป็นงานประจำ เมื่อทำงานไประยะหนึ่ง จึงรู้สึกว่างานที่ทำงานอยู่เป็นงานจำเจ จึงอยากรับงานที่มีความท้าทายกว่าเดิม จึงเลือกสมัครมาทำงานที่ ER 1.1.2) ตำแหน่งบรรจุอยู่ที่ ER ต้องกลับมาทำผลงานเพื่อเลื่อนระดับ ผู้ให้ข้อมูลที่เคยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอื่นมาก่อนอีกส่วนหนึ่งมีตำแหน่งบรรจุที่ ER แต่ตัวต้องไปปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอื่น เมื่อถึงเวลาที่ต้องทำผลงานวิชาการเพื่อปรับระดับพยาบาล จึงกลับมาทำงานที่ ER เพื่อทำผลงานเกี่ยวกับการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1.1.3) งาน ER เป็นงานที่ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้พัฒนา

ตนเอง สำหรับพยาบาลจบใหม่ที่เลือกทำงานใน ER เนื่องจากเป็นคนที่ชอบงานที่ท้าทาย และเป็นงานที่มีความเบ็ดเสร็จ ทำงานในเวรเสร็จวันนี้ พรุ่งนี้ให้บริการผู้ป่วยโรคอื่นที่ไม่ซ้ำเดิม ทำให้พยาบาลจบใหม่ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆตลอดเวลา และ 1.1.4) ผู้บริหารเลือกให้ปฏิบัติงานที่ ER พยาบาลจบใหม่บางส่วน ไม่ได้เลือกมาปฏิบัติงานที่ ER แต่ผู้บริหารเป็นผู้ชักชวนให้มาทำงานในหน่วย ER และบางรายรับทราบมาก่อนแล้วว่า หากเป็นบุรุษพยาบาล จะสามารถเลือกทำงานได้ 2 หน่วยงาน คือ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและห้องผ่าตัด ประกอบกับผู้บริหารหน่วย ER ชวนให้มาปฏิบัติงานที่ ER และได้ฝึกงานที่ ER เมื่อจบการศึกษาจึงเลือกทำงานที่หน่วยงานนี้

1.2 เริ่มทำงาน เกิดความไม่มั่นใจต้องใช้เวลาปรับตัว

การเริ่มเข้ามาทำงานใน ER แม้ว่าทุกคนจะมีเหตุผลที่เข้ามาทำงานที่แตกต่างกัน แต่ความรู้สึกเมื่อเข้ามาทำงานจริงจะคล้ายๆกันคือรู้สึกไม่มั่นใจว่าจะทำงานได้หรือไม่ ทำงานผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกต่างๆ ดังนี้ 1.2.1) รู้สึกกดดันจากความคาดหวังของพยาบาลรุ่นพี่ ผู้ให้ข้อมูลบางรายรู้สึกว่า การเข้ามาทำงานใน ER มีความกดดันหลายอย่าง ทั้งการดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย และการถูกคาดหวังจากพยาบาลรุ่นพี่ ทำให้พยาบาลกลุ่มนี้ต้องมีการศึกษาหาความรู้มากขึ้น เพื่อให้มีความรู้สึกมั่นใจได้มากขึ้น 1.2.2) กลัวการทำงานเพราะประสบการณ์มีน้อย ในการดูแลผู้ป่วยใน ER ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการในระดับรุนแรง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลไม่เคยมีประสบการณ์หรือมีประสบการณ์น้อย ในการดูแลมาก่อน จึงไม่สามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือจากพยาบาลรุ่นพี่ และ 1.2.3) กังวลและเครียดกับการทำงาน นอกจากการปรับตัวให้เข้ากับลักษณะงานแล้ว ยังต้องปรับตัวเข้ากับผู้ร่วมงานคนอื่น ๆ ด้วย และต้องไม่เป็นภาระให้กับผู้ร่วมงานอื่น ๆ

1.3 การเตรียมความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

เมื่อผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญความสภาพเป็นจริงของการทำงานใน ER ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างจากการทำงานในหน่วยงานอื่น หรือที่เคยฝึกปฏิบัติงานมา ทำให้ ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกกดดัน กลัว กังวลและเครียดกับการทำงาน ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ER ประกอบด้วย 1.3.1) ค้นคว้าหาความรู้จากหนังสือและตำรา ผู้ให้ข้อมูลมีการศึกษาหาความรู้จากการอ่านหนังสือ ซึ่งอาจจะเป็นตัวเล่มหนังสือ ข้อมูลในอินเทอร์เน็ต หรือหนังสือตำราและบันทึกช่วยจำในครั้งที่เรียนระดับปริญญาตรีมาทบทวน 1.3.2) เรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์เพื่อปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐาน นอกจากการอ่านหนังสือเพื่อทบทวนและหาความรู้เพิ่มเติมแล้ว ในขณะที่ปฏิบัติงาน ผู้ให้ข้อมูลยังมีการสอบถามข้อสงสัย สังเกตการณ์ทำงานของพยาบาลรุ่นพี่ และได้รับการสอนจากพยาบาลรุ่นพี่ และแพทย์ที่เข้ามาปฏิบัติงานใน ER ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรค การดูแลผู้ป่วยและการทำหัตถการต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และ 1.3.3) อบรมความรู้เฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย นอกจากจะศึกษาค้นคว้าด้วย

ตนเอง และได้รับการสอนจากพยาบาลและแพทย์ที่ทำงานใน ER แล้ว ฝ่ายการพยาบาลยังมีการจัดปฐมนิเทศสำหรับบุคลากรแรกเข้าให้มีความเข้าใจในการเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลและลักษณะงานที่ต้องรับผิดชอบ รวมถึงมีการส่งเข้าอบรมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อเป็นการเพิ่มความรู้และทักษะให้กับพยาบาลในหน่วยงาน

2. การปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

จากสถานการณ์ของการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ปัจจุบันเน้นเรื่องของระบบงานคุณภาพ การบริการแบบไร้รอยต่อ การใช้เทคโนโลยี และความพร้อมต่อการระบอบการของเชื้ออุบัติใหม่ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคใหม่นี้ ผลการวิเคราะห์จากประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 ราย พบประเด็นหลักจำนวน 7 ประเด็น 21 ประเด็นย่อย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 คัดกรองผู้ป่วยด้วยทักษะที่หลากหลาย

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีการแบ่งพื้นที่การทำงานเป็นหลายส่วน โดยพื้นที่แรกของ ER คือ โซนคัดกรองผู้ป่วย โดยพยาบาลจะมีการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อจัดว่าผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาแบบเร่งด่วนหรือรอคอยได้ ในการคัดกรองผู้ป่วยนี้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าประสบการณ์ไว้ดังนี้ 2.1.1) สอบถาม สังเกต และตรวจร่างกาย ประเมินให้ได้ว่าผู้ป่วยเป็นอะไร เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับบริการของหน่วย ER ด้านแรกที่ผู้ป่วยต้องผ่านก่อนเข้าไปในพื้นที่อื่นของ ER คือ โซนคัดกรอง พยาบาลที่มีหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยจะซักประวัติอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล สอบถามประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การดูแลตนเองเบื้องต้น และการตรวจร่างกายผู้ป่วยเบื้องต้น เป็นรวบรวมข้อมูลและวินิจฉัยทางการแพทย์ เพื่อจัดระดับความเร่งด่วนในการรักษา 2.1.2) วัตถุประสงค์การเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยช่วยให้วินิจฉัยไม่ผิดพลาด ในขณะที่ผู้ป่วยรอคอยการตรวจรักษาจากแพทย์ เนื่องจากได้รับการคัดกรองในระดับที่ไม่เร่งด่วน แต่พยาบาลต้องคอยสังเกตอาการ เพราะผู้ป่วยอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความไวในการวินิจฉัยอาการ หากอาการผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงมากขึ้นจะได้ให้ความช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ 2.1.3) สร้างความเข้าใจ ช่วยคลายความกังวลของญาติ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงจะได้รับการคัดกรองให้รอคอยแพทย์ในการตรวจรักษาต่อจากผู้ป่วยที่มีระดับความเร่งด่วนมากกว่า บางครั้งผู้ป่วยและญาติอาจไม่เข้าใจระบบการคัดกรองและลำดับการเข้ารับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจในการรอคอย อาจมีการใช้ถ้อยคำหยาบคาย หรือแสดงความไม่พึงพอใจในการให้บริการ พยาบาลต้องเข้าไปอธิบายสาเหตุของการรอตรวจจนทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ เพื่อลดการปะทะกันอย่างรุนแรง และ 2.1.4) พัฒนาทักษะการใช้โปรแกรมคัดกรอง ในปัจจุบันการคัดกรองผู้ป่วยมีการนำโปรแกรมสำเร็จรูปมาใช้เพื่อให้บุคลากรทุกพื้นที่ใน ER ได้มีข้อมูลเดียวกัน โดยไม่ต้องเขียนบันทึกในกระดาษ ในระยะแรกของการทดลองใช้โปรแกรมดังกล่าว อาจมีความยุ่งยากในการใช้โปรแกรม แต่เมื่อได้เรียนรู้และใช้งานมา

ระยะหนึ่งทำให้เกิดความคล่องตัวในการใช้โปรแกรม ทุกคนให้ความเห็นว่า มีประโยชน์ สามารถเรียกข้อมูลที่โชนไหนก็ได้ และยังสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตัวชี้วัดของหน่วยงานได้

2.2 ดูแลผู้ป่วยในห้องสังเกตอาการ

ห้องสังเกตอาการ เป็นการรับผู้ป่วยที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้ว โดยรับสังเกตอาการผู้ป่วยไม่เกิน 4 ชั่วโมง เป็นงานที่พยาบาลจบใหม่ได้เรียนรู้เป็นงานแรกที่เข้ามาสู่ระบบการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน โดยรับผู้ป่วยจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และจากแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อมาสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง พยาบาลที่อยู่ในพื้นที่นี้ มีการทำงานดังนี้ 2.2.1) ติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องสังเกตอาการจะเข้าไปประเมินผู้ป่วยทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ต้องรายงานแพทย์ไปประเมินผู้ป่วยซ้ำ โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานห้องสังเกตอาการ เล่าว่าในอดีตภายในห้องจะมีมุมห้องที่ไม่สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ชัดเจน ทำให้เป็นอุปสรรคในการติดตามอาการผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และในระยะหลังมีการปรับเปลี่ยนการติดตั้ง Central Monitor เพื่อติดตามอาการได้ตลอดเวลาผ่านจอ Monitor 2.2.2) ประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การรักษาผู้ป่วยให้ห้องสังเกตอาการเป็นการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโดยผู้ป่วยผ่านการตรวจรักษาจากแพทย์ห้องฉุกเฉิน ในส่งผู้ป่วยมาสังเกตอาการไม่เกิน 4 ชั่วโมง ในการรอผลเลือด รอผล CT Scan พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องสังเกตอาการจะมีการติดตามอาการและติดตามสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง ติดตามผลเลือดจากห้องปฏิบัติการโดยผ่านโปรแกรมการรายงานผล และรายงานแพทย์เมื่อมีการรายงานผลการตรวจ หากพบสิ่งผิดปกติจะรายงานแพทย์เฉพาะทางเพื่อพิจารณา Admit หรือในผู้ป่วยที่นอนสังเกตอาการหลังจากฉีดยา หรือทำหัตถการ แล้วมีอาการดีขึ้นแพทย์จะพิจารณา Discharge ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน และ 2.2.3) รับช่วงงานต่อจากแผนกผู้ป่วยนอก ห้องสังเกตอาการในห้องฉุกเฉินนอกจากจะรับสังเกตอาการผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินแล้ว ยังรับผู้ป่วยจากแผนกอื่น ๆ ในโรงพยาบาล ในการสังเกตอาการผู้ป่วยแบบไม่ค้างคืน โดยมีระยะเวลาในการสังเกตอาการไม่เกิน 4 ชั่วโมง พยาบาลที่มีประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานในห้องสังเกตอาการเล่าว่า ส่วนมาก จะเป็นการส่งมาให้ยามาเชื้อทางหลอดเลือดดำ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การสังเกตอาการจากการฉีดยา โดยพยาบาลห้องสังเกตอาการจะมีทำหน้าที่ในการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินสัญญาณชีพ โดยแพทย์จะตามมาประเมินผู้ป่วยต่อที่ห้องฉุกเฉินหรือส่งกลับไปห้องตรวจโรค เพื่อพิจารณา Admit หรือ Discharge ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

2.3 ช่วยฟื้นคืนชีพโดยปฏิบัติตามเทคนิคที่ถูกต้อง

การช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นพื้นที่สำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วย ในงานส่วนนี้ จะมีประเด็นดังนี้ 2.3.1) แบ่งงานกันทำตามหน้าที่เมื่อมีเหตุฉุกเฉินเมื่อมีภาวะวิกฤตผู้ป่วยหยุดหายใจ พยาบาลแต่ละคนจะประจำตามตำแหน่งหน้าที่ของตนซึ่งแบ่งตาม CAB คือมีพยาบาลดูแลเรื่องระบบการ

ไหลเวียนของเลือด (Circulation) โดยเริ่มกดหน้าอก พยาบาลคนที่ 2 ดูแลระบบทางเดินหายใจ (Airway) เตรียมการใส่ท่อช่วยหายใจ และพยาบาลคนที่ 3 ดูแลการช่วยหายใจ (Breathing) และพยาบาลคนที่ 4 ทำหน้าที่บันทึกการรักษา การเปิดเส้นเลือดดำต่อเข้ากับสายน้ำเกลือ การให้ยาและการทำหัตถการต่าง ๆ โดยมีแพทย์เป็นผู้สั่งการและ เฝ้าระวังอาการ โดยดูจากผล EKG เป็นหลัก

2.3.2) จัดลำดับความสำคัญเพื่อช่วยผู้ป่วยได้ทันการ ในบางครั้งเมื่อมีผู้ป่วยวิกฤติหลายคนที่ได้รับการรักษาในงานช่วยฟื้นคืนชีพ แม้ว่าอาการจะคงที่ แต่บางครั้งอาการจะกำเริบรุนแรงขึ้นได้ หากมีพยาบาลอยู่ในพื้นที่นี้คนเดียว พยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือคนที่มีโอกาสเสียชีวิตก่อน และหากผู้ป่วยมีอาการพอกๆกัน ให้ช่วยคนที่พยาบาลรู้ประวัติของผู้ป่วยดีที่สุดก่อน ในขณะเดียวกันต้องตะโกนขอความช่วยเหลือจากพยาบาลพื้นที่อื่น ๆ

2.3.3) ดูแลจนมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจาก ER ผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพแล้ว จะได้รับการเฝ้าระวังจากพยาบาลในพื้นที่นี้ จนกว่าผู้ป่วยจะมีการคงที่จึงจะย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยวิกฤติ โดยต้องให้แพทย์ตรวจสอบอีกครั้งว่าผู้ป่วยพร้อมย้าย สำหรับในกรณีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อได้รับยาละลายลิ่มเลือดแล้ว จะได้รับการเฝ้าดูอาการต่ออีก 8-12 ชั่วโมง หากมีอาการดีขึ้นและคงที่จะย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤติ และ

2.4.4) บันทึกข้อมูลให้ละเอียด จะได้มีหลักฐานการดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีช่วยฟื้นคืนชีพ พยาบาลจะต้องให้ความสำคัญกับการบันทึกทางการพยาบาลที่ละเอียด เพราะเป็นหลักฐานในการดูแล หากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การบันทึกทางการพยาบาลจะเป็นหลักฐานทางกฎหมายที่สำคัญ

2.4 บริการรับและส่งต่อผู้ป่วย

งานส่งต่อผู้ป่วยเป็นการปฏิบัติงานในส่วนของการรับและส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยมีขั้นตอนในการรับส่งผู้ป่วยโดยผ่านระบบการ Consult ผ่านแพทย์เฉพาะทางในการรับผู้ป่วย การส่งข้อมูลการรักษาผ่านระบบโปรแกรมส่งข้อมูลเพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลการรักษา การเตรียมอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างทาง รวมถึงการประเมินและการดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทาง จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระบบการส่งต่อประกอบด้วย 2 ประเด็นคือ

2.4.1) รับย้ายผู้ป่วยโดยมีเทคโนโลยีช่วยเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องปัจจุบันใช้ระบบ Doctor to Doctor เมื่อแพทย์โรงพยาบาลปลายทางรับแล้ว พยาบาลโรงพยาบาลต้นทางจะมีการส่งข้อมูลมาที่ศูนย์รับส่งต่อ ตามหลัก Sbar เกี่ยวกับภาวะของโรค การรักษาที่ได้รับ และพยาบาลศูนย์ส่งต่อจะประสานส่งข้อมูลไปให้หัวหน้าเวรในห้องฉุกเฉิน ในการเตรียมรับผู้ป่วย และ

2.4.2) ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาเฉพาะทาง การย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษาไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จากการขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางในบางสาขา ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยได้ทุกระบบโดยผ่านการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งพยาบาลในการปฏิบัติงานต้องมีการประสานการส่งต่อข้อมูลการรักษา การเตรียมทีมพยาบาล การเตรียมอุปกรณ์ เพื่อดูแล

ผู้ป่วยระหว่างการเดินทาง ซึ่งเต็มไปด้วยความรู้สึกตื่นเต้น ความกลัว เพราะผู้ป่วยบางรายมีอาการไม่คงที่มีอาการเปลี่ยนแปลงและเสี่ยงต่อภาวะ Cardiac arrest อยู่ตลอดเวลา ประกอบกับการเดินทางไปต่างจังหวัดทำให้กลัวอันตรายและการเกิดอุบัติเหตุระหว่างเดินทาง

2.5 ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน

การออกช่วยเหลือผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโดยการปฏิบัติงานภายใต้ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 โดยการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยจากการโทรแจ้งผ่านเบอร์สายด่วน 1669 พยาบาลรับแจ้งเหตุจะรับข้อมูลการเจ็บป่วย สถานที่ และทำการ Triage by phone แยกระดับความรุนแรงและสั่งทีมออกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ จากการวิเคราะห์ข้อมูล การช่วยเหลือนอกโรงพยาบาลแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นคือ 2.5.1) รับแจ้งเหตุและสั่งการเพื่อประเมินความช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีบุคลากรในหน่วยงานผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันไปปฏิบัติงาน โดยพยาบาลทำหน้าที่ในการรับแจ้งเหตุและสั่งการ โดยการรับข้อมูลจากการซักประวัติจากญาติ หรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ เกี่ยวกับลักษณะของการเจ็บป่วย เหตุการณ์ที่นำไปสู่การเจ็บป่วย แล้วผ่านกระบวนการ Triage by phone จำแนกความรุนแรงของกลุ่มอาการ 25 กลุ่มอาการของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และสั่งการให้ทีมออกปฏิบัติการในพื้นที่ตามระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ และระหว่างทีมกำลังออกปฏิบัติการมีการสอนญาติ หรือผู้อยู่ในเหตุการณ์ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การทำ CPR เพื่อรอทีมปฏิบัติการที่ออกไปช่วยเหลือ เพื่อเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วย 2.5.2) ออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุโดยเน้นความปลอดภัยของทุกคน พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะออกในทีมระดับ Advance Life support ในบทบาทการเป็นหัวหน้าทีม โดยหลังจากรับคำสั่งในการออกปฏิบัติการจากศูนย์สั่งการ เกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วย สถานที่ หัวหน้าทีมต้องมีการวางแผนประเมินสถานการณ์ความปลอดภัยของทีมวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วย เตรียมอุปกรณ์การช่วยเหลือให้พร้อมใช้งาน รวมถึงการนำเทคโนโลยีอย่างเช่น Tele – medicine เข้ามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยทำให้แพทย์สามารถประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็ว ทำให้เพิ่มโอกาสในการช่วยชีวิต และทำให้ทีมมีความรู้สึกว่ามีที่พึ่งยามเจอผู้ป่วยวิกฤต แต่ในบางเหตุการณ์ในออกปฏิบัติการอาจเจอกับความกดดันจากญาติ ความวุ่นวายจากพลเมืองในที่เกิดเหตุ ซึ่งส่งผลต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยทำให้เราต้องขอความช่วยเหลือจากตำรวจในการแก้ไขสถานการณ์ เพื่อรีบเคลื่อนย้ายและนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด

2.6 บริการงานสาธารณสุข พร้อมโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้น

ระบบสาธารณสุข ภัยที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อสาธารณะ ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตร่างกายของประชาชน จากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการปฏิบัติงานในด้านสาธารณสุขแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือการปฏิบัติการออกปฏิบัติการเชิงรุกในการจัดทีมการแพทย์ฉุกเฉินเคลื่อนที่เร็ว ตอบโต้ภัยพิบัติออกช่วยเหลือประชาชนที่

ได้รับความเดือดร้อน และการเชิงรับในการเตรียมแผน การซ้อมแผน ในการรับมือภาวะภัยพิบัติ จาก การวิเคราะห์ข้อมูลพยาบาลแบ่งการรับมือในระบบสาธารณสุข 3 ประเด็นดังนี้ 2.6.1) ส่งทีมไปช่วย หน่วยงานอื่นการส่งทีมไปช่วยเหลือภาวะภัยพิบัติด้านโรคติดต่อ และสาธารณสุขน้ำท่วม การ ให้บริการเชิงรุกในรับมือสาธารณสุข หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีการเตรียมทีมในรอบรับ สถานการณ์โดยการส่งบุคลากรในหน่วยงานเข้ารับการฝึกอบรมการแพทย์ฉุกเฉินเคลื่อนที่เร็ว ตอบโต้ ภัยพิบัติ เพื่อเตรียมความรู้ให้กับบุคลากรในหน่วยงาน ซึ่งพยาบาลในหน่วยงานเล่าว่า มีประสบการณ์ ในการช่วยเหลือเหตุสถานการณ์อุทกภัยทางภาคใต้ โดยทีมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่งานเภสัชกร AEMT และพนักงานขับรถ พร้อมด้วยรถ Ambulance ในช่วยเหลือประชาชนที่ ได้รับความเดือดร้อน การประเมินสุขภาพ การช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับความเจ็บป่วย นอกจากนี้ ยังมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะภัยพิบัติโรคอุบัติใหม่ COVID-19 ในระยะแรก การส่งทีมไปช่วย โรงพยาบาลสนาม ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ไปเรียนรู้ระบบการทำงาน การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อใน ระบบโรงพยาบาลสนาม และนำประสบการณ์ที่ได้รับมาวางแผนในการรับมือในสร้างโรงพยาบาล สนามในการดูแลผู้ป่วยในจังหวัดของตนเอง และ 2.6.2) ดำเนินงานตามแผนรับมืออุบัติภัยหมู่เป็น การดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างแผน การซ้อมแผนเพื่อเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์อุบัติเหตุหมู่ แผนอุบัติภัยหมู่จะประกอบไปด้วย 3 แผนย่อย โดยขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บ และ ประเภทของผู้ป่วยแต่ละแผนจะมีความแตกต่างในการตามทีมภายนอกหน่วยงานมาช่วยเหลือ ซึ่ง มีแผนการจัดซ้อมแผนปี 1 ครั้ง และ 2.6.3) รับมือกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 การวางแผนใน การรับมือเกี่ยวกับการแพร่ระบาดผู้ป่วยโควิด-19 ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลสนาม และในการรับมือ ในหน่วยงานที่เป็นสนามศึกษา การเตรียมอุปกรณ์ สถานที่ ความรู้ของบุคลากรในการปฏิบัติงาน รวมถึงการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการดูแลผู้ป่วย

2.7 บริการความรู้แก่สังคมเพื่อประโยชน์แห่งตนและผู้อื่น

นอกจากปฏิบัติงานในงานหลักในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินแล้ว ยังมีงานอื่นที่ได้รับ มอบหมายจากหน่วยงาน ในการสอนให้ความรู้กับประชาชน และบุคคลทั่วไป ในการใช้เวลาใน วันหยุด หรือเวลาพักระหว่างเวร ออกสอนให้ความรู้โดยใช้ประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติงานมาสอน โดยมีความมุ่งหวังให้ผู้เรียนมีความรู้ และทักษะที่สามารถช่วยตนเอง และช่วยเหลือบุคคลรอบข้างเมื่อ เกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ งานที่มอบหมายให้ปฏิบัติ ประกอบด้วย 2.7.1) ให้ความรู้ ฝึกทักษะพื้นฐาน การช่วยเหลือผู้อื่น การสอนให้ความรู้เป็นงานที่พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานใน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับมอบหมายจากหน่วยงาน ในการออกสอนให้ความรู้กับประชาชน ตำรวจ นักเรียน และพนักงานของรัฐและเอกชน จากการติดต่อผ่านระบบโรงพยาบาล โดยหน่วยงาน มีการจัดทีม ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนออกออกสอนให้ความรู้ 2.7.2) ร่วมจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นด้าน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน หน่วยงานของสนามศึกษาได้รับรองมาตรฐานการเป็นองค์กรฝึกอบรมจาก

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ในการผลิตผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในหลักสูตร Emergency Medical Technician และ Emergency Medical Responder ซึ่งพยาบาลที่มีประสบการณ์แล้วว่า พยาบาลผู้สอนต้องผ่านการอบรม โครงการเป็นครู ก ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การแบ่งหัวข้อการสอนหลักสูตรต่าง ๆ จะมีการแบ่งหน้าที่ในการรับผิดชอบในหัวข้อที่ตนเองถนัดตามหลักสูตรที่กำหนด มีการเตรียมความรู้ การจัดเตรียมสื่อการสอน การสอนทั้งภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติในเรื่องที่ตนเองรับผิดชอบ และมีการสอบวัดความรู้ การสอบในสถานการณ์จำลอง เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และ 2.7.3 ออกหน่วยปฐมพยาบาลตามหน่วยงานที่ร้องขอ เมื่อมีหน่วยงานราชการ หรือเอกชน ร้องขอให้โรงพยาบาลออกหน่วยปฐมพยาบาลในงานต่าง ๆ เช่น งานฟุตบอล งานมหกรรมต่าง ๆ ของจังหวัด พยาบาลผู้ออกปฏิบัติการจะมีการเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับงานนั้น ๆ และมีการจัดสถานที่ให้พร้อมต่อการปฏิบัติงานและเมื่อมีผู้บาดเจ็บจะให้การดูแลเบื้องต้น หากเกินความสามารถของหน่วยปฐมพยาบาลจะประสานงานกับรถพยาบาลเพื่อนำผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้เคียงกับสถานที่จัดงาน

3. ปัญหาหน้างาน บริหารจัดการโดยหัวหน้าเวร

ในการขึ้นปฏิบัติงานแต่ละเวร พยาบาลทุกคนจะประจำโซนที่ตนเองได้รับมอบหมาย ส่วนหัวหน้าเวรจะไม่ได้ประจำที่โซนใดโซนหนึ่งของ ER แต่จะทำหน้าที่บริหารจัดการสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในเวร ทั้งเรื่องเตรียมความพร้อมของทีม การดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการเครื่องมือให้พร้อมใช้ การบริหารความเสี่ยงที่อาจเกิดภายในเวร โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดขึ้นงาน ซึ่งหัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะมอบหมายให้หัวหน้าเวรเป็นผู้บริหารจัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็น ปัญหาหน้างานที่หัวหน้าเวรต้องบริหารจัดการ แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ 3.1) บริหารอัตรากำลังให้เหมาะสม หากมีผู้ป่วยจำนวนมากปัจจุบันผู้ป่วยที่มารับบริการใน ER มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่บุคลากรมีจำนวนเท่าเดิม เมื่อผู้รับบริการมารับบริการพร้อม ๆ กัน ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึง พยาบาลและแพทย์ได้สามารถให้การตรวจรักษาได้ในเวลารวดเร็ว และในกรณีของผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งจำเป็นต้องรับตัวไว้รักษาในหอผู้ป่วยใน ก็ไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยเข้าไปรับการรักษาในหอผู้ป่วยในได้ในทันที เนื่องจากแพทย์เฉพาะทางต้องการผลยืนยันจากการตรวจจากห้องปฏิบัติการก่อนเช่น รอผลเลือด รอผล CT หรือบางกรณีที่หอผู้ป่วยในเตียงเต็ม ไม่สามารถรับผู้ป่วยได้ จำเป็นต้องใช้เวลาในการบริหารจัดการเตียงก่อน ทำให้เกิดความแออัดใน ER (ER Overcrowded) ปัญหาดังกล่าว พยาบาลหัวหน้าเวรจะต้องดำเนินการแก้ไขเพื่อให้มีการสลับไหลของผู้รับบริการในการตามทีมมาช่วยแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย 3.2) สื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจหากต้องรอตรวจนานเมื่อห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกิดภาวะวิกฤต มีผู้ป่วยต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วนจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองว่ามีความเร่งด่วนน้อยกว่า ต้องรอการตรวจจากแพทย์เป็นระยะเวลายาวนานกว่าที่แจ้งผู้ป่วยและญาติไว้ เมื่อผู้ป่วยเข้าระบบการคัดกรองตั้งแต่แรก ทำให้

ญาติและผู้ป่วยไม่พอใจ พยาบาลหัวหน้าเวรจะอธิบายถึงกระบวนการขั้นตอนของการเข้ารับการตรวจที่ ER ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ ผู้ป่วยและญาติบางรายก็เข้าใจตามเหตุผลที่พยาบาลหัวหน้าเวรอธิบาย บางรายอาจยังไม่เข้าใจ หัวหน้าเวรจะรายงานให้ผู้บริหารทราบเพื่อดำเนินการในการแก้ปัญหา 3.3) ป้องกันความผิดพลาดการดูแล จึงต้องมีการตรวจสอบและทวนซ้ำในการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินในแต่ละเวรมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก มีแพทย์ออกตรวจทั้งแพทย์ใช้ทุน และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน การสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญ ในการดูแลหรือการรับคำสั่งแผนการรักษาจำเป็นต้องมีการทวนคำสั่งเพื่อป้องกันการผิดพลาด หรือบางครั้งหากการวางแผนการรักษาของแพทย์มีความคลาดเคลื่อนไปจากความถูกต้อง พยาบาลจะต้องทวนซ้ำคำสั่งการรักษานั้น เป็นการสอบถามเพื่อให้แพทย์ยืนยัน หรืออาจต้องชะลอการแผนการรักษาและรอยืนยันกับแพทย์เฉพาะทางอีกครั้ง เพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และ 3.4) ระวังเหตุการณ์วุ่นวาย ต้องอาศัยหลายฝ่ายร่วมกัน ในการให้บริการผู้ป่วยให้หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลเล่าว่าปัญหาความไม่พึงพอใจในการรอรับบริการเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในการรอคอยการตรวจรักษา เมื่อผู้ป่วยและญาติเกิดความไม่พอใจ บางรายอาจใช้คำพูดรุนแรง ใช้คำไม่สุภาพ และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยบางรายเมาสุราเข้ามาเอะอะโวยวายไม่ยินยอมในการรักษา บางรายไม่พอใจในการรักษาของแพทย์ ดังนั้นในฐานะหัวหน้าเวรต้องเข้าไปบริหารจัดการก่อน โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจก่อน หากเกิดการโต้เถียงกัน ต้องแยกกรณีออกจากนั้น ในกรณีที่เกิดการเบี่ยงต้นแล้วไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ หัวหน้าเวรต้องรายงานผู้ตรวจการพยาบาลหรือหัวหน้าหน่วย ER เพื่อมาบริหารจัดการสถานการณ์ต่อ ในกรณีที่ญาติหรือผู้ป่วยทำร้ายเจ้าหน้าที่ หรือถือปืนเข้ามาข่มขู่เจ้าหน้าที่ หัวหน้าเวรต้องแจ้งตำรวจให้มาระงับเหตุการณ์

4. ผลของการปฏิบัติงานใน ER

พยาบาลผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าการทำงานเป็นพยาบาล ER มีทั้งผลลัพธ์ทางบวกและทางลบและมีการเปลี่ยนความรู้สึกเชิงลบให้เป็นเชิงบวก ดังนี้ 4.1) เครียดจากการบริหารจัดการในงานยุคใหม่เนื่องจากพยาบาลที่ทำหน้าที่หัวหน้าเวรจะมีความเครียดกับการบริหารจัดการงานทุกอย่างในเวร บางส่วนอาจจัดการได้ บางเรื่องอาจจะจัดการได้ยากเนื่องจากสาเหตุมาจากการตรวจรักษา ในขณะที่ผู้ป่วยและญาติรู้สึกไม่พอใจต่อการตรวจรักษาที่รอนาน นอกจากนี้การประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าต้องใช้เวลาเนื่องจากต้องติดต่อโรงพยาบาลนอกเครือข่าย 4.2) ขาดสมดุลระหว่างชีวิตกับงานที่ต้องปฏิบัติ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการทำงานใน ER ที่มีภารกิจจำนวนมากทำให้พยาบาลต้องขึ้นปฏิบัติงานมากขึ้น จนทำให้มีวันหยุดพักผ่อนน้อย ไม่มีเวลาอยู่กับครอบครัว ไม่ได้หยุดงานวันหยุดนักขัตฤกษ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะพยาบาลจบใหม่ ดังนั้นพยาบาลจึงปรับเปลี่ยนการเดินทางไปหาครอบครัวเป็นการพูดคุยทางโทรศัพท์แทน ส่วนพยาบาลที่มีครอบครัวใช้วิธีแลกเวรให้ได้หยุดวันเสาร์หรืออาทิตย์ และบางรายใช้วิธีขायเวรเพื่อให้ตนเองได้ใช้ชีวิตส่วนตัวกับครอบครัว และ

4.3 ความสุขเกิดขึ้นได้จากผู้ร่วมงานที่ดีและเต็มใจกับการดูแลผู้ป่วยจนปลอดภัยพยาบาลผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าการทำงานเป็นพยาบาล ER มีความสุขกับการมีเพื่อนร่วมงานที่ดี และมีความสุขที่ได้ช่วยชีวิตผู้ป่วยให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้อีกครั้งหนึ่ง นอกจากนี้ พยาบาล ER กล่าวว่า พยาบาล ER เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถที่พยาบาลหออผู้ป่วยอื่นไม่สามารถทำหน้าที่แทนพยาบาล ER ได้

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคใหม่ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นที่ได้จากการศึกษา ดังต่อไปนี้ 1) ภูมิหลังและการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานใน ER 2) การปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3) ปัญหาในงาน บริหารจัดการโดยหัวหน้าเวร 4) ผลของการปฏิบัติงานในฐานะพยาบาล ER

1. ภูมิหลังและการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานใน ER

1.1 หลากหลายเหตุผลที่เข้ามาทำงานใน ER

จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานใน ER มีการให้เหตุผลที่หลากหลายในการเลือกมาปฏิบัติงาน พยาบาลที่เคยปฏิบัติงานที่หน่วยงานอื่นมาก่อนอยากเปลี่ยนงานที่ทำงานประจำมาเป็นงานที่มีความแปลกใหม่ เนื่องจากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเดิม เป็นการดูแลที่มีความเฉพาะของแต่ละแผนก เช่น แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และเป็นการดูแลผู้ป่วยในลักษณะเดิม ๆ เมื่อถึงจุดอิ่มตัวเลยทำให้พยาบาลรู้สึกอยากย้ายหน่วยงาน รวมถึงพยาบาลจบใหม่ที่เข้ามาทำงานใน ER จะเป็นกลุ่มที่ชอบงานที่ท้าทาย ซึ่งข้อค้นพบประเด็นนี้สามารถอธิบายได้ว่า หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่เปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง โดยให้บริการกับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ครอบคลุมทุกสาขาโรค เช่น อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม กุมารเวชกรรม เป็นต้น โดยมีทั้งผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และผู้ป่วยอุบัติเหตุ หลากหลายช่วงอายุ หลากหลายสถานการณ์ และอีกหนึ่งเหตุผลของพยาบาลที่เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมาก่อนให้เหตุผลว่า ตำแหน่งบรรจุอยู่ที่ ER ต้องกลับมาทำผลงานเพื่อเลื่อนระดับ ผู้ให้ข้อมูลที่เคยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอื่นมาก่อนอีกส่วนหนึ่งมีตำแหน่งบรรจุที่ ER แต่ตัวต้องไปปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอื่น เมื่อถึงเวลาที่ต้องทำผลงานวิชาการเพื่อปรับระดับพยาบาล จึงกลับมาทำงานที่ ER เพื่อทำผลงานเกี่ยวกับการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในประเด็นข้อค้นพบนี้สามารถอธิบายได้ว่า ในระบบราชการ ผู้บริหารสามารถยืมตัวบุคลากรไปช่วยงานในหน่วยงานอื่นชั่วคราวได้โดยไม่ต้องโอนย้ายตำแหน่ง ซึ่งจากการสัมภาษณ์หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (สัมภาษณ์, 2565) พบว่า หน่วยงานอื่นขาดอัตรากำลังผู้ปฏิบัติงาน ในขณะที่หน่วย ER มีผู้ปฏิบัติงานเพียงพอ และมีตำแหน่งงานที่สามารถรับบุคลากรเพิ่มได้ ผู้บริหารจึงขอให้บุคลากรไปปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ขาดแคลนอัตรากำลังก่อน และเมื่อต้องทำผลงานทางวิชาการจึงกลับมาทำงานที่หน่วยงานที่สังกัดอยู่ โดยการเลื่อนตำแหน่งในระดับชำนาญการต้องมี

ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งหรือเคยดำรงตำแหน่ง ในสายงานที่จะแต่งตั้งตามคุณวุฒิของบุคคล ไม่ต่ำกว่า 6 ปี ในการทำผลงานวิชาการในการเลื่อนตำแหน่งตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน 2551 (นครินทร์ สุวรรณแสง, 2563)

ส่วนพยาบาลที่จบใหม่ให้เหตุผลการเลือกปฏิบัติงานใน ER งาน ER เป็นงานที่ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้พัฒนาตนเอง การเรียนรู้งานใหม่ๆ เป็นงานที่ท้าทาย ทำให้พยาบาลต้องเกิดความตื่นตัว อยู่เสมอ และได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ตลอดเวลาเพื่อการดูแลผู้ป่วย (วิปีศยา คุ่มสุพรรณและคณะ, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพรรณ รามแก้ว และอารีย์วรรณ อ่วมธานี (2557) ที่พบว่า พยาบาลเลือกมาปฏิบัติงานที่ ER เนื่องจากชอบลักษณะที่ท้าทายความสามารถ เพราะพยาบาลได้ใช้ ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ที่หลากหลายด้าน พร้อมทั้งการเรียนรู้เพิ่มเติมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ใน ER นอกจากในการเลือกมาปฏิบัติงานใน ER และบางคนให้เหตุผลว่า ผู้บริหารเลือกให้มาปฏิบัติงานใน ER เนื่องจาก ณ เวลานั้นผู้รับบริการมีจำนวนมากขึ้นประกอบกับมีพยาบาลอาวุโส เกษียณอายุ ทำให้หน่วย ER ขาดอัตรากำลังพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงต้องสรรหาบุคลากรเข้ามาในหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ในขั้นตอนแรก คือการสรรหาบุคลากร ซึ่งต้องใช้หลากหลายวิธีในการรับบุคคลเข้าทำงาน ซึ่งการประชาสัมพันธ์เชิญชวนเป็นวิธีการหนึ่ง สอดคล้องกับที่ อารีย์วรรณ อ่วมธานี (2562) กล่าวว่า การจัดการทรัพยากรมนุษย์ การทำให้มีบุคลากรทำงานที่เพียงพอและต่อเนื่อง การสรรหา ชักจูงให้บุคคลที่มีคุณสมบัติสมัครมาทำงาน โดยการรับคนเข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงาน ส่งผลให้องค์กรสามารถ ดำเนินงานไปตามทิศทางและบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

1.2 เริ่มทำงาน เกิดความไม่มั่นใจต้องใช้เวลาในการปรับตัว

การเริ่มต้นปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยเกิดจากความชอบในงานที่มีความท้าทาย แต่ไม่เคยปฏิบัติงานใน ER มาก่อน หรืออาจเคยในบทบาทการ เป็นนักศึกษาพยาบาลฝึกงาน แต่ยังไม่เคยมาปฏิบัติงานจริงในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ทำให้เกิดความ รู้สึกกดดันในการเริ่มปฏิบัติงานประกอบด้วย 1) รู้สึกกดดันจากความคาดหวังของพยาบาลรุ่นพี่ เนื่องจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ER ของโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษามีทั้งกลุ่มพยาบาลที่จบใหม่และกลุ่ม ที่เคยมีประสบการณ์การทำงานจากหน่วยงานอื่นมาแล้ว จะถูกคาดหวังจากพยาบาลรุ่นพี่คล้ายกัน คือ พยาบาลที่จบใหม่ น่าจะมีองค์ความรู้ดี เนื่องจากเพิ่งเรียนมาจากสถาบันการศึกษา พี่จึงคาดหวังว่าน่าจะทำงานได้ดี ในขณะที่พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานที่หอผู้ป่วยอื่นมาก่อน ก็เป็นผู้ที่เคย ทำงานมาแล้ว น่าจะนำประสบการณ์เดิมมาใช้งานได้ แต่ความเป็นจริงนั้น หน่วยงาน ER มี ลักษณะงานที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยอื่น ๆ ที่พยาบาลต้องรู้ทุกสาขาโรคที่เกิดกับเด็ก ผู้ใหญ่ และ ผู้สูงอายุ ซึ่งการจะมีความรู้ดีในเรื่องดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้และฝึกทักษะมาก่อน ซึ่งตามทฤษฎี From Novice to Expert ของ Benner (1985) ได้ระบุว่า พยาบาลที่เข้ามาทำงาน

ใหม่ ถือว่าเป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการ (Novice) ที่ต้องการการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการพยาบาลจากพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า ดังนั้นเมื่อพยาบาลใหม่ถูกคาดหวังการทำงานจากพยาบาลรุ่นพี่จึงทำให้รู้สึกถูกกดดันกับการทำงาน ทำให้พยาบาลต้องเร่งพัฒนาตนเอง เพื่อไม่ให้เป็น “ตัวถ่วง” ของผู้ร่วมงาน 2) กลัวการทำงานเพราะประสบการณ์มีน้อย จากลักษณะงานของ ER เป็นงานที่มุ่งเน้นการช่วยชีวิตผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยที่มารับบริการจึงมีภาวะวิกฤติ ต้องการการช่วยฟื้นคืนชีพ เมื่อมีเหตุการณ์ต้องช่วยชีวิตผู้ป่วย พยาบาลใหม่กลุ่มนี้จึงยังไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากมีประสบการณ์น้อยหรือไม่มีประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพมาก่อน นอกจากนี้บรรยากาศการทำงานใน ER จะมีแต่ความเร่งรีบ ทำงานแข่งกับเวลา มีผู้ป่วยและญาติมากมาย มีความโกลาหลและวุ่นวาย (กมลพรรณ งามแก้ว และอารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2557) อาจทำให้ในระยะแรก พยาบาลที่ปฏิบัติงานใหม่ใน ER รู้สึกกลัวการทำงานใน ER ซึ่งต้องใช้เวลาในการปรับตัวกับสภาพการทำงาน และการให้บริการพยาบาลต่าง ๆ และ 3) กังวลและเครียดกับการทำงาน เนื่องจากการทำงานใน ER เป็นการปฏิบัติงานต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะการปฏิบัติงาน เนื่องจากผู้ป่วย ER จะมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา มีผู้รับบริการทั้งเด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมาด้วยอาการที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงต้องใช้ความรู้ที่หลากหลาย ในระยะแรกของการทำงาน จึงทำให้พยาบาลกลุ่มนี้เกิดความกังวลและเครียดกับบริบทการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษา นิสา ทมาภีรัต และอารีย์วรรณ อ่วมธานี (2560) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ จะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากขาดความรู้และทักษะการพยาบาล ทำให้พยาบาลต้องมีการปรับตัวและเรียนรู้งานกับเพื่อนร่วมงาน โดยพยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต้องมีการอ่านหนังสือทบทวนความรู้ การเรียนรู้จากการสอนของรุ่นพี่รวมถึงต้องมีการฝึกฝนตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติญาดา เกื้อวงศ์ และอารีย์วรรณ อ่วมธานี (2563) พบว่าพยาบาลจบใหม่ต้องมีการเรียนรู้งานกับทีม การใช้เวลาในการเรียนรู้งานจากพี่ในหน่วยงานและการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

จากที่กล่าวมาเกี่ยวกับประเด็นเริ่มทำงาน **เกิดความไม่มั่นใจต้องใช้เวลาปรับตัว** จะเห็นได้ว่าพยาบาลทุกคนที่เข้ามาเริ่มงานใน ER มีการปรับตัวในการทำงาน ซึ่ง เกษม เฉลิมธนะ กิจโกศล (2543) กล่าวว่า การปรับตัวนี้ประกอบด้วย การปรับตัวให้เข้ากับลักษณะงานที่ทำให้สภาพแวดล้อมในการทำงาน และกฎระเบียบข้อบังคับ และการปรับตัวให้กับเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา ซึ่งในผลการวิจัยนี้จะเห็นได้ว่า พยาบาลทุกคนมีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ และการรักษารวมถึงการพยาบาล เนื่องจาก หน่วย ER จะให้บริการกับผู้ป่วยทุกวัย และทุกประเภท ทั้งการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้พยาบาลยังฝึกทักษะการทำหัตถการต่างๆให้เกิดความชำนาญ จะได้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง รวมถึงการปรับตัวให้เข้ากับผู้ร่วมงาน ซึ่งมีหลากหลายกลุ่มทั้งแพทย์ พยาบาล และพนักงานอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานใน ER ซึ่งระยะเวลาการ

ปรับตัวให้เข้ากับงานนี้ จะมีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคลเนื่องจากแต่โดยเฉลี่ยจะประมาณ 1 ปี ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์จึงต้องมีการวางแผนพัฒนาพยาบาลกลุ่มนี้ตั้งแต่เริ่มเข้ามาทำงานให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่นการใช้ Nursing Residency Training Program เป็นต้น (Gaesawahong, 2014)

1.3 การเตรียมความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

เมื่อเข้ามาปฏิบัติงานใน ER ไม่ว่าจะ เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมาแล้ว หรือพยาบาลจบใหม่ การมาทำงานใน ER ก็ถือว่าเป็นสถานที่ใหม่ที่ทุกคนต้องเรียนรู้การทำงาน ทำให้พยาบาลต้อง 1) **ค้นคว้าหาความรู้จากหนังสือและตำรา** โดยเฉพาะการศึกษาหาความรู้โรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย การอ่านหนังสือเพิ่มเติมเป็นวิธีการแรกที่พยาบาลได้เรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ (อิศรา คำนึ่งสิทธิและสุชาดา รัชชกุล, 2559) พบว่าการปฏิบัติงานต้องมีการปรับตัวต้องใช้ความรู้ความสามารถ ต้องมีการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม จากการอ่านหนังสือ 2) **เรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์เพื่อปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐาน** ได้แก่ การสอนจากรุ่นพี่สู่น้อง เพื่อได้ความรู้และเกิดความมั่นใจในการทำงาน ลดความเครียดและความกลัวลงได้ นอกจากนี้พยาบาลยังได้เรียนรู้งานจากผู้มีประสบการณ์ โดยลำดับแรกหน่วยงานจะมีการมอบหมายพยาบาลพี่เลี้ยงให้ดูแลพยาบาลใหม่ โดยจะขึ้นเวรคู่กันเป็นส่วนใหญ่ เรื่องที่พยาบาลพี่เลี้ยงสอน จะเกี่ยวกับระบบการทำงาน ใน ER มีพื้นที่หรือโซนที่พยาบาลต้องรับผิดชอบหลายโซน พี่เลี้ยงจะทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์สู่ผู้ต้องการพัฒนาตนเอง โดยการชี้แนะและสอนวิธีการปฏิบัติตนในการทำงาน ให้กำลังใจและการสนับสนุน กระตุ้นและส่งเสริมความสามารถของผู้ต้องการพัฒนาตนเองจนเกิดความมั่นใจและปรับตัวทำงานในสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ (อภิรดี นันทศุภวัฒน์และอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาชิวภา นฤพนธ์จิรกุลและอารีวรรณ อ่วมธานี (2562) ที่พบว่าการมีพยาบาลพี่เลี้ยงในการดูแลพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ในการสอนงานวิชาการ การสอนในคลินิก การสาธิตการปฏิบัติงาน ช่วยให้พยาบาลจบใหม่พัฒนาความรู้และทักษะวิชาชีพ และเป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลน้องใหม่ นอกจากพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลรุ่นพี่จะสอนงานให้กับพยาบาลน้องใหม่แล้ว ยังมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินช่วยสอนเกี่ยวกับการอ่าน EKG การดูแลผู้ป่วย Complete heart block การดูแลผู้ป่วยติด External pacing ผู้ป่วยที่ได้รับยา adenosine และการทำหัตถการพิเศษในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ตรง ส่งผลให้เกิดการพัฒนาความรู้ การใช้ความรู้ไปในการประเมินปัญหาความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วย มีกระบวนการคิดวิเคราะห์เป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีมาเชื่อมโยงทำให้สามารถระบุปัญหาของผู้ป่วยได้ ตัดสินใจให้การพยาบาล การแก้ปัญหาผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและทันเวลา (จันทร์จิรา ยานะชัย และ ประจวบ แผลมหลัก, 2565) สำหรับประเด็น 3) **อบรมความรู้เฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน** เป็นการเตรียมความพร้อมพยาบาลให้มีความเข้าใจในบริบทการทำงานจริง และ

เมื่อทำงานมาระยะหนึ่งจะได้รับการอบรมความรู้เฉพาะทางการแพทย์บาลูบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งถือว่าเป็นการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลให้เหมาะสมกับความต้องการของหน่วยงาน ในการฝึกอบรมให้บุคลากรมีความรู้ เพื่อปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น หลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (Advance Cardiac Life Support, ACLS) สอดคล้องกับกระบวนการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ที่ต้องมีการพัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญขึ้นตามลำดับ (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2563)

2. การปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

จากสถานการณ์ของการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ปัจจุบันเน้นเรื่องของระบบงาน คุณภาพ การบริการแบบไร้ต่อ การใช้เทคโนโลยี และความพร้อมต่อการระบอบของเชื้ออุบัติใหม่ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคใหม่นี้ ผลการวิเคราะห์จากประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 ราย พบประเด็นหลักจำนวน 7 ประเด็น 21 ประเด็นย่อย

2.1 คัดกรองผู้ป่วยด้วยทักษะที่หลากหลาย

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีการแบ่งพื้นที่การทำงานเป็นหลายส่วน โดยพื้นที่แรก ของ ER คือ โซนคัดกรองผู้ป่วย โดยพยาบาลจะมีการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนของการ โดย 1) **สอบถาม สังเกต และตรวจร่างกาย** การประเมินผู้ป่วยแรกรับที่ได้จากการสังเกต ชักประวัติ ประเมินสัญญาณชีพ การตรวจร่างกายเบื้องต้น แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อจัดลำดับความรุนแรงของภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมุ่งเน้นให้การช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตที่เป็นอันตราย โดยการแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 ประเภท ตาม MOPH ED Triage (กรมการแพทย์, 2561) การจำแนกผู้รับบริการและจัดลำดับให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วน เพื่อใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่ให้กับบุคคลที่ควรได้รับการช่วยเหลือด้วยบุคลากรทางการแพทย์ได้ทันเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม และทันเวลา ลดการเสียชีวิต ลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการ ลดความทรมาน ลดความไม่พอใจ โดยผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตต้องได้รับการรักษาทันที ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่จุดคัดกรองจำเป็นต้องมีประสบการณ์และมีความรู้ เพื่อประเมินโรคได้ถูกต้อง (Brosinski, Riddell, & Valdez, 2017) หากประเมินทำต่ำกว่าเกณฑ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการคัดแยกต่ำกว่าสภาพความเป็นจริง (under triage) จะทำให้ระยะเวลาในการรอการรักษานานขึ้น อาจส่งผลทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง เกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากได้รับการรักษาล่าช้า ส่งผลทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น หากผู้ป่วยได้รับการคัดแยกสูงกว่าอาการ (over triage) จะส่งผลทำผู้ป่วยอื่นที่มีความจำเป็นเร่งด่วนได้รับการรักษาล่าช้า ทักษะที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ 2) **ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย** พยาบาลต้องมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาใน ER ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มาด้วยอาการรุนแรง ในขณะที่รอการตรวจรักษา ผู้ป่วยอาจมีอาการแย่ลงเมื่อใดก็ได้ ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและอาจมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาตามความเหมาะสมกับอาการที่

ผู้ป่วยมีหรือเปลี่ยนแปลงไป สอดคล้องกับมาตรฐานที่ 2 เรื่องการตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (สำนักการพยาบาล, 2551) ที่ระบุว่า การคัดกรองผู้ป่วย พยาบาลต้องมีการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องหรือประเมินปัญหาเพิ่มเติมให้เหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วยตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงาน และหากมีอาการเปลี่ยนแปลงต้องรีบให้การช่วยเหลือทันที

นอกจากนี้ประเด็น **3) สร้างความเข้าใจ ช่วยคลายความกังวลของญาติ** เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่พยาบาลคัดกรองต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการที่ไม่มาก รอคอยการตรวจรักษาได้ แต่ในความคิดของผู้ป่วยและญาติจะรู้สึกว่า เรื่องของตนเองหรือญาติเป็นเรื่องเร่งด่วนเช่นกัน (กมลพรรณ งามแก้ว และอารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2557) เมื่อรอนานกว่าที่ตนเองคาดหวังทำให้อาจส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจในการรอคอย อาจมีการใช้ถ้อยคำหยาบคาย หรือแสดงความไม่พึงพอใจในการให้บริการ จึงจำเป็นต้องมีการพูดคุยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจ เพื่อลดการปะทะกันอย่างรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ กติกา เลียงสกุล, มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ และ วิชัย อารับ (2564) พบว่าความชุกของการถูกรบกวน ความรุนแรงในสถานที่ทำงานในโรงพยาบาลส่วนมากพบที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเป็นการกระทำ ความรุนแรงทางวาจา ซึ่งสาเหตุเกิดจากการสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพ การไม่อธิบายเหตุผลให้เข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไม่พึงพอใจ และประเด็น **4) พัฒนาทักษะการใช้โปรแกรมคัดกรอง** ปัจจุบันโรงพยาบาลมีการนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์มาช่วยงานในระบบคัดกรอง ซึ่งในระยะแรก พยาบาลต้องมีการเรียนรู้การใช้โปรแกรมด้วยตนเอง เนื่องจากยังไม่มีอบรมการใช้โปรแกรม ทำให้พบความยากลำบากในการใช้โปรแกรม แต่เมื่อทุกคนใช้งานบ่อยๆ ทำให้เกิดทักษะการใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาความรู้ด้านดิจิทัลของพยาบาลที่พยาบาลต้องเปิดใจที่จะเรียนรู้ก่อน หลังจากนั้นควรมีการฝึกปฏิบัติจนสามารถใช้งานได้ดี (ศิริลักษณ์ ตีเลิศไพบุลย์และคณะ, 2566) ซึ่งจากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า เมื่อพยาบาลฝึกใช้งานโปรแกรมได้คล่อง จึงเห็นว่าโปรแกรมให้ประโยชน์ในการทำงานหลายๆด้าน

2.2 ดูแลผู้ป่วยในห้องสังเกตอาการ

ห้องสังเกตอาการ เป็นการรับผู้ป่วยที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้ว โดยรับสังเกตอาการผู้ป่วยไม่เกิน 4 ชั่วโมง เป็นงานที่พยาบาลจบใหม่ได้เรียนรู้เป็นงานแรกที่เข้ามาสู่ระบบการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน โดยรับผู้ป่วยจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และจากแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อมาสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง **1) ติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์** เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้ว แต่ยังคงต้องมีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องสังเกตอาการจะเข้าไปประเมินผู้ป่วยทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ต้องรายงานแพทย์ไปประเมินผู้ป่วยซ้ำ ผลการวิจัยนี้

อธิบายได้ว่าพยาบาลในห้องสังเกตอาการต้องเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยตลอดเวลา เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ จึงมีโอกาสที่อาการจะทรุดลงได้ พยาบาลจึงต้องมีการประเมินด้วยสายตา และตรวจสัญญาณชีพทุก 30 นาที หรือหนึ่งชั่วโมงตามมาตรฐานงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (สำนักงานพยาบาล, 2551) **2) ประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง** เมื่อครบระยะเวลา 4 ชั่วโมงแล้ว พยาบาลจะมีการแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อดำเนินการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหากมีอาการดีขึ้น หรือหากมีอาการไม่คงที่ แพทย์จะสั่งการรับไว้รักษาตัวในหอผู้ป่วยต่อไป เมื่อมีคำสั่งอย่างใดอย่างหนึ่งจากแพทย์ พยาบาลจะได้ประสานกับญาติหากได้กลับบ้าน หรือประสานกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในเพื่อการย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานพยาบาล, 2551) และ **3) รับช่วงงานต่อจากแผนกผู้ป่วยนอก** หากผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำเป็นต้องนอนพักเพื่อสังเกตอาการ แต่แผนกผู้ป่วยนอกปิดทำการแล้ว ผู้ป่วยจะถูกส่งมาดูแลต่อที่ห้องสังเกตอาการที่ ER ในกรณีนี้ไม่ได้ถูกระบุไว้ในมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแต่เป็นการตกลงกันภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามเมื่อครบระยะเวลา 4 ชั่วโมงก็จะมีอาการแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ให้รับทราบและดำเนินการต่อไปเช่นกัน ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของกมลพรรณ รามแก้ว ที่พบว่า หน่วย ER จะมีการรับผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกมาดูแลแทน หากหมดเวลาทำการของแผนกผู้ป่วยนอกแล้ว

2.3 ช่วยฟื้นคืนชีวิตโดยปฏิบัติตามเทคนิคที่ถูกต้อง

โซนการช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นพื้นที่สำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤต โดยที่แพทย์และพยาบาลต้องรีบมาช่วยชีวิตผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่าเมื่อมีภาวะวิกฤต **1) แบ่งงานกันทำตามหน้าที่เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน** ทีมในการกู้ชีพจะมีแพทย์ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมในการช่วยชีวิต ซึ่งภายในทีมจะมีการแบ่งงานกันทำตามหน้าที่ CAB กล่าวคือ มีพยาบาลดูแลเรื่องระบบการไหลเวียนของเลือด (Circulation) โดยเริ่มกดหน้าอก พยาบาลคนที่ 2 ดูแลระบบทางเดินหายใจ (Airway) เตรียมการใส่ท่อช่วยหายใจ และพยาบาลคนที่ 3 ดูแลการช่วยหายใจ (Breathing) และพยาบาลคนที่ 4 ทำการเปิดเส้นเลือดดำต่อเข้ากับสายน้ำเกลือ การให้ยาและการทำหัตถการต่าง ๆ และบันทึกการรักษา ในการช่วยเหลือผู้ป่วยนี้เป็นการช่วยชีวิต ตามมาตรฐานของ American Heart Association แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic Life support: BLS) และการช่วยชีวิตขั้นสูง (Advance Cardiovascular Life support: ACLS) โดยการเริ่มต้นการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานจะประกอบด้วย การกดหน้าอก การเปิดทางเดินหายใจ และการช่วยหายใจ และการช็อกไฟฟ้าหัวใจแบบอัตโนมัติ ส่วนการช่วยชีวิตขั้นสูงประกอบด้วย การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานทุกขั้นตอน ร่วมกับการให้ยา การดูแลทางเดินหายใจขั้นสูง และการหาสาเหตุและการแก้ไขสาเหตุการรักษาตามภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (โสภณ กฤษณะรังสรรค์และคณะ, 2015) ดังนั้นพยาบาล

ที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยหนักจึงจำเป็นต้องมีความรู้และมีประสบการณ์ในการอบรม ACLS เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยกลับมา มีสัญญาณชีพ (Return Of Spontaneous Circulation) (พิชญากร ศรีปะโค, 2557) **2) จัดลำดับความสำคัญเพื่อช่วยผู้ป่วยได้ทันการ** ในความเป็นจริงพยาบาล 1 คนไม่สามารถดูแลผู้ป่วย Arrest สองคนหรือหลายคนได้ จึงต้องมีการร้องขอความช่วยเหลือในทีม ในขณะที่ทีมยังมาไม่ถึง พยาบาลต้องตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการหนักที่สุดก่อน หรือเลือกผู้ป่วยที่พยาบาลรู้ประวัติมากที่สุด เพื่อรีบทำการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เร็วที่สุด ท้องเปลงว ชมจันทร์และมานะ ปัจจะแก้ว (2563) กล่าวว่าความสำเร็จของการช่วยฟื้นคืนชีพ ขึ้นอยู่กับกระบวนการเข้าถึงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นและให้การช่วยเหลือให้เร็วที่สุด โดยเริ่มกดหน้าอกในเวลา 0 – 0.25 นาทีที่มีผลต่ออัตราการช่วยฟื้นคืนชีพสำเร็จร้อยละ 76 % เมื่อพยาบาลสามารถช่วยผู้ป่วยได้แล้วจะมี Return Of Spontaneous Circulation แล้วต้องดูแลผู้ป่วยให้มีภาวะการเต้นของหัวใจคงที่ โดยมีการเฝ้าระวังจากพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยทุก 5 - 10 นาที (สำนักการพยาบาล, 2551) ส่วนการประเมินติดตามอาการผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้ได้รับการประเมินซ้ำทุก 10 – 15 นาที จนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการคงที่ จึงจะย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยวิกฤต โดยต้องให้แพทย์ตรวจสอบอีกครั้งว่าผู้ป่วยพร้อมย้าย **3) ดูแลจนมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจาก ER** หลังจากผู้ป่วยฟื้นคืนชีพแล้ว ผู้ป่วยได้รับการประเมินติดตามอาการซ้ำทุก 10 – 15 นาที จนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการคงที่จึงจะย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยวิกฤต แต่ในกรณีของผู้ป่วย Non-Resuscitation จะย้ายขึ้นหอผู้ป่วยในหอใดหอหนึ่งตามลักษณะโรคของผู้ป่วย ก่อนย้าย แพทย์ต้องตรวจสอบอีกครั้งว่าผู้ป่วยพร้อมย้าย **4) บันทึกข้อมูลให้ละเอียด จะได้มีหลักฐานการดูแล** ในการช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีช่วยฟื้นคืนชีพ พยาบาลจะต้องให้ความสำคัญกับการบันทึกทางการพยาบาลที่ละเอียด เพราะเป็นหลักฐานในการดูแล หากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การบันทึกทางการพยาบาลจะเป็นหลักฐานทางกฎหมายที่สำคัญ กองการพยาบาล (2551) ได้ระบุนาตรฐานการบันทึกการพยาบาลไว้ว่า การบันทึกทางการพยาบาลต้องเขียนให้ครอบคลุม ถูกต้อง ต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาของการดูแล ด้วยข้อความที่ชัดเจน สามารถสื่อความหมายแก่สหสาขาวิชาชีพได้และสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

2.4 บริการรับและส่งต่อผู้ป่วย

งานรับ-ส่งต่อผู้ป่วยเป็นการปฏิบัติงานในส่วนของรับและส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยมีระบบการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือ **1) รัยย้ายผู้ป่วยโดยมีเทคโนโลยีช่วยเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง** เป็นการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในเครือข่ายที่มีศักยภาพน้อยกว่าเพื่อมารับการรักษาในโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษาซึ่งมีศักยภาพสูงกว่าเนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทาง อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม เป็นต้น และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยมากกว่า เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแล้วแพทย์ผู้ตรวจรักษาเห็นว่าเกินศักยภาพในการรักษา แพทย์จะทำ

การติดต่อประสานงานในการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโดยใช้ Doctor to Doctor เมื่อโรงพยาบาลปลายทางรับแล้วแพทย์จะบันทึกข้อมูลการส่งต่อผ่านโปรแกรม 3-refer แล้วพยาบาลโรงพยาบาลต้นทางจะมีการส่งข้อมูลรับส่งต่อ ตามหลัก Sbar เกี่ยวกับภาวะของโรค การรักษาที่ได้รับ และพยาบาลศูนย์ส่งต่อจะประสานส่งข้อมูลไปให้หัวหน้าเวรในท้องฉุกเฉินโรงพยาบาลปลายทาง เพื่อให้เตรียมการและสามารถบริหารจัดการในการรับผู้ป่วย ผลการวิจัยนี้อธิบายได้ว่า กระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน (Refer In) ประกอบด้วยกระบวนการ กระบวนการรับแจ้งและประสานงาน กระบวนการตรวจสอบข้อมูล กระบวนการประเมินผู้ป่วย กระบวนการรับผู้ป่วย เพื่อให้ความครบถ้วนของข้อมูลและให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้เข้าถึงการบริการที่รวดเร็ว (ปรานอม สงวนพันธุ์, 2562) ในกรณีผู้ป่วยระบบ Fast Track จะมีช่องทางด่วนในการเตรียมข้อมูล การทำประวัติรอผู้ป่วย ช่วยทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสิทธิ์ นงนุช และคณะ (2560) ที่พบว่าการพัฒนาคุณภาพการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล โดยมุ่งเน้นความครบถ้วนของข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีในการติดต่อประสานงานการส่งต่อ ส่งผลทำให้ระบบการส่งต่อมีประสิทธิภาพ

2) ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาเฉพาะทาง การย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษาไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เนื่องจากโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษาขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางในบางสาขา ทำให้ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยได้ทุกระบบ การดำเนินการส่งต่อจะมีกระบวนการเช่นเดียวกับการรับย้าย โดยผ่านการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งพยาบาลในการปฏิบัติงานต้องมีการประสานการส่งต่อข้อมูลการรักษา การเตรียมทีมพยาบาล การเตรียมอุปกรณ์ เพื่อดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทาง สำนักการพยาบาล (2551) ระบุว่าตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย พยาบาลผู้นำส่งต้องมีการศึกษาข้อมูลที่จะส่งต่อ เพื่อเป็นการคาดการณ์แนวโน้มปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อ การรักษา การตรวจสอบอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ให้มีความพร้อมใช้งานระหว่างการส่งต่อ เพราะผู้ป่วยบางรายมีอาการไม่คงที่มีอาการเปลี่ยนแปลงและเสี่ยงต่อภาวะ Cardiac arrest อยู่ตลอดเวลา ทำให้พยาบาลต้องมีความรู้ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ต้องมีการประเมินผู้ป่วยตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของจุลินทร ศรีโพณฑน์และคณะ (2560) ที่พบว่า หากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยบนรถพยาบาลไม่มีความมั่นใจในการประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การแปลผล ทำให้ประเมินผู้ป่วยได้ล่าช้า การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ อย่างไรก็ตามพยาบาลที่นำส่งผู้ป่วยสะท้อนว่าไม่ต้องการไปส่งผู้ป่วย เนื่องจากความกลัวที่ต้องเดินทางไปส่งผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ที่ห่างไกลซึ่งมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุระหว่างเดินทางได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพงษ์ จันทรพลและคณะ (2563) ที่พบว่าความเสี่ยงการใช้รถพยาบาล และการส่งต่อ เป็นการออกปฏิบัติการนอกสถานพยาบาลซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่พยาบาลไม่สามารถคาดเดาหรือควบคุมได้อย่างเต็มที่ทุกครั้งที่ออกปฏิบัติงาน ดังนั้นบุคลากรประจำรถพยาบาลจึงมีความเสี่ยงในการทำงาน

2.5 ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน

การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการออกช่วยเหลือผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลภายใต้ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 จากการวิเคราะห์ข้อมูล ประเด็น 1) **รับแจ้งเหตุและสั่งการเพื่อประเมินความช่วยเหลือที่เหมาะสม** เป็นงานการรับแจ้งสายด่วน 1669 ซึ่งศูนย์รับแจ้งและสั่งการอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีบุคลากรในหน่วยงานผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันไปปฏิบัติงาน โดยพยาบาลทำหน้าที่ในการรับแจ้งเหตุแล้วคัดแยกผู้ป่วยโดยมีเกณฑ์ตามลำดับความฉุกเฉินเป็นระดับตอบสนอง 5 ระดับตามของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2556) ได้แก่ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (สีเขียว) ผู้ป่วยทั่วไป (สีขา) และ ผู้ป่วยเสียชีวิต (สีดำ) ดังนั้นพยาบาลรับแจ้งเหตุจะให้ความสำคัญกับต้องซักถามให้ได้ข้อมูลจำเป็น ไม่ควรใช้เวลาเกิน 5 นาทีในซักถามผู้แจ้งเหตุ โดยต้องได้ข้อมูลจำเป็นตามสังเขปหัวข้อ ดังนี้ 1) ขอบเขตของเหตุที่ต้องรับแจ้งและสั่งการ กล่าวคือ ต้องถามข้อมูลจากผู้แจ้งให้ได้ว่าข้อมูลลักษณะเหตุการณ์ ว่าเกิดอุบัติเหตุอะไร ประเภทใด หรือเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินในลักษณะใด เช่น คนถูกรถชน รถชนกัน คนตกจากที่สูง มีบาดแผลขนาดใหญ่ ลึก มีเลือดออกมาก ห้ามเลือดไม่อยู่ ไฟฟ้าช็อต ไฟไหม้ เป็นต้น 2) สาเหตุเกิดจากอะไรเพื่อจะได้เตรียมทีมงานและอุปกรณ์ที่จะนำไปช่วยเหลือ (3) อาการปัจจุบันของผู้ป่วยเป็นอย่างไรมีใครให้ช่วยเหลือบ้าง พร้อมบอกวิธีการช่วยเหลือขั้นต้นขณะรอเจ้าหน้าที่ EMS เดินทางไปช่วยเหลือ (4) สถานที่เกิดเหตุ จุดเด่นที่อยู่ใกล้ที่เกิดเหตุคือสถานที่เส้นทางที่เข้าถึงได้สะดวกที่สุดมีกี่เส้นทาง และเส้นทางไหนใช้เวลาที่น้อยที่สุด (5) เบอร์โทรติดต่อผู้แจ้งเหตุและเน้นให้ผู้แจ้งเหตุเปิดเสียงโทรศัพท์ไว้เพื่อติดต่อประสานกรณีซักถามอาการรวมถึงหากมีปัญหาการเดินทาง (6) อายุ เพศ จำนวนผู้ประสบอุบัติเหตุ ลักษณะปัจจุบันของผู้ประสบเหตุ และ (7) ความรุนแรงและกลไกการเกิดอุบัติเหตุซึ่งมีความจำต่อการเตรียมการช่วยเหลือ เป็นต้น (มัตติกา ใจจันทร์ ชัชวาล วงศ์สารี และวรุณศิริ ปรานีธรรม, 2561)

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงปัญหาอัตราการกำลังที่โรงพยาบาล 1 คนทำหน้าที่หลายอย่าง ทำให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังเช่นคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล “รับแจ้งเหตุด้วยควบ refer ด้วยมันทำให้เรา ทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพตามโครงสร้างศูนย์รับแจ้งเหตุจริง ๆ แล้วต้องมีเจ้าหน้าที่รับเหตุ เจ้าหน้าที่วิทยุ เจ้าหน้าที่เคย์ข้อมูลแต่ของเรา มันเบ็ดเสร็จสองคน” สอดคล้องกับการศึกษาของ (ปิยะรัตน์ วงศ์สนและคณะ, 2565) ที่พบว่าการปฏิบัติงานที่มีภาระงานมาก ประกอบกับการบริหารจัดการในหน่วยงานที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ การมีรูปแบบงานที่ไม่เหมาะสม ส่งผลทางลบต่อสุขภาพและการบริหารจัดการของผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการอัตรากำลังให้เพียงพอกับปริมาณของพยาบาลแต่ละคนที่ต้องรับผิดชอบ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังกล่าวถึงปัญหาการโทรแจ้งเหตุเท็จหรือโทรมาป่วน

เจ้าหน้าที่ทำให้เสียโอกาสสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือจริง สิ่งที่ยาบาลแก้ปัญหาคือ การปิดกั้นเบอร์โทรศัพท์ที่โทรเข้ามาไม่ไม่สามารถโทรเข้าหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉินได้อีก ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยได้มีการกำหนดความผิดทางอาญาสำหรับการใช้หมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉินโดยไม่มี เหตุฉุกเฉินไว้ใน 2 ฐาน ได้แก่ความผิดอาญาฐานแรก ฐานใช้หรือเรียกเลขหมายโทรศัพท์ฉุกเฉินแห่งชาติโดยไม่มี เหตุฉุกเฉินหรือมีพฤติกรรมอันเป็นการก่อกวนการปฏิบัติงานของผู้รับแจ้งเป็นความผิดอาญา ต้องระวางโทษจำคุก ไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ความผิดอาญาฐานที่สอง ฐานใช้หรือเรียกเลขหมายโทรศัพท์ฉุกเฉินแห่งชาติโดยไม่มีเหตุฉุกเฉินหรือมีพฤติกรรมอันเป็นการก่อกวนการปฏิบัติงานของผู้รับแจ้ง เป็นการ แจ้งข้อมูลเท็จหรือเป็นเหตุให้ผู้รับแจ้ง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือหรือระงับเหตุฉุกเฉิน หรือประชาชน เสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (นิชนันท์ พานแก้ว และญาติกา ศยปพันธ์, 2561)

สำหรับประเด็น 2) ออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุโดยเน้นความปลอดภัยของทุกคน พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุจะออกปฏิบัติการในทีมระดับ Advance Life support ในบทบาทการเป็นหัวหน้าทีม โดยหลังจากรับคำสั่งในการออกปฏิบัติการจากศูนย์สั่งการ หัวหน้าทีมจะมีการวางแผนประเมินสถานการณ์ความปลอดภัยของทีม และปรึกษาแพทย์ผ่าน Tele-medicine เพื่อประเมินผู้ป่วยและให้การรักษาได้รวดเร็ว ทำให้เพิ่มโอกาสในการช่วยชีวิต ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในการออกเหตุเพื่อปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบเหตุ เพื่อเป็นการประหยัดเวลา พยาบาลผู้นำทีมจะมีการวางแผนล่วงหน้าว่าจะต้องดำเนินการอะไรบ้าง เมื่อไปถึงที่เกิดเหตุ นอกจากนี่ยังใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อขอคำปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินเกี่ยวกับแผนการรักษา ซึ่งการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารต่าง ๆ หรือเป็นมัลติมีเดียมาช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพ การรักษาทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพ สะดวกและรวดเร็ว (วิภาวรรณ อรรถพรชัยและ ชวภณ กิจศิริกุล, 2564) แต่ในบางเหตุการณ์ในออกปฏิบัติการอาจเผชิญกับความกดดันจากญาติ ความวุ่นวายจากพลเมืองในที่เกิดเหตุ ซึ่งส่งผลต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยทำให้ต้องขอความช่วยเหลือจากตำรวจในการแก้ไขสถานการณ์ เพื่อรีบเคลื่อนย้ายและนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การจัดการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้า มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วที่สุดและเพื่อความปลอดภัยของทีมผู้ปฏิบัติงาน (ทรงวุฒิ สังข์บุญ, 2562)

2.6 บริการงานสาธารณสุข พร้อมโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้น

ระบบสาธารณสุข หมายถึงภัยที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อสาธารณะ ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตร่างกายของประชาชน จากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ให้ข้อมูลในการปฏิบัติงานในด้านสาธารณสุขไว้ดังนี้ 1) ส่งทีมไปช่วยหน่วยงานอื่น เป็นให้บริการเชิงรุก โดยการส่งทีมไปช่วยเหลือภาวะภัยพิบัติด้านโรคติดต่อ และสา

ธารณภัยน้ำท่วม การให้บริการเชิงรุกในรับมือกับสาธารณภัยนี้ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีการเตรียมทีมในรองรับสถานการณ์โดยการส่งบุคลากรในหน่วยงานเข้ารับการฝึกอบรมการแพทย์ฉุกเฉินเคลื่อนที่เร็ว ตอบโต้ภัยพิบัติ เพื่อเตรียมความรู้ให้กับบุคลากรในหน่วยงาน ซึ่งจินตนันท์ สิริธิประชา ราชภัฏ (2560) กล่าวว่า การเตรียมความพร้อมโดยการฝึกอบรมให้ความรู้และการซ้อมแผนภัยพิบัติตามความเสี่ยงของแต่ละพื้นที่ จะทำให้บุคลากรมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน จากผลการวิจัย พบว่าพยาบาลมีประสบการณ์ไปช่วยเหลือเหตุสถานการณ์อุทกภัยทางภาคใต้ และไปช่วยโรงพยาบาลสนามเพื่อดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของแต่ละโรงพยาบาลจะมีการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณภัย ซึ่ง กรมการแพทย์ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย (2560) จะขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลในสังกัดเมื่อมีเหตุการณ์ สาธารณภัยเกิดขึ้น ที่ใดที่หนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งหน่วย ER ในโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา ได้ไปช่วยในสถานการณ์น้ำท่วมภาคใต้ และโรงพยาบาลสนาม กรณีสถานการณ์ระบดการติดเชื้อโควิดที่ตลาดแพปลา จังหวัดสมุทรสาคร

ประเด็นที่ 2) **ดำเนินงานตามแผนรับมืออุบัติภัยหมู่** เป็นการให้บริการเชิงรับ โดยมีการจัดซ้อมแผนในการรับมือสาธารณภัย ไฟไหม้ น้ำท่วมและ แผนรับมืออุบัติภัยหมู่ การจัดเตรียมอุปกรณ์กระเป่าและแผ่นป้าย Triage ถูกไว้จัดเป็นหมวดหมู่มีการตรวจเช็คอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ทั้งระบบ Pre Hospital และ In hospital เมื่อใช้เสร็จจะมีการนำอุปกรณ์ไปเติมให้พร้อมใช้อยู่เสมอ การจัด Zone ที่ในการรองรับผู้ป่วย ประเภทสีแดง สีเหลือง สีเขียว สีขาว และสีดำ โดยมีแผนการซ้อมประจำปี ปีละ 1 ครั้ง ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (2559) กล่าวว่า การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลเพื่อรองรับอุบัติภัยหมู่และภัยพิบัติในทุกปี เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าโรงพยาบาลสามารถให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ แต่ผลการวิจัยนี้พบว่าโรงพยาบาลไม่สามารถจัดการซ้อมรับมือกับภัยพิบัติประจำปีละครั้งได้ เนื่องจากขาดงบประมาณในการสนับสนุน ทำให้ขาดการซ้อมอย่างสม่ำเสมอ บางปีอาจซ้อมร่วมกับทางจังหวัดซึ่งมีหลายหน่วยงานร่วมซ้อม ทำให้หลงลืมบริบทของตนเอง และหน้าที่ในการรับผิดชอบเมื่อเกิดเหตุการณ์จริงทำให้ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์ควรวางแผนจัดสรรงบประมาณเพื่อให้บุคลากรได้รับการซ้อมแผนรับมืออุบัติภัยได้ทุกปี

ประเด็นที่ 3) **รับมือกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19** หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีการเตรียมพร้อมตั้งแต่ช่วงแรกที่มีการแพร่ระบาดของโรค มีการสร้างห้อง Negative pressure พร้อมทั้งติดตั้งกล้องเพื่อการ Monitor ผู้ป่วยด้านหน้าห้องฉุกเฉิน เพื่อรองรับผู้ป่วย Resuscitation และ Emergency โดยมีอุปกรณ์ที่สามารถกู้ชีพผู้ป่วย มีการซ้อมกระบวน CPR และใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยโควิดที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป การจัดสถานที่ในการรองรับผู้ป่วยในการทำหัตถการ มีห้องความดันลบ (negative pressure room) มีการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือในการทำ

หัตถการ รวมถึงการฝึกทักษะของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวเป็นไปตามแนวปฏิบัติของกรมการแพทย์ (2563) นอกจากนี้ยังมีการใช้การสื่อสารด้วยวิทยุ และ line application และมีการใช้ Tele-Medicine ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โดยเฉพาะในโรงพยาบาลสนาม ซึ่ง อารี ชิวเกษมสุข (2564) กล่าวว่า การใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 เพื่อความสะดวกและรวดเร็ว หลีกเลี่ยงการประเมินภาวะสุขภาพที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง อย่างไรก็ตาม จากการเล่าประสบการณ์ของพยาบาล ER ที่เคยดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด พบว่าพยาบาลรู้สึกกลัวเชื้อโควิด 19 เหตุการณ์นี้สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากการระบาดของโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ซึ่งในระยะแรกยังไม่ใครรู้จักโรคนี้นักก่อนและยังไม่มีการรักษาที่แน่นอน ประกอบกับการให้ข้อมูลของสื่อต่างๆ ที่มุ่งเน้นผลกระทบทางลบ ทำให้ทุกคนรู้สึกกลัวการสัมผัสเชื้อและกลัวการติดโควิด 19 (มณฑลธรรม์ ดิษฐสุวรรณ, 2564) ส่วนการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ต้องใส่ชุด PPE เมื่อใส่หน้ากากจะรู้สึกอึดอัด หายใจไม่ออก และการดูแลผู้ป่วยบางรายต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานจนมีความรู้สึกเหมือนขาดอากาศหายใจ สอดคล้องกับ (ณัฐธนนันท์ สังข์ประไพ, 2566) การดูแลผู้ป่วยโดยการแต่งชุด PPE ซึ่งมีอากาศร้อน อึดอัด รู้สึกอ่อนเพลียจะเป็นผลต่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ให้ดูแลเหมือนผู้ป่วยโรคทางระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด เนื่องจาก ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ โรคโควิด 19 เป็นโรคประจำถิ่นแล้ว (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

2.7 บริการความรู้แก่สังคมเพื่อประโยชน์แห่งตนและผู้อื่น

นอกจากปฏิบัติงานในงานหลักในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินแล้ว ยังมีงานอื่นที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงาน ได้แก่ **1) ให้ความรู้ ฝึกทักษะพื้นฐานการช่วยเหลือผู้อื่น** ในการสอนให้ความรู้กับประชาชน และบุคคลทั่วไป โดยใช้เวลาในวันหยุด หรือเวลาพักระหว่างเวร สอนให้ความรู้โดยใช้ประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติงานมาสอนให้ผู้เรียนมีความรู้ และทักษะที่สามารถช่วยตนเองและช่วยเหลือบุคคลรอบข้างเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ ซึ่งประกอบด้วย งานสอนการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการสอนการฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยมีการจัดทีมผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนไปสอนให้ความรู้ให้กับประชาชน พนักงาน นักเรียน ในหน่วยงานของรัฐและเอกชน โดยพยาบาลเล่าว่า การสอนปฐมพยาบาลเบื้องต้น ทั้งผู้ป่วยฉุกเฉิน อุบัติเหตุ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน คนสอนต้องอาศัยประสบการณ์และการฝึกฝน การเตรียมความรู้ สื่อการสอน การเตรียมอุปกรณ์เสมือนจริง หุ่น เครื่อง AED โดยแบ่งการสอนออกเป็นภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติสถานจำลองเพื่อความชัดเจนในการเรียนรู้ของผู้เรียน และเพื่อให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปนิตา พุ่มพุทธรและ ขวัญตา ภูริวิทยาธิระ (2566) ที่พบว่า การสอนในสถานการณ์จำลองสามารถทำให้ผู้เรียนมีทักษะ มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานจริงได้มากขึ้น **2) ร่วมจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน** เนื่องจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล

พื้นที่ศึกษาได้รับรองมาตรฐานการเป็นองค์กรฝึกอบรมจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อผลิตผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในหลักสูตร Emergency Medical Technician และ Emergency Medical Responder เป็นแหล่งให้ความรู้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน ER ให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งการอบรมนี้จะมีการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ หลังการอบรมจะมีการสอบวัดความรู้ การสอบในสถานการณ์จำลอง เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นพยาบาล ER จึงต้องมีความสามารถในการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญญา จันทน์นวล และกัญญาดา ประจุกสิลา, (2553) ที่พบว่าความสมรรถนะด้านการสอน เป็นสมรรถนะหนึ่งที่สำคัญของพยาบาลกู้ชีพ และ **3) ออกหน่วยปฐมพยาบาลตามหน่วยงานที่ร้องขอ** เนื่องจากโรงพยาบาลพื้นที่สนามศึกษาเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีบุคลากรหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากที่สุดและมีอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาลและช่วยฟื้นคืนชีพที่ทันสมัยที่สุดในจังหวัด ดังนั้นเมื่อจังหวัดมีการจัดการกิจกรรมต่าง ๆ จึงได้รับการร้องขอให้ส่งทีมพยาบาลไปช่วยดูแลเรื่องสุขภาพของผู้ร่วมงาน และประกอบกับโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษาตั้งอยู่ในอำเภอเมือง ซึ่งเป็นเขตที่มีสถานที่ราชการต่าง ๆ เช่น ศาลากลางจังหวัด โรงเรียนและหน่วยงานสำคัญๆตั้งอยู่เช่นกัน เมื่อมีการจัดการกิจกรรมต่างๆ จึงเป็นการง่ายที่จะขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด (สัมภาษณ์, 2566)

3. ปัญหาหน่วยงาน บริหารจัดการโดยหัวหน้าเวร

หัวหน้าเวรมีหน้าที่ในการบริหารจัดการสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นในเวร การเตรียมความพร้อมของทีม การดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการเครื่องมือให้พร้อมใช้ การบริหารความเสี่ยงที่อาจเกิดภายในเวร เพื่อความสงบเรียบร้อย ผู้วิจัยขออภิปราย ดังนี้ **1) บริหารอัตรากำลังให้เหมาะสม หากมีผู้ป่วยจำนวนมาก** ปัจจุบันผู้ป่วยที่มาใช้บริการใน ER มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่บุคลากรมีจำนวนเท่าเดิม ส่งผลทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึง อีกทั้งหัวหน้าเวรไม่สามารถระบายผู้ป่วยเข้าไป Admit ได้เนื่องจากแพทย์เฉพาะทางยังไม่รับผู้ป่วยเข้า Admit เช่น รอยผลเลือด รอยผล CT หรือหอบผู้ป่วยในไม่สามารถรับผู้ป่วยได้ เนื่องจากเตียงเต็ม ทำให้เกิด ER Over-crowded สอดคล้องกับการศึกษา กิตติมา โพธิ์ปัดชาและปพิชญา พิเชษฐบุญเกียรติ (2565) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการรับบริการผู้ป่วยระดับวิกฤตในห้องฉุกเฉินนานกว่า 2 ชั่วโมงเกิดจากการรอปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่นเดียวกับการศึกษาของ กรกต ปลั่งทอง และคณะ (2564) ที่พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉินนาน ได้แก่การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉิน เสียบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย และทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ต้องมีการรายงานผู้ตรวจการ เพื่อขอทีมพยาบาลจากหอบผู้ป่วยในมาช่วยดูแลผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลที่มาช่วยงาน อาจไม่สามารถช่วยงานได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากมีความรู้เฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่รักษาที่หน่วยงานของตนเอง ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังนี้ “พยาบาลที่มาช่วยเราก็ไม่ได้ตรงกับงานของเรา

คือ บางคนก็ทำงานไม่ได้เลย เพราะเขาไม่รู้งาน สุดท้ายเราก็ต้องช่วยเหลือตัวเอง” ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์ควรมีการวางแผนอัตรากำลังที่ควรจะเป็นและสอดคล้องกับปริมาณงานของหน่วย ER เพื่อให้บริการของหน่วย ER มีประสิทธิภาพมากขึ้น และพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานไม่ต้องรับผิดชอบงานหลายอย่าง

2) สื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจหากต้องรอนาน เมื่อผู้ป่วยและญาติมีการรอคอยระยะเวลานาน อาจเนื่องมาจากลำดับของความไม่เร่งด่วนในการพบแพทย์ หรือมีผู้ป่วยเร่งด่วนเข้ามาได้รับการรักษา ทำให้รายที่ไม่มี ความเร่งด่วนต้องรอนานขึ้น หัวหน้าเวรต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ เพื่อลดปัญหาความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ พร้อมทั้งการอธิบายให้ผู้ตรวจการรับทราบเพื่อหาทางแก้ไข หรือมาช่วยบริหารจัดการสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรวุฒิ ดอเลาะและคณะ (2565) ที่พบว่า การตอบสนองต่อเหตุการณ์ความขัดแย้งหรือไม่พึงพอใจทันที จะทำให้ยุติปัญหาในภายในห้องฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้การดำเนินการรักษาผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง

3) ป้องกันความผิดพลาดการดูแล จึงต้องมีการตรวจสอบและทวนซ้ำ ใน การปฏิบัติงานของพยาบาล ER จะต้องทำงานกับแพทย์ หลากหลายระดับ บางครั้งอาจมีความคลาดเคลื่อนในการสั่งการรักษา พยาบาลหัวหน้าเวรจึงมีการสอบถามหรือทวนซ้ำเพื่อให้แพทย์ยืนยันแผนการรักษา หรืออาจต้องชะลอการแผนการรักษาและรื้อยืนยันกับแพทย์เฉพาะทางอีกครั้ง เพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการสื่อสารจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการทำงานร่วมกันเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน (ดรรารัตน์ ชูวงศ์อินทร์และคณะ, 2564) ซึ่งการสื่อสารที่มีคุณภาพภายในทีมสุขภาพควรยึดหลักความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นหลัก เช่น พยาบาลที่รับคำสั่งการรักษาต้องมีการพูดทวนสอบคำสั่งการรักษาให้ทุกคนในทีมรวมไปถึงแพทย์ผู้สั่งการรักษาได้ยืนยันอีกครั้งว่าคำสั่งรักษาที่ได้ยินนั้นถูกต้องหรือไม่ จากนั้นทำการจัดเตรียมยาตามคำสั่งการรักษา ก่อนบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย พยาบาลต้องมีการพูดทวนสอบคำสั่งการรักษาอีกครั้ง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

4) ระวังเหตุการณ์วุ่นวาย ต้องอาศัยหลายฝ่ายร่วมกัน ในกรณีที่มีผู้ป่วยมา อาละวาด ผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ป่วยและญาติใช้ถ้อยคำไม่สุภาพ หรือถืออาวุธมาข่มขู่เจ้าหน้าที่ หัวหน้าเวรจะเข้าไปแก้ปัญหาเฉพาะหน้าก่อนด้วยการพูดคุยก่อน หากไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ และมีแนวโน้มเหตุการณ์ที่รุนแรงขึ้นหัวหน้าเวรจะรายงานผู้ตรวจการทางพยาบาล และต้องแจ้งตำรวจเพื่อให้มาระงับเหตุความวุ่นวายดังกล่าว ซึ่งกรมการแพทย์ (2561) ได้กล่าวว่าเมื่อมีเหตุความวุ่นวายในโรงพยาบาล เพื่อความปลอดภัยชีวิตของให้บริการและผู้ป่วยที่มารับบริการคนอื่นๆ ควรแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องให้มาดำเนินการระงับเหตุ

4. ผลของการปฏิบัติงานใน ER

พยาบาล ER สะท้อนถึงผลที่เกิดจากการทำงานใน ER ประกอบด้วย 1) **เครียดจากการบริหารจัดการในงานยุคใหม่** ซึ่งความเครียดในการทำงานนี้ เกิดขึ้นกับพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้เป็นหัวหน้าเวร ที่ต้องบริหารจัดการกับทุกเรื่องที่เกิดขึ้นใน ER บางเรื่องอาจมีความยากที่จะบริหารจัดการ

ได้ทันที บางเรื่องอยู่เหนือการควบคุมของพยาบาลหัวหน้าเวร เมื่อพยาบาลมีความตั้งใจที่จะทำงานให้บรรลุเป้าหมาย แต่ไม่สามารถทำได้ตามที่คาดหวังไว้ ทำให้เกิดความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี มุณีรัตน์และคณะ (2562) ที่พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะงานและภาระงานรวมถึงสภาพแวดล้อมการทำงาน สามารถส่งผลต่อความเครียดของพยาบาลและสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ahwal and Arora (2015) ที่พบว่า ความเครียดในการทำงานของพยาบาล ER เป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อมที่เต็มไปด้วยความเร่งรีบ ความตาย และความบีบคั้นทางจิตใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้น 2) **ขาดสมดุลระหว่างชีวิตกับงานที่ต้องปฏิบัติ** พยาบาล ER ไม่สามารถรักษาสมดุลชีวิตกับงานได้ เนื่องจากภารกิจในการปฏิบัติงานของพยาบาล ER มีมากกว่าที่ กรมการแพทย์ (2561) ได้กำหนดไว้ 4 งาน คือ 1) งานการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล 2) งานส่งต่อ (Referral) เป็นการประสานรับและส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลในจังหวัด เครือข่ายสุขภาพ และเครือข่ายระหว่างเขตสุขภาพ 3) งานรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล เป็นงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4) งานการจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข แต่ในทางปฏิบัติยังมีงานที่ได้รับมอบหมายอื่น ๆ อีกจำนวนมากทั้งงานสอนประชาชนและหน่วยงานการออกหน่วยปฐมพยาบาล รวมถึงการสอนหลักสูตรเฉพาะทาง ทำให้พยาบาลอยู่กับการทำงานมากกว่ามีเวลาใช้ชีวิตส่วนตัวกับครอบครัว จากผลการศึกษาของพรพรรณ พิทักษา และคณะ (2563) พบว่าความเครียดในงาน และการมีภาระงานที่หนัก ส่งผลต่อทิศทางตรงกันข้ามต่อความสมดุลชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้ภาระงานพยาบาลเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดเหนื่อยหน่าย ส่งผลให้ขาดความสุขในการทำงานและสมดุลชีวิตการทำงานเปลี่ยนแปลง เมื่อเกิดความไม่สมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานมีผลให้เกิดการโอนย้าย การลาออกเพิ่มขึ้น ในขณะที่ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลไม่ได้ประสงค์จะลาออกจากงานเนื่องจากงาน ER เป็นงานที่ทำให้พยาบาลมีความสุข ดังนั้นพยาบาลจึงหาวิธีการสร้างสมดุลชีวิตกับงานให้กับตนเอง เช่น พุดคุยกับครอบครัวทางโทรศัพท์แทนการเดินทางไปหาครอบครัว พยายามแลกเวรให้ตรงกับวันหยุดของครอบครัว หรือขายเวร เพื่อให้ตนเองมีเวลากับครอบครัวมากขึ้น และ 3) **ความสุขเกิดขึ้นได้จากผู้ร่วมงานที่ดีและเต็มที่กับการดูแลผู้ป่วยจนปลอดภัย** เนื่องจากลักษณะงานของ ER เป็นงานที่ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเร่งด่วนเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เปรียบเสมือนผลลัพธ์ของการทำงานที่ตนสามารถช่วยเหลือชีวิตผู้อื่นได้ ซึ่งพยาบาลถือว่าเป็นความสุขอย่างหนึ่งในการทำงานของพยาบาล เพราะเป้าหมายของ ER คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและรอดชีวิต (จิระทวี สมบูรณ์, 2555) นอกจากนี้ความสุขของพยาบาล ER ยังเกิดจากเพื่อนร่วมงานที่มีการช่วยเหลือซึ่งกัน ทำให้งานบรรลุเป้าหมายไปได้ด้วยดี สอดคล้องกับการทำงานเป็นทีมที่ทุกคนรู้หน้าที่ความรับผิดชอบของตนและพร้อมให้ความช่วยเหลือสมาชิกอื่นเมื่อต้องการความช่วยเหลือ (จิระทวี สมบูรณ์, 2555)

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่า พยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานในหน่วย ER ไม่ว่าจะเป็กลุ่มพยาบาลที่จบใหม่หรือเคยปฏิบัติในหน่วยงานอื่นมาก่อน จะเห็นได้ว่าทั้งสองกลุ่มต้องเผชิญกับความไม่มั่นใจในการปฏิบัติงานส่งผลให้เกิดรู้สึกทางลบ ได้แก่ ความกดดัน ความกลัว ความกังวลและความเครียด ในขณะที่ปฏิบัติงานดังนั้นหัวหน้าหน่วยงาน ER จึงควรมีการปฐมนิเทศงานที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับลักษณะงานของ ER พร้อมมีคู่มือการปฏิบัติงานใน ER โดยเฉพาะบทบาทหน้าที่ของพยาบาลโซนต่าง ๆ เพื่อให้พยาบาลที่เข้ามาทำงานใหม่ได้นำไปศึกษาและทบทวนด้วยตนเอง และพัฒนาตนเองในการปฏิบัติงาน

2. จากผลการวิจัย พบว่า พยาบาลมีการเตรียมตัวในด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ทั้งการอ่านหนังสือ การสังเกต และได้รับการสอบจากพยาบาลพี่เลี้ยง พยาบาลรุ่นพี่ รวมถึงการสอนจากแพทย์ ความรู้ดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีทางการแพทย์ มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนและการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นหน่วยงานจำเป็นต้องมีการอบรมและพัฒนาความรู้ และทักษะพยาบาลในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

3. จากผลการวิจัยพบว่า การทำงานของพยาบาล ER ทั้งในส่วนของการทำงานในโรงพยาบาล พยาบาล มีความเสี่ยงในการได้รับอันตรายจากการถูกทำร้ายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากญาติและผู้ป่วยที่ไม่พึงพอใจในการให้บริการและการรอแพทย์ตรวจ ในขณะที่การนำส่งผู้ป่วยและการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในการออกช่วยเหลือผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล พยาบาลมีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการเสนอต่อผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลในการพัฒนาระบบความปลอดภัยในด้านอาคารสถานที่ ระบบรักษาความปลอดภัยในหน่วยงาน มาตรฐานรณพยาบาล ให้มีความปลอดภัยสำหรับผู้ปฏิบัติการ และผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

4. จากผลการวิจัยพบว่า การทำงานด้านสาธารณสุขของพยาบาล โดยเฉพาะการซ่อมตามแผนรับมืออุบัติเหตุ ไม่สามารถจัดซ่อมให้ได้ทุกปี ทำให้ต้องไปร่วมซ่อมแผนกับหน่วยงานอื่น ซึ่งไม่ได้เฉพาะเจาะจงหรือสัมพันธ์กับงานที่พยาบาล ER รับผิดชอบ ทำให้เมื่อถึงเวลาปฏิบัติงานจริง พยาบาลไม่สามารถทบทวนการดำเนินการตามแผนที่ซ่อมได้ ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดสรรงบประมาณเพื่อให้พยาบาล ER ได้ซ่อมแผนรับมืออุบัติเหตุได้ทุกปีอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การเป็นพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ซึ่งข้อค้นพบจะใช้ได้เฉพาะโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา ไม่สามารถนำไปใช้กับโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้ ดังนั้นควรมีการศึกษาเรื่องดังกล่าวในโรงพยาบาลระดับอื่น ๆ และ

ตรงพยาบาลในสังกัดอื่น ๆต่อไป เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง จะมีบทบาทหน้าที่ของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่แตกต่างกัน

2. ปัจจุบันพยาบาล ER ทุกคน ทำงานบนพื้นฐานของความเสี่ยง และความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ดังนั้นควรมีการศึกษาเรื่องการสร้างระบบความปลอดภัยในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารจัดการความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการพยาบาลและผู้ป่วยในการรับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3. เนื่องจากในปัจจุบัน โรงพยาบาลมีนโยบายให้พยาบาล ER ทุกคน ปฏิบัติหน้าที่หมุนเวียนผลัดเปลี่ยนในทุกโซนของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งในแต่ละโซนต้องการพยาบาลที่มีสมรรถนะที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาสมรรถนะของพยาบาล ER ตามบันไดอาชีพ เพื่อเป็นแนวทางในการมอบหมายงานให้พยาบาลปฏิบัติงานในโซนที่สอดคล้องกับสมรรถนะพยาบาลตามแต่ละระดับ



บรรณานุกรม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายการอ้างอิง

- กัญญา วังศรี. (2556). การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. Sinagarind Med J, 28, 69-73.
- กัญญาดา ประจุกสิลาปะ. (2563). การจัดการทางการแพทย์และภาวะผู้นำ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กติกาลี้ และคณะ. (2564). ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความรุนแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายของรัฐแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 4(1). 117-133.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2554). แนวปฏิบัติโรงพยาบาลสนามสำหรับสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่วิถีประจำถิ่น: Endemic approach to COVID-19. [นนทบุรี]: กองยุทธ์และแผนงานสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กมลพรรณ รามแก้ว, อารีวรรณ อ่วมธานี. (2557). ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ, วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 226-234.
- กรมการแพทย์. (2561). คู่มือแนวทางจัดการห้องฉุกเฉิน(GUIDELINE FOR ER SERVICE DELIVERY). <http://49.231.15.21/crhfileload/upload/files/TEAF256211050831184234.pdf>
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). MOPH ED TRIAGE. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการแพทย์กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล. <https://amed.rta.mi.th/main/download/upload/upload-20200629011136.pdf>
- กรมควบคุมโรค. (2564). แนวทางการบริหารจัดการควบคุมโรค ในสถานที่กักกันซึ่งทางราชการกำหนด ฉบับปรับปรุง Version 4. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.
- กรกต ปล้องทอง และคณะ. (2564) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในแผนกฉุกเฉินนานมากกว่า 6 ชั่วโมง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 15(3), 381-390
- เกษม เฉลิมธนะกิจโกศล. (2543). การปรับตัวในการทำงานของพนักงานบริษัทผู้ให้บริการระบบโทรศัพท์เคลื่อนที่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรบัณฑิต. (จิตวิทยาอุตสาหกรรม) กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- จันทร์จิรา ยานะชัย, ประจวบ แผลมหลัก. (2564) การเรียนรู้การเปลี่ยนแปลง : การสอนใช้ ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ เพื่อพัฒนานักศึกษาพยาบาลด้านทักษะการคิดอย่างมี วิจัยญาณและการแก้ไขปัญหา. วารสารการสุขภาพภาคเหนือ, 9(1), 19-38.
- จารุวรรณ ประภาสอน. (2564). ความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน ของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19. **วารสารศูนย์อนามัยที่ 9**, 9(15), 469-483.
- จุลินทร ศรีโพนทันและคณะ. (2560). การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายฉียบปล้น ชนิด ST ยก ในบริบทโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. **วารสารโรงพยาบาล มหาสารคาม**, 14(1), 23-30.
- จิระทวี สมบูรณ์. (2555). **ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิต วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา สุวิทวัส. (2563). ความรุนแรงในโรงพยาบาล : การป้องกันและการคุ้มครองสิทธิ ของบุคลากร ทางการแพทย์. **ศรีนครินทร์เวชสาร**, 37(1), 93-96.
- เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2019, 4 February). **เสียงสะท้อนจากพยาบาล ER สารพันปัญหาห้องฉุกเฉิน ‘เสียงสูง ถูกคุกคาม คำตอบแทนไม่ธรรม**
<https://www.hfocus.org/content/2019/02/16808>
- ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล. (2564, 24 พฤศจิกายน). **Work-Life Balanceปรับสมดุลชีวิตทำงาน**.
<https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/work-life-balance>
- ชวิกา นฤพนธ์จิรกุล, อารีวรรณ อ่วมตานี. (2562). ประสบการณ์ของพยาบาลพี่เลี้ยงแบบเถาในการ ดูแลพยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. **วารสารพยาบาลตำรวจ**, 11(1), 12-23.
- ชรัญญากร วิริยะ, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ. (2561). แนวคิดและสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาล เพื่อเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ. **วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาล พระปกเกล้า**, 35(4), 403-412.
- ชุษณะ มะกรสาร และคณะ. (2554). **ระบบบริการทางการแพทย์**. (เอกสารถ่ายสำเนา).
- ณัฐธิดา สุพรรณภพ และคณะ. (2559) **ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการทำงาน คุณภาพชีวิตในการทำงาน การรับรู้คุณค่าของงานและความเหนื่อยหน่ายในการ ทำงานของบุคลากรสาย วิชาการ: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่ง ในเขต กรุงเทพมหานคร**. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์:ม.ป.ท.

- ดรรรัตน์ ชูวงศ์อินทร์ และคณะ. (2563). การสื่อสารทางการพยาบาลในยุคแพทย์เปลี่ยนวิถี. *J Chulabhorn Royal Acad*, 2(2), 25-38.
- ดวงรัตน์ พิทักษ์. (2540). **ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวในการทำงานของพนักงานสายอิเล็กทรอนิกส์คอมเมอร์สในบริษัทสื่อสารโทรคมนาคม** (รายงานผลงานวิจัย). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: กรุงเทพฯ
- ทองเปลว ชมจันทร์, มานะ ปัจจะแก้ว. (2563). กระบวนการและผลลัพธ์ของการช่วยฟื้นคืนชีพในหอผู้ป่วยหนัก. *วารสารพยาบาลและสุขภาพ สสอท*, 2(3), 16-32.
- นครินทร์ สุวรรณแสง และคณะ. (2563). เส้นทางความก้าวหน้าในสายอาชีพของพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 7(2), 110-118.
- นินา ทมาภีรัต, อารีวรรณ อ่วมตานี. (2560). การเป็นพยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติงานภายใต้การดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(พิเศษ), 32-40.
- นิชนันท์ พานแก้ว และญาติ กาศยปนนท์. (2561). การกำหนดความผิดและโทษเกี่ยวกับการใช้หมายเลขฉุกเฉินโดยมิชอบ. เอกสารการนำเสนอในการประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาครั้งที่ 13 ปีการศึกษา 2561. สืบค้นได้ที่ [file:///C:/Users/Arreeday/Downloads/791-The%20Manuscript%20\(Full%20Article%20Text\)-1780-1-10-20190622.pdf](file:///C:/Users/Arreeday/Downloads/791-The%20Manuscript%20(Full%20Article%20Text)-1780-1-10-20190622.pdf) [20 มิถุนายน 2566]
- ปนิดา พุ่มพุทและ ขวัญตา ภูริวิทยาธิระ. (2566). ผลของการสอนโดยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. *วารสารพยาบาล สุขภาพและการศึกษา*, 5(3), 37-46.
- ปัทมรังษี วารินทร์, ปรียานุช อภิบุญโยภาส, สิริจินต์ วงศ์จารุพรรณ. (2561). คุณภาพชีวิตการทำงานที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรและคุณภาพการบริการของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. และโรงพยาบาลในเครือกองทัพอากาศ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 89-97.
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2561). ระบบส่งต่อผู้ป่วย: กระบวนการสำคัญในการจัดการบริการสุขภาพ. *J Med Health Sci*, 25(3), 109-121.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2548). **การวิจัยทางการพยาบาล : แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ**. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

- พัชรวัลย์ นวลละออง, สุเนี่ย วรธนโกมล และ ศิริินภา สันติภาณุโสภณ. (2565). **การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์และพยาบาลห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนที่ได้รับผลกระทบจากโควิด 19 ในเขตพื้นที่ EEC.** นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- พรรณณารัฐ อร่ามเรือง และคณะ. (2563). การรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการช่วยเหลือดูแลรักษาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**, 14(1), 43-50.
- พิชญากร ศรีปะโค. (2557). การพัฒนาวิชาชีพพยาบาล : การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาล. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 15(3), 1-8.
- พรพรรณ พิทักษาและคณะ. (2563). สมดุลชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่ง. **วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข**, 6,83-94.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. (2554) การจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติโดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน. **วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย**, 3, 236-241.
- ไพรัช วงศ์จุมปู,สมภพ เมืองชื่น,กนกวรรณ เอี่ยมชัย. (2565). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการแพทย์ฉุกเฉินในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพะเยา.**วารสารสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม**, 6(2), 231-239.
- ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย. (2564).การพัฒนาเทคโนโลยีสื่อสารและสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉินให้เป็นระบบหลักของประเทศไทย.**วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย**, 1(1), 77-90.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2548). **การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย.** บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2550). **หลักการและการวิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ : Principles and using qualitative research in nursing.** สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์
- พลอยไพลิน รัตนสัญญา. (2564). การพัฒนาช่องทางด่วน เพื่อลดระยะเวลาในการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. **วารสารวิชาแพทย์** 11, 35(1), 63-77.
- ผ่องพรรณ จันทนสมบัติและคณะ. (2555). การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**, 35(3), 118 – 124.
- พาริดา อิบราฮิม. (2542). **สาระการบริหารทางการพยาบาล.** (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.

- ภาวิณี สุธีพิเชษฐ์ภัณฑ. (2544). การปรับตัวในการปฏิบัติงานพยาบาลเพื่อเข้าสู่มาตรฐานระบบคุณภาพในโรงพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลกึ่งการณณ์. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ภัทรรัช เทศถนอม. (2561). ความปลอดภัยของผู้ป่วยวิกฤตกับวิกฤตแอดในหน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน. **วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข**, 4(2), 237-249.
- มัตติกา ใจจันทร์, ชัชวาล วงศ์สารี, วรณศิริ ปรานีธรรม. (2561). บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ. **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี**, 12(3), 71-83.
- มณฑนรรพ์ ดิษฐสุวรรณ. (2564). ประสบการณ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลในการบริหารจัดการสถานการณ์โควิด 19. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัฐพงษ์ บุรีวงศ์และคณะ, (2561). **Emergency Care System**. คู่มือแนวทางจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล.
<http://49.231.15.21/crhfileload/upload/files/TEAF256211050831184234.pdf>
- รัชณี ศุจิจันทรรัตน์. (2546). **การบริหารงานบุคคลทางการพยาบาล (Personal administration in nursing)**. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์
- วันเพ็ญ ไส้ไหม, สุดาพรรณ ธัญจิรา, ณวีรัชยา ประเสริฐสุขจินดา. (2553). ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการของบุคลากรทางการพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. **Rama Nurs J**, 16(1), 121-135.
- วชิระ สุริยะวงศ์, เทียมศร ทองสวัสดิ์. การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานในองค์กรพยาบาลวิชาชีพตามแนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัย. **พยาบาลสาร**, 48(1), 331-340.
- วาสิทธิ นงนุช, วิศิษฎ์ ทองคำ, วชิระ เอี่ยมรัสมกุล. (2560). การพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ระหว่างสถานพยาบาล โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**, 10(2), 49-57.
- วิลาวณย์ อรรถพรชัย,ชวภณ กิจหิรัญกุล. (2564). การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท. **วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์**, 7(3), 258-271.
- วิมลพันธ์ มณีโชติ และคณะ. (2561). ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 19(1), 84-92.

- วิปีศยา คุ่มสุพรรณ และคณะ. (2561). การพัฒนารอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. **พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**, 49(1), 138-147.
- เศรษฐพงษ์ ธนรัตน์, ธัญรัตน์ ปิยวัชเวลา. (2564). การใช้ Real time Tele-Monitoring และการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ในการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตระหว่างโรงพยาบาล. **ศรีนครินทร์เวชสาร**, 36(3), 358-365.
- ศิริลักษณ์ ดีเลิศไพบุลย์และคณะ. (2566). การพัฒนาความรู้ด้านดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพ. **วารสารการพยาบาล**, 25(1):70-79.
- ศรีสุดา กำเนิดเกียรติศักดิ์ และคณะ. (2561). ผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่บูรณาการความคิดวิจารณ์ญาติต่อการรับรู้ความสามารถการใช้เหตุผลในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. **วารสารพยาบาล**, 21(1), 18-33.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2562). **คู่มือวิทยากรหลักสูตรปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐานและช่วยชีวิตปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง**. ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น พี เพรส. กรุงเทพมหานคร
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2558). **มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี**. กรุงเทพมหานคร: หนังสือ ดีวัน
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2552). **คู่มือนำมาตราฐานสู่การปฏิบัติ SPA Part II (Developing)**. บริษัท ดีไซร์.
- สัมภาษณ์. (2565). การสัมภาษณ์พยาบาลผู้ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง. วันที่สัมภาษณ์ 26 สิงหาคม 2565.
- สาวิตรี มุณีรัตน์ และคณะ. (2562). คุณลักษณะงาน ความเครียดจากการทำงานและความตั้งใจที่จะคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง กระทรวงสาธารณสุข. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**, 28(1), 132-140.
- สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์. (2551) **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล**. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สวรรณ อินทร์สถาพร, อรวรรณ แก้วบุญชู และเพลินพิศ บุญยมาลิก. (2563). สมดุลชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของพยาบาลที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงแห่งหนึ่ง. **วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย**, 13(2), 129-143
- สุพรรณิ พุ่มแพง, บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2558). ศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. **วารสารเกื้อการุณย์**, 22(2), 140-153.

- สุเพียงเพ็ญ แต่งฉำ. (2542) ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวในการทำงานของพนักงานใหม่ : บริษัทน้ำมันปาล์มแห่งหนึ่งในภาคใต้ของไทย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. (จิตวิทยาอุตสาหกรรม) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตร.
- สุรพล อินทุราม. (2543). การปรับตัวในการทำงานของพนักงานต้อนรับหญิงต่างชาติบนเครื่องบิน : ศึกษาเฉพาะกรณี บริษัท การบินไทย จำกัด (มหาชน) . มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์/กรุงเทพฯ.
- สุรุฒิ ดอเลาะ และคณะ. (2565). ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าเวรแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชในการจัดการความขัดแย้งในการบริการสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 14(3), 140-157.
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. (2543). ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2559). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารี ชิวเกษมสุข. (2564). เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วย: สิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกในศตวรรษที่ 21. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 32(1), 1-13.
- อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์. (2559). คู่มือการบริหารความเสี่ยง. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/Tue113302b3t906v.pdf
- อภิรดี นันทศุภวัฒน์, อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. ระบบที่เสี่ยงกับการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล. พยาบาลสาร, 46(3), 232-238.
- อิสรา ดำนิงสีทธิ, สุชาดา รัชชกุล. (2559). ประสบการณ์การเป็นพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤต. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 28(1), 127-138.
- Ahwal, S. and Arora, S. (2015). Workplace stress for nurses in emergency department. *International Journal of Emergency & Trauma Nursing*, 1(2), 17-21.
- Alomari, A. H., Collison, J. J., Hunt, L. and Wilson, N. J. (2020) Stressors for emergency department nurse: Insights from a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 30, 975-985.
- Backman, et al. (2018). Ambulance nurse' experiences of deciding a patient does not require ambulance care. *Nursing Open*, 6, 783-789.

- Bardhan, et al. (2019). A Cross Sectional Study Evaluating Psychosocial Job stress and Health Risk in Emergency Department Nurses. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 16, 1-17.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*; 82(3):402-407.
- Cartwright, S, & Cooper, C. (1997). *Managing workplace stress*. California: **sage**
- Chih L., et al. (2019). Professional resilience among nurse working in an overcrowded emergency department in Taiwan. **International Emergency Nursing**, 42, 44-50.
- Clark, S. C. (2000). Work/family border theory: anew theory of work/family balance. **Human Relations**. 53,747-770.
- Cornish, S., Klim, S., Kelly, A. (2021). Is COVID-19 the straw that broke the back of the emergency nursing workforce?. **Emergency Medicine Australia**, 33:1095-1099.
- Fiona McDermid, et al. (2019). Factors contributing to high turnover rates of emergency nurses: Areview of the literature. **Australian Critical Care**, 33, 390-396.
- Gray-Toft, P. &Anderson, G.J. (1981). The nursing stress scale: Development of an instrument. **Journal of Behavioral Assessment**, 3(1), 11-23.
- Gaesawahong, R. (2014). The development of nurse residency program. *The Bangkok Medical Journal*; 7(2):25-31.
- Greenhaus, J. H., Collins, K. M., & Shaw, J.D. (2003). The Relation between Work-Family Balance and Quality of Life. **Journal of Vocational Behavior**, 63, 510-531.
- International Council of Nurses. (2009). ICN on Occupational stress and the threat to worker health. Retrieved 30 November 2021, from <http://www.icn.ch>.
- Janice D. Crist, Christine A. Tanner. Interpretation/Analysis Methods in Hermeneutic Interpretive Phenomenology. **Nursing Research**, 52(3), 202-205.
- Kakkori, L. (2009). Hermeneutics and phenomenology problems when applying hermeneutic phenomenological method in educational qualitative research. **Paideusis**, 18(2):19-27.

- Kidd, et al. (2012). The experience of general nurse in rural Australian emergency departments. **Nurse Education in Practice**, 12, 11-15.
- Lazarus, R.S. (1984). **Coping and adaptation in handbook of behavioral medicine**. New York: Guilfort press.
- Lazarus, R. S., Folkman, S., (1984). Stress Appraisal and Coping. New York: Springer The participants were 517.adolescents and young adults. **Journal of Personality and Social Psychology**, 46(4), 839-852.
- Hui-Ling Lee, et al. (2020). WORKPLACE VIOLENCE AGAINST EMERGENCYNURSES IN TAIWAN: A CROSS-SECTIONAL STUDY. **JOURNAL OF EMERGENCY NURSING**, 46(1), 65-71.
- Mkep, M. M., Mkep, B. D. SKM., Hou, W. and Huang, I. (2022). Nurses' experiences of emergency department triage during the COVID-19 pandemic in Indonesia. **Journal of Nursing Scholarship**,54:15-23.
- Na Li, et al. (2019). The relationship between workplace violence, job satisfaction and turnover intention in emergency nurse. **International Emergency Nursing**, 45, 50-55.
- Suddick, K. M., Cross, V. Vooskoski, P., Galvin, K. T. and Stew, G. (2020). The work of hermeneutic phenomenology. **International Journal of Qualitative Methods**,19:1-14.
- Stanley, et al. (2019). A qualitative descriptive study of the contextual factors influencing the practice of emergency nurse in managing emerging infectious diseases. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, 14, 1-7.
- Smith, et al. (2009). Violence Against Nurses Working in US Emergency Department. **The Journal of Nursing Administration**, 39(7/9), 340-349.
- van Manen. M. (1990). **Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy**. Canada: Althouse.
- Virani, S. B. (2021). Moral distress and COVID-19: A frontline emergency nurse's perspective. **Nursing 2021**, 51(12): 39-43.
- Vasli & Dehghan-Nayeri. (2016). Emergency nurses' experience of crisis: A qualitative study. **Japan Journal of Nursing Science**, 13, 55-63.

Wilson J. & Tingle J. (1999). **Clinical risk modification**: A route to clinical governance. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Walton, R. E. (1975). Criteria for Quality of Working Life. In Davis, L. E., Chems, A. B. and Associates (Eds.). **The Quality of Working Life**. New York: The Free Press.

Yuwanich, N. Sandmark, H. and Akhavan, S. (2016). **Emergency department nurses' experiences of occupational stress: A qualitative study from a public hospital in Bangkok**, Thailand, IOS Press and the authors,53:885-897.
<https://DOI:10.3233/WOR-152181>







เอกสารรับรอง คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร







คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
๑๙๙ ถนนพหลโยธิน ต.บ้านกล้วย อ.เมือง จ.ชัยนาท ๑๗๐๐๐

เอกสารเลขที่ ๐๒/๒๕๖๖

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย)	ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินใน ยุควิถีใหม่
(ภาษาอังกฤษ / ถ้ามี)	EXPERIENCES OF BEING A NURSE WORKING AT AN EMERGENCY UNIT DURING THE NEW NORMAL
เลขที่โครงการ (ถ้ามี)	-
ผู้วิจัยหลัก	นายดุสิต กล้าถึก
สถานที่ปฏิบัติงาน	หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
สถานที่ดำเนินการวิจัย	หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จ.ชัยนาท มีมติอนุมัติให้
ดำเนินการวิจัยได้ ทั้งนี้ โดยใช้รายละเอียดตามเอกสารของโครงการวิจัยฉบับภาษาไทยเป็นหลัก


..... ประธานคณะกรรมการ
(นายปกาสีทธิ์ ณะหันลิโพมูลย์)

ลงนาม กรรมการ (นายปกาสีทธิ์ ณะหันลิโพมูลย์)	ลงนาม กรรมการ (นายปกาสีทธิ์ ณะหันลิโพมูลย์)
ตำแหน่ง <u>กรรมการบริหาร</u>	ตำแหน่ง <u>หัวหน้างาน</u>
ลงนาม กรรมการ (นายปกาสีทธิ์ ณะหันลิโพมูลย์)	ลงนาม กรรมการ (นายปกาสีทธิ์ ณะหันลิโพมูลย์)
ตำแหน่ง <u>กรรมการบริหาร</u>	ตำแหน่ง <u>หัวหน้างาน</u>

รับรองตั้งแต่วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๖

จดหมายขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๕๒๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๕ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชยันตานเรนทร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายดุสิต กล้าถึก นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุควิถีใหม่” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่มีประสบการณ์ทำงานหมุนเวียนใน ๔ งานหลัก (การแพทย์ฉุกเฉิน งานการส่งต่อ งานรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล และงานสาธารณสุข) จำนวน ๑๒-๑๕ คน โดยใช้แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์ : ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายดุสิต กล้าถึก ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษาฯ

ที่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๕๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑

นายดุสิต กล้าถึก โทร. ๐๘-๐๔๕๓-๖๕๔๔

เอกสารรับรองการอบรมจริยธรรมในคน



คณะอนุกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน มร.ชคทที่ 1 และ ศูนย์วิจัยทางคลินิก คณะแพทยศาสตร์

ประกาศนียบัตรฉบับนี้ให้เพื่อแสดงว่า

ดุสิต กล่ำถึก

ได้ผ่านการอบรมหลักสูตร GCP online training (Computer based)

“แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP:E6(R2))”

ประกาศนียบัตรฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ 16 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 16 มกราคม 2567

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ นอตนวณิชย์ ชันตรีเรือง)
ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน มร.ชคทที่ 1

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมันต์ มุ่งทวีเมษา)
รองคณบดีฝ่ายวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินใน
ยุคใหม่ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

ชื่อผู้วิจัย นายดุสิต กล่ำถึก ที่อยู่ติดต่อ 131 หมู่ 1 ตำบลบางหลวง อำเภอสรรพยา จังหวัด
ชัยนาท 17150 โทรศัพท์ 0804536549

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น
จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับ
คำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่
ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยตรง
(face to face) และวิธีการสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์ร่วมกับการบันทึกเทปและเทปบันทึกเสียงจะ
ถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นตามกระบวนการ หากข้าพเจ้าไม่สะดวกให้บันทึกเทปผู้วิจัยจะใช้วิธีการ
จดบันทึก ซึ่งวิธีการสัมภาษณ์ข้าพเจ้าจะเป็นผู้เลือกวิธีการสัมภาษณ์ วัน เวลา และสถานที่ที่ใช้ในการ
สัมภาษณ์ด้วยตนเอง กำหนดเวลาในการสัมภาษณ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์จนกว่า
ข้อมูลจะอิ่มตัวหรือไม่มีข้อมูลเกิดขึ้นใหม่ หากข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครั้งแรกยังมีบางประเด็นที่
ต้องการรายละเอียดเพิ่มเติมผู้วิจัยจะขอทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมอีกหนึ่งครั้งและเมื่อได้ข้อมูล
ครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยจะนำบทสัมภาษณ์ที่ได้ถอดเทปแล้วมาให้ข้าพเจ้าตรวจสอบทาง E-mail
หรือช่องทางอื่นที่ข้าพเจ้าสะดวก ได้แก่ แอปพลิเคชันไลน์ (Line application) และ การส่งเอกสารทาง
ไปรษณีย์

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดต่อการดำเนินชีวิตและการประกอบ
อาชีพของข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท 17150 โทรศัพท์/โทรสาร 056411055

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว



ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย “ประสพการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคใหม่ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง”

ชื่อผู้วิจัย นายดุสิต กล่ำถึก

ที่อยู่ติดต่อ 131 หมู่ 1 ตำบลบางหลวง อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท 17150

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 0804536549 ที่ทำงาน 056411055 ต่อ 1112

E-mail dusitklamthuk@gmail.com

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว หรือเพื่อนของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

1. เหตุที่ต้องทำวิจัยและเหตุผลที่ต้องการศึกษาในคน

โลกในยุคปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ พฤติกรรมด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป การเกิดโรคอุบัติใหม่ ส่งผลถึงพฤติกรรมและการดำรงชีวิตของมนุษย์ที่เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การเพิ่มการเข้าถึงบริการ การจัดระบบการรักษาพยาบาลที่เป็นเครือข่าย มีคุณภาพและมาตรฐาน จะทำให้ลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยฉุกเฉิน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน ที่มีผลต่อชีวิตหรือการทำงานอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องบริการตรวจและรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการเจ็บป่วย บาดเจ็บรุนแรงขึ้น

ในปัจจุบันกระบวนการการทำงานของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System) เพื่อสร้างห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต ที่มุ่งเน้นการพัฒนามาตรฐานการจัดบริการห้องฉุกเฉิน การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การส่ง

ต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน และการจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อตอบสนองความจำเป็นของผู้ป่วยฉุกเฉิน ลดการเสียชีวิต และภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยฉุกเฉิน มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication Technology: ICT) ที่ทันสมัย เข้ามาปรับปรุงการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์ และในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อ เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ส่งผลทำให้รูปแบบการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพมีการเปลี่ยนแปลงไป ใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น เกิดลักษณะงานและภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น พยาบาลเกิดภาวะความเครียดในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของพยาบาลลดลง ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของประสบการณ์การเป็นพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หากได้มีการศึกษาในมุมมองของผู้มีประสบการณ์ตรงและทำงานในหน่วยงาน ER ปัจจุบัน จะทำให้เข้าใจลักษณะการทำงาน การเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ และเสี่ยงสะท้อนในเรื่องราวต่าง ๆ ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ข้อมูลที่ได้ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลไปวางแผนพัฒนาและส่งเสริมการทำงานของพยาบาล ER ในรูปแบบต่าง ๆ ได้ตรงกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงานจริง

2. วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อศึกษาประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคใหม่ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

3. ประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับ

เพื่อนำข้อมูลเบื้องต้นไปใช้เตรียมความพร้อมในการวางแผนพัฒนาตนเอง สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่จะเข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

4. จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น ประมาณ 12-15 คน ผู้วิจัยจะสิ้นสุดการสัมภาษณ์เมื่อได้ข้อมูลที่อิ่มตัวหรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น

5. ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้น เดือน มีนาคม 2566 ถึงเดือน กรกฎาคม 2566

6. หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสัมภาษณ์ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน จำนวน 11 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที

7. ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อและข้อมูลส่วนตัวของท่านในการบันทึกภาคสนาม และการบันทึกเสียง และจะดำเนินการทำลายข้อมูลตลอดจนข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับท่านภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย ภายในปี 2566 โดยการลบไฟล์ข้อมูลการบันทึกเสียงอย่างถาวร และเผาทำลายเอกสารการบันทึกภาคสนามทั้งหมด

8. ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ท่านอาจรู้สึกอึดอัด หรืออาจรู้สึกไม่สบายใจอยู่บ้างกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออก

จากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิต และการประกอบอาชีพของท่านอย่างใดทั้งสิ้น

9. ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ผู้ที่มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลของท่านจะมีเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้เท่านั้น

10. การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น แต่จะมีของที่ระลึกเป็นแก้วน้ำเก็บความร้อน ซึ่งจะได้รับของที่ระลึกในการสัมภาษณ์ครั้งแรกเพียงครั้งเดียวเท่านั้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ สามารถติดต่อไปยัง นายดุสิต กล่ำถึก สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร (แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน) 199 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท 17000 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 0804536549 ที่ทำงาน 056411055 ต่อ 1110

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะมีโอกาสซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
5. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจาก

โครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพของท่านอย่างใดทั้งสิ้น

6. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

7. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่หรือการหลอกลวง

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท 17150 โทรศัพท์/โทรสาร 056411055



ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

(เอกสารลับ)

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

วันที่สัมภาษณ์.....ครั้งที่สัมภาษณ์.....

เริ่มสัมภาษณ์เวลา.....สิ้นสุดการสัมภาษณ์เวลา.....

ระยะเวลาที่ใช้สัมภาษณ์.....สถานที่สัมภาษณ์.....

เพศ.....อายุ.....ปี การศึกษา..... สถานภาพสมรส.....

ประสบการณ์การปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล.....ปี

ประสบการณ์การเป็นพยาบาลในการปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน.....ปี

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....ปี

ส่วนที่ 2 แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์ : ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคใหม่ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

แนวคำถามสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้กำหนดจากวัตถุประสงค์และแนวคิดของการดำเนินการวิจัยซึ่งเป็นแนวคำถามอย่างกว้างๆ สามารถปรับได้ตามสถานการณ์หรือข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ โดยประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์ได้กำหนดไว้ดังนี้

1. ชั้นเริ่มต้นสนทนา

1.1 แนะนำตัวและชี้แจง บอกรวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ และประโยชน์ที่จะได้รับ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูล ด้วยวาจาและขออนุญาตบันทึกเสียงในระหว่างการสัมภาษณ์ทั้งนี้จะรักษาข้อมูลเป็นความลับ โดยชื่อของผู้ให้ข้อมูลจะถูกกลบออก ไม่มีการเผยแพร่ และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะนำไปใช้เพื่อการศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

1.2 พุดคุยซักถามทั่วไปเป็นการสร้างความคุ้นเคยกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ยกตัวอย่างเช่น วันนี้ทำงานเป็นอย่างไรบ้างคะ/งานยุ่งไหมคะ ช่วงนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มไหนบ้างคะ

1.3 สอบถามถึงข้อมูลภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

2. ชั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษาโดยการสัมภาษณ์

2.1 คำถามเกริ่นนำ โดยเริ่มต้นการสัมภาษณ์ในเรื่องทั่ว ๆ ไปของผู้ให้ข้อมูล เช่น ประสบการณ์การทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาการเป็นพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER)

2.1.1 ท่านทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากี่ปี

2.1.2 อะไรที่ทำให้ท่านตัดสินใจทำงานใน ER

2.1.3 เมื่อเข้ามาปฏิบัติงานครั้งแรก รู้สึกอย่างไรกับการเป็นพยาบาล ER

2.2 คำถามหลัก เกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.2.1 เหตุผลที่เลือกเข้ามาทำงานใน ER เล่าให้ฟังหน่อยได้ไหม เข้ามาทำงานใน ER ได้อย่างไร (ถามเหตุผล)

2.2.2 เล่าถึงการปฏิบัติงานในแต่ละงานหลัก (งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน งานการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล งานการส่งต่อ และการจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข) ว่าท่านต้องทำงานในหน้าที่ความรับผิดชอบอะไรบ้าง และมีเหตุการณ์อะไรที่แปลกเปลี่ยนประสบการณ์

ส่วนคำถามอื่น ๆ จะเกิดขึ้นในขณะที่สัมภาษณ์ตามเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลให้สัมภาษณ์ถึงประสบการณ์ของตน และอาจขอให้ยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้มีความกระจ่างกับเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่า

3. ชั้นยุติการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้แก่ผู้ให้ข้อมูลในการซักถาม หรือกล่าวถึงสิ่งที่ตนต้องการให้ข้อมูลเพิ่มเติม โดยผู้วิจัยมีแนวของข้อคำถาม ดังต่อไปนี้

3.1 มีอะไรที่อยากจะเล่าเพิ่มเติมถึงเรื่องประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินไหมครับ

3.2 มีคำถามอะไรที่อยากจะถามผู้วิจัยหรือไม่ครับ

เมื่อการเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลทำการซักถามผู้วิจัย หรือเล่าเพิ่มเติมถึงประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เสร็จสิ้นลง ผู้วิจัยทำการกล่าวสรุปถึงประเด็นต่าง ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ในครั้งนี้ พร้อมทั้งทำการนัดหมายการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

ส่วนที่ 3 บันทึกภาคสนาม (Field note)

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

วันที่สัมภาษณ์.....ครั้งที่สัมภาษณ์.....

เริ่มสัมภาษณ์เวลา.....สิ้นสุดการสัมภาษณ์เวลา.....

ระยะเวลาที่ใช้สัมภาษณ์.....สถานที่สัมภาษณ์.....

ความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ ปัญหา และการแก้ไข

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

บันทึกเมื่อ...../...../.....

เวลาที่บันทึก.....

แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../..... เริ่มเวลา.....น. ถึง.....น.

สถานที่.....

บรรทัด	ข้อความ	การถอดรหัส
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

แบบบันทึกประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../..... เริ่มเวลา.....น ถึง เวลา.....น.

สถานที่.....

1. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

2. ประเด็นที่ต้องการคำอธิบาย

.....

.....

.....

.....

.....

3. อื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่มี

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 12 ราย

ราย ที่	อายุ (ปี)	เพศ	สถานภาพ	ระดับ การศึกษา สูงสุด	ประสบการณ์ การทำงาน พยาบาล วิชาชีพ (ปี)	ประสบการณ์ ทำงานหอ ผู้ป่วยใน	ประสบการณ์ การทำงาน หน่วยงาน อุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน (ปี)
1	32	หญิง	สมรส	ปริญญาตรี	11	-	11
2	51	หญิง	สมรส	ปริญญาตรี	30	7 ปี	23
3	28	หญิง	สมรส	ปริญญาตรี	6	6 เดือน	5 ปี 6 เดือน
4	27	หญิง	โสด	ปริญญาตรี	5	-	5
5	36	หญิง	สมรส	ปริญญาตรี	2	-	2
6	49	หญิง	โสด	ปริญญาตรี	27	2 ปี	25
7	37	หญิง	สมรส	ปริญญาตรี	13	-	13
8	45	ชาย	สมรส	ปริญญาตรี	23	-	23
9	32	หญิง	สมรส	ปริญญาตรี	10	-	10
10	34	หญิง	สมรส	ปริญญาตรี	11	-	11
11	56	หญิง	โสด	ปริญญาตรี	35	20 ปี	15
12	22	หญิง	โสด	ปริญญาตรี	2	-	2

ตารางที่ 2 การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์

ID	ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	เวลาสัมภาษณ์	รวมเวลา (นาที)	สถานที่
1	1	12 เม.ย 2566	13.00 – 13.39 น.	39	ห้องพักพยาบาล
	2	21 พ.ค.2566	14.10 – 15.00 น.	50	ห้องพักพยาบาล
2	1	25 เม.ย. 2566	13.00 – 14.03 น.	63	ห้องพักพยาบาล
	2	23 พ.ค. 2566	16.00 – 16.30 น.	30	ห้องพักพยาบาล
3	1	6 พ.ค. 2566	11.21 – 12.21น.	60	ห้องพักพยาบาล
	2	15 พ.ค. 2566	11.30 – 12.00 น.	30	ห้องพักพยาบาล
	3	10 มิ.ย. 2566	09.30 – 09.45 น.	15	ห้องพักพยาบาล
4	1	19 พ.ค. 2566	12.00 – 13.00 น.	60	ห้องพักพยาบาล
	2	1 มิ.ย. 2566	16.00 – 16.30 น.	30	ห้องพักพยาบาล
5	1	19 พ.ค. 2566	19.00 – 20.00 น.	60	ห้องพักพยาบาล
	2	8 มิ.ย. 2566	16.00 – 16.30 น.	30	ห้องพักพยาบาล
6	1	22 พ.ค. 2566	16.00 – 17.00 น.	60	ห้องพักพยาบาล
	2	9 มิ.ย. 2566	17.00 – 17.30 น.	30	ห้องพักพยาบาล
7	1	23 พ.ค. 2566	09.30 – 10.00 น.	30	ห้องพักพยาบาล
8	1	23 พ.ค. 2566	10.00 – 11.00 น.	60	ห้องพักพยาบาล
9	1	28 พ.ค. 2566	13.00 – 14.00 น.	60	ห้องพักพยาบาล
10	1	29 พ.ค. 2566	17.00 – 17.46 น.	46	ห้องพักพยาบาล
11	1	2 มิ.ย. 2566	16.00 – 16.55 น.	55	ห้องพักพยาบาล
	2	9 มิ.ย. 2566	16.00 – 16.25 น.	25	ห้องพักพยาบาล
12	1	4 มิ.ย. 2566	16.10 – 16.35 น.	25	ห้องพักพยาบาล

ตารางที่ 3 การให้รหัสประเด็นเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์

ลำดับ	ประเด็น	ลำดับ	ประเด็น
1	ความชอบส่วนตัว	28	ทำอะไรไม่ถูก
2	ความชอบ	29	ความภูมิใจ
3	ชอบความหลากหลาย	30	ไม่ได้ Happy กับอาชีพพยาบาล
4	เคยฝึกที่ er แล้วประทับใจก็เลยเลือก	31	รู้สึกอีกอัด
5	ความท้าทาย	32	Work Life Balance
6	ไม่จำเจ เป็นงานที่ทำท้าทาย	33	อ่านหนังสือเพิ่ม
7	ความท้าทาย ได้ประสบการณ์ใหม่ๆ	34	อ่านหนังสือ หาความรู้เพิ่ม
8	ความท้าทาย	35	อ่านหนังสือ
9	ชอบ ทำท้าทาย ไม่ต้องทำงาน Routine	36	อ่านหนังสือเพิ่ม
10	ความท้าทาย ได้ฝึกพัฒนาตัวเอง	37	อ่านหนังสือสรุป โน้ตสรุปที่เราเคยมี
11	ท้าทาย	38	เรียนรู้จากพี่ที่มีประสบการณ์มากกว่า
12	ทำผลงาน	39	เรียนรู้จากพี่
13	ทำผลงาน ต้องย้ายให้ตรงตำแหน่ง	40	พี่สอน
14	ความฝัน ได้ทำงานที่ห้องฉุกเฉิน	41	พี่ในเวรสอน
15	คนขาดเขาก็เลยให้เราปฏิบัติงานไปก่อน	42	พี่ในเวรสอน
16	ความรู้สึกกดดัน	43	พี่เลี้ยงสอน
17	กดดัน ไม่รู้บริบทของตัวเอง	44	พี่เลี้ยงสอน
18	กดดัน	45	พี่เลี้ยง
19	เครียดและกดดัน แต่ก็อยากเจออะไรใหม่ๆ	46	พี่เลี้ยง
20	กังวล กลัวเป็นตัวถ่วงในทีม	47	พี่เลี้ยง
21	กลัว ไม่มั่นใจไปหมด	48	พี่เลี้ยง
22	รู้สึกไม่มั่นใจ	49	เรียนรู้จากพี่ เพื่อน และน้องในหน่วยงาน
23	กลัว	50	ปฐมนิเทศ
24	รู้สึกแปลกกับสถานที่ ต้องปรับตัว	51	เรียนรู้จากแพทย์
ลำดับ	ประเด็น	52	เรียนรู้จากแพทย์
25	ช่องว่างระหว่างวัย	53	สอนโดยแพทย์ EP
26	ตื่นเต้น	54	แพทย์ EP
27	รู้สึกประทับใจ	55	หมอ EP สอน

ลำดับ	ประเด็น	ลำดับ	ประเด็น
56	แพทย์ EP สอนเรื่องงาน เรื่องคนไข้	83	การจัดทีมสอนกลุ่มวิทยากร
57	เรียนรู้จากEMT, AEMT[เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์]	84	การจัดทีมสอน
58	การสังเกตจากพี่	85	เตรียมความรู้ เตรียมข้อมูล เตรียมอุปกรณ์
59	การสังเกต	86	ขอบงานสอน
60	สังเกตการสอนจากพี่	87	งานสอน
61	พี่สอนน้อง	88	งานสอน
62	พี่สอนน้อง	89	งานออกหน่วยปฐมพยาบาล
63	เรียนรู้จากพี่เลี้ยง	90	การเตรียมอุปกรณ์
64	พี่เลี้ยงสอน	91	เตรียมอุปกรณ์ สถานที่ออกหน่วย
65	พี่เลี้ยงสอน	92	เตรียมพื้นที่ ในสนามกีฬา ศูนย์กลางบริเวณการจัดงาน
66	พี่ในเวรสอน	93	การติดต่อและจัดหน่วยปฐมพยาบาล
67	เรียนรู้ด้วยตนเอง	94	work life balance
68	การอบรม การเรียนเฉพาะทาง	95	อยู่เวรในระบบ1669
69	การอบรม	96	ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ
70	อบรมนอกโรงพยาบาล	97	คุณสมบัติพยาบาลรับแจ้งเหตุ
71	การเรียนเฉพาะทาง	98	หน้าที่ของพยาบาล
72	เรียนเฉพาะทาง มีความรู้เพิ่มมากขึ้น มีทักษะในการดูแลผู้ป่วย	99	หน้าที่ของพนักงานศิษย์ข้อมูล
73	การฝึกอบรม	100	ทีม ALS มีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม
74	เรียนรู้งานสอนจากพี่ๆ	101	หน้าที่พยาบาล
75	การอ่านบททวนความรู้	102	- รับแจ้งเหตุ
76	Sale มาสอน	103	- สั่งการหน่วยปฏิบัติการ
77	ความกดดัน	104	ลักษณะงาน
78	เตรียมใจสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้	105	พยาบาลจะเป็นคนตัดสินใจและสั่งการ
79	คุณสมบัติผู้สอน	106	สอนการ CPR ทางโทรศัพท์
80	การติดต่อประสานงาน	107	สอนญาติ CPR ทางโทรศัพท์พร้อมปฏิบัติการไปถึง
81	งานสอนให้ประสบการณ์	108	สอนการ CPR ทางโทรศัพท์
82	การจัดทีมสอนเวียนกันออกสอนตามหน่วยงาน	109	เจ้าหน้าที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

ลำดับ	ประเด็น	ลำดับ	ประเด็น
110	รับสาย 1669 ผู้ป่วยโควิด	137	ญาติหรือไทยมุงที่วุ่นวาย
111	ปัญหาความล่าช้า	138	คนมุงดู พุดจากคด้น
112	โทรท่อกอวน	139	คนมุงดู ถ่ายรูป
113	งานการแพทย์ฉุกเฉินเป็นงานที่ท้าทาย	140	คนมุงดู อาจขัดขวางการปฏิบัติงานได้
114	ออก EMS เมื่อเป็นน้องใหม่	141	ญาติหรือคนอยู่ในเหตุการณ์ จะมาเร่ง มาว่าเรา ว่าทำไมเราช้า
115	การออกปฏิบัติการ	142	ความกดดัน กับทีมเรา ณ จุดเกิดเหตุ
116	การเป็นหัวหน้าทีม	143	ภาวะกดดันมัน
117	เป็นหัวหน้าทีม	144	ประชาชน ไทยมุง กดดันเรา
118	พยาบาลเป็น Commander	145	เครื่อง Defib แบตเตอรี่หมด ทีมตัวเล็ก ยกไม่ไหว
119	คุณสมบัติพยาบาลที่ออกปฏิบัติการ	146	ตกใจไปกับสถานการณ์
120	ทีมปฏิบัติการ	147	การสื่อสารทางวิทยุ
121	หน้าที่	148	ทำงานได้ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน
122	หน้าที่	149	ทำคนเดียวไม่ได้ขอความช่วยเหลือ
123	การออกปฏิบัติการ การเตรียมทีม	150	การช่วยคนที่ติดในรถยนต์
124	การวางแผนในการออกปฏิบัติการ	151	Tele-med เข้ามาทำให้เรารู้สึกว่าเรามีที่พึ่งยามวิกฤต
125	พยาบาลที่ออกเหตุต้องมีประสบการณ์ 3-5 ปี	152	Tele-med
126	คุณสมบัติพยาบาลที่ออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ	153	Tele-med
127	รับแจ้งเหตุประมวลอาการ	154	สอนทำคลอดผ่าน Tele-med
128	เตรียมอุปกรณ์	155	Tele-med
129	การช่วยคนใช้ Arrest บนรถ	156	ที่อื่นเขามี Tele-Med เราก็อยกมีบ้าง
130	การประเมินสถานการณ์	157	ระบบอินเตอร์เน็ตไม่ค่อยเสถียร
131	การเตรียมอุปกรณ์	158	มอบหมายงาน
132	ปฏิบัติงานตาม Off line protocol	159	มี assign ปฏิบัติงานตาม assign.ในแต่ละเวร
133	ญาติแจ้งอาการไม่ตรงกับอาการป่วยจริง	160	เบอร์ 2 หัวหน้าเวร
134	คนที่โทรเข้ามาเค้ามีความตื่นเต้น โมโห โวยวาย	161	การฝึกเป็นหัวหน้าเวร
135	ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน	162	หน้าที่หัวหน้าเวร
136	ออกปฏิบัติการ Case ซ้อน	163	หน้าที่หัวหน้าเวร
		164	หน้าที่หัวหน้าเวร

ลำดับ	ประเด็น	ลำดับ	ประเด็น
165	หน้าที่หัวหน้าเวร	196	การ Consult แพทย์เฉพาะทางผ่าน line application
166	ความต่างของ Generation	197	การคัดกรอง เป็นด่านแรก ที่คัดกรองผู้ป่วย
167	เชื่อว่าเอาปืนมายิง	198	เกณฑ์การคัดกรอง
168	เบอร์ 2 คือ Incharge	199	คัดกรองตาม MOPH ED Triage
169	ส่งผู้ป่วยขึ้น Ward	200	พยาบาลคัดกรองเป็นคนแรกที่เจอคนไข้
170	เตียงเต็ม	201	คุณสมบัติพยาบาลคัดกรอง
171	เตียงเต็ม	202	ทักษะพยาบาลคัดกรอง
172	เตรียมผู้ป่วย refer	203	เกณฑ์การคัดกรองหลากหลาย
173	แก้ปัญหาความแออัดของผู้ป่วย	204	การคัดกรอง
174	เพิ่มอัตรากำลัง	205	หลักในการคัดกรองคนไข้
175	คัดกรอง D2 จัดพื้นที่ รองรับการจัดสรรผู้ป่วย	206	คัดกรอง Case Stroke Fast Track
176	คนไข้เยอะ งานไหนด่วนก็ทำก่อน	207	ปัญหาที่จุดคัดกรอง
177	อุปกรณ์หมด	208	การให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน
178	คนไข้รอนานไม่รอดตรวจ	209	ญาติไม่พอใจ พยาบาลจุดคัดกรองถามเยอะ
179	ER Over-crowded ปริมาณคนไข้ที่เยอะขึ้น	210	ต้องการตรวจเลยทันที
180	ER overcrowding	211	อธิบายเลยให้เข้าใจ
181	ความแออัดในห้องฉุกเฉิน	212	แนะนำตุ้ร้องเรียน
182	Delay การ Admit	213	การจัดการกับอารมณ์
183	ทำใจในการเป็นหัวหน้าเวร	214	รอนานขอตรวจห้องฉุกเฉิน
184	ก้าวร้าวทางวาจา	215	การให้ข้อมูลการรอคอย
185	ความคัดแย้งของผู้รับบริการ	216	รอนาน ญาติโวยวาย
186	การใช้อาวุธ	217	ถ้ามีปืนจะเอามายิงให้ตายให้หมด
187	ทำร้ายร่างกาย	218	ถูกขู่ จะเอาปืน มากราดยิง
188	ผู้ป่วยเมา ไม่ให้ความร่วมมือ	219	การคัดกรอง Under and Over
189	การสื่อสาร	220	Under triage
190	ญาติโวยวาย ไม่พึงพอใจในการบริการ	221	Under triage
191	ความไม่สมบูรณ์ในการเข็นเตียงเอกสาร	222	อาการของผู้ป่วยเป็น dynamic สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา
192	ไม่พร้อมของเจ้าหน้าที่ เครื่องมือ บุคลากร	223	ระบบคอมพิวเตอร์ในการคัดกรอง
193	สมาชิกเขาก็ทำงานได้ไม่ตรงใจเรา	224	การใช้คอมพิวเตอร์ในการคัดกรอง
194	เจ้าหน้าที่ของเราเป็น Leader ในการผู้ทำงานให้กับพยาบาลคนที่มาช่วย	225	การลงข้อมูลคัดกรองในคอมพิวเตอร์

ลำดับ	ประเด็น	ลำดับ	ประเด็น
226	ท้อเหมือน กัดคัน	256	ห้อง Negative
227	โปรแกรม paper less	257	Auto pulse หมดห่วงเรื่องการสูญเสียคน
228	การใช้ line Application	258	ห้องสังเกตอาการ
229	ศึกษาความรู้ด้านไอที	259	คุณสมบัติ
230	การคัดกรองโดยใช้ ระบบ Hosxp	260	ขอบเขตห้องสังเกตอาการไว้ไม่เกิน 4 ชั่วโมง
231	ดูแลผู้ป่วยวิกฤต	261	ติดตามอาการ
232	การประเมินผู้ป่วยวิกฤต	262	การดูแลผู้ป่วยห้องสังเกตอาการ
233	การช่วยฟื้นคืนชีพ	263	ปัญหาและอุปสรรค
234	พื้นที่ในการ Resuscitate	264	ผู้ป่วย Arrest ในห้องสังเกตอาการ
235	คุณสมบัติ Assign เบอร์ 3	265	แพทย์ Discharge คนไข้กลับบ้านไม่ได้
236	คุณสมบัติของพยาบาล zone 3	266	ใช้ความรู้ที่อบรมมาประเมินคนไข้ได้รับการรักษาทันทั่วทั้งที่
237	คุณสมบัติ	267	Refer in โดยระบบ D to D
238	หน้าที่	268	ลักษณะงานการรับและการส่งต่อผู้ป่วย
239	เป็นหัวหน้าทีม	269	ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม 3refer
240	การดูแลผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่ห้องฉุกเฉินจนถึงหอผู้ป่วย	270	การจัดเวรพยาบาล refer
241	การดูแลผู้ป่วยวิกฤต	271	รับrefer
242	การดูแลผู้ป่วย ห้อง Resuscitation	272	ระบบการรับrefer
243	ตรวจความพร้อมในการช่วยชีวิต	273	ปัญหาการพัฒนาาระบบ refer
244	ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น (Arrest)	274	บริบทงานส่งต่อ
245	คนไข้ที่มีประวัติหัวใจหยุดเต้นจะใช้หลัก CAB	275	การให้บริการ
246	ปัญหาและอุปสรรค	276	ปัญหาและอุปสรรคเรื่องบุคลากร
247	คนไข้ตั้ง ET- Tube	277	ไม่ชอบอยู่เวร refer
248	พยาบาล1 คนดูแลผู้ป่วยResuscitation 2 – 3 คน	278	ส่ง Lab ไม่ครบ
249	ความเสี่ยง	279	พยาบาลทำ 2 หน้าที่
250	เตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์	280	ทำงานเยอะเกินไป
251	เตรียมอุปกรณ์ เตรียมความรู้	281	เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมเหมาะสมบริบท
252	การประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยวิกฤต	282	การเตรียม refer ผู้ป่วย
253	ทำคนเดียวไม่ได้หากคนช่วย	283	คุณสมบัติ
254	ชอบทำหัตถการมากกว่าการ Record	284	คุณสมบัติ

ลำดับ	ประเด็น	ลำดับ	ประเด็น
255	การดูแลคนไข้โควิด 19	285	ทำหัตถการนอกโรงพยาบาล
286	Case STEMI จะมีแพทย์ไปด้วย	315	การซ้อมแผนดูแลผู้ป่วยโควิด
287	อาการไม่ค่อย Stable อันนี้ก็มีแพทย์ไปด้วย	316	แผนการรองรับว่าถ้าผู้ป่วย ATK Positive ในห้องฉุกเฉิน
288	จะมีแพทย์ไปด้วยถ้าคนไข้เสี่ยงมาก	317	การดูแลผู้ป่วยโควิด
289	การเตรียมยา เพื่อแก้ไขสิ่งที่อาจเกิดกับผู้ป่วย	318	การดูแลผู้ป่วยโควิด
290	ประยุกต์ใช้อุปกรณ์ที่มีในการ Suction	319	ความรู้สึกในการใส่ชุด PPE นานๆ
291	ผู้ป่วย Arrest ขณะส่งต่อ	320	ตึกไม่พร้อมรับ
292	การดูแลผู้ป่วยบนรถ refer	321	มีความรอบคอบมากขึ้น
293	การดูแลผู้ป่วยบนรถ refer	322	ต้องตั้งสติในการทำงานอยู่เสมอ
294	พยาบาล Ward มาแทนพยาบาล ER	323	มีระเบียบ
295	ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง	324	ให้ประสบการณ์
296	พยาบาล Refer ที่มีประสบการณ์น้อย	325	สอนให้เรารู้จักถอดทวน
297	ไม่ชอบอยู่เวร refer เพราะมันอันตราย กลัวเกิดอุบัติเหตุ	326	ความอดทน
298	เตรียมอุปกรณ์พร้อมใช้งาน	327	ชอบพูด อธิบาย ป้องกันไม่เกิดปัญหาต่างๆ
299	เตรียม เชค เติมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้	328	คนช่างสังเกต
300	การซ้อมแผน โรงพยาบาล	329	คนที่ Active
301	การซ้อมแผนสาธารณสุข	330	ภาคภูมิใจ
302	ซ้อมแผนโรงพยาบาล	331	รู้สึกภูมิใจ ช่วยเหลือคน ให้รอดชีวิต
303	เตรียมอุปกรณ์ เตรียมรับมือ	332	ได้เรียนรู้
304	ซ้อมแผนจังหวัด	333	ภูมิใจที่เป็นพยาบาล ER
305	พยาบาลจะไปเป็น Commander ในที่เกิดเหตุ	334	ได้ความรู้ไปดูแลตัวเอง ไปดูแลคนในครอบครัว
306	การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุหมู่	335	ความรับผิดชอบ
307	การเตรียมรับสถานการณ์โควิด	336	การพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา
308	IC ก็มีจัดการอบรม วิธีการใส่ - ถอด ชุดPPE	337	ทำให้เราเก่งขึ้น
309	โรงพยาบาลสนาม	338	มีความอดทน
310	ประเมินอาการผ่าน Tele-Medicine	339	การปรับตัว
311	เวรแน่นอยู่โรงพยาบาลสนามกับอยู่ห้องฉุกเฉิน	340	ได้ประสบการณ์
312	การดูแลผู้ป่วย Ward โควิด	341	พัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง
313	การซ้อมแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคโควิด		
314	จัดห้อง Negative pressure ดูแลผู้ป่วย Covid		

ตารางที่ 4 ประเด็นหลัก และประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์

ครั้งที่ 1 8 มิ.ย. 2566

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
1. หลากหลายเหตุผลที่เข้ามาทำงานใน ER	1.1 งานเดิมจำเจ อยากทำงานที่ท้าทาย จึงย้ายมา ER 1.2 ตำแหน่งบรรจุอยู่ที่ ER ต้องกลับมาทำผลงานเพื่อเลื่อนระดับ 1.3 งาน ER เป็นงานที่ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้พัฒนาตนเอง 1.4 ผู้บริหารเลือกให้ปฏิบัติงานที่ ER
2. เริ่มทำงาน เกิดความไม่มั่นใจ ต้องใช้เวลาปรับตัว	2.1 .รู้สึกกดดันจากความคาดหวังของพยาบาลรุ่นพี่ 2.2 กลัวการทำงานเพราะประสบการณ์มีน้อย 2.3 กังวลและเครียดกับการทำงาน
3. เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย	3.1 ค้นคว้าและหาหนังสืออ่าน 3.2 เรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์ 3.3 ผ่านการปฐมนิเทศงานและการอบรม
4. คัดกรองผู้ป่วยต้องใช้ทักษะที่หลากหลาย	4.1 สอบถาม สังเกตและตรวจร่างกาย ประเมินให้ได้ว่าผู้ป่วยเป็นอะไร 4.2 วัตถุประสงค์การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย ช่วยให้มีวินิจฉัยไม่ผิดพลาด 4.3 พุดคุยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ทำไมต้องรอนาน 4.4 เรียนรู้การใช้โปรแกรมการคัดกรอง
5. สังเกตอาการให้การพยาบาลภายใน 4 ชั่วโมง	5.1 ติดตามอาการผู้ป่วยหลังรับการรักษา 5.2 ประสานงานแพทย์ว่าจะรับผู้ป่วยไว้หรือให้กลับบ้าน 5.3 รับช่วงงานต่อจากแผนกผู้ป่วยนอก

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
6. ช่วยฟื้นคืนชีพ ฝึกซ้อมปฏิบัติการ	6.1 ช่วยฟื้นคืนชีพ พยาบาลแบ่งงานกันทำตามหน้าที่ CAB 6.2 อยู่คนเดียว ผู้ป่วย arrest หลายคน ต้องตัดสินใจ จะช่วยใครก่อนดี 6.3 ดูแลจนมั่นใจผู้ป่วยปลอดภัยจึงย้ายไปหผู้ป่วยใน 6.4 บันทึกข้อมูลให้ละเอียด เกิดอะไรระหว่างนำส่ง จะได้มีหลักฐานการดูแล
7. มีการส่งต่อทั้งรับมาและย้ายไป	7.1 รับย้ายผู้ป่วยมาจากหน่วยงานอื่น 7.2 ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศูนย์
8. ออกช่วยเหลือนอกโรงพยาบาล	8.1 รับแจ้งเหตุและสั่งการ 8.2 ออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ 8.3 บริหารจัดการปัญหาในงานใน ER เป็นหน้าที่ของหัวหน้าเวร
9. ให้บริการงานด้านสาธารณสุข	9.1 ส่งทีมไปช่วยหน่วยงานสุขภาพอื่น 9.2 ดำเนินงานตามแผนรับมืออุบัติภัยหมู่ 9.3 รับมือกับการดูแลผู้ป่วยโควิด 19
10. ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายอื่น	10.1 สอนให้ความรู้และฝึกทักษะพื้นฐานการช่วยผู้อื่น 10.2 อบรมหลักสูตรระยะสั้นด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 10.3 ออกหน่วยปฐมพยาบาลตามหน่วยงานอื่นร้องขอ

ครั้งที่ 2 15 มิ.ย. 2566

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
1. หลากหลายเหตุผลที่เข้ามาทำงานใน ER	1.1 งานเดิมจำเจ อยากทำงานที่ท้าทาย จึงย้ายมา ER 1.2 ตำแหน่งบรรจุอยู่ที่ ER ต้องกลับมาทำผลงานเพื่อเลื่อนระดับ 1.3 งาน ER เป็นงานที่ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้พัฒนาตนเอง 1.4 ผู้บริหารเลือกให้ปฏิบัติงานที่ ER
2. เริ่มทำงาน เกิดความไม่มั่นใจ ต้องใช้เวลาปรับตัว	2.1 .รู้สึกกดดันจากความคาดหวังของพยาบาลรุ่นพี่ 2.2 กลัวการทำงานเพราะประสบการณ์มีน้อย 2.3 กังวลและเครียดกับการทำงาน
3. เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย	3.1 ค้นคว้าและหาหนังสืออ่าน 3.2 เรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์ 3.3 ผ่านการปฐมนิเทศงานและการอบรม
4. คัดกรองผู้ป่วยต้องใช้ทักษะที่หลากหลาย	4.1 สอบถาม สังเกตและตรวจร่างกาย ประเมินให้ได้ว่าผู้ป่วยเป็นอะไร 4.2 ไวต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย ช่วยให้วินิจฉัยไม่ผิดพลาด 4.3 พุดคุยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ทำไมต้องรอนาน 4.4 เรียนรู้การใช้โปรแกรมการคัดกรอง
5. สังเกตอาการให้การพยาบาลภายใน 4 ชั่วโมง	5.1 ติดตามอาการผู้ป่วยหลังรับการรักษา 5.2 ประสานงานแพทย์ว่าจะรับผู้ป่วยไว้หรือให้กลับบ้าน 5.3 รับช่วงงานต่อจากแผนกผู้ป่วยนอก

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
6. ช่วยฟื้นคืนชีพ ฝึกซ้อมปฏิบัติการ	6.1 ช่วยฟื้นคืนชีพ พยาบาลแบ่งงานกันทำตามหน้าที่ CAB 6.2 อยู่คนเดียว ผู้ป่วย arrest หลายคน ต้องตัดสินใจ จะช่วยใครก่อนดี 6.3 ดูแลจนมั่นใจผู้ป่วยปลอดภัยจึงย้ายไปหผู้ป่วยใน 6.4 บันทึกข้อมูลให้ละเอียด เกิดอะไรระหว่างนำส่ง จะได้มีหลักฐานการดูแล
7. มีการส่งต่อทั้งรับมาและย้ายไป	7.1 รับย้ายผู้ป่วยมาจากหน่วยงานอื่น 7.2 ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศูนย์
8. ออกช่วยเหลือนอกโรงพยาบาล	8.1 รับแจ้งเหตุและสั่งการ 8.2 ออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ
9. ให้บริการงานด้านสาธารณสุข	9.1 ส่งทีมไปช่วยหน่วยงานสุขภาพอื่น 9.2 ดำเนินงานตามแผนรับมืออุบัติภัยหมู่ 9.3 รับมือกับการดูแลผู้ป่วยโควิด 19
10. ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายอื่น	10.1 สอนให้ความรู้และฝึกทักษะพื้นฐานการช่วยผู้อื่น 10.2 อบรมหลักสูตรระยะสั้นด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 10.3 ออกหน่วยปฐมพยาบาลตามหน่วยงานอื่นร้องขอ
11. ปัญหาทางานใน ER เป็นหน้าที่ของหัวหน้าเวรบริหารจัดการ	11.1 ขออัตรากำลังเพิ่ม หากผู้ป่วยจำนวนมาก 11.2 อธิบายผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจหากต้องใช้เวลารอตรวจนาน 11.3 ทวนคำพูดซ้ำเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการสื่อสาร 11.4 แจ้งตำรวจเพื่อระงับเหตุความวุ่นวายจากผู้ป่วยและญาติ 11.5 แก้ปัญหาเฉพาะหน้า หากมีกรณีถูกทำร้ายร่างกาย
12. ผลลัพธ์การเป็นพยาบาล ER	12.1 เครียดจากการบริหารจัดการ 12.2 สมดุลชีวิตกับงานต้องจัดการด้วยตนเอง 12.3 ความสุขเกิดจากผู้ร่วมงานและการดูแล

ครั้งที่ 3 20 มิ.ย. 2566

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
1. ภูมิหลังและการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานใน ER	1.1 หลากหลายเหตุผลที่เข้ามาทำงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1.2 เริ่มทำงาน เกิดความไม่มั่นใจต้องใช้เวลาในการปรับตัว 1.3 การเตรียมความรู้ในการดูแลผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> 1.3.1 ค้นคว้าหาความรู้จากหนังสือและตำรา 1.3.2 เรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์เพื่อปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐาน 1.3.3 อบรมความรู้เฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. การปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	2.1 คัดกรองผู้ป่วยด้วยทักษะที่หลากหลาย <ul style="list-style-type: none"> 2.1.1 สอบถาม สังเกต และตรวจร่างกาย 2.1.2 วัตถุประสงค์การเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย 2.1.3 สร้างความเข้าใจ ช่วยคลายความกังวลของญาติ 2.1.4 พัฒนาทักษะการใช้โปรแกรมคัดกรอง 2.2 ดูแลผู้ป่วยในห้องสังเกตการ <ul style="list-style-type: none"> 2.2.1 ติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ 2.2.2 ประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 2.2.3 รับช่วงงานต่อจากแผนกผู้ป่วยนอก 2.3 ช่วยฟื้นคืนชีวิตโดยปฏิบัติตามเทคนิคที่ถูกต้อง <ul style="list-style-type: none"> 2.3.1 แบ่งงานกันทำตามหน้าที่เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน 2.3.2 จัดลำดับความสำคัญเพื่อช่วยผู้ป่วยได้ทันการ 2.3.3 ดูแลจนมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจาก ER 2.3.4 บันทึกข้อมูลให้ละเอียด จะได้มีหลักฐานการดูแล

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
	<p>2.4 บริการรับและส่งต่อผู้ป่วย</p> <p>2.4.1 รับย้ายผู้ป่วยโดยมีเทคโนโลยีช่วยเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง</p> <p>2.4.2 ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาเฉพาะทาง</p> <p>2.5 ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน</p> <p>2.5.1 รับแจ้งเหตุและสั่งการเพื่อประเมินความช่วยเหลือที่เหมาะสม</p> <p>2.5.2 ออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุโดยเน้นความปลอดภัยของทุกคน</p> <p>2.6 บริการงานสาธารณภัย พร้อมโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้น</p> <p>2.6.1 ส่งทีมไปช่วยหน่วยงานอื่น</p> <p>2.6.2 ดำเนินงานตามแผนรับมืออุบัติภัยหมู่</p> <p>2.6.3 รับมือกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19</p> <p>2.7 บริการความรู้แก่สังคมเพื่อประโยชน์แห่งตนและผู้อื่น</p> <p>2.7.1 ให้ความรู้ ฝึกทักษะพื้นฐานการช่วยเหลือผู้อื่น</p> <p>2.7.2 ร่วมจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> <p>2.7.3 ออกหน่วยปฐมพยาบาลตามหน่วยงานที่ร้องขอ</p>
3. ปัญหาหน้างาน บริหารจัดการโดยหัวหน้าเวร	<p>3.1 บริหารอัตรากำลังให้เหมาะสม หากมีผู้ป่วยจำนวนมาก</p> <p>3.2 สื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจหากต้องรอตรวจนาน</p> <p>3.3 ป้องกันความผิดพลาดการดูแล จึงต้องมีการตรวจสอบและทวนซ้ำ</p> <p>3.4 ระวังเหตุการณ์วุ่นวาย ต้องอาศัยหลายฝ่ายร่วมกัน</p>
4. ผลของการปฏิบัติงานใน ER	<p>4.1 เครียดจากการบริหารจัดการในงานยุคใหม่</p> <p>4.2 ขาดสมดุลระหว่างชีวิตกับงานที่ต้องปฏิบัติ</p> <p>4.3 ความสุขเกิดขึ้นได้จากผู้ร่วมงานที่ดีและเต็มที่กับการดูแลผู้ป่วยจนปลอดภัย</p>

ภาคผนวก ง
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ การประเมินความน่าเชื่อถือได้ของผลการวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ
หนังสือขอเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



**เอกสารแนบเกี่ยวกับผู้ทรงคุณวุฒิ
ตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล**

นางสาวสุคนธ์จิต อุปันชัย

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลกลาง

วุฒิการศึกษาสูงสุด พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (พ.ศ.2559) (เรียนวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 3
เครดิต)

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ปฏิบัติหน้าที่ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกลาง ปี พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2562

บทความวิจัยที่ตีพิมพ์

สุคนธ์จิต อุปันชัยและ อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2560). ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรอง
ผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยและการปฏิบัติ
บทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกลาง.
วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 13(2), 90-101.

นายปองพล คงสมาน

ตำแหน่ง อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิน

วุฒิการศึกษาสูงสุด

- ป. การพยาบาลเฉพาะทาง (การพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน) คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์
(ปี 2562)
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย (พ.ศ.2561) (เรียนวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 3 เครดิต)

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

ผู้ร่วมสอนรายวิชาการพยาบาลสาธารณสุข (พ.ศ. 2562 ถึงปัจจุบัน)

ผู้ร่วมสอนรายวิชาการพยาบาลฉุกเฉินและวิกฤต (พ.ศ. 2562 ถึงปัจจุบัน)

ประธานหลักสูตรอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (พ.ศ.
2565)

บทความวิจัยที่ตีพิมพ์

- ปองพล คงสมาน, จริญญา สุขกลิ่น. (2564) ประสบการณ์ของพยาบาลฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ภัยพิบัติโรคติดเชื้อ COVID-19 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. วารสารเกื้อการุณย์, 28(2), 105-117.
- ปองพล คงสมาน, จันทรา จินดา. (2565). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน. วารสารพยาบาลทหารบก, 23(1), 149-158.
- ปองพล คงสมาน. (2565). ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนามในกรณีการระบาดของโรค COVID-19 ณ โรงพยาบาลสนามมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตเมือง. การประชุมวิชาการ เรื่อง พลิกโฉมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอกกับการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืน. สมาคมพยาบาลโรคทรวงอก.

นางชวิกา นฤพนธ์จิรกุล

ตำแหน่ง พยาบาลระดับ 6

Clinical Nurse educator ศูนย์พัฒนาความเชี่ยวชาญทางการพยาบาล
งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วุฒิการศึกษาสูงสุด พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (พ.ศ.2559) (เรียนวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 3
เครดิต)

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ปฏิบัติหน้าที่ พยาบาล หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ปี
พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2560

ผลงานวิชาการ

2566 “THAILAND INNOVATIVE TRAINING PROGRAM FOR SPECIALED NURSES;
EMERGENCY NURSING” Montreal ICN Congress 2023 Nurse together: a force for
global health.

บทความวิจัยที่ตีพิมพ์

ชวิกา นฤพนธ์จิรกุลและอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2563). ประสบการณ์ของพยาบาลพี่เลี้ยง
แบบเถาในการดูแลพยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน. วารสาร
พยาบาลตำรวจ, 11(1), 12-23.

ตารางที่ 5 สรุปการประเมินความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ

วิทยานิพนธ์เรื่อง ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคใหม่
โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

EXPERIENCES OF BEING A NURSE WORKING IN A NEW ERA EMERGENCY UNIT AT A GENERAL
HOSPITAL

ประเด็นหลัก/ประเด็นย่อย	ความเห็นว่ามีโอกาส เกิดประเด็นดังกล่าวได้ หรือไม่ได้			ข้อเสนอแนะ
	<input checked="" type="checkbox"/> ได้	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ได้		
	ผู้ทรงคุณวุฒิ ลำดับที่			
	1	2	2	
1. หลากหลายเหตุผลที่เข้ามาทำงาน ใน ER				
1.1 งานเดิมจำเจ อยากทำงานที่ท้าทาย จึงย้ายมา ER	✓	✓	✓	
1.2 ตำแหน่งบรรจุอยู่ที่ ER ต้อง กลับมาทำผลงานเพื่อเลื่อนระดับ	✓	✓	✓	
1.3 งาน ER เป็นงานที่ได้เรียนรู้สิ่ง ใหม่ๆ ได้พัฒนาตนเอง	✓	✓	✓	
1.4 ผู้บริหารเลือกให้ปฏิบัติงานที่ ER	✓	✓	✓	
2. เริ่มทำงาน เกิดความไม่มั่นใจต้องใช้ เวลาปรับตัว				
2.1 รู้สึกกดดันจากความคาดหวัง ของพยาบาลรุ่นพี่	✓	✓	✓	
2.2 กลัวการทำงานเพราะ ประสบการณ์มีน้อย	✓	✓	✓	
2.3 กังวลและเครียดกับการทำงาน	✓	✓	✓	เขียนว่าเห็นด้วย กังวล เครียด ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (CPR, Shock, .)

ประเด็นหลัก/ประเด็นย่อย	ความเห็นว่ามีโอกาส เกิดประเด็นดังกล่าวได้ หรือไม่ได้			ข้อเสนอแนะ
	<input checked="" type="checkbox"/> ได้ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ได้			
	ผู้ทรงคุณวุฒิ ลำดับที่			
	1	2	3	
3.เตรียมความรู้ในการดูแลผู้ป่วย				
3.1 ค้นคว้าและหาหนังสืออ่าน	✓	✓	✓	
3.2 เรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์	✓	✓	✓	
3.3 ผ่านการปฐมนิเทศงานและการ อบรม	✓	✓	✓	
4.คัดกรองผู้ป่วยต้องใช้ทักษะที่ หลากหลาย				
4.1 สอบถาม สังเกตและตรวจ ร่างกาย ประเมินให้ได้ว่าผู้ป่วยเป็น อะไร	✓	✓	✓	
4.2 ไวต่อการเปลี่ยนแปลงอาการ ของผู้ป่วย ช่วยให้ วินิจฉัยไม่ ผิดพลาด	✓	✓	✓	
4.3 พูดคุยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ทำไมต้องรอนาน	✓	✓	✓	
4.4 ฝึกทักษะการใช้โปรแกรมการคัด กรอง	✓	✓	✓	
5. ดูแลผู้ป่วยในท้องสังเกตอาการ				
5.1 ติดตามอาการผู้ป่วยหลังรับการ รักษา	✓	✓	✓	
5.2 ประสานงานแพทย์ว่าจะรับ ผู้ป่วยไว้หรือให้กลับบ้าน	✓	✓	✓	
5.3 รับช่วงงานต่อจากแผนกผู้ป่วย นอก	✓	✓	✓	

ประเด็นหลัก/ประเด็นย่อย	ความเห็นว่ามีโอกาส เกิดประเด็นดังกล่าวได้ หรือไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> ได้ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ได้			ข้อเสนอแนะ
	ผู้ทรงคุณวุฒิ ลำดับที่			
	1	2	3	
6. ช่วยฟื้นคืนชีพ รีบเร่งปฏิบัติการ				
6.1 แบ่งงานกันทำตามหน้าที่ CAB เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน	✓	✓	✓	
6.2 อยู่คนเดียว ผู้ป่วย arrest หลาย คน ต้องตัดสินใจจะช่วยใครก่อน	✓	✓	✓	เห็นด้วยมีโอกาสเกิดขึ้นได้ ในกรณี บุคลากรมีจำกัด
6.3 ดู แลจนมั่นใจผู้ป่วยปลอดภัยจึง ย้ายไปหผู้ป่วยใน	✓	✓	✓	
6.4 บันทึกข้อมูลให้ละเอียด จะได้มี หลักฐานการดูแล	✓	✓	✓	
7. บริการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย				
7.1 รับย้ายผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาล ชุมชน	✓	✓	✓	
7.2 ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศูนย์	✓	✓	✓	
8. ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน				
8.1 รับแจ้งเหตุและสั่งการ	✓	✓	✓	
8.2 ออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ	✓	✓	✓	
9. ให้บริการงานด้านสาธารณสุข				
9.1 ส่งทีมไปช่วยหน่วยงานสุขภาพ อื่น	✓	✓	✓	
9.2 ดำเนินงานตามแผนรับมือ อุบัติเหตุหมู่	✓	✓	✓	
9.3 รับมือกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ โควิด 19	✓	✓	✓	

ประเด็นหลัก/ประเด็นย่อย	ความเห็นว่ามีโอกาส เกิดประเด็นดังกล่าวได้ หรือไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> ได้ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ได้			ข้อเสนอแนะ
	ผู้ทรงคุณวุฒิ ลำดับที่			
	1	2	3	
10.ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายอื่น				
10.1 สอนให้ความรู้และฝึกทักษะ พื้นฐานการช่วยผู้อื่น	✓	✓	✓	
10.2 อบรมหลักสูตรระยะสั้นด้าน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	✓	✓	✓	
10.3 ออกหน่วยปฐมพยาบาลตาม หน่วยงานร้องขอ	✓	✓	✓	
11.ปัญหาหน้างาน บริหารจัดการโดย หัวหน้าเวร				
11.1 ขออัตรากำลังเพิ่ม หากผู้ป่วยมี จำนวนมาก	✓	✓	✓	
11.2 อธิบายผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจ หากต้องรอดรจนาน	✓	✓	✓	
11.3 ป้องกันการผิดพลาดโดยการ ตรวจสอบและทวนซ้ำ	✓	✓	✓	
11.4 ระวังเหตุการณ์วุ่นวายจาก ผู้ป่วยและญาติ	✓	✓	✓	

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายดุสิต กล่ำถึก
วัน เดือน ปี เกิด	29 พฤศจิกายน 2531
สถานที่เกิด	อ.มโนรมย์ จ.ชัยนาท
วุฒิการศึกษา	- จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสรรพวิทยวิทยา อ.สรรพยา จ.ชัยนาท ปีการศึกษา 2549 - จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท สมทบ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2554 - กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการ พยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2564
ที่อยู่ปัจจุบัน	131 หมู่ 1 ต.บางหลวง อ. สรรพยา จ.ชัยนาท 17150
รางวัลที่ได้รับ	รางวัล "พยาบาลดีเด่น" จังหวัดชัยนาท ประจำปี 2564 สาขาผู้บำเพ็ญ ประโยชน์ต่อสังคม