

**Development of Pre-hospital Emergency Medical Service System
in Acute Coronary Syndrome Patients,
Ngao Hospital, Ngao District, Lampang Province**

Somkid Khanthama
Ngao Hospital, Lampang Province

Abstract

Acute coronary syndrome (ACS) is the emergency medical condition. It is a serious disease and needs urgent care, The Emergency medical service system is effective to save the life during to transference to the hospital, however it can decrease the survival rate of these patients. The aim of a descriptive research study is exploration to study and explore the reason why some of patient not request for the emergency medical services finding the appropriated way to develop a pre-hospital emergency medical service system in acute coronary disease patients. The quantitative data included 38 population of the patient and their relative with acute coronary syndrome, the qualitative data consist of 8 the acute coronary syndrome patient hat go to follow up and EKG was done. Data collection were consisted of questionnaire and in-depth interview, analyzed with descriptive statistics; frequency, percentile and qualitative analysis involves content analysis.

Results: 1) the vehicle was delivered to the hospital by private car/ family member, 63.16% without emergency medical services in this group. 2) the reason for not using the service was because it was more convenient than the emergency medical services 89.47%,not Known the way to contact with the hospital such as call for 1669 (42.11%) 3) The perception of the number 1669 that can be used for emergency notification for these patients and the perception of the warning signs for service calls is only 52.63%. Consistent with the qualitative study found that, The patients lacked the knowledge and understanding of emergency medical services, warning signs of acute coronary syndrome and some elderly caregivers are limited.

Recommendations: The development of a pre-hospital emergency medical service system in Acute Coronary Syndrome Patients should provide knowledge and develop a public information approach to the general population.

Keywords : Development, Pre-hospital Emergency Medical Service, Acute Coronary Syndrome, Perception

แนวทางพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ก่อนถึงโรงพยาบาลโรงพยาบาลนาง อำเภอนาง จังหวัดลำปาง

สมคิด คันธะมา
โรงพยาบาลนาง จังหวัดลำปาง

บทคัดย่อ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคที่มีความรุนแรงและผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลเร่งด่วนเพื่อป้องกันการเสียชีวิต ดังนั้นการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้การดูแลระหว่างนำส่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลาและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้ การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพปัญหา สาเหตุของการไม่ใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คือผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มาใช้บริการจำนวน 38 ราย และเชิงคุณภาพ คือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มารับบริการตามนัดและส่งมาตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 8 ราย เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา : การศึกษาเชิงปริมาณพบว่า 1) พาหนะที่นำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาลคือรถยนต์ส่วนตัว/คนในครอบครัวร้อยละ 63.16 โดยไม่มีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยกลุ่มนี้เลย 2) สาเหตุที่ไม่เรียกใช้บริการเพราะมาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า ร้อยละ 89.47 รองลงมา คือ ไม่รู้จักวิธีการแจ้งรถพยาบาลฉุกเฉินผ่าน 1669 หรือเลขหมายอื่นๆ ร้อยละ 42.113 การรับรู้เกี่ยวกับเบอร์โทร 1669 ว่าสามารถใช้เพื่อการแจ้งเหตุฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้และการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนที่เป็นสัญญาณอันตรายเพื่อการเรียกใช้บริการมีเพียง ร้อยละ 52.63 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจทั้งการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การดำเนินของโรค อาการเตือนของภาวะหัวใจขาดเลือดและในบางกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในเรื่องผู้ดูแลเป็นต้น

ข้อเสนอแนะ : แนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนั้นควรมีการให้ความรู้และพัฒนาแนวทางการให้ข้อมูลแก่ประชาชนที่ครอบคลุมทั่วถึงประชาชนทั่วไป

คำสำคัญ : แนวทางการพัฒนา, ระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล,
โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

บทนำ

ในปัจจุบันสถานการณ์การเสียชีวิตของประเทศไทยที่พัฒนาแล้วพบว่า อัตราการเสียชีวิตจากหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอันดับต้นของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ.2553 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นจำนวนถึง 7.2 ล้านคน หรือคิดเป็น 12.2 % ของสาเหตุการตายทั้งหมด สำหรับอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ.2558 พบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 28.92 ต่อแสนประชากร และในเขตบริการสุขภาพที่ 1 พบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 29.20 ต่อแสนประชากร (เกรียงไกรเฮงรัมย์, 2556 และพบว่า อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดต่อประชากร 100,000 คน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉลี่ยเสียชีวิตวันละ 48 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คนซึ่งปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่เสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ST-Elevation Myocardial Infarction: STEMI) และผู้ป่วยดังกล่าวยังไม่สามารถเข้ารับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) แสดงให้เห็นว่า โรคหัวใจขาดเลือดยังคงมีความรุนแรงเพราะอัตราการตายและอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะสะท้อนให้เห็นว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่มีความรุนแรง และต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และควบคุมก่อนที่จะเกิดความเสี่ยงของโรคเพิ่มมากขึ้น (สุชุม กาญจนพิมาย, 2559)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีอย่างเฉียบพลันทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง หากรักษาไม่ทันบริเวณที่ขาดเลือดไหลเวียนจะเกิดการบาดเจ็บและกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด ซึ่งเมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนจะเกิดกลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Acute Coronary Syndrome: ACS) ที่มีระดับความรุนแรงมากขึ้น ตั้งแต่อาการเจ็บหน้าอกแบบ Unstable angina กล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุด แต่หากผู้รับบริการสามารถมาถึงโรงพยาบาลได้ทันภายในระยะเวลาที่สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที หรือมีระบบการดูแลขณะนำส่งมายังโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพก็จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service : EMS) เป็นระบบบริการสุขภาพสำหรับการเจ็บป่วยในภาวะฉุกเฉินที่มุ่งให้บริการแก่ผู้ป่วยครอบคลุมตั้งแต่การบำบัดรักษาในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) ตลอดจนถึงในระยะการดูแลที่ห้องฉุกเฉิน (Emergency room) ของโรงพยาบาลที่นับว่าเป็นเวลาที่มีค่ามากที่สุดที่จะทำให้ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินรอดชีวิตได้เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงเป็นภาวะฉุกเฉินที่ส่งผลให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตได้อย่างรวดเร็วแม้ผู้ป่วยรอดชีวิตก็จะมีโอกาสสูญเสียประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและคุณภาพชีวิตลดลงในที่สุด (พัชรารณ อุ่นเตจ๊ะ และคณะ, 2554) เวลาจึงมีความสำคัญต่อการรักษาภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันชนิด STEMI มาก วิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันคือการรักษาเพื่อให้หลอดเลือดเปิด (reperfusion therapy) ให้เร็วที่สุดภายในเวลา 12 ชั่วโมงแรกหลังอาการเจ็บอก (บุญจง แซ่จิ่ง และคณะ, 2556) ส่วนใหญ่ผู้ที่พบเห็นมักจะเป็นคนในครอบครัวและขณะเกิดเหตุ ผู้ป่วยกว่า 50% จะหยุดพักเพื่อรอดูอาการก่อน ขณะที่อีก 23% จะรีบไปโรงพยาบาลหากอาการไม่ทุเลาใน 5 นาที และพบว่าผู้ป่วยที่มีญาติหรือมีผู้พบเหตุอยู่ด้วย ใช้เวลาเฉลี่ยมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง 38 นาที ส่วนผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว จะใช้เวลามาโรงพยาบาลเฉลี่ย 5 ชั่วโมง 25 นาที (อนุชา เศรษฐเสถียร, 2559)

ปัจจุบันประเทศไทยได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-elevated ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงและมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นต่อเนื่องความรุนแรงของโรค พบว่าเกิดจากการมีลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดหัวใจทำให้เลือดหยุดไปเลี้ยงหัวใจ การดูแลระหว่างก่อนถึงโรงพยาบาลโดยการจักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ที่มีรพพยาบาลฉุกเฉินสามารถประเมินอาการและให้การดูแลรักษาเบื้องต้นได้ และนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัยการรักษาดูแลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินพยาบาลวิชาชีพคัดกรองผู้ป่วยพบมีอาการเจ็บหน้าอกเข้าระบบช่องทางเร่งด่วน (fast track) ทันที ประเมินอาการให้การพยาบาลเบื้องต้นประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 Leads) และรายงานแพทย์ภายใน 10 นาที เป้าหมายสำคัญของการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคือต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ภายใน 30 นาทีแรก เพราะหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงนานกว่า 30 นาที ถึง 6 ชั่วโมงจะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงหรือกล้ามเนื้อตายอย่างถาวรได้ (นิตยา อภิษฐ์ และคณะ, 2556)

สำหรับสถิติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลยาว ในระยะ 3 ปี ย้อนหลัง พบว่า ในปี พ.ศ. 2558, 2559, 2560 ได้ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมดจำนวน 227, 312 และ 240 ราย โดยในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินดังกล่าวนี้ มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทั้งหมดจำนวน 72, 78 และ 29 ราย ตามลำดับ แต่กลับพบว่ามีการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในปี พ.ศ. 2558, 2559, 2560 เท่ากับ 0, 1 และ 0 ราย ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยอาการทางหัวใจและหลอดเลือดไม่มีการใช้บริการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินต่างๆ ที่ระบบการแพทย์ฉุกเฉินสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เป็นอย่างมาก ด้วยเหตุผลและความสำคัญของการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือดในเขตพื้นที่โรงพยาบาลที่น้อยจึงส่งผลให้ผู้ที่ศึกษาต้องการศึกษาถึงสภาพปัญหา สาเหตุ ของการไม่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดตามการความรู้ของผู้รับบริการ เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลยาวนี้ ไม่ได้มีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อีกทั้งเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ลดการสูญเสียทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม ส่งผลให้เกิดการพัฒนา ระบบการแพทย์ฉุกเฉินต่อการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสภาพปัญหา สาเหตุ ของการไม่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของโรงพยาบาลยาว

ขอบเขตงานวิจัย

ในการศึกษานี้มีขอบเขตการศึกษาประกอบด้วย 4 ด้านคือ 1) ด้านเนื้อหามุ่งศึกษาสภาพปัญหา สาเหตุ ของการไม่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของโรงพยาบาลยาว ตามความรู้ของผู้รับบริการและหาแนวทางในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดก่อนมาถึงโรงพยาบาล 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มผู้ป่วยและญาติโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 38 ราย และผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มารับบริการตามนัดและส่งมาตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 8 ราย 3) ด้านพื้นที่คือพื้นที่โรงพยาบาลยาว

จังหวัดลำปางครอบคลุม 10 ตำบล 4) ด้านระยะเวลา คือ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 -30 มิถุนายน 2560

นิยามศัพท์และกรอบแนวคิด

บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service : EMS) หมายถึง การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความต้องการการบริการทางการแพทย์อย่างเร่งด่วนในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) เช่น โรคหัวใจขาดเลือดและกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินในระบบอวัยวะต่างๆซึ่งทางโรงพยาบาลอาจจัดบริการประกอบด้วย การแจ้งเหตุ การเข้าช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ การลำเลียงขนย้าย และส่งผู้รับบริการโดยทีมกู้ชีพตำบลและและทีมชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงของโรงพยาบาล

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ จำเป็นต้องได้รับการรักษาดูแลอย่างเร่งด่วน ซึ่งมีอาการหรือสัญญาณอันตรายที่ผู้ป่วยหรือญาติสังเกตได้เช่นมีอาการใจสั่นเจ็บหน้าอกหายใจลำบากเจ็บตรงกลางหน้าอกเอียงลงมาทางลิ้นปี่จุกแน่นอึดอัดร้าวไปถึงคอหอย ไหล่ซ้ายข้อศอก หรือท้องแขนซ้าย กรามหรือคอด้านซ้ายซีจางเด่นเร็วหรือช้ากว่าปกติมีอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะเหงื่อออก หน้ามืด

สภาพปัญหา สาเหตุ ของการไม่ใช้บริการ หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับ สภาพปัญหาส่วนบุคคลความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ความจำเป็น การให้ความสำคัญของการใช้บริการ ความรู้เรื่องโรค อาการเตือนที่เป็นสัญญาณอันตรายในการที่จะเรียกใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉิน

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาที่การดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุและระหว่างนำส่งโรงพยาบาลโดยการเรียกใช้บริการผ่าน 1669 การใช้บริการนี้จะทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินได้รับการดูแลช่วยเหลือที่รวดเร็วถูกต้องการเรียกใช้บริการ 1669 ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ขึ้นอยู่กับความรู้ ตระหนักถึงสัญญาณอันตรายของโรค ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้แก่ความจำเป็น การให้ความสำคัญของการใช้บริการ การเรียกใช้บริการ จะส่งผลให้การเข้าถึงที่รวดเร็วลดอัตราการตายลงได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยมีกลุ่มผู้ป่วยและญาติโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับบริการในโรงพยาบาลด้วยแบบสอบถามผู้ป่วยและญาติโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 38 ราย และการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับมุมมองและการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่เขตอำเภอวัง จังหวัดลำปาง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มารับบริการตามนัดและส่งมาตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 8 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

เครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษาและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้นำส่ง พาหนะที่นำส่ง สาเหตุที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่โรงพยาบาลระยะเวลาที่เกิดอาการเจ็บหน้าอกจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ความจำเป็นการให้ความสำคัญของการใช้บริการ อาการเตือนที่เป็นสัญญาณอันตรายในการเรียกใช้บริการ) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ มีการให้คะแนนโดยการระบุว่ารู้หรือไม่รู้

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อนำไปใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจที่มาตรวจตามนัดและได้รับการส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยมีประเด็นและแนวคำถามจำนวน 6 คำถาม ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ มุมมองและการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามได้มีการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) โดยนำแบบสอบถามที่ร่างไว้ไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนำเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (อาจารย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉินและหัวหน้าหอผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน) พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.96 และได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทำการทดลองกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้แต่มีคุณสมบัติในลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของทั้งฉบับเท่ากับ 0.83 สำหรับแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่เป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกได้นำไปหาความเที่ยงตรงด้วยการให้ผู้เชี่ยวชาญในภาพรวมด้านเนื้อหาภาษาและความครอบคลุม

ประเด็นจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติให้ศึกษาจากคณะกรรมการของโรงพยาบาลลาว และผู้วิจัยได้ดำเนินการเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลตามความเป็นจริงตามแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ สร้างความเข้าใจว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องอธิบายเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ ทั้งนี้การออกจากการวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการขอรับบริการที่พึงได้จากโรงพยาบาลลาว นอกจากนี้ได้ชี้แจงเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลที่ได้อาจเป็นความลับจะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่าง ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจตรงกันแล้ว ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพ คะแนนความรู้/การรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.63) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 31.58) มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 84.21) และมีอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน (ร้อยละ 52.63) ส่วนกลุ่มผู้นำส่ง/ญาติ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.42) มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 73.68) มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 47.37) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรธิดา (ร้อยละ 68.42)

ส่วนที่ 2 ข้อมูล เกี่ยวกับพาหนะที่นำส่ง ระยะทางจากบ้านมาถึงโรงพยาบาล ระยะเวลาเจ็บอกจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล ระยะเวลาเดินทางมาโรงพยาบาล และการรับรู้ของญาติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของพาหนะที่นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลและสาเหตุที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของญาติผู้นำส่ง (N=19)

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
1. พาหนะที่นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล		
1. รถส่วนตัว	12	63.16
- รถยนต์	9	75.00
- รถมอเตอร์ไซด์	3	25.00
2. รถญาติ	7	36.84
2. สาเหตุที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน		
1. มาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า	17	89.47
2. ไม่รู้จักการแจ้งรถพยาบาลฉุกเฉินผ่าน 1669 หรือเลขหมายอื่นๆ	8	42.11
3. ไม่อยากเสียเวลารอรถพยาบาลฉุกเฉินอาจมาช้า	7	36.84
4. รู้สึกว่าอาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเล็กน้อย	7	36.84
5. ภาวะตกใจไม่ได้นึกถึงรถพยาบาลฉุกเฉิน	4	21.05
6. การโทรแจ้ง 1669 มีความยุ่งยากในการบอกข้อมูลอาการสถานที่	4	21.05
7. กลัวเสียค่าใช้จ่าย	3	15.79

จากตารางที่ 1 พบว่า พาหนะที่นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่มาด้วยรถส่วนตัว/คนในครอบครัว (ร้อยละ 63.16) ทั้งนี้พบว่าไม่มีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และสาเหตุที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ส่วนใหญ่มาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า (ร้อยละ 89.47) รองลงมา ไม่รู้จักการแจ้งรถพยาบาลฉุกเฉินผ่าน 1669 หรือเลขหมายอื่นๆเลย (ร้อยละ 42.11) ไม่อยากเสียเวลารอรถพยาบาลฉุกเฉินอาจมาช้า และรู้สึกว่าการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเล็กน้อย (ร้อยละ 36.84)

ตารางที่ 2 แสดงระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ระยะเวลาการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล และ
ระยะเวลาการเจ็บอกจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วย (N=19)

ระยะเวลา	จำนวน	ร้อยละ
1. ระยะทางจากบ้านมาถึงโรงพยาบาล		
1. ระยะทาง 0 - 5 กิโลเมตร	9	47.37
2. ระยะทาง 6 - 10 กิโลเมตร	6	31.58
3. ระยะทาง 11-15 กิโลเมตร	2	10.53
4. ระยะทาง 16-20 กิโลเมตร	1	5.26
5. ระยะทาง 21-25 กิโลเมตร	1	5.26
2. ระยะเวลาเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล		
1. ระยะเวลาเดินทาง0-10 นาที	3	15.79
2. ระยะเวลาเดินทาง11-20 นาที	11	57.89
3. ระยะเวลาเดินทาง21-30 นาที	2	10.53
4. ระยะเวลาเดินทาง31-40 นาที	2	10.53
5. ระยะเวลาเดินทาง41-50 นาที	1	5.26
3. ระยะเวลาดั้งแต่เจ็บอกจนกระทั่งเดินทางถึงโรงพยาบาล		
0- 3 ชั่วโมง	10	52.63
>3 - 12 ชั่วโมง	5	26.32
>12 ชั่วโมง	4	21.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ส่วนใหญ่ระยะทางจากบ้านมาถึงโรงพยาบาลระยะทางไม่เกิน 5 กิโลเมตร (ร้อยละ 47.37) ระยะเวลาดำเนินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลใช้เวลาเดินทางไม่เกิน 20 นาที(ร้อยละ 57.89) และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บอกจนกระทั่งผู้ป่วยเดินทางถึงโรงพยาบาลใช้เวลาไม่เกิน 3 ชั่วโมง (ร้อยละ 52.63) และมากกว่า 3 ชั่วโมง- 12 ชั่วโมง (ร้อยละ 26.32)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ความรู้ของญาติที่นำส่งเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (N=19)

ประเด็นความรู้	รู้		ไม่รู้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.เบอร์โทร 1669 ใช้เพื่อการแจ้งเหตุระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	10	52.63	9	47.37
2.เบอร์โทร 1669 โทรฟรีทั้งโทรศัพท์บ้านและมือถือ	8	42.11	11	57.89
3.การเรียกใช้รถฉุกเฉิน 1669 ไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น	8	42.11	11	57.89
4.ระบบบริการการแพทย์ฯให้การพยาบาลฉุกเฉินระหว่างไปส่ง รพ.	9	47.37	10	52.63
5.สามารถเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้ตลอด24 ชั่วโมง	9	47.37	10	52.63
6. ผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือด้วยรถพยาบาลจะช่วยลดอัตราการตาย	6	31.58	13	68.42
7.อาการเตือนอันตรายที่จะเรียกใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉิน	10	52.63	9	47.37

จากตารางที่ 3 พบว่า ส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับเบอร์โทร 1669 ใช้เพื่อการแจ้งเหตุของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 52.63) และรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนที่เป็นสัญญาณอันตรายในการที่จะเรียกใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉิน (ร้อยละ 52.63)

ส่วนที่ 3 การสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้ป่วยแล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหาได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

1. เหตุผลที่ไม่ใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) พบว่า ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลโดยรถยนต์ส่วนตัว บางรายมาด้วยรถญาติ มาด้วยรถของคนข้างบ้าน หรือบางรายอยู่ใกล้โรงพยาบาลจะมาด้วยรถยนต์ส่วนตัว เพราะคิดว่าสะดวกและรวดเร็ว ดังที่มีผู้ให้ข้อมูลว่า

“ ลูกสาวมาส่งลูกสาวมีรถ จะมาก็มาได้เลยสะดวกดี ”, “ ญาติมาส่ง บ้านอยู่ไม่ไกล ถ้ารถพยาบาลเมื่อไหร่จะมาถึงไม่รู้ ”, “ ญาติมีรถ เป็นก็มาส่งเลยสะดวกไม่มีปัญหา ”

และส่วนมากแม้จะรู้ว่ามียุทธศาสตร์การแพทย์ฉุกเฉินแต่ไม่รู้จะเรียกใช้บริการอย่างไรหรือไม่รู้ว่าสามารถเรียกใช้บริการได้ ดังที่มีผู้ให้ข้อมูลว่า

“ เคยเห็นไปรับคนอื่น แต่ไม่รู้จะแจ้งอย่างไรอยู่ 2 คน ตายายปกติจะบอกลูกคนที่อยู่บ้านใกล้มาส่ง ”

“ เห็นเขาเรียกคนไข้อุบัติเหตุ รถคว่ำรถชน ไม่รู้ว่าเป็นแบบนี้ก็เรียกได้ ไม่ทราบเบอร์ 1669 ”

นอกจากนี้ยังมีมุมมองว่าการเรียกใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินคือ ต้องเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการหนักซึ่งตนเองหรือญาติอาการไม่หนักถึงขั้นที่จะต้องใช้บริการ ดังที่มีผู้ให้ข้อมูลว่า

“ อาการไม่หนักนึกว่าต้องอาการหนักถึงเรียกได้ ”, “ ให้คนที่อาการหนักกับคนที่ไม่มีรถเราไปเองได้ ”

บางรายไม่มีรถยนต์ก็นำผู้ป่วยมาด้วยใช้มอเตอร์ไซด์แต่เป็นรายที่อยู่ห่างโรงพยาบาล ไม่เกิน 10 กิโลเมตร และในบางรายก็รู้สึกเกรงใจไม่กล้าเรียกใช้บริการ เป็นต้น และสำหรับบางพื้นที่ เช่น ตำบลแม่ตึบที่ทราบเกี่ยวกับการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าตำบลอื่น ด้วยเพราะ อบต. จะมีการจัดหน่วยกู้ชีพให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง มีการประชาสัมพันธ์ และมีการช่วยเหลือปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ จากประเด็นเหตุผลที่ไม่ใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการสัมภาษณ์พบว่าเหตุผลที่ไม่ใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเนื่องมาจากขาดความรู้ความเข้าใจระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งเรื่องของการให้บริการ การเรียกใช้บริการ และข้อดีข้อดีของการใช้บริการ แต่มีบางรายที่เคยใช้บริการ พื้นที่ที่ท้องที่การปกครองส่วนท้องถิ่นจัดตั้งหน่วยให้บริการ คนในพื้นที่เหล่านี้จะทราบถึงบริการ แสดงให้เห็นว่าการประชาสัมพันธ์ให้ทราบถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง

2. ความรู้เรื่องโรคต่อการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ส่วนใหญ่จะทราบว่าอาการเจ็บอกที่เป็นอยู่นั้นมีความสงสัยว่าจะเข้าข่ายเป็นหัวใจ แต่ก็ไม่รู้ถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นและไม่ทราบว่าการดำเนินของโรคนั้นเป็นอย่างไร ดังที่มีผู้ให้ข้อมูลว่า

“ แม่เจ็บเล็กน้อยเป็นครั้งๆเป็นบ่อยเลยบอกลูกๆพามาหมอให้ไปโรงพยาบาลลำปาง หมอที่ลำปางใส่สายเข้าไปในหัวใจ ”

แต่ในขณะเดียวกันยังมีกลุ่มที่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจโดยไม่ทราบว่า ถ้ามาโรงพยาบาลเร็วขึ้นจะมีข้อดีหรือเกิดประโยชน์อย่างไร เพราะส่วนมากมีอาการแล้วคิดว่าไม่เป็นไรมาก เจ็บไม่มาก ดังที่มีผู้ให้ข้อมูลว่า

“ มีอาการวันก่อนตอนทำนา พักแล้วมันหาย จึงกลับบ้าน หลังจากนั้นเจ็บอีกแต่เจ็บเล็กน้อย อีกวันไม่ไปทำนา รู้สึกว่าจะกลับมาเจ็บอีกก็เลยขับมอเตอร์ไซด์มาให้หมอตรวจ ”

นอกจากนี้ยังพบว่ามีราย 1 ที่ขาดคนดูแลและขาดความพร้อมในการดูแล ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยอายุ 70 กว่าปี อาศัยอยู่กับลูกชายที่มีอายุ 50 กว่าปี แต่ลูกชายผู้ดูแลกลับมีปัญหาทางสมองคือมีการรับรู้ไม่ดี (ปัญญาอ่อน) ดังที่มีผู้ให้ข้อมูลว่า “หมอถามมันไม่รู้หรอก อายุเกือบห้าสิบแล้วไม่ค่อยรู้เรื่อง ถ้าแม่ไม่สบายบอกก็มาอยู่กันสองคน”

ส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคที่เป็นอยู่ ไม่ทราบว่าอาการเจ็บอกเป็นภาวะวิกฤต ส่วนใหญ่คิดว่าไม่เป็นอะไรมากพอเกินอาการก็รอเวลาว่าอาการจะทุเลาลงหรือไม่ ถ้าเจ็บอกมากขึ้นไม่ทุเลาถึงจะไปโรงพยาบาล ซึ่งส่วนมากไม่เข้าใจว่าต้องมาถึงโรงพยาบาลเร็วจะมีผลดีอย่างไร ผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุและบางรายอาศัยอยู่สองคนตายา บางรายอาศัยกับบุตรซึ่งพิการทางสมอง ทำให้ผู้ป่วยส่วนนี้ขาดการดูแล

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่อง แนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ก่อนถึงโรงพยาบาลสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ประเด็นสภาพ ปัญหา สาเหตุของการไม่ใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า สาเหตุลำดับแรกของการไม่ใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คือ ต้องการมารถส่วนตัวหรือรถญาติด้วยเหตุผลที่ว่าสะดวกกว่า ร้อยละ 89.47 รองลงมาคือ ไม่รู้จักวิธีการแจ้งรถพยาบาลฉุกเฉินผ่าน 1669 และไม่รู้จักเบอร์ 1669 ร้อยละ 42.11 บางรายทราบว่ามีการพยาบาลฉุกเฉินแต่คิดว่ามีไว้เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลลำปางหรือเพื่อรับผู้ป่วยที่มีอาการหนักผู้ป่วยอุบัติเหตุ เป็นต้น เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะไม่รู้จักและไม่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก่อน และส่วนใหญ่คิดว่าการเจ็บป่วยเพียงมีอาการเพียงเล็กน้อยไม่รุนแรงไม่จำเป็นต้องเรียกรถพยาบาลมารับซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่อง โครงการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (STEMI) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 89 เดินทางมาโรงพยาบาลโดยไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยใช้พาหนะของตนเองหรือญาติร้อยละ 68.3 และผู้ป่วยร้อยละ 25.7 ยังไม่ทราบว่ามีการบริการการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งในจำนวนนี้มีคิดว่าการโทรมีความยุ่งยากซับซ้อนไม่เข้าใจขั้นตอนวิธีการโทรแจ้งเหตุและผู้ป่วยร้อยละ 59.3 เห็นว่าใช้เวลารถพยาบาลนานกว่าการเดินทางไปโรงพยาบาลด้วยตนเอง (พัชรภรณ์ อุณเฑาะ, 2554) นอกจากนี้จากผลการศึกษาเรื่องเหตุใดคนเชียงใหม่เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุจึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า สาเหตุที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อันดับแรกให้เหตุผลว่ามีรถส่วนตัวสามารถมาเองได้ร้อยละ 64.1 อันดับสองคือ ไม่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 50 และอันดับสามคือ รู้สึกว่าการเจ็บป่วยครั้งนั้นเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องเรียกรถพยาบาลมารับ ร้อยละ 25 (ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล และคณะ, 2555) ซึ่งการไม่เรียกใช้บริการด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ทำให้การดำเนินของโรครุนแรงขึ้น ซึ่งเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที และพบว่าคนที่ไม่เรียกใช้บริการ EMS เพราะไม่ได้ตระหนักถึงความร้ายแรงของอาการเจ็บป่วยของตนเองจนส่งผลให้ต้องได้รับการรักษาฉุกเฉินถึง 31.25% หากผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องทันท่วงทีย่อมมีโอกาสสูงที่จะเสียชีวิตหรือพิการทั้งๆที่บริการ EMS สามารถช่วยลดความเสี่ยงนี้ของผู้ป่วยได้แต่กลับถูกละเลย (วาริรัตน์ ธาธาบุญรัตน์ และคณะ, 2558)

เมื่อได้สภาพปัญหา สาเหตุ ก็นำไปสู่แนวทางได้ ดังนี้ 1) ในเรื่องการประชาสัมพันธ์ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยและญาติยังไม่ทราบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ทราบเบอร์ใช้บริการ 1669 อาจเป็นเพราะการประชาสัมพันธ์ยังไม่เพียงพอ ดังนั้นควรพัฒนาการประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้นและผ่านสื่อหลายช่องทาง เช่น ทางวิทยุชุมชน ทางเสียงตามสายหมู่บ้าน ป้ายโฆษณา สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องเหตุใดคนเชียงใหม่เมื่อเกิดเจ็บ

ป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุจึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่พบว่า การไม่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสาเหตุลำดับแรกๆ ของการไม่ใช้บริการ (ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล และคณะ, 2555) และจากการสัมภาษณ์พบว่า มีบางรายเท่านั้นที่ทราบว่ามีการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่ไม่ทราบเบอร์ 1669 ทั้งนี้ผู้ที่ทราบบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีญาติเคยใช้บริการหรือ เคยเห็นรถพยาบาลไปรับผู้ป่วย และอยู่ในเขตพื้นที่ที่ท้องครุฑปกครองส่วนท้องถิ่นมีการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และทราบจากประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อโทรทัศน์ ดังนั้นรูปแบบการประชาสัมพันธ์ควรมุ่งเน้นการลงสู่พื้นที่เพื่อให้การเข้าถึงได้ครอบคลุม โดยอาศัยความร่วมมือจากท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน และผู้นำชุมชน ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วรู้จักหรือเคยได้ยินหมายเลขเจ็บป่วยฉุกเฉิน 1669 ผ่านสื่อหลายช่องทางเช่นหอกระจายข่าวเสียงตามสายป้ายโฆษณาแผ่นพับสื่อวิทยุและสื่อบุคคลโดยเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนประจำหมู่บ้าน อาสาฉุกเฉินชุมชน และกลุ่มแกนนำชุมชน (กิตติพงศ์ พลเสน และคณะ, 2559)

การเพิ่มการดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มารับบริการในเขตพื้นที่อำเภอวัง ส่วนใหญ่เป็นมีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 31.58) และบางรายขาดคนดูแล อาศัยอยู่สองคนตายาย อยู่กับบุตรซึ่งมีปัญหาด้านการรับรู้ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีข้อจำกัดด้านการรับรู้และการตัดสินใจเมื่อเกิดภาวะวิกฤติซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะมีครอบครัวเป็นผู้ดูแลโดยผู้ดูแลหลักคือบุตรสาวในขณะที่บทบาทภาระของผู้ดูแลหลักมีปัญหาและได้รับผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลหลักที่หลากหลายคือไม่มีประสบการณ์และความรู้ด้านการดูแลมีปัญหาด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยร่วมสมรรถนะทางร่างกายลดลงมีปัญหาด้านอารมณ์จิตใจมีปัญหาด้านเศรษฐกิจสังคมแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุคือ การเพิ่มศักยภาพด้านการดูแล และการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลในและวงนอกที่เป็นเครือข่าย และครัวเรือนแบบชิด เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือกันเป็นสิ่งจำเป็น และควรพัฒนากลไกในรูปคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชนท้องถิ่นร่วมกับหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยมีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีแผนงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมจากชุมชน (ขวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ, 2559) จึงควรมีการวางแผนเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้จากการศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินคืออายุผู้ดูแลหลักสมาชิกในครัวเรือนผู้หารายได้หลักของครอบครัวสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุการช่วยเหลือของชุมชนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินการประชาสัมพันธ์การเรียกหน่วยกู้ชีพการมีเพื่อนบ้านอยู่ใกล้เคียงดังนั้นควรให้ความรู้ผู้ดูแล และจัดระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโดยอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายและครอบครัวแบบชิด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนเพื่อให้การดูแลและให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤติ (ณัชชาภัทร ชันสาคร และคณะ, 2559)

สรุป

การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีความสำคัญ เนื่องจากการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องและทันเวลาจะสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนลดการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นจากการช่วยเหลือไม่ถูกต้องและหรือการนำส่งโรงพยาบาลล่าช้าได้ ดังนั้นการพัฒนาและปรับระบบบริการเพื่อการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มดังกล่าว เขตพื้นที่อำเภอวัง จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายในเชิงของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อส่งเสริมให้คนในพื้นที่ได้รับการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพโดยการเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ “เจ็บป่วยฉุกเฉิน 1669” การสร้างความเข้าใจบริการเพื่อการเข้าถึงระบบ

บริการการแพทย์ฉุกเฉินและสิ่งสำคัญคือ การให้ความรู้ที่ถูกต้องการสร้างความตระหนักในกลุ่มผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลเพื่อให้มีความรู้เรื่องโรคร้ายโรคภัยที่ควรรับมาโรงพยาบาล สังเกตสัญญาณเตือนรวมทั้งแจ้งเหตุหรือเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ให้ได้ให้เป็นและให้รวดเร็ว เพื่อความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจและขาดเลือดให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนมาถึงโรงพยาบาลโดยการให้ความรู้ที่ถูกต้อง ตลอดจนเพิ่มความตระหนักและการเห็นความสำคัญเรื่องโรคและสัญญาณเตือน ข้อดีของการเรียกใช้บริการ 1669 และผลเสียของการมาโรงพยาบาลเองโดยไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินตามแนวคิดการรับรู้แก่กลุ่มผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการเนื่องจากหากได้รับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการจะลดอัตราการเสียชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวได้ดีกว่าพร้อมกับขยายผลการถ่ายทอดความรู้ผ่านทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงสู่เครือข่ายและครอบครัวแบบชิดเพื่อให้เกิดเพื่อให้มีการใช้บริการเพิ่มมากขึ้น

2. ควรมีนโยบายให้มีการจัดตั้งหน่วยบริการให้ครอบคลุมทุกตำบลพร้อมทั้งการประชาสัมพันธ์ให้คนในพื้นที่รู้จักเบอร์ 1669 และการเรียกใช้บริการ เพื่อให้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วด้วยการขยายผลไปยังกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน เช่นกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนเพื่อให้เกิดการการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันดูแลเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในชุมชนและเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการในชุมชนมากยิ่งขึ้น

3. ควรพัฒนาระบบการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ญาติในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่มีประสิทธิผล เช่นการให้ความรู้เชิงปฏิบัติการในคลินิกโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วย ผู้ดูแล เครือญาติ และครัวเรือนแบบชิด ในเรื่องของโรค อาการสัญญาณเตือน และการใช้บริการ 1669 เพื่อให้เกิดการตัดสินใจรับการรักษาและการจัดการเบื้องต้นที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการจากภาวะหัวใจขาดเลือด

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพงศ์ พลเสน และคณะ. (2559). สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย. ค้นเมื่อ 27 สิงหาคม 2560. จาก http://www.niems.go.th/th/Upload/File/255908171439332756_I7UNTXkvtBfQGYyL.pdf.
- เกรียงไกร เสงี่ยม. (2556). มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสถาบันโรคทรวงอก. ค้นเมื่อ 27 สิงหาคม 2560. จาก http://www.cdi.thaigov.net/cdi/folder_a/folder_f/1aa.pdf.
- ชลิต สวัสดิ์ผล และคณะ. (2559). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 5 (ฉบับพิเศษ), 387-405.
- ณัฏฐา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจ และบวรวิทย์ ชำนาญกุล. (2555). เหตุใดคนเชียงใหม่เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุจึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 6(2), 268-277.
- ณัฐฉัตร พันธ์มุง, หทัยชนก ไชยวรรณ และณัฐสุดา แสงสุวรรณโต. (2559). ประเด็นสารธรรมรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ.2559. ค้นเมื่อ 27 สิงหาคม 2560. จาก <http://www.thaincd.com>.
- ณิชาภัทร ชันสร และคณะ. (2559). การศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน.
- นิตยา อภินันท์, สุชาตา ภิรมย์ และ สุภาณี สิทธิสาร. (2556). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โรงพยาบาลกระบี่. วารสารกองการพยาบาล, 40(3), 70-83.
- บุญจง แซ่จึ้ง และ สุรพันธุ์สิทธิสุข. (2556). มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสถาบันโรคทรวงอก. ค้นเมื่อ 27 สิงหาคม 2560. จาก http://www.cdi.thaigov.net/cdi/folder_a/folder_f/1aa.pdf.
- พัชรภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ, ศิริอร สิ้นธุ. (2554). โครงการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (STEMI) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน.
- วาริรัตน์ ธาราบุญรัตน์, รัญญิณณัฐ พิษณุสกลพัทธ์ และ พิมพ์พิสุทธิ์ อนันตกุล. (2558). ช่วยชีวิตด้วย 1669 กับ EMS Smart Card. ระบบออนไลน์. จาก <http://www.prachachat.net>.
- สุขุม กาญจนพิมาย. (2559). สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ค้นเมื่อ 5 กันยายน 2560 จาก: <https://www.nhso.go.th>.
- อนุชา เศรษฐเสถียร. (2559). ศูนย์ข้อมูลข่าวสารการแพทย์ฉุกเฉินไทย. ค้นเมื่อ 27 สิงหาคม 2560. จาก <http://thaieminfo.com>.

