

บทความวิจัย

ประสบการณ์ของผู้ป่วยสูงอายุในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคเหนือตอนบนของไทย¹ Elderly Patients' Experience in Using Emergency Medical Service at a Tertiary Hospital, Upper Northern Thailand¹

บุญญาภัทร ชาทิพัฒนานันท์^{๑*} โสพิศ เวียงโสด^๒ เกรียงศักดิ์ ปินตาธรรม^๓
Boonyapat Shatpattananunt^{๑*} Sophit Wiangosol^๒ Kringsak Pintatham^๓

^๑งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย จากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

¹Granting supported by research funding, Mae Fah Luang University, Chiangrai, Thailand.

^๒ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

^๒Assistant Professor, School of Nursing, Mae Fah Luang University, Chiangrai, Thailand.

^๓พยาบาลผู้ปฏิบัติงานขั้นสูง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย

³Advance practical nurse, Emergency Department, Chiangrai Prachanukroh Hospital, Chiangrai, Thailand.

^๔นายแพทย์ชำนาญการ หัวหน้างานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย

⁴Emergency Physician, Chief of emergency, Chiangrai Prachanukroh Hospital, Chiangrai, Thailand.

*Corresponding author: boonyapat.sha@mfu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคเหนือตอนบน ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก รายบุคคลและสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยสะท้อนประสบการณ์ 8 ประเด็น ได้แก่ 1) ประเด็นเจ็บป่วยฉุกเฉินและพบเหตุ คือ อยู่ลำพังลำพังใจ 2) ประเด็นแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ คือ โทรฟรี 24 ชั่วโมงทั่วไทย ให้บริการทั่วถึง วาจาสุภาพ จำไม่ได้ โทรศัพท์ไม่คล่อง กลัวตอบไม่ถูก และงงกลัว ต้องกลัว โทรครึ่งหน้าสบาย 3) ประเด็นออกปฏิบัติการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ ถึงจุดเกิดเหตุรวดเร็ว แต่การจราจรติดขัด หลงทาง บอกเส้นทางไม่ถูก และควรใช้อุปกรณ์นำทาง 4) ประเด็นรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ คือ เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินพร้อมปฏิบัติงาน ว่องไว อุ่นใจ และผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ 5) ประเด็นเคลื่อนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง คือ ปลอดภัยไม่ทำให้บาดเจ็บ ดูแลแบบองค์รวม และคาดเข็มขัดนิรภัย 6) ประเด็นนำส่งสถานพยาบาล คือ นำส่งมีคุณภาพดี ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 7) ประเด็นดูแลในห้องฉุกเฉิน คือ ทันสมัย อบอุ่น มีพื้นที่แยก และสื่อสารเหตุผลการรอคอย และ 8) ประเด็นการดูแลหลังจำหน่าย คือ มีรถส่งกลับบ้าน มีที่จอดรถชั่วคราว และติดตามอาการหลังจำหน่าย จากผลการวิจัยนี้ควรนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: บริการการแพทย์ฉุกเฉิน; ประสบการณ์; ผู้ป่วยสูงอายุ; โรงพยาบาลตติยภูมิ

Abstract:

This qualitative research aimed to describe elderly patients' experience in emergency medical service at tertiary care hospital, upper northern Thailand. Informants were ten elderly patients. Data were collected using individual in-depth interviews and non-participant observation. The data were analyzed using content analysis.

The findings of this study were reflected within 8 main issues included 1) detection-living alone and hesitate; 2) reporting-toll free emergency number within 24 hours in Thailand, near or far distance we are ready to serve you with a gentle attitude, could not remember the EMS call number, phobia of answer questions, and do not be afraid should be brave; 3) response-we can be give as soon as possible however traffic jam, lost, wrong way telling, and use GPS navigation; 4) on scene care-EMS team readiness goes beyond active shorter responds, trustworthiness, and patient participation in decision making; 5) care in transit-safe and security with a holistic care, and wear a seat belt in an ambulance while transported; 6) transfer to definitive care-good quality and focus on patient centered; 7) emergency department service-modernization, promptitude, separate zone for elderly patients and effective communication about waiting time; and 8) post-discharge care-car for home delivery, prepare temporary parking for relative of elderly patients, and post-discharge follow-up care. The results of this study can be used as a guideline to improve the model of emergency medical service for elderly.

Keywords: elderly patient; emergency medical service; experience; tertiary hospital

ความเป็นมาของปัญหา

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service system: EMS) คือ การนำทรัพยากรที่มีอยู่มาพัฒนา เพื่อให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้วยความรวดเร็วและทันทั่วถึงตลอด 24 ชั่วโมง ลักษณะงานของ EMS ให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุจนกระทั่งถึงโรงพยาบาล ประกอบด้วย 6 ระยะ ได้แก่ การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (detection) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (reporting) การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (response) การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ (on scene care) การลำเลียง และการดูแลระหว่างนำส่ง (care in transit) และการนำส่งสถานพยาบาล (transfer to definitive care) ทั้งหมดเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน¹ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาการออกปฏิบัติการฉุกเฉินในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 20-30 ต่อปี ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยมากกว่าอุบัติเหตุ ซึ่งแนวโน้มความต้องการ EMS เพิ่มขึ้นเนื่องจากความเป็นสังคมสูงอายุ (aged society) ที่มีอัตราความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น และอาจมีส่วนทำให้อัตราการใช้บริการ EMS เพิ่มขึ้น²

ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 ซึ่งเกิดจากความร่วมมือของภาคที่เกี่ยวข้อง มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับความครอบคลุมของการให้บริการที่มีมาตรฐานและคุณภาพแก่ประชาชนในทุกพื้นที่อย่างเท่าเทียมและเตรียมพร้อมรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (completed aged society)² เนื่องจากช่วงทศวรรษที่ผ่านมาประชากรทั่วโลกมีอายุและอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น³ สหรัฐอเมริกามีจำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยพบว่าปี 2553 มีผู้สูงอายุจำนวน 40 ล้านคน และในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 71 ล้านคน คิดเป็นการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 77 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด⁴ ในแถบเอเชีย การศึกษาพบว่า ปี 2561 ประเทศไต้หวันได้เข้าสู่ aged society และคาดว่าอีก 7 ปีข้างหน้าจะเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (super aged society)⁵ เช่นเดียวกับประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอัตราการเกิดน้อยลงและความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำให้คนไทยมีอายุยืนมากขึ้น ซึ่งโครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ aged society ตั้งแต่ปี 2558 อายุเฉลี่ยของเพศชายประมาณ 72 ปี เพศหญิง

79 ปี โดยคาดว่าในปี 2568 อายุเฉลี่ยของทั้งสองเพศจะสูงขึ้นจากเดิม 4-5 ปี และในปี 2568 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์⁶

ด้วยสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีการศึกษาที่แสดงถึงความต้องการใช้บริการ EMS ของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ Platts-Mills, et al.⁴ แบบการสังเกตย้อนหลัง (retrospective observation study) พบว่า ผู้สูงอายุในรัฐนอร์แคโรไลนาใช้บริการ EMS ร้อยละ 14.7 ของจำนวนผู้ใช้บริการ EMS ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 38.3 ของจำนวนการออกให้บริการ EMS ทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้สูงอายุที่ใช้บริการ EMS จะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 70 จากจำนวนผู้สูงอายุที่ใช้บริการ EMS เดิม คิดเป็นร้อยละ 49 ของจำนวนการออกให้บริการ EMS ทั้งหมด ในไต้หวันมีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการเรียกใช้บริการ EMS ด้วยโทรศัพท์ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุ (≥ 65 ปี) กับกลุ่มไม่ใช่ผู้สูงอายุ (≤ 65 ปี) พบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราการใช้บริการ EMS ด้วยโทรศัพท์สูงกว่ากลุ่มไม่ใช่ผู้สูงอายุ โดยจะใช้บริการ EMS ในช่วงเวลา 00.01 ถึง 11.59 น. เป็นความเจ็บป่วยมากกว่าการเกิดอุบัติเหตุ เช่น การดื่ม หมดสติ หายใจลำบาก แขนขาอ่อนแรง และปวดท้อง เป็นต้น⁵ การศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแล การเจ็บป่วยเป็นแบบฉุกเฉินเร่งด่วน โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง และมีความต้องการใช้บริการ EMS ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 52.3 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด⁷

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้บริการ EMS อย่างจำกัด มีเพียงการศึกษาของ Khansakorn, et al.⁷ เท่านั้นที่ทำการศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ โดยทำการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจากจังหวัดที่มีสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วย EMS ในเกณฑ์สูง (จังหวัดยโสธรและสตูล) และต่ำ (จังหวัดกำแพงเพชรและปทุมธานี) รวมจำนวน 600 ราย ศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับพฤติกรรม ปัจจัย และความพึงพอใจตามการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อบริการ EMS และศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลที่เคยใช้บริการ EMS จำนวน 38 ราย ในประเด็นการให้บริการและความพึงพอใจต่อบริการ EMS อย่างไรก็ตามการให้บริการ EMS มีความละเอียดและซับซ้อน ประกอบด้วยหลายระยะการดูแลตั้งแต่จุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาล แม้มีหลักการเดียวกันภายใต้การดูแลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

แต่รายละเอียดของหลักการทำงานอาจมีความแตกต่างกันตามวัฒนธรรมการปฏิบัติงานและบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งอาจมีผลต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้บริการ EMS ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ต่อการให้บริการ EMS ของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาทำให้เกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยสูงอายุในการใช้บริการ EMS และเป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อพัฒนารูปแบบระบบจตุรรมบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคเหนือตอนบน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 6 ระยะ ได้แก่ การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (detection) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (reporting) การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (response) การรักษายาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (on scene care) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (care in transit) และการนำส่งสถานพยาบาล (transfer to definitive care)¹

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่ออธิบายประสบการณ์ของผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคเหนือตอนบน ทำการศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนบน ระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2561 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้บริการ EMS ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนบน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ข้อมูลอิ่มตัว (data saturation) ที่จำนวนผู้ให้ข้อมูล 10 ราย กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ใช้บริการ EMS ของโรงพยาบาลที่ทำการเก็บข้อมูล 2) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 3) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน 4) สื่อสารด้วย

ภาษาไทย 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน/อาการไม่สบายจากโรคหรือการรักษา เช่น หอบเหนื่อย ปวดมากจนไม่สามารถพูดได้ 6) ได้รับการดูแลรักษาอาการไม่สบายต่างๆเรียบร้อยแล้ว และ 7) สมควรเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามในใบยินยอมทำการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมด้วยการศึกษาและค้นคว้าด้วยตนเอง ได้รับการอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพและการอบรมการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (good clinical practice: GCP)

2. เครื่องบันทึกเสียง

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เกี่ยวกับการรับรู้และความต้องการของผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้รับ ได้รับการอนุญาตและปรับเครื่องมือให้เหมาะสม โดยใช้เครื่องมือจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เลขที่ สพฉ 05/4306 เครื่องมือพัฒนาโดย Khansakorn, et al.⁷ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 9 ข้อ และส่วนที่ 2 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาการรับรู้และความต้องการของผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแล เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้รับ เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้คำตอบใน 8 ประเด็น ได้แก่ 1) การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) เช่น ใครควรเป็นคนโทรแจ้งเหตุ และต้องแจ้งข้อมูลอะไรบ้าง เห็นว่าคุณภาพบริการเป็นอย่างไร 2) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) เช่น เบอร์ 1669 ใช้แจ้งเกี่ยวกับอะไร โทรได้ทั่วประเทศหรือไม่ มีค่าใช้จ่ายอย่างไร เห็นว่าคุณภาพบริการเป็นอย่างไร 3) การปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) เช่น มาตรฐานเรื่องเวลาของรถฉุกเฉินมีอะไรบ้าง มีความต้องการอย่างไร 4) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) เช่น คิดว่าผู้ออกเหตุต้องช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุตรงจุดเกิดเหตุอย่างไรบ้าง เพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น 5) การลำเลียงขนย้ายและให้การดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) เช่น การลำเลียงผู้ป่วยขึ้นรถฉุกเฉินที่ดีควรเป็นแบบใด อยู่บนรถฉุกเฉินแล้วรู้สึกอย่างไรบ้าง เพราะเหตุใดจึงรู้สึกเช่นนั้น 6) การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to the definitive care) เช่น คุณภาพการดูแลระหว่างการนำส่งเป็นอย่างไร การให้ข้อมูลกับญาติเป็นอย่างไร และ 7) การให้บริการ ณ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล เช่น คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน

เป็นอย่างไร ต้องการอะไรเพิ่มเติม และ 8) การดูแลหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล เช่น คุณภาพการบริการหลังออกจากโรงพยาบาล การติดตามเป็นอย่างไร ต้องการอะไรเพิ่มเติมแบบสัมภาษณ์เชิงลึกได้รับการตรวจสอบความชัดเจนและความสอดคล้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ท่าน ทดลองสัมภาษณ์กับผู้สูงอายุที่ใช้บริการ EMS จำนวน 2 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของคำถาม ผู้วิจัยมีความเข้าใจแบบสัมภาษณ์และเกิดความชำนาญในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก รวมทั้งเป็นการศึกษาปัญหาและอุปสรรคก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

4. แบบบันทึกภาคสนาม (field note) บันทึกเกี่ยวกับสถานการณ์ที่สังเกตได้จากการใช้บริการ EMS ของผู้สูงอายุ การแสดงออกต่างๆ ทั้งสีหน้าและท่าทางของผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลแหล่งข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยประสานไปยังงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล มีพยาบาลประจำห้องฉุกเฉินซึ่งเป็นหนึ่งในทีมวิจัย ให้คำแนะนำและเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลเมื่อแพทย์ทำการรักษาผู้ให้ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว และผู้ให้ข้อมูลไม่มีอาการแทรกซ้อนใดๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบาย

3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลทั้งลายลักษณ์อักษรและวาจา และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ โดยให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลในห้องแยกภายในห้องฉุกเฉิน ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ขึ้นอยู่กับปริมาณข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลนอนโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะติดตามเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยในวันถัดไปโดยสัมภาษณ์ในห้องแยกที่เป็นสัดส่วน และอนุญาตให้มีญาติของผู้ให้ข้อมูลอยู่ด้วยตลอดเวลา ตลอดการสัมภาษณ์มีการบันทึกเสียง และจดบันทึกภาคสนาม (field note) เพื่อเพิ่มความชัดเจน ครอบคลุม และป้องกันการความลำเอียงในการตีความข้อมูล การสัมภาษณ์จะยุติเมื่อไม่พบข้อมูลใหม่ๆ

หรือมีข้อสงสัยในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลบอก (data saturation)

5. ผู้วิจัยทำการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม คือ เข้าไปอยู่ในห้องฉุกเฉินและรพพยาบาลเพื่อสังเกตการปฏิบัติงาน ปฏิบัติการ การแสดงออกของผู้ให้ข้อมูลขณะใช้บริการ EMS

6. หลังการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ผู้วิจัยทำการถอดเทป และพิมพ์ข้อมูลแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อทำการเปรียบเทียบความซ้ำซ้อนของข้อมูลที่ค้นพบ ข้อมูลอ้อมตัวเมื่อพบว่าไม่มีข้อมูลใหม่จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยทำตามเนื้อหาที่ปรากฏ มีขั้นตอนตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้ (1) จัดระเบียบข้อมูลแยกตามวิธีการเก็บข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สังเกต และบันทึกภาคสนาม (2) นำเทปบันทึกที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดแบบคำต่อคำ นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกและการสังเกตบันทึกไว้ในระบบคอมพิวเตอร์ และตรวจสอบความถูกต้อง (3) อ่านเนื้อหาที่ได้เข้าไปซ้ำมาหลายๆ ครั้ง (4) กำหนดรหัสข้อมูล (coding) โดยใช้คำหลัก (วลีหรือข้อความ) (4) จัดหมวดหมู่ (categories) โดยนำรหัสข้อมูลที่คล้ายกันหรือเหมือนกันมาจัดกลุ่มเดียวกัน (5) วิเคราะห์และหารูปแบบเพื่อสร้างประเด็นหลัก (theme) เชื่อมโยงข้อมูลทั้งหมดเข้าด้วยกันภายใต้ประเด็นเดียวกัน และ (6) ตรวจสอบข้อมูลและผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เลขที่ 098/2560 และคณะกรรมการการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เลขที่ ชร 0032.102/38603 ผู้วิจัยได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลด้วยการลงนามด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนาและเก็บข้อมูลเป็นความลับ เก็บข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อจริง นำเสนอในภาพรวมและเพื่อวิชาการเท่านั้น ผู้ให้ข้อมูลขอก่อนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ที่เสียหายต่อผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเก็บรวบรวมนำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น หลังเสร็จสิ้นการวิจัยข้อมูลจะถูกทำลาย

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

สิ่งสำคัญของความน่าเชื่อถือของงานวิจัย คือ ผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ

และมีประสบการณ์ทำงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและออกเหตุรับผู้ป่วยที่ใช้บริการ EMS นานกว่า 15 ปี นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้หลักเกณฑ์ในการสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพ⁹ 4 ประการ ได้แก่ 1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) ที่มียุทธศาสตร์การประจักษ์เพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองและความคิดเห็นเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อข้อมูลอ้อมตัวผู้วิจัยทุกคนจะได้อ่านบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำและอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (methodology triangulation) ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลกับการบันทึกสะท้อนคิดของผู้วิจัย และเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสังเกตกับการสัมภาษณ์ 2) ความสามารถในการพึ่งพา (dependability) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลมีขั้นตอนการดำเนินการเหมือนกัน ใช้หลายวิธีในการเก็บข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบเชื่อมโยงข้อมูลเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น และนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ไปอภิปรายกับทีมวิจัยเพื่อลดอคติในการตีความข้อมูล 3) การถ่ายโอนผลการวิจัย (transferability) การวิจัยนี้เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงมีคุณสมบัติสอดคล้องครอบคลุมสิ่งที่ต้องการศึกษาเพื่อสามารถนำผลที่ได้ไปอ้างอิงในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้ และ 4) การยืนยันข้อมูล (confirmability) ผู้วิจัยเขียนบันทึกกิจกรรมและความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลที่ศึกษา เพื่อนำมาตรวจสอบกับผลการศึกษาที่ได้

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในการศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 10 ราย เป็นเพศหญิง 7 ราย อายุระหว่าง 61-87 ปี อายุอยู่เฉลี่ย 69.60 ปี (SD=8.00) สถานภาพสมรสคู่ 7 ราย ผู้ป่วยสูงอายุทุกคนอ่านออกเขียนได้ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัว แต่จะอยู่คนเดียวลำพังช่วงกลางวัน มีโรคประจำตัว 9 รายป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด จำนวน 5 ราย รองลงมา คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง ตามลำดับ มีจำนวน 2 รายที่มีโรคประจำตัวร่วมมากกว่า 2 โรค เรียกใช้บริการ EMS ด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบมากที่สุด จำนวน 4 ราย รองลงมา คือ อุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม 2 ราย และมีอาการไขว่ดวงตาลมแรง เวียนศีรษะ และแขนขาอ่อนแรง อาการละ

1 ราย เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 2 ราย และจำหน่ายกลับบ้าน 8 ราย โดยก่อนจำหน่ายมีการนอนสังเกตอาการในห้องฉุกเฉิน 4 ราย เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินในชุมชนจะมีบริการช่วยเหลือ 3 ราย ผู้สูงอายุรู้จักเบอร์ 1669 จำนวน 9 ราย รูปแบบการประชาสัมพันธ์ที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้จักเบอร์ 1669 มากที่สุด คือ โทรทัศน์และวิทยุจำนวน 6 ราย รองลงมา คือ การบอกแบบปากต่อปากจำนวน 4 ราย ผู้ที่โทรเรียก 1669 คือ บุตร จำนวน 6 ราย รองลงมา คือ เพื่อนบ้าน 3 ราย และตัวผู้ป่วยสูงอายุแจ้งเหตุเอง จำนวน 1 ราย สำหรับในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่เคยใช้บริการ EMS จำนวน 5 ราย รองลงมา คือ ใช้บริการ EMS 1 ครั้ง จำนวน 4 ราย และใช้บริการ EMS 15 ครั้ง จำนวน 1 ราย

การศึกษาครั้งนี้ได้สะท้อนประสบการณ์แบ่งตามลักษณะการทำงานของบริการ EMS เพิ่มเติมการดูแลที่ได้รับเมื่อถึงงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ได้แก่ 1) การเจ็บป่วยฉุกเฉินและพบเหตุ 2) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ 3) การออกปฏิบัติการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 4) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ 5) การเคลื่อนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง 6) การนำส่งสถานพยาบาล 7) การดูแลในห้องฉุกเฉิน และ 8) การดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

1. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection)

1.1 อยู่ลำพัง ลังเลใจ การเกิดเหตุมักเป็นในช่วงเวลากลางวันที่มีผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพัง หรืออยู่กับคู่สมรสซึ่งเป็นผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ผู้พบเหตุส่วนใหญ่ คือ บุตรและผู้ดูแล อาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุด คือ อาการหอบเหนื่อย รองลงมา คือ อุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ไข้ ปวดท้องรุนแรง เวียนศีรษะ และแขนขาอ่อนแรง ตามลำดับ ซึ่งเมื่อมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มักไม่แน่ใจว่าตนเองป่วยฉุกเฉินพอที่จะโทรเบอร์ 1669 จึงโทรหาบุตรหรือญาติ เพราะต้องการปรึกษาและให้ช่วยประเมินอาการของตนเองว่าฉุกเฉินหรือไม่ ก่อนที่จะโทรแจ้งเหตุ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“ตอนกลางวันลูกสาวไปทำงานไม่ได้อยู่บ้านด้วย อยู่กันสองคนตายาย” (S6)

“วันนี้ขายเพลียมาก ไม่มีแรงเลย มีไข้ด้วย ก็โทรหาลูกชาย เล่าให้เขาฟัง ถามเขาว่าจะไปเองหรือเรียกรถดี ลังเลอยู่นานเหมือนกัน” (S2)

2. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting)

2.1 โทรฟรี 24 ชั่วโมงทั่วไทย ใกล้ใกล้ให้บริการทั่วถึง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ ผู้ป่วยสูงอายุ 9 ราย รู้จักเบอร์ 1669 รับรู้ว่าโทรฟรี 24 ชั่วโมงทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ใช้บริการเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ ทราบจากการประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่างๆ ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ และป้ายโฆษณา และจากคำบอกเล่าของคนในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประธานชุมชน และเพื่อนบ้าน สำหรับเหตุผลที่ตัดสินใจแจ้งเหตุ คือ อาการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง ไม่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการระหว่างนำส่งโรงพยาบาล และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยสูงอายุจากจุดเกิดเหตุเป็นไปด้วยความยากลำบาก ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“รู้ว่าถ้าเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินต้องโทรเบอร์นี้ 1669 ดูทีวี วิทยุ ป้ายโฆษณา ก็เห็นตลอด เอาจริงๆเองก็ลำบาก ไม่มีอะไรช่วยระหว่างทาง จะขนย้ายก็ลำบาก ทุกข์ทุเล” (S9)

“พ่อหลวงบ้านบอก เขามีอบรม อสม. และมีคนไปเยี่ยมบ้าน เขาบอกว่า โทรฟรี รถไปรับก็ไม่ต้องเสียเงิน ก็ไม่รู้เพราะเพิ่งใช้ครั้งแรก แต่เขาบอกว่าใช้ได้ทั่วประเทศ ไปที่อื่นก็เรียกใช้ได้” (S2)

2.2 วาจาสุภาพ ผู้ป่วยสูงอายุ 9 ราย รู้สึกพึงพอใจกับการรับแจ้งเหตุ เนื่องจากเจ้าหน้าที่รับโทรศัพท์อย่างรวดเร็ว พุดจาสุภาพไพเราะ การรับแจ้งเหตุกระชับ ประกอบด้วย เหตุการณ์ อาการ สถานที่เกิดเหตุ จุดสำคัญใกล้กับที่เกิดเหตุ ชื่อและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อกลับ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“ลูกเป็นคนโทร เขาก็ว่า คนรับสายก็รับสายอย่างรวดเร็ว พุดจาดี ถามรายละเอียดต่างๆถึงบ้านที่อยู่ จุดสังเกต” (S8)

2.3 จำไม่ได้ โทรศัพท์ไม่คล้อง ถามเยอะกลัวตอบไม่ถูก ผู้ป่วยสูงอายุ 9 ราย ไม่โทรแจ้งเหตุด้วยตนเอง โดยเมื่อเจ็บป่วยจะโทรขอความช่วยเหลือจากบุตรก่อน จากนั้นบุตรจึงเป็นผู้โทรแจ้งเหตุให้ อุปสรรคของการแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ คือ 1) จำเบอร์โทรศัพท์ไม่ได้ 2) ใช้โทรศัพท์ไม่คล่อง 3) อาการเจ็บป่วยของตนเองเป็นอุปสรรค

ในการโทรแจ้งเหตุ 4) เป็นการเจ็บป่วยครั้งแรก จึงไม่แน่ใจว่าตนเองตอบคำถามหรืออธิบายให้เจ้าหน้าที่ผู้รับโทรศัพท์เข้าใจหรือไม่ 5) ผู้สูงอายุไม่เคยโทรเองเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน จะโทรเรียกรถพยาบาลให้ และ 6) ไม่สามารถอธิบายพิกัดบ้านตนเองได้ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมรอบบ้านที่เปลี่ยนไป บางคนย้ายมาอยู่หมู่บ้านใหม่ที่ตนไม่คุ้นเคยจึงกังวลว่าเจ้าหน้าที่จะหลงทาง ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“รู้ว่าต้องโทร 1669 แต่ครั้งนี้เป็นครั้งแรก ยังไม่เคยโทร ก็เลยโทรหาลูกๆ ดึกกว่ากลัวจะตอบคำถามไม่ถูก” (S4)

“จำอะไรไม่ค่อยได้ สีมเบอร์ โทรศัพท์ก็ใช้ไม่เก่ง...ล้มแล้วปวดขาด้วย ก็เรียกให้ญาติไปบอกประธานชุมชนโทรแจ้งให้” (S7)

“ลูกเป็นคนโทร...เขาก็บ่นว่าคนรับโทรศัพท์ถามเยอะไปหน่อย” (S8)

2.4 งดกลัว ต้องกล้า โทรครั้งหน้าสบาย

การโทรแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือมีผู้ป่วยสูงอายุ 1 ราย ที่โทรแจ้งเจ้าหน้าที่ด้วยตนเองเป็นประจำถึง 15 ครั้งในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เนื่องจากรับรู้ว่าการใช้บริการไม่ยุ่งยาก เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินใช้ความคุ้นเคยจากจำนวนครั้งการใช้บริการ ในการจดจำประวัติการเจ็บป่วยและพิกัดบ้าน ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“มาบ่อยเป็นประจำอยู่แล้ว วันนี้ตาโทรเรียกรถเอง เขาถามมาเราก็ตอบไป โทรเองครั้งแรก ๆ ก็กลัวๆ กล้าๆ แล้วครั้งต่อไปก็ไม่ยุ่งยาก เดียวนี้บอกมารับตามบุญก็จะรู้ว่าเป็นใคร ที่ไหน” (S3)

3. การออกปฏิบัติการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Response)

3.1 ถึงจุดเกิดเหตุรวดเร็ว การออกปฏิบัติการเริ่มต้นเมื่อได้รับคำสั่งจากศูนย์สั่งการให้ออกปฏิบัติการ ซึ่งออกจากรฐานภายในไม่เกิน 1-2 นาที ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายระบุว่า การออกปฏิบัติการ EMS มีความรวดเร็ว โดยพิจารณาจากระยะเวลาตั้งแต่ที่โทรศัพท์แจ้งเหตุจนกระทั่งรถพยาบาลมาถึงที่เกิดเหตุ และข้อมูลจากคนใกล้ชิดที่ตรวจสอบเวลาการรอคอย ผู้ป่วยสูงอายุบางรายที่เคยใช้บริการมากกว่าหนึ่งครั้งจนเจ้าหน้าที่จำพิกัดบ้านได้ ทำให้รถพยาบาลถึงที่เกิดเหตุเร็วกว่าการออกเหตุในครั้งแรก อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ป่วย

สูงอายุทั้งหมดไม่ทราบว่ารถพยาบาลต้องถึงที่เกิดเหตุภายในเวลาเท่าใด จากคำบอกเล่าพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุครึ่งหนึ่ง ระบุว่ารถพยาบาลมาถึงที่เกิดเหตุไม่เกิน 10 นาที ขณะที่อีกครึ่งหนึ่งคือ เวลาไม่เกิน 30 นาที บางรายสนใจเพียงแค่ว่าไม่หลงทางและมารับไม่เกิน 30 นาที ถือว่าเป็นเวลาที่ยอมรับได้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“ครั้งนี้เป็นครั้งที่สองที่ใช้บริการ...ครั้งนี้เร็ว เพราะเขาเคยมารับแล้ว” (S1)

“ไม่รู้เขากำหนดเวลาด้วยหรือ...รถมารับก็ไม่ได้ช้ามาก สักไม่เกินชั่วโมงก็พอใจแล้ว” (S8)

3.2 การจราจรติดขัด หลงทาง ผู้แจ้งเหตุ

บอกเส้นทางไม่ถูก อุปสรรคของการออกปฏิบัติการ EMS สองอันดับแรกคือ (1) การจราจรติดขัด เป็นปัญหาที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุด โดยเฉพาะช่วงเวลาก่อนและหลังโรงเรียนในเขตตัวเมืองเล็ก และ (2) การหลงทาง พบในการออกรับเหตุครั้งแรกหรือหมู่บ้านสร้างใหม่ซึ่งยังไม่เป็นที่รู้จัก เจ้าหน้าที่ค้นหาจุดเกิดเหตุไม่เจอก็จะมีการโทรติดต่อกับผู้แจ้งเหตุเป็นระยะ อย่างไรก็ตาม บางรายเสนอว่า หากจะให้ดีเยี่ยมในรถควรมีระบบและอุปกรณ์นำทางเพื่อป้องกันการหลงทาง ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“ครั้งแรกรถไปช้า เพราะบ้านอยู่ในซอย ไปหลงซอย และเป็นช่วงโรงเรียนเลิกพอดี รถติดหนัก เข้าไปอีก” (S1)

“มันก็ต้องแล้วแต่สถานที่ ความไกลนะ อย่างบ้านผม เป็นหมู่บ้านใหม่ ไม่เคยมาจะหาทางเข้ายาก ผมยังบอกทางไม่ถูก” (S8)

3.3 ควรใช้อุปกรณ์ช่วยนำทาง (GPS navigation)

ผู้สูงอายุ 1 ราย มีความเห็นว่า รถพยาบาลควรใช้อุปกรณ์นำทางไปยังจุดเกิดเหตุ เพื่อระบุตำแหน่งของผู้แจ้งเหตุให้แม่นยำ ลดการหลงทาง และทำให้เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินทราบระยะทางที่ต้อง ระหว่างการนำส่งผู้ป่วยสูงอายุไปโรงพยาบาล ขณะรถพยาบาลวิ่ง ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“พอใจมากกับการบริการ...หาไม่เจอก็โทรกลับมาถามตามเบอร์ที่ให้ไว้...ถ้าให้เสนอก็มีตัวชื่ออะไรนะเรียกไม่ถูก...ที่ไม่ทำให้หลงทางจะดีมากเลย” (S3)

4. การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care)

4.1 เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินพร้อมปฏิบัติงาน ในแต่ละเวรมีเจ้าหน้าที่ฉุกเฉินพร้อมปฏิบัติงาน จำนวน 2 ทีม เพื่อสลับกันออกเหตุหรือออกเหตุพร้อมกันกรณีมีเหตุซ้อน เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุ แต่ละทีมในเวรเข้ามีจำนวน 4 คน ได้แก่ 1) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน ทำหน้าที่ควบคุมและปฏิบัติงานร่วมกับทีมในการรักษา 2) นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (paramedic) 1 คน ทำหน้าที่ช่วยแพทย์ในการให้บริการรักษาพยาบาลขั้นสูง (Advance Life Support: ALS) และบันทึกข้อมูลในใบบันทึกการออกปฏิบัติการ 3) เวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง (EMT-Intermediate) 1 คน ทำหน้าที่เตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ในการรักษาพยาบาล เคลื่อนย้ายผู้ป่วย และประสานงานโดยใช้วิทยุสื่อสารกับศูนย์สั่งการ และ 4) เวชกรฉุกเฉินพื้นฐาน (EMT-Basic) 1 คน ทำหน้าที่เป็นพนักงานขับรถและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย สำหรับเวรป่วยและเวรตึกจะไม่มีแพทย์ออกปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุ นอกจากนี้หากนักปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินออกปฏิบัติการไม่ได้ พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินจะทำหน้าที่แทนจากการบอกเล่าของผู้ป่วยสูงอายุทุกรายระบุว่า ไม่ทราบว่าเป็นเจ้าหน้าที่ฉุกเฉินแต่ละคนเป็นใครเพราะไม่มีการแนะนำตัวและใส่ชุดสีเหมือนๆ กัน ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“ไม่รู้หรอกว่าใครเป็นใคร เขาลงมาทีเดียหลายคน ชุดมันเหมือนกันหมด...ทุกคนดูคล่องแคล่ว กระฉับกระเฉงมาก” (S10)

4.2 ร้องไว อุ่นใจ ณ จุดเกิดเหตุ เป็นการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ซึ่งเป็นไปด้วยความคล่องแคล่ว รวดเร็ว ไม่ปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกัน มีอุปกรณ์พร้อม ผู้ป่วยสูงอายุเชื่อมั่นในความสามารถของเจ้าหน้าที่ฉุกเฉิน โดยการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ สอบถามอาการและประวัติเจ็บป่วย ตรวจร่างกาย วัดความดันโลหิต วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เจาะน้ำตาลในเลือด ตามกระดุกที่สงสัยว่าอาจมีการหักและทำแผลเพื่อห้ามเลือด นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุเล่าว่า มีการสอบถามบัตรโรงพยาบาลและบัตรประจำตัวประชาชน ซึ่งเป็นการดีที่ทำให้ไม่ลืมเอกสาร บางรายเล่าว่า รู้สึกอุ่นใจและปลอดภัย ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“ดีนะเขาลงจากรถก็มีอุปกรณ์มาเลย...มาถึงก็แยกกันดู เขาก็ถามอาการ ถามโรคประจำตัว ปากก็ถามมือก็วัดความดัน อีกคนก็ทำแผล” (S5)

4.3 ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ การให้บริการรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ มีความเหมาะสม เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินพูดจาสุภาพ บอกและอธิบายการรักษาในทุกขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับทราบข้อมูลตลอดการรักษาดูแลเชื่อมั่นในคุณภาพการบริการ และไม่ต้องการให้ปรับปรุงเพิ่มเติม ผู้ป่วยสูงอายุ 3 รายเล่าว่า เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสูงอายุมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแผนการรักษาของตนเอง ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“พอรถมาถึงเห็นหมอลงมาจากรถก็อุ่นใจ...มันบอกไม่ถูก...เชื่อว่าเก่งทุกคนอยู่ในมือเขาแล้วเราปลอดภัย...เขาก็ถามว่า ถ้าพ่นยาแล้วตาหอบมากจะให้ใส่ท่อช่วยหายใจไหม ตาก็บอกว่าให้ใส่ได้เลย” (S10)

5. การเคลื่อนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit)

5.1 ปลอดภัยไม่ทำให้บาดเจ็บ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยสูงอายุเป็นไปด้วยความรวดเร็ว ปลอดภัย ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายได้รับการเคลื่อนย้ายด้วยเปลตักหรือรถเข็นปรับนอนนิ่งได้ ก่อนเคลื่อนย้ายมีการให้ข้อมูลและจัดระเบียบร่างกาย เพื่อป้องกันการบาดเจ็บซ้ำ เช่น การตามกระดุกด้วยเฟือกลม ให้ผู้ป่วยสูงอายุเอามือกดอก และนั่งหลังพิงพนักของรถเข็น เป็นต้น การเคลื่อนย้ายเป็นไปด้วยความนุ่มนวล เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินมีความชำนาญในการเคลื่อนย้ายแม้ในที่แคบหรือบันไดสูงชัน โดยมีสายรัดกันการตกและมีผู้ช่วยเหลือในการยกผู้ป่วยหลายคน รถพยาบาลสภาพดี หลังคาสูงไม่ทำให้อึดอัด ก่อนออกรถจากจุดเกิดเหตุ พนักงานขับรถให้ญาติ 1 คน เดินทางไปพร้อมกับผู้ป่วยสูงอายุ โดยนั่งด้านหน้าข้างๆ คนขับรถ และคาดเข็มขัดนิรภัย ส่วนผู้ป่วยสูงอายุจะอยู่บนเปลนอนหลังรถพยาบาลโดยมีเจ้าหน้าที่ฉุกเฉินดูแลตลอดการนำส่ง การออกรถเป็นไปตามคำสั่งของหัวหน้าทีม โดยจะออกรถเมื่อจัดระเบียบร่างกาย ตรวจร่างกาย และให้การรักษาที่สำคัญบางส่วนเรียบร้อยแล้ว เช่น ให้ออกซิเจนและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น ขณะเดินทางผู้ป่วยสูงอายุทุกรายรับรู้ตัวตนปลอดภัย รถวิ่งไม่เร็วเกินไป มีการเปิดสัญญาณเสียงและไฟขอทางตลอดเวลา เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินในรถพยาบาลมีการประสานงานที่ดีกับศูนย์สั่งการ การรักษาที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับ คือ การพ่นยา และการฉีดยาทางหลอดเลือดดำภายใต้แผนการรักษาของแพทย์ประจำทีมกรณีที่แพทย์ไม่ได้ออกเหตุด้วย ทีมเจ้าหน้าที่ฉุกเฉินสามารถ

ขอคำปรึกษาผ่านทางจอมอนิเตอร์ในรถพยาบาลได้ตลอดเวลา
ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“ไม่ได้รู้สึกว่ารวดนะ นอนอยู่ก็ไม่สะเทือนอะไร
จะรู้สึกก็ตอนเลี้ยวรถนี่แหละ เติงมันแคบ แต่
ไม่ตกหรือเพราะเค้ารัดสายไว้ นี่ดีนะได้รัดตัว
มารับ ถ้าเป็นแบบคันเล็ก ๆ นอนอยู่ก็อึดอัด
หลังคานั่นแทบจะมาชนหน้าเลย” (S4)

“เอาสายมามัดตัวไว้กับกระดานที่ยก แป๊บเดียว
ก็ยกขึ้นรถแล้ว...ลงบันไดก็ไม่ตกจากกระดานนะ
ตัวติดอยู่แบบนั้น ไม่เจ็บด้วย” (S5)

“ถึงแม้จะไม่มีหมอใหญ่ในรถพยาบาล แต่หมอ
ใหญ่ก็ตรวจและถามประวัติผ่านโทรศัพท์และ
ทีวีในรถ เมื่อมาถึงโรงพยาบาลก็ได้ไปสแกน
สมองเลย เจ้าหน้าที่บนรถก็อธิบายตลอด” (S6)

5.2 ดูแลแบบองค์รวมแม้ในภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วย
สูงอายุเล่าว่า ได้รับการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ การให้กำลังใจ
สอบถามถึงความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และ
อธิบายแผนการรักษาซึ่งช่วยให้คลายความวิตกกังวล
ลงได้มาก ตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“เจ้าหน้าที่บนรถก็อธิบายตลอด ถามเยอะเพราะ
กลัว ก็ตอบเราทุกคำถามแบบบอกด้วยว่าไม่
ต้องกลัว” (S6)

**5.3 เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินควรคาดเข็มขัดนิรภัย
ปลอดภัยไว้ก่อน** การนำส่งผู้ป่วยสูงอายุไปยังโรงพยาบาล
ต้องเป็นไปด้วยความรวดเร็ว ภายในรถพยาบาลมีเข็มขัด
นิรภัยติดตั้งที่เบาะหน้าและเบาะหลังทุกที่นั่ง รถพยาบาลวิ่ง
ด้วยความเร็วประมาณ 80-90 กม./ชม. ญาติผู้ป่วยซึ่งนั่ง
เบาะหน้าข้างคนขับและพนักงานขับรถจะคาดเข็มขัดนิรภัย
ทุกครั้งก่อนออกรถ ส่วนเจ้าหน้าที่ฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานใน
ห้องพยาบาลของรถส่วนใหญ่ไม่ได้คาดเข็มขัดนิรภัย และด้วย
ลักษณะภูมิประเทศของจังหวัดเชียงรายมีทางโค้งและเป็น
เขา ควรต้องเพิ่มความระมัดระวังมากขึ้น ดังตัวอย่างคำบอก
เล่าที่ว่า

“ดูแลบนรถฉันให้ 5 ดาวเต็มเลย เจ้าหน้าที่ที่เก่ง...
แต่เคยดูข่าวที่รถคว่ำ ก็อยากให้หมอบอกคาดเข็มขัด
รัดไว้ ถ้ารถเลี้ยวหรือมันเหวี่ยงแรงก็อาจจะไม่เจ็บตัว

ขนาดฉันนอนบนเตียงนี่มีสายรัด ตอนรถมันเข้าโค้งยังรู้สึก
เหมือนจะตกเลย ฉันเป็นห่วง” (S9)

6. การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care)

6.1 นำส่งมีคุณภาพ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายถูกนำส่งโรงพยาบาลตติยภูมิที่ทำการ
ศึกษา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มารับบริการ
เป็นประจำ ขณะนำส่งเจ้าหน้าที่ฉุกเฉินมีการประสานงานกับ
ศูนย์สั่งการเป็นระยะเกี่ยวกับเวลาออกรถ ตำแหน่งปัจจุบัน
ของรถ อาการ การรักษาที่ได้รับ เลขบัตรโรงพยาบาลหรือ
บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยสูงอายุ และสิ่งที่เจ้าหน้าที่
งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินควรเตรียมพร้อมรับผู้ป่วย เช่น การ
ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อเตรียม
การสแกนสมองของผู้ป่วยสูงอายุที่สงสัยว่าอาจมีหลอดเลือด
สมองตีบหรืออุดตัน เป็นต้น นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินยัง
เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเลือกโรงพยาบาลที่จะเข้ารับการ
รักษาด้วย

7. การดูแลในห้องฉุกเฉิน (Emergency department service)

7.1 ทันท่วงที ฉบับนี้ เมื่อถึงโรงพยาบาลจะมี
พนักงานเปลมารอรับและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยสูงอายุลงรถเข็น
นอน ผู้ป่วยสูงอายุถึงห้องฉุกเฉินจะได้รับการคัดกรองอาการ
โดยพยาบาลวิชาชีพ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เคยมารับบริการ
จะมีแฟ้มประวัติเก่าที่ถูกต้องมาเรียบร้อยแล้ว หากเป็นผู้ป่วย
สูงอายุรายใหม่ ญาติจะต้องไปติดต่อทำบัตรที่ห้องบัตร จากนั้น
พยาบาลจะจัดลำดับความเร่งด่วนในการตรวจตามอาการ
ผู้ป่วยสูงอายุ 8 ราย เล่าว่า ระยะเวลารอแพทย์ตรวจไม่นาน
และมีพยาบาลให้การดูแลเป็นอย่างดี มีผู้สูงอายุ 1 รายที่เข้า
ระบบของ Stroke fast track ทันที ดังตัวอย่างคำบอกเล่า
ที่ว่า

“ประทับใจมาก ก็ได้รับการที่มีความพร้อม
ทั้งอุปกรณ์ที่ทันสมัย ได้รับการดูแลที่รวดเร็ว
ปลอดภัย” (S6)

7.2 ห้อง/พื้นที่แยกสำหรับผู้สูงอายุ งาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉินมีผู้ป่วยหลากหลายรูปแบบ การรอตรวจ
ของผู้ป่วยสูงอายุจะแยกตามโซนแบ่งตามระดับความรุนแรง
ของอาการ จึงไม่อาจหลีกเลี่ยงเสียงรบกวนจากเตียงข้างเคียง
หรือการเห็นภาพเลือดหรือบาดแผลต่างๆ ที่มีความน่ากลัว

ผู้ป่วยสูงอายุมีความเห็นว่าควรมีห้องหรือพื้นที่แยกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุให้ห่างจากผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือผู้ป่วยอื่นที่มีสภาพน่ากลัว สามารถเข้าถึงห้องน้ำได้ง่าย และเจียบพอควร ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“ใจไม่ดี เห็นคนร้องไห้ เห็นเลือดไม่ได้ อยากให้แยกไปนอนไกลๆ เห็นแล้วจะเป็นลม ปวดขาอยู่แล้วยังได้ยินเสียงคนร้องไห้ใกล้ๆ ยิ่งปวดไปกันใหญ่” (S7)

7.3 สื่อสารเหตุผลของระยะเวลาการรอคอยให้เข้าใจ ผู้ป่วยสูงอายุบางรายไม่ทราบว่าตนเองรอคอยในส่วนใด แม้จะมีป้ายแขวนที่เปลนอนผู้ป่วยว่าขณะนี้ผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอนใด เช่น รอตรวจ รอผลเลือด และสังเกตอาการ เป็นต้น แต่ผู้ป่วยสูงอายุต้องการให้เจ้าหน้าที่ฉุกเฉิน บอกด้วยวาจาอีกครั้ง ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“ตรวจเร็วแต่ก็รอผลฉีดยานานเกือบชั่วโมงกว่าจะได้ยาฉีดแก้ปวด...ก็มีแต่พยาบาลบอกว่าให้รอผลฉีดยาแต่ไม่ได้บอกว่าทำไมต้องรอ ทำไมไม่ได้ยาแก้ปวดเลย ฉันทนปวด ไม่กล้าถาม...ถ้าบอกฉันทักใจนะว่าทำไมต้องรอ” (S8)

8. การดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Post-discharge care)

8.1 มีรถส่งเมื่อกลับบ้าน มีที่จอดรถชั่วคราวสำหรับญาติ ผู้ป่วยสูงอายุมีความเห็นว่าหลังจากใช้บริการ EMS ทางโรงพยาบาลควรมีรถส่งกลับบ้านและมีที่จอดรถชั่วคราวสำหรับญาติ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุและญาติ บางรายเล่าว่า ญาติต้องขับรถวนหลายรอบกว่าจะหาที่จอดรถได้ และหากมีเหตุที่ต้องให้ญาติติดต่อประสานงานก็ต้องรอคอยซึ่งเสียเวลาทั้งเจ้าหน้าที่ฉุกเฉินและผู้ป่วย

“อยากให้มีรถส่ง เวลากลับบ้านด้วยก็ดีนะครับ บางทีกลางคืนก็หารถยากอยู่” (S10)

8.2 ติดตามอาการหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 3 ราย ต้องการให้มี และมีการโทรศัพท์แจ้งเตือนให้มาตรวจตามนัด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่รับรู้เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินทุกคนมีภาระงานมากจึงไม่เรียกร้องให้มีการติดตามอาการหลังจำหน่ายกลับบ้าน ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“เรื่องติดตามหลังจากออกจากโรงพยาบาล ถ้ามีการติดตามได้ก็ดี แต่ถ้าไม่มีก็ไม่เป็นไร เพราะเข้าใจว่ามีคนไข้เยอะมากแต่บางครั้ง คนไข้ก็จะลืมนัดบ้าง ถ้ามีการติดตามก็จะดีมาก” (S5)

อภิปรายผล

การเจ็บป่วยฉุกเฉินและพบเหตุ: พบว่า อุปสรรคสำคัญของการพบเหตุในผู้ป่วยสูงอายุ คือ อยู่ลำพัง ลังเลใจ เนื่องจากสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไปคนวัยหนุ่มสาวออกไปทำงานนอกบ้านแล้วปล่อยให้ผู้ป่วยสูงอายุอยู่ตามลำพัง จากสถิติพบว่า จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพังมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹⁰ การอยู่คนเดียวลำพังของผู้สูงอายุยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยและต้องตัดสินใจเองจึงมักมีความลังเลที่จะไปโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามข้อแนะนำสำหรับผู้สูงอายุ คือ **งดกลั้วต้องกล้า** เพื่อให้การโทรครั้งหน้าสบาย เนื่องจากการให้ผู้สูงอายุได้ฝึกที่จะใช้เทคโนโลยีต่างๆ ต้องมาจากการได้ลองทำด้วยตัวเองซ้ำๆ หรืออาจเรียนรูจากคนใกล้ตัว ซึ่งมั่นใจและยอมรับในการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ถือว่ามีความสำคัญที่จะทำให้การฝึกฝนเกิดความสำเร็จ¹¹ นอกจากนี้อาจฝึกให้ผู้สูงอายุได้ตอบคำถามต่างๆ ที่อาจใช้แจ้งเหตุ เช่น การบอกแผนที่บ้านทางโทรศัพท์ จุดสังเกตของบ้าน เป็นต้น

การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ: พบว่า บริการ EMS โทรฟรี 24 ชั่วโมง ใกล้ไกลให้บริการทั่วถึง แสดงให้เห็นว่า บริการ EMS ของโรงพยาบาลตติยภูมิที่ทำการศึกษาเป็นไปตามยุทธศาสตร์หลักของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 ที่ต้องการให้คนไทยทุกคนเข้าถึงบริการ EMS ที่เป็นไปตามมาตรฐานได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ของจังหวัดทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย² ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ทราบว่า การโทรศัพท์แจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ หมายเลขโทรศัพท์ 1669 สามารถโทรแจ้งได้ทั่วประเทศฟรี 24 ชั่วโมง สะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุรับรู้การให้บริการ EMS มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเทศไทย พบว่า ประชาชนรู้จักหมายเลข 1669 มากขึ้น ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตมีการโทรแจ้งเหตุทางหมายเลข 1669 สูงถึงร้อยละ 80¹² นอกจากนี้ พบว่า เจ้าหน้าที่ที่รับโทรศัพท์ด้วย

วาทะความสุภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่ที่มีจิตบริการ (service mind) ซึ่งเป็นคุณสมบัติของผู้ให้บริการที่ดีจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจ¹³ ด้านอุปสรรคต่อการโทรแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือคือ **จำไม่ได้ โทรศัพท์ไม่คล่องถามเยอะ กลัวตอบไม่ถูก** สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการซักถามมากทำให้ผู้โทรแจ้งเหตุเกิดความวิตกกังวล¹⁴ ผู้สูงอายุไม่แจ้งเหตุเองเนื่องจากใช้โทรศัพท์มือถือไม่เป็น และร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุมักจะโทรไปยังบริการขององค์กรการบริหารส่วนท้องถิ่นมากกว่าที่จะโทร 1669 เนื่องจากไม่ต้องรอนานและไม่ซักถามมาก⁷

การออกปฏิบัติการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน: การบริการ EMS ในเขตเมืองจะถึงจุดเกิดเหตุรวดเร็ว ผู้ป่วยสูงอายุครึ่งหนึ่งได้รับการเข้าถึงบริการ EMS เป็นไปตามมาตรฐานที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด คือ ภายใน 10 นาที¹ ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุบางส่วนไม่ได้ให้ความสำคัญว่ารถพยาบาลจะต้องมาถึงภายในเวลาตามมาตรฐานกำหนด แต่ต้องการเพียงให้รถพยาบาลมารับที่บ้านถูกต้องเท่านั้น สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เหลือได้รับการเข้าถึงบริการ EMS ล่าช้ากว่าเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจาก **การจราจรติดขัด หลงทาง ผู้แจ้งเหตุบอกเส้นทางไม่ถูก** สอดคล้องกับการศึกษาระยะเวลาการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วย EMS โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ที่พบว่า 4 สาเหตุแรกที่ทำให้ถึงจุดเกิดเหตุช้าเกินกว่าเวลาตามมาตรฐาน คือ สภาพถนน ขรุขระทางโค้งมาก การจราจรติดขัด เจ้าหน้าที่ขับรถไม่ชำนาญเส้นทาง และผู้แจ้งเหตุไม่สามารถระบุสถานที่เกิดเหตุได้ตามลำดับ¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ Saensak¹⁴ ที่พบว่าเจ้าหน้าที่ขับรถไม่รู้จักเส้นทาง ทำให้การมารับล่าช้าเกินกว่า 10 นาที ผู้ป่วยสูงอายุมีความเห็นว่า รถพยาบาล **ควรใช้อุปกรณ์ช่วยนำทาง (GPS navigation)** ซึ่งรถพยาบาลของโรงพยาบาลตติยภูมิที่ทำการศึกษาค้นคว้าได้ติดตั้ง GPS navigation เกือบทุกคัน แต่การที่พนักงานขับรถหลงทาง อาจเนื่องจากการใช้ระบบ GPS navigation ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ: ผู้ป่วยสูงอายุให้ข้อมูลว่า **เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินพร้อมปฏิบัติงาน** ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีนโยบายสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ไปอบรม และฝึกฝนทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน EMS อย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินมีความรู้ที่ทันสมัย เกิดความมั่นใจ และมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน การศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคและความสัมพันธ์ของ

ความพึงพอใจในงานพยาบาล กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจและการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่า หนึ่งในอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานอย่างมืออาชีพของพยาบาลกู้ชีพ คือ แรงบันดาลใจในการเพิ่มพูนความรู้ที่ทันสมัย ซึ่งผู้บริหารควรมีนโยบายส่งเสริมให้พยาบาลไปอบรมเพิ่มพูนความรู้ที่ทันสมัยในงานของตนเอง¹⁶ เมื่อเจ้าหน้าที่ฉุกเฉินมีความรู้จากการฝึกอบรมและมีความพร้อมในการปฏิบัติงานส่งผลให้การปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุเป็นไปด้วยความ **รวดเร็ว** ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึก **อุ่นใจ** มีความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาลถือว่าเป็นไปตามมาตรฐานกระบวนการดูแลผู้ป่วยของบริการ EMS¹ นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ **ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ** ถือเป็นการสร้างความร่วมมือและทำให้เกิดความปลอดภัยในการรักษาซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการสุขภาพ¹⁷

การเคลื่อนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง: ผู้สูงอายุมีความเห็นว่าบริการ EMS มีความ **ปลอดภัยไม่ทำให้บาดเจ็บ** อธิบายได้ว่า เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินทุกคนได้รับการอบรมเทคนิควิธีการลำเลียงและขนย้ายผู้ป่วยมาเป็นอย่างดี ซึ่งเป็นไปตามหลักการของมาตรฐานบริการ EMS ที่ยึดหลักสำคัญไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บเพิ่ม¹ นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยสูงอายุได้รับ **การดูแลแบบองค์รวมแม้ในภาวะฉุกเฉิน** ตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนกระทั่งถึงโรงพยาบาล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวม (holistic care) หมายถึง การดูแลทั้งด้านร่างกายที่เกิดจากความเจ็บป่วยและด้านจิตใจที่มีความวิตกกังวล เช่น การตอบข้อซักถามต่างๆ และการอธิบายการพยาบาลทุกขั้นตอนที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับ เป็นต้นจากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลฉุกเฉินโดยประสบการณ์พยาบาล และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางแพทย์พบว่า การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมถือเป็นสิ่งสะท้อนถึงการให้การดูแลฉุกเฉินที่มีคุณภาพสูง¹⁸ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยสูงอายุมีความเห็นว่า **เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินควรคาดเข็มขัดนิรภัยปลอดภัยไว้ก่อน** ทุกครั้งที่รถพยาบาลเคลื่อนที่ ซึ่งในรถพยาบาลทุกคันจะมีเข็มขัดนิรภัยทุกที่นั่ง แต่การที่เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินไม่คาดเข็มขัดหรือปลดเข็มขัดนิรภัยขณะปฏิบัติงานอาจเนื่องจากเพื่อความคล่องตัวในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูงอายุหรืออาจเกิดจากเจ้าหน้าที่ยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการคาดเข็มขัดนิรภัย เนื่องจากพื้นที่ออกเหตุเป็นบริเวณในตัวเมืองที่คุ้นชิน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเจ้าหน้าที่ฉุกเฉินมักไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถพยาบาลในประเทศไทย¹⁹

การนำเสนอสถานพยาบาล: พบว่า การนำเสนอมีคุณภาพดีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อาจเนื่องจากปัจจุบันองค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้นำหลักการเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people centered approach) มาบูรณาการในบริการด้านสุขภาพ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขของไทยนำหลักการดังกล่าวมาปฏิบัติ โดยจัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) และถ่ายทอดนโยบายดังกล่าวไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินใส่ใจการให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกและตัดสินใจเกี่ยวกับการเข้ารับบริการสุขภาพของตนเองมากขึ้น การให้ผู้ป่วยสูงอายุเลือกโรงพยาบาลที่จะเข้ารับการรักษาถือเป็น การปฏิบัติงานด้วยจริยธรรมและคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นหลัก เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุและมีผลต่อความพึงพอใจในการบริการสุขภาพ²⁰

การดูแลในห้องฉุกเฉิน: พบว่า การดูแลที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับมีความ **ทันสมัย ฉับไว** เนื่องจากโรงพยาบาล ตติยภูมิที่ทำการศึกษาคือเป็นแหล่งฝึกอบรมบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical education) จึงมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ครบครัน และทันสมัยพร้อมรองรับผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกประเภท นอกจากนี้ระบบการดูแลรักษาของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อเนื่องเชื่อมโยงกับบริการ EMS มีหลักการจัดบริการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบริการที่ทันเวลาตามระดับความเร่งด่วน²¹ จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการคัดกรองและประเมินอาการอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยสูงอายุต้องการให้มีห้อง/พื้นที่แยกสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมมีความวุ่นวาย เสียงดังสร้างความตกใจและกลัวแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งการจัดสถานที่ให้อ่อนแอวยต่อผู้สูงอายุ จะช่วยลดปัจจัยกระตุ้นภาวะสับสน และความตึงเครียดของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี²¹ นอกจากนี้การ **สื่อสารเหตุผลของระยะเวลาการรอคอยให้เข้าใจ** ยังมีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุคลายความวิตกกังวลและเกิดความเข้าใจต่อแผนการรักษา ถือเป็นทักษะที่สำคัญในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการ EMS ปี 2556 ใน 24 จังหวัด พบว่า อุปสรรคอย่างหนึ่งของการให้บริการของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพเจ้าหน้าที่พูดไม่รู้เรื่อง บอกไม่ชัดเจน¹⁴

การดูแลหลังจำหน่าย: ผู้ป่วยสูงอายุมีความเห็นว่าทางโรงพยาบาลควร **มีรถส่งเมื่อกลับบ้าน มีที่จอดรถชั่วคราวสำหรับญาติ** ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากพื้นที่ของ

โรงพยาบาลรัฐมีจำนวนจำกัด ส่วนใหญ่จัดพื้นที่จอดรถไว้ให้บุคลากรในโรงพยาบาลเป็นหลัก ร่วมกับปัจจุบันมีการก่อสร้างอาคารหลายหลัง เพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการ จึงทำให้พื้นที่สำหรับการจอดรถลดลง สำหรับบริการรถส่งผู้ป่วยกลับบ้านนั้นมีโอกาสเป็นไปได้น้อย เนื่องจากปัจจุบันการให้บริการ EMS เป็นบริการฟรีที่ได้รับเงินอุดหนุนจากสำนักงานงบประมาณ กระทรวงการคลัง ซึ่งงบประมาณดังกล่าวที่ได้รับยังไม่เพียงพอต่อการพัฒนาระบบ EMS ให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานอย่างเท่าเทียม² นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุยังมีความเห็นว่าโรงพยาบาลควรมีการ **ติดตามอาการหลังจำหน่ายกลับบ้าน** อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีข้อจำกัด เช่น ความจำสั้น บกพร่องการได้ยิน หรือไม่เข้าใจการสื่อสาร ร่วมกับขณะอยู่ห้องฉุกเฉินอาจไม่มีความกังวลใจ เนื่องจากยังมีแพทย์และพยาบาล แต่เมื่อกลับบ้านและต้องไปดูแลตนเองอาจมีข้อสงสัยเกิดขึ้นหรือไม่แน่ใจในการปฏิบัติตนจึงอยากได้รับคำแนะนำเพิ่มเติม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาลมีความสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางกายภาพหลายประการ ซึ่งก่อนจำหน่ายกลับบ้านควรมีการแจกเอกสารหรือคู่มือการดูแลตนเอง เพื่อให้กลับไปศึกษาและปฏิบัติตามที่บ้านได้อย่างถูกต้อง และควรประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เกี่ยวกับการติดตามอาการเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน²²

ข้อจำกัด

การศึกษานี้ทำให้เข้าใจประสบการณ์ของผู้ป่วยสูงอายุในการใช้บริการ EMS โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคเหนือตอนบน ซึ่งอาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงในโรงพยาบาลที่มีบริบทแตกต่างกันได้

สรุป

ผลการศึกษาการให้บริการ EMS ตามการรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า 1) ประสบการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉินและพบเหตุ ได้แก่ อยู่ลำพัง ลังเลใจ 2) ประสบการณ์การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ ได้แก่ โทรฟรี 24 ชั่วโมงทั่วไทย โกลีโกลีให้บริการทั่วถึง วาจาสุภาพ จำไม่ได้ โทรศัพท์ไม่คล้องตามเยาะ กล่าวตอบไม่ถูก และงดกแล้ว ต้องกล่าว โทรครึ่งหน้าสบาย 3) ประสบการณ์การออกปฏิบัติการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ถึงจุดเกิดเหตุรวดเร็ว การจราจรติดขัดหลงทาง ผู้แจ้งเหตุบอกเส้นทางไม่ถูก และควรใช้อุปกรณ์ช่วยนำทาง 4) ประสบการณ์การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน

ณ จุดเกิดเหตุ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินพร้อมปฏิบัติงาน
ว่องไว อุ่นใจ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ 5) ประสบการณ์
การเคลื่อนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง ได้แก่ ปลอดภัย
ไม่ทำให้บาดเจ็บ ดูแลแบบองค์รวมแม้ในภาวะฉุกเฉิน และ
เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินควรคาดเข็มขัดนิรภัยปลอดภัยไว้ก่อน 6)
ประสบการณ์การนำส่งสถานพยาบาล ได้แก่ นำส่งมีคุณภาพ
ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 7) ประสบการณ์การดูแลในห้องฉุกเฉิน
ได้แก่ ทันสมัย อบอุ่น ห้อง/พื้นที่แยกสำหรับผู้สูงอายุ และ
สื่อสารเหตุผลการดูแลอย่างเข้าใจ และ 8)
ประสบการณ์การดูแลหลังจำหน่าย ได้แก่ มีรถส่งเมื่อกลับบ้าน
มีที่จอดรถชั่วคราวสำหรับญาติ และติดตามอาการหลังจำหน่าย
กลับบ้าน

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาสามารถให้ข้อเสนอแนะเพื่อไปปรับปรุง
คุณภาพการดูแลดังต่อไปนี้

1. โรงพยาบาลควรมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการให้
บริการ EMS แก่ผู้ป่วยสูงอายุ โดยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
ควรมีการจัดพื้นที่สำหรับการให้บริการแก่ผู้ป่วยสูงอายุ และ
พัฒนาระบบสารสนเทศเกี่ยวกับบริการ EMS เช่น การใช้
เทคโนโลยีนำทาง (GPS navigation) ในการหาพิกัดบ้าน
ผู้ป่วยสูงอายุและบันทึกไว้ เพื่อใช้ในการออกเหตุรับผู้ป่วยใน
ครั้งต่อไปและให้เกิดประโยชน์สูงสุด
2. เจ้าหน้าที่ประจำงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกท่าน
ควรได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และ
การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุและญาติ
3. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนา
รูปแบบการให้บริการ EMS แก่ผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อให้เกิดการ
บริการที่มีประสิทธิภาพ และเป็นแบบอย่างให้แก่งานอุบัติเหตุ
และฉุกเฉินที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยสูงอายุทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่มี
คุณค่า ขอบพระคุณมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงที่สนับสนุนทุน
การวิจัย และขอบพระคุณเจ้าหน้าที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ทุกท่านที่สนับสนุน
การวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Wangsree K. The EMS system in Thailand. Srinagarind Med J. 2013; 28(4) 69-73. Thai.
2. National Institute for Emergency Medicine. The national emergency medical service plan, the 3 rd version (2017-2020). Bangkok: Union Creation; 2016. Thai.
3. Shankar KN, Bhatia BK, Schuur JD. Toward patient-centered care: A systemic review of older adults' views of quality emergency care. Ann Emerg Med. 2014; 63(5), 529-50. doi: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.07.509>
4. Platts-Mills TF, Leacock B, Cabanas JG, et al. Emergency medical services use by the elderly: Analysis of a statewide database. Prehosp Emerg Care. 2010; 14(3), 329-33. doi: 10.3109/10903127.2010.481759.
5. Huang CC, Chen WL, Hsu CC, et al. Elderly and nonelderly use of a dedicated ambulance corps' emergency medical services in Taiwan [Internet]. BioMed Res Int; 2016 [cited 2017 June 17]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/1506436>
6. Ministry of Social Development and Human Security. Thai elderly: Current and future. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2014. Thai.
7. Khansakorn N, Silawan T, Rawiworrakul T, et al. The study on emergency medical service for the elderly [Internet]. 2016 [cited 2017 June 17]. Available from: <http://www.niems.go.th>
8. Singchongchai P. Principles and using qualitative research in nursing and health update 3 rd ed. Songkhla: Chanmuang; 2009. Thai.
9. Holloway I, Wheeler S. Qualitative research in nursing and healthcare 3 rd ed. Oxford: Blackwell; 2010.
10. National Statistical Office. The 2014 survey of the older person in Thailand. Bangkok: Text and Journal Publication; 2014.

11. Barnard Y, Bradley MD, Hodgson F, et al. Learning to use new technologies by older adults: Perceived difficulties, experimentation behavior and usability. *Computer in Human Behavior*. 2013; 29(4), 1715-24. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.02.006>
12. Ponsen K, Wachiradilok P, Sirisamutr T, et al. The situation and the factors that affect the use of emergency medical services at the emergency department of patient emergency in Thailand [Internet]. 2016 [cited 2017 June 17]. Available from: <https://bit.ly/2L8DbXt>
13. Nawsuwan K, Singhasem P, Nawsuwan S, et al. Factors predicting service-mind behaviors of registered nurses of community hospitals in southern border provinces of Thailand. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2016; 8(3), 51-62. Thai.
14. Saensak S. Assessment of the satisfaction level of emergency medical services 2016 [Internet]. 2016 [cited 2017 June 17]. Available from: <https://bit.ly/2L4sd8m>
15. Sitthing P, Pongpanich P, Prakob N. Emergency operation timing of emergency operation unit at Jainad Narendra Hospital [Internet]. 2018 [cited 2018 July 3]. Available from: <https://bit.ly/2udQjUw>
16. Rahimzadeh M, Zafarnia N, Borhani F, et al. Barriers professional competence and its relationship with job satisfaction of nurses' moral distress and pre-hospital emergency city of Bam and Jiroft in 1393. *Int J Med Res Health Sci*. 2016; 5(5), 47-51.
17. Yobonput P. The participation of the patient to create safety in health services. *ASJ PSU*. 2016; 27(3), 127-38. Thai. doi: <http://dx.doi.org/10.14456/asj-psu.2016.42>
18. Salminen-Tuomaala M, Leikkola P, Paavilainen E. Emergency health care professionals' experiences of factors that influence care quality and safety. *Clinical Nursing Studies*. 2015; 3(3), 60-8. doi: <https://doi.org/10.5430/cns.v3n3p60>
19. Sethasathien A, Sirisamutr T, Wachiradilok P, et al. Situation and causes of ambulance crash in Thailand. *JHSR*. 2015; 9(3), 279-93. Thai.
20. Wongchaiya P, Ampansirirat A, Pinjai P. Patient-centered care: Health care services for the 21st Century. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2017; 4, 361-71. Thai.
21. Department of Medical Services. Guideline for ER service delivery [Internet]. 2018 [cited 2018 July 9]. Available from: <https://bit.ly/2NIobhn>
22. Sanprasan P, Wattradul D, Suthipong N. Discharge planning of patients treated with percutaneous coronary intervention (PCI): perspective of elderly patients with ischemic heart disease and caregivers. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2017. 28(1), 142-53. Thai.