

ประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
ด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์



นางสาวแคทรียา สมทอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PARENTAL EXPERIENCES IN DECISION MAKING IN BRINGING CHILDREN WITH
NON-URGENT MEDICAL CONDITIONS TO THE EMERGENCY DEPARTMENT

Miss Kattreeya Somthong



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่รุนแรงต่อทางการแพทย์
โดย	นางสาวแคทรียา สมทอง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด)

แคทรียา สมทอง : ประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ (PARENTAL EXPERIENCES IN DECISION MAKING IN BRINGING CHILDREN WITH NON-URGENT MEDICAL CONDITIONS TO THE EMERGENCY DEPARTMENT) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ศ. ดร. วิณา จีระแพทย์, 107 หน้า.

การวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็ก มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลคือมารดาที่นำผู้ป่วยเด็ก มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกร่วมกับการบันทึกเทป ข้อมูลมีตัวจากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 15 ราย นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ Colaizzi

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ของมารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลักและประเด็นรอง คือ 1) วิตกกังวลไม่สบายใจ เพราะกลัวลูกเป็นอันตราย ดูแลแล้วไม่ดีขึ้นไม่หาย กลัวเป็นหนัก มีโรคประจำตัวและประสบการณ์ในอดีต 2) เชื่อมั่น ไว้วางใจในการรักษา จากการที่ได้ตรวจละเอียด มีอุปกรณ์เครื่องมือพร้อม ไปที่อื่นรักษาไม่หาย 3) สะดวก คนไม่เยอะ เนื่องจากไม่ต้องรอหลายที่ ไม่มีหลายขั้นตอน คนไม่เยอะ รอไม่นาน เดินทางสะดวก เป็นเวลาที่มีคนพามา และ 4) ไม่แพง ไม่ต้องเสียเงินซ้ำซ้อน

ข้อค้นพบสะท้อนประสบการณ์ของมารดาที่ทำให้เกิดการตัดสินใจ นำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งพยาบาลสามารถใช้ข้อมูลนี้วางแผน ปรับปรุงการจัดบริการทางสุขภาพ โดยการลดขั้นตอนบริการ และสร้างความมั่นใจในบริการที่จัดให้ในเวลาทำการ รวมทั้งสร้างรูปแบบการให้ความรู้ทักษะให้มารดาสามารถดูแล และประเมินอาการป่วยที่ไม่เร่งด่วนของผู้ป่วยเด็กได้เหมาะสม

5777157736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: PARENT / DECISION MAKING / CHILDREN / NON-URGENT / EXPERIENCES

KATTREEYA SOMTHONG: PARENTAL EXPERIENCES IN DECISION MAKING IN BRINGING CHILDREN WITH NON-URGENT MEDICAL CONDITIONS TO THE EMERGENCY DEPARTMENT.
ADVISOR: PROF. VEENA JIRAPAET, Ph.D., 107 pp.

This qualitative research used Husserl phenomenology approach. The purpose was to describe the parental experience in decision making in bringing children with non-urgent medical conditions to the emergency department. The informants were mothers who brought their children with non-urgent medical conditions to the emergency department. Data were collected by using the in-depth interview with tape-record and found saturated after 15 informants. Data were transcribed verbatim and analyzed by using Colaizzi method.

The findings revealed that parental experiences in deciding to bring children with non-urgent medical conditions to the emergency department can be categorized into 4 major themes and sub-themes as follows: 1) anxiety, fear of the child in danger, no improvement after care, fear of getting worse, having underlying medical conditions and past experience; 2) confidence, trust in their treatment, receiving thorough physical examination, having fully-equipped medical devices, not getting cured from others; 3) being convenient, no emergency room crowding, few places and procedures for getting treatment, less wait-time, convenient time for travel and having someone to bring them to the hospital, and 4) low cost and no redundant expense.

The findings reflect the experiences of mothers who make decisions in bringing their children to the emergency department. Nurses can use this information in planning better office hour service by using an approach that improves parents' confidence in health services and applying lean and seamless service delivery, as well as creating a technique in educating and improving skill of mothers in assessing and caring their children with non-urgent medical conditions appropriately.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรัก ความเมตตาและกรุณาอย่างยิ่งต่ออนิสิตของศาสตราจารย์ดร.วิณา จีระแพทย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ช่วยเหลือชี้แนะแนวทางแม้ยามที่อาจารย์ไม่สบายกาย อาจารย์ก็ยังเสียสละเวลา อุดหนุน ทุ่มเท ทั้งกำลังกาย กำลังใจ โดยไม่คำนึงถึงความเจ็บป่วยทางกาย เป็นให้กำลังใจช่วยเหลือในหลายสิ่งหลายอย่างจนกระทั่งลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในบุญคุณและความกรุณาอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพนอม รอดคำดี ที่ให้ความเมตตาต่อผู้วิจัย สำหรับการทำหน้าที่เป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร. จอนฉะจง เพ็งจาด กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ ครู อาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตั้งแต่เข้ารับการศึกษาตลอดจนสำเร็จการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาที่ส่งเสียค่าเล่าเรียนให้กับผู้วิจัยได้ศึกษา ด้วยความรักของบิดามารดาจึงทำให้ผู้วิจัยมีความอดทน พยายามที่จะศึกษาจนสำเร็จได้

ขอขอบคุณบุคลากรในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาสารคามและแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทุกท่านที่สนับสนุนให้เวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณท่านผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กที่มารับการรักษาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่ร่วมเป็นกำลังใจ แบ่งปันทุกข์และสุขและประสบการณ์ที่ได้มีส่วนร่วมกันตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษานี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยกว่าจะผ่านพ้นการทำวิจัยนี้จนสำเร็จลุล่วงได้ ชีวิตได้พบกับปัญหามากมาย ทั้งเหนื่อย ท้อแท้ สิ้นหวัง จนไม่อยากจะทำต่อไป แต่ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์บุญคุณความดีที่เคยทำมา ทำให้มีมานะอดทน ยังไม่หมดความพยายามและมีกำลังใจความช่วยเหลือจากกัลยาณมิตรรอบข้าง ทำให้ผู้วิจัยผ่านพ้นอุปสรรค ความสิ้นหวังท้อแท้ นั้นมาได้ จนประสบความสำเร็จการศึกษาครั้งนี้ได้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์.....	4
คำถามในการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
แนวคิดพื้นฐาน.....	6
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
1. แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับการบริการผู้ป่วยเด็ก.....	9
2. ผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เรื้อรังต่อวงการแพทย์.....	14
3. บิดามารดากับการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังต่อวงการแพทย์ มารับบริการ ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	22
4. แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	25
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	36
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	39
1. พื้นที่ในการเก็บข้อมูล (setting).....	39

2. ผู้ให้ข้อมูล (key informant).....	40
3. การได้มาและการเข้าถึงข้อมูล.....	40
4. เครื่องมือวิจัย.....	42
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	44
6. การพิทักษ์สิทธิ์และจรรยาบรรณของนักวิจัย.....	45
7. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
8. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness).....	47
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	73
รายการอ้างอิง.....	82
ภาคผนวก.....	91
ภาคผนวก ก หนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย แนวคำถามในการสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกภาคสนาม และแบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น.....	92
ภาคผนวก ข หนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน และเอกสารการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน.....	99
ภาคผนวก ค เอกสารตรวจสอบความถูกต้อง.....	103
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	107

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล.....	53
--	----



สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 1	สรุปประสบการณ์ของบิดามารดาในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์	56
-------------	--	----



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานด่านหน้าของโรงพยาบาล ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยกะทันหันตลอด 24 ชั่วโมง โดยลักษณะงานเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยจากอาการบาดเจ็บและอยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต ที่คุกคามชีวิตได้อย่างทันท่วงที ปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนสามารถใช้ชีวิตที่เหลือได้อย่างมีคุณภาพ (สำนักการพยาบาล, 2550) แต่จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินกลับพบว่า มีผู้ป่วยเด็กจำนวนมากที่บิดามารดานำมารับบริการทั้งที่ผู้ป่วยเด็กมีพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์ การสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ.1994 ถึง ค.ศ.2004 พบว่า มีผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มขึ้นถึง 18% ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยเด็กถึง 1 ใน 3 หรือ 28 ล้านครั้งต่อปี (Krauss, Harakal, & Fleisher, 1991; Phelps, et al., 2000; Nourjah, 1999; Mccaig & Nawar, 2006 cited in Berry et al., 2008) และพบว่าเป็นผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการด้วยพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์จำนวนสูงถึง 58% (Fong, 1999) ในประเทศไทยจากสถิติการมารับบริการของผู้ป่วยเด็กในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 18 ปี พบว่าระหว่างปีงบประมาณ 2554-2557 มีผู้ป่วยเด็กถูกบิดามารดา หรือผู้ดูแลนำมารับบริการด้วยพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์ เฉลี่ยปีละ 14,486 รายหรือ 42.6 % ของจำนวนผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งหมด (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2556; สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2551)

ผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์คือ ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยไม่รุนแรง เช่น ไข้หวัด ปวดท้องเรื้อรัง บาดแผลถลอกเล็กน้อย ถ่ายเหลว/อาเจียนและไม่มีภาวะขาดน้ำหรือขาดน้ำเล็กน้อย เสียชีวิตขณะเดินทาง ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น เลี้ยงไม่โต ปวดศีรษะ เป็นๆหายๆเรื้อรัง ท้องผูก พัฒนาการช้า น้ำหนักน้อย เป็นหนุ่มสาวก่อนวัย ชนไม่นิ่ง เป็นต้น (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2551) ผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์จะถูกคัดแยกโดยพยาบาลคัดกรอง (screening nurse) ตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วย เป็นประเภทไม่ฉุกเฉิน และถูกจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล ให้ต้องรอรับบริการหลังจากเด็กที่มีพยาธิสภาพเรื้อรังด้านการแพทย์ ถูกรอคอยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินนาน 2 - 4 ชั่วโมง (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2551; Veen, 2010) ทำให้ต้องได้พบเห็นภาพของเด็กที่มีภาวะวิกฤติเร่งด่วนทางการแพทย์ มีการบาดเจ็บอย่างรุนแรง เสียรื่องจากความเจ็บปวด หัตถการที่น่ากลัว เสียงพุดคย

ของบุคลากรที่ดั่งและเร่งรีบ เสียงจากอุปกรณ์การแพทย์ ตลอดจนสีหน้าท่าทางที่วิตกกังวลของผู้คนรอบข้าง ต้องสัมผัสกับเหตุการณ์ที่รุนแรง น่ากลัว โดยพบว่าผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป มีพัฒนาการด้านการรับรู้ที่ความสามารถจดจำและสื่อสารบอกเล่าเหตุการณ์ หากต้องสัมผัสกับเหตุการณ์ที่รุนแรง น่ากลัว อาจส่งผลให้เกิดประสบการณ์การบาดเจ็บทางจิตใจ (traumatic experience) (ศรีมณา นิยมคำ, 2547; Fivush, 1998) สอดคล้องกับการวิจัยของ Pelander & Leino-Kilpi (2010) ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กอายุ 7-11 ปี มีความรู้สึกที่ไม่ดีและมีประสบการณ์ที่เลวร้ายมากที่สุด ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคน ลักษณะกิจกรรม และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล อาการป่วยและการถูกตรวจร่างกาย (Pelander & Leino-Kilpi, 2010) ความทรงจำภาพเหตุการณ์นี้ จะส่งผลเป็นบาดแผลทางอารมณ์ ความรู้สึก มีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเด็กมีการนอนหลับผิดปกติ ผื่นร่าย มีความวิตกกังวล ตื่นกลัวการดูแลรักษาทางการแพทย์ มีอารมณ์หงุดหงิด ไม่อยู่นิ่ง ก้าวร้าวและมีพฤติกรรมต่อสู้ขัดขืนต่อการดูแลรักษาต่อไปได้ (Perry, 2003; กนกจันทร์ เข้มนาการ, 2554; Rennick et al., 2002) นอกจากนี้การตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กพยายาสภาพไม่เรงด่วนทางการแพทย์ มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของบิตามารดา ยังทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น ส่งผลกระทบต่อระบบบริการ ทำให้เกิดความแออัดของผู้ป่วยเด็กในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้มีระยะเวลาการรอคอยรับบริการที่นานเกิดปัญหาการฟ้องร้องมากขึ้น การถูกลดทอนทรัพยากรและบุคลากรที่ถูกจัดไว้สำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีความเรงด่วน ฉุกเฉิน บุคลากรถูกหันเหความสนใจไปจากผู้ป่วยเด็กที่มีพยายาสภาพเรงด่วน ทำให้ประสิทธิภาพการพยาบาลที่ลดลง (Berry, Brousseau, Brotanek, Tomany-Korman, & Flores, 2008; Kubicek et al., 2012) การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเด็กที่มีพยายาสภาพไม่เรงด่วนทางการแพทย์ ถูกนำมาบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อปกป้องไม่ให้ผู้ป่วยเด็กได้รับผลกระทบ จากการที่ต้องได้รับประสบการณ์ด้านลบ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจขณะมารับบริการโดยไม่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับบริการที่ตรงกับความต้องการทางการแพทย์ที่แท้จริง

สถานการณ์บิตามารดานำผู้ป่วยเด็กพยายาสภาพไม่เรงด่วนทางการแพทย์มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จากวรรณกรรมในประเทศทางตะวันตก พบว่า เกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้งภายนอกและภายในของบิตามารดา ได้แก่ การมีรายได้น้อย โดยในสหรัฐอเมริกาการมารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าการใช้บริการในหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ และสามารถต่อรองคำรักษาพยาบาลได้ ประสบการณ์การความเครียดในอดีตของบิตามารดาจากการมีเด็กป่วย ทำให้มีความวิตกกังวลสูงและต้องการการดูแลสุขภาพที่เรงด่วนตามความรู้สึกของตน นอกจากนี้ยังพบว่าบิตามารดาที่เป็นอเมริกันผิวสี มีแนวโน้มที่จะนำบุตรซึ่งมีพยายาสภาพไม่เรงด่วนมาใช้บริการมากกว่าอเมริกันผิวขาว การที่บิตามารดาที่ไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็ก จะรู้สึกกลัวและรับรู้ว่าเป็นปัญหาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยของผู้ป่วยเด็กเป็นเรื่องเรงด่วน (Kubicek et al., 2012;

Uscher-Pines et al.,2013) การขาดความเข้าใจและรับรู้ของบิดามารดาในการเข้าถึงแหล่งรับบริการทางสุขภาพที่เหมาะสม โดยเข้าใจและรับรู้ว่ามีแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นแหล่งบริการสุขภาพ ที่สามารถใช้บริการได้ด้วยอาการเจ็บป่วยทั่วไป มีทรัพยากรและความเชี่ยวชาญต่อผู้ป่วยเด็กมากกว่าแหล่งบริการทางสุขภาพทั่วไป นำมาสู่การนำผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Hostetler et al., 2007; Chin, Goepp, Malia, Harris, & Poordabbagh, 2006; Brousseau, Nimmer, Yunk, Nattinger, & Greer, 2011; Padgett & Brodsky, 1992) ทั้งนี้พบความแตกต่างในมุมมองเชิงเหตุผลของการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระหว่างกุมารแพทย์แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ประเมินว่าไม่เรื้อรังด่วน แต่บิดามารดาซึ่งมีความวิตกกังวลกลับเชื่อว่า เป็นสถานการณ์เร่งด่วนที่ผู้ป่วยเด็กต้องได้รับการประเมินแต่เนิ่นๆ เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีอันตราย เนื่องจากระบบบริการในสหรัฐอเมริกาที่กำหนดให้ขั้นตอนของระบบการนัดและส่งต่อ ต้องเริ่มจากการนำผู้ป่วยเด็กพบแพทย์/พยาบาลด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และหากพบว่ามีอาการจำเป็นผู้ป่วยเด็กจึงจะได้รับการส่งต่อยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Brousseau et al., 2011) จึงสะท้อนให้เห็นว่าประสบการณ์ความเครียดในอดีต ความเข้าใจ การรับรู้และบริบทของระบบบริการที่บิดามารดาเข้าไปเกี่ยวข้อง ผูกพัน รับรู้ เกิดเป็นการให้ค่า ให้ความหมายและเก็บไว้เป็นประสบการณ์ ส่งผลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็ก มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น และเนื่องจากวัยของเด็กเป็นวัยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้จำกัด สัมพันธ์กับพัฒนาการของอายุ บทบาทของพยาบาลเด็กจึงมีเป้าหมายเพื่อการเสริมสร้างความสามารถของผู้ทำหน้าที่แทนในการดูแลสุขภาวะให้แก่เด็ก (วีณา จีระแพทย์, 2533) นั่นคือ บิดามารดาซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ต้องมีความเข้าใจและสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยเด็กได้ดีที่สุด (Morlow & Redding, 1998)

สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบการวิจัย ประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์ และเนื่องจากบริบทของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ตลอดจนความเชื่อและวัฒนธรรมทางสังคมของบิดามารดาไทยและประเทศทางตะวันตกมีความแตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลให้พฤติกรรมแสดงออกของบุคคล แปรเปลี่ยนไปตามการรับรู้และการทำความเข้าใจต่อสถานการณ์ที่บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย (ถวิล ธาราโกชน์ และศรัณย์ ดำริสุข, 2548) การค้นหาข้อมูลเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ของประเทศไทยที่ผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์ ถูกนำมาใช้บริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจากประสบการณ์ของบิดามารดาผู้นำพามา จึงเป็นข้อมูลที่จำเป็น เพื่อให้ได้ข้อความรู้ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและลึกซึ้งได้ดีที่สุด เพราะประสบการณ์ของบุคคล เป็นผลมาจากการรับรู้สถานการณ์ สิ่งแวดล้อมที่เข้าไปผูกพัน ทำให้เกิดเป็นการให้ค่าตามความหมายของ

ตนเองและเกิดการมองโลกของบุคคลนั้น (King, 2004) ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลเพื่อบรรยายถึงกระบวนการคิด การตัดสินใจของบิดามารดาตามประสบการณ์ของบิดามารดาอย่างรอบด้านเป็นองค์รวม

ผู้วิจัยจึงมีความตระหนักถึงปัญหาและสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์ โดยเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อความรู้ในการอธิบายปรากฏการณ์ที่เป็นจริงตามการรับรู้ของบุคคลตามธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้น ข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาสู่การวิจัยเชิงปริมาณ และนำไปสู่การจัดบริการทางสุขภาพที่เหมาะสม ป้องกันไม่让孩子ผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์ ต้องเกิดประสบการณ์การบาดเจ็บทางจิตใจที่หลีกเลี่ยงได้จากการถูกนำมาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรยายประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็ก มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์

คำถามในการวิจัย

ประสบการณ์บิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็ก มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์เป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (2000) เพื่อบรรยายประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์ เก็บข้อมูลที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้คือมารดาที่นำผู้ป่วยเด็กอายุ 3 ปี -13 ปี มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและได้รับการประเมินให้เป็นผู้ป่วยระดับ 4 ประเภทไม่ฉุกเฉินตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (2551) รวมทั้งเป็นมารดาที่ร่วมในเหตุการณ์ที่บ้านตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กเริ่มมีอาการป่วย เป็นผู้ตัดสินใจและนำพาผู้ป่วยเด็กออกจากบ้านพัก จนมาถึงแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์ มารดาสามารถสื่อสารได้ด้วยตนเองและเข้าใจภาษาไทย มีความสมัครใจ และยินดีเข้าร่วมงานวิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview)

ร่วมกับการสังเกต และจดบันทึกในวันที่มารดา นำผู้ป่วยเด็กมาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในห้องแยก
ขณะรอพบแพทย์ที่โรคของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เก็บข้อมูลในช่วงเวลา 23.00 น. - 6.00 น.
ระหว่างวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2559 หยุดเก็บข้อมูลเมื่อพบว่า
ข้อมูลมีความอิ่มตัว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและ
ฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์** หมายถึง การบอกเล่าของบิดาหรือมารดาคนใดคน
หนึ่งที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ที่บ้าน ตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์เริ่มมีอาการป่วย
ตัดสินใจและนำพาผู้ป่วยเด็กออกจากสถานที่พัก และมาถึงแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อเข้ารับ
บริการทางการแพทย์ โดยถ่ายทอดจากประสบการณ์ตรง ทั้งด้านเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก

ผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ หมายถึง ผู้ป่วยอายุ 3 ปี - ไม่เกิน 18 ปี เป็น
ผู้ป่วยเด็กระดับ 4 ประเภทไม่ฉุกเฉิน ตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ
มหाराชินี (2551) ซึ่งเป็นผู้ป่วยเด็กที่มีอาการบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยไม่รุนแรง สามารถรอรับหรือ
เลือกสรรบริการสาธารณสุขในเวลาทำการปกติได้ โดยไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้นหรือ
ภาวะแทรกซ้อนตามมา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานในการอธิบายปรากฏการณ์ ในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิ
สภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์มารับบริการ ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของบิดามารดา
2. เพื่อเป็นข้อความรู้พื้นฐานในการวางแผนทางการพยาบาล เพื่อให้ความรู้ความตระหนักแก่
บิดามารดา ในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการรักษาพยาบาลได้สอดคล้องกับความจำเป็นเร่งด่วนที่
แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้ความรู้กับบิดามารดาในการเลือกใช้บริการทางสุขภาพที่เหมาะสม
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการ
แพทย์ถูกนำมาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการเลือกใช้บริการทางสุขภาพที่ตรงกับความต้องการ
รับบริการที่แท้จริง

แนวคิดพื้นฐาน

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อบรรยายประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็ก มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (2000) ซึ่งให้ความสำคัญของการพัฒนาความรู้จากประสบการณ์ของบุคคล ศึกษาประสบการณ์ที่เป็นจุดเริ่มต้นของความรู้ โดยคำนึงว่าความรู้ใดๆ มีต้นกำเนิดอยู่ในประสบการณ์ก่อนที่จะสะท้อนออกมา (Sadala & Adorno, 2002) การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl (2000) จึงมุ่งศึกษาประสบการณ์ (lived experience) และโลกในชีวิตประจำวัน (life-world) ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดย Husserl กล่าวว่า ประสบการณ์ของบุคคลจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้มีปฏิสัมพันธ์กับเหตุการณ์ และสิ่งแวดล้อมรอบตัวแล้วจำเก็บไว้เป็นบทเรียนของชีวิต เป็นการกระทำที่มีสติสัมปชัญญะของบุคคล ในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อตอบสนองการรับรู้ของตนเอง และโลกในชีวิตประจำวันของบุคคล คือการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ในชีวิต ดังนั้นบุคคลจึงมีการรับรู้และการกระทำแตกต่างกันไปตามภูมิหลังและมีการแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการรับรู้ (พีรนุช ลาเซอร์, 2555) การตัดสินใจนั้นเป็นกระบวนการ การเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง ที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดจากหลาย ๆ ทางเลือกก่อนตัดสินใจภายใต้สถานการณ์การรับรู้ข้อมูล โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ โอกาสและอุปสรรค เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายบนพื้นฐานของเหตุผล (Gortsch, 2004) ประสบการณ์ของบิดามารดาที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อม ภายใต้สถานการณ์การรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงทำให้บิดามารดาเกิดการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์

การค้นหาคำถามจากปรากฏการณ์บิดามารดาตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ เน้นศึกษาตามความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่ โดยผู้วิจัยใช้ความสามารถในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาโดยปราศจากการอคติ กำจัดความคิดล่วงหน้าหรือเก็บความรู้ ความเชื่อที่มีอยู่เดิมนั้นไว้ เพื่อให้สามารถรับรู้ข้อเท็จจริงที่ได้รับมาใหม่ ตามความเป็นจริงมากที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้ใช้กรอบแนวคิดใดๆ ในการควบคุมการวิจัย แต่ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางเบื้องต้นในประเด็นที่สนใจศึกษาและช่วยสร้างแนวคำถามเบื้องต้น ป้องกันหลงทางเมื่อเข้าสู่สนามการวิจัย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์จนกว่าจะเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น (จอห์นสัน พึงจาด, 2546)

การศึกษาเพื่อให้ได้ข้อความรู้จากปรากฏการณ์บิดามารดาตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็ก มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (2000) จึงมุ่งศึกษาจากของประสบการณ์ของบิดามารดา ที่นำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์มารับบริการ ตามการรับรู้ เหตุการณ์และสิ่งแวดล้อม ที่บิดามารดาได้เข้าไปมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวข้อง และทำให้ตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน



บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการบรรยายประสบการณ์ของบิดามารดา ในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ โดยกำหนดหัวข้อที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับการบริการผู้ป่วยเด็ก
 - 1.1 ความหมายของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 1.2 ลักษณะงานบริการของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยเด็ก
 - 1.3 ภารกิจหลักของงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. ผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์
 - 2.1 ความหมายของผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์
 - 2.2 เกณฑ์การคัดแยกประเภทของผู้ป่วยเด็กตามระดับความเร่งด่วนของความต้องการทางการแพทย์
 - 2.3 ผลกระทบของการเข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต่อผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์
3. บิดามารดากับการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 3.1 ความหมายการตัดสินใจ
 - 3.2 สถิติของการนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 3.3 สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 3.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดา
 - 3.3.2 ปัจจัยด้านการประเมินอาการเจ็บป่วยของเด็กที่แสดงถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการต้องการบริการทางการแพทย์
 - 3.3.3 ด้านระบบบริการและปัจจัยการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพ
4. แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
 - 4.1 ปรัชญาพื้นฐานของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl
 - 4.2 ลักษณะทั่วไปของการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา

- 4.3 วิธีการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl
- 4.4 กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์
- 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับการบริการผู้ป่วยเด็ก

1.1 ความหมายของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สมบุญ โอภาสยล (2544) ให้คำจำกัดความว่า เป็นหน่วยงานของโรงพยาบาลที่เป็นด่านแรกและมีความสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ โดยการใช้ระบบคัดกรองผู้ป่วย เพื่อจัดระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วเหมาะสม

ยุวเรศ สิทธิชาญบัญชา (2550) ให้คำจำกัดความว่า เป็นหน่วยงานที่ให้การรักษาพยาบาลโดยมุ่งเน้นที่การดูแลผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บที่มีอาการเฉียบพลันรุนแรงซึ่งหากไม่ได้รับการแลกรักษาอย่างทันท่วงทีอาจสูญเสียชีวิตได้ จึงต้องให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมงและมีการคัดแยกผู้ป่วยที่มารับบริการตามความหนักเบา/เร่งด่วนของอาการ บุคลากรที่ปฏิบัติงานจึงต้องมีความตื่นตัวอยู่เสมอซึ่งเป็นภาระงานที่หนักและสร้างความกดดันให้แก่ผู้ปฏิบัติงานเป็นอย่างมาก

สุนันท์ เกียรติชัยพิพัฒน์ (2551) ให้คำจำกัดความว่า เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ทั้งที่ได้รับการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุและเจ็บป่วยกะทันหัน ที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและที่ต้องการการช่วยเหลืออย่างรีบด่วน

Veterans Health Administration (2010) ให้คำจำกัดความว่า เป็นหน่วยงานที่มีความมุ่งเน้นให้การรักษาและช่วยชีวิตผู้ป่วยในสถานการณ์ที่อันตรายถึงชีวิต เป็นสถานที่ที่มีบุคลากรและความพร้อมในการรักษาช่วยชีวิต ประเมินและการส่งต่อผู้ป่วย ให้การรักษาดูแลอาการเจ็บป่วยที่หลากหลาย ทั้งได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและโรคทางจิตเวช ให้บริการการดูแลในพื้นที่ที่กำหนดไว้ อย่างชัดเจนว่าเป็นการดูแลสำหรับแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและดำเนินงานตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์

1.2 ลักษณะงานบริการของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยเด็ก

มีจุดมุ่งหมาย เพื่อมุ่งเน้นการให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กแบบสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด - ไม่เกิน 18 ปี ที่ได้รับบาดเจ็บ และ/หรือ มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตคุกคามต่อชีวิต ทั้งระบบร่างกายและจิตใจ สามารถเข้าถึงบริการ มีสัมฤทธิ์ผลของการดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างมีคุณภาพ ความถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2558)

มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานพยาบาล (2551) มีขอบเขตครอบคลุมผู้ป่วยทุกประเภททั้งศัลยกรรม อายุรกรรม และกุมาร

เวชกรรม โดยกำหนดให้เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายใต้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 8 มาตรฐาน ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย

1. การคัดกรองผู้ป่วย (Triage) พยาบาลวิชาชีพ รวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยและการประเมินอาการสำคัญ เพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล ณ สถานที่เกิดเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว
2. การปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วย/บาดเจ็บของผู้ป่วยอย่างทันทีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
3. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและส่งต่อการรักษาพยาบาลวิชาชีพประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลาระหว่างการนำส่งผู้ป่วยยังโรงพยาบาลที่รับการดูแลต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 2 การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย

1. การคัดกรองผู้ป่วย (Comprehensive Triage) พยาบาลวิชาชีพจะทำการคัดกรองด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างรวดเร็ว ประเมินอาการเจ็บป่วยสำคัญของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทุกรายสัมพันธ์กับอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการสำคัญที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้และจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล ตามสภาพปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อจัดระดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยแต่ละราย ตามมาตรฐานการจำแนกประเภทผู้ป่วยของหน่วยงาน หรือจำแนกเป็น วินิจฉัยและวางแผนให้การรักษาพยาบาลบนพื้นฐานข้อมูลที่รวบรวมได้ตามแนวปฏิบัติของหน่วยงาน ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤติที่เป็นอันตราย หรือเสี่ยงต่อชีวิตตามแนวปฏิบัติของหน่วยงาน
2. การประเมินอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (Secondary Survey and Ongoing Assessment) พยาบาลวิชาชีพประเมินปัญหาผู้ป่วยเพิ่มเติม (Secondary Survey) และประเมินซ้ำเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง (Ongoing Assessment) ตามความเหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent) ได้รับการประเมินซ้ำทุก 10-15 นาที ผู้ป่วยฉุกเฉิน (urgent) ได้รับการประเมินซ้ำทุก 30 นาที ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (non-urgent) ได้รับการประเมินซ้ำทุก 2-4 ชั่วโมง ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงาน
3. การปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย บรรเทาอาการรบกวนต่างๆ และส่งเสริม

ความสุขสบายของผู้ป่วยและญาติ กรณีการเตรียมผ่าตัดฉุกเฉิน กรณีส่งต่อหรือจำหน่ายเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวและประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงซ้ำ ถ้ามีอาการแยกลงจะต้องแก้ไขตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติในการดูแลเฉพาะโรค/กลุ่มอาการของหน่วยงาน ปฏิบัติการพยาบาลในฐานะส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ รายงาน/ให้ข้อมูลแพทย์ ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน เพื่อประโยชน์ในการกำหนด วิธีการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย

4. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาลพยาบาลวิชาชีพ ประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ที่สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาลที่ให้และผลลัพธ์ที่คาดหวัง

มาตรฐานที่ 3 การดูแลต่อเนื่อง

พยาบาลวิชาชีพวางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่องตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสมและให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

มาตรฐานที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลแบบองค์รวมโดยมุ่งเน้นปัญหาที่อาจเกิดขึ้น (Potential Health Problem) ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการบาดเจ็บและการเจ็บป่วย กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ประเมินความก้าวหน้าภาวะสุขภาพผู้ป่วย พร้อมทั้งปรับปรุงแผนการสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นปัจจุบัน

มาตรฐานที่ 5 การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาล ที่มีเป้าหมายในการคุ้มครองภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องป้องกันความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล ประเมินผู้ป่วยถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ป้องกันสุขภาพและความเสี่ยงของบุคลากร

มาตรฐานที่ 6 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

มาตรฐานที่ 7 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่หน่วยงานกำหนดและมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานจรรยาบรรณให้เกียรติอย่างเท่าเทียม โดยคำนึงถึงสิทธิและความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย คุ้มครองสิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย รักษาความลับข้อมูลของผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยทุกราย โดยไม่คำนึงถึง เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี

และเคารพคุณค่าความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิตามขอบเขต บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

มาตรฐานที่ 8 บันทึกลงทางการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและต่อเนื่อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาล หรือปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย และจิตวิญญาณ แผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ กิจกรรมการพยาบาล ผลลัพธ์ของการพยาบาล เพื่อสื่อสารกับทีมงานและทีมสหสาขาวิชาชีพและใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

1.3 ภารกิจหลักของงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การทำงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถนำมาแยกเป็นภารกิจหลักของงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามมาตรฐานการให้บริการกระทรวงสาธารณสุข (2540) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.3.1 จัดหน่วยงานบริการพยาบาล เอื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพทั้งในภาวะปกติและการมีอุบัติเหตุหมู่ โดยตำแหน่งที่ตั้งของหน่วยให้บริการที่จำเป็นได้แก่ ติดต่อบริเวณ คัดกรองผู้ป่วย ห้องตรวจรักษา ห้องช่วยฟื้นคืนชีพ รถเข็น/เปลนอน อยู่ในที่สะดวก รวดเร็ว เหมาะต่อการให้บริการ ในบริเวณรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุหมู่ กำหนดไว้ชัดเจน และสะดวกต่อการให้บริการผู้ป่วยได้แก่ จุดคัดกรอง จุดรับผู้ป่วยบาดเจ็บเล็กน้อย-ปานกลาง-ผู้ป่วยหนัก/วิกฤต และผู้ป่วยหมดหวัง/เสียชีวิต และลักษณะภาพแวดล้อมทั่วไปและภายในหน่วยงาน สะอาด ไม่มีกลิ่นอับชื้นอากาศถ่ายเทดี จัดวางวัสดุครุภัณฑ์เป็นระเบียบ

1.3.2 อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้และเวชภัณฑ์ พร้อมใช้งานได้ทันทีโดยมีการตรวจสอบจำนวนและประสิทธิภาพของเครื่องมือเครื่องใช้ ที่จำเป็นทุกวัน เช่น อุปกรณ์ช่วยชีวิต มีการบำรุงรักษาเครื่องมือเครื่องใช้ ที่จำเป็นแต่ละอย่าง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง การสำรองวัสดุอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ให้เพียงพอ สำหรับให้บริการภาวะฉุกเฉินปกติและอุบัติเหตุหมู่

1.3.3 ทีมให้บริการพยาบาลมีความพร้อม ในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในภาวะฉุกเฉิน ปกติและอุบัติเหตุหมู่ มีจำนวนทีมให้บริการแต่ละเวรประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 คน โดยบุคลากรแต่ละระดับทราบ ทำหน้าที่/บทบาทของตนเองในแผนรับอุบัติเหตุหมู่ มีการอบรม/เสริมความรู้/ทักษะ ก่อนประจำการแก่บุคลากรทุกระดับเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การเคลื่อนย้ายและมีการอบรม/เสริมความรู้/ทักษะ ระหว่างประจำการแก่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน

1.3.4 ระบบบริการพยาบาลที่สามารถให้บริการได้ อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีการส่งเสริมให้การบริการรวดเร็ว เช่น การต้อนรับ การอำนวยความสะดวก มีระบบบริการ ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุหมู่ได้อย่างทันเหตุการณ์ ระบบนัดสำหรับแจ้งผู้ป่วยหรือติดตาม

ผู้ป่วยที่ต้องรักษาต่อเนื่อง มีการจัดแผนพัฒนา ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รองรับอุบัติเหตุและผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่สอดคล้องกับสภาพของท้องถิ่น มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย และตรวจสอบประสิทธิภาพของอุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็นทุกวัน มีการรับ-ส่งเวร ในแต่ละรอบเวรเกี่ยวกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละรายและ/หรือเหตุการณ์สำคัญ เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิต ทรัพย์สินผู้ป่วย มีความพร้อมระบบบริการพยาบาลเชิงรุก ให้บริการในพื้นที่จุดเกิดเหตุ มีระบบการบันทึกข้อมูล และ/หรือรายงานเกี่ยวกับอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์ชัดเจนเป็นระบบ มีการนำข้อมูลจากการบันทึกต่างๆ รายงานการรวบรวมข้อมูล สถิติที่สำคัญมาวิเคราะห์หาแนวทาง/วิธีการป้องกันและพัฒนาระบบงาน ให้เป็นรูปธรรม มีแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัย สอดคล้องกับนโยบายการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีต่างๆ และเจ้าหน้าที่สามารถนำไปปฏิบัติได้

ด้วยระบบบริการพยาบาลของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ต้องการ ให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้การบริการรวดเร็ว จึงมีการพยายามนำระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อ (Lean and seamless) มาช่วยพัฒนาระบบการทำงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อ (Lean and seamless) คือ ระบบบริการที่พยายามขจัดความสูญเปล่าทุกชนิดออกจากกระบวนการ นำข้อผิดพลาดที่ทำให้ระบบงานล่าช้า งานที่ผิดพลาด ไม่มีประสิทธิภาพมาทบทวน ปรับปรุง โดยเน้นระบบการทำงานที่กระชับ ลดการสูญเปล่าของทรัพยากร ลดขั้นตอนการทำงานที่ซ้ำซ้อน เชื่อมขั้นตอนงานทำงานโดยไม่มี การสะดุด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ความรวดเร็วและปลอดภัย เพื่อคุณภาพการบริการ (Mazzocato et al.,2012)

1.3.5 กระบวนการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยเป็นระบบและตอบสนองปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน โดยมีความพร้อมในการเตรียมผู้ป่วยเป็นระบบและตอบสนองปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ใช้มีกระบวนการเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการรักษาพยาบาล โดยมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยทุกรายครอบคลุมข้อมูล การเจ็บป่วย ปัญหา/ความต้องการการพยาบาล การประเมินผลและการนัดหมายเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง

1.3.6 มีกรรมการพัฒนาการบริการ การพยาบาลในหน่วยงานอย่างต่อเนื่องโดยหัวหน้างาน มีการส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรม การวิเคราะห์ ประเมินและปรับปรุงคุณภาพบริการมี กระบวนการติดตามและพัฒนาคุณภาพ โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง มี กระบวนการวิเคราะห์ ทบทวนหาข้อบกพร่องในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินสำหรับนำไป ปรับปรุงรูปแบบการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการรายงานผล การเฝ้าติดตาม/การวิเคราะห์/ ข้อมูลคุณภาพทางการพยาบาล ให้กับผู้เกี่ยวข้องทราบและปรับปรุงระบบบริการจากผลการเฝ้า ติดตาม/ทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูล

สรุป แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยเด็ก เป็นหน่วยงานที่มุ่งเน้นการให้บริการแก่ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤต ทั้งระบบร่างกายและจิตใจ ตามความเร่งด่วนได้อย่างทันท่วงที ตามหลักมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อป้องกันการสูญเสียชีวิต ตลอดจนการให้ข้อมูลและความรู้แก่ครอบครัว และเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและป้องกันความเสี่ยงเพื่อการคุ้มครองภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก

2. ผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์

2.1 ความหมายของผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์

ผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด - ไม่เกิน 18 ปี ซึ่งมีอาการบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยไม่รุนแรง สามารถรอรับหรือเลือกสรรบริการสาธารณสุขในเวลาทำการปกติได้ โดยไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้นหรือภาวะแทรกซ้อนตามมา (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2551; สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556)

2.2 เกณฑ์การคัดแยกประเภทของผู้ป่วยเด็กตามระดับความเร่งด่วนของความต้องการทางการแพทย์

เมื่อมีผู้ป่วยเด็กมารับบริการยังแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะ ต้องมีการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อจัดลำดับผู้ป่วยรายใดที่สามารถรอคอยได้อย่างปลอดภัยและรายใดต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วน การคัดแยกต้องใช้มาตรฐานการคัดแยกในการกำหนดระดับความรุนแรง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยเด็กจะสามารถรอคอยได้อย่างปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการตรวจรักษาพยาบาลตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ที่เหมาะสม ผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในภาวะเร่งด่วนทางการแพทย์มีสิ่งที่คุณค่าชีวิตได้รับการรักษาได้อย่างรวดเร็วทันเวลาที่อยู่ในภาวะเร่งด่วนทางการแพทย์ ได้รับการประเมินและส่งต่อได้อย่างถูกต้องรวดเร็วและปลอดภัย ควบคุมการหมุนเวียนของผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไม่ให้เกิดการคับคั่ง แออัด ซึ่งจะก่อให้เกิดการล่าช้าในการดูแลรักษา ระยะเวลาในการรอคอยของผู้ป่วยเด็กที่มีอาการเร่งด่วนทางการแพทย์ในการรอรับการตรวจรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและลดภาวะเครียดของผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้บริการ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกว่าได้เข้าสู่ระบบของการรักษาพยาบาลแล้ว (สุกิจ วิภูสัทยา, 2556; อุบล ยี่เฮ็ง, 2556) โดยแต่ละมาตรฐานการคัดแยกจะมีแนวทางการกำหนดระดับความรุนแรงและการประกันคุณภาพด้านเวลาที่ผู้ป่วยเด็กจะสามารถรอคอยได้อย่างปลอดภัย ทั่วโลกมีระบบการคัดแยกผู้ป่วยเด็กเพื่อการดูแลในภาวะฉุกเฉินตามความเร่งด่วนของความต้องการการรักษาทางการแพทย์ ในแต่ละระบบการคัดแยกผู้ป่วยเด็ก จะเป็นการตกลงร่วมกันของแต่ละประเทศเพื่อใช้เป็นเกณฑ์การคัดแยกเพื่อดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะฉุกเฉิน (Veen, 2010) โดยแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยเด็กมีแนวทาง ดังนี้

The Manchester Triage System (MTS)

การคัดแยกผู้ป่วยเด็กตามระดับความเร่งด่วนของความต้องการการดูแลทางการแพทย์ (Veen, 2010) ได้แก่

ระดับ 1 Immediate คือ ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการ ทางเดินหายใจล้มเหลว มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ชักช็อกไม่รู้สีกตัว ควรได้รับดูแลการรักษาพบแพทย์ในทันที

ระดับ 2 Very urgent คือ ผู้ป่วยเด็กมีอัตราการหายใจต่ำมาก ภาวะกดการหายใจ วัดระดับออกซิเจนได้ต่ำมากหายใจหอบเหนื่อย ไม่สามารถที่จะพูดคุยเป็นประโยคที่มีความหมายได้ มีประวัติเป็นโรคทางเดินหายใจที่แน่นชัด เริ่มมีอาการแบบเฉียบพลันหลังจากได้รับบาดเจ็บตอบสนองต่อเสียงหรือความเจ็บปวดเท่านั้น ควรได้รับดูแลการรักษาพบแพทย์ภายใน 10 นาที

ระดับ 3 Urgent คือ ผู้ป่วยเด็กมีอัตราการหายใจต่ำ วัดระดับออกซิเจนได้ต่ำประวัติโรคไม่แน่นชัดมีอาการปวดแน่นหน้าอก ควรได้รับดูแลการรักษาพบแพทย์ภายใน 60 นาที

ระดับ 4 Standard คือ ผู้ป่วยเด็กที่หายใจเสียง Wheeze ดิดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นซ้ำในระยะเวลาไม่นานควรได้รับดูแลการรักษาพบแพทย์ภายใน 120 นาที

ระดับ 5 Non urgent คือ ผู้ป่วยเด็กที่ไม่มีอาการเร่งด่วนที่เกิดขึ้นใน 4 ระดับแรก ควรได้รับดูแลการรักษาพบแพทย์ภายใน 240 นาที

The Emergency Severity Index (ESI)

ESI เป็นระบบการคัดแยก 5 ระดับพัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา ระดับ 1 หมายถึง ความรุนแรงสูงสุด และระดับที่ 5 มีความรุนแรงต่ำที่สุด (Veen, 2010; สุมาลี จักรไพศาล และคณะ, 2553) ได้แก่

ระดับ 1 ผู้ป่วยวิกฤต (Resuscitation) คือ ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ไม่หายใจ ใส่ท่อช่วยหายใจ หายใจเหนื่อยตัวเขียว ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยชีวิตทันทีและจะต้องได้รับการดูแลในทันที

ระดับ 2 ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) คือ ที่อยู่ในภาวะที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยที่สับสนซึมมึนวาย มีอาการปวดรุนแรงหรือมีสัญญาณชีพหรือระดับออกซิเจนต่ำผิดปกติผู้ป่วยควรได้รับการรักษาดูแลจากแพทย์ภายใน 10 นาที

ระดับ 3 ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) คือ ผู้ป่วยที่คาดว่าจะต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาล 2 หรือมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไปผู้ป่วยควรได้รับการรักษาดูแลจากแพทย์ภายใน 30 นาที

ระดับ 4 ผู้ป่วยบาดเจ็บเล็กน้อย (Semi-urgency) คือ ผู้ป่วยที่คาดว่าจะต้องใช้ทรัพยากรอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อวินิจฉัยอาการได้อย่างถูกต้องผู้ป่วยควรได้รับการรักษาดูแลจากแพทย์ภายใน 60 นาที

ระดับ 5 ผู้ป่วยทั่วไป (Non-urgency) คือ ผู้ป่วยที่คาดว่าจะไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในการช่วยวินิจฉัย เช่น การทดสอบทางห้องปฏิบัติการทดสอบคลื่นไฟฟ้าหัวใจเอกซเรย์ CT Scan เป็นต้น ไม่ต้องการการรักษา เช่น ให้สารน้ำ ซ่อมแซมอวัยวะฉีกขาดหรือให้คำปรึกษาพิเศษกับผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถรอที่คลินิกทั่วไปหรือสามารถนัดมาวันอื่นได้ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาดูแลจากแพทย์ภายใน 120 นาที

The Canadian triage and acuity scale (CTAS)

แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยเด็กตามระดับความเร่งด่วนของความต้องการการดูแลทางการแพทย์ (Warren et al., 2008; Veen, 2010) ได้แก่

ระดับ 1 Resuscitation คือ ผู้ป่วยเด็กที่มาด้วยระบบทางเดินหายใจล้มเหลวไม่รู้สึกรู้สีกตัว ถูกไฟไหม้มากกว่า 25% ของร่างกาย ซ็อก อยู่ในขณะชัก ต้องได้รับการรักษาในทันที

ระดับ 2 Emergent คือ ผู้ป่วยเด็กหายใจเสียง stridor หายใจเป็นระยะๆ และหายใจมีเสียง wheezing หายใจเร็วหรือโอจอนมีภาวะกดการหายใจจากปัญหาในระบบทางเดินหายใจส่วนบน ความผิดปกติแต่กำเนิดของหลอดเลือดถูกไฟไหม้ >10% แต่ไม่ถึง 25% ของร่างกาย ปวดมากระดับ 8 จากคะแนนเต็ม 10 ต้องได้รับการรักษาภายใน 15 นาที

ระดับ 3 Urgency คือ ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะกดการหายใจในระดับปานกลาง เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคปอดอักเสบหลอดลมฝอยอักเสบ หรือกล่องเสียงบวม ถูกไฟไหม้น้อยกว่า 10% ของร่างกาย มีอาการปวดมากระดับ 4-7 จากคะแนนเต็ม 10 มีสิ่งแปลกปลอมในจมูกทารก 3-36 เดือน มีอุณหภูมิมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส ต้องได้รับการรักษาภายใน 30 นาที

ระดับ 4 Less Urgency คือ ผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยที่มีความเร่งด่วนน้อย เช่น มีสิ่งคัดหลั่งไหลออกจากหู ซึมเศร้า ผื่นแพ้ เจ็บหน้าอกโดยหัวใจเต้นปกติ ศีรษะกระแทกแต่ไม่มีอาการอาเจียนหรือซีดลง ต้องได้รับการรักษาภายใน 60 นาที

ระดับ 5 Non urgent คือ ผู้ป่วยเด็กที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยเร่งด่วน ท้องเสียหรืออาเจียน ไม่มีอาการขาดน้ำ ที่มีอาการปวด แผลงัดเล็กน้อย มีแผลในปาก เป็นต้น ควรได้รับการรักษาภายใน 120 นาที

ในประเทศไทยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีระบบการคัดแยกที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามบริบทและขีดความสามารถของโรงพยาบาลนั้นๆ (อุบล ยี่เอ็ง, 2556) โดยมาตรฐานการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนของความต้องการทางการแพทย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีซึ่งเป็นมาตรฐานการคัดแยกที่มีความเฉพาะกับผู้ป่วยเด็ก ดังนี้

เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยเด็ก โดยประเมินจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 4 ระดับ (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2551) ดังนี้

Level 1 Resuscitative/Crisis (วิกฤติ)

สี่สัญลักษณ์แทนผู้ป่วย สีแดง ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลรักษาภายใน 1 นาที (Immediately) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะของโรค ดังนี้

- 1) Cardiac or respiratory arrest (ภาวะหัวใจหยุดเต้น, หยุดหายใจ)
- 2) Shock (วัดความดันโลหิตไม่ได้ ซีพจรเบา ชีต เหงื่อท่วมตัว ผิดเย็นชืด capillary refill >2 วินาที, ตัวอ่อนปวกเปียก ต้องได้รับการดูแลภายใน 1 นาที)
- 3) Respiratory failure (มีอาการหายใจเร็วและอาการหายใจลำบาก เช่น retraction nasal flaring stridor grunting wheezing head bobbing ร่วมกับ tachypnea cyanosis or pallor และระดับออกซิเจนต่ำกว่า 90 %)
- 4) Seizure (กำลังชัก)
- 5) Cyanosis (ไม่ใช่ผู้ป่วย cyanotic congenital heart เดิม)
- 6) Croup score >7
- 7) Coma (Glasgow coma score <7)
- 8) Severe Trauma/multiple injuries (trauma score \leq 5) เช่น penetrating trauma to chest or abdomen
- 9) Inhalation injuries (carbon monoxide poisoning)
- 10) Severe uncontrolled bleeding (arterial or massive venous bleeding)
- 11) Burn \geq 10% of body surface area and \geq second degree และไฟฟ้าช็อตจากสายไฟ หรือกล่องจ่ายไฟโดยตรง
- 12) ปวดท้องเฉียบพลันร่วมกับอาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือดสด และมีอาการแสดงช็อกอย่างน้อย 2 ข้อ
- 13) ผู้ป่วยมีอาการโรคติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลาง (ไข้สูง ซึมมาก คอแข็ง กระสับกระส่าย ชัก)
- 14) ผู้ป่วยมีอาการความดันในสมองสูง (ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียนพุ่ง ซึมลงมาก ร่วมกับความดันโลหิตสูง ซีพจรช้าและหายใจช้า)
- 15) Acute heavy dose poisoning ได้แก่ สารหนู สารปรอท สารไฮโดรคาร์บอน ยืนยันได้รับภายใน 30 นาที มีอาการหายใจลำบาก อย่างน้อย 1 ข้อ หรือมีอาการแสดงช็อก อย่างน้อย 2 ข้อ หรือมีระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย
- 16) ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด โดยเจตนา/อุบัติเหตุภายใน 2 ชั่วโมง มีอาการหายใจลำบากอย่างน้อย 1 ข้อ หรือมีอาการแสดงช็อกอย่างน้อย 2 ข้อ หรือมีระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่ายไม่ร่วมมือ ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับยาที่ออกฤทธิ์ เช่น ยาอนุพันธ์ฝิ่น : morphine, methadone, codeine ผู้ป่วยได้รับยานอนหลับ เช่น benzodiazepines, tranquilizers ผู้ป่วย

ได้รับยาต้านภาวะซึมเศร้า (tricyclic) เช่น amitriptyline, amoxapine, trazadone, desipramine ผู้ป่วยได้รับสารเคมี เช่น ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาด, methanol, สารทำลาย หรือ ไฮยาไนด์ ผู้ป่วยได้รับยาที่ใช้บำบัดรักษาภาวะเจ็บป่วยของตนเอง

17) สัตว์พิษร้ายแรงกัด/ต่อย (งูพิษ หอยเต้าปูน ปลาสิงโต ต่อ แตน ผึ้ง >10 จุด) ร่วมกับมีเลือดออกไม่หยุด หรือมีเลือดออกเหนือบริเวณที่ถูกกัดร่วมกับการหายใจผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อ มีอาการแสดงช็อกอย่างน้อย 2 ข้อ หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง

Level 2 Emergent (ฉุกเฉินมาก)

สัญญาณแทนผู้ป่วย สีเหลือง ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลภายใน 5-15 นาที เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะของโรค ดังนี้

1) ผู้ป่วยเคยมีประวัติช็อกกัมมัมแพ้ มีอาการเฉียบพลันภายใน 30 นาที หลังได้รับสิ่งที่แพ้และมีอัตราการหายใจเร็ว

2) ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติปฏิกิริยาภูมิแพ้ มีผื่นลมพิษขนาดใหญ่และมีจำนวนมาก ตา มือและเท้าบวมร่วมกับอาการปวดท้อง

3) ผู้ป่วยมีเลือดออก (ไม่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บ) เช่น เลือดกำเดาห้ามเลือดไม่หยุดไหลหรือมีอาการหมดสติหลายครั้งในวันนั้น ร่วมกับอาการอ่อนแรง/เพลียมาก

4) ผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินของระบบต่อมไร้ท่อ เช่น DKA, Hypoglycemia

5) ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุ/บาดเจ็บ สัญญาณชีพและระดับความรู้สึกปกติ ได้แก่ ไฟฟ้าช็อต จากเครื่องใช้ในบ้าน, carbon monoxide, major burn and burn $\leq 10\%$ of body surface area, Eye injury with vision loss, Fracture with Compartment syndrome (Open Fracture, Tendon injury, Spine injury, Joint dislocation, Open joint wound), Blunt chest or abdominal trauma

6) Seizure (ชักที่บ้านภายใน 24 ชั่วโมง มาถึงโรงพยาบาลหยุดชักแล้ว)

7) ไข้สูง $\geq 40^{\circ}\text{C}$ ร่วมกับ severe toxic score (high pitch cry งอแงพ่อแม่ปลอบไม่หยุด ตัวลาย ซึมมาก ไม่เล่น ไม่ยิ้ม)

8) ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหัวใจ มีอาการของหัวใจวาย (หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว คลำตับโต หัวใจโตและบวม)

9) ผู้ป่วยที่มีประวัติหัวใจชนิดเขียวมาด้วยอาการเขียวมากขึ้น (Anoxic Spell)

10) ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจเร็ว ร่วมกับ อาการหายใจลำบากอย่างน้อย 1 ข้อและมีระดับออกซิเจน $\leq 95\%$

11) ผู้ป่วยมีอาการทางเดินหายใจอุดตันเฉียบพลัน ได้แก่ หายใจลำบาก Stridor เสียงแหบ ไอก้อง

- 12) ผู้ป่วยมีอาการถ่ายเหลว/อาเจียน มากกว่า 10 ครั้งและ/หรือมีภาวะขาดน้ำปานกลางหรือรุนแรง
- 13) ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องน้อยด้านขวาเฉียบพลันร่วมกับ rigidity or guarding, distention, hypotension
- 14) ผู้ป่วยอายุ 1 เดือนแรก มีอาการอาเจียนทันทีทันใด อาเจียนเป็นน้ำสีเขียวท้องอืด ร้องกวนมาก ซึมลง (midgut volvulus)
- 15) ผู้ป่วยอายุ 3 เดือน ถึง 2 ปี มีอาการปวดท้องแบบ colicky pain ปวดร้องมากจนหน้าซีด มือและเท้าเกร็งอาเจียนเป็นนมหรือน้ำหรือน้ำดี ซึมมาก (intussusception)
- 16) ผู้ป่วยมีประวัติไส้เลื่อนขาหนีบชัดเจน มีอาการปวดขาหนีบหรืออาจปวดบริเวณท้องน้อย ก้อนที่เคยยุบลงได้ ค้างที่ถุงอัณฑะหรือขาหนีบไม่ยุบลงเหมือนปกติ (incarcerated inguinal hernia)
- 17) Genital trauma
- 18) ผู้ป่วยตกจากที่สูง มีสัญญาณชีพผิดปกติ
- 19) ผู้ป่วยจมน้ำ/หน้าคว่ำจมน้ำ > 1 นาที รู้สึกตัว มีอาการไอ หายใจไม่สะดวกภายใน 24 ชั่วโมง
- 20) ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาดโดยเจตนา/อุบัติเหตุ มีอาการหายใจไม่สะดวก ไม่มีอาการหายใจลำบาก ยาที่ได้รับ ได้แก่ ยาสามัญประจำบ้าน ยาที่ใช้ในการบำบัดรักษาภาวะเจ็บป่วยของตนเองมากกว่า 2 ชั่วโมง
- 21) ผู้ป่วยถูกสัตว์กัดหรือต่อยบริเวณใบหน้าและลำคอ บาดแผลมีเลือดออกแต่ห้ามเลือดและหยุดได้
- 22) ผู้ป่วยมีอาการโรคติดเชื้อในกระแสโลหิต (ไข้สูง ซึมมาก และ moderate toxic score)
- 23) ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว เช่น สับสน ง่วงนอน เอะอะโวยวาย

Level 3 Acute illness (ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันไม่เร่งด่วน)

สี่สัญญาณแทนผู้ป่วย สีเขียว คือ ผู้ป่วยต้องที่ได้รับการดูแล ภายใน 15-45 นาที หลังจากดูแลผู้ป่วย Level 1 และ Level 2 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะของโรค ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยมีสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย (foreign body) ไม่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ
- 2) ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจเร็ว ร่วมกับ อาการหายใจผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อ และมีระดับออกซิเจน $\geq 95\%$

- 3) ผู้ป่วยถูกสัตว์ไม่มีพิษกัดหรือต่อย บริเวณที่ถูกกัดบวม ปวด แผลมีขนาดเล็ก มีเลือดออกห้ามเลือดได้ ไม่มีเลือดออก
- 4) ผู้ป่วยไข้สูง (38.5-40°C) ร่วมกับ mild toxic score
- 5) ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณถุงอัณฑะและอัณฑะข้างนั้นอย่างเฉียบพลัน อาจปวดสูงขึ้นถึงท้องน้อยร่วมกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน (testicular torsion)
- 6) ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาภูมิแพ้ มีผื่นลมพิษ คัน บวมใช้เวลา 30 นาทีหลังได้รับสิ่งที่แพ้
- 7) ผู้ป่วยมีเลือดออกโดยไม่ทราบสาเหตุ ไม่มีอาการบาดเจ็บ ห้ามเลือดได้ สัญญาณชีพปกติ
- 8) ผู้ป่วยช็อคมากอย่างเฉียบพลัน สัญญาณชีพปกติ
- 9) ผู้ป่วยได้รับสารป้องกันตัว ได้แก่ สเปรย์พริกไทย แก๊สน้ำตา
- 10) ผู้ป่วยมีประวัติมาด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคนั้นๆ เช่น ผู้ป่วย Hemophilia มีเลือดออกในข้อ
- 11) ผู้ป่วย Chronic arthritis มีอาการข้อบวมอักเสบเฉียบพลัน
- 12) ผู้ป่วย Bone tumor มีอาการปวด

Level 4 Non urgent (ไม่ฉุกเฉิน)

สี่สัญลักษณ์แทนผู้ป่วย สีขาว คือ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลภายใน 1-2 ชั่วโมง หลังจากดูแลผู้ป่วย Level 1 Level 2 และ Level 3 ผู้ป่วยที่มีภาวะของโรค ดังนี้

- 1) ไข้หวัด
- 2) บาดแผลถลอกเล็กน้อย
- 3) ปวดท้องเรื้อรัง
- 4) ถ่ายเหลว/อาเจียนและไม่มีภาวะขาดน้ำหรือขาดน้ำเล็กน้อย
- 5) เสี่ยงชีวิตขณะเดินทาง
- 6) ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น เลี้ยงไม่โต ปวดศีรษะเป็นๆหายๆเรื้อรังท้องผูก
- 7) ภาวะเจ็บป่วยอื่นๆที่ไม่เร่งด่วน/ไม่ฉุกเฉิน เช่น พัฒนาการช้า น้ำหนักน้อย เป็นหนุ่มสาวก่อนวัย ขนไม่ขึ้น congenital limb abnormality เป็นต้น (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2551)

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า มาตรฐานการคัดแยกผู้ป่วยเด็กตามระดับความเร่งด่วนของความต้องการทางการแพทย์ผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เร่งด่วน ที่ถูกนำมาให้บริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะถูกจัดให้ได้รับการดูแลรักษาถัดจากผู้ป่วยประเภทวิกฤติ ฉุกเฉินมากและฉุกเฉิน โดยมีระยะเวลาการรอคอยตามเกณฑ์การคัดแยกประเภทตามความเร่งด่วนของผู้ป่วย นานเป็นระยะเวลาอยู่ระหว่าง 2-4 ชั่วโมง

2.3 ผลกระทบของการเข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต่อผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่รุนแรงต่อนทางกายภาพ

การที่เด็กได้สัมผัสกับการเหตุการณ์ที่สร้างประสบการณ์การบาดเจ็บทางจิตใจ มีความสำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบอย่างร้ายแรงต่อเด็กทั้งทางกายภาพ อารมณ์ ความคิดความเข้าใจ และพัฒนาการทางสังคม เด็กเกิดความรู้สึกไร้อำนาจ (helplessness) และกลัวว่าความตายกำลังใกล้เข้ามา (Shaw, 1987) ประสบการณ์การบาดเจ็บทางจิตใจ อาจนำไปสู่ความรู้สึกของเด็กว่าได้สูญเสียสิ่งที่มีความหมายไปและจะไม่กลับมาเหมือนเดิมอีก (Shaw, Espinel, & Shultz, 2007)

แนวคิดเกี่ยวกับผลกระทบของประสบการณ์การบาดเจ็บทางจิตใจในเด็ก (Shaw, 1987, 2000; Shaw et al., 2007) สามารถจำแนกได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

1) **ผลกระทบของเหตุการณ์บาดเจ็บทางจิตใจ ที่มีการบาดเจ็บเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน (Acute traumatic moment)** ในช่วงเวลาที่มีเหตุการณ์การบาดเจ็บทางใจมากระทบกระเทือนจิตใจของเด็ก ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความรู้สึกไร้อำนาจ ความหวาดกลัว หรือความวิตกกังวลของเด็กมีผลกระทบทำให้เด็กมีความรู้สึกว่าความปลอดภัยหมดไป เด็กจะแสดงออกถึงความรู้สึกและพยายามที่จะแก้ปัญหาความรู้สึกเหล่านั้น (Shaw, 1987)

2) **ผลกระทบของเหตุการณ์บาดเจ็บทางจิตใจระยะยาว (long term efface of traumatic experience)** ผลพวงของเหตุการณ์การบาดเจ็บทางใจแบบเฉียบพลัน จะทำให้เด็กจดจำความรู้สึกด้านลบในอดีต และทุกครั้งที่นึกถึงก็จะทำให้เป็นการเตือนความจำของความบาดเจ็บทางจิตใจที่ฝังอยู่ในจิตใต้สำนึก ทำให้เด็กรู้สึกเหมือนว่าเหตุการณ์ที่สะเทือนใจเกิดขึ้นอีกครั้ง (Traumatic Reminders) กลับนึกถึงความรู้สึก ภาพ อารมณ์ ในขณะที่เกิดเหตุการณ์ (Flash backs) ทำให้เด็กมีการบาดเจ็บทางจิตใจระยะยาวจากตะกอนที่ฝังอยู่ในจิตใต้สำนึก มีผลต่อการสูญเสียการพัฒนาระดับทางจิตสังคม ความวิตกกังวล อารมณ์และปัญหาทางพฤติกรรม (Shaw, 2000; Shaw et al., 2007)

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การบาดเจ็บทางจิตใจของผู้ป่วยเด็กเมื่อต้องมาโรงพยาบาล พบได้ในผู้ป่วยเด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านการรับรู้และมีความสามารถในการจดจำเหตุการณ์ หากต้องสัมผัสกับเหตุการณ์ที่รุนแรง น่ากลัว ความทรงจำภาพเหตุการณ์เหล่านี้ส่งผลเป็นบาดแผลทางอารมณ์ ความรู้สึก ทำให้เด็กมีความวิตกกังวลและตื่นกลัว การดูแลรักษาทางการแพทย์และมีพฤติกรรมการต่อสู้ขัดขืนการดูแลรักษา (Fivush, 1998; Perry, 2003; กนกจันทร์ เข้มningar, 2554; Pelander & Leino-Kilpi, 2010) และเมื่อพิจารณาถึงสภาพแวดล้อมในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉินมากและฉุกเฉินหากเด็กซึ่งมีพยาธิสภาพไม่รุนแรงต่อน ต้องถูกนำมาบริการและถูกรอคอยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินนานถึง 2-4 ชั่วโมง เด็กจะต้องเห็นภาพการบาดเจ็บ การเจ็บป่วยรุนแรง เสียงร้องจากความเจ็บปวด

เสียงพุดคุยที่ดังและรีบเร่ง เสียงจากอุปกรณ์การแพทย์ ตลอดจนสีหน้าท่าทางที่วิตกกังวลของบุคคลรอบข้าง เป็นการสัมผัสกับเหตุการณ์ที่รุนแรง น่ากลัว ความทรงจำภาพเหตุการณ์นี้จึงส่งผลเป็นบาดแผลทางอารมณ์ ความรู้สึก เกิดประสบการณ์การบาดเจ็บทางจิตใจ (Traumatic experience) ในเด็กมีการรับรู้และจินตนาการที่แตกต่างจากผู้ใหญ่ ระดับพัฒนาการด้านความคิดมีผลอย่างลึกซึ้งต่อการแปลความหมายของเด็กและการตอบสนองด้านจิตใจกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางจิตใจ เด็กสามารถคิดถึงเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและเชื่อว่าทุกอย่างที่เกิดขึ้น คือสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งทีพวกเขากระทำหรือไม่ได้กระทำ การได้รับประสบการณ์การบาดเจ็บทางจิตใจ อาจถูกตีความในการรับรู้ด้วยตนเองของเด็กได้ว่าเป็น การลงโทษ ทำให้เด็กมีความวิตกกังวลและตื่นกลัว การดูแลรักษาทางการแพทย์และมีพฤติกรรมต่อผู้ซัดขื่นต่อการดูแลรักษาต่อไปได้ (Shaw et al., 2007)

3. บิดามารดากับการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังควนทางการแพทย์ มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3.1 ความหมายการตัดสินใจ

การตัดสินใจ (decision making) หมายถึง กระบวนการเลือก ทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งจากหลายๆทางเลือกที่ได้พิจารณาหรือประเมินอย่างดีแล้วว่า เป็นทางให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ตั้งไว้ มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของแตกต่างกันไป ตามความเชื่อและแนวคิดของแต่ละท่าน ซึ่งจะนำเสนอแนวคิดของนักวิชาการบางท่านไว้ดังนี้

สมคิด บางโม (2548) กล่าวว่า การตัดสินใจหมายถึง การตัดสินใจเลือกทางปฏิบัติซึ่งมีหลายทางเป็นแนวปฏิบัติไปสู่เป้าหมายวางไว้ การตัดสินใจนี้อาจเป็นการตัดสินใจที่จะกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลายสิ่งหลายอย่าง เพื่อความสำเร็จตรงตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ในทางปฏิบัติการตัดสินใจมักเกี่ยวข้องกับปัญหาที่ยุงยากสลับซับซ้อน และมีวิธีการแก้ปัญหาให้วินิจฉัยมากกว่าหนึ่งทางเสมอ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของผู้วินิจฉัยปัญหาว่าจะเลือกวิธีใด จึงจะบรรลุเป้าหมายอย่างดีที่สุดและบังเกิดผลประโยชน์สูงสุดแก่องค์กรนั้น

Goetsch (2004) กล่าวว่า การตัดสินใจนั้นเป็นกระบวนการ การเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง ที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดจากหลาย ๆ ทางเลือกก่อนตัดสินใจภายใต้สถานการณ์การรับรู้ข้อมูล โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ โอกาสและอุปสรรคเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายบนพื้นฐานของเหตุผล

แสวง รัตนมงคลมาศ (2545) ให้ความหมายของการตัดสินใจ คือ การเลือกจากทางเลือกซึ่งทางเลือกนั้นจะต้องมี

1. ทางเลือกหลายทาง หากมีทางเลือกเดียวไม่ถือว่าเป็นการตัดสินใจ

2. ต้องใช้เหตุผลประกอบการพิจารณา โดยใช้ข้อมูลตัวเลขต่างๆมาพิจารณาประกอบการตัดสินใจด้วย

3. มีจุดมุ่งหมายที่แน่นอนว่าการตัดสินใจนั้นทำเพื่ออะไร

บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2548) กล่าวว่า การตัดสินใจ หมายถึงการพิจารณาเลือกแนวทางที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุด รวมทั้งมีความเป็นไปได้สำหรับนำมาใช้แก้ไขปัญหา เพื่อขจัดปัญหาที่เกิดขึ้นให้หมดไปหรือลดความรุนแรงของปัญหาให้ลดน้อยลง

พูนสุข หิงคานนท์ (2548) สรุปไว้ว่าการตัดสินใจ หมายถึง การพิจารณาทางเลือกที่ดีที่สุดจากทางเลือกหลายทางเพื่อดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ตามสถานการณ์นั้นๆ

สรุป การตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังต่อวทางการแพทย์ มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของบิตามารดา จึงเป็นกระบวนการเลือกรับบริการทางสุขภาพ จากหลายๆทางเลือกที่บิตามารดาได้พิจารณาหรือประเมินอย่างดีแล้ว ว่าเป็นหนทางที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยเด็ก

3.2 สถิติของการนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังต่อวทางการแพทย์ มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การใช้บริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังต่อวทางการแพทย์มีอัตราสูงในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ.1987 มีการสำรวจโดยการสอบถามแพทย์ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินประเมินว่า 85% ของการเข้ามารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มารับบริการด้วยอาการที่ไม่เป็นอันตรายคุกคามต่อชีวิต (Padgett & Brodsky, 1992) ปี ค.ศ.2006 มีผู้ป่วยเด็กมารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 25 ล้านครั้ง หรือประมาณ 69,000 คนต่อวัน (Baker et al., 2009) จากการศึกษายังพบว่า 58% เป็นผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการด้วยพยาธิสภาพไม่เรื้อรังต่อวทางการแพทย์ (Fong, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเบลเยียม ที่พบว่า 40% ของผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไม่มีภาวะเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Benahmed et al., 2012) นอกจากนี้การมารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังต่อวทางการแพทย์ ยังเพิ่มเวลาการรอคอยให้ล่าช้าออกไป และทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นในแต่ละปีกว่าปีละ 4,400 ล้านดอลลาร์ในสหรัฐอเมริกาอีกด้วย (Uscher-Pines et al., 2013)

ในประเทศไทยจากสถิติการจำแนกประเภทผู้ป่วยเด็ก ที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยเด็กรับรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 18 ปี ปีงบประมาณ 2554 มีผู้ป่วยเด็กถูกบิตามารดาหรือผู้ดูแลนำมารับบริการด้วยพยาธิสภาพไม่เรื้อรังต่อวทางการแพทย์ จำนวน 14,426 รายหรือคิดเป็น 44.13% ของจำนวนผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งหมด ปีงบประมาณ 2555 มีผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังต่อวทางการแพทย์มารับบริการ 16,000 ราย คิดเป็น 46.54% ปีงบประมาณ

2556 มีผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์มารับบริการ 13,867 รายหรือ 41.19% ปีงบประมาณ 2557 มีผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์มารับบริการ 13,650 รายหรือ 41.63% รวมสถิติ 4 ปี มีผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์มารับบริการ เฉลี่ยปีละ 14,486 รายหรือ 42.6% ของจำนวนผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งหมด (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2556; สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, ม.ป.ป.)

3.3 สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การทบทวนวรรณกรรม พบแต่การวิจัยในประเทศทางตะวันตก โดยสถานการณ์ที่ทำให้บิดามารดานำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล ได้แก่

3.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดา ด้านบิดามารดา ได้แก่ การมีรายได้น้อย โดยในสหรัฐอเมริกาการมารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าการใช้บริการในหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ และสามารถต่อรองค่ารักษาพยาบาลได้ ประสบการณ์การความเครียดในอดีตของบิดามารดาจากกรณีเด็กป่วย ทำให้มีความวิตกกังวลสูงและต้องการการดูแลสุขภาพที่เร่งด่วนตามความรู้สึกของตน นอกจากนี้ยังพบว่า บิดามารดาที่เป็นอเมริกันผิวสี มีแนวโน้มที่จะนำบุตรซึ่งมีพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนมาใช้บริการมากกว่าอเมริกันผิวขาว ความรู้ในการดูแลสุขภาพบิดามารดาที่ไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็ก จะรู้สึกกลัวและรับรู้ว่าเป็นปัญหาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยของผู้ป่วยเด็กเป็นเรื่องเร่งด่วน (Kubicek et al., 2012; Fieldston, Alpern, Nadel, Shea, & Alessandrini, 2012; Uscher-Pines et al., 2013)

3.3.2 ปัจจัยด้านการประเมินอาการเจ็บป่วยของเด็กที่แสดงถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการต้องการบริการทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และบิดามารดาของผู้ป่วยเด็ก มีการพิจารณาอาการเร่งด่วนฉุกเฉินแตกต่างกัน โดยบุคลากรทางการแพทย์พิจารณาจากลักษณะอาการเจ็บป่วย ในขณะที่บิดามารดาใช้การรับรู้ ความรู้สึกของการให้ความหมายต่อความรุนแรงหรือความเร่งด่วนของอาการเจ็บป่วยในการประเมินและตัดสินใจในนำผู้ป่วยมารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น เมื่อเด็กมีไข้ในมุมมองของบิดามารดาและครอบครัว จะมีความวิตกกังวลและมองว่าอาการมีไข้เป็นอันตรายที่อาจคุกคามถึงชีวิตผู้ป่วยเด็กได้ (Fever phobia) แต่บุคลากรทางการแพทย์อาจพิจารณาว่าเป็นอาการเจ็บป่วยที่เล็กน้อยหรือไม่เร่งด่วน เป็นต้น (Brousseau et al., 2011; Morrison et al., 2014)

3.3.3 ด้านระบบบริการและปัจจัยการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพ การรับรู้ของบิดามารดาว่าแหล่งบริการทางสุขภาพทั่วไป มีความแตกต่างกับแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินระบบบริการสุขภาพในสหรัฐอเมริกาพบว่า กำหนดให้ขั้นตอนของระบบการนัดและส่งต่อ ต้องเริ่มจากการนำ

ผู้ป่วยเด็กไปพบแพทย์/พยาบาล ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อรับการประเมินและให้ความเห็นว่าสมควรได้รับการดูแลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เพิ่มระยะเวลารอคอย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของบิดามารดาในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน บิดามารดาอาจรับรู้ว่ามีแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นแหล่งบริการสุขภาพที่สามารถใช้บริการได้ด้วยอาการเจ็บป่วยทั่วไป (Brousseau et al., 2011; Padgett & Brodsky, 1992)

การทบทวนวรรณกรรม พบแต่การวิจัยในประเทศทางตะวันตก โดยข้อมูลเกี่ยวกับการที่บิดามารดานำผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์ มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ การขาดความรู้ในการดูแล การตัดสินใจ และการเข้าถึงแหล่งรับบริการทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์ที่เหมาะสม (Hostetler et al., 2007; Chin et al., 2006) ทั้งนี้ ยังพบความแตกต่างระหว่างมุมมองเชิงเหตุผลของการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยกุมารแพทย์แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินประเมินว่าไม่เรื้อรังด่วน แต่บิดามารดาซึ่งมีความวิตกกังวล เชื่อว่าเป็นสิ่งเร่งด่วนที่ผู้ป่วยเด็กต้องได้รับการประเมินแต่เนิ่นๆ ว่าไม่มีอันตรายเนื่องจากขั้นตอนของระบบการนัดและส่งต่อที่ต้องเริ่มจากการนำผู้ป่วยเด็กพบแพทย์/พยาบาล ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และหากพบว่ามีความจำเป็นผู้ป่วยเด็กจึงจะได้รับการส่งต่อยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Brousseau et al., 2011) การรับรู้ของบุคคลและบริบทของระบบบริการ จึงมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์ ถูกนำมารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

4. แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) มาจากภาษากรีก ว่า Phenomenon หมายถึง การปรากฏขึ้น (appearance) และคำว่า Logos ที่หมายถึง การพิจารณาที่มีเหตุผลมีรากฐานมาจากการศึกษาทางปรัชญา ต่อมาได้นำมาใช้ในการวิจัยทางสังคมศาสตร์และจิตวิทยา กระบวนทัศน์ทางปรากฏการณ์วิทยา มุ่งให้ความสนใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของมนุษย์ (อัญญา ปลอดเปลื้อง, 2556; Streubert & Carpenter, 1999) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ให้ความหมายจากประสบการณ์ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อยู่ในสถานการณ์นั้นๆ ตามสภาพความเป็นธรรมชาติและความเป็นจริงของปรากฏการณ์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง (Koch, 1995) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพประเภทหนึ่ง ที่อาศัยแนวความคิดและโลกทัศน์จากปรัชญาปรากฏการณ์เป็นเครื่องมือในการศึกษา ปรากฏการณ์และประสบการณ์ของมนุษย์ (Holloway, 1997 อ้างถึงใน ชาย โพธิสิตา, 2554) แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาสามารถแบ่งออกเป็น 3 แนวทาง คือ

1. ปรัชญาการณวิทย์าแนวอูตรวิสัย (Transcendental Phenomenology)

เป็นการศึกษาปรัชญาการณวิทย์า ที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดของ ฮูสเซิร์ล (Edmund Husserl) ที่มุ่งพรรณนาและเข้าถึงโครงสร้างของการสำนึก (consciousness) เป็นสำคัญแนวคิด Husserlian Phenomenology เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอิสระในเรื่องที่ต้องการศึกษา ประกอบด้วย 5 หลักสำคัญ คือ มุ่งพรรณนาความหมายที่สร้างขึ้นมาจากจิตสำนึก ผู้ศึกษาตามแนวคิดนี้ต้องไม่มีอคติ และไม่มีอารมณ์ในสิ่งที่ศึกษา โดยขจัดความคิดเห็นของตนออกจากสิ่งที่ตนเองกำลังศึกษา (bracketing) เน้นที่จุดมุ่งหมาย (intentionality) และสาระสำคัญ (essences) ของการรับรู้ของบุคคลมีความเชื่อว่ามนุษย์จะเข้าใจในสิ่งที่ประสบได้ด้วยการรับรู้ เพื่ออธิบายปรัชญาการณวิทย์าได้อย่างบริสุทธิ์และความจริงที่เป็นสากล (Universal Truths) ของผู้ประสบในเรื่องเดียวกันร่วมกัน (Swanson & Wojnar, 2007)

2. ปรัชญาการณวิทย์าแนวอัตถิภาวะ (Existential Phenomenology)

ตามแนวคิดของ Maurice Merleau-Ponty และ Jean-Paul Sartre ที่ว่าการดำรงอยู่ในโลกของบุคคลมีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นๆ มุ่งวิเคราะห์ภาวะที่มีที่ (Existence) ของบุคคลและสิ่งต่างๆ โดยเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลส่งผลต่อการดำรงอยู่ในโลกด้วย การใช้ชีวิตในปัจจุบันเป็นผลมาจากภูมิหลังและประสบการณ์เดิมของแต่ละคน (Historical person)

3. ปรัชญาการณวิทย์าแนวอรรถปริวรรต (Hermeneutic Phenomenology)

ตามแนวคิดของ Heidegger โดยได้พัฒนาแนวคิดการศึกษาปรัชญาการณวิทย์ามาเป็นปรัชญาการณวิทย์าแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology or Interpretive Phenomenology) ที่เน้นการตีความหมายของประสบการณ์ของบุคคลเป็นหลัก โดยมีมุมมองขัดแย้งกับ Husserl ในเรื่องของการแยกตัวเองออกจากเรื่องที่ศึกษา โดยเชื่อว่า สิ่งที่เป็นอยู่ (being) เวลา (timing) มีความหมายในตนเอง (meaning) ซึ่งสามารถตีความหมายได้ และภาษามีความสำคัญมากในการตีความซึ่งผู้ศึกษาต้องมีความเข้าใจในสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงไม่สามารถแยกตนออกจากการศึกษาได้ (Schwandt, 2001; ชาย โพธิสิตา, 2554)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการศึกษาเชิงปรัชญาการณวิทย์าของ Husserl เพื่อบรรยายประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบิดามารดาในการนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่รุนแรงตัวหนักมาเข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงวิธีการศึกษา ผู้วิจัยขอเสนอแนวคิดการศึกษาเชิงปรัชญาการณวิทย์าของ Husserl ดังต่อไปนี้

4.1 ปรัชญาพื้นฐานของการศึกษาเชิงปรัชญาการณวิทย์าของ Husserl

เอ็ดมัน ฮูสเซิร์ล (Edmund Husserl) นักปรัชญาชาวเยอรมันซึ่งได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ให้กำเนิดแนวคิดปรัชญาการณวิทย์า เป็นผู้ค้นพบปรัชญาการณวิทย์าว่าเป็นปรัชญา และใช้วิธีพรรณนาในการสืบหาข้อมูล Husserl เชื่อว่าจุดเริ่มต้นของความรู้ทางวิทยาศาสตร์ทั้งหมด เกิดจาก

การให้ความหมายต่อสิ่งแวดล้อม/โลก ที่บุคคลเกิดประสบการณ์ Husserl ให้ความสำคัญของการพัฒนาความรู้จากประสบการณ์ของบุคคลที่รับรู้ประสบการณ์นั้นอย่างมีสติและเชื่อว่าบุคคลมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสิ่งแวดล้อม/โลก (life-world) ไม่สามารถแยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อมสิ่งแวดล้อมได้ การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดจึงมุ่งศึกษาประสบการณ์ (lived experience) และโลกในชีวิตประจำวันหรือบริบท (life-world) เน้นการค้นหาคำความจริงที่ปรากฏอยู่ โดยนักวิจัยใช้ความสามารถในการทำความเข้าใจ ปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างปราศจากอคติ โดยใช้กระบวนการจัดกรอบความคิด กำจัดการคิดล่วงหน้าหรือเก็บความคิดความเชื่อ ความรู้ที่มีอยู่เดิมนั้นไว้ เพื่อให้สามารถรับรู้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่ได้รับมาใหม่ได้ตามความเป็นจริงมากที่สุด (พีรนุช ลาเซอร์, 2555; จอนพะจง เฟ็งจาด, 2546)

มโนคติหลักในปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ประกอบด้วย

Phenomenological intuition เป็นวิธีการที่ทำให้ได้ความรู้ ที่ได้การจินตนาการ ความทรงจำ หรือประสบการณ์จริง เป็นวิธีการที่มีความใกล้เคียงกับการหยั่งรู้้อย่างเป็นเหตุเป็นผลที่อยู่บนพื้นฐานของการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ

Phenomenological reduction เป็นวิธีการสำคัญที่ใช้ในการกันความเชื่อ (suspension of belief) ที่อาจมีผลต่อการเข้าใจปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา วิธีการกันความเชื่อหรือความรู้นี้ มีส่วนช่วยให้การเข้าไปศึกษาสิ่งที่สนใจตามสถานการณ์ที่เป็นอยู่จริง กระบวนการนี้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ การกันความรู้ที่เกี่ยวกับความจริงทั่วไป (eidetic reduction) และการทำให้ปรากฏการณ์ที่สนใจเป็นอิสระ (Phenomenological reduction proper) โดยให้ความสนใจกับการแยกประสบการณ์เดิมของบุคคล (internal world) ออกจากโลกภายนอกหรือสถานการณ์ที่ต้องการเข้าไปศึกษา (external world) โดยการจัดกรอบความเชื่อและความคิด (bracketing) ของผู้เข้าไปศึกษาเพื่อสามารถรับรู้สถานการณ์นั้นได้ตามสภาพที่เป็นจริงมากที่สุด

โลกในชีวิตประจำวัน (life-world) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ในชีวิต Husserl กล่าวว่า บุคคลมีการรับรู้และการกระทำแตกต่างกันไปตามภูมิหลังของแต่ละคน ประสบการณ์จึงมีความเกี่ยวข้องกับโลกในชีวิตประจำวันของบุคคล คำว่า “โลก” ในที่นี้หมายถึง สิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ของบุคคล บุคคลจะมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมและมีการแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการรับรู้ การทำความเข้าใจบริบทในเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นการทำความเข้าใจการรับรู้สิ่งแวดล้อมหรือการรับรู้สถานการณ์ของบุคคล สิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ ครอบครัว สังคมหรือชุมชน วัฒนธรรม ทศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ และสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคล รวมทั้งสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับบุคคล (พีรนุช ลาเซอร์, 2555)

The intentionality of consciousness หมายถึง การรับรู้ประสบการณ์อย่างตั้งใจ และมีสติการรับรู้จำเป็นต้องเป็นการรับรู้อย่างมีสติ (จอห์น เดวิดson, 2546)

ประสบการณ์ (lived experience) ประสบการณ์ของบุคคลเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ และมีปฏิสัมพันธ์กับเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมรอบตัวแล้วจดจำเก็บไว้เป็นเสมือนบทเรียนของชีวิต ประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมซึ่งเป็นการกระทำที่สังเกตได้ เช่น การเดิน การทำอาหาร การรับประทาน ยา เป็นต้น และแบบที่เป็นนามธรรมจะเป็นการรับรู้ด้วยประสาทสัมผัส ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส และการรับสัมผัส รวมทั้งความคิด ความปรารถนา ความพึงพอใจ อารมณ์ และความคิด (ถวิล ธาราโกชน์ และ ศรัณย์ ดำริสุข, 2548; Smith, 2011)

4.2 ลักษณะทั่วไปของการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่ถูกนำมาใช้ในการพยาบาล มีระเบียบและวิธีการที่หลากหลายขึ้นกับการประยุกต์ใช้ของนักวิจัย ซึ่งการเลือกใช้ขึ้นอยู่กับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปรัชญา/แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัยนั้นๆ Van Manen (1990) ได้สรุปลักษณะทั่วไปของการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Van Manen, 1990 อ้างถึงใน จอห์น เดวิดson, 2546) ประกอบด้วย

1) การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาประสบการณ์ (lived experience) เพื่อต้องการให้เกิดความเข้าใจต่อปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง โดยคำถามของการวิจัย คือปรากฏการณ์นี้คืออะไร หรือประสบการณ์เป็นอย่างไร ดังนั้น ปรากฏการณ์วิทยาไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างทฤษฎีในการบรรยายหรือควบคุมปรากฏการณ์ แต่ทำให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

2) การวิจัยปรากฏการณ์วิทยานำเสนอปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคลอย่างมีสติ การรับรู้อย่างมีสติเป็นวิธีการเดียวที่จะทำให้บุคคลเรียนรู้ประสบการณ์หรือโลกของบุคคลนั้น การรับรู้อย่างมีสติ คือการรับรู้โดยคำนึงถึงส่วนต่างๆ ของโลกที่บุคคลนั้นอยู่การรับรู้ที่เกิดขึ้นภายหลังที่บุคคลได้มีการคิดทบทวนภายหลังจากการมีประสบการณ์นั้นๆ แล้ว

3) การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาแก่นของปรากฏการณ์หรือประสบการณ์ อีกนัยหนึ่งคือการศึกษารูปแบบเป็นระบบเพื่อค้นพบและอธิบายโครงสร้างส่วนประกอบหรือโครงสร้างของความหมายของประสบการณ์

4) การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษา เพื่อบรรยายความหมายของประสบการณ์ที่บุคคลประสบอยู่ในการดำรงชีวิตประจำวัน

5) การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นวิธีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ ในการศึกษาเกี่ยวกับมนุษย์ ที่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบ คือ มีการตั้งคำถาม การทบทวน มีจุดมุ่งหมาย นำเสนอความหมายที่อยู่ในประสบการณ์นั้น มีการตรวจสอบเพื่อความน่าเชื่อถือโดยใช้ผู้อ่านเป็นผู้ตัดสิน

6) การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษา โดยการคิดอย่างรอบคอบเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่และความหมายของการมีชีวิตอยู่

7) การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาเพื่อค้นหาความหมายของการเป็นมนุษย์

8) การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาที่มีรายงานผลการวิจัยโดยการใช้เทคนิคการเขียนวรรณกรรม โดยการเปลี่ยนภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวันมาเป็นภาษาที่สามารถนำเสนอประสบการณ์ให้เป็นที่เข้าใจต่อผู้อ่านตามธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้นมากที่สุด

4.3 วิธีการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl

Streubert & Carpenter (1999) ศึกษากระบวนการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาที่ใช้ปรัชญาของ Husserl ว่าประกอบด้วยวิธีการสำคัญที่นิยม 3 วิธี คือ (Streubert & Carpenter, 1999)

1) การพรรณนา (descriptive phenomenology) เกี่ยวข้องกับการสืบค้นโดยตรง การวิเคราะห์ และการบรรยาย โดยปราศจากการคาดเดา เพื่อให้เกิดการเข้าใจอย่างถ่องแท้โดยเน้นที่ความสมบูรณ์ของข้อมูล รายละเอียด และความลึกซึ้ง ประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1.1) การหยั่งรู้ จะเกิดขึ้นโดยผู้วิจัยอ่านทบทวนข้อมูลที่ได้หลายๆ ครั้งเพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา

1.2) การวิเคราะห์ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มา เพื่อให้เกิดภาพความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือแก่น

1.3) การบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสื่อสาร เพื่อการบรรยาย หรือการเปรียบเทียบให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจเรื่องราวที่ต้องการนำเสนอ

2) การสืบค้นแก่นความรู้ เป็นการสืบค้นข้อมูลแบบเจาะลึก เพื่อหาประเด็นที่พบบ่อยในประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

3) การทอนความคิด กระบวนการที่ผู้วิจัยลดอคติในการศึกษาโดยการจัดกรอบความคิด ความเชื่อและความรู้ที่มีอยู่ก่อนในปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา เพื่อให้ประสบการณ์เดิมของผู้วิจัยนี้ แยกออกจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล วิธีการที่นิยมใช้คือการหลีกเลี่ยงการทบทวนวรรณกรรมออกไปจนกว่าจะวิเคราะห์ข้อมูล

4.4 กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์

Streubert & Carpenter (1999) ได้ศึกษากระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ มีหลักสำคัญดังนี้

1) เลือกประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาโดยประสบการณ์ที่ศึกษาจะทำให้เข้าใจความรู้สึก และความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของมนุษย์ ตั้งเป้าหมายที่จะค้นหา วิเคราะห์ และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อรับรู้สิ่งที่เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล โดยปราศจากการวิพากษ์วิจารณ์ หรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้อง

2) การเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง โดยต้องกำหนดคุณสมบัติ คือ มีประสบการณ์ มีความรู้ในประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา สามารถสื่อสารภาษากับผู้วิจัยได้ ผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยได้และสมัครใจให้ข้อมูล

3) ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ ต้องมีความตระหนักต่อการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง จำเป็นต้องมีทักษะที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงความรู้สึกและการเล่าเรื่องที่เป็นจริงมีรายละเอียดมากที่สุด เช่น การสร้างสัมพันธภาพ มีทักษะในการสนทนาเชิงแลกเปลี่ยน ไม่วิพากษ์วิจารณ์ มีการสร้างความไว้วางใจ มีการติดต่อสื่อสารและนัดหมายก่อนการสัมภาษณ์ และต้องมีความเคารพในสิทธิและความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัยต้องไวต่อความรู้สึก สามารถยืดหยุ่นตามสถานการณ์ มีความรู้ในเรื่องที่ทำการศึกษาเป็นอย่างดี เน้นการสนทนาเชิงแลกเปลี่ยนเรียนรู้มากกว่ามุ่งควบคุมการสนทนา ควรเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลตอบโดยไม่ชี้นำ โดยใช้คำถามปลายเปิด เพิ่มเติมด้วยคำถามเพื่อความกระจ่างและคอยสังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูล ควรหยุดการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลเหนื่อยเกินไป ควรอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจกระบวนการสัมภาษณ์ให้ถูกต้องตรงกับผู้วิจัย เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเชื่อถือได้ ต้องเป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจ ไม่ถามคำถามในลักษณะชักใช้ ปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลด้วยความเคารพ จริงใจ และสนใจอย่างแท้จริง (Streubert & Carpenter, 1999)

4) การเก็บข้อมูลมีหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกภาคสนามแต่วิธีที่นิยมใช้ คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งเป็นวิธีการเข้าถึงข้อมูลด้วยการสนทนาอย่างมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ให้ข้อมูล เป็นการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ คล้ายกับการพูดคุยสนทนา มักมีเพียงแนวทางการสัมภาษณ์กว้างๆ ซึ่งจะเริ่มต้นด้วยคำถาม 2-3 คำถาม เพื่อดูแนวโน้มของคำตอบที่จะได้จากผู้ให้ข้อมูล ส่วนคำถามอื่นๆ จะเกิดตามมาในระหว่างสนทนา ผู้สัมภาษณ์ต้องตั้งสติอยู่ตลอดเวลาว่าต้องการจะถามอะไร ต้องมีวิธีการชักใช้ไล่เรียงและการตะล่อมเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องราวหรือประสบการณ์ให้ละเอียดชัดเจนและตรงประเด็นที่ผู้สัมภาษณ์ต้องการศึกษา (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553) อาจให้คำถามปลายเปิด เช่น กรุณาเล่าเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับคุณ เหตุการณ์นั้นมีความหมายกับคุณอย่างไร ผู้วิจัยให้ความสนใจและตั้งใจฟังประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล หลีกเลี่ยงการร่วมแสดงความคิดเห็น ให้เกียรติผู้ให้ข้อมูล การเก็บข้อมูลและหยุดเมื่อข้อมูลอิ่มตัว คือไม่มีองค์ประกอบสำคัญเกิดขึ้น ข้อมูลที่ได้เริ่มเป็นประเด็นซ้ำๆ โดยทั่วไปพบว่าจำนวนผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาจะอยู่ระหว่าง 8-15 ราย (Omery, 1983 อ้างถึงใน จอนพะจง เพ็งจาด, 2546) ทั้งนี้จะไม่ใช้ระยะเวลาเวลานานเกินไป เพราะข้อมูลอิ่มตัวได้จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งและช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้นเนื่องเมื่อเวลาผ่านไป มีการเปลี่ยนแปลงภูมิหลัง อายุ สิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

5) การจัดการกับข้อมูล การจัดการกับข้อมูลในระหว่างการเก็บข้อมูลสามารถทำได้หลายวิธี ตั้งแต่การเลือกใช้วิธีการเก็บข้อมูลให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุด โดยทั่วไปแล้วในระหว่างการสัมภาษณ์

มักจะอัดเทปและถอดเทปคำสนทนาแบบคำต่อคำในการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องที่สุด ภายหลังจากสัมภาษณ์ผู้วิจัยควรฟังเทป ตรวจสอบความชัดเจนและความครอบคลุมของข้อมูล เพื่อการสัมภาษณ์เพิ่มเติมในครั้งต่อไป การสัมภาษณ์มากกว่าหนึ่งครั้งจะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจนและสมบูรณ์มาก โดยก่อนสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยควรฟังเทปซ้ำ ทำความเข้าใจและเตรียมคำถามประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ผู้วิจัยควรมีการจดบันทึกเหตุการณ์ความรู้สึกและสิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงอคติที่มีและสามารถกันอคตินั้นออกไป (จอณณะจง เพ็งจาด, 2546)

6) การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิจัยเชิงคุณภาพควรทำไปพร้อมกับการเริ่มเก็บข้อมูล เพื่อให้เกิดแนวทางในการเก็บข้อมูลและการได้มาซึ่งข้อมูลที่สมบูรณ์ การที่ผู้วิจัยจะสามารถพรรณนาปรากฏการณ์ได้ตรงตามแนวคิดของ Husserl นั้น ผู้วิจัยต้องอาศัยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง เพื่อแยกผู้วิจัยออกจากสิ่งที่กำลังศึกษาอยู่ ทำให้ได้ความรู้ตามธรรมชาติโดยปราศจากการเข้าไปกระทำกับข้อมูลอย่างเข้มงวด ในงานวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยาทางการแพทย์ ตามแนวคิดของ Husserl พบว่า มักใช้การวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi (1978) เพราะเป็นวิธีการที่ทำให้เกิดการเข้าใจและหยั่งถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากการทบทวนข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างลึกซึ้งและนำข้อมูลการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้สะท้อนถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหรือไม่อย่างไร หลังจากนั้น ควรนำข้อมูลจากการตรวจสอบเพิ่มเติมเข้าไปหรือตัดออกจากเนื้อความที่ได้ทบทวน

ผู้วิจัยต้องพักความคิดของตน ไม่คิดว่าตนรู้แล้ว เข้าใจแล้ว แยกจากคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูล จนกระทั่งการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น กระทำโดยอ่านบทสนทนาที่ถอดคำต่อคำซ้ำๆ ทำการจำแนกและดึงข้อความหรือประโยคที่มีความสำคัญ ให้รหัสหรือบันทึกใน index cards แล้วจัดกลุ่มที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จทบทวนวรรณกรรม เพื่ออธิบายผลการศึกษา และนำเสนอโดยใช้ภาษาของผู้ให้ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดการวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi (2001 cited in Streubert & Carpenter, 2003) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. อ่านบทสัมภาษณ์ที่ถอดความแล้วหลายๆครั้ง เพื่อให้เข้าใจความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง (Read all protocols to acquire a feeling for them)
2. ทบทวนแต่ละข้อความในทุกหน้าอย่างถ่องแท้ เพื่อคุณนัยสำคัญของเนื้อเรื่อง (Review each protocol and extract significant statements)
3. ทำความเข้าใจตามนัยสำคัญของเนื้อหา (Spell out meaning of each significant statements) และกำหนดความหมาย (Formulate meanings)

4. กำหนดความหมายของกลุ่มคำที่เป็นประเด็นหลัก (Organization the formulated meanings into clusters of themes)

5. รวบรวมผลลัพธ์ที่ได้จากปรากฏการณ์ที่ศึกษาและอธิบายหรือบรรยายอย่างถี่ถ้วน (Integrate results into an exhaustive description of the phenomenon under study)

6. อธิบายปรากฏการณ์ที่ยังกำกวมให้มีความชัดเจนเท่าที่จะเป็นไปได้ (Formulate an exhaustive description of the phenomenon under study in as unequivocal a statement of identification as possible)

7. นำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาย้อนกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง (Ask participants about the findings thus far as a find validating step)

7) ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ความเข้มงวด เป็นส่วนประกอบที่สำคัญมากของกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (Streubert & Carpenter, 2011) คุณลักษณะความน่าเชื่อถือของข้อมูลมี 4 ประการที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในระเบียบวิธีวิจัยของการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ

7.1) ความเชื่อถือได้ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัย เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยทำให้มั่นใจว่าผลการวิจัยมีความหมายและสะท้อนถึงประสบการณ์ที่ศึกษาจริงๆ ประกอบไปด้วย

7.1.1) มีระยะเวลาในการทำ ความคุ้นเคยกับแหล่งข้อมูลที่นานพอการใช้ระยะเวลาในการทำ ความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลอย่างเพียงพอเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องมากขึ้น และก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล

7.1.2) การตรวจสอบสามเส้า เป็นการหาความจริงที่เกิดขึ้นจากแหล่งอื่นๆเพื่อให้เกิดความถูกต้องซึ่งทำได้หลายทาง ได้แก่ การใช้ผู้วิจัยหลายท่านที่มีความเชี่ยวชาญที่แตกต่างกันมาเก็บข้อมูลเดียวกัน เพื่อตรวจสอบข้อค้นพบที่ได้ซึ่งกันและกัน การใช้แนวคิดหลายแนวคิดมาใช้ในการมองหาความสัมพันธ์ของข้อมูลเหตุการณ์นั้นๆ การใช้วิธีวิจัยหลายวิธีร่วมกันในการเก็บข้อมูลและเก็บข้อมูลในปรากฏการณ์เดียวกันจากบุคคลหลายแห่ง (สูกางค์ จันทวานิช, 2554; อารียวรรณ อ่วมธานี, 2553; Lincoln & Guba, 1985)

7.1.3) การให้สมาชิกตรวจสอบ เป็นการนำข้อมูลที่ผู้วิจัยทำการสรุปและแปลความหมายกลับไปหาผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องเป็นจริงของข้อมูลทั้งในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล และเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยภายหลังจากการเก็บข้อมูลในแต่ละราย ผู้วิจัยทำการถอดเทปบันทึกเสียง ทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ที่ได้รับจากการบอกเล่า หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อความหรือสิ่งที่ผู้วิจัยแปลความเบื้องต้นกลับไปหาผู้ให้ข้อมูลอ่านทบทวนให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายฟัง เพื่อให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้และเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสรุปและเชื่อมโยงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกลับไปหาผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเป็นจริงของข้อมูล

7.1.4) การได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ

7.1.5) การให้บุคคลอื่นตรวจสอบ นำข้อมูลที่ได้ เช่น ข้อมูลจากบันทึกภาคสนาม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ รายละเอียดการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลบันทึกต่างๆ รวมถึงรายงานที่ได้จากการศึกษารับการตรวจสอบจากบุคคลภายนอก เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมประสบการณ์ที่เกิดขึ้น

7.2) การถ่ายโอนข้อมูล คือ การที่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มประชากรที่อยู่ในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้ ซึ่งผู้วิจัยจะต้องเขียนบรรยายบริบทของปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างละเอียด

7.3) ความน่าพึงพา เป็นการพิจารณาถึงความเชื่อมั่นของการศึกษา ทั้งระเบียบวิธีการวิจัยและผลของข้อมูลที่เกิดขึ้น ด้วยการใช้ระเบียบวิธีวิจัยในการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน ประกอบด้วย การนำเสนอข้อมูลที่ละเอียด ครบถ้วน ครอบคลุม ซึ่งจะทำให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ โดยเฉพาะขั้นตอนการถอดรหัสและการตรวจซ้ำที่ทำให้ได้มาซึ่งประเด็นหลัก และมีการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ Sharts-Hapko ได้นำเสนอถึงการการใช้วิธีวิจัยหลายวิธีร่วมกันในการเก็บข้อมูล เป็นการสนับสนุนเกณฑ์ความน่าพึงพาในสิ่งที่ค้นพบ คล้ายกับความถูกต้องของข้อมูลในงานวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งจะไม่สามารถมีความถูกต้องของข้อมูลได้ ถ้าปราศจากความเชื่อมั่นเช่นเดียวกัน ข้อมูลที่ได้จะไม่สามารถนำไปใช้พึ่งพาได้ถ้าไม่มีความน่าเชื่อถือ

7.4) การยืนยันผลการวิจัย โดยตลอดทั้งกระบวนการต้องสามารถตรวจสอบได้ ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ มีการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน โดยการฟังเทปซ้ำ และมีการอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูลในการยืนยันความจริงและมีการสรุปข้อมูลในขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การให้รหัสข้อมูล การจัดกลุ่มข้อมูล การสรุปประเด็น ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ

การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นวิธีที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยตรง โดยการสนทนาอย่างมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ซึ่งมีจุดสนใจอยู่ที่การรับรู้ของตนเองและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อมองความเข้าใจ ความคิด นิยามและการตีความประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนที่แสดงออกด้วยคำพูด ลักษณะการสัมภาษณ์ที่เป็นการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ โดยใช้แนวประเด็นคำถามแบบกว้างๆ จะมีแนวคำถามให้ผู้วิจัยใช้เป็นแนวในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ในลักษณะคำถามเจาะลึก จำเป็นต้องอาศัยความสามารถพิเศษของผู้วิจัยในการสัมภาษณ์เพื่อค้นหารายละเอียดในประเด็นที่ศึกษาอย่างลึกซึ้ง (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553) ลักษณะคำถามแยกเป็นประเด็นหลัก คำถามเจาะประเด็นและคำถามติดตาม โดยเน้นข้อมูลที่เป็นมุมมองของผู้ให้

ข้อมูล ใช้เหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าให้ฟัง โดยมีบรรยากาศการสนทนาที่เป็นอิสระในการถามตอบอย่างธรรมชาติ เป็นกันเอง รวมถึงการสังเกตลักษณะท่าทาง น้ำเสียง สีหน้า และกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงออกมาในระหว่างการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยไม่นำมุมมองหรือความคิดเห็นของตนเองเข้ามาเกี่ยวข้องและในระหว่างการสนทนาอาจมีคำถามอื่นๆ เกิดขึ้นเพิ่มเติมได้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2554) การเก็บรวบรวมการบรรยายนี้สามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์แบบพบกันเป็นที่นิยมมากที่สุด นอกจากนี้ยังมีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และการสัมภาษณ์ทางอินเทอร์เน็ตที่กำลังนิยมเพิ่มมากขึ้น สืบเนื่องมาจากการพัฒนาเทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์ รูปแบบการสื่อสารที่ผ่านเครื่องคอมพิวเตอร์กำลังได้รับการพัฒนาทั้งการใช้จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ที่เรียกว่า อีเมล และระบบโปรแกรมการส่งข้อความทางเน็ตเวิร์ค ซึ่งสามารถใช้ในการสัมภาษณ์ (Aoki, 1995 cited in Opdenakker, 2006)

การสัมภาษณ์แบบพบกัน (face to face interview) เป็นวิธีที่ใช้กันอยู่ทั่วไป ซึ่งมีข้อได้เปรียบทางด้านสังคม เช่น น้ำเสียง ท่วงทำนองของเสียง ท่าทางแสดงออกทางกายของผู้ถูกสัมภาษณ์ สามารถเป็นข้อมูลพิเศษที่เพิ่มเติมในคำตอบที่ได้จากการพูด แต่ทั้งนี้การแสดงทางด้านสังคม จะสำคัญหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับว่าผู้สัมภาษณ์ต้องการจะรู้อะไรจากผู้ถูกสัมภาษณ์ (Opdenakker, 2006)

การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ กำลังเป็นที่นิยมเพิ่มขึ้นของการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีข้อดีคือ ลดค่าใช้จ่าย ประหยัดเวลาที่ใช้ในการเดินทาง และจากการศึกษาของ Sweet (2002) พบว่า มีความสะดวกสามารถดำเนินการจากโทรศัพท์เครื่องไหนก็ได้ ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบและไม่มีการรบกวน ในกลุ่มประชากรที่มีความลำบากต่อการสัมภาษณ์พบตัว เช่น แม่ที่ต้องดูแลลูกที่บ้าน หรือคนที่ทำงานเป็นกะ สามารถกระทำได้ในผู้ให้ข้อมูล ที่ซึ่งอาจต้องถูกคัดออกจากข้อจำกัดที่อยู่ในพื้นที่ไกลหรือเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อไปสัมภาษณ์ ทำให้ช่วยขยายขอบข่ายของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่อยู่ไกลและอาจมีศักยภาพในการให้ข้อมูลที่ลึกซึ้งซึ่งต้องงานวิจัยทางการแพทย์ สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างรวดเร็วและง่ายดาย ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยมีความปลอดภัยและช่วยให้ได้ผลวิจัยที่รวดเร็วขึ้น (Carr & Worth, 2001; Shuy, 2003; Worth&Tierney, 1993)

การเตรียมความพร้อมที่จะดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ใช้หลักการ 3 ด้าน ดังนี้

1) ด้านเนื้อหาวิชาการ ผู้สัมภาษณ์ควรศึกษาเนื้อหาของวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจและให้แนวทางในการสัมภาษณ์เบื้องต้น โดยเน้นประเด็นสำคัญๆ และเป็นคำถามปลายเปิดที่มุ่งเน้นให้ผู้วิจัยอธิบายความรู้สึก ความนึกคิดหรือเล่าถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้นๆ

2) ด้านระเบียบวิธีการวิจัย ผู้สัมภาษณ์ควรศึกษา วิเคราะห์ ทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และฝึกปฏิบัติก่อนที่จะลงมือปฏิบัติจริง เพื่อให้เกิดความมั่นใจเมื่อไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจริงๆ

3) ด้านการปรับตัวและการพัฒนาคุณสมบัติเฉพาะตัวของผู้สัมภาษณ์ โดยมีการกำหนดบทบาทสถานภาพของตนเอง แนะนำตนเอง แจ่มชัดวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ และทำการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดการยอมรับและความไว้นับเชื่อใจกับผู้ให้ข้อมูล มีการเตรียมพร้อมตนเองในการฝึกฝนและเรียนรู้ในการสนทนาอย่างมีศิลปะและเทคนิค (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553)

เทคนิคและศิลปะในการสัมภาษณ์เชิงลึก

การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นการสัมภาษณ์ที่เน้นความคิดของคนโดยผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าถึงเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ให้ฟัง มีการถามตอบอย่างเป็นธรรมชาติ เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่เป็นกันเอง คำตอบที่ได้จากการสนทนาจะเป็นเพียงจุดเริ่มต้นที่ยังไม่ใช่ข้อสรุป และคำตอบจากการสนทนายังไม่ใช่หัวใจของการสนทนา หากแต่เป็นเพียงแนวทางในการพูดคุย และคำตอบจากการสนทนายังไม่ใช่เป็นเพียงคำพูดหรือลักษณะของน้ำเสียงที่สนทนาแต่เพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงลักษณะพฤติกรรม ท่าทาง แววตา ที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมาด้วย (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2540)

เทคนิคที่จะช่วยในการสัมภาษณ์ดำเนินการไปได้อย่างราบรื่น มีดังนี้

1) การปล่อยให้การสนทนาดำเนินไปอย่างเป็นธรรมชาติ โดยการเริ่มต้นด้วยคำถามง่ายๆ แบบกว้างๆ ก่อน เพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มคิดเกี่ยวกับประเด็นที่จะสัมภาษณ์ ในลักษณะต่างๆ ไปจากนั้นเมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าสู่บรรยากาศในการสนทนามากขึ้น จึงใช้คำถามที่แคบเข้าเพื่อนำไปสู่ประเด็นที่มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น

2) การใช้คำถามที่กระตุ้นผู้ให้ข้อมูลตอบด้วยการเล่าเรื่อง เช่น การใช้คำถามที่ให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ด้วยการใช้คำถามที่ระบุหรืออ้างอิงเวลาโดยกำหนดจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด เช่น ช่วยเล่ารายละเอียดสิ่งที่เกิดระหว่างที่ดูแลผู้ป่วย

3) การเชิญชวนเขียนเล่าเรื่องหรือนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาใช้ประกอบการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อกระตุ้นความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ให้คำตอบของการสนทนาละเอียดลึกซึ้งมากขึ้น เช่น บันทึกประจำวัน รูปถ่าย จดหมาย เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สัมภาษณ์ยังสามารถเชื่อมต่อการสนทนาให้มีความต่อเนื่องได้จากการใช้คำถาม ดังต่อไปนี้ “เล่าต่อไปซิคะ” “แล้วยังไงต่อไปคะ” “คุณหมายความว่า.....ใช่มั้ยคะ” (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Berry และคณะ (2008) ได้ศึกษาเหตุผลของผู้ดูแล ในการนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์ไปยังแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์โดยวิธีการสัมภาษณ์ 31 ครอบครัวจากโรงพยาบาล Children's Hospital of Wisconsin พบว่าเหตุผลที่ผู้ดูแลเลือกแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มากกว่าผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ คือ รอนัดนาน ไม่พอใจกับผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ มีปัญหาด้านการสื่อสารกับผู้ให้บริการปฐมภูมิ (ไม่ชอบน้ำเสียง, ไม่ให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลเมื่อไปรับบริการ) การแนะนำของผู้ให้บริการสุขภาพ ความเชื่อในประสิทธิภาพและทรัพยากรของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คุณภาพการดูแลและความเชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคเด็ก (Berry, Brousseau, Brotanek, Tomany-Korman, & Flores, 2008)

Pelander & Leino-Kilpi (2010) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกดีและรู้สึกไม่ดีในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยทำการสอบถามผู้ป่วยเด็ก อายุ 7-11 ปี จำนวน 388 ราย พบว่าความรู้สึกของเด็กมีความสัมพันธ์อย่างมากกับกิจกรรม บุคคลรอบข้างและสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ที่ดีสำหรับผู้ป่วยเด็กขณะอยู่โรงพยาบาล คือ มีพยาบาลคอยดูแลเอาใจใส่ ทำให้รู้สึกปลอดภัย การได้ทำกิจกรรมด้านความบันเทิง เช่น ได้เล่นเกม ได้เล่นของเล่น ประสบการณ์ที่ไม่ดี คือ ความรู้สึกเจ็บป่วย การต้องถูกทำหัตถการการรักษาต่อร่างกาย การถูกจำกัดน้ำและอาหาร การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวให้นอนบนเตียง การต้องแยกจากครอบครัว บิดามารดาและเพื่อน ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย การดูแลผู้ป่วยเด็กต้องคำนึงถึงประสบการณ์ที่ดีที่สุดที่ผู้ป่วยเด็กควรได้รับ และลดหรือขจัดประสบการณ์ที่เลวร้ายออกจากมุมมองของผู้ป่วยเด็ก ควรมีการวางแผนนโยบายออกแบบพื้นที่และกิจกรรมที่ทำให้เด็กมีความเครียดน้อยลง อนุญาตให้ครอบครัวและผู้ป่วยเด็กได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเหมาะสมตามสิทธิที่ผู้ป่วยเด็กควรได้รับ (Pelander and Leino-Kilpi, 2010)

Brousseau และคณะ (2011) ได้ศึกษาวิเคราะห์มุมมองความคิดเห็นของผู้ปกครองและหน่วยบริการปฐมภูมิ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์ ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อทำความเข้าใจการตัดสินใจของผู้ปกครองและการรับรู้ของแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ความแตกต่างของความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้การงานวิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้ปกครองของเด็ก 26 ราย และแพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์คนเดียวกัน 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองเชื่อว่าพวกเขาทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมและแพทย์ได้ตัดสินใจมุมมองของผู้ปกครองไว้ 4 ประเด็น คือ 1.ความมั่นใจว่าผู้ป่วยเด็กจะได้รับความปลอดภัยจากอันตรายมีความสำคัญต่อการตัดสินใจของผู้ปกครอง ในการนำผู้ป่วยเด็ก

มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2.หน่วยบริการปฐมภูมิ ขาดการตรวจที่เฉพาะเจาะจงและการรักษาที่ผู้ปกครองและแพทย์เชื่อว่าอาจมีความจำเป็นโดยไม่คำนึงว่าต้องใช้หรือไม่ 3.ความคลาดเคลื่อนของการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ปกครอง การสื่อสารข้อมูลที่เพียงพอและการเข้าถึงการบริการ 4.แพทย์และผู้ปกครองไม่ได้มองว่าการนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลสุขภาพที่ไม่ต่อเนื่อง (Brousseau et al., 2011)

Kubicek และคณะ (2012) ได้ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะและความคิดเห็นของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์ ด้วยวิธีการสำรวจจากโรงพยาบาลเด็กในเขตเมือง Los Angeles จำนวน 106 คน ผลการสำรวจพบว่า ส่วนใหญ่ของผู้ตอบแบบสอบถามที่อธิบายตัวเองว่าเป็นชาวลาติน 76% และเกิดในต่างประเทศ 62% ประมาณ 49% รายงานมีรายได้ต่อปีน้อยกว่า 20,000 เหรียญ และ 43% ของผู้ตอบแบบสอบถามไม่มีการประกันสุขภาพของตนเอง 95% ของผู้ป่วยเด็กมีแพทย์ที่ดูแลเบื้องต้นและการประกันสุขภาพและทั้งๆที่ถูกคัดกรองว่าเป็นผู้ป่วยประเภทไม่เรื้อรังด่วน ผู้ปกครองกว่าครึ่งหนึ่ง (63%) อธิบายสภาพของเด็กว่ามีความเรื้อรัง “มาก” หรือ “มากที่สุด” เหตุผลสำหรับการนำเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากประเด็นของความสับสนและการรับรู้ของคุณภาพของการดูแลของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Kubicek et al., 2012)

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับประสบการณ์บิดามารดาในการนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบแต่การศึกษาของประเทศในตะวันตก ทำให้เกิดข้อความรู้ที่จำกัดในการนำมาใช้ในบริบทของประเทศไทย เนื่องจากบริบทของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ตลอดจนความเชื่อและวัฒนธรรมทางสังคมของบิดามารดาไทยกับประเทศทางตะวันตกมีความแตกต่างกัน (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และคณะ, 2550) รายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนให้เห็นความจำเป็นในการค้นหาข้อความรู้ เพื่ออธิบายการที่บิดามารดาในการนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งระบุว่าผลจากนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินถึงแก่ชีวิต ไม่ถามสิทธิ ใกล้เคียงไหนไปที่นั่น” ทำให้มีประชาชนที่มีภาวะไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์ แต่กลับคิดว่ามีภาวะเรื้อรังฉุกเฉิน เข้ารับมาบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวนเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของภาวะฉุกเฉิน และมีผลกระทบให้ไม่สามารถใช้สิทธิประกันสุขภาพทั่วหน้าได้จนนำมาสู่การเกิดเรื่องร้องเรียนตามมา (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556)

ความแตกต่างกันของความเชื่อและวัฒนธรรมทางสังคมของบิดามารดาไทยกับประเทศทางตะวันตกส่งผลให้พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลแปรเปลี่ยนไปตามการรับรู้และการทำความเข้าใจต่อสถานการณ์ที่บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย (ถวิล ธาราโกชน และ ศรัณย์ ดำริสุข, 2548) การค้นหาข้อมูลเพื่ออธิบายปรากฏการณ์การนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของบิดามารดา จากประสบการณ์ของบิดามารดาผู้นำพามาจึงเป็นข้อมูลที่จำเป็น เพื่อให้ได้ข้อความรู้ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและลึกซึ้งได้ดีที่สุด เพราะประสบการณ์ของบุคคลเป็นผลจากการรับรู้สภาวะการณ์สิ่งแวดล้อมที่เข้าไปผูกพัน ทำให้เกิดเป็นการให้ค่าตามความหมายของตนเองและเกิดการมองโลกของบุคคลนั้น (Ga, 2004) ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลเพื่อบรรยายถึงกระบวนการคิดการตัดสินใจของบิดามารดาตามประสบการณ์ของบิดามารดาอย่างรอบด้านเป็นองค์รวม ผู้วิจัยจึงมีความตระหนักถึงปัญหาและสนใจที่จะศึกษาจากประสบการณ์ของบิดามารดาในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบอธิบายปรากฏการณ์ที่เป็นจริง ข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางในการศึกษา พัฒนาไปสู่การวิจัยในเชิงปริมาณไปจนถึงการวางแผนงานและนโยบาย ให้ตรงกับความต้องการที่แท้จริงสอดคล้องกับสภาพปัญหา หนทางการสนับสนุนศักยภาพในบทบาทของบิดามารดา ที่มีผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่รุนแรงด้านการแพทย์ กับการรับบริการทางสุขภาวะได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการป้องกันการทำให้ผู้ป่วยเด็กต้องเกิดประสบการณ์การบาดเจ็บทางจิตใจ จากการถูกนำมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่หลีกเลี่ยงได้ต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของบิดามารดาในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่รุนแรงต่อทางการแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกจากประสบการณ์ตรงของบิดามารดา ในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่รุนแรงต่อทางการแพทย์ โดยใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (2000) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. พื้นที่ในการเก็บข้อมูล (setting)

พื้นที่ในศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเฉพาะทางโรคเด็กของรัฐบาล ที่ให้บริการรักษาผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 18 ปี ที่มีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน อยู่ในภาวะวิกฤต ฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยเป็นพยาบาลปฏิบัติงานอยู่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มานานเป็นเวลา 8 ปี ผู้วิจัยจึงมีความคุ้นเคยกับบุคลากรในหน่วยงาน เข้าใจในลักษณะการปฏิบัติงานและระบบบริการของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อีกทั้งมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับบุคลากรในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน บริบทด้านพื้นที่และบุคลากรนี้สามารถช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลของบิดามารดาที่มีประสบการณ์ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ได้ โดยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เปิดให้บริการรับรักษาและส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยกะทันหัน มีภาวะวิกฤต ฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีพยาบาลคัดกรอง (screening nurse) ทำหน้าที่ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของอาการที่ต้องการได้รับการดูแลรักษา ใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยเด็กของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 4 ระดับ และเขียนใบนำส่งผู้ป่วยไปยังแผนกผู้ป่วยนอกอื่นๆให้ตรงตามอาการของโรคที่ผู้ป่วยมา โดยแผนกผู้ป่วยนอกจะเปิดให้บริการรับบัตรในเวลา 6.00 น. ถึง 15.30 น. คลินิกพิเศษเปิดให้บริการรับบัตรในเวลา 15.30 น. ถึง 23.00 น. แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงเป็นหน่วยงานเดียวในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่เปิดให้บริการรับรักษาผู้ป่วยตั้งแต่เวลา 23.00 น. ถึง 6.00 น. โดยมีพยาบาลคัดกรองทำหน้าที่ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยเพื่อรอรับบริการตามระดับความรุนแรงต่อ

ผู้วิจัยจึงสามารถพบผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพไม่รุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ในเวลา 23.00 น. ถึง 6.00 น.

2. ผู้ให้ข้อมูล (key informant)

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (key informant) แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยผู้ให้ข้อมูลคือ บิดาหรือมารดาที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดและมีประสบการณ์ในเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาค้นคว้าอย่างแท้จริง เพื่อสามารถให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วนตรงตามปรากฏการณ์ที่อยู่ในความสนใจผู้วิจัย

โดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (inclusion criteria) ดังนี้

1. บิดาหรือมารดาที่นำผู้ป่วยเด็ก อายุ 3 ปี - ไม่เกิน 18 ปี มาใช้บริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และได้รับการจำแนกตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (2551) ในระดับ 4 ประเภทไม่ฉุกเฉิน
2. บิดาหรือมารดาที่ร่วมในเหตุการณ์ที่บ้านตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กเริ่มมีอาการป่วย ตัดสินใจ และนำพาผู้ป่วยเด็กออกจากสถานที่พักมาเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีประสบการณ์ในเหตุการณ์นับจากวันที่นำผู้ป่วยเด็กมาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นานไม่เกิน 7 วัน
3. สามารถสื่อสารได้ด้วยตนเองและเข้าใจภาษาไทย
4. ผู้ให้ข้อมูลมีความสมัครใจและยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล

3. การได้มาและการเข้าถึงข้อมูล

3.1 ภายหลังจากผู้วิจัยได้รับการอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์จากคณะกรรมการโครงร่างวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และขออนุญาตเก็บข้อมูลในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เมื่อหนังสือได้ผ่านการรับรองและอนุมัติให้เก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการติดต่อประสานงานหัวหน้าฝ่ายวิชาการของกลุ่มงานการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อออกหนังสือขอเก็บข้อมูลวิจัยที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3.2 เมื่อได้รับการอนุมัติจากกลุ่มงานการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีกับพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (gatekeeper) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยกับพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และขอความช่วยเหลือในการ

เข้าถึงรายชื่อผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการด้วยพยาธิสภาพไม่รุนแรงต่อนทาง การแพทย์ โดยการศึกษาจากใบ นำส่งแผนกของพยาบาลคัดกรองและเวชระเบียนของผู้มารับบริการ

3.3 เมื่อได้รายชื่อผู้ป่วยเด็กระดับ 4 ประเภทไม่ฉุกเฉิน จากใบนำส่งแผนกของพยาบาลคัด กรองแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติด้านอายุของผู้ป่วยเด็กจากเวชระเบียน เมื่อพบว่าเป็นผู้ป่วยอายุ 3 ปี ถึง ไม่เกิน 18 ปี แล้วผู้วิจัยจึงขอความช่วยเหลือจากพยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ช่วยแนะนำโครงการวิจัยและตัวผู้วิจัยกับบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กดังกล่าว เพื่อสร้างความไว้วางใจ และมีความเข้าใจเบื้องต้นในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพและ ความไว้วางใจกับบิดามารดาในเบื้องต้น โดยการแนะนำตัวและพูดคุยซักถามบิดามารดาว่าเป็นผู้ที่ร่วม ในเหตุการณ์ที่บ้านตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กเริ่มมีอาการป่วย ตัดสินใจ และนำพาผู้ป่วยเด็กออกจากสถานที่พัก มาเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเมื่อพบว่าใช่ ผู้วิจัยจึงอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาการวิจัย และบอกถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียด ทำการ พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับบิดามารดาให้มากขึ้น เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลใน การวิจัย โดยในขณะที่ทำการสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้บิดา มารดาซักถามได้อย่างอิสระ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลตามความเป็นจริง

3.4 เมื่อบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล สมัครใจ และยินดีเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตบิดามารดาในการตอบรับเข้าร่วมการ วิจัย โดยการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการ วิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลสะดวกและพร้อมให้ สัมภาษณ์ในขณะที่รอพบแพทย์ หลังจากผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลใช้ยาลดไข้ เช็ดตัว ประเมินสัญญาณ ชีพแล้ว ผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่รุนแรงต่อนทาง การแพทย์จะถูกจัดให้รอรับการตรวจหลังจากผู้ป่วย เด็กที่มีพยาธิสภาพรุนแรงต่อนตรวจเสร็จแล้ว จึงเป็นช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลว่างไม่มีกิจกรรม ผู้วิจัยจึงได้ สัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวคำถามการสัมภาษณ์ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดในการวิจัยนี้ เป็น มารดาของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการจำแนกในระดับ 4 ประเภทไม่ฉุกเฉินตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยเด็ก สถานันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (2551) โดยมารดาผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้นำผู้ป่วยเด็กมารับบริการ ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมทั้งสิ้นจำนวน 15 ราย มีอายุระหว่าง 20 - 51 ปี ทุกรายสัมภาษณ์ ในห้องแยกโรคสำหรับผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคติดต่อ ซึ่งขณะนั้นเป็นห้องว่างไม่มีผู้ใช้ เป็นห้องตั้งอยู่ บริเวณด้านหน้าของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบเหมาะสำหรับการพูดคุย มีลักษณะเป็นกระจกที่มารดาสามารถสังเกตเห็นผู้ป่วยเด็ก ขณะรอพบแพทย์ด้านนอกได้ตลอด ระยะเวลาที่สัมภาษณ์ ขณะสัมภาษณ์ผู้ป่วยเด็กจะมีบิดาและญาติคอยดูแล และมีมารดา 2 รายมากับ ผู้ป่วยเด็กโดยไม่มีญาติ ผู้ป่วยเด็กทั้ง 2 รายนี้มีอายุ 13 ปี สามารถนั่งรอมารดาโดยไม่รบกวนขณะ สัมภาษณ์

4. เครื่องมือวิจัย

ในการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้วิจัย โดยผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนในวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้มีความพร้อมที่จะดำเนินการวิจัย แนวคำถามเพื่อนำมาใช้ในการสัมภาษณ์ใช้เกณฑ์การคัดเลือกผู้ช่วยเด็กของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 4 ระดับในการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยเด็ก เครื่องบันทึกเสียงแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและบันทึกภาคสนามเพื่อช่วยในการบันทึกข้อมูล

4.1 ตัวผู้วิจัย การวิจัยในแนวปรากฏการณ์วิทยา ตัวผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือวิจัยที่สำคัญ ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัยก่อนทำการวิจัย โดยได้ผ่านการศึกษาระเบียบวิธีวิจัยหลักการเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา รวมทั้งการฝึกปฏิบัติด้านการรวบรวมข้อมูล ในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 หน่วยกิต เพื่อให้เข้าใจถึงระเบียบและแนวทางในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ฝึกปฏิบัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลจากการเรียนรายวิชาวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล จำนวน 3 ราย เพื่อเป็นการฝึกทักษะการฟัง เทคนิคการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับการศึกษาผลงานวิจัยเชิงคุณภาพ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่คุณผู้วิจัยสนใจศึกษาในประเด็นต่างๆ เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในเนื้อหาสาระและประเด็นที่ศึกษา เพื่อไม่ให้เกิดการหลงทางเมื่อเข้าสู่สนามการวิจัยได้ตลอดจนสามารถจัดกรอบความคิด และเก็บความคิดความเชื่อที่มีอยู่เดิมพักไว้ก่อนเข้าสู่สนามวิจัยได้ ในการวางแผนการวิจัย ผู้วิจัยได้ขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตลอดระยะเวลาการทำวิจัย

4.2 แนวทางการสัมภาษณ์(interview guideline) เป็นเครื่องมือช่วยผู้วิจัยที่มีความสำคัญสำคัญสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพที่ต้องเตรียมเอาไว้ โดยผู้วิจัยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์เพื่อการเก็บข้อมูล (ภาคผนวก) โดยกำหนดจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัย เป็นแนวคำถามกว้างๆ ยืดหยุ่นตามบริบทของคำสัมภาษณ์ สามารถปรับได้ตามสถานการณ์หรือข้อมูลในการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเข้าสู่ประเด็นคำถามเกี่ยวกับ ประสบการณ์ของบิดามารดาในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่รุนแรงต่อทางการแพทย์ โดยดำเนินการ ดังนี้

4.2.1 ขั้นการเริ่มต้นสนทนาแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ พุดคุยซักถาม สร้างความคุ้นเคย ขออนุญาตบันทึกเสียงจากการสัมภาษณ์

ขั้นการเริ่มต้นการสนทนา ดิฉันชื่อ... เป็นนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็ก มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่รุนแรงต่อทางการแพทย์ ท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับกรเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย จึงขออนุญาตเชิญท่านเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ โดยท่านสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ก่อให้เกิดผลเสียหรือผลกระทบใดๆ

พร้อมทั้งเก็บข้อมูลต่างๆ อย่างเป็นความลับ โดยมีรายละเอียดตามในเซ็นยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูลนี้ (ภาคผนวก ก)

4.2.2 แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ของบิดามารดาในการการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ ได้แก่

1) คำถามหลัก

1.1) กรุณาเล่าประสบการณ์ของท่านตั้งแต่ตอนที่เด็กเริ่มมีอาการป่วย จนกระทั่งตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.2) ช่วยเล่าถึงเรื่องราวที่มีผลต่อความรู้สึกที่ทำให้ท่านตัดสินใจนำพาผู้ป่วยเด็กออกจากที่พักอาศัยเพื่อมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.3) ช่วยบอกเล่าถึงลักษณะอาการของบุตรที่มีผลต่อความรู้สึก ทำให้ท่านตัดสินใจนำพาผู้ป่วยเด็กออกจากที่พักอาศัยเพื่อมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.4) ท่านคาดหวังอย่างไรต่อการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2) คำถามรอง เป็นคำถามเพื่อเพิ่มเติมเรื่องราวในขณะสัมภาษณ์ ให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องราวเพิ่มเติม โดยใช้เทคนิคการทวนความ การสรุปความและการสะท้อนความคิดในการสนทนา

2.1) ท่านช่วยเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ.....

2.2) ท่านช่วยอธิบายให้ฟังเกี่ยวกับ.....

2.3) หลังจากนั้นท่านทำอะไร

2.4) แล้วเกิดอะไรขึ้นต่อจากนั้น

2.5) ทำไมท่านจึงตัดสินใจแบบนี้

2.6) การรักษาต่างกันอย่างไร

4.2.3 ขึ้นปิดการสนทนา เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามหรือกล่าวตอบในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม

4.3 เครื่องบันทึกเสียง เครื่องบันทึกเสียงเป็นเครื่องมือช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลขณะทำการสัมภาษณ์ ในการสัมภาษณ์ในระดับลึกการจดอย่างเดียวอาจได้รายละเอียดไม่เพียงพอ เครื่องบันทึกเสียงจะช่วยบันทึกน้ำเสียงและคำพูดของผู้ให้ข้อมูลได้ละเอียด ชัดเจนมากขึ้น ผู้วิจัยต้องเตรียมเครื่องบันทึกเสียงให้พร้อมสำหรับการใช้งานทุกครั้ง

4.4 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลมี 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลของผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค วิธีชำระค่าบริการ
2. ข้อมูลของบิดามารดา ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการรอตรวจ

4.5 แบบบันทึกภาคสนาม เพื่อบันทึกสิ่งแวดล้อมและบรรยายในการสัมภาษณ์พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลในด้านความรู้สึก อารมณ์ สีหน้า ท่าทาง การแสดงออกของผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ ตลอดจนการวางแผนในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

4.6 เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยเด็กของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูล คือ บิดามารดาของผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ได้ โดยเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยเด็กของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประเมินจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

Level 1 Resuscitative/Crisis (วิกฤติ)

Level 2 Emergent (ฉุกเฉินมาก)

Level 3 Acute illness (ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันไม่เร่งด่วน)

Level 4 Non-urgent (ไม่ฉุกเฉิน) (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2551)

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีและได้รับอนุญาต จากหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามแผนการวิจัยเพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยรอที่บริเวณหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินระหว่างเวลา 23.00 น. ถึง 6.00 น. เมื่อมีบิดามารดาพาผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยทำการศึกษาระดับความเร่งด่วนของความต้องการทางการแพทย์ จากใบนำส่งว่าเป็นผู้ป่วยเด็กที่ถูกคัดแยกเป็นระดับ 4 ประเภทไม่ฉุกเฉิน และศึกษาจากเวชระเบียนว่าผู้ป่วยเด็กมีอายุตามเกณฑ์การคัดเลือกคือ 3-18 ปี จากนั้นผู้วิจัยรอพบบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กดังกล่าว หลังจากที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการวัดไข้ ซึ่งน้ำหนัก จนเสร็จสิ้นกิจกรรมการพยาบาลในเบื้องต้นแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าไปพูดคุยสร้างสัมพันธภาพพร้อมกับสอบถามข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติให้ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือเป็น บิดาหรือมารดาที่ร่วมในเหตุการณ์ที่บ้านตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กเริ่มมีอาการป่วย ตัดสินใจ และนำพาผู้ป่วยเด็กออกจากสถานที่พักมาเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จากนั้นจึงขอความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย โดยพบว่าผู้มาพร้อมผู้ป่วยเด็กทั้งบิดาและมารดา แต่จากการสอบถามผู้วิจัยพบว่ามารดาของผู้ป่วยเด็กทั้งหมด เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยจึงเชิญเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนี้ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับประสบการณ์ในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับการนำผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิ

สภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามความเป็นจริง แสดง ความรู้สึก ความคิดเห็น ได้อย่างอิสระ ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์และบันทึกเสียง จากการขออนุญาตนัดหมายสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลสะดวกและพร้อมให้สัมภาษณ์ในขณะรอ พบแพทย์ในวันที่น่ามาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เร่งด่วน ทางทางการแพทย์ จะถูกจัดให้รอรับการตรวจหลังจากผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพเร่งด่วนตรวจเสร็จแล้ว ทำให้ต้องรอตตรวจเป็นเวลานาน โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลใช้เวลาในการรอผู้ป่วยเด็กเข้ารับการ ตรวจนาน 1 ชั่วโมง 25 นาที ถึง 2 ชั่วโมง 15 นาที ระหว่างรอจึงให้เป็นช่วงเวลาให้ผู้ให้ข้อมูลว่างไม่มี กิจกรรมใดๆ การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทุกรายดำเนินการในห้องแยกซึ่งเป็นห้องตั้งอยู่บริเวณด้านหน้า ของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ เย็นสบายเหมาะสำหรับการพูดคุย และเป็นห้องกระจกที่มารดาสามารถสังเกตเห็นผู้ป่วยเด็กขณะรอพบแพทย์ด้านนอกได้ตลอดระยะเวลาที่ สัมภาษณ์ ซึ่งลดโอกาสที่จะทำให้บิดามารดากังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็กที่รอตรวจ

ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วยเด็กมีบิดาและ/หรือญาติคอยดูแลทั้ง 13 ราย แต่มีผู้ป่วยเด็ก 2 รายซึ่งมีอายุ 13 ปี มากับมารดาโดยไม่มีญาติ จึงนำผู้ป่วยเด็ก 2 รายนี้ มาอยู่ในห้องด้วยขณะทำการ สัมภาษณ์ ขณะนั่งรอมารดาให้สัมภาษณ์ ผู้ป่วยเด็กเล่นเกมมือถือที่ปิดเสียงและนอนหลับข้าง ๆ มารดาด้วยอาการสงบ ในการวิจัยไม่มีผู้ให้ข้อมูลรายใดขอยุติการสัมภาษณ์ขณะที่ยังไม่สิ้นสุด ทุกราย ทำการสัมภาษณ์แบบพบกันกับผู้วิจัยที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ 40- 60 นาที มีการสัมภาษณ์เพิ่มเติมทางโทรศัพท์จำนวน 5 ราย เนื่องจากการสัมภาษณ์ในครั้งแรก ผู้วิจัยพบว่าข้อมูลที่ได้ยังไม่ชัดเจนเพียงพอภายหลังจากการถอดเทป จึงขออนุญาตนัดหมายขอสัมภาษณ์ทาง โทรศัพท์เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม โดยผู้ให้ข้อมูลเต็มใจและยินยอมให้ทำการสัมภาษณ์ จำนวนผู้ให้ข้อมูล อื่นตัวที่ผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 15 ราย ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2559

6. การพิทักษ์สิทธิ์และจรรยาบรรณของนักวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย จนกระทั่งนำเสนอ ผลการวิจัย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจาก คณะกรรมการจริยธรรมของสนามวิจัยเลขที่ 00007346 (ภาคผนวก ข) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามความ สัมครใจและยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย ภายหลังจากผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการ วิจัย รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิจัย โดยบอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา ความไม่สะดวกที่จะเกิด ขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล คือ การใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 40-60 นาที โดยผู้วิจัยอาจต้องใช้เวลา

สัมภาษณ์ 2 ครั้ง การขอให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล สถานที่และเวลาในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีความอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และถ้ารู้สึกไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ก่อให้เกิดผลเสียหรือผลกระทบใดๆ โดยกำหนดไว้ในมาตรการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีการเซ็นยินยอมของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้มีการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล โดยไม่มีการบันทึกข้อมูลที่บ่งชี้ถึงตัวบุคคล ผู้วิจัยใช้เป็นรหัสแทนชื่อของผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งเก็บข้อมูลต่างๆ อย่างเป็นความลับ สำหรับการอภิปรายผลและการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และจะทำลายเทปการสัมภาษณ์และข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเมื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้สิ้นสุดลง

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ที่ได้กระทำไปพร้อมๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ขจัดอคติและความเอนเอียงของผู้วิจัยออกไปก่อนที่จะเริ่มทำการวิเคราะห์ข้อมูล (bracketing) กันความเชื่อ ความคิด ความรู้สึกส่วนตัว และสิ่งที่ผู้วิจัยรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ออกจากสถานการณ์ที่ศึกษา หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์เริ่มตั้งแต่ผู้วิจัยอ่านข้อมูล ซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง จนมองเห็นภาพที่เป็นสาระสำคัญร่วมของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน แล้วดึงข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญร่วมออกมา หลังจากนั้นจึงจัดกลุ่มของข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ที่บ่งบอกถึงสาระสำคัญที่น่าเสนอ สามารถแสดงให้เห็นภาพรวมของประสบการณ์ของบุคคลในประสบการณ์นั้น พร้อมทั้งยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นข้อมูลดิบที่ผู้วิจัยพบว่าจะสะท้อนให้เห็นประสบการณ์ บทสัมภาษณ์ที่ถอดความแล้ว เพื่อให้เข้าใจความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง เพื่อสรุปประเด็นของของผู้ให้ข้อมูลอย่างชัดเจน ตามกระบวนการการวิเคราะห์ข้อมูลที่เรียกว่า phenomenological transformation / reduction process การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาที่ใช้ปรัชญาของ Husserl ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ Colaizzi 7 ขั้นตอน (2001 cited in Streubert & Carpenter, 2003) ได้แก่

1. อ่านบทสัมภาษณ์ที่ถอดความแล้วหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เข้าใจความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง (Read all protocols to acquire a feeling for them)
2. ทบทวนแต่ละข้อความในทุกหน้าอย่างถ่องแท้เพื่อค้นหาสำคัญของเนื้อเรื่อง (Review each protocol and extract significant statements)
3. ทำความเข้าใจตามนัยสำคัญของเนื้อหา (Spell out meaning of each significant statements) และกำหนดความหมาย (Formulate meanings)

4. กำหนดความหมายของกลุ่มคำที่เป็นประเด็นหลัก (Organization the formulated meanings into clusters of themes)

5. รวบรวมผลลัพธ์ที่ได้จากปรากฏการณ์ที่ศึกษาและอธิบายหรือบรรยายอย่างถี่ถ้วน (Integrate results into an exhaustive description of the phenomenon under study)

6. อธิบายปรากฏการณ์ที่ยังกำกวมให้มีความชัดเจนเท่าที่จะเป็นไปได้ (Formulate an exhaustive description of the phenomenon understudy in as unequivocal a statement of identification as possible)

7. นำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาย้อนกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง (Ask participants about the findings thus far as a find validating step)

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนดังกล่าว โดยถอดเทปพร้อมกับให้รหัสข้อมูลของสาระสำคัญของข้อมูลให้เสร็จสิ้นในแต่ละรายก่อน แล้วจึงจัดกลุ่มของข้อมูลที่คล้ายคลึงกันเป็นประเด็นย่อย (Sub theme) แล้วจึงสรุปเป็นประเด็นหลัก (theme)

8. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

ผู้วิจัยยึดหลักการความน่าเชื่อถือได้มาของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพตามเกณฑ์ของ Guba & Lincon (1989) ดังนี้

8.1 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Credibility) การได้มาของข้อมูลมีความตรงและเชื่อถือได้ โดยผู้วิจัยได้กระทำดังนี้

8.1.1 มีระยะเวลาในการทำความคุ้นเคยกับแหล่งข้อมูลที่นานเพียงพอ เนื่องจากผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ให้บริการสำหรับเด็ก ปฏิบัติงานเป็นระยะเวลา 8 ปี ทำให้มีความเข้าใจลักษณะงานบริการของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ให้บริการสำหรับเด็ก มีสัมพันธภาพที่ดีและคุ้นเคยกับบุคลากรในการติดต่อกับหน่วยงานในพื้นที่เก็บข้อมูลจึงเป็นการง่ายต่อการได้รับความร่วมมือในด้านสถานที่และค้นหาผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด

8.1.2 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและคุ้นเคยกัน โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองและอธิบายเกี่ยวกับประเด็นสิทธิ การใช้คำนำเข้าสู่ประเด็น ตลอดจนเป็นผู้รับฟังที่ดีขณะสัมภาษณ์ และขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าที่ผ่อนคลาย ให้ข้อมูลอย่างราบรื่น ไม่มีสีหน้าอึดอัดและมีน้ำเสียงการเล่าข้อมูลที่ไหลลื่นต่อเนื่องและอยู่ในประเด็นการพูดคุย มีความยินดีและกล้าที่เปิดเผยข้อมูล เรื่องราวตลอดจนความคิด อารมณ์และความรู้สึกของตนให้กับผู้วิจัย โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดูแลพูดคุยจนกระทั่งผู้ป่วยเด็กได้รับการพยาบาลเบื้องต้น สังเกตว่าผู้ป่วยเด็ก อยู่ในอาการสงบไม่รบกวนผู้ให้

ข้อมูลหากทำการสัมภาษณ์ เช่น ไม่ร้องไห้ ไม่มีไข้สูง ไม่มีอาการอาเจียน เป็นต้น แจ่งจำนวนผู้ป่วย ลำดับการรอตรวจที่ได้รับ ระยะเวลาการรอโดยประมาณ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลไม่วิตกกังวลในการรอตรวจ แล้วจึงสอบถามขอความยินยอมในการให้ข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล ความสะดวกของวัน เวลาที่ผู้ให้ข้อมูล ต้องการให้สัมภาษณ์ โดยในการสัมภาษณ์ได้มีผู้ให้ข้อมูลทุกราย จำนวน 15 ราย ขณะที่เล่าเรื่อง ประสบการณ์การประสบการณ์ของบิดามารดาในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าที่ผ่อนคลาย ให้ข้อมูลอย่างราบรื่น พูดคุยด้วยความเป็นกันเอง ไม่มีสีหน้าอึดอัด การเล่าให้ข้อมูลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ไม่มีเหตุการณ์ ขัดขวางทำให้ต้องหยุดขณะดำเนินการสัมภาษณ์

8.1.3 ผู้วิจัยนำประเด็นที่พบทั้งหมดของข้อมูล ที่ได้จากการวิเคราะห์ ไปให้ผู้ให้ข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง 8 ราย (member checking) (ภาคผนวก ค) โดยผู้ให้ข้อมูลให้ความร่วมมือ เป็นอย่างดีในการตรวจสอบความถูกต้อง ผู้วิจัยได้ติดต่อผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดทุกรายทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยได้อ่านข้อสรุปจากประเด็นของประสบการณ์ที่พบในประเด็นหลักและประเด็นย่อย ให้ผู้ให้ ข้อมูลฟังทีละประเด็นอย่างชัดเจนและช้าๆ ตามตัวอย่างข้อมูลการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (ภาคผนวก ค) พร้อมทั้งขอความเห็นต่อความถูกต้องของข้อมูลและข้อเสนอแนะ ซึ่งใช้ระยะเวลาใน การตรวจสอบทางโทรศัพท์นี้ 10 - 15 นาที ในกระบวนการตรวจสอบข้อมูลนี้ผู้วิจัยได้รับการ ตรวจสอบข้อมูลครบทั้ง 8 ราย (2,3,6,7,10,11,12,15) ผลการตรวจสอบพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 8 ราย เห็นด้วยกับข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ว่ามีความตรงกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตน ทุกรายมี ความคิดเห็นว่าไม่ต้องเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้วิจัยได้สรุปและอ่านให้ฟัง

“พี่เห็นด้วยค่ะ ตามที่คิดว่าจะพาน้องไปก็เป็นเรื่องแบบนี้แหละคะ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“มันก็เห็นด้วยนะ เรื่องที่พาน้องไปฉุกเฉิน ก็แบบประมาณนั้นแหละ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“ตามที่ฟังๆมันก็ตรงนะ เห็นด้วย ตัวพี่นะเรื่องอื่นก็ไม่มีหรอกนอกจากลูกเป็นไขอย่างอื่นก็ไม่มี”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

“ค่ะ ที่สรุปมาก็ดีนะคะ เห็นด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

“โอเค ก็ไม่มีอะไรเพิ่มคะเห็นด้วย เข้าใจชัดเจนดี”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

“อืมคะ ที่สรุปมาให้ฟังเนี่ยก็ดีนะ เราแบบเอาลูกเราไปห้องฉุกเฉินก็เฉพาะเวลาป่วยๆ ที่ว่าเราคิดว่า เป็นมากนี้แหละ เออก็จะประมาณนั้นแหละ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

“หนูก็เห็นด้วยตามที่พี่เห็นว่านะคะ ไม่มีอะไรเพิ่มคะ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

“พี่ก็เห็นด้วยตามน้องว่านะ ส่วนจะเพิ่มอะไรมั๊ยก็ไม่มีละ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15)

จากข้อมูลนี้ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเห็นด้วยกับข้อสรุปประเด็นย่อยและประเด็นหลักของ ประสพการณ์การนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วน ทางการแพทย์

8.1.4 ผู้วิจัยตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ (peer debriefing) ผู้วิจัยตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

8.1.5 ผู้วิจัยตระหนักถึงบทบาทของผู้วิจัย โดยการจัดการรอบความคิดของตนเอง เพื่อ แยกความเชื่อ พักความคิด ความรู้สึกส่วนตัวและความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีอยู่เก็บไว้ไม่ นำเข้าไปปะปนกับความรู้ที่ได้ในสนามวิจัย โดยการถอดเทปแบบคำต่อคำ และมองหาประสพการณ์ ตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น

8.2 ความสามารถในการถ่ายโอน (transferability) โดยเสนอข้อมูลที่ครอบคลุมและ ละเอียดครบถ้วนมากที่สุด เพื่อให้สามารถถ่ายทอดเรื่องราวและประสพการณ์ได้อย่างลุ่มลึก เพื่อให้ผู้ ที่ต้องการใช้ผลการวิจัยสามารถนำไปเชื่อมโยงกับประสพการณ์ของตนเองในการประยุกต์ใช้ในบริบท ที่มีความคล้ายคลึงกัน

8.3 ความสามารถในการพึ่งพา (dependability) โดยการนำเสนอข้อมูลที่ละเอียดสามารถ ติดตามกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ ซึ่งใช้การเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสังเกต เข้าด้วยกันรวมทั้งข้อมูลจากการจดบันทึกข้อมูลภาคสนามระหว่างการสัมภาษณ์ ซึ่งประเด็นและ รายละเอียดของการวิเคราะห์ข้อมูล ได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

8.4 ความสามารถในการยืนยันผล (conformability) โดยมีเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบจากการบันทึกเสียง การถอดคำแบบคำต่อคำ และบันทึกการสัมภาษณ์ซึ่งเป็นข้อมูลที่สามารถตรวจสอบได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน ดังนี้

8.4.1 มีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบทั้งข้อมูลจากการสัมภาษณ์ด้วยการบันทึกเสียง การถอดเทป การสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ บันทึกเทปการสัมภาษณ์ ข้อมูลการสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องโดยการฟังซ้ำ บันทึกไว้อย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (audit trail)

8.4.2 ผู้วิจัยใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอ (direct quotes) และคำพูดมีความสอดคล้องสามารถนำเสนอให้เห็นถึงประเด็นต่างๆในการบรรยายความอย่างชัดเจน

8.4.3 การสรุปข้อมูลในชั้นต่างๆได้แก่ การให้รหัสข้อมูล (coding) การจัดกลุ่มข้อมูล (category) การสรุปประเด็น (theme) ได้รับการทบทวนจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) ของ Husserl (2000) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากบิดาหรือมารดาที่มีประสบการณ์ตรงในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์มารับบริการ ซึ่งร่วมในเหตุการณ์ที่บ้านตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กเริ่มมีอาการป่วย ตัดสินใจ นำพาผู้ป่วยเด็กออกจากสถานที่พัก และนำมาเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีประสบการณ์ในเหตุการณ์นับจากวันที่นำผู้ป่วยเด็กมาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินนานไม่เกิน 7 วัน ผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์ เป็นผู้ป่วยระดับ 4 ประเภทไม่ฉุกเฉิน ตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยเด็กของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (2551) เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยเด็กอายุ 3 ปี - ไม่เกิน 18 ปี ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นมารดา โดยมารดาทุกรายมีประสบการณ์ในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากกว่า 1 ครั้ง รวมจำนวน 15 ราย ได้รวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ร่วมกับการบันทึกเทปสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกจากประสบการณ์ แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดการวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi (2001 cited in Streubert & Carpenter, 2003) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถบรรยายบรรยายประสบการณ์ของบิดามารดาในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์ ได้เป็นประเด็นหลักโดยนำเสนอตามลำดับชั้นดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยเด็ก

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ของบิดามารดาในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยเด็ก

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมดเป็นมารดาจำนวน 15 รายนี้ ซึ่งมีประสบการณ์ในการนำผู้ป่วยเด็ก อายุ 3 ปี - ไม่เกิน 18 ปี ระดับ 4 ประเภทไม่ฉุกฉิน ตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี(2551) มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2559 ซึ่งสามารถจำแนกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลออกตาม อายุ การศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็ก สถานะภาพสมรส รายได้ วิธีชำระค่ารักษา ระยะเวลารอตรวจ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ เพศ อายุและการวินิจฉัยโรค และวิธีการได้ข้อมูล ซึ่งปรากฏในตารางที่1แสดงข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล



ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล	อายุ (ปี)	การศึกษา	การสัมพันธภาพ	สถานภาพสมรส	รายได้ (บาท)	ข้อมูลผู้ป่วยเด็ก			ระยะเวลาตรวจ	วิธีชำระค่ารักษา	วิธีการได้ของข้อมูล/จำนวนครั้งที่สัมภาษณ์
						เพศ	อายุผู้ป่วย (ปี)	การวินิจฉัยโรค			
1	33	ปวส.	มารดา	คู่	25,000	หญิง	3	upper respiratory tract infection	2 ชม. 15 นาที	จ่ายเอง	การพบสัมภาษณ์ 1 ครั้ง
2	39	ประถม	มารดา	คู่	10,000	ชาย	6	acute pharyngitis	1 ชม. 25 นาที	จ่ายเอง	การพบสัมภาษณ์และสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ รวม 2 ครั้ง
3	33	ปริญญาตรี	มารดา	มารดาเลี้ยงเดี่ยว	13,000	ชาย	13	R/O asthma	1 ชม. 40 นาที	จ่ายเอง	การพบสัมภาษณ์ 1 ครั้ง
4	25	มัธยม	มารดา	คู่	12,000	ชาย	4	common cold	2 ชม.	จ่ายเอง	การพบสัมภาษณ์และสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ รวม 2 ครั้ง
5	25	มัธยม	มารดา	คู่	15,000-20,000	หญิง	5	upper respiratory tract infection	1 ชม. 45 นาที	จ่ายเอง	การพบสัมภาษณ์ 1 ครั้ง
6	35	มัธยม	มารดา	คู่	15,000	ชาย	11	acute febrile illness	1 ชม. 50 นาที	จ่ายเอง	การพบสัมภาษณ์และสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ รวม 2 ครั้ง
7	51	มัธยม	มารดา	คู่	17,000	หญิง	5	herpangina	2 ชม.	จ่ายเอง	การพบสัมภาษณ์ 1 ครั้ง
8	25	มัธยม	มารดา	มารดาเลี้ยงเดี่ยว	25,000	หญิง	3	bronchitis	1 ชม. 30 นาที	บริการ	การพบสัมภาษณ์และสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ รวม 2 ครั้ง

* R/O ย่อมาจาก rule out

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล

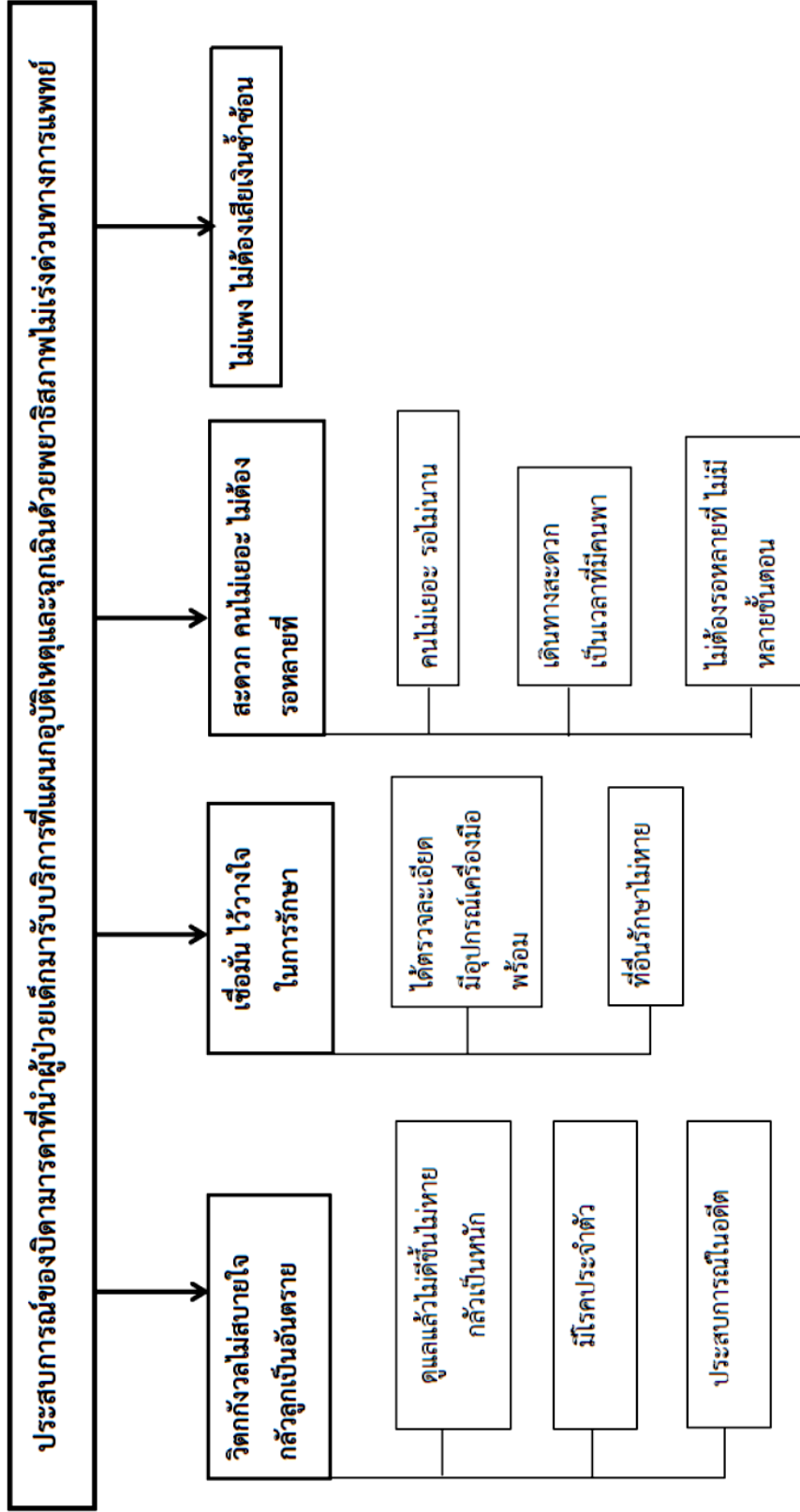
ผู้ให้ข้อมูล	อายุ (ปี)	การศึกษา	การสัมพัทธ์	สถานภาพสมรส	รายได้	ข้อมูลผู้ป่วยเด็ก			ระยะเวลาโรคตรวจ	วิธีชำระค่ารักษา	วิธีการได้ของข้อมูล/จำนวนครั้งที่สัมภาษณ์
						เพศ	อายุผู้ป่วย (ปี)	การวินิจฉัยโรค			
9	39	มัธยม	มารดา	คู่	15,000	ชาย	5	upper respiratory tract infection	1 ชม. 40 นาที	จ่ายเอง	การพบสัมภาษณ์ 1 ครั้ง
10	36	ประถม	มารดา	คู่	9,000-10,000	หญิง	5	acute gastritis	2 ชม.	จ่ายเอง	การพบสัมภาษณ์และสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ รวม 2 ครั้ง
11	35	ปวส.	มารดา	คู่	10,000	ชาย	5	acute gastritis	1 ชม. 45 นาที	จ่ายเอง	การพบสัมภาษณ์ 1 ครั้ง
12	28	ปวส.	มารดา	คู่	15,000	ชาย	4	acute gastroenteritis	1 ชม. 50 นาที	จ่ายเอง	การพบสัมภาษณ์ 1 ครั้ง
13	48	ประถม	มารดา	คู่	ไม่มีรายได้	หญิง	9	acute gastritis	2 ชม.	จ่ายเอง	การพบสัมภาษณ์ 1 ครั้ง
14	20	มัธยม	มารดา	หย่าร้าง	10,000	หญิง	3	acute gastroenteritis	1 ชม. 35 นาที	จ่ายเอง	การพบสัมภาษณ์ 1 ครั้ง
15	43	อนุปริญญา	มารดา	คู่	15,000	ชาย	13	diarrhea	1 ชม. 30 นาที	จ่ายเอง	การพบสัมภาษณ์ 1 ครั้ง

จากตารางที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นมารดาของผู้ป่วยเด็กจำนวน 15 ราย ผู้ให้ข้อมูลมีอายุระหว่าง 20 - 51 ปี การศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา 3 ราย มัธยมศึกษา 7 ราย ระดับ ปวส. 3 ราย ระดับอนุปริญญา 1 รายและปริญญาตรี 1 ราย มีรายได้อยู่ระหว่าง 9,000-25,000บาท/เดือน สถานะภาพสมรส คู่ 12 ราย แม่เลี้ยงเดี่ยว (single mother) 2 รายและหย่าร้าง 1 ราย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กมีอายุระหว่าง 3 - 13 ปี เป็นเพศชาย 8 ราย และเพศหญิง 7 ราย การวินิจฉัยโรคจำแนกได้เป็น upper respiratory tract infection 3 ราย acute gastritis 3 ราย acute gastroenteritis 2 ราย acute pharyngitis 1 ราย R/O asthma 1 ราย common cold 1 ราย acute febrile illness 1 ราย herpangina 1 ราย bronchitis 1 รายและ diarrhea 1 ราย วิธีชำระค่ารักษาเมื่อนำมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จ่ายเอง 14 รายและใช้สิทธิบัตรพิการ 1 ราย ผู้ป่วยเด็กมีระยะเวลาในการรอตรวจ 1 ชั่วโมง 25 นาที ถึง 2 ชั่วโมง15 นาที ข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล 10 ราย มาจากการสัมภาษณ์แบบพบกัน 1 ครั้ง และจากผู้ให้ข้อมูล 5 ราย มาจากการสัมภาษณ์แบบพบกัน 1 ครั้งร่วมกับการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 1 ครั้งรวม 2 ครั้ง

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 15 ราย เพื่อบรรยายประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ สามารถวิเคราะห์ผลออกเป็น 4 ประเด็นหลักดังนี้

1. **วิตกกังวลไม่สบายใจ กลัวลูกเป็นอันตราย**
 - 1.1 ดูแลแล้วไม่ดีขึ้นไม่หาย กลัวเป็นหนัก
 - 1.2 มีโรคประจำตัว
 - 1.3 ประสบการณ์ในอดีต
2. **เชื่อมั่น ไว้วางใจในการรักษา**
 - 2.1 ได้ตรวจละเอียด มีอุปกรณ์เครื่องมือพร้อม
 - 2.2 ไปที่อื่นรักษาไม่หาย
3. **สะดวก คนไม่เยอะ ไม่ต้องรอหลายที่**
 - 3.1 คนไม่เยอะ รอไม่นาน
 - 3.2 เดินทางสะดวก เป็นเวลาที่มีคนพามา
 - 3.3 ไม่ต้องรอหลายที่ ไม่มีหลายขั้นตอน
4. **ไม่แพง ไม่ต้องเสียเงินซ้ำซ้อน**



แผนภาพที่ 1 สรุปประเด็นประสบการณ์ของบิดามารดาในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์

1. วิดกกังวลไม่สบายใจ กลัวลูกเป็นอันตราย

การสัมภาษณ์มารดาทุกรายบอกเล่า ประสบการณ์การนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ ในประเด็นวิตกกังวลไม่สบายใจ กลัวลูกเป็นอันตราย โดยมี 3 ประเด็นย่อย คือ ดูแลแล้วไม่ดีขึ้นไม่หาย กลัวเป็นหนัก มีโรคประจำตัวและประสบการณ์ในอดีต ซึ่งสามารถสรุปประสบการณ์ของมารดาได้ดังนี้

เมื่อมารดาเห็นผู้ป่วยเด็กมีอาการป่วย ทำให้เกิดมีความรู้สึกวิตกกังวลไม่สบายใจ กลัวว่าจะมีอาการป่วยหนัก ซึ่งมารดาได้เล่าถ่ายทอดประสบการณ์ถึงสาเหตุที่นำมาคือ เมื่อมารดาเห็นผู้ป่วยเด็กมีอาการป่วยเกิดขึ้น รับรู้ได้จากอาการแสดงทางกายโดยมีอาการไข้ ซึม ท้องเสีย อาเจียน อ่อนเพลีย หายใจเร็ว ร้องแงงบอกว่ามีอาการเจ็บปวด มารดาส่วนใหญ่ได้พยายามช่วยเหลือเบื้องต้นด้วยการดูแลเช็ดตัว ให้รับประทานยา แต่เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยเด็กยังมีอาการไม่ดีขึ้น ไม่หายจากอาการป่วย ยังมีไข้ไม่ลด ดูซึมลง ไม่พูด ไม่เล่น ไม่กิน โອมาก นอนไม่ได้ มารดาจึงทวิตกกังวล กลัวว่าถ้าปล่อยไว้อาการรุนแรงขึ้นเป็นอันตรายได้ จึงรีบพามาตรวจที่แผนกฉุกเฉินเพื่อรับการรักษาทันที มารดาบางรายบอกเล่าถึงการมีประสบการณ์ด้านลบจากอดีต ที่ผู้ป่วยเด็กเคยเจ็บป่วยมีไข้ นำพาผู้ป่วยเด็กมารักษาแล้ว แพทย์เคยบอกว่าถ้าผู้ป่วยเด็กชกแล้วจะไม่ติดต่อสมอง จะโง่งง มารดาบางรายผู้ป่วยเด็กเคยมีอาการไข้ชัก เคยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ซึ่งทำให้มารดาเป็นรู้สึกเป็นกังวลมาก ไม่กล้าแม้แต่จะหลับตานอน ระวัง กลัวว่าผู้ป่วยเด็กจะเกิดอาการป่วยรุนแรงแบบที่เคยเกิดขึ้นในอดีตซ้ำอีก มารดาบางรายที่ผู้ป่วยเด็กมีโรคประจำตัวและมีอาการป่วยที่แพทย์เคยแนะนำให้พามาโรงพยาบาลทันที เมื่อพบว่ามีอาการตามที่แพทย์เคยแนะนำ มารดาจึงรีบพามาแผนกฉุกเฉินเพื่อรับการรักษาทันที เพราะกลัวถ้าปล่อยไว้ผู้ป่วยเด็กจะได้รับอันตราย มารดาบางรายยังเล่าถึงการเคยอยู่ในเหตุการณ์ที่คนในครอบครัวมีอาการท้องเสีย และเสียชีวิตระหว่างที่ตนกำลังพาเดินทางมาโรงพยาบาล แพทย์บอกว่าเสียชีวิตเพราะขาดน้ำ เมื่อเห็นผู้ป่วยเด็กอาเจียนท้องเสียจึงกลัวว่าร่างกายจะขาดน้ำเหมือนอาการของคนเสียชีวิต เรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยในอดีตที่มารดาได้รับรู้เหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ไม่สบายใจ ความรู้สึกเหล่านี้จึงทำให้มารดาตัดสินใจนำพาผู้ป่วยเด็กมารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ดูแลแล้วไม่ดีขึ้นไม่หาย กลัวเป็นหนัก

มารดาส่วนใหญ่เล่าถ่ายทอดประสบการณ์ในประเด็นดูแลแล้วไม่ดีขึ้นไม่หาย กลัวเป็นหนักนี้ว่า ก่อนจะนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้พยายามดูแลโดยการเช็ดตัวลดไข้ ให้รับประทานยา แต่หลังจากดูแลไปแล้ว สังเกตอาการผู้ป่วยเด็กยังคงดูอาการไม่ดีขึ้น ไข้ไม่ลด มีอาการหายใจไม่ออก โອมาก ดูอ่อนเพลีย ซึมลง อาเจียน กินอะไรไม่ได้ ร้องแงงไม่นอน จึงวิตกกังวล กลัวว่าอาการอาจเป็นหนักขึ้น ไม่ต้องเสี่ยงใช้สูงเดี๋ยวจัก แพทย์เคยบอกว่าถ้ามีอาการชกจะไม่ติดต่อสมอง

จะโง่งม ต้องรีบพามา ให้แพทย์ตรวจรักษาถ้ายังอยู่ที่บ้านมีอาการหนักกว่านี้จะเอาไม่อยู่ อย่างน้อยนอนให้น้ำเกลือก็ได้มีแรง ดั่งตัวอย่างคำกล่าวนี้

“วันแรกเมื่อเสาร์หณะคะ เขาจะตัวร้อนแล้วก็คอยเช็ดตัว ไข้จะไม่ค่อยลงก็เช็ดตัวกินยาทุก 4 ชั่วโมงแต่ไข้มันก็ไม่ลง ครึ่งนี้ก็เข้ามา 4 วัน จะเป็นอยู่อย่างเงี้ยคะ ก็กลัว กลัวแต่จะชักอย่างเดียวก็เลยพามา”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“เค้าไอเยอะ แล้วก็ตัวร้อนด้วยคะ เราก็เช็ดตัว แล้วก็เอายาพาราให้กินตอน 2 ทุ่ม น้องมีอาการตัวร้อนมากแล้วก็นอนไม่ได้ เราก็ไม่ได้นอนเลยต้องคอยดู น้องอาการหนักยกก็เอาไม่ได้ ตัวร้อน อาการหนักหณะเราถึงมา”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“น้องมีอาการตอน 4 ทุ่ม จากตอนแรกที่เค้าหายใจไม่ออก ไอมีเสลด แล้วก็กินยา 3 - 4 วัน แล้วมันไม่หาย เค้าไอหนักมาก แล้วอ้วกออกมาแต่อ้วกออกมาไม่หมด แล้วพอจะนอนดูตัวสั้นๆ เราก็อ้าวเป็นไข้ ตัวก็เริ่มแบบรุ่มๆ เราก็กลัวจะเป็นหนักก็เลยพามาเลย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

“น้องเค้ามีไข้ เราก็เช็ดตัวแล้วก็ให้กินไทลินอล ไม่ค่อยลงนะ แต่พอตอนกลางคืนก็ยังมีอีก เช็ดตัวแล้วก็ไม่ได้ขึ้น เมื่อเข้าไปที่ (ชื่อโรงพยาบาล) เค้าก็ให้ยามากิน ก็กินยา เช็ดตัวก็ไม่ลง อาการเค้าก็ตาเบลอๆ ค่ะ เหมือนคนยังไม่ตื่น ตาเค้าจะเบลอ เหมือนมีน้ำในตาตลอดเหมือนร้อนใน น้ำตาลลล ก็เลยชวนแฟนบอกว่า มาที่นี่ดีกว่า ไข้สูงมาก 39 - 40 อย่างเงี้ย กลัวจะช็อคคะ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

“เช็ดตัวให้เค้า แล้วก็ซื้อยาที่ร้านขายยา แก้วตัวร้อนกับลดน้ำมูกให้เค้าแต่ว่าเช็ดตัวตลอดก็พอหมดฤทธิ์ยาแล้วตัวร้อนอีกไข้ใหม่คะ ก็ไม่ไหวละเพราะเด็กมันไม่ได้นอน แล้วพี่เองก็ไม่ได้นอนด้วย ก็อแง จะร้องมาแต่โรงพยาบาลนี่ ร้องบอกหนูจะมาหาคุณหมอ หนูอยากหายหนูจะมาหาคุณหมอ มันก็ต้องมาหนะ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

“ตอนแรกตัวรุ่ม ๆ พอตื่นขึ้นมาตอนกลางคืนก็ตัวร้อน แล้วก็หนาวสั่น ก็เช็ดตัวให้แล้วก็พามาโรงพยาบาลเลยก็คือไม่ต้องเสียงอะไร ก็มาโรงพยาบาลดีกว่า ก็เห็นว่าปากแดง ๆ เด็กไข้ขึ้นสูงจัด กลัวจะชักหมอบอกว่าชักแล้วมันไม่ดีต่อสมอง สมองจะโง่งง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

“เค้าเป็นหลายวัน คือกินอะไรก็อ้วกออกมานี่ 2 วันละ นอกนั้นตัวร้อนก็ 3 วัน เดี่ยวร้อนเดี๋ยวเย็นก็พอเราเช็ดตัวให้สัปดาห์ตัวเค้าก็จะเย็น แล้วเค้าก็วิ่งเล่น แต่พอสัปดาห์มาหนึ่งตัวก็จะร้อนก็ซื้อยาร้านขายยากี่มียาแก้ไอ ยาแก้ไอเสบที่เป็นผงๆผสมน้ำอะ เค้าก็กินหมดละ ละก็ไม่หาย เค้าบอกปวดท้องๆ พอเราให้กินเค้าก็ไม่กินอะไรเลยนะ นมก็ไม่กิน ให้กินข้าวได้สองคำ แล้วก็ป้อนยากี่อ้วกออก พอเมื่อคืนนี้ไอๆแล้วก็อ้วกเลยก็เห็นเค้าบ่นปวดท้องเราก็ใจไม่ค่อยจะเนอะ กลัวเค้าเป็นอะไร เลยมาหาหมอดีกว่า”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

“เค้าปวดท้อง ปวดตรงสะดือเค้าแล้วก็อ้วก ตอนแรกเค้าไม่อ้วกบอกเค้าให้ไปถ่าย ถ่ายไม่ออก อ้วกก็ไม่ออกพอขึ้นไปข้างบนห้องปั๊บอ้วกออกเลย อ้วกเสร็จเค้าก็เลยปวดท้อง ก็ปวดท้องก่อนอ้วกนะแหละแต่ก็ยังไม่หาย แล้วก็เลยเอาขวดน้ำร้อนอัง เค้าเคยอังแล้วหายไ้ แต่รอบนี้ไม่หายก็เลยพามา”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

“วันนี้ที่มาห้องฉุกเฉินคือไข้สูงมาก เช็ดตัวเท่าไรก็ไข้ไม่ลด หนูสังเกตจากปาก แกะจะปากแดง ถ้าไม่หายแกะจะซึม แกะจะไม่บ่นอะไรเลย หนูก็เลยพาแกหนีกลับมารีบพามา”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

“กลัวเป็นหนัก กลัวแบบว่าเอาไม่อยู่ ถ้ามีน้ำเกลืออยู่ที่บ้านนะก็จะให้เค้ากิน เมื่อก่อนน้องชายเค้าเข้าโรงพยาบาล อาการเป็นพิษ ก็เลยมียาแก้ไอ ยาลดกรดในกระเพาะ ยามันหมดเหลือติดขวดนิดนึงน้องเลยได้กินครั้งเดียว กินนิดเดียว ให้กินประมาณสัก 3 ทุ่มครึ่ง พอกินแล้วน้องอ้วกก็เลยพามา”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13)

“ท้องเสีย อ้วกทั้งวันเลยไม่ยอมกินอะไรเลย ก็ให้กินเกลือแร่ ให้กินยาแก้อาเจียนไว้ก่อน แต่กินแล้วเค้าก็อ้วกใจ ก็เลยไม่สบายใจ เราก็กินเค้าจะซื้อค็อกกีเลยพามาโรงพยาบาลดีกว่าอย่างน้อยถ้าหมอให้นอนให้น้ำเกลือเค้าก็ได้มีแรง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14)

“น้องท้องเสียแล้วก็อาเจียน เวียนหัวด้วยคะ เค้าถ่ายไม่รู้ตัว ถ่ายเป็นน้ำเลย แล้วก็อาเจียนด้วย ถ่ายด้วยให้ทานเกลือแร่ คิดว่าน่าจะดีขึ้น แต่ก็ไม่ได้ขึ้น วันนี้3ครั้งละ 2ท่อมครึ่งมานะ ถ่ายไป 2 ครั้ง อาเจียนไป 6 ครั้ง นั้รณมานี้ก็อาเจียนครั้งหนึ่งไปรอบหนึ่งแล้วแล้วเค้าก็บอกแม่เวียนหัวๆ แม่เวียนหัวแม่ก็เลยตัดสินใจพามา”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15)

1.2 มีโรคประจำตัว

มารดาทุกรายที่ผู้ป่วยเด็กมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหอบหืด มะเร็งเม็ดเลือดขาว พิกการทางสมองและพัฒนาการล่าช้า ได้เล่าความวิตกกังวลตามการรับรู้ของตนว่าเป็นเพราะเคยได้รับคำแนะนำให้สังเกตอาการที่อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเด็กได้ เมื่อพบผู้ป่วยเด็กมีอาการตามที่แพทย์บอกให้นำมาพบทันที มารดาจึงรีบนำผู้ป่วยเด็กมาเพื่อตรวจอาการให้แน่ใจ มารดาที่ผู้ป่วยเด็กเคยหอบมียาขยายหลอดลมไม่เคยห่าง แต่ไม่มีอาการมานานก็ไม่ได้มารับยา ไม่มียาที่บ้านจึงต้องรีบพามาโรงพยาบาล มารดาที่มีความวิตกกังวลต่ออาการหอบ ไม่กล้าหลับ กลัวว่าถ้าหลับไปแล้วผู้ป่วยเด็กจะไม่หายใจ มารดาที่ผู้ป่วยเด็กเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดเล่าว่าเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ว่าถ้ามีไข้ให้มาโรงพยาบาล กลัวว่าจะติดเชื้อ ไม่รู้ว่าเป็นแค่ไข้หวัดหรือเม็ดเลือดต่ำ มารดาที่ลูกเป็นโรคสมองพิการต้องใส่ Nasogastric tube feeding เล่าว่ากังวลแพทย์บอกว่าถ้าผู้ป่วยเด็กอาเจียนอาจลงไปไหลหลอดลม และผู้ป่วยเด็กปัญหาเรื่องระบบทางเดินหายใจ คิดว่าถ้าไม่สบายจะลำบากกว่าคนอื่นเพราะหายใจข้างเดียว ถ้าอาเจียนต้องพามาพบแพทย์ทันที และมารดาที่ผู้ป่วยเด็กมีพัฒนาการล่าช้าเล่าถึงความกังวล เวลามีอาการป่วยผู้ป่วยเด็กไม่ค่อยแสดงออก ต้องคอยดูเห็นว่าป่วยไม่ไหวจึงต้องมาพบแพทย์ ดังคำกล่าวนี้

“กังวลนะเพราะว่าเคยเป็นหอบหืด ถ้าเราหลับไปแล้วลูกเราไม่หายใจขึ้นมา ปกติถ้าเป็นสมัยเด็กๆน้องเค้าเป็นแบบเนี้ย ก็จะมียาขยายหลอดลมจะไม่เคยห่าง แต่ตั้งแต่น้องเค้าหายขาดก็ไม่ได้มารับยาอีกเลย เราไม่มียาอะไรเลยที่บ้านไง ก็ต้องมาแล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“เค้าจะเป็นคนที่ชอบเป็นอะไรเกี่ยวกับปอดตั้งแต่เด็กแล้วหมอบอกเป็นต่อมอะไรก็ไม่รู้ เวลาไปหาหมอก็คงให้ยามากิน แต่เราหนูรู้สึกว่ายากให้ดูดเสลดหรืออะไรออกไปเพราะเราก็จะได้ยินเสียงเวลาเค้ามีเสลด บางทีเค้าก็ให้ยาพ่นมา ตอน 4 ขวบก็เหมือนเค้าเป็นหอบมีเสลดแล้ว วันนี้รู้สึกว่าเป็นหนักกว่าเดิมเค้านอนไอ บางครั้งเรานอนไอ เรายังนอนไม่ได้ ก็เลยบอกมาโรงพยาบาลเหอะ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

“ส่วนมากที่ลูกเป็นไข้ ถ้ากินยาไม่หายก็จะพามาเลย เพราะน้องเค้าก็มีโรคประจำตัวด้วย เหมือนในใบนี้เค้าจะเขียนว่า ถ้าลูกมีไข้ ตัวร้อนก็ให้พามาโรงพยาบาล คือเรากลัวว่าน้องจะติดเชื้อรีเพล่า เป็นแค่ไข้หวัดธรรมดาหรือเม็ดเลือดต่ำอะไรแบบนี้ค่ะ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

“ก็คืออะไรที่เกี่ยวกับอาเจียนหรือไอก็จะมาเลยคะ เพราะว่าหมอแนะนำว่าถ้าไอหรือมีเสมหะให้รีบมาที่ห้องฉุกเฉินได้เลย เพราะวากลัวมันจะลงไปปอด เพราะเวลาน้องเค้ามีปัญหาเรื่องระบบทางเดินหายใจไข่มั้ยคะ ถ้าเปรียบเทียบกับกันนะคะ ถ้าไม่สบายน้องอาจจะลำบากกว่าคนอื่นนิดนึง เพราะเวลาน้องเค้าหายใจข้างเดียว (ใส่ Nasogastric tube feeding) ถ้ามีอะไรเกี่ยวกับคอก็จะมาเลย ถ้ามีอาเจียนแล้วก็ตัวลายด้วยเนี่ยะ จะกังวลมากแต่นี้คืออาเจียนอย่างเดียวตัวยังไม่ลาย เค้าแค่บอกว่า การอาเจียนมันอาจจะลงไปอีกหลอดมึง กลัวเข้าไปในปอดคะ ตอนแรกยังไม่เห็นอาเจียนก็เลยคิดว่ายังไม่เป็นอะไรหรอกมั้ง แต่พออาเจียนปุ๊บก็มาตีกว่า”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

“น้องเค้าซ่า (พัฒนาการ) เพราะน้องเค้าตกจากที่สูง นักจิตวิทยาเค้าจะเขียนใบรับรองว่าน้องเค้าซ่า เค้าจะไม่ค่อยแสดงออก เวลาเค้าอะไรอย่างงี้ไข่มะ เวลาเค้าหอบ เค้าก็จะไอ เราก็จะบอก(ลูก) ล้วงเอาทุกอย่างออกมาให้หมดเลย คือบางทีมีเศษอาหารค้ำที่หลอดลมละเค้าไม่รู้ไง บ้างที่เค้าก็ชอบทุบเนี่ย เวลาเค้าหายใจไม่ออกก็ชอบทุบ แบบเนี่ย (ทำท่าทุบให้ดู) เวลาเค้าเป็นอะไรก็จะกังวล เค้าไม่รู้ วันนี้ดูจากว่าเค้าทั้งถ่ายทั้งอาเจียน ไม่ไหวแล้วต้องมา”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15)

1.3 ประสบการณ์ในอดีต

มารดาบางรายมีการประสบการณ์เคยเผชิญกับเหตุการณ์ ที่ผู้ป่วยเด็กมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง มารดาจึงเกิดความกลัวว่าผู้ป่วยเด็กจะมีอาการรุนแรง อันตราย ทำให้ไม่กล้าดูแลผู้ป่วยเด็กด้วยตนเองที่บ้านและต้องพามาตรวจทันทีจึงกลัวว่า จะมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงแบบเดิมเกิดขึ้นอีก มารดารายหนึ่งเล่าถึงเหตุการณ์ผู้ป่วยเด็กเคยชัก เมื่อผู้ป่วยเด็กมีไข้สูง เช็ดตัวก็ไม่ลด ทำให้กลัวจะชัก จนไม่กล้านอน ผู้ป่วยเด็กเคยเป็นโรคที่มีอาการแบบเดียวกันทำให้อาเจียน ถ้ามีอาการอาเจียนจึงต้องพามา และมารดารายหนึ่งเคยมีบุคคลในครอบครัวเสียชีวิตด้วยอาการป่วยเหมือนกับที่ลูกเป็น จึงรู้สึกกลัวต้องรีบมาพบแพทย์

“ตอนที่เค้าขวบ 2 เดือนเค้าเคยชัก คือหันมาแบบว่าเรานอนอยู่แบบเนี่ย เราก็เช็ดตัวเรียบร้อยแล้ว ตอนแรกไม่เคยเห็นลูกชักหันมาอีกทีลูกนอนชักแล้ว ตอนนั้นไม่ได้ทำอะไร ไม่รู้เลยว่าต้องทำยังไง ต้องเช็ดตัว ต้องอะไร ไม่รู้เรื่องด้วยว่านี่คืออาการชัก คิดว่าลูกไปอะ วันนั้นประมาณ 3 ทุ่ม ไข้เค้าก็ยังไม่ลง 39 - 40 นะ ไข้ไม่ลง ะ เค้าก็ช็อค เลยไม่กล้านอน ก็กลัวเค้าจะช็อกก็เลยพามา”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่1)

“เค้าเคยปวดท้องแล้วก็อ้วก แล้วก็มาตรวจเหมือนจะหวัดลงกระเพาะ นี่ที่ได้มารอบล่าสุดก็หวัดลงลำไส้ ถ้าเป็นไขก็จะไปซื้อยารามาให้กินน่องก็จะหายเอง แต่ถ้าอาเจียนแบบนี้ก็ต้องพามา”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่10)

“เค้าถ่ายออกมาด้วย อาเจียนด้วย คิดว่าเดี๋ยวเค้าจะเสียน้ำเยอะไข่มั้ยละ ก็เคยมีลูกเค้าท้องเสียเป็นแบบนี้แหละไม่บอกใคร แล้วเค้าก็เสีย พอไปถึงโรงพยาบาลหมอบอกว่ามาซ้ไปร่างกายขาดน้ำเงี้ย ก็เลยรู้สึกกลัว น่องเค้าเป็นอะไรก็ไม่ค่อยบอกด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่15)

2. เชื้อมัน ไว้วางใจในการรักษา

จากการสัมภาษณ์มารดาได้บอกเล่าประสบการณ์ การนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ ในประเด็นเชื้อมันไว้วางใจในการรักษา โดยประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย คือ ได้ตรวจละเอียด มีอุปกรณ์เครื่องมือพร้อม รักษาที่อื่นไม่หาย ซึ่งสามารถสรุปประสบการณ์ของมารดาได้ดังนี้

มารดาได้เล่าถ่ายทอดประสบการณ์ในประเด็นเชื่อมั่นไว้วางใจในการรักษา ถึงการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกและอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เกิดจากมารดาเคยพาผู้ป่วยเด็กไปรับบริการจากคลินิกเอกชนนอกโรงพยาบาล แผนกตรวจโรคทั่วไปจากโรงพยาบาลแห่งอื่นมาก่อนแล้ว อาการผู้ป่วยเด็กไม่ดีขึ้น ก่อนที่จะพามารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เมื่อนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการแล้วมีอาการดีขึ้นในเวลาอย่างรวดเร็ว จึงคิดว่าผู้ป่วยเด็กต้องถูกกับยาของโรงพยาบาลนี้ ผู้ป่วยเด็กกินยาที่นี้แล้วหายป่วยเร็ว ต้องกินยาของที่นี่ถึงจะหาย แพทย์สามารถวินิจฉัยอาการของโรคได้เลยทันที ตรงกับอาการป่วย สามารถตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ และได้รับการตรวจรักษาในสถานที่ที่มีอุปกรณ์พร้อม มีความปลอดภัย มารดาหลายรายคิดว่าแหล่งบริการอื่นที่รักษาแล้วไม่หายต้องมีการเลี้ยงไข้ ไปรักษาก็ไม่หาย ไม่ดีขึ้น แพทย์จ่ายยาแค่ตามอาการและไม่รู้ประวัติโรคเดิม ทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจ ไม่เชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์จากแหล่งบริการทางสุขภาพที่เคยไปรับบริการ จึงเลือกมาใช้บริการที่แผนกและอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีความไว้วางใจ

2.1 ได้ตรวจละเอียด มีอุปกรณ์เครื่องมือพร้อม

มารดาส่วนหนึ่งได้เล่าถ่ายทอดประสบการณ์ ที่ทำให้ตนตัดสินใจพาผู้ป่วยเด็กมาตรวจที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการตรวจที่ละเอียด ได้ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ได้เอกซเรย์ ได้รับการตรวจรักษาในสถานที่ที่มีอุปกรณ์พร้อมในการตรวจรักษา ถ้าเกิดผู้ป่วยเด็กมีอันตรายขึ้นมา จะได้รับการช่วยทันทีทำให้รู้สึกว่าคุณป่วยเด็กปลอดภัย ถ้าป่วยหนักก็สามารถนอนโรงพยาบาลได้เลย นอกจากนี้มารดาบางรายบอกเล่าว่าการรักษาตามคลินิกที่ตั้งอยู่นอกโรงพยาบาล ไม่มีความพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ ให้แต่ยาแล้วก็กลับ มารดาจึงต้องการให้ผู้ป่วยเด็กได้เข้ารับการตรวจที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในสถานที่ที่มีความพร้อมของแพทย์และอุปกรณ์ทางการแพทย์มากกว่า เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยเด็กจะปลอดภัยหากเกิดอาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น โดยมีรายละเอียดคำกล่าวดังนี้

“รู้สึกว่าคุณที่นี่ (แผนกฉุกเฉิน) แล้วดี ได้เจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ ก็คือชอบเค้าตรวจละเอียด ได้ตรวจหลายอย่าง ไปคลินิก(คลินิกนอกโรงพยาบาล) เค้าไม่ตรวจ ก็ที่อื่นเค้าไม่ค่อยสนใจ ก็ยังงั้นละ มันก็ดีกว่าที่ว่าไปอะไร ๆ เค้าก็ให้แต่ยาแล้วก็กลับ มาที่นี่หมอจะเจาะ จะเอกซเรย์โน่นนี่นั่นหมด”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“ส่วนใหญ่ถ้าเป็นไข้ คุณแม่ก็จะพาไปคลินิก (คลินิกนอกโรงพยาบาล) แบบนี้ แต่เนี่ยแบบเราไปแล้วไม่หาย ไข้ไม่ค่อยลง หมอบอกไว้ว่าถ้ากินยาไข้ไม่ลด ถ้าไม่หายก็ให้ไปเจาะเลือด ที่คลินิกมันตรวจเลือดไม่ได้ ก็เลยมาฉุกเฉินหมอจะได้เจาะเลือดตรวจ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

“เวลาน้องมีไข้ส่วนใหญ่จะซื้อยาตามร้านขายยา ก็จะเป็นยาพวกทิงฟีน้า แต่นี้ไข้สูงเลย มาที่ฉุกเฉิน ที่นี้เวลาเด็กไข้ขึ้นสูงเค้าจะตรวจเลือด ตรวจอะไรแบบนี้คะ ตรวจละเอียด ที่นี้มันละเอียดกว่าไงคะ ถ้าเด็กตัวร้อนมาเค้าจะให้นอนโรงพยาบาล”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

“เค้าบอกปวดท้อง ๑ พอเราให้กินเค้าก็ไม่กินอะไรเลยนะ นมก็ไม่กิน ให้กินข้าวกินได้ สองคำ แล้วก็ป้อนยาที่อ้วกออก ก็เลยอยากมาฉุกเฉิน มาแล้วได้เจาะเลือดตรวจ ครั้งที่แล้วอ้วกมาก็ได้ เจาะเลือดถึงรู้ว่าเป็นหวัดลงลำไส้”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

“คลินิกแถวบ้านเหมือนเราไม่ไว้ใจหมอเนอะ ยาที่เป็นยาพาราเซตามอล ยาซาลิไซลิก เค้าเป็นไข้เนอะก็ซาลิไซลิก ยาเครื่องไม้เครื่องมือเค้าก็ไม่ครบใช้มะ ถ้ามาที่ฉุกเฉินเราก็อุ่นใจมาถึงเค้า มีเครื่องมือเครื่องมืออะไรไว้ใจหมอมากกว่าไง เพื่อลูกเราเป็นอะไรขึ้นมาใช้มะ ลูกเราชักลูกเราอะไรไปเราก็ก้าวใช้มะ หายใจไม่ออกอะไรอย่างเงี้ย เค้าก็มีเครื่องมือมาถึง เออ รู้ว่าลูกปลอดภัย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15)

2.2 ไปที่อื่นรักษาไม่หาย

มารดาหลายรายได้เล่าถ่ายทอดประสบการณ์ในประเด็นรักษาที่อื่นไม่หาย โดยให้ข้อมูลถึงการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกและอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เกิดจากมารดาเคยพาผู้ป่วยเด็กไปรับบริการตามแหล่งบริการอื่นมาก่อน ได้แก่ ห้องตรวจทั่วไป (แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลเดียวกับที่เก็บข้อมูล) แล้วเห็นว่าอาการไม่ดีขึ้น ไม่พอใจในการรักษา ก่อนที่จะพามารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เมื่อนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการแล้วมีอาการดีขึ้นในเวลาที่รวดเร็ว รวมทั้งเป็นโรงพยาบาลที่มีประวัติ จึงคิดว่าแพทย์สามารถวินิจฉัยอาการของโรคได้ตรงกับอาการป่วยของผู้ป่วยเด็ก กินยาแล้วหายป่วยเร็ว มารดาบางรายเล่าว่าตนคิดว่าคลินิกนอกโรงพยาบาลต้องมีการเลี้ยงไข้ไปรักษาก็ไม่หาย ไม่ดีขึ้นมีแต่แยลง เสียเงินมากแต่ก็ไม่หายแพทย์จ่ายยาแค่ตามอาการไม่รู้ประวัติโรคเดิมทำให้เกิดความไม่ไว้ใจที่จะไปรักษา ไม่เชื่อมั่นในการรักษา ดังตัวอย่างคำกล่าวนี้

“เคยไปเป็นตรวจทั่วไป(แผนกตรวจทั่วไปของโรงพยาบาลอื่น) ไปแล้วมันไม่ดีขึ้น ก็เลยมาตรวจที่ฉุกเฉินเนี่ย มาที่นี้แล้วลูกเราอาการดีขึ้น ไปตอนเย็น ตอนดึกก็เป็นขึ้นมาอีกก็ต้องพากลับมาที่นี้อยู่ดี เลยมาแต่ที่นี้ (แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน) อย่างเดียว”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“พามารักษาแต่ที่ห้องฉุกเฉินนี้มาตลอดตั้งแต่เด็ก มาที่นี้เค้าพ่นยาแล้วก็หายตลอดนะ เพราะว่าเคยไปคลินิก (คลินิกนอกโรงพยาบาล) แล้วเค้าให้ยามา แล้วตอนนั้นลูกอาการหนักก็เลยเอายามาให้หมอที่ฉุกเฉินดู เพราะถ้าลูกมาก็จะเอายามาด้วย พอหมอเห็นยา หมอบอกว่าลูกไม่สามารถทานยานี้ได้ ก็คือเป็นยาลดน้ำมูก เค้าให้เด็กทั่วไปคือยาลดน้ำมูกแต่ลูกเราไม่สามารถทานยาตัวนี้ได้ เพราะเด็กที่หอบยิ่งทานยาลดน้ำมูกมันก็ยิ่งไปตันข้างใน ลูกต้องทานยาขยายหลอดลมก็เลยไว้ใจจะมาที่นี้ไปคลินิก เค้าไม่รู้ประวัติลูกเรา เค้าก็จ่ายยาตามอาการอย่างเดียวไง กลัว ไม่รู้สิไม่ไว้ใจนะ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“มาที่ฉุกเฉินนี้โดยตรง น้องจะหายที่นี้คะ ไปหาที่ (ชื่อโรงพยาบาล) หรือไปที่คลินิก (คลินิกนอกโรงพยาบาล) ก็ไม่หาย ก็เลยมาที่นี้ มาปีละครั้ง มาทุกรอบเลยเพราะเป็นเยื่อ ที่นี้รักษาดีคะ แล้วก็หายที่นี้ แต่ที่อื่นรักษาไม่หาย เสียไปหลายตั้งนะเป็นพัน ๆ ก็ไม่หาย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

“ก็ตรวจที่ (ชื่อโรงพยาบาล) แล้วก็คลินิกที่แถวบ้าน เค้ากินยาละเค้าก็ไม่หาย ก็ตอนนั้นไป (ชื่อโรงพยาบาล) ฉีดยาแล้ว พ่นยาแล้วก็เหมือนเดิม เค้ามาที่นี้ (ห้องฉุกเฉิน) แล้วกินยา วันหนึ่งเค้าก็อาการดีขึ้น ตอนหัวค่ำละก็มาที่ห้องฉุกเฉินตอนดึก แล้วก็มาหายที่นี้กินยาปูปอาการดีขึ้น ก็เลยคิดว่าเค้าน่าจะถูกกับที่นี้ ไกลหน่อยแต่ก็ต้องมา”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

“ต้องที่นี้เพราะพามาละเค้าก็หาย รู้อยู่ว่ามาห้องฉุกเฉินมันต้องดี แต่ก็ชิน เรามาบ่อยคะ มาตั้งแต่ลูกคนโตแล้วคะ มาก็อยู่อย่างงี้แหละ อยู่ทั้งคืนทราบทุกอย่างเพราะว่ามาประจำ มีแต่คนถามว่าทำไมพามาแต่ห้องฉุกเฉิน เรายังเค้าถูกกับยาที่นี้ ยาที่อื่นเค้าก็กินได้ แต่เราก็ไม่รู้อะนะ บางทีหมอบอกว่าเค้าก็วินิจฉัยไม่ถูกใจ ก็แบบว่าที่นี้เค้าให้ยาถูกกับโรคอะไรอย่างงี้คะ ยาที่นี้กินไปแล้วค่อยยังชั่ว”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

“มาฉุกเฉินเพราะที่อื่นไม่เปิดใจรับพูดตรง ๆ นะ เหมือนเลี้ยงไข้ เคยไปคลินิกแถวบ้านอาการก็เหมือนเดิม คงเดิม แยกไม่หายคะ เลยไม่ไปก็พามาแต่ที่นี้เลย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

3. สะดวก คนไม่เยอะ ไม่ต้องรอหลายที่

จากการสัมภาษณ์มารดาได้บอกเล่าประสบการณ์ การนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ ในประเด็นสะดวก คนไม่เยอะ ไม่ต้องรอหลายที่ มี 3 ประเด็นย่อย คือ คนไม่เยอะ รอไม่นาน เดินทางสะดวก เป็นเวลาที่มีคนพา ไม่ต้องรอหลายที่ ไม่มีหลายขั้นตอน ซึ่งสามารถสรุปประสบการณ์ของมารดาได้ดังนี้

มารดาส่วนใหญ่ได้เล่าถ่ายทอดประสบการณ์การนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ในประเด็น สะดวก คนไม่เยอะ ไม่ต้องรอหลายที่ โดยให้ข้อมูลว่าการพาผู้ป่วยเด็กมาตรวจในเวลาทำการซึ่งเป็นเวลากลางวันนั้น มีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมาก ทำให้ต้องรอคิวตรวจนาน มีเวลาการเปิด-ปิดรับบัตร ถ้าหากมาในช่วงเวลาที่คิวเต็มปิดรับบัตรพอดี ก็ต้องรอจนกว่าจะเปิดรับบัตรในรอบต่อไปทำให้เสียเวลามากขึ้น เวลาที่เปิดให้บริการในช่วงเวลาทำการนั้น เป็นเวลาที่มีสภาพการจราจรที่หนาแน่น ติดขัด ทำให้เดินทางไม่สะดวกเวลา จะเดินทางมาตรวจในเวลาต้องออกจากบ้านแต่เช้ามืด และยังเป็นเวลาที่บิดามารดาและคนในครอบครัวมีภาระต้องทำงานหารายได้ กว่าจะเลิกงานก็เป็นเวลาค่ำแล้วจึงไม่มีใครพา หากจะพาผู้ป่วยเด็กมาพบแพทย์ในเวลากลางวันก็ต้องกลางวัน หากไม่มีความจำเป็นมารดาจึงไม่ยอมพามา นอกจากนี้มารดายังให้ข้อมูลถึงการมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินว่า มีขั้นตอนในการเข้ารับบริการที่ไม่หลายขั้นตอน ไม่ต้องเดินไปรอหลายที่ ทำให้ง่ายในการใช้บริการ นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในเวลากลางวันยังมีจำนวนน้อยกว่าผู้ป่วยเด็กที่มาตรวจทั่วไปในเวลาทำการ ทำให้ได้ตรวจเร็ว ถึงจะใช้เวลารอตรวจนานแต่ก็ยังน้อยกว่ามาตรวจในแผนกตรวจผู้ป่วยทั่วไปในเวลาทำการ มารดาเห็นว่าหากพาผู้ป่วยเด็กมาแล้วเจ้าหน้าที่ของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบว่า มีอาการฉุกเฉินก็จะได้ตรวจเลยทันทีไม่ต้องรอนานอีกด้วย เป็นสาเหตุให้มารดาตัดสินใจเลือกพาลูกมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

3.1 คนไม่เยอะ รอไม่นาน

มารดาหลายรายได้บอกเล่าประสบการณ์การนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ว่า ต่างจากการนำผู้ป่วยเด็กไปรับบริการที่แผนกทั่วไปในเวลาทำการ เพราะแผนกทั่วไปมีจำนวนผู้ป่วยเด็กมารับบริการเป็นจำนวนมาก อีกด้วย มารดารายหนึ่งเล่าถึงประสบการณ์ที่เคยพาผู้ป่วยเด็กคนมาตรวจที่แผนกทั่วไปว่าคนเยอะและอากาศร้อน ใช้เวลารอคิวตรวจนานมากจึงไม่ยอมมาตรวจที่แผนกทั่วไป แต่การนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คนไม่เยอะและใช้เวลารอคอยสั้นกว่า นอกจากนี้ถ้ามาแล้วหากผู้ป่วยเด็กได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ป่วยเด็กที่มีหนัก ก็จะได้เข้าตรวจทันทีไม่ต้องรออีกด้วย มารดารายหนึ่งเล่าถึงความคิดที่ตัดสินใจนำมาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไม่ไปรอตรวจที่แผนกตรวจทั่วไปว่าผู้ป่วยเด็ก

ซึ่งมีจำนวนมากอาจแพร่เชื้อกันเอง ไม่ต้องการให้ลูกของตนซึ่งสุขภาพไม่แข็งแรงติดเชื้อ จึงเลือกมาตรวจแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่มีจำนวนผู้ป่วยเด็กน้อยกว่า โดยมีรายละเอียดต่าง ๆ ดังนี้

“วันนั้นเคยมาตรวจแบบปกติที่ตรวจทั่วไปครั้งหนึ่งมาถึงนี้ 6 โมงเช้าก็ต้องลงไปข้างล่าง ไข้ไหมคะ แล้วทุ่ม 1 ถึงได้ตรวจก็เลยโอ้โห! เช็ดเลย แต่ตอนนั้นยังไม่ได้ตรวจกลับบ้าน รอบ 2 นี่มาช่วงเที่ยง ๆ เค้าบอกได้ตรวจรอบบ่ายแต่ก็รออันทุ่มหนึ่ง ก็เลยมาแบบนี้ มาแต่ห้องฉุกเฉินก็เลยเร็ว รอบไม่ถึงชั่วโมง เมื่อวานมาถึงตี 5 ก็ได้ตรวจเลย ...แต่ถ้าเป็นห้องฉุกเฉินนี้คนไม่เยอะ แต่พอเช้า 6 โมงนี้ โห! (ลากเสียงยาว) คิวรอเป็นร้อย เยอะ ๆ มากคนจะเยอะมาก (ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ป่วยเด็กระดับ 4 ประเภทไม่ฉุกเฉินจะถูกส่งไปรอคัดกรองเพื่อยื่นบัตรรับคิวตรวจตั้งแต่เวลา 6.00 น. เพื่อรอตรวจรอบเช้าเริ่มตั้งแต่เวลา 8.00 น.)

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“ตอนกลางวันมาตรวจทั่วไปคนค่อนข้างเยอะ เด็กก็จะเยอะ ก็จะมองว่าบางที่ถ้าลูกเราเล็ก ๆ อย่างเงี้ย บางทีนะเด็กหนะแพร่เชื้อกันเองด้วยซ้ำอะไอย่างเงี้ย ลูกเราก็ไม่ค่อยแข็งแรงด้วย แต่ถ้าห้องฉุกเฉินตอนกลางคืน คนไข้จะน้อยกว่ากลางวันเยอะ ถ้าให้เลือกมาก็เลือกมาตอนกลางคืนสะดวกสบายด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“ยังงี้ที่ก็ต้องเอาฉุกเฉิน ห้องฉุกเฉินจะไวกว่า อายุกรรมมันก็ต้องเป็นตอนกลางวันไข้ไหม มันจะต้องรอเป็นคิว ๆ ไข้มีคะ กว่าถึงอย่างงวดที่แล้วมาตอนกลางวันคนก็เยอะ เด็กก็ร้องร้องมาก พี่ได้คิวที่เกือบ 600 นะ โอ้โห! แล้วที่นั่นนะเด็กลูกนี้เยอะมาก ก็เลยเปลี่ยนเวลามา”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

“เลือกฉุกเฉินเพราะว่าถ้าคลินิกธรรมดาตอนนั้น อันนั้นมันนานทั้งวันเลยคะ ไม่อยากจะมาหรือคนมันเยอะแล้วก็ร้อนด้วย น้องเค้าเป็นคนขี้ร้อน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

“เราไม่ต้องรอคนไม่เยอะมาก ฉุกเฉินดีกว่า เร็วดี ถ้ากลางวันมาตรวจที่ทั่วไปคนมันเยอะ ไม่ไหว มันรอนาน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

“คลินิกตรวจทั่วไปอันนั้นรอคิวมันก็รอนาน อันนี้รอคิวมันก็ไวนะ บางทีเราฉุกเฉิน เราก็ว่าไวนะ รอหมอก็คือพอสมควรนะ ชั่วโมงกว่า 2 ชั่วโมง แต่ถ้าอาการเค้าต้องพ่นยา บางทีเราามา เรา เป็นแบบไม่ไหวแล้วเงี้ย เราก็ได้ตรวจเลย รอไม่นานคุณหมอให้เข้าไปพ่นยาไม่กี่นาที”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15)

3.2 เดินทางสะดวก เป็นเวลาที่มีคนพามา

มารดาหลายรายได้บอกเล่าประสบการณ์ในประเด็น เดินทางสะดวก เป็นเวลาที่มีคนพามา เกี่ยวกับการมาตรวจที่แผนกตรวจโรคทั่วไปมารดาต้องพาผู้ป่วยเด็กเดินทางออกจากบ้านตั้งแต่เวลา เช้ามืดเพื่อมารับบริการเพราะเป็นช่วงเวลาที่รถติด เป็นสาเหตุให้การเดินทางใช้เวลานาน ทำให้มารดา มีความรู้สึกลำบากที่จะพาผู้ป่วยเด็กเดินทางมารับบริการที่แผนกตรวจทั่วไปเวลากลางวันด้วยตนเอง จึงรอให้บิดาเลิกงานกลับบ้านก่อน โดยบิดามารดาและคนในครอบครัวมีภาระความรับผิดชอบที่ต้อง ทำงานหารายได้ กว่าจะเลิกงานก็เป็นเวลาค่ำ มารดาจึงเลือกพาผู้ป่วยเด็กเดินทางมารับบริการที่ โรงพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ยังเปิดให้บริการช่วงเวลากลางคืน การเดินทางทำได้ สะดวก รวดเร็วกว่าที่จะเดินทางมารับบริการในเวลากลางวัน หากผู้ป่วยเด็กไม่มีอาการฉุกเฉิน ไม่ จำเป็นต้องมาโรงพยาบาลในเวลากลางวัน ก็ไม่য়োต้องกลางคืน โดยมีรายละเอียดต่างๆดังนี้

“ชอบมาตอนกลางคืนเพราะทางสะดวก เพราะถ้ามาตอนเช้ามันรถติด ใช้เวลาเป็นวัน นะ เพราะหนูเคยมาตรวจที่ทั่วไป (แผนกตรวจทั่วไป) ออกจากบ้าน 7 โมง มาถึงเกือบ 10 โมง เราก็ รอไปยื่นบัตรแล้วที่นี้เค้าปิดรับบัตร เราก็ได้รอไปตรวจคลินิกพิเศษ กลับไปเกือบ 4 โมงเย็นนะ ก็อย่าง ที่ว่ารถมันติดก็เลยจะมาห้องฉุกเฉินบ่อยกว่า”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“น้องไอเยอะเป็น ๆ หาย ๆ นอนไม่ได้มาหลายวัน ก็เลยลองมาตรวจดู เห็นเพื่อนบอก มาลูกมาตรวจแล้วหาย เพื่อนก็มาฉุกเฉินเหมือนกัน ก็เลยอยากลองมาดู ไม่ได้มาตรวจกลางวันเพราะ แพนไปทำงานจะสะดวกก็ต้องกลางคืน ไม่มีคนพามา ก็จะเดินทางลำบากเพราะว่าอยู่บางกะปิไง รถ ติด ถ้ามาเองต้องขึ้นรถเมล์ 2 ต่อมันไม่สะดวก”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

“ต้องรอให้ลูกชายว่างก่อนเพราะว่าเค้าทำงานกันไง (ผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่แรงถ้วนทางการแพทย์เป็นลูกคนที่ 4) คนที่บ้านไปทำงานกันหมด ถ้าลูกไม่อยู่ก็ไม่มีใครจะมา ก็เลยต้องมาที่อุกฉินนี้ กลางวันรอมันเยอะแล้วคนมันเยอะ แต่ถ้ามาช่วงกลางคืนมันขับมาแล้วรอมันไม่ติด”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

“ส่วนใหญ่จะมากกลางคืนมาห้องอุกฉินเพราะว่าทำงานไง มีเวลาแค่ตอนเย็น”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

3.3 ไม่ต้องรอหลายที่ ไม่มีหลายขั้นตอน

มารดาส่วนหนึ่งได้อธิบายถึงการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเด็นไม่ต้องรอหลายที่ ไม่มีหลายขั้นตอน ว่าจากประสบการณ์ที่มารดาเคยนำผู้ป่วยเด็กไปใช้บริการในเวลาทำการที่แผนกตรวจโรคทั่วไป ต้องประสบกับการบริการหลายขั้นตอน เนื่องจากการแยกส่วนการให้บริการออกเป็นหลายแผนก แต่ละแผนกอยู่คนละชั้น ทำให้มารดารู้สึกเหนื่อย ต้องไปรอทางโน้นไปทางนี้ เดินขึ้นเดินลงเพื่อไปรอตรวจในจุดต่าง ๆ ซึ่งต่างจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งการยื่นบัตร รับการตรวจรักษา เจาะเลือด เอ็กซเรย์ อยู่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือบริเวณใกล้เคียงไม่ต้องไปไกล โดยมีรายละเอียดต่างๆดังนี้

“เวลามาคลินิกทั่วไป (แผนกตรวจทั่วไป) ก็จะแยกส่วนกันไปตรวจ บางทีก็ไปชั้นนี้ไปหาหมอโน้นไปหาหมอนี้ ถามว่ามันก็ดูอย่างเสียอย่างเหมือนกัน มันก็ดูอย่างที่ตรวจละเอียดหะนะเนอะ แต่ว่าบางที่สำหรับคนทำงานหะนะเนอะ ให้เราไปรอไปทางโน้นไปทางนี้ ลงมาทางนี้ แล้วมา รอหมอชั้นนี้อีกอะไอย่างนี้ มันไม่ไหวไง มันเหนื่อย มาตรวจตรงฉุกเฉินเนี่ยไม่ต้องไปไกล เวลาเจาะเลือดก็อยู่ในเนี่ย ยื่นบัตรแล้วก็นั่งรอแถวนี้เลยไม่ต้องเดินขึ้น เดินลง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“ห้องฉุกเฉินจะวินิจฉัยแบบทันที่แล้วก็แก้ไขสถานการณ์ ณ ตอนนั้นเลย เช่น ถ้าน้องมีเสมหะก็สามารถดูดได้เลย ไม่ต้องส่งไปที่ไหน หรือว่าถ้ามีการเจาะเลือด เอ็กซเรย์ ก็จะส่งไปตรงนั้นเลย แต่อย่างคลินิกทั่วไปต้องรอ ไรอย่างนี้ อย่างมาถึงน้องต้องพ่นยาที่นี้ก็พ่นได้เลยดูดได้เลยตรวจตรงนั้น ที่ตรวจทั่วไปต้องไปดูดอีกห้องแล้วก็ออกเข้าไปรอหน้าห้อง ให้หมอฟังปอดอีก มันช้าเดินไปเดินมาเข้าห้องโน้นออกห้องนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

“มาตรวจห้องฉุกเฉินดูแล้วมันมีไม่หลายชั้นตอนมาก ถ้าเป็นตอนกลางวันมันจะหลายชั้นตอนกว่า อย่างมาในเวลาเราต้องไปต่อคิวขึ้นบันไดชั้นล่างก่อนใช้มัย ถึงจะได้มายืนต่อแถววัดไข้ ซึ่งน้ำหนักแล้วก็ถึงจะได้ไปรอเรียกตรวจ กว่าหมอจะเรียกเข้าไปในห้องอีก เยอะ มาที่ฉุกเฉินก็แบบเนี่ย ขึ้นบันไดตรงนั้นแล้วก็มารอเรียกหน้าห้องเลยรู้สึกมันชั้นตอนมันน้อยกว่านะ ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่14)

“ถ้ามาห้องฉุกเฉินเรามาจรถเดินทางมาหาพยาบาลได้เลย ไม่ต้องลงไปต่อคิวหาพยาบาลข้างล่างก่อน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่15)

4. ไม่แพง ไม่ต้องเสียเงินซ้ำซ้อน

ประเด็นไม่แพง ไม่ต้องเสียเงินซ้ำซ้อน เป็นประเด็นเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นเหตุอันทำให้ผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่แรงด่วนทางการแพทย์ ถูกนำมารักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจากการสัมภาษณ์มารดาหลายรายได้เล่าถ่ายทอดประสบการณ์ในประเด็นไม่แพง ไม่ต้องเสียเงินซ้ำซ้อนว่า ถ้านำผู้ป่วยเด็กไปใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะเสียค่าใช้จ่ายไม่แพง การนำไปคลินิกพิเศษ (คลินิกนอกเวลาของโรงพยาบาล) ซึ่งผู้ป่วยเด็กไม่สามารถใช้สิทธิบัตรทองได้ การไปรักษาตามคลินิกเอกชนทั่วไปหากผู้ป่วยเด็กมีอาการหนักรักษาไม่ได้ คลินิกจะเขียนใบส่งตัวให้ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล ทำให้มารดาต้องมาเสียค่ารักษาซ้ำอีก และมารดาบางรายซึ่งผู้ป่วยเด็กใช้สิทธิบัตรทองของโรงพยาบาลเอกชน การไปรักษานอกเวลาต้องถูกกำหนดให้ไปคลินิกต้นสังกัดบัตรทองของโรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้นก่อน ถ้าไม่มีใบส่งตัวรักษาต่อก็ไม่สามารถใช้สิทธิได้ เมื่อไปรักษานอกเวลาจะถูกคิดค่ายาแพงมาก จึงเลือกนำผู้ป่วยเด็กมารักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐ เพราะถูกกว่าและหากป่วยต้องนอนโรงพยาบาลยังสามารถใช้สิทธิบัตรทองฉุกเฉินได้อีกด้วย ดังมีตัวอย่างคำกล่าว ดังนี้

“มาตรวจห้องฉุกเฉินนี้เพราะว่าเป็นพิเศษก็เรื่องเงินเนอะ แต่ก็ไม่เคยรู้เหมือนกันว่าคลินิกพิเศษ (คลินิกนอกเวลา) เนี่ยถ้าใช้จ่ายประมาณไหน อะไรเงี้ย เพราะว่าที่มาก็รู้อยู่แล้วว่ามันต้องเสียตังค์ ก็ต้องเสียอยู่แล้วแต่จะมาห้องฉุกเฉินเราเคยมาไม่แพง ... รู้สึกว่าไม่เยอะ ถ้าไม่เอ็กซ์เรย์ก็เสียที่ร้อยละกว่าบาท ถ้ามีเจาะเลือดเอ็กซ์เรย์ ก็ซัก 400-500 แต่ถ้าไม่มีเอ็กซ์เรย์ก็ 300 กว่าบาท”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“ไปตรวจตามคลินิก (นอกโรงพยาบาล) เนี่ย ถ้ารักษาไม่ได้ ก็ต้องส่งมาโรงพยาบาล ระหว่างย้ายคลินิกกับพาลูกมาตรวจที่ฉุกเฉิน ค่าใช้จ่ายมันก็พอ ๆ กัน เรามารักษาที่ห้องฉุกเฉินเนี่ย มันเป็นการรักษามันก็ครบครันกว่า ดีกว่าเราไปรักษาแล้วโคม่าแล้วคลินิกมันก็ไล่เรามาโรงพยาบาล เราก็มาตรวจที่ฉุกเฉินเลยอะไรแบบนี้จะดีกว่านะ ไม่ชอบเสีย 2 ต่อ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่3)

“ตามสิทธิ์โรงพยาบาลบัตรทอง...เค้าต้องให้เราไปคลินิกของเค้าก่อน มันเป็นโรงพยาบาลเอกชนก็เลยไม่ไป แค่ว่าขอแค่ 500 บาท ไปคลินิกอื่นค่ารักษาก็แพงกว่านะแถมได้แต่ยา มาตรวจห้องฉุกเฉินตรงเนี่ยมันเสียตัวเองแต่มันถูกกว่า เคยนอนโรงพยาบาลหมอเค้าให้สิทธิ์บัตรทองฉุกเฉินนะ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่10)

“รักษาศูนย์ (นอกโรงพยาบาล) ตลอดแต่มันแพง เราก็ไม่มีรายได้ ที่ใช้อยู่ก็เป็นเงินเก็บพอเค้าเกษียรมาหลายปีแล้ว ... เพื่อนของเพื่อนเค้าก็บอกว่าทำไมไม่พามารักษามันมีแบบฉุกเฉินเค้าเปิดตลอดนะ ค่าใช้จ่ายก็ไม่ค่อยจะแพง เราก็สนใจ ก็มาเลย ค่าใช้จ่ายจะได้เซฟลงหน่อย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่13)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ประสบการณ์ของมารดาในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ สรุปได้ว่าการที่มารดานำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์นั้น มารดาความรู้สึกวิตกกังวลไม่สบายใจ กลัวผู้ป่วยเด็กเป็นอันตรายจากอาการป่วย มารดาจึงพยายามช่วยเหลือดูแลอาการป่วยตามความสามารถ แต่เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยเด็กยังไม่หาย ไม่ดีขึ้นก็กลัวจะมีอาการหนัก โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่มีโรคประจำตัว มารดาเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้คอยระมัดระวังอาการผิดปกติที่อาจจากโรคทำให้มีอาการป่วยรุนแรงได้ ต้องรีบพามาพบแพทย์ทันที นอกจากนี้มารดายังมีความวิตกกังวลจากประสบการณ์ในอดีตที่เคยเห็นผู้ป่วยเด็กมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง เคยชัก เคยหอบ ทำให้รู้สึกตกใจในเหตุการณ์นั้น ผู้ป่วยเด็กเคยป่วยหนักโดยแสดงอาการลักษณะเช่นเดียวกัน เมื่อเห็นผู้ป่วยเด็กมีอาการป่วยก็จะรู้สึกวิตกกังวลมาก และจากประสบการณ์ที่มีบุคคลให้ครอบครัวเสียชีวิตจากอาการป่วยก็เป็นสิ่งที่ทำให้มารดากังวลมาก เมื่อเห็นผู้ป่วยเด็กมีอาการป่วยแบบเดียวกันเพราะกลัวผู้ป่วยเด็กจะเสียชีวิตได้หากพาไปรักษาช้า มารดามีความเชื่อมั่น ไว้วางใจในการรักษาในการรักษาของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้ตรวจละเอียด มีอุปกรณ์เครื่องมือพร้อม เชื่อว่าเมื่อพาผู้ป่วยเด็กมาตรวจที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินแล้วจะได้ตรวจที่ละเอียด รู้สึกว่าปลอดภัยกว่าคลินิก ยาที่

ได้รับเป็นยาที่ดี กินแล้วรักษาหายทุกครั้ง ในขณะที่เคยไปรักษาที่อื่นแล้วรู้สึกว่าคุณป่วยเด็กไม่ดีขึ้นจึงมีไม่ไว้ใจ ไม่อยากไปรักษา มารดาเห็นว่าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความสะดวกกว่าการมาใช้บริการที่แผนกตรวจโรคทั่วไปเพราะแผนกตรวจทั่วไปมีผู้ป่วยเด็กจำนวนมาก ต้องรอคิวนาน การเดินทางกลางวัน รถติดทำให้การเดินทางใช้เวลานาน ถ้ามารดาเดินทางมาเองจะเดินทางลำบากและไม่มีใครพามาเพราะเป็นเวลาที่คนในครอบครัวมีภาระทำงานรายได้กว่าจะเลิกงานก็ค่ำ การเดินทางกลางคืนจำสะดวกกว่าเพราะรถไม่ติดทำให้ประหยัดเวลาเดินทาง มารดาเห็นว่าการใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีขั้นตอนที่ง่าย ไม่ต้องเหนื่อยเดินหลายที่ ค่ารักษายังคุ้มค่ากว่าการไปคลินิกเพราะการมารับบริการนอกเวลาผู้ป่วยไม่มีภาวะเร่งด่วนทางการแพทย์ไปโรงพยาบาลตามสิทธิ์ ก็ต้องชำระเงินเองอยู่แล้ว มารดาจึงพามาตรวจยังแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ค่ารักษาราคาเท่าๆกันกับคลินิกทั่วไป แต่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเมื่อมีอาการหนักก็สามารถนอนโรงพยาบาลได้เลย เสียเงินค่ารักษาแค่ครั้งเดียวไม่ต้องถูกส่งต่อไปรักษาที่ต่อที่อื่นเหมือนไปตรวจตามคลินิก หากนอนโรงพยาบาลก็ยังสามารถใช้สิทธิ์บัตรทองฉุกเฉินได้อีกด้วย



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อบรรยายประสบการณ์ของบิดามารดาในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (2000) ซึ่งเป็นการศึกษาเพื่ออธิบายประสบการณ์ (lived experience) ตามการรับรู้ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้มีประสบการณ์นั้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้คือมารดาของผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นบิดาหรือมารดาที่ร่วมในเหตุการณ์ที่บ้านตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กเริ่มมีอาการป่วย ตัดสินใจ และนำพาผู้ป่วยเด็กอายุ 3 ปี - ไม่เกิน 18 ออกจากสถานที่พักมาเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีประสบการณ์ในเหตุการณ์นับจากวันที่นำผู้ป่วยเด็กมาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นานไม่เกิน 7 วัน จำนวน 15 ราย ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึก เกี่ยวกับประสบการณ์ในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ โดยได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลทุกราย สัมภาษณ์จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว วิเคราะห์ข้อมูลพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามวิธีของ Colaizzi (2001 cited in Streubert & Carpenter, 2003) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถบรรยายประสบการณ์ของมารดา ในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์เป็น 4 ประเด็นหลักดังนี้

สรุปประเด็นประสบการณ์ของบิดามารดาในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ ซึ่งพบ 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. **วิตกกังวลไม่สบายใจ กลัวลูกเป็นอันตราย**
 - 1.1 ดูแลแล้วไม่ดีขึ้นไม่หาย กลัวเป็นหนัก
 - 1.2 มีโรคประจำตัว
 - 1.3 ประสบการณ์ในอดีต
2. **เชื่อมั่น ไว้วางใจในการรักษา**
 - 2.1 ได้ตรวจละเอียด มีอุปกรณ์เครื่องมือพร้อม
 - 2.2 ไปที่อื่นรักษาไม่หาย

3. สะดวก คนไม่เยอะ ไม่ต้องรอหลายที

- 3.1 คนไม่เยอะ รอไม่นาน
- 3.2 เดินทางสะดวก เป็นเวลาที่มีคนพามา
- 3.3 ไม่ต้องรอหลายที ไม่มีหลายชั้นตอน

4. ไม่แพง ไม่ต้องเสียเงินซ้ำซ้อน

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัย ประสบการณ์ของมารดาในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์พบว่า มารดาเมื่อเห็นผู้ป่วยเด็กมีอาการเจ็บป่วย แสดงอาการอ่อนเพลีย เจ็บปวด ร้องแงแง นอนไม่ได้ กินไม่ได้ ทำให้มารดาความรู้สึกวิตกกังวล ไม่สบายใจ อยากรู้ว่าผู้ป่วยเป็นอะไร คอยเฝ้าระวังสังเกตอาการ พยายามดูแลแก้ไขอาการป่วยให้ดีขึ้น แต่เมื่อดูแลแล้วเห็นว่าผู้ป่วยเด็กยังไม่หาย อาการยังไม่ทุเลาลง ทำให้มารดาไม่รู้จะทำอย่างไร รู้สึกวิตกกังวล กลัวว่าอาการป่วยจะรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยเด็กที่มีโรคประจำตัวและมารดาเคยได้รับคำแนะนำให้สังเกตอาการที่อาจเกิดอันตราย เมื่อพบอาการป่วยตามที่แพทย์แนะนำ จึงนำผู้ป่วยเด็กมาให้แพทย์ตรวจอาการทันที ประสบการณ์ในอดีตที่มารดาเคยเผชิญกับเหตุการณ์ ผู้ป่วยเด็กมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ทำให้ตกใจ เคยเห็นคนในครอบครัวเสียชีวิต เมื่อผู้ป่วยเด็กมีอาการป่วยเหมือนกับที่เคยเห็นจะวิตกกังวลมาก คิดว่าการพามาให้แพทย์ตรวจอาการน่าจะทำให้ผู้ป่วยเด็กมีความปลอดภัยมากที่สุด มารดายังมีความเชื่อมั่นต่อของการรักษา ของบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพราะสามารถตรวจละเอียด มีอุปกรณ์เครื่องมือการแพทย์พร้อม หากผู้ป่วยเด็กเกิดเจ็บป่วยรุนแรงกะทันหันขึ้นมาจะได้ช่วยชีวิตได้ทัน ประสบการณ์การเคยพาผู้ป่วยเด็กไปรักษาที่คลินิกและโรงพยาบาลแล้วไม่พึงพอใจในการรักษาและบริการ เห็นลูกว่ารักษาแล้วไม่หายแต่เมื่อมาตรวจที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แล้วได้รับความสนใจ แนะนำให้ยาไปแล้วลูกหายป่วยทุกครั้ง ทำให้มารดา รู้สึกไว้วางใจ เชื่อมั่นในการรักษา แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังเป็นบริการที่มารดามีความสะดวกมาใช้บริการ เพราะถ้ามาตรวจในแผนกทั่วไปจะมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก ทำให้คิวตรวจยาวต้องรอนาน และในเวลาทำการคนในครอบครัวมีภาระต้องทำงานหารายได้ทำให้ไม่มีใครพามา การเดินทางกลางคืนก็สะดวกรวดเร็วกว่าเพราะรถไม่ติด ประหยัดเวลาในการเดินทาง การใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังมีขั้นตอนการใช้บริการง่าย ไม่ต้องเดินไปหลายที ไม่เหมือนการมาตรวจแผนกทั่วไปในเวลาที่แยกส่วนกันตามแผนกต่างๆ และเมื่อมารดาต้องการพาลูกไปรักษาในเวลากลางคืนจะไม่สามารถใช้สิทธิ์บัตรทองได้เพราะต้องใช้ใบส่งตัวจากคลินิกบัตรทองก่อน ถ้าไปโรงพยาบาลด้วยอาการไม่ฉุกเฉินจะต้องเสียค่ารักษาเอง มารดาจึงเลือกรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่มีราคาไม่แพงจ่าย ราคาเท่าๆกับคลินิกเอกชนทั่วไป แต่ถ้าหากป่วยหนักก็สามารถนอนโรงพยาบาลได้เลย ไม่ต้องถูกส่งต่อไปรักษาให้

เสียค่าใช้จ่ายอีก และหากป่วยหนักยังสามารถใช้สิทธิ์บัตรทองฉุกเฉินได้ ซึ่งประสบการณ์ของมารดาในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์สามารถอภิปรายผลตามประเด็นหลักของประสบการณ์ดังนี้

ประเด็นที่ 1 วิตกกังวลไม่สบายใจ กลัวลูกเป็นอันตราย

เมื่อผู้ป่วยเด็กมีอาการป่วย มารดาจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ความไม่สบายใจ กลัวว่าจะได้รับอันตราย เนื่องจากมารดาเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและมีโอกาสสร้างสัมพันธภาพกับลูกมากที่สุด มารดาเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการเลี้ยงดู ให้ความรักความเข้าใจ ปกป้องช่วยเหลือ รวมทั้งลูกเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดต่อชีวิตของมารดา (ชาตรี วิฑูรชาติ, 2543; Riddle J. and Hennessey, 1989) มารดาจึงมีความพยายามช่วยเหลือดูแลแก้ไขอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก แต่เมื่อเห็นว่ายังไม่หาย อาการไม่ดีขึ้น มารดาจึงมีความวิตกกังวลมากขึ้น กลัวว่าอาการป่วยจะรุนแรงขึ้นและอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต (Scott, 1998; Fisher, 1982) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Brousseau et al.(2010) ที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์ วิเคราะห์ผ่านมุมมองของแพทย์ในสถานบริการปฐมภูมิและบิดามารดา โดยสัมภาษณ์บิดามารดา 26 คนและแพทย์ในสถานบริการปฐมภูมิ 20 คน พบว่าบิดามารดาต้องการความมั่นใจว่า อาการป่วยจะไม่ทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยเด็ก บิดามารดาพยายามที่หาทางออกเพื่อลดความรู้สึกวิตกกังวลที่เกิดขึ้น โดยคิดว่าการพาผู้ป่วยเด็ก มาพบแพทย์คือวิธีที่ดีที่สุดเพราะการวินิจฉัยทางโทรศัพท์ไม่มีความน่าเชื่อถือ แพทย์ไม่เห็นตัวผู้ป่วยเด็ก ทำให้ความวิตกกังวลไม่สามารถลดลงได้ ต้องพาผู้ป่วยเด็กไปให้แพทย์ตรวจอาการก่อนถึงแม้จะไม่ได้รับการรักษาก็ตาม บิดามารดาให้ความเห็นว่าสัญญาณของความเป็นพ่อแม่ย่อมไม่ต้องการเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพของลูก การพาผู้ป่วยเด็กมาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการยอมจ่ายค่ารักษาเล็กน้อยแลกกับการได้รู้ว่าผู้ป่วยเด็กไม่มีอะไรผิดปกติเกิดขึ้น ความวิตกกังวลของมารดายังมีความเกี่ยวข้องกับการมีประสบการณ์ในอดีต ที่เคยเผชิญกับเหตุการณ์เห็นความเจ็บป่วยที่รุนแรงของผู้ป่วยเด็ก เคยมีบุคคลในครอบครัวตายจากอาการป่วยเหมือนกับที่ผู้ป่วยเด็กแสดงอาการ เกิดเป็นภาพความทรงจำความหลังในอดีต(Flashback) (พรหมพิทักษ์ ไหว้พรหม และคณะ, 2556) มารดาจึงวิตกกังวลกลัวจะเกิดเหตุการณ์แบบเดิมขึ้นกับผู้ป่วยเด็กซ้ำอีก การรับรู้ว่าคุณป่วยเด็กมีโรคประจำตัวที่มีอาการป่วยที่แพทย์เคยแนะนำต้องเฝ้าระวัง ทำให้มารดาเป็นกังวล กลัวว่าลูกจะเกิดอาการป่วยรุนแรง และตัดสินใจนำพามารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Grigg et al.(2013) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์ในครอบครัวชาวลาติน 43 ครอบครัว จากโรงพยาบาลเด็กซีแอตเติล รัฐวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า บิดามารดาที่มีความกังวลมากต่ออาการมีไข้และอ่อนเพลีย กินไม่ได้ของผู้ป่วยเด็ก บิดามารดา

หลายรายมีประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ล่าช้าทำให้ผู้ป่วยมีอาการหนักหรือตาย และเกือบทุกครอบครัวมีความพยายามที่จะดูแลความเจ็บป่วยที่บ้านก่อนที่จะมาพบแพทย์

ประเด็นที่ 2. เชื่อมัน ไขว้วางใจในการรักษา

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานซึ่งเป็นด่านแรกในการจัดให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเจ็บป่วยกะทันหัน ที่อยู่ในสภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วนซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีอาจเสียชีวิตได้ และต้องจัดบริการ 24 ชั่วโมง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงต้อง มีความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ที่เพียงพอสำหรับการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่เร่งด่วนฉุกเฉิน มีทีมแพทย์ พยาบาล ค่อยหมุนเวียนปฏิบัติหน้าที่ พร้อมให้บริการตลอดเวลา ระบบบริการที่สามารถดำเนินการรักษาพยาบาลได้อย่างสะดวก รวดเร็ว สามารถตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติได้ตามความจำเป็นเพื่อการรักษาช่วยชีวิต (สำนักการพยาบาล, 2550) มารดาเมื่อรับรู้ถึงศักยภาพของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงเลือกมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากต้องการ ให้ลูกได้รับการตรวจละเอียด ต้องการให้ลูกได้รับการ ในสถานที่ที่มีอุปกรณ์พร้อม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Berry et al.(2008) ได้ศึกษาสาเหตุว่าทำไมบิดามารดาจึงนำเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ใช้ การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์บิดามารดา (31 คน) พบว่าบิดามารดานำเด็กมารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพราะมีปัญหากับผู้ให้บริการปฐมภูมิ ได้รับการนัดหมายที่มีเวลานาน ไม่ให้ความสนใจในการอาการป่วย ได้รับคำแนะนำจากผู้ให้บริการปฐมภูมิ ให้มารับบริการตรวจที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ถ้าต้องการคำแนะนำในการดูแลรักษา และการรับรู้ของข้อดีของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ถึงความพร้อมของทรัพยากร ความสามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการและการถ่ายภาพรังสี เอ็กซเรย์ได้ ซึ่งเป็นข้อได้เปรียบของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ทำให้มารดารู้สึกว่าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นสถานที่ที่ดีที่สุดสำหรับลูกของตน

เมื่อมารดาได้พาผู้ป่วยเด็กมารับบริการแล้วแพทย์สามารถวินิจฉัยอาการของโรคได้เลยทันที ได้รับการวินิจฉัยโรคและการให้ยาที่ถูกต้อง ตรงกับอาการป่วยของลูก แพทย์และพยาบาลมีความกระตือรือร้นสนใจในการช่วยแก้ปัญหาให้แก่มารดา มีการให้คำแนะนำในการดูแลลูกเบื้องต้นและดูแลแก้ไขจนแน่ใจว่าอาการของเด็กไม่มีอันตราย การได้รับการที่ไม่มีข้อผิดพลาด รวดเร็วและเป็นไปตามความคาดหวังต่อบริการ ทำให้มารดาเกิดความประทับใจ ไขว้วางใจ เชื่อถือในการรักษาและบริการที่ได้รับจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อยากกลับมาใช้บริการซ้ำ ไม่ให้ความเชื่อมั่นและไม่ต้องการรักษาจากสถานบริการอื่นๆ เนื่องจากการไปรับบริการแล้วการดูแลรักษาไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ได้รับการที่ไม่พึงพอใจ ความคาดหวังต่อบริการของมารดานี้ สอดคล้องกับการวิจัยของ Mary et al.(2005) ที่ศึกษาพฤติกรรม ความคาดหวังและผลลัพธ์ของบิดามารดาที่นำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยสอบถามบิดามารดา

200 คน ที่นำผู้ป่วยเด็กมารับบริการทางสุขภาพด้วยอาการไม่เรงด่วน ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เด็กของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เมืองเมลเบิร์นประเทศออสเตรเลีย พบว่าบิดามารดาส่วนใหญ่ได้นำผู้ป่วยเด็กมารับการตรวจโดยแพทย์ทั่วไป แต่ยังมีความรู้สึกไม่พึงพอใจ มีความคาดหวังว่าลูกจะได้รับการตรวจรักษาวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยทันที และยังคงคล้อยกับการศึกษาของ Parasuraman et al.(1988) ที่นิยามคุณภาพของการบริการและปัจจัยที่กำหนดคุณภาพ โดยผลการศึกษาบ่งชี้ว่าคุณภาพของการบริการคือการให้บริการที่เป็นไปตามหรือมากกว่าความคาดหวังของผู้มารับบริการ ดังนั้นเมื่อมารดามีความคาดหวังต่อบริการว่าลูกจะได้รับการตรวจรักษาวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยทันที แล้วพบว่าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถตอบสนองความต้องการนั้นได้ จึงเกิดความพึงพอใจและมาใช้บริการซ้ำอีก

ประเด็นที่ 3 สะดวก คนไม่เยอะ ไม่ต้องรอหลายที่

การมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในเวลาทำการ มารดาต้องพบกับสภาพความแออัดในโรงพยาบาล ที่มีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในโรงพยาบาลรัฐในระดับตติยภูมิ ที่มีผู้มารับบริการทั้งผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคพื้นฐาน ผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลทั่วประเทศ เป็นผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาในระดับตติยภูมิและตติยภูมิส่งผลให้โรงพยาบาลเกิดความแออัด ผู้มารับบริการต้องรอคิวนาน (เดือนเพ็ญ พึ่งพระเกียรติ, 2555) เมื่อมารดาพาผู้ป่วยเด็กมารับบริการในเวลาแล้วพบกับจำนวนผู้ป่วยที่มีเยอะมาก ต้องเสียเวลารอคิวนาน จึงพาผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในช่วงเวลากลางคืนแทน เพราะเป็นช่วงเวลาที่มิผู้ป่วยน้อย แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินและอุบัติเหตุ การพยาบาลจึงต้องเน้นให้มีความรวดเร็ว ปลอดภัยและได้มาตรฐาน เป็นสิ่งสำคัญในการทำงาน เพื่อให้สามารถช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยได้ให้ทันท่วงทีเพื่อลดอัตราความพิการและเสียชีวิต ระบบบริการและการใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้นจึงมีความพยายามที่จะลดขั้นตอนในการใช้บริการที่ซับซ้อน ยุ่งยาก มีความพยายามนำระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อ (Lean and seamless) มาช่วยพัฒนาระบบการทำงานในหน่วยงาน เนื่องจากระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อ (Lean and seamless) เป็นคำตอบการบริการและเป็นเครื่องมือขจัดความสูญเปล่า ในการเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ความรวดเร็วและปลอดภัย เพื่อคุณภาพการบริการ(Mazzocato et al.,2012) ผู้ป่วยจึงสามารถใช้บริการอยู่ในจุดบริการเดียวไม่ต้องเดินทางไปยังบริเวณอื่น ทั้งกิจกรรมการพยาบาลและขั้นตอนการยื่นเอกสารต่างๆ เมื่อมารดาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงทำให้มารดา รู้สึกว่าการใช้บริการมีความสะดวกกว่าการมารับบริการที่แผนกตรวจโรคทั่วไปที่มีขั้นตอนยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องเดินไปติดต่อหลายจุดบริการ ในเวลาทำการคนในครอบครัวยังต้องทำงานหารายได้ ทำให้ไม่มีใครพาผู้ป่วยเด็กมารับบริการ การมารับบริการจึงต้องมาในช่วงหลังจากเลิกงานซึ่ง

เป็นเวลากลางคืน สอดคล้องกับการวิจัยของ Mclain et al.(2008) ที่ได้ศึกษาการแสวงหาการดูแล สำหรับความเจ็บป่วยไม่เรื้อรังด้านการแพทย์ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินผ่านมุมมองของผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 30 คน ในรัฐโคโลราโดประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเหตุผลหนึ่งที่ผู้ป่วยพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์มาใช้บริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ ความสะดวกสบายในการเดินทางมาใช้บริการ เช่น ต้องทำงานในเวลาการวัน การมีภาระต้องเลี้ยงดูบุตร เป็นอุปสรรคทำให้ไม่สามารถเดินทางมาใช้บริการในเวลาได้ เป็นต้น นอกจากนี้การเลือกพาผู้ป่วยเด็ก เดินทางมารับบริการในเวลากลางคืนของมารดายังมีสาเหตุจากสภาพการจราจรที่คับคั่งและติดขัดในเวลากลางวัน ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาเวลานาน ไม่สะดวก ในการเดินทางมาโรงพยาบาล จากข้อมูลสถิติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินยังระบุว่า มีผู้ป่วยวิกฤตเสียชีวิตช่วงก่อนถึงโรงพยาบาลมากกว่า 20% ของผู้ป่วยที่ตายชีวิตทั้งหมด เกิดจากการเดินทางล่าช้าเพราะการจราจรที่ติดขัด ไม่มีประชาชนหลักทางให้ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2560) ทั้งนี้ยังไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับการลดขั้นตอนการบริการในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อเพิ่มความสะดวกของผู้รับบริการที่ต้องเดินทางไปรับบริการการพยาบาลหลายแผนกในประเทศไทย

ประเด็นที่ 4 ไม่แพง ไม่ต้องเสียเงินซ้ำซ้อน

เนื่องจากการเจ็บป่วยทั่วไป เมื่อต้องการใช้สิทธิบัตรทอง จะต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ระบุตามหน้าบัตรก่อนทุกครั้ง ซึ่งจะเปิดให้บริการในเวลาราชการ หากต้องการการรักษาในโรงพยาบาลจะต้องมีใบส่งตัวรับรองสิทธิ์ ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินแพทย์จะพิจารณาตามข้อบ่งชี้ คือ โรคหรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตหรืออันตรายต่อผู้อื่น โรคหรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรงต้องรักษาเป็นการเร่งด่วน โรคที่ต้องผ่าตัดด่วนหากปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อชีวิตมารดาเมื่อพาผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงไม่สามารถใช้สิทธิบัตรทองได้ ทำให้ต้องชำระค่ารักษาพยาบาลเอง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556) มารดาเห็นว่าเมื่อไม่สามารถใช้สิทธิการรักษาได้ ยังไงก็ต้องเสียค่ารักษาเอง จึงเห็นว่าถ้าไปรักษาในคลินิกแล้วรักษาไม่ได้ก็ต้องมาถูกส่งมาโรงพยาบาล ต้องมาเสียค่ารักษาที่โรงพยาบาลอีก จึงเลือกรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล ที่มีความพร้อมของการรักษามากกว่าในราคาที่ถูกกว่า หรือเท่าๆกับการไปรักษาตามคลินิก จะได้ไม่ต้องเสียค่ารักษา 2 ครั้ง หากป่วยหนักต้องนอนโรงพยาบาล ก็สามารถนอนโรงพยาบาลได้เลย ไม่ต้องถูกส่งต่ออีกและสามารถใช้สิทธิบัตรทองฉุกเฉินได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kubicek et al.(2012) ได้สำรวจเกี่ยวกับลักษณะและความคิดเห็นของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์ ด้วยวิธีการสำรวจจากโรงพยาบาลเด็กในเขตเมือง Los Angeles จำนวน 106 คน ผลการสำรวจพบว่า ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการคัดกรองว่า

เป็นผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์ 49% มีรายได้น้อยกว่า 20,000 เหรียญสหรัฐ หรือประมาณ 678,214 บาทต่อปี และ 43% ของผู้ดูแลไม่มีการประกันสุขภาพของตนเอง และเหตุผลการนำเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากรับรู้คุณภาพของการดูแลของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คิดดีกว่าดีกว่ารักษาที่อื่น มีแพทย์ประจำตลอดเวลาและสามารถใช้ประกันสุขภาพได้

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ว่า ความรู้สึกวิตกกังวลของมารดา ทั้งในกรณีที่มารดาพยายามดูแลอาการป่วยแล้วไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยเด็กมีโรคประจำตัว ประสบการณ์ที่ทำให้มารดามีความทรงจำจากภาพความหลังในอดีต ทำให้มารดาตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์มารักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลการวิจัยเป็นที่น่าสังเกตว่าเหตุใดการพยายามดูแลเบื้องต้นของมารดา จึงไม่สามารถลดอาการป่วยที่ไม่ฉุกเฉินของผู้ป่วยเด็กได้ จนเป็นเหตุให้ต้องพึ่งพาบริการของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงต้องมีการส่งเสริมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการไม่เรื้อรังด้าน ให้มารดาสามารถประเมินอาการของผู้ป่วยเด็กที่บ้านได้ ทำให้มารดาเกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กที่มีอาการป่วยไม่เรื้อรังด้านที่บ้าน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การสาธิต การเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกต้อง การสอนวิธีการสังเกตอาการที่เรื้อรังด้านฉุกเฉินในผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น เพื่อให้บิดามารดานำผู้ป่วยเด็กไปใช้บริการทางการแพทย์ ตรงตามความต้องการที่แท้จริง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

การนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงประสบการณ์ของบิดามารดาในการนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์ มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้วิธีการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา การศึกษาที่ผู้วิจัยได้เรียนรู้ถึงความรู้สึกของมารดาต่ออาการป่วยของผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้าน และสาเหตุที่ทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวล จนต้องนำผู้ป่วยเด็กมาพบแพทย์ ทำให้มีความเข้าใจในความรู้สึกของมารดามากขึ้น ค้นพบปัญหาของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ความแออัดของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกตรวจโรคทั่วไป ที่ทำให้ต้องรอตรวจนาน เวลาให้บริการที่เป็นเวลาเดียวกับเวลาทำงานงานของประชาชนทั่วไป ทำให้มารดาไม่พึงพอใจที่จะใช้บริการ ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการใช้บริการได้ของมารดา เป็นสาเหตุของการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยเด็ก พยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้าน ที่ต้องมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการ ให้เกิดความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแล รักษาพยาบาลในบริการที่เหมาะสมต่อไป

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ส่งเสริมให้ทีมแพทย์และพยาบาล มีความตระหนักถึงความวิตกกังวลของบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่รุนแรงต่อแนวทางการแพทย์ ที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. ให้ความรู้และเทคนิคในการดูแลผู้ป่วยเด็กกับบิดามารดา ที่นำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่รุนแรงต่อแนวทางการแพทย์ มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินขณะรอรับบริการ เช่น สอนและสาธิตฝึกให้บิดามารดาเช็ดตัวลดไข้ เปิดวีดิทัศน์ในความรู้ในการดูแลและประเมินอาการฉุกเฉินของผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น จนบิดามารดาเกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อกลับไปดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการป่วยที่ไม่รุนแรงต่อแนวทางการแพทย์ที่บ้านได้

ด้านการพัฒนาระบบบริการ

1. จัดระบบบริการทางการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกให้มีคุณภาพ สร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจในบริการ จัดระบบบริการให้เกิดความสะดวก ลดขั้นตอนที่ซับซ้อนในลักษณะระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อ (Lean and seamless) ไม่ต้องให้ผู้ป่วยเด็กและบิดามารดาต้องเดินไปเดินมา จัดให้มีพื้นที่ใกล้ๆกัน ลดการเดินไปเองของผู้ป่วยเด็กและญาติให้ได้มากที่สุด
2. ปรับปรุงพัฒนาระบบนัด การยื่นบัตรขอคิวตรวจเพื่อลดความแออัด ขณะเข้าแถวรอรับคิวตรวจของบิดามารดาที่มารับบริการ อาจเป็นการโทรจองคิวนัดในผู้ป่วยเด็กที่มาตรวจเพื่อรักษาต่อเป็นโรคเรื้อรังไม่ที่มีอาการรุนแรงเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่มารอรับบริการ ให้สอบถามจำนวนผู้ป่วยได้เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเด็กและบิดามารดาเดินทางมาขณะคิวเต็มต้องปิดรับบัตร ทำให้เสียเวลาเดินทางมาและต้องรอตรวจนานขึ้น
3. จัดให้มีบริการนอกเวลาที่ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่ม

ด้านการศึกษาพยาบาล

นำผลที่ได้จากการศึกษาประสบการณ์ของบิดามารดาในการนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่รุนแรงต่อแนวทางการแพทย์ มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไปใช้ในการเรียนการสอนเรื่อง การดูแลพยาบาลผู้ป่วยเด็กเบื้องต้น โดยให้ความสำคัญกับบิดามารดา ครอบครัว เพื่อให้สามารถปฐมพยาบาลดูแลอาการป่วยเล็กน้อยๆ ด้วยตนเองที่บ้านได้ มีความรู้ในการประเมินอาการป่วยที่ถูกต้อง โดยคำนึงถึงการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กที่แท้จริง เรียนรู้การจัดการให้บริการให้เกิดความพึงพอใจของบิดามารดาที่มารับบริการ เพื่อลดขั้นตอนที่ยุ่งยาก เพิ่มความสะดวกในการมารับบริการให้มากขึ้น

ด้านการวิจัยทางการแพทย์

วิจัยเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการจัดระบบบริการ ที่ตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างเหมาะสม พัฒนารวิจัยเพื่อค้นหาวิธีที่จะทำให้บิดามารดา นำผู้ป่วยเด็กไปรับบริการ ตามบริการที่เหมาะสมกับอาการความรุนแรงของโรค ได้แก่ การวิจัยเชิงความสัมพันธ์ การวิจัยเชิงทดลอง เพื่อลดการนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น การเปรียบเทียบนวัตกรรมการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กเพื่อลดการนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของบิดามารดา



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกจันทร์ เข้มนาการ. (2554). ความคิดความรู้สึกของเด็กเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล :

การจัดการทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(3), 75-87.

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2540). เคล็ดลับการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก. *วารสารการวิจัย*

ทางการพยาบาล, 1(2), 297-311.

จอนณะจง เพ็งจาด. (2546). ระเบียบวิธีวิจัย : การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. *วารสารการ*

พยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 15(2), 1-10.

ชาย โปธิสิตา. (2554). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ:

อัมรินทร์พรินดีงแอนด์พับลิชชิ่ง.

ชาติรี วิฑูรชาติ. (2543). Psychiatric aspects of pediatric care. กรุงเทพมหานคร:

พี.เอ.พับลิชชิ่ง. 559-640.

เดือนเพ็ญ พึ่งพระเกียรติ. (2543). การลดความแออัดผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี ปีงบประมาณ

2555. ศูนย์ประกันสุขภาพ ฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์.

(เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่).

ถวิล ธาราโกชน์ และ ศรีณย์ ดำริสุข. (2548). *พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาตนเอง* (พิมพ์ครั้งที่ 4).

กรุงเทพฯ: ทิพยวิสุทธี.

นันทิยา รัมณีย์รัตนากุลสุข. (2542). ศึกษาประเมินผลคลินิกทันตกรรมนอกเวลาราชการ โรงพยาบาล

พุทธโธสง จังหวัดบุรีรัมย์. *ว.ทันต. ขอนแก่น*, 2(2), 58-64.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2548). คุณภาพบริการพยาบาล. เอกสารประกอบการสอนวิชาภาวะผู้นำ

และการบริหารทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรพยาบาล. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัชรี คุณค้ำชู. (2555). *ประสาทวิทยาประยุกต์*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พูนสุข หิงคานนท์. (2548). ทักษะจำเป็นในการบริหารจัดการทางการพยาบาล. เอกสารประกอบการ

สอนชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล หน่วยที่6, หน้า 23-42 ,กรุงเทพฯ:

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

พีรนุช ลาเซอร์. (2555). การวิเคราะห์แยกประสบการณ์และบริบทของข้อมูลในการวิจัยเชิง

ปรากฏการณ์วิทยาทางการพยาบาล. *วารสารเกื้อการุณย์*, 19(2), 16-25.

พรหมพิทักษ์ ไหว้พรหม , ปิยะมากรณ์ สิงห์คำ, วิเชียร ศรีภูธร, และเนตรนภิส จันทวัฒน์. (2556).

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง ความชุกของการบาดเจ็บทางสมอง ภาวะเครียดหลังเหตุการณ์
สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าในกำลังพลกองทัพเรือที่ปฏิบัติภารกิจในพื้นที่ชายแดนใต้.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

ยูเรศ สิทธิชาญบัญชา. (2550). ความแออัดของแผนกฉุกเฉิน: Emergency Department
Crowding. ในการประชุมวิชาการเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 7 บทบาทพยาบาลฉุกเฉิน
ปัจจุบันและอนาคต. กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership.

ราตรี พุทธทอง. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถด้านความจำกับผลสัมฤทธิ์ทางการ
เรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี).

วีณา จีระแพทย์. (2533). ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม: แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก.

วารสารการพยาบาล, 39(3), 216-227.

วรวรรณ สโมสรรสุข ,นฤมล กาญจนลักษณ์, ตามพววรรณ คุณคา,และนพวรรณ รื่นแสง. (2558).

ความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการ ศูนย์หัวใจธรรมศาสตร์

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต

ประจำปี 2558.[ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์].แหล่งที่มา: <http://www.Hospital.tu.ac.th/Plan>

TUHosWeb/data/Project%20Research/research_2556/5630032.pdf

[5 มิถุนายน 2561]

วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สงขลา:

ชานเมืองการพิมพ์.

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, และคณะ. (2550). การทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศเพื่อเป็นองค์

ความรู้ในการกำหนดกระบวนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติสำนักงาน

พัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย

อีสเทิร์นเอเชีย.

ศรีมินา นิยมคำ. (2547). ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการอยู่โรงพยาบาลต่อตัวผู้ป่วยเด็ก

ครอบครัวและชุมชนโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศรีสุตา ตรงงาม. (2556). แบบสรุปผลการดำเนินงานโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556.

Lean กับการพัฒนางานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2560). สพฉ.เปิดข้อมูลผู้ป่วยวิกฤตเสียชีวิตช่วงก่อนถึง

โรงพยาบาลมากกว่า 20 เปอร์เซ็นต์ เปิดเหตุส่งตัวผู้ป่วยฉุกเฉินไปรักษาไม่ทันเพราะการจราจร

- ติดขัด และคนไม่หลีกเลี่ยงให้กับรพพยาบาลฉุกเฉิน[ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. แหล่งที่มา: [Http://www.thaieminfo.com/autopagev4/show_page.php?topic_id=806&auto_id=8&TopicPk](http://www.thaieminfo.com/autopagev4/show_page.php?topic_id=806&auto_id=8&TopicPk). [15 มิถุนายน 2560]
- สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (2551). *เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี4 ระดับ*. [ม.ป.ท.]
- สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. *สถิติการจำแนกประเภทผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปีงบประมาณ 2554-2557*. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่).
- สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (2556). *งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน* [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. แหล่งที่มา: [Http:// www.childrenhospital.go.th/html/2014/th/service/](http://www.childrenhospital.go.th/html/2014/th/service/) [20 กันยายน 2558]
- สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (2556). *งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน* [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. แหล่งที่มา: [http:// www.childrenhospital.go.th/html/2014/th/](http://www.childrenhospital.go.th/html/2014/th/) /ขั้นตอนการเข้ารับการรักษา [27 มีนาคม 2561]
- สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (2558). *Service profile กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี*.
- สาธารณสุข ,กระทรวง. สำนักการพยาบาล. (2551). *มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 125-161.
- สมบุญ โอภาสยล. (2544). *การจัดระบบคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน. (2556). *คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยก ผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ.กำหนด สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ*. แหล่งที่มา: http://www.niems.go.th/th/Upload/File/255609301415116117_ETGSsAcX8Jpn1X PQ.pdf. [18มกราคม2559]
- สุกิจ วิภูสัทยา . (2556). *กุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน*. Emergency Management in Pediatric injury. เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.
- สุนันท์ เกียรติชัยพิพัฒน์. (2551). *กว่าจะได้มาตรฐานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ใน มาตรฐานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน*, กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพรส.
- สุรางค์ จันทวานิช. (2554). *การวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่18)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- แสวง รัตนมงคลมาศ. (2542). “องค์กร การนำ การตัดสินใจ” เอกสารการเรียนรู้ประกอบการสอน
วิชาการจัดการทางพัฒนาสังคม.กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนาบริหารศาสตร์.
- สมคิด บางโม. (2548). องค์กรและการจัดการ. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: วิทยาพัฒน์.
สำนักการพยาบาล. (2549). หน้าที่และความรับผิดชอบหลักและสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ. นนทบุรี:
กลุ่มภารกิจพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ทางการพยาบาล สำนักการพยาบาล
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). 10 เรื่องควรรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพ.
กรุงเทพมหานคร: สำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วม สปสช.
- อภิรักษ์ สำเหนียก. (2558). การศึกษาคูณภาพการบริการ โดยพิจารณาที่ความคาดหวังและการรับรู้
ต่อการบริการของโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำในจังหวัดพิษณุโลก ภายใต้อาณัติ SERVQUAL Model.
วิทยานิพนธ์ บช.บ. สาขาวิชาการจัดการธุรกิจ, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อัญญา ปลอดเปลื้อง. (2556). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา. วารสารพยาบาลกระทรวง
สาธารณสุข, 23(2), 1-10.
- อารีย์ จรรย์ธรรม. (2555). ประสบการณ์ของบิดามารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังการปลูกถ่าย
เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2553). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล *Qualitative research in
nurse* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุบล ยี่เฮง. (2556). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การจำแนก
ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. ในการประชุมวิชาการเรื่อง การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน, วันที่ 3-7
มิถุนายน 2556. กรุงเทพมหานคร: N P Press Limited Partnership.

ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental
Disorders*, 4th Edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Addaley, A. D. (1999). *Essentials of human memory*. Hove: Psychology Press.
- Baddeley A., (1992). Medical Research Council, Applied Psychology Unit, Cambridge,
United Kingdom. *Science*, 255(5044), 556-559.
- Baker DR., Pronovost PJ., Morlock LL., et al. (2009). Patient flow variability And
unplanned readmissions to an intensive care unit. *Critical Care Medicine*,
37(11), 2882-2887.
- Benahmed, N., Laokri, S., Zhang, W. H., Verhaeghe, N., Trybou, J., Cohen, L.,

- Alexander, S. (2012). determinants of nonurgent use of the emergency department for pediatric patients in 12 hospitals in Belgium. *European Journal of Pediatrics*, 171, 1829-1837.
- Berry, A., Brousseau, D., Brotanek, J. M., Tomany-Korman, S., & Flores, G. (2008). Why do parents bring children to the emergency department for nonurgent conditions? a qualitative study. *Ambulatory pediatrics*, 8, 360-367.
- Brousseau, D. C., Nimmer, M. R., Yunk, N. L., Nattinger, A. B., & Greer, A. (2011). nonurgent emergency department care: analysis of parent and primary physician perspectives. *Pediatrics*, 127, 375-381.
- Carr, E.C, & Worth, A. (2001). the use of the telephone interview for research. *Journal of research in nursing*. 6(1), 511-524.
- Chin, N. P., Goepp, J. G., Malia, T., Harris, L., & Poordabbagh, A. (2006). Nonurgent use of a pediatric emergency department a preliminary qualitative study. *Pediatric emergency care*, 22, 22-27.
- Fieldston, E. S., Alpern, E. R., Nadel, F. M., Shea, J. A., & Alessandrini, E. A. (2012). A qualitative assessment of reasons for nonurgent visits to the emergency department parent and health professional opinions. *Pediatric emergency care*, 28,220-225.
- Fisher MD. (1982). Identified needs of parental stress in pediatric intensive care unit. *Child Health Care*;11,65.
- Fivush, R. (1998). Children's recollections of traumatic and nontraumatic events. *Development and Psychopathology*, 10, 699-716.
- Flavell, H. A., Miller, P. H., & Miller, S. A. (2001). *Cognitive development* (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Fong, C. (1999). The Influence of insurance status on non urgent pediatric visits to the ergency department. *Academic emergency medicine*, 6, 744-748.
- Galotti, K. M. (2008). *Cognitive psychology: In and out of the laboratory* (4th ed). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson.
- Grigg, A., Shetgiri R., Michel E., BA; Rafton S., & Ebel B. E.(2013). Factors associated with nonurgent use of pediatric emergency care among latino families, *Journal of the National Medical Association*. 105, 77-84.

- Goetsch, D.L. (2004). *Effective teamwork: ten steps for technical professions*. New Jersey: Prentice Hall.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1985). *Naturalistic inquiry*. California: Sage.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *4th generation evaluation*. Newbury Park, CA:Sage.
- Hostetler, M. A., Mace, S., Brown, K., Finkler, J., Hernandez, D., Krug, S. E., & Schamban, N. (2007). Emergency Department Overcrowding and Children. *Pediatric Emergency Care*, 23(7), 507-515.
- Jane K.M., David W. P., Barbara W., Agatha A.Q., & Benjamin H.(2000). Seeking care for nonurgent medical conditions in the emergency department: Through the eyes of the patient. *the Emergency Nurses Association.*, 26(6), 554-563.
- King, G. A. (2004). The meaning of life experiences: application of a meta-model to rehabilitation sciences and services. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(1),72-88.
- Koch, T. (1995). Interpretive approaches in nursing research: The influence of Husserl and Heidegger. *Journal of Advance Nursing*, 21, 827-836.
- Kubicek, K., Beaudin, C., Supan, J., Weiss, G., Lu, Y., & Kipke, M. D. (2012). A profile of non-urgent emergency department usage in an urban pediatric hospital. *Pediatric emergency care*, 28(10), 977-984.
- Mastin, L. (2010). *The human memory*. Available from: <http://www.human-memory.net>. [Cited 18 January, 2016].
- Mazzocato, P., Holden J.R., Brommels M., Aronsson H., Bäckman U., Elg M., & Thor J. (2012). how does lean work in emergency care? a case study of a lean-inspired intervention at the astrid lindgren children's hospital, stockholm, swedenl. *BMC Health Services Research*, 12(28), 1-13.
- Mclain K. J., Price W. D., Weiss B., Quinn A. A., & Honigman B., (2000). Seeking care for nonurgent medical conditions in the emergency department: Through the eyes of the patient. *Journal of emergency nursing*, 26(6), 554-563.
- Morlow, D. R., & Redding, B. A. (1998). *Pediatric nursing* (6th ed). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Morrison, A. K., Chanmugathas, R., Marilyn M. Schapira, Gorelick, M. H., Hoffmann, R. G., & Brousseau, D. C. (2014). Caregiver Low Health Literacy and Non-Urgent Use

- of the Pediatric Emergency Department for Febrile Illness. *Academy pediatrics*, 14(5), 505-509
- Opdenakker, R. (2006). *Advantages and Disadvantages of Four Interview Techniques in Qualitative Research*. Forum: Qualitative Social Research. 7(4), (online). Available from: www.Qualitativeresearch.net/index.php/fqs/article/viewarticle/175. [Cited 18 January, 2016].
- Padgett, D. K., & Brodsky, B. (1992). Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room: A review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. *Social Science Medication*, 35(9), 1189-1197.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. & Berry, L. L. (1988). Communication and control process in delivery of service quality. *Journal of Marketing*, 52, 35-48.
- Pelander, T., & Leino-Kilpi, H. (2010). Children's best and worst experiences during hospitalisation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 726-733.
- Perry, B. D. (2003). Effects of traumatic events on children. *The childtrauma academy*. Available from: www.childtrauma.org. [Cited October 10, 2015].
- Phelps, K., Taylor, C., Kimmel, S., Nagel, R., Klein, W., & Puczynski, S. (2000). Factors associated with emergency department utilization for nonurgent pediatric problems. *American medical association*, 9, 1086-1092.
- Rennick, J., Johnson, C., Dougherty, G., Platt, R., & Richice, J. (2002). Children's psychological responses after critical illness and exposure to invasive technology. 23(3) , 133-44.
- Riddle J, Hennessey Eberly TM. (1989). Stressors in the pediatric intensive care unit as perceived by mothers and father. *Matern Child Nursing Journal*, 18, 221-34.
- Rugg, M. D., & Vilberg, K. L. (2013). Brain networks underlying episodic memory retrieval. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(2), 255-260.
- Sadala, M. L. A. j., & Adorno, R. d. C. F. (2002). Methodological issues in nursing research Phenomenology as a method to investigate the experience lived: a perspective from Husserl and MerleauPonty's thought. *Journal of Advanced nursing*, 37(3), 282-293.
- Schwandt T. A. (2001). *Dictionary of qualitative inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Schacter, Daniel L., Gilbert, Daniel T., & Wegner, Daniel M. (2011). *Semantic and episodic memory. Psychology*. Second Edition. New York: Worth, Incorporated, 240-241.
- Scott L.D., (1998). Perceived needs of parents of critically ill children. *Journal Society of Pediatric Nurses*, 3, 4-12.
- Shaw J.A., (1987). Unmasking of the illusion of safety: Psychic trauma in war. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51(1), 49-63.
- Shaw, J.A., (2000). Children, adolescents and trauma. *Psychiatric Quarterly*, 71(3), 227-244.
- Shaw, J. A., Espinel, Z., & Shultz, J. M. (2007). *Children: Stress: Trauma and Disasters*. Disaster Life Support Publishing Tampa Florida.
- Shuy, R.W. (2003). In-person versus telephone interviewing, in J.A. Holstein and J.F. Gubrium (eds) *Inside interviewing: New lenses, new concerns*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, pp 175-93.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (1999). *Qualitative research in nursing : Advancing the humanistic imperative*. 2nd Edition. Philadelphia: Lippincott.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2003). *Qualitative research in nursing*. 3rd Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing : Advancing the humanistic imperative* (5 th Edition). Philadelphia: Wolters Kluwer Health /Lippincott.
- Smith, D. W. (2011). Phenomenology. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Available from: <http://plato.stanford.edu/archives/fall2011/entries/phenomenology/>. [Cited 18 January, 2016]
- Smith, V., Mustafa, M., Grafstein, E., & Doan, Q. (2015). Factors influencing the decision to attend a pediatric emergency department for nonemergent complaints. *Pediatric emergency care*, 31(9), 1086-1092.
- Swanson, K. M., & Wojnar, D. M. (2007). Phenomenology: An exploration. *Journal of Holistic Nursing*, 25, 172- 180.
- Warren, D. W., Jarvis, A., LeBlanc, L., Gravel, J., & Group, t. C. N. W. (2008). Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines (PaedCTAS).

Canadian Journal of Emergency Medicine,10(3), 224-232.

Worth A, Tierney AJ. Conducting research interviews with elderly people by telephone. *Journal of Advanced Nursing*, 1993; 18: 1077–1084.

Uscher-Pines, L., Pines, J., Kellermann, A., Gillen, E., & Mehrotra, A. (2013). Deciding to visit the emergency department for non-urgent conditions: A Systematic review of the literature. *American Journal of Managed Care*, 19, 47-59.

Veen, M. V. (2010). *The Manchester Triage System in paediatric emergency care*. Erasmus Universiteit Rotterdam, The Netherlands.

Veterans Health Administration.(2010). *Emergency medicine handbook*. Department of Veterans Affairs Veterans Health Administration Washington, DC.





ภาคผนวก


จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก

หนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย แนวคำถามในการสัมภาษณ์
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกภาคสนาม
และแบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

REC-QSNICH.07

	<p>The Research Ethics Review Committee of Queen Sirikit National Institute of Child Health</p>	<p>หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย (Informed Consent Form)</p>
---	---	---

การวิจัยเรื่อง ประสมภรณ์ของนิเวศมารดาในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพ
ไม่รุนแรงต่อนางครรภ์

วันที่ทำยินยอมวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่..... ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูล

สำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสาร
ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้
รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยและแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อ
สงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วม
การวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้า
เท่านั้น คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้อง
กระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่
จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้
ทำลายเอกสารทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการ
ใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการ
ต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อ
วัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนาม
ในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....




EC-QSNICH

Approval Date : 28 ส.ค. 2559

1

REC-QSNICH.07

	<p>The Research Ethics Review Committee of Queen Sirikit National Institute of Child Health</p>	<p>หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย (Informed Consent Form)</p>
---	---	---

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย
รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว
พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....



EC-QSNICH

Approval Date : 28 ธ.ย. 2559

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

1. คำถามหลัก

- 1.1 กรุณาเล่าประสบการณ์ของท่านตั้งแต่ตอนที่เด็กเริ่มมีอาการป่วย จนกระทั่งตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- 1.2 ช่วยเล่าถึงเรื่องราวที่มีผลต่อความรู้สึกที่ทำให้ท่านตัดสินใจนำพาผู้ป่วยเด็กออกจากที่พักอาศัยเพื่อมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- 1.3 ช่วยบอกเล่าถึงลักษณะอาการของบุตรที่มีผลต่อความรู้สึก ทำให้ท่านตัดสินใจนำพาผู้ป่วยเด็กออกจากที่พักอาศัยเพื่อมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- 1.4 ท่านคาดหวังอย่างไรต่อการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. คำถามรอง เป็นคำถามเพื่อเพิ่มเติมเรื่องราวในขณะสัมภาษณ์

- 2.1 ท่านช่วยเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ.....
- 2.2 ท่านช่วยอธิบายให้ฟังเกี่ยวกับ.....
- 2.3 หลังจากนั้นท่านทำอะไร
- 2.4 แล้วเกิดอะไรขึ้นต่อจากนั้น
- 2.5 แล้วท่านตัดสินใจทำอะไรต่อไป
- 2.6 แล้วที่ท่านพูดหมายถึงที่ไหน....ต่างกันอย่างไร

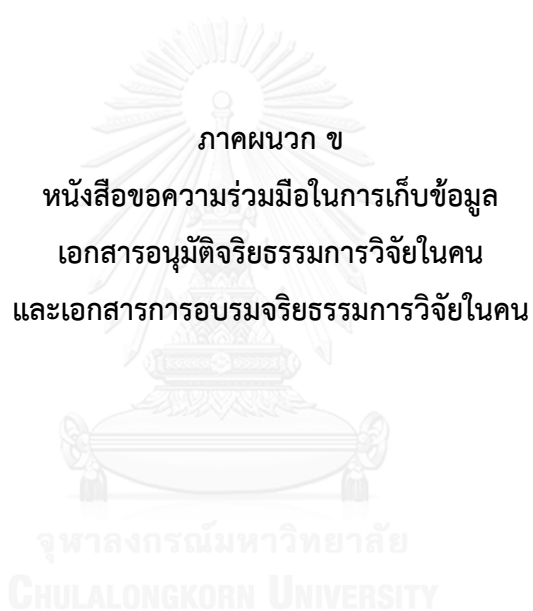
แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่.....เริ่มเวลา.....น ถึงเวลา.....น

สถานที่ในการสัมภาษณ์.....

บรรทัด	ข้อความ	ถอดรหัส
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		





บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทร.๒๑๘๐๖

ที่ น ๒๕๐/๕๕ วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย

เรียน หัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ตามที่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี อนุมัติให้นางสาวแคทรียา สมทอง นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการวิจัยเรื่อง “ประสบการณ์ของบิดามารดาในการนำผู้ป่วยเด็ก มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ (Parental experiences in bringing children with non-urgent medical conditions of the emergency department)” ตามหนังสือรับรองโครงการวิจัย เลขที่ สธ. ๐๓๑๘/๘๗๙๔ นั้น

ในการนี้ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โครขอความร่วมมือให้ นางสาวแคทรียา สมทอง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ มารดาหรือบิดาที่พบุตรมารับการตรวจรักษาที่หน่วยงานของท่าน ด้วยอาการที่ไม่เร่งด่วน (non-urgent) จำนวน ๑๕ คน ได้ตั้งแต่วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๙ จนกระทั่งครบ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้จะมีการสัมภาษณ์ต่อเนื่องอีก ๒ - ๓ ครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างโดยถือตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย จะจ่ายค่าเดินทางและค่าเสียเวลาให้กับกลุ่มตัวอย่างคนละ ๕๐๐ บาท

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย



(นางพวงพร กอจรัญจิตต์)

รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

EC-QSNICH

EC-QSNICH

EC-QSNICH

EC-QSNICH

EC-QSNICH

EC-QSNICH

REC-QSNICH.36T



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

28 มิถุนายน 2559

- โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยพยากรณ์การเกิดความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดที่สูดสาส์กซ์เทา ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (Predictors of persistent pulmonary hypertension of the newborn in neonates with meconium aspiration syndrome in Queen Sirikit National Institute of Child Health)
- ผู้ดำเนินการวิจัย : นางสาวแคทรียา สมทอง
- สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
- ระยะเวลาดำเนินการ : พฤษภาคม 2558 - กรกฎาคม 2560
- เอกสารที่พิจารณา :
1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (Proposal version 2 date 18/6/59; ฉบับภาษาไทย)
 2. คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant) (version 2 date 18/6/59)
 3. หนังสือนัดแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Information Consent Form) (version 2 date 18/6/59)
 4. แบบบันทึกข้อมูล

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้พิจารณารับรองโครงการวิจัย โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ทั้งนี้ให้ดำเนินการวิจัยตามเอกสารฉบับภาษาไทยเท่านั้น โดยขอให้รายงานความก้าวหน้าทุก 12 เดือน

(แพทย์หญิงรัตโนทัย พลับผู้การ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

รหัสโครงการ : Document No.59-045
เลขที่ : REC.187/2559

รับรองตั้งแต่ วันที่ 28 มิถุนายน 2559 ถึงวันที่ 27 มิถุนายน 2560
ประชุมครั้งที่ 6/2559 วันที่ 6 มิถุนายน 2559

สำนักงานจริยธรรมการวิจัย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ชั้น 12
420/8 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร./แฟกซ์ 0-2-644-8943

Institutional Review Board Number; IRB00007346
Federal Wide Assurance; FWA00002250

EC-QSNICH

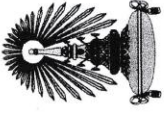
EC-QSNICH

EC-QSNICH

EC-QSNICH

EC-QSNICH

EC-QSNICH



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ออกหนังสือสำคัญฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาวแคทริยา สมทอง

ได้เข้ารับการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคนเพื่อการดำเนินการวิจัยในสาขาพยาบาลศาสตร์

ระหว่างวันที่ ๖ - ๗ เดือน กุมภาพันธ์ พุทธศักราช ๒๕๕๔

ให้ไว้ ณ วันที่ ๗ เดือน กุมภาพันธ์ พุทธศักราช ๒๕๕๔



(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ชนติลป)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



เอกสารตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

เรียนคุณ.....

จากข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ของมารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ได้จากการสัมภาษณ์ท่าน ได้ถูกนำมาสรุปเป็นประเด็นของประสบการณ์ของมารดาในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็น 4 ประเด็น ดังนี้เอกสารที่แนบมานี้ หากท่านมีความคิดเห็นว่าควรเพิ่มอะไร ขอความกรุณาให้ข้อเสนอแนะด้วยค่ะ

ขอขอบคุณที่ท่านสละเวลาอันมีค่า มาตรวจสอบสิ่งที่ผู้วิจัยมีความเข้าใจว่าถูกต้องมากน้อยเพียงใด

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ

นางสาวแคทรียา สมทอง

มือถือ 0922506999



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประสบการณ์ของมารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วย
 พยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ สามารถสรุปประเด็นออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. วิดกกังวลไม่สบายใจ กลัวลูกเป็นอันตราย

- 1.1 ดูแลแล้วไม่ดีขึ้นไม่หาย กลัวเป็นหนัก
- 1.2 มีโรคประจำตัว
- 1.3 ประสบการณ์ในอดีต

2. เชื้อมัน ไว้วางใจในการรักษา

- 2.1 ได้ตรวจละเอียด มีอุปกรณ์เครื่องมือพร้อม
- 2.2 ไปที่อื่นรักษาไม่หาย

3. สะดวก คนไม่เยอะ ไม่ต้องรอหลายที่

- 3.1 คนไม่เยอะ รอไม่นาน
- 3.2 เดินทางสะดวก เป็นเวลาที่มีคนพามา
- 3.3 ไม่ต้องรอหลายที่ ไม่มีหลายขั้นตอน

4. ไม่แพง ไม่ต้องเสียเงินซ้ำซ้อน

ข้อเสนอแนะ.....

 CHULALONGKORN UNIVERSITY

ท่านคิดว่าสิ่งที่ผู้วิจัยเข้าใจมีความถูกต้องของข้อมูลมากน้อยเพียงใด.....

ขอบพระคุณในความร่วมมือ

Preconceived Notions

ประสบการณ์ของผู้วิจัย

ผู้วิจัยตระหนักว่า ในการจัดกรอบความคิด (Bracketing) จากทัศนคติ และประสบการณ์ส่วนตัวของผู้วิจัย ต่อปรากฏการณ์การนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่รุนแรงต่อวงการแพทย์ของบิดามารดา วิธีที่ดีที่สุด คือ การเขียนสิ่งที่ผู้วิจัยเชื่อเกี่ยวกับเรื่องของการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยพยาธิสภาพไม่รุนแรงต่อวงการแพทย์ของบิดามารดา ผู้วิจัยเชื่อ คิดอย่างไรเกี่ยวกับเรื่องของการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่รุนแรงต่อวงการแพทย์ของบิดามารดา ผู้วิจัยคิดว่า บิดามารดา นำผู้ป่วยเด็กมารับบริการให้แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพราะคิดว่าจะได้รับการตรวจที่สะดวก รวดเร็ว ไม่เสียเวลารอคอย ไม่ได้คำนึงว่าผู้ป่วยเด็กจะมีอาการเจ็บป่วย รุนแรงหรือไม่ และบิดามารดาไม่ได้รับฟังคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลที่ให้มาใช้บริการตามเวลาปกติที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยเด็กมากกว่า จากประสบการณ์ที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นเวลา 7 ปี มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่รุนแรง บิดามารดาของผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่รุนแรงแสดงอาการโวยวาย ไม่พอใจเมื่อต้องรอคอยเป็นเวลานาน เมื่ออธิบายว่าต้องดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการรุนแรงมากกว่าก่อน ก็มักไม่เข้าใจ และพูดว่าผู้ป่วยเด็กที่ตนนำมาก็ต้องการตรวจ มีอาการรุนแรงเช่นกัน ทำให้เกิดปัญหาความไม่พอใจบ่อยครั้ง

ผู้วิจัยเชื่อว่า หากเราเข้าใจในเรื่องที่บิดามารดา ให้ความสำคัญใช้ในการใช้ประเมิน ตัดสินใจ นำผู้ป่วยเด็กมารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะช่วยพัฒนาไปสู่การป้องกันไม่让孩子ถูกนำมาบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น ซึ่งทำให้เด็กได้รับผลกระทบด้านลบจากประสบการณ์บาดเจ็บทางจิตใจที่เกิดขึ้นได้

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวแคทรียา สมทอง เกิดเมื่อวันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2528 ภูมิลำเนาที่จังหวัดศรีสะเกษ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2551 เข้ารับการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2557

ปัจจุบันรับราชการตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ ปฏิบัติการ ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

