

ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

นางสาวกมลพรรณ รามแก้ว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

A WORKING EXPERIENCE OF ACCIDENT AND EMERGENCY NURSES

Miss Kamonpan Ramkaew

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาล

อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โดย

นางสาวกมลพรรณ รามแก้ว

สาขาวิชา

การบริหารการพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(พันโทหญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์)

กมลพรรณ งามแก้ว : ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.

(A WORKING EXPERIENCE OF ACCIDENT AND EMERGENCY NURSES)

อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 188 หน้า.

ในการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 12 คน รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และบันทึกเทป นำข้อมูลมาถอดแบบคำต่อคำ การสัมภาษณ์สิ้นสุดลงเมื่อได้ข้อมูลที่อิ่มตัว และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Crist and Tanner

ผลการศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบประเด็นจากงานวิจัย ดังนี้

1. หน่วยงาน ER เป็นด่านหน้า ดูแลรักษาเวลาฉุกเฉิน ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1.1) เหมือนตลาดสด ผู้คนมากมาย ทุกอย่างดูุ่นวาย จ๊อกแจ๊กจอยแจ 1.2) เหมือนถังขยะเหมือนบาตรพระ รับผู้ป่วยทุกโรคทุกราย และ 1.3) เหมือนกึ่งหน่วยผู้ป่วยนอกบวกกับหน่วยผู้ป่วยใน

2. เลือกทำงานที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยลักษณะงานที่ทำทลายความสามารถ

3. เหตุการณ์เกินคาดหมาย เกิดขึ้นมากมายภายใต้งาน ER ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 3.1) ผู้ป่วยและญาติหลากหลาย เข้ามาใช้บริการ 3.2) ทำงานประสานกับหลายส่วน มีเรื่องปั่นป่วนต้องแก้ไข และ 3.3) ปัญหาในหน่วยงาน ต้องจัดการแก้ไข

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงบริหารจัดการทางการพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อไป

สาขาวิชา.....การบริหารการพยาบาล.....ลายมือชื่อ.....

ปีการศึกษา.....2556.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5272418123 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS : ACCIDENT AND EMERGENCY ROOM NURSES

KAMONPAN RAMKAEW : A WORKING EXPERIENCE OF ACCIDENT AND EMERGENCY NURSES. ADVISOR : ASST. PROF. AREEWAN OUMTANEE, Ph.D.,199 pp.

The purpose of this qualitative study is to describe work experience of emergency room nurses. Hermeneutic phenomenology of Martin Heidegger was applied as research methodology. The 12 emergency room nurses who have been working in a Tertiary hospital at least 5 years were selected by using purposive sampling technique. The in-depth interview with tape-record was used for data collection. The interview ended after data saturation. All interviews were transcribed verbatim and analyzed by using content analysis of Crist and Tanner's method.

The results of research consisted of 3 major themes as follows :

1. The emergency room (ER) is the first front of emergency care including 3 sub-themes: 1.1) ER as a local fresh market which is very crowded and confusing, 1.2) ER as a garbage can or monk's begging bowl in which it has to support all kinds of patients and 1.3) ER is mixed unit of OPD and IPD .

2. Working at ER is challenging

3. Various problems to solve while working at ER including 3 sub-themes: 3.1) Problems flow patients and their family, 3.2) Problems with other units and 3.3) Problems within an ER.

The study findings lead to be a guideline to effective management in accident and emergency room and improve potential performance of nurses in accident and emergency room.

Field of Study : Nursing Administration..... Student's Signature.....

Academic Year : 2013..... Advisor's Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ดี ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อารีวรรณ อ่วมตานี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ให้กำลังใจ ให้โอกาสได้เรียนรู้ และพัฒนากระบวนการคิด พร้อมทั้งชี้แนะทางการทำวิจัยที่ถูกต้อง ตามระเบียบวิธีวิจัย และจริยธรรมในการวิจัย พร้อมทั้งแสดงความห่วงใย เอาใจใส่ตลอดเวลา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและซาบซึ้งในความเมตตากรุณาเป็นที่สุด และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้กำลังใจ ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง และกราบขอบพระคุณ พันโทหญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้คำแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆทำให้วิทยานิพนธ์มีความชัดเจนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ความรู้อย่างดีด้วยความรักความเมตตาตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษา ณ ที่นี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งยิ่งและจะจดจำไว้ในใจตลอดไป ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนบางส่วนในการวิจัย

ขอขอบพระคุณท่านผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่เห็นความสำคัญและสละเวลาให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณเพื่อนๆหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้เป็นกัลยาณมิตรที่คอยเอาใจใส่ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมถึงให้ความรักและความปรารถนาดีตลอดระยะเวลาที่ศึกษาร่วมกัน ณ สถาบันนี้

ท้ายที่สุดนี้ขอขอบคุณบิดา มารดาผู้ให้กำเนิดและผู้ซึ่งเป็นแรงบันดาลใจให้ศึกษาต่อ ขอขอบคุณ คุณณัฐพร นาคฤทธิ ผู้ให้ความห่วงใย กำลังใจให้ต่อสู้กับอุปสรรคและความช่วยเหลือในการทำวิจัยตลอดมา ขอขอบคุณบุคคลในครอบครัวทุกท่านที่คอยห่วงใยผู้วิจัยเสมอมา และขอขอบคุณบุคคลอื่นที่ไม่สามารถกล่าวนามได้หมดสำหรับความช่วยเหลือ ความเอื้ออาทรและกำลังใจที่มีต่อผู้วิจัยตลอดมาจนผู้วิจัยสำเร็จการศึกษาได้อย่างภาคภูมิใจ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
แนวคิดเบื้องต้น.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	8
ลักษณะทั่วไปของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	9
การปฏิบัติงานของบุคลากรหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	11
ปัญหาการทำงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	12
การปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	16
ภาวะวิกฤตในการปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	28
การประสานงานที่ดีในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	32
การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	34
การตัดสินใจแก้ปัญหาในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	37
การจัดการความขัดแย้งในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	39

	หน้า
การจัดการการไหลเวียนในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	43
ความเครียดในการทำงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	44
การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	49
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	57
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	60
บริบทของพื้นที่ในการศึกษา.....	60
ผู้ให้ข้อมูล.....	60
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	61
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล.....	65
บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย.....	67
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
บทที่ 5 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	126
อภิปรายผลการวิจัย.....	130
ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้.....	145
รายการอ้างอิง.....	147
ภาคผนวก.....	160
ภาคผนวก ก.....	161
ภาคผนวก ข.....	170
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	188

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล.....	173
2 ตารางแสดงประเด็นสำคัญที่ได้จากสัมภาษณ์.....	174

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นด่านแรกของโรงพยาบาลที่ต้องให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและภาวะฉุกเฉินจากอาการของโรคต่างๆ โดยลักษณะการบริการเน้นให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินและวิกฤตโดยให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง (ยูเรศ สิริพิชญาน์, 2550) แก่ผู้รับบริการทุกช่วงอายุ ทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันและเรื้อรัง ผู้ป่วยฉุกเฉิน เร่งด่วนและไม่เร่งด่วนที่ได้รับบาดเจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจ การเจ็บป่วยด้วยปัญหาซับซ้อนจากระบบต่างๆทั้ง อายุกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม จักษุ หูคอจมูกและจิตเวช เมื่อผู้ป่วยมาถึงหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินพยาบาลจะทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อคัดแยกจัดลำดับความเร่งด่วนในการให้บริการ

พยาบาลเป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีจำนวนมากที่สุดและเป็นบุคลากรหลักในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (สันต์ หัตถิรัตน์, 2547) ซึ่งปฏิบัติงานโดยเน้นการช่วยผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่คุกคามชีวิต (Life-threatening condition) (American Association of Critical Care Nursing, 2005) ซึ่งต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีเพื่อให้รอดชีวิต ภาวะแทรกซ้อนตลอดจนสามารถใช้ชีวิตที่เหลือได้อย่างมีคุณภาพ โดยพยาบาลเป็นบุคคลแรกที่พบผู้ป่วย จึงต้องทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยตามลำดับความเร่งด่วนในการรักษาเพื่อส่งไปรับการตรวจวินิจฉัย ปฐมพยาบาลเบื้องต้นหรือให้บริการอย่างเร่งด่วน (Fast track) ตามอาการและอาการแสดง และบริหารจัดการให้ผู้ป่วยที่มีอาการไม่ฉุกเฉินได้รับการตรวจที่แผนกอื่นจำแนกตามพยาธิสภาพของโรค ยกเว้นผู้รับบริการนอกเวลาราชการจะได้รับบริการในลำดับถัดจากผู้ป่วยระยะวิกฤตหรือส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่น ช่วยเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการตรวจพิเศษหรือผ่าตัดฉุกเฉินตลอดจนร่วมกับทีมสุขภาพในการกู้ชีวิต จะเห็นได้ว่าการทำงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีภาระงานมาก บางครั้งมีงานล้นมือไม่สามารถหยุดพักได้ (Hageness, Kreitzer and Kinney, 2002) ในแต่ละวันไม่มีรูปแบบการทำงานตายตัว เนื่องจากอุบัติเหตุและภาวะฉุกเฉินมักเกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์ได้ล่วงหน้า บางครั้งมีเหตุการณ์วิกฤตเกิดขึ้นทำให้ขาดความราบรื่นในการปฏิบัติงาน

ภาวะวิกฤต คือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดหมาย ทำให้ตกอยู่ในภาวะคับขัน (Smith, 2005) ซึ่งเป็นภาวะที่บุคคลไม่รู้หนทางที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ ในการจัดให้บริการของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอาจเต็มไปด้วยปัญหาหลายรูปแบบทำให้เกิดสถานการณ์ที่เกินคาดหมายก่อให้เกิดปัญหาและอุปสรรคกระทั่งเป็นภาวะวิกฤตในการทำงาน เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวกแม้กระทั่งผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินก็เลือกมารับบริการเช่นกัน เพราะมีความสะดวกและรวดเร็ว ทำให้จำนวนผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น (Derlet and Richards, 2002; Thomson, 2010) ซึ่งหากผู้รับบริการมาพร้อมกันเป็นจำนวนมากทำให้เกิดความคับคั่งในพื้นที่ให้บริการ เรียกสภาวะดังกล่าวว่า ภาวะความแออัดในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency department crowding) การบริหารจัดการเพื่อระบายผู้ป่วยทำได้ยากซึ่งภาวะดังกล่าวเป็นภาวะวิกฤตในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั่วโลก (Yamane, 2003) โดยในสหรัฐอเมริกาพบว่าปัญหาดังกล่าวเกิดจากผู้รับบริการที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีและผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีผู้มารับบริการมากขึ้น จนเกิดภาวะความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (McCain and Bult, 2005) ภาวะวิกฤตดังกล่าวเกิดจากความต้องการรับบริการ มีมากกว่าศักยภาพและความพร้อมในการให้บริการทั้งจำนวนบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เนื่องจากภาวะวิกฤตจะทำให้ต้องทำงานภายใต้อัตรากำลังและทรัพยากรที่จำกัด (Velianoff, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิษฐา อรัญดร (2545) เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลและบริหารจัดการของพยาบาลขณะเกิดภาวะวิกฤตน้ำท่วมโรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่าภาวะวิกฤตเป็นภาวะที่ขาดแคลนบุคลากรได้แก่ แพทย์ พยาบาล พนักงานเปล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งผลกระทบจากไม่สามารถบริหารจัดการปัญหาความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาในการรอคอยเพื่อรับบริการมากขึ้น (Olshaker and Rathlev, 2006) เกิดความล่าช้าในการรักษา (Derlet and Richards, 2002) ส่งผลให้การดำเนินของโรคเลวร้ายลงทำให้อัตราการตายเพิ่มขึ้น (Richardson, 2006; Sprivulis et al., 2006)

จากภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดหมายล่วงหน้าทำให้ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกิดความเครียดและวิตกกังวล จึงมีความคาดหวังต่อการได้รับบริการเพราะต่างก็คิดว่าปัญหาของตนเองมีความสำคัญและเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไขโดยเร็วที่สุด และต้องการข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ภาวะของโรค แนวทางการรักษาตลอดจนขั้นตอนการดำเนินการต่างๆ ซึ่งในสถานการณ์ที่พยาบาลต้องทำงานด้วยความรีบเร่ง เพื่อช่วยผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะคุกคามชีวิตจึงต้องทำงานแข่งกับเวลา ประกอบกับปริมาณงานที่มีจำนวนมาก

พยาบาลไม่ได้ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติในทันที จึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ครบถ้วน และเนื่องจากผู้ที่มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงต้องคัดกรองผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามความรุนแรงของโรค เมื่อการให้บริการไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ผู้รับบริการต้องรอนานและไม่ได้รับข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความคลุมเครือในกระบวนการรักษาเนื่องจากไม่สามารถรับรู้ข้อมูลหรือนำไปประกอบการตัดสินใจได้ ผู้รับบริการจึงเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เอะอะวอวาย ข่มขู่ หรือคุกคามการทำงานของพยาบาลหรือพยาบาลอาจโดนทำร้ายด้วยการกระทำ อีกทั้งยังทำให้ผู้รับบริการขาดความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์และพยาบาลหรือไม่พึงพอใจในบริการได้ สิ่งเหล่านี้ก็นำไปสู่การฟ้องได้ (Schwake, 2003; Shives, 2005) นอกจากนี้ในการทำงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่สามารถปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้เพียงลำพัง ต้องมีการติดต่อประสานงาน (Howard et al., 2005) กับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลเพื่อช่วยในการรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการทำงานร่วมกับหลายฝ่ายทำให้การประสานงานเป็นไปอย่างลำบาก อาจเกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลข่าวสารเนื่องจากสื่อสารที่ขาดความชัดเจน หรือความคิดเห็นไม่ตรงกัน นำมาซึ่งความขัดแย้งในการปฏิบัติงาน เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานที่กล่าวมาพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องเผชิญกับภาวะเครียดและกดดันจากปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน จึงต้องมีความสามารถรับมือแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแต่ละวันปัญหาที่เข้ามาจะมีความแตกต่างกัน (Seitel, 2007) หรือแม้เป็นปัญหาเดียวกันแต่อาจต้องใช้หลากหลายวิธีในการแก้ปัญหา อาจต้องมีการผสมผสานทักษะต่างๆ ในการแก้ปัญหา ซึ่งไม่ได้ถูกกล่าวไว้ในตำราใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนั้นการแก้ปัญหาต้องอาศัยประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละรายที่จะดึงศักยภาพในการบริหารจัดการของตนมาประยุกต์ใช้

แม้ว่าจะมีงานวิจัยส่วนหนึ่งให้ความสำคัญกับกลุ่มพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น การศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (จวีรัตน์ คงทอง, 2539) เชาว์อารมณ (เสาวรส คงชีพ, 2545) และคุณภาพชีวิตการทำงาน (ภัทรา เผือกพันธ์, 2545) ซึ่งผลการวิจัยส่วนใหญ่จะให้ค่าเฉลี่ยโดยรวมของตัวแปรที่ศึกษาตามความสนใจของผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามตามกรอบที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ส่วนการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ (อรทัย ปึงวงศานุรักษ์, 2540; ภัทรมน ทับสูงเนิน, 2552) ข้อจำกัดของผลการวิจัย คือ ระบุเฉพาะรายด้านของสมรรถนะแต่ไม่ได้

ระบุข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์นำร่องประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 3 คน ในระหว่างเมษายน พ.ศ. 2555 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2555 จากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น พบประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้ 1) **ควบคุมสถานการณ์ฉุกเฉิน** หากเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินที่มีผู้รับบริการเข้ามาพร้อมกันจำนวนมาก เกิดความโกลาหลในการให้บริการ พยาบาลต้องมีการปรับแผนเฉพาะหน้า ระดมบุคลากรเพิ่มขึ้น กระจายงานให้บุคลากรรับผิดชอบตามความสามารถของแต่ละบุคคล รวมถึงการมอบหมายให้มีผู้ช่วยเหลือรอบนอกคอยตรวจสอบปัญหาและจัดการแก้ไขอย่างเร่งด่วน 2) **ประสานงานให้ราบรื่น** พยาบาลต้องทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานทั้งในและนอกโรงพยาบาลเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย บางครั้งอาจเกิดความขัดแย้งขึ้นได้ การสร้างความเข้าใจด้วยการสื่อสารจึงมีความสำคัญสำหรับพยาบาลในหน่วยงานนี้ทั้งการประสานงานกับญาติผู้ป่วยและพยาบาลต่างแผนก บุคลากรสุขภาพอื่นๆในทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 3) **จัดระเบียบพื้นที่เพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย** ในผู้ป่วยภาวะวิกฤตและฉุกเฉินที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะในพื้นที่ช่วยฟื้นคืนชีวิตที่ญาติไม่สามารถเข้าได้ ญาติผู้ป่วยอาจไม่พึงพอใจคิดว่ากีดกันไม่ให้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแล คิดว่ามีการปกปิดข้อมูลหรือขั้นตอนการช่วยชีวิต พยาบาลต้องมีการบริหารจัดการ เช่น การให้ข้อมูลการรักษาในขณะที่ช่วยชีวิตเป็นระยะ ให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การรักษา และแสดงให้เห็นถึงการช่วยชีวิตผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถโดยจัดพื้นที่ที่สามารถมองเห็นโดยไม่เป็นอุปสรรคในการทำงาน

นอกจากการจัดการกับภาวะวิกฤตดังกล่าวแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังกล่าวถึงมุมมองการทำงานที่ทำให้เกิดประสบการณ์ทั้งทางบวกและทางลบ ดังนี้ 1) **เป็นงานท้าทาย** เนื่องจากต้องมีความรู้ที่หลากหลายเพื่อให้กระบวนการพยาบาลที่ถูกต้อง ต้องอาศัยทั้งทักษะ องค์ความรู้และประสบการณ์ควบคู่กัน กระบวนการช่วยชีวิตเป็นสิ่งสำคัญที่สุด หากมีศักยภาพเพียงพอจะสามารถช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยได้ ได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพและผู้ป่วย ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในวิชาชีพ 2) **ได้เรียนรู้สิ่งใหม่** ปัจจุบันมีโรคเกิดขึ้นมากมาย ทั้งโรคระบาด การเจ็บป่วยเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง การเกิดสาธารณภัย เนื่องจากเป็นหน่วยงานด่านแรกที่ต้องให้บริการกับผู้ป่วย เมื่อเกิดโรคระบาดหรือโรคติดเชื้อชนิดใหม่จะต้องเรียนรู้โรคและการรักษาพยาบาลก่อนหน่วยงานอื่น ทำให้ต้องกระตือรือร้นพัฒนาตนเองและถ่ายทอดความรู้ให้บุคลากรหรือหน่วยงานอื่น และเป็นหน่วยงานลำดับแรกที่ต้องรองรับการเกิดสาธารณภัย ได้เรียนรู้การมีสติเพื่อแก้ไขเหตุการณ์ที่นอกเหนือความคาดหมาย 3) **เรียนรู้การทำงานร่วมกับ**

บุคลากรที่หลากหลาย เนื่องจากต้องมีการติดต่อประสานงานร่วมกับบุคลากรหรือหน่วยงานต่างๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล เรียนรู้การทำงานเป็นทีม ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นและสถานการณ์ต่างๆ ส่วนประสบการณ์ด้านลบ ได้แก่ 1) **ภาระงานมาก** มีบทบาทหน้าที่หลายอย่างในเรื่องการให้ปฏิบัติการพยาบาลและการบริหารจัดการ มีผู้ใช้บริการมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ได้มีภาวะฉุกเฉินหรือวิกฤต ต้องทำงานด้วยความเร่งรีบมุ่งให้ความสำคัญที่การทำงานเป็นหลัก ทำให้การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ลดลง 2) **เกิดความขัดแย้งกับผู้ร่วมงาน** ทั้งการทำบทบาทหน้าที่ไม่เป็นไปตามที่ผู้ร่วมทีมคาดหวัง ความคิดเห็นที่แตกต่าง การสื่อสารที่ผิดพลาด กฎระเบียบแต่ละหน่วยงานซึ่งแตกต่างกัน ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน 3) **เกิดความเครียดได้ง่าย** จากการทำงานที่ต้องเร่งด่วนและต้องตัดสินใจถูกต้อง ความคาดหวังในบริการของผู้ป่วยสูง การไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ร่วมทีม และ 4) **มีโอกาสร้องเรียนสูง** ผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้น และคาดหวังในบริการที่สะดวกรวดเร็ว เมื่อไม่เป็นไปตามที่คาดหวังจะทำให้เกิดความไม่พอใจในบริการ นำไปสู่การร้องเรียนหรือฟ้องร้อง ทำให้เสียขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน จากประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์นำร่อง จะเห็นได้ว่าพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องปฏิบัติงานทั้งการบริหารจัดการ การปฏิบัติทางคลินิกและบริการ และด้านจริยธรรมทางกฎหมายและสังคม ซึ่งเป็นภาระงานที่มีมากซึ่งต้องดำเนินการให้เสร็จในเวลาที่มีจำกัด ทำให้พยาบาลต้องรีบเร่งทำงานก่อให้เกิดความรู้สึกเครียดกับการทำงาน แต่อย่างไรก็ตามความรู้สึกทางบวกที่เกิดขึ้นในขณะที่ปฏิบัติงานก็มีส่วนทำให้พยาบาลกลุ่มนี้ยังคงปฏิบัติงานเป็นพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาจากประสบการณ์ตรงของบุคคลจากสถานการณ์ที่เป็นจริง เพื่อทำความเข้าใจกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในการปฏิบัติงาน การจัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลในการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายการการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

คำถามการวิจัย

การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นอย่างไร

แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดบทบาทของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของ ดนุลดา จามจรี (2551) ซึ่งประกอบด้วย 1) ปฏิบัติการพยาบาล โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการศูนย์กลาง 2) คัดกรองและจัดลำดับความรุนแรงของปัญหาการเจ็บป่วย (Triage and prioritization) 3) ประเมิน วิเคราะห์ วินิจฉัยทางการพยาบาล ระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการรักษาและประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ ภายใต้ข้อจำกัดทั้งที่ทราบและไม่ทราบปัญหาของการเจ็บป่วยมาก่อน 4) เตรียมพร้อมปฏิบัติการในภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ (Emergency and disaster operations preparedness) 5) ดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและช่วยชีวิตฉุกเฉิน (Stabilization and resuscitation) 6) ให้การดูแลในภาวะวิกฤตสำหรับกลุ่มคนเฉพาะ (Crisis Intervention for Unique Patient Population) 7) ดำเนินการเชิงรุกในสถานการณ์แวดล้อมที่ไม่สามารถควบคุมได้หรือไม่สามารถคาดการณ์ได้ (Provision of care in uncontrolled or unpredictable environment) 8) มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลต่อเนื่อง (Continuum of care) และ 9) ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพื่อป้องกันการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยใช้เป็นแนวคิดเบื้องต้นในการสร้าง ข้อคำถามในการสัมภาษณ์ ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนข้อคำถามไปตามเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์เป็นหลัก

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ บรรยายประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของ Martin Heidegger คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 12 คน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ใช้วิธีการบันทึกเทปร่วมกับการจดบันทึกเป็นหลักฐานในการเก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว (Saturation)

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หมายถึงการบอกเล่า เหตุการณ์หรือสิ่งประสบการณ์ที่ประสบมาด้วยตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตลอดจนการดำเนินการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานให้ลุล่วงไปด้วยดีของพยาบาลวิชาชีพหน่วยอุบัติเหตุและ

ฉุกเฉิน ซึ่งพยาบาลบุคคลนั้นถ่ายทอดจากเหตุการณ์ที่ประสบมาด้วยตนเอง โดยมีประสบการณ์การทำงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 5 ปี

หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หมายถึง หน่วยงานที่จัดให้บริการแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทุกประเภทที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน ทันทีทันที และมีประสิทธิภาพโดยเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับวางแผนพัฒนาพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพในการพัฒนาหลักสูตรจัดฝึกอบรมพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษากิจการปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร บทความ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยดังนี้

1. หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 1.1 ลักษณะทั่วไปของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 1.2 การปฏิบัติงานของบุคลากรหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 1.3 ปัญหาการทำงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. การปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 2.1 ภาวะวิกฤตในการปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 2.2 การประสานงานที่ดีในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 2.3 การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 2.4 การตัดสินใจแก้ปัญหาในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 2.5 การจัดการความขัดแย้งในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 2.6 การจัดการการไหลเวียนในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 2.7 ความเครียดในการทำงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาลซึ่งเป็นด่านแรกในการจัดให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเจ็บป่วยกะทันหันที่อยู่ในสภาวะวิกฤตและฉุกเฉินที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและต้องจัดให้มีบริการ 24 ชั่วโมง (Jenkin, 1978) ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีอาจสูญเสียชีวิตได้ ซึ่งมีลักษณะการทำงานดังกล่าวแตกต่างจากการทำงานแผนกอื่น (ยูวเรศ สิริธิดาญญบัญชา, 2550) โดยผู้ที่เข้ารับบริการมีปัญหา ความเจ็บป่วยหลากหลายรูปแบบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หลายระบบทั้งด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรมและจิตเวช จึงต้องสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่ขั้นตอนการคัด

กรองตามความเร่งด่วนของอาการ การตรวจร่างกายและปฐมพยาบาลเบื้องต้น การใส่ระวางการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดง การให้ข้อมูล (Information) การให้ความรู้ (Education) และการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ ตลอดจนการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่เหมาะสม ซึ่งจำเป็นต้องบูรณาการทั้งความรู้ แนวคิด ทฤษฎี ทักษะและประสบการณ์ในการทำงานควบคู่กัน

1.1 ลักษณะทั่วไปของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การทำงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถนำมาแยกเป็นภารกิจหลักของงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามมาตรฐานการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุข (2540) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1.1 จัดหน่วยงานบริการพยาบาล เชื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพทั้งในภาวะปกติและการมีอุบัติเหตุร้ายหมู่ โดยตำแหน่งที่ตั้งของหน่วยให้บริการที่จำเป็นได้แก่ ติดต่อบริเวณคัดกรองผู้ป่วย ห้องตรวจรักษา ห้องช่วยฟื้นคืนชีวิต รถเข็น/เปลนอน อยู่ในที่ๆสะดวก รวดเร็ว เหมาะต่อการให้บริการ ในบริเวณรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุร้ายหมู่ กำหนดไว้ชัดเจน และสะดวกต่อการให้บริการผู้ป่วยได้แก่ จุดคัดกรอง จุดรับผู้ป่วยบาดเจ็บเล็กน้อย-ปานกลาง-ผู้ป่วยหนัก/วิกฤต และผู้ป่วยหมดหวัง/เสียชีวิต และลักษณะสภาพแวดล้อมทั่วไปและภายในหน่วยงาน สะอาด ไม่มีกลิ่นอับชื้นอากาศถ่ายเทดี จัดวางวัสดุครุภัณฑ์เป็นระเบียบ

1.1.2 อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้และเวชภัณฑ์ พร้อมใช้งานได้ทันทีโดยมีการตรวจสอบจำนวนและประสิทธิภาพของเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นทุกวันเช่น อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีวิต มีการบำรุงรักษาเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นแต่ละอย่าง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมีการสำรวจวัสดุ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์เพียงพอสำหรับให้บริการภาวะฉุกเฉินปกติและอุบัติเหตุร้ายหมู่

1.1.3 ทีมให้บริการพยาบาลมีความพร้อม ในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในภาวะฉุกเฉิน ปกติและ อุบัติเหตุร้ายหมู่ มีจำนวนทีมให้บริการแต่ละเวรประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 คน โดยบุคลากรแต่ละระดับทราบทำหน้าที่/บทบาทของตนเองในแผนรับอุบัติเหตุร้ายหมู่ มีการอบรม/เสริมความรู้/ทักษะ ก่อนประจำการแก่บุคลากรทุกระดับเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและการเคลื่อนย้ายและมีการอบรม/เสริมความรู้/ทักษะระหว่างประจำการแก่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีวิต การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน

1.1.4 ระบบบริการพยาบาลที่สามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีการส่งเสริมให้การบริการรวดเร็ว เช่น การต้อนรับ การอำนวยความสะดวก มีระบบบริการ ที่สามารถ

ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุร้ายแรงได้อย่างทันเหตุการณ์ ระบบนัดสำหรับแจ้งผู้ป่วยหรือติดตามผู้ป่วยที่ต้องรักษาต่อเนื่อง มีการจัดทำแผนพัฒนา ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินรองรับอุบัติเหตุร้ายแรงและผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ที่สอดคล้องกับสภาพของท้องถิ่น มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย และตรวจสอบประสิทธิภาพของอุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็นทุกวัน มีการรับ-ส่งเวร ในแต่ละรอบเวรเกี่ยวกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละรายและ/หรือเหตุการณ์สำคัญ เช่นผู้ป่วยเสียชีวิต ทรัพย์สินผู้ป่วย มีความพร้อมระบบบริการพยาบาลเชิงรุก ให้บริการในพื้นที่จุดเกิดเหตุ มีระบบการบันทึกข้อมูล และ/หรือรายงานเกี่ยวกับอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์ชัดเจนเป็นระบบ มีการนำข้อมูลจากการบันทึกต่างๆ รายงานการรวบรวมข้อมูล สถิติที่สำคัญมาวิเคราะห์หาแนวทาง/วิธีการป้องกันและพัฒนาระบบงานให้เป็นรูปธรรม มีแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัย สอดคล้องกับนโยบายการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีต่างๆและเจ้าหน้าที่ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้

1.1.5 กระบวนการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยเป็นระบบและตอบสนองปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน โดยมีความพร้อมในการเตรียมผู้ป่วยเป็นระบบและตอบสนองปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ใช้มีกระบวนการเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการรักษาพยาบาล โดยมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยทุกราย ครอบคลุมข้อมูลการเจ็บป่วย ปัญหา/ความต้องการการพยาบาล การประเมินผลและการนัดหมายเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง

1.1.6 มีกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง โดยหัวหน้างานมีการส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรม การวิเคราะห์ประเมินและปรับปรุงคุณภาพบริการ มีกระบวนการติดตามและพัฒนาคุณภาพ โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการวิเคราะห์ ทบทวนหาข้อบกพร่องในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสำหรับนำไปปรับปรุงรูปแบบการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการรายงานผล การเฝ้าติดตาม/การวิเคราะห์/ข้อมูลคุณภาพทางการพยาบาลให้กับผู้เกี่ยวข้องทราบ และปรับปรุงระบบบริการจากผลการเฝ้าติดตาม/ทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูล

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่าหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นด่านหน้าของโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงแก่ผู้รับบริการทุกประเภทเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเร่งด่วน ซึ่งหากไม่ได้รับการช่วยเหลือได้ทันท่วงทีอาจทำให้เสียชีวิต หรือเกิดความพิการได้ เป็นการทำงานร่วมกันของบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีพยาบาลเป็นบุคลากรที่มี

จำนวนมากที่สุดในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อก่อให้เกิดคุณภาพในการให้บริการ

1.2 การปฏิบัติงานของบุคลากรหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ในการปฏิบัติงานเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วยบุคลากรหลัก คือ แพทย์ พยาบาล และผู้บริหาร ซึ่งจัดตั้งขึ้นในรูปของคณะกรรมการ โดยมีตัวแทนจากแต่ละแผนกเข้ามาร่วมในการวางนโยบายและปรับปรุงการบริการให้เป็นที่พึงพอใจแก่ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ (จารุวรรณ พรรคพานิช, ภัทรา นิโคธธา และจินตนา ตันติกุล, 2546) นอกจากนี้ยังต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพหรือบุคลากรในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยสนับสนุนให้การทำงานของบุคลากรหลักเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งบุคลากรของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอาจมีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล สำหรับบุคลากรของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลตติยภูมิในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วยบุคลากรดังต่อไปนี้

1) อาจารย์แพทย์ด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน มีบทบาทในด้านบริหารและบริการ กล่าวคือ เป็นที่ปรึกษาของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการเสนอแนะแนวทางการรักษาแก่แพทย์ประจำบ้านในผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยซับซ้อน ช่วยแพทย์ประจำบ้านตรวจผู้รักษาผู้ป่วย แก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่มีความยุ่งยากเกินศักยภาพของแพทย์ประจำบ้านและพยาบาล บริหารจัดการการไหลเวียนของผู้ป่วยในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยเป็นผู้พิจารณาและลงความเห็นให้ผู้ป่วยรับการรักษาในหอผู้ป่วยตามเหมาะสม

2) แพทย์ประจำบ้าน หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีแพทย์ประจำบ้านทุกสาขาเฉพาะทางตลอด 24 ชั่วโมง ได้แก่ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน อายุรกรรม ศัลยกรรม จิตเวช กุมารเวช สูติ-นรีเวช จักษุและโสตนาสิก ซึ่งต้องมีรายชื่อแพทย์ที่อยู่เวรและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อของแพทย์แต่ละแผนก เพื่อความพร้อมที่จะรับคำปรึกษาซึ่งจะทำให้เกิดความสะดวกและรวดเร็วในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งบทบาทของแพทย์ประจำบ้านคือการตรวจรักษาแก้ไขภาวะความเจ็บป่วย โดยมีแพทย์ประจำบ้านหัวหน้าเวรแต่ละแผนกมีหน้าที่ในการรายงานปัญหาให้อาจารย์แพทย์รับทราบ

3) แพทย์ฝึกหัดหรือนักศึกษาแพทย์เวชปฏิบัติ มีบทบาทหน้าที่ในการตรวจรักษาผู้ป่วยเน้นการเรียนรู้ภาคปฏิบัติจากสถานการณ์จริงภายใต้การควบคุมดูแลของอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน โดยบันทึกและเขียนคำสั่งการรักษาลงในเวชระเบียนผู้ป่วยซึ่งมีการลงชื่อกำกับของอาจารย์แพทย์หรือแพทย์ประจำบ้าน

4) พยาบาล มีบทบาทหน้าที่ในการคัดกรองประเมินความเจ็บป่วยและส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาในพื้นที่ให้บริการภายในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และส่งต่อไปรับการรักษาในแผนกบริการผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยในตามลักษณะการเจ็บป่วย ร่วมทีมกับแพทย์ในการช่วยฟื้นคืนชีวิต ให้ปฏิบัติการพยาบาลต่างๆตามแผนการรักษา ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่น ให้คำแนะนำในขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วย

5) บุคลากรต่างๆ เช่น ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่ธุรการ เภสัชกร เจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่แผนกรังสี พนักงานแปล เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยสัมพันธ์และคนงาน ซึ่งมีส่วนสำคัญในการให้บริการแก่ผู้รับบริการทั้งสิ้น

สรุปได้ว่าการทำงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่สามารถปฏิบัติงานได้เพียงลำพังต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและบุคลากรจากหน่วยงานต่างๆเพื่อให้ปฏิบัติตามบทบาทในตำแหน่งหน้าที่ต่างๆในการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ก่อให้เกิดคุณภาพสูงสุดในการบริการ

1.3 ปัญหาการทำงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นการทำงานที่ต้องอาศัยความเร่งด่วน ฉับไว ทำงานแข่งกับเวลาเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างทัน่วงที่ การทำงานในแต่ละวันไม่สามารถคาดเดาล่วงหน้าได้ว่าต้องเผชิญกับเหตุการณ์ใด บางครั้งเกิดปัญหาที่ไม่เคยประสบมาก่อนหรือเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิตการทำงาน สถานการณ์เช่นนี้นอกจากจะลดศักยภาพในการปฏิบัติงานแล้วยังส่งผลทางด้านจิตใจ ความรู้สึก และอารมณ์ของบุคลากร พยาบาลคือผู้ให้บริการที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดโดยต้องทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นทั้งทีมสุขภาพ และองค์กรอื่นนอกโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาพยาบาลและการให้บริการ ซึ่งต้องทำหน้าที่ทั้งเป็นผู้ประสานงาน ผู้จัดการระบบหรือแม้แต่เป็นผู้ปฏิบัติการให้การพยาบาล ดังนั้นในทุกๆระยะของการทำงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงเต็มไปด้วยปัญหาและอุปสรรคหรือความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ซึ่งอรพวรรณ โตสิงห์ (2550) ได้สรุปปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินดังนี้

1.3.1 ปัญหาด้านอัตรากำลัง อัตรากำลังที่ไม่เพียงพอส่งผลต่อคุณภาพการทำงาน เนื่องจากการบริการหลายอย่างในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นบทบาทหน้าที่ในขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ไม่สามารถมอบหมายให้บุคลากรต่ำกว่าวิชาชีพปฏิบัติแทนได้ หากมีผู้รับบริการจำนวนมากเกินสัดส่วนผู้ให้บริการ ทำให้ภาระงานเกินกำลังของผู้ปฏิบัติงาน

ไม่สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของงาน ไม่กล้าตัดสินใจในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงเพื่อเลือกแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสม

1.3.2 ปัญหาด้านการปฏิบัติภารกิจเกินขอบเขตของการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิในเขตภูมิภาคต้องปฏิบัติภารกิจบางอย่างที่เกินขอบเขตการปฏิบัติวิชาชีพหรือปฏิบัติภารกิจบางอย่างที่เกินขอบเขตการปฏิบัติวิชาชีพ หรือเกินกว่าความรู้ที่ได้เตรียมมาในกระบวนการเรียนการสอนระดับพื้นฐาน ได้แก่ การตรวจ การวินิจฉัยแยกโรค การรักษาโรค การทำหัตถการบางอย่าง การตัดสินใจในการส่งต่อผู้ป่วยเนื่องจากจำนวนแพทย์ไม่เพียงพอ หรือในยามวิกาล ไม่มีแพทย์เวรหรือตามแพทย์ไม่ได้ แต่ให้คำแนะนำการรักษาทางโทรศัพท์ การปฏิบัติดังกล่าวทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง เกิดความเครียดและบ่อยครั้งที่เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติแล้วแพทย์ไม่รับผิดชอบ ปัญหาดังกล่าวมีผลกระทบด้านขวัญและกำลังใจของพยาบาล ทำให้พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีอัตราการลาออก หรือย้ายงานสูงมาก ยิ่งก่อให้เกิดปัญหาการขาดแคลนมากขึ้น

1.3.3 การปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยง ลักษณะงานในหน่วยหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ถือเป็นด่านหน้าของสถานบริการสุขภาพ เป็นหน่วยงานเปิดรับผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง ลักษณะผู้ป่วยและผู้นำส่งบางครั้งเป็นผู้ป่วยคดี บางครั้งเป็นผู้ต้องหา ซึ่งทำให้พยาบาลมีความเสี่ยงในการให้การพยาบาลอย่างมาก ในการปฏิบัติงานยามวิกาลในสถานบริการบางพื้นที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อสวัสดิภาพและชีวิตโดยเฉพาะในกรณีที่พยาบาลอยู่เวรคนเดียว หรืออยู่เวร 1-2 คน นอกจากนั้นการปฏิบัติภารกิจบางอย่าง เช่น การส่งต่อผู้ป่วยหนักไปยังหน่วยบริการที่มีความพร้อมด้านการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่จำเป็นต้องส่งต่อในยามวิกาล ทำให้พยาบาลเกิดความเครียดมาก และไม่มีหลักประกันใดๆรองรับความเสี่ยงภัย

1.3.4 การปฏิบัติงานที่มีลักษณะเสี่ยงสูงต่อการถูกร้องเรียนเชิงกฎหมาย และจริยธรรมเนื่องจากหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นงานด่านหน้า ที่ต้องเผชิญกับผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยอาการหนัก ผู้ป่วยใกล้ตายหรือการบาดเจ็บที่เป็นหมู่คณะ ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้นำส่งมักตกอยู่ในภาวะวิกฤตและมีความเครียดสูง มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง มีความคาดหวังต่อบริการที่รวดเร็ว และที่สำคัญคือการคาดหวังต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย ตามหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียนหรือการฟ้องร้องในเรื่องการปฏิบัติการของพยาบาลพบว่า พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นพยาบาลที่ถูกร้องเรียนมากที่สุด และประเด็นที่ถูกร้องเรียนมักเป็นประเด็นเรื่อง คุณภาพของการบริการ ดังนั้น นอกจากพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความสามารถ

สูงในการจัดการภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ยังต้องมีความสามารถสูงในการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ดีกับครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องด้วย

นอกจากนี้การให้บริการของหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนมากซึ่งเรียกว่าภาวะความแออัดในแผนกฉุกเฉิน (Emergency Department Crowding) นับเป็นปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่แผนกฉุกเฉินทั่วโลกต้องเผชิญมาตั้งแต่อดีต ซึ่ง ACEP (American College of Emergency Physicians) ได้ให้คำจำกัดความของ Emergency Department Crowding ว่าเป็นภาวะความไม่สมดุลระหว่างความต้องการรับบริการที่แผนกฉุกเฉินกับทรัพยากรที่มีอยู่ซึ่งภาวะดังกล่าวมักเกิดเมื่อมีผู้มารับบริการมากกว่ากำลังของบุคลากรและสถานที่ โดย ENA (Emergency Nurse Association) เชื่อว่าปัญหาภาวะความแออัดของแผนกฉุกเฉินเกิดขึ้นจากหลายปัจจัยเช่น การปิดตัวของโรงพยาบาลและศูนย์กู้ชีพผู้ป่วยอุบัติเหตุขั้นสูง (Trauma center) จำนวนการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินเพิ่มขึ้น จำนวนเตียงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลไม่เพียงพอและการขาดแคลนกำลังของบุคลากร

ยูเรศ สติธิชาญบัญชา (2550) กล่าวถึงปัญหาความแออัดของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินว่าส่งผลกระทบต่อภาพรวมทั้งหมด ผู้ป่วยบางส่วนต้องได้รับการดูแลรักษาอยู่นอกบริเวณการตรวจรักษา เช่น บริเวณทางเดินเพื่อรอสังเกตอาการหรือรอรับไว้ในโรงพยาบาล นอกจากนี้ปัญหาความแออัดคับคั่งยังทำให้การคัดแยกผู้ป่วยหรือการคัดกรองเกิดความผิดพลาดได้มากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยที่นอนรอจำเป็นต้องใช้แพทย์ พยาบาลและทรัพยากรต่างๆ ซึ่งอาจเกิดการขาดแคลนทรัพยากรดังกล่าวโดยเฉพาะเมื่อมีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือเข้าข่ายวิกฤตเข้ามา จะทำให้ความเสี่ยงในสิ่งแวดล้อมที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยเฉพาะผู้ป่วยหนักเนื่องจากขาดแคลนทรัพยากรดังกล่าวที่จะทำให้บริการหรือดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง

นอกจากปัญหาและการปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่กล่าวมาแล้วจากการสัมภาษณ์นำร่อง ผู้วิจัยพบประเด็นเกี่ยวกับการจัดการกับการปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนี้ 1) **จัดการภาวะคุกคามชีวิต** ต้องมีความสามารถสูงในการจัดการกับภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การตรวจคัดกรองและจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยประเมินปัญหาและต้องสามารถให้การดูแลเบื้องต้นได้ทันที การช่วยชีวิตเป็นความสำคัญลำดับแรกต้องมีความสามารถในการช่วยชีวิตขั้นต้นและการช่วยชีวิตขั้นสูง ซึ่งต้องอาศัยองค์ความรู้ ทักษะ ร่วมกับประสบการณ์ในการเป็นสมาชิกทีมสุขภาพช่วยกู้ชีวิต หากมีผู้ป่วยวิกฤตพร้อมกันเกิดความยากลำบากในการบริหารจัดการและการตัดสินใจ ต้องทำงานแข่งกับเวลา การรักษาบางโรคจะมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อวินิจฉัยและรักษาพยาบาล ต้องใช้ความ

รวดเร็วและแม่นยำโดยทำงานแข่งกับเวลาที่กำหนด 2) **ช่วยควบคุมการหมุนเวียนผู้รับบริการ** ผู้ป่วยจำนวนมากซึ่งไม่สอดคล้องกับจำนวนเจ้าหน้าที่ทำให้ไม่สามารถดูแลได้อย่างครอบคลุม ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือภาวะวิกฤตไม่ได้รับการประเมินที่ทันท่วงที จึงต้องมีการบริหารจัดการการหมุนเวียนผู้ให้บริการให้เหมาะสมกับบุคลากร ตั้งแต่กระบวนการคัดกรองเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาแผนกอื่นตามปัญหาการเจ็บป่วย การส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาโรงพยาบาลอื่น หากแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านต้องมีกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว การทำความสะอาดและเตรียมเตียง การระบายผู้ป่วยออกจากหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องและเหมาะสม อีกทั้งยังสามารถรับผู้ป่วยรายใหม่ได้ 3) **แก้ไขสถานการณ์คับขัน** ต้องติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลอื่นในทุกช่องทางสื่อสารเพื่อระบายผู้ป่วยหากผู้รับบริการเข้ามาเป็นจำนวนมากพร้อมกันเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลในผู้ป่วยจิตเวชที่ทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยติดสารเสพติดมีอาการทางระบบประสาท โดยต้องเก็บอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่อาจใช้เป็นอาวุธ จัดพื้นที่ปลอดภัยและเป็นสัดส่วนให้ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายผู้รับบริการรายอื่นไปอยู่ที่ปลอดภัย หากไม่สามารถควบคุมความรุนแรงของสถานการณ์เหล่านี้ได้ต้องประสานงานกับศูนย์รักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ตำรวจในท้องที่เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานและผู้รับบริการรายอื่น และ 4) **ติดต่อปฏิสัมพันธ์กับผู้ครอบครัว** การปฏิบัติงานที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องมีการติดต่อประสานงานกับบุคลากรหลายระดับทั้งที่มสสหสาขาวิชาชีพ และบุคลากรหรือหน่วยงานภายนอก รวมทั้งผู้รับบริการ บางครั้งเกิดความขัดแย้งระหว่างหน่วยงาน จากการปฏิเสธการรับผู้ป่วยหรือการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาโรงพยาบาลอื่นหรือการรับผู้ป่วยกลับมีการสื่อสารข้อมูลผิดพลาดหรือไม่ครบถ้วน จึงต้องใช้หลักการประสานงานที่ดีกับผู้ร่วมงาน ในกรณีที่ต้องติดต่อกับผู้รับบริการต้องให้ข้อมูลและแจ้งขั้นตอนการรักษาเป็นระยะ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน มักมุ่งเน้นให้การช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยเป็นสำคัญ ขาดการให้ข้อมูลแก่ญาติ สถานการณ์เหล่านี้ทำให้เกิดความขัดแย้งต้องใช้การจัดการความขัดแย้งโดยแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

กล่าวได้ว่าปัญหาที่เกิดจากการจากการทำงานในรูปแบบต่างๆที่ถือเป็นภาวะวิกฤตในการปฏิบัติงาน นอกจากทำให้คุณภาพบริการลดลง ผู้ปฏิบัติงานเองเกิดความรู้สึกเครียด ไม่มีความสุขในการทำงาน จำเป็นต้องบริหารจัดการปัญหาต่างๆให้หมดไปเร็วที่สุดเพื่อสามารถให้กระบวนการดูแลผู้รับบริการสามารถดำเนินต่อไปในทิศทางที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ พยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเองต่างรู้สึกมั่นใจในศักยภาพของตนเองที่จะให้บริการแก่ผู้รับบริการ

2. การปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้รับบริการใช้การดูแลแบบองค์รวมทั้งคน สุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการพยาบาล ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วยและการได้รับบาดเจ็บ การบรรเทาความเจ็บป่วยโดยใช้การวินิจฉัยและการรักษา การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้กระบวนการพยาบาล เช่น การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การกำหนดตัวชี้วัดของผลลัพธ์ การวางแผนการพยาบาล การให้ปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผล สำหรับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลประจำการในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล การให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2542) กำหนดไว้ดังนี้

1) การตรวจคัดกรองผู้ป่วย (Triage)

1.1) ตรวจประเมินอาการสำคัญที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย การประเมินอาการผู้ป่วยเป็นการรวบรวมข้อมูลสำหรับใช้ในการประเมินว่า มีความผิดปกติใดเกิดขึ้นกับผู้ป่วย กิจกรรมการประเมินต้องการความรวดเร็วเพียงใดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค หรือการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับจากสภาพที่เห็นครั้งแรก เมื่อผู้ป่วยเข้ามาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งเป็นการประเมินอาการเบื้องต้น (Primary assessment) โดยยึดเอาปัญหาความเจ็บป่วยที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมาก่อนเป็นอันดับแรก

1.2) ให้ความช่วยเหลือตามแนวทางที่กำหนด เกี่ยวกับการช่วยหายใจ ช่วยฟื้นคืนชีวิต การห้ามเลือด การช่วยเหลือสนับสนุนการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต (Circulation support) หรือการตามอวัยวะที่หัก

1.3) ระบุตัวบุคคลผู้ป่วย (Patient identification) ให้ชัดเจนเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว

1.4) วิเคราะห์จัดระดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยแต่ละรายบนพื้นฐานข้อมูลที่รวบรวมได้

The American Hospital Association ได้จำแนกประเภทผู้ป่วยที่มาใช้บริการจากงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ออกเป็น 3 ประเภท (วนิดา ออปะเสริฐศักดิ์, อรรณี เกตุกราย, วิมลรัตน์ วิสิฐสุตธาพงศ์, 2546) ตามความรุนแรงของโรคและอาการดังนี้ 1) ภาวะฉุกเฉินมาก (Emergent) เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที การรีรอจะทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิต หรือความพิการ ภาวะเหล่านี้ได้แก่ หัวใจหยุดเต้น การอุดตันของทางเดินหายใจ เจ็บหน้าอก ช็อก ภาวะเลือดออกมาก บาดเจ็บรุนแรงหลายแห่ง 2) ภาวะเร่งด่วน (Urgent) เป็นภาวะที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจัดเป็นอันดับรองจากกลุ่มแรก ถ้าปล่อยทิ้งไว้ไม่ให้การ

รักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง อาจทำให้สูญเสียชีวิต หรือพิการได้ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง เช่น อาการปวดหัวรุนแรงของอวัยวะต่างๆที่อวัยวะรุนแรง กระตุกหัก การบาดเจ็บของอวัยวะต่างๆตกลือด ซีดมาก คลื่นไส้ อาเจียน ถูกพิษหรือได้รับยาเกินขนาด และ 3) ภาวะไม่รีบด่วน (Non urgent) เจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่ฉุกเฉิน ไม่จำเป็นต้องใช้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น ไข้หวัด เจ็บคอ ริดสีดวงทวาร ปวดหลัง ตกขาว อุบัติเหตุที่มีแผลถลอก หรือมีอาการฟกช้ำเพียงเล็กน้อย ในขณะที่แนวคิดแคนาดา (Canada Triage Acuity Scale) (อ้างถึงในศรีศุภรัक्षण สอนแก้ว, 2553) ที่ใช้รูปแบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามลำดับความรุนแรงเร่งด่วนเป็น 5 ประเภท 1) Resuscitation ได้แก่ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีวิตทันที 2) Emergent ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินมาก ต้องได้นับการรักษาภายใน 15 นาที 3) Urgent ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามนำไปสู่ปัญหาที่ร้ายแรงต้องได้รับการรักษาภายใน 30 นาที 4) Less Urgent ได้แก่ ผู้ป่วยฉุกเฉินปานกลาง ควรได้รับการรักษาภายใน 30 นาที และ 5) Non Urgent ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะเฉียบพลันแต่ไม่รีบด่วน ควรได้รับการรักษาภายใน 120 นาที นอกจากนี้ในการจำแนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยระบบ Advance Nurse Triage System จะมีลำดับขั้นตอนการจัดระบบบริการพยาบาลที่แตกต่างกันในผู้ป่วยประเภทภาวะรีบด่วนและไม่รีบด่วน โดยผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะรีบด่วน พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องให้การช่วยเหลือโดยเร็ว ประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมโดยการซักประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และในอดีต ประวัติการแพ้ยา นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อรวบรวมปัญหาในการวางแผนให้การรักษาพยาบาล และส่งให้แพทย์ตรวจรักษาตามความเหมาะสม ในผู้ป่วยภาวะไม่รีบด่วน เมื่อประเมินสภาพปัญหาทั่วไปของผู้ป่วยแล้วพบว่าเป็นภาวะไม่รีบด่วน ในเวลาราชการให้ส่งผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยตรวจโรคทั่วไป หรือคลินิกเฉพาะโรคอื่นๆ นอกเวลาราชการให้ส่งให้แพทย์ตรวจรักษาตามความเหมาะสม (หทัยรัตน์ โชคชัยธนากุล, 2543)

1.5) บันทึกข้อมูลการคัดกรองภาวะการเจ็บป่วยและปฏิบัติการพยาบาลเบื้องต้นที่สำคัญได้แก่ ระดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วย (Triage level) อาการและอาการแสดงที่สำคัญเมื่อแรกเริ่ม สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว หรือ Glasgow coma scale ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือมีอาการผิดปกติทางประสาท และกิจกรรมการพยาบาลเบื้องต้น

1.6) รายงานแพทย์ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน

1.7) ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยว การเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

2) การประเมินปัญหาและการแก้ไขภาวะฉุกเฉิน

2.1) ประเมินอาการตามหลัก Primary survey อีกครั้งก่อนการประเมิน Secondary survey

2.2) ประเมินอาการตามหลัก Secondary survey เป็นหลักการประเมินอาการและสิ่งผิดปกติตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า (Head to toe examination) การประเมินอาการในขั้นตอนนี้จะเริ่มเมื่อมีการประเมินในขั้นที่ 1 เสร็จสิ้น และภาวะฉุกเฉินต่างๆของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้ว ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบโดยมีการซักประวัติการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล กลไกการได้รับบาดเจ็บ (Mechanism of injury) ในกรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุ ประวัติการใช้ยา/การแพ้ยา ร่วมกับการตรวจร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าโดยละเอียด

2.3) ประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยรวบรวม และบันทึกเป็นระยะๆ อย่างเหมาะสมกับธรรมชาติ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ ตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติของหน่วยงาน โดยผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมาก (Emergent) จะต้องได้รับการประเมินสัญญาณชีพและความรู้สึกตัวทุกๆ 10-15 นาที ผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาท หรือได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจะต้องได้รับการเฝ้าระวังทางระบบประสาททุกราย เช่น การประเมิน Glasgow coma scale ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) จะต้องได้รับการประเมินสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัวทุกๆ 30 นาที หรือตามมาตรฐานวิธีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค/กลุ่มอาการและผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน (Non-Urgent) จะต้องได้รับการประเมินอาการ อาการแสดงและสัญญาณชีพซ้ำระหว่างรอรับการรักษาในห้องฉุกเฉิน และบ่อยครั้งถ้ามีอาการเลวลง

2.4) ให้การช่วยเหลือบรรเทาอาการและแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตทันทีที่ตรวจพบปัญหา

2.5) ให้การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ กรณีเตรียมการผ่าตัดฉุกเฉิน

2.6) ให้การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อม กรณี ส่งต่อ หรือจำหน่าย และต้องมีการประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงซ้ำ ถ้าอาการเลวลงจะต้องแก้ไขตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติในการดูแล เฉพาะโรค/กลุ่มอาการ

2.7) บันทึกผลการประเมินอาการ และอาการแสดงที่สำคัญที่ตรวจพบลงในแบบฟอร์มหรือบัตรตรวจโรค และรายงานอาการผิดปกติแพทย์เจ้าของไข้เพื่อการรักษาต่อเนื่อง

3) การส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย

- 3.1) ประเมินอาการไม่สุขสบาย หรืออาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วยเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่มจนจำหน่ายออกจากหน่วยงาน
- 3.2) ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการ ความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจระหว่างอยู่ในห้องฉุกเฉิน หรือห้องสังเกตอาการ
- 3.3) ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย เช่น อาการปวด อาการหายใจไม่สะดวก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น
- 3.4) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ หรือทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและช่วยแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการรักษาพยาบาล
- 3.5) ปรีกษาแพทย์เพื่อให้การรักษาเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงการรักษาในกรณีมีอาการไม่สุขสบาย ไม่ทุเลาลง
- 3.6) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกเล่าถึงความไม่สุขสบาย หรืออาการรบกวนต่างๆ และวิธีการขอความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่น ในขณะที่นอนพักรักษาตัวอยู่ในห้องฉุกเฉินหรือห้องสังเกตอาการ

4) การส่งต่อการรักษา

- 4.1) ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อทุกรายทั้งในและนอกโรงพยาบาล จะต้องได้รับการดูแลก่อนการเคลื่อนย้ายตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิก เกี่ยวกับสัญญาณชีพ ทางเดินหายใจและการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทน และช่วยห้ามเลือดจากบาดแผล หากเป็นการบาดเจ็บแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จะต้องได้รับการทำความสะอาดโดยใช้เทคนิคการป้องกันการติดเชื้อ และต้องตามส่วนที่หักของกระดูก แขน ขา และในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำด้วยความระมัดระวังการเคลื่อนที่ของกระดูกส่วนที่หัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระดูกสันหลัง และให้การดูแลรักษาอวัยวะส่วนที่ขาดหรือบาดเจ็บ
- 4.2) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเหตุผลและอาการผู้ป่วยที่สำคัญกับหน่วยงานที่จะรับผู้ป่วยไปรักษาต่อ
- 4.3) ประสานงานและส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลและอาการของผู้ป่วยที่สำคัญกับหน่วยงานที่จะรับผู้ป่วยไปรักษาต่อ
- 4.4) จัดเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลไปกับผู้ป่วย พร้อมอุปกรณ์ ที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย

5) การให้ข้อมูลและการเคารพสิทธิของผู้ป่วย

5.1) พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบทบาทความรับผิดชอบ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เลือกรักษาพยาบาลโดยต้องประเมินความต้องการและความพร้อม ในการรับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและญาติ โดยประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ ถึงภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ เป็นให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติตามแผนที่วางไว้กับแพทย์เจ้าของไข้โดยวิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ติดตามประเมินพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วย และญาติ ถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงแผนการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติร่วมตัดสินใจ ในการเลือกรักษาพยาบาลที่เหมาะสมโดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล (ยกเว้นกรณีฉุกเฉินที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย) อธิบายหรือชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ความสำคัญของการรักษาพยาบาลก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา (Informed consent) หากในกรณีที่ผู้ป่วยต้องกลับไปสังเกตอาการต่อเนื่องที่บ้านจะต้องได้รับคำแนะนำ และเอกสารการดูแลตนเอง/สังเกตอาการผิดปกติ โดยมีการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแล เกี่ยวกับคำแนะนำ และบันทึกการรับรู้/ความเข้าใจไว้เป็นหลักฐาน หากกรณีผู้ป่วยกลับบ้านโดยไม่สมัครใจรับการรักษา พยาบาลต้องให้คำแนะนำหรือเอกสารดูแลตนเอง และชักชวนความเข้าใจ เกี่ยวกับการสังเกตอาการและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่มีสิทธิรับผิดชอบผู้ป่วยตามกฎหมาย ลงลายมือชื่อกำกับเพื่อแสดงการยอมรับ และเข้าใจในคำอธิบายไว้เป็นหลักฐาน กรณีที่ต้องเปิดเผยข้อมูลต่อผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ให้ระมัดระวังการรักษา ความลับของผู้ป่วยและให้ปฏิบัติตามแนวทางวิธีที่หน่วยงานกำหนด

5.2) พยาบาลให้การพยาบาลบนพื้นฐานของความเคารพในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคล ให้การพยาบาลโดยยึดจรรยาบรรณวิชาชีพ และเคารพคุณค่าความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคลอย่างเท่าเทียมกันไม่แบ่งแยกชนชั้น หรือเชื้อชาติ ศาสนา ต้องปกป้องผู้ป่วยไม่ให้ถูกล่วงล้ำหรือละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ในทางที่ไม่เหมาะสมตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย และก่อนให้การพยาบาลใดๆ ต้องแน่ใจว่าได้บอกผู้ป่วยได้รับทราบ แม้ในภาวะไม่รู้สีกตัว ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น สถานที่/บริเวณให้การพยาบาล เป็นสัดส่วนมิดชิด รวมทั้งต้องเป็นแบบอย่าง และควบคุมกำกับ ให้สมาชิกทีมการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ยอมรับมอบหมาย ด้วยความเคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคลแม้ในภาวะไม่รู้สีกตัว

สำนักการพยาบาล (2550) กล่าวว่า การบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการให้บริการพยาบาลแก่บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บและ/หรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต ทั้งระบบร่างกายและจิตใจ โดยการประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันที่ โดยให้การพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุและที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ตลอดจนรับไว้สังเกตอาการ เฉพาะหน้า ณ ห้องฉุกเฉินหรือห้องสังเกตอาการ พยาบาลที่ปฏิบัติงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะต้องปฏิบัติโดยใช้ความรู้ ความสามารถ และตัดสินใจอย่างเร่งด่วน เพื่อให้บริการพยาบาลมีคุณภาพ ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรีบด่วน ปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ ซึ่งกำหนดบริการในความรับผิดชอบ ประกอบด้วย การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical service) การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในสถานพยาบาล (In-hospital care) การบริการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง (Referral and continuing care) การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยและประชาชน (Health promotion) และการคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง (Health protection and risk management) โดยกำหนดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล แบ่งเป็น 8 มาตรฐาน ประกอบด้วย

มาตรฐานที่ 1 การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Nursing Therapeutic in Emergency Medical Service)

1) การคัดกรองผู้ป่วย (Triage) โดยพยาบาลวิชาชีพ รวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วย และการประเมินอาการสำคัญ เพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล ณ สถานที่เกิดเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ ผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้บาดเจ็บ ได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพและอาการสำคัญที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย (Life threatening) ได้รับการแก้ไขอย่างทันที่

2) การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วย/บาดเจ็บของผู้ป่วยอย่างทันที่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ ผู้ป่วยที่มีอาการสำคัญที่คุกคามชีวิต ได้รับการแก้ไขอาการอย่างทันที่และผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

3) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและการส่งต่อการรักษา พยาบาลวิชาชีพ ประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลาระหว่างการนำส่งผู้ป่วยยังโรงพยาบาลที่รับการดูแลต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ ผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บไม่เกิด

ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือบาดเจ็บเพิ่มจากการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่องทันทีที่ถึงโรงพยาบาล และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและการปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่สำคัญกับหน่วยงานที่รับส่งต่อผู้ป่วยมีความครบถ้วนถูกต้อง

มาตรฐานที่ 2 การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Nursing Therapeutic in Emergency Department)

1) การคัดกรองผู้ป่วย (Comprehensive triage) พยาบาลวิชาชีพ คัดกรองการเจ็บป่วยสำคัญของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกราย และจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล (Priorities of care) ตามสภาพปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง (Triage) ปัญหาการเจ็บป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามลำดับความรุนแรง/เร่งด่วนของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอาการสำคัญที่คุกคามชีวิต (Life threatening) อย่างทันท่วงที และผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

2) การประเมินอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (Secondary survey and ongoing assessment) พยาบาลวิชาชีพ ประเมินปัญหาผู้ป่วยเพิ่มเติม (Secondary survey) และประเมินซ้ำเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง (Ongoing assessment) ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์เจ็บป่วย ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงาน ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง/อาการผิดปกติตลอดเวลาที่อยู่ในหน่วยงานและผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอาการสำคัญที่คุกคามชีวิต อย่างทันท่วงที

3) การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย บรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ และส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอาการสำคัญที่คุกคามชีวิต อย่างทันท่วงที ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลครบถ้วนตามแผนการรักษา ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ และส่งเสริมความสบายระหว่างอยู่ในหน่วยงาน และผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจเพื่อการรักษาต่อเนื่อง/ส่งต่อการรักษา ผู้ป่วยจำหน่ายได้รับการเตรียมความพร้อมปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และเฝ้าระวังอาการที่สำคัญ

4) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ที่สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาลที่ให้และผลลัพธ์ที่คาดหวัง ซึ่งผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ ผู้ป่วยได้รับการประเมินผลการตอบสนองต่อการ

รักษาพยาบาลตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงาน ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละราย

มาตรฐานที่ 3 การดูแลต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพ วางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสมและให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิต ระหว่างการเคลื่อนย้ายและส่งต่อ และผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องทันทีที่ถึงหน่วยงาน/โรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นปัญหาที่อาจเกิดขึ้น (Potential health problem) ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับความเครียดอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยและการสูญเสียได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ด้วยอาการรุนแรงจากสาเหตุความไม่รู้วิธีการเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติหรือการดูแลสุขภาพตนเอง ลดอัตราการกลับเป็นโรคซ้ำหรือความรุนแรง/ก้าวหน้าของการเจ็บป่วยที่สามารถควบคุมได้ ประชาชนสามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการสร้างเสริมสุขภาพเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ

มาตรฐานที่ 5 การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายในการคุ้มครองภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือการบาดเจ็บเพิ่มระหว่างการรักษาพยาบาลในหน่วยงาน และผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุการฉีกที่ป้องกันได้

มาตรฐานที่ 6 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยตามความเหมาะสม รวมถึงแนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่องก่อนกลับบ้านหรือส่งต่อการรักษา ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุการฉีกการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการรุนแรงจากสาเหตุความไม่รู้วิธีการเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติ/การดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการปฏิบัติที่เอาใจใส่ต่อความทุกข์และมีความละเอียดอ่อน ต่อความเจ็บป่วยและใส่ใจในมิติของความเป็นมนุษย์

มาตรฐานที่ 7 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี และเคารพคุณค่าความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิตามขอบเขต บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยได้รับบริการจากบุคลากรพยาบาล โดยไม่มีการละเมิดสิทธิ

มาตรฐานที่ 8 การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลอย่างมีคุณภาพ เพื่อสื่อสารกับทีมงานและทีมสหสาขาวิชาชีพ และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ บันทึกทางการแพทย์พยาบาลสะท้อนถึงภาวะสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ และคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนและต่อเนื่อง และบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสามารถเป็นเครื่องมือสื่อสารให้ทีมสหสาขาวิชาชีพใช้ประโยชน์ในการดูแล และสามารถเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพจะทำให้เกิดคุณภาพในการปฏิบัติงาน เพื่อเกิดเป็นผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย มีการใช้ความรู้และทักษะทั้งด้านปฏิบัติการพยาบาลโดยการใช้ความรู้และทักษะตามพื้นฐาน หลักการและทฤษฎี ร่วมกับการบริหารจัดการในการวิเคราะห์ปัญหาที่แตกต่างกันในแต่ละสถานการณ์ ตลอดจนแก้ไขปัญหาและอุปสรรคได้อย่างเหมาะสม ลักษณะการทำงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความกว้างและหลากหลายในการปฏิบัติ ดังนั้นการทำงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่จะก่อให้เกิดคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลต้องสอดคล้องกับกิจกรรมการพยาบาล

दनलदा जामजूरी (2551) ได้กำหนดบทบาทของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อให้ได้ตามมาตรฐานพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนี้

- 1) ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง
- 2) คัดกรองและจัดลำดับความรุนแรงของปัญหาการเจ็บป่วย (Triage and prioritization)
- 3) ประเมิน วิเคราะห์วินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ระบุผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาล ปฏิบัติการตามแผนการรักษา และประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษา และประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ ภายใต้ข้อจำกัดทั้งที่ทราบและไม่ทราบ ปัญหาของการเจ็บป่วยมาก่อน
- 4) เตรียมพร้อมปฏิบัติการในภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ (Emergency and disaster operations preparedness)

5) อ่างรับไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและช่วยชีวิตถูกเงิน (Stabilization and resuscitation)

6) ให้การดูแลในภาวะวิกฤตสำหรับกลุ่มคนเฉพาะ (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

รชนีวรรณ ดารารัตนศิลป์ (2550) เสนอความรู้ความสามารถของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำเป็นต้องมีเพื่อให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและประสิทธิภาพเพียงพอ คือ

1) ความรู้ด้านเทคนิค (Technical knowledge) ซึ่งประกอบด้วย

1.1) ความรู้ในการประเมิน คัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เหมาะสม

1.2) สามารถประเมินอาการและความรุนแรงของผู้ป่วยได้ถูกต้อง

1.3) มีทักษะในการตรวจร่างกายตั้งแต่ศีรษะถึงปลายเท้า เพื่อประเมินการบาดเจ็บได้อย่างถูกต้อง

1.4) มีความรู้ในการเฝ้าระวังสัญญาณชีพและวิเคราะห์อาการทางคลินิก (Clinical signs of life threatening) และบันทึกอาการผู้ป่วยทุก 5 นาที

1.5) ความสามารถในการช่วยชีวิตขั้นต้น (BLS) การช่วยชีวิตขั้นสูง (ACLS) มีทักษะในการทำช่วยกู้ชีวิต (CPR) ที่รวดเร็ว ถูกขั้นตอนมีประสิทธิภาพ เตรียมเครื่องมือในการช่วยชีวิตได้ถูกต้องและรวดเร็วเช่น Defibrillator

1.6) สามารถในการสื่อสาร ประสานงานที่ดีกับทีมสหวิชาชีพ แพทย์ เจ้าหน้าที่รังสี วัสดุญาติ และการสื่อสารประสานงานกับหน่วยงานใกล้เคียงที่มีศักยภาพเพื่อส่งต่อผู้ป่วย

1.7) สามารถในการบริหารยา สารน้ำ เลือดและส่วนประกอบของเลือด เฝ้าระวังผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ วัสดุสัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลง และรายงานผลได้ทันที

1.8) มีความสามารถในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีทักษะในการประเมินผู้ป่วย ระหว่างส่งต่ออย่างครอบคลุม

1.9) มีความสามารถในการเจรจาต่อรอง ลดความขัดแย้งทั้งทีมีสุขภาพ หรือญาติผู้ป่วย

2) ความแม่นยำ (Accuracy) คือ ดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ สามารถประเมินสภาพผู้ป่วย สถานการณ์และสิ่งแวดล้อม ใช้เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์อย่างถูกต้อง เหมาะสม

3) การพัฒนาตนเอง (Professional development) โดยผ่านการอบรมการช่วยชีวิตขั้นสูง (ACLS) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และพัฒนาหน่วยงาน ศึกษาความรู้ใหม่ๆ เพื่อนำมาปรับปรุงการทำงาน มีความรู้ในการบริหารจัดการภาวะเสี่ยงต่างๆ มีความรู้ในการบริหารยา ฤทธิ์ของยาและผลข้างเคียงของยา เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการทำ CPR หรือผู้ป่วยเสียชีวิต เพื่อทบทวนกิจกรรมคุณภาพ

4) การส่งต่อการรักษาพยาบาล (Care delivery) มีความระมัดระวัง ละเอียดรอบคอบและมีความเชี่ยวชาญในการทำงาน

5) การทำงานเป็นทีม (Teamwork) มีทักษะในการทำงานเป็นทีม มีความพร้อมและความรวดเร็วของทีมี มีอุปกรณ์และมีการสื่อสารไปหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

6) การแก้ไขปัญหา (Problem solving) สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์บริหารจัดการกับอารมณ์ของตนเอง (Managing emotion) เข้าใจความรู้สึกผู้อื่น มีการดำเนินการด้านความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น เป็นทักษะที่ประกอบด้วย การสื่อสารความที่ดี (Communication) การบริหารความขัดแย้ง (Conflict management) ได้เป็นอย่างดี

สำหรับหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลตติยภูมิในการศึกษาครั้งนี้ การปฏิบัติงานของพยาบาลมีภาระงานในแต่ละเวรไม่แตกต่างกัน แต่จำนวนผู้รับบริการมีความแตกต่างกัน จึงมีการกำหนดโครงสร้างของหน่วยงานและจัดอัตรากำลังตามจำนวนผู้รับบริการ โดยพบว่าเวรบ่ายมีจำนวนผู้รับบริการมากที่สุด รองลงมาคือเวรเช้าและเวรดึกตามลำดับ มีหัวหน้างานบริหารงานในเวลาราชการ และนอกเวลาราชการมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าเวร โดยมีการจัดอัตรากำลังดังนี้ เวรเช้ามีพยาบาลวิชาชีพ 13 คน (ไม่รวมหัวหน้างาน) เวรบ่ายจำนวน 15 คน และเวรดึกจำนวน 12 คน ในแต่ละเวรพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานดังนี้ พยาบาลวิชาชีพคนที่ 1 ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าเวร วางแผนและมอบหมายงานให้กับผู้ร่วมงานตามความ

เหมาะสม ควบคุมบังคับบัญชาและให้คำแนะนำในด้านการบริการผู้รับบริการแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ รับผิดชอบเป็นที่ปรึกษา แก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่มีความซับซ้อนที่เกินบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้รับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง ดูแลความเรียบร้อยและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่ต่าง ๆ ในหน่วยงาน และรายงานเหตุการณ์ผิดปกติหรือปัญหาที่เกิดขึ้นให้หัวหน้าพยาบาลรับทราบ ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ สรุปลยอดผู้ป่วย ยอดกิจกรรมการพยาบาลและยอดบันทึกเหตุการณ์ประจำเวร รวมทั้งให้การพยาบาลผู้ป่วยตามจรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมาย พยาบาลวิชาชีพคนที่ 2 และคนที่ 3 เป็นพยาบาลทีมกู้ชีวิต มีหน้าที่ช่วยปฏิบัติการฟื้นคืนชีวิต ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ตรวจเช็คอุปกรณ์เครื่องมือในรถฉุกเฉิน ช่วยแพทย์ทำหัตถการ ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการเปลี่ยนแปลง และให้ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลทั่วไป พยาบาลวิชาชีพคนที่ 4 ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยบริเวณด้านหน้าหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยแบ่งความเร่งด่วนตามระดับความรุนแรงของโรคเป็น 5 ประเภท ซึ่งตำแหน่งนี้จะต้องใช้พยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ในการประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องแม่นยำ และส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษายังพื้นที่ให้บริการต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา พยาบาลวิชาชีพคนที่ 5 และ 6 รับผิดชอบบริเวณเคาน์เตอร์ห้องตรวจ โดยพยาบาลหนึ่งคนทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมรับคำสั่งจากแพทย์และบริหารจัดการมอบหมายงานให้พยาบาลอีกหนึ่งคน ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผนการรักษา ซึ่งในเวรตึกจะลดจำนวนพยาบาลเหลือ 1 คน สำหรับการดูแลผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพคนที่ 7-12 แบ่งเป็น 3 ทีม รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยบริเวณสังเกตอาการซึ่งรอเตียงในหอผู้ป่วยโดยมีหัวหน้าทีมละ 1 คน รับคำสั่งแพทย์และมอบหมายงานให้แก่พยาบาลอีก 1 คน ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ พยาบาลวิชาชีพคนที่ 13 รับผิดชอบดูแลในหน่วยบริการพยาบาล ให้บริการพยาบาลต่างๆ เช่น ทำแผล ฉีดยา และช่วยแพทย์ทำหัตถการต่างๆ เช่น เจาะหลัง เจาะไขกระดูก เจาะปอด เป็นต้น สำหรับพยาบาลวิชาชีพคนที่ 14 และ 15 รับผิดชอบปฏิบัติการพยาบาลและหัตถการต่างๆ ในเวรป่วยเพื่อช่วยเหลือพยาบาลในทุกพื้นที่ให้บริการ

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแตกต่างจากหน่วยงานอื่น โดยมีหน้าที่ตั้งแต่ทำการคัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้องและรวดเร็ว การประเมินปัญหาและให้การแก้ไขภาวะฉุกเฉินซึ่งมีการประเมินตั้งแต่แรกรับและติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย การส่งต่อการรักษาโดยการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ การให้ข้อมูลและการเคารพสิทธิผู้ป่วย ซึ่งในกระบวนการต่างๆ อาจเกิดปัญหาหรือ

อุปสรรคในการทำงานแต่ละวันทำให้ศักยภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลไม่เป็นไปตามที่คาดหวังขององค์กรและผู้รับบริการ เกิดเป็นภาวะวิกฤตในการปฏิบัติงาน

2.1 ภาวะวิกฤตในการปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องกระทำด้วยความเร่งด่วนแข่งกับเวลาเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะคุกคามชีวิต รวมทั้งต้องตอบสนองตามต้องการและคาดหวังของผู้รับบริการและผู้ร่วมงาน ในแต่ละวันมีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ทำให้ขาดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงต้องใช้ศักยภาพในการจัดการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น แต่หากไม่สามารถดำเนินการแก้ไขให้ปัญหาต่างๆสามารถคลี่คลายหรือสิ้นสุดได้ อาจส่งผลให้ปัญหามีความยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น เกิดเป็นภาวะวิกฤตในการปฏิบัติงาน

2.1.1 ความหมายการจัดการภาวะวิกฤต

อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2534) กล่าวว่า Management หมายถึงการจัดการหรือการบริหารงานธุรกิจ หรือหมายถึงการจัดและดำเนินงานตามนโยบายที่กำหนดไว้

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี (2551) กล่าวว่า การจัดการเป็นการมองไปในอนาคต เป็นการวางแผน รวบรวมบุคคลต่างๆ ขึ้นเป็นคณะ มีการสั่งการ การประสานงาน การควบคุม

Terry (1972) กล่าวว่า การจัดการ (Management) คือกระบวนการอันมีลักษณะเฉพาะประกอบด้วย การวางแผน การจัดระบบ การกระตุ้นชักจูง และการควบคุมผลการปฏิบัติ ที่มีกระบวนการปฏิบัติเพื่อกำหนดขึ้นซึ่งวัตถุประสงค์และบรรลุล่วงวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยการใช้ทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่น

ประจวบ อินฮอด (2536 อ้างถึงใน อุษณีย์ สมบูรณ์ทรัพย์, 2537) ให้ความหมายภาวะวิกฤตว่าเป็นช่วงเวลากระชั้นชิดที่จะต้องตัดสินใจเลือกทางเลือกในการปฏิบัติอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม ภาวะวิกฤตเป็นช่วงเวลาหัวเลี้ยวหัวต่อเป็นทางสามแพร่งที่ต้องอาศัยการตัดสินใจอย่างรวดเร็ว และแบ่งซอยการตัดสินใจเป็นขั้นตอนโดยการดูหรือติดตามผลการตัดสินใจในแต่ละขั้นตอนอย่างใกล้ชิด

Robinson (1968) ได้อธิบายถึงความหมายของวิกฤตการณ์ หรือ Crisis นั้น เป็นคำที่มีความหมายคล้ายคลึงกับคำว่า Stress (ความตึงเครียด) Panic (ความอลหม่าน) Disaster (ความหายนะ) Violence (ความรุนแรง)

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่าการจัดการภาวะวิกฤต คือ การดำเนินการแก้ไขสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ไม่สามารถรับรู้ล่วงหน้าโดยใช้กระบวนการต่างๆ เพื่อให้เข้าสู่ภาวะปกติ

2.1.2 การจัดการภาวะวิกฤตในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นด่านหน้าของโรงพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเร่งด่วนและจากอุบัติเหตุโดยบุคลากรที่มีคุณภาพซึ่งผู้ป่วยต้องการการดูแลรักษาพยาบาลให้หายจากการเจ็บป่วย ลดความทุกข์ทรมานจากอาการบาดเจ็บและคาดหวังที่จะรอดชีวิต โดยพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีบทบาทหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการดังกล่าวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (Holistic care) มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ เข้ามารับบริการตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงสิ้นสุดกระบวนการรักษาพยาบาล ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2540 อ้างถึงใน ปัทมาพร รุ่งพิพัฒน์พงศ์, 2550) กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านการบริหารจัดการในกระบวนการรับ การจำหน่าย การเคลื่อนย้ายและการส่งต่อ ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ผู้ป่วยไม่ทราบชื่อ ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่มีญาติ การจัดการกับความรุนแรงทางกายภาพและคำพูด การติดตามผู้ป่วยมาตรวจหรือรักษาใหม่ การเสียชีวิตโดยเฉียบพลัน การจัดการฉุกเฉินกับบุคคลที่สงสัยว่าจะได้รับรังสีหรือปนเปื้อนกัมมันตภาพรังสี การรายงานโรค การออกไปรับรอง ด้านกิจกรรมทางคลินิกและบริการ ได้แก่ การประเมินระดับความสำคัญของผู้ป่วย การปฏิบัติเมื่อเกิด cardiac arrest การรักษาภาวะฉุกเฉินในเด็ก การรักษาผู้ป่วยทางอารมณ์ การรักษาการเจ็บป่วยซึ่งมีผลมาจากแอลกอฮอล์ คู่มือการรักษาที่ควรมี เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก การบาดเจ็บที่มือ การบาดเจ็บที่ศีรษะ กระดูกหัก การเป็นพิษ ถูกสัตว์กัด แผลถูกยิงและถูกแทง ด้านจริยธรรมทางกฎหมายและสังคม เช่น การเจ็บป่วยจากการทำงาน การดูแลผู้ประกันภัยจากรถ ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นเหยื่อจากอาชญากรรม การส่ง specimen ที่เกี่ยวข้องกับคดีให้แก่เจ้าหน้าที่ตำรวจ การตรวจระดับแอลกอฮอล์เมื่อได้รับการร้องขอ การจัดทำรายงานเกี่ยวกับหลักฐานทางกฎหมาย ผู้ที่ถูกข่มขืนหรือสงสัยว่าจะถูกข่มขืน เด็กที่ได้รับหรือสงสัยว่าจะได้รับการทารุณ (Child abuse)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีภาระงานที่ต้องทำมากมายซึ่งลักษณะการทำงานมีความเฉพาะและหลากหลายแตกต่างจากหน่วยงานอื่น โดยเฉพาะการให้การดูแลบริการและจัดการกับภาวะวิกฤตที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา อย่างไรก็ตามแม้ว่าพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะมีบทบาทที่สำคัญดังที่กล่าวมาแต่การเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการให้บริการของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน บุคลากรทุกระดับต้องมีการ

พัฒนา ทบทวนระบบ แนวทางปฏิบัติ ผลการรักษา และนำมาพัฒนาคุณภาพ (ประเสริฐ วศินานุกรม, 2550) ต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งด้านโครงสร้างจะเป็นปัจจัยนำเข้าไปในระบบทั้งหมด เช่น วัสดุ ทัศน ปรักษญา พันธกิจ การบริหาร ทรัพยากรเกี่ยวกับอาคารสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวกและเครื่องมือเครื่องใช้ งบประมาณ อัตรากำลัง ด้านกระบวนการ เป็นวิธีการปฏิบัติที่การพยาบาลที่จะก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วย และด้านผลลัพธ์ จะเป็นผลลัพธ์ที่คาดหวังในทางบวกที่เป็นผลมาจากโครงสร้างและกระบวนการ

การเตรียมพร้อมเพื่อรับมือและจัดการกับภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องเตรียมความพร้อมตั้งแต่การจัดหน่วยงาน อาคาร สถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ และความรู้ ความสามารถของบุคลากรให้มีความพร้อมรองรับภาวะวิกฤตในการรักษาพยาบาลเพื่อเกิดความสะดวกและรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ฉุกเฉินมากที่สุดโดยหน่วยงานอยู่ในบริเวณที่สามารถติดต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างรวดเร็ว เช่น ห้องทำบัตร ห้องยา แผนกเอ็กซเรย์ คลังเลือด มีศูนย์เปล อยู่ด้านหน้าของแผนกเพื่อให้การรับส่งผู้ป่วยเป็นไปด้วยความสะดวกและรวดเร็ว มีหน่วยคัดกรอง ผู้ป่วยเป็นด่านแรกในการประเมินอาการเบื้องต้นและจำแนกผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลตามความ รีด่วน ที่ทำงานของพยาบาลและแพทย์ตั้งอยู่ตรงกลางสามารถมองเห็นสภาพต่างได้เพื่อให้การ ช่วยเหลือหากเกิดภาวะฉุกเฉินหรือวิกฤตได้ทันทั่วทั้งที่ และห้องตรวจพร้อมอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะและอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจผู้ป่วย และห้องที่มีความสำคัญมากห้อง หนึ่งของแผนก คือ ห้องช่วยฟื้นคืนชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตมักถูกส่งมาห้องนี้ ควรจัด พื้นที่ให้อยู่ใกล้ทางเข้าของรพพยาบาล เพื่อให้สามารถนำผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ามาได้ทันทีโดยไม่ผ่าน ส่วนอื่นๆของแผนก เครื่องมือทุกชนิดติดกับฝาผนังเพื่อให้มีที่ว่างสำหรับเจ้าหน้าที่และเครื่องมือ ขนาดใหญ่ เช่น เอ็กซเรย์เคลื่อนที่ (Portable X-ray) และรถกู้ชีวิต (Resuscitation) เครื่องมือหลัก เช่น ถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ จะต้องเคลื่อนย้ายไปมาได้ง่ายและอยู่ในที่ที่มองเห็นชัดเจน การจัดเตรียมห้องเผื่อสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีภาวะวิกฤตทางด้านกระดูกและศัลยกรรม โดยควรอยู่ติดกับห้องรักษาพยาบาลเพื่อสะดวกในการเคลื่อนย้ายเปลและเกิดความเร็วในการ ไล่เผื่อ ควรจัดพื้นที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยบางประเภท เช่น ห้องตรวจเด็ก ห้องตรวจภายใน ห้องชะ ล้างสำหรับผู้ป่วยที่สัมผัสกรดต่างหรือเชื้อโรคร้ายแรงเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยัง หน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล และห้องแยกสำหรับผู้ป่วยจิตเวช การเตรียมพื้นที่สำหรับการตรวจ ฉุกเฉิน เช่น ห้องผ่าตัดเล็กใช้สำหรับการผ่าตัดฉุกเฉิน การจัดพื้นที่เพื่อเพิ่มเตียงชั่วคราวใน สถานการณ์ที่มีจำนวนผู้ป่วยมากเกินขอบเขตการรองรับของหน่วยงาน นอกจากนี้ควรเตรียม หน่วยสนับสนุนเพื่อสะดวกในการติดต่อประสานงาน ได้แก่ หน่วยรักษาความปลอดภัย เพื่อ

ช่วยเหลือความปลอดภัยของหน่วยงานในผู้ป่วยคดีที่อาจก่อปัญหาอาชญากรรม ห้องจ่ายยาการเงินและแผนกเอ็กซเรย์ซึ่งควรมีเครื่องเอ็กซเรย์เคลื่อนที่ (Portable X-ray) สามารถเคลื่อนย้ายให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้ควรเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมงและอยู่ใกล้หน่วยฉุกเฉินเพื่อสามารถติดต่อประสานงานได้อย่างรวดเร็วในภาวะวิกฤต

นอกจากนี้ในการเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินและวิกฤตทุกรูปแบบต้องมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ เวชภัณฑ์ สารน้ำ ยา ให้พร้อมเสมอและเพียงพอ เพื่อความสะดวกและรวดเร็วสำหรับการใช้งาน ต้องไม่มีการยืมหรือเคลื่อนย้ายออกนอกหน่วยงาน เนื่องจากการขาดเครื่องมืออาจเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย(จารุวรรณ พรรคพานิช , ภัทรา นิโคธธา และจินตนา ตันติกุล, 2546) ในภาวะวิกฤตที่เร่งด่วน ทำงานแข่งกับเวลาเพื่อช่วยผู้ป่วยจากภาวะคุกคาม บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนี้จะเป็นผู้เชื่อมโยงประสิทธิภาพของอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆร่วมกับศักยภาพของตนเองเพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ พยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องตัดสินใจกับเหตุการณ์ฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว มีทักษะในการใช้ยาและอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน โดยอาศัยองค์ความรู้ร่วมกับทักษะ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน สิ่งสำคัญในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตคือ การช่วยฟื้นคืนชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาหรือถูกนำส่งโรงพยาบาลปัญหาการเจ็บป่วยทุกประเภททั้งการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายด้วยความผิดปกติของระบบอายุรกรรม โดยเฉพาะภาวะฉุกเฉินทางระบบหัวใจและระบบหายใจที่ต้องทำงานแข่งกับเวลาเพื่อไม่ให้อวัยวะสำคัญเกิดภาวะล้มเหลว พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องมีทั้งความรู้และทักษะพร้อมที่จะให้การช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งการช่วยคืนชีพขั้นต้น (Basic life support) ระดับยากที่ต้องอาศัยอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย (Advance life support) เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ เพิ่มปริมาณเลือดที่เข้าออกหัวใจ ป้องกันภาวะช็อครุนแรงที่จะทำให้เซลล์ตาย เป็นการลดความเสี่ยงในการสูญเสียชีวิตและภาวะพิการ เป็นการอ้างไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและช่วยชีวิตฉุกเฉิน การดามกระดูกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกต้องในผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินด้านศัลยกรรมหรือกระดูกเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยติดสารเสพติด ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวสร้างความรุนแรงในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลต้องจัดการกับภาวะวิกฤตดังกล่าว ตั้งแต่การจัดการความปลอดภัยด้านสภาพแวดล้อมในหน่วยงาน โดยต้องเก็บอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่อาจใช้เป็นอาวุธ จัดพื้นที่ปลอดภัยและเป็นสัดส่วนให้ผู้ป่วย เคลื่อนย้ายผู้รับบริการรายอื่นไปอยู่ที่ปลอดภัย รวมทั้งเจรจาต่อรองกับผู้ป่วยให้สถานการณ์คลี่คลายโดยใช้การสื่อสาร

ทั้งวิจักษณ์าษาและอวิจักษณ์าษา นอกจากต้องจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ใช้บริการ และจัดบุคลากรให้เหมาะสมกับตำแหน่งตามความรู้ความสามารถและประสบการณ์เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด (Put the right man on the right job) เช่น หน่วยคัดกรองควรจัดมอบหมายให้พยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์เพื่อประเมินอาการผู้ป่วยได้ถูกต้อง ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาทันเวลาและเหตุการณ์ มีความฉับไวในการตัดสินใจสั่งการ (จารุวรรณ พรรคพานิช, ภัทรานิโครธา และจินตนา ตันติกุล, 2546) ห้องฟื้นคืนชีวิตควรเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ มีความรู้เรื่องยาและเวชภัณฑ์ต่างๆและสามารถทำงานเป็นทีมในการช่วยฟื้นคืนชีวิตและการจัดทีมในการช่วยฟื้นคืนชีวิตในภาวะที่มีผู้ป่วยพร้อมกันมากกว่า 1 ราย จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาลได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่าการจัดการโครงสร้างและกระบวนการที่ดีจะทำให้เกิดให้เกิดคุณภาพในการรักษาพยาบาล เป็นไปตามเป้าประสงค์หลักของการบริการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือสามารถดำรงรักษาชีวิต (Save life) รักษาอวัยวะแขนขาให้ดำรงอยู่ (Save limbs) และประคับประคองอวัยวะที่ดำรงอยู่ให้สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ (Save function) (สำนักการพยาบาล, 2550) ซึ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต และการจัดการเพื่อเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานในภาวะวิกฤตและฉุกเฉินต้องผสมผสานองค์ประกอบหลายอย่าง นอกเหนือจากที่กล่าวมายังพบประเด็นที่เกี่ยวข้องการทำงานในภาวะวิกฤตของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ได้จากการสัมภาษณ์นำร่องระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2555 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2555 พบประเด็นสำคัญเพิ่มเติมดังนี้ 1) ควบคุมสถานการณ์ฉุกเฉิน 2) ประสานงานให้ราบรื่น และ 3) จัดระเบียบพื้นที่เพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย

ดังนั้นในส่วนนี้ ผู้วิจัยจึงขอทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติงานที่ได้จากการสัมภาษณ์เป็นแนวคิดพื้นฐานในการสัมภาษณ์ต่อไป

2.2 การประสานงานที่ดีในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เนื่องจากหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องมีการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับบุคคลหรือหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้งานสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุประโยชน์สูงสุด หากการประสานงานผิดพลาด จะทำให้ไม่สามารถดำเนินงานต่อไปได้ ผู้ป่วยได้รับบริการที่ล่าช้า ไม่ทันการและไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ดังนั้นพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องมีส่วนร่วมในการลดปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการประสานงาน เนื่องจากการประสานงานที่ดีจะก่อให้เกิดความคล่องตัวในการทำงาน สามารถแก้ปัญหาภาวะวิกฤตต่างๆได้รวดเร็ว ฉับไวเพื่อให้ทีมร่วมดูแลเตรียมพร้อมในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกองการพยาบาล (2539) กล่าวว่า การประสานงาน

มี 2 ลักษณะคือ การประสานงานจากบนมาล่าง หรือลักษณะระหว่างผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชาและการประสานงานในระดับเดียวกัน เช่น ระหว่างผู้ร่วมงาน หรือผู้อยู่ในตำแหน่งเดียวกัน

2.2.1 ความหมายของการประสานงาน

เกษม สุวรรณกุล (2534) กล่าวว่า การประสานงานคือ การที่บุคคลหรือหน่วยงานในองค์การทำงานร่วมกับบุคคลอื่น หรือ หน่วยงานอื่น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์เดียวกัน การประสานงานเป็นงานที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งของการบริหารในองค์การใหญ่หรือสถาบันชั้นสูง ผู้บริหารจะต้องจัดให้ส่วนต่าง ๆ ขององค์การทำงานประสานกันเพื่อให้ได้รับผลที่สมบูรณ์ที่มีประสิทธิภาพ

วิจิตร อวระกุล (2542) ให้ความหมายการประสานงาน หมายถึง การจัดการความเกี่ยวข้องกับปัจจัยในการบริหารงานอันได้แก่ คน (man) เงิน (money) วัสดุ (materials) วิธีการ (methods) จิตใจ (spirit) เพื่อให้เจ้าหน้าที่ร่วมมือปฏิบัติงานเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ป้องกันการทำงานซ้ำซ้อน ขัดแย้งหรือเลื่อมล้ำกันเพื่อให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่น โดยการจัดให้กลุ่มบุคคลได้ใช้ความสามารถอย่างมีประสิทธิภาพในลักษณะที่เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีความสมานฉันท์เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของงานที่วางไว้

Schermehorn et al. (1991) กล่าวว่า การประสานงานเป็นกลไกขององค์การที่ใช้เชื่อมโยงกิจกรรมให้มีความชัดเจน

Dessler (2001) กล่าวถึงการประสานงานว่า หมายถึง กระบวนการของความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากความสามัคคีในการร่วมทำกิจกรรมหลายๆอย่าง อย่างถ้อยที่ถ้อยอาศัย หรืออย่างพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพื่อให้การทำงานนั้นประสบความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

สรุปได้ว่า การประสานงานหมายถึง วิธีการในการดำเนินการระหว่างบุคคลมากกว่า 2 คนหรือหน่วยงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน

2.2.2 หลักการประสานงาน

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) แบ่งวิธีการประสานงาน แยกออกเป็น 2 วิธีคือ 1) การประสานงานภายในองค์การ (Coordination within our activity) ซึ่งเป็นการประสานงานระหว่างหน่วยงานย่อยภายใน อาจเป็นระดับเดียวกันหรือต่างระดับก็ได้ แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ การประสานงานในที่มคุณภาพ เป็นการประสานงานระหว่างพยาบาลหรือทีมการพยาบาลกับทีมงานอื่นๆ เช่น พยาบาลกับแพทย์ พยาบาลกับเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิคพยาบาลกับนักกายภาพบำบัดและอื่นๆ และการประสานงานในที่มการพยาบาล เป็นการประสานระหว่างผู้ปฏิบัติงานในที่มการพยาบาล อาจเป็นการประสานระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคลอย่างเป็นทางการ

หรือไม่เป็นทางการก็ได้ 2) การประสานงานภายนอกองค์กรการแพทย์ (Coordination outside our activity) ซึ่งปัญหาและอุปสรรคในการประสานงานอาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ เช่น การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบไม่ชัดเจนทำให้มีการทำงานซ้ำซ้อนกัน หรือขาดการติดต่อและไม่มีแนวทางในการปฏิบัติ ทำให้ไม่เข้าใจในวัตถุประสงค์ของแต่ละฝ่าย และเทคนิควิธีปฏิบัติงานและประสิทธิภาพของหน่วยงานแตกต่างกัน สาเหตุเหล่านี้จะทำการประสานงานไม่ราบรื่น

สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2534) กล่าวถึงหลักการประสานงานที่ดีสำหรับองค์กรพยาบาล หากการประสานงานภายในองค์กรต้องมีการจัดทำแผนผังสายบังคับบัญชาและกำหนดหน้าที่การทำงานเพื่อป้องกันการก้าวก่ายหรือทำงานซ้ำซ้อนกัน จัดระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและกรรมการประสานงานเฉพาะเรื่อง มีการติดตามปัญหาจากการประสานงานและดำเนินการแก้ไข จัดการอบรมหรือพัฒนาคู่มือ และจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานจะช่วยให้เป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานทุกฝ่ายได้ปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน สำหรับการประสานงานระหว่างองค์กรหรือระหว่างหน่วยงานสิ่งสำคัญที่ควรปฏิบัติคือ การกำหนดสิทธิและอำนาจหน้าที่ ระเบียบปฏิบัติและข้อบังคับต่างๆของแต่ละหน่วยงานให้ชัดเจนเพื่อให้ทำงานไม่ซ้ำซ้อนกันและใช้คณะกรรมการกลางในการติดต่อประสานงาน รวมทั้งมีการประชุมตกลงร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ต่างๆในทุกหน่วยงานให้ได้ทราบวิธีปฏิบัติของแต่ละหน่วยงานช่วยให้เข้าใจกันมากขึ้น ทำให้การติดต่อประสานงานเป็นไปด้วยความสะดวกและรวดเร็ว

กล่าวได้ว่าการประสานงานเป็นสิ่งจำเป็นที่ทุกหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานควรยึดถือเป็นหลักในการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ การประสานงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากบทบาทของพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ การประสานงานที่ดีเป็นเทคนิคที่จะทำให้บุคลากรในหน่วยงานหรือต่างหน่วยงานทำงานร่วมกันได้จะทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายหรือนโยบายที่กำหนดไว้ลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนทำให้ความผิดพลาดในการทำงานลดลงทำให้ลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งการประสานงานที่ดีจะทำให้สามารถทำงานได้ราบรื่นมากขึ้น โดยการประสานงานที่ดีต้องมีระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Efficiency communication system) เนื่องจากการสื่อสารเป็นเครื่องมือที่สำคัญของการประสานงาน (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545)

2.3 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการประสานงาน ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษา การส่งต่อผู้ป่วย เป็นสื่อกลางในการเชื่อมโยงบุคลากรต่างๆภายในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือ

ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล และนอกหน่วยงาน เพื่อให้กระบวนการทำงานร่วมกันเป็นไป ด้วยความราบรื่นและรวดเร็ว

2.3.1 ความหมายของการสื่อสาร

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) ได้ให้ความหมายว่า คือ กระบวนการ ถ่ายทอดข้อมูลและความเข้าใจจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง โดยอาศัยช่องทางการ ติดต่อสื่อสารและสัญลักษณ์ต่าง ๆ เพื่อให้ถึงผู้รับอย่างรวดเร็วและถูกต้อง อาจจะเป็นคำพูด หรือไม่ใช่คำพูดก็ได้ เช่น การแสดงสีหน้าและอารมณ์ การแสดงสายตา ลักษณะท่าทางน้ำเสียง เป็นต้น

บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์ (2550) ให้ความหมายว่า คือกระบวนการถ่ายทอด และแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างผู้ส่งข่าวและผู้รับข่าวสารโดยใช้การพูดการเขียน ท่าทางการสัมผัส และสัญลักษณ์ต่าง ๆ ในการสื่อความหมาย เพื่อให้ผู้รับข่าวสารทราบความหมายข่าวสารที่ผู้ส่ง ข่าวส่งไป

George and Jones (2002) กล่าวว่า การสื่อสาร หมายถึง การแบ่งปัน ข้อมูลข่าวสารระหว่างบุคคล 2 คน หรือมากกว่า หรือระหว่างกลุ่มเพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อกัน

Dessler (2004) กล่าวว่า การสื่อสาร หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารและการส่งต่อความหมาย

สรุปได้ว่า การสื่อสาร หมายถึง กระบวนการติดต่อระหว่างบุคคล มากกว่า 2 คนขึ้นไป หรือระหว่างกลุ่ม ในการแลกเปลี่ยนข่าวสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

2.3.2 ทิศทางการติดต่อสื่อสาร

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) ได้กล่าวถึงทิศทางการติดต่อสื่อสาร ในการ บริหารงานในองค์การทางการแพทย์ มีลักษณะดังนี้

1) การติดต่อสื่อสารจากระดับบนสู่ระดับล่าง (Downward communication) หมายถึง การส่งข่าวสารจากผู้บังคับบัญชาสู่ผู้ใต้บังคับบัญชา เกิดขึ้นในแนวตั้งตามสายการบังคับ บัญชาและขอบเขตการบังคับบัญชาด้วยวาจา เป็นลายลักษณ์อักษร ภาพ หรือ หลายๆแบบ ผสมผสานกัน

2) การติดต่อสื่อสารจากระดับล่างสู่ระดับบน (Upward communication) หมายถึง การติดต่อสื่อสารโดยการแสดงความคิดเห็นจากผู้ใต้บังคับบัญชาตามสายการบังคับ บัญชาและขอบเขตการบังคับบัญชา

3) การสื่อสารในแนวนอน (Lateral or horizontal communication) หมายถึง การติดต่อสื่อสารในระดับเดียวกัน ระหว่างบุคคลที่ไม่มีอำนาจในการบังคับบัญชาซึ่งกัน

และกัน เกิดขึ้นในหน่วยงานเดียวกันหรือต่างหน่วยงานโครงการ การทำงานเป็นกลุ่ม ในรูปแบบของคณะกรรมการหรือการประชุมงาน ตลอดจนเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนงานและกิจกรรม เพื่อแก้ปัญหา สร้างความเข้าใจร่วมกัน

4) การติดต่อสื่อสารข้ามสายงาน Diagonal or cross communication) หมายถึง การติดต่อสื่อสารที่เกิดขึ้นกับบุคคลหรือหน่วยงานที่ไม่ได้อยู่ในสายการบังคับบัญชาของตน ติดต่อสื่อสารอยู่ในระดับเดียวกันหรือต่างระดับก็ได้ และเกิดขึ้นในแนวนอน

5) การสื่อสารทางเดียว (One-way communication) เป็นการส่งข่าวสารโดยไม่มีข้อมูลย้อนกลับ มักเป็นการสั่งการให้ความรู้ คำแนะนำโดยที่ฝ่ายผู้รับไม่มีโอกาสซักถามข้อสงสัย มักทำกรณีรีบด่วน ข่าวสารจึงต้องสั้นกะทัดรัด

6) การสื่อสารสองเดียว (Two-way communication) เป็นการสื่อสารที่ต้องการให้ผู้รับข่าวสารได้มีโอกาสให้ข้อมูลย้อนกลับ และผู้ส่งข่าวจะเป็นผู้รับข่าวแทน ย้อนไปมาได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีของการติดต่อสื่อสาร สามารถตรวจสอบความเข้าใจกันได้ตรงกันและถูกต้อง

2.3.3 หลักการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์ (2550) กล่าวถึงหลักการที่ทำให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพดังนี้

1) ผู้ส่งสาร (Sender) ผู้ส่งสารต้องเข้าใจจุดมุ่งหมายของการส่งข่าวสาร และเข้าใจเนื้อหาข่าวสารที่ต้องการส่งไปให้ผู้รับข่าวสารอย่างแจ่มแจ้ง

2) เนื้อหาข่าวสาร (Content) เนื้อหาของข่าวสารต้องมีความถูกต้องตรงตามข้อเท็จจริงมีความชัดเจนกระชับ และเหมาะกับระดับความรู้ของผู้รับข่าวสาร

3) วิธีการติดต่อสื่อสาร (Means) ต้องเป็นรูปแบบและวิธีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสามารถกระจายข่าวสารได้รวดเร็ว ข่าวสารถึงผู้รับข่าวสารได้ทันเหตุการณ์ รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด นอกจากนี้ให้พิจารณาว่าควรใช้วิธีการติดต่อสื่อสารอย่างเป็นทางการ (Formal communication) หรือวิธีการติดต่อสื่อสารไม่เป็นทางการ (Non-formal communication)

4) จังหวะหรือเวลา (Timing) ต้องติดต่อสื่อสารที่เหมาะสมกับกาลเทศะ โดยส่งข่าวสารไปให้ผู้รับข่าวสารในโอกาสที่เหมาะสม ไม่พูดแทรกในขณะที่ยู่คนอื่นพูด

5) ถ้อยคำ (Wording) ต้องใช้ข้อความ ประโยค สำนวนและคำที่เข้าใจง่าย สุภาพ รวมทั้งเหมาะสมกับสถานภาพทางสังคมของผู้ส่งข่าวสารและผู้รับข่าวสาร สะกดคำ

และเรียบเรียงประโยคถูกต้องตามหลักไวยากรณ์ พูดด้วยน้ำเสียงชวนฟัง เสียงดังพอเหมาะ ไร่้ความสนใจผู้ฟัง และออกเสียงควบกล้ำชัดเจน

6) จริยธรรมการติดต่อสื่อสาร (Ethical communication) ผู้ส่งข่าวสาร ต้องมีจริยธรรมในการติดต่อสื่อสาร ไม่ส่งข่าวสารที่เป็นเท็จ จงใจหลอกลวงผู้รับข่าวสาร และจงใจ ทำให้ผู้รับข่าวสารรู้สึกเสียใจและเข้าใจผิด

7) ผู้รับข่าวสาร (Receiver) ต้องมีจิตใจเป็นธรรม ไม่มีอคติต่อผู้ส่ง ข่าวสารรวมทั้งมีความตั้งใจรับข่าวสารและถอดรหัสข่าวสาร

สรุปได้ว่า หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นสถานที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วย เฉียบพลันทุกประเภททุกเพศทุกวัย ซึ่งบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่ เพียงแต่ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทางร่างกายและจิตใจเท่านั้น ยัง ต้องเป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสาร ซึ่งการทำงานของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่ สามารถกระทำได้อย่างอิสระทั้งหมดต้องมีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล รวมทั้งประสานงานนอกโรงพยาบาลเพื่อส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อการสื่อสารที่ดีกับแพทย์และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว (รัชนีวรรณ ดารารัตนศิลป์, 2550) ดังนั้นการสื่อสารกับบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกันทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสาร พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงต้องใช้ความสามารถในการถ่ายทอดข่าวสารที่มีความ ยุ่งยากซับซ้อนให้เป็นที่เข้าใจและตอบสนองข่าวสารที่รับมาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและตระหนัก ว่าใช้เป็นเพียงการให้ข่าวสารเท่านั้น แต่ต้องเป็นข้อมูลที่เป็นจริงในการปฏิบัติงาน (Flarey, 1989) สำหรับปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยรักษาต่อในหอผู้ป่วย หน่วยงานอื่น หรือนอกโรงพยาบาลซึ่งอาจพบ ปัญหาการสื่อสารที่ผิดพลาด อาจแก้ไขปัญหาในการทำงานโดยให้แพทย์ได้มีส่วนร่วมในการ ติดต่อประสานงานระหว่างแพทย์ด้วยกันด้วย (ศากุน ปวีณวัฒน์, 2546) และเลือกใช้ช่องทางใน การสื่อสารหลายช่องทางทั้งการสื่อสารแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น บันทึกลงทางการ พยาบาลซึ่งนอกจากจะใช้เป็นการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างทีมสุขภาพ ยังใช้ เป็นหลักฐานสำคัญหากเกิดกรณีฟ้องร้องจากความไม่พึงพอใจในบริการ

2.4 การตัดสินใจแก้ปัญหาในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ปัญหาในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาเนื่องจากการการทำงานที่ ภาระงานมาก และภายในหน่วยงานเป็นการทำงานร่วมกับบุคคลหลายฝ่ายที่วัตถุประสงค์ในการ ทำงานต่างกันหรือแม้มีวัตถุประสงค์เดียวกันแต่อาจมีกระบวนการทำงานแตกต่างกัน หรือปัญหาที่ เกิดขึ้นภายใต้้อย่างกะทันหันภายใต้ปัจจัยที่เหนือการควบคุมและการคาดหมาย พยาบาลใน

หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องใช้การตัดสินใจเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการให้บริการ

2.4.1 ความหมายของการตัดสินใจ

ปรางทิพย์ อุจะรัตน์ (2541) กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นกระบวนการที่เริ่มต้นตั้งแต่การมีเรื่องราวหรือประเด็นสำคัญที่จะต้องดำเนินการ หรือตระหนักว่ามีปัญหาเกิดขึ้น การกำหนดขอบเขตของเรื่องราวหรือปัญหา การวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องและการกำหนดทางเลือกและตัดสินใจเลือกทางเลือกสำหรับการดำเนินการใดๆ

เมมวอล นันทศุภาวัฒน์ (2543) สรุปความหมายการตัดสินใจว่า เป็นการเลือกหลายๆทางที่มีอยู่ โดยใช้เหตุผลสนับสนุนที่ได้มาจากการรวบรวมข้อมูลและกำหนดปัญหาขึ้น และเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาคด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้

บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2550) กล่าวว่า การตัดสินใจหมายถึง การพิจารณาเลือกแนวทางที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุด รวมทั้งมีความเป็นไปได้สำหรับนำมาแก้ไขปัญหา เพื่อขจัดปัญหาที่เกิดขึ้นให้หมดไปหรือลดความรุนแรงของปัญหาให้ลดน้อยลง

Jone and Beck (1996) ให้ความหมายการตัดสินใจว่าหมายถึง การจัดการกับปัญหาทางการบริหารและปฏิบัติการทางคลินิก

สรุปได้ว่าการตัดสินใจหมายถึง การรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ทางเลือกหลายๆทางเพื่อพิจารณาทางเลือกที่ดีที่สุดในการแก้ไขปัญหาให้คลี่คลายหรือสิ้นสุดลง

2.4.2 ประเภทปัญหาที่ต้องตัดสินใจ

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) กล่าวว่าปัญหาสามารถจัดประเภทเป็น 3 กรณี คือ ปัญหาวิกฤต ปัญหาไม่วิกฤต และปัญหาที่เป็นโอกาส

1) ปัญหาวิกฤต (Crisis problems) เป็นสถานการณ์สำคัญซึ่งต้องการการตัดสินใจทันที เมื่อผู้บริหารเผชิญปัญหาวิกฤตเขาต้องพิจารณาอุปสรรคขององค์กร และตัดสินใจแก้ปัญหาย่างรวดเร็วเพื่อให้เกิดประสิทธิผล

2) ปัญหาไม่วิกฤต (Noncrisis problems) เป็นปัญหาที่ต้องการการตัดสินใจ แต่ไม่เร่งด่วนเท่ากับปัญหาวิกฤต ปัญหาโดยส่วนใหญ่ของผู้บริหารเป็นปัญหาไม่วิกฤต

3) ปัญหาที่เป็นโอกาส (Opportunity problems) หมายถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบด้านบวกต่อองค์กร ตลอดจนงานการทำงานขององค์กร

2.4.3 กระบวนการแก้ปัญหา

Flippo (1978) เสนอกระบวนการวินิจฉัยสั่งการไว้ 5 ขั้นตอน คือ

- 1) ระบุและวิเคราะห์ปัญหา (Recognition and analysis of the problems) โดยการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเพื่อวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา
- 2) กำหนดแนวทางแก้ปัญหาไว้หลายๆทาง (Determination of tentative solution) โดยพิจารณาว่าสิ่งที่ต้องการจะบรรลุวัตถุประสงค์สามารถกระทำได้อย่างไร
- 3) รวบรวมและวิเคราะห์ข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกต่างๆ (Collection and analysis of Information) เพื่อเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือกทั้งด้านผลกระทบ ความเป็นไปได้และประสิทธิภาพ
- 4) เลือกตัดสินใจแนวทางแก้ปัญหาที่ถูกต้องหรือดีที่สุด (Decision concerning the correct solution) เหมาะสมกับการแก้ปัญหาตามสถานการณ์ บรรลุตามวัตถุประสงค์เกิดประโยชน์มากที่สุด
- 5) การนำการตัดสินใจนั้นไปปฏิบัติให้บรรลุผล (Implementation of the decision) โดยการนำทางเลือกที่ได้ตัดสินใจแล้วนั้นไปดำเนินการหรือสั่งการปฏิบัติพร้อมกำหนดวิธีปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ได้ตัดสินใจไว้

สรุปได้ว่า การปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต้องประสบกับปัญหาต่างๆ ซึ่งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เป็นปัญหาวิกฤต (crisis problems) ต้องตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอน (decision under uncertainty) หากสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นมีรูปแบบที่แตกต่างกัน พยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอาจไม่มีข้อมูลเพียงพอแก่การตัดสินใจมากำหนดเลือกแนวทางในการแก้ไขได้ถูกต้อง ซึ่งการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเป็นเรื่องที่สำคัญมากโดยต้องใช้ดุลยพินิจและประสบการณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง เพื่อสามารถระบุได้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นคืออะไรเพื่อวิเคราะห์หาแนวทางในการตัดสินใจที่ถูกต้อง ซึ่งในการแก้ไขปัญหามีกระบวนการหลายขั้นตอน เนื่องจากลักษณะงานที่ต้องแข่งกับเวลา การแก้ปัญหาในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องดำเนินแต่ละขั้นตอนให้รวดเร็วที่สุด

2.5 การจัดการความขัดแย้งในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ความขัดแย้งในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาเนื่องจากต้องติดต่อประสานงานกับบุคคลหรือกลุ่มคนมากมาย ทั้งกับผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ ทำให้เกิดความเครียดและไม่พึงพอใจในการทำงาน พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องสามารถบริหารจัดการความขัดแย้งเพื่อให้สถานการณ์คลี่คลายและทำงานได้อย่างราบรื่น ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมและรวดเร็ว

2.5.1 ความหมายของความขัดแย้ง

พรนพ พุกกะพันธ์ (2542) กล่าวว่า ความขัดแย้งเป็นการที่บุคคลมีความแตกต่างในค่านิยม ความสนใจ แนวคิด วิธีการ เป้าหมาย ต้องมาติดต่อกัน ทำงานด้วยกันหรืออยู่ร่วมกันในสังคมเดียวกัน ซึ่งความแตกต่างนี้เป็นสิ่งที่ไม่สอดคล้องกันหรือไปด้วยกันไม่ได้ ความขัดแย้งส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดจากการกระทบกระทั่งกันทางร่างกาย แต่มักเกิดความแตกแยกทางความคิดเห็น อันนำไปสู่ความขุ่นเคือง ความเคียดแค้นต่างๆ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2550) กล่าวถึงความขัดแย้งว่าเป็นสถานการณ์ที่เกิดจากการขัดกันไปด้วยกันไม่ได้ของเป้าหมายหรือค่านิยม ความเชื่อของคนสองคนขึ้นไป

Johns and Saks (2005) กล่าวถึงความขัดแย้งว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคล กลุ่ม หรือองค์การ ใดๆ โดยอย่างหนึ่งเกิดความคิดเห็นที่แตกต่างกันจากอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่มีค่านิยม ความเชื่อและพฤติกรรมที่ไม่เหมือนกัน

กล่าวได้ว่า ความขัดแย้ง หมายถึงสถานการณ์ที่ขัดกันหรือไปด้วยกันไม่ได้ หรือมีเป้าหมายไม่ตรงกัน

2.5.2 สาเหตุของความขัดแย้ง

วันชัย มีชาติ (2548) และ Marquis and Huston (2009) กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความขัดแย้งในองค์กรมีดังนี้

1) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพต่ำ การสื่อสารไม่ว่าจะเป็น ตัวผู้รับสาร ช่องทางในการสื่อสาร หรือผู้รับสาร ถ้าเกิดความผิดพลาดในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งอาจทำให้เกิดความขัดแย้ง

2) โครงสร้างองค์กรที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมของบุคลากรในองค์กร ความคลุมเครือของบทบาท การทำงานในองค์การมีขอบเขตความรับผิดชอบของคนแต่หลายเรื่อง พบว่ามีหลายหน่วยงานเข้ามาเกี่ยวข้อง หรือไม่แน่ใจว่าควรอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานใดก็จะเกิดความขัดแย้งขึ้น

3) ความขัดแย้งระหว่างบุคลากรหรือระหว่างกลุ่มในองค์กร

4) ความแตกต่างของเพศ วัฒนธรรมและอายุ ความแตกต่างระหว่างค่านิยมและการได้รับผลประโยชน์ ความขัดแย้งมักเกิดกับกลุ่มย่อยที่มีค่านิยมและผลประโยชน์ที่แตกต่างกัน

5) การไม่เป็นไปตามความคาดหวังขององค์กร โดยองค์การต้องมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานซึ่งจุดที่ทำงานร่วมกันประสานงานกันอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งได้

6) การมีเป้าหมายของงานที่ต่างกัน ผู้ปฏิบัติงานต่างมีเป้าหมายในการทำงานของตนเองทำให้ทุกคนต่างยึดแนวคิดของตนเองเป็นหลัก การทำงานไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน ดังนั้นในการทำงานร่วมกันจึงเกิดความขัดแย้งขึ้น

2.5.3 ปัญหาความขัดแย้งทางการพยาบาล

สำหรับปัญหาความขัดแย้งทางการพยาบาลพบได้จากสาเหตุดังต่อไปนี้ (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2544; รัชนี อยู่ศิริ, 2551)

1) ความขัดแย้งเนื่องจากระบบระเบียบของวิชาชีพ เป็นผลของความไม่สอดคล้องกันของความคาดหวังของระบบกับการรับรู้มาตรฐานและบทบาทหน้าที่ทางวิชาชีพของพยาบาล ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ

2) ความขัดแย้งเกี่ยวกับระบบการปฏิบัติงาน (Professional – bureaucratic conflict) เป็นข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นผลมาจากความคาดหวังด้านมาตรฐานและความรับผิดชอบของวิชาชีพที่ต่างกัน ทำให้พยาบาลมีความคับข้องใจและเกิดความขัดแย้งตามมาได้

3) ความขัดแย้งระหว่างพยาบาลกับพยาบาล (Nurse – nurse conflict) เป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างค่านิยมกับปรัชญาการพยาบาลของพยาบาลที่ทำงานร่วมกัน ซึ่งกระทบต่อการทำงานเป็นทีม และนำไปสู่ปัญหาระหว่างพยาบาลที่ทำงานอย่างเดิมๆ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น กับพยาบาลที่มีความตื่นตัวต้องการให้ดูแลแบบ holistic care ดังนั้น พยาบาลที่มีแนวคิดที่แตกต่างกันนี้ จึงอาจมีความขัดแย้งในการมอบหมายงานหรือการทำงานร่วมกันได้

4) ความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับพยาบาล (Physician – nurse conflict) ความขัดแย้งเกิดจากความคาดหวังที่แตกต่างเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแพทย์ก็มีรูปแบบของแพทย์โดยจะเน้นเรื่องการรักษา ส่วนพยาบาลก็มีรูปแบบของพยาบาลคือ การดูแลผู้ป่วยและนอกจากนี้ความขัดแย้งยังเกิดเพราะความไม่สมดุลของอำนาจที่เป็นประเพณีสืบต่อกันมาในระบบของแพทย์-พยาบาล

5) ความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล (Patient – nurse conflict) ความขัดแย้งลักษณะนี้เกิดขึ้นเมื่อเป้าหมายในการดูแลของพยาบาลแตกต่างจากเป้าหมายการดูแลของผู้ป่วยเอง

6) ความขัดแย้งจากความสามารถของบุคลากร เกิดจากระดับทักษะของพยาบาลไม่สอดคล้องกับความคาดหวังในมาตรฐานการปฏิบัติของตนเอง มักจะเกิดขึ้นกับพยาบาลซึ่งถูกดึงไปปฏิบัติงานที่ไม่ถนัด ไม่คุ้นเคย

7) ความขัดแย้งในการปฏิบัติบทบาท เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับบทบาทหลายๆ บทบาทในเวลาเดียวกัน เช่น เป็นพยาบาล นักศึกษา คู่สมรส และเป็นมารดาในขณะเดียวกัน ซึ่งในภาวะเศรษฐกิจปัจจุบันไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากสภาพเช่นนี้ได้

8) ความขัดแย้งในหลักปฏิบัติ เกิดขึ้นเมื่อพยาบาลต้องตัดสินใจระหว่างความต้องการการดูแลทางเทคนิคกับความต้องการของผู้ป่วย ระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวกับประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย ค่านิยม และปรัชญาของพยาบาล

2.5.4 รูปแบบการจัดการความขัดแย้ง

McShane and Von Glinow (2008) ได้กล่าวถึงรูปแบบการแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งไว้ 5 รูปแบบตามสถานการณ์ ดังนี้

1) แบบหลีกเลี่ยง (Avoiding) ผู้ที่หลีกเลี่ยงปัญหาจะเป็นผู้ที่ให้ความร่วมมือน้อยและมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกต่ำด้วย

2) แบบยอมให้ (Yielding) เป็นผู้ที่นิยมความละมุนละม่อมยอมเป็นผู้เสียสละเพื่อให้ผู้อื่นสมปรารถนา มีพฤติกรรมในความร่วมมือสูง และพฤติกรรมในการกล้าแสดงออกต่ำ

3) แบบบังคับ (Forcing) เป็นพฤติกรรมที่แข็งกร้าวต้องการเป็นผู้ชนะโดยเด็ดขาด ให้ความร่วมมือต่ำ แต่พฤติกรรมกล้าแสดงออกสูง

4) แบบแก้ไขปัญหา (Problem-solving) เป็นลักษณะของพฤติกรรมความร่วมมือและการกล้าแสดงออกสูง ทั้งสองฝ่ายจะให้เห็นผลประโยชน์ที่ตนเองต้องการเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขความขัดแย้ง เพราะทั้งสองฝ่ายได้ใช้ความร่วมมือซึ่งกันละกัน

5) แบบประนีประนอม (Compromising) เป็นวิธีที่กึ่งกลาง เป็นพฤติกรรมการกล้าแสดงออกและการร่วมมือ ในระดับปานกลาง คู่กรณีต่างมีส่วนได้ส่วนเสีย

กล่าวได้ว่าความขัดแย้งเป็นสถานการณ์ที่ทุกคนไม่ควรหลีกเลี่ยงได้เนื่องจากทุกสังคมต้องมีปฏิสัมพันธ์กัน (Ramos, 2006) ในการปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการทำงานร่วมกันของบุคลากรหลากหลายวิชาชีพ ซึ่งในสถานการณ์ที่ต้องทำงานด้วยความเร่งรีบเพื่อแก้ไขภาวะเร่งด่วนที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วย บุคลากรทุกฝ่ายต่างปฏิบัติงานด้วยความเคร่งเครียดและคาดหวังในบทบาทของผู้ร่วมงาน ซึ่งแต่ละบุคคลต่างมีความรู้ ประสบการณ์ ภูมิ

หลัง ที่แตกต่างกัน และในการทำงานบุคคลหรือองค์กรต่างมีเป้าหมายที่แตกต่างกันหรือแม้จะมีวัตถุประสงค์เดียวกันแต่อาจมีการรับรู้และตีความที่แตกต่างกัน ซึ่งความแตกต่างกันดังกล่าวส่งผลให้มีความคิดเห็นที่ต่างกัน ไม่ยอมรับกัน หรือในกระบวนการติดต่อประสานงานกันเกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน และสถานการณ์ที่กดดัน ทำให้การควบคุมอารมณ์หรือความเข้าใจกันลดลง ต่างแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมแก่กัน การไม่สามารถให้บริการได้ตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ สถานการณ์ต่างๆทำให้เกิดความขัดแย้งทั้งระหว่างบุคคล ระหว่างกลุ่ม และระหว่างองค์กรทำให้เกิดสถานการณ์ที่ตึงเครียดซึ่งพบว่าความขัดแย้งระหว่างบุคคลเป็นปัญหาที่ทำให้พยาบาลลาออกมากที่สุด (Marquis and Huston, 2009) และหากไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้แล้วจะทำให้กระบวนการรักษาพยาบาลไม่ดำเนินไปในทิศทางที่ถูกและกลับเกิดความล่าช้าแก่ผู้ป่วย ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลลดลง (Servellen, 2009) เหตุการณ์เหล่านี้เป็นภาวะที่วิกฤตในการทำงานที่มีปัญหาซับซ้อนและมีเวลาจำกัด หากปล่อยให้ความขัดแย้งอยู่ต่อไปโดยไม่ได้รับการแก้ไขจะเกิดความยุ่งยากมากขึ้น ความรุนแรงกระบวนการแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นโดยเร็วที่สุดเพื่อให้ปัญหายุติโดยเร็วที่สุด (รัชณี อยู่ศิริ, 2551) โดยใช้การปรับปรุงระบบการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ทั้งในและนอกหน่วยงานจะทำให้ผู้ที่ปฏิบัติงานร่วมกันและผู้รับบริการเข้าใจในขั้นตอนและกระบวนการทำงานมากขึ้น และความรุนแรงในที่ทำงานเพิ่มขึ้นเนื่องจากความไม่สามารถแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งได้ (Saltman et al., 2005) ต้องอาศัยร่วมกันเพื่อกำจัดความขัดแย้งให้หมดไป

2.6 การจัดการการไหลเวียนของผู้รับบริการในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ยูวเรศ สิทธิชาญบัญชา (2550) กล่าวถึงแนวทางการพัฒนาเพื่อลดระยะเวลาของขั้นตอนต่างๆ ให้กระบวนการไหลเวียนของผู้ป่วยในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นไปด้วยความคล่องตัวดังนี้

2.7.1 จัดพื้นที่สังเกตอาการเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินที่รอการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลและที่รอคอยการตรวจรักษาถือเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงกว่าผู้ป่วยที่แพทย์จำหน่ายแล้วและรอกลับบ้าน เพื่อแก้ปัญหาความแออัดที่แผนกฉุกเฉิน บางโรงพยาบาลได้จัดทำพื้นที่เพิ่มเติมสำหรับรองรับผู้ป่วยที่รอกลับบ้านโดยไม่ได้นอนรอที่แผนกฉุกเฉิน และบางโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยที่รอเตียงไปนอนรออยู่ตามที่ว่างที่มีอยู่ในหอผู้ป่วย (Inpatient hall-ways) ซึ่งเชื่อว่าเป็นการสะท้อนให้หอผู้ป่วยในรับรู้ถึงปัญหาความแออัดต่างๆที่เกิดขึ้นในแผนกฉุกเฉินและช่วยแบ่งเบาภาระงานของบุคลากรที่แผนกฉุกเฉิน และอาจมีผลต่อการบริหารจัดการในหอผู้ป่วยให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็วขึ้น

2.7.2 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย บางโรงพยาบาลมีการสร้างทีมต่างๆขึ้นมาช่วยในการบริหารจัดการ เช่นทีมทบทวนการใช้ทรัพยากรซึ่งประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ และพยาบาล (Bed Czar model) เพื่อร่วมประเมินการใช้เตียงในโรงพยาบาล ตลอดจนช่วยเหลือในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัญหาต่างๆและยากต่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่ง Bed Czars นี้จะได้รับสิทธิ์ที่จะส่งต่อ จำหน่าย ส่งตรวจต่างๆตลอดจนการระงับหรือเลื่อนการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเลื่อนการทำหัตถการต่างๆในกรณีที่ไม่เร่งด่วน

2.7.3 ระยะเวลาการหมุนเวียนเตียงขบวนการจำหน่ายผู้ป่วยต้องดำเนินการได้อย่างรวดเร็วทันทีภายหลังจากที่แพทย์ผู้รักษาลงความเห็นว่าให้จำหน่ายผู้ป่วยได้โดยต้องมีการประสานงานอย่างดีในทุกขั้นตอนเพื่อให้การดำเนินการจำหน่ายผู้ป่วยลุล่วงไปได้ด้วยดีอย่างรวดเร็ว เช่น การเคลื่อนย้ายขนส่งผู้ป่วย การทำความสะอาดหรือเตรียมเตียงเพื่อรับผู้ป่วยใหม่ การแจ้งยอดเตียงว่างได้อย่างรวดเร็วหลังจากจำหน่ายผู้ป่วย การเปลี่ยนขั้นตอนต่างๆ เช่น การรับผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วน เพื่อทำหัตถเวชทางหัวใจหรือการผ่าตัดไม่เร่งด่วนทำให้จำนวนเตียงในโรงพยาบาลลดลงจนไม่สามารถรับผู้ป่วยที่เร่งด่วนหรือฉุกเฉินไว้ได้และการได้พบแพทย์เจ้าของไข้ทันทีที่เข้าโรงพยาบาล

สรุปได้ว่า หากผู้รับบริการในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีจำนวนมาก จะทำให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการ ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่ทันที่ที่ อากาการดำเนินโรคเลวร้ายลง ให้การรักษาล่าช้า ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากขึ้น ต้องมีการระบายนโยบายผู้รับบริการโดยการบริหารจัดการรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การจัดพื้นที่เพิ่มเติม การบริหารจัดการร่วมกับหอผู้ป่วยในการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถระบายออกจากหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามความเหมาะสมกับอาการเจ็บป่วย ให้มีจำนวนผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่สมดุลกันเพื่อสามารถให้การรักษาพยาบาลได้มีประสิทธิภาพ

2.7 ความเครียดในการทำงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องอาศัยความรวดเร็ว ทำงานแข่งกับเวลาที่มีอยู่จำกัดภายใต้ภาระงานที่มีจำนวนมากซึ่งต้องสามารถตอบสนองความต้องการทั้งของผู้ป่วยและญาติและผู้ร่วมงาน ซึ่งหากไม่เป็นไปตามที่คาดหวังหรือเกิดความผิดพลาดในการทำงาน อาจทำให้เกิดความเครียดในการทำงาน

2.7.1 ความหมายของความเครียด ในการทำงาน

พจนานารถ เจียรวิจิตรและคณะ (2543) สรุปความหมายความเครียดในการทำงานว่าหมายถึง ความรู้สึกต่อการทำงานการพยาบาลที่มีความกดดันต่อร่างกาย จิตใจ ทำให้มีความวิตกกังวล ความคับข้องใจ เกิดความเบื่อหน่ายในการทำงานด้านการบริการพยาบาล

Cox et al. (1996) ให้ความหมายความเครียดในงานว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของบุคคลนั้นกับความสามารถในการจัดการความต้องการนั้น ซึ่งประเมินว่าความต้องการดังกล่าวเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อตนเอง

Robbins and Judge (2009) กล่าวว่า ความเครียดในเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่กระตุ้นให้บุคคลต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ หรือสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของบุคคลที่มีความสำคัญและไม่แน่นอน

สรุปได้ว่า ความเครียดในการทำงาน หมายถึงภาวะที่บุคคลรู้สึกความกดดันต่อตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจ เมื่อไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ดังกล่าวจะเกิดความกดดัน ความคับข้องใจหรือความวิตกกังวล ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการทำงาน

2.7.2 สาเหตุของความเครียดในงานของพยาบาล

Sullivan and Decker (1997 อ้างถึงใน อาจารย์ ศิริ, 2552) ได้อธิบายว่า ความเครียดในสถานที่ทำงานของพยาบาลมาจากปัจจัยความเครียดหลายอย่าง อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านองค์การ ปัจจัยระหว่างบุคคลและปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งได้อธิบายรายละเอียดไว้ดังนี้

1) ปัจจัยด้านองค์การ (Organizational factor) ทำให้เกิดความเครียดได้เป็นผลมาจากปัจจัยย่อย ดังนี้

1.1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน (Job-related factors) ได้แก่ ภาระงานที่มากเกินไปที่มีความขัดแย้ง การไม่สามารถทำงานตามที่ได้รับมอบหมายได้เพราะขาดการเตรียมตัวหรือขาดประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารไม่ชัดเจน การปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความตาย การปฏิบัติงานที่ฉุกเฉินเร่งด่วนทำให้ภาระงานหนักมาก

1.2) สภาพแวดล้อมด้านกายภาพ (Physical environment) ได้แก่ การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักที่มีสัญญาณเตือน แสง และปัจจัยสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น สภาพแวดล้อมที่คับแคบมีการจัดวางอุปกรณ์ต่างๆไม่ดีและขาดแคลนอุปกรณ์

1.3) พฤติกรรมผู้บริหาร (Manager's behavior) ได้แก่ พฤติกรรมของหัวหน้างานที่เป็นแบบผู้ใช้อำนาจเผด็จการหรือแบบชอบลงโทษ ซึ่งตรงกันข้ามกับการบริหารแบบมีส่วนร่วมที่ลดความเครียดในการทำงาน

1.4) ปัจจัยเกี่ยวกับองค์การด้านอื่นๆ (Other organization factors) ได้แก่ ปทัสถานและความคาดหวังขององค์การที่ขัดแย้งกับความต้องการของแต่ละบุคคล การจัดสรรบุคลากรที่ไม่เหมาะสมเพียงพอและตำแหน่งที่ว่างอยู่มาก การปรับโครงสร้างองค์การ

ทำให้งานขาดความมั่นคงต้องทำงานให้ได้มากด้วยปัจจัยนำเข้าที่มีน้อย การทำงานกับผู้ป่วยที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพและการที่มีผู้เจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันมาก

2) ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factors) ได้แก่ แรงกดดันที่มาจาก การเปลี่ยนแปลงองค์การ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลภายในวิชาชีพการพยาบาล ทั้งพยาบาลด้วยกันและวิชาชีพอื่นๆ เช่น แพทย์ ผู้บริหาร เป็นต้น การลดจำนวนในที่เข้าพักอยู่ในโรงพยาบาลให้ลดลง การควบคุมบุคลากรผู้ช่วยการปรับปรุงงานและการจัดการผู้ป่วยเป็นรายการณที่ทำทาสัมพันธภาพของผู้ให้บริการการพยาบาลความยากลำบากเกี่ยวกับการปฏิบัติงานร่วมกับสหวิชาชีพ การสื่อสาร นอกจากนี้พยาบาลยังปฏิบัติงานในหลายบทบาท เป็นทั้งพยาบาล มารดา และบิดา-มารดา ทำให้มีความขัดแย้งในบทบาทระหว่างครอบครัวและวิชาชีพ และการทำงานหมุนเวียนเป็นผลัดอาจทำให้มีความขัดแย้งในบทบาทระหว่างครอบครัวและวิชาชีพ และการทำงานหมุนเวียนเป็นผลัดอาจทำให้เป็นอุปสรรคต่อครอบครัวหากไม่สามารถจัดเวลาให้ตรงกัน

3) ปัจจัยเฉพาะของแต่ละคน (Individual factors) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การแต่งงาน การตั้งครอบครัว หรือการซื้อที่อยู่อาศัยใหม่ เป็นต้น และแต่ละบุคคลก็ตอบสนองต่อความเครียดแตกต่างกัน การสะสมความเครียดสามารถนำไปสู่การเจ็บป่วยได้หากขาดความยืดหยุ่น

Gray-Toft and Anderson (1981 อ้างถึงใน อาจารย์ ศิริ, 2552) อธิบายว่า ปัจจัยหลักที่สำคัญที่เป็นแหล่งของความเครียดในงานของพยาบาลหน่วยต่างๆ ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 7 ปัจจัยได้แก่

1) ความตายและการตายของผู้ป่วย (Death and dying) ได้แก่ การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด การรู้สึกว่าจะช่วยอะไรไม่ได้กรณีผู้ป่วยไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้น การรับฟังหรือการพูดคุยเกี่ยวกับการใกล้ตายของผู้ป่วย ความตายของผู้ป่วยที่ได้สัมพันธ์ใกล้ชิด แพทย์ไม่มาให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยถึงแก่ความตาย รวมทั้งการเฝ้าดูแลผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานเมื่อใกล้ตาย

2) ความขัดแย้งกับแพทย์ (Conflict with physicians) ได้แก่ การติเตียนของแพทย์ การขัดแย้งกับแพทย์ การกลัวจะกระทำผิดเมื่อให้การดูแลผู้ป่วย ความเห็นไม่ตรงกันเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย การที่ต้องตัดสินใจเกี่ยวกับผู้ป่วยเมื่อหาแพทย์ไม่ได้

3) การไม่ได้เตรียมตัวอย่างเพียงพอ (Inadequate preparation) ได้แก่ ความไม่พร้อมของตนเองในการดูแลผู้ป่วย รู้สึกไม่ได้เตรียมตัวอย่างเพียงพอในการช่วยเหลือด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยถามคำถามที่ไม่อยากตอบ

4) การขาดการสนับสนุน (Lack of support) ได้แก่ การไม่มีโอกาสได้พูดคุยอย่างเปิดเผยกับบุคลากรหน่วยงานอื่นเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน ขาดโอกาสร่วมรับรู้ประสบการณ์และความรู้สึกกับบุคลากรอื่นในหน่วยงาน ไม่มีโอกาสแสดงความรู้สึกด้านลบที่มีต่อผู้ป่วยกับบุคลากรอื่นในหน่วยงาน

5) ความขัดแย้งกับพยาบาลอื่น ได้แก่ การขัดแย้งกับผู้นิเทศหรือหัวหน้าการที่ต้องไปทำงานในหน่วยงานอื่นที่บุคลากรขาด ไม่อยากปฏิบัติงานกับพยาบาลบางคนนอกหน่วยงานหรือในหน่วยงาน ถูกตำหนิติเตียนจากผู้นิเทศ

6) ภาระงาน (Work load) ได้แก่ การมีจำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา การไม่สามารถคาดการณ์การจัดสรรอัตรากำลังที่เหมาะสมและการจัดตารางงาน การมีงานที่ไม่ใช่งานของพยาบาลมาก เช่น งานเสียมิน การไม่มีเวลาเพียงพอในการให้การช่วยเหลือด้านอารมณ์กับผู้ป่วย การมีเวลาไม่พอในการทำงานการพยาบาลให้เสร็จสมบูรณ์ การที่บุคลากรไม่เพียงพอในหน่วยงานแพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยไม่เพียงพอ เครื่องมือทำงานไม่พร้อม คอมพิวเตอร์ใช้การไม่ได้

7) ความกังวลในความไม่แน่นอนของการรักษา (Uncertainty concerning treatment) ได้แก่ แพทย์ไม่มาในเวลาที่ถูกเงิน การไม่รู้อะไรเกี่ยวกับสภาวะผู้ป่วยและการรักษาที่ควรบอกผู้ป่วยและครอบครัว ความไม่แน่นอนของการผ่าตัดและเครื่องมือพิเศษ

2.7.3 ผลกระทบของความเครียดในงาน

Robbins and Judge (2009) กล่าวว่า ความเครียดในการทำงาน เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น ที่ปรากฏอยู่ในการทำงาน ทำให้เกิดผลต่อเนื่องทางด้านลบต่อสภาพร่างกายหรือสภาพจิตใจ ทำให้ปฏิบัติงานด้วยความรู้สึกตึงเครียดและแสดงอาการต่างๆ ออกมา เช่น ความโกรธ อาการหงุดหงิด การต่อต้าน ฉุนเฉียว อาการเบื่อหน่าย หดแรงแรง เหนื่อยล้า รวมถึงส่งผลให้ความมั่นใจในตนเองและการนับถือตนเองลดลง นำไปสู่การปฏิบัติงานอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมุ่งอธิบายด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านพฤติกรรม

1) ด้านร่างกาย (Physiological symptoms) หมายถึง อาการแสดงการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายของบุคคล อันเนื่องมาจากความเครียดในการทำงาน เช่น รู้สึกการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ปวดศีรษะ และปวดเมื่อยตามตัว

2) ด้านจิตใจ (Psychological symptoms) หมายถึง สภาวะจิตใจที่เกิดจากความเครียดในการทำงาน ประเมินได้จากความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงาน หรือมีอาการวิตกกังวล กระวนกระวาย โกรธง่าย และเบื่อง่าย

3) ด้านพฤติกรรม (Behavior symptoms) หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลซึ่งเป็นการตอบสนองต่อปัญหาหรือสภาวะการณ์ความเครียดในการทำงาน เช่น การขาดงาน และ ลาออกจากงาน

2.7.4 การจัดการกับความเครียด

Jalowice et al. (1989 อ้างถึงใน จตุพร พุกนิตย์, 2546) กล่าวถึงการจัดการความเครียด 8 วิธี ได้แก่

1) การเผชิญกับปัญหา (Confrontive coping) การเผชิญกับปัญหาเป็นการรับมือกับความเครียด ในลักษณะที่ต้องวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น แสวงหาข้อมูล และพยายามแก้ไข้ปัญหา

2) การหลีกเลี่ยงหรือหลบหนีปัญหา (Evasive coping) การหลีกเลี่ยงหรือหลบหนีปัญหาเป็นวิธีหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่ทำให้เครียด โดยพยายามหนีไปจากปัญหาชั่วคราว หรือสร้างความหวังว่าปัญหาที่เกิดขึ้นจะผ่านไป

3) การจัดการกับความเครียดโดยการมองโลกแต่แง่ดี (Optimistic coping) การมองโลกแต่แง่ดีเป็นวิธีการใช้ความคิดทางด้านบวก การมองโลกในแง่ดี การเปรียบเทียบในด้านดี ทำตัวเองให้มีอารมณ์ขัน

4) การมองโลกในแง่ร้าย (Fatalistic coping) การมองโลกในแง่ร้าย มองเป็นเรื่องเคราะห์ร้ายทำให้มีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ มีความเชื่อในเรื่องเคราะห์กรรม

5) การจัดการกับอารมณ์ เป็นการแสดงอารมณ์ที่รู้สึกอัดอัด โกรธไม่พอใจ ไม่เป็นอย่างที่เราคาดหวัง คับแค้นใจ คับข้องใจ ไม่เข้าใจ มีความขัดแย้งภายในใจ เป็นการแสดงออกมาอย่างเต็มที่ทางคำพูดและพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อปลดปล่อยอารมณ์ ระบายความรู้สึก ทำให้ความกดดันที่เกิดขึ้นภายในใจออกมาให้ผู้อื่นรับรู้

6) การบรรเทาความรู้สึก (Palliative coping) การบรรเทาความรู้สึกเป็นการพยายามลดหรือควบคุมความทุกข์ที่เกิดขึ้นภายในใจ โดยการทำทุกอย่างให้รู้สึกดีขึ้น เช่น พยายามทำงานมากขึ้น เป็นต้น

7) การอาศัยแหล่งช่วยเหลือ (Supportive coping) การอาศัยแหล่งช่วยเหลือ เป็นวิธีการใช้ระบบการช่วยเหลือ เช่น การปรึกษาผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน เพื่อช่วยในการจัดการกับความเครียด อาจใช้การพูดคุยปรึกษาหารือกับครอบครัวหรือกับกลุ่มเพื่อน

8) การพึ่งตนเองหรือความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-reliant coping) การพึ่งตนเองหรือความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นวิธีการรับมือ การเผชิญกับปัญหาหรือวิธีจัดการกับความเครียดที่พึ่งตนเองมากกว่าคนอื่น เช่น พยายามทำงานให้สำเร็จด้วยตัวเอง เป็นต้น

สรุปได้ว่า ในการทำงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกิดความเครียดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เนื่องจากหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องทำงานในสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ต้องทำงานด้วยความรวดเร็วแข่งกับเวลาเพื่อต่อสู้กับภาวะวิกฤตความเป็นตายของผู้ป่วย มีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ ทั้งเจ้าหน้าที่ หรือผู้รับบริการ ซึ่งอาจเกิดความขัดแย้งในการปฏิบัติงานได้เสมอ มีปริมาณงานเป็นจำนวนมากจากผู้ป่วยที่มารับบริการเพิ่มขึ้นโดยไม่สมดุลกับจำนวนผู้ให้บริการ ทำให้มีภาระงานมากในช่วงเวลาที่จำกัด มีทั้งบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง รวมทั้งหน้าที่ด้านอื่นที่ไม่ใช่ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระงาน บางครั้งต้องทำงานในด้านเอกสารมากเกินไป ทำให้ไม่สามารถทำงานได้เสร็จตามเวลาซึ่งสาเหตุต่างๆ เหล่านี้มักทำให้พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกิดความเครียดได้ ซึ่งหากสามารถใช้กลไกในรูปแบบต่างๆ ในการเผชิญความเครียดได้ จะทำให้แก้ปัญหาและสามารถปฏิบัติงานต่อไปได้ แต่หากไม่สามารถลดหรือขจัดความเครียดในการทำงานได้แล้วมักส่งผลกระทบต่อพยาบาลในด้านต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจนแสดงพฤติกรรมและอาการออกมาในลักษณะต่างๆ เช่น ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย มีอาการโกรธ ต่อต้าน เหนื่อยล้า รวมทั้งเกิดความเบื่อหน่ายไม่มีความสุขในการทำงาน อาจโอนย้ายหรือลาออกทำให้เกิดผลกระทบต่อองค์กรในที่สุด

3. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาความหมาย การรับรู้ และความเข้าใจในแก่นของความคิด เน้นปรัชญาของการดำเนินชีวิตเพื่ออธิบายเฉพาะปรากฏการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดำเนินชีวิตให้เข้าใจในปรัชญา ปรากฏการณ์หรือประสบการณ์ที่ผ่านมา (Life experiences)

3.1 ความหมายของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

นิตา ชูโต (2548) กล่าวว่า การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา เป็นการตรวจสอบประสบการณ์ของบุคคล และการที่บุคคลผ่านประสบการณ์เหล่านั้นเป็นอย่างไร

ศิริพร จิรวัดมนกุล (2548) กล่าวว่า การศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา เป็นการอธิบายความหมายอื่นเป็นแก่น (essence) ของผู้ที่มีประสบการณ์ในปรากฏการณ์นั้น และสามารถเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์ของความหมายต่างๆในบริบทนั้นด้วย

ชาย โพธิ์ศตยา (2549) กล่าวว่า การวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาประสบการณ์ที่บุคคลได้ประสบมา เพื่อทำความเข้าใจความหมายประสบการณ์มาเป็นหลัก

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2552) กล่าวว่า การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจะมุ่งเน้นให้ความหมายและทำความเข้าใจกับการเกิดขึ้นของปรากฏการณ์เฉพาะ เน้นความสำคัญของประสบการณ์ชีวิตของบุคคลทั้งในด้านปรัชญา สังคมวิทยา จิตวิทยา มีการค้นหาสาระสำคัญหรือแก่น (essences) ของปรากฏการณ์ตามธรรมชาติในทุกๆประเด็นว่าปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมีความหมายต่อบุคคลอย่างไรมากกว่าอธิบายและทำนายเหตุการณ์

อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2553) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาที่มีพื้นฐานมาจากปรัชญา เพื่อทำความเข้าใจความเชื่อมโยงของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมในโลก โดยศึกษาประสบการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่สนใจ จากคำบอกเล่าของผู้ที่มีประสบการณ์ตรงเพื่อค้นหาแก่นแท้ของปรากฏการณ์นั้นๆ ให้ความชัดเจน โดยมีภาษาเป็นสื่อขั้นต้นในการถ่ายทอดความหมายของประสบการณ์ชีวิตมนุษย์

Patton (1990) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยาเป็นการอธิบายตีความในปรากฏการณ์หรือประสบการณ์ที่ได้สัมผัสโดยตรง ทำให้เข้าใจในประสบการณ์นั้น

Cohen, Kahn and Steeves (2000) กล่าวถึง หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการอธิบายว่าเหตุการณ์ที่ได้ประสบมาหรือกำลังประสบมีความหมายอย่างไรสำหรับบุคคลนั้น

สรุปได้ว่า การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่ง เพื่ออธิบายความหมายและการรับรู้ในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในเหตุการณ์นั้น ทำให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษาชัดเจนขึ้น

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ปรากฏการณ์วิทยาการตีความ ซึ่งเป็นวิธีการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger

3.2 แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger

Martin Heidegger (ค.ศ.1889-1976) เป็นนักปรัชญาคนสำคัญในระยะของชาวเยอรมัน (German phase) โดยเป็นศิษย์เอกของบิดาแห่งการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา คือ Edmund Husserl (ค.ศ.1857-1938) ซึ่ง Husserl และ Heidegger ต่างมีความเชื่อว่าการศึกษา

เชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นวิธีนำไปสู่ “To the things itself” (Dreyfus & Health, 1992 อ้างถึงใน วีณา เทียงธรรม, 2547) แต่ยังมีแนวคิดที่แตกต่างกันโดย Husserl ให้ความสำคัญกับเรื่องปรัชญา (Epistemological) และความสัมพันธ์กับวิธีการทางปรากฏการณ์ (Phenomenological method) มุ่งหาความเข้าใจว่าคนเราตีความปรากฏการณ์ที่ได้ประสบ เพื่อให้โลกของตัวเองมีความหมาย และสร้างโลกทัศน์ขึ้นมาได้อย่างไร (ชาย โพธิสิตา, 2547) ซึ่งหลักการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ การตั้งเจตนา (Intentionality) แก่นแท้ของปรากฏการณ์ (Essences) และการลดทอนปรากฏการณ์ (Reduction) (Holloway and Wheeler, 2010) ในขณะที่ Heidegger เน้นในเรื่อง ontological เพื่อให้เกิดความเข้าใจในธรรมชาติของมนุษย์ (The meaning of being of human being)

Heidegger (1962) เน้นที่ธรรมชาติของความเป็นจริง (ontological) โดยเชื่อในเรื่องภาวะการมีอยู่ (Being) เวลา (Time) การให้ความหมาย (meaning) และสามารถแปลความหมาย (Interpreted) ซึ่ง Heidegger ได้ใช้ Hermeneutic Phenomenology หรือปรากฏการณ์วิทยาการตีความเป็นวิธีในการทำให้เกิดความเข้าใจในความหมายการเป็นมนุษย์ โดย Heidegger กล่าวว่า hermeneutics เป็นสิ่งสำคัญของ ontological power ของความเข้าใจและการแปลความ ตีความ ทำให้ธรรมชาติของความจริงและความหมายนั้นๆ ปรากฏออกมาให้เห็น (วีณา เทียงธรรม, 2547) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger จะเป็นการค้นหาความหมายของการมีชีวิตของบุคคลหนึ่งเป็นอย่างไร ซึ่งบุคคลจะให้ความหมายแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ของแต่ละคน โดยจุดเน้นเกี่ยวกับภาพรวมของบุคคล ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 5 ประการ ดังนี้ (Leonard, 1994 cite in Holloway and Wheeler, 2010)

1) บุคคลเป็นผู้ที่มีโลกเป็นของตนเอง บุคคลมีสิ่งแวดล้อมที่ติดตัวมาแต่กำเนิด ไม่สามารถแยกจากกันได้ ประกอบด้วย วัฒนธรรม ภูมิหลัง และภาษา

2) บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่าและความหมาย หมายถึง บุคคลให้คุณค่าและความหมายต่อเหตุการณ์แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับ ภูมิหลังของสังคม วัฒนธรรม ภาษา ของแต่ละคน ดังนั้นต้องเข้าใจสภาพแวดล้อมทางสังคมของแต่ละบุคคลด้วย

3) บุคคลเป็นผู้ตีความ บุคคลสามารถให้ความหมายตามความรู้สึก ประสบการณ์ที่ได้รับ ซึ่งมีความแตกต่างกันตามการตีความจากภูมิหลังของแต่ละบุคคล ทั้งด้านสังคม ภาษา และวัฒนธรรมของบุคคลนั้นๆ

4) บุคคลเป็นหน่วยรวม หมายถึง บุคคลหนึ่งมีการให้ความหมาย ความคาดหวัง ความรู้สึกนึกคิด นิสัย แบบแผนชีวิต รวมเป็นหนึ่งเดียว ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ คนประกอบด้วยกาย จิต สังคม และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

5) บุคคลมีมิติของเวลา ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลเป็นไปตามมิติของเวลา ซึ่งความคิดของบุคคลในปัจจุบันนั้นมีผลมาจากอดีตและอาจส่งผลต่ออนาคตได้ ซึ่งต้องขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลตระหนักและสนใจ

นอกจากความสำคัญของบุคคลแล้ว Heidegger ยังให้ความสำคัญกับองค์ประกอบหลักอีก 2 ประการดังนี้ (Leunard, 1994 cited in Helloway and Wheeler, 2010)

1) สิ่งแวดล้อม (World) เป็นกลุ่มความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีประสบการณ์ในปัจจุบันรวมถึง ภูมิหลัง อายุ การศึกษา วัฒนธรรม และค่านิยมทางสังคม ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเกิดจากบุคคลได้เรียนรู้ตั้งแต่เกิดและซึมซับอยู่ในตัวบุคคลนั้น และเชื่อว่าบุคคลไม่สามารถแยกจากสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้นการศึกษาปรากฏการณ์จึงเป็นการค้นหาความหมาย การรับรู้ ความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งนั้น ซึ่งได้รับอิทธิพลจากสังคม วัฒนธรรม และภูมิหลังของบุคคลนั้น

2) การเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีต (Hermeneutic circle) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อนเข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ นั่นคือบุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้ จากการนึกเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยรู้จักหรือมีประสบการณ์มาก่อน การให้ความหมายของบุคคลและการตีความ ต้องใช้ภาษาเป็นเครื่องมือหลักในการสื่อสาร Gadamer ซึ่งเป็นศิษย์เอกและเพื่อนร่วมงานของ Heidegger ได้เพิ่มเติมและขยายความคิดที่สำคัญอีก 2 ประการ ดังนี้ (Thomson, 1990; Koch, 1995)

1) ภาษาเป็นสื่อกลางที่สำคัญที่จะสื่อความหมายให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ ภาษาเป็นสื่อที่จำเป็นและต้องทำความเข้าใจในรูปแบบและความหมายของภาษา

2) การเชื่อมโยงความหมาย (The fusion of horizons) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ตามมุมมองของนักวิจัย รวมถึงความรู้และสิ่งต่างๆ จากการศึกษานั้นกับผู้ให้ข้อมูล การทำความเข้าใจเชื่อมโยง แลกเปลี่ยน และขยายความคิดเห็นต่อกัน จะทำให้เกิดความเข้าใจ ถูกต้องและลึกซึ้งยิ่งขึ้น สามารถมองเห็นภาพรวมของปรากฏการณ์ทั้งหมด จนความเข้าใจของนักวิจัยและผู้ให้ข้อมูลเชื่อมต่อกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย ในบริบทนั้นๆ

สรุปได้ว่า แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger เน้นการเข้าถึงความหมายของประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคล มีการพัฒนา “Hermeneutics phenomenology” ซึ่งถือได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญในการนำไปสู่การให้ความหมายของความเป็นมนุษย์

3.3 ระเบียบวิธีการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิด Heidegger

ระเบียบวิธีตามแนวคิดของ Heidegger มุ่งค้นหาความหมายที่อยู่เบื้องหลังของสิ่งที่ปรากฏ โดยใช้การตีความเพื่อเข้าใจความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งในการวิจัยนี้จะกล่าวถึงระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาการตีความในประเด็นต่างๆ ดังนี้ (จอห์นผะจง เพ็งจาด, 2548)

3.3.1 คำถามการวิจัย คำถามในการวิจัยควรใช้คำถามที่มีลักษณะทั้งปลายปิดและปลายเปิด เพื่อให้ผู้พูดได้พูดหรือบอกรายละเอียด โดยปราศจากการถามนำ (เพชรน้อยสิงห์ช่างชัย, 2552) เพื่อให้สิ่งที่พูดหรืออธิบายออกมาเป็นการสะท้อนความคิด ความรู้สึกของผู้พูดเอง

3.3.2 ผู้ให้ข้อมูล ใช้การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จุดสำคัญอยู่ที่การเลือกเพื่อให้ได้ผู้ที่เหมาะสมคือ ต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์หรือได้ประสบเหตุการณ์ที่ศึกษา เนื่องจากจะมีข้อมูลในเรื่องนั้นอย่างลึกซึ้ง ทำให้ได้ความรู้เฉพาะของปรากฏการณ์ การศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความเป็นการทำความเข้าใจของประสบการณ์มากกว่า เน้นความหลากหลายและความเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตัวอย่าง ควรมีจำนวนมากพอที่จะครอบคลุมรูปแบบที่หลากหลายของปรากฏการณ์ที่ศึกษา แต่ไม่ควรมากเกินไป เพื่อที่นักวิจัยจะสามารถศึกษาในระดับลึกได้ดีขึ้น (ชาย โพรสิตดา, 2549)

3.3.3 ข้อมูล (Data) ระเบียบวิธีการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาให้ความสำคัญกับคำบอกเล่าประสบการณ์ของบุคคล

3.3.4 บทบาทนักวิจัย ในการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา Reinharz (1983) ได้กล่าวถึงบทบาทนักวิจัย 5 ด้าน คือ 1) มีความเข้าใจในภาษาเพื่อใช้ติดต่อสื่อสาร รวมทั้งสามารถเข้าใจและแปลความหมายในพฤติกรรมที่บุคคลได้แสดงออกมา 2) ไม่ใช้ความคิดเห็นของตนเองตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ต้องแสดงออกมาในรูปแบบของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน 3) ต้องสืบค้นและหาข้อมูลจากประสบการณ์จริงของบุคคล ซึ่งมีประสบการณ์ตรงในเรื่องที่ต้องการศึกษา (Original experience) 4) ต้องบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง ไม่ใช่ความคิดเห็นส่วนตัวลงไป 5) การเขียนเอกสารการวิจัย จะต้องวิเคราะห์ข้อมูลตามความเป็นจริงและนำเสนอรายละเอียดที่แท้จริงไม่บิดเบือนข้อมูลที่เป็นจริง

3.3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลมักใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดร่วมกับการบันทึกเทป และการบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ การสัมภาษณ์ดังกล่าวเป็นการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured interview) รูปแบบการสัมภาษณ์ที่

เหมาะสมคือ ผู้ถูกสัมภาษณ์และผู้สัมภาษณ์มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีส่วนร่วมในกระบวนการสัมภาษณ์ (ชาย โพธิ์ลีตา, 2549) จุดเน้นของผู้สัมภาษณ์คือ รับฟังสิ่งที่ผู้ให้สัมภาษณ์บอกเล่ามากกว่าควบคุมการสนทนาอย่างเดียว (Kahn, 2000) ซึ่งลักษณะการสัมภาษณ์แบบตีความ (Hermeneutic interview) มีความแตกต่างจากการสัมภาษณ์แบบอื่น โดยเป็นวิธีการที่จะรวบรวมเนื้อหาจากการบอกเล่าประสบการณ์ (Experiential narrative material) เฉพาะที่เป็นประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูล (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) มีการเผชิญหน้ากันระหว่างนักวิจัยกับผู้ให้ข้อมูล (Face to face interaction) ทำให้สามารถโต้ตอบ อธิบายจนเกิดความชัดเจน ให้ได้ข้อมูลลึกซึ้งและสมบูรณ์ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีโอกาสสังเกตกิริยาท่าทาง รวมทั้งภาษาท่าทาง สิ่งแวดล้อมต่างๆของผู้ให้สัมภาษณ์ ประกอบในการตีความหมายและอธิบายถึงปรากฏการณ์ต่างๆ (นิศา ชูโต, 2548)

3.3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลจะเข้าไปพร้อมๆกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งนักวิจัยต้องมีความรู้ในเรื่องนั้นมาก่อน เพื่อเป็นพื้นฐานในการตีความผลการศึกษานั้นออกมา เพื่อหาความหมายของการมีชีวิตอยู่หรือบุคคลให้ความหมายต่อปรากฏการณ์นั้นอย่างไร

3.3.7 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Criteria for establishing Trustworthiness) เพื่อใช้ในการเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย และผลการวิจัยได้รับการยอมรับความน่าเชื่อถือจากผู้อ่าน โดย Guba and Lincoln (1989) กล่าวถึงหลักเกณฑ์ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพไว้ 4 ประการ คือ ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) และความสามารถในการยืนยัน (Conformability) ซึ่งแต่ละหลักเกณฑ์มีรายละเอียด และวิธีการตรวจสอบดังต่อไปนี้ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553)

1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility)

เป็นเกณฑ์สนับสนุนการอธิบายข้อสรุปและการแปลผลของข้อมูลจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล สิ่งนี้นักวิจัยจะแสดงให้เห็นว่า การได้มาซึ่งข้อมูลและข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์มีความถูกต้อง คือ การระบุวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งได้แก่ ระยะเวลาที่อยู่ในสนามที่นานพอ (Prolonged involvement) การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks)

1.1) ระยะเวลาที่อยู่ในสนามที่นานพอ (Prolonged involvement) หมายถึงการใช้เวลาในสนามที่ศึกษาที่มากพอที่นักวิจัยจะเรียนรู้วัฒนธรรม และการสร้างความไว้วางใจ

เพียงพอที่ผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะแบ่งปันประสบการณ์ชีวิตจริงแก่นักวิจัย ในการศึกษาเชิงมานุษยวิทยาถือว่า ระยะเวลาที่เข้าไปอยู่ในสนามที่นานพอ เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพในสาขาอื่นๆด้วย อย่างไรก็ตามไม่มีใครกำหนดว่าระยะเวลาจำนวนเท่าเท่าไร จึงถือว่าเพียงพอ เพราะการวิจัยแต่ละเรื่อง จะใช้เวลาอยู่ในภาคสนามแตกต่างกัน นักวิจัยที่ลงไปศึกษาเท่านั้นที่จะสามารถบอกได้ว่าเวลาที่เขาอยู่ในสนามเพียงพอต่อการได้ข้อค้นพบหรือไม่

1.2) การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) เป็นการใช้เวลาที่มากพอในการสังเกตสถานการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ค้นพบว่าอะไรคือ ประเด็นที่สำคัญที่สุด และเป็นตัวแทนของประเด็นที่ศึกษา การสังเกตนี้จะเป็นการสังเกตเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก

1.3) การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เป็นการใชหหลากหลายวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ เช่น การตรวจสอบจากสิ่งที่สังเกตได้และการบันทึกภาคสนาม ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เป็นต้น

1.4) การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) เป็นการนำผลการวิเคราะห์และข้อสรุปไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องในประเด็นที่นักวิจัยศึกษา และเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ อย่างน้อย 3 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบให้

1.5) การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) เป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลเข้ามาช่วยในการตรวจสอบหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลที่ได้มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริงๆ

2) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability)

ความสามารถในการถ่ายโอนนี้ จะใช้แทนการอ้างอิงผลสรุปที่ได้สู่ประชากร ในการวิจัยเชิงปริมาณ ส่วนในการวิจัยเชิงคุณภาพ จะหมายถึงการที่ผู้อ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแล้ว สามารถเข้าใจเรื่องราวและมองเห็นภาพของประสบการณ์ดังกล่าวเหมือนเกิดขึ้นกับตัวเอง ซึ่งเรียกว่า “Audit trail”

3) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability)

เป็นเกณฑ์ที่ 3 ในการพิสูจน์หรือตรวจสอบ (Establishing) ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยการให้ผู้อ่านและนักวิจารณ์ได้ใช้เกณฑ์การตรวจสอบต่อกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพถ้าผู้อ่านและนักวิจัยสามารถติดตามเรื่องราวได้อย่างเข้าใจ แสดงว่าการศึกษานี้ผ่านเกณฑ์ดังกล่าว Sendelowski (1986) เรียกวิธีการตรวจสอบนี้ว่า “ความสามารถในการพึ่งพา” นักวิจัยเชิงคุณภาพหลายท่าน (Flick, 1986; LeCompte, and Goetz, 1982; Maykut and Morehouse, 1995) ได้เสนอวิธีการตรวจสอบความสามารถในการพึ่งพาไว้ดังนี้

3.1) การใช้หลายวิธีในการรวบรวมข้อมูล (Multiple methods of data collection) นักวิจัยมีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตเข้าด้วยกันรวมถึงข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่างๆเพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

3.3) การทำงานร่วมกับทีมวิจัย (Working with a research team) การวิจัยเชิงคุณภาพโดยนักวิจัยเพียงคนเดียวอาจมีปัญหาคำถามน่าเชื่อถือได้ของข้อค้นพบหรือผลการวิจัยแม้ว่างานวิจัยนั้นจะใช้หลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วก็ตาม นักวิจัยอาจไม่แน่ใจในความลำเอียงเกิดขึ้นในขณะวิเคราะห์ข้อมูลหรือไม่ ดังนั้น การทำงานร่วมกันของนักวิจัยหลายๆคนจะเป็นการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลซึ่งเปรียบเทียบกับ การตรวจสอบค่าความเที่ยงของการสังเกต (Inter-rater reliability) ในการวิจัยเชิงคุณภาพ

3.4) การใช้ให้นักวิจัยที่เป็นผู้ให้ข้อมูล (Use participant researchers) นักวิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับการเก็บรวบรวมข้อมูลว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างจากมุมมองผู้ให้ข้อมูล ซึ่งวิธีนี้มักใช้ในการวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณา (LeCompte and Gaetz, 1982)

4) ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability)

Guba and Lincoln (1989) กล่าวว่าความสามารถในการยืนยันจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อ การวิจัยผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ด้านแล้ว เกณฑ์ดังกล่าวคือ ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ส่วน Robson (1993 cited in Holloway and Wheeler, 1996) เสนอเกณฑ์ในการตรวจสอบความสามารถในการยืนยันการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

4.1) การตรวจสอบจากข้อมูลดิบได้แก่ เทปบันทึกการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม และการบันทึกประจำวัน ว่ามีข้อมูลตรงกันหรือสอดคล้องกันหรือไม่

4.2) การตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล เช่น ข้อค้นพบจากการศึกษาข้อมูลสนับสนุนหรือไม่

4.3) การตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุป เช่น ข้อความที่สำคัญ สาระที่ได้จากการวิเคราะห์ การจัดกลุ่มคำและการให้รหัสข้อมูล

4.4) การตรวจสอบกระบวนการวิจัย ได้แก่ การเลือกรูปแบบการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาหรือไม่

4.5) การตรวจสอบวัตถุประสงค์การวิจัยในระยะเริ่มต้น จากโครงร่างการวิจัยและความคาดหวังที่ได้จากการวิจัย

4.6) การตรวจสอบการพัฒนาเครื่องมือช่วยในการวิจัย เช่น วิธีการสัมภาษณ์ วิธีการสังเกต และลักษณะข้อคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก

4.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชนิษฐา อรัญดร (2545) ได้ทำการศึกษาประสพการณ์การดูแลและบริหารจัดการของพยาบาลขณะเกิดเหตุภาวะวิกฤตน้ำท่วม โรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลและบริหารจัดการขณะเกิดภาวะวิกฤตจำนวน 12 ราย พบว่าในภาวะวิกฤตจะมีการบริหารจัดการเปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์ปกติ โดยแบ่งเป็นประเด็นตามการรับรู้และเข้าใจในการบริหารจัดการภาวะวิกฤตน้ำท่วมคือ 1) เกิดการรวมกลุ่มและแบ่งงานกันเองตามความถนัด 2) เตรียมการจากการคาดคะเนเหตุการณ์ 3) ประสานงานโดยการเดินและวิ่ง 4) ยึดหยุ่นกฎระเบียบ 5) ใช้จิตวิญญาณและประสพการณ์ส่วนตัวในการแก้ปัญหา และ 6) ดัดแปลงทรัพยากรเพื่อให้ใช้ประโยชน์ขณะนั้น

โรสรินทร์ สมบูรณ์ธนกิจ (2548) ศึกษาอุบัติเหตุการอันตรรายจากการปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลประจำการ จำนวน 211 คน และหัวหน้า จำนวน 8 คน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีประสพการณ์ถูกทำร้ายทางวาจามากที่สุด ร้อยละ 82.5 รองลงมาคือการได้รับอุบัติเหตุร้อยละ 73.5 และอันตรรายจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อ ร้อยละ 70.1 โดยลักษณะการถูกทำร้ายทางวาจาส่วนใหญ่เป็นการบ่น ร้อยละ 45.5 รองลงมาคือการพูดประชดประชันและการพูดจาหยาบค้าย ร้อยละ 40.3 และ 35.1 ตามลำดับ

ภัทรมน ทับสูงเนิน (2552) ศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ พบว่าสมรรถนะที่สำคัญและจำเป็นของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐมี 11 ด้าน คือ 1) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน 2) สมรรถนะด้านการคัดกรองและการประเมินอาการในภาวะฉุกเฉิน 3) สมรรถนะด้านการฟื้นคืนชีพขั้นสูง 4) สมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีมและการประสานงาน 5) สมรรถนะด้านการติดต่อสื่อสาร 6) สมรรถนะด้านคุณลักษณะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมบริการ 7) สมรรถนะด้านการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินกลุ่มชนและภัยพิบัติ 8) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ 9) สมรรถนะด้านกฎหมาย จริยธรรม และการพิทักษ์สิทธิ 10) สมรรถนะด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย และ 11) สมรรถนะด้านวิชาการและการพัฒนาคุณภาพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

วันเพ็ญ สายใหม่, สุดาพรรณ ธัญจิรา และ ฌวีรัชยา ประเสริฐสุขจินดา (2553) ศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและ

ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินจำนวน 124 คน ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงบรรยายโดยตอบแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ลักษณะความรุนแรงทางวาจาที่พบมากที่สุดคือ การใช้น้ำเสียงตะคอก รองลงมาคือ การไม่ให้เกียรติ การใช้คำพูดคุกคามวางตัวเหนือกว่า/อ้างเป็นผู้มีอุปการคุณ และลักษณะความรุนแรงทางร่างกาย คือ ผลัก ดึง ลาก กระชาก รองลงมาคือ ขว้างปาด้วยวัตถุ และตบตี กระแทก โดยพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินใช้การจัดการกับความรุนแรงโดย เดินหนีหรือเดินหลีกเลี่ยงมากที่สุด รองลงมาคือ พุดระบายกับ/เพื่อน/เพื่อนร่วมงาน/สมาชิกในครอบครัว และการพูดคุยปกติและชี้แจงทำความเข้าใจ

ประนมนวัน เกษสัจญชัย และวิภาพร วรหาญ (2012) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต 12 กระทรวงสาธารณสุข ในพยาบาลวิชาชีพจำนวน 395 คน พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายประสิทธิผลการปฏิบัติงานคือ ลักษณะงาน (ด้านความหลากหลายของทักษะ และด้านความมีอิสระในงาน) และตัวแปรการทำงานเป็นทีม (ด้านการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและด้านการประสานงาน) โดยสามารถทำนายประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต 12 กระทรวงสาธารณสุขได้ร้อยละ 54.2

Kipp (2001) สร้างมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยด้วยมาตรฐานเดียวกัน ประกอบด้วย มาตรฐานบริเวณจุดคัดกรอง มาตรฐานในกระบวนการเริ่มรักษา ระหว่างการรักษา มาตรฐานเมื่อผู้ป่วยสอบถามความล่าช้า มาตรฐานการรับและจำหน่าย มาตรฐานการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย พบว่า หลังใช้มาตรฐานค่าเฉลี่ยการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้น

Rudy and Henry (2007) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกอบรมการบริหารจัดการในภาวะวิกฤต ประกอบด้วย ภาวะผู้นำ การใช้ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการปรับปรุงประสิทธิภาพของทีม ในพยาบาล 149 คน โดยจัดฝึกอบรมเป็นเวลาสองชั่วโมงและประเมินผลหลังฝึกอบรม ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าวิจัย 83% สามารถจัดการภาวะวิกฤตได้ และ 68% สามารถจัดการภาวะวิกฤตได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

Hoot and Aronsky (2008) ศึกษาสาเหตุ ผลกระทบ และการแก้ปัญหาความแออัดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการทบทวนวรรณกรรม ผลการศึกษาพบว่าสาเหตุเกิดจากจำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินมารับบริการเพิ่มขึ้น เจ้าหน้าที่และจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยไม่เพียงพอ ผลกระทบที่เกิดขึ้นคือ อัตราการตายสูงขึ้น คุณภาพในการรักษาพยาบาลลดลง ผู้ป่วยหนีออกจากโรงพยาบาล

และปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น แนวทางในการแก้ปัญหาคือ การเพิ่มทรัพยากร ได้แก่บุคลากร เพิ่มพื้นที่สังเกตอาการและจำนวนเตียง การส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วนไปสถานบริการปฐมภูมิ การให้ความรู้และคำปรึกษา การแนะนำแหล่งประโยชน์ในการเข้าถึงแหล่งสุขภาพ เช่น อินเทอร์เน็ต

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) บนพื้นฐานแนวคิดของ Heidegger เพื่อศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ตรง ในเรื่องที่ทำการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยมีแนวคิดเบื้องต้นเป็นแนวทางในการตั้งคำถาม ผลการศึกษาได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกต (Observe) การจดบันทึกภาคสนาม (Field notes) และการรวบรวมข้อมูลเอกสารต่างๆโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบตีความตามแนวทางของ Crist and Tanner (2003) ซึ่งมีวิธีการดำเนินวิจัยดังนี้

พื้นที่ในการศึกษา (Setting) พื้นที่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในพื้นที่ดังกล่าวผ่านการมีประสบการณ์ตรงในการประสบ รับรู้เหตุการณ์ เรื่องราวกับประเด็นที่ต้องการศึกษาและสถานการณ์ในการปฏิบัติงานที่มีความหลากหลายและซับซ้อน

ผู้ให้ข้อมูล (Participants) วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูล ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลคือ ต้องปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 5 ปี เนื่องจากมีความสามารถด้านการปฏิบัติในระดับเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ในการทำงานที่หลากหลายและซับซ้อน ทำให้สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงต่างๆได้เป็นอย่างดี สามารถวางแผนรองรับสถานการณ์เพื่อแก้ไขปัญหา และปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีความยินดีเข้าร่วมในงานวิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลในลำดับถัดมา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงกับเรื่องของผู้วิจัยต้องการศึกษาอย่างแท้จริง มีคุณสมบัติและมีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย การได้มาและการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นสนามศึกษาแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากหัวหน้าหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการระบุรายชื่อพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในเกณฑ์ของผู้ให้ข้อมูล และขอความช่วยเหลือในการแนะนำโครงการวิจัยกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพื่อสร้างความเข้าใจเบื้องต้นกับการ

เข้าร่วมวิจัย และเมื่อได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายนั้นแล้วจึงทำการคัดเลือกโดยการบอกต่อแบบลูกโซ่ (Chain or snowball sampling) โดยให้ผู้ให้ข้อมูลคนแรกที่คัดเลือกไว้เป็นคนแนะนำผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติงานที่มีความหลากหลายและซับซ้อนของสถานการณ์ต่างๆในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวนทั้งหมด 12 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตลอดการวิจัย โดยหลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลตติยภูมิที่เป็นสนามการวิจัยครั้งนี้เมื่อวันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2556 ผู้วิจัยจึงทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อประกอบในการขอความร่วมมือให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากฝ่ายการพยาบาลและงานการพยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ฉุกเฉิน หลังจากนั้นผู้วิจัยขอความสมัครใจจากผู้ให้ข้อมูลทุกรายในการเข้าร่วมวิจัย โดยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการหัวข้อและวัตถุประสงค์ตลอดจนประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยละเอียด จำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ ระยะเวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง สถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถไม่ตอบคำถามใดๆเมื่อรู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนของการวิจัย และขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนาซึ่งผู้ให้ข้อมูลสามารถขอข้อมูลกลับได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล จะไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล และผลการวิจัยจากการศึกษาจะนำไปอภิปรายนำเสนอโดยภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและให้เวลาในการทบทวนก่อนตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยชัดเจนลงนามในใบยินยอมร่วมการวิจัย (Informed consent form) โดยผู้วิจัยเก็บใบยินยอมและข้อมูลต่างๆไว้อย่างปลอดภัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ใช้การบันทึกเสียงร่วมกับการจดบันทึกเพื่อเก็บข้อมูล โดยสัมภาษณ์รายละ 1-2 ครั้ง โดยมีจำนวน 3 รายที่ต้องสัมภาษณ์ 2 ครั้ง เพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45-60 นาที ขึ้นอยู่กับความหลากหลายและความแตกต่างของผู้ให้ข้อมูล และสัมภาษณ์จนได้ข้อมูลซ้ำและไม่มีประเด็นใหม่ที่สำคัญจากการสัมภาษณ์ หรือเรียกว่าข้อมูลอิ่มตัว (Saturation) (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2552) ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย และเตรียมเครื่องมือช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยขั้นตอนต่อไปนี้ คือ

1. การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ในการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือวิจัยที่สำคัญคือ ผู้วิจัย (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2552; อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553; Guba and Lincoln, 1985; Kvale, 1996) ซึ่งเป็นผู้ที่เข้าถึงผู้ให้ข้อมูลโดยตรงผ่านการสัมภาษณ์และสังเกตร่วมกัน การเตรียมความพร้อมในการสัมภาษณ์ที่สำคัญจะทำให้การเก็บข้อมูลราบรื่นและได้ข้อมูลที่มีคุณภาพคือ การสร้างสัมพันธภาพ (Rapport) ที่ดี (นิศา ชูโต, 2548) ทั้งการแนะนำตนเอง การแต่งกาย กิริยา วาจา การประพฤติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและยินดีในการให้ข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง (ศิริพร จิรวัดมนกุล, 2548; สุภางค์ จันทวานิช, 2554) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้โดยการศึกษาค้นคว้าแนวคิด/ทฤษฎี และทบทวนวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจากในหนังสือตำราเรียน การประชุมวิชาการด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อเตรียมความรู้ของผู้วิจัยให้มีความรู้ในเรื่องดังกล่าว ซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจคำตอบและจับประเด็นได้เร็วและยังช่วยให้สามารถเจาะหาข้อมูลได้ลึกมากขึ้น การมีความรู้ในเรื่องที่สัมภาษณ์เป็นคุณสมบัติอย่างหนึ่งของผู้สัมภาษณ์ (Kvale, 1996) และช่วยให้ประสบความสำเร็จในการสัมภาษณ์ (ชาย โภธิสิตา, 2549) นอกจากนี้การมีความรู้ในเรื่องที่ศึกษาวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ผ่านการเรียนรู้ทั้งในภาคทฤษฎีและการฝึกสัมภาษณ์ นำมาวิเคราะห์เนื้อหาในภาคปฏิบัติ เพื่อค้นพบประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่อง (Pilot study) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและจัดบันทึกภาคสนาม ตลอดจนถอดเทปจากคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ และปรึกษารวมทั้งรับฟังข้อเสนอแนะจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่มีความเชี่ยวชาญในการทำวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม

2. การเตรียมเครื่องมือช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีการเตรียมแนวข้อคำถามเพื่อช่วยกำหนดทิศทางการสัมภาษณ์ว่าควรมุ่งไปในทิศทางใดและมีประเด็นใดบ้างที่ควรถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ แนวคำถามเป็นคำถามแบบปลายเปิด สามารถยืดหยุ่นลำดับก่อนหลังของคำถามตามสถานการณ์ขณะเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดของแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์แสดงไว้ในภาคผนวก นอกจากนี้ยังมีการเตรียมอุปกรณ์อื่นเช่น เครื่องบันทึกเสียงเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยสามารถเก็บรายละเอียดได้คำต่อคำ และได้ครบถ้วนตลอดการสัมภาษณ์ โดยต้องตรวจสอบความพร้อมให้อยู่ในสภาพที่สามารถใช้งานได้ เตรียมแบตเตอรี่และเทปสำรองให้เพียงพอเพื่อเกิดความขัดข้อง ในการสัมภาษณ์จะทำควบคู่ไปกับการสังเกตเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ จึงต้องเตรียมแบบบันทึกภาคสนาม เพื่อใช้ระบุรายละเอียดต่างๆจากการสัมภาษณ์ และการสังเกตเพื่อบันทึกหมายเลขผู้ให้ข้อมูล ครั้งที่ วันที่ เวลาการสัมภาษณ์

พฤติกรรมและปฏิกริยาขณะสัมภาษณ์ รวมทั้งสภาพแวดล้อมในการสัมภาษณ์ นอกจากนี้การใช้บันทึกภาคสนามจะช่วยให้ผู้วิจัยได้ติดตามและจับประเด็นสำคัญในการให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ได้ชัดเจนมากขึ้น

3. การเตรียมสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยมีการเตรียมการ 4 ขั้นตอน การเตรียมสัมภาษณ์ การเริ่มสัมภาษณ์ ดำเนินการสัมภาษณ์ และสิ้นสุดการสัมภาษณ์ มีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนดังนี้

3.1 การเตรียมสัมภาษณ์

3.1.1 ผู้วิจัยทำหน้าที่แนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อคณบดีคณะแพทยศาสตร์ เพื่อขออนุมัติในการเก็บข้อมูลการวิจัยวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เกณฑ์การพิจารณาและคุณสมบัติผู้เข้าร่วมวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

3.1.2 ผู้วิจัยโทรศัพท์นัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อขอความสมัครใจและยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยจะทำการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวกในการให้สัมภาษณ์

3.2 เริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตนเองด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส เพื่อทำให้เกิดความรู้สึกเป็นกันเอง โดยมีการพูดคุยในเรื่องทั่วไปก่อน หลังจากนั้นจะแสดงเอกสารที่ได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่คาดว่าจะสัมภาษณ์ ขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียงและจดบันทึกการสัมภาษณ์ โดยอธิบายให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บเป็นความลับ และทำลายลงเมื่อการศึกษาสิ้นสุดลง ตลอดจนไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาหากรู้สึกไม่เต็มใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม เมื่อชี้แจงรายละเอียดให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยชัดเจนจึงให้ลงนามในใบยินยอมร่วมการวิจัย (Informed consent form)

3.3 ดำเนินการสัมภาษณ์ โดยสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่วิจัยกำหนดให้มีความเชื่อมโยงกับเรื่องแนวคิดบทบาทของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของ ดนุลดา จามจรี (2551) เป็นแนวทางการสัมภาษณ์ โดยสัมภาษณ์ในประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องและประเด็นต่างๆที่ควรเจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลมากที่สุดและลึกที่สุด โดยการตั้งใจฟัง สนใจในสิ่งที่ผู้เข้าร่วมวิจัยถ่ายทอด เพื่อให้สามารถจับประเด็นให้ได้อย่างถูกต้องและแนวข้อคำถามอาจมีการปรับเปลี่ยนไปตามลักษณะการให้ข้อมูลขณะนั้น หากข้อมูลไม่ชัดเจน พยายามใช้คำถามที่เจาะลึกเพื่อให้เกิด

ความชัดเจน โดยไม่แสดงความคิดเห็นหรือถำมนำเพื่อมุ่งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบคำถามไปตามความคิดเห็นหรือแนวทางที่ผู้วิจัยต้องการ หากสถานการณ์เกิดความเงียบ ให้การกระตุ้นผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นระยะเพื่อให้การสัมภาษณ์ต่อเนื่อง โดยขณะสัมภาษณ์มีการสังเกตและจดบันทึกการสื่อสารเชิงลักษณะ พฤติกรรมต่างๆ เพื่อประกอบการสัมภาษณ์ให้สมบูรณ์ขึ้น ก่อนจบการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยสรุปผลการสัมภาษณ์ เพื่อยืนยันความเข้าใจในข้อมูลที่ได้ของผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล

3.4 สิ้นสุดการสัมภาษณ์ เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูล และขออนุญาตติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมภายหลังการสัมภาษณ์ หลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการถอดเทปแบบคำต่อคำทันที เพื่อหาประเด็นที่เกิดขึ้น รวมทั้งการถอดเทปทันทีจะทำให้ผู้วิจัยทราบข้อบกพร่อง หรือประเด็นที่ขาดหายไปจากการสัมภาษณ์ เพื่อใช้ปรับปรุงในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป โดยทำการถอดเทปด้วยตัวผู้วิจัยเอง เพื่อคงไว้ซึ่งอารมณ์ ความรู้สึก และบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ ทำการถอดเทปทั้งภาษาพูดและที่ไม่ใช่ภาษาพูด เช่น เสียงหัวเราะ หรือแม้แต่ความเงียบ ที่อาจบ่งบอกความหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง และทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ถอดเทปเรียบร้อยแล้วทันที ค้นหาประเด็นจากการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ Crist and Tanner (2003) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ถอดเทปมาตรวจสอบความถูกต้อง และทำความเข้าใจประเด็นจากการสัมภาษณ์ ถ้าพบว่าข้อมูลเพียงพอเพื่อค้นหาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น
2. ผู้วิจัยค้นหาความหมายของประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยการอ่านข้อมูลแล้วตั้งประเด็นที่สำคัญออกมาเขียนทั้งชื่อประเด็นและตัวอย่างจากข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการภาวะวิกฤตขณะปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3. ผู้วิจัยนำข้อค้นพบที่ได้จากการจับกลุ่มข้อความที่มีความหมายร่วมกันไปให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
4. ผู้วิจัยค้นหาประเด็นที่น่าสนใจจากการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดชื่อประเด็น และเลือกคำให้สัมภาษณ์ที่เป็นข้อมูลสนับสนุนประเด็นนั้นๆ และนำประเด็นเหล่านั้นมารวมกันเพื่อผูกให้เป็นเรื่องราวเดียวกัน จนไม่พบประเด็นใหม่ๆเกิดขึ้น
5. ผู้วิจัยนำข้อค้นพบที่ได้มาเขียนบรรยายในประเด็นต่างๆ โดยเขียนให้ชัดเจนมีความเชื่อมโยงกันในแต่ละประเด็น เพื่อให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจเรื่องราวที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องชัดเจน

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

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

1. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1.1 การอยู่ในสนามวิจัยที่นานพอ (Prolong engagement) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและคุ้นเคยกัน โดยโทรศัพท์ไปแนะนำตัวพูดคุยเรื่องทั่วไป และเกริ่นนำเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เมื่อไปทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยแนะนำตนเองอีกครั้ง ใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพนานพอสมควร สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเป็นกันเอง และทำการสัมภาษณ์เจาะลึกในเรื่องที่ต้องการ

1.2 การตรวจสอบ ด้านวิธีการเก็บข้อมูล (Method triangulation) โดยการตรวจสอบการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกต การบันทึกภาคสนาม

1.3 การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์และข้อสรุปที่เกิดขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมกับพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพและจบการศึกษาระดับปริญญาโท 1 ราย และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่กำลังศึกษาระดับปริญญาเอกและมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ราย ในการร่วมตรวจสอบข้อมูลเพื่อนำข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้เกิดความเข้าใจในประเด็นที่ศึกษา และปรับปรุงสำนวนภาษาให้เกิดความถูกต้องและสมบูรณ์มากขึ้น

1.4 การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checking) ผู้วิจัยนำประเด็นจากการวิเคราะห์ข้อมูลไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องทุกราย และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะ แก้ไขปัญหาข้อมูลไม่ถูกต้องตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล

2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงในช่วงเวลาหนึ่ง ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและไม่ใช่ตัวแทนของประชากรที่จะสามารถอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มอื่นได้ ผู้วิจัยจึงได้เสนอข้อมูลที่ครอบคลุมและละเอียดครบถ้วนมากที่สุดเพื่อให้สามารถถ่ายทอดเรื่องราวและประสบการณ์ได้อย่างลุ่มลึก เพื่อให้ผู้ที่ต้องการใช้ผลการวิจัยสามารถนำไปเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของตนเองในการประยุกต์ใช้ในบริบทที่มีความคล้ายคลึงกัน โดยต้องเป็นผู้พิจารณา วิเคราะห์และตัดสินใจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์หรือบริบทของตนเอง

3. ความสามารถในการยืนยันผล (Confirmability) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบจากการบันทึกเสียง การถอดคำแบบคำต่อคำ และบันทึกการสัมภาษณ์ซึ่งเป็นข้อมูลที่สามารถตรวจสอบได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนอีกครั้งด้วยการจัดบันทึกข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ เช่น วันที่ เวลาและสถานที่ การฟังการบันทึกเสียงซ้ำ มีการอ้างอิงคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของ Martin Heidegger โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ให้ข้อมูลคือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 5 ปี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาแบบตีความ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบประเด็นที่ได้จากการวิจัย ดังนี้

1. หน่วยงาน ER เป็นด่านหน้า ดูแลรักษาเวลาฉุกเฉิน
 - 1.1 เหมือนตลาดสด ผู้คนมากมาย ทุกอย่างดูวุ่นวาย จ๊อกแจ๊กจอบแจ
 - 1.2 เหมือนถึงขยะเหมือนบาตรพระ รับผู้ป่วยทุกโรคทุกราย
 - 1.3 เหมือนถึงหน่วยผู้ป่วยนอกบวกกับหน่วยผู้ป่วยใน
2. เลือการทำงานที่ ER ด้วยลักษณะงานที่ทำทลายความสามารถ
3. เหตุการณ์เกินคาดหมาย เกิดขึ้นมากมายภายใต้งาน ER
 - 3.1 ผู้ป่วยและญาติหลากหลาย เข้ามาใช้บริการ
 - (1) ผู้ป่วยมากมาย อยากรู้การดูแล แต่ขอคัดกรองรับรองให้บริการทุกราย
 - (2) ญาติโวยวาย อธิบายแล้วไม่เข้าใจ ขอแพทย์ช่วยให้ อธิบายเพิ่มเติม
 - (3) วัยรุ่นตีกัน บาดเจ็บมา ER ต้องแยกรักษาอย่ามาเจอกัน
 - (4) ผู้ป่วยจิตเวช ดูแลจิตใจเพิ่ม พร้อมเรียกกำลังเสริม ก่อนเริ่มอาละวาด
 - (5) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน แต่อยากรับการรักษาไว้ มาใช้บริการ
 - (6) อยู่ท่ามกลางอันตราย จากหลายๆเหตุการณ์
 - 3.2 ทำงานประสานกับหลายส่วน มีเรื่องปั่นป่วนต้องแก้ไข
 - (1) OPD ส่งผู้ป่วยมาฝากไว้ บอกกล่าวกันก่อนได้ไหม จะได้เตรียมการ

- (2) การ Refer ผู้ป่วย ช่วยบอกล่วงหน้า จะได้จัดหาทรัพยากรได้ทัน
- (3) ชัดแย้งกับหอผู้ป่วยใน ชัดใจเรื่องส่งผู้ป่วยรักษาต่อ
- (4) แพทย์ต่างสั่งการรักษา ไม่รู้จะทำตามใคร ต้องขอให้มาปรึกษากัน

3.3 ปัญหาในหน่วยงาน ต้องจัดการแก้ไข

- (1) งานเอกสารมากขึ้น ให้เวลาดูแลผู้ป่วยได้น้อยลง
- (2) บางงานเกิดผิดพลาด ถือโอกาสเรียนรู้การทำงานที่รอบคอบ
- (3) แพทย์เร่งงาน พยาบาลหงุดหงิดใจ แต่ไม่แสดงอารมณ์โกรธ

1. หน่วยงาน ER เป็นด่านหน้า ดูแลรักษาเวลาฉุกเฉิน

หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกประเภทตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งที่รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยรุนแรงคุกคามชีวิตหรือแม้กระทั่งผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วยที่ฉุกเฉินเร่งด่วนก็มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเช่นกัน หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ทำการศึกษาคั้งนี้แบ่งพื้นที่ให้บริการออกเป็น 5 ส่วน คือ เมื่อผู้ป่วยทุกคนเข้ามาต้องผ่านจุดคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลเรียกว่า “เคาน์เตอร์ 1” เพื่อแยกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงเป็น 5 ประเภท ได้แก่ 1) คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Resuscitative) จะต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันทีทันใดในภาวะคุกคามชีวิต (Life threatening) เช่น มีภาวะหัวใจหยุดเต้น หยุดหายใจ 2) คือ ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergent) ต้องได้รับการช่วยเหลือภายใน 5- 10 นาที เช่น มีภาวะหายใจลำบาก อาการของโรคหลอดเลือดสมอง 3) คือ ผู้ป่วยรีบด่วน (Urgent) ต้องได้รับการช่วยเหลือภายใน 15-45 นาที เช่น มีภาวะสูญเสียเลือดแต่สัญญาณชีพไม่เปลี่ยนแปลง 4) คือ ผู้ป่วยเฉียบพลัน (Semi-urgent) ต้องได้รับการช่วยเหลือภายใน 1-2 ชั่วโมง เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุที่อยู่ในภาวะ minor burn และ 5) ผู้ป่วยทั่วไปหรือผู้ป่วยเรื้อรัง (Routine) เป็นผู้ป่วยที่สามารถรอตรวจได้โดยไม่เกิดอันตราย สำหรับผู้ที่มีอาการฉุกเฉินเร่งด่วนมีอันตรายต่อชีวิตต้องรีบรักษาทันทีจะนำเข้าไปรักษาในห้องกู้ชีวิต ซึ่งแบ่ง 2 ห้อง ได้แก่ ห้อง Resuscitation 1 เป็นห้องที่ให้บริการ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตซึ่งต้องทำการกู้ชีวิตทันทีทันใด และห้อง Resuscitation 2 เป็นห้องที่ให้บริการผู้ป่วยมีภาวะหอบเหนื่อย หายใจลำบาก เป็นต้น ซึ่งจะไม่มีการทำกู้ชีวิต แต่จะใส่ท่อช่วยหายใจและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยสามารถรอตรวจได้จะส่งไปตรวจที่แผนกบริการผู้ป่วยนอก หรือให้รับการรักษาในห้องตรวจตามลำดับโดยให้ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น เจาะเลือด ให้

น้ำเกลือ ที่ “เคาน์เตอร์ 3” แต่หากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องนอนรอสังเกตอาการ หรือรอเตียงเพื่อรักษาต่อในหอผู้ป่วยใน จะจัดให้อยู่ใน “เคาน์เตอร์ 4” หรือโซนสังเกตอาการ และถ้ามีเหตุการณ์ต่างๆ เช่น ทำแผล เจาะท้อง เจาะปอดจะทำในห้องหัตถการหรือห้องทรีทเมนต์ อย่างไรก็ตามจากการที่ผู้วิจัยได้มีประสบการณ์ในการสังเกตการทำงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบว่าผู้ป่วยทุกประเภทต้องติดต่อกับหน่วยผู้ป่วยสัมพันธ์และหน่วยลงทะเบียนผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบสิทธิในการรักษาและทำประวัติผู้ป่วยที่ “เคาน์เตอร์ 2”

“คือของฉุกเฉินก็จะมีจุดตำแหน่งคือจุดคัดกรอง จุดเอ่อคุณไข้ตรวจห้องตรวจ คนไข้ตรวจเสร็จมา หมอมีแพลนว่าจะทำอะไรบ้างเสร็จ ดูเสร็จก็ต้องมีรอดูอาการ แต่ถ้าเกิดว่าห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล คือจะเป็นในลักษณะของเป็นหน่วยตรวจโรคทั่วไปด้วย แล้วก็คุณไข้ภาวะวิกฤตด้วย อันนี้เราพูดถึง 3 จุดนี้ คือเป็นในลักษณะหน่วยตรวจโรคทั่วไปที่มีภาวะวิกฤต แต่ถ้ามีภาวะวิกฤตคือเราก็จะเข้าห้องกู้ชีวิต คือห้องฉุกเฉินระดับ 2 ก็ประเมินคนไข้ตามระดับความรุนแรงค่ะ”(ID1)

“ก็ห้องฉุกเฉินอย่างที่ทราบกันจะรองรับให้บริการกับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ที่มีอันตรายถึงชีวิต บทบาทของพยาบาลในแต่ละของที่นี่ก็คือจะมีการแบ่งการให้บริการอย่างชัดเจน คือเมื่อผู้ป่วยเข้ามารับบริการก็ต้องผ่านการคัดกรองจากพยาบาลที่คัดกรอง ก็โดยจะมีพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการประเมินสัญญาณชีพ ดูอาการของผู้ป่วย สอบถามเป็นอะไรมา โดยจะมีระดับในการคัดกรอง แบ่งระดับตามความรุนแรงต่าง ๆ อยู่ที่ 5 ระดับ ระดับแรกเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงอันตรายถึงชีวิต เช่น ไม่หายใจ อุบัติเหตุ เลือดออกอย่างรุนแรง ก็ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันที ระดับที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพเริ่มจะมีความผิดปกติ แล้วก็อันตรายเร่งด่วน ระดับที่ 3 เป็นผู้ป่วยที่มีอาการ เช่น ท้องเสีย ถ่ายเหลวมา แต่สัญญาณชีพยังดีอยู่ ระดับที่ 4 เป็นผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วน อาจจะไปตาม OPD ต่าง ๆ ได้ พยาบาลก็จะคัดกรองคนไข้เมื่อผ่านการคัดกรองเสร็จ ถัดมาก็จะเป็นส่วนของกู้ชีวิตที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอันตรายถึงชีวิต...ถัดมาก็พยาบาลในส่วนของเคาน์เตอร์ ที่จะต้อง manage case ของผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากแผนกต่าง ๆ มาจาก OPD ต่าง ๆ แล้วก็ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจในระดับ 2 และระดับ 3 ก็จะมีพยาบาลที่จะทำหัตถการในส่วนจุด

นี่ ว่าจะต้องส่งผู้ป่วยไปที่ไหนต่อ หรือจะต้องแทงเส้น on IV เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสังเกตอาการต่อ แล้วก็ถัดไปก็จะเป็นพยาบาลในส่วนของหน่วยรอดูอาการที่มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการนอนโรงพยาบาลแบบว่าคนไข้ยังไม่มีเตียงที่จะได้นอนโรงพยาบาล ก็มีความจำเป็นที่ต้องนอนรอดูอาการที่ห้องฉุกเฉินก่อนในส่วนของหน่วยรอดูอาการก็จะมีเตียงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยค่อนข้างเยอะ ก็จะมีการแบ่งทีมในการดูแล แบ่งเป็นทั้งหมด 3 ทีมด้วยกัน พยาบาลแต่ละทีมก็จะมีผู้ช่วยพยาบาล ก็ประกอบร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยทีม manage case ของตัวเองในแต่ละทีม สุดท้ายก็คงจะเป็นพยาบาลที่ห้องหัตถการ ในห้องหัตถการก็จะมีหน้าที่ในการทำหัตถการ หรือช่วยแพทย์ทำหัตถการต่าง ๆ ที่ทำในห้องฉุกเฉิน อย่างเช่น การ tap ท้อง tap ปอด หรือว่าช่วยแพทย์ในการเข้าฝือก ทำแผลต่าง ๆ”(ID2)

“โดยภาพรวมหรือคะ คือ ER ก็แบ่งเป็น area ทั้งหมด 4 area แบ่งเป็น 5 area ไม่ใช่ 4 area ก็คือ หนึ่ง area ของจุด screening ก็คือการคัดกรองคนไข้ แบ่งระดับคนไข้ตามความรุนแรงและความเร่งด่วนในการให้รักษา สอง ก็คือจุดห้อง resuscitate ห้อง resuscitate เค้านี้จะมีการชอยย่อยเป็น 2 ห้องอีก เป็นห้อง resuscitate 1 กับ resuscitate 2 ส่วนใหญ่คนไข้ที่อยู่ในภาวะวิกฤตจะต้องทำ CPR ก็คือจะเข้าห้อง resuscitate 1 แล้วก็วิกฤตรองลงมา ก็จะเป็น resuscitate 2 แล้วก็ area ถัดมาเป็นห้องตรวจ เคาน์เตอร์ห้องตรวจ ก็คือจะเป็นการให้การดูแลรักษาคนไข้ ที่แบบอาจจะ urgent อะ แต่ไม่ถึงขั้นต้อง emergency ทำในทันที แล้วก็ห้องถัดไปมันก็เป็นห้องหน่วยรอดูอาการ สำหรับคนไข้ที่ต้องสังเกตอาการจริง ๆ แล้ว ในระยะเวลาประมาณ 24 ชั่วโมง ก็คือคนไข้ที่อยู่ในภาวะที่มีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ หลังจากนั้นจะมีการเคลียร์คนไข้ admit หรือว่า discharge หรือว่าทำอะไรแล้วแต่กระบวนการของหมอ อีก area หนึ่งจริงๆ แล้วอีก area หนึ่งต้องถือว่าเป็นอีก area หนึ่งที่สำคัญเพราะว่า ห้องทำแผลเราเรียกมันว่า ห้องทรีทเมนต์ แต่คือห้องนี้มันทำหลายอย่างมาก ทั้งเจาะปอด เจาะหลัง LP อะไรอะ tap ท้อง ทำแผลทั่วไป Retained foley's cath ก็คือถ้าเกิดจะแยกขอแยกเป็น 5 area ละกัน”(ID3)

“ก็ ER ก็เป็นคนไข้ที่เน้นอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นหลัก ก็คนจะมาตลอด 24 ชั่วโมง ในทุก ๆ รูปแบบ ทั้งโคมา ทั้งเด็ก ผู้ใหญ่ หลาย ๆ อย่าง ก็คือเราต้องมีความพร้อมที่จะรับคนไข้ตลอดเวลา เพราะว่า Emergency ฉุกเฉิน เราก็ไม่รู้ว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นเท่าไรหรืออย่างไร...แต่โดยบทหลักก็คือห้องฉุกเฉินต้องดูแลคนไข้ที่มีภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอุบัติเหตุฉุกเฉินมาก่อน”(ID5)

“ใน ER ก็จะมีคัดกรอง screening ช้างหน้า แล้วก็ resuscitate คนไข้ระดับ 2 กับคนไข้ภาวะวิกฤตระดับ1แล้วก็มีห้องตรวจ ห้องตรวจก็จะเป็นห้องตรวจไข้ระดับ 2 ก็คือภาวะเร่งด่วน ต้องตรวจภายใน 30 นาที ระดับ 3 ก็คือไม่ได้รับแต่ก็ต้องตรวจให้เขานั่นแหละ แล้วต่อจากห้องตรวจปุ๊บก็จะมาเป็นเคาน์เตอร์ เคาน์เตอร์นี้ก็คือจะรับทำทรีตเมนต์ต่อการห้องตรวจ ห้องตรวจหมอตรวจเสร็จมี order ให้ฉีดยา x-ray, on IV ก็จะมีอยู่ตรงเคาน์เตอร์ หลังจากเคาน์เตอร์ทำทรีตเมนต์กับหมอมดแล้ว ก็ถ้าเป็นคนไข้ที่ต้องรอสังเกตอาการ เราก็จะส่งเข้าไปห้องรอดูอาการสังเกตอาการด้านใน แต่ในกรณีถ้าคนไข้มีบาดแผล มีทำทรีตเมนต์ ใส่ NG ใส่ NG อะไรเสร็จก็ส่งเข้าห้อง treatment ก็มี area แค่นี้”(ID6)

“ก็เริ่มแต่จุดแรกเลยนะ ก็จะมีจุด screen จุดเคาน์เตอร์ 1 ก็จะเป็นจุดคัดกรองผู้ป่วย แล้วในเวลาราชการเราก็ screen ว่าคนไข้สามารถส่งต่อไปยังหน่วยต่าง ๆ ได้ไหม เช่น คนไข้ที่มีจุดหมายส่งตัว เราก็ดูจุดหมายส่งตัวว่าส่งไปตามแผนกต่าง ๆ ตามที่จุดหมายส่งตัวระบุได้หรือเปล่า เคาน์เตอร์ 1 นะ ส่วนต่อมาก็จะเป็นเคาน์เตอร์ 4 ก็เป็นเคาน์เตอร์ที่รองรับ case ที่ออกมาจากห้องตรวจ case จาก OPD ส่งมาให้ ER พิจารณา admit หรือหัตถการต่าง ๆ ที่เป็นคนไข้ที่เดิน รถนั่ง หรือคนไข้ที่เป็นรถนอน ที่ยังไม่ต้องถึงขั้นตอนในการสังเกตอาการ ก็จะเป็นเคาน์เตอร์ 3 ก็จะมีดูแลตรงนั้น ส่วนในห้อง resus พิเศษ ก็คือคนไข้ที่ค่อนข้างหนัก ก็คือคนไข้ที่มีระดับ 1 หรือระดับ 2 ก็จะเข้าไปในห้อง resuscitate”(ID9)

1.1 เหมือนตลาดสด ผู้คนมากมาย ทุกอย่างดูวุ่นวาย จ๊อกแจ๊กจ๊อแจ

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีผู้คนพลุกพล่าน ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ วิ่งไปวิ่งมาแทนการเดิน เพื่อทำงานช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ญาติผู้ป่วยที่เดินไปมาด้วยท่าทางกังวลว่าเมื่อใดญาติของตนจะได้รับการตรวจรักษา ภาพผู้ป่วยที่นอนร้องครวญครางบนเตียง นอกจากนี้ยังมีเสียงจ๊อกแจ๊กจ๊อแจของทั้งผู้ป่วย ญาติ ที่ตะโกนคุยกัน เสียงร้องของเด็กป่วย รวมถึงเสียงเจ้าหน้าที่ที่ตะโกนเรียกผู้ป่วยเข้าห้องตรวจ สภาพของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินนี้ พยาบาล เรียกว่า “ตลาดสด” ที่มีผู้คนมากมายมารวมตัวกัน ทำให้พื้นที่ในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแคบลง การทำงานของเจ้าหน้าที่ยากมากขึ้น ความคล่องตัวในการทำงานหายไป บางครั้งการขอทางเพื่อเข็นรถผู้ป่วยไปห้องกู้ชีพ อาจชนหรือเฉี่ยวญาติผู้ป่วยบ้าง ซึ่งทำให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจ แต่ก็ก็เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากต้องเร่งรีบในการช่วยชีวิตผู้ป่วย

“ฉุกเฉินเราเค้าจะมีค่าง่ายๆว่า “ตลาดสด” ยิ่งเวลาเวรป่วยหรือคนไข้มาเยอะๆ เพราะเสียงมันจ๊อกแจ๊กจ๊อแจตลอดเวลา หนูทำงานในนี้เองยังเวียนหัวเลยคะ ไม่รู้จะฟังใครดี คนไข้ ญาติ เจ้าหน้าที่ เดินกันขวักไขว่ คนไข้บางเคสมีอาการเจ็บตรงนั้น ปวดตรงนี้ ส่งเสียงร้อง เสียงเด็กบ้าง เสียงเจ้าหน้าที่ตะโกนกันทำงานเหมือนพยาบาลเป็นแม่ค้าขายของ เสียงไมโครโฟนประกาศเรียกคนไข้เรียกญาติ ไอ่ย สารพัดเสียงเลยคะ”(ID1)

“บางที case มันมีเยอะ จนไม่มีที่จะจอดแล้ว คนใช้รถนอนมันลั่นจนประตูเข้าไม่ได้แล้วก็เคยมีนะ ที่แบบมันแน่นจริงๆเหมือนภาวะสงครามเลยนอนเต็มไปหมด เจ้าหน้าที่ก็วิ่งเข้าวิ่งออก เข้า treat ในห้องเสร็จวิ่งมา treat ข้างนอก ญาติคนไข้ก็ไอ้ไอ่ย มันเยอะแยะยิ่งกว่า mass (mass casualty) อีกประตูที่เปิดเข้าออก ไม่ต้องใช้งานหรอก เปิดมันค้างไปเลย แล้วข้างนอกเนี่ยยาวเลยนะ นอนเรียงกันจนแบบถ้ามาตามหาญาติคงเวียนหัวอะ มันละลานตาไปหมด ยังเคยคิดข้าๆเลยว่าถ้าอังคมาลินมาหาโกโบริคังไม่เจอแน่(หัวเราะ) ซึ่งเหตุการณ์แบบนี้มักเกิดช่วงต่อเวรโดยเฉพาะเข้าต่อบายที่ OPD กำลังจะปิดอะคนที่ลงเวรเข้าก็เห็นล่ะว่าวิกฤตแค่ไหน พอลงเวรก็จะไปลงกระดานข่าวว่า ขอเจ้าหน้าที่มาช่วย ER เพิ่มหน่อยหรือขอความร่วมมือหยุดส่งคนไข้มา ER นะคะ ตอนนี้เพียงลั่นไปถึงอนุสาวรีย์แล้วอะไร(หัวเราะ)ประมาณนี้ โฟสเอาขำนะคะ

ไม่ได้เอาจริงจิงแค่อยากให้เพื่อนๆในโรงพยาบาลได้มาเห็นว่าไอ้ตอนที่ ER มันวิกฤตเนี่ยหน้าตามันเป็นอย่างนี้นะ วิ่งเข้าวิ่งออก หนูว่าวันนั้นหนูทำงานเวรเดียวเนี่ยเบรินได้มากกว่าไปฟิตเนสอีกนะ”(ID2)

“บางทีคนไข้คนเดียวแต่ญาติลั้ลมเป็นสิบคน ไม่สามารถเข้าทำหัตถการได้ มีครั้งหนึ่งตอนคนไข้ arrest ในห้องนั้น เราก็ต้องเซ็นคนไข้มาที่ห้อง resus ปรากฏว่าญาติยืนเต็มไม่สามารถเซ็นคนไข้มาได้ อย่างนี้เราทั้งกอดอดขอทางเหมือนประมาณว่ามันต้องเร่ง แล้วต้องชนเล็ก ๆ น้อย ๆ ญาติเขาก็ไม่พอใจก็มีประท้วง เวลานั้นยุ่งมันดูวุ่นวายไปหมด ญาติก็ออกกันเต็ม งานที่ต้องด่วนๆก็ต้องช้า เราก็ต้องเซ็นรถเร็วๆไม่ทันสังเกตหรอก ก็คือไม่ได้เจตนา เซ็นไปเร็วๆ คนไข้เอ๋ย ญาติเอ๋ยเต็มไปหมด เสี่ยงต่อว่าก็ไล่หลัง”(ID7)

“ER เหมือนตลาดมันวุ่นวายไม่มีการจัดระบบ หรือจัดโซนนิ่งที่มันเป็นลักษณะมันก็เป็นโซนก็จริง แต่ภาวะของโซนนั้น มันคนไข้ทีม 1 ทีม 2 ล้นมาทีม 3 ทีม 3 เคาน์เตอร์ประปนกัน คนไข้ห้องตรวจออกมา ญาติก็มาวุ่นวาย ไหนจะไอ้ มันจ๊อกแจ๊กจ้อแจสสารพัตรถนั่ง รถนอน เดินเรียกกัน คนนั้นก็นั่ง คนนั้นก็นอน แบบว่ามันวุ่นวาย” (ID10)

1.2 เหมือนถังขยะเหมือนบาตรพระ รับผู้ป่วยทุกโรคทุกราย

หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเปิดให้บริการทุกประเภทตลอดเวลา เป็นที่รวมของความเจ็บป่วยทุกอย่าง ทั้งทางกายและจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลเปรียบหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินว่าเป็นที่รวมของคนเจ็บ คนตาย และภาวะอารมณ์ต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อแผนกบริการผู้ป่วยนอกปิดเวลาทำการ ผู้ป่วยจะมารับการรักษาที่หน่วยงานนี้ ทำให้ต้องรองรับผู้ป่วยทุกรูปแบบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่สามารถไปรับการรักษาที่แผนกอื่นๆก็มักจะเริ่มต้นที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แม้กระทั่งผู้ป่วยที่สิ้นสุดการรักษาแล้ว แต่ไม่สามารถกลับบ้านได้ ก็ส่งมารอที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมถึงโรคระบาดติดเชื้อที่สำคัญๆและเป็นที่หวาดกลัวของหน่วยงานต่างๆ หน่วยงานเหล่านี้มักปฏิเสธการรับผู้ป่วยตรวจหรือนอนโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่อาจควบคุมไม่ได้ แพทย์ก็ส่งผู้ป่วยมารักษาที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สภาพการรับผู้ป่วยดังกล่าว ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเปรียบเทียบหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินว่าเป็น “ถังขยะ” รับแต่ของที่ผู้อื่นไม่ต้องการ หรือเป็นเสมือน “บาตรพระ” ที่ใครใส่บาตรด้วยอะไรก็ต้องยินดีรับในสิ่งนั้น

“เนื่องด้วยว่าอาจจะด้วยปริมาณคนไข้ของเราเยอะมาก หนู (สูตินรีเวช) ศัลย์ฯ(ศัลยกรรม) med (อายุรกรรม) เด็ก ทุกอย่าง พอ OPD เขาปิด เขาก็จะส่งคนไข้มารอที่ ER หมด เนื่องจากคนไข้ของเขายังกลับบ้านไม่ได้มีภาวะที่ต้องได้รับการรักษาอยู่ ทีนี้ในด้านของ ER ก็คือ เราก็รองรับของ OPD ด้วย” (ID4)

“คนไข้สมมติว่า Hypoglycemia คือเจาะน้ำตาล จับคนไข้ส่ง ambulance มาที่ ER เลย แล้วทำไมคุณไม่ทำเบื้องต้นให้คนไข้ก่อน คุณสามารถ treat น้ำตาลเลยได้ไหม on IV ก่อนได้ไหม จริง ๆ เขาควรจะทำได้ แต่ประมาณว่านี่อะไรไม่ออกก็ส่ง ER งานบางอย่างไม่ใช่เรา แต่ก็ต้องเป็น ER รับหน้า” (ID7)

“ตอนนี้ คือ ER เหมือนแข่งเน่า ๆ เหมือนถึงขยะทิ้งเข้ามาใน ER อะไรก็ ER คือถึงขยะเคสไม่ดีส่ง ER ไปก่อนอันนี้ โชน OPD ศัลย์ med โชน admit ER เป็นที่ที่เอาคนไข้ทุกประเภทมาอยู่ ติดเชื้อ กลับบ้านไม่ได้เอามากองไว้ คนไข้ contact VRE ที่อื่นไม่รับ ที่อื่นปิด ward ห้ามเข้า แต่เข้ามา ER ได้ ปัญหาเนี่ยมันเกิดตอนที่ VRE (Vancomycin Resistant Enterococci) ระบาดใหม่ๆ เราไม่มีการเตรียมพื้นที่ เตรียมคน ER เพราะว่าเตียงก็ไม่มี แล้ว VRE ยังเข้ามา แล้ว VRE เหมือนแบบบอกตรง ๆ เลย ไป OPD ทุก OPD ก็ปิด ช้างบน ward ปิด แล้วเอาคนไข้มาเทไว้ ER โดยที่อยู่ใน reesus1 resus1 เป็นห้องแยก VRE มันไม่ใช่ไหม แล้วพยาบาลไม่ใช่คนเหรอ แล้วคนไข้ที่อยู่ใน ER มันไม่ใช่คนไข้เหรอ แล้วคุณปิดทุก ward ได้ แต่ไม่ปิด ER เจ้าหน้าที่ต้องเสียง แล้วคน ER ไม่ใช่คนเหรอ เป็น robot หรือ แล้วก็หัวหน้าเคยพูดคำหนึ่งบอกว่า “ปอดพวกเราอะ เคลือบสังกะสี TB ทำอะไรไม่ได้” ก็ดม TB ไป เปิดกระจกเอา” (ID8)

“เคส VRE ก็ช่วงแรกที่เขายังไม่ห้องที่ตรวจรับรองมันก็มาอยู่ที่ตรงฉุกเฉินนะ เพราะบางที่เขานัดมา แต่เขายังไม่มีห้องตรวจ แต่เขานัดมาแล้ว คนไข้ไม่รู้จะไปที่ไหน เขาก็มาที่นี้ฉุกเฉิน แต่ถ้าเป็น OPD นัดมาแล้ว OPD เขาก็ไม่รับ เขาก็พูดเลยว่า “ไม่เอาไม่รับ” ก็ต้องมาตรงนี้แทน แต่ถ้าถามพินะ ER มันเหมือนเหมือนถึงขยะใบใหญ่เลยนะ มันไม่ใช่เป็นถึงขยะอะไรห้องโถงมันไม่ใช่ห้องโถงมันยังสวยงามบรรจุกคนเยอะ ๆ แต่ ER ตอนนี่ของพินเหมือนถึงขยะ

แต่ ER ที่อื่นมันไม่ขนาดนี้เท่าที่พี่คิดมานะ ของที่นี้ถึงขยะจริง ๆ ที่อื่นเขาสามารถเคลียร์คนไข้ได้ คนไข้ไม่รีบไม่ด่วนเขาสามารถพูดได้ตั้งแต่ screen ว่าไม่รับ แล้วทุกที่จะเคารพการตัดสินใจ แต่ที่ ER เราเป็นเหมือนถึงขยะก็คือพอพูดไปก็เสมอตัว รับทุก case จริง ๆ ถึงขยะก็เหมือนว่ารับมาจาก OPD อื่น ๆ ที่พอเวลาจะปิด หรือแม้กระทั่งแก้ไขปัญหาไม่ได้ คนไข้จะกลับบ้านแต่ไม่มีที่พักในกรุงเทพ ก็ส่งมาที่ ER เหตุผลคือขอมานอน เพราะว่าจะต้องมีนัดอีก 2 วัน คนไข้แค่ไม่มีที่พักในกรุงเทพ เขาให้มา ปัญหาถึงรู้ อย่างนี้ก็ส่งมา ER เหยอไม่โทรมา เขาบอกไม่มีที่พักในกรุงเทพ หรือแม้กระทั่งยาฉีดที่เขาฉีด แต่พอคนไข้ได้ยามาแล้ว เป็นเวลาที่เขาปิด คนไข้ก็เลยถือยามาตักโน้นมาให้เราฉีด เราก็ฉีด เป็นเหมือนถึงขยะ ที่อื่นเขาปิดละ โดยที่เขาไม่ได้สนใจว่าคนไข้ยังไม่หมด หรือค้างฉีดยาแทนที่เขาจะอยู่รอฉีดเป็นความรับผิดชอบของเขาไหม เขาปิดไปแล้ว ก็เหมือนถึงขยะพอปิดแล้วไม่สนใจให้มานี้เลย คุณจะต้องเคลียร์ในความรับผิดชอบคุณก่อนไหมจริง ๆ มันควรจะเป็นคิดได้ คุณเป็นพยาบาลฉีดชนิดนี้ แต่เขาต้องถือยามาตรงนี้ หรือบางที่คนไข้บางคนเป็นต่างชาติ ไม่มีญาติ ไม่มีอะไรเลย หนักละ เจอ admit ward เคลียร์ไม่ได้ต้องเคลียร์ที่ ER ก่อน ตักโน้นก็เป็น ไม่เอา แต่ยังไงก็ต้องมาอยู่ตรงนี้ อาจจะต้องติดต่อสถานทูตจนเดี๋ยวนี้ติดต่อบ่อยมาก ต่างชาติก็มาเยอะมาก ไม่มีคำรักษา บางที่เคลียร์ไม่ได้ ไม่มีญาติต้องอยู่ ER หมด หมอที่นี้ก็ได้ work up ว่าคุณจะมีค่าใช้จ่าย ๆ ไหม สิทธิเขา หรือคำรักษาเท่านี้คุณโอเคไหมที่เราจะตรวจ work up ในการเรียนรู้” (ID9)

“ER เป็นเหมือนภาชนะหนึ่ง ที่มันเป็นโบว์ขึ้นมา เหมือนบาตรพระ แล้วมีทุกอย่างอยู่ในนั้นหมด แกง ผัด ข้าว ของหวาน อยู่ในนี้หมดเลย มันเหมือนทุกแผนกมันจะส่งมาที่เราหมอ OPD นั้นส่งมา OPD นี้ส่งมา แล้วก็บางที่พี่รู้สึกว่ามีบางคนจะมองเหมือนเหมือนกระโถน ส้วม ใครอยากทำอะไรมาก็ส่งก็ทิ้ง มันก็เหมือนคล้าย ๆ ในนั้น รวมอะไรอยู่ในนั้น มันเหมือนบาตรพระมีทั้งแกงเผ็ด มีทั้งแกงจืด คือทุกอย่างอยู่ในนี้หมดเลย อารมณ์ร้อน อารมณ์ฉุนเฉียว คนเจ็บ คนเป็น คนตาย อยู่ในนี้หมด ถ้าพี่คิดนะ” (ID12)

1.3 เหมือนกิ่งหน่วยผู้ป่วยนอกบวกกับหน่วยผู้ป่วยใน

แม้หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะมีจุดประสงค์หลักในการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตคุกคามชีวิตเป็นหลัก แต่พบว่าการปฏิบัติงานกลับต้องให้บริการครอบคลุมมากกว่านั้น โดยต้องให้บริการเหมือนแผนกผู้ป่วยนอกกล่าวคือ ตรวจผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินเนื่องจากหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องรับผู้รับบริการที่ต่างจากการตรวจของแผนกบริการผู้ป่วยนอกมารับบริการต่อ ในกรณีที่ต้องรอรับยา รอผลจากห้องปฏิบัติการหรือรอตรวจจากแพทย์ นอกจากนี้พยาบาลบางรายกล่าวว่าลักษณะงานของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในปัจจุบันมีความแตกต่างจากลักษณะงานที่เคยปฏิบัติมา เนื่องจากแพทย์ประจำบ้านหรือแพทย์ฝึกหัดซึ่งไม่เข้าใจระบบงานของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินนำหัตถการที่ทำในหน่วยบริการผู้ป่วยนอกมาทำในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น Ruberband ligation หรือการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจเป็นต้น พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่เคยทำมาก่อน จึงไม่มีวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือที่ต้องใช้ หากแพทย์ต้องการทำหัตถการเหล่านั้นจริง แพทย์ต้องหาอุปกรณ์เอง ส่วนในรายที่ต้องนอนรอเพื่อสังเกตอาการและไม่สามารถส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยได้ ก็ต้องนอนรอสังเกตอาการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การให้การพยาบาลผู้ป่วยประเภทนี้ทำเหมือนการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีข้อบ่งชี้ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรอผลหลายวัน เป็นต้น

“คือมันเป็นพยาบาลระหว่าง OPD กับ ward รวมกัน แล้วก็เราจะบริหารงานแบบ OPD เป็นผู้ป่วยนอก แต่ว่าเราจะมีดูแลคนไข้แบบ ward ตรงที่มี observe มี continuous ซีดยา แล้วก็จะมีประเมิน detect คนไข้ คือ OPD เขาจะ screen คนไข้ตรวจตามคิว screen ว่าอันนี้ไข้โรคของ OPD หรือเปล่า ก็เข้าตรวจตามคิว แต่ถ้าเป็น ER มันจะ screen ว่าคนนี้มีภาวะเร่งด่วนขนาดไหน ประเมินจากอาการ ประเมินจากความดัน คือดูจากภาวะด่วนของเขาด้วยอะ” (ID6)

“ห้องสังเกตการณ์จะเหมือนบน ward มากกว่า ที่แบบว่าดูแลคนไข้ให้ยาเป็นทุก 4 ชั่วโมง ให้อาเป็น routine ก็อาจจะเหมือนหอสังเกตอาการที่มีอยู่ห้องสังเกตอาการที่เราอยู่เป็น 10 วันนะ ที่อื่นไม่มีหรอก นั่นมัน admit แล้ว แต่ไม่มีที่ไปไง ต้อง admit ก็ไม่มีเตียง discharge ก็ไม่ได้ ที่ ER มันเหมือนรอรับเป็น 24 ชั่วโมง กิ่ง ward กิ่ง OPD พอ OPD จะปิด เขาก็จะส่งเคส บางเคสขนาดเราเป็นพยาบาลเรายังรู้สึกเลยว่า ไม่ต้องส่งมาก็ได้นะที่ฉุกเฉิน คือคุณ

สามารถให้คนไข้กลับได้ มีบางเคสที่ส่งมาจาก OPD อย่างเช่น ส่งมาพบเพื่อให้ หมอให้ยาแล้วนัดกลับบ้าน แค่นี้ให้ยาว่าจะให้ต่อกี่วัน ให้ยาเสร็จ นัด กลับบ้าน แล้วก็นัดมาให้วันหลัง ซึ่งมันไม่ได้เกี่ยวความเป็นฉุกเฉิน มันก็เลยทำให้คนไข้ เพิ่มขึ้นเยอะมาก” (ID9)

“สถานการณ์ที่เบื่อก็คือ คนไข้นอนแช่ไปไหนไม่ได้ คือถ้าทำงานกับคนไข้ เยอะ แต่มีที่ไป มันไม่มีปัญหา 30 – 40 ต่อแบบว่าพยาบาล 2 คน ก็ทำได้ไง แต่ว่านี่มันไม่มี resident 2 บางคนบริหารจัดการไม่ได้ resident 2 บางคน ต้องเจาะทำทุกอย่างที่อยู่ในโลกให้เสร็จก่อนถึง admit อย่างนี้ บางคนก็มี work up เจาะ lab วันนี้ไม่ออก อย่างพวก active SLE จะเจาะ lab ประหลาด ของ AIR เขาประมาณ 5 บรรทัด แล้วก็ยานั้นโน้นนี่อีก start กันเข้าไป แก้วปวดเอย ATB เอย พอ lab ออก ก็เปลี่ยน treatment โน้นนี่นั่น สรุปทำ ครอบจักรวาล ทำงานเหมือน ward ส่วนใหญ่ก็จะเป็นพวก resident ที่มาใหม่ ๆ ที่แบบว่ายังไม่ค่อยรู้ระบบ แบบว่าให้ทำหัตถการอะไรบางอย่างที่มันไม่ emergency แต่เดี๋ยวนี้ staff เขาก็ยอมเช่น biopsy ก้อนเนื้อที่ก้อน มันก็ไม่สมควรทำ คือทำอะไร ทำรัด hemorrhoid เออ rubberband ligation ก็จะมา ทำกันตรงนี้ ซึ่งจริงๆ ER เราไม่ทำ ทำกันที่ OPD ไม่มีอุปกรณ์ เขาไปหาเอง ไป ยืมกันเอง หรือจะทำ SSE ที่ ER ก็ไม่มีปัญญาทำให้ อย่างมากแค่มีย unison จะเอาใหม่ ถ้าหมออยากทำอะไรที่มันประหลาด หมอต้องไปหาอุปกรณ์มา แล้วก็มาทำเอง ทำกันเองนะ หาผู้ช่วยเองด้วย หรือถ้าหาไม่ได้จะวานให้ทำ ก็ ต้องบอกลำดับขั้นตอนมา เพราะเราไม่ได้ทำ เราก็อำไม่เพราะมันทำกันที่ ward ถ้าเป็นน้องรุ่นใหม่ๆ ทั้ง PN RN เค้านี่ไม่เคยทำ เค้านี่จะทำไม่ได้ เพราะมัน อย่างหยุดหงิดใส่ อย่างสวน Kallimate ที่เราจะไม่มี ไม่มี ไม่ทำ สวนเก็บอะไร ไม่ทำ ทำ unison แค่อ้างเดียว” (ID11)

“แต่ถามว่าตอนนี้ยังอยู่ในอุดมการณ์อยู่ไหม เปลี่ยนไปเลย คือ ER ใน ความคิดของพี่ตอนนั้น ER ที่ว่าคณันไว้ก็คือเป็นแบบนั้นเลย เคสที่แบบว่าเคส ฉุกเฉินจริง ๆ แล้วเคสที่ไม่ใช่ฉุกเฉิน เคสที่นอนอย่างมากที่สุดได้แค่ 2 วัน ๆ นี้ คือเยอะแล้ว...ความคิด ER จริง ๆ ก็คือห้อง resus แต่ว่า ณ ตอนนี้ resus ยังเป็น ER หรือเปล่า เพราะว่า on bipap เป็นวันสองวัน on tube ทั้งวัน on

bird ไม่มีที่ขึ้นสักที มันรู้สึกว่ามันไม่ใช่อย่างที่เราคิด มันเป็น *case chronic* แล้ว มันเหมือน *ward* ไม่ใช่อย่างที่เราคิด” (ID12)

2. เลือกทำงานที่ ER ด้วยลักษณะงานที่ทำทลายความสามารถ

การทำงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่สามารถคาดเดาได้ว่าในแต่ละวันจะต้องประสบกับเหตุการณ์ใด ดังนั้นรูปแบบการแก้ปัญหาจึงไม่มีการกำหนดเป็นแนวทางไว้ตายตัว เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันทั้งด้าน อายุ เพศ หรือโรคประจำตัว ที่แม้ผู้ที่มีโรคเดียวกันก็อาจใช้การวิเคราะห์เพื่อวางแผนให้การรักษาที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงเป็นความสามารถของพยาบาลที่จะใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตนเองรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ บูรณาการความคิดวิเคราะห์ เพื่อนำผลการตัดสินใจนั้นไปแก้ปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยรายหนึ่งๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จึงนับว่าเป็นสิ่งที่ทำทลายความสามารถของพยาบาลในการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งในกระบวนการรักษาที่ให้แกผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตจะต้องดำเนินอย่างรวดเร็ว และเมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปแล้วก็สามารถส่งผู้ป่วยไปรับบริการที่เคาน์เตอร์ในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือหน่วยงานอื่นตลอดจนดูแลผู้ป่วยรายใหม่ที่สามารถรับบริการในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง การได้ใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินนี้ทำให้พยาบาลเกิดความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงานในหน่วยงานนี้ เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่พยาบาลต้องมีการพัฒนาตนเอง และพัฒนาความรู้อยู่ตลอดเวลา

“หนูเลือกฉุกเฉินเพราะชอบ เป็นคนที่ชอบอะไรไปเร็วมาเร็ว พอมาถ้าเป็นสถานการณ์อย่างนี้มาแล้วเราก็ส่งไป มันเคลียร์ได้ ที่จบใหม่เลือกฉุกเฉิน เพราะว่าตอนนั้นชอบสถานการณ์ที่ว่าคนไข้มาเร็วไปเร็ว เคลียร์เร็ว ชอบเป็นคนคิดประเมิน มันเป็น *step* ที่เราต้องเข้าไป *contact* คนไข้ แล้วเราสามารถตัดสินใจได้ เราก็อยากเก่ง มีประสบการณ์ มันได้เรียนรู้อะไรหลาย ๆ อย่างจากการที่เราประเมิน แล้วจากภาวะที่หมอบประเมินแล้วมันตรงกับเราไหม หรือยังงั้น เช่น คนไข้หน้าซีดมาเหมือนกัน แต่บางครั้งอาจจะให้การรักษาไม่เหมือนกัน เราก็สนุกดีกับการที่เราต้องประเมิน *contact* กับคนไข้ แล้วให้การรักษา แล้วเราก็ฝึกความคิดของเรา ๆ ก็จะได้เก่ง ๆ”(ID1)

“เคสที่เจอก็มีความหลากหลาย ก็เป็นประสบการณ์ที่เราสามารถเรียนรู้ ในจุดนี้ได้ พุด่ง่ายๆคือได้พบเจอคนใช้ทุกประเภท ทั้ง med (อายุรกรรม) ศัลย์ trauma ortho เด็ก psychi (จิตเวช) คือทุกแผนกอะคะ รู้สึกเป็นกำไรนะได้เรียนรู้ หลากหลาย คนไข้มาด้วยแบบนี้จะต้องดูโรบบ้าง ต้องระวังอะไร ซึ่งมันต่างกะ ward เพราะอันนั้นเค้าก็แยกเป็นแผนกๆไป โอเคเค้าอาจเชี่ยวชาญแต่มันก็จะ เฉพาะประเภทเดียว แต่ ER มันได้รู้เยอะอะคะหรือแม้แต่เคส diag (diagnosis) เหมือนกัน แต่มาด้วย chief complain ต่างกัน แล็บไม่เหมือนกัน treat ก็จะไม่ เหมือนกัน มันทำทายนะ” (ID2)

“จริง ๆ แล้ว ตั้งใจจะเลือก ER เพราะการทำงานมันทำทายนะ แล้วชอบ วิธีการทำงานที่มันรวดเร็ว ปุ๊บปุ๊บอะไรเงี้ย มีความทำทายนะสูง ได้ใช้ความรู้ในการ screen คนไข้หลาย ๆ ระบบ จริง ๆ ward รู้สึกมาก แต่บางทีเขาก็จะรู้สึกใน แผนกของเค้า เช่นอย่าง ward อายุรกรรมเขาก็จะรู้สึกมาก ซึ่งเราไม่เถียงเลย บางอย่างไม่รู้เลย อย่างศัลยกรรม operation อะไร คือบางทีเราไม่รู้ ต้องถาม เขาเหมือนกัน แต่ถ้าเกิดการ screen คนไข้ในการได้รับการรักษาเราก็จะไวกว่า เร็วกว่า เพราะมันต้องรวดเร็วในการให้รักษา คือเหมือนเค้าเรียกว่าอะไรการ คัดกรองอะจะไวกว่า แล้วก็ทำทายนะ แล้วเหมือนมีการเปลี่ยนแปลงในการทำงาน ทุกวัน ๆ เพราะมันจะเจอ case ไม่เหมือนกันเลย สูฯ(สูตินรีเวช) ศัลย์ฯ (ศัลยกรรม) med (ศัลยกรรม) เด็ก ผู้ใหญ่ ไซ้เราไม่ต้องมานั่งดูแต่คนไข้อายุร กรรมอย่างเดียว รู้ศัลย์ก็รู้ศัลย์อย่างเดียว ได้เจออะไรแปลก ๆ ใหม่ ๆ ประมาณ นี้” (ID3)

“ส่วนมากคนที่มาทำงานใน ER มักจะเป็นคนประมาณว่าชอบงานที่ ทำทายนะ หรือเป็นงานไม่ได้ซ้ำซากจำเจ เจอแต่คนไข้เดิม ๆ อยู่เป็นเดือน ๆ บางที เป็นงานที่แบบทำแล้วจบไปประมาณนี้ ขึ้นเวรมาแต่ละวัน เคสก็เปลี่ยนไปทุกวัน มีอะไรให้เรียนรู้ใหม่ อย่างถ้าเป็น ward อยู่แบบยาวนาน บางทีหยุดไปอาทิตย์ หนึ่ง กลับมา อ้าว เคสนี้ยังอยู่อีกเหวอ ที่นี้ต้องตามกันยาวเลย” (ID5)

“พี่รู้สึกภูมิใจกับงาน ER นะเราคิดว่า ER เป็นที่รวมอุดมคติตั้งแต่ตอน แรก แล้วเราเข้าได้อยู่ได้อันนี้ก็รู้สึกดี สองเอ่อ มีเขาเรียกว่ามีการเหมือนการ

พัฒนาตัวเองตลอด การเรียนรู้ตลอด ไม่หยุดนิ่ง ไม่ใช่แบบที่เรารู้ละเคสที่เราไม่ได้สนใจละ แต่ว่าพอเจอ case heart failure มันก็มีหลายอย่าง มันไม่ได้มี clinical heart failure อย่างเดียว มันก็จะมีอย่างอื่นด้วย มันทำให้เรารู้สึกว่าเราต้องพัฒนา ตามโรคให้ทัน โรคนี้ไม่เคยรู้จักเลย ต้องไปหามาว่าโรคนี้คืออะไร เพื่อที่เราจะดูแลคนไข้คนนี้อย่างไรได้ยังไง เช่น โรคช็อคแปลก ๆ อันหนึ่ง สมมติว่าเป็นโรคเกี่ยวกับพวก hyperimmune ซึ่งเราไม่รู้มาก่อนมันมี hyperimmune นะ แล้วเราจะต้องดูเรื่องอะไร observe อะไรคนไข้บ้าง ดูเป็นโรคไม่ค่อยเจอ แล้วพอเรามาเจอเราจะรู้สึกว่า โรคแปลกได้ค้นหา แล้วน้องถามเราก็ต้องบอกเขาได้ nurse note คุณจะต้องเขียนอะไรบ้าง มันเหมือนกับที่เราได้วิ่งตลอดเวลา ไม่หยุดนิ่ง มันก็เลยรู้สึกว่ามันท้าทาย ที่เป็นคนที่แบบว่าไม่ชอบอะไรที่ไปเรื่อย ๆ ชอบเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มันก็รู้สึกว่าสนุกดีก็เหมือนเป็นการแก้ปัญหาในงานไปเรื่อย ๆ เราอยู่เวรเราก็เจอปัญหาอะไรเยอะแยะมากมาย เหตุการณ์แต่ละวันปัญหาก็ไม่เหมือนกัน” (ID12)

อย่างไรก็ตามมีผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่าลักษณะการทำงานที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในปัจจุบันแตกต่างจากเดิม เนื่องจากต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤตมีจำนวนมากขึ้น ทำให้ปริมาณงานมีจำนวนมากเกินไป ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเปรียบเทียบว่า “เป็นการทำงานที่จับจ่าย” ซึ่งเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างจำนวนผู้ให้บริการและผู้รับบริการจนรู้สึกว่าจะต้องแบกรับความรับผิดชอบจนเกินกำลังที่จะสามารถประเมินดูแลผู้ป่วยได้อย่างประสิทธิภาพ และในผลกระทบของผู้ปฏิบัติงานคือความรู้สึกเหนื่อย ความสุขในการทำงานลดลง ซึ่งหากการทำงานมีลักษณะเช่นนี้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความรู้สึกว่าอาจไม่เลือกทำงานที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

“ER ที่นี้ทำงานจับจ่าย มันเยอะเกินไป เพราะว่าเราไม่สามารถจะหยุดยั้งคนไข้ หรือหยุดยั้งกับระบบงานต่าง ๆ ที่ประดังเข้ามาใน ER คือทำอย่างไรก็ได้ให้ detect ให้ได้ว่าคนนี้ arrest คนนี้ near arrest อะไรเงี้ย ถ้า arrest ก็ CPR ให้ดีขึ้น ไม่อยากให้ไปเจอ found dead...แต่ถ้าในปัจจุบันนี้ ถ้าเรามาถึง ER ที่มันเป็นจับจ่ายอย่างนี้ เราอาจจะเปลี่ยนใจ เราอาจจะไม่เลือกแล้ว เพราะมันเหนื่อย มันเหนื่อยคือเค้าเรียกว่าอะไร คือเคสมันไม่ซ้ำซากในบางจุดก็จริง แต่ว่าปริมาณมันเยอะเกินกว่าที่เราจะมีกำลังสู้ไหวอะ” (ID4)

3. เหตุการณ์เกินคาดหมาย เกิดขึ้นมากมายภายใต้งาน ER

หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้าได้ ไม่สามารถรู้ว่าแต่ละวันหรือแต่ละเวรจะมีผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด โดยเฉพาะหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเนื่องจากผู้รับบริการต่างคาดหวังที่จะได้รับการบริการและการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วและดีที่สุด เพราะเชื่อมั่นในชื่อเสียงและศักยภาพขั้นสูงในการรักษาของโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ชั้นนำ จึงต้องรองรับผู้รับบริการมากขึ้น หรือบางสถานการณ์มีผู้ป่วยวิกฤตเป็นจำนวนมาก ทำให้ปริมาณงานมากกว่าจำนวนและศักยภาพของบุคลากรที่จะให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ไล่ท่อช่วยหายใจพร้อมกันหลายราย ซึ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยดังกล่าวต้องทำงานเป็นทีมที่แต่ละคนต่างมีบทบาทกำหนดไว้ แต่หากมีผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องดูแลพร้อมกันจำนวนมาก จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอที่จะให้การดูแลผู้ป่วย แม้ในห้องหัตถการที่มีความรุนแรงของผู้ป่วยน้อยที่สุด บางครั้งเกิดความโกลาหลเนื่องจากแพทย์ต้องการทำหัตถการพร้อมๆกันทำให้พยาบาลทำงานไม่ทัน นอกจากนี้หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังต้องรับผู้ป่วยจากหน่วยบริการผู้ป่วยนอกซึ่งให้บริการจากเวลา 7.00-15.00 น. เมื่อหมดเวลาให้บริการผู้ป่วยที่ค้างอยู่จะถูกส่งมาที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ผู้ให้บริการมีจำนวนเท่าเดิม จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าประเด็น “เหตุการณ์เกินคาดหมายเกิดขึ้นมากมายภายใต้งาน ER” ประกอบด้วยประเด็นย่อยดังนี้ 3.1) ผู้ป่วยและญาติหลากหลายเข้ามาใช้บริการ 3.2) ทำงานประสานกับหลายส่วน มีเรื่องปั่นป่วนต้องแก้ไข และ 3.3) ปัญหาในหน่วยงานต้องจัดการแก้ไข

3.1 ผู้ป่วยและญาติหลากหลาย เข้ามาใช้บริการ

ปัจจุบันผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพมากขึ้นโดยมีการแสวงหาทางเลือกในการรักษา และให้ความเชื่อมั่นในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง ทำให้มีผู้เข้ามาใช้บริการในแผนกหรือหน่วยงานต่างๆจำนวนมาก ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองว่าการที่ผู้ป่วยมารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นจำนวนมากเกิดจากการประชาสัมพันธ์ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล ประกอบกับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีขีดความสามารถในระดับสูงทั้งด้านอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ บุคลากรต่างมีความรู้ความสามารถในการดูแลรักษาเฉพาะทางจากภาควิชาฉุกเฉินเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ผู้ป่วยจึงต้องการเลือกโรงพยาบาลที่ดีที่สุดในการดูแลยามเจ็บป่วย ดังนั้นจึงมีผู้มาตรวจรักษาเป็น

จำนวนมากผนวกกับหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเองก็ต้องรองรับผู้ป่วยจากแผนกต่างๆที่มีระยะเวลาเปิด-ปิดการให้บริการ อีกทั้งต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉินแต่ยืนยันความประสงค์ที่จะรับบริการโดยไม่ไปรักษาในแผนกหรือโรงพยาบาลอื่นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลที่จะรับผู้ป่วยเข้ารักษาทุกคน

“มักจะมีคนไข้หมุนเวียนตลอดเวลา เพราะว่าโรงพยาบาลเรา ประชาชนให้ความมั่นใจว่า “The Best” ตามคำพูดของใครหลายๆ คน ก็คือต่างจังหวัดจะนิยมมารักษาโรงพยาบาลใหญ่ ก็น่าจะเป็นโรงพยาบาลระดับใหญ่ๆประจำโรงเรียนแพทย์ประเภทศิริราช รามา จุฬา ธรรมศาสตร์ อะไรี่จะคะ แต่ว่าคนไข้มาเนี่ยคือจะมาหมุนเวียนกันตลอด จะมีทั้งใหม่และก็มีทั้งเก่า แต่ส่วนใหญ่จะเป็นคนไข้เก่า ที่ส่วนที่เป็นลูกค้าประจำของเราอยู่แล้ว ก็ภาวะวิกฤตของคนไข้โรคอายุรกรรมก็มักจะเป็นคนไข้เก่าที่มาหรือถูกส่งต่อมารักษาต่อที่เรา เนื่องจากโรงพยาบาลเราได้มีการประชาสัมพันธ์ตามสื่อต่างๆเยอะ ทั้งในด้านความเชี่ยวชาญในการรักษาโรคเฉพาะทาง ความเป็น excellence หมอเก่งๆ ซึ่งการประชาสัมพันธ์มันก็ดีนะคะ นอกจากสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับโรงพยาบาลแล้ว คนที่อาจจะยังไม่รู้จักหรือรู้จักแค่ชื่อก็จะรู้จักเราดีขึ้น นอกจากนี้ปัจจุบันคนมีความรู้เข้าถึงข้อมูลได้ง่าย ทาง internet ไรี่ ก็จะมีรู้จักชื่อเสียงเรามากขึ้น คำาก็จะเลือกเข้ามารักษาที่เรา ซึ่ง ER ก็เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ต้องรองรับตรงนี้ บางคนก็มาตรวจในเวลาราชการนะ แต่คนไข้ก็เยอะทุกแผนก OPD ก็เยอะ พอ OPD ปิดก็ส่งมานอนที่ ER สุดท้ายก็มากองอยู่ที่นี่” (ID1)

“ด้วยความที่โรงพยาบาลมันเป็นแบบโรงพยาบาลแบบตติยกรรมี่ง แล้วจำนวนเตียงค่อนข้างจำกัด เพราะฉะนั้นบางที่คนไข้ที่ค้างที่หน่วยรอดูอาการจะเยอะ ซึ่งเคสที่มันไปไหนไม่ได้จริง ๆ ก็เข้าใจ มันไปไหนไม่ได้มันก็ต้องอยู่อะ เพราะฉะนั้นมันก็จะเกิดการขยายระยะเวลา promotion ในการนอนออกไป ซึ่งอันนั้นก็มีบ่อย ๆ แต่จริง ๆ แล้วมันก็ไม่ใช่ว่าเรื่องแปลกในโรงพยาบาลของตติยกรรมี่ง เพราะเคสมันต้อง complicate เยอะ ถึงจะมาเพราะถ้าเป็นเคสง่าย ๆ เขาก็ไม่มาโรงพยาบาล คือถ้ามันเป็นเคสง่ายคำาก็ไปรักษากันกึ่งกึ่ง บางที่เขาก็ไม่มาโรงพยาบาลใหญ่ ๆ กัน” (ID3)

“คือบริบทของโรงพยาบาลเรา นโยบายคือเราจะไม่คัดออก ลักษณะอย่างเช่น ถ้าเป็นมาในเวลาราชการที่ OPD เปิดมันอาจจะมีพยาบาลคัดกรองในแง่ของว่า โอเคคนนี้ประเมินแล้ว คนไข้ stable พอที่จะตรวจ OPD ได้ ก็อาจจะเป็นลักษณะ screen ออกแบบคนไข้ไป OPD ในเวลา แต่ถ้าในลักษณะนอกเวลาก็อาจจะยากนิดหนึ่ง ว่าไม่มีแหล่งบริการรองรับ ถ้าที่ OPD ต่าง ๆ ปิดหมดแล้ว ก็อาจจะต้องรับมาที่ ER มันก็อาจจะก่อให้เกิดปัญหา overcrowd คนไข้เยอะมากเกินไป อะไรอย่างนี้ประมาณนั้น” (ID5)

“ก็จะมีปัญหาปริมาณคนไข้เยอะ เพราะว่าของเราประมาณว่าน่าจะเป็นส่วนกลางด้วย น่าจะมีชื่อเสียงด้วยในระดับหนึ่ง อันนี้น่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนหลังไหลมาที่เรา คนไข้เยอะแต่เจ้าหน้าที่ไม่พอ ก็ทำไม่ทันไม่สามารถให้บริการได้ทันทีทันใดในบางเคส” (ID7)

“ถ้าคนไข้ไม่มีเตียง ๆ ก็นอนรอดี bird กัน 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง ก็มีก็เยอะอยู่นะ ก็วันกว่า เป็นวัน บางที่แบบว่าเคส ER ใส่ tube แล้วดูแลให้ refer ย้ายกลับไปที่บ้านญาติก็ไม่เอา ก็จะนอนนอน ยังไงไรก็จะนอนรอข้ามวันข้ามคืน มีแต่คนไข้หนัก หมุนไปไหนก็ไม่ได้เพราะที่อื่นก็เต็มเหมือนกัน ระบบมันจวนไปหมด เพราะคนแห่แห่นกันมา มากันก็รับหมด ปฏิเสธไม่ได้ เพราะฉะนั้นพินิจมองว่า มันไม่ใช่เฉพาะ ER ที่คนไข้เยอะ มันเยอะทั้งโรงพยาบาลแหละ” (ID11)

เมื่อมีผู้ป่วยจำนวนมากและมีความหลากหลายเข้ารับบริการ เหตุการณ์วุ่นวายต่างๆจึงเกิดขึ้น ในประเด็นนี้พบ 6 ประเด็นย่อย ดังนี้

(1) ผู้ป่วยมากมาย อยากได้การดูแล แต่ขอคัดกรองรับรองให้บริการทุกราย

ผู้ที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมักคาดหวังกับความรวดเร็วในการให้บริการ ซึ่งเมื่อมีผู้รับบริการมาที่แผนกฉุกเฉิน พยาบาลจะมีหน้าที่คัดกรอง (Triage) เป็นลำดับแรกเพื่อแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรคว่าผู้ป่วยรายใดควรได้รับการก่อน และผู้ป่วยรายใดสามารถรอเพื่อรับบริการในลำดับถัดไปได้ เพื่อให้การรักษาพยาบาลได้อย่างทันท่วงที โดยใช้ในการประเมินจากการซักประวัติของผู้รับบริการร่วมกับการตรวจร่างกายเบื้องต้นเพื่อพิจารณาว่าจะส่งต่อไปรับบริการในบริเวณใดของแผนกฉุกเฉินหรือควรส่งต่อไปรับการรักษาที่แผนก

อื่นๆตามความเหมาะสมของอาการ นอกจากนี้ยังต้องสื่อสารกับผู้รับบริการเพื่อให้ข้อมูลหรือคำแนะนำในการรับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ตรงกัน ลดความเครียดและวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ แต่ผู้ป่วยมักไม่เข้าใจในระบบการรักษา มองว่าปัญหาของตนเองสำคัญที่สุด ดังนั้นพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องชี้แจง ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจตรงกัน

“เขามาถึงก็ต้องแจ้งเขาเลยว่า รออยู่ในชั้นตอนไหน เพื่อที่จะได้ลดความคาดหวัง ความกดดันของเขาไปด้วยบางที่ถ้าเราไม่ได้สื่อสารในจุดของการแบ่งระดับในการดูแล ชั้นตอนให้แก่ผู้รับบริการอย่างชัดเจน...บางที่ผู้ใช้บริการอาจจะไม่เข้าใจในจุดนี้ เนื่องจากว่าเขาอาจจะต้องมารอระยะเวลาค่อนข้างนาน เนื่องจากว่าเขาไม่ทราบว่าตอนนี้ชั้นตอนเขาอยู่ในชั้นตอนไหนแล้ว บทบาทการจัดการด้านบริหารภายใน เนื่องจากว่าแต่ละวันเคสมันมีค่อนข้างเยอะ แล้วบางที่เราก็ต้องจัดระดับในการให้การดูแล เคสไหนที่มีความสำคัญกว่าก็ต้องทำเคสนั้นก่อน บางที่เข้ามาพร้อมกัน ก็ต้องดูว่าเคสไหนด่วนกว่าเช่น เป็นไข้มาพร้อมหอบก็ต้องเอาหอบเข้าห้อง resus พ่นยา ก่อน หรือแม้แต่บางที่ตอนมาอาการดี แต่นอนไปเกิดแยลงไปก็ต้องรีบ detect แล้วให้แพทย์ treat ก่อน คนที่มาก่อนก็ต้องรอก่อน” (ID2)

“ที่ผ่านมามีทำให้เรารู้สึกทำงานยาก น่าจะเป็นในด้านที่คำจำกัดความฉุกเฉินของเราแล้วก็ของญาติมันต่างกัน ถ้าฉุกเฉินของเราเราจะมีคำจำกัดความทางการแพทย์ของเราอยู่แล้ว คนไข้คืออย่างนี้คือฉุกเฉิน มีเอกสารตามที่เราเรียนมากัน แต่ว่าในทางด้านของญาติฉุกเฉินของเขากับเราจะต่างกัน ของเขาแค่ญาติเขาปวดท้องหรือเขาปวดท้องถือว่าฉุกเฉินแล้ว เขาจะต้องตรวจเดี๋ยวนั้น เขาไม่คิดที่จะรอ เพราะฉะนั้นคนไข้ประเภทนี้ทุกวันนี้เยอะมาก ทำให้เรา manage ยากมาก ทำให้มีปากเสียงและมีการร้องเรียนกันเยอะมากขึ้นทุกวัน พอเยอะ ๆ ทุกอย่างมันก็ทำให้กำลังคนของเรามันไม่พอกับคนไข้ที่มา เราคงจะต้องพูดในลักษณะที่เป็นการป่าวประกาศออกทางไมโครโฟนซะมากกว่า วันนี้คนไข้เราจำนวนเยอะมากจริง ๆ เราต้องขอความเห็นใจจากหลาย ๆ ฝ่าย เพื่อให้เค้ารับทราบร่วมกันและการประกาศประกอบลักษณะที่ดูวุ่นวายให้เห็นสถานการณ์จริง แล้วก็ลดการปะทะให้น้อยที่สุด เราก็หลีกเลี่ยงสถานการณ์แบบนี้ไม่ได้เลยในทุกวันนี้” (ID4)

“พอคนไข้ไม่พอใจบริการ การแสดงออกมันต่างกัน บางคนด่าทอ ้วยวาย บางคนเขาไม่พูดแต่เขาไปเขียนร้องเรียน ซึ่งสิ่งต่างๆพวกนี้มันส่งผลต่อ การทำงานเรานะ สิ่งแรกเลยคนที่ถูกร้องเรียนมันก็รู้สึกว่าเป็น stress ความต้องการ ของญาติค่อนข้างจะเยอะ เขาก็เห็นว่าเข้าใจว่าตัวเองสำคัญที่สุด เรื่องของ ตัวเองด่วนที่สุด แล้วคนไข้นอนอยู่กับเตียงเขาก็ไม่สามารถบอกอะไรเราได้ ก็จะเป็นวิธีการใช้ญาติมาแทน พอญาติมาก็ต้องการอย่างโน้นต้องการอย่างนี้ สมมติว่าเป็นคนไข้ระดับ 4 ที่สามารถตรวจได้ แต่เขาต้องการที่จะเป็นแบบ ระดับ 2 แต่คนไข้ระดับ 2 ระดับ 3 ของเรามันเยอะมาก เราก็อาจจะต้องการ delay ค่าก็จะไม่พอใจก็จะบอก เช่น “คนไข้ปวดท้องเนี่ย ปวดท้องมันไม่ สำคัญหรือ ปวดมากเลยนะ” เราก็ต้องอธิบายให้ฟังว่าเรามีการแบ่งประเภท คนไข้เนาะ ไม่ได้หมายความว่าแบ่งแยกระดับแต่อาการหนักเบาแต่ละคนไม่ เหมือนกัน คนไข้ทุกคนสำคัญหมด แต่ถ้าใครได้รักษาซ้ำอาจมีเสียชีวิตได้ ก็รักษา คนนั้นก่อน” (ID7)

“ถ้าเราจะบอกว่าสมมติว่าคนไข้มีไข้มา 5 วัน แต่เราวัดแล้วไม่มี ก็ส่งไปเวชศาสตร์ครอบครัว ก็บอกว่าไม่ไป จะขอรอที่นี้ อาการอย่างนี้ไม่ ดูฉุกเฉินหรือ ก็บอกเขาไป “ความดันปกติจะคะ ไข้ก็ไม่มี เดี่ยวไปตรวจทาง โน้น” “ทางโน้นรอนานจะปล่อยให้ตายก่อนหรือไง” อะไรประเภทนี้ ก็คือไม่ ยินยอมที่จะไป เราก็ต้องแนะนำเขาอีกว่า “ถ้าเรารอตรง ต้องรอนานมาก ต้องรอคนไข้ฉุกเฉินได้รับการตรวจก่อน ถ้าเกิดคุณยอมรับตรงนี้ได้ ก็โอเค” ก็ต้องให้ตรวจเข้ามา criteria ระดับ 3 เพราะว่ามันจะบอกมันก็ลดภาวะความ เสี่ยงภาวะกับคนไข้ได้ แต่ต้องอธิบายให้คนไข้เข้าใจว่าคุณต้องรอ ก็ต้องอธิบาย ไป ก็ต้องบอกไปว่าห้องตรวจเหลือก็คิว แล้วก่อนหน้าเรามีคนไข้หนักแบบไหน อย่างเช่น “ต้องรอนะคะ เพราะว่าก่อนหน้าคุณได้รับอุบัติเหตุทางศีรษะมา ยังไม่ได้รับการตรวจ ต้องรอเรียกนะคะ บางคนตอนแรกอธิบายว่าต้องรอนานก็ ยอมนะ พอรอไปรอไปนานมาก ไม่ยอมอีก ้วยวายต้องบอกไปว่าอย่างที่คุณอธิบาย ตอนแรกว่า คุณเป็นคนไข้ที่ไม่เร่งด่วน มันก็ระดับ 3 แจ้งไปแล้ว คุณบอกว่า คุณสามารถยอมรับตรงนี้ได้ คุณนั่งรอก่อนนะคะ ถ้าเกิดมี case ฉุกเฉินเข้ามา ก็ต้องได้รับการตรวจก่อน” ก็ต้องบอกให้เขาเข้าใจ” (ID10)

(2) ญาติไว้วางย อธิบายแล้วไม่เข้าใจ ขอแพทย์ช่วยให้ อธิบายเพิ่มเติม

สืบเนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากมาใช้บริการของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้บริการที่ผู้ป่วยได้รับจะมีความล่าช้า ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะให้ความสำคัญกับระดับความฉุกเฉินของอาการผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยและญาติอาจไม่เข้าใจระบบการให้บริการของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยและญาติบางราย ไม่พอใจที่ได้รับบริการช้า รอนานโดยไม่ได้รับการตรวจจากแพทย์ แสดงความไม่พอใจ แสดงอารมณ์โกรธ โดยการแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง บางรายไว้วางย ญาติบางรายข่มขู่พยาบาล ตะคอกใส่พยาบาล และบางรายอาจจะตะโกนเสียงดังเพื่อระบายความไม่พอใจในบริการที่ได้รับ โดยเฉพาะในรายที่คาดว่าตนเองควรได้รับบริการก่อน เช่นบางรายมาด้วยอาการหายใจหอบ แต่พยาบาลวินิจฉัยแล้วพบว่า เป็นอาการหอบจากการหายใจไม่ทัน (Hyperventilation) ซึ่งพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยจนอาการทุเลาแล้ว สามารถรอการตรวจจากแพทย์ได้ หรือต้องการบริการเหมือนไปรักษาที่คลินิก เหตุการณ์ต่างๆนี้เป็นภาวะที่กดดันการทำงานของพยาบาล เนื่องจากความต้องการของผู้ป่วยและญาติไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของความต้องการการพยาบาล แต่ทุกรายต้องการให้แพทย์ตรวจอาการหรือมาดูอาการโดยเร็ว หรือในกรณีของการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยใน ญาติบางรายเดินมาถามทุก 5-10 นาที ว่าเมื่อใดผู้ป่วยจะได้เตียง เป็นต้น ซึ่งความต้องการดังกล่าว พยาบาลไม่สามารถดำเนินการให้ได้เนื่องจากอยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมของพยาบาล แม้ว่าพยาบาลจะอธิบายและให้ข้อมูลแล้วเกี่ยวกับระบบการให้บริการ พยายามทำความเข้าใจและแสดงความเห็นใจผู้ป่วยและญาติ นอกจากนั้นพยายามอธิบายให้เข้าใจถึงขั้นตอนการให้บริการของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยและญาติบางรายเข้าใจ บางรายไม่เชื่อพยาบาล การแก้ไขของพยาบาลคือ ให้แพทย์มาประเมินซ้ำอีกครั้งหนึ่ง หรือพาผู้ป่วยหรือญาติไปพบแพทย์เพื่อให้แพทย์อธิบายอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งการที่จะให้ญาติพบแพทย์ พยาบาลก็ต้องประเมินก่อนว่า แพทย์ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤตอยู่หรือไม่ หากแพทย์ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยก่อน พยาบาลจะแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติที่ต้องการจะพบแพทย์ได้รับทราบ

“แล้วถ้าเกิดว่าคนไข้ที่รอนานเค้าเขาก็จะมีคำถามว่า “รออะไร” หมอคือคนไข้เยอะ หมอคุยกับคนไข้ก็จะน้อย ก็บางครั้งคือเขาก็ไม่เคลียร์ ไม่เข้าใจก็ต้องมาถามกับเรา เราอธิบายแล้วเค้าก็อาจจะไม่เข้าใจ ถามคำถามซ้ำๆเดิมๆ อะถามไปแล้ว อีก 5 นาที 10 นาที มาถามประโยคเดิม หรือเปลี่ยนญาติคนอื่นเข้ามาถาม หรือเปลี่ยนไปถามพยาบาลอีกคน มีทุกรูปแบบ อะ แต่บางคนเข้าใจนะว่า

ต้องรอคนไข้ข้างบนกลับแต่เค้าจะให้พ้นธงไปเลยว่ามีเมื่อไหร่ ซึ่งมันก็เป็นไปมาได้ อยู่แล้ว บางครั้งถึงหมอคุยด้วยแล้วญาติกับคนไข้เคลียร์ว่าจะรอถึงเมื่อไหร่ ซึ่งคำว่ารอถึงเมื่อไหร่ คือเราก็ให้ไม่ได้ชัดเจนว่าจะรอถึงเมื่อไหร่ เพราะเตียงจำกัด แล้วเราก็ไม่รู้ plan ว่าข้างบนจะกลับบ้านเมื่อไหร่ จะมีเตียงว่างเมื่อไหร่ ก็เลยจะมีแบบอารมณ์เสียบ้าง เช่น พุดหัวนๆแบบกระแทกเสียง ชักสีหน้า ยืนกอดอกจ้องหน้า อะไรประมาณนี้ค่ะ คือเราอาจจะเหนื่อยหน่อย เพราะเราต้องคุยเยอะหน่อย แต่ลักษณะการคุยของเราก็ต้องคือก็เข้าใจคนไข้ แล้วก็พุดในน้ำเสียงที่ซ้าลง สีหน้าอาจจะยิ้มหน่อย แต่บางครั้งก็คือถึงแม้จะยิ้มไม่ได้ก็อาจจะแบบไม่ได้ใช้น้ำเสียงตะคอกอะค่ะแล้วก็พุดสบตาไม่ใช่ชักสีหน้า เบือนหน้าไปทางอื่น หรือถอนหายใจ อืม เอ่อปกติการทำงานของแต่ละจุดก็จะมี ความต่างกันเนอะ ก็อย่างเช่นถ้าคนไข้มารอเตียง เราก็มาฟังเตียงเพื่อรอเตียงใช้มีัยคะ ก็จะมีจุดคือห้องฟังเตียง หมอเค้าจะเป็นคนประเมิน ก็ถ้าเกิดไม่มีเตียงหมอเค้าก็จะแจ้งแจ้งก่อนอันดับหนึ่ง ถ้าเกิดว่าหมอแจ้งแล้ว เรารับ order จากหมอมา ว่าเตียงนี้ยังเต็ม รอเตียงอยู่ที่เราก็แจ้งอีกรอบหนึ่งว่า ก็แจ้งเขารออะไร รอผลเลือดรอเตียง แล้วก็อาจจะแจ้งเขาวานานหน่อย แล้วก็ส่งต่อถึงเอ่อห้องรอดูอาการ ก็ส่งเวรต่อให้ห้องรอดูอาการว่ารออะไร ถ้าเกิดผลเลือดออก ก็หมอเขาก็จะประกาศเรียกก็แจ้งญาติ ญาติเค้าก็จะได้มีความมั่นใจว่า เค้าก็จะรู้ step ว่าถ้าผลเลือดออก หมอจะเรียกนะถ้าเตียงมาหมอจะเรียกนะ ก็ให้ญาติเขารอที่ห้องจุดที่เค้าจะรอห้อง เค้าเรียกว่าห้องรับรองญาติที่เขาจัดให้” (ID1)

“มันเป็นด้านหน้าทุกคนก็ย่อมที่จะเกิดความคาดหวัง ถ้าอย่างบางที่เรา รู้สึกว่า เราไปตรวจ OPD เรารู้แล้วว่าเรามีคิวเวลานี้ เช่น เรามีคิว 9 โมง หรือ 10 โมง เราก็ควรได้เรียกตรวจในเวลานั้น แต่ ER บางทีมันไม่ใช่...เราเป็นเหมือนตัวกลางที่จะต้องสื่อสารให้ทั้งกับแพทย์ ทั้งกับคนไข้ ให้เข้าใจว่าลักษณะนี้เขารออะไร...อย่างที่ประสบการณ์ที่เราเคยเจอมา เราก็ต้องแนะนำเขา บางทีเขามาถามเราบ่อย ๆ เราก็จะรู้สึกว่า ทำไมต้องมาถามมากดดันอะไรกับเราตลอดเวลา หน้าที่เราก็ต้องมีการเชื่อมโยงในการจัดการ ก็คงเราต้องมีการเชื่อมโยงให้แพทย์ที่เป็นเจ้าของใช้ในการดู case นั้น มาคุยมาแจ้งรายละเอียดกับผู้ป่วยหรือญาติ ว่าลักษณะนี้ขั้นตอนการรับบริการ ควรอยู่ในขั้นตอนไหน แล้วจะต้องจัดการอย่างไรต่อไป...ในด้านที่เป็นเป็นภาวะคุกคาม

เช่น บางทีเรามีเคสที่มาตรวจ เช่น เขาอาจจะไม่เข้าใจในขั้นตอน เขาไม่ได้รับการแจ้งจากแพทย์พยาบาลก็ตาม เขามารอตรวจ บางทีเขาก็เกิดโวยวายขึ้นมา กลางห้องฉุกเฉิน ในการจัดการตรงนี้เราต้องก็ต้องนั่งสงบแล้วก็พยายามรับฟัง เขาว่าเขาต้องการอะไร...เวลาที่เข้ามาก็ลักษณะเดียวกันก็จะใช้การรับฟังว่าเขาต้องการอะไร ถ้าเกิดว่าเขาต้องการทราบว่าเขาถึงขั้นตอนไหน เราก็แจ้งกลับไปว่าอยู่ในขั้นตอนไหน แล้วก็ให้แพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้เข้ามาช่วยอธิบายขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยคนนั้นฟัง” (ID2)

“นอกนี้เลยที่ต้องมีหลายๆเลยสำหรับพยาบาล ER คือ การควบคุมสติ อารมณ์ ขยายความโดยรวมก็คือว่า สิ่งที่สำคัญของ ER ก็มัน crisis ใจคือมันจะ crisis คนละแบบกับ ward หรือ ICU ทุกมาทุกคนรู้อยู่แล้วว่าของฉันทันที ส่วนใหญ่เตรียมใจมาแล้วว่าจะต้องรับมือทำอันนี้อันนี้ให้ แต่ที่ฉุกเฉินไม่มีใครรู้มาก่อน เช่น คนไข้ Hyperventilate แล้วมีมือจิกเกร็ง คนทั่วไปก็คิดไม่รู้ จะคิดว่ามันคือการชัก คนไข้เกร็งแรงด่วน อันนี้คือเราต้องอธิบายให้เขาฟัง แต่คือไม่ใช่ที่เราอธิบายแล้วจบ บางทีเราอาจจะต้องตามหมอมานำให้ดูเฉพาะหน้าตรงนั้นก่อน เพื่อที่จะให้เขารู้เรามีความใส่ใจที่จะให้หมอดูก่อนจริง ๆ ว่าคนไข้อยู่ในระยะที่ปลอดภัย สามารถรอคุณหมอดูตรวจได้ ไม่ใช่ให้เราอธิบายก็จบ บางทีความน่าเชื่อถือ คนไข้บางคน ญาติบางคน เขาก็รู้สึกว่ามันน่าเชื่อถือกว่า บางทีคนไข้ก็เข้ามาเข้าชี้ เช่น ทำไมไม่ได้ตรวจสักที รออะไร เราก็ดูให้เขานานไหม คืออาจจะตอบเป็นระยะเวลาไม่ได้ อาจจะตอบเป็นจำนวนคนไข้ที่รออยู่ตรงหน้า แล้วก็ดูว่าหมอมือเคสยากหรือเปล่า อันนี้พอบอกได้ เราก็จะรู้อยู่แล้ว บางทีก็มีเคสยากอาจต้องใช้เวลา ก็บอกว่าคุณหมอดูเคสอยู่ ขึ้นอยู่กับคุณหมอมารวดเร็ว เขาจะเบาใจแล้ว เคยเจอคนไข้ ญาติ ดูเป็นคนปกติ aggressive ใส่เลย ก็คือยื่นคัมซ็อนหลังเลย ผู้ชายญาติคนเดียว กอดอก เราก็คือพูดเหมือนแบบข่มขู่ แต่คือด้วยความแก่ในระดับหนึ่งเราก็หนึ่ง ประมาณคือจำเคสไม่ได้แล้ว คืออาการไม่รุนแรงมาก คนไข้เป็นอาการที่รอได้ แต่ว่าเหมือนแบบปวดท้อง ท้องเสีย อะไรอย่างนี้ แล้วก็ก่อนหน้านั้นมันมีไข้ หนัก น่าจะใช่ เหมือนกับท้องเสีย ปวดท้อง ร้องไห้ หมอดูแล้วเจาะแล็บ ให้น้ำเกลือ ให้น้ำแก้ปวด แต่ก่อนหน้านั้นมันมีเคสเด็กซ็อบค น่าจะเป็น sepsis เด็ก เราก็ทำ septic fast tract เด็กก่อน แล้วก็มาทำ case นี้ต่อ ระยะเวลาไม่

นาน 15 นาที เสร็จก็ถึงมาทำเคสนี้ แล้วญาติเขามีปฏิกิริยาเย็นช้อนหลังเลย ตะคอกใส่ว่า “ถ้าคนไข้ตาย จะทำไง” ก็คือเราก็บอกว่าคุณหมอตรวจแล้ว รอให้ ยาบรเทาปวด ให้น้ำเกลือ 2 ชั่วโมง แต่ว่าทำเคสเด็กอยู่ รอดสักครู่เดียวทำให้ เขาก็ประมาณว่า รู้ได้อย่างงี้ของผมดาวน์น้อยกว่า ถ้าเกิดต้องให้ตายก่อนถึง จะทำ ประมาณนี้ ส่วนใหญ่เคยเจอแบบนี้บ่อยเหมือนกันนะ คุณหมอประเมิน คนไข้แล้ว คือถ้าเกิดทุกที่มาอย่างนี้ ต้องให้หมอประเมินก่อน คือเรารู้แล้วว่า อย่งไรเขาต้องเป็น number one เพราะฉะนั้น หนึ่ง response ก่อน เรา ประเมินก่อน ถ้าญาติเขายังไม่เห็นชอบ ต้องให้หมอดูซ้ำอีกทีหนึ่ง เพื่อให้เขา ได้รู้ว่าเขาไม่ได้แค่ไก่กา เราต้องให้หมอดูแล้ว แน่ใจแล้วถึงให้รอ ถึงทำอีกคน หนึ่งก่อน ประมาณนี้...ตอนเด็กๆทำอะไรไม่ได้หรือกหลบหลัง Incharge แต่พอ โตแล้วก็จะเริ่มรู้แล้วว่าทำอย่างนี้มันจะผ่าน สติของคนทำงาน คือถ้าเกิดปากไว ตอบไปว่าไม่ตายหรือกคะ เป็นเรื่องทันที แต่ถ้าเกิดสมมติว่า คือเขาต้องการ response ต้องเร่งด่วน เราก็ต้องทำให้เขารู้ว่าเราพยายามที่สุดที่จะเร่งเขา แล้ว เราใส่ใจที่สุดว่าญาติของเขาได้รับความทรมานจากความเจ็บป่วย เช่น รีบไปดู ให้ทันที หรือรีบไปเรียกหมอมาดูให้ ประมาณนี้ ซึ่งเขาก็ calm down ลง แต่ ถ้ามองว่าถึงกับหายก็ไม่ เป็นอะไรที่เจอประจำ จนกว่าปัญหาของเขาจะได้รับการ แก้ไข มันถึงจะจบ” (ID3)

“ปัญหาที่เจอก็เป็นลักษณะของการไม่เข้าใจกัน การสื่อสารระหว่าง พยาบาลกับญาติ ก็อาจจะต้องเน้นเรื่องการให้ข้อมูล ส่วนของการคัดกรองก็ต้อง มีการแจ้ง ตอนนี้อยู่คุณรออะไรอยู่ คุณอยู่ในระดับไหน อันนี้จะต้องตรวจภายใน เท่าไหร่ อาจจะต้องบอกเขา คุณอาจจะอยู่ระดับ 3 คุณหมอจะต้องดูคนนี้ก่อน แล้วถึงมาดูคุณ เคสที่มีปัญหาความต้องการมากเป็นการทำงานที่ยากที่สุด” (ID5)

“เคสที่รู้สึกว่าร้างปัญหาให้การทำงานมากที่สุด คงเป็นเคสประเภท ร้องเรียน ก็ต้องฟังว่าเขาอยากได้อะไร ต้องการอะไร ถ้าจัดให้ได้หรือมันเป็น ความจำเป็นที่ถูกต้องก็จัด ถ้าอันไหนเกินภาระเราก็ต้องสื่อสารกับแพทย์ แล้วให้เขาคุยกับแพทย์อีกที เพราะบางอย่างเค้าต้องการด้านการรักษา เค้าไว้วางใจเพราะเค้าต้องการเตียง ซึ่งเราจัดหาตรงนั้นให้เค้าไม่ได้อยู่แล้ว”

คำตอบที่เขาจะต้องได้รับคือเขาต้องได้รับจากแพทย์ ว่าไม่มีเตียงนะ มันเป็นเรื่องที่เราพูดไม่ได้ไง เราต้องรู้ว่าอะไรที่เราพูดได้ ไม่ใช่กลัวเค้าร้องเรียนแล้วจะรับปากจัดการให้ไปหมด เพราะมันเกินหน้าที่เรา สุดท้ายเราทำไม่ได้”(ID6)

“มีเคส VRE ก็เหมือนแบบเข้าไปก็คือ consult resident 1 med แล้วก็เหมือนญาติก็มาโวยวาย ว่าเข้ามาทำไมเข้ามาแล้วไม่เห็นมีหมอละ เข้ามามันไม่ถูก track ใจ มันไม่เข้ามาผ่าน screen เข้ามาเพื่อมันอ้อมเข้ามาห้อง ambulance นะ แล้วเข้ามาทาง resus1 มีใครรู้ไหม ไม่มี แล้วก็เข้ามา “เมื่อไหร่จะได้ตรวจ คนไข้เหนื่อย” อะไรอย่างนี้ คือพี่หัวหน้าก็นั่งอยู่ในห้องนี้ “อ้าว ไปดูหน่อย” พอไปดูก็ไม่รู้จะทำยังไงแล้วก็ญาติคนไข้เดินมา “เนี่ย จะทำอย่างไร จะตรวจใหม่ จะอะไรใหม่ คนไข้เหนื่อยจะตายอยู่แล้ว”...ญาติเค้านั่นข้างเยอะมาก คือเขาค่อนข้างมียศไง พันจ่าอากาศเอก คนมากี่เลย คือพวกที่มียศอะไรอย่างนี้ มันจะเริ่มคิดถึงว่าตัวเอง VIP case มันก็จะแบบต้องด่วน ต้องทันที หมายถึงติดเป็นนิสัย พอมาเป็น ER ใครก็ไม่อยากตรวจก็เลยตามหมอละ สุดท้ายตามหมอตรวจแล้วก็ Hydration อยู่ห้องนั้น”(ID8)

“แล้วบางที่คนไข้มาที่ OPD เขามาตั้งแต่เช้า เสร็จปุ๊บคุณส่งเขามาตรงนี้ต่อ ให้เขามารอต่อ ซึ่งเขาก็ต้องมานั่งรอใหม่ แล้วเขาก็หงุดหงิดรอแต่เช้า แล้วคนไข้ที่ฉุกเฉิน ตามจริงถึงส่งมาคุณก็ไม่ได้เป็นคิวแรกนะ ถึงแม้คุณมาคิวแรก แล้วมีคนไข้หอบเหนื่อยหรือโดนแทงมา เขาก็ต้องดูอันนั้นก่อน ซึ่งตรงนี้บางที่คนไข้และญาติจะไม่เข้าใจ ก็จะมีแบบว่า “ทำไมมาก่อนแล้วยังไม่ได้ตรวจ ทำไมคนนั้นมาแล้วได้ตรวจ” ซึ่งเขาก็ไม่รู้ระบบ แต่เขาก็จะมาโวยวายนิดหนึ่ง ซึ่งอันนี้ก็ถือเป็นวิกฤตของเราเหมือนกัน ไม่ใช่ที่คนไข้หนักเท่านั้น บางทีกับญาติ แต่ว่าเราต้องควบคุมอารมณ์ พอพี่รู้สึกที่โตขึ้น มันเริ่มรู้สึกด้วยประสบการณ์ เจอมาเยอะ เจอมาละแบบนี้ กลายเป็นเข้าใจด้วยซ้ำ...เขามาตั้งแต่เช้าก็เข้าใจก็ต้องใจเย็น เราต้องเย็นใส่เขา เพราะเขาไม่รู้อะไรเกี่ยวกับระบบของเราเลย ซึ่งถ้าจะให้เราไปอธิบายให้ญาติและทุกคนเข้าใจเป็นไปได้ พอเจออย่างนี้เสร็จ พอเรารู้เขาใจร้อนมา เราก็อธิบายไปด้วยน้ำเสียงเย็นนะ”(ID10)

“ฟรีเมียมปัญหาเยอะกว่าคนทั่วไปมากกว่าเท่าตัว เพราะว่ามันไม่รู้เขา สบายมาจากที่คลินิกฟรีเมียมหรือเปล่า พอมา ๆ ตรงนี้ ตรงนั้นตรวจเป็นstaff ไข้เปล่าละ เป็น resident resident ก็คือ ไม่ได้มีคนไข้คนเดียวไง อย่างมาเจอ resident แบบนี้ แล้ว resident เขาก็มีอยู่ในมือ 6 case แล้วนี่มาใหม่อีก เขาจะต้องรับใหม่ ส่วนใหญ่ก็ไว้วายไม่พอใจ ประมาณว่าทำไมช้า ฉันต้องได้ตรวจเร็วดี ไม่เห็นต้องรอ ก็ต้องตามหมอมาคูย แล้วก็อธิบายให้เขาฟัง ว่าตอนนี้รออะไร ฟังบ้างไม่ฟังบ้าง แต่เราก็ต้องให้รอตามระบบ เพราะ ER มันเปิด คนไข้ญาติก็เห็นอยู่ว่าใครมาก่อนมาหลัง เพราะทุกคนก็จับตารออยู่ว่าตัวเองจะได้ตรวจเมื่อไหร่ เกิด ฟรีเมียมมาแต่ให้ตรวจก่อน เค้เห็นเค้ก็ต้องไม่พอใจ ไว้วายเหมือนกัน สรุปเราโดนทั้งขึ้นทั้งล่องแหละ”(ID11)

“ตรงจุด screen เหมือนกัน ก็มาถึง ปีบ ๆ เรายังไม่รู้เรื่องอะไรเลย มาถึงมาด่าแล้ว หรือว่าเราเช่น “เนี่ย มารอดั่งนานละ” คือคนไข้ออกจาก OPD แล้วส่งมาที่ฉุกเฉินมาให้หมอดูต่อ สมมติเรื่องเลือดขีดอะไรอย่างเนี่ย ซึ่งก็ส่งมาจาก OPD แล้วก็มารอพบหมอมед ที่ ER แล้วกระบวนการขั้นตอนรอก็ต้องเอาแฟ้มมาให้คุณหมอม ดูแล้วก็รอให้คุณหมอดู ซึ่งคุณหมอมจะดูเมื่อไหร่ เราก็ตอบให้ไม่ได้ เราได้แต่บอกว่า “หมอมคะ มีเคสส่งมาจาก OPD med นะ รออยู่ เป็นเคสนั้นเคสนี้” หมอมก็บอก “โอเค” รอไป 10 นาที 20 นาที รอได้ครึ่งชั่วโมงเริ่มกระสับกระส่ายเดินเข้ามาถาม “หมอดูหรือยัง เอาแฟ้มไปหรือยัง” บางทีรอเป็นชั่วโมงเขาก็ไม่ไหว เขาก็เลยมาใส่ “มาตั้งแต่เช้าละ ทำไมไม่ได้ผลสักที นี่มันอะไรกันนักหนา” อะไรประมาณนี้ จริง ๆ ถามว่าเกี่ยวกับเราไหม ก็ไม่ได้เกี่ยวกับเรา แต่ว่าต้องมารับรองอารมณ์เขา เราเนี่ยด่านแรกเลยที่ต้องแบกรับความไม่พอใจของญาติ อันนี้ถือว่าเป็นภาวะคุกคามทางอารมณ์ เราจะต้องควบคุม เราจะต้องทำอย่างไรให้เขาแบบว่าสงบลงแล้วก็ยอมรอได้ หรือว่าทำอย่างไรก็ได้ที่เขาจะได้เข้าไปพบคุณหมอมเบื้องต้นก่อน “คุณหมอมคนนี้เขารู้แล้วเคสเขาไม่ได้ lost ไปไหน เพียงแต่ว่าคุณหมอมเขาดูคนไข้หนักอยู่ เดี่ยวเขาจะกลับมาดูให้” คือมันจะต้องอาศัยเทคนิคอะไรอย่างนี้ด้วยก็คือมีการควบคุมอารมณ์ เราจะต้องบอก “เดี๋ยวนะคะ เดี่ยวไปถามคุณหมอมให้ว่าคุณหมอมดูให้หรือยัง” หรือว่าพอไปแล้วดูแล้วกลับมาหมอมบอกหมอมรับทราบก็มาบอกคนไข้ว่า “คุณหมอมรับทราบแล้วนะ แต่ว่าเดี๋ยรรอแป๊บหนึ่ง” ถ้าเกิด

มาถามครั้งที่ 2 หรือครั้งที่ 3 ก็คือจะแก้ปัญหาโดยที่ว่าจะงมมือไปหาหมอเลย แล้วให้หมอคอยกันเองกับคนไข้ เราก็กลายเป็นเหมือนว่าเราเอาตัวเราออกมาละ เพราะฉะนั้น หมอเขาต้องเป็นคนดูว่า เขาสมควรที่จะดูคนไข้คนนี้หรือยัง แล้วเขาจะคุยกับคนไข้คนนี้เพื่อที่จะให้รออย่างไร พอทำแบบนี้ละ มันก็ดีนะ คือตอนแรก ๆ เขาก็จะหงุดหงิดโมโหเราแล้วมาถามเราบ่อยใช้เปล่า พอเรางมมือไปแล้วไปคุยกับหมอ เขาก็จะแบบเหมือนคุยกับหมอกับพยาบาลไม่เหมือนกัน คุยกับหมอเขาจะรู้สึกว่าได้เจอละหมอ แล้วเขาก็จะกลับไปนั่งรอได้ ส่วนใหญ่วิธีนี้มันก็ใช้ได้ พี่ถึงคิดว่าอะไรที่มันเกี่ยวข้องกับเรา ๆ ก็ทำ อย่างเขาถามเรื่องเตียงเราก็ให้หมอไป ถ้าเกิดอะไรที่เกี่ยวข้องกับเรา ๆ ตอบได้ แต่ถ้าเกิดอะไรที่ไม่เกี่ยวข้องกับเรา ๆ ก็เดี๋ยวคุยกับหมอนะคะ มันก็เป็นการลดการปะทะเรากับญาติไปในระดับหนึ่ง”(ID12)

(3) วัลรุ่นตีกัน บาดเจ็บมา ER ต้องแยกรักษาอย่ามาเจอกัน

ในบางครั้งผู้ป่วยที่ถูกนำส่งหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นกลุ่มวัลรุ่นที่เกิดอุบัติเหตุจากการแข่งรถมอเตอร์ไซด์หรือทะเลาะวิวาททำร้ายร่างกายกัน เมื่อรถมูลนิธิหรือศูนย์รถพยาบาลนำผู้ป่วยมาส่งที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การบริหารจัดการที่ดีที่สุดคือให้คู่อริได้รับการตรวจรักษาต่างโรงพยาบาลกัน แต่หากจำเป็นต้องรับเข้ารักษาด้วยกัน พบว่าผู้ป่วยที่เป็นคู่อริต่างมีความพยายามที่จะทำร้ายร่างกายกัน แม้กระทั่งบาดเจ็บอยู่บนรถนอนยังพยายามชกต่อยหรือขว้างปาสิ่งของใส่กัน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยแต่ละฝ่ายได้รับบาดเจ็บมากขึ้น พยาบาลต้องบริหารจัดการไม่ให้ผู้ป่วยนอนรอตรวจหรือสังเกตอาการในบริเวณใกล้เคียงกันและแยกให้ตรวจคนละห้องเพื่อไม่ให้เกิดการเผชิญหน้าระหว่างผู้ป่วยคู่อริ นอกจากนี้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า จะมีเพื่อนของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มเข้ามาเป็นจำนวนมากและส่งเสียงดัง ทำให้เกิดความแตกตื่นในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คุณคามการทำงานของผู้หน้าที ญาติและผู้ป่วยรายอื่นมีความหวาดกลัวที่จะเกิดเหตุการณ์รุนแรงซึ่งจะทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน พยาบาลต้องประสานงานให้เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยมาควบคุมสถานการณ์ตรวจการผ่านเข้าออกของญาติที่จะเข้าในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยความเข้มงวด และหากสถานการณ์ภายนอกหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีแนวโน้มที่จะเกิดความรุนแรงระหว่างกลุ่ม เกินกว่าที่เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยจะรับมือได้ พยาบาลต้องบริหารจัดการให้เจ้าหน้าที่ตำรวจในพื้นที่เข้ามาควบคุมดูแลสายกลุ่มวัลรุ่นออกจากโรงพยาบาล

“คือกันคนเจ็บกับคนไม่เจ็บออก นึกออกไหมคนเจ็บกับคนเจ็บ ถ้าสมมติทำหน้ายุ่ง ๆ ใสกัน ก็อาจจะต้องมี รปภ. คือต้องแจ้ง รปภ. ก็แจ้งหน่วยงานของเขา คือเรารู้แล้วว่ามันอาจจะมีปัญหา มันอาจจะต้องมี รปภ. ช่วยคุมสถานการณ์ รปภ. เขาก็จะแจ้งหน่วยงานของเขาก่อนที่หนึ่ง ช่างในหลังประตู ER คนใช้ที่เป็นคนใช้จริง ๆ ผ่านเข้ามาแล้วไม่มีปัญหา มันมีปัญหาคือพวกที่อยู่ข้างนอก จะตีกันไหม คือมันอาจจะมีโอกาสตีกัน แต่ตรงนั้นเราเอาอยู่ เพราะว่าเรามีคนอยู่ข้างนอกที่มันพร้อมจะมาอีกเยอะ เท่าไหร่มันไม่รู้ คือหนูไม่ได้เคยเจอด้วยตัวเอง เขาเล่าให้ฟัง ก็ต้องติดต่อที่ สน. (สถานีตำรวจ) ให้ สน. มาดูแลเหมือนกัน แต่ส่วนใหญ่ สน. ก็ไม่มีปัญหา เลือก สน. ที่ใกล้ ๆ โรงพยาบาลเรา เขาก็โอเคกับเรา ก็ไม่เคยมีปัญหากัน ก็มาดูแล...โดยปกติจะแยกกัน เหมือนจับแยก ๆ มุมกันเลย คือถ้าดูรุนแรง แต่โดยปกติแล้วส่วนใหญ่เจ็บกับเจ็บมา มันก็ไม่ค่อยมีอาการใสกัน ถึงมีก็ไม่ถึงขั้นทนไม่ไหวต้องต่อยกัน แล้วที่สำคัญไม่มีแรงยุจากคนรอบข้าง ไม่มีพวก เวลาจะทำอะไรมันก็จะเอ๊ะนิดหนึ่ง โมโหไหม ก็คงโมโห อยากต่อยใหม่ก็คงอยากต่อยกัน แต่ยังไม่มีการรอก่อน พอแยกออกจากกันก็ยังพอควบคุมสถานการณ์ได้ แต่ว่าครั้งนั้นที่มันมีประเด็นว่าวัยรุ่นตีกัน แล้วเด็กวัยรุ่นมันก็มารักษา ก็มาทั้ง 2 พวก ก็ไม่มีปัญหาอะไร แต่ว่าพวกที่อยู่ข้างหน้า เหมือนแบบจะยกพวกกันเข้ามา ซึ่งถ้าเขาเข้ามามันจะเกินสถานการณ์ที่จะควบคุม รปภ. ก็จะต้องควบคุมตั้งแต่ประตูหน้าแล้ว ไม่ให้ผ่านเข้ามาง่าย ให้แต่คนใช้ก่อน ญาติ ต้อง screen เลย ว่าเป็นญาติจริง ๆ บางทีก็ต้องขอคู่มือประชาชนก่อน”(ID3)

“บางที่เวรดีก็ เคยมีเหมือนคล้าย ๆ เป็นกลุ่มมอเตอร์ไซด์เด็กแว้นมาคล้าย ๆ ทะเลาะวิวาทกันมา แล้วก็มีคนเจ็บมา ก็จับสองกลุ่มแยกกันคนละมุมไปเลย อย่าให้เห็นหน้ากัน มีกลุ่มเพื่อนเป็นแก๊งค์มาวัยรุ่น อยู่หน้า ER เยอะมาก บางที่เขาแบบมาวุ่นวายคุยเสียงดังรบกวนคนใช้คนอื่น บางทีก็มาคุกคามเจ้าหน้าที่ประมาณนี้ ในบทบาทเราก็จ้าง รปภ. ก่อนเบื้องต้น ก็ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ เราก็ตองขอความร่วมมือแจ้งไปทางตำรวจ ทาง สน. เขาก็มาดูแลจัดการเดือนไปรอบหนึ่ง แล้วก็กลับมา ๆ ก็แจ้งไปอีก”(ID5)

“เวรดีกวันศุกร์ เสาร์ เนี่ยส่วนใหญ่วัยรุ่นออกมาแข่งมอเตอร์ไซด์ เสียงดัง หนวกหูไม่พอนะ บางที accident กันมาหรือตีกันมาพร้อมกัน แหมแล้วแต่ละฝั่ง พวกก็เยอะ มาส่งคนเจ็บเนี่ยยกกองทัพกันมาเลย ทำให้มันดูคุกคาม เสียงดัง คนใช้คนอื่นเค้าก็อาจกลัว รู้สึกไม่แน่นอนในความปลอดภัย การจัดการก็คือ ต้องเอาอีกทีหนึ่งไปส่งอีกโรงพยาบาลหนึ่ง แต่ถ้ามันแจ๊คพอร์ตเข้ามาจริง ๆ ส่วนใหญ่จะแยกห้องตรวจ แยกห้องตรวจเสร็จเราต้องบอกหมอด้วยว่าเขาเป็น คู่รักกันเคลียร์คนใดคนหนึ่งให้ขึ้นตึกไปก่อน หรือทำอะไรกับคนใดคนหนึ่งไป ก่อนให้เสร็จ เพื่อจำกัดภาวะตรงนั้นไป เพราะว่าเขามีโอกาสเยอะที่เขาเจอกันเขา จะตีกัน ให้เขาไม่เผชิญหน้ากัน ถ้าเรารู้ทีหลัง แต่ถ้าเรารู้ก่อน เราควรให้แยก โรงพยาบาลดีที่สุด”(ID6)

“บางครั้งก็มีวัยรุ่นตีกัน เราก็ไม่เข้าใจระบบ ไม่เข้าใจว่ามูลนิธิจัดการ อย่างไร เขาเอาคุณนี่มาให้คู่กัน มันควรจะแยกโรงพยาบาล แต่เค้าเอามาไว้ ด้วยกัน แล้วเขาก็อยู่เตียงข้างกัน มีแบบว่าตีกัน ขนาดอยู่บนเตียง เอ็มมือตีกัน เราก็เลยใช้วิธีจับเตียงคุณแยกกัน มันก็ยังสามารถขวางใส่กันได้ ทีชู้ ก็หลาย อย่างเราก็ใช้วิธีการให้ รปภ. มายืนเฝ้า แต่มันก็ขึ้นอยู่กับบุคคล พี่ รปภ.บางคนดี มาเร็ว ให้ความร่วมมือทุกอย่าง ช่วยได้ แต่พอกกลางคืน รปภ. มันลดกำลังลง เราก็ต้องพยายามดูแล ป้องกันเองไม่ให้เกิดเหตุรุนแรง ดีที่สุดคือ แยกคนละมุม อย่าให้ได้เห็นกัน”(ID7)

“แล้วก็มันก็จะมีพวกมากันเยอะวัยรุ่น มากันคนเจ็บมาคนเดียว แต่ เพื่อนมาเป็นฝูง ตีกันมา ก็กลัวว่าตอนนั้นมันก็จะม็กลุมวัยรุ่นเยอะมาก ประมาณ 20 คนก็ต้องทำอะไรก็ได้ต้องสลายกลุ่มกันไป เพราะว่าญาติก็ กลัว ญาติคนไข้ก็กลัวที่ออกไปรอข้างนอกเขาก็กลัว ก็ต้องโทรแจ้งตำรวจ สน. พญาไท ให้มาช่วยดูให้หน่อย คือรู้สึกไม่ปลอดภัย เด็กวัยรุ่นอยู่หน้า โรงพยาบาล แล้วก็แจ้ง รปภ. แต่ว่าคืนนั้นก็ไม่มีอะไรนะ แต่ว่าเราก็ต้องกันไว้ ก่อน เพราะถ้าเกิดการปะทะอะไรขึ้นมา มันก็เสี่ยงต่อเราอีก”(ID12)

(4) ผู้ป่วยจิตเวช ดูแลจิตใจเพิ่ม พร้อมเรียกกำลังเสริม ก่อนเริ่มอาละวาด

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีทั้งที่เจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางด้านจิตใจมาใช้บริการพยาบาลต้องรายงานแพทย์เป็นลำดับแรก ซึ่งขณะรอแพทย์ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงจะทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อเจ้าหน้าที่ ญาติและผู้ป่วยรายอื่นหรือแม้กระทั่งตัวผู้ป่วยเอง บางรายมีพฤติกรรมอาละวาดและวุ่นวายวิ่งออกจากหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุถูกรถชนหรือได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุอื่นๆ พยาบาลเป็นบุคลากรแรกที่ต้องเข้าควบคุมผู้ป่วย หากไม่สามารถควบคุมให้ผู้ป่วยสงบนิ่งได้ ต้องแก้ไขโดยการติดต่อประสานงานให้เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมทั้งกำลังเจ้าหน้าที่จากศูนย์กลางของโรงพยาบาลมาช่วยนำผู้ป่วยกลับเข้าในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จากนั้นจึงจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในบริเวณที่สงบแยกจากผู้ป่วยรายอื่น เนื่องจากสภาพแวดล้อมภายในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเต็มไปด้วยความวุ่นวายและมีเสียงดังซึ่งอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้น หากในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สงบอาจต้องขออนุญาตจากญาติผู้ป่วยเพื่อทำการผูกมัด เมื่อแพทย์ตรวจและประเมินแล้วให้ยาตามแผนการรักษาและผู้ป่วยสงบลงแล้วจึงปล่อยให้ผู้ป่วยเป็นอิสระ

“ก็คือคนไข้ ด้วยความที่คนไข้เป็นภาวะจิตเวช คนที่มีภาวะจิตเวชที่จะมาฉุกเฉินได้ ก็คือคนที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตัวเองได้ ไม่สามารถควบคุมสติของตัวเองได้ เขาก็จะมาแบบภาวะระเบิดอารมณ์อะคะ ก็คือจะวุ่นวาย โวยวาย เสียงดัง พูดคุยเยอะ เอ้ออาจจะมึนทำร้ายร่างกายคนอื่นได้อะไรอย่างนี้อะคะ คือของเราก็จะมีเจ้าหน้าที่ รพ.ก. ช่วยเป็นคนเอ้อเขาเรียกอะไรช่วยเข้าไปประเมินร่วมกับเรา คือเราเป็นคนประเมินแล้วเราก็แจ้ง รพ.ก. ว่าคนนี้เอ้อถ้ามีภาวะอย่างนี้นะ เราควรจะต้อง restrain นะ เพราะว่าเราจะป้องกันไม่ให้คนไข้ได้รับอันตรายด้วย แล้วก็ไม่ให้เอ้อคนอื่นได้รับอันตรายด้วย จากภาวะอารมณ์ของคนไข้คนนี้นี้แล้วเราก็เอ้อ notify แพทย์เพื่อที่จะร่วมประเมินว่าคนนี้ควรที่จะได้รับยาเพื่อที่จะได้ sedate อารมณ์ลงหรือว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลที่จะต้องควบคุมอารมณ์คนไข้ยังงี้บ้างก็คือเราจะต้อง calm down คนไข้ก่อน ด้วยเอ้อการ restrain เพราะเราเป็นคนให้ยาคนไข้เลยไม่ได้เนอะโดยมี รพ.ก. คอยดูแล แล้วก็ notify แพทย์ทันทีที่มาเลย แล้วก็ให้การร่วมกันรักษาพยาบาล แพทย์ประเมินว่าอะคนนี้นี้ต้องได้ยาเราก็ต้องให้การรักษาเลย ก็คือให้ยานะเราก็ฉีดเลยคะ...เราก็จะ private การ private ก็เพื่อป้องกันสิ่ง

กระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมเพราะสภาพของ ER มันวุ่นวายอยู่แล้ว อีกทั้งก็กรีกโครม พวกนี้อาจกระตุ้นให้อาการเค้าเป็นมากขึ้นโดยเฉพาะพวก Hallucination”(ID2)

“คนไข้จิตเวช วุ่นวาย ER แรกเลยอย่างแรกเลยถ้าพยาบาล screen ที่ senior นิดหนึ่ง เขาก็จะตามแพทย์จิตเวชเลย แต่ถ้าเป็นน้อง ๆ เค้าก็จะบอก incharge ก่อน เรายังต้องโทรตามจิตเวช ในขณะที่นั่น เดียวนี้เรามี resident ER เรายังตาม resident ER มาดูกับโทรตาม รพภ. บางทีคนไข้ที่แน่น ๆ ER รพภ. ก็ไม่พอ มันต้องโทรตามที่ศูนย์ รพภ. เพื่อขอคนมาเพิ่ม ก็คืออันนี้มันก็เกี่ยวกับการบริหารจัดการถ้าเราเจอคนไข้แบบนี้เราจะทำอย่างไรคือตอนนี้บางอย่างเราเป็นพยาบาลเราเข้าไปไม่ได้อยู่แล้ว ถ้าเขามีภาวะคุกคาม อย่างแรกเลยเราต้องให้ รพภ. เป็นคนจัดการ พูดคุยก่อนให้เค้าสงบ เพราะก็มีคนไข้จิตเวชหลายเคสนะที่วุ่นวาย แต่พอเจอ รพภ. เค้าจะสงบ เราตามเขาก่อนเลยอันดับหนึ่ง แต่ถ้า รพภ. คุยแล้วยังไม่สงบก็ให้เค้าสังเกตการณ์เขาดูอย่างไรก็ได้คอยคุมสถานการณ์ไว้ก่อน ให้เค้าไม่สามารถคุกคามคนอื่นได้ หลังจากนั้นหมอมมา หมอจะสั่งเองว่าจะผูกยึด หรือฉีดยาอะไรหรือเปล่า เพราะว่าบางอย่างเราเห็นแล้วเราอาจจะอยากทำ แต่ว่าเราทำไม่ได้ ถ้าคนไข้ประเภทนี้เราเข้าไปมันมีผลต่อเรา ๆ อาจจะได้เองได้”(ID6)

“มีคนไข้ contact กับเรา มันใกล้ตัวมาก เขาวิ่งมาหาตรงดิ่งมาเลย อย่างคนไข้ห้องสังเกตอาการมันอยู่ข้างในสุด เวลาที่เขาเริ่มมีอาการกำเริบขึ้นมา ส่วนมากเป็นพยาบาลผู้หญิงคือแรงน้อยจับไม่ไหว ก็ต้องใช้วิธีให้ รพภ. เข้ามาช่วย คือเขาเข้ามาซ้ำ แม้ว่าเขาจะอยู่ข้างหน้า สุดท้ายต้องเป็นผู้หญิงนี้แหละ แข็งแกร่งด้วยตัวเอง ช่วยตัวเอง เสี่ยงต่อชีวิต เพราะถ้าเราไม่จับ เค้าก็อาจจะวิ่งไปทำร้ายคนอื่น คนไข้คนอื่นได้ ก็เป็นเรานี่แหละที่ต้องเสี่ยงจับก่อน งานก็หนัก แกรมต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน จะเกิดอะไรร้ายแรงตอนไหนก็ไม่ว่างแล้วยังต้องเป็นด่านหน้ารับอันตรายอีก”(ID7)

“ในตึกเรามันมีหลาย ward ไข่ม้อย แล้วถ้าคนไข้ตึกเราต้อง film ก็ส่งคนไข้มาทำใน x-ray ของ ER ไม่ต้องไปตึกใน แล้ววันนั้นมันมีเคส ward observe ลงมา film แล้วคนไข้เป็น psychi delilium แก่แล้ว ชัก 70 ได้ พอลง

จากรถนั่งนะ แก้วเหมือนหนุ่ม 20 เลย วิ่งเร็วมาก เข้ามาใน ER ตะโกนร้อง “หมอมๆๆ ช่วยด้วย ช่วยผมด้วย ผมต้องการหมอ หมออยู่ไหน” แล้วแกจะวิ่งออกนอก ER นะพี่ ออกไปเนี่ยถนนเลยนะ รถชนละ ยุ่งเลย ขนาดมี PN ลงมากับแกด้วยนะ ก็ช่วยกันจับ แรงแยอะเลยพี่ ใช้เจ้าหน้าที่ตั้งหลายคน แล้วแกมี Foley's cath ด้วย พอเราเข้าไปแกก็เหวี่ยงถุง Foley's cath เราก็หลบกันเป็นแถวเลย เกือบโดนหน้าหนูเลย เพราะหนูเป็นด้านหน้า เข้าชาร์ตไม่ได้ สุดท้ายพอ รมภ.มา แกค่อยสงบแล้วยอมกลับขึ้น ward สรุปคือ คุณคนไข้ใน ER ไม่พอ ต้องช่วยดูแลคนที่เข้ามา contact ด้วย”(ID10)

ในขณะที่มีผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่าถูกผู้ป่วยจิตเวชทำร้ายร่างกายทั้งโดนผลัก กระชากคอ หรือพูดคำหยาบ และถูกคุกคามข่มขู่จะทำร้ายร่างกายพยาบาลให้ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิต ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความรู้สึกว่ามีอาการหวาดกลัว การจัดการที่ดีในขณะนั้นคือสงบนิ่ง ไม่พูดโต้ตอบกับผู้ป่วย ไม่สบตาเพื่อลดการเผชิญหน้าโดยตรง เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากตีความผิดพลาดจากคำพูดหรือพฤติกรรมที่แสดงออกไปของพยาบาล

“มันก็มีอย่างคนไข้มา แล้วมาด้วยเรื่องแน่นหน้าอก ก็ทำ treatment เจาะเลือดอะไรปกตินี้ละ เสร็จแล้วตอนกลับก็มีภรรยาที่ลูกเล็กมารับ ก็จูงลูกมา แต่คนไข้ค่อนข้างจะเมามาก ก็เลยบอกคนไข้ไปว่า “เลิกกินเหล้านะ มันทำให้อาการปวดท้องคุณไม่ดีขึ้น แล้วก็ถ้าคุณไม่เลิกอาการคุณจะแย่” แล้วคนไข้ค่อนข้างจะอาละวาดถึงกับโดนผลักอันนี้ผลัก แล้วก็ใช้คำพูดว่า “มึงอย่ามายุ่ง” อะไรอย่างนี้ ตอนนั้นทำได้อย่างเดียวก็คือนิ่ง แล้วก็ถ้าถามว่าตอนนั้นเรียก รมภ. ใหม่ ก็คงไม่ทันเพราะตอนนั้นเขาประชิดตัวแล้วก็แค่พยายามยื่นให้หนึ่งไม่ปะทะ พอเขาผลักไหล่เรา ๆ ก็ยืนนิ่งไม่ปะทะ ไม่พูด ไม่สบตา ไม่พยายามแสดงออกว่าด้วยอารมณ์ ณ ขณะนั้น คือพยายามไม่สบตา ถ้าเกิดเขาสบตาจากเขา เราไม่รู้ว่าเขาอาจจะสื่อความหมายจากเราผิดไป อาจจะทำให้เราโดนอีก การนิ่งก็เป็นสิ่งที่ดีที่สุดก็เดินไป คือพี่ว่าถ้าเขาผลักเรา แล้วเราอาจหันไปมองสบตาเขา อาจจะทำให้เกิดมองหน้าทำไมประมาณนี้”(ID10)

“มีคนไข้จิตเวชผู้หญิงพี่จำ case ไม่ได้ คือ มันนานมาก แล้วพี่ก็คุยกับอาจารย์หนึ่ง(นามสมมติ)ก็คุยกันอยู่ปกติ...เขาก็ดีถึงกระชากคอเสื้อพี่ ๆ ก็

ภายหลังเลย แล้วก็ไม่มีใครมาช่วยจำไม่ได้ เอาตัวออกไป คือเค้าเดินมาจากไหน
 ก็ไม่รู้ เดินมากระซกคอกเลย พอกระซกคอกเสร็จปั๊บ มีคนมาช่วยเอาตัว
 ออกไป ก็คือเขาก็ก้นไม่ให้พี่ไปยุ่งกับคนอื่นอีก ไม่ให้เขาเห็นझेเปล่า เสร็จแล้ว
 พอวันต่อมามีโทรศัพท์มาเอ่อ โทรศัพท์มาขอสายพี่ จำชื่อพี่ได้ด้วย เวิร์กวัน
 นั้นจำได้ บอกว่าขอสายคุณนก(นามสมมติ) สวัสดิ์คะ มาหมดเลย แกมันเป็น
 เป็นเมียน้อย (เสียงสูง) ก็คือโทรมา 2 วัน พอวันที่ 3 คุณไม่ต้องแบบว่ามีคน
 โทรมาอีก ถ้าโทรมาก็แจ้งความ หลังจากนั้นเขาก็ไม่โทรมานะ ก่อนวางก็บอก
 “กูจะเอาเม็ดไปแทงมึง” พี่ก็ชิงวางสายก่อนเหมือนกับเขาหวงอาจารย์หนึ่ง(นาม
 สมมติ) แล้วเขาคิดว่าพี่เป็นเมียน้อยอาจารย์แล้วเขาก็เลยโทรมาขู่ว่าจะทำร้าย...
 เขาคงชอบอาจารย์ คงเห็นพี่คุยก็คุยปกติ คงแบบว่าหมั่นไส้ ก็เลยกระซกคอก
 ซะเลย ส่วนมากจะเป็นคนไข้จิตเวชล่ะ ที่เป็นแบบนี้ บอกตรงๆตอนนั้นก็หลอน
 นะ ใจไปอยู่ตามตุ่มเลยเสียวคอไม่หาย แล้วที่ขู่จะมาแทงคือเรารู้แหละว่าคนไข้
 จิตเวช แต่ก็อดกลัวไม่ได้เกิดวันดีคืนดีเอาน้ำกรดมาสาดละ ช่วงนั้นเลยหันซ้าย
 หันขวาระวังหน่อย (หัวเราะ) อีกเคสผู้ชายนอนอยู่บนเตียง แล้ว stretcher
 ส่งมาจาก OPD med หรือ OPD อะไรไม่รู้สักอย่างหนึ่ง ส่งมาเสร็จปั๊บกระโดด
 ลงเตียงปั๊บ ก็เหมือนกับเขาไม่พอใจว่าทำไมจะต้องมาตรวจอีกยั้งประมาณนี้
 ก็จะกลับบ้าน เราก็บอกยังไม่กลับไม่ได้ หมอยังตรวจไม่เสร็จ เขาก็ไม่พอใจ
 กระโดดลงเตียงมา จะมาถึงเราอยู่ล่ะ เคนเตอร์มันก็กว้างประมาณนี้เองมั้ง
 เขาอยู่ข้างนอก พี่อยู่ข้างใน เขากะโดดมาแต่พี่มองเห็นไงพี่ก็ถอยกลับ
 แล้วน้องผู้ป่วยสัมพันธ์มันอยู่เวร เป็นผู้ชายมาขวางหน้ากันไปเลย รมภ. ลี้อค
 ลักษณะจะกระโจนมาหาเราเลย ถ้าเกิดบีบคอมึงได้ กูจะบีบคอมึงแล้ว อะไร
 อย่างนี้...ความรู้สึกตอนนั้นกลัว ก็กลัวถูกทำ...กลัวเขาจะบีบคอ ณ อารมณ์
 ตอนนั้นเป็นอารมณ์ตกใจมากกว่า พอเขาลี้อคคนไข้อะไรได้ ก็โอเค
 สถานการณ์ก็ดีขึ้น เราก็หายตกใจ มันเป็นเหมือนตกใจมากกว่า เล่าตอนนี้ขำ
 นะแต่จริง ๆ มันไม่ขำ พอเขาแบบถูกควบคุมได้ หมายถึงว่าเอาขึ้นเตียงนอน
 หรือทำอะไรได้ เรารู้สึกค่อยปลอดภัยขึ้นหน่อย ประมาณนี้ แล้วก็หายตกใจ
 ก็เป็นอยู่ตอนที่ตกใจ”(ID12)

(5) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน แต่อยากได้รับการรักษาไว มาใช้บริการ

จากการสัมภาษณ์ยังพบประเด็นสำคัญคือ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินบางครั้งเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือมาตรวจไม่ตรงวันนัดซึ่งสามารถไปรับการตรวจที่หน่วยบริการผู้ป่วยนอก แต่ผู้ป่วยกลับปฏิเสธที่จะไปตรวจเนื่องจากต้องรอนานไม่รวดเร็วเหมือนการตรวจที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อีกทั้งยังมีประสบการณ์จากการตรวจที่ผ่านมาว่าแพทย์ที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะปรึกษาแพทย์เฉพาะทางมาตรวจรักษาให้โดยไม่ต้องไปรับบริการจากหน่วยผู้ป่วยนอก นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการฉุกเฉินเร่งด่วนส่วนใหญ่คือบุคลากรของโรงพยาบาลซึ่งไม่ต้องการไปตรวจหน่วยสวัสดิการที่ทางโรงพยาบาลจัดไว้ให้ ผู้ป่วยบางรายอ้างว่าการไปตรวจที่หน่วยสวัสดิการไม่สะดวกเนื่องจากต้องเดินไกล หรือบางครั้งจะมาขอรับบริการในวันที่หน่วยสวัสดิการหรือหน่วยผู้ป่วยนอกปิดทำการ เช่น มาเจาะเลือด เนื่องจากคาดหวังว่าการมาตรวจที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว พยาบาลแก้ไขโดยการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในลักษณะการให้บริการของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการรองรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตเสี่ยงต่อการพิการหรือเสียชีวิต และแนะนำให้ผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการผู้ป่วยนอก และขอความร่วมมือให้รับบริการที่หน่วยสวัสดิการในกรณีเป็นบุคลากรโรงพยาบาล

“คาดหวังในการให้บริการ ส่วนมากญาติเจ้าหน้าที่เข้ามาผ่าน ๆ คนไข้ที่ไม่มีอาการ เราก็เห็นใจเจ้าหน้าที่ อย่างหมอเอกซบพาทครอบคร้วมาเจาะเลือด มาเสาร์อาทิตย์ แล้วก็เลือกเวลาที่ห้องแล็บปิด ด้วยความที่เป็นการบีบคอเรา หมอมาขอเราเจาะเลือด ก็เจาะหลายเคส ก็ปฏิเสธไม่ออก แต่ถ้าในเวลาราชการ จันทร์ – ศุกร์ มาก่อนหน้านี้เราไม่มีการแก้ไขปัญหาที่ต้องเจาะให้ไปซึ่งถามว่างานของ ER มั้ย มันไม่ใช่ไง มันเป็นเรื่องของความสะดวก เล็กมาเจาะเลือดที่ ER ซึ่งเป็นวันหยุดของหมอ คนไม่เยอะมาตรวจวันราชการทีเดียวไม่ต้องต่อคิว”(ID4)

“จุด screen เนี่ยทำงานยาก ลำบากใจ เกิดเรามีคนไข้เต็มล๊ะ แต่คนก็ walk in เข้ามาเรื่อยๆ โดยในเวลาราชการจริงๆก็มีคนไข้เข้ามาขอตรวจทั้งที่จริงๆมีหน่วยต่างๆเปิดอยู่ ซึ่งส่วนมากเราจะพยายามคุย อธิบายเขา ให้เขาไปตรวจตามหน่วยแต่ส่วนใหญ่ถ้าไปมันต้องรอนานไป เขาก็ไม่ไปหรือบางที่มานอกเวลาด้วยอาการที่ไม่ได้ฉุกเฉินเร่งด่วน เช่น ปวดท้อง 3 เดือน เพราะมันไม่ได้เป็น

อาการชุกเฉินกะทันหัน เราไม่ได้มีหมอบเฉพาะทางอย่างนั้นอย่างนี้ แนะนำไปตรวจในเวลาดีกว่ามั๊ย...บางที่ไม่เข้าใจยังยืนยันจะตรวจก็ให้คุยกับหมอละกัน” (ID5)

“เจ้าหน้าที่มาตรวจไม่ได้ emergency หน่วยสวัสดิการก็มี เราก็ advice แล้ว แต่บางคนก็บอกว่าหน่วยมันอยู่ตึกโน้น โกล “ต้องไปตึกโน้นเลยหรือ ทำไมไม่ให้ตรวจหรือ” ไม่พอใจ ฉันเป็นเจ้าหน้าที่ จริงๆมันไม่ใช่ละ ก็ในจริงๆคุณมีหน่วย support อยู่แล้ว เขาก็รู้ตัวเค้าจะไม่ฉุกเฉิน แต่จะตรวจอะ เอาสะดวกสบายไว้ก่อน เราเป็นคนในเหมือนกันก็ลำบากใจนะ แต่ก็ไม่เข้าใจว่า เขาไม่รู้หรือว่าฉุกเฉินแปลว่ายังไง เพราะเขาก็ทำงานโรงพยาบาล”(ID5)

“คนที่ยากในความคิดของพี่ คือคนที่พวก VIP หรือฝากมาญาติคนนั้น คนนี้ ซึ่งเราทำอะไรไปก็อาจไม่ถูกใจเขา บางทีอาจจะไม่ตรงตามระบบ ติดต่อหมอบคนโน้นคนนี้แล้วแต่ จริง ๆ เขาต้องมาร่วมเข้าระบบ คือ ซึ่งการเข้าระบบของเขามาลงทะเบียน ซึ่งจะได้เข้ามาอยู่ในนี้ ซึ่งเวลาจะเจาะเลือด หรือ เอ็กซเรย์อะไรจะได้ทำได้ง่าย จะได้เป็นการช่วยเขา แต่เขาไม่คิดว่าอันนั้นเป็นการช่วยเขาจะทำให้เขาช้า แต่จริง ๆ มันไม่ได้ช้าเลย ถ้าคุณบอกมาว่า คุณติดต่อหมอบคนนี้แล้ว เดี่ยวเขาจะมาเจอ แล้วคุณก็เข้าระบบตามธรรมดา มารอ ซึ่งพี่คิดว่าเคสอย่างนี้นั้นคือยากใน ER ละ มันคือแบบเราต้องมาเป็นหน่วยที่คอยเอาใจบริการเซอร์วิส...โอเค ER คือเน้นให้บริการรวดเร็ว แต่นั่นคือคนไข้วิกฤต ชุกเฉิน ไม่ใช่คนไข้ VIP แต่ต้องการรวดเร็วแล้วมาผ่านฉุกเฉิน”(ID9)

“คือในจุด screen ยอมรับเลยว่าคนต้องการความรวดเร็ว และความสะดวกสบาย ไม่ได้ต้องการการตรวจกับแพทย์เฉพาะทาง หรือตรงโรคอะไร อย่างเช่นมีคนมาตรวจ สมมตินะ รายการที่มีทางเดินเป็น BPH เดิม แล้วก็ใส่สวนปัสสาวะอยู่เดิม รักษาอยู่กับแผนกศัลยกรรมยูโร(ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ) อยู่เดิม แต่วันนี้มามีปัญหา มีปัสสาวะปนเลือดออกมา ซึ่งดูในถุงปัสสาวะแล้ว มันก็ไม่ได้มี active อะไร มันก็แค่ออกเป็นลิ่มนิด ๆ สีแดงจาง ๆ หน่อย ๆ วัด vital sign ปกติดีทุกอย่าง ไข้ไม่มี BP pulse ดี ไม่มี sign ของ sepsis อะไร เพราะเขาก็ปกติ แต่คนไข้ต้องการพบหมอละ โดยที่ไม่รอ ขอ

ส่งไปที่ศัลยกรรม พบคุณหมอมาทงเดินปัสสาวะไม่เอา คือเขาคิดว่าถ้าตรวจที่ห้องฉุกเฉิน หมอฉุกเฉินดูให้ เคยมีประสบการณ์แล้วว่า ยิ่งไงคุณหมอมองห้องฉุกเฉินก็ต้องตามคุณหมอมองปัสสาวะมาดูให้อยู่แล้ว ก็ไม่จำเป็นที่มานั่งรอที่ OPD ก็ได้ ยิ่งไงก็ต้องตามคุณหมอมองปัสสาวะมาอยู่แล้ว จะให้เดินไปทำไมแต่ละคนเขามีประสบการณ์อยู่แล้ว การได้ตรวจที่ห้องฉุกเฉินก็คือได้พบแพทย์อยู่แล้ว อาจจะไม่เฉพาะทางหรือเฉพาะทางก็ได้ แต่อย่างไรเขาก็ได้เจอแพทย์ ได้รับการรักษา “ไม่ต้องมานั่งรอ OPD”(ID10)

“OPD ที่เป็นปัญหา ศัลย์บางที่ไม่ตรงวันบางที่เขาที่ไม่รับคนไข้ไม่นัด แต่คนไข้จะมาตรวจก่อนนัด แต่มีอาการที่ไม่ emergency อย่างของอยู่โร (ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ) อย่างนี้ สายตัน แล้วก็ปวดท้อง แต่ว่าเป็นมานานแล้วอย่างนี้ ก็ส่งไป บางที่เขาที่ไม่เอา เขาก็ส่งกลับมา...แต่ไม่ตรงวันอาจารย์เค้าก็ไม่รับ บางที่ OPD เขา advise ไว้ได้ว่าถ้ามีไรก่อนนัดหรือฉุกเฉินให้มา ER บางทีมันแคะมาขอยาอย่างนี้คนไข้ส่ง ER พอเจอหลายรอบ ก็เริ่มของขึ้นใจก็รับตรวจได้แต่มันไม่ใช่เคสฉุกเฉินนะ”(ID11)

(6) อยู่ท่ามกลางอันตราย จากหลายๆเหตุการณ์

การปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินบางครั้งเต็มไปด้วยสถานการณ์ที่คุกคามความปลอดภัย ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงทำให้มีการนำส่งผู้เสียชีวิตและผู้ป่วยเจ็บจำนวนมาก หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานแรกที่ต้องให้การรักษาพยาบาล แม้จะมีการซ้อมแผนอุบัติเหตุภัยหมู่ตามระยะเวลาที่กำหนดของโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ แต่เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นเจ้าหน้าที่มักจะตื่นเต้น เช่น เมื่อครั้งเกิดความรุนแรงจากสถานการณ์ความไม่สงบทางการเมือง มีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการชุมนุมถูกนำส่งมารักษาที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งต่อมาสมาชิกผู้ร่วมชุมนุมมาติดต่อขอรับศพผู้เสียชีวิต ซึ่งทางโรงพยาบาลไม่สามารถให้ได้ตามข้อเรียกร้อง เนื่องจากยังไม่มีการผ่าชันสูตรศพตามกระบวนการทางการแพทย์ ผู้เสียชีวิตจึงยังอยู่ในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เมื่อการเจรจาระหว่างผู้บริหารโรงพยาบาลและกลุ่มผู้ชุมนุมล้มเหลว ผู้ชุมนุมได้ทยอยเข้ามาในโรงพยาบาลบริเวณด้านหน้าหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก และนำอุปกรณ์ในการชุมนุมมาสร้างสถานการณ์ทำให้เกิดเสียงดังคุกคาม การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ อีกทั้งนำรถบรรทุกแก๊สมาจอดหน้าโรงพยาบาล สภาพแวดล้อมรอบๆ โรงพยาบาลเต็มไปด้วยความวุ่นวายและไม่ปลอดภัย ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าบุคลากรในหน่วยอุบัติเหตุ

และถูกฉีดยาไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ รู้สึกกดดันที่ต้องตกอยู่ในวงล้อมของผู้ชุมนุมซึ่งอาจกระทำการรุนแรง กลัวยกแก๊สระเบิด บางคนกลัวตาย กลัวผู้ชุมนุมจะทำลายข้าวของหรือประตูเข้ามาเพื่อนำศพผู้เสียชีวิตออกไปและอาจทำร้ายเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า แม้ว่าจะกลัวมากแต่ก็ปฏิบัติงานต่อไป โดยบอกกับผู้วิจัยว่า แม้เกิดเหตุการณ์รุนแรงเกินความคาดหมายก็จะขอตายขณะปฏิบัติงาน

“ตอนมีบัสสีแดงมาทูประจกหน้า ER เอาศพ เราก็ออยู่ข้างในข้างเคาเตอร์ ตำรวจก็ยืนอยู่ข้าง ๆ ไม่เห็นช่วยอะไรเราเลย แม่ก็บอกว่า “ลูกวิ่งขึ้นไปห้องนี้” รู้ไหมพี่ เขามาทูประจกหน้า ER แต่ก่อน ER มีประตูหลัง เขารู้ประตูหลังด้วย เข้ามาทาง ortho ด้วยเพื่อมาเอาศพสุดท้ายผ่าศพกันใน stretcher เก่าอะผ่ากันตรงนั้นพิสูจน์ตรงนั้น autopsy ตรงนั้น เพราะว่าเพราะเขากลับเปลี่ยนแปลงคดีอะไรอย่างเงี้ย แล้วก็ต้องการเอาศพไปแห่ มาทูประจก เสื้อสีแดงแล้วมาเต็มเลย ตำรวจก็ยืนอยู่ข้าง ๆ เอาไปแห่ คนเราตาย “แต่ฉันไม่เล่นด้วย” มันถูกคุกคาม จะตายใหม่ จะโดนด้วยใหม่ แล้วผู้บริหารก็มายืนอยู่ข้างหน้า เหมือนกำแพงหน้า แต่ก็มีพวกเรายืนข้างหน้าอีกทีหนึ่ง “เฮ้ย ตำรวจก็ยืนกอดอกข้างหน้า ไม่ทำอะไร” ก็ยืนอยู่ข้างหน้านั้น ก็ไม่เห็นทำอะไรไม่รู้เหมือนกัน แต่แม่ก็บอกว่า “อย่าสู้เขาอะลูก หลบอยู่ใต้เคาน์เตอร์หรืออะไรไหวได้ไหว” แล้วก็มีการรถแก๊สกับจุดยาง รถแก๊สมาจอดข้าง ๆ อันนี้โรงพยาบาลออกซิเจนเต็มโรงพยาบาล แล้วเราก็ออยู่อย่างนี้ ER ตรงนั้น พี่รู้จักกัน “กลับบ้านใหม่ กลับบ้านพี่เถอะ” ไม่ ดูข่าวโทรทัศน์ มีคนโทรมา “แกอยู่ไหน” “อยู่ตรง ER ตายก็ตายตรงนี้” กลัวยาวอย่างเดียวว่าจะหนีไปทางไหน ประตูหน้าก็มี ประตูหลังมันยังรู้อีก โดดตรงนี้ stretcher มันจะมีระจก คัดตลอดในหัวคิดตลอด ถ้าสมมติว่าตายแม่จะเสียใจใหม่ คิดไปถึงย่ำว่าเราจะผ่าศพเรา เครียดมันเหมือนยุ่ง”(ID8)

“ว่าพอเป็นเสื้อแดงถูกคุกคามอย่างมากตอนที่ราชประสงค์ เสื้อแดงมาแล้วเจ็บ แล้วรู้สึกว่าเป็น dead ศพก็คืออยู่ที่ ER อยู่ ยังไม่ได้ไปไหนเนอะ แล้วก็ตอนกลางคืน ตอนกลางวันก็ไม่มีอะไรนะ พอตอนกลางคืนมีผู้หญิงกับผู้ชาย 2 คน เสื้อแดงมา คือ dead แต่ศพไปอยู่ใน ER เหมือนกับยังอยู่นะ...มีกรณีที่ชิงศพที่จุฬาฯ พอชิงศพที่จุฬาฯเสร็จ เขาก็ไปเราต่อ เพื่อที่จะไปแห่ของเขา...มี

ผู้หญิงกับผู้ชายเดินมา หัวหน้าเขาก็เลยประสานงานไปที่ ผอ. โรงพยาบาล เขาก็มาคุยกับ 2 คนนั้น คือ 2 คนนั้น จะมาขอศพ แต่เราบอกว่าเราให้ไม่ได้นะ อาจารย์หมอก็คือมาคุย สุดท้ายสักประมาณ 10 นาทีได้ เสื้อแดงเต็มลานเสาชิงช้า ตึกเก่าข้างหน้า ER แล้วก็ดังมาก แล้วก็ประตู ER ข้างหลังที่ประตูเข้าไป OR เล็ก ทางขวามือมันก็ประมาณว่าประตูก็งอแงนเหลือเกินล็อคก็ล็อคไม่ได้ ก็เอาตู้ไปดันไว้ แล้วก็ให้ รปภ. ไปเฝ้าไว้ เพราะเขาเข้าทางนั้นได้ สุดท้ายคืนต่อมาเยอะมาก คนก็เยอะเป็นร้อยคนเลย แล้วเราก็อยู่กัน在那 ใน ER เฉพาะ ER ตอนนั้นยังไม่มีคนไข้มา เสร็จแล้วก็ประมาณว่าคือทุกคนก็เครียดกังวลนะ ว่าเขาจะทำอะไรต่อ เขาจะกรูกันเข้ามาหรือเปล่า ซึ่งประตูข้างหน้าก็ไม่ใช่ว่าจะหนาแน่นอะไร ยามก็ไม่รู้ว่าจะช่วยเราได้มากน้อยแค่ไหน แต่ว่าตอนนั้นพี่ไม่แน่ใจว่าเขาตามตำรวจหรือเปล่า เสร็จแล้วสุดท้าย autopsy ที่นั่นเลย เพื่อให้แบบทั้ง 2 ฝ่าย เขาอยากดูว่าศพนี้โดนอะไร โดนระเบิด โดนลูกปืน หรือเปล่า ก็ autopsy ห้อง stretcher ก็พวกอาจารย์คงลงไปคุย ตอนนั้นเรารู้สึกว่าก็คือคนในเวร แล้วก็หัวหน้า พี่ก็อยู่เวรวันนั้นด้วย เวนดีด้วย มันก็รู้สึกว่ามันจะทำอะไรเราวะ อยู่ในวงล้อมเลยนะ อะไรอย่างนี้ แล้วจะกรูกันมาเมื่อไหร่ ก็คือทุกคนกรูกันอยู่ตรงหน้าประตู เกาะดูกันหน้าประตูว่าจะแห่ขึ้นมาเมื่อไหร่ ก็จะมีแพทย์เจ้าหน้าที่อยู่ในห้องนั้น ใน ER แล้วก็เสื้อแดงล้อมรอบ น่ากลัว (ID12)

3.2 ทำงานประสานกับหลายส่วน มีเรื่องปั่นป่วนต้องแก้ไข

หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่ต้องมีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งผู้ป่วยและญาติ บุคลากรภายในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ธุรการ หน่วยงานต่างๆ เช่น การเงิน ห้องยา ห้องเวชภัณฑ์ หรือแม้แต่เจ้าหน้าที่นอกโรงพยาบาล เช่น เจ้าหน้าที่รถมูลนิธิ เมื่อเกิดปัญหาหรือความผิดพลาดจากการติดต่อประสานงานกับบุคคลหรือหน่วยงานใด พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องเป็นผู้แก้ไข ปัญหาเหล่านั้นจนมีผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเปรียบเทียบว่า “รับศึกรอบด้าน” ทั้งแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการติดต่อระหว่างหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยตรง เช่น แพทย์สั่งยาให้ผู้ป่วยแต่ไม่ลงรหัสการเบิกยาให้ครบถ้วน หรือพยาบาลเองเมื่อซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ผู้ป่วย สั่งซื้อด้วยรหัสที่ไม่ตรงตามความต้องการที่จะเบิกเวชภัณฑ์นั้น กรณีเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาและอุปกรณ์การแพทย์ ซึ่งห้องยาและห้องเวชภัณฑ์จะแก้ไขปัญหาโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้แจ้งพยาบาลถึงสาเหตุของความ

ผิดพลาดในการสั่งซื้อ และวิธีการที่ถูกต้อง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าจะอย่างไรก็ตามแม้พยายามดำเนินการแก้ไขตามที่ผู้ป่วยอธิบายแต่บางครั้งยังเกิดความผิดพลาดซ้ำและไม่สามารถเบิกยาหรือเวชภัณฑ์นั้นได้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยไม่เข้าใจในคำอธิบายของเจ้าหน้าที่แล้วถ่ายทอดให้พยาบาลไม่ถูกต้องครบถ้วน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พอใจที่ต้องเป็นผู้จัดการแก้ไขปัญหาในการติดต่อประสานงานของหน่วยงาน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะว่าในการแก้ไขปัญหา พยาบาลควรติดต่อประสานงานกับหน่วยงานนั้นโดยตรงเพื่อทำความเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นตลอดจนสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง เช่น ให้แพทย์ลงรหัสในใบสั่งยาให้ครบถ้วนหรือติดต่อสอบถามรหัสที่ถูกต้องของอุปกรณ์ที่ต้องการ นอกจากทำให้เข้าใจถึงปัญหาและดำเนินการแก้ไขได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว การให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงปัญหาและเป็นผู้แก้ปัญหาที่เกิดจากความผิดพลาดในการประสานงานของบุคลากรที่มีสุขภาพ นอกจากผู้ป่วยไม่พอใจแล้ว อาจเกิดความรู้สึกไม่เชื่อมั่นในงานบริการของโรงพยาบาล หรือบางครั้งพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องเป็นหน่วยงานกลางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานอื่นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว เช่น ระบบการเงินผิดพลาดทำให้คิดค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในการซื้ออุปกรณ์การแพทย์ แต่ไม่สามารถเบิกรับของได้ อีกทั้งไม่สามารถยกเลิกรายการคิดเงินให้ได้ พยาบาลจึงต้องเป็นผู้แก้ไขปัญหาโดยการติดต่อประสานงานกับหน่วยสารสนเทศเพื่อให้ช่วยแก้ไขระบบ หรือในกรณีที่แพทย์ไม่เข้าใจระบบการทำงาน ต้องการส่งปรึกษาระหว่างแผนกอย่างเร่งด่วน โดยไม่ได้ติดต่อประสานงานหน่วยงานก่อนส่งผู้ป่วยไปตรวจ เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจ การแก้ไขของพยาบาลคือเป็นผู้ประสานงานให้แพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษาได้ติดต่อกับหน่วยงานที่รับปรึกษาตามขั้นตอนการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษา

นอกจากปัญหาการติดต่อประสานงานระหว่างที่มีสุขภาพในโรงพยาบาล พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังเกิดปัญหาในการประสานงานกับหน่วยงานนอกโรงพยาบาลผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า รถมูลนิธินำผู้บาดเจ็บมาส่งที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งพยาบาลตรวจประเมินเบื้องต้น พบว่า ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยสามารถตรวจได้ประกอบมีสิทธิการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น จึงให้รถมูลนิธิส่งต่อไปยังโรงพยาบาลต้นสังกัด ซึ่งภายหลังญาติแจ้งว่าไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ และผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่ารู้สึกถึงความผิดพลาดที่ไม่ได้รับผู้ป่วยเข้ารักษาและอาจสื่อสารผิดพลาดกับรถมูลนิธิ พยาบาลแก้ไขปัญหาเบื้องต้นโดยประสานงานไปยังโรงพยาบาลต่างๆ และสามารถตรวจสอบได้ว่าผู้ป่วยรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งจากปัญหาในการประสานงานกับรถมูลนิธิครั้งนี้ทำให้มีการกำหนด

แนวทางที่ชัดเจนโดยต้องลงบันทึกเหตุการณ์ในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานดังกล่าวให้ครบถ้วน

“อย่างเคสที่เคยเจอกับตนเอง มูลนิธินำคนไข้จากอนุสาวรีย์ ประมาณว่า โดนรถตู้ชน แต่ stable พอที่จะไปที่เรามี 30 บาทที่โรงพยาบาลหนึ่ง เราก็บอกให้เขา transfer คนไข้ไปที่มีสิทธิ์เลย จะได้ไม่ต้องเสียเงิน จะได้ตามสิทธิเลย ปรากฏว่าญาติเขามาหาที่โรงพยาบาลเรา ก็บอกว่าเจอใหม่ คนไข้แต่งตัวชุดแม่ชี เราก็บอกส่งไปโรงพยาบาล(นามสมมติ)แล้ว แต่ว่าเช็คพบว่าไม่มีคนไข้ไป ตอนนั้นมันผ่านมาซักสองสามชั่วโมงคนไข้ น่าจะไปถึงแล้ว เราก็ตกใจว่าเกิดอะไรขึ้นเป็นภาวะเสี่ยงของเราอีก ถ้าเกิดคนไข้เป็นอะไรขึ้นมา เราก็มีส่วนเกี่ยวข้อง เขาก็จะต้องมองว่าทำไมเราไม่รับเคสในเมื่อมาถึงแล้วทำไมต้อง transfer ไปที่อื่น แต่ญาติเขาไม่เข้าใจเราว่าเราส่งไปที่ไหน แต่ที่นี้เราก็พยายามเดาใจมูลนิธิว่าจะเอาคนไข้ไปตั้งไว้ที่ไหน ในโรงพยาบาลใกล้ ๆ มันจะไม่ข้ามเขตพระราม 6 เราไปเช็คที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งโทรไปเช็ค ปรากฏว่าอยู่เอาคนไข้ไปที่โรงพยาบาล(นามสมมติ) เราก็ได้รู้ว่ามูลนิธิ(นามสมมติ)นำลง หลังจากนั้นเราก็ record อย่างเข้มงวดว่าใครซื้ออะไร เบอร์โทร เพราะกลัวไม่เคยเจอเหตุการณ์อย่างนี้มาก่อน เอาคนไข้ไปที่โรงพยาบาล”(ID4)

“ER เป็นส่วนที่รับผิดชอบด้าน ทั้งกับญาติ คนไข้ หมอ เพื่อนร่วมงานกันเอง หรือหน่วยงานต่างๆ เนื่องจากมันเป็น ward เปิด ทุกอย่างมากรวมที่นี้ หมอทุกแผนกต้องผ่านที่นี้ ต้องมีคนไข้ที่นี้ คนไข้คนเดียวแต่ให้บริการหมอหลายแผนก ญาติคนไข้ก็คาดหวัง ของฉันต้องด่วน ต้องเร็ว ฉันมาฉุกฉินนะ ไม่พอใจก็มาต่อว่า มาระบายอารมณ์” (ID5)

“บางครั้งก็มีการประสานงานกับห้องยาบ้างแต่ก็มีประปรายเล็กน้อยของห้องยาก็คือการที่หมอเขียนยาไม่ชัด หรือว่าการยา N,E,D คือความจำเป็นในการใช้ยาที่มีเพิ่มมา พอหมอไม่เขียนให้ ยิ่งเป็น resident ใหม่ ๆ คือเขาไม่รู้เขาไม่ค่อยเข้าใจ ไม่เขียนไปแล้วห้องยาเขาก็จะให้ญาติเดินกลับมา กลับไปกลับมา สามสี่รอบอย่างนี้จะคะญาติเค้าก็จะเริ่มตึงแล้ว คือจริงๆเราก็เช็คแต่อาจเช็คได้ในระดับหนึ่ง แต่ว่าไม่ได้ละเอียดขนาดนั้น บางครั้งเหมือนประมาณว่า

เล็ก ๆ น้อย ๆ หยิบยืม บางครั้งยาตัวนี้เบิกได้ไม่ได้เราก็จำไม่ได้ทุกตัว ก็ต้องเดินกลับไปกลับมาบ่น รับผิดชอบ เราก็ยอมอย่างเดียว แต่เราก็พยายามช่วยเขาเต็มที่ เราก็พยายามติดต่อประสาน ยาตัวนี้เบิกไม่ได้ หมอเปลี่ยนยาตีใหม่ คือยาบางตัวก็ต้องโทรไปหาอาจารย์ที่เป็นคนอนุมัติการใช้ยาที่เบิกไม่ได้ในคนไข้ที่ใช้สิทธิ์ 30 บาท ก็ต้องประสานงานเพื่อให้คนไข้ได้ยา ซึ่งบางที่เราอาจช่วยหมอคุยในกรณีที่หมอยุ่งมากหรือเป็น resident ใหม่”(ID7)

“คนไข้ส่งมาจากสุรินทร์ แล้วก็ เป็นเคสเกี่ยวกับในหัว ส่งมา consult ศัลย์ เพื่อแบบว่ามาด้วย weak...rule out ว่าจะ เป็น Rupture AVM...แล้วก็มา consult neuro ศัลย์(ศัลยกรรมระบบประสาท) ที่เรา neuro ศัลย์ เขียน suggest ว่า “ส่ง OPD intervention” intervention ตึกโน้น เรื่องนี้เป็น ambulance พี่ PN ส่งไป intervention เอาการจุดให้หน้าห้อง intervention ไม่มีใครรู้...พยาบาล intervention บอก “ส่งมาทำไม หมอเลิกตรวจแล้ว เพราะไม่ใช่เคสนัด” พี่ PN ก็เลยโทรกลับมา “ได้ประสานงานหรือเปล่า” เราก็บอก “ก็หมอบอกให้ประสานงานได้เลย เดี่ยวนี้เดี๋ยว intervention ปิด” พี่ PN ก็เลยบอกว่า “พยาบาล intervention ให้เห็นไปชั้น 2 OPD ศัลย์” เพื่อเจอหมอคนที่เขียน order พอไปถึงหมอกถามว่า “จะส่งมาทำไม ผม consult intervention” พี่ PN ก็คนกลางโทรมาหา นี้ก็เลยโทรไปหาหมอ “หมอคะ หมอให้ส่ง intervention หมอได้ประสานงานหรือเปล่า” “ทำไมต้องประสานด้วยละ ก็คุณเป็น OPD ทำไมต้องเขียนใบ consult ทำไมต้องประสานงาน ส่งให้ตรวจเฉย ๆ” “อ้าว หมอถ้าอย่างนี้ หมอก็ต้องบอกเขานะ เพราะว่าหมอไปแทรกคิวเขา หมอจะต้องรับผิดชอบคนไข้ นะ ถ้าไม่อย่างนั้นส่งกลับมา แล้วก็ หมอ admit ค่อย consult intervention อะไรก็ได้ หรือจะส่ง consult intervention ไปที่ ER ก็ได้ หรืออะไร หมอบอกมาเลยว่าทำอย่างนี้เอาคนไข้ไปตั้ง หมอต้องรับผิดชอบนะ” “ไม่ ผมไม่รับผิดชอบอะไรทั้งนั้น” ปรี๊ดเลย คำว่า “ผมไม่รับผิดชอบอะไรทั้งนั้น” โห หมอทำไมพูดอย่างนี้ ก็ตะโกนขึ้นมา บอกว่า “อย่างนี้พี่เอาคนไข้กลับมา ไม่ต้องตรวจแล้ว เอากลับมา เดี่ยวเป็นอะไร หนูก็ต้องรับผิดชอบอีก” พี่ PN ก็ “เออ เดี่ยวเห็นไปชั้น 3 เมื่อตะกี้เขาโทรตาม เขาว่า เขาโทรมาด่าหมอแล้ว” คือก่อนหน้านี้นี้ คือเขาขอเบอร์ตัวหมอ neuro ก็ขอเบอร์ 5 ตัวนี้ resident เอ็กชเรย์จัดการแล้ว เขาให้ขึ้นไปตรวจ บอก นั้นละ ได้ตรวจ

intervention ตรวจให้ ทำ embolization ให้ คืออันนี้เหมือน fast tract รีบส่งไปเลย รีบไปแต่ไม่ได้คุย อีกรกรณี คุณการเงิน อันนี้ถึงอาจารย์เลยนะ คุณการเงินผิด คือสมมติมีไปไปคิดค่า tracheostomy care เปลี่ยน trach วันนั้นแล้วคิดราคาเสร็จ เหมือนคิดแล้วต้องจ่ายเงิน ซึ่งคนไข้ 30 บาท จะต้องจ่ายเงินแยกต่างหาก เหมือนที่เบิกไม่ได้ ให้ messenger เดินไป เป็นเวรตึก ผ่านการเงินแล้ว พอไปรับของห้องอุปกรณ์การแพทย์ไม่ให้ เนื่องจากว่าต้องการใบเสร็จใหญ่ มีไหม ไม่มี แต่การเงินมันสแกนแล้วว่าจ่ายตั้งค์ ทำไรอะ ก็เลยต้องไม่เป็นไร เราจะคิดว่าคุณอุปกรณ์การแพทย์เราจะคืน จะ cancel อะ ไม่เป็นไร ลบ ๆ ไม่ได้ เพราะมันเขียนว่า จ่ายเงินแล้วไม่สามารถยกเลิกอันนี้ได้ ก็เลยไปห้องอุปกรณ์การแพทย์ อุปกรณ์การแพทย์บอกว่าไม่รู้ว่าจะแก้อย่างไร ก็การเงินมันบอกจ่ายเงินแล้ว ทั้ง ๆ ที่เรายังไม่ได้จ่ายเงิน แล้วจะทำยังไง เราก็ cancel ไม่ได้ คุยกับโปรแกรมเมอร์ เป็นหน้าที่ฉันใหม่ คุณไม่คุยกัน 2 ห้อง อีกห้องหนึ่งมันคิดตั้งค์ผิด อีกห้องหนึ่งมาจ่ายของ คุยกันใหม่ เป็นคนกลาง ก็เลยเดินไปหา พี่หัวหน้า ซึ่งเป็นหัวหน้าห้องกู้ชีวิต “พี่แก้ให้หน่อยไหมไหวแล้ว” พี่หัวหน้าก็เลยเดินไปห้องอุปกรณ์การแพทย์กับอาจารย์ไปเองเลย...อาจารย์ก็บอกแล้วจะให้แก้เรายังไง ก็ให้คุยกับโปรแกรมเมอร์ ให้เบอร์มา อาจารย์ก็โทรคุยเอง “คุยคืนของคุยยังงัย คุณจะสอนเราคุยยังงัย” สมมติใบยกเลิกแล้ว ก็คือใบเสร็จ ถูกไหม แต่ถ้าอุปกรณ์การแพทย์ต้องคืนใบคืนอุปกรณ์การแพทย์ ซึ่งไม่มีสอน “คุณสอนเราได้ไหม” อาจารย์ก็ถาม “สอนไม่ได้ เพราะว่ามันคืนไปแล้ว โปรแกรมเมอร์มาสอนพยาบาลแล้วกัน”(ID8)

“ต้องประสานงานกับ ก็หลาย ๆ อย่าง เช่น กับเจ้าหน้าที่ตัวเอง ก่อนแต่ละหน่วยงาน บางทีส่งมาจาก OPD แล้ว บางทีทำออเดอร์อะไรแล้วยังไม่ complete หรือว่าเรายังสงสัยว่าอันนี้ทำหรือยัง แล้วหมอมามาถาม เราก็ต้องโทรย้อนกลับไปประสานงาน ว่าเคสที่ส่งมาทำแล้วหรือยัง หรือคนที่ทำเขาส่งอันนี้ที่ไหน เป็นการconfirm กับเจ้าหน้าที่ด้วยตัวเอง พยาบาล หรือบางทีประสานงานกับแพทย์ก็มี อย่างเช่นว่า หมอบอกเราอย่างนี้ โอเคขึ้นได้เลย แต่พอเราโทรไปพยาบาลบอกยังไม่รับทราบ เราก็ต้องเป็นคนบอกหมออีกให้หมอโทรไปที่ ward อย่างนั้น อย่างนี้ ส่วนใหญ่ประสานงานกับแพทย์ก็พวกเคสส่ง OR ต้อง confirm ส่งที่ไหน สถานที่ ส่งก็โหม่ง ส่งได้เลยหรือเปล่า หรือ

จะขึ้น ward ไปก่อน แล้วก็จะมีอีกก็คือพวกเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ อย่างเวชภัณฑ์ ห้องยา เภสัช เราก็ต้องประสานงานอีก อย่างบางทียาหมอเขาสั่งซื้อไป แล้วห้องยาเขียนกลับมาแพทย์ confirm ไหนนี่ หรือบางทีอุปกรณ์เป็นเวชภัณฑ์ ๆ แบบ อุปกรณ์ที่เขาเอากลับบ้าน เราก็ต้องโทรกับเขา บางทีติดต่อเรื่องว่าใช้รหัสอะไร หรือจะต้องคิดอย่างไร ให้ไปติดต่อช่องไหน”(ID9)

“อย่างห้องเครื่องมือแพทย์ เดี่ยวนี้ ER ต้องคืออุปกรณ์ทางการแพทย์เองใช้ใหม่ สมมติว่าเราจะต้องสั่งไม้ค้ำยันกลับบ้าน แต่ ER ต้องเป็นคนคืออุปกรณ์เอง สมมติว่าเราคือตามรายการละ เราคือไป เราก็ให้ญาติคนไข้เดินไปเอาเครื่องมือแพทย์ ปรากฏว่ามันไม่ใช่รหัสตามนี้ ก็ต้องให้ญาติเดินกลับมาหาเราอีก ซึ่งพอเราคืออีกครั้งหนึ่งมันผิดอีก ให้ญาติเดินมาหาอีก เราก็เลยเดินไปถาม จริง ๆ ประสานงาน ไม่ต้องให้เขาเดินไปเดินมาก็ได้ ประสานงานด้วยการโทรถาม มันก็จะเป็นการที่ทำให้ญาติไม่รู้ว่าเกิดความผิดพลาดขึ้น มันก็จะช่วยได้ครั้งหนึ่ง ก็คือเราประสานงานกันเอง ก็ทำให้รู้ว่าโยนกันไปโยนกันมา ความผิดพลาดใคร คุณก็ให้ฉันเดินไปเดินมา ก็ลดความกังวลของญาติได้ส่วนหนึ่ง ก็แค่ขอให้ช่วยประสานงานกัน ลดความกังวลของญาติได้ส่วนหนึ่ง ก็แค่ขอให้โทรประสานงานกัน แล้วก็อันนี้ก็เรื่องเดิมอย่างเรื่องยา อย่างตอนนี้จะมีระบบใหม่เข้ามา ก็เป็น ของกรมบัญชีกลาง ให้เขียนเหตุผลในการให้ยา อย่างแพทย์บางคนก็จะเป็นแพทย์ใหม่ แพทย์ก็จะลืมเขียนเหตุผลไปเป็นการใช้ยาอะไร A,B,C,D พอส่งคนไข้เดินไปซื้อยา ทางเภสัชก็เดินกลับมาให้คนไข้เดินกลับมา ให้มาเขียนกำกับยาใหม่ ซึ่งจริง ๆ เราน่าจะมีระบบหรือวิธีการจัดการมากกว่านี้ ที่ให้เขาเดินไปเดิน...ก็ให้ญาติเดินกลับไปเอา ก็คือ หนึ่งมันเสียเวลา สองมันเกิดความหงุดหงิด แล้วรำคาญ แล้วก็ความไม่พอใจของญาติและคนไข้ได้ อย่างญาติก็จะบอกว่าอะไรจะให้ผมเดินไปเดินมา “จะได้ยาใหม่วันนี้” มันเรื่องการสื่อสารอย่างเดียวเลยพี่ว่าส่วนใหญ่”(ID10)

“ก็มีอยู่เคสหนึ่ง ที่อาจมีถึงต้องเขียน incident ว่าพยาบาลพูดไม่ดี การเงินเขาเขียน เขาบอกว่าเขาจะเขียน แต่ว่าวันนั้นก็คุยกันแล้ว พอดีเป็นที่รู้จัก พอดีเขาเข้าใจผิดกันก็เรื่องสิทธิ์นี้แหละ ว่าคนไข้มาคนเดียว เขามีสิทธิ์ 30 บาท คลินิกทุ่งห้องสองห้องแล้วส่งต่อมาที่เรา ซึ่งมันเป็นใบส่งต่อมันไม่

เกี่ยวข้องกับอาการที่เขาเป็น แต่ว่ามันเป็นกรณีกลางคืนเวรตึก ถ้าเกิดเขามา
 อย่างไรเขาก็ต้องได้ฉุกเฉิน หมายถึงว่าอย่างไรเขาต้องได้สิทธิ์นั้นอยู่แล้ว
 หมายถึง คลินิกห้องสองห้องมันปิดแค่ 2 ทุ่ม เขาป่วยตอนกลางคืน เขามา
 ที่โรงพยาบาลเรา ยังไงมันก็เปิดสิทธิ์ได้อยู่แล้ว แต่ที่นี้น้องเขาไม่ค่อยเข้าใจว่า
 หมอเขาไม่ให้สิทธิ์ แต่คนไข้บอกว่ามาแบบนี้ก็คือใช้สิทธิ์ ทำไมครั้งนี้ใช้ไม่ได้
 ไปติดต่อการเงิน การเงินบอกว่า มานี้ติดต่อเจ้าหน้าที่สิทธิ์ แต่คนไข้ไม่ได้ติดต่อ
 เจ้าหน้าที่สิทธิ์ คนไข้มาติดต่อพยาบาล พยาบาลก็พูดเหมือนเดิม ให้เดิน
 กลับไปกลับมาอยู่ 2 รอบ คนไข้ไม่พอใจ คนไข้ทิ้งใบยาแล้วก็เดินออกไปเลย
 แล้วก็ไปด่าที่การเงิน การเงินก็โทรกลับมาด่าเรา ประมาณนี้ เราก็ทะเลาะกัน
 กับการเงินพูดจาไม่ดีเหมือนแบบว่าคือไม่ได้ให้ไปติดต่อพยาบาลนะ ให้ไปติดต่อ
 ที่หน่วยสิทธิ์ แล้วพยาบาลไปคุยอะไรกับเขา ไปยุ่งอะไรกับเขา ประมาณนี้ละ”
 (ID12)

(1) OPD ส่งผู้ป่วยมาฝากไว้ บอกกล่าวกันก่อนได้ไหม จะได้เตรียมการ

สำหรับการติดต่อกับแผนกบริการผู้ป่วยนอกซึ่งมักประสบปัญหาจากการที่พยาบาล
 แผนกบริการผู้ป่วยนอกไม่ติดต่อประสานงานแจ้งให้พยาบาลที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินรับทราบ
 ล่วงหน้าว่าจะส่งผู้ป่วยมารับบริการพร้อมกันเป็นจำนวนมาก ทำให้ทางหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 ไม่สามารถบริหารจัดการบุคลากรทางการพยาบาลเพิ่มให้เพียงพอกับปริมาณผู้ป่วย นอกจากนี้
 ปัญหาที่เกิดจากการติดต่อประสานงานกับแผนกบริการผู้ป่วยนอก คือ เมื่อส่งผู้ป่วยมาที่หน่วย
 อุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง รอให้ยาปฏิชีวนะหรือให้เลือด ทางแผนกบริการ
 ผู้ป่วยนอกไม่มีการส่งเวรเพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วย ทั้งแผนการรักษาของแพทย์และการ
 พยาบาลที่ให้ไปแล้ว และไม่ระบุปัญหาหรือกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องดูแลและดำเนินการ
 ต่อเนื่อง ดังนั้นพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุจำเป็นต้องทำการทบทวนประวัติจากเวชระเบียนผู้ป่วยใหม่ทำ
 ให้เสียเวลาในการให้บริการ เช่น แพทย์ให้ของเลือดแก่ผู้ป่วยซึ่งพบว่าพยาบาลแผนกบริการผู้ป่วย
 นอกทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ที่คำสั่งแผนการรักษาของแพทย์แต่ไม่ลงบันทึกชื่อพยาบาลและ
 เวลาที่ปฏิบัติ ทำให้ไม่เกิดความชัดเจนพอที่จะตีความได้ว่าแผนกบริการผู้ป่วยนอกได้ของเลือด
 ตามแผนการรักษานั้นแล้ว จึงต้องติดต่อประสานงานสอบถามรายละเอียดจากแผนกบริการผู้ป่วย
 นอก เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้ถูกต้อง ซึ่งนอกจากทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาพยาบาล
 แล้ว ยังก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานจากความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงาน หรือใน
 กรณีแพทย์ระบุความจำเป็นในการส่งผู้ป่วยมาที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อให้ได้รับยาปฏิชีวนะ

แต่ไม่มีการลงบันทึกการให้ยา พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์แต่ผู้ป่วยแจ้งว่าได้รับยาดังกล่าวจากแผนกบริการผู้ป่วยนอกแล้ว ปัญหาดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อนซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจากการได้รับยาเกินขนาด

“บางที่ OPD ก็ไม่ได้โทรมาก็เข้าใจเขา แต่ก็บอกนิตหนึ่งก็ดี จะได้เตรียมตัวรับไว้ หรืออย่างน้อยวันนี้ OPD จะส่งคนไข้มาสัก 20 คน และแน่นอนเคสที่ OPD ส่งมามันต้อง complicate พอสมควรคือกลับบ้านไม่ได้ มันก็ต้องมีอะไรจะได้บอกหัวหน้าว่า 20 เคส นะคะ หัวหน้า แล้วหัวหน้าจะได้ manage ว่าจะทำอะไรให้เรา เช่น มี OPD ส่งมา 20 เคส ถ้ามันก่อนจะลงเวร ตอนบ่ายหัวหน้าก็ยังตามคนช่วยเสริมได้”(ID3)

“หรืออุปสรรคเรื่องการติดต่อประสานงาน บางครั้งแต่ละหน่วยมาตรฐานการทำงานไม่เหมือนกัน ถ้าสมมติว่าเป็น OPD อย่างนี้ส่งมาได้เลย แต่ว่าไม่ได้มีการประสานงานติดต่อกับเรา กลายเป็นว่าคนไข้มาโผล่ที่เราอีกที โดยที่เราไม่รู้เคสว่าโผล่มาได้ไง คือพอส่งเคสมาเราไม่รู้ ก็ต้องมานั้นทบทวนเคส อ่านเคส ทำไรมาบ้าง แล้วต้องทำอะไรต่อ ปัญหาต่อเนืองที่ต้องดูต่อคืออะไร ก็ต้องดูเวชระเบียน แล้วก็ถามคนไข้ ถ้าไม่เคลียร์ก็ต้องโทรไปถาม พอโทรไปถาม บางครั้งมันก็ปะทะกันอีก สรุปคือเสียเวลา อารมณ์เสีย”(ID7)

“การประสานงานเห็นบ่อย ๆ OPD med OPD ศัลย์ ส่งมา ER ไม่เคยส่งเวรเลยส่ง ล่าสุดเรื่อง OPD ศัลย์ส่งมา เพื่อเหมือนฉีด TT (Tetanus toxiod) หรืออะไรสักอย่าง แล้วที่โน่น OPD ศัลย์ส่งมา ER แล้วก็ส่งกลับเหมือนมา consult med อะไรสักอย่างแล้วคุณก็ไม่ทำแล็บอะไร แล้วก็พี่เขาก็ส่งกลับไป เขาก็เขียน incidence อีกว่า “อะไรนะ ส่งกลับไปทำไมไม่ตรวจตั้งแต่ที่ ER ให้มันจบไป” อะไรอย่างนี้ คือพี่เขาส่งกลับไป OPD ศัลย์เพื่อให้ plastic ดูต่อ med ดูแล้ว ทั้งที่เราต้องเขียนก่อนว่าคุณไม่ส่งเวร ไม่ทำอะไรเลย เพราะว่าเรามีกฎแล้วว่า คุณจะส่ง OPD ไหนหรืออะไรอย่างไร คุณต้องประสานงาน มีใบประสานงานโทรแจ้งเขา หรือทำหัตถการของตัวเองให้เสร็จแล้ว OPD med เป็นบ่อยมาก เข้าห้อง resus (resuscitation) มา คนไข้เจาะแล็บอะไรบ้าง ไม่รู้ แล้วตึก ๆ ข้างหน้า order ตึกหมายถึงทำหรือไม่ทำ

โทรถามไม่มีใครรู้เออ แล้วจะตี๊กมาทำไม ตี๊กแล้วคุณไม่ทำหรืออะไร คุณทำใหม่หมดใหม่ไม่มีตี๊กเฉย ๆ ก็มี เวลาที่ไม่รู้วาก็โมง แล้วเขียนว่า “ส่งต่อ ER เพื่อให้ antibiotic บางทีคนไข้บอกให้ antibiotic แล้ว แต่ไม่ได้ตี๊กมา แล้วคุณจะทำอย่างไร แล้วแล็บที่ส่งไปคุณส่งหรือเปล่า”(ID8)

“ซึ่งจะมีก็คือเขียนมาในใบอย่างนี้ อย่างเช่น กรณีของเลือด จงจาก ตี๊กโน้นจงเลือดมา แต่มาที่เราพอหมอสั่ง order จะให้เลือดล่ะ เราก็ต้องโทรไปโอเคเลือด แล้วเลือดบางที่เขาบอกยังไม่ได้ออ อันนี้เป็นปัญหา ศัลย์ให้จงบ แล้ว แต่พอโทรไปไม่ได้จงบ บาง order ที่จะมีปัญหาก็คือ เขียน order มาว่า ทำ การรับ order จริง ๆ แล้วก็น่าจะเหมือนกัน คือเซ็นชื่อและเวลา แต่ทาง OPD เขาจะไม่เซ็นต์ เขาจะไม่ตี๊ก บางที่เขาจะไม่ตี๊ก ที่มีปัญหา ไม่ตี๊กเวลา ลงเวลาแต่เลือดไม่ลง บางทีก็ชืดถูก ซึ่งชืดถูกนั้นไม่รู้ว่าเขาทำถูก เราก็ต้องคอนเฟิร์ม ทำหรือเปล่า เป็นปัญหาแค่นี้ล่ะ ส่วนใหญ่ ก็ต้องจงบใหม่ คือเสียเวลาอีก คนใช้เสียเวลา คือเราจะมองคนไข้เป็นหลัก ก็คือพอเสียเวลาจงบ กว่าจะให้เลือดกลับบ้านลงข้างลง บางทีแค่ให้เลือดเสร็จกลับบ้าน ก็จะมีเวลาเขาไปอีก”(ID9)

“ก็มีปัญหา ถ้าจะมีก็มีตรง screen ที่เวลาส่งคนไข้มาแล้ว เราจะไม่รู้ ว่าบางที่ OPD med เขาจะส่งคนไข้มา เขาก็จะไม่รับ order ว่า order นี้เขาทำมาหรือยัง บางที่เขาที่ไม่ได้รับ order เราก็จะงงว่าตกลงเขาทำหรือยัง ถามคนไข้ บางทีคนไข้ก็ไม่รู้ ญาติก็ไม่รู้ บางทีก็ต้องโทรกลับไปติดต่อประสานงาน บางทีก็แอบโน้ตไว้ ถ้ามันยุ่งมากไม่ได้โทรถามก็แอบโน้ตไว้ ว่าอันนี้ไม่แน่ใจนะ ว่าคนไข้ได้ทำแล้วหรือยัง แต่ถ้าเกิดเป็นคนไข้ระดับ 1 ระดับ 2 ที่ต้องเข้าห้อง resus ก็คือส่งให้หมอเลย แล้วเดี๋ยวหมอเขาจะเป็นคนเช็คอะไรเอง”(ID12)

(2) การ Refer ผู้ป่วย ช่วยบอกล่วงหน้า จะได้จัดหาทรัพยากรได้ทัน

ในการส่งผู้ป่วยเข้ามารักษาที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบปัญหาด้านการประสานงานโดยศูนย์รถพยาบาลหรือมูลนิธิไม่เข้าใจการทำงานของระบบการส่งต่อผู้ป่วยจึงนำผู้ป่วยมาส่งโดยไม่ได้แจ้งล่วงหน้าหรือสอบถามความพร้อมในการรับผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อส่งผู้ป่วยเข้ามาหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินพยาบาลจึงไม่สามารถรับผู้ป่วยได้เพิ่มเนื่องจากจำนวนเตียงไม่

เพียงพอ หรือหากมีการส่งผู้ป่วยเข้ามาที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินพร้อมๆกันโดยไม่กระจายไปโรงพยาบาลอื่น ทำให้ไม่สามารถบริหารจัดการเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งการตรวจสอบจำนวนเตียงที่ว่างในหอผู้ป่วยหรือการเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลอีกส่วนหนึ่งเล่าว่ากรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น แต่เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานของโรงพยาบาลปลายทางไม่ได้ส่งต่อเรื่องให้แก่บุคลากรอื่นในทีม เมื่อเปลี่ยนเวรเจ้าหน้าที่ที่มาปฏิบัติงานในเวรถัดไปไม่ทราบข้อมูลเรื่องการรับผู้ป่วยส่งต่อ ทำให้ต้องเสียเวลาในการติดต่อสอบถามผู้ที่ประสานงานไว้เกี่ยวกับข้อมูลดังกล่าวอีกครั้งหนึ่ง

“เคยเจอปัญหา refer ช่วงเวลาเปลี่ยนเวร คือแต่ละโรงพยาบาลเขาก็จะมีการทำงานที่เป็นกะเนอะ เป็นเวลา ถ้าเกิดว่าเรา refer คนไข้ไปในช่วงที่เปลี่ยนเวร บางคนคือเขาจะเลิกงานไปแล้ว ถ้าเราส่งไปแล้วเขาไม่มีใครรับทราบ เขาอาจจะลืมแจ้งคนของเขา แล้วไม่มีใครรับทราบ มันก็จะเป็นปัญหาต่อการที่เรา transfer ไป แล้วเขาไม่รับรู้เนอะเขาก็ไม่รับเคส แล้วอาจว่าเราไม่เข้าใจระบบที่นี้เรามีวิธีป้องกันอยู่แล้วว่าจะส่งคนไข้ไปที่ไหน ไปโรงพยาบาลอะไร ไปโดยรถโรงพยาบาลเรามีเจ้าหน้าที่ไปส่ง แล้วใครเป็นคนรับ อย่างเช่น เราส่งคนไข้ไปโรงพยาบาลปทุมธานี ambulance เราให้นำส่งคนไข้ไปที่แผนกฉุกเฉิน ได้โดยมีแพทย์คนนี้รับมีพยาบาลคนนี้รับเวรเรา”(ID1)

“ที่เจอบ่อย ๆ เขามาเล่าให้ฟัง คือ สมมติหมอเวร ก. สมมติ refer ไปโรงพยาบาล ข. หมอเวร ก. ลงเวรไม่ส่งเวรพยาบาลกับหมอไว้ พอเราโทรไปใครรับ กว่าจะติดต่อกันได้วุ่นวาย ก็เหมือนโรงพยาบาลเขามาที่เรา จนกว่าเราจะหาได้ว่าใครเป็นคนประสานงานจะรับคนไข้ เราถึงจะเปลี่ยนเตียง เพราะบางที่มาถึงคนไข้มีการเปลี่ยนแปลงต้องการการรักษา เรายังรักษาให้ แต่ปัญหาถ้าเกิดไม่มีเตียงแล้วคนไข้ต้องนอนโรงพยาบาล มันจะต้องมีบุคลากรที่จะนำส่งคนไข้กลับไปได้”(ID3)

“อุปสรรคคือเรื่องการประสานงาน ถ้าสมมติว่าเป็น ambulance ของข้างนอก คือเขาจะใช้วิธีการโทรไปหาที่โรงพยาบาลเขาก่อน ว่าเขามีเตียงว่าง เขามีศักยภาพในการที่จะรับคนไข้ไหม แต่ในขณะที่ของเรา คือเราส่งไม่อัน

คือเขาจะส่งมาเขาไม่ได้สอบถามเรา เขาไม่ได้มีการประสานงานว่าของเรา พอที่จะรับคนไข้ใหม่ เขาก็ส่ง case มาเลย เขาจะไม่ค่อยรู้ว่าการที่โรงพยาบาลอื่นเขาจะ refer คนไข้มาที่เรา ต้องทำอย่างไรบ้าง ต้องติดต่อประสานงานก่อนนะ แล้วทางเรารับก่อน มีเตียงก่อนค่อยมา แต่ที่เจอบ่อย ๆ คือ เขามาเลย แล้วก็พอมมาถึงปรากฏว่ามันยังไม่มีเตียงก็คือไม่สามารถเปลี่ยนเป็นเตียงธรรมดาได้ อันนี้ก็จะมีการประทะกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับที่อื่น ก็พูดในลักษณะว่าเราไม่มีเตียง ส่งมาทำไมไม่โทรแจ้งก่อน ทางโน้นเขาก็บอกเขาไม่รู้ แต่คือการพูดคุยมันเป็นการใส่อารมณ์กัน”(ID7)

(3) ขัดแย้งกับหอผู้ป่วยใน ขัดใจเรื่องส่งผู้ป่วยรักษาต่อ

เมื่อผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องรักษาต่อในโรงพยาบาล หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะต้องดำเนินการโดยส่งเวรแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยให้แก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซึ่งบางครั้งปฏิเสธการรับผู้ป่วยโดยให้เหตุผลเรื่องอาการเจ็บป่วยไม่ตรงตามข้อกำหนดของหอผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคติดเชื้อแต่แพทย์ให้การรักษาในหอผู้ป่วยปราศจากเชื้อ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความรู้สึกว่าพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องเป็นที่รองรับอารมณ์และความรู้สึกไม่พอใจ ต้องตอบข้อซักถามต่างๆ ทั้งที่แพทย์เป็นผู้มีอำนาจการตัดสินใจพิจารณาความเหมาะสมและบริหารจัดการเตียงให้แก่ผู้ป่วย สิ่งที่พยาบาลสามารถทำได้คือประสานงานให้แพทย์เป็นผู้บอกกล่าวรายละเอียดทำความเข้าใจกับหอผู้ป่วย นอกจากนี้ยังรู้สึกว่าหอผู้ป่วยขาดความกระตือรือร้นและความพร้อมในการรับผู้ป่วย ต้องให้หัวหน้าเวรเป็นผู้รับเวรเท่านั้นซึ่งบางครั้งหัวหน้าเวรไม่สามารถรับเวรได้ ทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งว่าทางหอผู้ป่วยควรจะบริหารบุคลากรให้สามารถทำหน้าที่รับเวรแทนหัวหน้าเวรได้ เนื่องจากเกิดความล่าช้าในการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อและผู้ป่วยต้องนอนรอในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินนานขึ้น อีกทั้งขาดความราบรื่นในกระบวนการส่งเวร พยาบาลหอผู้ป่วยไม่มีปฏิสัมพันธ์หรือพูดคุยด้วย บางครั้งพูดด้วยน้ำเสียงประชดประชันและซักถามรายละเอียดมากเกินไป ซึ่งผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่ารู้สึกโกรธพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และในขณะเดียวกันรู้สึกว่าหอผู้ป่วยมีทัศนคติที่ไม่ดีกับพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ทำให้พยาบาลหอผู้ป่วยต้องมีภาระงานเพิ่มขึ้น

“เมื่อแพทย์มี order admit ผู้ป่วย เมื่อเราเห็น order เราก็ต้องมีการโทรไปประสานงานกับยัง ward นั้น ๆ ที่จะขึ้น บางทีเราโทรไปปรากฏว่า ก็เคยเจอกรณีแบบว่า incharge ไม่อยู่ ไปพักกินข้าว เราก็รู้สึกในความรู้สึกของพยาบาล

ที่ฉุกเฉินก็จะรู้สึก ว่าทำไมไม่รับ มันน่าจะมีคนที่ rotate มา เพื่อที่จะหมุนเวียน มา เพื่อที่จะรับเวรตรงนี้ได้ ไม่งั้นมันก็ต้องเลทไปชั่วโมง อันนี้ก็ต้องเสียเวลาในการ admit เป็นชั่วโมงทีเดียว ก็เลยรู้สึกว่าตรงนี้น่าก็ถือว่าเป็นภาวะหนึ่งที่ทำให้เกิดหลายอย่าง บางทีก็คิดว่า ward เขาน่าจะมีการบริหารจัดการจุดนี้ที่ incharge ได้พัก หรือว่าคนที่ต้องรับเวรในจุด ๆ นั้นไปพัก น่าจะมีคนมาหมุนเวียนรับเวรแทนเคสได้ แล้วบางทีก็เจอว่าโทรไปบางทีก็ว่ารอเช็คเตียงรอเคลียร์เตียง ซึ่งเราก็ไม่แน่ใจคำว่าเคลียร์เตียง เช็คเตียงของเขาต้องใช้ระยะเวลาานเท่าไร ไม่ได้แจ้งกำหนดระยะเวลา บอกเดี๋ยวจะโทรกลับ บางทีเราก็รอเพราะเขารับปากแล้วไง เพราะบางทีเคยแบบหายไปนานเราก็โทรไปถามอีก ก็ไม่พอใจพูดห้วนๆ ไม่มีหางเสียง เราก็เลยโอเคจ้ะถ้าเขารับปากแล้วให้โอกาสเขาก่อน ไม่อยากโทรเร่งเดี๋ยวเขาหาว่าจิก เขาอาจกำลังยุ่ง ทีนี้ก็ก็โอเครอไป ผ่านไปหลายชั่วโมง ก็ยังไม่โทรกลับมา พอลองเสียงโทรไปถามโทรก็บอกส่งเวรเลยปรากฏว่าเวลาที่ให้เรารอ ทำไมไม่โทรกลับมา เราก็เกิดความรู้สึก ทำไมเขาบอกว่าจะโทรกลับก็ไม่โทรกลับ บอกให้คนไข้ต้องรอที่ฉุกเฉินหลายชั่วโมง”(ID2)

“แต่บางทีหมอมไม่โทรบอก ward ward ก็ไม่รู้ ก็หมอมไม่บอกจะย้ายลงได้อย่างไร ซึ่ง ward เขาก็โมโหเหมือนกัน หรือบางทีถ้าเป็น ward หนัก ๆ ทำไมถึงมา ward นี้ คนไข้ critical ไม่เหมาะสมจะไป ward นี้ มันควรจะต้องไป ICU หรือคนไข้ case นี้ น่าจะ Infection ทำไมไม่ไป ward Infect มาทำไม ward นี้ ไม่ต้องการ Infection ซึ่งอันนี้เป็นอะไรที่แบบอยู่นอกเหนือการควบคุม เพราะว่าอายุไม่youngมันก็ตัดกันเยอะ หรืออย่างเช่น caseเด็ก บางทีมันเป็น pneumonia หรืออะไรก็ตาม มันไม่ขึ้น แต่มันมีไข้มีการอักเสบเกิดขึ้นแล้ว ward เขาก็จะทำไม่ไป ward Infection มันไม่ใช่ criteria ของเรา คือองว่า ward บอกเราทำไม การพิจารณา admit ว่าจะไปที่ไหน หมอเป็นคนพิจารณาแล้วจะมาบ่นไรกับเรา...เหมือนทำงานแบบช่วยกัน ไม่ใช่มาบ่นๆเหมือนเราผิดเลย ซึ่งตรงนี้เราจัดการโดยเราจะติดต่อหมอ บอกให้เขารอ โดยส่วนใหญ่เราทำอย่างนี้ บอกว่า ward รอก่อน เดี่ยวปรึกษาหมอก่อน บางทีหมอก็ยังมั่นใจขึ้น ward ไหนดี ก็คือบางทีก็ต้องให้เขาคุย...เคยโทรไปส่งเวร ward รับว่า สวัสดิ์ จาก ER ทีนี้ ward (นามสมมติ)ใช้ใหม่ มีหมอมจะให้ admit คนไข้ คุณหมอมโทรแจ้งหรือยัง เขาบอกโทรแจ้ง ก็ถามว่าส่งเวรได้เลยไหม เจ็บไม่พูด ถ้าจ้ะ

ส่งเวรเลย แล้วก็ถามว่ามีอะไรสอบถามไหม ยังฟังอยู่ใช่ไหม ถ้างั้นขึ้นเลย แล้วก็วางสาย ไม่ตอบอะไรเลย เราก็อนุมานว่าเขาไม่ปฏิเสธ ถามว่าโมโหไหม ก็โมโห แต่ก็โมโหเฉย ๆ มากเหมือนกัน ระบายให้คนที่ทำงาน ไม่ตอบ คือ คุณ จะรับคนไข้ คุณไม่สงสัยคนไข้บางเลยหรือ ถามว่าจะส่งเวรได้ไหม เจียบ คือ เจียบเหมือนพูดคนเดียว พูดกับตัวเอง ส่งเวรให้ตัวเอง บรรยากาศมันวังเวงมาก จนคิดว่าสายหลุดหรือเปล่า แต่ก็คือรู้ว่าฟังอยู่เพราะสายแล้วมันดังตุ๊ดๆๆ ถามว่าโมโหก็โมโห แต่พอหายโมโหแล้วก็ช้า แต่ตอนโมโหนั้น โมโหแบบจริง ๆ จัง ๆ เลย รู้สึกว่าเขาอาจจะยุ่งเพราะว่าเขาเป็น ward กิ่งวิกฤต เราก็รู้ว่าเขาคงจะยุ่งพอสมควร แต่เหมือนมันเป็นหน้าที่ เราก็ต้องทำหน้าที่ของเรา ถ้าเรา delay คนไข้ แล้วมันมีเหตุอะไรเกิดกับคนไข้ขึ้นมา มันไม่ถูกต้อง ไม่ควร ก็คิดอย่างนี้มันเลยโมโห คือเราทุกคนต่างทำหน้าที่กัน ทำไมคุณต้องอารมณ์เสียใส่ ด้วย”(ID3)

“ถ้าเรื่องของ ward ก็น่าจะเป็นการโทรส่ง admit อะไรพวกนี้ คิดว่ามัน น่าจะเป็นลักษณะของบุคคลอื่นนั่นแหละ คือ น้ำเสียงของคนบางคน คนคุ้นเคย อาจจะฟังดูแล้วไม่มีอะไรเกิดขึ้น ปกติน้ำเสียงก็เป็นอย่างนี้ แต่ถ้าเกิดแบบว่า ไปพูดกับคนอื่นที่ ward อาจจะทะเลาะๆ แปลกๆ แต่บางที่มันมีปัญหาอยู่แล้ว ละ เพราะว่า อย่างเรา ER ก็ต้องเห็นใจ ward อย่างบางที่เราโทรไปจาก ER นะคะ บางทีเขาก็รู้สึกไม่ชอบตั้งแต่แรกละ คือ ER เนี่ยสงสัยใครๆก็ไม่ชอบนะ ไม่ว่าจะน้ำเสียงยังไง เหมือนกับว่าส่งภาระมาให้อีกละ เราก็เข้าใจเขาเราก็พูดแบบ เรียบๆ แต่ส่วนมากร้อยทั้งร้อยเวลาส่งเวร ที่ ward ไม่ค่อย happy กับเราเท่าไร ก็ทำให้เขารู้สึกมีอคติกับเราตั้งแต่แรกอยู่แล้ว เวลาเราพูดอะไรจะทำให้มีอารมณ์ ใส่กันส่วนมากที่เจอมาก็จะชี้แจงไป แต่มันก็เหมือนเป็นอารมณ์ตกค้าง ก็มาเล่า กันหลังไมค์ แต่ก็ไม่มีอะไรมากมาย ยกเว้นมีปัญหาเกี่ยวกับการรับ order จริงๆ เช่น หมอมี order นี่นะ แต่เรายังไม่ได้ทำ ก็จะมีการเขียน incident กันขึ้นมา แล้วก็รู้สึกว่าเวลาอย่างสมมติว่า ICU มีปัญหา กับ ER อย่างสมมติว่ามีปัญหา กับ คนก่อนหน้านี้ เวลาคนอื่นไปส่ง case อย่าง RN คนที่ 1 จาก ER จะมีเรื่องกับ ไอซียู พอ RN ที่ 2 ขึ้นไปส่งคนไข้ เขาจะมองเราอคติยังไงไม่รู้”(ID4)

“แล้ว ward (นามสมมติ) จะรับคนไข้ฟังเสียง คือหน่วยฟังเสียงไม่ต้องมาอยู่ใน ER ได้ปะ เป็นเหมือนพยาบาล med มารับอย่างนี้ แล้วมีห้องต่างหาก แจ้งพยาบาลมาต่างหาก มา review case ให้ส่งเวรกันเอง จะให้พยาบาล ER มาส่งทำไม เมื่อเคาน์เตอร์มันก็ยุ่งจะตายอยู่แล้ว แล้วต้อง review พวกเธอว่าให้คิโม cycle ไหน พิล์มยัง แล็บเจาะยัง (กระแทกเสียง) ให้คิโมไปแล้วก็วัน หมอดูเคสหรือยัง แล็บไม่เจาะ จอจลือดยังงัย ไบนี้่มีปัญหา แล็บ ประสานงานยังงัย คนไข้ใช้สิทธิการรักษาที่ไหน (กระแทกเสียง) ต้องใช้ให้ตลอดเวลา เคาน์เตอร์ก็มึ้งาน แล้วต้องมานั่งดูให้ละเอียดขนาดนั้นเลยหรอ มันด่วนมากเลยหรอ เอาแค่ chief complain ได้มัย แล้วขึ้นไป review เอา คือ ER มันคือฉุกเฉิน เอาอาการเร่งด่วนไม่ใช่ย้อนไปตั้งแต่ปีมะโว้ คุณไม่คิดจะไปดูเองเลยหรอ มันก็ของขึ้นได้มันบรีด แล้วก็ให้คนไข้กินข้าวข้างล่างมาเลยเยอะสุดแล้ว ward อื่นไม่ค่อยมีปัญหา มีก็พอรับได้ แต่ ward นี้ พอเห็น ward (นามสมมติ) เซ็ง เดียวมีอีก ห้อง heppa คือ ห้องที่เป็น positive pressure ทำให้อากาศบริสุทธิ์ ให้คนไข้โรคเลือด WBC ต่ำ เคส Febrile neutropenia ไร้ non heppa คนไข้ให้คิโม จะรู้ใหม่ ก็ถาม resident 2 คู่กับหมอใหม่ คือเราพยายามทำตาม order เราพยายามทำให้ดีที่สุดแล้ว เราก็ไม่รู้เตียงของคุณข้างบนมีอะไร คุณไม่คุยกันเอง คุณมาลงใส่เรา “รับไม่ได้นะ” ที่นี้เลยมีการแก้ปัญหาโดยมีรูปแบบ admit สำหรับ ward นี้ ให้เป็น pattern เลย ไม่ต้องถามอีก เช่น ชื่อ นามสกุล diag อายุ chief complain, present illness, treatment ที่ทำแล็บที่เจาะ สิทธิการรักษา อะไรพวกนี้ จะได้ไม่ต้องมาถามให้เสียความรู้สึกกัน”(ID8)

“เราส่ง case ขึ้น ward เราจะต้องทำตามหน้าที่ สำหรับคนไข้ที่ต้อง admit แพทย์ admit ให้พิจารณาว่า caseนี้ต้อง admit แต่สำหรับ ward นะ เขาก็คงความรู้สึกเดียวกัน ตอนนี้ภาระงานเขาเยอะ เขายังยังจะรับอีก แล้ว ER ก็โทรมาเร่งเขาว่าเมื่อไหร่จะได้ขึ้น เขาก็อาจจะเกิดอารมณ์ ทำให้เวลาพูดคุยกันน้ำเสียงทั้ง 2 ฝ่าย อาจจะทำให้แรงปะทะกันได้ จริงพี่ว่ามันเกิดจากการสื่อสารนี่ละ คือถ้าเราทำตามหน้าที่คิดถึงใจเขาใจเรา เราก็จำเป็นต้องส่งเราไม่ได้ผลักดันภาระให้เขานะ เพียงแต่ว่ามันเป็นหน้าที่ เขามีเตียงเขาก็รับ

เราต้องผลักดันคนไข้ค้างจาก ER ขึ้นมา ward ward ก็ต้องมีหน้าที่มีอบเตียง ว่า เขาก็ต้องรับเคส”(ID10)

(4) แพทย์ต่างสั่งการรักษา ไม่รู้จะทำตามใคร ต้องขอให้มาปรึกษากัน

บางกรณีนี้ที่ผู้ป่วยมารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยอาการมากกว่า 1 โรค พยาบาลจะมีการติดต่อประสานงานกับแพทย์เฉพาะสาขา หลายคนมาดูแลผู้ป่วยและสั่งการรักษา เช่น ผู้ป่วยมีแพทย์ร่วมดูแล 3 สาขา มีแผนการรักษาในการให้น้ำเกลือแต่มีการกำหนดให้อัตราไหลแตกต่างกัน ทำให้พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติงานได้ถูกต้อง จึงต้องติดต่อประสานงานให้แพทย์ได้วางแผนการรักษาร่วมกัน หากยังไม่สามารถได้ข้อสรุปที่ชัดเจน จำเป็นต้องให้อาจารย์แพทย์ในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นผู้ประสานงานกับแพทย์ประจำบ้านทุกแผนกเพื่อให้ได้แผนการรักษาที่ชัดเจนในทิศทางเดียวกัน หรือแม้กระทั่งในสถานการณ์กู้ชีวิตซึ่งมีแพทย์ในทีมหลายคนต่างสั่งการรักษาแตกต่างกัน พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องเป็นสื่อกลางที่ทวนสอบแผนการรักษาเพื่อให้ทีมแพทย์ให้ลงความเห็นในการรักษาให้ชัดเจนและรวดเร็วเพื่อช่วยผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤต

“พยาบาลเราก็คงต้องมีการเชื่อมโยง เราเป็นเหมือนตัวกลางที่จะต้องประสานงานกับทุก ๆ ฝ่าย ให้ได้คุยกันอะไรอย่างนี้ หรือบางทีก็จะมีกรณีเคสที่คนไข้มีต้องส่งปรึกษาในหลาย ๆ แผนก เช่น คนไข้คนหนึ่งมีทั้งแผนกศัลยกรรม อายุรกรรม แผนกจิตเวช ดูร่วมกันทั้งหมด 3 แผนก บางทีหมอมที่ดูคนไข้ก็มาดูกันคนละเวลา คนหนึ่งมาเวลานี้ order ไว้ว่าจะให้น้ำเกลือแบบ rate 80 อีกคนหนึ่ง order ว่าจะให้น้ำเกลือ rate 60 อีกคนหนึ่ง order จะให้ 80 เท่าเดิม เราก็ต้องมา confirm order แล้วว่าตกลงทั้ง 3 คน จะเอาอย่างไร เพราะคนไข้คนเดียวจริงๆ หมอมก็ดูร่วมกันแต่ไม่คุยกัน ไม่ถามกันเอง ก็จะมาถามจากเรา “คนนี้ร้ออะไร plan ทำอะไร” “เขา set OR ก็โง่” โอยสารพัดจะถาม เราก็ไม่ได้รู้ลึกหรือรู้หมดไง คงตอบคำถามเขาได้ไม่หมด ก็แก้ไขโดยที่อยู่ที่ ER จะมีคุณหมอมที่ประจำอยู่ เป็นคุณหมอมศัลยกรรมกับอายุรกรรมที่ประจำอยู่ เราก็คงต้องประสานงานให้หมอมอายุรกรรมกับหมอมศัลยกรรมมาคุยกันเลยว่าสรุปแล้วคนนี้ต้องการให้น้ำเกลือแบบไหน ให้เขาตกลงกัน แล้วก็เขียน order confirm ไป จะต้องให้แบบไหน ถ้าไม่นั้นก็ต้องคอยตามแต่ละเคส หรือถ้าเขาไม่อยู่ใน ER เราก็หาเบอร์โทรศัพท์ให้เขาโทรคุยกันเองซึ่งสรุปก็คือหน้าที่เราที่ต้องเป็นตัวกลางที่จะบอกไป

ให้ทั้ง 3 แผนกมาตกลงกันว่าจะเป็นอย่างไรมาก่อน แล้วก็ให้คนไข้ได้รับการรักษาที่ดีที่สุด”(ID2)

“เราเรียนว่าแพทย์มีหลายแผนก หมอก็มีไปทุกแผนก ก็มีความคิดเห็นที่ลงไว้ แล้วบางที่เหมือนแต่ละคนก็ออกความคิดเห็นที่ suggest อย่างนี้ แล้วก็บางทีก็ขัดแย้งกันเอง หรืออะไรต่าง ๆ เราก็อาจจะต้องคอยเป็นตัวประสานงานตกลงแล้วในแผนกทั้งหมด คุณจะเอาอย่างไร ก็เหมือนมีคนที่แบบเป็นตัวคอยมาจัดการอีกทีหนึ่ง” เอ่อ หมอจะเอาอย่างไร หมอคนนั้นเขา suggest อย่างนี้นะ”
ว่าจะเอาในแนวทางไหนอย่างไร คือในบทบาทของเรา ๆ อาจจะประสานงานก่อน หมอคนนี้จะเอาอย่างไร คุยกับเจ้าของไข้หลัก แต่ถ้าเจ้าของไข้หลักไม่สามารถตัดสินใจได้เลย เขาจัดการไม่ได้ เราก็อาจจะให้คนที่มีความเห็นดีกว่า เช่น staff ER ช่วยดูให้ เพื่อไปจัดการตกลงเรื่องนี้ สรุปแล้วเจ้าของไข้จะเอาอย่างไร”(ID5)

“ห้อง resus ต้องช่วย แล้วเราประสบการณ์ไม่พออย่างเช่น เปิดเส้น ประสบการณ์ทำงานเป็นทีม คือพยาบาลเปิดเส้นเรคคอร์ด มีหมอเป็น lead สั่งให้ทำอะไร...อย่างเช่นมันไม่ราบรื่น หมอสั่งกัน 2-3 คน เราคนทำจะเชื่อหมอคนไหนดี เราก็ต้องคอยพูด “หมอจะเอาอย่างนั้นกันแน่”(ID9)

3.3 ปัญหาในหน่วยงาน ต้องจัดการแก้ไข

ปัญหาการทำงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา บางครั้งต้องแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า หรือแม้แต่สถานการณ์เดียวกันก็ต้องใช้การแก้ปัญหาแตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลต้องอาศัยทักษะ และประสบการณ์เพื่อประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นและแก้ไขสถานการณ์ให้คลี่คลายโดยเร็วที่สุด บางครั้งเกิดปัญหากับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นพยาบาลรุ่นน้องที่ขาดประสบการณ์และทักษะในการรับมือแก้ไขปัญหา เช่น ผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อมูลที่ได้รับและขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพของพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย จึงไม่พอใจแสดงอารมณ์โกรธ บางรายต่อว่าพยาบาล ซึ่งหากเป็นหัวหน้าเวรหรือพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่าจะมีความสามารถในการเจรจาไกล่เกลี่ยและแก้ปัญหาโดยอธิบายข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย นอกจากได้แก้ไขปัญหามาตามความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลรุ่นน้องยังรู้สึกได้รับการเอาใจใส่ช่วยเหลือจากพยาบาลรุ่นพี่และได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง บางกรณีแพทย์ไม่เข้าใจระบบการ

ทำงานที่ถูกต้อง เช่น ไม่ส่งตรวจเอกซเรย์ปอดในผู้ป่วยที่ต้องรักษาต่อในหอผู้ป่วยปราศจากเชื้อเพื่อ
 ประเมินการติดเชื้อวัณโรคปอดเบื้องต้น พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องตรวจสอบ
 แผนการรักษาหากไม่ครบถ้วนต้องแจ้งแพทย์ถึงข้อกำหนดของหอผู้ป่วยเพื่อให้ปฏิบัติงานได้
 ถูกต้อง หรือในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน เช่น มีผู้ป่วยภาวะวิกฤต
 พร้อมกันหลายราย พยาบาลห้องกู้ชีวิตรไม่สามารถปฏิบัติงานได้ทัน อาจทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสใน
 การรับการรักษาอย่างทันที่ พยาบาลแก้ไขปัญหามาโดยการบริหารจัดการให้ผู้ที่ปฏิบัติงานใน
 ตำแหน่งอื่นมาช่วยทีมกู้ชีวิตเพื่อให้มีจำนวนเจ้าหน้าที่เพียงพอต่อกระบวนการช่วยฟื้นคืนชีวิต
 อย่างไรก็ตามบางครั้งการแก้ปัญหาเกินอำนาจหรือขอบเขตการทำงานของพยาบาล เช่น มีจำนวน
 ผู้ป่วยเป็นจำนวนมากจนเกิดความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พื้นที่ไม่เพียงพอในการ
 ให้บริการ อีกทั้งผู้บุคลากรไม่สามารถทำงานได้ พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องวางแผน
 แก้ปัญหาร่วมกับแพทย์ในการเพิ่มพื้นที่โดยการปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยนอนรอตรวจหรือสังเกตอาการ
 ในบริเวณที่ไม่เปิดใช้ในภาวะปกติ เช่น หน้าห้องกู้ชีวิต หรือขยายพื้นที่โดยเพิ่มบริเวณหน้าหน่วย
 อุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อให้มีพื้นที่เพียงพอในการทำงาน เกิดความคล่องตัวและไม่เป็นอุปสรรคใน
 การทำงาน

“หากน้องเกิดปัญหาเราก็ต้องคอยดู ใส่ใจเขา เพราะงาน ER
 มันค่อนข้างเครียดถ้าเจอกดดันเยอะมันอาจจะเบิดได้ เคยเข้าไปคุยแทนเคสหนึ่ง
 ญาติเขาไม่พอใจ แล้วน้องเขาก็เหนื่อยล้ากับการทำงาน เราก็ไปชี้แจงให้แทน
 ส่วนใหญ่ที่เขาไม่พอใจเพราะเกิดการไม่รู้ พอเขาไม่รู้ เขาก็ไม่รู้ว่าอะไรจะ
 ไร ไปนัดอีก เขาก็ไม่รู้นัดอะไร อาจจะเป็นเพราะเราให้ข้อมูลเขาน้อย เขาก็
 ไม่รู้ เขาก็มีอาการเกิดขึ้นมา เพราะเขาก็เหนื่อยกับการที่ต้องทำตามคำสั่ง
 พยาบาล น้องเราก็เก็บอารมณ์ไม่ได้ละ เราก็ต้องดึงน้องออกจากสถานการณ์ตรง
 นั้น แล้วเข้าไปอธิบายแทน พอลงเวรแล้วค่อยบอกเขาว่าถ้าเจออย่างนี้ต้อง
 แก้ปัญหาอย่างไรให้เขาได้เรียนรู้”(ID1)

“กับหมอคือถ้าเป็นหมอใหม่ก็จะยากมาก เขายังไม่รู้ระบบ เช่น ไม่รู้ว่า
 คนไข้ admit ขึ้น ward ต้องเขียนใบชื่อยาให้ครบทุกตัว resident ใหม่บางคนมา
 จากต่างจังหวัด ระบบมันไม่เหมือนกันเขาก็จะเห็นตชื่อเขาอย่างเดียว ไม่เขียนชื่อ
 ยาเราก็ต้องคอยบอกให้เขาเขียนเพราะถ้าไม่ครบ ward ก็ต้องโทรลงมาให้เรา
 บอกหมอเขียนอีกที อย่างคนไข้ถ้า admit ward (นามสมมติ) คือถ้าหมอไม่
 ทราบเลยเขาจะต้องเอ็กซเรย์ปอดก่อนขึ้นทุกคน เขาก็จะไม่ order แล้วพอเราส่ง

เวอร์เรียบร้อยเขาก็จะถามว่า คนไข้เอ็กซ์เรย์เป็นอย่างไร फिल्मเป็นยังไง เพราะ ward นี้เป็น ward ปลอดภัยไม่รับคนไข้ติดเชื้อ เพราะฉะนั้นต้อง x-ray ดูเพื่อป้องกันเคส TB ที่อาจหลุดขึ้นไป ซึ่งถ้าไม่มีเราก็ต้องคอยตามหมอให้ x-ray แล้วรอกหมอดูอีกที ถ้าโอเคสามารถขึ้นได้ เราก็จะโทรไปแจ้ง ward”(ID2)

“...OPD ก็ขยันส่งคนไข้มา นึกไรไม่ออกบอก ER เรายังได้หมดมั้ง พอทำงานกับ ward จะ admit น้ำเสียงที่ไต่รับก็ไม่เป็นมิตร เหมือนเราเป็นตัวปัญหา เป็นใครที่เขาคงไม่ยอมรับโทรศัพท์ ไม่อยากคุยด้วย เองงานไปเพิ่มให้เขา โดยที่เขาก็ไม่รู้ว่า ไข้ที่อยู่ตรงหน้าฉันเนี่ย มันลั่นมือแล้วนะ ญาติคนไข้ก็คาดหวัง ของฉันต้องด่วน ต้องเร็ว ฉันมาอุกเงินนะ ไม่พอใจก็มาต่อว่า มาระบายอารมณ์ สรุปลือเหมือนรอบๆตัวเรามีแต่ปัญหาให้เราต้องตามแก้ เช่นบางเคสเราในฐานะ incharge คนไข้ไม่พอใจยื่นต่อว่าน้องเราอยู่ คือเราอาจให้น้องเขาต้องแก้ปัญหาเบื้องต้นไปก่อน บางทีก็มีปัญหาเหมือนกันญาติคนไข้ไม่พอใจ ทำไมอย่างนี้อะไรอย่างนี้ คือด้วยความที่บุคคลส่วนตัวของญาติเอง หรืออะไรต่าง ๆ ซึ่งจริง ๆ อาจจะไม่ได้เป็นในลักษณะเป็นความผิดของบุคลากร เป็นในส่วนของเขาความต้องการของเขาเอง อะไรอย่างนี้ แต่ถ้าเขายังไม่พอใจ เราก็อาจจะเข้าสอบถามข้อมูลเบื้องต้นก่อนว่าเหตุการณ์มันคืออะไร เกิดอะไรขึ้น เขาไม่พอใจตรงจุดไหน วิเคราะห์ปัญหาจะอะไรอย่างไร แล้วก็จะเรียกเขาไปคุยปรับความเข้าใจ”(ID5)

“ถ้าเป็นแบบวิกฤตเอาแบบ stress ในกรณีที่คนไข้หนักเข้ามาพร้อมกันเยอะ ๆ เราจะบริหารงานยังไงให้เอาคนมาทำงานตรงนี้ให้ได้ ในขณะที่คนไข้ข้างนอกก็เยอะ เพราะว่าเวลา CPR เคสหนึ่งต้องใช้ RN 3 คน มีทั้ง CPR med แล้วก็ record ซึ่งบางทีมันก็จะได้แค่ 2 ก็ต้องมี PN มาช่วย ก็คือบริหารงานอย่างไรก็ได้ให้คนให้ครบ แล้วถึง Incharge มันต้องเข้าทั้ง 2 คนให้ได้ เราจะต้องให้ยาถึง 2 คนในเวลาเดียวกัน อย่างถ้ามีคนไข้ CPR พร้อมกัน 2 เคส เราก็แบ่งคนละเคส PN ก็เป็นผู้ช่วยในทีม แล้วก็บริหารเอาคนข้างนอกในตำแหน่งที่ไม่ยุ่งมากเข้ามาช่วย”(ID6)

“ช่วงนี้เป็นช่วงที่เปลี่ยน resident ก็คือเขาจะเคลียร์เคสไม่ได้ จัดพื้นที่เท่าที่จัดได้ คือตอนนี้ไปจอดอยู่ห้อง resus 1 แล้วก็เคยมีเมื่อก่อนมันจะมีโต๊ะให้คนใช้นั่งรอตรวจก็คือต้องยกออกไปข้างนอก เคยมีครั้งหนึ่ง ตอนนั้นต้องไปจอดข้างหน้า ตรงที่ญาตินั่ง วันนั้นผู้บริหารระดับสูงลงมาช่วย clear ก็เคลียร์เคสที่กลับบ้านได้ให้กลับ หาเตียง admit โดยผู้บริหารก็ต้องประสานร่วมกับ ward เคสไหนกลับบ้านก็ให้ ward เคลียร์ discharge ถ้าเคสไหนอยู่ในกระบวนการ discharge ก็ให้เร่งหน่อย ward ก็คงต้องเร่งห้องยา การเงินด้วย คือมันต้องเป็นทำงานกันเป็นระบบใหญ่เลย”(ID7)

“แล้วเราเป็น incharge เราต้องคอย survey ดูอยู่แล้วทุกจุดต้องคอยสอดส่อง ถ้าจุดนี้เราเห็นว่าใกล้ละ ใกล้มีประเด็นกัน เราก็เดินเข้าไปเลย ด้วยว่าอย่างน้อย ๆ ประสพการณ์ แล้วบางที่ญาติเขาอาจจะฟังเรามากกว่า เพราะคุณแล้วอาจจะมีความกลัว หรือผู้ใหญ่มากกว่า เราอธิบายมากกว่า เขาก็จะเบี่ยงเบนความสนใจจากน้องที่มีเรื่องอยู่ เราก็เบี่ยงเบนมา แล้วเราก็คุยบอกเขา หรือแม้บางที่แม้แต่คำขอโทษเราก็พูดไปก็ได้ ให้เขาสบายใจ เย็นลงนิดหนึ่งนึกถึงเราขอโทษเราก็ชอบ แล้วเขาพูดว่า “ขอโทษนะค่ะ ที่แบบน้องพูดไม่ดี แล้วเดี๋ยวจะประสานงานให้ ตอนนี้อะไรอยู่” เราก็ต้องใส่ใจเขา เหมือนรับเรื่องเขามา แค่นี้เขาก็จะเบาลงละ พี่ก็เคยเจอพี่ก็บอกแบบนี้ เขาก็เย็นลง เขาก็บอก “อืม ๆ จั๊นดูให้หน่อย” เขาก็ใจเย็นลงอย่างเห็นได้ชัด พอพี่เห็นว่าพอทำอย่างนี้เขาเย็นลง ต่อไปพอมีปัญหา เราก็จะแบบว่ารู้แล้วว่าต้องทำอะไร”(ID9)

“ทุกอย่างก็ต้องเป็นหน้าที่ของพยาบาลทั้งหมด ๆ ทุกอย่างต้องมารู้แทนหมอ หรือบางที่ order เราก็ต้องทวน order หมออีกด้วยซ้ำ ไปยาเขาเขียนก็จะ เป็นหน้าที่เราอีกต้องมาคอยดูเขาเขียนครบไหม ลายเซ็นดีมีไหม เขียน dose เท่าไหม เพื่อที่คนไข้ไม่ได้เดินกลับมาอีกรอบหนึ่งทุกอย่างมันเหมือนเป็นอะไรที่เราต้องมาจุกจิก ทุกอย่างเลยของพยาบาล”(ID9)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าประเด็น “ปัญหาในหน่วยงาน ต้องจัดการแก้ไข” ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย คือ 1) งานเอกสารมากขึ้น ให้เวลาการดูแลผู้ป่วยได้

น้อยลง 2) บางงานเกิดผิดพลาด ถือเป็นโอกาสเรียนรู้การทำงานที่รอบคอบ และ 3) แพทย์
สั่งงาน พยาบาลหงุดหงิดใจ แต่ไม่แสดงอารมณ์โกรธ ดังนี้

(1) งานเอกสารมากขึ้น ให้เวลาดูแลผู้ป่วยได้น้อยลง

เนื่องจากหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีผู้มารับบริการมากขึ้นและทุกคนคาดหวังที่จะ
ได้รับบริการที่รวดเร็ว แต่เมื่อผู้ป่วยต้องรอนานไม่เป็นไปตามที่ต้องการ จึงมีเสียงต่อว่าพยาบาลว่า
ใส่ใจต่องานด้านเอกสารมากกว่าดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าบางครั้งรู้สึกเช่นนั้นจริง
เนื่องจากหน่วยงานได้เพิ่มบทบาทของพยาบาลในการเก็บบันทึกข้อมูลต่างๆมากขึ้น ทั้งบันทึก
ทางการพยาบาล และการบันทึกเก็บสถิติต่างๆส่งหน่วยงาน ในกรณีที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจหรือ
การช่วยกู้ชีวิต หลังเสร็จงานพยาบาลต้องบันทึกจำนวนยา อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ใช้ ทำให้
พยาบาลเสียเวลาส่วนหนึ่งไปกับการบันทึกข้อมูลอย่างละเอียด ทำให้มีเวลาในการปฏิบัติกิจกรรม
พยาบาลให้แก่ผู้ป่วยลดลง

“บางคนเนี่ยประชดประชัน แบบ “นี่ฉันมาตั้งนานแล้วนะมาก่อนคนนี่ด้วย
ทำไมยังไม่ได้ตรวจ คงต้องให้ตายก่อนใช้มัยถึงตรวจได้” หรือแบบ “พยาบาลที่นี้ทำ
อะไรกันบ้างเห็นนั่งที่โต๊ะมากกว่าหาทางให้คนไข้ได้ตรวจ” คือเค้าคงไม่เข้าใจว่า
งานเรามันมีงานเอกสารด้วย แล้ว ER เดียวนี้ paper เยอะนะ สารพัดใบเลย ซึ่ง
เหตุการณ์พวกนี้บางทีเราก็อึดใจ”(ID2)

“สิ่งแรกเลย stress มาก ๆ คือจริง ๆ เราอยากให้คนไข้เขาได้รับบริการที่มี
ประสิทธิภาพมากที่สุด ก็คือเรารู้ว่าคนไข้เขาคาดหวังเยอะที่สุด อย่างที่บอก
โรงพยาบาลเราก็มีชื่อเสียงในระดับหนึ่ง แล้วก็ป็นโรงเรียนแพทย์ด้วย แต่พอเขา
มาถึงเขาก็ fail อะ คือไม่ใช่คนไข้ fail ตอนนั้นเรารู้สึก fail เหมือนกันที่เราให้เขา
ได้ไม่เต็มที่ เพราะว่าคนไข้เราเยอะจริง ๆ บางครั้งงานเอกสารก็ค่อนข้างเยอะ
เหมือนกัน แล้วก็ป็นเหมือน interrupt ในการที่จะทำ nursing ด้วย ก็คือแทนที่
เราจะnursing careให้เต็มที่ เรากลับต้อง clear เอกสารเยอะแยะมากมาย”(ID7)

“เดี๋ยวนี้มันจะมีเรื่องเอกสารเข้ามาเยอะมาก ทำให้บางที่เราไป contact
ดูแลคนไข้หน่อยลง เคสใส่ tube เมื่อก่อนเราใส่ tube เขียนโน้ต ๆ อะไรเสร็จไป
เดี๋ยวนี้ต้องมีใบซึ่งเราต้องส่งหน่วยการพยาบาล ส่งภาควิชา ซึ่งก็เหมือนเราต้อง

มาลอกใหม่ใบเก็บชั่วโมงก็เก็บแล้วจะมีเพิ่มขึ้นมาถือเป็นเอกสารที่เพิ่ม ก็เก็บ ข้อมูล on bipap หรือคนไข้หนักอยู่นาน แต่ใบนี้ก็ใบเหมือนลอก เป็นอย่างไรให้ยาอะไรไปบ้าง เป็นใบสรุปให้ไปทั้งหมดที่ amp เมื่อก่อนเราก็จะเขียนใน nurse note พอ ได้แค่นี้ ๆ ตามเวลา เขาก็จะดูเวลาได้ไป แต่เดี๋ยวนี้เราต้องมีใบสรุปเพิ่มขึ้นมา ทำให้บางที่เราทำไม่ทัน เราก็ xeroxใบ nurse note แล้วก็มาสรุป แล้วเขียนให้ทีหลัง เพราะตอนนั้นมันรีบมาก ซึ่งมันเพิ่มขึ้นมา อันนี้คิดว่ามันก็ไม่จำเป็นนะ แต่ว่าเขาอาจจะเก็บไว้เป็นหลักฐาน”(ID9)

(2) บางงานเกิดผิดพลาด ถือเป็นโอกาสเรียนรู้การทำงานที่รอบคอบ

การทำงานในแต่ละวันมีโอกาสเกิดความผิดพลาดได้ซึ่งความผิดพลาดนี้อาจทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่าเคยส่งผู้ป่วยไปตรวจที่หน่วยงานหนึ่งแต่กระบวนการประสานงานผิดพลาดไม่ได้สอบถามผู้รับเรื่องในหน่วยงานที่ติดต่อด้วย เมื่อส่งผู้ป่วยไปตรวจหน่วยงานดังกล่าวปฏิเสธที่จะทำการตรวจให้ โดยกล่าวว่าไม่ได้รับการประสานงานจากหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงไม่ได้เตรียมความพร้อมในการตรวจ ในกรณีนี้ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือในกรณีที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนขณะที่ไม่มีญาติเฝ้าซึ่งผู้ป่วยเสี่ยงต่อการตกเตียง พยาบาลจึงผูกมัดผู้ป่วยไว้ญาติมาเห็นภายหลังทำให้รู้สึกไม่พอใจที่พยาบาลไม่ได้อธิบายให้เข้าใจถึงความจำเป็นในการผูกมัดผู้ป่วย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าจากความผิดพลาดในการติดต่อประสานงานที่มึนสุขภาพและการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยทำให้รู้สึกกลัวการเขียนรายงานอุบัติการณ์หรือการฟ้องร้องจากญาติ หลังเกิดเหตุทำให้ต้องทบทวนสิ่งผิดพลาดและเรียนรู้ที่จะปรับปรุงการทำงานให้ถูกต้อง

“การส่งคนไข้ที่มีอาการฉุกเฉินไปตรวจ บางครั้งสถานการณ์มันรีบๆอะคะ โทรไปปั๊บเค้ารับ เราก็รีบพูดส่งเวรหรือส่งอาการคนไข้เลย เพราะทางเคาก็ไม่ได้พูดอะไรต่อ เราก็คิดว่าโอเค ส่งเวรเสร็จก็ส่งผู้ป่วยไปเลย ซึ่งมันต้องส่งข้ามตึก นโยบายก็คือให้รถ ambulance ไปส่งพร้อม PN คนหนึ่ง ปรากฏว่าคนไข้ไปถึงทางโน้นไม่ได้เตรียมอะไรเลย เพราะคนที่เราคุยด้วยไม่ใช่พยาบาล เค้ารับเรื่องไว้แต่ลืมบอกพยาบาล แล้วตอนเราส่งเวรเราก็ไม่ได้ถามชื่อคนรับเรื่อง พอเค้าถามว่าส่งกับใครเราก็ตอบไม่ได้ ก็โดนทางนั้นต่อว่ามาเลย จะไม่ให้ตรวจแต่พอดีหมอที่ห้องเค้ารู้เรื่องเคสอยู่แล้วเค้าก็โอเค แต่เราก็โดนต่อว่าไปเยอะเหมือนกันกลัวเค้าเขียน incidence ด้วย ทำให้จำได้เลยว่าถ้าจะส่งคนไข้ไปตรวจนอก ER

ต้องขอคุยกับพยาบาลก่อนเลยอันดับแรก แล้วพอส่งเวรเสร็จอย่าลืมถามชื่อคนรับเวร...ถ้า restrain คนไข้ต้องขออนุญาต และอธิบายถึงความจำเป็นในการ restrain เพื่อให้เขาเข้าใจและให้ความร่วมมือ เคยเจออะคะ แบบญาติไม่ได้คุยกับคนไข้ เขากลับไปบ้าน แล้วที่หลังคนไข้วุ่นวายมากเราก็ต้อง restrain พอญาติเขากลับมาเขาต่อว่าเราเลยคะ โวยวายหาว่าเรามัดพ่อเขา เพราะว่าคนไข้เหมือนพุดรู้เรื่องไฉนคะ พุดกับญาติก็เหมือนคนปกติ ญาติเขาก็หาว่าเราทำเกินกว่าเหตุ เราก็ต้องแก้ปัญหาโดยการอธิบายให้ฟัง ให้หมอช่วยอธิบายด้วยค่อยๆคุยเพราะเค้ามาแบบแรงมาก แล้วเขาก็ขอให้เราแก้มัดให้พ่อเค้าก่อน เราก็แก้ให้ซะคะแต่ให้เขาเฝ้า พอเขาเฝ้าไปสักพักพ่อเค้าก็มีอาการอีก ด่าลูกด้วยเลย เค้าต้องรีบมาบอกให้เรามัดต่อเลยคะ อันนี้ก็ประสบการณ์อย่างหนึ่งเลยนะคะ ว่าตอนที่คนไข้มาแล้วมีญาติมาส่งเราไม่รู้ว่าญาติจะแวบไปไหนมัย ถ้าเคสแบบมาด้วยจิตเวชหรือวุ่นวาย delirium เราจะขออนุญาตไว้ตั้งแต่ที่แรกเลย ว่าถ้าเกิดคนไข้วุ่นวาย สับสน จะป็นเตียง อะไรพวกนี้ต้องขออนุญาตมัดคนไข้ซะคะ เพื่อป้องกันคนไข้เกิดอุบัติเหตุ ตกเตียง ก็ว่าเป็นเคสๆไป(ID1)

(3) แพทย์เร่งงาน พยาบาลหงุดหงิดใจ แต่ไม่แสดงอารมณ์โกรธ

การทำงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องทำงานเป็นทีม แพทย์เป็นบุคลากรที่พยาบาลต้องทำงานร่วมด้วยมากที่สุด ในการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตต้องช่วยกู้ชีวิตจึงต้องทำงานแข่งกับเวลา แพทย์เองต้องการให้ปฏิบัติงานในขั้นตอนต่างๆให้รวดเร็ว เช่น การเอกซเรย์ ปอดเพื่อตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจหรือให้ฉีดยาแก้แพ้ให้ผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ยาทันที แต่เนื่องจากภาระงานมีจำนวนมาก ทำให้พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติงานได้ทัน เมื่อไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง แพทย์อาจรู้สึกไม่พอใจการทำงานของพยาบาลและแสดงพฤติกรรมหรือคำพูดไม่เหมาะสมออกมา พยาบาลเองจำเป็นต้องควบคุมอารมณ์โกรธหรือความไม่พอใจให้มากที่สุด เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ร่วมงานได้

“กับหมอเนี่ยเป็นคนที่เราต้องทำงานด้วยมากที่สุดรองจากพยาบาลด้วยกัน ปัญหาที่คงเกิดขึ้นบ่อย...ก็จะมาจากภาวะที่เครียดที่คนไข้จำนวนเยอะแล้วมันเคลียร์ไม่ได้ อย่างห้องกู้ชีวิตรวมกันเยอะ ๆ แล้วหมอมาร่ง order แล้วเราไม่สามารถทำได้ทัน ก็จะมีประทัดประทันกัน ต้นเหตุจริงมาจากปริมาณงานที่เยอะ ทำไม่ทันทำให้ทุกฝ่ายหงุดหงิดก็ต้อง calm down แล้วบอกเหตุผล

ไปว่ายังไงมันถึงเกิดเหตุการณ์อย่างนี้ หนึ่งเราไม่ได้ พยาบาลไม่ได้ทำงานอยู่คนเดียว เพราะว่าบางที่มี x-ray เราก็ต้องรอการ x-ray มาทำ x-ray ด้วย บางที่แบบว่าคนไข้ใส่ tube ไปตั้งนาน แล้วทำไมไม่มา x-ray ซะทีซึ่งเราไม่ได้เป็นคนไปเช็คตรงนั้นไง บางที่เจ้าหน้าที่ x-ray เขาก็ติดเคสบางเคส ติดเคสด่วนอยู่ อะไรจ๊ะอะคะ”(ID4)

“แต่วันนั้นที่พี่เจอก็คือ เขาเขียนว่าฉีด CPM 1 amp IM ไม่ใช่ IV ก็คือฉีดเสร็จก็ให้ส่งมา observe แต่ก็คือเขาฉีดมาตั้งแต่จัดส่งมา OPD แล้วตอนนี้มันมามีปัญหาตรงที่ว่า หมอเขาก็มาโวยวาย หมอที่ส่งมาจาก OPD นั้นล่ะ เขาก็มาดูคนไข้ที่ ER เขาบอก “ทำไมยังไม่ฉีด” ซึ่งคนไข้ถ้าประเมินมาจาก แรกรับ เขาแพ้ยาที่ได้มาจากหมอส่ง แต่การแพ้ไม่ได้รุนแรงถึงได้ไปตรวจ OPD คือไม่ได้เป็น anaphylaxis หรือจะต้องรีบ ยังเดินข้ามตึกมาฉีดเลย เสร็จหมอก็มาโวยวาย...มาโวยวายหน้าเคาน์เตอร์ หน้าดำหน้าแดงมาจาก ตึกโน้น แต่พี่ไม่ได้อยู่ในเหตุการณ์ตอนที่เขามาโวยวายเพราะพี่เวรเช้า แต่เขามาเวรบ่าย แล้วทีนี้ก็คือโวยวายโมโหมาก คนที่อยู่ตรงนั้นเวรบ่ายก็ยังไม่ เพราะมันก็เป็นตัวกลางก็ไม่ได้รู้เรื่องจริง ๆ”(ID9)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อบรรยายประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ เพื่อค้นหาความจริงที่เกิดจากปรากฏการณ์ในการทำงานจากผู้มีประสบการณ์ตรง การวิจัยครั้งนี้เลือกสนามศึกษา คือ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ผู้ให้ข้อมูลคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติงาน ซึ่งต้องปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีความเต็มใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก มีการบันทึกเทปร่วมกับการจดบันทึกบทสนทนาเป็นหลักฐานในการเก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งดำเนินการไปพร้อมๆกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 12 คน

ผลการวิจัย

ประสบการณ์การจัดการภาวะวิกฤตของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) หน่วยงาน ER เป็นด่านหน้า ดูแลรักษาเวลาฉุกเฉิน 2) เลือกรักษาที่ ER ด้วยลักษณะงานที่ทำทลายความสามารถ และ 3) เหตุการณ์เกินคาดหมาย เกิดขึ้นมากมายภายใต้งาน ER ดังนี้

1. หน่วยงาน ER เป็นด่านหน้า ดูแลรักษาเวลาฉุกเฉิน หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกประเภทตลอดเวลา เน้นผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการอย่างรวดเร็วเนื่องจากการเจ็บป่วยอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอันทำให้เกิดความพิการได้ เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินพยาบาลมีการคัดกรองแบ่งผู้ป่วยเป็นประเภทต่างๆแล้วจึงส่งไปหน่วยงานย่อยในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งลักษณะการทำงานในหน่วยนี้ผู้ให้ข้อมูลเปรียบเทียบได้กับ (1) เหมือนตลาดสด ผู้คนมากมาย ทุกอย่างดูวุ่นวาย จ๊อกแจ๊กจอบแจ เป็นการแข่งขันลักษณะการทำงานด้วยความเร่งรีบ บางครั้งต้องวิ่งตะโกนกันทำงาน ต้องเดินหาผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก ส่งเสียงเรียกหรือประกาศผ่านไมโครโฟน ผู้ป่วยและญาติเข้ามาจนล้นออกไปนอกพื้นที่ให้บริการ มีทั้งเสียงร้องของเด็กและเสียงตะโกนคุยกันทั้งเจ้าหน้าที่รวมทั้งผู้ป่วยและญาติ (2) เหมือนถึงขยะเหมือนบาตรพระ รับผู้ป่วยทุกโรคทุกราย แม้ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการฉุกเฉินก็มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเช่นกัน บางครั้งต้องรับผู้ป่วย

ติดเชื้อหรือโรคระบาดรุนแรงที่ไม่สามารถรับบริการจากแผนกหรือหน่วยงานอื่นได้ (3) เหมือนกับผู้ป่วยนอกบวกกับหน่วยผู้ป่วยใน ต้องให้บริการตรวจในรายที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือรองรับผู้ป่วยจากหน่วยผู้ป่วยนอกที่ไม่สามารถกลับบ้านได้ หรือรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการรอรับยาหรือนัดตรวจครั้งต่อไป ผู้ป่วยบางรายนอนรอเตียงในหอผู้ป่วยเป็นเวลานาน บางรายนอนสังเกตอาการเป็นระยะเวลา 10 วัน บางรายใส่เครื่องช่วยหายใจ 2 วัน พยาบาลต้องให้ปฏิบัติกรมมากขึ้นเนื่องจากแพทย์ให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นต้องทำงานเหมือนพยาบาลในหอผู้ป่วย เช่น การเจาะเลือดที่ไม่เร่งด่วนต่อการเจ็บป่วยในขณะนั้น ต้องประเมินติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องกันหลายวัน

2. เลือกทำงานด้วยหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ทำทลายความสามารถ

การทำงานของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องมีองค์ความรู้ในหลากหลายสาขาวิชาเนื่องจากให้บริการผู้ป่วยทุกประเภท หากขาดความรู้หรือความชำนาญ ทักษะในเรื่องใดจะทำให้ไม่สามารถภาพมองรวมของผู้ป่วยวิเคราะห์ค้นหาความผิดปกติในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้การได้ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยมาด้วยปัญหาชนิดเหมือนกัน แต่มีโรคประจำตัวแตกต่างกัน การรวบรวมข้อมูลสำคัญเพื่อมาใช้วางแผนในการรักษามีความแตกต่างกันรักษาพยาบาล ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่จะใช้ศักยภาพที่มีอยู่เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

3. เหตุการณ์เกินคาดหมายเกิดขึ้นมากมายภายใต้งาน ER

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกินคาดหมายในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อยคือ 3.1) ผู้ป่วยและญาติหลากหลายเข้ามาใช้บริการ 3.2) ทำงานประสานหลายส่วน มีเรื่องปั่นป่วนต้องแก้ไข และ 3.3) ปัญหาในหน่วยงานต้องจัดการแก้ไข

3.1 ผู้ป่วยและญาติหลากหลายเข้ามาใช้บริการ เนื่องจากในปัจจุบันผู้มีปัญหาสุขภาพสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพมากขึ้น และมักเลือกที่จะเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพขนาดใหญ่เนื่องจากการประชาสัมพันธ์โรงพยาบาล ทำให้เชื่อมั่นในอุปกรณ์ที่ทันสมัย การรักษาเฉพาะทางและหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นทางเลือกหนึ่งที่ผู้ป่วยและญาติจะมาใช้บริการเนื่องจากสามารถตรวจรักษาได้ทุกโรค แบ่งเป็นประเด็นย่อย (1) ผู้ป่วยมากมายอยากได้การดูแล แต่ขอคัดกรองรับรองให้บริการทุกราย เมื่อผู้ป่วยและญาติรับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมักคาดหวังเรื่องความรวดเร็วเป็นหลัก โดยคิดว่าอาการเจ็บป่วยของตนสำคัญที่สุดและต้องได้รับการรักษาทันที โดยไม่เข้าใจระบบการรักษาที่ต้องมีการคัดกรองแบ่งลำดับความรุนแรง เพื่อให้บริการตามลำดับความรุนแรง (2) ญาติโวยวาย อธิบายแล้วไม่เข้าใจ ขอแพทย์ช่วยให้ อธิบายเพิ่มเติม เมื่อไม่เป็นไปตามที่คาดหวังจึงเกิดความไม่พึงพอใจ มักแสดงพฤติกรรมและคำพูด

ที่ไม่เหมาะสม เช่น แสดงออกทางสีหน้า บางรายข่มขู่ โวยวายหรือตะคอกใส่พยาบาล จึงเป็นบทบาทของพยาบาลผู้ซึ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจะอธิบายให้รับทราบถึงลำดับขั้นตอนในการตรวจ หรือตอบข้อสงสัยต่างๆ เพื่อลดความวิตกกังวลในสิ่งที่ไม่รู้ แต่หากผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจแสดงความไม่พอใจเช่นเดิม หรือมีข้อซักถามในประเด็นที่เกินบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะกล่าวแจ้งได้ ต้องประสานงานให้แพทย์เข้ามามีส่วนร่วมในการตอบข้อซักถามต่างๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ (3) *วัยรุ่นตีกัน บาดเจ็บมา ER ต้องแยกรักษาอย่ามาเจอกัน* ผู้ป่วยที่เข้ามารักษาบางครั้งเป็นผู้ที่หรือมีเรื่องทะเลาะวิวาททำให้บาดเจ็บกันทุกฝ่าย เมื่อเข้ามารักษาพยาบาลอาการบาดเจ็บแต่ความขัดแย้งยังไม่สิ้นสุด อาจทำให้เกิดความรุนแรงจากการปะทะกันได้ตลอดเวลา หากเผชิญหน้ากัน หรือแม้แต่สมาชิกในแต่ละกลุ่มที่มีจำนวนมากเป็นหมู่คณะขณะรอผู้ป่วยตรวจ อาจไปสร้างสถานการณ์รุนแรงระหว่างกลุ่มได้เช่นกัน เหตุการณ์เหล่านี้ทำให้นักบุคลากรผู้ให้บริการผู้ป่วยและญาติรายอื่น รู้สึกหวาดกลัว ไม่แน่ใจในความปลอดภัยในหน่วยงานของโรงพยาบาล การแก้ปัญหาคือลดการเผชิญหน้าของผู้ป่วยคู่กรณีโดยการแยกห้องตรวจ และประสานงานให้เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยและเจ้าหน้าที่ตำรวจควบคุมเหตุการณ์สลายกลุ่มวัยรุ่นออกจากโรงพยาบาล (4) *ผู้ป่วยจิตเวช ดูแลจิตใจเพิ่ม พร้อมเรียกกำลังเสริม ก่อนเริ่มอาละวาด* ผู้ป่วยจิตเวชมีหลายประเภท แต่ผู้ป่วยบางประเภท เช่น คุ่มคลั่ง โวยวายอาละวาด อาจสร้างความแตกตื่น รุนวายเป็นหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต้องประสานงานให้เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยมาควบคุมสถานการณ์หากผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นจะสามารถเข้าควบคุมได้ทันที อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยจิตเวชบางคนจะมีท่าที่สงบลงเมื่อเห็นเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย นอกจากนี้ต้องประสานงานกับแพทย์จิตเวชเพื่อให้ยารักษาอาการทางด้านจิตใจต่อไป (5) *ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน แต่อยากรับการรักษาไว มาใช้บริการ* จากความคาดหวังในเรื่องความรวดเร็วลดระยะเวลาการรอตรวจได้มากกว่าหน่วยบริการผู้ป่วยนอก ทำให้ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการฉุกเฉินเร่งด่วนมารับการรักษาเพิ่มขึ้น บางครั้งพบผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลที่คำนึงถึงความรวดเร็วและสะดวกสบายโดยไม่ไปรับการรักษาที่หน่วยสวัสดิการ และ (6) *อยู่ท่ามกลางอันตรายจากหลายๆเหตุการณ์* เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง เช่น เหตุการณ์ความไม่สงบทางการเมืองทำให้มีผู้บาดเจ็บเป็นจำนวนมาก หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานแรกที่ต้องรับผู้ป่วยเหล่านี้ ซึ่งนอกจากมีผู้ป่วยแล้วบางครั้งมีผู้ร่วมชุมนุมรายอื่นเข้ามาเป็นจำนวนมาก ทำให้นักบุคลากรในโรงพยาบาลรู้สึกไม่ปลอดภัย ถูกคุกคามการทำงาน กลัวตายแต่จำเป็นต้องปฏิบัติงานในหน้าที่ต่อไป

3.2 ทำงานประสานหลายหน่วย มีเรื่องปั่นป่วนต้องแก้ไข การทำงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องทำงานเป็นทีม มีการติดต่อประสานงานภายในสหสาขาวิชาชีพ บางครั้งต้องทำงานร่วมกับบุคคลหรือหน่วยงานนอกโรงพยาบาล ซึ่งในกระบวนการทำงานร่วมกันอาจเกิดปัญหาและอุปสรรคจากการสื่อสาร แบ่งเป็น 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) OPD ส่งผู้ป่วยมาฝากไว้ บอกกล่าวกันน้อยได้ใหม่ จะได้เตรียมการ หากผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาจากหน่วยผู้ป่วยนอก และแพทย์ประเมินแล้วให้ส่งมาตรวจเพิ่มเติมที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน บางครั้งส่งผู้ป่วยมาพร้อมๆกันจำนวนมากโดยไม่ประสานงานบอกล่วงหน้า ทำให้ไม่สามารถเพิ่มอัตรากำลังพยาบาลให้เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย (2) การ Refer ผู้ป่วย ช่วยบอกล่วงหน้า จะได้จัดทรัพยากรได้ทัน เมื่อสถานพยาบาลอื่นต้องการส่งผู้ป่วยมารักษาต่อแต่ไม่ประสานงานก่อน ทำการส่งผู้ป่วยมาโดยไม่บอกล่วงหน้า บางครั้งผู้ป่วยในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีจำนวนมากทำให้ไม่มีความพร้อมในการรับผู้ป่วยเพิ่ม (3) ขัดแย้งกับหอผู้ป่วยใน ขัดใจเรื่องส่งผู้ป่วยรักษาต่อ เมื่อแพทย์ลงความเห็นให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องติดต่อประสานงานกับหอผู้ป่วย ในกระบวนการส่งต่อบางครั้งไม่ได้รับความร่วมมือ ซึ่งแสดงออกทางน้ำเสียงที่พูดคุ้ยกัน การอ้างข้อจำกัดในการรับผู้ป่วย ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างหน่วยงาน และ (4) แพทย์ต่างคนต่างรักษา ไม่รู้จะทำตามใคร ต้องขอให้มาปรึกษากัน การรักษาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน อาจมีแพทย์เฉพาะทางหลายหน่วยร่วมดูแล แต่ไม่มีการประสานงานกันระหว่างแพทย์ ทำให้แผนการรักษาไม่ไปในทิศทางเดียวกัน พยาบาลต้องเป็นผู้ประสานงานให้แพทย์วางแผนทางการรักษาร่วมกัน

3.3 ปัญหาในหน่วยงาน ต้องจัดการแก้ไข ในการดูแลผู้ป่วยที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นและต้องแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความราบรื่น แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) งานเอกสารมากขึ้น ให้ความดูแลผู้ป่วยได้น้อยลง เมื่อพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องลงบันทึกในเอกสารต่างๆเพิ่มขึ้น เช่น บันทึกทางการแพทย์ การตรวจเช็คยา เวชภัณฑ์ การเก็บสถิติเพื่อส่งหน่วยงาน เมื่อเพิ่มเวลาในการลงบันทึก ทำให้การเวลาในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยลดลง (2) บางงานเกิดความผิดพลาด ถือโอกาสการเรียนรู้การทำงานที่รอบคอบ การทำงานที่ผิดพลาดทำให้ต้องเจอปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน ต้องแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้การทำงานอาจล่าช้า จึงต้องเรียนรู้วิธีการทำงานที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำซ้อนและปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น และ (3) แพทย์เร่งงาน พยาบาลหงุดหงิดใจ แต่ไม่แสดงอารมณ์โกรธ การทำงานภายใต้สถานการณ์กดดัน ต้องทำงานแข่งกับเวลา ผู้ปฏิบัติงานต่างเครียด แพทย์ต้องการการรักษาที่เร่งด่วน เมื่อไม่เป็นไปตามที่

คาดหวัง อาจไม่พอใจ พุดประชดประชัน พยาบาลแม้จะรู้สึกไม่พอใจในการกระทำของแพทย์แต่ต้องควบคุมอารมณ์เพื่อไม่ให้เกิดปัญหากับผู้ร่วมงาน

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปราย ผลการวิจัยของประสบการณ์การจัดการภาวะวิกฤตของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในประเด็นต่อไปนี้ คือ 1) หน่วยงาน ER เป็นด่านหน้า ดูแลรักษาเวลาฉุกเฉิน 2) เลือกทำงานที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยลักษณะงานที่ทำทลายความสามารถ และ 3) เหตุการณ์เกินคาดหมาย เกิดขึ้นมากมายภายใต้งาน ER

1. หน่วยงาน ER เป็นด่านหน้า ดูแลรักษาเวลาฉุกเฉิน

หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานด้านหน้าของโรงพยาบาล (SoRelle, 2002) ที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ที่มีอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยกะทันหัน ทั้งที่รุนแรงและไม่รุนแรง ซึ่งเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตและสุขภาพเป็นการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงแก่ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ทั้งเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ คนชรา ไปจนถึงสตรีมีครรภ์ มีบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการเป็นทีมทั้ง แพทย์ พยาบาล บุคลากรต่างๆโดยมีเป้าหมายหลักในการให้บริการแก่ผู้ป่วยคือ สามารถดำรงรักษาชีวิต (Save life) รักษาอวัยวะแขนขาให้ดำรงอยู่ (Save limbs) และระดับประคองอวัยวะที่ดำรงอยู่ให้สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ (Save function) (สำนักการพยาบาล, 2550) ภายในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังแบ่งพื้นที่ให้บริการให้เหมาะสมกับอาการเจ็บป่วย โดยเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินพยาบาลคัดกรองเป็น ผู้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยพร้อมตรวจร่างกายเบื้องต้น (Primary assessment) ด้วยความรวดเร็ว เพื่อแบ่งระดับความเจ็บป่วยว่าควรให้การดูแลรักษาทันทีแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิตและจัดลำดับผู้ป่วยลำดับขั้นในการรักษาพยาบาลก่อน-หลังตามความรุนแรงของโรค โดยต้องใช้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางในการให้การพยาบาลทั้งผู้ป่วยบาดเจ็บและประสบอุบัติเหตุที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน (Badassi and Barber, 1981 อ้างถึงใน ปีทมาพร รุ่งพิพัฒน์พงศ์, 2550) และประสบการณ์ในการตัดสินใจอย่างรวดเร็วภายใต้เวลาที่จำกัดในการเลือกรับผู้ป่วยตามความจำเป็นและรีบด่วนตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนด ในส่วนของการช่วยเหลือผู้ป่วยประเภทที่ฉุกเฉินมาก สิ่งสำคัญคือการช่วยฟื้นคืนชีวิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยต้องมีการทำงานเป็นทีมร่วมกันของบุคลากรในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต้องใช้ความรู้ ทักษะในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและขั้นสูงสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็วและสามารถประเมินการช่วยฟื้นคืนชีวิต (Resuscitation assessment) ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ และที่สำคัญต้องมีเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการช่วยชีวิตขั้นสูง และเครื่องช่วยหายใจ ที่พร้อมใช้งาน (ทนนชัย บุญบุญพงศ์, 2552) จะต้องไม่

มีการยืมหรือเคลื่อนย้ายเครื่องมือใดๆของแผนกฉุกเฉินออกไปภายนอก เนื่องจากการขาดเครื่องมือใดๆอาจจะเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้ (จารุวรรณ พรรคพานิช, ภัทรา นิโคธธา และจินตนา ตันติกุล, 2546)

สำหรับผู้ป่วยประเภทอื่นๆ จะมีการส่งต่อไปตรวจตามความเหมาะสมทั้งภายในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกแผนกต่างๆหรือการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น โดยจะมีการให้การพยาบาลเบื้องต้น ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ในการรักษาจะมีห้องตรวจและอุปกรณ์การตรวจโรคทั่วไปจนถึงการพิเศษ โดยหน่วยฉุกเฉินจะต้องมีอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นในการตรวจรักษาโรค อุปกรณ์ที่ใช้ตรวจเฉพาะ เช่น อุปกรณ์ตรวจตา หู คอ จมูก โรคเด็ก ห้องตรวจทางสูติรีเวช ห้องผ่าตัดเล็ก และเก็บรวบรวมข้อมูลความเจ็บป่วยในวางแผนให้ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความแก่ผู้ป่วย บรรเทาอาการรบกวนต่างๆ (กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ตลอดจนมีการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยที่รอสังเกตอาการในกรณีที่มีการรักษาพยาบาลยังไม่สิ้นสุด ฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงระยะเริ่มแรก (Early detection) เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงทีหากมีการเปลี่ยนแปลงสำคัญ จากการศึกษาวิจัย พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเปรียบเทียบกับลักษณะงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไว้ 3 ประเด็นย่อยดังนี้ 1) เหมือนตลาดสด ผู้คนมากมาย ทุกอย่างดูวุ่นวาย จ๊อกแจ๊กจ๊อแจ 2) เหมือนถึงขยะเหมือนบาตรพระ รับผู้ป่วยทุกโรคทุกราย และ 3) เหมือนกิ่งหน่วยผู้ป่วยนอกบวกกับหน่วยผู้ป่วยใน ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลตามลำดับดังนี้

1.1 เหมือนตลาดสด ผู้คนมากมาย ทุกอย่างดูวุ่นวาย จ๊อกแจ๊กจ๊อแจ

หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทุกประเภทตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมดมาโดยลำพัง ญาตินำส่ง หรือบางครั้งมีการเจ็บป่วยพร้อมกันมาเป็นหมู่คณะ ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยเป็นปริมาณมาก เกิดภาวะแออัดในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินฉุกเฉินไม่สามารถระบายผู้ป่วยออกได้ทัน ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าในภาวะที่มีผู้มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นจำนวนมากผู้คนต่างเดินกันไปมา ทั้งเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติ พยาบาลต้องทำงานด้วยความเร่งรีบแข่งกับเวลาบางครั้งต้องวิ่งแทนเดินทำงาน มีทั้งผู้ป่วยที่อยู่บนรถนั่งและรถนอนจนออกนอกพื้นที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลจึงต้องตามหาพร้อมตะโกนเรียกผู้ป่วย บางครั้งต้องใช้ไมโครโฟนประกาศเรียก ทั้งเสียงพูดคุยตะโกนกันทำงานของเจ้าหน้าที่ เสียงร้องของผู้ป่วยทั้งผู้ใหญ่และเด็กที่ต่างแสดงออกถึงความไม่สุขสบาย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเปรียบเทียบกับสภาพแวดล้อมในการทำงานภายในอุบัติเหตุและฉุกเฉินเช่นนี้ว่า “เหมือนตลาดสด” ที่เต็มไปด้วยความโกลาหล และวุ่นวาย เสียงดัง สอดคล้องกับ Mckim (2003) กล่าวว่า

สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานประกอบด้วย 3 ด้านคือสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ทางสังคมและทางจิตใจ ซึ่งทางกายภาพหมายถึง สถานที่ทำงานมีระเบียบเป็นสัดส่วน และเสียงที่ดังในที่ทำงานจะรบกวนและก่อให้เกิดความรำคาญ หนวกหู เกิดความผิดพลาดในการสื่อสารและทำให้ขาดสมาธิในการปฏิบัติงาน (ศิริพร วันพั้น, 2548) และสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเครียดในการทำงาน ทำให้มีการแสดงออกทางร่างกาย (Physiological symptoms) ซึ่งทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้นทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ (Robbins and Judge, 2009) อีกทั้งเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นภาวะวิกฤตทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ผู้ป่วยและญาติไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน ญาติจึงมีความวิตกกังวลสูงต้องการรู้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและแผนการรักษาของแพทย์และด้วยความเป็นห่วงผู้ป่วยกลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจึงอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาโดยไม่อยู่ในพื้นที่ที่จัดไว้ให้ลักษณะดังกล่าวเป็นอุปสรรคและขัดขวาง ขาดความคล่องตัวในการปฏิบัติงานซึ่งในการจัดแบ่งพื้นที่ในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ควรออกแบบให้เอื้อต่อการให้บริการทั้งในภาวะปกติและการมีอุบัติเหตุหมู่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2540) แต่หากสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมต่อการทำงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งแล้วในการทำงานภายในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ต้องการความสะดวกและรวดเร็วจะทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะวิกฤตและฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 เหมือนถึงขยะ เหมือนบาตรพระ รับผู้ป่วยทุกโรคทุกราย

หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่เปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกประเภททั้งการเจ็บป่วยวิกฤตคุกคามชีวิตและการเจ็บป่วยทั่วไปที่ไม่ใช่ภาวะฉุกเฉิน แต่จากการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าบางสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นต้องรับการรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น ผู้ป่วยเจาะเลือดที่แผนกบริการผู้ป่วยนอกพบภาวะระดับน้ำตาลต่ำ (Hypoglycemia) ทางแผนกบริการผู้ป่วยบริการผู้ป่วยนอกจะส่งผู้ป่วยมารักษาที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทันทีแม้จะสามารถให้การรักษาเพื่อแก้ไขภาวะดังกล่าวเบื้องต้นได้ และเมื่อแผนกบริการผู้ป่วยนอกปิดทำการแต่ผู้ป่วยไม่สามารถกลับบ้านได้เนื่องจากรถมารับ หรือผู้ป่วยชาวต่างชาติที่ไม่มีญาติและมีปัญหาค่าใช้จ่ายรวมทั้งผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อร้ายแรงที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อสูงที่หน่วยงานอื่นไม่สามารถให้บริการหรือรับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยได้ จะถูกส่งมารอหรือรักษาต่อที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องรับผู้ป่วยทุกรายที่ไม่เป็นที่ต้องการของหน่วยงานอื่นเปรียบเทียบได้ว่าหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็น “ถึงขยะ” ทำให้ภาระงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มขึ้น อีกทั้งต้องเป็นด่านหน้า

เสี่ยงต่อการทำงานที่ไม่มีความปลอดภัย เช่น การติดเชื้อจากผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถปฏิเสธได้ต้องรับผู้ป่วยเหล่านั้นมาดูแลรักษาเปรียบเสมือนเป็น “บาตรพระ” สอดคล้องกับการศึกษาของดาร์วีน คาร์กกุลชาติ (2540) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่าพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีการติดเชื้อร้อยละ 78.9 นอกจากนี้การมีภาระงานมากและต้องทำงานภายใต้ความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจะทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการทำงาน เครียดและวิตกกังวล และสอดคล้องกับที่ยูเวส สิทริชานัญบัญชา (2550) ที่กล่าวว่า นอกจากผู้บริหารโรงพยาบาลและรัฐบาลจะขาดแคลนงบประมาณในการพัฒนาระบบเวชศาสตร์ฉุกเฉินแล้วยังทำให้ห้องฉุกเฉินกลายเป็นห้องรับ “ขยะ” (สิ่งที่ไม่ต้องการ) ของแผนกอื่นๆ เช่นผู้ป่วยที่มาไม่ตรงนัดของแผนกผู้ป่วยนอกต่างๆ ผู้ป่วยที่รอรับไว้ในโรงพยาบาล ทำให้ต้องแบกรับภาระงานต่างๆ ที่มีใช้การรักษาฉุกเฉินอีกมากมาย ส่งผลให้ห้องฉุกเฉินแออัด และขาดแคลนบุคลากรที่จะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างดีและมีความสุข

1.3 เหมือนกับหน่วยผู้ป่วยนอกบวกกับหน่วยผู้ป่วยใน

หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นเสมือนด่านหน้าของโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกประเภทโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตคุกคามชีวิตและผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุที่อาจทำให้เกิดการเสียชีวิตหรือพิการได้หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที แต่จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าบทบาทของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเร่งด่วนเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการบางส่วนเป็นผู้ป่วยที่มีการส่งตัวมาจากหน่วยบริการผู้ป่วยนอกเพื่อมารักษาหรือติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังเล่าว่าบางครั้งแพทย์ประจำบ้านได้ทำหัตถการที่ปฏิบัติในหน่วยบริการผู้ป่วยนอกซึ่งไม่ได้มีปฏิบัติในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงไม่มีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ประกอบกับพยาบาลเองไม่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือตรวจพิเศษนั้น แม้รู้สึกขัดแย้งในบทบาทหน้าที่เนื่องจากไม่ใช่ลักษณะการทำงานที่เคยปฏิบัติ แต่จำเป็นต้องเป็นผู้ช่วยแพทย์ในการตรวจให้แก่ผู้ป่วย เพื่อค้นหาความผิดปกติและสามารถวางแผนการรักษาได้ถูกต้อง พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องทำกิจกรรมพยาบาลของแผนกบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น ทำให้การทำงานแตกต่างจากเดิมจนเกิดความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ มีภาระงานมากขึ้นทำให้พยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกิดความเครียดในการทำงานได้ (Robbins and Judge, 2009)

นอกจากนี้ในปัจจุบันสภาวะโรคและความเจ็บป่วยมีความซับซ้อนยากต่อการรักษาให้หายได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งผู้ป่วยหลายรายที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน แต่เนื่องจากโรงพยาบาลเองก็ประสบกับปัญหาผู้ป่วยที่นอน

โรงพยาบาลนานจากการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและใช้เวลาในการเยียวยา เต็มที่จะรับผู้ป่วยเข้ารักษา จึงมีจำกัด ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการนอนรอรับการรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากขึ้น (Derlet, 2008) ยิ่งส่งผลให้เกิดความคับคั่งในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน(Twanmoh, 2006) ทำให้พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องให้การรักษาและใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อให้การประเมินดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนขึ้นแบบเดียวกับที่ผู้ป่วยนอนในหอผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้าพบว่าบริบทในการทำงานของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแตกต่างจากเดิม การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตเปลี่ยนไปเนื่องการทำงานแบบเดิมภายหลังจากกระบวนการช่วยฟื้นคืนชีวิตหรือใส่ท่อช่วยหายใจแล้วพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะใช้ระยะเวลาสั้นๆในการใส่ชุดหายใจแบบมือบีบ (Ambu bag) แล้วส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยทันที แต่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าในปัจจุบันภายหลังจากกระบวนการช่วยฟื้นคืนชีวิตแล้วกลับไม่มีเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตในการรองรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยบางรายที่ใส่ท่อช่วยหายใจต้องนอนรอเตียงในห้องกู้ชีวิตเป็นระยะเวลา 2 วัน จึงต้องใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด Bird ventilator และพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องให้การดูแลติดตามประเมินตลอดจนเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญโดยใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อปฏิบัติตามแผนการรักษาเหมือนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต สอดคล้องกับ Richards (2000) ซึ่งกล่าวว่าผู้ป่วยมีระยะเวลาในการนอนที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มขึ้นทั้งที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อในหอผู้ป่วยวิกฤตที่จำเป็นต้องมีพื้นที่แยกเป็นสัดส่วนชัดเจนและต้องใช้อุปกรณ์เฉพาะโรคในการประเมินอย่างใกล้ชิด เช่น Telemetry ดังนั้นพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงมีภาระงานมากขึ้น (Korn, 2008)

2. เลือกทำงานที่ ER ด้วยลักษณะงานที่ทำทลายความสามารถ

หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติทุกระบบ การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในหน่วยงานต้องใช้องค์ประกอบต่างๆที่หลากหลายทั้งความรู้ ความสามารถในการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมากำหนดเป็นปัญหาและวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง สมจิต หนูเจริญกุล(2540) กล่าวว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานต้องใช้ความรู้และความชำนาญในการให้การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาและความต้องการซับซ้อนหรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิต พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นบุคคลแรกที่ได้พบผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยซับซ้อนของหลายระบบ และมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าแม้ในผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน การคิดวิเคราะห์และการให้การพยาบาลยังมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงเป็นความท้าทาย

ทนายที่พยาบาลจะตั้งศักยภาพของตนเองออกมาโดยที่ต้องใช้ทั้งความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์และความชำนาญหลายด้านทั้งความรู้พื้นฐานในการพยาบาลหลายสาขาวิชา ไม่ว่าจะเป็น อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม จิตเวช เด็กและวัยรุ่น เป็นต้น และความรู้ที่ต้องศึกษา เรียนรู้เพิ่มเติมเนื่องจากเป็นลักษณะงานเฉพาะของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น การดูแล ผู้ประกันภัยจากรถ ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นเหยื่อจากอาชญากรรม การส่งตรวจที่เกี่ยวข้องกับคดี ให้แก่เจ้าหน้าที่ตำรวจ การตรวจระดับแอลกอฮอล์ การจัดทำรายงานเกี่ยวกับหลักฐานทาง กฎหมาย ผู้ที่ถูกข่มขืนหรือสงสัยว่าจะถูกข่มขืน เด็กที่ได้รับหรือสงสัยว่าจะได้รับการทารุณ (child abuse) (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2540 อ้างถึงใน ปัทมาพร รุ่งพิพัฒน์พงศ์, 2550) รวมทั้ง ต้องใช้ความสามารถเชิงปฏิบัติการทั่วไปและความสามารถเฉพาะเพื่อใช้ในการค้นหาปัญหาความ เจ็บป่วยโดยการประเมิน วินิจฉัย วางแผนการพยาบาลตลอดจนนำไปสู่การปฏิบัติในผู้ป่วยแต่ละ ราย สอดคล้องกับการศึกษาของออร์ทัย บึงวงศานุรักษ์ (2540) ที่พบว่าตัวประกอบด้านการประเมิน อาการในภาวะผู้ป่วยฉุกเฉิน ด้านการปฏิบัติการฉุกเฉิน ด้านการปฏิบัติการพยาบาลฉุกเฉินใน ภาวะวิกฤต และด้านการวางแผนการพยาบาลฉุกเฉินเป็นสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลหน่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉินที่จะทำให้สามารถให้การพยาบาลเบื้องต้นและวางแผนร่วมกับทีมสหสาขา วิชาชีพได้อย่างสอดคล้องตามแผนการรักษาเพื่อให้การดูแลรักษาต่อเนื่องและถูกต้อง ตลอดจน ใฝ่ระวังอาการการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งถือเป็นบทบาทด้าน การรักษาพยาบาล(Therapeutic role)ในการดูแลผู้ป่วยที่มีเป็นโรคในระยะเฉียบพลัน (สุภาณี เสนาดีสัย, 2540) นอกจากนี้ยังต้องทำงานแข่งกับเวลาที่มีจำกัดเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยให้ทันต่อ ภาวะคุกคามชีวิต และต้องมีการพัฒนาความรู้ให้ทันต่อโรคและการรักษาพยาบาล ตลอดจน เทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆที่เกิดขึ้น ทำให้การทำงานไม่หยุดนิ่งต้องมีการพัฒนาตัวเอง ตลอดเวลา (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2550)

3. เหตุการณ์เกินคาดหมาย เกิดขึ้นมากมายภายใต้งาน ER

เนื่องจากการทำงานหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ เหตุการณ์ ล่วงหน้าได้ ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสามารถแบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อยคือ 3.1) ผู้ป่วยและญาติหลากหลายเข้ามาใช้บริการ 3.2) ทำงานประสานหลายส่วน มีเรื่องปั่นป่วน ต้องแก้ไข และ 3.3) ปัญหาในหน่วยงานต้องจัดการแก้ไข

3.1 ผู้ป่วยและญาติหลากหลายเข้ามาใช้บริการ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยใน หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มขึ้น และการเข้าสู่ระบบบริการด้านสุขภาพทำได้ง่ายขึ้นเมื่อ เกิดภาวะความเจ็บป่วยขึ้นจึงเลือกที่จะไปรับการรักษาทันที ซึ่งหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็น

ทางเลือกของผู้ป่วยมากกว่าการไปรับบริการการตรวจจากแผนกบริการผู้ป่วยนอกเนื่องจากหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้บริการ 24 ชั่วโมง ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง และโรคมีความซับซ้อน อภิปรายได้ว่าโรงพยาบาลตติยภูมิเป็นสถานบริการขนาดใหญ่ที่ได้รับการรับรองคุณภาพซึ่งเป็นการรับรองว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพโดยบุคลากรที่เหมาะสมและมีการประเมินการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่นผู้ป่วยฉุกเฉิน การช่วยฟื้นคืนชีวิต(สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล: มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา, บรูณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล, 2543) ดังนั้นเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงเป็นทางเลือกสำคัญที่ผู้ป่วยจะเลือกมารับบริการ จากได้รับการตรวจรักษาที่รวดเร็ว มีแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Tang et al. (2010) พบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกาหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยมีผู้ป่วยเข้ารับบริการในปี ค.ศ.2007 เพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ.1997 คิดเป็น 38 เปอร์เซ็นต์ ในขณะที่ยูเรค สัทธาชาญบัญชา (2550) กล่าวว่าผู้ป่วยมารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมีความใส่ใจในการเจ็บป่วยที่ไม่ฉุกเฉินมากขึ้น ผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินไม่มีช่องทางหรือการรับบริการอื่นใดนอกเวลาราชการ ซึ่ง Emergency Nurse Association (ENA) พบว่าปัญหาผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดภาวะความแออัดของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Crowding) สอดคล้องกับ Sprivilis (2006) ที่กล่าวว่าความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการรับบริการกับกำลังทรัพยากรที่มีอยู่ ทำให้ไม่สามารถระบายผู้ป่วยออกจากหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ทัน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรอรับการรักษาที่หน่วยฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มขึ้น ในประเด็นนี้จากผลการวิจัยพบประเด็นย่อยดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 1 ผู้ป่วยมากมาย อยากได้การดูแล แต่ขอคัดกรองรับบริการทุกราย หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานแรก que ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยเฉียบพลันต้องมารับบริการ เพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตของชีวิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น บทบาทของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความแตกต่างจากพยาบาลทั่วไป เมื่อผู้ป่วยมารับบริการพยาบาลต้องทำหน้าที่คัดกรองโดยประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ทั้งซักประวัติและอาการสำคัญ ตรวจร่างกายและประเมินสัญญาณชีพ ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ฝึกระวังและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง (Uibed and Klein, 1994) แต่เนื่องจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและรุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียด ความกลัวและความ

วิตกกังวลกับอาการเจ็บป่วยนั้น จึงคาดหวังว่าจะได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน แต่ในระบบบริการของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีผู้ป่วยจำนวนมาก ดังนั้นการจัดบริการจึงต้องนำระบบการคัดกรองเข้ามาใช้ในแบ่งระดับเพื่อให้การรักษาตามลำดับความรุนแรง โดยให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตคุกคามชีวิตได้ทันท่วงที (Gilboy et al, 1999) และพิจารณาว่าจะส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาบริเวณใดในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งปารณกุล บุญประเสริฐ (2550) กล่าวว่าหัวใจสำคัญของการคัดแยกผู้ป่วยคือ รวดเร็วและถูกต้อง “Getting the right patient to the right resources at the right place and at the right time” ซึ่งสอดคล้องกับ Dello (2005, cited in Moller et al., 2010) ที่กล่าวว่า จุดประสงค์ที่สำคัญของการคัดกรองคือ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาในเวลาที่เหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย นอกจากนี้ Goransson et al. (2003) ยังกล่าวว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นจำนวนมากจนกระทั่งอุปกรณ์ พื้นที่และจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอที่จะรองรับและให้บริการได้อย่างรวดเร็ว การคัดกรองผู้ป่วยจึงจะสามารถช่วยจัดลำดับการรักษาที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ปลอดภัยและเกิดประสิทธิผลมากที่สุด (Murray, 2003)

ส่วนประเด็นย่อย 2 ญาติโวยวาย อธิบายแล้วไม่เข้าใจ ขอแพทย์ให้อธิบายเพิ่มเติม เมื่อการรับบริการในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง มีระยะเวลาในการรอคอยมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจลำดับขั้นตอนในการรักษาเนื่องจากขาดการให้ข้อมูลที่ดีจากบุคลากรในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และรู้สึกว่ปัญหาความเจ็บป่วยของตนเองสำคัญที่สุดแต่ไม่ได้รับการแก้ไขที่เร่งด่วน ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยและญาติจะเกิดความเครียดมากขึ้น สอดคล้องกับสุวรรณ อนุสันติ (2542) กล่าวว่าสาเหตุของความเครียดเกิดจากภายในตัวบุคคล ภายนอกตัวบุคคลและระหว่างบุคคล ความเจ็บป่วยเป็นภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ในขณะที่การติดต่อสื่อสารและเหตุการณ์ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังเป็นความเครียดระหว่างบุคคล ซึ่งเมื่อเกิดความเครียดแล้วร่างกายจะมีการตอบสนองทั้งทางร่างกาย (Physiological reaction) และทางอารมณ์ (Emotion reaction) ทำให้เกิดความวิตกกังวล คับข้องใจและแสดงความรู้สึกโกรธซึ่งจะแสดงพฤติกรรมที่รุนแรงทั้งทางร่างกายและวาจาออกมาเพื่อแสดงความไม่พอใจที่เกิดขึ้น (Salas and Driskell, 1996) สอดคล้องกับ Berkowitz (1990) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมความรุนแรงเป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อสิ่งที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ สำหรับในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบว่าสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่พอใจได้แก่ ผู้ป่วยที่มาที่หลังได้รับการตรวจรักษาก่อนโดยไม่มีกรอธิบายเหตุผลให้เข้าใจ ซึ่งนำไปสู่การแสดงออกทางคำพูดของญาติหรือผู้ป่วยที่เป็นลักษณะการ

บัน พุดประชาตประชัน และพุดคำหยาบ เมื่อพยาบาลเผชิญกับเหตุการณ์เหล่านี้ พยาบาลแก้ไข โดยการให้ข้อมูลของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตั้งแต่หน่วยคัดกรองเพื่ออธิบายให้ทราบ ถึงขั้นตอนต่างๆ แนวทางการรักษาและระยะเวลาในการรอตรวจ พอเพ็ญ ไกรนรา (2545) กล่าวว่า พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติมากที่สุด พยาบาลจึงสามารถให้ข้อมูลกับผู้ป่วยใน ขอบเขตของวิชาชีพตั้งแต่ครั้งแรกและต่อเนื่องตลอดเวลา จะทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในระบบ และขั้นตอนต่างๆ ในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนการตรวจรักษา ภาวะของโรคที่เป็นอยู่ เพื่อลด ความวิตกกังวลในสิ่งที่ไม่รู้ แต่หากเป็นสิ่งที่พยาบาลไม่แน่ใจหรือไม่มีข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยหรือญาติ ต้องการรู้ หรือข้อมูลนั้นเกินบทบาทของพยาบาลที่จะบอกได้ อาจส่งต่อให้พุดคุยเพื่อซักถามจาก แพทย์ การได้พบแพทย์จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าได้เข้าสู่กระบวนการตรวจรักษาแล้วหรือปัญหาความ เจ็บป่วยของตนจะได้รับการแก้ไขสอดคล้องกับการศึกษาของ Lim and Tang (2000) ที่พบว่า ผู้ป่วยคาดหวังในเรื่องการได้รับความรู้จากแพทย์ ในขณะที่ Molter (1979) กล่าวว่าแพทย์คือ บุคคลที่ผู้ป่วยอยากได้รับข้อมูลในการรักษามากที่สุด **ส่วนในประเด็นย่อยที่ 3 วัยรุ่นต้นกั้น บาดเจ็บมา ER ต้องแยกรักษาอย่ามาเจอกัน** เป็นสถานการณ์ความขัดแย้งของผู้ป่วยสองคน หรือสองกลุ่มซึ่งแสดงออกมาในรูปแบบของความโกรธและก้าวร้าวต่อกัน จึงต้องแยกผู้ป่วยให้ ได้รับการรักษาคนละโรงพยาบาลกันแต่หากเป็นไปได้และต้องรับการรักษาที่เดียวกัน ควรแยก บริเวณที่จะให้การักษาพยาบาลเป็นการแก้ไขความขัดแย้งแบบหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า (Nonconfrontation) ตามรูปแบบการแก้ไขความขัดแย้งของ Putnam and Wilson (1982) เพื่อลด การปะทะความรุนแรงเนื่องจากหากไม่สามารถควบคุมความขัดแย้งดังกล่าวได้อาจทำให้เกิด ความรุนแรงในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งความรุนแรงนี้มีโอกาสก่อให้เกิดความอันตรายต่อ บุคคลอื่นได้ (Barling, 2009)

สำหรับในประเด็นย่อยที่ 4 ผู้ป่วยจิตเวชดูแลจิตใจเพิ่ม พร้อมเรียกกำลัง เสริม ก่อนเริ่มอาละวาด ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามารับการรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มี พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง เป็นภาวะที่ทำให้เกิดความวุ่นวาย สร้างความรู้สึกหวาดกลัวและไม่ ปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วยและญาติรายอื่น โดยเฉพาะพยาบาลมีโอกาสได้รับอันตรายขณะ ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิราภรณ์ ปานแก้วและวันดี สุทธิรังสี (2545) ที่พบว่า ผู้ป่วยทางจิตเวชที่ญาตินำส่งเพื่อรักษาอาการที่กำเริบ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ต้องช่วยกันจับตัว ผู้ป่วยเพื่อสะดวกในการตรวจของแพทย์ บางครั้งพยาบาลไม่ได้ระมัดระวังอาจถูกผู้ป่วยทำร้าย จากผลการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าเมื่อต้องรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงเข้าตรวจรักษา ภายในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลจะใช้กลยุทธ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยท่าทางที่สงบ

แสดงความใส่ใจ รับฟัง ไม่พูดกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการตีความผิด ไม่สบตากับผู้ป่วยมากเกินไปและถอยออกจากผู้ป่วยหากอยู่ในระยะประชิดตัว แต่หากประเมินแล้วว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยอาจทำอันตรายแก่บุคคลอื่นได้ อาจต้องทำการผูกมัด(restraint) เพื่อควบคุมความรุนแรงของผู้ป่วยและให้เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเข้ามาช่วยควบคุมสถานการณ์เนื่องจากจำนวนและความสามารถของพยาบาลและแพทย์อาจไม่เพียงพอต่อการรับมือกับผู้ป่วยเมื่อเกิดพฤติกรรมรุนแรงซึ่งจะได้เข้าช่วยเหลือได้ทันการณ์ หลังจากแพทย์ตรวจและประเมินปัญหาของผู้ป่วยแล้วจะช่วยให้เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเข้ามาช่วยควบคุมสถานการณ์เนื่องจากจำนวนและความสามารถของพยาบาลและแพทย์อาจไม่เพียงพอต่อการรับมือกับผู้ป่วยเมื่อเกิดพฤติกรรมรุนแรงซึ่งจะได้เข้าช่วยเหลือได้ทันการณ์ หลังจากแพทย์ตรวจและประเมินปัญหาของผู้ป่วยแล้วจะช่วยให้เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเข้ามาช่วยควบคุมสถานการณ์เนื่องจากจำนวนและความสามารถของพยาบาลและแพทย์อาจไม่เพียงพอต่อการรับมือกับผู้ป่วยเมื่อเกิดพฤติกรรมรุนแรงซึ่งจะได้เข้าช่วยเหลือได้ทันการณ์

ใช้ยาทำให้ผู้ป่วยสงบลง สอดคล้องกับ Lowe et al. (2005) ที่กล่าวว่าการใช้วิธีผูกมัดและการให้ยารักษาด้านจิตเวชยังเป็นการรักษาที่ได้ผลสำหรับผู้ป่วยที่ควบคุมตัวเองไม่ได้ **สำหรับประเด็นย่อยที่ 5 ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน แต่อยากได้รับการรักษาไว มาใช้บริการ** การที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความรวดเร็วในการรักษาผู้ป่วยวิกฤตทำให้ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการฉุกเฉินเร่งด่วนนิยมมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินเนื่องจากจะได้รับบริการที่รวดเร็ว ไม่ต้องการไปรอตรวจที่แผนกอื่นและมั่นใจว่าจะได้รับการรักษาที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Carret and Fassa (2009) ที่พบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มขึ้นเช่นกัน และ Sarver, Cydulka and Baker (2002) ศึกษาพบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินเข้ามาใช้บริการเป็นจำนวนมากเนื่องจากความสะดวกสบาย และการเข้ารับบริการได้ง่าย ในขณะที่ยูเรส สิทธิชาญบัญชา(2550) กล่าวว่าเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกิดจาก unscheduled care คือ ผู้ป่วยที่ไม่ต้องการรอคอยการตรวจที่แผนกอื่นหรือผู้ป่วยที่ไม่สะดวกที่จะมาติดตามการรักษายังแผนกที่นัดจะมาใช้บริการจากหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแทน

ส่วนประเด็นย่อยที่ 6 อยู่ท่ามกลางอันตรายจากหลายๆเหตุการณ์ เมื่อเกิดสถานการณ์ความรุนแรงทำให้มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้องเตรียมรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าวโดยพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมักถูกคาดหวังว่าจะมีส่วนช่วยในการปฏิบัติงานได้มาก (บุญเลิศ จุลเกียรติ, 2546) แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สิ่งที่ยุโรปและบุคลากรในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องเผชิญนอกเหนือจากการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิต กลับถูกคุกคามการทำงานจากกลุ่มผู้ชุมนุมที่เข้ามาในโรงพยาบาลจำนวนมาก อีกทั้งประเด็นด้านหลังหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีสภาพซ้ำผู้ปฏิบัติงานกล่าวว่าผู้ชุมนุมอาจฟังประตูและจู่โจมเข้ามาได้สำเร็จ ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกหวาดกลัวและไม่มั่นใจในความปลอดภัยทำให้ขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีของ Lazarus and Folkman (1984) ที่กล่าวว่าเมื่อผู้ปฏิบัติงานประเมินสถานการณ์ว่ามีความคุกคามและอาจเกิดอันตรายต่อตนเองได้แล้วจะทำให้เกิดความวิตกกังวล หวาดกลัวและ

ความเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุรัสวดี ไมตรีกุล(2550)ที่กล่าวว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีความรู้สึกกลัวต่อสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย กลัวต่อการถูกทำร้าย การที่พยาบาลต้องปฏิบัติงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยกับชีวิตและการทำงานทำให้เกิดความเครียด โดยเครียดทั้งงานและความปลอดภัยในชีวิต

3.2 ทำงานประสานหลายส่วน มีเรื่องปั่นป่วนต้องแก้ไข

เนื่องจากการให้บริการของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยต้องมีการติดต่อกับผู้ป่วย ญาติ ทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือการติดต่อกับหน่วยงานภายนอก การสื่อสารจึงเป็นเรื่องจำเป็นที่ทำให้บุคลากรภายในและภายนอกหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความเข้าใจตรงกัน ช่วยให้งานมีความสมบูรณ์เพราะมีงานหลายอย่างที่แบ่งแยกกันทำระหว่างบุคลากรหรือหน่วยงาน (เสนาะห์ ติเยาว์, 2544) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การติดต่อประสานงานมักเกิดอุปสรรคหลายรูปแบบ ทั้งโดยวาจา เช่น การแจ้งข้อมูลไม่ครบถ้วน ลักษณะการพูดที่ไม่ชัดเจนทำให้ผู้รับสารตีความผิดพลาด หรือโดยลายลักษณ์อักษร เช่น การเขียนข้อมูลไม่ถูกต้องครบถ้วน หรือเขียนไม่ชัดเจน ซึ่งพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสาขาอื่นหรือหน่วยงานอื่น จึงต้องแก้ไขปัญหาและอุปสรรคจากการติดต่อประสานงานเพื่อให้การทำงานเป็นไปด้วยความราบรื่นและรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของอัปสร ตรีเทวี (2545) ที่พบว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยขจัดความผิดพลาดในการทำงาน ลดความขัดแย้งและช่วยให้การทำงานบรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายตามประเด็นย่อย ดังนี้ **ประเด็นย่อยที่ 1 OPD ส่งผู้ป่วยมาฝากไว้ บอกกล่าวกันหน่อยได้ไหม จะได้เตรียมการ** ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า หลังจากหมดเวลาทำการของหน่วยผู้ป่วยนอกผู้ป่วยถูกส่งมาติดตามการรักษาต่อที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยขาดการประสานงานติดต่อเพื่อแจ้งจำนวนผู้ป่วยที่จะส่งมารักษาต่อ ทำให้ไม่สามารถบริหารจัดการอัตรากำลังคนในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ล่วงหน้า ซึ่งตามมาตรฐานการพยาบาลอัตรากำลังต้องเพียงพอต่อการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ หากทราบล่วงหน้าพยาบาลหัวหน้าเวรจะได้เรียกอัตรากำลังสำรองขึ้นปฏิบัติงานได้ ในกรณีนี้ทำให้เวรป่วยมีภาระงานมาก ไม่สอดคล้องกับจำนวนพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานทำให้ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างทั่วถึง สอดคล้องกับผลการศึกษาของศรีศุภลักษณ์ สอนแก้ว(2553) ที่พบว่าอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลบางแพ้น้อยกว่าจำนวนที่ควรจะเป็นจริงทุกเวร สำหรับในเวรป่วยจะบริหารจัดการอัตรากำลังจากหน่วยงานตึกผู้ป่วยในมาช่วยปฏิบัติงาน 1-2 คน เพื่อให้มาช่วยปฏิบัติงานหากผู้รับบริการมีจำนวนมาก **ประเด็นย่อยที่ 2 การ Refer ผู้ป่วยช่วยบอกล่วงหน้า จะได้จัดหาทรัพยากรได้ทัน** เมื่อศูนย์รถพยาบาลฉุกเฉินหรือโรงพยาบาลอื่น

ส่งผู้ป่วยมารับรักษาต่อโดยไม่มีการติดต่อประสานงานมาล่วงหน้า ทำให้หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่ได้เตรียมความพร้อมทั้งพื้นที่ในการให้บริการ เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ต่างๆให้พร้อมต่อการให้บริการผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตต้องอาศัยทั้งทีมสุขภาพ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอเพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ ถูกต้องและปลอดภัย สอดคล้องกับสดาวดี หอมจุก (2543) กล่าวว่าอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้และเวชภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอจะทำให้บริการพยาบาลไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ขณะที่อุบล ยี่เฮง (2550) กล่าวว่าหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินขาดการประสานข้อมูลจากหน่วยที่นำส่งทำให้ประสิทธิภาพการช่วยเหลือที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินลดลง

ส่วนในประเด็นย่อยที่ 3 ขัดแย้งกับหอผู้ป่วยใน ขัดใจเรื่องส่งผู้ป่วยรักษาต่อ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความขัดแย้งของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับหอผู้ป่วยเกิดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารและการติดต่อประสานงานทำให้ต่างฝ่ายต่างเข้าใจผิดกัน จึงเกิดความขัดแย้งระหว่างพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อแพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยรักษาในหอผู้ป่วยที่ไม่ตรงตามเกณฑ์การรับผู้ป่วยของหอผู้ป่วย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะแสดงความไม่พอใจด้วยการบ่นทำให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความรู้สึกรู้สึกว่าเป็นที่รองรับอารมณ์ และรู้สึกที่ไม่ได้รับความร่วมมือที่ดีจากพยาบาลหอผู้ป่วย ทำให้เกิดเจตคติที่ไม่ดีต่อกันและไม่พอใจการทำงานของอีกฝ่าย ซึ่งสอดคล้องกับที่ศากุน ปวีณวัฒน์ (2546) กล่าวว่า การเกิดเจตคติหรืออคติกับผู้ส่งสาร และการขาดความเชื่อถือในผู้ส่งสารทำให้ผู้รับสารไม่สนใจรับฟังข่าวสารซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคในการสื่อสารอย่างหนึ่ง และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณาท แสงมณี (2544) ที่กล่าวว่าความสามารถในการสื่อสารที่ดีเป็นองค์ประกอบต่อความสำเร็จในการบริหารงาน โดยการสื่อสารที่ไม่ดี ขาดประสิทธิภาพจะทำให้เกิดความตึงเครียดในองค์กร ในขณะที่อุบล ยี่เฮง (2550) กล่าวว่า การเกิดความขัดแย้งระหว่างบุคลากรในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรับ-ส่งเป็นความเสี่ยงในการทำงานอย่างหนึ่งซึ่งแนวทางแก้ไขควรให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องประชุมหรือปรึกษาหารือเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน และ **ประเด็นย่อยที่ 4 แพทย์ต่างคนต่างรักษา ไม่รู้จะทำตามใคร ต้องขอให้มาปรึกษากัน** บทบาทหนึ่งในการทำงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินคือการประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลเป็นบุคคลกลางที่เชื่อมโยงแผนการรักษาสู่การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ซึ่งการปฏิบัติงานดังกล่าวต้องขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์ ในการให้แผนการรักษาแก่ผู้ป่วยแต่ละราย บทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลนี้ จึงเป็นบทบาทที่ไม่เป็น

อิสระของพยาบาลวิชาชีพ (Mundinger, 1980 อ้างถึงใน ดารณี พันธุ์ศรี, 2545) ในขณะเดียวกัน หากแพทย์มีแนวทางการรักษาต่างกัน พยาบาลที่รับผิดชอบให้การพยาบาลต้องมีการประสานงาน ให้แพทย์พูดคุยกันเพื่อให้การรักษาไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้นในการทำงานของพยาบาลหน่วย ฉุกเฉินเหตุและฉุกเฉินต้องมีบทบาทการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ (Collaboration role) ซึ่งพยาบาล ต้องจัดการให้บริการผู้ป่วยด้วยความรอบคอบ ตามขอบเขตและหลักการทางวิชาชีพของพยาบาล การร่วมมือกับทีมสุขภาพเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโดยการประสานการทำงานร่วมกันทั้งสองฝ่าย ทั้ง จุดประสงค์และการกระทำซึ่งถือเป็นความรับผิดชอบที่เท่าเทียมกัน ทั้งนี้แพทย์แต่ละฝ่ายต้องคิด เสมอว่าต่างฝ่ายต่างมีหลักการแนวทางปฏิบัติของตนเอง เป็นผู้นำในการทำงานเหมือนกันและมี คุณค่าเท่าเทียมกัน (Creasia and Parker, 2001 อ้างถึงใน วันเพ็ญ เส้นศูนย์, 2544) จึงต้อง ยอมรับในความคิดเห็นในการรักษาของแต่ละฝ่าย ซึ่งหากสามารถสื่อสารให้แพทย์มีแนวทางการ รักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในทิศทางเดียวกันที่เหมาะสมจะทำให้ผลลัพธ์ทางการรักษาเกิด ประสิทธิภาพสูงสุด

3.3 ปัญหาในหน่วยงาน ต้องจัดการแก้ไข

พยาบาลในหน่วยฉุกเฉินเหตุและฉุกเฉินต้องทำงานในสถานการณ์ที่ไม่สามารถ คาดเดาได้ การทำงานในแต่ละวันไม่มีรูปแบบชัดเจน ดังนั้นปัญหาที่เกิดจากการทำงานไม่ซ้ำกัน ไม่มีสูตรในการแก้ปัญหาที่ตายตัว ต้องอาศัยทักษะและประสบการณ์ของพยาบาลหน่วยฉุกเฉิน เหตุและฉุกเฉินที่จะเลือกใช้กลไกใดในการแก้ปัญหาให้เหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง และรวดเร็ว เพื่อให้กระบวนการทำงานเป็นไปด้วยความราบรื่น สอดคล้องกับที่ทรงไธ อุณหสูตร (2548) ที่ได้วิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะหลักของพยาบาลหน่วยฉุกเฉินเหตุและฉุกเฉิน พบว่าพยาบาลหน่วยฉุกเฉินเหตุและฉุกเฉินต้องมีสมรรถนะในการแก้ปัญหาและจัดการผลกระทบ จากงานฉุกเฉินเหตุและฉุกเฉิน และปัญหาที่เกี่ยวข้องโดยสมรรถนะดังกล่าวประกอบด้วย ความสามารถในการวิเคราะห์และสถานการณ์ที่เป็นปัญหา มีความสามารถในการเผชิญปัญหา และการแก้ไข และสามารถคาดการณ์แนวโน้มและผลกระทบจากการแก้ปัญหา นอกจากนี้ใน การศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานมีความสามารถในการแก้ไขปัญหา ต่างๆ ได้ดีเนื่องจากเข้าใจในภาพรวมของสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ตลอดจนมีการตัดสินใจที่ดีใน การเลือกใช้กลยุทธ์เพื่อแก้ปัญหาที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ สอดคล้องกับ Benner (1994) ที่กล่าวว่าพยาบาลที่มีอายุการทำงานมากกว่า 5 ปีเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทำให้เข้าใจปัญหาและ คิดวิเคราะห์เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอ อภิปรายตามประเด็นย่อย ดังนี้ **ประเด็นย่อยที่ 1 งานเอกสารมากขึ้น ให้ความดูแลผู้ป่วยได้**

นัยลง ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีเอกสารที่ต้องบันทึกมากมาย แต่หากที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับพยาบาลมากที่สุด คือการลงบันทึกทางการพยาบาลเพื่อใช้เป็นหลักฐานและเครื่องมือในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพเพื่อให้มองเห็นปัญหาและดำเนินการแก้ไข ปัญหาในทิศทางเดียวกัน โดยต้องลงบันทึกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มแรกกับผู้ป่วยจนจำหน่ายออก ประกอบกับปัจจุบันผู้ป่วยค่านึงถึงสิทธิผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อการฟ้องร้องจากการไม่พึงพอใจในบริการที่ล่าช้าไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตามที่คาดหวัง ทำให้พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องใช้เวลาในการลงบันทึกทางการพยาบาลให้ละเอียด เพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมาย หรืออาจนำไปเป็นเอกสารยืนยันในศาลได้ (พวงรัตน์ บุญญานุรัตน์, 2553) และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องใช้เวลาในการบันทึกเอกสารต่างๆที่นอกเหนือจากการลงบันทึกทางการพยาบาล เช่น การบันทึกจำนวนและรายละเอียดผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ต้องช่วยฟื้นคืนชีวิตหรือใส่ท่อช่วยหายใจ ตลอดจนจำนวนยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในกระบวนการดังกล่าว รวมทั้งการเก็บสถิติต่างๆของหน่วยงาน ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่พอใจและมีการพูดตำหนิพยาบาลว่าทำงานด้านเอกสารมากกว่าการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการใช้เวลาในการบันทึกต่างๆมากขึ้นนอกจากทำให้ภาระงานมากขึ้นในช่วงเวลาที่มีจำกัด (Workload against time pressure) ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ทันเวลาและส่งผลให้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้านการดูแลเอาใจใส่ (Care provider) หรือเวลาในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาพยาบาลและส่งเสริมความสบายในผู้ป่วยแต่ละรายลดลง ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพดังนั้นด้วยลักษณะงานของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ต้องทำงานด้วยความเร่งรีบเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤตคุกคามชีวิตเป็นสิ่งที่สำคัญ การบันทึกต่างๆควรบันทึกเฉพาะส่วนที่เป็นปัญหาเร่งด่วน

ส่วนในประเด็นย่อยที่ 2 บางงานเกิดผิดพลาด คือโอกาสการเรียนรู้การทำงานที่รอบคอบ การทำงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องทำงานแข่งกับเวลาเพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างรวดเร็ว บางครั้งเร่งรีบเกินไปจนขาดความละเอียดถี่ถ้วนซึ่งอาจทำให้การทำงานไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เกิดเป็นปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้าหรือผิดพลาดจนเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ เพราะความผิดพลาด หมายถึงอันตรายต่อชีวิตผู้อื่น (ทัศนา บุญทอง, 2543) พยาบาลจึงจำเป็นต้องนำประสบการณ์ความผิดพลาดในการทำงานมาเรียนรู้เพื่อพัฒนาการทำงานให้รอบคอบขึ้น ซึ่งแนวคิดองค์ประกอบของรูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองของ Knowles (1980) ที่กล่าวว่าบุคคลไม่ควรหยุดที่จะเรียนรู้กับสิ่งที่ทำและควรเรียนรู้วิธีการใหม่ๆที่ดีกว่าอย่างไม่จบสิ้น ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากสถานการณ์ของชีวิต

(Life Situation) สถานการณ์จริงร่วมกับการวิเคราะห์ประสบการณ์ (Analysis of experience) โดยการนำประสบการณ์เหล่านั้นมาใช้เป็นประโยชน์สำหรับการเรียนรู้ที่จะเกิดขึ้นใหม่ (Knowles, 1981 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2550) ซึ่งส่วนหนึ่งของการเรียนรู้คือการค้นหาวิธีการทำงานที่ดีที่สุดมาพัฒนาวิธีการที่ทำอยู่ให้ดีขึ้น (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และวิรุฒม์ ศรีรัตนบัลลังค์, 2543) เนื่องจากในการทำงานสามารถเรียนรู้สถานการณ์ที่ซับซ้อนได้มากกว่าการเรียนรู้จากทฤษฎีที่กำหนดไว้จนสามารถนำประสบการณ์จากการทำงานมาพัฒนาจนเกิดเป็นความชำนาญเพื่อให้สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดเกิดคุณภาพการบริการพยาบาล

ประเด็นย่อยที่ 3 แพทย์เร่งงาน พยาบาลหงุดหงิดใจ แต่ไม่แสดงอารมณ์โกรธ ในการทำงานที่ต้องแข่งกับเวลา แพทย์มีหน้าที่ต้องแก้ไขภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยมีพยาบาลเป็นผู้นำแผนการรักษาพยาบาลลงสู่การปฏิบัติกับผู้ป่วยซึ่งต้องทำด้วยความรวดเร็ว แต่เนื่องจากภาระงานที่มีจำนวนมาก บางครั้งไม่สามารถทำงานได้ทันตามเวลาที่แพทย์ต้องการ ทั้งแพทย์และพยาบาลต่างรู้สึกไม่พอใจในบทบาทของแต่ละฝ่าย ซึ่ง Kramer and Schmalenberg (1976 อ้างถึงใน บุชบา ประสานอธิคม, 2543) กล่าวว่าความขัดแย้งในวิชาชีพพยาบาลระหว่างบทบาทที่คาดหวังของแพทย์และพยาบาลเกิดจากความคาดหวังในบทบาทที่ต่างกัน ฝ่ายหนึ่งมีการรับรู้และปฏิบัติงานตามบทบาทของตนเอง ในขณะที่อีกฝ่ายต้องการให้ปฏิบัติงานตามความต้องการและความคาดหวังของตนเช่นกัน ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอีกฝ่าย จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ให้ข้อมูลรู้สึกโกรธและอาจเกิดความคับข้องใจจนนำไปสู่ปัญหาความขัดแย้งในที่สุด แต่พยาบาลพยายามควบคุมตนเองโดยการไม่แสดงอารมณ์โกรธและไม่แสดงพฤติกรรมตอบโต้ ซึ่งถือว่าเป็นการแก้ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลแบบยอมให้ (Yielding) ตามรูปแบบการแก้ปัญหาของ McShane and Von Glinow (2008) ซึ่งการคำนึงถึงความต้องการหรือความรู้สึกของผู้อื่นเป็นสิ่งสำคัญมากกว่าความรู้สึกหรือความต้องการของตนเอง เพื่อไม่ให้เกิดความบาดหมางใจระหว่างกัน ทำให้ความขัดแย้งของแพทย์และพยาบาลได้รับการแก้ไข เพื่อให้สามารถทำงานเป็นทีมต่อไปได้ เนื่องจากหากไม่สามารถแก้ไขปัญหาความขัดแย้งไม่ได้ อาจทำให้เกิดความรุนแรงในที่ทำงาน (Saltman et al., 2005) ซึ่งผู้ที่เสียประโยชน์ก็คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการนั่นเอง

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงปัญหาในการปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่า ปัญหาที่สำคัญในการปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือมีผู้รับบริการจำนวนมากโดยเฉพาะผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินทำให้จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์ควรวางแผนร่วมกับแพทย์เพื่อหาแนวทางปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยเข้ารับบริการให้ชัดเจนโดยเน้นผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตหรือฉุกเฉิน นอกจากนี้ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรภายในโรงพยาบาลได้รับทราบเกณฑ์ในการขอรับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และขอความร่วมมือในการปฏิบัติตามเกณฑ์ดังกล่าว หรือหน่วยงานควรพิจารณาเพิ่มค่าธรรมเนียมการตรวจในบุคลากรของโรงพยาบาลที่เป็นผู้ป่วยประเภทไม่รีบด่วน (Non-urgent) ที่มารับบริการนอกเวลา จะสามารถลดจำนวนผู้รับบริการกลุ่มดังกล่าวได้

2. เนื่องจากหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องมีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ซึ่งทำให้เกิดความผิดพลาดในกระบวนการสื่อสาร ดังนั้นควรมีแผนการปฏิบัติที่เป็นรูปแบบชัดเจน เช่น สร้างแบบบันทึกหรือใบประสานงานในแต่ละหน่วยงานเพื่อให้สื่อสารเข้าใจตรงกัน

3. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการสื่อสาร และการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ โดยจัดอบรมเรื่องทักษะการสื่อสารและการเจรจาต่อรองให้แก่พยาบาล เนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้รับบริการมากที่สุด การให้บริการด้วยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน และการใช้ศิลปะในการไกล่เกลี่ยจะช่วยลดปัญหาความไม่พึงพอใจหากการบริการไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ

4. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรเพิ่มบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการบริหารจัดการเตียงหรือผู้ป่วยร่วมกับแพทย์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มใหญ่ได้ ดังนั้นควรศึกษาเพิ่มเกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิซึ่งอาจแตกต่างกัน เนื่องจากโดยลักษณะการจัดให้บริการ ลักษณะผู้มารับบริการและจำนวนผู้รับบริการมีความแตกต่างกัน

2. ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วย
อุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นระดับเชี่ยวชาญ ดังนั้น
ควรศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลจบใหม่ในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งมี
บทบาทการบริหารจัดการและการปฏิบัติงานแตกต่างกัน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรองไต่ อุณหสุต. (2548). **การสำรวจสมรรถนะหลักของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน**[Online]. แหล่งที่มา: <http://thaitraumanurse.com>[27 กรกฎาคม 2556]
- เกษม สุวรรณกุล. (2534). **บริหารคน – คนบริหารงาน**. กรุงเทพมหานคร. ชมรมการบริหารงานบุคคล คณะรัฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2550). **สันติ-สุขภาวะ สันติวิถีกับการจัดการความขัดแย้งในระบบสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: หนังสือดีวัน.
- ชนิษฐา อรัญดร. (2545). **ประสบการณ์การดูแลและบริหารจัดการของพยาบาลขณะเกิดภาวะวิกฤตน้ำท่วม โรงพยาบาลหาดใหญ่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จตุพร พุกขหิรัญ. (2546). **การศึกษาความเครียดในงาน ผลของความเครียด และการเผชิญความเครียดในงาน ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอนณะจ พึ่งจาด. (2548). **ระเบียบวิธีการวิจัย: การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 17(2):10-19.**
- จารุวรรณ พรรคพานิช, ภัทรา นิโครธา และจินตนา ตันติกุล. (2546). **การบริหารงานแผนกฉุกเฉิน ใน สุดาพรรณ รัญจิรา และวนิดา ออประเสริฐศักดิ์ (บรรณาธิการ). การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุใหม่**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.
- จวีรัตน์ คงทอง. (2539). **ผลของการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อกิจกรรมการพยาบาลและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2549). **ศาสตร์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดนุลดา จามจวี. (2551). **มาตรฐานการพยาบาลบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใน รัญจวดี จิรสินธิปก(บรรณาธิการ). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- ดารณี พันธุ์ศรี. (2545). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจในตน คุณค่าของงานบรรยากาศขององค์กร กับการปฏิบัติ บทบาทอิสระในการปฏิบัติกรพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ดาร์รัตน์ ดำรงกุลชาติ. (2540). **การติดเชื่อวัณโรคในบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลขนาดใหญ่.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลด้านการ การ ควบคุมการติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา ชูโต. (2551). **การวิจัยเชิงคุณภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: พรินต์โพร.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2545). **การบริหารการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: ประชุมช่าง.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). **ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาล ใน ศตวรรษที่ 21.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.
- บุษบา ประสารอริคม. (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความเชื่อมั่นในตนเองกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและ รับรอง คุณภาพโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทนันชัย บุญบุรพงค์. (2552). **บทบาทพยาบาลในการช่วยฟื้นชีวิต. ใน เอกสารประกอบการ ประชุมวิชาการเรื่อง การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน, วันที่ 15-19 มิถุนายน 2552. โรงแรมดิ เอ็มเมอรัลด์. กรุงเทพมหานคร.**
- ทัศนาศ บุญทอง. (2543). **ทิศทางการปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบ บริการสุขภาพไทย.** กรุงเทพมหานคร: สภาการพยาบาล.
- บุญเลิศ จุลเกียรติ. (2546). **หลักการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน.** กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี.
- ประนมวัน เกษสัณชัย และวิภาพร วรหาญ. (2012). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการ ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต 12 กระทรวงสาธารณสุข. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ 30(3): 24-32.**
- ประเสริฐ วัฒนานุกร. (2545). **การดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินและปัญหาที่พบบ่อย. ใน ตำรา เวชศาสตร์ฉุกเฉิน.** กรุงเทพมหานคร: โอเคออส พรินต์ติ้งเฮ้าส์.

- ประเสริฐ วศินานุกร. (2550). เตรียม ER รับสาธารณสุข. ใน **การประชุมวิชาการเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 6 ทำอย่างไรให้แผนฉุกเฉินดีขึ้น**, วันที่ 19-23 กุมภาพันธ์ 2550. กรุงเทพมหานคร : N P Press Limited Partnership.
- ปรางทิพย์ อุจะรัตน์. (2541). **การบริหารทางการแพทย์**. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- ปารณกุล บุญประเสริฐ. (2550). การคัดแยก (Triage). ใน **การประชุมวิชาการเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 7 บทบาทพยาบาลฉุกเฉิน ปัจจุบันและอนาคต**, วันที่ 7-11 กุมภาพันธ์ 2554. กรุงเทพมหานคร : N P Press Limited Partnership.
- ปัทมาพร รุ่งพิพัฒน์พงศ์. (2550). **สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พจนารถ เจียรวิจิตร, มลิวัดย์ จิระวิโรจน์, ประสิทธิ์ ศรีสุข, และนิภาพร ลครวงศ์. (2543). ความเครียดของพยาบาลต่อการบริหารงานการพยาบาล. **ยโสธรเวชสาร** 2(1): 38-49.
- พรนพ พุกกะพันธุ์. (2542). **การบริหารความขัดแย้ง**. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- พวงทิพย์ ชัยพิบาล. (2551). **คุณภาพการบริหารการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: วีพรีน(1991).
- พวงรัตน์ บุญญานุกักรักษ์. (2553). OPT กระบวนการพยาบาลยุคที่สามสร้างความสำเร็จของผลลัพธ์ทางการแพทย์และการบันทึกทางการแพทย์ได้อย่างไร. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง OPT : แนวคิดเชิงบูรณาการสู่คุณภาพการพยาบาลยุคฐานความรู้. จัดโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย วันที่ 7-9 ธันวาคม 2553 ณ โรงแรมแมนดาริน กรุงเทพมหานคร.
- พอเพ็ญ ไกรนรา. (2545). **การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างทักษะความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการสำหรับนักศึกษาพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2552). **หลักการและการวิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการแพทย์และสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ภัทรมน ทับสูงเนิน. (2552). **สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลของรัฐ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทรา เผือกพันธ์. (2545). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ**

กรุงเทพมหานคร. วิทยาลัยนพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ราชันี อยู่ศิริ. (2551). **การบริหารการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยสภากาชาดไทย.

ราชันีวรรณ ดารารัตนศิลป์. (2550). **หุ้นส่วนความสำเร็จของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. ใน การประชุมวิชาการเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 7 บทบาทพยาบาลฉุกเฉิน ปัจจุบันและอนาคต,** วันที่ 7-11 กุมภาพันธ์ 2554. กรุงเทพมหานคร: N P Press Limited Partnership.

โรสรินทร์ สมบูรณ์ธนกิจ. (2548). **การศึกษาอุบัติการณ์อันตรายจากการปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร.** วิทยาลัยนพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

เรมวอล นันทศุภาวัฒน์. (2543). **ภาวะผู้นำทางการพยาบาลในองค์การ.** เชียงใหม่: นนทบุรีการพิมพ์.

ยูเวศ สิทธิชาญบัญชา. (2550). **ความแออัดของแผนกฉุกเฉิน: Emergency Department Crowding . ใน การประชุมวิชาการเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 7 บทบาทพยาบาลฉุกเฉิน ปัจจุบันและอนาคต,** วันที่ 7-11 กุมภาพันธ์ 2554. กรุงเทพมหานคร: N P Press Limited Partnership.

วรรณาท แสงมณี. (2544). **องค์การและการจัดการ.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ระเบียบทอง การพิมพ์.

วนิดา ออประเสริฐศักดิ์, อรุณี เกตุกราย และวิมลรัตน์ วิสิฐส์ธาทาพงศ์. (2546). **การจำแนกผู้ป่วย. ใน สุดาพรรณ ัญจิรา และวนิดา ออประเสริฐศักดิ์ (บรรณาธิการ). การพยาบาลฉุกเฉิน และอุบัติเหตุใหม่.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.

วิจิตร อาวะกุล. (2542). **เทคนิคมนุษยสัมพันธ์.** พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร. โอเอส พรินติ้ง เฮ้าส์.

วีณา เทียงธรรม. (2547). **การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา.** วารสารพยาบาลสาธารณสุข 18(2):97-107.

วันชัย มีชาติ. (2548). **พฤติกรรมกรรมการบริหารองค์การสาธารณะ.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ กรุงเทพมหานครพัฒนา.

- วันเพ็ญ สายไหม, สุดาพรรณ ธัญจิรา, และณวีร์ชยา ประเสริฐสุขจินดา. (2553). ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการของบุคลากรทางการพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. **รามาศิบัติพยาบาลสาร** 16(1): 121-134.
- วันเพ็ญ เส้นศูนย์. (2544). **บทบาทและหน้าที่ที่พึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในปี พ.ศ. 2553**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีศุภรักษ์ สอนแก้ว. (2553). **การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางแพะ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศากุน ปวีณวัฒน์. (2546). การสื่อสารในหน่วยฉุกเฉิน. ใน สุดาพรรณ ธัญจิรา และวนิดา ออประเสริฐศักดิ์(บรรณาธิการ). **การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุภัยหมู่**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.
- ศิริพร จิรวัดณ์กุล. (2548). **การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- ศิริพร วันพูน. (2548). **จัดสภาพแวดล้อมอย่างไรให้เหมาะสม: Industrial Technology Review**. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พริ้นต์ติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พริ้นต์ติ้ง.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2544). **มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา: บูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์ดี.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักงานปลัดกระทรวง กองการพยาบาล. (2542). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักงานปลัดกระทรวง กองการพยาบาล. (2544). **การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล: งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักงานการพยาบาล. (2550). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- สุดาวดี หอมจุ. (2543). **การสร้างมาตรฐานการพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุธีราภรณ์ ปานแก้ว และวันดี สุทธิรังสี. (2545). ความเครียดและการจัดการกับความเครียดของพยาบาลหน่วยฉุกเฉิน. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์** 22(1): 71-81.
- สุพานี เสนาดิสัย. (2540). **การพยาบาลพื้นฐาน : แนวคิดและการปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: ดีแอลเอสกรุงเทพ.
- สุภาวดี จันทวานิช. (2554). **การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรัสวดี ไมตรีกุล. (2550). **ประสบการณ์การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุลักษณ์ มีชูทรัพย์. (2534). **การบริหารการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานครการพิมพ์.
- สุวรรณ อนุสันติ. (2542). Managing stress for nursing student. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 11(2): 37-43.
- เสนาะห์ ดิยาวี. (2544). **หลักการบริหาร**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เสาวรส คงชีพ. (2545). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย การสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ กับเซาว์อารมณ์ของพยาบาลประจำการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2547). แพทย์-พยาบาลพันธุ์ใหม่. ใน **การประชุมวิชาการเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 4 เรื่อง Advanced Life Support for Doctor-Nurse in ER & EMS**. วันที่ 12-16 กุมภาพันธ์ 2546. กรุงเทพมหานคร : แอล. ที. เพรส.
- หทัยรัตน์ โชคชัยธนากุล. (2543). **ผลของการใช้โปรแกรมประกันคุณภาพที่มีความพึงพอใจของผู้ป่วย งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรรถัย ปิงวงศานุรักษ์. (2540). **ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินในโรงพยาบาลรัฐ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหาร การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรถพรณ ไตสิงห์. (2550). ความจำเป็นของพยาบาลฉุกเฉินในประเทศไทย. ใน **การประชุม วิชาการเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 7 บทบาทพยาบาลฉุกเฉิน ปัจจุบันและอนาคต**, วันที่ 23-27 กรกฎาคม 2550. กรุงเทพมหานคร : N P Press Limited Partnership.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และวิรุฒม์ ศรีรัตบัลล์. (2543). **คุณภาพของระบบสุขภาพ**. หนังสือชุดสุขภาพ คนไทย ปี พ.ศ.2543. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อาจารย์ ศิริ. (2552). **ปัจจัยความเครียดในงานและคุณภาพชีวิตของพยาบาลห้องผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2553). **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2534). **กระบวนการบริหารการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2 . เชียงใหม่: ภาควิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุบล ยี่เฮง. (2550). ER พาเสียง . ใน **การประชุมวิชาการเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 7 บทบาท พยาบาลฉุกเฉิน ปัจจุบันและอนาคต**, วันที่ 7-11 กุมภาพันธ์ 2554. กรุงเทพมหานคร : N P Press Limited Partnership.
- อุษณีย์ สมบูรณ์ทรัพย์. (2537). **การบริหารการสื่อสารในภาวะวิกฤตกรณีศึกษาของตลาด หลักทรัพย์แห่งประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชานิติศาสตร์ ธุรกิจ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- อัปษร ตริเทวี. (2545). **ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสื่อสารสำหรับพยาบาลประจำการ ต่อคุณภาพการพยาบาลด้านการสื่อสาร แผนก ผู้ป่วยนอก สุติกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการ พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- American Association of Critical Care Nurse. (2005). **Procedure manual for critical care**.
In AACN(ED).St. Louis: Elsevier Saunders.
- Barling, J., Dupre, K.E., and Kelloway, E.K . (2009) Predicting Workplace Aggression and Violence. **Annual Review of Psychology** 60(1): 671-692.
- Benner, P. (1984). **From novice to expert**. California: Addison-Wesley.
- Berkowitz, L., (1990). On the formation and regulation of anger and aggression.
American Psychologist 45(4): 494-503.
- Carret, M.L., Fassa, A.C., and Domingues, M.R. (2009). Inappropriate use of emergency services: A systematic review of prevalence and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública** 25(1): 7-28.
- Cohen, M. Z., Kahn, D. L., and Steeves, R. H. (2000). How to Analyze the Data. In Cohen, M. Z., D. L., Kahn, and R. H. Steeves (Ed.), **Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers**. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cox, T., Griffiths, A. and Cox, S. (1996). **Work-related stress in nursing : Controlling the risk to health**. Geneva: International Labour Office.
- Crist, J. D., and Tanner, C. A. (2003). Interpretation/analysis methods in hermeneutic interpretive phenomenology. **Nursing Research** 52(3): 202-205.
- Derlet, R. W., and Richards, J. R. (2002). Emergency overcrowding in Florida New York and Texas. **Southern Medical Journal** 95(8): 846-849.
- Derlet, R.W., and Richards, J.R. (2008). Ten solutions for emergency department crowding. **Western Journal of Emergency Medicine**. 9(1): 24–27.
- Dessler, G. (2001). **Management Leading People and Organizations**. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Dessler, G. (2004). **Management: Principle and practice for tomorrow' s leaders**. 3rd ed. New Jersey: Pearson Education.
- Dolan, B., and Holt, L. (2005). **Accident and emergency theory into practice**. 4th ed. St. Louis: Mosby.

- Hagness, S., Kreitzer, M., and Kinney, M. (2002). Complementary integrative and holistic care in emergency nursing. In Holleran, R. (Ed.), **Nursing clinics of North America**. Emergency Nursing. Philadelphia: Saunders.
- Heidegger, M. (1962). **Being and Time**. (J. Macquarrie & E. Robinson, Trans.). New Haven, CT: Yale University Press. (Original work published 1927).
- Holloway, L., and Wheeler, S. (1996). **Qualitative research for nurse**. London: Blackwell Science.
- Holloway, L., and Wheeler, S. (2010). **Qualitative research in nursing and healthcare**. 3rd ed. London: Blackwell Science.
- Hoot, N. R., and Aronsky, D. (2008). Systematic review of emergency department crowding: Causes, effect, and solution. **Annals of Emergency Medicine** 52(2): 126-136.
- Howard, M. S., Davis, B. A., Anderson, C., Cherry, D., Koller P., and Shelton, D. (2005). Patients' perspective on choosing the emergency department for non-urgent medical care: A qualitative study exploring one reason for overcrowding. **Journal of Emergency Nursing** 31(5): 429-435.
- George, J.H., and Jones, G. R. (2002). **Understanding and managing: Organizational behavior**. 3th ed. New Jersey: Prentice-Hall.
- Gilboy, N., Travers, D., and Wuerz, R. (1999). Re-evaluation triage in the new Millennium : a comprehensive look at the need for standardization and quality. **Journal of Emergency Nursing** 25: 468-473.
- Göransson, K., Ehrenberg, A., Marklund, B., and Ehnfors, M. (2005). Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage. **Scandinavian Journal of Caring Sciences** 19(4): 432-438.
- Guba, E. G., and Lincoln, Y. S. (1989). **Fourth generation evaluation**. Newbury Park, CA: Sage.
- Jenkins, J. K. (1978). **Emergency department organization and management**. 2nd ed. London : The C.V. Mosby Company.

- John, G., and Saxe, A.M. (2005). **Organizations behavior understanding and managing life at work**. 6th ed. Toronto: Prentice-Hall.
- Jones, R.A., and Beck, S.E. (1996). **Decision making in nursing**. Albang: an International Thomson.
- Kahn, D. L. (2000). How to conduct research. In M. Z. Cohen, D. L., Kahn and R. H. Steeves (Eds.), **Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers**. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kipp, K.M. (2001). Implementing nursing caring standard in the Emergency Department. **Journal of Nursing Administration** 31(2): 85-89.
- Knowles, M.S. (1980). **The modern practice of adult education**. New York: Cambridge The Adult Education Company.
- Koch, T. (1995). Interpretive approaches in nursing research: The influence of Husserl and Heidegger. **Journal of Advanced Nursing**, 21(4), 827-836.
- Kvale, S. (1996). **Interview: An introduction to qualitative research interviewing**. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lazarus, R.S., and Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal and coping**. New York: Spring Publishing.
- Lim,P.C., and Tang,N.K. (2000). A study of patients' s expectations and satisfaction in Singapore hospital. **International Journal of Health Care Quality Assurance** 13(7): 290-299.
- Lowe, T., Wellman, N., Taylor, R. (2003). Limit-setting and decision-making in the management of aggression. **Journal of Advanced Nursing** 41(2): 154-161.
- Marquis, B. L., and Huston, C.J. (2009). **Leadership roles and management functions in nursing**. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.
- McCaing, L.F., and Burt, C.W. (2005). National hospital ambulatory medical care survey: 2003 emergency department summary. **Advance data** 358 (26): 1-38.
- McKim, S.J. (2003). Health work environment. **Nurse Leader** 15(3): 15-22.
- McShane, S. L., and Von Glinow, M. A. (2008). **Organization behavior**. 4th ed. Boston: McGraw-Hill.

- Moller, M., Fridlund, B., and Göransson, K. (2010). Patients' conceptions of the triage encounter at the emergency department. **Scandinavian Journal of Caring Sciences** 24(4): 746-754.
- Molter, N.C. (1979). Needs of relative of critically ill patients : A descriptive study. **Heart and Lungs** 8(2): 332-339.
- Murray, M., (2003). The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage. **Emergency Medicine** 15(1): 6–10.
- Korn, R., and Mansfield, M. (2008). ED overcrowding: An assessment tool to monitor ED registered nurse workload that accounts for admitted patients residing in the emergency department. **Journal of Emergency Nurse**. 34(3): 441–446.
- Olshaker, J. S., and Rathlev, N. K. (2006). Emergency department overcrowding and ambulance diversion: The impact and potential solutions of extended boarding of admitted patients in the emergency department. **Journal of Emergency Medicine** 30(3): 351-356.
- Patton, M. Q. (1990). **Qualitative evaluation and research methods**. 2nd ed. Newbury Park, CA: Sage.
- Putnam, L.L., and Wilson, C., (1982). Communication strategies in organizational conflicts: Reliability and validity of a measurement. In M. Burgoon (Ed.), **Communication Yearbook 6**. Beverly Hills, CA: Sage.
- Ramos, M. C. (2006). Eliminate destructive behaviors through example and evidence. **Nursing Management** 37(9): 34-41.
- Reinharz, S. (1983). Phenomenology as a dynamic process. **Phenomenology and Pedagogy** 1(1), 77-79.
- Richards, J.R., Navarro, M.L., Derlet, R.W. (2000). Survey of directors of emergency departments in California on overcrowding. **Western Journal of Medicine** 172(6): 385–388.
- Richardson, D. B. (2006). Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. **Medicine Journal of Australia** 184(5): 213-216.

- Robbins, S.P., and Judge, T.A. (2009). **Organizational behavior**. 13th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall.
- Robinson, J. A. (1968). Crisis in Sills In David L. (Ed.), **International encyclopedia of the social sciences**. New York: Macmillan & Free Press.
- Rudy, S. J., and Polomano, R. (2007). Team management training using crisis resource management result in perceived benefits by healthcare workers. **The Journal of Continuing Education in Nursing** 38(5): 219-226.
- Salas, E., and Driskell, J.E.(1996). Introduction: the study of stress and human performance. In J.E. Driskell and E. Salas (Ed.), **Stress and human performance**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Saltman, D. C., O'Dea, N. A., and Kidd, M. R. (2006). Conflict management: A primer for doctors in training. **Postgraduate Medical Journal** 82: 9-12.
- Sarver, J.H., Cydulka, R.K., and Baker, D.W. (2002). Usual source of care and non-urgent emergency department use. **Academic Emergency Medicine** 9(9): 916-923.
- Schermehorn, J.R., Hunt, G.J., and Osborn, R.N. (1991). **Managing organization**. 4th ed. Canada : John Wiley & Sons Inc.
- Schwecke, L. H. (2003). **Anxiety coping and crisis**. 4th ed. Boston: Mosby.
- Seitel, S. (2007). **The Practice of public relations**. 10th ed. Practice- Hall. New Jersey.
- Servellen, G. V. (2009). **Communication skill for the health care professional**. 2nd ed. Massachusetts: Malloy.
- Shives, L. R. (2005). **Basis concepts of psychiatric mental health nursing**. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Smith, S. (2005). **AkSorn 's quick look dictionary**. 6th ed. Bangkok: Thai Rom Klua.
- Sprivulis, P. C., Silva, J. A., Jacobs, I. G., Frazer, A. R., and Jelinek, G. A. (2006). The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. **Medicine Journal Australia** 184(12): 208-212.

- SoRelle, R. (2002). The ED as the hospital's front door. **Emergency Medicine News** 24(5): 52-54.
- Tang, N., Stein, J., Hsia, R.Y., Maselli, J.H., and Gonzales, R. (2010). Trends and characteristics of US emergency department visits, 1997-2007. **The Journal of the American Medicine Association**. 304(6): 664-70.
- Terry, George, R. (1972). **Principle of management**. Illinois: Ricgard D.Irwin.
- Thompson, C., Hayhurst, C., and Boyle, A. (2010). How have changes to out of hours primary care services since 2004 affected emergency department attendances at a UK district general hospital?. **Emergency Medicine Journal** 27(1): 22-25.
- Thompson, T. L. (1990). Hermeneutic inquiry. In L. E., Moody (Ed). **Advanced nursing science through research**. New York: Sage Publications.
- Twanmoh, J.R., and Cunningham, G.P. (2006). When overcrowding paralyzes an emergency department. **The American Journal of Managed Care** 15(6): 54-59.
- Uibel, I.C., and Klein, A. R. (1994). **Emergency nursing core curriculum, emergency department management**. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Velianoff, G. (2002). Overcrowding and diversions in the emergency department: The health care safety net unravels. In Holleran R. (Ed.), **Nursing Clinics of North America: Emergency nursing**. Philadelphia: Saunders.
- Yamane, K. (2003). **Hospital Emergency Departments: Crowded conditions vary among hospitals and communities**. Washington DC: US General Accounting Office.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

1. เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. ใบขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล
3. ใบอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
4. คำชี้แจงและคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้ร่วมวิจัย
5. ใบยินยอมของกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
6. ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๓๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
 โทร. ๐-๒๓๕๔-๗๒๓๕, ๐-๒๒๐๑-๑๒๕๖ โทรสาร ๐-๒๓๕๔-๗๒๓๓
 Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
 270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
 Tel. (+66) 2354-7275, (+66) 2201-1296 Fax (+66) 2354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๕/๕๘๑

ชื่อโครงการ ประสิทธิภาพการกำจัดมาระยะวิกฤตของพยาบาลผู้ติดเชื้อและฉุกเฉิน

เลขที่โครงการ/รหัส ID ๑๒-๕๕-๕๐ บ

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวกมลพรรณ รามแก้ว

ที่ทำงาน ฝ่ายการพยาบาล
 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของ สสจ. ซึ่ง
 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศุภมาส วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงยุ้ง ยงกิติพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง

๒๕ มกราคม ๒๕๕๖

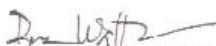
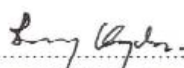




คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
 โทร. ๐-๒๓๕๔-๗๒๗๕, ๐-๒๒๐๑-๑๒๕๖ โทรสาร ๐-๒๓๕๔-๗๒๓๓
 Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
 270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
 Tel. (+66) 2354-7275, (+66) 2201-1296 Fax (+66) 2354-7233

Documentary Proof of Ethical Clearance
Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

	MURA2012/581
Title of Project	Crisis Management Experience of Emergency Room Nurses
Protocol Number	ID 12-55-50
Principal Investigator	Miss. Kamonpan Rankaew
Official Address	Nursing Services Department Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Secretary Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects	 Prof. Duangrudee Wattanasirichaigoon, M.D.
Signature of Chairman Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects	 Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.
Date of Approval	January 29, 2013

<p>ที่ ศธ 0512.11/ 0356</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> <p>หน่วยวิเคราะห์ข้อมูลฯ วันที่ 01/3-8 รับครั้งที่ 1 วันที่ 25/5/2556 น. รับครั้งที่ 2 วันที่ น.</p> </div>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">ฝ่ายการขอความร่วมมือ</td> <td style="text-align: right;">ที่ 1670/68</td> </tr> <tr> <td>ครั้งที่ 1</td> <td>25.0. 2556 เวลา 14.30 น.</td> </tr> <tr> <td>ครั้งที่ 2</td> <td>เวลา</td> </tr> <tr> <td>ครั้งที่ 3</td> <td>เวลา</td> </tr> </table> <p>คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศรพระ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;"> <p>หน่วยสารบรรณ วันที่ 26/3/56 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รับครั้งที่ 30 วันที่ 25/5/2556 น. รับครั้งที่ น. รับครั้งที่ น.</p> </div> <p style="text-align: center;">๙ มีนาคม 2556</p>	ฝ่ายการขอความร่วมมือ	ที่ 1670/68	ครั้งที่ 1	25.0. 2556 เวลา 14.30 น.	ครั้งที่ 2	เวลา	ครั้งที่ 3	เวลา
ฝ่ายการขอความร่วมมือ	ที่ 1670/68									
ครั้งที่ 1	25.0. 2556 เวลา 14.30 น.									
ครั้งที่ 2	เวลา									
ครั้งที่ 3	เวลา									
<p>เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิติสดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย</p> <p>เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี</p> <p>สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด</p> <p>เนื่องด้วย นางสาวกมลพรรณ รามแก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิภาพการจัดการภาวะวิกฤตของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมธานี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิติสดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 15 คน โดยใช้แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ ทั้งนี้นิติสดจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง</p> <p>จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกมลพรรณ รามแก้ว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้</p> <p style="text-align: right;">ขอแสดงความนับถือ</p> <p style="text-align: center;">  (รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์) รองคณบดี ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ </p>										
<p>สำเนาเรียน ฝ่ายวิชาการ อาจารย์ที่ปรึกษา ชื่อนิติสด</p>	<p>หัวหน้าพยาบาล โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมธานี โทร. 0-2218-1154 นางสาวกมลพรรณ รามแก้ว โทร. 084-434-0624</p>									



สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์และโทรสาร ๐๒ ๒๐๑๑๗๐๑

ที่ ศร ๐๕๑๗.๐๖๑๗/๖๗๕
วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๖
เรื่อง อนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศร ๐๕๑๒.๑๑ /๐๒๘๖
ลงวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๕๖

ตามหนังสือที่อ้างถึงแจ้งว่า นางสาวกมลพรรณ รามแก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัยเพื่อเสนอเป็น
วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ประสบการณ์การจัดการภาวะวิกฤตของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน" โดยมี ผู้ช่วย
ศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีให้เข้าถึงข้อมูลและสามารถ
ติดต่อขอข้อมูลได้ที่ ฝ่ายการพยาบาล ๐ ๒ ๒๐๑ ๑๒๐๑

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์)
รองคณบดีฝ่ายวิจัย ปฏิบัติหน้าที่แทน
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม นำสู่คุณภาพ

คำชี้แจงและคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

สวัสดิ์คีระ ดิฉันนางสาวกมลพรรณ รามแก้ว นิสิตปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขณะนี้กำลังทำวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ท่านเป็นบุคคลที่สามารถแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ดิฉันขอให้ท่านสัมภาษณ์เกี่ยวกับเรื่อง ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการบันทึกเทปในระหว่างการสัมภาษณ์ ดิฉันต้องขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียงและจัดบันทึกการสนทนา เพื่อความถูกต้องและสมบูรณ์ของเนื้อหา ข้อมูลที่ได้จากท่านจะนำมาวิเคราะห์และเสนอผลงานการวิจัยในภาพรวม โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้องแต่อย่างใด เทปการสัมภาษณ์จะเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อการวิจัยสิ้นสุดลง

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยท่านไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และหากท่านยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยแล้ว ท่านมีสิทธิที่จะขอยกเลิกได้ตามความต้องการของท่านโดยไม่มีข้อจำกัดใดๆ ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย หากมีข้อสงสัยเพิ่มเติม สามารถติดต่อโดยตรงมายังดิฉัน นางสาวกมลพรรณ รามแก้ว หมายเลขโทรศัพท์ 084-4340624

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ประสพการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ **ได้รับคำอธิบายที่ชัดเจนเป็นที่น่าพอใจ** จากผู้วิจัยชื่อ นางสาวกมลพรรณ รามแก้ว ที่อยู่ หอพักพยาบาล4 โรงพยาบาลรามาริบัติ ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม.10400 โทรศัพท์ 084-4340624 ถึงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก และการบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ในเรื่องประสพการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความ**สมัครใจ** และข้าพเจ้ามี**สิทธิ**ที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวจากงานวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆแก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า**จะเก็บรักษาเป็นความลับ**และผู้วิจัยจะลบทำลายเทปจากการสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูลรอบแรกทันทีหลังจากสิ้นสุดงานวิจัย จะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัยในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่/วันที่

.....
ลงนามผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่/วันที่

.....
(กมลพรรณ รามแก้ว)
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่/วันที่

.....
(_____)
พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวกมลพรรณ รามแก้ว นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ติดต่อผู้วิจัยที่ หอพักพยาบาล4 โรงพยาบาลรามธิบดี ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม.10400 โทรศัพท์ 084-4340624
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้ความยินยอมและเอกสารอื่นๆที่ให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในงานวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้
 - 4.1 โครงการนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 4.2 วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อบรรยายการปฏิบัติงานของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 4.3 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 5 ปี
5. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การรูปแบบการสัมภาษณ์ ผู้เข้าร่วมการวิจัย เป็นผู้เล่าประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตลอดจนแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้จะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบทางลบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย
6. ความไม่สะดวกที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ การใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 45-60 นาทีโดยผู้วิจัยอาจต้องใช้ในการสัมภาษณ์ 1-2 ครั้ง สำหรับสถานที่และเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้เข้าร่วมการวิจัย
7. ประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น และถ่ายทอดประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานภายในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพและเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพในการพัฒนาหลักสูตร จัดฝึกอบรมพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อไป

8. ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ระบุอย่างชัดเจนเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมการวิจัยว่าได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถแสดงความคิดเห็นที่เป็นจริงโดยอิสระ มีสิทธิที่จะตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาตามที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการ โดยไม่มีผลกระทบทางลบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยในด้านใดๆทั้งสิ้น
9. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ โดยติดต่อที่ผู้วิจัย คือ ผู้วิจัย นางสาวกมลพรรณ รามแก้ว หมายเลขโทรศัพท์ 084-4340624 ได้ตลอดเวลาและหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบทันที
10. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้มีการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่มีการบันทึกข้อมูลที่บ่งชี้ถึงตัวบุคคล ผู้วิจัยใช้เป็นรหัสแทนชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลต่างๆจะถูกเก็บเป็นรักษาอย่างเป็นความลับ การอภิปรายผล และการนำเสนอผลการวิจัยในครั้งนี้ จะนำเสนอในภาพรวม
11. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใดๆและผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้าร่วมการวิจัย
12. จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 12 คน
13. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้นที่ 4 อาคารสถาบัน 2 ซอย จุฬาลงกรณ์ 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 02-218-8147 โทรสาร 02-218-8147 E-mail : eccu@chula.ac.th

ภาคผนวก ข

1. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์
2. แบบบันทึกภาคสนาม
3. แบบบันทึกการถอดความ และการให้รหัสเบื้องต้น

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview)

เรื่อง

ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลกำหนดจากวัตถุประสงค์ และแนวคิดในการวิจัย คำถามที่ใช้เป็นลักษณะกว้างๆ ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ หรือข้อมูลในการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์กำหนดไว้ดังนี้

1. การเริ่มต้นสนทนา

1.1 แนะนำตัวผู้วิจัย แจ้งวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ ประโยชน์ที่จะได้รับ และระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์

1.2 พูดคุยซักถามถึงการทำงานโดยทั่วไป สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล

1.3 ขออนุญาตบันทึกเทปคำสัมภาษณ์ และจดข้อมูลในระหว่างสัมภาษณ์การรักษาความลับโดยผู้วิจัยถอดเทปคำสัมภาษณ์ด้วยตนเอง และจะทำลายเทปการสัมภาษณ์เมื่อสิ้นสุดการศึกษา

2. ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

2.1 อายุ การศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส

2.2 ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งการทำงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3. ชั้นสู่ประเด็นที่ต้องศึกษา

ผู้วิจัยเริ่มเข้าสู่ประเด็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3.1 คำถามหลัก

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทำอะไรบ้าง

2. รู้สึกอย่างไรกับการเป็นพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3. พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจัดการกับภาวะที่เกิดขึ้นอย่างไร

4. ชั้นยุติการสนทนา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถาม หรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม โดยมีแนวคำถามดังนี้

4.1 คุณต้องการจะเล่าเพิ่มเติมในเรื่องการเป็นการจัดการปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ดิฉัน (ผู้วิจัย) ไม่ได้ถามหรือไม่อย่างไร

4.2 คุณต้องการซักถามดิฉัน (ผู้วิจัย) หรือไม่

ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่สนทนาครั้งนี้

นัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การให้สัมภาษณ์ครั้งที่..... วันที่/...../..... เริ่มเวลา.....น. ถึงเวลา.....น.

สถานที่.....

1. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่มเติม.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. ประเด็นที่ต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. อื่นๆ

.....
.....
.....
.....

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 ราย สัมภาษณ์รายละเอียด 1-2 ครั้ง รวม 15 ครั้ง ดังนี้

ID	ครั้งที่	อายุ ปี	ศาสนา	ประสบการณ์การทำงาน	ระดับการทำงาน
1	1,2	28	พุทธ	5	ปริญญาตรี
2	1,2	30	พุทธ	7	ปริญญาโท
3	1	31	พุทธ	8	ปริญญาตรี
4	1	37	พุทธ	14	ปริญญาตรี
5	1	34	พุทธ	13	ปริญญาตรี
6	1,2	32	พุทธ	9	ปริญญาตรี
7	1	28	พุทธ	5	ปริญญาตรี
8	1	28	พุทธ	5	ปริญญาตรี
9	1	33	พุทธ	10	ปริญญาตรี
10	1	38	พุทธ	15	ปริญญาตรี
11	1	35	พุทธ	12	ปริญญาตรี
12	1	34	พุทธ	12	ปริญญาตรี

ตารางที่ 2 แสดงประเด็นสำคัญที่ได้จากสัมภาษณ์

ลำดับ	Themes	ลำดับ	Themes
1.	คัดกรองผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญ	16.	ประสานงานกับผู้บริหารระดับสูงในการบริหารจัดการเตียง
2.	ช่วยกู้ชีวิตในภาวะวิกฤต	17.	ผู้ป่วยจิตเวชต้องหลีกเลี่ยงการปะทะ
3.	ให้การพยาบาลทั่วไป	18.	ผู้ป่วยถูกข่มขืนต้องทำงานเป็นทีมเพื่อให้การดูแลพร้อมกัน
4.	เป็นงานท้าทาย เจอเคสหลากหลาย	19.	ผู้ป่วยคดีเก็บส่งตรวจให้ละเอียดครบถ้วน
5.	ประสานงานหน่วยงานต่างๆ	20.	ประสานงาน admitผู้ป่วย ward ปฏิเสธการรับ
6.	การจัดลำดับความเร่งด่วนในการรักษา	21.	ผู้ป่วยคั่งค้างจากแพทย์ไม่ให้ admit
7.	ต้องจัดการกับความเครียด เป็นงานกดดันต้องควบคุมสติ	22.	เป็นสื่อกลางเชื่อมโยงระหว่างแพทย์แผนกต่างๆ
8.	อุบัติเหตุหมุดต้องเป็นผู้ควบคุมและประสานงานมากกว่าเป็นผู้ปฏิบัติ	23.	ติดต่อประสานงานกับบุคลากรนอกทีมสุขภาพ
9.	ผู้ป่วยวิกฤตพร้อมกันต้องบริหารคนต้องบริหารเจ้าหน้าที่	24.	มูลนิธิรับส่งผู้ป่วยโดยไม่แจ้งรายละเอียด
10.	ญาติไม่พึงพอใจในบริการ หลีกเลี่ยงการปะทะ	25.	เกิดมีอบต้องคอยหลบหลีกนักข่าว
11.	ถูกคุกคามด้วยวาจา	26.	ลักษณะงาน ER มีมากมาย
12.	ออกจากสถานการณ์ที่เกิดการปะทะกับผู้ใช้บริการ	27.	คัดกรองผู้ป่วย ช่วยให้ได้ตรวจเร็ว
13.	ผู้ป่วยเสียชีวิตญาติรับการตายไม่ได้ ให้ข้อมูลการรักษาร่วมกับแพทย์และจัดสถานที่ให้โดยไม่เป็นอุปสรรคกับงาน	28.	ช่วยฟื้นคืนชีวิต
14.	ประสานงานกับแพทย์และจัดเจ้าหน้าที่เพิ่มเติมเพื่อระบายคนใช้ลดการคั่งค้าง	29.	ให้การพยาบาลทั่วไป
15.	ผู้ป่วย sedden death ประสานทีม Palliative team	30.	ตัดสินใจอย่างมั่นใจ
		31.	มีความรู้หลากหลาย
		32.	รักงานฉุกเฉิน
		33.	ต้องมีสติ

ลำดับ	Themes	ลำดับ	Themes
34.	ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ	49.	ช่างสังเกต detect ปัญหาได้เร็ว
35.	สื่อสารผิดพลาด ส่งเวรผู้ป่วยไปตรวจฉีดยา ถามชื่อผู้รับเวร	50.	ถ่ายทอดประสบการณ์ให้น้อง แก้ปัญหา แทนน้อง
36.	ส่งคนผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน แพทย์ส่งเวร แพทย์ ห้องผ่าตัดจึงไม่รู้ ผู้ป่วยได้ผ่าตัด ล่าช้า	51.	สนุก เคสหมุนเร็ว ได้เรียนรู้หลายอย่าง อยากเก่ง
37.	ทำงานท่ามกลางความความวุ่นวาย	52.	ผู้ป่วยเคลียร์ยาก เพราะเตียงจำกัด ระบบ เป็นโรงเรียนแพทย์ต้องให้ study ก่อน
38.	ผู้ป่วยเข้ามารักษามาก จากโรงพยาบาล มีชื่อเสียง	53.	ลักษณะ ER รักษาวิกฤตชีวิต
39.	OPD ส่งมารอผลทางห้องปฏิบัติการ	54.	คัดกรอง จัดลำดับความเร่งด่วน
40.	ผู้ป่วยมากู้รู้สึกเครียด	55.	ช่วยกู้ชีวิตภาวะวิกฤต
41.	เป็นนักประชาสัมพันธ์	56.	ให้การพยาบาลทั่วไปเหมือน ward
42.	ต้องทำงานเป็นทีม	57.	โรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้ป่วยมากไม่พอ กับจำนวนเตียง ผู้ป่วยหนักทุกที่ ผู้ป่วย หนักค้างอยู่ ER
43.	ผู้ป่วยจิตเวชวุ่นวาย ต้องขอรพก. เตรียม restrained แยกจากผู้ป่วยรายอื่น	58.	น้องมาทำงานใหม่ เครียดกับการปรับตัว ช่วยสอนแนะนำน้อง
44.	Restained ผู้ป่วย ต้องให้ข้อมูล อธิบาย ญาติ	59.	ผู้ป่วยค้างทำให้มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เกิดความเครียด
45.	Refer ผู้ป่วย โรงพยาบาลปลายทางไม่ได้ ส่งเวรกัน ปฏิเสธการรับผู้ป่วย	60.	ผู้ป่วยรอเตียงต้องอธิบาย
46.	เคสวิกฤตมีหลายเคสพร้อมกัน จัดลำดับ ความเร่งด่วน ถ้าด่วนเหมือนกันขอ เจ้าหน้าที่เพิ่ม	61.	ห้องหัดตการเหมือนสบาย บางที่เหมือน ระเบิดลง
47.	ward ยังไม่รับผู้ป่วย ญาติไม่เข้าใจ	62.	บริหารคนให้เหมาะสม ห้องที่ RN ใหม่ ต้องอยู่คู่กับ PN senior
48.	แพทย์ใหม่ ไม่รู้ระบบ พยาบาลต้องทำ หน้าที่แทนแพทย์	63.	ต้องทำงานด้วยความรวดเร็ว ทำทนาย

ลำดับ	Themes	ลำดับ	Themes
64.	ให้ข้อมูล ให้แพทย์มีส่วนร่วม	74.	วัยรุ่น 2 กลุ่มตีกัน จับแยกคนละมุม ที่น่า
65.	ในการอธิบายข้อมูลการรักษา		กลัวคือพรรคพวกข้างนอก ต้อง
66.	มีความกระตือรือร้นกับสิ่งที่ผู้รับบริการ		ประสานงานกับตำรวจท้องที่ช่วยคุม
67.	ต้องการ		ตรวจเข้มคนผ่านเข้าออก ER ไม่ให้ยก
68.	ญาติตีความหมายผิด ไม่พอใจ		พวกเข้าไปได้
69.	ร้องเรียน	75.	แพทย์พูดคำหยาบ เขวี้ยงของใส่
70.	OPD จะส่งคนไข้มาตรวจ ไม่โทรแจ้ง		หลักเตียงไม่ปะทะ รายงานหัวหน้าเพื่อ
71.	เคสล่วงหน้า ส่งเคสมามาก ตาม		แจ้งผู้บังคับบัญชาของแพทย์
72.	เจ้าหน้าที่เพิ่มไม่ทัน	76.	ญาติเจ้าหน้าที่พาลูกมาตรวจ ไม่พอใจไป
73.	ward ไม่รับผู้ป่วยให้เหตุผลว่าผู้ป่วย		ขึ้นกระทู้ต่อว่าโดยใส่ข้อความที่ไม่ได้พูด
74.	ไม่ตรงข้อกำหนด		จริง
75.	โทรส่งเวร จนท. ward ไม่คุยด้วย	77.	ลักษณะงาน ER รวมทุกแผนก
76.	เหมือนคุยคนเดียว	78.	งานไม่ซ้ำซาก ไม่ต้องส่งเวร
77.	refer เคส คนรับ refer ไม่ได้ส่งเวร	79.	ต้องตัดสินใจเร็ว
78.	ต่อ	80.	ผู้ป่วยมาก ทุกคนคิดว่าเรื่องตัวเองสำคัญ
79.	คนไข้ใส่ tube หลายเคส ทำไม่ทัน		ที่สุด ทำให้เกิดการร้องเรียน
80.	เครียด ต้องหมั่นคนมาช่วย	81.	สถานการณ์ไม่แน่นอน ผู้ป่วยหนักมาก
81.	ญาติไม่พอใจต้องการรักษาเร็วที่สุด		ทำไม่ทำทัน ประคบแพทย์คอยรายงาน
82.	ข่มขู่ ตะคอกใส่		เคส suggest ให้เคลียร์ออก ประสานงาน
83.	ผู้ป่วยจิตเวชร้องให้พุ่มพ่าย ผู้ป่วยราย		กับอาจารย์แพทย์ให้ admit
84.	อื่นมองพยาบาลเหมือนไม่ช่วยผู้ป่วย	82.	ต้องคอยดูทุกอย่าง ทั้งหมดใหม่ พยาบาล
			ใหม่ สิ่งแวดล้อมต่างๆ
		83.	เวลาเดียวกัน ผู้รับบริการซื้อข้าวกันหลาย
			คน

ลำดับ	Themes	ลำดับ	Themes
84.	หมอบต้องการให้ทำตาม order เร็วที่สุด ทำไม่ทัน ประชดประชันกัน	95.	ร่วมทีมกับแพทย์ในการกู้ชีวิต
85.	มีแต่คนไม่ชอบ ER เพราะเอาภาระ ไปให้	96.	ให้การพยาบาลทั่วไป
86.	ผู้รับบริการกรุงเทพฯ ฟ้องร้องบ่อย กว่าผู้รับบริการต่างจังหวัด	97.	งานทำทนาย ไม่ซ้ำซาก
87.	มูลนิธินำผู้ป่วยส่ง ประเมินแล้วให้ transfer ต้นสังกัด 30 บาท แต่ มูลนิธิเอาผู้ป่วยไปส่งรพ.เอกชน	98.	ต้องใช้ประสบการณ์ในการ detect ผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว
88.	ความคาดหวังของผู้รับบริการที่เป็น เจ้าหน้าที่สูง พาญาติมาเจาะเลือด วันหยุด, ต้องการเตียง admit ทันที	99.	ผู้ป่วยมาก ตอบสนองความต้องการของ ทุกฝ่ายไม่ดีพอ
89.	มูลนิธินำเคสไม่มีญาติมาส่ง ติด วันหยุดต้องรอส่งคนส่งเคราะห์วัน จันทร์ คนไข้ค้างคั้งใน ER เพิ่มขึ้น	100.	ปัญหาการสื่อสาร เข้าใจไม่ตรงกัน เน้น ให้ข้อมูล
90.	Study เคสนาน work up มาก ผู้ป่วยอาการแย่งลง	101.	เป็นด้านหน้า ที่ได้มีส่วนร่วมกับ เหตุการณ์สำคัญของประเทศ
91.	ER ทำงานจับจ่าย ผู้ป่วยมากขึ้น จากระบบเปลี่ยนไป รับคนไข้ไม่ ฉุกเฉินมากขึ้น	102.	เด็กแว้นทะเลาะกัน ยกพวกมา รุนแรง คุกคามการทำงาน
92.	ลักษณะงานของ ER นาที่ฉุกเฉินสำคัญ	103.	ประสานงานให้แพทย์คุยกัน
93.	คัดผู้ป่วยออกไม่ได้เกิด overcrowd	104.	เป็นคนแรกที่ต้องรับมือแก้ปัญหา
94.	คัดกรองตามความรุนแรง	105.	เจ้าหน้าที่มาตรวจให้เหตุผลว่าเพราะ สะดวกไม่ต้องเดินไกล
		106.	รับศึกรอบด้าน
		107.	ต้องใช้ประสบการณ์จัดลำดับ ความสำคัญ ไม่จำเป็นต้องตาม step ตลอด
		108.	ลักษณะงาน ER ต้องคัดกรอง กู้ชีวิต ให้ การพยาบาลทั่วไป ส่งต่อการรักษา

ลำดับ	Themes	ลำดับ	Themes
109.	เป็นงานที่ผสมผสานระหว่าง OPD กับ ward	120.	ผู้ป่วยกลับบ้านไม่ได้ คงค้างอยู่
110.	ward ที่เลือกไม่ได้ เลยต้องอยู่ ER	121.	ประสานงานสังคมสงเคราะห์ช่วย
111.	ต้องช่างสังเกต	122.	ผู้ป่วยไม่พอใจหนักกลับบ้านได้ แต่ถ้ายังมี
112.	CPR พร้อมกันหลายเคส เป็นภาวะ	123.	การรักษาอยู่ต้องตามมารักษาต่อ
113.	รับความกดดันทั้งจากแพทย์	124.	ผู้ป่วยค้างค้ำเป็นสถานการณ์วิกฤต
114.	จากญาติ	125.	งานตื่นเต้น ไม่ซ้ำซาก
115.	ผู้ป่วยจิตเวชวุ่นวาย	126.	ลักษณะงาน ER งานหลากหลาย
116.	ประสานงาน รพภ.ให้คุมสถานการณ์	127.	ต้องกล้าคิดกล้าตัดสินใจ บางครั้งต้องทำ
117.	ตามแพทย์ ให้ยา	128.	แทนแพทย์
118.	วัยรุ่นสองกลุ่มตีกัน แยกโรงพยาบาล	129.	ปัญหาการประสานงาน ambulance ข้าง
119.	ดีที่สุด ถ้าแยกไม่ได้ให้แยกห้องตรวจ	130.	นอกส่งเคสมาไม่โทรแจ้งล่วงหน้า ทำให้
		131.	ไม่พร้อมรับผู้ป่วย
			ปัญหาการประสานงาน OPD ไม่โทรแจ้ง
			ก่อนส่งเคสมาเลย
			ผู้ป่วยมาก ให้การพยาบาลได้ไม่เต็มที่
			ญาติรู้สึกไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง
			โดนร้องเรียน เครียด ทำงานไม่ได้ อายคน
			อื่น อายตัวเอง
			ญาติผู้ป่วยคิดว่าเรื่องของตัวเองสำคัญ
			ที่สุด กัดดันการทำงานพยาบาล
			คนไข้และญาติจำนวนมาก กีดขวางการ
			ทำงาน เห็นรถชนญาติไม่พึงพอใจ

ลำดับ	Themes	ลำดับ	Themes
132.	คนไข้คั่งค้างมาก ไม่สามารถ admit ได้ ต้องนอนฉุกเฉินหลายวัน ญาติต้องอยู่เฝ้าตลอดไปไหนไม่ได้	142.	ผู้ป่วยสับสน เข้าไปถามว่าคนไข้เคยมีอาการมึน ญาติร้องเรียนว่าพยาบาลว่าผู้ป่วยเสียชีวิต
133.	ER แรก ผู้ป่วยวิกฤตมาก admit ไม่ได้ ward ไม่รับ โยกเตียงนาน	143.	ไม่รู้สถานการณ์ล่วงหน้า อัตรากำลังไม่เหมาะสม เคสวิกฤต ไม่ stable จำนวนมาก
134.	แพทย์ over treatment ผู้ป่วยกลับบ้านไม่ได้ ผู้ป่วยคั่งค้างมาก ผู้บริหาร ช่วยเคลียร์ ทำงานเป็นระบบทั้งโรงพยาบาล	144.	โรคระบาดเกิดใหม่ VRE เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ ไม่ได้จัดเตรียมสถานที่ แพทย์ใช้ห้องรักษาผู้ป่วยติดเชื้อมาร่วมกับผู้ป่วยปกติ ห้องกึ่งซีพูนวายเป็นมากขึ้น ward OPD ไม่รับผู้ป่วย ส่งมา ER หมด
135.	แพทย์เขียนใบสั่งยาไม่ชัด ญาติ ต้องเดินไปเดินมาหลายครั้ง	145.	แพทย์ไม่ยอมตรวจ อังมีผู้ป่วยหลายคนแล้ว
136.	OPD เจาะน้ำตาล พบคนไข้ Hypoglycemia ไม่แก้ไขส่งมา ER เลย	146.	ญาติเข้ามาเอง ไม่ผ่าน screen เข้ามาไม่เจอหมอ ได้ตรวจซ้ำ ไม่พอใจ โวยวาย
137.	รถ ambulance มาส่งแล้วกลับ ไม่รอ OPD ต้องส่งมา ER แจ้งแควรถ discharge ส่งเวรไม่ครบ พอจะกลับพบปัญหาเพิ่ม ต้อง delay discharge	147.	OPD ไม่โทรส่งเวร OPD คัลย์ส่งคนไข้มาฉีดบาดทะยัก ER ส่งกลับไปตรวจต่อ OPD เขียน incidence, OPD med ชีต order หมอ แต่ไม่รู้ว่าทำหรือไม่
138.	ผู้ป่วยจิตเวชอาละวาด ต้องเป็นด่านหน้ารับอันตราย	148.	จองเลือดคนละตีก เมื่อคนไข้มาอยู่ ER ต้องข้ามตึกไปรับเลือดตึกที่จอง เสียเวลา
141.	วัยรุ่นตีกันมา อยู่บนเตียงยังตีกัน ขว้างทิชชูใส่กัน จับแยกมุม	149.	คนไข้ VIP มีเตียงแล้ว ต้อง admit ward พิเศษ มา ER ไม่โทรแจ้ง nurse co เขียน incidence เกิดระบบใหม่ให้ incharge โทรแจ้ง nurse co-ordinator เองทุกเคส

ลำดับ	Themes	ลำดับ	Themes
150.	แพทย์ neuro ศัลย์ ส่งคนไข้ consult intervention ให้ส่งไปได้ เลย ส่งไปแล้วหมอยังไม่ได้คุยกัน ไม่รับตรวจ แพทย์ปฏิเสธความ รับผิดชอบ	157.	เลือกเพราะรู้เยอะ เรียนต่อถ่าย ได้ ติดต่อประสานงานคนหลากหลาย
151.	ผู้ป่วยได้ตรวจซ้ำ ว่าหมอผ่าน พยาบาล ให้หมอ พยาบาลคุยกับ ผู้ป่วยพร้อมกัน	158.	ใช้ระบบพยาบาลคนเดียวทำทุกอย่าง ตั้งแต่รับ order จนทำหัตถการ ทำไม่ทัน เครียด ร้องให้ เพิ่มระบบ IV nurse เข้ามา
152.	หมอสั่งเจาะเลือดหลายอย่าง หลายครั้ง หาเส้นยากเจาะไม่ได้ ผู้ป่วยร้องให้ว่าพยาบาล ให้หมอไป เจาะ artery แทน, น้อยใจต่อว่า พยาบาลไม่ต่อว่าหมอ	159.	ทำงานตอนมีอบ ท่ามกลางความรุนแรง กลัวตาย เครียด มีอบคุกคามการทำงาน ต้องสั่งการคนมาจากที่อื่น screen แยก โซนผิดพลาด
153.	แพทย์เอา order มาให้รับซ้ำกว่า เวลาที่ order,แพทย์ไม่ review แฟ้ม สั่ง order ซ้ำ	160.	admit ward ที่มี criteria เยอะ ถ้ามเยอะ ละเอียด ไม่ถามที่สำคัญ
154.	resident ใหม่ไม่รู้ระบบ สั่ง lab แปลกๆต้องใช้เวลาหาเป็นชั่วโมง	161.	ER คือถึงขยะเน่า รับแต่เคสไม่ดี
155.	ไฟดับ เป็นอุปสรรค ใช้คอมฯไม่ได้ ต้องแก้ปัญหาโดยการไ้ระบบ manual ไปก่อน	162.	การทำงานในแต่ละวันไม่จบ วิกฤตถึงขั้น คุกคามชีวิตส่วนตัว
156.	คีย์คั้นอุปกรณ์การแพทย์ไม่ได้ แต่ คิดเงินผู้ป่วยแล้ว ต้องประสานงาน กับการเงิน ห้องอุปกรณ์การแพทย์ และโปรแกรมเมอร์	163.	เคส psychi ward ขึ้น ลงมา x-ray ใน ER รุ่นวายจะวิ่งออกข้างนอก ต้องช่วยกันจับ คนไข้เหวี่ยง Foley's cath เกือบโดนหน้า
		164.	triage คือความแตกต่างจาก ER และ ward
		165.	triage ได้ ต้องมีประสบการณ์ จัดลำดับ ความสำคัญก่อนไม่ต้องเรียงตาม pattern
		166.	ห้อง resus ต้องรวดเร็วและแม่นยำ

ลำดับ	Themes	ลำดับ	Themes
167.	ห้อง resus ยุ่งมาก ตัวลอยเข้าช่วย ยังทำไม่ทัน กดออกด ทุก area ที่ ว่างเข้ามา บางครั้งคนที่พักต้อง หยุดพักเข้ามาช่วยก่อน เวลาเกิน ไม่ได้กิน หายยุ่งก่อนค่อยไปกิน	174.	เก็บของส่งตรวจหรือของที่ติดตัวคนไข้คดี มา เน้นละเอียด ครบถ้วน เก็บส่งนิติเวช
168.	ออกจากห้อง resus ต้อง admit ให้ เร็ว ประสานงาน รพ. ลือคิลิปต์ เพื่อเคลื่อนย้ายเร็ว	175.	เลือก labour แล้วไม่ได้ แต่ถูก ER เลือก ไม่ยอมกอดอยู่ ward เลยอยู่ ER
169.	ห้องสังเกตอาการคล้าย ward บางเคสอยู่ 10 วัน ผู้ป่วยยังไม่ stable แต่ต้องเคลียร์ห้อง resus บางครั้งอาการแย่ง ย้ายกลับ resus หรือ CPR ใส่ tube เลย ไม่มี อุปกรณ์ resus ไม่ทัน dead เตรียมอุปกรณ์ CPR เพิ่ม	176.	ตอนแรกชอบการทำงาน ได้ช่วยเหลือ เบื้องต้นแล้วระบายผู้ป่วยออก ต่อมา ความชอบลดลงเคสที่มาไม่ใช่เคสที่มี ความฉุกเฉินจำนวนมากขึ้น
170.	ผู้ป่วยมากขึ้นหลากหลายขึ้น ต้อง ฝึกในห้อง resus นานขึ้น ได้ screen ซ้ำลง	177.	คนไข้รอมมาจาก OPD แล้ว ส่งต่อมารอ ใหม่ที่นี่ ส่งมาเป็นคิวแรกเลยคิดว่าต้องได้ ตรวจคิวแรก ญาติโวยวายเราใส่อารมณ์ ตอบโดนร้องเรียน
171.	ประสานงานกับแผนกต่างๆ	178.	เมื่อก่อนอารมณ์ร้อน โต้ขึ้น ประสบการณ์ มากขึ้นมองอย่างเข้าใจคนไข้มากขึ้น ถ้า ทะเลาะด้วยเราเหนื่อยเอง ผู้ป่วยมอง ภาพลักษณ์พยาบาลไม่ดี
172.	เคสที่มีบาดแผลหรือ MCA ให้เป็น เคสคดีหมด	179.	เป็น incharge ต้องคอยดูเหตุการณ์ ผิดปกติ แก้ปัญหาแทนน้อง การขอโทษ ทำให้สถานการณ์คลี่คลายขึ้น
173.	ติดต่อประสานงานกับหน่วยงาน นอกโรงพยาบาล	180.	ผู้ป่วยต้องการคนที่มีอำนาจมากกว่า incharge ให้ญาติเขียนปัญหาที่ไม่พอใจ เราเขียนรายงานไว้ก่อน

ลำดับ	Themes	ลำดับ	Themes
181.	เป็นสื่อกลางประสานงานระหว่าง หมอกับผู้ป่วย หมอไม่มาตรวจ แจ้งชื่อหมอ คนไข้รู้สึกว่ามีหมอตตรวจแน่นอน ไม่เข้าชื่อหมอ ดีที่สุดคือรอ	186.	ผู้ป่วย VIP ต้องการให้บริการด้วยความรวดเร็ว ไม่ผ่าน extern
181.	โรคติดเชื้อ VRE OPD ไม่รับ ส่งมา ER วุ่นวายเรื่องป้องกันการป้องกัน เตรียมอุปกรณ์ต่างๆ สถานที่ ออกบัตรให้ผู้ป่วย จะได้เข้าใจตรงกัน เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ	187.	งานเอกสารเพิ่มขึ้น ดูแลคนไข้ได้น้อยลง
182.	OPD ศัลยส่งคนไข้มาฉีด CPM โทรไปประสานงานถาม OPD ลักษณะคำพูดคิดว่าเหมือนตำหนิ พยาบาล OPD ไม่พอใจ บอกหมอ หมอว่าต่อว่าที่ ER ว่าฉีดยาช้า	188.	คนไข้มาก เคสียร์ออกไม่ได้ คั่งค้างเหนื่อย ท้อ ไม่ได้ทำงานเป็นทีม
183.	OPD ส่งเคสมาเยอะส่งเวรทุกเคส บางทีไม่ว่าง แก้ไขโดยส่งเฉพาะเคสที่หนักและสำคัญ เคสอื่นมีใบส่งปรึกษาให้เข้าใจตรงกัน ไม่ต้องโทรถาม	189.	การทำงานเป็นทีมร่วมกับประสพการณ์ ทำให้งานสำเร็จ
184.	OPD ชีตติ๊ก order หมอจองเลือด แต่ไม่ได้จอง ต้องเสียเวลาจองใหม่	190.	ER เหมือนถึงขยะ ต้องรับคนไข้ทุกเคส ไม่รับด่วนก็ต้องรับ OPD จะปิด ส่งผู้ป่วยมานอน มาฉีดยา
185.	ทำทุกอย่าง ทำแทนหมอ	191.	screen ออก ผู้ป่วยไม่พอใจ โดนร้องเรียน หัวหน้าไม่ให้อยู่ screen 1 เดือน เสียกำลังใจ สุดท้ายรับผู้ป่วยเข้าหมด
		192.	ผู้ป่วยต่างชาติ ไม่มีญาติ ไม่มีเงิน ward ไม่รับ ให้ค่างที่ ER ส่งตรวจมากมาย ค่าใช้จ่ายมาก ต้องติดต่อประสานงานสถานทูต ถ้าเป็นคนไทยติดต่อสังคมสงเคราะห์
		193.	ลักษณะทั่วไปของ ER เบื้องต้นต้องคัดกรอง
		194.	ผู้ป่วยใส่ tube อยู่ห้อง resus มากกว่า 1 วัน บีบ ambu ไม่ได้ ต้องใช้ ventitator ทำให้ง่ายอยู่นานขึ้น ผู้ป่วยเก่าไม่ไปไหน ผู้ป่วยใหม่เข้ามาเพิ่ม

ลำดับ	Themes	ลำดับ	Themes
195.	ผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย ขอ pethidine แล้ว ไม่ได้ ชกกำแพงทำร้ายตัวเอง ประสานงานหมอ observe hemathrosis ให้ญาติช่วย support	202.	หมอส่ง x-ray ส่งคนไข้ไป x-ray บอกมา กันเยอะ รอเรียกเอง พอเรียก กลับลืม ไม่ตามด้อมไปเร่งเอง
196.	ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน มาตรวจด้วยไข้ 5 วัน ไม่ยอมไปตรวจหน่วยอื่น ต้อง อธิบายให้เข้าใจและยอมรับว่าต้อง รอนาน	203.	คนไข้รอดเตียง admit ถ้ามหลายรอบ ต้อง ตอบคำถามทำให้ชะงักในการดูแลอื่น
197.	ศิษย์อุปกรณ์การแพทย์ผิด ห้อง อุปกรณ์ให้ญาติเดินกลับไปหา ญาติรู้ว่าทำงานกันผิดพลาด แก้ไข โดยใช้วิธีโทรคุยประสานงานกันแทน	204.	โดนคุกคามจากศุนันเรนทร พูดไว้วางใจ ใช้มิงกู ทำให้ฟ้อง
198.	ประสานงานผิดพลาด ลืมกาตา ไนไบยา ว่าต้องการยา เกสซ์ไม่ จ่ายยาให้ คนไข้ได้ยาช้า ญาติ หงุดหงิด	205.	โดนคุกคามทำร้ายจากคนไข้เมา ผลัก พยายามนิ่ง ไม่ปะทะ
199.	OPD ส่งเคสมามาก ER หงุดหงิด ใช้อารมณ์พูดทำให้ผิดใจกัน	206.	ญาติเข้ามาเยอะ ชัดขวางการทำงาน เปิด เสียงตามสายขอความร่วมมือเชิญญาติ ออก ถ้ายังไม่ออก ให้รปภ. เชิญ
200.	ER admit ward ไม่พอใจ ใส่ อารมณ์กัน พูดไม่ดีปะทะกันได้	207.	ER เหมือนตลาดสด
201.	หมอ order ช้ำซ้อน เสียเวลาคุย lab ผู้ป่วยเจ็บหลายรอบ	208.	งานจบ ไม่ routine ไม่ต้อง bed bath
		209.	ต้องช่างสังเกต ไว
		210.	อุบัติเหตุหมู่ ประยุกต์ใช้ของเขาให้เร็วและ ถูกต้อง
		211.	Triage 5 ระดับ
		212.	อยู่ ER แต่รู้สึกเหมือนอยู่ ward
		213.	ต้องเป็นคนกระตือรือร้น
		214.	ER ตรวจเคสไม่ด่วนมากจนเหมือนเป็น OPD
		215.	รับผู้ป่วยหมด ล้นทะลักทั้งโรงพยาบาล ไม่ใช่เฉพาะ ER

ลำดับ	Themes	ลำดับ	Themes
216.	คนไข้นอนรอนาน ทำงาน ครบจักรวาล	226.	ภาวะวิกฤตในการทำงานที่ถูกเงินที่สุด คือ ภาวะวิกฤตทางอารมณ์ เพราะต้อง ทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ต้อง contact ผู้ป่วย ญาติ ต้องควบคุมอารมณ์
217.	Resident ทำหัตถการที่ไม่ด่วน	227.	ผู้ป่วยรอดรอนาน ไม่พอใจ พยาบาลคือ ที่รองรับอารมณ์
218.	คนไข้ตรวจเสร็จแล้ว ขอบริการ แพทย์เพิ่ม ให้รอ ชี้น้ำต่อว่า	228.	ต่างคนต่างร้อน แนนอนเกิดปัญหา ให้ ข้อมูลเบื้องต้น ถ้ายังไม่คลี่คลาย ประสานงานให้เจอหาคะรู้สึกเหมือนได้ ตรวจแล้ว
219.	คนไข้มาก่อนนัด มาขอยา OPD ส่ง ER	229.	ปัญหากับเพื่อนร่วมงาน ทำให้คับข้องใจ ทำงานไม่ราบรื่น
220.	คนไข้ประกันสังคมที่อื่นมาตรวจ แจ้งว่าต้องจ่ายเงินเอง เขียนใบ ร้องเรียนว่าไม่ให้ตรวจ	230.	ปัญหากับหมอมีหลายรูปแบบ ทั้งประชด ประชันบอกพยาบาล treat เองใหม่ ทั้ง รูปแบบเจ็บ หมอไม่ว่า ไม่ด่า แต่ไม่ทำ
221.	เวรเปลขาด ต้องทำหน้าที่แทน	231.	คนไข้ 30 บาทไม่ได้สิทธิ์ฉุกเฉินต้อง จ่ายเงินเอง ยินยอมจ่าย พอไปการเงิน กลับให้ข้อมูลผิดบอกใช้สิทธิ์ได้ คนไข้ เปลี่ยนใจอยากใช้สิทธิ์
222.	ผิดพลาดในกระบวนการส่ง x-ray ทั้ง หมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่		
223.	ผู้ป่วย Hemophilia มาขอฉีด Pethidine ทุกวัน		
224.	ผู้ป่วยมาตรวจปลอมเวชระเบียน เป็นฝาแฝดกัน ปลอมใบยาชื่อ Dormicum เพิ่ม ต้องทำงานกัน เป็นทีม แพทย์ พยาบาล เภสัช		
225.	น้องใหม่ ไม่แม่นเรื่องยา ต้องคอยดู เขียนวิธีการให้ยาให้ละเอียดที่สุด		

ลำดับ	Themes	ลำดับ	Themes
232.	ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเรื่องการใช้สิทธิการรักษาจากพยาบาลกับการเงินไม่ตรงกัน เดินไปมาหลายรอบ ไม่พอใจไม่ตรวจ ไปต่อว่าการเงิน การเงินมาต่อว่าพยาบาลให้ข้อมูลผิด เขียน incidence	240.	มือบมาเอาศพ แพทย์ พยาบาลตกอยู่ในวงล้อม ต้องให้ผู้บริหารเจรจาต่อรอง autopsy ศพใน ER
233.	เรื่องสิทธิคนไข้ รายละเอียดมากมายจำไม่หมด ส่งติดต่อหน่วยสิทธิดีที่สุด	241.	เสี่ยงต่อการพบเจอโรคระบาดใหม่ๆ ก่อนที่อื่น ต้องเรียนรู้ที่จะป้องกันตัวเอง
234.	เอกซเรย์ออนไลน์ประสานงานกัน ผิดพลาด ต่างคนต่างหงุดหงิด คนไข้ได้ฟิล์มซ้ำ ได้ treat ซ้ำ	242.	ผู้ป่วยมีคู่มือฉบับตรวจแยก ถ้ายัยรุ่น 2 กลุ่มต้องสลายกลุ่มป้องกันคนไข้ ญาติ คนไข้หวาดกลัว
235.	OPD ส่งคนไข้มาตรวจ ไม่เคลียร์ว่าทำ order ยัง ต้องโทรถาม	243.	เคสอุบัติเหตุ มูลนิธินำส่ง เอาคนไข้ลงเลย ไม่รอหมอประเมินก่อน ถ้าไม่ยอม ค่าหมอ พยาบาล บางที่นำส่งที่ละหลายเคส ต้องบอกให้กระจายบ้าง
236.	คนไข้จิตเวชกระซอกคอ โทรมา ช่มชู้หาว่าเป็นเมียน้อย จะเอาמידมาแทง	244.	การแบ่งประเภทผู้ป่วย
237.	ผู้ป่วยไม่พอใจต้องตรวจเพิ่ม อยากกลับบ้าน ภาระใจลงจากเตียงจะทำร้าย	245.	ห้องหัตถการ หมอจะทำพร้อมๆกันหลายเคส ทำไม่ทันแต่ก็ต้องทำ ปฏิเสธไม่ได้ แจ็ง incharge ขอคนเพิ่ม
238.	เคสเสี่ยงต้องดูแลใกล้ชิดไม่ให้เกิดเรื่องซ้ำ ญาติเรียกร้องตลอดต้องให้ตามที่ขอ	246.	ชอบ ER เพราะตื่นเต้น ตอนเป็นนักเรียนเจอเหตุการณ์หมอน้ำระเบิดรู้สึก ER เหมือนในหนัง
239.	การเตรียม mass casualty ที่ดี ทำให้ระบบ flow ได้	247.	ER ไม่ใช่อย่างที่ฝัน เพราะเคส chronic มากขึ้น
		248.	จะทำงาน ER ต้องมีใจรัก กระตือรือร้น ควบคุมอารมณ์ได้ ต้องซื่อสัตย์

ลำดับ	Themes	ลำดับ	Themes
249.	ER คือด่านหน้า ที่สร้างความประทับใจตั้งแต่ครั้งแรก ต้องคิดว่าคนใช้คือลูกค้าเราเป็นผู้ให้บริการ	256.	หมด order ซ้ำมเวร order ตอน 2 ทุ่ม เจาะเข้าอีกวัน เคลียร์คิดเงินก่อนเที่ยงคืน ที่หลังเปลี่ยนใจไม่เอา lab ต้องเสียเวลาเขียนใบยกเลิกราคา
250.	งาน ER เหมือนบาตรพระ มีของทุกอย่างใส่รวมกัน	257.	ประสานงานกับผู้บริหารระดับสูงในการบริหารจัดการเตียง
251.	ภูมิใจได้ อยู่ ER ได้เรียนรู้ตลอด ไม่หยุดนิ่ง ได้พบเจอเคสแปลกๆ ใหม่ๆ ได้พัฒนาตัวเอง แก้ปัญหาต่างๆเป็นที่ปรึกษาให้น้องๆได้	258.	เป็นนักประชาสัมพันธ์
252.	คนใช้กระบวนการรอบตรวจ support จิตใจ ให้การดูแลอย่างอื่น เพิ่มความสุขสบาย		
253.	หมดมาใหม่ ไม่รู้ระบบ ไม่มีการสอน เรื่องการ contact หน่วยต่างๆ ต้องช่วยดู พอบอกไม่พอใจ ประชด ประชัน		
254.	Entern มั่นใจเกิน ต้องคอยบอก		
255.	คนไข้มีประสบการณ์รู้ว่าไม่จำเป็นต้องไปตรวจ OPD หากยืนยัน ต้องการตรวจ ER เพราะจะ consult หมอเฉพาะทางมาเอง		

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว กมลพรรณ รามแก้ว เกิดวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2524 ที่จังหวัดนครศรีธรรมราช สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 2 จากภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2546 เข้าศึกษาต่อ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยสังเกตอาการ 2 (ชาย) โรงพยาบาลรามาธิบดี