

การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน
ก่อนถึงโรงพยาบาลในชุมชนที่เลือกสรร



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน
ก่อนถึงโรงพยาบาลในชุมชนที่เลือกสรร



นางสาว นราพร แยมเจิม

นางสาว นราพร แยมเจิม

ผู้ศึกษา

11/2564

ผู้ช่วยศาสตราจารย์แสงทอง ชีระทองคำ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก

12/2564

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพวรรณ เปียเชื้อ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม

นางสาว นราพร

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี,

พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน
ก่อนถึงโรงพยาบาลในชุมชนที่เลือกสรร

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2552

นางสาว นราพร แยมเจิม

นางสาว นราพร แยมเจิม

ผู้ศึกษา

รองศาสตราจารย์สุลี ทองวิเชียร,
ศด. (การพยาบาลสาธารณสุข)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์รณู พุกบุญมี,
พย.ด.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพวรรณ เปี้ยเชื้อ,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์แสงทอง ชีระทองคำ,
Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ อร่าม โรจนสกุล,
พ.บ.
รองคณบดีฝ่ายบริหาร รักษาการแทน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จของสารนิพนธ์ฉบับนี้มิได้เกิดจากผู้ศึกษาเพียงคนเดียว หากแต่ได้รับความอนุเคราะห์จากคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง ชีระทองคำ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียเชื้อ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่สละเวลาอันมีค่ายิ่งช่วยเหลือ ให้ความกรุณาอุทิศเวลา ให้คำแนะนำ ปรึกษา ตรวจสอบ แก้ไขและปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง ผู้ศึกษารู้สึกภาคภูมิใจที่มีอาจารย์เป็นแบบอย่างที่ดี ด้านการศึกษา ทำให้ผู้ศึกษารู้สึกมีกำลังใจ และเกิดความรู้สึกที่ดีมาโดยตลอด ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งคณาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลา ที่ได้มีโอกาสเข้ามาศึกษาในสถาบันแห่งนี้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เกี่ยวข้องที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการทำสารนิพนธ์ครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ไชคราชนัน ชัยฤกษ์สุขสันต์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลานสัก ที่ให้โอกาสผู้ศึกษาได้เข้ารับการศึกษานี้ รวมทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลานสักทุกท่าน โดยเฉพาะเพื่อนร่วมงาน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยระบำทุกท่าน ที่สนับสนุน ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาเป็นอย่างดีโดยตลอดและที่สำคัญอย่างยิ่ง ขอขอบคุณผู้ให้บริการและผู้ให้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลลานสักที่เป็นแรงกระตุ้นและผลักดันให้เกิดผลงานการศึกษานี้

ท้ายนี้ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ผู้ให้กำเนิดชีวิต และสนับสนุนช่วยเหลือให้กำลังใจ รวมทั้งบุคคลผู้หนึ่งซึ่งให้ความรัก กำลังใจ และความหวังใต้อุทิศมาโดยตลอด

นราพร เข้มเจิม

การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในชุมชนที่เลือกสรร
SITUATIONAL ANALYSIS OF PRE – HOSPITAL CARE SYSTEM FOR EMERGENCY PATIENTS IN
SELECTED COMMUNITY

นราพร แยมเจิม 4937021 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : แสงทอง ชีระทองคำ, Ph. D. (Nursing), นพวรรณ เปียชื่อ, Ph. D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อวิเคราะห์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในชุมชนที่เลือกสรร โดยใช้แนวคิดโมเดลคุณภาพการดูแลของโดนาปีเดียน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล หมู่ 6 ตำบลระบำ อำเภอลานสักร จังหวัดอุทัยธานี ผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล ซึ่งอาศัยอยู่ในหมู่ 6 และหมู่บ้านใกล้เคียง เลือกแบบเจาะจง กลุ่มละ 10 คน และสุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มออกเป็นสองกลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ห่างกัน 3 สัปดาห์ โดยใช้แนวคำถามที่ผู้ศึกษาสร้างตามกรอบแนวคิดโมเดลคุณภาพของโดนาปีเดียน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติบรรยาย และวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการให้ข้อมูลที่สำคัญมีความสอดคล้องกัน คือ สถานการณ์ด้านโครงสร้าง ควรมีการเพิ่มจำนวนผู้ให้บริการ รวมทั้งความรู้และทักษะของผู้ให้บริการ แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและระบบการปฏิบัติงานซับซ้อน มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานตามระบบการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานที่มีจำนวนมากและตัวหนังสือเล็ก ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ จัดค่าตอบแทนการปฏิบัติงานที่เหมาะสม และเพิ่มวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งสถานที่เกิดเหตุที่ไกล และความไม่ชำนาญเส้นทาง ส่งผลให้การไปช่วยเหลือล่าช้า ส่วนประเด็นสำคัญในด้านกระบวนการ ได้แก่ การติดต่อบอกอาการเจ็บป่วยอย่างครบถ้วนแก่ผู้ให้บริการโดยตรง ทำให้การออกไปรับผู้ป่วย การช่วยเหลือเบื้องต้น การส่งต่อไปโรงพยาบาลรวดเร็ว ก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ และผู้ให้บริการเต็มใจต่อการช่วยเหลือผู้ให้บริการ สำหรับด้านผลลัพธ์ พบประเด็นสำคัญคือการป้องกันความเจ็บป่วย / ภาวะแทรกซ้อนระยะเวลาในการดูแลรักษาเบื้องต้นที่รวดเร็ว และความรู้สึกที่ดีต่อการช่วยเหลือของผู้ให้บริการ สำหรับปัญหาและอุปสรรคที่พบ ได้แก่ ด้านบุคลากร ขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ปรับเปลี่ยนบ่อย วัสดุอุปกรณ์ และการติดต่อสื่อสาร ผลการศึกษามีข้อเสนอว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลควรมีการพัฒนาทั้งด้านบุคลากร ขั้นตอนการปฏิบัติงาน วัสดุอุปกรณ์ และการติดต่อสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งควรศึกษาเพิ่มเติมให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ให้บริการ

คำสำคัญ : ระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล / ผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน

SITUATIONAL ANALYSIS OF PRE – HOSPITAL CARE SYSTEM FOR EMERGENCY PATIENTS IN SELECTED COMMUNITY

NARAPON YAMJIRM 4937021 RACN/M

M.N.S.(COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: SANGTHONG

TERATHONGKUM, Ph.D. (Nursing), NOPPAWAN PIASEU, Ph.D. (Nursing)

ABSTRACT

This study was used to analyze the situations and problems of a pre - hospital care system for emergency patients using Donabedian's Quality of Care Model. The samples were health care providers, nurses and first responders at Moo 6 and close to the village, and clients of the pre-hospital care system at Moo 6, Rabum Sub-district, Lansak District, Uthaithani Province. There were ten samples per group, and then each. Group was then randomly divided into two sub-groups. Data were collected twice, three weeks apart, and for 60 minutes each using focus group discussions and guideline questionnaires based on Donabedian's Quality of Care Model developed by the investigator. The demographic data were analyzed using descriptive statistics, and the focus group information was analyzed by content analysis.

The findings revealed that the information of clients and health care providers were congruent. The themes of this structured situation were to increase the number of health care providers and their knowledge and skills. Emergency medical care methods and working systems are complicated and sometimes change as well, as more details of medical records and incomplete records cause errors. The participants also suggested increasing public relations of the pre-hospital care system, providing a proper reward for health care providers, and increasing more equipment. Besides, the long distance setting and the inexperienced direction of health care providers led to postponed care. The themes of process were to direct communication and provide complete information to health care providers who would assist the process of the transportation, first aid, and referral, resulting in good relationships between health care providers and clients, including the providers' willingness to provide care for their clients. Regarding the outcome themes, health problem/and health complication prevention, promptness of first aid provisions, and good impressions on the care of health care providers were important. The problems and obstacles of pre-hospital care system involved health care providers, a flexible working system, equipment and communication. The study suggested that the pre-hospital care system for emergency patients should effectively improve personnel, the working system, equipment, and communication. The study suggests that these improvement would help in other setting, as well.

KEY WORDS: PRE-HOSPITAL CARE SYSTEM FOR EMERGENCY PATIENTS / EMERGENCY PATIENTS

129 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ซ
สารบัญแผนภูมิ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย	8
ส่วนที่ 1 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	9
ส่วนที่ 2 ระบบการดำเนินงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล อำเภอสามโก้ จังหวัดฉะเชิงเทรา	24
ส่วนที่ 3 โมเดลคุณภาพการดูแลของโดนาเบเดียน (Donabedian's Quality of Care Model)	24
ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์สถานการณ์(situational analysis)	25
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา	29
บทที่ 4 ผลการศึกษา	33
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	54
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	65
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	71
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	91
รายการอ้างอิง	111
ภาคผนวก	118
ประวัติผู้ศึกษา	129

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. แสดงสถิติการออกรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ปี พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2550	12
2. แสดงสถิติดำเนินการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลอำเภอสามโก้ จังหวัดอุทัยธานี ปี พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2551	22
3. แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล	34
4. แสดงข้อมูลของส่วนบุคคลผู้ใช้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล	37

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ

หน้า

1. แสดงแผนที่ อำเภอลานสักร จังหวัดอุทัยธานี

21



สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1. กรอบแนวคิดการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ก่อนถึงโรงพยาบาล	5
2. แสดงผังการนั่งของการสนทนากลุ่ม	28



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service system: EMSS) หมายถึง การให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน โดยจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ ระบบรับแจ้งเหตุและตั้งการ หน่วยปฏิบัติการที่มีคุณภาพเหมาะสมกับพื้นที่บริการ การดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ และระหว่างนำส่งโรงพยาบาล รวมทั้งการนำส่งไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อรับการรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล (สมชาย กาญจนสุต, 2550) โดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระบบ ได้แก่ ระบบการช่วยเหลือรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึง โรงพยาบาล (pre-hospital care) ระบบการช่วยเหลือรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในโรงพยาบาล (hospital care) และการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) (วิทยา ชาติบัญชาชัย, 2545)

การบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยปี พ.ศ.2550 พบว่ามีสาเหตุจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 52.48 และอุบัติเหตุจราจร คิดเป็นร้อยละ 47.52 โดยผู้ให้บริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2550 การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (advance life support: ALS) จากจำนวน 107,243 ราย เพิ่มขึ้นจำนวน 123,158 ราย การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (basic life support: BLS) จากจำนวน 126,579 ราย เพิ่มขึ้นจำนวน 179,372 ราย และการปฏิบัติการปฐมพยาบาล (first responder: FR) จากจำนวน 33,650 ราย เพิ่มขึ้นจำนวน 166,100 ราย โดยการดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุและนำส่งโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 87.18 รองลงมาคือการดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุและไม่นำส่งโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 2.84 และมีผู้เสียชีวิต ร้อยละ 1.32 (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2550)

ระบบการช่วยเหลือรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล มีความสำคัญต่อการช่วยเหลือนชีวิตผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน และเป็นชั่วโมงทอง (golden hour)ของการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินให้รอดชีวิตมากกว่าการรักษาที่โรงพยาบาล (กาญจนา เซ็นนันท์, อรพรรณ โตสิงห์, และศิริอร สันธุ 2551; Redmond & Trunkey, 1983: 243 อ้างใน สถาบันพระปกเกล้า, 2548: 90) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของปีทมา โมลี อรพรรณ โตสิงห์ และศิริอร สันธุ (2551) ที่พบว่า การดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลสามารถลดอัตราการเสียชีวิต เนื่องจากผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้รับการดูแลทันที และนำส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว รวมทั้งได้รับการดูแลอย่าง

ต่อเนื่อง (เกศินี สราญฤทธิชัย และคณะ, 2546) นอกจากนี้จากการศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย พบว่าการบริการดูแลรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ที่ใช้งบประมาณในการพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ จำนวนเงิน 71 ล้านบาทต่อปี ทำให้ผู้ให้บริการได้รับประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน ช่วยลดความรุนแรงและความพิการของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ส่งผลให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินประมาณ 2,800-4,700 ล้านบาทต่อปี (แท้จริง ศิริพานิช, 2542: 9)

อย่างไรก็ตามจากผลสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันวิจัยเอแบคเฮลธอินเตอร์เนตโพลล์ พบว่า ระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของประเทศไทยยังอยู่ในสภาพพร่อง ทั้งด้านการปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทักษะในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินของอาสาสมัคร และการดำเนินงานที่ขาดประสิทธิภาพ รวมทั้งการประสานงาน การแจ้งเหตุ ผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน (สุพรรณ ศรีธรรมมา, 2549: 42-49; สันต์ หัตถิรัตน์, 2544 :1-3) ดังนั้นระบบบริการการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลจึงควรได้รับการประเมินสภาพปัญหาในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านศูนย์ประสานงาน การกำหนดแนวทางการรับแจ้งข้อมูล กำหนดบทบาทของทีมกู้ชีพ และการพัฒนาทักษะของทีมสุขภาพรวมทั้งประสานงาน เพื่อให้ระบบบริการมีประสิทธิภาพและมาตรฐาน (กาญจนา เซ็นนันท์, และคณะ 2551; ปัทมา โมลี และคณะ, 2551; วิทยา ชาติบัญชาชัย, 2545; สุพรรณ ศรีธรรมมา, 2549: 42-49)

โรงพยาบาลลานสัก อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี เป็นโรงพยาบาลแห่งแรกของจังหวัดอุทัยธานี ที่จัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของอำเภอลานสัก มีประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบ 74 หมู่บ้าน จำนวน 43,192 ราย (กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนอำเภอลานสัก, 2551) ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ จำนวน 12 หน่วยงาน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ได้แก่ เทศบาลตำบลลานสัก องค์การบริหารส่วนตำบล 6 แห่ง สถานีอนามัย 4 แห่ง และมูลนิธิร่วมใจอุทัยธานี ทั้งนี้การดำเนินงานดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลของโรงพยาบาลลานสัก เริ่มให้บริการตั้งแต่ปี พ.ศ 2545 และขยายบริการไปที่สถานีอนามัย 4 แห่ง จนถึงระดับท้องถิ่น รวมทั้งจัดการฝึกอบรมอาสาสมัครปฐมพยาบาลประจำหมู่บ้านที่ตำบลระบำ เพื่อเพิ่มบุคลากรในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน เนื่องจากมีแนวโน้มผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2547 จนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2551 โดยการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงเพิ่มจำนวนจาก 32 รายเป็น 144 ราย การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 6 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 35 ราย และในปี พ.ศ. 2550 เริ่มมีการปฏิบัติการปฐมพยาบาลโดยอาสาสมัครปฐมพยาบาล พบว่ามีผู้ใช้บริการจำนวน 85 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 417 รายในปี พ.ศ. 2551 (งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลานสัก, 2551)

ทั้งนี้การดำเนินงานที่ผ่านมายังมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน อาทิ การสื่อสารและการประสานงานในการปฏิบัติการ ทำให้ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเกิดความสับสนและเกิดความไม่พึงพอใจในการดำเนินงาน และการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ามีข้อผิดพลาด เนื่องจากระบบและขั้นตอนการดำเนินงานที่ซับซ้อน นอกจากนี้จากการประเมินผลลัพธ์ในการปฏิบัติ พบว่าการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินได้รับการประเมินและการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ถูกต้อง ณ จุดเกิดเหตุ และนำส่งโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 75.24 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์วัดคุณภาพมาตรฐานของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคือร้อยละ 80 (งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลานสัก, 2551) อย่างไรก็ตามการประเมินระบบดังกล่าว ยังไม่เป็นระบบและไม่ครบวงจร เนื่องจากการประเมินเฉพาะเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหน่วยฉุกเฉิน รวมทั้งการศึกษาศาสนการณ์การดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคของระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในประเทศไทยยังมีจำกัด

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและปฏิบัติงานในระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร เห็นถึงความจำเป็นและความสำคัญอย่างยิ่งของการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล จึงสนใจที่จะศึกษาศาสนการณ์การดำเนินงานปัญหาและอุปสรรคของระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ณ หมู่ 6 ตำบลระบำ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร เนื่องจากเป็นพื้นที่มีการใช้บริการการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมากที่สุด อยู่ห่างจากโรงพยาบาลวานรนิวาสประมาณ 17 กิโลเมตรพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบสูงและภูเขา ทำให้การเดินทางเพื่อไปรักษาที่โรงพยาบาลวานรนิวาส และสถานีอนามัยระบำ มีความยากลำบากและต้องใช้เวลาาน ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพ ระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของหมู่ 6 และเป็นแนวทางที่จะศึกษาเชิงระบบต่อไป

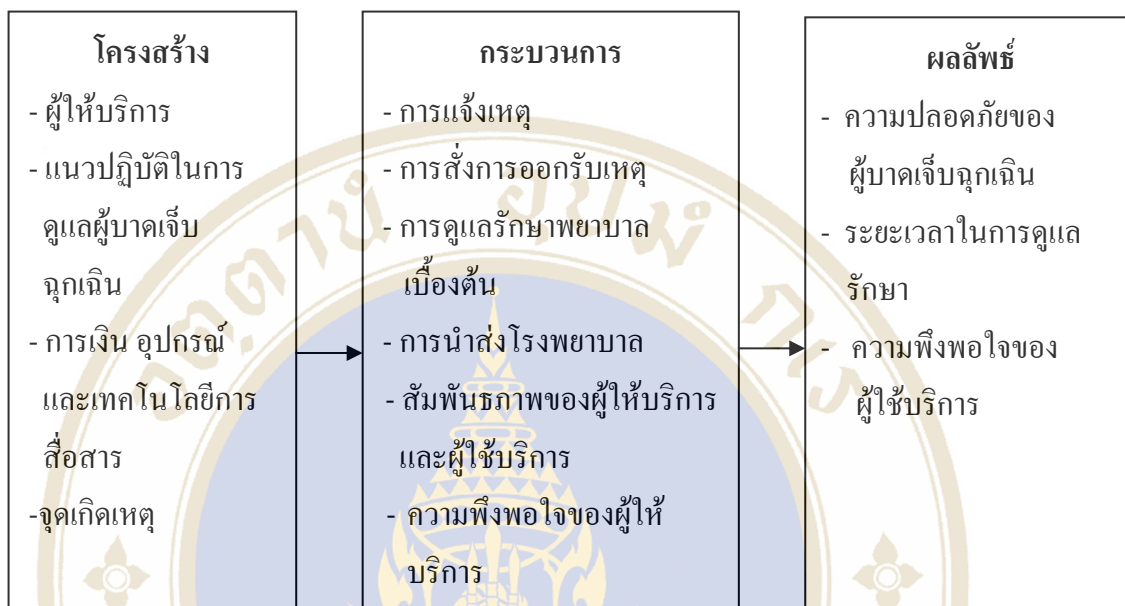
กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาศาสนการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลครั้งนี้อยู่บนพื้นฐานโมเดลคุณภาพการดูแล (Quality of Care Model) ของโดนาบิเดียน (Donabedian, 1988) ซึ่งกล่าวว่า คุณภาพของการดูแลขึ้นกับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการทั้งนี้การประเมินคุณภาพการดูแลประกอบด้วยโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) โครงสร้างหมายถึง องค์ประกอบของการให้บริการ ได้แก่ งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ บุคลากร คุณภาพและจำนวนโครงสร้างองค์กร กระบวนการ หมายถึง กิจกรรมในการดูแลผู้ให้บริการ การวินิจฉัยโรคและการรักษา ส่วนผลลัพธ์ หมายถึง ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล การปรับเปลี่ยนความรู้และ

พฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ซึ่งผลลัพธ์ของการบริการที่มีประสิทธิภาพ ขึ้นกับโครงสร้างและกระบวนการในการบริการ ที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ตำบลระบำ อำเภอลานสั๊ก จังหวัดอุทัยธานีบนพื้นฐานโมเดลคุณภาพการดูแล ดังแผนภูมิที่ 1 ประกอบด้วย การประเมินด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล โดยการประเมินโครงสร้างของระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ประกอบด้วย ด้านผู้ให้บริการ แนวปฏิบัติในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน การเงิน อุปกรณ์และเทคโนโลยีการสื่อสาร และจุดเกิดเหตุ ส่วนการประเมินกระบวนการการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ประกอบด้วย การแจ้งเหตุ การส่งการออกมารับเหตุ การดูแลรักษาพยาบาล เบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ การนำส่งโรงพยาบาล สัมพันธภาพของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ และความพึงพอใจของผู้ให้บริการ สำหรับการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ประกอบด้วย ความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บ ระยะเวลาในการดูแลรักษา และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ผลการประเมินทั้งสามด้านจะได้ภาพรวมของสถานการณ์การดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคของระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน
ก่อนถึงโรงพยาบาล



ดัดแปลงจาก “The Quality of care: How can it be assessed?” by A. Donabedian, 1988, *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในชุมชนที่เลือกสรร
2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในชุมชนที่เลือกสรร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบสถานการณ์การดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคของระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล
2. แนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล
3. พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพสามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ ในการพัฒนาการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในพื้นที่ต่างๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

4. องค์ความรู้ที่ได้สามารถเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไป เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในประเทศไทย

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหันที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และจำเป็นต้องได้รับการประเมิน การช่วยเหลือและการรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อบรรเทาอาการรุนแรงของการบาดเจ็บหรืออาการเจ็บป่วยและความพิการ รวมทั้งลดอัตราการเสียชีวิต

ระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล หมายถึง องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งในด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ได้แก่ ผู้ให้บริการ แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การเงิน อุปกรณ์ และเทคโนโลยีการสื่อสาร จุดเกิดเหตุ การแจ้งเหตุ การส่งการออกรับเหตุ การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น การนำส่งโรงพยาบาล สัมพันธภาพของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ระยะเวลาในการดูแลรักษา และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

ผู้ให้บริการ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลที่อาศัยอยู่ ณ หมู่ 6, 9, 11, และ 14 ที่ออกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่หมู่ 6

แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายถึง แนวทางที่ใช้ในการประเมินและดูแลรักษาเบื้องต้นผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ที่ผู้ให้บริการได้รับการสอนและอบรมเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งระบบ

การเงิน อุปกรณ์ และเทคโนโลยีการสื่อสาร หมายถึง ค่าตอบแทน สวัสดิการ อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ เครื่องมือติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ และการประชาสัมพันธ์

จุดเกิดเหตุ หมายถึง บริเวณสถานที่ที่เกิดเหตุของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน

การแจ้งเหตุ หมายถึง การให้ข้อมูลของผู้ให้บริการหรือผู้ใช้บริการ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะเจ็บป่วย และจุดเกิดเหตุ แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานหรือศูนย์สั่งการที่โรงพยาบาล

การส่งการออกรับเหตุ หมายถึง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแจ้งข้อมูลและวิธีการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการ เพื่้อออกรถ และช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน

การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น หมายถึง การปฐมพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินตามอาการที่พบ ณ จุดเกิดเหตุ

การนำส่งโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ให้บริการตัดสินใจและนำผู้บาดเจ็บฉุกเฉินส่งต่อไปโรงพยาบาล เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินขณะนำส่ง

สัมพันธภาพของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ หมายถึง ความรู้สึกที่ดีต่อกันระหว่างพยาบาลวิชาชีพ และ/ หรือ เจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล และผู้บาดเจ็บฉุกเฉินหรือญาติที่ใช้บริการการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ หมายถึง ความรู้สึกเต็มใจและจริงจังในบริการการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล

ความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน หมายถึง การไม่พบภาวะอันตราย/แทรกซ้อนเพิ่มขึ้นจากการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน

ระยะเวลาในการดูแลรักษา หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ศูนย์สั่งการได้รับแจ้งเหตุ จนถึงผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือให้พ้นภาวะคุกคามต่อชีวิต และนำส่งโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หมายถึง ความรู้สึกที่ดีของผู้บาดเจ็บฉุกเฉินหรือญาติต่อพยาบาลวิชาชีพ และ/ หรือ เจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล

ชุมชนที่เลือกสรร หมายถึง หมู่ 6 ตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งเป็นชุมชนที่ใช้บริการการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมากที่สุด อยู่ห่างจากโรงพยาบาลลานสัก ประมาณ 17 กิโลเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบสูงและภูเขา

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ในชุมชนที่เลือกสรร ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- 1.1. ความหมายและองค์ประกอบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- 1.2. ประวัติความเป็นมา ความสำคัญและแนวโน้มของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- 1.3. ระบบการดำเนินงานของการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล
- 1.4. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล
- 1.5. ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ระบบการดำเนินงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล อำเภอหลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

- 2.1. แนวโน้มและระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล
- 2.2. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 โมเดลคุณภาพการดูแลของโดนาบีเดียน (Donabedian's Quality of Care Model)

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis)

- 4.1. ความหมายและความสำคัญของการวิเคราะห์สถานการณ์
- 4.2. การสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

ส่วนที่ 1 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service system: EMSS)

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นส่วนหนึ่ง ในนโยบายหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย เพื่อช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ทั้งภาวะปกติและภัยพิบัติ เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการบาดเจ็บและภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

1.1. ความหมาย และองค์ประกอบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service system: EMSS) หมายถึง การจัดการช่วยเหลือและการบริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินผู้บาดเจ็บในพื้นที่ต่าง ๆ ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติได้อย่างมีคุณภาพรวดเร็วและทันทั่วถึงตลอด 24 ชั่วโมง โดยจัดให้มีการประสานสัมพันธ์ระบบรับแจ้งเหตุและสั่งการและหน่วยปฏิบัติการที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับพื้นที่บริการรวมทั้งมีการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุและระหว่างนำส่งโรงพยาบาลและการนำส่งยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมรวมทั้งการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ (ปัทมา โมลี และคณะ, 2551; สมชาย กาญจนสุต, 2550)

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบ่งออกเป็น 3 ระบบ ได้แก่ ระบบการช่วยเหลือรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) ระบบการช่วยเหลือรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในโรงพยาบาล(hospital care)และการฟื้นฟูสภาพ(rehabilitation) ระบบการช่วยเหลือรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) หมายถึง กระบวนการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินเริ่มตั้งแต่การรับแจ้งเหตุ การสั่งการออกรับเหตุ การดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้นหรือการรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ การเคลื่อนย้ายและการนำส่งผู้บาดเจ็บฉุกเฉินไปสถานพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม ส่วนระบบการช่วยเหลือรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในโรงพยาบาล เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งมีการเชื่อมโยงเครือข่ายในการบริการกับระบบการช่วยเหลือรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ สำหรับการฟื้นฟูสภาพ เป็นกระบวนการที่ช่วยผู้บาดเจ็บฉุกเฉินสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสภาพปกติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (วิทยา ชาติบัญชาชัย, 2545)

1.2. ประวัติความเป็นมา ความสำคัญ และแนวโน้มของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เริ่มขึ้นเมื่อสมัยสงครามโปเลียน (Verdile, Krohmer, Swor, & Spaite, 1996) ในปี ค.ศ.1797 เพื่อรักษาพยาบาลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล โดย Napoleon Bonaparte ได้แต่งตั้งนายแพทย์ Baron Dominique - Jean Larrey ซึ่งเป็นบิดาของระบบบริการ

การแพทย์ฉุกเฉินและจัดทำระบบการรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาล เน้นการคัดกรองและการขนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บจากสนามรบไปยังหน่วยรักษาพยาบาล ส่งผลให้เกิดแนวทางของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบัน 4 ประการ ได้แก่ 1) การไปถึงผู้ป่วยอย่างรวดเร็วโดยบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม 2) การรักษา ณ จุดเกิดเหตุ 3) การลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยอย่างรวดเร็วไปยังโรงพยาบาล และ 4) การรักษาพยาบาลขณะลำเลียงขนย้าย (ธวัชชัย กาญจนรินทร์, 2547: 1-3; อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, กิ่งแก้ว อุดมชัยกุล และจิราวรรณ กล่อมเมฆ, 2544)

ประเทศสหรัฐอเมริกาเริ่มการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล ในช่วงสงครามกลางเมืองในปี ค.ศ.1861 โดยใช้ม้าลากแท่นรถพยาบาลฉุกเฉิน เพื่อส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน ต่อมาในปี ค.ศ. 1865 - 1950 ได้มีการบริการของรถพยาบาลฉุกเฉินในเขตเมือง และเริ่มมีการจัดการอย่างเป็นระบบเพิ่มขึ้น มีการพัฒนาบุคลากรที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยใช้เครื่องมือพิเศษทางการแพทย์ภายใต้การดูแลของแพทย์ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2545: 32) ในทำนองเดียวกันประเทศญี่ปุ่นมีการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลครั้งแรก ที่เมืองโยโกฮามา (Yokohama) ในปี ค.ศ. 1933 ภายใต้การดูแลของหน่วยดับเพลิงท้องถิ่น ต่อมาในปี ค.ศ. 1947 การใช้กฎหมายเกี่ยวกับการให้อำนาจท้องถิ่น ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล และในปี ค.ศ. 1960 - ค.ศ. 1977 ได้เริ่มระบบการแพทย์สมัยใหม่โดยกลุ่มอาสาสมัครเพื่อให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล จวบจนปัจจุบันมีการพัฒนาบุคลากรเวชกิจฉุกเฉิน (emergency medical technician: EMT) ที่อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ และเพิ่มหน้าที่ในการทำงาน รวมทั้งกำหนดนโยบายในการดูแล ที่เน้นคุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล (Tanigawa & Tanaka, 2006: 365-366)

สำหรับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย เริ่มจัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2480 โดยมูลนิธิปอเต็กตึ๊ง มีวัตถุประสงค์เพื่อการดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่งสถานพยาบาล ซึ่งเป็นการช่วยเหลือสังคม และการกู้ภัยควบคู่กับการเก็บศพผู้เสียชีวิต ต่อมาในปี พ.ศ. 2513 มูลนิธิร่วมกตัญญูเริ่มให้การช่วยเหลือผู้ป่วยขั้นต้น และลำเลียงนำส่งโรงพยาบาล โดยที่บุคลากรยังขาดความรู้ และไม่มีอุปกรณ์ที่เหมาะสมส่งผลให้เกิดความสูญเสียและอันตรายต่อผู้ป่วย จึงได้มีความพยายามพัฒนาการบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้เป็นระบบ โดยความร่วมมือของโรงพยาบาลต่างๆ ในกรุงเทพมหานครกับศูนย์ส่งกลับของกรมตำรวจ (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548) และเริ่มมีแผนการพัฒนาบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินบรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่7 (พ.ศ. 2535- พ.ศ.2539) และดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมในโรงพยาบาลต่างๆ อาทิ ในปี พ.ศ. 2536 โรงพยาบาลขอนแก่นจัดตั้งโครงการศูนย์อุบัติเหตุปี พ.ศ.2537 โรงพยาบาลราชวิถีได้จัดตั้งศูนย์กู้ชีพเรนทรเช่นเดียวกับวชิรพยาบาลได้เปิดหน่วยแพทย์กู้ชีพ ในปี พ.ศ.2539 จนกระทั่งระบบ

บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ขยายการดำเนินการสู่โรงพยาบาลศูนย์ครบทุกแห่งในปี พ.ศ.2540 โดยรูปแบบการให้บริการในแต่ละจังหวัดไม่เหมือนกันทั้งระบบ (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548)

ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2544 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดโครงการนำร่องเพื่อศึกษา รูปแบบความเป็นไปได้ ความเหมาะสมในการดำเนินการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้เป็น รูปแบบเดียวกันต่อมาในปี พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้การพัฒนาระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบายหนึ่งของกระทรวง พร้อมจัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน เพื่อรับผิดชอบในการจัดงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดำเนินงาน การพัฒนาวิชาการ และเป็นศูนย์รับแจ้งเหตุในพื้นที่ทั่วประเทศ ทั้งในเขตเมือง เขตชนบท และพื้นที่ ห่างไกล (สมชาย กาญจนสุด, 2545) และในปลายปี พ.ศ. 2548 กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศไทยโดยได้รับเงินสนับสนุนค่าบริการ และการ พัฒนาระบบจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สมชายกาญจนสุด, 2550)

อย่างไรก็ตามผู้บาดเจ็บฉุกเฉินยังไม่สามารถได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง ณ จุดเกิดเหตุ อีกทั้งขาดหน่วยงานรับผิดชอบ และประสานการปฏิบัติงาน ทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ตราพระราชบัญญัติ การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ประกาศใช้ ณ วันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2551 โดยกำหนดให้สถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ การบริหารจัดการ การประสานระหว่าง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมี บทบาทในการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินทำให้ ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิ ในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มี คุณภาพ มาตรฐาน และทันทั่วถึง (กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

การช่วยเหลือรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล เป็นระบบที่มี ความสำคัญต่อการช่วยเหลือชีวิตและเป็นชั่วโมงทอง (golden hour) ของการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บ ฉุกเฉินให้รอดชีวิตได้สูงกว่าการรักษาที่โรงพยาบาล (กาญจนา เซ็นนันท์, และคณะ 2551; Redmond & Trunkey, 1983: 243 อ้างใน สถาบันพระปกเกล้า, 2548:90) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม ของ ปัทมา โมลี และคณะ (2551) ที่พบว่า การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล สามารถลดอัตราการเสียชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องทันที และนำส่งโรงพยาบาล อย่างรวดเร็ว เช่นเดียวกับการศึกษาของ พรทิพย์ สายสุด (2547) พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน มีโอกาสรอดชีวิต ได้แก่ การดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินที่ใช้เวลา ณ จุดเกิดเหตุ น้อยที่สุด การปรับระบบ

การจราจรให้รถพยาบาล จังหวัดกรุงเทพมหานคร เคลื่อนตัวอย่างรวดเร็ว ความพร้อมของบุคลากร
แนวทางในการปฏิบัติ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และอุปกรณ์การสื่อสาร

สำหรับสถานการณ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย พบว่ามีสาเหตุจาก
การเจ็บป่วยฉุกเฉินคิดเป็นร้อยละ 52.48 และอุบัติเหตุจราจรคิดเป็นร้อยละ 47.52 ผู้ใช้บริการมี
แนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2549 ถึง ปี พ.ศ. 2550 ทั้งการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (advanced life
support: ALS) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (basic life support: BLS) และการปฏิบัติการปฐม
พยาบาล (first responder: FR) ดังตารางที่ 1 และพบว่าผลของการดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุ และนำส่ง
โรงพยาบาล อย่างปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 87.18 การดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุและไม่นำส่ง
โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 2.84 การดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุแต่เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ คิดเป็นร้อยละ
0.23 การดูแลรักษาแต่เสียชีวิตขณะนำส่ง คิดเป็นร้อยละ 0.12 เสียชีวิตก่อนหน่วยบริการแพทย์ฉุกเฉิน
ไปถึง คิดเป็นร้อยละ 0.97 ขกเลิกปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 4.79 และไม่พบเหตุ คิดเป็นร้อยละ 3.06
(สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551) ซึ่งจากการศึกษาของคาวากามิ และคณะ
(Kawakami, Ohshige, Kubota, & Tochikubo, 2007) พบว่าการใช้บริการระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน
โดยไม่จำเป็นเพิ่มขึ้นประมาณ ร้อยละ 10 - 20

ตารางที่ 1 : แสดงสถิติการออกรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ปี พ.ศ. 2549 -พ.ศ. 2550

ระดับการให้บริการ	จำนวนปี 2549	จำนวนปี 2550
การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง	107,243	123,158
การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	126,579	179,372
ชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาล	33,650	166,100
รวม	264,472	468,630

ที่มา : สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (2551)

1.3. ระบบการดำเนินงานของการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

การดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินเป็นการบริการเชิงรุกที่เน้นการช่วยชีวิตขั้นต้น (life-saving)
โดยมีหลักการในการช่วยเหลือ ได้แก่ scoop and run และ stay and play โดย scoop and run เป็น
หลักการตามแนวคิดแองโกล อเมริกา (Anglo- American model of emergency care) ที่ยึดหลักการ
เคลื่อนย้ายผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้าสู่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด โดยการดูแลรักษาเท่าที่
จำเป็น และนำผู้ป่วยออกจากสถานที่เกิดเหตุอย่างรวดเร็ว ส่วน stay and play เป็นหลักการที่ได้รับ
อิทธิพลจากแนวคิดฟรังโก เยอรมัน (Franco-German model of emergency care) ซึ่งเน้นการดูแล

ผู้ป่วยหนัก ณ จุดเกิดเหตุ เหมือนเป็นสถานพยาบาล เพื่อช่วยเหลือเบื้องต้นให้ผู้ป่วยปลอดภัยก่อนนำส่งโรงพยาบาล (ปีทมา โมลิ และคณะ, 2551)

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมีหลักการที่สำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) การช่วยเหลือเพื่อฟื้นสภาพแก่ผู้เจ็บป่วย (resuscitation) ณ จุดเกิดเหตุอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วย การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ รวมทั้งการติดตามประเมินผลการรักษา และการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง; 2) การลำเลียงขนย้าย (transportation) ควรใช้เวลาที่สั้นที่สุด เพื่อย้ายผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลโดยเร็วที่สุด; 3) การสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้บาดเจ็บ (reassurance) โดยปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความรู้และทักษะต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ; 4) การร่วมปฏิบัติงานเป็นหมู่คณะ (team work) โดยเจ้าหน้าที่ทุกระดับต้องมีการประสานงาน และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในการทำงานเพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ; และ 5) ไม่ทำอันตรายซ้ำเติม (do no harm) โดยระมัดระวังไม่ให้เกิดอันตรายซ้ำเติมต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (สมชาย กาญจนสุด, 2550)

ขั้นตอนการดูแลรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (พรทิพย์ สายสุด, 2547; สมชาย กาญจนสุด, 2550; Sharma, 2005) ประกอบด้วย

1.3.1. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (detection) เมื่อบุคคลพบผู้บาดเจ็บฉุกเฉินต้องมีการประเมินอาการ และการตัดสินใจแจ้งเหตุ ขอความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วไปที่ศูนย์รับแจ้งเหตุ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือทันที ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้รับความปลอดภัยเพิ่มขึ้น

1.3.2. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (reporting) เป็นขั้นตอนเนื่องจากการที่บุคคลพบเหตุและตัดสินใจแจ้งเหตุไปที่ศูนย์สั่งการ โดยใช้หมายเลขโทรศัพท์ที่จำง่าย คือ 1669 ทั้งนี้ผู้แจ้งเหตุต้องกระทำอย่างรวดเร็ว และใช้ระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการบอกข้อมูลของผู้ป่วยและจุดเกิดเหตุให้ครบถ้วนถูกต้อง

1.3.3. การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (response) หน่วยปฏิบัติการที่จะออกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ต้องมีความพร้อมและมาตรฐานในการปฏิบัติการ โดยศูนย์รับแจ้งเหตุต้องประเมินระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ และสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1) การปฏิบัติการปฐมพยาบาล (first responder: FR) หมายถึง เจ้าหน้าที่ชุดแรกที่ไปถึงจุดเกิดเหตุ ได้แก่ เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัย อาสาสมัครปฐมพยาบาล เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิง หรือกลุ่มบุคคล ที่ผ่านหลักสูตรการปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ หรือกลุ่มบุคคลที่แสดงตนว่าพร้อมจะให้การปฐมพยาบาลแก่ประชาชน ซึ่งกระจายอยู่ในชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่ง

ในระดับตำบลและหมู่บ้าน มีหน้าที่ช่วยเหลือเบื้องต้นตามแนวทางการปฏิบัติการปฐมพยาบาล การบริหารยาสามัญประจำบ้าน การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน และประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงกว่า โดยอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์หรือพยาบาลประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

2) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (basic life support: BLS) หมายถึง หน่วยบริการที่สามารถให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ การตาม การห้ามเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการเคลื่อนย้ายอย่างถูกต้อง การช่วยคลอดูกเงิน สามารถให้ยาทางปากบางชนิด โดยอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์หรือพยาบาลประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

3) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (advanced life support: ALS) หมายถึง หน่วยบริการที่ให้บริการการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินที่อยู่ในระยะวิกฤตการช่วยชีวิตขั้นสูงโดยใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า การปฐมพยาบาลและเคลื่อนย้ายโดยมีอุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสม และการช่วยคลอดูกเงิน รวมทั้งสามารถให้สารละลายทางเส้นเลือด และยาบางชนิดโดยอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุ

1.3.4. การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (on scene care) เป็นการประเมินสภาพแวดล้อม เพื่อความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน ประเมินสภาพผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน เพื่อคัดกรองและดูแลรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสมตามแผนการรักษาของแพทย์ผู้ควบคุมระบบ รวมทั้งนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว โดยใช้เวลายึดหลักในการดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุให้น้อยที่สุด

1.3.5. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (care in transit) ยึดหลักสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยไม่บาดเจ็บเพิ่มขึ้น โดยผู้ลำเลียงขนย้ายต้องผ่านการฝึกอบรมทักษะการช่วยเหลือเป็นอย่างดี ในขณะที่ขนย้ายต้องมีการประเมินสภาพผู้บาดเจ็บเป็นระยะๆ และให้การรักษาพยาบาลในรถพยาบาล เช่น การดูแลทางเดินหายใจ การตามส่วนได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น

1.3.6. การนำส่งสถานพยาบาล (transfer to definitive care) โดยผู้นำส่งต้องใช้ดุลยพินิจในการเลือกสถานพยาบาล ที่สามารถรักษาผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้ เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ทำให้เพิ่มอัตราการรอดชีวิตและลดความพิการของผู้ป่วย

1.4. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล
การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลจะมีประสิทธิภาพขึ้นกับปัจจัยดังนี้

1.4.1. ระบบการรับแจ้งเหตุและสั่งการ การดำเนินงานของศูนย์รับแจ้งเหตุต้องรับแจ้งเหตุจากประชาชนได้ตลอด 24 ชั่วโมงด้วยหมายเลขโทรศัพท์ที่จำง่าย เช่น 1669 เป็นต้นและสามารถใช้ระบบโทรศัพท์ระบบใดก็ได้ในการแจ้งเหตุรวมทั้งการสร้างระบบข้อมูลหรืออินสายไป

ยังหน่วยปฏิบัติการหรือศูนย์สั่งการ โดยมีบุคลากรส่งการฉุกเฉินทางการแพทย์ (emergency medical dispatcher: EMD) เพื่อรับผิดชอบสั่งการ หรือมอบหมายภารกิจแก่หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสม หากมีข้อผิดพลาดในการแจ้ง ต้องมีระบบเชื่อมโยงกับศูนย์รับผิดชอบของพื้นที่เพื่อรับทราบข้อมูลโดยเร็ว ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ควรมีความรู้ในการตัดสินใจสั่งการ ณ จุดเกิดเหตุ และให้คำแนะนำด้านรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง หากระบบการรับแจ้งเหตุไม่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถได้รับการช่วยเหลือทันเวลาที่ ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้รับอันตรายเพิ่มขึ้น (ปีทามาโมติ และคณะ, 2551; แท้จริง ศิริพานิช, 2542: 15-16; อนุรักษ์ อมรเพชรสถาพร, 2551)

1.4.2. ระบบการสื่อสาร การจัดให้มีระบบการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการ และระบบควบคุมทางการแพทย์ และโรงพยาบาล ที่สามารถส่งข้อมูลได้ทันทีและมีช่องทางเลือกสำรองในระบบสื่อสารอื่นๆ ตามแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพภูมิศาสตร์ โดยให้มีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการดำเนินงานเทียบเท่าเกณฑ์มาตรฐาน (สำนักงานระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548) รวมทั้งในแต่ละพื้นที่ต้องสามารถรับส่งสัญญาณการสื่อสารที่ดี อันจะทำให้การประสานงาน หรือการรายงานการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง ดังนั้นการเพิ่มเครือข่ายวิทยุจึงเป็นช่องทางเลือก ในการพัฒนาระบบเครือข่ายให้ครอบคลุมทุกตำบลทุกอำเภอในประเทศไทย (อนุรักษ์ อมรเพชรสถาพร, 2551)

1.4.3. ระบบทางด้านบุคลากร ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุโดยใช้บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ ดังนั้นบุคลากรต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและลดความพิการแก่ผู้ป่วย บุคลากรที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย (นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2551; สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548; สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551) ได้แก่

1) แพทย์ ทำหน้าที่ควบคุมระบบ สั่งการ และให้การรักษาพยาบาล รวมทั้งมีบทบาทในการฝึกอบรม การจัดมาตรฐานระบบและการประเมินผล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตลอดจนควบคุมระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาล โดยผ่านวิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ หรือเอกสารที่ได้มอบหมาย (ชาญเวช ศรีทราวุธ, 2551: 105-107)

2) พยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉินหรือพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงและเป็นผู้ช่วยในระบบควบคุมทางการแพทย์ สอนและพัฒนาหลักสูตรเจ้าหน้าที่ในระดับต่าง ๆ ซึ่งพยาบาลที่จะปฏิบัติงานต้องผ่านการอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตรว่าด้วยการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การบริหารจัดการ การลำเลียงขนย้าย การสื่อสาร และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (advanced cardiac life support: ACLS) (กรองไค

อุณหสฺต, 2550) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ก่อนข้างซับซ้อน และต้องตัดสินใจอย่างรีบด่วนถูกต้อง ทันเวลา (อวยพร อ่อนเกตุพล, 2548: 2)

3) เวชกรฉุกเฉินหรือเจ้าพนักงานกู้ชีพ ในประเทศไทยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ เจ้าหน้าที่เวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (emergency medical technicians basic: EMT- B) และ เวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง (emergency medical technicians intermediate: EMT - I) เจ้าหน้าที่เวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐานต้องผ่านการอบรมหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินระดับพื้นฐาน 110 ชั่วโมง ทำหน้าที่เตรียมความพร้อมของรถและอุปกรณ์รถพยาบาลขั้นพื้นฐาน ควบคุมสถานการณ์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน สื่อสารกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ เพื่อรายงานข้อมูลผู้ป่วยหรือขอคำสั่งสนับสนุน พร้อมประเมินสภาพผู้ป่วยขั้นต้นและประเมินสภาพร่างกาย รวมทั้งประเมินสัญญาณชีพ ส่วนเจ้าหน้าที่เวชกรฉุกเฉินขั้นกลางหรือเรียกว่าเจ้าพนักงานกู้ชีพ ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรซึ่งเทียบเท่า EMT- intermediate ของสหรัฐอเมริกาเป็นเวลา 2 ปี สามารถให้การรักษายาบาลขั้นพื้นฐาน และมีบทบาทสำคัญในการช่วย ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ทำหน้าที่เตรียมความพร้อมของรถพยาบาลฉุกเฉิน อุปกรณ์ ระบบสื่อสาร แผนที่ ประเมินและควบคุมสถานการณ์ ณ จุดเกิดเหตุให้ปลอดภัย คัดกรองผู้ป่วยเพื่อจัดลำดับการช่วยเหลือตามสภาพความรุนแรงของผู้ป่วย ประเมินสัญญาณชีพ และประเมินระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งการตรวจพิเศษ ได้แก่ ตรวจระดับน้ำตาลในกระแสเลือด วัดระดับออกซิเจน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

4) อาสาสมัครปฐมพยาบาล (first responder: FR) หรือบุคลากรด่านหน้า ซึ่งปัจจุบันเรียกว่า อาสากู้ชีพ หมายถึง เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัย อาสาสมัครปฐมพยาบาล เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิง หรือกลุ่มบุคคลที่ผ่านหลักสูตรการปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ 16 ชั่วโมง ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ชุดแรกที่ไปถึงที่เกิดเหตุ เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย ให้การปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายแก่ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินโดยตนเอง หรือเรียกหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินสนับสนุนในการรักษายาบาล (วิภาดา วัฒนนามกุล, 2551) ถ้าบุคลากรชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาลขาดความสามารถในการประเมินหรือช่วยเหลือ จะส่งผลต่อประสิทธิภาพการช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ

1.4.4. ระบบการบันทึกข้อมูล แบบบันทึกการปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีระบบข้อมูลแบบเดียวกัน มีการกำหนดตัวแปรขึ้นต่ำร่วมกัน และมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตที่ใช้ร่วมกันทั้งประเทศ ก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ และการควบคุมการบริการ ดังนั้นการลงบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง จะทำให้ผลลัพธ์ของการดำเนินงานผิดพลาด (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548)

1.4.5. กฎและระเบียบ กฎและระเบียบรองรับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ และการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งทำให้

ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการรักษาพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานได้รับความคุ้มครองเมื่อได้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินส่งผลให้การช่วยเหลือมีประสิทธิภาพและมาตรฐาน (สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, 2551)

1.4.6. งบประมาณและอุปกรณ์ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการจัดสรรงบประมาณและอุปกรณ์จากส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (จักรกริช ใจวัศศิริ, 2551) ซึ่งการจัดเตรียมอุปกรณ์ในรถพยาบาล และการตรวจสอบสภาพรถพยาบาล ความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญ ที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเชื่อถือและมั่นใจ รวมทั้งก่อให้เกิดภาพพจน์ที่ดีขององค์กร และความภาคภูมิใจของผู้ปฏิบัติงาน (ไชยยุทธ ธนไพศาล, 2551) นอกจากนี้ยังช่วยประหยัดงบประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน โดยจากการศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยพบว่าค่าบริการดูแลรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ที่ใช้งบประมาณในการพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ จำนวนเงิน 71 ล้านบาทต่อปี ทำให้ผู้ใช้บริการได้รับประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน ช่วยลดความรุนแรงและความพิการของผู้บาดเจ็บฉุกเฉินส่งผลให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินประมาณ 2,800-4,700 ล้านบาทต่อปี (แท้จริง สิริพานิช, 2542: 9)

1.4.7. การประชาสัมพันธ์ ทำให้ประชาชนรู้บทบาทหน้าที่ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และสามารถเรียกใช้บริการจากหน่วยกู้ชีพ ทำให้ลดอัตราการเจ็บป่วย พิการ หรือตาย เนื่องจากประชาชนใช้บริการได้อย่างทันทั่วถึง (สมเกียรติ สถิตวงศา, 2551)

1.4.8. แนวทางการปฏิบัติงานและโครงสร้าง ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ไม่จำเป็นต้องมีรูปร่าง มาตรฐาน และโครงสร้างที่เหมือนกัน แต่ควรมีหลักการหรือเกณฑ์มาตรฐานเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเชิงผลลัพธ์ และคณะกรรมการของท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ควรมีบทบาทในการปรับปรุงรายละเอียดของแต่ละท้องถิ่น ให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพภูมิศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของท้องถิ่น เพื่อให้มีการควบคุมและกำกับดูแลคุณภาพให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด และช่วยพัฒนาคุณภาพของระบบบริการให้สนองความต้องการของชุมชน (สมชาย กาญจนสุต, 2550)

1.5. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดำเนินงานของการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

แม้ว่าระบบบริการการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล จะได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามการประเมินสภาพปัญหา ในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบพบว่า ยังประสบปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน (วิทยา ชาติบัญชาชัย,

2545) ได้แก่ ระบบบริการ ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และพื้นที่ที่ต้องการความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินอยู่ห่างไกล ทำให้ต้องใช้เวลานานกว่าจะได้รับการบริการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน คุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลยังต้องปรับปรุง บุคลากรขาดการอบรมความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง ในการปฐมพยาบาลและการกู้ชีพพาหนะ อุปกรณ์ในการปฐมพยาบาลและพาหนะไม่เพียงพอ และการสื่อสารด้วยโทรศัพท์หรือวิทยุในบางพื้นที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่สามารถติดต่อประสานงานในการออกปฏิบัติการ การช่วยเหลือจึงเกิดความล่าช้า (แท้จริง ศิริพานิช, 2542; อรุณ จิรวัดน์กุล, วีระชัย โคว์สุวรรณ, พิระพงศ์ บุญสวัสดิ์กุล, บัญศรี ปราณยศศักดิ์ และกัลยา พัฒนศรี, 2540; อนุรักษ์ อมรเพชรสถาพร, 2551) เช่นเดียวกับผลสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิจัยเอแบคโอสซี่อินเตอร์เน็ต โพลล์ พบว่า ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของประเทศไทยยังอยู่ในสภาพพร้อม ทั้งด้านการปฐมพยาบาล และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทักษะในการช่วยเหลือผู้ที่บาดเจ็บฉุกเฉินของอาสาสมัคร และทีมสุขภาพที่ยังขาดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน รวมทั้งการประสานงานในการแจ้งเหตุ ผู้ที่บาดเจ็บฉุกเฉิน (สุพรรณศรีธรรมมา, 2549: 42-49; สันต์ หัตถิรัตน์, 2544 : 1-3)

ปัญหาอุปสรรคดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการบริการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน และการสูญเสียงบประมาณของประเทศชาติในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ศุภสิทธิ์ พรณารุณทัย, และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์, 2543:10) ดังนั้นระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล จึงควรได้รับการประเมินสภาพปัญหาในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านศูนย์ประสานงาน กำหนดแนวทางการรับแจ้งข้อมูล กำหนดบทบาทของบุคลากรทีมกู้ชีพ และการพัฒนาทักษะ รวมทั้งการประสานงาน เพื่อการพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและมาตรฐาน (กาญจนา เซ็นนันท์ และคณะ, 2551; ปัทมา โมลี และคณะ, 2551; วิทยา ชาติบัญชาชัย, 2545; สุพรรณศรีธรรมมา, 2549:42-49)

ระบบการดูแลผู้บาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาล เป็นระบบหนึ่งในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่จำเป็นและสำคัญในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ให้ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและทันทั่วถึง อย่างไรก็ตามสถานการณ์การดำเนินงานยังประสบกับปัญหาและอุปสรรคในด้านต่างๆ ที่ต้องได้รับการประเมินและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 ระบบการดำเนินงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

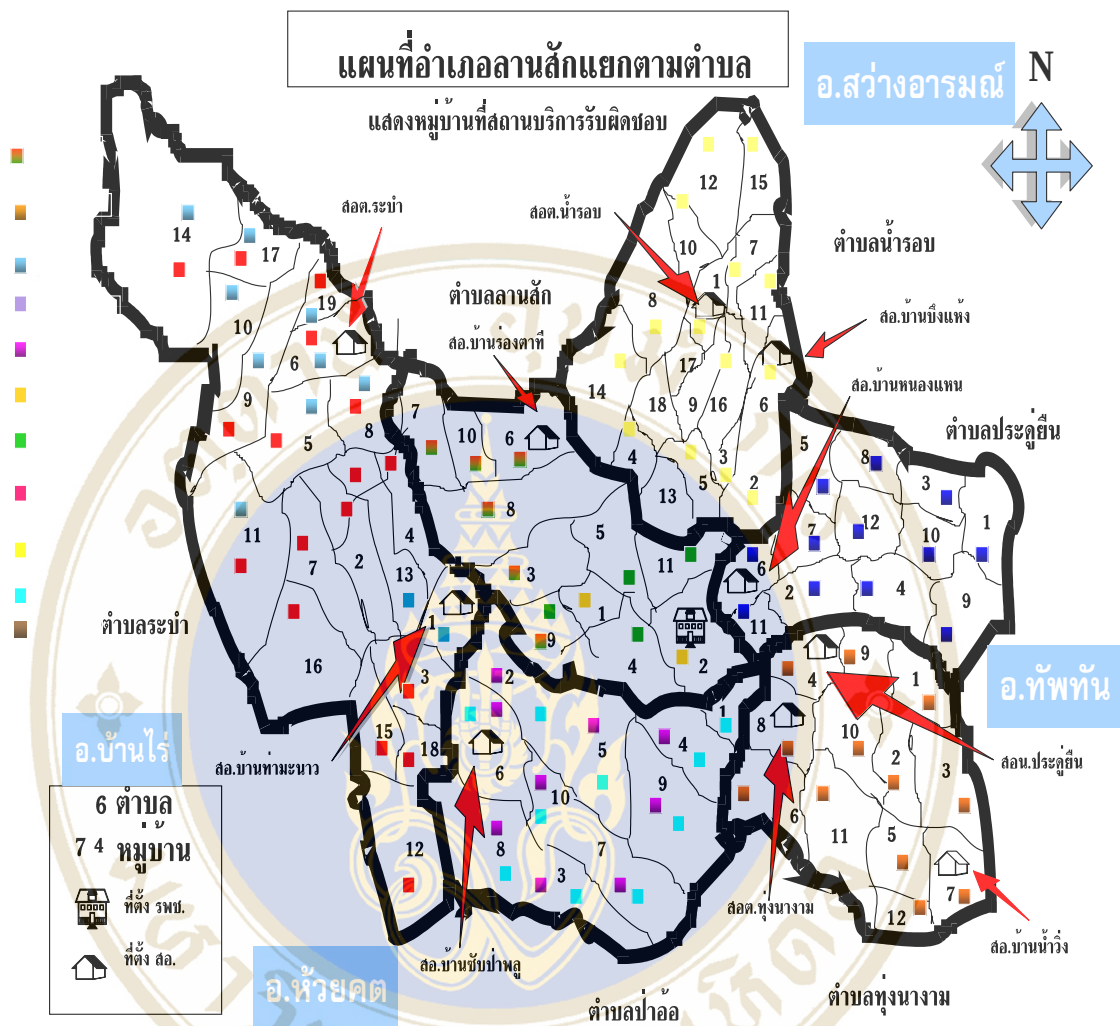
โรงพยาบาลลานสัก อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี เป็นโรงพยาบาลแห่งแรกของ จังหวัดอุทัยธานี ที่จัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนระดับตำบล และพัฒนาการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การบริการครอบคลุมพื้นที่

2.1. แนวโน้มและระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

โรงพยาบาลลานสัก อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ขนาด 60 เตียงมีแพทย์ทั่วไป จำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพประจำการ 43 คน เจ้าหน้าที่เวชกิจ 1 คน และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพด้านต่าง ๆ รับผิดชอบพื้นที่ในเขตอำเภอลานสัก ซึ่งมีประชากร 74 หมู่บ้าน จำนวน 43,192 ราย (กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน อำเภอลานสัก, 2551) มีการดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดยได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ จำนวน 12 หน่วยงาน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ได้แก่ เทศบาลตำบลลานสัก องค์การบริหารส่วนตำบล 6 แห่ง สถานีอนามัย 4 แห่ง และมูลนิธิร่วมใจอุทัยธานี ทั้งนี้การช่วยเหลือรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมีตลอด 24 ชั่วโมง ตามนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งในระยะแรกการดำเนินงานไม่เป็นระบบเท่าที่ควร มีเพียงหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลลานสัก ที่ออกรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ต่อมาได้มีการขยายเครือข่ายไปยังสถานีอนามัยที่มีรถให้บริการ และหน่วยกู้ภัยร่วมใจ จนถึงระดับท้องถิ่น แต่ยังไม่มีการอบรมให้ความรู้แก่หน่วยงานอื่นๆ เนื่องจากยังขาดงบประมาณในการสนับสนุน (งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลานสัก, 2551)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2549 ได้มีการฝึกอบรมอาสาสมัครปฐมพยาบาลประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มบุคลากรในการช่วยดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในระดับตำบล โดยเริ่มที่ตำบลระบำซึ่งอยู่ห่างจาก อำเภอลานสัก ประมาณ 17 กิโลเมตร เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการใช้บริการการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมากที่สุด พื้นที่ส่วนใหญ่ของตำบลระบำมีสภาพเป็นที่ราบสูงและภูเขา ทำให้การเดินทางเพื่อไปรักษาที่โรงพยาบาลลานสัก และที่สถานีอนามัยระบำ มีความยากลำบากและต้องใช้เวลานาน ทั้งนี้ตำบลระบำมีหมู่บ้านจำนวน 19 หมู่ ซึ่งควรมีเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลจำนวน 38 คน ที่กระจายการให้บริการประชาชนหมู่บ้านละ 2 คน แต่เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่จำนวน 3 คนไม่ผ่านการประเมินการปฏิบัติงานในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน จึงเหลือเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน จำนวน 35 คน ที่ต้องช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในพื้นที่ของตนและพื้นที่ใกล้เคียง เมื่อได้รับการติดต่อประสานงานขอความช่วยเหลือ ซึ่งในบางครั้งไม่สามารถให้บริการที่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ เนื่องจากขาดอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ (งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลานสัก, 2551)

ในการทำเองเดียวกันหมู่ 6 ตำบลระบำ อำเภอลานสั๊ก จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ของการศึกษาครั้งนี้ ที่ได้รับการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมากที่สุด มีพื้นที่ทั้งหมด 674 ตารางกิโลเมตร พื้นที่ที่เป็นที่ราบอยู่ห่างจากโรงพยาบาลลานสั๊ก ประมาณ 20 กิโลเมตร และสถานีอนามัยระบำ ประมาณ 3 กิโลเมตร (ดังแผนภาพที่ 2) มีประชากรจำนวน 613 คน 151 หลังคาเรือน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 10 คน และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล 2 คน ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม พุทธศักราชสุขภาพทั้งด้านการบริโภคส่วนใหญ่รับประทานอาหารพื้นบ้าน รสจัดและรสเค็ม อาทิ ข้าวเหนียวและปลาร้า ส่วนการออกกำลังกายจะมีเครื่องออกกำลังกายที่ประจำอยู่ที่สถานีอนามัยระบำ ซึ่งชาวบ้านจะมาออกกำลังกายกันโดยมารวมกลุ่มกันสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ส่วนใหญ่ประชาชนในพื้นที่จะมีปัญหาทางสุขภาพ คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ได้รับความรักษาที่สถานีอนามัยระบำ และโรงพยาบาลลานสั๊ก (สถานีอนามัยตำบลระบำ อำเภอลานสั๊ก จังหวัดอุทัยธานี, 2552)



แผนภาพที่ 2 แสดงแผนที่ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

สำหรับการพัฒนาระบบการดำเนินงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี ได้กระทำอย่างต่อเนื่องโดย ในปี พ.ศ. 2545-2546 มีขั้นตอนการดำเนินงานช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ดังนี้ 1) ประชาสัมพันธ์รับแจ้งเหตุ 2) โอนสายให้เจ้าหน้าที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินสอบถามรายละเอียด 3) ขออนุญาตใช้รถจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเรียกพนักงานขับรถ 4) เรียกพยาบาลออกปฏิบัติการ 5) ออกจากโรงพยาบาลไปยังจุดเกิดเหตุ และ 6) การปฐมพยาบาลและรับผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ รวมใช้เวลาจากขั้นตอน 1-5 ประมาณ 15-30 นาที ส่งผลให้มีผู้ป่วยเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ คิดเป็นร้อยละ 4.52 (งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลานสัก, 2546)

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลานสัก อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี จึงมีการปรับปรุงและลดขั้นตอนดำเนินงานในปี พ.ศ.2547 และยังคงใช้อยู่จนถึงปัจจุบัน ดังนี้ 1) เจ้าหน้าที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินรับแจ้งเหตุจากหมายเลข 1669 หรือ 056-537512; 2) หัวหน้าเวรวิทยุเรียกรถพยาบาล และจัดทีมไม่เกิน 4 นาที; 3) ออกจากโรงพยาบาลไปยังจุดเกิดเหตุ; และ 4) การปฐมพยาบาลและรับผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ รวมใช้เวลาจากขั้นตอน 1-3 ทั้งหมด 7 นาที (งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลานสัก, 2547) รวมทั้งยังเพิ่มการประชาสัมพันธ์ผ่านผู้ให้บริการที่มาใช้บริการโรงพยาบาลลานสัก ทำให้ผู้ใช้บริการรู้จักระบบบริการการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล และสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ส่งผลให้การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี มีแนวโน้มผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 2 โดยในปี พ.ศ. 2547 พบว่าการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพขั้นสูง จำนวน 32 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 144 ราย ในปี พ.ศ. 2551 เช่นเดียวกับการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพิ่มขึ้นจาก 6 ราย ในปี พ.ศ. 2547 เป็น 35 ราย ในปี พ.ศ. 2551 และผลการดำเนินงานของอาสาสมัครปฐมพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 85 ราย เป็น 417 ราย ในปี พ.ศ. 2551 (งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลานสัก, 2551)

นอกจากนี้จากการประเมินการดำเนินงานระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งพิจารณาการดำเนินงานในการออกให้บริการผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินจากอัตราส่วน FR: ALS+ BLS โดยในปี พ.ศ. 2550 พบว่า FR : ALS+ BLS = 30:70 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคือ 40 : 60 และปี พ.ศ. 2551 มีการปรับเกณฑ์ FR: ALS+ BLS เพิ่มขึ้น > 50 %: < 50% ซึ่งจากการประเมินการปฏิบัติงานจนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2551 พบว่าสามารถปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น คือเท่ากับ 70 %: 30% แสดงให้เห็นว่า

ตารางที่ 2 แสดงสถิติดำเนินการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี ปี พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2551

ปี	ALS			BLS			FR		
	อุบัติเหตุ	ฉุกเฉิน	รวม	อุบัติเหตุ	ฉุกเฉิน	รวม	อุบัติเหตุ	ฉุกเฉิน	รวม
2547	30	2	32	6	-	6	-	-	-
2548	46	3	52	2	-	2	-	-	-
2549	128	9	137	14	2	16	-	-	-
2550	149	20	169	31	8	39	69	16	85
2551	101	43	144	24	11	35	194	277	417

หมายเหตุ : ALS = advanced life support, BLS = basic life support, FR = first responder

อาสาสมัครปฐมพยาบาลสามารถปฏิบัติงานช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามการประเมินผลการดูแลการช่วยเหลือเบื้องต้นของอาสาสมัครปฐมพยาบาลพบว่า มีการปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ คิดเป็นร้อยละ 75.24 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย คือมากกว่าร้อยละ 80 เนื่องจากอาสาสมัครปฐมพยาบาลไม่สามารถประเมินสภาพผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน และให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ (งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลานสัก, 2551) ดังนั้นการดำเนินงานดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลยังคงต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการเพิ่มจำนวนและพัฒนาความรู้และทักษะของอาสาสมัครปฐมพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะทำให้เกิดความปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการรักษาพยาบาล

2.2. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

การดำเนินการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลลานสัก ยังมีปัญหาและอุปสรรคในด้านต่าง ๆ อาทิ การสื่อสารโดยเฉพาะพื้นที่ที่ห่างไกล การประสานงานในการปฏิบัติ การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ ที่มีประสิทธิภาพ รถพยาบาลฉุกเฉินยังไม่ได้มาตรฐาน และการปฏิบัติงานของบุคลากรยังไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและการให้บริการไม่ทันเวลา ขาดประสิทธิภาพ และมีความล่าช้า ส่งผลให้ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเกิดความไม่พึงพอใจในการบริการ (งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลานสัก, 2551) อย่างไรก็ตามการประเมินผล ดังกล่าวเป็นการประเมินจากงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินฝ่ายเดียว และยังไม่เป็นระบบครบวงจร จึงจำเป็นต้องมีการประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลลานสัก ทั้งในด้านผู้ให้บริการและผู้ให้บริการทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการดำเนินการยังพบปัญหาอุปสรรคต่างๆ ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเกณฑ์ของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และการประเมินสถานการณ์ยังไม่เป็นระบบครบวงจร จึงจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาพัฒนาการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล อันจะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

ส่วนที่ 3 โมเดลคุณภาพการดูแลของโดนาเบเดียน (Donabedian's Quality of Care Model)

การศึกษาสถานการณ์ระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในครั้งนี้ อยู่บนพื้นฐานของโมเดลคุณภาพการดูแล (Quality of Care Model) ของโดนาเบเดียน (Donabedian, 1988) คุณภาพการดูแลผู้ป่วย (quality of patient care) หมายถึง ระดับการให้บริการที่ช่วยเพิ่มผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยต้องการ และลดโอกาสเกิดผลที่ไม่ดี (Accreditation manual for hospitals, 1992 อ้างใน อารี ชิวเกษมสุข และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2005: 620) ทั้งนี้แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพของการดูแลมีความแตกต่างกันขึ้นกับสิ่งที่ผู้สนใจศึกษา ระดับความรับผิดชอบ และสภาพความเป็นจริง (Donabedian, 1994 อ้างใน อารี ชิวเกษมสุข และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2005: 620) ทั้งนี้คุณภาพการดูแลตามโมเดลคุณภาพการดูแลของโดนาเบเดียนขึ้นกับความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ให้บริการมีความรู้และความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งมีความชำนาญในการปฏิบัติ ส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การตัดสินใจปฏิบัติการดูแลขึ้นกับความรู้ เทคโนโลยี และการคาดการณ์ผลลัพธ์ของการดูแล ส่วนปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้ให้บริการในทีมสุขภาพ ทำให้การดูแลประสบความสำเร็จ ทั้งนี้การมีปฏิสัมพันธ์ขึ้นกับความเป็นส่วนตัวของผู้ให้บริการในขณะที่ให้ข้อมูลและข่าวสาร สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ การให้เกียรติ การรักษาความลับ และความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ให้บริการ (Donabedian, 1988)

การประเมินคุณภาพการดูแลสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้านได้แก่ การประเมินด้านโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) (Donabedian, 1988; Donabedian, 1996 cited in Milner, 2000: 31) ประกอบด้วย โครงสร้าง การบริหารงานขององค์กร (organizational structure) ทรัพยากรบุคคล (human resources) และทรัพยากรด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ (material resources) อาทิ นโยบายและแนวปฏิบัติในองค์กร จำนวนและคุณภาพของบุคลากร งบประมาณ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ สำหรับกระบวนการ หมายถึง กิจกรรมในการดูแลผู้ให้บริการ และการปฏิบัติกิจกรรมในการประเมิน การวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษา รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ส่วนผลลัพธ์ หมายถึง ภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ทั้งนี้ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินคุณภาพในการดูแล ขึ้นกับโครงสร้างและกระบวนการในการบริการที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ถ้าโครงสร้างขององค์กรดี ส่งผลให้กระบวนการดำเนินงาน หรือการบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ และถ้ากระบวนการดำเนินงาน หรือ

การบริการสุขภาพดี จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีแก่ผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ (Donabedian, 1988)

การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี บนพื้นฐานโมเดลคุณภาพการดูแล (แผนภูมิที่ 1 หน้า 5) ประกอบด้วย การประเมินในด้านโครงสร้างของระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล กระบวนการการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล และผลลัพธ์ของการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน โดยการประเมินโครงสร้างของระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินด้านผู้ให้บริการ แนวปฏิบัติในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน การเงิน อุปกรณ์ และเทคโนโลยี รวมทั้งจุดเกิดเหตุ ส่วนการประเมินกระบวนการการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินเกี่ยวกับการแจ้งเหตุ การส่งการออกมารับเหตุ การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ การนำส่งโรงพยาบาล สัมพันธภาพของผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ และความพึงพอใจของผู้ให้บริการ สำหรับการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ประกอบด้วย การประเมินความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ระยะเวลาในการดูแลรักษา และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ผลการประเมินทั้งสามด้านจะได้ภาพรวมของสถานการณ์การดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคของระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

โมเดลคุณภาพการดูแลของโคนาปีเดียน เป็นกรอบแนวคิดพื้นฐาน ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์คุณภาพของการดูแลระบบการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี โดยประเมิน โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของการบริการ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis)

การวิเคราะห์สถานการณ์โดยการสนทนากลุ่มเป็นกลวิธีหนึ่ง ในการศึกษาลักษณะปัญหาของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลปัญหาที่ตรงประเด็น และสามารถช่วยค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหาอุปสรรคได้อย่างถูกต้อง และตรงกับความต้องการของชุมชน

4.1. ความหมายและความสำคัญของการวิเคราะห์สถานการณ์

การวิเคราะห์สถานการณ์ หมายถึง การประเมินความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ความต้องการ และสถานที่ ซึ่งมีความเฉพาะของแต่ละเหตุการณ์ตามที่เป็นจริง โดยการเก็บข้อมูลในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อจำแนกหรือสืบค้นข้อมูลต่างๆ แล้วนำมาตอบวัตถุประสงค์การศึกษา ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลของสถานการณ์ที่ต้องการศึกษา เพื่อนำไปพัฒนาและแก้ไขในบริบทนั้นๆ หรือ

นำไปเปรียบเทียบกับเป้าหมายของประเทศหรือเกณฑ์มาตรฐาน หากไม่บรรลุเป้าหมายแสดงว่าเกิดปัญหาในบริบทนั้น ที่ต้องได้รับการพิจารณาแก้ไข จึงเห็นได้ว่าการวิเคราะห์สถานการณ์เป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ ในการค้นหาปัญหาของแต่ละเหตุการณ์ และนำไปสู่แนวทางแก้ไขแต่ละปัญหาอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ(ศิริกุล อิศรานุรักษ์, 2542)

4.2. การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เป็นเทคนิคหนึ่งในการรวบรวมข้อมูล การรับรู้ ความคิดเห็น และแนวคิดเกี่ยวกับประเด็นปัญหาเฉพาะของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ที่มาจากวัฒนธรรมหรือประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน โดยใช้แนวคำถามหลัก (main question) คำถามชักใช้ไล่เรียง (probe) และคำถามติดตาม (follow up) (Rubin & Rubin, 1995) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาประเด็นสำคัญ (กรณีการ สุขเกษม และสุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2547: 70 -71) โดยมีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มประมาณ 6 -10 คน (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2550)

การสนทนากลุ่มมีองค์ประกอบ คือ ผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) ผู้จดบันทึก (note taker) ผู้ช่วยเหลือทั่วไป (assistance) และสมาชิกกลุ่ม (สุภางค์ จันทวานิช, 2549) ผู้ดำเนินการสนทนาเป็นผู้กระตุ้นชักจูงให้กลุ่มเกิดการแสดงความคิดเห็น สร้างบรรยากาศในการสนทนาไม่แสดงความคิดเห็นของตนเอง เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระเต็มที่ และต้องสามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้เป็นอย่างดี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และตรงประเด็นตามปัญหาที่ต้องการศึกษา(ถวิลวดี บุรีกุล และเมธิสา พงษ์ศักดิ์ศรี, 2550: 4; Munday, 2006) ส่วนผู้จดบันทึกต้องอยู่ร่วมในการสนทนาตลอดเวลา และทำหน้าที่ในการจดบันทึกเพียงอย่างเดียว ไม่ควรร่วมสนทนา เพราะจะทำให้การจดบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน และจะต้องเป็นผู้ถอดเทปด้วยตนเองเพื่อความเข้าใจในสิ่งที่ได้บันทึก และเนื้อหาสาระที่ตรงกัน สำหรับผู้ช่วยทั่วไปมีหน้าที่ควบคุมเครื่องบันทึกเสียง และเปลี่ยนเทปขณะที่กำลังดำเนินการสนทนา รวมทั้งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ดำเนินการสนทนาและผู้จดบันทึก เพื่อให้แต่ละบุคคลทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ ส่วนสมาชิกกลุ่มมีหน้าที่ในการอภิปราย และให้ความคิดเห็นในประเด็นที่ต้องการศึกษา (Stewart & Shamdasari, 1990)

ทั้งนี้การสนทนากลุ่มจะมีประสิทธิภาพ ต้องมีการเตรียมแนวคำถาม ตระหนักถึงความสามารถของสมาชิก ให้เกียรติ และให้โอกาสสมาชิกทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ตลอดจนมีการสังเกต และจดบันทึกข้อคิดเห็นของการศึกษา (วันชัย วัฒนศัพท์ ถวิลวดี บุรีกุล และศุภณัฐ เพิ่มพูนวิวัฒน์, 2547) โดยขั้นตอนการสนทนากลุ่ม (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2550) มีดังต่อไปนี้

- 1) ขั้นตอนการ มีขั้นตอนดังนี้
 - 1.1) การกำหนดหัวข้อประเด็นและแนวคำถามที่จะใช้ในการจัดสนทนากลุ่ม

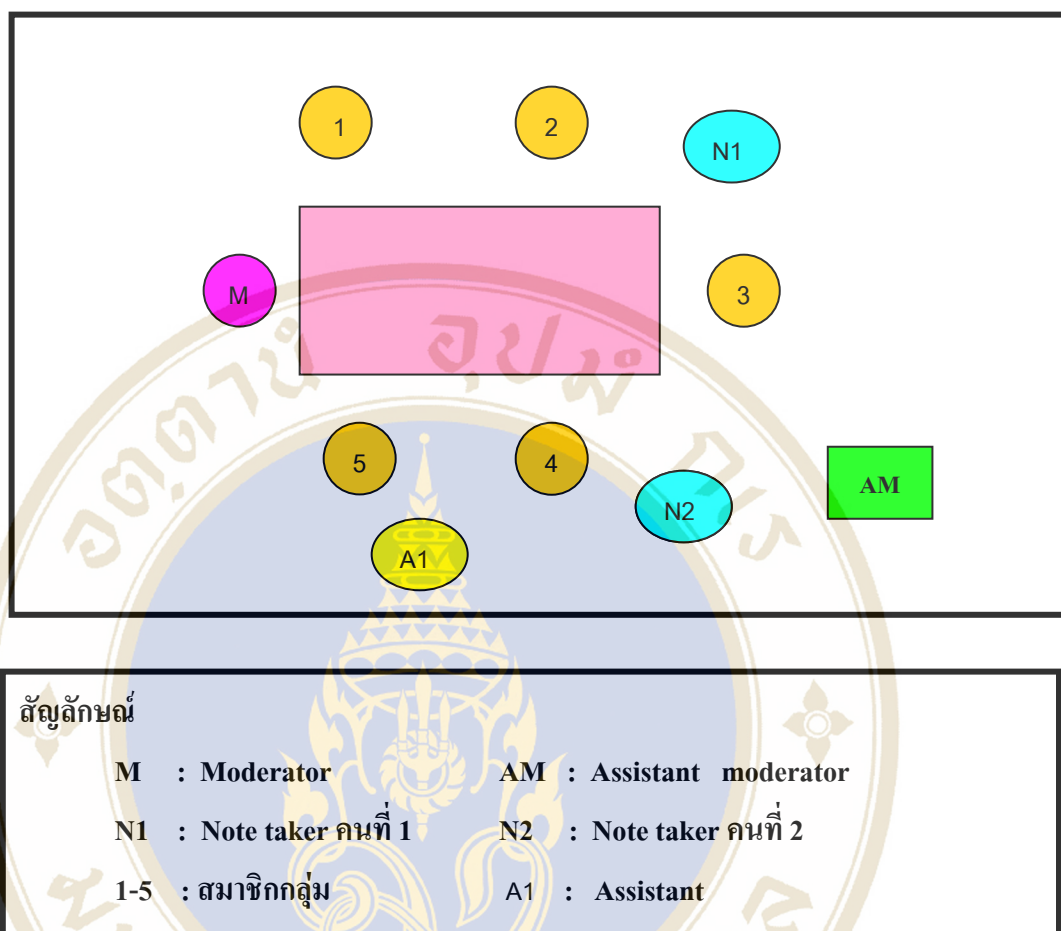
1.2) การเตรียมความพร้อมของบุคลากรในการจัดสนทนากลุ่ม ได้แก่ ผู้ดำเนินการสนทนาผู้จัดบันทึก ผู้ช่วยเหลือทั่วไป และสมาชิก

1.3) การเตรียมอุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียงดิจิทัล และอุปกรณ์เครื่องเขียน

1.4) สถานที่จัดสนทนากลุ่ม ควรเป็นสถานที่ที่สามารถควบคุมเสียงจากภายนอก และบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง รวมทั้งควรเป็นสถานที่ที่สะดวกแก่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม สำหรับที่นั่งประชุมควรจัดในลักษณะวงกลม สี่เหลี่ยม หรือเป็นรูปตัวยู ซึ่งจะช่วยให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มสามารถมองเห็นกันได้ทั่วถึง (ศิริพร จิรวัดนุกูล, 2546) ดังแผนภูมิที่ 2

2) ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มแนะนำตนเอง ผู้จัดบันทึก และผู้ช่วยเหลือทั่วไปแก่สมาชิก รวมทั้งขอให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตนเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม หลังจากนั้นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มอธิบายวัตถุประสงค์ ข้อตกลงระหว่างการสนทนากลุ่ม และวิธีการสนทนากลุ่ม โดยผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มจะเปิดประเด็นคำถามที่ต้องการศึกษา และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปราย รวมทั้งมีการสังเกตการณ์บันทึกปฏิกริยา และท่าทางของสมาชิก และข้อมูลต่างๆ ระหว่างการสนทนากลุ่ม และขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกเสียงเพื่อเก็บข้อมูลได้อย่างครบถ้วน

3) ขั้นสิ้นสุดการสนทนากลุ่ม โดยผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มกล่าวขอบคุณสมาชิก ที่ได้ให้ข้อมูลและความคิดเห็น ที่มีประโยชน์ต่อประเด็นที่สนทนากลุ่ม ภายหลังการสนทนากลุ่มผู้จัดบันทึกถอดเทปคำต่อคำ พร้อมลงบันทึกรายละเอียดต่างๆเกี่ยวกับพฤติกรรมของสมาชิก เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปประเด็นสำคัญในการสนทนากลุ่ม (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2550)



แผนภูมิที่ 2 แสดงผังการนั่งของการสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มมีข้อดี คือ ทำให้ได้ข้อมูลจากผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ตรงในเรื่องที่ต้องการศึกษา ทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและตรงประเด็น ผู้สัมภาษณ์สามารถปรับคำถามให้เหมาะสมกับผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละบุคคล โดยคงไว้ซึ่งความหมายและสาระของข้อความ และสามารถนำวิธีการนี้ประยุกต์ใช้ได้กับผู้ที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ หรือมีความผิดปกติทางสายตา (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2550; วิมลพร ไสยวรรณ, 2545) อย่างไรก็ตามการสนทนากลุ่มมีข้อจำกัด คือ ผู้ถูกสัมภาษณ์อาจรู้สึกไม่อิสระในการตอบ เนื่องจากต้องเผชิญหน้ากับผู้สัมภาษณ์และการวิเคราะห์ข้อมูลมีความยุ่งยาก และซับซ้อนมากกว่าการวิเคราะห์ข้อมูล จากแบบสอบถามคำถามปลายปิด (ศิริพร จิรวรรณกุล, 2546)

การสนทนากลุ่มเป็นเครื่องมือหนึ่งการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายสถานการณ์หรือปรากฏการณ์ของกลุ่มเป้าหมาย ทำให้ได้ข้อมูลตามความเป็นจริง ตามการรับรู้ ความคิด และความรู้สึกของสมาชิก อันจะเป็นแนวทางในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาสถานการณ์ที่ต้องการศึกษา

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์สถานการณ์(situation analysis) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในชุมชนที่เลือกสรร

ประชากรและกลุ่มศึกษา

ประชากร คือ ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

กลุ่มศึกษา คือ ผู้ให้บริการหรือผู้ให้บริการการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี กลุ่มละ 10 คน โดยผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 2 คน และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล หมู่ละ 2 คน จากหมู่ 6 และหมู่ที่ใกล้เคียงหมู่ 6 ได้แก่ หมู่ 9, 11, และ 14 ตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี เนื่องจากในแต่ละหมู่บ้านสามารถมีเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลได้เพียง 2 คน ส่วนผู้ให้บริการ คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ หมู่ 6 ตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี ทั้งสองกลุ่มได้รับการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. อายุมากกว่า 18 ปี
2. สามารถอ่านเขียนและพูดภาษาไทย
3. มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา
4. เคยให้บริการหรือใช้บริการการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล
5. สวมใจเข้าร่วมในการศึกษา

ทั้งสองกลุ่มได้รับการสุ่มในแต่ละกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

สถานที่ศึกษา

สถานที่ของการศึกษาในครั้งนี้ตั้งอยู่ในพื้นที่ของหมู่ 6 ตำบลระบำ อำเภอลานสักร จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการให้บริการการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมากที่สุด ในอำเภอลานสัก มีพื้นที่ทั้งหมด 674 ตารางกิโลเมตร ห่างจากโรงพยาบาลลานสัก ประมาณ 20 กิโลเมตร ใกล้สถานีอนามัยตำบลระบำ ประมาณ 3 กิโลเมตร พื้นที่เป็นที่ราบ มีประชากรจำนวน 613 คน 151 หลังคาเรือน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 10 คน และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล 2 คน ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคส่วนใหญ่รับประทานอาหารพื้นบ้าน รสจัดและรสเค็ม อาทิ ข้าวเหนียว และปลาร้า ส่วนการออกกำลังกายจะมีเครื่องออกกำลังกายที่ประจำอยู่ที่สถานีอนามัยระบำ ซึ่งชาวบ้านจะมาออกกำลังกายกันโดยมารวมกลุ่มกันสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ส่วนใหญ่ประชาชนในพื้นที่จะมีปัญหาทางสุขภาพคือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ได้รับความรักษาที่สถานีอนามัยระบำ และโรงพยาบาลลานสัก (สถานีอนามัยตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี, 2552)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ซึ่งผู้ศึกษาสร้างเอง เพื่อสอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ และความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (ภาคผนวก ก.)
2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มของผู้ให้บริการและผู้ให้บริการการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดโมเดลคุณภาพการดูแลของโดนาบีเดียน (Donabedian, 1988) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับผู้ให้บริการ แนวปฏิบัติในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน การเงิน อุปกรณ์ และเทคโนโลยี จุดเกิดเหตุ วิธีการแจ้งเหตุ การส่งการออกรับเหตุ การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ การนำส่งโรงพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ระยะเวลาในการดูแลรักษา และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (ภาคผนวก ข.)
3. เครื่องมือและอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย สมุดจดบันทึก ปากกา ดินสอ และเทปบันทึกเสียง MP 3 รุ่น creative

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี (ID ๑๐-๕๑-๑๔๕) ผู้ศึกษาขอหนังสือราชการจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลลานสัก อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาข้อมูลรายละเอียดต่างๆ ของการศึกษาแก่กลุ่มศึกษาทั้งผู้ให้บริการและผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอม เมื่อเต็มใจเข้าร่วมในการศึกษา (ภาคผนวก ก.) พร้อมทั้งนัดหมายวันและเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละกลุ่มศึกษา
3. ผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม แนะนำตนเอง ผู้จัดบันทึก และผู้ช่วยเหลือทั่วไปแก่กลุ่มศึกษา รวมทั้งขอให้กลุ่มศึกษาแต่ละคนแนะนำตนเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ผู้ศึกษาและผู้ช่วยศึกษาเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการและผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (ภาคผนวก ก.) และดำเนินการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) โดยใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (ภาคผนวก ข.) การสังเกตและการบันทึก พร้อมทั้งขออนุญาตกลุ่มศึกษาในการบันทึกเสียงระหว่างการสนทนากลุ่ม ทั้งนี้การสนทนากลุ่มทำ 2 ครั้ง / กลุ่ม ห่างกัน 3 สัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง ซึ่งกลุ่มศึกษาสามารถขอถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาการศึกษา
4. ผู้ศึกษาถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ ที่ได้จากการสนทนาในครั้งที่ 1 และนำข้อความสรุป พบกลุ่มศึกษาตามการนัดหมายครั้งที่ 2 เพื่อสอบถามและตรวจสอบข้อสรุปที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 และอภิปรายข้อมูลในประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุมเพิ่มเติม เพื่อให้มั่นใจว่าได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ เพื่อวิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการ โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาโดยวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต และการบันทึก ดังนี้

2.1. ผู้ศึกษาถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ พิมพ์ข้อมูลทุกคำพูดของกลุ่มศึกษา พร้อมพิมพ์สิ่งที่ได้จากการสังเกตในแต่ละช่วงสัมภาษณ์

2.2. ผู้ศึกษาวิเคราะห์ข้อความสำคัญ ประเด็นสำคัญ และความหมาย รวมทั้งหาข้อสรุปในประเด็นต่างๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ เพื่อตอบวัตถุประสงค์การศึกษา

ข้อพิจารณาจริยธรรมในการศึกษา

ผู้ศึกษายึดหลักจริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มศึกษาด้วยความสมัครใจ และหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี การเก็บข้อมูลของกลุ่มศึกษาจะเป็นความลับ การเปิดเผยจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และเผยแพร่ในรูปแบบสรุปผลการศึกษา



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ (situation analysis) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ตำบลระบำ อำเภอลานสักร จังหวัดอุทัยธานี ผลการศึกษประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1.1. ผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล
- 1.2. ผู้ใช้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

2. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

- 2.1. ผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล
- 2.2. ผู้ใช้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล
- 2.3. ภาพรวมของการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ
- 2.4. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

ผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 2 คน และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล ซึ่งอาศัยอยู่หมู่ 6, 9, 11, และ 14 ตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี หมู่ละ 2 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีสถานภาพสมรสคู่ อายุเฉลี่ย 36.3 ปี ($SD = 12.06$) ผู้ให้บริการจำนวนครึ่งหนึ่งสำเร็จการศึกษาประถมศึกษา ผู้ให้บริการทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาท / เดือน การรู้จักหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่พบจากการเห็นรถกู้ชีพ / การปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพ และการเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่พบบ่อยสุด คือ อาสาสมัครปฐมพยาบาล รองลงมาคือ พยาบาลวิชาชีพ การบาดเจ็บฉุกเฉินในชุมชนส่วนใหญ่พบจำนวนบ่อยครั้งคือ 2 - 3 ครั้ง/สัปดาห์ โดยมีบาดแผล และให้การช่วยเหลือโดยการทำแผล/ห้ามเลือด ประสิทธิภาพการที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวนเฉลี่ย 2 ปี 5 เดือน ($SD = 17.52$, range = 11 เดือน – 8 ปี) ปัญหาทางสุขภาพที่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินคือ บาดแผล และส่วนใหญ่มักมีความพึงพอใจมากที่สุดต่อระบบบริการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (N = 10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	6
หญิง	4
สถานภาพสมรส	
โสด	1
คู่	8
หย่า/แยก	1
การศึกษา	
ประถมศึกษา	5
มัธยมศึกษา	3
ปริญญาตรี	2

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล
(N = 10) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
ศาสนา	
พุทธ	10
อาชีพ	
เกษตรกร	4
รับราชการ	1
รับจ้าง	3
ค้าขาย	2
รายได้/ ต่อเดือน	
น้อยกว่า 5,000 บาท	5
5,000-10,000 บาท	3
10,001-15,000 บาท	2
การรู้จักหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)	
ป้าย/โปสเตอร์	2
ประชุมชุมชน/ อาสาสมัครสาธารณสุข	4
เพื่อนบ้าน	2
การเห็นรถกู้ชีพ / การปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพ	5
การเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน	5
ผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุที่พบบ่อย (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)	
แพทย์	1
พยาบาลวิชาชีพ	7
เจ้าหน้าที่กู้ชีพ	2
เจ้าหน้าที่เวชกิจ	3
อาสาสมัครปฐมพยาบาล	10
ความบ่อยครั้งของการบาดเจ็บฉุกเฉินในชุมชน	
นานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/ เดือน)	3
บางครั้ง (3-5 ครั้ง/ เดือน)	2
บ่อยครั้ง(2-3 ครั้ง/ สัปดาห์)	5

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล
(N = 10) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
ชนิดการบาดเจ็บฉุกเฉิน (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)	
บาดแผล	9
กระดูกหัก / อุบัติเหตุ	6
หายใจลำบาก	1
ไข้	3
วิธีการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน	
ตามกระดูก	3
ทำแผล/ ห้ามเลือด	7
ปัญหาทางสุขภาพที่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	
บาดแผล	6
กระดูกหัก/ อุบัติเหตุ	4
ความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล	
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	1

1.2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

ผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลหมู่ 6 ตำบลระบำอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี พบว่าเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และสำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีอายุเฉลี่ย 41.80 ปี (SD = 15.71) ผู้ให้บริการทั้งหมดนับถือศาสนา พุทธ อาชีพส่วนใหญ่รับจ้าง และมีรายได้ / เดือน น้อยกว่า 5,000 บาท การรู้จักหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่จากประธานชุมชน / อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุที่พบเห็นมากที่สุด คือ อาสาสมัครปฐมพยาบาล รองลงมา คือ พยาบาลวิชาชีพ การบาดเจ็บฉุกเฉินในชุมชนส่วนใหญ่พบจำนวนบ่อยครั้ง คือ 2-3 ครั้ง/ สัปดาห์ โดยมีบาดแผลหรือ กระดูกหัก / อุบัติเหตุในจำนวนที่เท่ากัน จึงพบการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินมากที่สุด คือ การทำแผล/ ห้ามเลือด การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินพบมาก

ที่สุด จำนวน 1 ครั้ง โดยมีปัญหาทางสุขภาพ คือ บาดแผล และผู้ให้บริการมีความพึงพอใจมากที่สุด
ต่อระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลของส่วนบุคคลผู้ใช้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล
(N = 10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	5
หญิง	5
สถานภาพสมรส	
โสด	1
คู่	9
การศึกษา	
ประถมศึกษา	8
มัธยมศึกษา	2
ศาสนา	
พุทธ	10
อาชีพ	
เกษตรกร	4
รับจ้าง	6
รายได้/ ต่อเดือน	
น้อยกว่า 5,000 บาท	6
5,000-10,000 บาท	4
การรู้จักหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)	
ป้าย/โปสเตอร์	1
ประชาชนชุมชน/ อาสาสมัครสาธารณสุข	7
เพื่อนบ้าน	4
การเห็นรถกู้ชีพ/การปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพ	2

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลของส่วนบุคคลผู้ใช้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล
(N = 10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
ความบ่อยครั้งของชุมชนที่มีการบาดเจ็บฉุกเฉิน	
นานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/ เดือน)	3
บางครั้ง (3-5 ครั้ง/ เดือน)	2
บ่อยครั้ง (2-3 ครั้ง/ สัปดาห์)	5
ผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุที่พบบ่อย (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)	
พยาบาลวิชาชีพ	6
เจ้าหน้าที่กู้ชีพ (EMT)	2
เจ้าหน้าที่ปฐมพยาบาล (BLS)	1
อาสาสมัครปฐมพยาบาล (FR)	7
ชนิดการบาดเจ็บฉุกเฉิน (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)	
บาดแผล	7
กระดูกหัก/ อุบัติเหตุ	7
การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินที่ท่านพบเห็น	
ตามกระดูก	4
ทำแผล/ หามเลือด	6
จำนวนการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	
1 ครั้ง	4
2 ครั้ง	3
3 ครั้ง	2
4 ครั้ง	1
ปัญหาทางสุขภาพที่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	
บาดแผล	6
กระดูกหัก/ อุบัติเหตุ	2
ปวดท้องไส้ติ่ง / คลอดบุตร	2
ความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล	
มากที่สุด	7
มาก	3

2. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

2.1. ผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลแก่ ผู้ใช้บริการ หมู่ 6 ตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 10 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 2 คน และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล ซึ่งอาศัยอยู่หมู่ 6, 9, 11, และ 14 หมู่ละ 2 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ร่วมกันอภิปรายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ซึ่งสามารถวิเคราะห์ผลตามโมเดลคุณภาพของโดนาปีเดียน ออกเป็น โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ดังนี้

2.1.1. โครงสร้าง

1) ผู้ให้บริการพบประเด็นสำคัญ ได้แก่ จำนวนบุคลากร และความรู้และทักษะ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1) จำนวนบุคลากร หมายถึง ปริมาณของผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล โดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล ซึ่งอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากศูนย์สั่งการ อำเภอลานสัก เสนอว่า ควรมีการเพิ่มจำนวน ให้เหมาะสมกับพื้นที่บริการ ซึ่งค่อนข้างกว้างดังคำกล่าวที่ว่า “...ก็น่าจะมีเพิ่มอีก เพราะชาวบ้านและหมู่บ้านเยอะ พื้นที่ก็กว้างด้วยน่าจะกระจายไปทั่วทุกจุด...” และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล ที่ทำงานมานาน 10 ปี เสนอเพิ่มว่าต้องสามารถเขียนหนังสือได้ เพื่อประโยชน์ในการจดบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ ดังคำกล่าวที่ว่า “...ก็มีการอบรม เพิ่มเจ้าหน้าที่เป็นและรู้หนังสือหน่อย จะได้เขียนคล่องหน่อย...”

1.2) ความรู้และทักษะ หมายถึง การให้ข้อมูลและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการช่วยเหลือเบื้องต้น พร้อมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือ และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง อันจะทำให้เกิดความชำนาญในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ โดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยในท้องถนน กล่าวว่า “...ก็น่ามีการอบรมบ่อยๆ นะ บางทีนานวันก็ลืม เรื่องเครื่องมือ เครื่องมือ การอบรม ก็พัฒนาเรื่อยๆ...” ส่วนเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานน้อยกว่า เสนอเพิ่มว่า “...มีการอบรมกันเรื่อยๆ เพราะจะมีการแลกเปลี่ยนพูดคุยกันไปด้วย มีการประเมินความรู้ไปด้วย...” และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลที่ปฏิบัติงานมานาน และออกรับผู้ป่วยตลอดค่อนข้างบ่อยๆ จึงเพิ่มเติมว่า “...ฝากไว้ขอให้มีอบรมเพิ่มเติมนะ เรื่องคลอดด้วย นวดหัวใจด้วย ทุกเรื่องเลยนะ...”

2) แนวปฏิบัติในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ระบบการปฏิบัติงานซับซ้อน การบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1) แนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน หมายถึง การมีขั้นตอนที่ผู้ให้บริการใช้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ โดยปฏิบัติตามวิธีการที่ได้รับการสอนและอบรมตามหลักการช่วยเหลือเบื้องต้น พร้อมรายงาน และจดบันทึกข้อมูลของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ที่มีอายุมากและมีปัญหาทางสายตา “...ก็แนวทางเดียวกันกับที่ทางโรงพยาบาลสอนไป การทำแผล ห้ามเลือด การนวดหัวใจ...” เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานมานานกล่าวว่า “...ก็มันใช้หายใจไม่ออกเราก็ออย่างช่วยเต็มที่ อย่างเรื่องออกซิเจน แต่หมอก็เคยบอกนะการดูแลคนไข้ การจัดทำ การเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ก็สามารถช่วยได้เบื้องต้น...” ส่วนเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลที่ผ่านประสบการณ์การปฏิบัติอีกท่านกล่าวสนับสนุนว่า “...ก็มีระบบคีนะ มีการพูดคุยกันด้วยเขียนผิดพลาดก็สอนกันบ้าง ที่หมอยุ่งกัน หมอบอกเขียนไปก่อนเดี๋ยวดูให้...” โดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวว่าน้ำเสียงจริงจังว่า “...ก็ถ้าจะคลอดก็โทรหมอก่อน ก็ถามคนไข้ว่ามีน้ำอะไรไหลออกมามั้ย เป็นอย่างไรบ้าง เช็ดหน้า เช็ดตา ดู ถ้าคลอดขึ้นมาก็ทำเหมือนตอนไปแข่ง Rally ก็มีฐานคลอดก็ทำคลอดเลย อุปกรณ์เราก็มีในกระเป๋านะ...”

2.2) ระบบการปฏิบัติงานซับซ้อน หมายถึง การดำเนินงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลที่มีหลายขั้นตอน มีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา ส่งผลให้มีความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน โดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลที่ปฏิบัติงานมานาน และปัจจุบันออกรับผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง กล่าวถึงปัญหาในอดีตเกี่ยวกับในเรื่องระบบและขั้นตอน การปฏิบัติงานด้วยน้ำเสียงที่หนักแน่นว่า “...ระบบนี้ก็มีการวางแผน ปรับปรุงกันตลอด ก็มีข้อผิดพลาดเรื่องการแจ้งเวลา และการส่งการก็มีปัญหา ตอนกลางคืนนะ แต่เดี๋ยวนี้อาจช่วยกัน...” ส่วนเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลที่ผ่านประสบการณ์การปฏิบัติอีกท่านกล่าวสนับสนุนว่า “...ขั้นตอนก็ยุ่งยาก แต่เดี๋ยวนี้อาจเข้าใจมากขึ้นแล้ว เราไม่รู้ระบบของเค้า...” ทั้งนี้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์สั่งการ กล่าวถึงปัญหาเพิ่มว่า “...ที่ผ่านมาก็มีปัญหาและอุปสรรคหลายอย่างในเรื่องระบบ เพราะต้องทำความเข้าใจในรายละเอียด แต่ละหัวข้อผิดพลาด ก็มีโดนหักเงิน จนเดี๋ยวนี้อาจเริ่มมีระบบแล้ว...”

2.3) การบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงาน หมายถึง การเขียนข้อมูลลงในแบบฟอร์มการปฏิบัติงาน ซึ่งมีจำนวนมากและตัวหนังสือเล็ก โดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลที่สูงวัยและมีปัญหาสายตา กล่าวด้วยน้ำเสียงเรียบเฉยว่า “...มีเหมือนกันนะหมอ เรื่องใหญ่การกรอกข้อมูลมันเยอะไปหมด ตัวเล็กด้วย ลงผิดก็มีนะ...” ส่วนเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลอีกท่านกล่าวเสริมว่า “...คีนะผมว่าก็เข้าที่เข้าทางแล้ว เราต้องหัดเขียนบ่อยๆ ผิดเดี๋ยวหมอเค้าก็บอก เพราะมีหลายช่องเหมือนกัน...” ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานศูนย์สั่งการ ที่มีหน้าที่ตรวจสอบ

วิธีการเขียนให้เรียบร้อยก่อนการบันทึกข้อมูล กล่าวด้วยน้ำเสียงเรียบว่า “...ก็คือนะมีหลายขั้นตอน เรื่องของเรื่องก็ต้องกรอกข้อมูลรายละเอียดการออกปฏิบัติการให้เรียบร้อย...”

3) การเงิน อุปกรณ์และเทคโนโลยีการสื่อสาร พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ ค่าตอบแทน วัสดุอุปกรณ์เทคโนโลยีการสื่อสาร และการประชาสัมพันธ์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1) ค่าตอบแทน หมายถึง การให้เงินเพื่อใช้เป็นค่าน้ำมันรถ ค่าแรง และสวัสดิการต่างๆ เพื่อตอบแทนการช่วยเหลือดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล โดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวด้วยน้ำเสียงที่เคร่งขรึม ในเรื่องค่าใช้จ่าย และระยะทางของการให้บริการว่า “...ก็น้ำมันต่างหาก เพราะพื้นที่เราไกล...” ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์สั่งการมากกว่า 10 ปี กล่าวด้วยน้ำเสียงเข้มจั้นว่า “...ที่ผ่านมาก็อยู่ประมาณถือว่าพึงพอใจ เพราะว่าเข้าเงินโรงพยาบาล แต่ก็อยากให้สวัสดิการแก่เจ้าหน้าที่ทุกคน ที่ออกปฏิบัติการทั้งไปและกลับในเส้นทางการรับส่งผู้ป่วยนะ...” ส่วนเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระดับอาวุโส กล่าวด้วยน้ำเสียงเรียบๆ ว่า “...ก็พออยู่ได้ จาก 350 ถึง 500 บาท ดีหนึ่งดีสองอดหลับอดนอน...”

3.2) วัสดุอุปกรณ์เทคโนโลยีการสื่อสาร หมายถึง อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ เครื่องมือสื่อสาร อุปกรณ์แปล ที่ใช้ในการเคลื่อนย้าย ที่มีประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน และบัตรแสดงฐานะของผู้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ตลอดจนรถที่ใช้รับส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลรวมทั้งเทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสาร ซึ่งเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลเสนอวิธีการแสดงตนในการปฏิบัติงานว่า “...ผมว่าน่ามีป้ายชื่อก็คือนะ เพราะพวกเขายังไม่มีป้ายชื่อกันเลย ลงรหัสไปด้วยนะ...” เช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลอีกท่านกล่าวเสริมด้วยน้ำเสียงเคร่งขรึมว่า “...ก็อยากช่วยเหลือคนไข้เต็มที่ ก็จะมีเรื่องออกซิเจน ที่น่ามีไว้ที่รถทุกคัน...” และ “...น่าจะมียุอุปกรณ์แปลดัก...” นอกจากนี้เจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลยังกล่าวถึงปัญหาในการติดต่อสื่อสารของพื้นที่ด้วยน้ำเสียงและสีหน้าจริงจังว่า “...ผมว่าเป็นเรื่องการติดต่อสัญญาณโทรศัพท์นะบางทีโทรมาโรงพยาบาลก็ติดกันยาก ก็เรื่องโทรศัพท์นี่สำคัญมากๆ เลย...” และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลอีกท่านเสนอด้วยน้ำเสียงและสีหน้าจริงจังเช่นกันว่า “...ก็อยากมีรถเพิ่ม ตอนนี้นายกมีนโยบาย อยากให้พวกเรามีรถบริการเวลาไม่ฉุกเฉินโดยที่เราไม่ต้องเอารถฉุกเฉินออกที่ท้องถื่น ตอนนี้น่ามีแนวทางให้เราไปรถ เพื่อว่ามีคนเสียชีวิต หรือบางที่รถในหมู่บ้านไม่อยู่ ไม่ว่าง เราก็ได้มีรถศูนย์กลาง เพราะที่ผ่านมาระยะใช้รถฉุกเฉิน มีทั้งกรณีด่วน ไม่ด่วน...”

3.3) การประชาสัมพันธ์ หมายถึง การให้ข้อมูลในการเรียกใช้บริการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล โดยผู้นำชุมชน วิทยุชุมชน หรือบอกข่าวตามบ้าน โดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวว่า “...ผมว่าผู้นำชุมชนควรจะแจ้งว่า กรณีสมควรไปม๊ย ส่วนใหญ่ของผมจะมีกรณีหนัก ผมว่าน่าจะเป็นการประชาสัมพันธ์มากกว่า มันเป็น

เรื่องสำคัญนะ เพราะส่วนใหญ่ไม่ค่อยเข้าใจ ก็คิดว่าตัวเองเป็นหนัก ต้องรีบไปทันที เวลาประชุม ผู้นำชุมชนก็ควรจะบอกแล้วอธิบายให้เข้าใจนะ...” เจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลอีกท่านเสนอแนวทางประชาสัมพันธ์ด้วยน้ำเสียงตื้นตันว่า “...ก็อยากให้มีวิทยุชุมชน เสียงตามสายประชาสัมพันธ์มากขึ้นกว่าเดิม...” และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลที่กล่าวด้วยน้ำเสียงตื้นตันว่า “...น่าจะเป็นการเคาะประตูบ้าน ประชาสัมพันธ์จะได้ทุกพื้นที่...”

4) จุดเกิดเหตุ พบประเด็นสำคัญได้แก่ สถานที่เกิดเหตุไกล และความไม่ชำนาญเส้นทางโดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1) สถานที่เกิดเหตุไกล หมายถึง พื้นที่เกิดเหตุ ซึ่งผู้ให้บริการต้องไปช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินที่อยู่ห่างไกลและไปลำบาก รวมทั้งผู้แจ้งเหตุบอกทางไม่ชัดเจน ทำให้ไปรับผู้ป่วยล่าช้า โดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวว่าน้ำเสียงเคร่งเครียดว่า “...ก็เรื่องสถานที่เพราะพื้นที่ค่อนข้างกว้าง การแจ้งเหตุไม่ชัดเจน และเรื่องถนนไปลำบากเหมือนกัน ระยะทางจากโรงพยาบาลว่าจะมาถึงช่วงแรก ๆ 15-20 นาที เคยมาหลง หาทาง ไม่มีบ้านคน ก็นานเหมือนกันเป็นครึ่งชั่วโมง กว่าจะหาเจอ ติดต่อกันไปมา...กว่าจะเจอคนไข้...” และเสริมเพิ่มว่า “...ก็เรื่องการให้ข้อมูลภาวะเจ็บป่วย สถานที่ที่ชัดเจน เพราะพื้นที่ในตำบลระบือค่อนข้างจะกว้าง ทำให้หลงทางได้...” ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่ศูนย์สั่งการของโรงพยาบาลถามกลับว่าด้วยน้ำเสียงจริงจังว่า “...ถ้าเป็นทางโรงพยาบาลก็ลำบากเหมือนกัน เพราะพื้นที่กว้าง และเป็นเขาส่วนใหญ่ เป็นเหตุกลางคืน เส้นทางในการบอกจุด จะบอกเป็นบ้านผู้ใหญ่ชื่อ... ต่างๆ เราก็ต้องถามให้ชัดเจนตรงไหนแน่ละ ช่วยแจ้งให้ชัดเจนด้วยนะละ เรื่องสถานที่ให้ชัดเจนกับอาการ และเบอร์โทรกลับที่แน่นอนเพื่อสอบถามอาการเป็นระยะๆ แต่ก็มิให้เบอร์ไว้ โทรไปไม่มีสัญญาณ ก็ต้องไปถามทางอีก...”

4.2) ความไม่ชำนาญเส้นทาง หมายถึง การเดินทางไปที่เกิดเหตุ ซึ่งมีเส้นทางหลายเส้นทำให้ไปไม่ถูกทาง เนื่องจากไม่ใช่คนในพื้นที่ พยาบาลวิชาชีพที่ศูนย์สั่งการของโรงพยาบาลกล่าวว่าด้วยน้ำเสียงจริงจัง ถึงเรื่องความไม่ชำนาญของเส้นทางว่า “...ก็เป็นเรื่องเส้นทางบางที่เราไปไม่ถูก ต้องโทรกลับมาโรงพยาบาล เพราะเราก็ไม่ชำนาญเส้นทาง ยิ่งกลางคืนลงไปหมด ทางมันไปหลายทาง แล้วเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ก็ไม่ใช่คนในพื้นที่อีก...” อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่กล่าวว่าด้วยน้ำเสียงจริงจังว่า “...สถานที่ด้วย บอกไม่ชัด เราก็ต้องถาม แต่ด้วยพื้นที่ของเรา เราไปได้ไม่หลง...”

2.1.2. กระบวนการ

1) การแจ้งเหตุ พบประเด็นสำคัญ คือ การบอกข้อมูลการเจ็บป่วย หมายถึง การที่ผู้ให้บริการหรือผู้ใช้บริการบอกอาการ ที่ช่วยในการประเมินผู้บาดเจ็บฉุกเฉินแก่ศูนย์สั่งการ โดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวว่าด้วยน้ำเสียงจริงจังว่า “...ข้อมูลเจ็บป่วยนี้สำคัญมากมาก

เพราะจะได้ทราบอาการเบื้องต้น แล้วการประเมิน การเตรียมการออกปฏิบัติการด้วยว่า ผู้ป่วยมีอาการเป็นอย่างไรบ้าง...” ส่วนเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลอีกท่านที่ปฏิบัติงานมานานกล่าวว่าอย่างจริงจังว่า “...ก็คล้ายกันแหละ อาการเป็นไรบ้าง เขาก็บอกเราหมดนั่นแหละ บางทีก็บอกรถคว่ำเราก็นั่งไป บางทีก็เมาลึ้ม ก็เราไปรับพามาโรงพยาบาล ดีกว่าแม่อีกกลัวจะเป็นไร พุทก็ไม่รู้เรื่องเลย...” ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่ศูนย์สั่งการของโรงพยาบาลกล่าวเสริมถึง กระบวนการและขั้นตอนที่ต้องเชื่อมโยงไปที่ศูนย์สั่งการของจังหวัดด้วยน้ำเสียงจริงจังว่า “...ก็ต้องโทรบอกโรงพยาบาลอุทัย ในการประเมินการออกรับเหตุ บางทีคนไข้โทรมาบอกเรา แต่อยู่พื้นที่ระบ๋า ก็จะทำให้เจ้าหน้าที่ไปที่จุดเกิดเหตุ แล้วเราก็จะเจอกันครึ่งทาง ก็ทำให้งานไปได้ด้วยความรวดเร็ว...”

2) การสั่งการออกรับเหตุ พบประเด็นสำคัญ คือการออกไปรับผู้ป่วย หมายถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแจ้งข้อมูลแก่ผู้ให้บริการออกรถเพื่อไปช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินพร้อมบอกแนวทางการช่วยเหลือ ซึ่งเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวว่า “...โรงพยาบาลนี้แหละ โรงพยาบาลลานสัก เขาก็จะบอกว่า เราออกไปรับคนไข้ได้ยัง ก็คืนะอาการอย่างนี้จะทำอย่างไร ก็จะแนะนำให้เราไปมีอะไรเราก็โทรมาสอบถามได้...” เจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวเสริมถึงวิธีปฏิบัติงานที่ทำมานานไว้ว่า “...เวลามีคนไข้ เขาก็จะโทรบอกอาการ ให้รถฉุกเฉินอย่างพวกเราปฏิบัติการ...”

3) การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ คือ การช่วยเหลือเบื้องต้น หมายถึง การปฐมพยาบาลแก่ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินตามที่ได้รับการอบรมหรือฝึกปฏิบัติ โดยใช้เครื่องมือที่มีอยู่ในกระเป๋า เจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวถึงวิธีการและขั้นตอนในการปฏิบัติงานด้วยน้ำเสียงจริงจังว่า “...ก็ถ้าจะคลอดก็โทรหมอก่อน ก็ถามคนไข้ว่ามีน้ำอะไรไหลออกมามั้ย เป็นอย่างไรบ้าง เช็ดหน้า เช็ดตา ดูถ้าคลอดขึ้นมา ก็ทำเหมือนตอนไปแข่งแรลลี่ ที่มีฐานคลอด ก็ทำคลอดเลย อุปกรณ์เราก็มีในกระเป๋านะ...” ส่วนเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลที่ปฏิบัติงานมานานกล่าวว่าเสริมว่า “...ก็เหมือนกัน การดูแลการทำแผล การห้ามเลือด การตามแขนขา คือการดูแลตั้งแต่ที่เกิดเหตุเลย...” เช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวด้วยน้ำเสียงจริงจังว่า “...ของนั่นคือการดูแลเด็กตัวร้อน ดูแลเช็ดตัวให้ แล้วก็โทรไปโรงพยาบาลว่ามีคนไข้เด็กเป็นไข้ ก็สอบถามอาการเป็นไขกับแม่เด็ก จะดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้นไปเรื่อยๆ จนถึงโรงพยาบาล...” และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลที่ปฏิบัติงานมาไม่นาน กล่าวด้วยน้ำเสียงจริงจังในเรื่องการปฏิบัติงานว่า “...ของผมนี่จะมีการดูแลผู้ป่วยมีอาการเป็นลมบ้าง อุบัติเหตุบ้าง ผมก็จะโทรไปโรงพยาบาลไปแจ้งเค้าก่อน ให้ทางโรงพยาบาลประเมินอาการเบื้องต้น แต่ของผมนคนไข้ไม่รุนแรงมากหรอก ก็ดูแลกันไปตลอดทาง มีคนไข้เด็กเป็นไขก็มี ก็กลัวจะชัก เช็ดเนื้อเช็ดตัว ดูแลไปถึงโรงพยาบาลนั่นแหละ...”

4) การนำส่งโรงพยาบาล ประเด็นสำคัญที่พบ คือ การพาไปโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ให้บริการตัดสินใจ และนำผู้บาดเจ็บฉุกเฉินไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษาต่อเนื่องอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินขณะส่งต่อไปโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวด้วยน้ำเสียงเรียบ ๆ ว่า “...ก็ส่วนใหญ่เราโทรไปโรงพยาบาลลานสักหมอเค้าถามคนไข้ อาการเป็นอย่างไรบ้าง มาเลยมาส่งได้เลย ไม่มีปัญหาอะไรหรอก...” ส่วนพยาบาลวิชาชีพได้กล่าวเสริมว่า “...ก็ติดต่อโรงพยาบาล ให้เตรียมตัวให้พร้อม เราประเมินช่วยทำอะไรมาบ้าง ส่วนใหญ่ก็ไป 2 คนอยู่แล้วก็ hold mask มาก่อนเลย ก็พยายามรีบช่วย รีบเคลื่อนย้ายมาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด...” เจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล กล่าวด้วยน้ำเสียงตื่นเต้นว่า “...ผมก็ยอมรับว่าใจร้อนนะ แต่เดี๋ยวนี้อะไรก็พยายามติดต่อประสานงานก่อน จะเป็นเรื่องการรับคนไข้ละมั้ง เราก็รีบไปรับละนะเร็วที่สุด...” เช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลที่กล่าวด้วยน้ำเสียงเรียบ ๆ ว่า “...คุณตั้งแต่ไปถึงเลย ว่า เป็นอย่างไรบ้างมีอาการเป็นอย่างไรบ้าง สอบถามอาการ แล้วก็รีบโทรบอกโรงพยาบาล ผมก็ดูแลมาตลอดทางเลย จนถึงโรงพยาบาล...”

5) สัมพันธภาพของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พบประเด็นสำคัญ คือ ความรู้สึกที่ดีต่อกัน หมายถึง ผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ให้บริการ โดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวถึงปัญหาในช่วงแรกของการปฏิบัติงานว่า “...ที่ผ่านมาไม่มีปัญหาอะไร แรกๆก็ไม่ค่อยมั่นใจเท่าไร ก็โทรเรียกรถโรงพยาบาลดีกว่า เพราะเป็นรถเก่าๆ ด้วย แต่หลังมานี้พอไปส่งคนไข้เสร็จ เค้าก็ขอบคุณเรา เราก็ภูมิใจนะ...” เช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลที่กล่าวเสริมด้วยน้ำเสียงเรียบว่า “...เวลาส่งคนไข้เสร็จแล้ว เค้าก็ขอบคุณ มีให้เงินด้วย เราก็ต้องบอกไม่ต้องหรอก...” และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวถึง ความรู้สึกของการได้เป็นผู้ให้บริการด้วยน้ำเสียงมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานว่า “... ก็ดีนะ ดูแลคนพี่น้อง ก็ดูแลกันไป...”

6) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ พบประเด็นสำคัญ คือ ความเต็มใจในการบริการ หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ให้บริการพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการอย่างจริงใจ ซึ่งเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวด้วยน้ำเสียงเรียบ ๆ ว่า “...ทำด้วยใจจริง ที่ผ่านมาก็เคยเจ็บป่วยนะ เราเคยเป็นคนป่วย ก็รู้สภาพของคนไข้กันดีกว่า ทรมานขนาดไหน ก็อยากให้หาย ไม่เจ็บ ไม่ป่วยนะ...” เจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวเสริมว่า “...ของเราก็ภูมิใจนะ ดินะพอส่งเค้าเสร็จ เค้าก็ขอบคุณเรา เราก็รู้สึกดีมากๆ...” ส่วนพยาบาลวิชาชีพในฐานะผู้ให้บริการได้กล่าวถึงความรู้สึกที่มีต่อการให้บริการว่า “...เป็นสิ่งที่ดี เพราะคนไข้จะได้ทุเลาอาการบาดเจ็บ และได้มารักษาจะได้หายไวๆ ค่ะ...”

2.1.3. ผลลัพธ์

1) **ความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน** พบประเด็นสำคัญ คือ การป้องกันความเจ็บป่วย หมายถึง การดูแลช่วยเหลือมิให้ผู้บาดเจ็บ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย โดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวว่าน้ำเสียงจริงจังต่อการปฏิบัติงานว่า “...ก็ต้องความปลอดภัย เพราะเราป้องกัน ไม่ว่าจะเลือด หรือแผล และการดูแลตามแนวทางของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสำคัญด้วย...” เช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลที่กล่าวว่าน้ำเสียงเรียบๆ ว่า “...เราก็ต้องสามารถประเมินได้ เราปลอดภัย ถ้าปลอดภัย แล้วก็ดูแลรวดเร็ว ปลอดภัย แรกชาวบ้านเค้าก็ไม่เชื่อใจพวกเรา จะทำได้มัย จะเป็นอย่างไร แต่พวกเราทำงานกันมานาน หมอก็เข้าใจ พวกเราทำอะไร ผิดพลาดอะไร ก็เรียกมาคุยกันเรื่อยๆ ผมว่ามันก็ดีขึ้นนะ ...” ส่วนเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลอีกท่านกล่าวว่า “...ก็อยากให้คนไข้ปลอดภัย อาการทุเลาลงเร็วๆ ก็มีเรื่องคนคลอดนี้สำคัญนะ ก็เคยไปทำคลอดเองที่บ้าน ท้อง 3 แล้ว ทางก็ไม่ค่อยดี เรายังไม่ถนัดเรื่องคลอด ก็ต้องฝึกฝน เพราะก็มีคนคลอดบอยนะ ที่ต้องไปทำคลอดที่บ้าน ก็ไม่ค่อยชำนาญ ...” และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวว่าน้ำเสียงเข้มว่า “...ปลอดภัย ไม่เป็นไรมาก เวลาเจออุบัติเหตุ ก็อยากให้เค้าไม่มีกระดูกหัก ไม่มีเลือดออกมาก ก็ใจไม่ดีนะหมอ คิดและภาวนาหายเร็ว เมาก็เมามาหะ คนหมู่เดียวกันก็ไม่ต้องอยากให้เป็นโรครุกลานเราเอง...”

2) **ระยะเวลาในการดูแลรักษา** พบประเด็นสำคัญ คือ ช่วงเวลาในการช่วยเหลือ หมายถึง ระยะเวลาที่รวดเร็วที่ผู้ให้บริการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสม โดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวว่าน้ำเสียงเรียบๆ ว่า “...ก็ดีขึ้นนะ...” และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวเสริมว่าน้ำเสียงจริงจังว่า “...แต่ผมว่าไม่ช้าหรอก ไม่มีโกรธ มีเจ็บไข้ ก็ช่วยกัน เพราะเราก็ต้องเห็นใจกัน ...” และ “...ก็คิดว่า น่าจะเป็นการบริการที่รวดเร็วของพวกเรา จะได้เปรียบเพราะใกล้เค้า เกิดเหตุเราก็รีบดูแลรีบโทรบอกโรงพยาบาล ตอนนี้ชาวบ้านก็เค้าเข้าใจมากขึ้นนะ...” พยาบาลวิชาชีพกล่าวว่าเสริมว่า “...การดูแลที่รวดเร็ว คนไข้หายเร็ว ๆ ...”

3) **ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ** พบประเด็นสำคัญ คือ ความรู้สึกที่ดีต่อการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน หมายถึง การแสดงออกในทางที่ดี ที่มีการเอื้อเฟื้อต่อกัน เจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวว่าน้ำเสียงเรียบๆ ว่า “...ก็เป็นสิ่งที่ดีนะสำหรับหมู่บ้านของเรา ในการช่วยเหลือกันนะ...” และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวด้วยน้ำเสียงเรียบถึงความรู้สึกความพึงพอใจในการปฏิบัติงานว่า “...คิดว่ามันน่าจะเป็นจุดเล็ก ๆ อีกจุดในหมู่บ้านในชุมชนที่จะทำให้ชาวบ้านรู้สึกว่ามี ความมั่นคงปลอดภัยในการรักษา แม้ว่าจะระยะทางห่างค่อนข้างห่างไกล อย่างน้อยเมื่อเจ็บป่วย ก็มีคนที่ช่วยกันดูแลเล็กน้อยก็ยังดี ดีกว่าแบกหามลากถูกันไปนะค่ะ...”

2.2. ผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล หมู่ 6 ตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 10 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ร่วมกันอภิปราย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ซึ่งสามารถวิเคราะห์ในด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ได้ดังนี้

2.2.1. โครงสร้าง

1) ผู้ให้บริการ ประเด็นสำคัญที่พบ ได้แก่ จำนวนบุคลากร และความรู้และทักษะ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1) จำนวนบุคลากร หมายถึง ปริมาณของผู้ให้บริการที่มีอายุน้อย และสามารถอ่านเขียนหนังสือได้ โดยควรเพิ่มจำนวนให้เหมาะสมกับพื้นที่บริการซึ่งค่อนข้างกว้าง เกษตรกรชายเสนอว่า “...ผมว่าน่าจะมีเพิ่มต่อไป รุ่น 2 เพราะว่าจะได้มีเวรแลกเปลี่ยนกันด้วย มีคนอายุไม่เยอะ เรื่องสายตาดูด้วย เพราะเห็นสายตาแต่ละคนไม่ไหว แต่ผมว่าเค้าใจเกินร้อยอยู่แล้ว เลือดเยอะ แกร็กทำแผลกันได้เก่ง เห็นแค่เลือดตัวเองก็กลัวมาก คิดว่าน่าจะเพิ่มคนวัยรุ่นมากกว่านี้...” ส่วนหญิงอาชีพรับจ้างแสดงความคิดเห็นที่สอดคล้องว่า “...คิดว่าจะเพิ่มคนวัยรุ่นมากกว่านี้ มีวัยรุ่นน้อยมาให้บริการ และมีเวรสลับเปลี่ยนให้กำลังใจคอยสอบถามผู้ป่วย” และผู้ให้บริการที่มีอายุน้อยที่สุดกล่าวด้วยน้ำเสียงที่จริงจังว่า “...ผมอยากให้เพิ่มเจ้าหน้าที่ดูแลอีก 2 คน น้อยเกินไป เวลาขับรถคนหนึ่ง ดูแลสองคน...”

1.2) ความรู้และทักษะ หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยเหลือเบื้องต้น พร้อมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือ และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง โดยหญิงอาชีพรับจ้างเสนอถึงการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการด้วยน้ำเสียงตื่นเต้นว่า “...อบรมบ่อย ไม่ว่าจะเป็นการวัดความดัน เคาะสนิมกันหน่อย ทำแผล พันผ้า นานๆ พัน ก็ยุ่งๆไปหมด...” ซึ่งผู้ให้บริการชายอีกท่านก็กล่าวด้วยน้ำเสียงที่จริงจัง เสนอวิธีการเพิ่มความรู้โดยกล่าวว่า “...อยากให้อบรมการปฏิบัติงานด้วย บางทีผมว่าฟังอย่างเดียวไม่พอ ผมก็ฟังอบรมเรื่องยุ่งๆ ฟังจนหลับ ผมว่าน่าทำกันจริงด้วยนะ ะ...” ส่วนผู้ให้บริการที่มีอายุน้อยที่สุดเสริมถึงการเพิ่มการดูแลการปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่จุดเกิดเหตุว่า “...คนที่มาอบรมให้รู้เรื่องการรักษาเบื้องต้น การดูแลแขนหักขาหัก การปฐมพยาบาลให้ดีที่สุด...”

2) แนวปฏิบัติของการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ขั้นตอนการปฏิบัติงาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1) ขั้นตอนการปฏิบัติงาน หมายถึง ผู้ให้บริการแจ้งเหตุโดยใช้เบอร์ 1669 ซึ่งเจ้าหน้าที่จะสอบถามอาการ เบอร์โทรศัพท์ สถานที่เกิดเหตุ และประสานงานออกมารับผู้ป่วย

เพื่อให้การดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ จนกระทั่งนำส่งโรงพยาบาล โดยผู้ให้บริการชาย กล่าวถึงการเรียกใช้บริการที่ผ่านมาว่า “...ก็ที่ผ่านมาเค้าก็มารับ มาสอบถามอาการ เวลาเมื่ออุบัติเหตุ แขนขา เค้าก็ตามพันแผล ตอนที่ลูกเป็นไข้ เค้าเช็ดเนื้อเช็ดตัว แล้วก็บอกกินยาลดไข้ด้วย เดี๋ยวไข้แรง จะชักนะ แล้วดูแลส่งโรงพยาบาล...” ผู้ให้บริการที่มีอายุน้อยที่สุดเสริมถึง วิธีการที่เรียกใช้บริการจาก ทางโทรศัพท์ “...โทร1669 แล้วไปติดโรงพยาบาลอุทัยธานี เค้าก็ถามเบอร์ แล้วก็เจ้าหน้าที่ไปรับที่จุด เกิดเหตุออกไปรับผู้ป่วย แต่ก็ช้าเหมือนกัน เพราะเค้าจะไม่รู้จักเส้นทาง บอกรายละเอียดสถานที่เกิด เหตุ หรือให้เบอร์โทรกลับ ก็ช้า กว่าจะมาเจอกัน...” ซึ่งผู้ให้บริการหญิงอาชีพรับจ้างกล่าวถึง ขั้นตอนการปฏิบัติ ที่ผู้ให้บริการได้เคยทำการปฐมพยาบาล โดยกล่าวด้วยน้ำเสียงเรียบๆ ว่า “... เค้าก็ ดูแลเด็กเป็นแผลเค้าทำแผล ตามแขนขา พันผ้ามาแล้ว ก็มาส่งโรงพยาบาล...”

3) การเงิน อุปกรณ์และเทคโนโลยีการสื่อสาร พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ วัสดุ อุปกรณ์ ค่าใช้จ่าย และการประชาสัมพันธ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1) วัสดุอุปกรณ์ หมายถึง วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เปล ที่ใช้ในการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วย และรถในการรับส่งผู้ป่วย ซึ่งผู้ให้บริการชายเสนอว่า “...เรื่องอุปกรณ์ก็ด้วยนะ มี พอเพียง เปล ชุดทำแผล ผ้าพันด้วยก็ดีแล้วนะ แต่ก็อยากให้มีต่อไป...” และหญิงสูงอายุก็ได้เสนอ เพิ่มเติมด้วยน้ำเสียงเรียบ ๆ ว่า “...รถในหมู่บ้าน ป่าว่ามีหลายคันก็คีนะ...”

3.2) ค่าใช้จ่าย หมายถึง ค่าตอบแทนเพื่อใช้เป็นค่าน้ำมันรถ ในการออก ปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเกษตรกรชายเสนอด้วยน้ำเสียงเรียบๆ ว่า “...ก็เป็น เรื่องน้ำมันน้ำใจให้เค้าละ ค่าน้ำมัน ค่ากาแฟนะ อดนอนด้วย...” ซึ่งผู้ให้บริการชายอีกท่าน เสริมว่า “...ผมว่าก็ดีเรื่องเงิน คนเรามันต้องกินต้องใช้...” และผู้ให้บริการที่มีอายุน้อยที่สุดกล่าวด้วย น้ำเสียงที่จริงจังว่า “...เรื่องค่าน้ำมันแล้วน้ำมันก็แพง ทางก็ไกล บางทีไปไกลหลายหมู่บ้าน...”

3.3) การประชาสัมพันธ์ หมายถึง การสื่อสารให้ประชาชนในพื้นที่ รับรู้ เกี่ยวกับการบริการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยอาสาสมัครในหมู่บ้าน ซึ่งจะมีรถออกมารับผู้ให้บริการจนนำส่ง โรงพยาบาล เกษตรกรชายกล่าวเสนอว่า “...ผมอยากให้มีเรื่องประชาสัมพันธ์บ้าง หมู่อื่นเค้าไม่ เข้าใจ รดอะไร ทำอะไร ผมว่าบางคนยังไม่รู้เลย อยากให้หมอพูด ชาวบ้านเค้าฟังกัน...” โดย ผู้ให้บริการชายอีกท่านกล่าวเพิ่มเติมถึงการประชาสัมพันธ์ ที่ไม่ครอบคลุมและเสนอด้วยน้ำเสียง เรียบๆว่า “...การประชาสัมพันธ์ก็ยังน้อย ควรมีบอกตามงานประชุมหมู่บ้านบ้าง ในชุมชนจะได้รู้ มากกว่านี้นะ...”

4) จุดเกิดเหตุ พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ สถานที่เกิดเหตุใกล้ หมายถึง ผู้ ให้บริการที่อยู่ในชุมชน ทำให้มีความชำนาญในการเดินทาง และช่วยเหลือผู้ป่วยได้รวดเร็ว หญิง สูงอายุกล่าว กล่าวด้วยน้ำเสียงตื่นเต้นว่า “...ที่บ้านใกล้ ห่างแค่ 500 เมตรไปตามเค้าไป...” และ

เกษตรกรชายกล่าวเพิ่มว่า “...ตอนนั้นรถโรงพยาบาลมารับผู้ป่วยอุบัติเหตุ เล้าบอกทางมาทางแถวบ้าน แต่หมอที่มาก็หลง หาไม่เจอ แตรรถของหมู่บ้านไม่หลงหรอก ไวเพราะบ้านพวกเราเอง...”

2.2.2 กระบวนการ

1) การแจ้งเหตุ พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ การติดต่อ การให้ข้อมูลภาวะเจ็บป่วย และหลักฐาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1) การติดต่อ หมายถึง วิธีการที่ผู้ให้บริการบอกข้อมูลการเจ็บป่วย โดยติดต่อที่บ้านและการติดต่อทางโทรศัพท์ โดยหญิงสูงอายุกล่าวถึง วิธีการที่สามารถติดต่อด้วยความสะดวกกว่า “...โทรเบอร์เจ้าของรถสะดวก ไว อยู่ใกล้บ้านป่า...” ซึ่งผู้ให้บริการที่มีอายุน้อยที่สุดกล่าวเสริมถึงแนวทางในการติดต่อวิธีอื่นว่า “...ไปเรียกที่บ้านให้มารับเลย...” และเกษตรกรชายกล่าวถึงปัญหาในการติดต่อทางโทรศัพท์ไว้ว่า “...ของผมสัญญาณไม่ดี ก็โทรไปเบอร์โรงพยาบาล แล้วก็โทรเข้ามือถือเจ้าของรถ แต่ก็ไวนะ มีบางช่วงสัญญาณไม่ค่อยดี...”

1.2) การให้ข้อมูลภาวะเจ็บป่วย หมายถึง การบอกอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ เพื่อเรียกใช้บริการ หญิงอายุน้อยที่สุดเล่าถึงอาการเจ็บป่วยที่ต้องเรียกใช้บริการ “...ตัวเองเป็นไข้หนาวสั่นๆ เลยแล้วไม่ไหว โทรเรียกรถเค้า ไปส่งห้องฉุกเฉิน...” ส่วนหญิงสูงอายุกล่าวด้วยน้ำเสียงเรียบๆ ว่า “...ป่าเป็นความคันโลหิตสูง มีอาเจียนหลายครั้ง อ้วกจนเหลือง น้ากลัวมากด้วย ป่าไปใช้บริการไป 3 ครั้งแล้ว...”

1.3) หลักฐาน หมายถึง การเตรียมบัตรหลักประกันสุขภาพ เพื่อแสดงสิทธิของแต่ละบุคคลในการรักษา และบัตรประจำตัวโรงพยาบาล หญิงอาชีพรับจ้างกล่าวว่า “...บัตรทอง...ผ้าห่มฉันทเตรียมไปก่อน...” และเกษตรกรหญิงกล่าวเสริมในเรื่องการเตรียมหลักฐานว่า “...เตรียมบัตรทอง บัตร ร.พ บอกญาติด้วย...”

2) การสั่งการออกมารับเหตุ พบประเด็นสำคัญ คือ การออกไปรับผู้ป่วย หมายถึง การประสานงานในทีมผู้ให้บริการ เพื่อออกรถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ชายอายุน้อยที่สุดกล่าวด้วยน้ำเสียงที่จริงจังว่า “...คงเป็นโรงพยาบาลลานสักละนะ เพราะใกล้โรงพยาบาล แล้วยังโทรไปโรงพยาบาล เค้าก็โทรต่อๆ กันมา...” ส่วนเกษตรกรชายกล่าวว่า “...โรงพยาบาลอุทัยธานีเพราะโทรไปเค้า เคียวไปที่โรงพยาบาลลานสัก ให้ที่ อบต.ไปรับนะ...” ส่วนหญิงอาชีพรับจ้างกล่าวว่า “...คงเป็นโรงพยาบาล ก็จะเป็นผู้สั่งการให้ออกมารับผู้ป่วย...”

3) การดูแลรักษาพยาบาล เบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ พบประเด็นสำคัญ คือ การช่วยเหลือเบื้องต้น หมายถึง การสอบถามอาการ การปฐมพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินและนำส่งโรงพยาบาลโดยหญิงสูงอายุกล่าวว่า “...เรื่องความคันเนี่ย ก็จะมีเรื่องหัวใจ ก็ตรวจแล้วครั้งนั้น หมอตรวจให้ก็ตอนที่เค้ามารับ แล้วก็ส่งโรงพยาบาล เค้าดูแลปามาตลอดทาง ความคันขึ้นเยอะด้วยใจสั่นแน่น

หน้าอกไปหมด...” หญิงอายุน้อยที่สุดเสริมว่า “... ก็มาดูอาการเป็นไง ไหมมัย เราก็รู้สึกติดามอาการ พามาส่งโรงพยาบาล...” ส่วนชายอายุน้อยที่สุดอีกท่านกล่าวด้วยน้ำเสียงที่จริงจังว่า “... ก็ที่ผ่านมาเค้าก็มารับ มาสอบถามอาการ เวลาที่มีอุบัติเหตุแขนขา เค้าก็ตามพันแผล ตอนที่ถูกเป็นไข เค้าเช็ดเนื้อเช็ดตัว แล้วก็บอกกินยาลดไข้ด้วย เดี่ยวไข้แรง จะชักนะ แล้วดูแลส่งโรงพยาบาล...”

4) **การนำส่งโรงพยาบาล** พบประเด็นสำคัญได้ คือ การส่งต่อ หมายถึง การส่งผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุไปโรงพยาบาล พร้อมกับการดูแลขณะนำส่งโรงพยาบาล โดยหญิงสูงอายุกล่าวว่า “... เรื่องความดันเนี่ย ก็จะมีเรื่องหัวใจ ก็ตรวจแล้วครั้งนั้น หมอตรวจให้ ก็ตอนที่เค้ามารับ แล้วก็ส่งโรงพยาบาล เค้าดูแลปามาตลอดทาง ความดันขึ้นเยอะด้วย ใจสั่นแน่นหน้าอกไปหมด...” เช่นเดียวกับหญิงอายุน้อยที่สุด กล่าวว่า “...ก็คิดว่าคือ การที่เค้าดูแลเราอย่างตั้งใจ ไม่ใช่แค่รับส่งนะ แต่ก็มีการดูแลกันมา ก็ในหมู่บ้านนะ มีเจ็บป่วย ต่าง ๆ ก็เห็นเค้า ออกรับคนไข้เรื่อย ๆ...”

5) **สัมพันธภาพของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ** พบประเด็นสำคัญ คือ มิตรภาพ หมายถึง ความรู้สึกที่ดี เหมือนเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยชายอาชีพรับจ้างกล่าวว่า “...ฉันพี่น้อง...” ซึ่งหญิงอายุน้อยที่สุดกล่าวด้วยความชื่นชมผู้ให้บริการในชุมชนว่า “...ฉันว่าเหมือนเพื่อนช่วยเพื่อน...” ส่วนชายอาชีพรับจ้างกล่าวว่า “...เค้าดูแลทั่วถึง อีวกไม่มีแรง เค้าก็ถามเป็นไง รู้สึกดีมากๆ...”

6) **ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ** พบประเด็นสำคัญ คือ ความประทับใจ หมายถึง ผู้ให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มใจ เกษตรกรหญิงกล่าวด้วยน้ำเสียงเรียบๆ อย่างช้าๆ ว่า “...ก็รู้สึกดีมาก ๆ นะ เค้าช่วยเหลือเต็มที่...” หญิงอาชีพรับจ้างกล่าวเสริมว่า “...เค้ามีจิตใจดี ช่วยเหลือกัน...” เกษตรกรชายกล่าวด้วยน้ำเสียงและความรู้สึกที่อยากถ่ายทอดความรู้สึกว่า “...ผมก็ต้องขอบคุณ แต่วันนั้นไม่ได้พูดคุยกันนะ ผมว่าเค้าก็ดีนะ ทำเต็มที่...” และหญิงอาชีพรับจ้างชื่นชมว่า “...ขนาดฟรีไม่ได้ชะบาท ก็ไปให้เลย ฉันนี่แหละ ไปตามเค้ามาช่วย เห็นมีคนรถมอไซค์คว่ำอยู่ เงินช่วยชะบาท ก็ไม่ให้ ฉันจะไปทางตั้งค้ำให้อยู่แล้ว สงสารช่วยเหลือ เลือดก็เลือด และไปส่งถึงบ้าน...”

2.2.3 ผลลัพธ์

1) **ความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน** พบประเด็นสำคัญ คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การดูแลช่วยเหลือมิให้ผู้บาดเจ็บเกิดความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น โดยหญิงสูงอายุกล่าวด้วยความมั่นใจว่า “...ก็เป็นการที่เค้าเอาใจใส่ ดูแลตลอดพลอดภัยนะ ปากก็ชื่นชม เค้าทำต่อๆ มาเรื่อย...” และหญิงที่มีอาชีพรับจ้างกล่าวเสริมว่า “... คิดว่าน่าจะมีเป็นการช่วยผู้ป่วย ที่บาดเจ็บนะที่มีความปลอดภัย ก็ไ้วด้วย...”

2) **ระยะเวลาในการดูแลรักษา** พบประเด็นสำคัญ คือ ช่วงเวลาการช่วยเหลือ หมายถึง ระยะเวลาในการดูแลรักษาที่มีความรวดเร็วจนอาการทุเลาหาย หญิงสูงอายุกล่าวว่า “...ป่า

ก็คิดว่าคือการบริการไว ดีนะก็ดูแลดี ยิ่งช่วงนี้ป่วยกันบ่อยด้วย ก็เร็วมาก ๆ นะ... ” และเกษตรกรชายกล่าวว่า “...ของผม ก็คลอดลูก นอนไม่กี่วัน 3 -4 วัน เมียผมไม่ชอบนอนนาน ก็กลัวผีนะ ไข่ตัวเล็กฝากเค้าไว้ด้วย ห่วงก็เลยกลับบ้าน หมอเค้าก็นัดมาตรวจเรื่อยๆ...”

3) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ พบประเด็นสำคัญ คือ ความประทับใจ หมายถึง ความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ โดยหญิงสูงอายุกล่าวถึงความประทับใจและความพึงพอใจ ต่อเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลว่า “...ฉันก็ประทับใจ เค้านะฉันอึ้งก็อึ้ง เค้าก็พาฉันมาดีมาก ดั่งค์ก็ไม่เสีย ค่ารักษาก็ไม่เสีย ไม่ได้บอกเค้าหรอก เกรงใจเค้า...” และหญิงอายุน้อยที่สุดเสริมด้วยน้ำเสียงและสีหน้าชื่นชมผู้ให้บริการว่า “...ก็รู้สึกดีมาก ๆ นะ เค้าช่วยเหลือเต็มที่...”

2.3. ภาพรวมของการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ

ภาพรวมของการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ให้บริการและผู้ให้บริการมีความสอดคล้องกัน ภาพรวมของผลการศึกษา ได้แก่

2.3.1. โครงสร้าง

1) ผู้ให้บริการ พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ จำนวนบุคลากรและความรู้และทักษะ

1.1) จำนวนบุคลากร หมายถึง ปริมาณของผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ซึ่งมีการเสนอให้เพิ่มจำนวนให้เหมาะสมกับพื้นที่บริการซึ่งค่อนข้างกว้าง และผู้ให้บริการควรมีอายุน้อยและสามารถอ่านเขียนหนังสือได้ เพื่อประโยชน์ในการจดบันทึกข้อมูลทางการแพทย์

1.2) ความรู้และทักษะ หมายถึง การเพิ่มข้อมูล/การอบรมเกี่ยวกับการช่วยเหลือเบื้องต้น พร้อมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือ และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง อันจะทำให้ผู้ให้บริการมีความชำนาญในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

2) แนวปฏิบัติในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ระบบการปฏิบัติงานชัดเจน และการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงาน

2.1) แนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน หมายถึง การที่ผู้ให้บริการแจ้งเหตุต่อผู้ให้บริการ ซึ่งผู้ให้บริการจะสอบถามข้อมูล พร้อมประสานงานไปยังผู้ให้บริการในระดับต่างๆ

เพื่อช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ โดยปฏิบัติตามวิธีการที่ได้รับการสอนและอบรมตามหลักการช่วยเหลือเบื้องต้น พร้อมรายงาน และจัดบันทึกข้อมูลของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน

2.2) ระบบการปฏิบัติงานซับซ้อน หมายถึง การดำเนินงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมีหลายขั้นตอน เริ่มจากผู้ให้บริการแจ้งเหตุ เจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลส่งการออกรับผู้ป่วย ให้การปฐมพยาบาล และการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วและเหมาะสม โดยขั้นตอนต่าง ๆ มีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานตามระบบ

2.3) การบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงาน หมายถึง การเขียนข้อมูลลงในแบบฟอร์มการปฏิบัติงาน ซึ่งมีจำนวนมากและตัวหนังสือเล็ก

3) การเงิน อุปกรณ์และเทคโนโลยีการสื่อสาร พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ ค่าตอบแทน วัสดุอุปกรณ์ และการประชาสัมพันธ์

3.1) ค่าตอบแทน หมายถึง ค่าใช้จ่าย / ค่าตอบแทน ค่าน้ำมันรถ ค่าแรง และสวัสดิการต่างๆ แก่ผู้ให้บริการอย่างเหมาะสม เพื่อตอบแทนการช่วยเหลือดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน

3.2) วัสดุอุปกรณ์ หมายถึง การจัดให้มีอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ เครื่องมือสื่อสาร อุปกรณ์แปล อุปกรณ์ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และบัตรแสดงฐานะของผู้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน รวมทั้งรถที่ใช้ในการรับส่งผู้ป่วยจนถึงโรงพยาบาล

3.3) การประชาสัมพันธ์ หมายถึง การสื่อสารให้ประชาชนในพื้นที่รับรู้เกี่ยวกับการบริการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยอาสาสมัครในหมู่บ้าน และมีรถออกรับผู้ให้บริการ เพื่อนำส่งโรงพยาบาล ทั้งนี้การประชาสัมพันธ์ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ประชาชนยังไม่เข้าใจระบบการดำเนินงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล และบทบาทของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล

4) จุดเกิดเหตุ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ สถานที่เกิดเหตุไกล และความไม่ชำนาญเส้นทาง

4.1) สถานที่เกิดเหตุไกล หมายถึง พื้นที่เกิดเหตุ ที่ผู้ให้บริการต้องไปช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินอยู่ห่างไกล และไปลำบาก หรือผู้ให้บริการบอกทางไม่ชัดเจน ส่งผลให้การไปช่วยเหลือล่าช้า

4.2) ความไม่ชำนาญเส้นทาง หมายถึง การเดินทางไปพื้นที่เกิดเหตุของผู้ให้บริการ ที่ประสบปัญหาเส้นทางหลายเส้นและไปไม่ถูก เนื่องจากไม่ใช่คนในพื้นที่

2.3.2. กระบวนการ

1) การแจ้งเหตุ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การติดต่อ การให้ข้อมูล ภาวะเจ็บป่วย และหลักฐาน

1.1) การติดต่อ หมายถึง วิธีการที่ผู้ใช้บริการบอกข้อมูลการเจ็บป่วย โดยติดต่อที่บ้านและทางโทรศัพท์กับผู้ให้บริการโดยตรง จะทำให้ได้รับการบริการที่รวดเร็วกว่าการติดต่อโดยใช้เบอร์ 1669

1.2) การให้ข้อมูลภาวะเจ็บป่วย หมายถึง การบอกอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติเพื่อเรียกใช้บริการแก่ศูนย์สั่งการ เพื่อประเมินภาวะเจ็บป่วยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน

1.3) หลักฐาน หมายถึง การเตรียมบัตรหลักประกันสุขภาพ เพื่อแสดงสิทธิของแต่ละบุคคลในการรักษา และบัตรประจำตัวโรงพยาบาล

2) การส่งการออกรับเหตุ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การออกไปรับผู้ป่วย หมายถึง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแจ้งข้อมูลแก่ผู้ให้บริการออกรถ เพื่อไปช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน พร้อมบอกแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้น

3) การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การช่วยเหลือเบื้องต้น หมายถึง การสอบถามอาการ การปฐมพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินตามที่ได้รับทราบหรือฝึกปฏิบัติ โดยใช้เครื่องมือที่มีอยู่ในกระเป๋า และนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วและเหมาะสม

4) การนำส่งโรงพยาบาล สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การพาไปโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ให้บริการตัดสินใจและนำผู้บาดเจ็บฉุกเฉินไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษาต่อเนื่องอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินขณะส่งต่อไปโรงพยาบาล

5) สัมพันธภาพของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ความรู้สึกที่ดีต่อกัน/ มีมิตรภาพ หมายถึง ความสัมพันธ์ที่ดี ความรู้สึกที่เหมือนเพื่อน หรือบุคคลในครอบครัว ระหว่างผู้ใช้บริการกับผู้ให้บริการ

6) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ความเต็มใจในการบริการ หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ให้บริการ พร้อมทั้งจะช่วยเหลือผู้ให้บริการอย่างจริงใจและเต็มที่

2.3.3. ผลลัพธ์

1) ความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การป้องกันความเจ็บป่วยภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การดูแลช่วยเหลือมิให้ผู้บาดเจ็บเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย

2) **ระยะเวลาในการดูแลรักษา** สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ระยะเวลาในการช่วยเหลือ หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ให้บริการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วและเหมาะสม

3) **ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ** สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ความประทับใจ / ความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ

2.4. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ

การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล พบปัญหาและอุปสรรคที่ได้จากการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ดังนี้

1) บุคลากร ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการเสนอว่าควรเพิ่มจำนวนให้เหมาะสมกับพื้นที่บริการ ซึ่งค่อนข้างกว้าง และผู้ให้บริการควรมีอายุน้อย และสามารถอ่านเขียนหนังสือได้ เพื่อประโยชน์ในการจดบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ และควรมีการเพิ่มความรู้ และพัฒนาทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างต่อเนื่อง

2) ขั้นตอนระบบการปฏิบัติงาน การดำเนินงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมีหลายขั้นตอนและปรับเปลี่ยนตลอดเวลา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานตามระบบ และการบันทึกข้อมูลที่ละเอียด และตัวหนังสือในแบบฟอร์มเล็ก ก่อให้เกิดการผิดพลาดจนผู้ให้บริการโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลถูกหักเงินค่าตอบแทน

3) การประชาสัมพันธ์ ที่ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน และบทบาทของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลส่งผลให้ประชาชนยังได้รับบริการที่ไม่ทั่วถึง และไม่มั่นใจในระบบบริการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

4) วัสดุอุปกรณ์ ควรมีการเพิ่มเติมอุปกรณ์ทางการแพทย์ อาทิ อุปกรณ์เคลื่อนย้ายถึงออกซิเจน บัตรแสดงฐานะของผู้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน และปริมาณรถที่ใช้ในการรับส่งผู้ป่วยจนถึงโรงพยาบาล

5) การติดต่อสื่อสารพบว่ายังขาดประสิทธิภาพ สัญญาณโทรศัพท์ไม่ดีโทรติดยาก ผู้ใช้บริการในพื้นที่จึงใช้วิธีการติดต่อที่บ้านโดยตรงหรือติดต่อที่เบอร์มือถือของอาสาสมัครปฐมพยาบาล ซึ่งจะทำให้ได้รับการบริการที่รวดเร็วกว่าการติดต่อโดยใช้เบอร์ 1669

6) จุดเกิดเหตุ พบว่า สถานที่เกิดเหตุไกล และความไม่ชำนาญเส้นทางในพื้นที่ รวมทั้งผู้ให้บริการบอกทางไม่ชัดเจน ส่งผลให้การไปช่วยเหลือล่าช้า เนื่องจากผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่ใช่คนในพื้นที่

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในชุมชนที่เลือกสรร และศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในชุมชนที่เลือกสรรของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ การอภิปรายผลการศึกษาจะอภิปรายใน 2 ประเด็น ดังนี้

1. สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล
2. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

1. สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

ผลการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการมีความสอดคล้องกัน การอภิปรายผลการศึกษาในภาพรวมของทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการตามแนวคิดโมเดลคุณภาพของโคนาปีเดียณ มีดังนี้

1.1. โครงสร้าง

1) ผู้ให้บริการ พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ จำนวนบุคลากร และ ความรู้และทักษะ

1.1) จำนวนบุคลากร พบว่า ควรเพิ่มจำนวนบุคลากรให้เหมาะสมกับพื้นที่ที่กว้าง และมีการสลับเปลี่ยนเวรออกปฏิบัติงานโดยผู้ให้บริการควรมีอายุน้อย และสามารถอ่านเขียนหนังสือได้ ซึ่งจากเกณฑ์ของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หน่วยบริการหนึ่งหน่วยรับผิดชอบประชากร 1 แสนคนต่อหน่วยบริการระดับพื้นฐาน และประชากร 2 แสนคนต่อหน่วยบริการระดับสูง อย่างไรก็ตามในบางพื้นที่ที่มีการเรียกใช้บริการจำนวนมาก สามารถปรับจำนวนเจ้าหน้าที่เพิ่มได้ตามความจำเป็น ทั้งนี้ในหน่วยงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐานต้องมีเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล ที่ปฏิบัติงานอย่างน้อยหน่วยละ 10 คน มีอายุ 16-20 ปี จบการศึกษาอย่างต่ำประถมศึกษาปีที่ 6 สามารถอ่านออกเขียนได้ และต้องเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้น (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548) ดังนั้นเมื่อเทียบกับเกณฑ์พบว่า หมู่ 6 ตำบลระบำ มีจำนวนเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล 2 คน ซึ่งพอเพียงกับประชากร 613 คน และยังสามารถขอ

ความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลจากหมู่บ้านใกล้เคียง อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล มีอายุเฉลี่ยมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากไม่มีประชาชนในช่วงอายุตามเกณฑ์สมัครเป็นเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล เพราะไปศึกษาต่อและประกอบอาชีพที่อื่น จึงจำเป็นต้องรับผู้ที่อายุมาก และแม้ว่าจะจบระดับการศึกษาประถมศึกษาตามเกณฑ์ บางรายอ่านเขียนหนังสือไม่แตกฉาน ดังนั้นจึงควรมีการทดสอบความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ตามเกณฑ์กำหนด เพื่อเป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

1.2) ความรู้และทักษะ พบว่า ควรเพิ่มการอบรมความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการช่วยเหลือเบื้องต้น และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ อันจะทำให้เกิดความชำนาญในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินที่พบว่า ความสำเร็จการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บฉุกเฉินขึ้นกับความรู้ ความเชี่ยวชาญและทักษะ และการทำงานเป็นทีมของบุคลากร การฝึกอบรมในสถานการณ์จำลองที่เหมือนจริง และการผ่านการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บในระยะเร่งด่วนทุก 1-2 ปี (กาญจนา เช่นนั้นท์ และคณะ, 2551; ปัทมา โมลี และคณะ, 2551) เช่นเดียวกับการประเมินประสิทธิผลของการฝึกอบรมหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน จำนวน 190 คน ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ส่งผลต่อการมีเจตคติที่ดีต่อหลักสูตร และวิชาชีพการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งผู้อบรมสามารถนำความรู้ และทักษะไปปฏิบัติงานได้ในสถานการณ์จริง (โสรัจจะ ชูแสง, 2550) นอกจากนี้ โรเบิร์ตสัน-สตีล และคณะ (Robertson-Steel, Edwards, & Gough, 2001) เสนอว่าเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลที่เป็นผู้ช่วยเหลือกลุ่มแรก ต้องได้รับการฝึกที่ดีมาตรฐานเดียวกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอื่นๆ

2) แนวปฏิบัติของการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ขั้นตอนระบบการปฏิบัติงานซับซ้อน และการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงาน

2.1) แนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน พบว่า ทั้งผู้ให้บริการและผู้ให้บริการรับรู้ขั้นตอนการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน โดยผู้ให้บริการแจ้งเหตุแก่ผู้ให้บริการ ซึ่งผู้ให้บริการจะสอบถามข้อมูล พร้อมประสานงานไปยังผู้ให้บริการในระดับต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ และปฏิบัติตามวิธีการที่ได้รับการสอนและอบรมตามหลักการช่วยเหลือเบื้องต้น พร้อมทั้งรายงาน และจดบันทึกข้อมูลของผู้บาดเจ็บฉุกเฉินโดยปฏิบัติงานตามคู่มือการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอลานสัก

จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งพบว่าผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนที่ได้ผ่านการอบรมอย่างมีประสิทธิภาพ (งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลานสัก, 2551)

2.2) ระบบการปฏิบัติงานซับซ้อน พบว่า ขั้นตอนการปฏิบัติงานมีหลายขั้นตอน เริ่มจากผู้ให้บริการแจ้งเหตุ เจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลส่งการมารับผู้ป่วย ให้การปฐมพยาบาล และการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วและเหมาะสม โดยขั้นตอนต่างๆ มีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานตามระบบ จากการวิเคราะห์วรรณกรรมของ กาญจนา เช่นนันทน์ และคณะ (2551) และ ปัทมา โมลี และคณะ (2551) พบว่าการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพต้องมีแนวปฏิบัติที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีมาตรฐาน และมีการทำงานเป็นทีมของบุคลากร รวมทั้งการส่งการการรักษาอย่างถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว เช่นเดียวกับการประเมินผลการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้รับผิดชอบงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลภาครัฐ ในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 13 แห่ง หน่วยปฏิบัติการระดับพื้นฐานของมูลนิธิและสมาคมการกุศล 8 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า หน่วยงานกู้ชีพมีการดำเนินงาน และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการบริหารจัดการระบบกู้ชีพร่วมกับระบบกู้ชีพ มีการแบ่งพื้นที่ภายใต้การแบ่งเขตรับผิดชอบ และมีระบบในการสื่อสารตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้เจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฏิบัติตามขั้นตอนและระบบมากที่สุด การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุเหมาะสม ทั้งด้านทางเดินหายใจ และการห้ามเลือด (จินทนา วัจนอม, 2549) ดังนั้น การปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติหรือขั้นตอนต่างๆ จึงต้องมีการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับทราบ เพื่อให้การปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติมีประสิทธิภาพ อันจะช่วยให้ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องและปลอดภัย

2.3) การบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงาน พบว่า การบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานที่มีจำนวนมากและตัวหนังสือเล็ก เนื่องจากแบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นแบบฟอร์มที่ใช้ทั่วประเทศ มีตัวหนังสือขนาดเล็กและจำนวนมาก ทำให้เจ้าหน้าที่โดยเฉพาะอาสาสมัครปฐมพยาบาลกรอกข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ถูกหักเงินค่าตอบแทน และหน่วยงานได้รับข้อมูลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินไม่ครบ ทำให้เกิดความความบกพร่องของฐานข้อมูล ที่เชื่อมโยงกับระบบทะเบียนราษฎรและสิทธิการรักษาพยาบาล (วรวิทย์ พันธุ์ปัญญาเทพ, 2551) ซึ่งงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลานสักตระหนักถึงปัญหานี้ จึงร่วมกันออกแบบบันทึกข้อมูลเบื้องต้น เพื่อให้เกิดความสะดวกในการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ ก่อนจะนำมาลงในแบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน อาทิ ข้อมูลเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการนำส่งผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉิน ภาวะเจ็บป่วยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน การติดต่อสื่อสารที่ใช้ ระยะเวลาตั้งแต่ไปรับผู้ป่วยและให้การพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ

จนกระทั่งปฏิบัติการเสร็จ และขั้นตอนการช่วยเหลือที่ให้แก่ผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ส่งผลให้การบันทึกข้อมูลมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าการบันทึกข้อมูลง่ายและสะดวก ทั้งนี้จากการศึกษาการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุโรงพยาบาลตำรวจ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปฏิบัติงานพยาบาลห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ จำนวน 33 คน ผลการศึกษาพบว่า การบันทึกข้อมูลทางการแพทย์เป็นการสื่อสารที่จำเป็น เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการรักษาพยาบาล ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพ ทั้งนี้ การพัฒนาการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ ควรมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบในการบันทึกตามสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างสมบูรณ์ และจัดทำแนวทางและรูปแบบการบันทึกที่เหมาะสมกับหน่วยงาน (สุภาภรณ์ ปรารมภ์, 2541; Robertson-Steel et al., 2001)

3) การเงิน อุปกรณ์และเทคโนโลยีการสื่อสาร พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ ค่าตอบแทน และวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งการประชาสัมพันธ์

3.1) ค่าตอบแทน คือ การให้ค่าใช้จ่าย / สิ้นน้ำใจ ค่าน้ำมันรถ ค่าแรง และสวัสดิการต่างๆแก่ผู้ให้บริการอย่างเหมาะสม ซึ่งในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล ได้ค่าตอบแทนครั้งละ 350 บาท และในเขตพื้นที่ตำบลระบือได้รับค่าตอบแทน ครั้งละ 500 บาท เนื่องจากได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนตำบลหมูบ้าน ตำบลระบือ (สถานีอนามัยตำบลระบือ, 2552) ส่วนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง จะได้รับค่าตอบแทน ครั้งละ 500 บาท และ 1,000 บาท ตามลำดับ (สำนักงานงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548)

3.2) วัสดุอุปกรณ์ พบว่า ควรจัดให้มีอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ เครื่องมือสื่อสาร อุปกรณ์แปล อุปกรณ์ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และบัตรแสดงฐานะของผู้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน รวมทั้งรถที่ใช้ในการรับส่งผู้ป่วยจนถึงโรงพยาบาล และแผนที่ในการเดินทาง เพื่อความสะดวกในการเดินทางไปที่เกิดเหตุอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้โรงพยาบาลลานสักสามารถจัดเตรียมและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ เกี่ยวกับการปฐมพยาบาล อาทิ อุปกรณ์การทำแผล อุปกรณ์ตามแขนขา และอุปกรณ์ที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามอุปกรณ์การให้ออกซิเจนจะมีให้เฉพาะในรถปฏิบัติการขั้นพื้นฐานที่สถานีอนามัย ซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลที่พบผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ที่ต้องการออกซิเจนไม่สามารถให้การพยาบาลได้ทันที เช่นเดียวกับอุปกรณ์แปลที่มีจำนวนจำกัดมีเพียง 1 ชุด ประจํารถปฏิบัติการของหมู่ 6 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ จึงไม่เพียงพอต่อการให้บริการในพื้นที่ นอกจากนี้พาหนะที่ใช้ดูแลและรับส่งผู้ป่วย จะเป็นของอาสาสมัครปฐมพยาบาล และต้องขอใบอนุญาตขับพาหนะตามที่กฎหมายกำหนด เช่นเดียวกับโทรศัพท์ที่ใช้สื่อสารจะเป็นของผู้ให้บริการ สำหรับบัตรแสดงฐานะของผู้ให้บริการของโรงพยาบาลลานสักอยู่ในช่วงดำเนินการจัดทำ (งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลานสัก, 2551; สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548)

3.3) การประชาสัมพันธ์ พบว่า ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ประชาชนยังไม่เข้าใจระบบการดำเนินงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล และบทบาทของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล จากการศึกษาเรื่องการรับรู้ของชุมชนต่อการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือตัวแทนของสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จำนวน 354 หลังคาเรือน โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่รู้จักหน่วยบริการมากที่สุด 10 คน และกลุ่มที่รู้จักหน่วยบริการน้อยที่สุด 10 คน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม ในเดือนกันยายน พ.ศ.2545 ผลการศึกษาพบว่า ชุมชนส่วนใหญ่รู้จักหน่วยกู้ชีพ คิดเป็นร้อยละ 64.83 โดยรู้จักหน่วยกู้ชีพดี และรู้จักเพียงผิวเผิน ในกลุ่มที่รู้จักเพียงผิวเผินทราบข้อมูลจากหน่วยกู้ชีพไม่ละเอียด และไม่ใช้บริการจากหน่วยกู้ชีพ ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของชุมชนต่อการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ การรู้จักหน่วยกู้ชีพจากการประชาสัมพันธ์ อาชีพของคนในชุมชน การเจ็บป่วยของคนในชุมชน การเห็นรถหน่วยกู้ชีพ การมีประสบการณ์เห็นบริการของหน่วยกู้ชีพ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ตำรวจและบุคลากรด้านสาธารณสุข (เกศินี สราญฤทธิ์ชัย และคณะ, 2546)

4) สถานที่เกิดเหตุ พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ สถานที่เกิดเหตุไกล และความไม่ชำนาญเส้นทาง

4.1) สถานที่เกิดเหตุไกล พบว่า ผู้ให้บริการต้องไปช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกลและไปลำบาก รวมทั้งผู้แจ้งเหตุบอกทางไม่ชัดเจน ทำให้ไปรับผู้ป่วยล่าช้า ส่งผลให้การไปช่วยเหลือล่าช้า ทั้งนี้เนื่องจากพื้นที่ศึกษาอยู่ห่างจากโรงพยาบาลลานสักประมาณ 17 กิโลเมตร ส่วนใหญ่เป็นป่าเขา หากไม่ชำนาญเส้นทางจะทำให้หลงทาง และเดินทางล่าช้าได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ เพ็ญรุ่ง บุญรักษ์ (2543) และการศึกษาของ ศรีสุรีย์ เอื้อจิระพงษ์พันธ์ (2542) พบว่า เจ้าหน้าที่อาสาสมัครกู้ภัยและเจ้าหน้าที่ตำรวจไปถึงที่เกิดเหตุได้เร็ว เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ที่มีความพร้อมกระจายในทุกพื้นที่ ดังนั้นโรงพยาบาลลานสักจึงควรจัดเตรียมเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลในชุมชนที่ห่างไกลให้กระจายครอบคลุมทุกพื้นที่

4.2) ความไม่ชำนาญเส้นทาง พบว่า การเดินทางไปพื้นที่เกิดเหตุมีเส้นทางหลายเส้น ทำให้ไปไม่ถูกทาง ทั้งนี้เนื่องจากพื้นที่ศึกษาอยู่ห่างจากโรงพยาบาลลานสักประมาณ 17 กิโลเมตร ส่วนใหญ่เป็นป่าเขา มีพื้นที่ราบประมาณ ร้อยละ 30 ของพื้นที่ทั้งหมด มีเพียงเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล ซึ่งเป็นบุคคลในพื้นที่ที่จะมีความชำนาญเส้นทาง ส่วนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือศูนย์สั่งการไม่ใช่คนในพื้นที่ จึงมักประสบกับปัญหากับการเดินทางต้องแวะถามทาง ขั้ววนไปมา ส่งผลให้การช่วยเหลือล่าช้า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในพื้นที่เขตเทศบาล อำเภอหาดใหญ่ ที่ใช้วิธีจัดสรรอัตรากำลังเจ้าหน้าที่การปฏิบัติงานร่วมกัน ระหว่างโรงพยาบาลและมูลนิธิ ทำให้การช่วยเหลือเป็นไปด้วยความรวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์ ซึ่งส่วน

ใหญ่อยู่ในช่วงไม่เกิน 5 นาทีส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตและลดความรุนแรงของการเกิดภาวะพิการ (สุภาพ ไพศาลศิลป์, 2543) ดังนั้นการจัดเตรียมการแผนที่ จะทำให้เจ้าหน้าที่สามารถเข้าถึงชุมชนได้ง่าย หรือการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เพื่อบอกจุดเกิดเหตุ และการประสานงานกับหน่วยงานที่มีข้อมูลการเดินทาง จะช่วยอำนวยความสะดวกในการเดินทางของทีมสุขภาพ (ปีทมา โมลี และคณะ, 2551)

1.2. กระบวนการ

1) การแจ้งเหตุ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การติดต่อ การให้ข้อมูลภาวะเจ็บป่วย และหลักฐาน

1.1) การติดต่อ พบว่า วิธีการที่ผู้ใช้บริการบอกข้อมูลการเจ็บป่วยโดยติดต่อที่บ้าน และทางโทรศัพท์กับผู้ให้บริการโดยตรง ทำให้ได้รับการบริการที่รวดเร็วกว่าการติดต่อโดยใช้เบอร์ 1669 สอดคล้องกับการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุจราจรของเจ้าหน้าที่ตำรวจจราจร จังหวัดอุทัยธานี ผลการศึกษาพบว่า การช่วยเหลือผู้ประสบภัยยังมีปัญหาเรื่องระบบการติดต่อสื่อสารที่ไม่สะดวก (สุกัญญา วัฒนะโชติ, 2542) เช่นเดียวกับการศึกษาในจังหวัดนครพนม พบว่า ระบบสื่อสารไม่อยู่ในระบบเดียวกัน และยังไม่มีการบูรณาการร่วมกันทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการแจ้งข้อมูล (จารุวรรณ นิพนานนท์ อรพรรณ สาดมะเรียงและ อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์, 2551) ทั้งนี้จากการวิเคราะห์วรรณกรรมของ ปีทมา โมลี และคณะ (2551) พบว่าการสื่อสารเป็นจุดเริ่มต้นของระบบ ทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินดีที่สุด การเข้าถึงระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลใช้โทรศัพท์หมายเลขเดียวกันทั่วโลก และจากหลักฐานการแจ้งเหตุ พบว่าโทรศัพท์ที่ใช้ในการแจ้งเหตุของประเทศต่างๆ แบ่งออกเป็น 2 ระบบ คือ ศูนย์รวมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้ประชาชนสะดวก ไม่ต้องจำหมายเลขหลายเบอร์ และหมายเลขโทรศัพท์สำหรับแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือทางการแพทย์โดยตรง ทั้งนี้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วยการได้รับข้อมูลที่ทันสมัย เข้าใจง่าย และรวดเร็ว รวมทั้งควรเป็นการสื่อสารแบบสองทาง เช่นเดียวกับการศึกษาการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ เนิร์นแบร์ก ประเทศเยอรมัน ผลการศึกษาพบว่า ระบบการติดต่อสื่อสารมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยหรือญาติติดต่อประสานงาน และได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว (Handschu, Poppe, Rauß, Neundörfer, & Erbguth, 2003)

ดังนั้นประเทศไทยควรพัฒนาการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอจากการศึกษารูปแบบการบริการการแพทย์ ณ จุดเกิดเหตุ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระบบการ

ติดต่อสื่อสารควรได้รับการพัฒนา เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ (พิงค์คำ พงศ์นารักษ์, 2547) ซึ่งจะทำให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว

1.2) การให้ข้อมูลภาวะเจ็บป่วย หมายถึง การบอกอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ เพื่อเรียกใช้บริการ แก่ศูนย์สั่งการ ซึ่งจะประเมินภาวะเจ็บป่วยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ซึ่งหากผู้ป่วยและญาติสามารถให้ข้อมูลอย่างถูกต้อง จะช่วยเจ้าหน้าที่ในการประเมินสถานการณ์ และจัดส่งเจ้าหน้าที่ออกปฏิบัติการช่วยเหลือเบื้องต้น และนำส่งโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามในภาวะเจ็บป่วยทั้งผู้ให้บริการและญาติ จะมีทั้งความตื่นเต้นและความวิตกกังวลในการให้ข้อมูลความเจ็บป่วยแก่เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการที่ไม่ครบถ้วน ทำให้การรับรู้ข้อมูลเบื้องต้น และการประเมินสถานการณ์ในการช่วยเหลือเบื้องต้น รวมทั้งการจัดสรรอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในการออกปฏิบัติการไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับการให้ข้อมูลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ให้บริการในเครือข่ายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 12 ประเทศในแถบยุโรป ผลการศึกษาพบว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้รับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ได้แก่ อาการป่วย ที่อยู่ และสถานที่เกิดเหตุ ทำให้การดูแลและการรักษามีประสิทธิภาพ (Krafft et al., 2003) ดังนั้นการให้ความรู้แก่ประชาชน เกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุบาดเจ็บฉุกเฉิน จึงควรได้รับการประชาสัมพันธ์และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1.3) หลักฐาน คือ การเตรียมบัตรหลักประกันสุขภาพ และบัตรประจำตัวโรงพยาบาล ทำให้ได้รับความสะดวกในการค้นหาข้อมูล และประวัติการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้เจ้าหน้าที่ทราบสิทธิการรักษาและประวัติอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการเจ็บป่วยในปัจจุบัน โดยไม่ต้องซักประวัติจากญาติหรือผู้ป่วยเพิ่มเติม ซึ่งในบางครั้งญาติหรือผู้ป่วยอาจจะไม่รู้หรือจำไม่ได้

2) การสั่งการออกรับเหตุ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ คือ การออกไปรับผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแจ้งข้อมูลแก่ผู้ให้บริการออกรถ เพื่อไปช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน พร้อมบอกแนวทางการช่วยเหลือ และการประสานงานเมื่อต้องการเจ้าหน้าที่สนับสนุน โดยการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน อำเภอฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ปฏิบัติตามแนวทางของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเมื่อรับแจ้งเหตุแล้ว พยาบาลที่ศูนย์สั่งการต้องมีความสามารถในการคัดกรอง โดยประเมินข้อมูลทางสรีระ กายวิภาค กลไกการบาดเจ็บ อายุของผู้บาดเจ็บและอาการที่เกี่ยวข้อง (ปีพามาโมลี และคณะ, 2551) และประเมินความรุนแรงของผู้บาดเจ็บฉุกเฉินออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ รหัสสีแดง หมายถึง ตอบสนองด้วยปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้น โดยถึงตัวผู้ป่วยภายใน 4 นาที หลังเกิดเหตุ ตามด้วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูงทันทีโดยถึงตัวผู้ป่วย 8 นาที หลังเกิดเหตุและให้ใช้สัญญาณแสงวับวาวและเสียงสัญญาณไซเรน รหัสเหลือง หมายถึง ตอบสนองด้วยปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้น โดยถึงตัวผู้ป่วยภายใน 8 นาทีแล้วตามด้วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูงทันทีโดยถึงตัวผู้ป่วย 15 นาทีหลังเกิด

เหตุ และให้ใช้สัญญาณแสงวับวามและเสียงสัญญาณไซเรน รหัสเขียว หมายถึง ตอบสนองด้วย ปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้นเพียงระดับเดียว โดยปฏิบัติการตามปกติห้ามใช้ไซเรน รหัสขาว หมายถึง ตอบสนองด้วยการส่งต่อทางโทรศัพท์ (telephone referral program) และรหัสดำ หมายถึง ไม่มีการ ตอบสนอง เนื่องจากไม่มีผู้ป่วยฉุกเฉิน และส่งการแก่ผู้ให้บริการในแต่ละพื้นที่เพื่อให้การช่วยเหลือ พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานเบื้องต้น และมีการประสานงานอย่างต่อเนื่อง (สำนักงาน ระบบบริการการแพทย์การแพทย์ฉุกเฉิน, 2551; สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี, 2552)

3) การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การช่วยเหลือเบื้องต้น โดยการสอบถามอาการการปฐมพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ตามที่ได้รับ การอบรมหรือฝึกปฏิบัติ ใช้เครื่องมือที่มีอยู่ในกระเป๋า และนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว และเหมาะสม สอดคล้องกับการประเมินประสิทธิภาพของการช่วยชีวิตขั้นสูงตามแนวปฏิบัติ กลุ่ม ตัวอย่างคือผู้ป่วย จำนวน 435 คน ผลการศึกษาพบว่า การช่วยชีวิตขั้นสูงตามแนวปฏิบัติ ทำให้เพิ่ม อัตรารอดชีวิตของผู้ป่วย (Olasveengen, Vik, Kuzovlev, & Sunde, 2009) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เจนทิล และคณะ (Gentil, Ramos, & Whitaker, 2008) ที่พบว่าทักษะที่สำคัญสำหรับพยาบาลที่ดูแล ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลคือการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Cardiopulmonary resuscitation) และการให้ออกซิเจน โดยการศึกษา ณ จุดเกิดเหตุ ควรทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขสาเหตุหลัก ที่ทำให้ ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตเท่านั้น และรีบนำส่งโรงพยาบาล เพื่อลดความล่าช้าในการดูแลที่เหมาะสม ต่อเนื่อง (ปัทมา โมลี และคณะ, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิด เหตุ คือ ระยะเวลาในการเข้าถึงผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ระยะเวลาในการดูแล ณ จุดเกิดเหตุที่น้อยที่สุด ความ พร้อมของทีมปฏิบัติการ การทำงานเป็นทีม ความรู้และทักษะในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บของเจ้าหน้าที่ การติดต่อสื่อสาร และแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้บาดเจ็บ (กาญจนา เซ็นนันท์ และคณะ, 2551; ปัทมา โมลี และคณะ, 2551; พรทิพย์ สายสุต, 2547)

4) การนำส่งโรงพยาบาล สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การพาไป โรงพยาบาล โดยผู้ให้บริการตัดสินใจและนำผู้บาดเจ็บฉุกเฉินไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินขณะนำส่งไปโรงพยาบาลอย่างเต็มที่ สอดคล้องกับกับ การประเมินการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า การนำส่ง ผู้บาดเจ็บให้ถึงโรงพยาบาลเร็วที่สุด และมีการเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือตลอดจนนำส่งถึง โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่รวดเร็วและปลอดภัย (อรุณ จิรวัดน์กุล และคณะ, 2541) พร ทิพย์ สายสุต (2547) เสนอว่า ควรมีการปรับระบบการจราจร เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการนำส่งไป โรงพยาบาล ทำให้ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ทันทีและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ ลดอัตราตายและความพิการ

5) **สัมพันธภาพของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ** สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ความรู้สึกที่ดีต่อกัน/ มิตรภาพ โดยผู้ให้บริการและผู้รับบริการเกิดความรู้สึกที่เหมือนเพื่อน หรือนุคคลในครอบครัว จากการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุจราจรของเจ้าหน้าที่ตำรวจจราจร จังหวัดอุทัยธานี ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้สึกที่ดีต่อการช่วยเหลือผู้ประสบภัย (สุกัญญา วัฒนะโชติ, 2542) เช่นเดียวกับการศึกษาการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุจากการจราจรทางบกของเจ้าหน้าที่มูลนิธิป่อเต็กตึ๊งในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่มูลนิธิป่อเต็กตึ๊งจำนวน 30 คน ผลการศึกษา พบว่า การดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน การประทับประคองและการให้กำลังใจ ณ จุดเกิดเหตุ และการปฐมพยาบาลสอบถามอาการ ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกถึงการเอาใจใส่ในการบริการและมีกำลังใจ ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินเกิดความรู้สึกผ่อนคลายจากการเจ็บป่วย (เพ็ญจันทร์ พูลศิริ, 2542) และจากการศึกษาของ ผกามาศ ลพุมาศ (2544) พบว่า ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการบริการมีน้อยกว่าร้อยละ 43.3 ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ร้อยละ 82

6) **ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ** สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ความเต็มใจในการบริการ โดยผู้ให้บริการพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการอย่างจริงใจและเต็มใจ จากการศึกษาความเรื่องพึงพอใจในงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ในหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ กลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่ จำนวน 257 คน ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งในด้านลักษณะงานด้านการยอมรับนับถือ ด้านการพัฒนาตนเอง ด้านสภาพแวดล้อมการทำงานและ ด้านนโยบายและการบริหารที่ให้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (อิงอัมพร ทองดี, 2549) เช่นเดียวกับการศึกษา ผกามาศ ลพุมาศ (2544) พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอุบัติเหตุ จำนวน 168 คน มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 82 ซึ่งมากกว่าความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการบริการที่มีเพียง ร้อยละ 43.3

1.3. ผลลัพธ์

1) **ความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน** สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การป้องกันความเจ็บป่วยภาวะแทรกซ้อน โดยการดูแลช่วยเหลือมิให้ผู้บาดเจ็บเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น จากการศึกษาการรับรู้ของชุมชนต่อการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ชุมชนมีความรู้สึกเชื่อมั่นว่าจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยก่อนนำส่งโรงพยาบาลจากหน่วยกู้ชีพ (เกศินี สราญฤทธิชัย และคณะ, 2546)

2) **ระยะเวลาในการดูแลรักษา** สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญได้แก่ ระยะเวลาในการช่วยเหลือที่รวดเร็วก่อนนำส่งโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างคือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินที่ได้รับการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ ศูนย์กู้ชีพเคลื่อนที่จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลของการดูแลผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ คือ ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล กล่าวคือการใช้เวลาดูแล ณ จุดเกิดเหตุ ให้น้อยที่สุด จะช่วยลดอัตราป่วย / ความพิการ และเพิ่มอัตราการรอดชีวิต (พรทิพย์ สายสุต, 2547) เช่นเดียวกับการวิเคราะห์วรรณกรรมของ ปัทมา โมลี และคณะ (2551) และ กาญจนา เขื่อนนันท์ และคณะ (2551)

3) **ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ** สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ความประทับใจ / ความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ สอดคล้องกับการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุจากการจราจรทางบกของเจ้าหน้าที่มูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง พบว่าผู้ให้บริการรู้สึกถึงการเอาใจใส่ในการบริการและมีกำลังใจ ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายจากการเจ็บป่วย (เพ็ญจันทร์ พูลศิริ, 2542) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาลงมา (2544) พบว่า ผู้ให้บริการหน่วยงานอุบัติเหตุ จำนวน 208 คน มีความพึงพอใจต่อการบริการ คิดเป็นร้อยละ 43.3 ซึ่งน้อยกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ 82

2. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล พบปัญหาและอุปสรรคในหลายด้าน สามารถอภิปรายดังนี้

2.1. บุคลากร ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเสนอว่าควรเพิ่มจำนวนให้เหมาะสมกับพื้นที่บริการ ซึ่งค่อนข้างกว้าง และผู้ให้บริการควรมีอายุน้อยและสามารถอ่านเขียนหนังสือได้เป็นอย่างดี เพื่อประโยชน์ในการจดบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ และควรมีการเพิ่มความรู้และพัฒนาทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (2548) พบว่าจำนวนเจ้าหน้าที่มีจำนวนเพียงพออยู่แล้ว แต่ควรเพิ่มประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่ โดยการอบรมความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการรับอาสาสมัครปฐมพยาบาลควรปฏิบัติตามเกณฑ์กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ (กาญจนา เขื่อนนันท์ และคณะ, 2551; ปัทมา โมลี และคณะ, 2551)

2.2. ระบบการปฏิบัติงานที่ซับซ้อน การบันทึกข้อมูลที่ละเอียด ตัวอักษรเล็ก และมีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน แต่ขาดการประสานงาน ส่งผลให้เกิดข้อบกพร่องในการปฏิบัติงานตามระบบ และผู้ให้บริการโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลถูกหักเงินค่าตอบแทน ดังนั้นจึงควรมีการประชุมปรึกษาในเรื่อง

ขั้นตอนระบบการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และเช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวข้องกับเรื่องการพัฒนางานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน สภาคริสตจักรแห่งประเทศไทย ซึ่งพบว่า รูปแบบงานที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับพื้นที่ ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและถูกต้องตามหลักวิชาการ (ขวัญจิตร มั่นศักดิ์, 2546)

2.3. การประชาสัมพันธ์ที่ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน และบทบาทของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล ส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการที่ไม่ทั่วถึงและด้อยประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงควรมีการประชาสัมพันธ์เชิงรุก และให้ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยกู้ชีพที่เพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนเข้าใจการทำงานของหน่วยกู้ชีพ และสามารถเรียกใช้บริการเมื่อเกิดเหตุ (เกศินี สราญฤทธิชัย และคณะ, 2546)

2.4. วัสดุอุปกรณ์ ควรมีการเพิ่มเติมอุปกรณ์ทางการแพทย์ อาทิ อุปกรณ์เคลื่อนย้าย ถึงออกซิเจน บัตรแสดงฐานะของผู้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน และปริมาณรถที่ใช้ในการรับส่งผู้ป่วยจนถึงโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา วัฒนะโชติ (2542) ที่เจ้าหน้าที่ตำรวจจราจรจังหวัดอุทัยธานี เสนอว่าการช่วยเหลือผู้ประสบภัยยังขาดความพร้อมเรื่องอุปกรณ์เครื่องมือ

2.5. การติดต่อสื่อสาร พบว่าสัญญาณโทรศัพท์ไม่ดี ผู้ให้บริการในพื้นที่ใช้วิธีการติดต่อที่บ้านโดยตรง หรือติดต่อที่เบอร์มือถือของผู้ให้บริการ ทำให้ได้รับการบริการที่รวดเร็วว่าการติดต่อโดยใช้เบอร์ 1669 ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาการติดต่อสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ (ปัทมา โมลิ และคณะ, 2551; พิงค์คำ พงศ์นการักษ์, 2547)

2.6. สถานที่เกิดเหตุ พบว่า สถานที่เกิดเหตุไกลและความไม่ชำนาญเส้นทางในพื้นที่เกิดเหตุ รวมทั้งผู้ใช้บริการบอกทางไม่ชัดเจน ส่งผลให้การไปช่วยเหลือล่าช้า เนื่องจากผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่ใช่คนในพื้นที่ ทั้งนี้เนื่องจากพื้นที่ศึกษาอยู่ห่างจากโรงพยาบาลลานสักประมาณ 17 กิโลเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นป่าเขา ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาหลายงานวิจัยที่พบว่า เจ้าหน้าที่ไปถึงที่เกิดเหตุได้เร็ว เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ที่มีความพร้อมกระจายอยู่ในทุกพื้นที่ (เพ็ญรุ่ง บุญรักษ์, 2543; ศรีสุริย์ เอื้อจิระพงษ์พันธ์, 2542; สุภาพ ไพศาลศิลป์, 2543)

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในชุมชนที่เลือกสรรในบทนี้จะนำเสนอสรุปผลการศึกษา ข้อเสนอแนะ และข้อจำกัดของการศึกษา

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ (situation analysis) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล และผู้ใช้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล หมู่ 6 ตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี เลือกแบบเจาะจง กลุ่มละ 10 คน และสุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มออกเป็นสองกลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ห่างกัน 3 สัปดาห์ โดยใช้แนวคำถามที่ผู้ศึกษาสร้างตามกรอบแนวคิดโมเดลคุณภาพของโคนาปีเดีย วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติบรรยาย และวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล อายุเฉลี่ย 36.3 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่พบบ่อยสุด คือ เจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล การบาดเจ็บฉุกเฉินที่พบบ่อย คือ บาดแผล และมีการทำแผล/ห้ามเลือด ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากที่สุดต่อระบบบริการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ส่วนผู้ใช้บริการอายุเฉลี่ย 41.80 ปี เป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน ส่วนใหญ่พบเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลมากที่สุด การบาดเจ็บฉุกเฉินที่พบบ่อย คือ บาดแผล และกระดูกหัก/อุบัติเหตุ และมีการทำแผล / ห้ามเลือด ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากที่สุดต่อระบบบริการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการมีความสอดคล้องกัน พบประเด็นที่สำคัญตามโมเดลคุณภาพของโดนาปีเดียน ดังนี้

1. โครงสร้าง ประกอบด้วย ผู้ให้บริการ แนวปฏิบัติของการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล การเงิน อุปกรณ์และเทคโนโลยีการสื่อสาร และจุดเกิดเหตุ

1.1. ผู้ให้บริการ พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ การเพิ่มจำนวนผู้ให้บริการให้เหมาะสมกับพื้นที่บริการ และผู้ให้บริการควรมีอายุน้อยและสามารถอ่านเขียนหนังสือได้ เพื่อประโยชน์ในการจดบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ และควรเพิ่มการอบรมความรู้และทักษะในการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งจัดให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ดังคำกล่าวที่ว่า “...ก็มีการอบรม เพิ่มเจ้าหน้าที่เป็นและรู้หนังสือหน่อย จะได้เขียนคล่องหน่อย...”

1.2 แนวปฏิบัติในการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล พบประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ระบบการปฏิบัติงานที่ซับซ้อนมีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานตามระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานที่มีจำนวนมากและตัวหนังสือเล็ก ดังคำกล่าว “...ก็แนวทางเดียวกันกับที่ทางโรงพยาบาลสอนไป การทำแผล ห้ามเลือด การนวดหัวใจ” หรือ “ก็มีระบบดีนะ มีการพูดคุยกันด้วยเขียนผิดพลาดก็สอนกันบ้าง ที่หมอยุ่งกัน หมอบอกเขียนไปก่อนเดี๋ยวดูให้” และ “...ที่ผ่านมาก็มีปัญหาและอุปสรรคหลายอย่างในเรื่องระบบ เพราะต้องทำความเข้าใจในรายละเอียด แต่ละหัวข้อผิดพลาดก็มีโดนหักเงิน จนเดี๋ยวก็เริ่มมีระบบแล้ว...”

1.3. การเงิน อุปกรณ์ และเทคโนโลยีการสื่อสาร พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ ค่าตอบแทนวัสดุอุปกรณ์ และการประชาสัมพันธ์ ค่าตอบแทน หมายถึง ค่าใช้จ่าย ค่าน้ำมันรถ ค่าแรง และสวัสดิการต่างๆ ส่วนวัสดุอุปกรณ์ หมายถึง อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ เครื่องมือสื่อสาร อุปกรณ์แปล อุปกรณ์ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และบัตรแสดงฐานะของผู้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน รวมทั้งรถที่ใช้ในการรับส่งผู้ป่วยจนถึงโรงพยาบาล เช่น คำกล่าวที่ว่า “...ก็น้ำมันค่าน้ำมันต่างหาก เพราะพื้นที่เราไกล...” และ “...ก็อยากช่วยเหลือคนไข้เต็มที่ ก็จะมีเรื่องออกซิเจนที่น้ำมันไว้ที่รถทุกคน...” รวมทั้ง “...ผมว่าน่าจะเป็นการประชาสัมพันธ์มากกว่า มันเป็นเรื่องสำคัญนะ เพราะส่วนใหญ่ไม่ค่อยเข้าใจ ...”

1.4. จุดเกิดเหตุ พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ สถานที่เกิดเหตุไกล และความไม่ชำนาญเส้นทาง หรือผู้ให้บริการบอกทางไม่ชัดเจน ส่งผลให้การไปช่วยเหลือล่าช้า ดังคำกล่าวที่ว่า “...ก็เรื่องสถานที่ เพราะพื้นที่ค่อนข้างกว้าง การแจ้งเหตุไม่ชัดเจน และเรื่องถนนไปลำบาก

เหมือนกัน ระยะทางจากโรงพยาบาลกว่าจะมาถึงช่วงแรก ๆ 15 - 20 นาที เคยมาหลงทาง ไม่มีบ้านคน ที่นั่นเหมือนกันเป็นครึ่งชั่วโมง กว่าหาเจอ คิดต่อกันไปมา กว่าเจอคนไข้...”

2. กระบวนการ ประกอบด้วย การแจ้งเหตุ การส่งการออกรับเหตุ การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ การนำส่งโรงพยาบาล สัมพันธภาพของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

2.1. การแจ้งเหตุ พบประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ การติดต่อ การให้ข้อมูลภาวะเจ็บป่วย และหลักฐาน การติดต่อที่บ้านและทางโทรศัพท์กับผู้ให้บริการโดยตรง ทำให้ได้รับการบริการที่รวดเร็วกว่าการติดต่อโดยใช้เบอร์ 1669 การให้ข้อมูลภาวะเจ็บป่วย โดยการบอกอาการและอาการแสดงผิดปกติ เพื่อขอความช่วยเหลือจากผู้ให้บริการ และการเตรียมหลักฐานในการขอรับบริการ ได้แก่ บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และบัตรประจำตัวโรงพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า “...ข้อมูลเจ็บป่วยนี้สำคัญมากมาก เพราะจะได้ทราบอาการเบื้องต้น แล้วการประเมินการเตรียมการออกปฏิบัติการด้วยว่าผู้ป่วยมีอาการเป็นอย่างไรบ้าง...”

2.2. การส่งการออกรับเหตุ พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ การออกไปรับผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแจ้งข้อมูลแก่ผู้ให้บริการออกรถ เพื่อไปช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน พร้อมบอกแนวทางการช่วยเหลือดังคำกล่าวที่ว่า “...โรงพยาบาลนี้แหละโรงพยาบาลด่านสัก คำก็จะบอกว่า เราออกไปรับคนไข้ได้ยังก็คืนะอาการอย่างนี้ จะทำอย่างไรก็จะแนะนำให้เราไป มีอะไร เราก็โทรมาสอบถามได้...”

2.3. การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ พบประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ การช่วยเหลือเบื้องต้น ได้แก่ การสอบถามอาการ การปฐมพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินตามที่ได้รับทราบหรือฝึกปฏิบัติ และนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วและเหมาะสม ดังคำกล่าวที่ว่า “...ของฉันทือการดูแลเด็กตัวร้อน ดูแลเช็ดตัวให้ แล้วก็โทรไปโรงพยาบาลว่า มีคนไข้เด็กเป็นไข้ ก็สอบถามอาการเป็นไขกับแม่เด็ก จะดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้นไปเรื่อยๆ จนถึงโรงพยาบาล...”

2.4. การนำส่งโรงพยาบาล พบประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ การพาไปโรงพยาบาล โดยผู้ให้บริการส่งต่อผู้บาดเจ็บฉุกเฉินไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษาดูแลอย่างเหมาะสม พร้อมกับการดูแลขณะนำส่งโรงพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า “...ก็ติดต่อโรงพยาบาลให้เตรียมตัวให้พร้อม เราประเมินช่วยทำอะไรมาบ้าง ส่วนใหญ่ก็ไป 2 คนอยู่แล้ว ก็ holds mask มาก่อนเลย ก็พยายามรีบช่วยรีบเคลื่อนย้ายมาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด...”

2.5. สัมพันธภาพของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ พบประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้สึกที่ดีต่อกัน/ มิตรภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการ ดังคำกล่าวที่ว่า “...ก็คืนะ ดูแลกัน พี่น้องก็ดูแลกันไป...”

2.6. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ พบประเด็นที่สำคัญได้แก่ ความเต็มใจในการบริการของผู้ให้บริการซึ่งพร้อมจะช่วยเหลือผู้ใช้บริการอย่างจริงใจและเต็มใจ ดังคำกล่าวที่ว่า “... ทำด้วยใจจริง...ที่ผ่านมาก็เคยเจ็บป่วยนะ เราเคยเป็นคนป่วย ก็รู้สภาพของคนไข้กันดีว่า ทรมาณขนาดไหนก็อยากให้อย่าเจ็บ ไม่เจ็บไม่ป่วยนะ...”

3. ผลลัพธ์ ประกอบด้วย ความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ระยะเวลาในการดูแลรักษา และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

3.1. ความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ การป้องกันความเจ็บป่วยภาวะแทรกซ้อน มิให้ผู้บาดเจ็บมีการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า “...เราก็ต้องสามารถประเมินได้ เราปลอดภัย เข้าปลอดภัย แล้วก็ดูแลรวดเร็ว ปลอดภัย แรกชาวบ้านเค้าก็ไม่เชื่อใจพวกเรา จะทำได้มัย จะเป็นอย่างไร แต่พวกเราทำงานกันมานานมอ ก็เข้าใจ พวกเราทำอะไรผิดพลาดอะไร ก็เรียกมาคุยกันเรื่อย ๆ ผมว่ามันก็ดีขึ้นนะ ...”

3.2. ระยะเวลาในการดูแลรักษา พบประเด็นสำคัญ คือ ระยะเวลาในการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรวดเร็วก่อนนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสม ดังคำกล่าวที่ว่า “...ก็คิดว่าน่าจะเป็นการบริการที่รวดเร็วของพวกเรา จะได้เปรียบเพราะใกล้เค้า เกิดเหตุเราก็รีบดูแล รีบโทรบอกโรงพยาบาล ตอนนี้ ชาวบ้านเค้าเข้าใจมากขึ้นนะ...”

3.3. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ พบประเด็นสำคัญ คือ ความประทับใจ/ ความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่ให้การช่วยเหลือ ดังคำกล่าวที่ว่า “...คิดว่ามันน่าจะเป็นจุดเล็กอีกจุดในหมู่บ้านในชุมชนที่จะทำให้ชาวบ้านรู้สึกว่ามี ความมั่นคงปลอดภัยในการรักษา แม้ว่าระยะทางห่าง ค่อนข้างห่างไกลอย่างน้อยเมื่อเจ็บป่วย ก็มีคนช่วยกันดูแลเล็กน้อยก็ยังดี ดีกว่าแบกหามลากถูกันไปนะค่ะ...”

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ได้แก่

1. ด้านบุคลากร ควรเพิ่มจำนวนให้เหมาะสมกับพื้นที่บริการ ซึ่งค่อนข้างกว้าง และผู้ให้บริการควรมีอายุน้อย และสามารถอ่านเขียนหนังสือได้ เพื่อประโยชน์ในการจดบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ รวมทั้งควรมีการเพิ่มความรู้และพัฒนาทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างต่อเนื่อง

2. ขั้นตอนระบบการปฏิบัติงาน เนื่องจากระบบการปฏิบัติงานมีขั้นตอนในการดำเนินการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลหลายขั้นตอน และมีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานตามระบบ และการบันทึกข้อมูลที่จะเอื้อยและตัวอักษรเล็ก ก่อให้เกิดการผิดพลาดจนผู้ให้บริการถูกหักเงินค่าตอบแทน

3. ประชาสัมพันธ์ ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจในระบบการดำเนินงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลและบทบาทของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล เนื่องจากการให้ข้อมูลยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่

4. วัสดุอุปกรณ์ ควรมีการเพิ่มเติมอุปกรณ์ทางการแพทย์ อาทิ อุปกรณ์การเคลื่อนย้ายถึงออกซิเจน รวมทั้งบัตรแสดงฐานะของผู้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน และปริมาณรถที่ใช้ในการรับส่งผู้ป่วยจนถึงโรงพยาบาล

5. การติดต่อสื่อสาร พบว่ายังขาดประสิทธิภาพ สัญญาณโทรศัพท์ไม่ดี โทรติดยาก ผู้ให้บริการในพื้นที่จึงใช้วิธีการติดต่อที่บ้านโดยตรง หรือติดต่อที่เบอร์มือถือของผู้ให้บริการที่เป็นเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล ซึ่งจะทำให้ได้รับการบริการที่รวดเร็วกว่าการติดต่อโดยใช้เบอร์ 1669

6. จุดเกิดเหตุ พบว่า สถานที่เกิดเหตุไกล และความไม่ชำนาญเส้นทางในพื้นที่ รวมทั้งผู้ให้บริการบอกทางไม่ชัดเจน ส่งผลให้การไปช่วยเหลือล่าช้า เนื่องจากผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่ใช่คนในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริการ ควรมีการทบทวนคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลในด้านอายุและระดับการศึกษา โดยเฉพาะความสามารถในการอ่านเขียนหนังสือ และจัดอบรมเกี่ยวกับระบบการดำเนินงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยทุก 1 ปี และพัฒนาการติดต่อสื่อสารและการประสานงานแก่เจ้าหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ ในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินอย่างพอเพียงและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรมีการประเมินผลการปฏิบัติงานทุกปี

2. ด้านการวิจัย ควรมีการค้นหาหน่วยบริการการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ที่ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลของจังหวัดอุทัยธานี และศึกษาแนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อนำมาเป็นแบบอย่างในการวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่อื่นๆ ของจังหวัด และเมื่อได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ จึงเผยแพร่ข้อมูลไปยังเครือข่ายของระบบบริการการดำเนินงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านและตำบลในอำเภอลานสัก และทุกอำเภอในจังหวัดอุทัยธานี อันจะนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินอย่างเป็นระบบและแบบแผนเดียวกันทั้งจังหวัด

3. ด้านการศึกษา ควรมีการจัดอบรมระบบการดำเนินงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ก่อนถึงโรงพยาบาล และการปฐมพยาบาลแก่ประชาชนที่อยู่ในท้องถิ่นทุรกันดารหรือห่างไกลจาก โรงพยาบาล เพื่อสามารถทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในปัญหาต่างๆ ที่พบบ่อยในพื้นที่ รวมทั้งการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข/ อาสาสมัครหมู่บ้าน/ อาสาสมัครปฐมพยาบาล เพื่อเป็นกำลังสำคัญ ในการช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ ก่อนที่ทีมสุขภาพจะลงไปถึงพื้นที่ นอกจากนี้สถานศึกษาที่ จัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลฉุกเฉิน ควรจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสถานการณ์การ ดำเนินงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล และปัญหาอุปสรรค เพื่อเป็นแนวทางใน การพัฒนาการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของการศึกษา

ผลการศึกษาไม่สามารถนำไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรได้ เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เล็ก และเป็นการเลือกกลุ่มการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาอาจนำไปเป็น แนวทางในการศึกษาในพื้นที่ หรือกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกัน

การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล
ในชุมชนที่เลือกสรร

SITUATIONAL ANALYSIS OF PRE - HOSPITAL CARE SYSTEM FOR
EMERGENCY PATIENTS IN SELECTED COMMUNITY

นราพร แยมเจิม 4937021 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : แสงทอง ชีระทองคำ, Ph.D (Nursing), นพวรรณ เปียชื่อ,
Ph. D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยเริ่มจัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2480 แบ่งออกเป็น ระบบการช่วยเหลือรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) ระบบการช่วยเหลือรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในโรงพยาบาล (hospital care) และการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) (วิทยา ชาติบัญชาชัย, 2545) ทั้งนี้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในประเทศไทย ซึ่งแนวโน้มของผู้ใช้บริการมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี 2549 ถึงปี 2550 โดยการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (advanced life support: ALS) จากจำนวน 107,243 ราย เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 123,158 ราย การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (basic life support: BLS) จากจำนวน 126,572 ราย เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 179,372 ราย และอาสาสมัครปฐมพยาบาล (first responder: FR) จากจำนวน 33,650 ราย เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 166,100 ราย (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2550)

ระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมีความสำคัญต่อการช่วยชีวิตและเป็นชั่วโมงทอง (golden hour) ของการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากกว่าการรักษาที่โรงพยาบาล (กาญจนา เซ็นนันท์,อรพรรณ โตสิงห์,และศิริอร สิ้นธุ 2551; Redmond & Trunkey, 1983: 243 อ้างใน สถาบันพระปกเกล้า, 2548: 90) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ ปีที่มา

โมลี อรพรรณ โตสิงห์ และศิริอร สินธุ (2551) ที่พบว่า การดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของประเทศไทยยังอยู่ในสภาพพร่อง ทั้งด้านการบริการที่ยังไม่ทั่วถึงและครอบคลุมทุกพื้นที่ การปฐมพยาบาล การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และทักษะในการช่วยเหลือผู้ที่บาดเจ็บฉุกเฉินของอาสาสมัคร และทีมสุขภาพที่ยังขาดประสิทธิภาพ รวมทั้งการประสานงานในการแจ้งเหตุ และการดูแลระหว่างนำส่งผู้บาดเจ็บฉุกเฉินไปโรงพยาบาลที่เหมาะสม (วิทยา ชาติบัญชาชัย, 2545; สุพรรณ ศรีธรรมมา, 2549: 42-49; สันต์ หัตถิรัตน์, 2544:1-3)

โรงพยาบาลลานสัก อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี เป็นโรงพยาบาลแห่งแรกของจังหวัดอุทัยธานี ที่จัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับตำบล และพัฒนาการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การบริการครอบคลุมพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ในระยะแรกการดำเนินงานไม่เป็นระบบเท่าที่ควร ต่อมาได้มีการขยายเครือข่ายจนถึงระดับตำบล แต่ยังขาดการอบรมให้ความรู้แก่หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากยังขาดงบประมาณในการสนับสนุน ต่อมาในปลายปี พ.ศ. 2549 ได้มีการฝึกอบรมอาสาสมัครปฐมพยาบาลประจำหมู่บ้านตำบลละบำ ซึ่งห่างจากอำเภอลานสัก ประมาณ 17 กิโลเมตร เพื่อเพิ่มบุคลากรในการช่วยดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในระดับตำบลที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่ผ่านมายังมีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน อาทิ การสื่อสาร การประสานงาน และการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ จึงส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลานสัก, 2551) รวมทั้งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ นอกจากนี้จากการประเมินผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานการดูแลเบื้องต้น พบว่า ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้รับการประเมินและการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ถูกต้อง ณ จุดเกิดเหตุ และนำส่งโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 75.24 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลานสัก, 2551)

ทั้งนี้การประเมินการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลดังกล่าวยังไม่เป็นระบบและไม่ครบวงจร เนื่องจากการประเมินเฉพาะเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหน่วยฉุกเฉิน นอกจากนี้การศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคของระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในประเทศไทยยังมีจำกัด ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และปฏิบัติงานในระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี เห็นถึงความจำเป็นและความสำคัญอย่างยิ่งของการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล จึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคของระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ตำบลละบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาศถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลครั้งนี้อยู่บนพื้นฐานโมเดลคุณภาพการดูแล (Quality of Care Model) ของโดนาเบเดียน (Donabedian, 1988) ซึ่งกล่าวว่าคุณภาพของการดูแลขึ้นกับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทั้งนี้การประเมินคุณภาพการดูแลประกอบด้วย โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) โครงสร้างหมายถึง องค์ประกอบของการให้บริการ ได้แก่ งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ บุคลากร คุณภาพและจำนวนโครงสร้างองค์กร กระบวนการ หมายถึง กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยรับบริการ การวินิจฉัยโรคและการรักษา ส่วนผลลัพธ์ หมายถึง ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล การปรับเปลี่ยนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งผลลัพธ์ของการบริการที่มีประสิทธิภาพขึ้นกับโครงสร้าง และกระบวนการของการบริการที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี บนพื้นฐานโมเดลคุณภาพการดูแล ได้แก่ การประเมินโครงสร้าง ประกอบด้วย การประเมินด้านผู้ให้บริการ แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉิน การเงิน อุปกรณ์และเทคโนโลยีจนกระทั่งจุดเกิดเหตุ ส่วนการประเมินกระบวนการ ประกอบด้วย การประเมินเรื่องการแจ้งเหตุ การส่งการออกรับเหตุ การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ การนำส่งโรงพยาบาล สัมพันธภาพของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และความพึงพอใจของผู้ให้บริการ สำหรับการประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย การประเมินความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บ ระยะเวลาในการดูแลรักษา และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในชุมชนที่เลือกสรร
2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในชุมชนที่เลือกสรร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล
3. พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพสามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ ในการพัฒนาการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในพื้นที่ต่างๆ โดยเฉพาะในจังหวัดอุทัยธานี
4. องค์ความรู้ที่ได้สามารถเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไป เพื่อพัฒนาระบบการดูแล ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในประเทศไทย

วิธีการดำเนินการศึกษา (Methodology)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มศึกษา

ประชากร คือ ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

กลุ่มศึกษา คือ ผู้ให้บริการหรือผู้ให้บริการการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี กลุ่มละ 10 คน โดยผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล 8 คน จากหมู่ 6 ตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี และหมู่ที่ใกล้เคียง ส่วนผู้ให้บริการ คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ใน หมู่ 6 ตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี ทั้งสองกลุ่มได้รับการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ ผู้ให้บริการหรือผู้ให้บริการการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล อายุมากกว่า 18 ปี สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา โดยกลุ่มศึกษาแต่ละกลุ่มได้รับการสุ่มแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ข้อมูลและความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (ภาคผนวก ก.)

2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ตามกรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 1988) ที่ประเมินด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของการบริการ (ภาคผนวก ข.)
3. เครื่องมือและอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย สมุดจดบันทึก ปากกา ดินสอ และเทปบันทึกเสียง MP 3 รุ่น creative

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (ID ๑๐-๕๑-๑๔๕) ผู้ศึกษาขอหนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา และรายละเอียดต่างๆ ของการศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ห่างกัน 3 สัปดาห์ทั้งนี้กลุ่มการศึกษาสามารถขออนุญาตจากการศึกษาได้ตลอด
3. ผู้ศึกษาดำเนินการสนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามที่ผู้ศึกษาสร้าง ตามกรอบแนวคิดโมเดลคุณภาพของโดนาบีเดียน พร้อมทั้งสังเกตและบันทึกข้อมูลระหว่างการสนทนากลุ่ม โดยผู้ช่วยศึกษา รวมทั้งขออนุญาตผู้ร่วมศึกษาในการบันทึกเสียงระหว่างการสนทนากลุ่ม
4. ผู้ศึกษาถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ ที่ได้จากการสนทนาในครั้งที่ 1 และนำข้อความสรุป พบกลุ่มศึกษาตามการนัดหมายครั้งที่ 2 เพื่อสอบถามและตรวจสอบข้อสรุปที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 และอภิปรายข้อมูลในประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุมเพิ่มเติม เพื่อให้มั่นใจว่าได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ เพื่อวิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยวิเคราะห์ประเด็นสำคัญจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต และการบันทึก

ข้อพิจารณาจริยธรรมในการศึกษา

ผู้ศึกษายึดหลักจริยธรรมในการศึกษาอย่างเคร่งครัด โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มศึกษาด้วยความสมัครใจ และหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี การเก็บข้อมูลของกลุ่มศึกษาจะเป็นความลับ การเปิดเผยจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และเผยแพร่ในรูปแบบสรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษา

ผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล มีอายุเฉลี่ย 36.3 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย พบอาสาสมัครปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุมากที่สุด การบาดเจ็บฉุกเฉินในชุมชนที่พบบ่อยครั้งคือ บาดแผล มีการทำแผล/ห้ามเลือด และผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากที่สุดต่อระบบบริการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

ส่วนผู้ใช้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล อายุเฉลี่ย 41.80 ปี เป็นเพศชาย และเพศหญิงจำนวนเท่ากันพบอาสาสมัครปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุมากที่สุดการบาดเจ็บฉุกเฉินที่พบบ่อย คือ บาดแผล และกระดูกหัก / อุบัติเหตุ มีการปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุทำแผล / ห้ามเลือด และผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากที่สุด ต่อระบบบริการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ พบประเด็นสำคัญในด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ดังนี้

1. ผู้ให้บริการ

1.1. โครงสร้าง

1) ผู้ให้บริการ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ จำนวนบุคลากร ความรู้ และทักษะ โดยผู้ให้บริการเสนอว่า ควรเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ให้เหมาะสมกับพื้นที่บริการ และพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุกปี ดังคำกล่าวที่ว่า “...ก็มีการอบรม เพิ่มเจ้าหน้าที่เป็นและรู้หนังสือหน่อย จะได้เขียนคล่องหน่อย...”

2) แนวปฏิบัติของการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ระบบการปฏิบัติงาน ชับซ้อน และการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานซึ่งมีจำนวนมากและตัวหนังสือเล็ก ดังตัวอย่าง เช่น “...แนวทางเดียวกันกับที่ทางโรงพยาบาลสอนไป การทำแผล ห้ามเลือด การนวดหัวใจ ...” หรือ “...ระบบนี้มีการวางแผนปรับปรุงกันตลอด ก็มีข้อผิดพลาดเรื่องการแจ้งเวลา และการส่งการก็มีปัญหา

ตอนกลางคืนนะ แต่เดี๋ยวนี้ก็ช่วยกัน...” และ “...มีเหมือนกันนะหมอ เรื่องใหญ่ การกรอกข้อมูลมันเยอะไปหมด ตัวเล็กด้วยลงผิดก็มีนะ...”

3) การเงิน อุปกรณ์และเทคโนโลยีการสื่อสาร พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ ค่าตอบแทน วัสดุอุปกรณ์ และการประชาสัมพันธ์ โดยการให้เงิน ค่าน้ำมันรถ ค่าแรงและสวัสดิการ รวมทั้งอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ดังคำกล่าวว่า “...ก็น้ำมันต่างหาก เพราะพื้นที่เราไกล...” “...ก็อยากช่วยเหลือคนไข้เต็มที ก็จะมีเรื่องออกซิเจนที่นำมาไว้ที่รถทุกคัน...” และดังคำกล่าวว่า “...น่าจะมีอุปกรณ์แปลตัก...” รวมทั้ง “...ก็อยากให้มิวทฤษฎีชุมชนเสียงตามสายประชาสัมพันธ์มากขึ้นกว่าเดิม...”

4) จุดเกิดเหตุ พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ สถานที่เกิดเหตุไกล และความไม่ชำนาญเส้นทาง โดยพื้นที่เกิดเหตุซึ่งผู้ให้บริการต้องไปช่วยเหลือ ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินอยู่ห่างไกลและไปลำบาก รวมทั้งผู้แจ้งเหตุบอกทางไม่ชัดเจน ทำให้ไปรับผู้ป่วยล่าช้า ดังตัวอย่างเช่น “...ก็เรื่องสถานที่ เพราะพื้นที่ค่อนข้างกว้าง การแจ้งเหตุไม่ชัดเจน และเรื่องถนนไปลำบากเหมือนกัน ระยะทางจากโรงพยาบาลกว่าจะมาถึงช่วงแรก ๆ 15-20 นาที เคยมาหลงทาง ไม่มีบ้านคน ถิ่นานเหมือนกันเป็นครึ่งชั่วโมง กว่าหาเจอ ติดต่อกันไปมา กว่าเจอคนไข้...”

1.2. กระบวนการ

1) การแจ้งเหตุ พบประเด็นสำคัญ คือ การบอกข้อมูลการเจ็บป่วย หมายถึง การที่ผู้ให้บริการหรือผู้ใช้บริการบอกอาการ ที่ช่วยในการประเมินผู้บาดเจ็บฉุกเฉินแก่ศูนย์สั่งการ ดังคำกล่าวที่ว่า “...ข้อมูลเจ็บป่วยนี้สำคัญมากมาก เพราะจะได้ทราบอาการเบื้องต้น แล้วการประเมิน การเตรียมการออกปฏิบัติการด้วยว่า ผู้ป่วยมีอาการเป็นอย่างไรบ้าง...”

2) การสั่งการออกรับเหตุ พบประเด็นสำคัญ คือ การออกไปรับผู้ป่วย หมายถึง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแจ้งข้อมูลแก่ผู้ให้บริการออกรถ เพื่อไปช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน พร้อมบอกแนวทางการช่วยเหลือ ตัวอย่างเช่น “...โรงพยาบาลนี้แหละ โรงพยาบาลนสีก ก็ก็จะบอกว่า เราออกไปรับคนไข้ได้ยัง ก็คืนะ อาการอย่างนี้จะทำอย่างไร ก็จะแนะนำให้เราไป มีอะไรเราก็โทรมาสอบถามได้...”

3) การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ พบประเด็นสำคัญ คือ การช่วยเหลือเบื้องต้น หมายถึง การปฐมพยาบาลแก่ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินตามที่ได้รับการอบรม โดยใช้เครื่องมือที่มีอยู่ในกระเป๋า เช่น “...ก็ถ้าจะคลอดก็โทรบอกหมอก่อน ก็ถามคนไข้ว่ามีน้ำอะไรไหลออกมามั้ย เป็นอย่างไรบ้าง เช็ดหน้า เช็ดตา ดู ถ้าคลอดขึ้นมา ก็ทำเหมือนตอนไปแข่งเรลลี่ ก็มีฐานคลอด ก็ทำคลอดเลย อุปกรณ์เราก็มีในกระเป๋านะ...”

4) การนำส่งโรงพยาบาล ประเด็นสำคัญที่พบ คือ การพาไปโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ให้บริการตัดสินใจและนำผู้บาดเจ็บฉุกเฉินไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษาต่อเนื่องอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินขณะส่งต่อไปโรงพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า “...ก็ติดต่อโรงพยาบาลให้เตรียมตัวให้พร้อม เราประเมินช่วยทำอะไรมาบ้าง ส่วนใหญ่ก็ไป 2 คนอยู่แล้วก็ holds mask มาก่อนเลย ก็พยายามรีบช่วย รีบเคลื่อนย้ายมาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด...”

5) สัมพันธภาพของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ คือ ความรู้สึกที่ดีต่อกัน หมายถึง ผู้ใช้บริการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ให้บริการ ดังตัวอย่างเช่น “...ที่ผ่านมาไม่มีปัญหาอะไร แรกเค้าก็ไม่ค่อยมั่นใจเท่าไร ก็โทรเรียกรถโรงพยาบาลดีกว่า เพราะเป็นรถเก่า ๆ ด้วย แต่หลังมานี้พอไปส่งคนไข้เสร็จ เค้าก็ขอบคุณเรา เราก็ภูมิใจนะ...”

6) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ พบประเด็นสำคัญ คือ ความเต็มใจในการบริการ หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ให้บริการ พร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ใช้อย่างจริงจัง ดังตัวอย่างเช่น “...ทำด้วยใจจริง ที่ผ่านมาก็เคยเจ็บป่วยนะ เราเคยเป็นคนป่วย ก็รู้สภาพของคนไข้กันดีกว่า ทรมาณขนาดไหน ก็อยากให้หาย ไม่เจ็บไม่ป่วยนะ...”

1.3. ผลลัพธ์

1) ความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน พบประเด็นสำคัญ คือ การป้องกันความเจ็บป่วย หมายถึง การดูแลช่วยเหลือมิให้ผู้บาดเจ็บ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย ดังคำกล่าว “...ปลอดภัย ไม่เป็นไรมาก เวลาเจออุบัติเหตุ ก็อยากให้เค้าไม่มีกระดูกหัก ไม่มีเลือดออกมาก ก็ใจไม่คินะหมอ คิดและภาวนาหายเร็ว เมาที่เมาเหอะ คนหมู่เดียวกันก็ไม่อยากให้มันเป็นไรลูกหลานเราเอง...”

2) ระยะเวลาในการดูแลรักษา ประเด็นสำคัญที่พบ คือ ช่วงเวลาในการช่วยเหลือ หมายถึง ระยะเวลาที่รวดเร็วที่ผู้ให้บริการให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสม ดังคำกล่าวที่ว่า “...ก็คิดว่าน่าจะเป็นการบริการที่รวดเร็วของพวกเรา จะได้เปรียบเพราะใกล้เค้า เกิดเหตุเราก็รีบดูแล รีบโทรบอกโรงพยาบาลตอนนี้ ชาวบ้านก็เค้าเข้าใจมากขึ้นนะ...”

3) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ พบประเด็นสำคัญ คือ ความรู้สึกที่ดีต่อการได้ช่วยการเหลือซึ่งกันและกัน หมายถึง การแสดงออกในทางที่ดีที่มีการเอื้อเฟื้อต่อกัน ดังคำกล่าว “...คิดว่ามันน่าจะเป็นจุดเล็กอีกจุดในหมู่บ้านในชุมชน ที่ทำให้ชาวบ้านรู้สึกว่าจะมีความมั่นคงปลอดภัยในการรักษา แม้ว่าระยะทางห่างค่อนข้างห่างไกล อย่างน้อยเมื่อเจ็บป่วยก็มีคนช่วยกันดูแลเล็กน้อยก็ยังดี ดีกว่าแบกหามลากถูกันไปนะค่ะ...”

2. ด้านผู้ให้บริการ

2.1. โครงสร้าง

1) ผู้ให้บริการ พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ จำนวนบุคลากร และความรู้และทักษะผู้ให้บริการ โดยควรเพิ่มผู้ให้บริการที่มีอายุน้อย และสามารถอ่านเขียนหนังสือได้ และพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวที่ว่า “...คิดว่าน่าจะเพิ่มคนวัยรุ่นมากกว่านี้ มีวัยรุ่นน้อยมาให้บริการ และมีเวรสลับเปลี่ยนให้กำลังใจคอยสอบถามผู้ป่วย...” และ “...อบรมบ่อย ไม่ว่าจะเป็นการวัดความดัน เคาะสนิมกันหน่อย ทำแผล พันผ้าพันๆ พันก็ยุ่งๆ ไปหมด...”

2) แนวปฏิบัติของการดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ ขั้นตอนการปฏิบัติงาน โดย ผู้ให้บริการแจ้งเหตุ โดยใช้เบอร์โทรศัพท์ 1669 ซึ่งเจ้าหน้าที่จะสอบถามอาการ เบอร์โทรศัพท์ สถานที่เกิดเหตุ และประสานงานออกรับผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้น และนำส่งโรงพยาบาล ทั้งนี้ควรเพิ่มการสื่อสารให้ประชาชนในพื้นที่ รับรู้เกี่ยวกับการบริการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยอาสาสมัครในหมู่บ้าน ดังคำกล่าวที่ว่า “...ก็ที่ผ่านมาเค้าก็มารับ มาสอบถามอาการ เวลาเมื่ออุบัติเหตุเขามาเค้าก็ถามพันแผล ตอนที่ลูกเป็นไข้ เค้าเช็ดเนื้อเช็ดตัว แล้วก็บอกกินยาลดไข้ด้วย เคี้ยวไข่แรงจะชักนะ แล้วดูแลส่งโรงพยาบาล...”

3) การเงิน อุปกรณ์ และเทคโนโลยีการสื่อสาร สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ วัสดุอุปกรณ์ ค่าใช้จ่าย และการประชาสัมพันธ์ โดยควรมีอุปกรณ์ทางการแพทย์รับส่ง และค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้ให้บริการ ดังคำกล่าวที่ว่า “...เรื่องอุปกรณ์ก็ด้วยนะ มีพอเพียง เป็ด ชุกทำแผล ผ้าพันด้วยก็ดีแล้วนะ แต่ก็อยากให้มีต่อไป...” “...ก็เป็นเรื่องน้ำสนน้ำใจให้เค้าละ ค่าน้ำมัน ค่ากาฟกาแฟนะ อดนอนด้วย...” และ “...ผมอยากให้มีเรื่องประชาสัมพันธ์บ้าง หมู่อื่นเค้าไม่เข้าใจรถอะไร ทำอะไร ผมว่าบางคนยังไม่รู้เลย อยากให้หมอพูด ชาวบ้านเค้าฟังกัน...”

4) จุดเกิดเหตุ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ สถานที่เกิดเหตุใกล้ ทำให้มีความชำนาญในการเดินทาง และช่วยเหลือผู้ป่วยได้รวดเร็ว ดังคำกล่าวที่ว่า “...ตอนนั้นรถโรงพยาบาลมารับผู้ป่วยอุบัติเหตุ เค้าบอกทางมาทางแถวบ้าน แต่หมอที่มาที่หลง หาไม่เจอแต่รถของหมู่บ้านไม่หลงหรอกไ้ เพราะบ้านพวกเราเอง...”

2.2. กระบวนการ

1) การแจ้งเหตุ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การติดต่อ การให้ข้อมูลภาวะเจ็บป่วย และหลักฐาน โดย ผู้ให้บริการบอกข้อมูลการเจ็บป่วย ติดต่อที่บ้านหรือทางโทรศัพท์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ เพื่อเรียกใช้บริการรวมทั้งเตรียมบัตรประจำตัวโรงพยาบาลและบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อแสดงสิทธิในการรักษา ดังคำกล่าวว่า “...ของผมสัญญาณไม่ดี ก็โทรไปเบอร์โรงพยาบาล แล้วก็โทรเข้ามือถือเจ้าของรถ แต่ก็ไ้วนะ มี

บางช่วงสัญญาไม่คอยดี...” และ “...ตัวเองเป็นไข้หนาวสั่น ๆ เลยแล้วไม่ไหว โทรเรียกรถเค้าไปส่งห้องฉุกเฉิน...”

2) การสั่งการออกรับเหตุ พบประเด็นสำคัญ คือ การออกไปรับผู้ป่วย หมายถึง การประสานงานในทีมผู้ให้บริการ เพื่อออกรถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ดังคำกล่าวที่ว่า “... คงเป็นโรงพยาบาล ก็จะเป็นผู้สั่งการให้ออกรับผู้ป่วย ...”

3) การดูแลรักษาพยาบาล เบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ ประเด็นสำคัญที่พบ คือ การช่วยเหลือเบื้องต้น หมายถึง การสอบถามอาการ การปฐมพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน และนำส่งโรงพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า “... เรื่องความดันเนี่ย ก็จะมีเรื่องหัวใจ ก็ตรวจแล้วครั้งนั้น หมอตรวจให้ก็ตอนที่เค้ามารับ แล้วก็ส่งโรงพยาบาล เค้าดูแลปามาตลอดทาง ความดันขึ้นเยอะด้วยใจสั่นแน่นหน้าอกไปหมด ...”

4) การนำส่ง พบประเด็นสำคัญได้ คือ การส่งต่อ หมายถึง การส่งผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุไปโรงพยาบาล พร้อมกับการดูแลขณะนำส่งโรงพยาบาลอย่างเต็มที่ ดังคำกล่าวที่ว่า “...ก็คิดว่าคือการที่เค้าดูแลเราอย่างตั้งใจ ไม่ใช่แค่รับส่งนะ แต่ก็มีมีการดูแลกันมา ก็ในหมู่บ้านนะ มีเจ็บป่วยต่างๆ ก็เห็นเค้าออกรับคนไข้เรื่อย ๆ...”

5) สัมพันธภาพของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ พบประเด็นสำคัญได้ คือ มิตรภาพ หมายถึง ความรู้สึกที่ดี เหมือนเพื่อน หรือบุคคลในครอบครัว ดังคำกล่าวที่ว่า “...ฉันว่าเหมือนเพื่อนช่วยเพื่อน ...”

6) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ พบประเด็นสำคัญ คือ ความประทับใจ หมายถึง ผู้ให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ดังคำกล่าวที่ว่า “...ขนาดฟรีไม่ได้ชะบาท ก็ไปให้เลย ฉันนี้แหละไปตามเค้ามาช่วย เห็นมีคนรถมอเตอร์ไซด์คว่ำอยู่ เงินช่วยชะบาทก็ไม่ให้ ฉันจะไปทวงดั่งคำให้อยู่แล้ว สงสารช่วยเหลือ เลือดก็เลือด และไปส่งถึงบ้าน...”

2.3. ผลลัพธ์

1) ความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน พบประเด็นสำคัญ คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การดูแลช่วยเหลือมิให้ผู้บาดเจ็บเกิดความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นดังคำกล่าวที่ว่า “...คิดว่าจะมีเป็นการช่วยผู้ป่วย ที่บาดเจ็บนะที่มีความปลอดภัย ก็ไวด้วย...”

2) ระยะเวลาในการดูแลรักษา พบประเด็นสำคัญ คือ ช่วงเวลาการช่วยเหลือ หมายถึง ระยะเวลาในการดูแลรักษาที่มีความรวดเร็วจนอาการทุเลาหาย ดังคำกล่าวที่ว่า “...ป้าก็คิดว่าคือการบริการไว ดินะ ก็ดูแลดี ยิ่งช่วงนี้ป่วยกันบ่อยด้วย ก็เร็วมาก ๆ นะ...”

3) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ประเด็นสำคัญที่พบ คือ ความประทับใจ หมายถึง ความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ ดังคำกล่าวที่ว่า “... ฉันก็

ประทับใจ อ้าวๆ แล้วก็อ้าว เค้าก็พาฉันมาดีมาก ดั่งค์ไม่เสีย ค่ารักษาก็เสียไม่มาก ไม่บอกเค้าหรือกรงใจเค้า...”

3. ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ประกอบด้วย

3.1. บุคลากร ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเสนอว่าควรเพิ่มจำนวนให้เหมาะสมกับพื้นที่บริการ ซึ่งค่อนข้างกว้าง และผู้ให้บริการควรมีอายุน้อยและสามารถอ่านเขียนหนังสือได้ เพื่อประโยชน์ในการจดบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ และควรมีการเพิ่มความรู้และพัฒนาทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างต่อเนื่อง

3.2. ขั้นตอนระบบการปฏิบัติงาน การดำเนินการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมีหลายขั้นตอน มีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนดังกล่าว ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานตามระบบ และการบันทึกข้อมูลที่ละเอียดและตัวหนังสือในแบบฟอร์มเล็ก ก่อให้เกิดการผิดพลาดจนผู้ให้บริการ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลถูกหักเงินค่าตอบแทน

3.3. การประชาสัมพันธ์ที่ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินและบทบาทของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล ส่งผลให้ประชาชนยังได้รับบริการที่ไม่ทั่วถึงและไม่มั่นใจในระบบบริการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

3.4. วัสดุอุปกรณ์ ควรมีการเพิ่มเติมอุปกรณ์ทางการแพทย์ อาทิ อุปกรณ์เคลื่อนย้ายถึงออกซิเจน บัตรแสดงฐานะของผู้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน และปริมาณรถที่ใช้ในการรับส่งผู้ป่วยจนถึงโรงพยาบาล

3.5. การติดต่อสื่อสาร พบว่ายังขาดประสิทธิภาพ สัญญาณโทรศัพท์ไม่ดี โทรติดยาก ผู้ใช้บริการในพื้นที่จึงใช้วิธีการติดต่อที่บ้านโดยตรง หรือติดต่อที่เบอร์มือถือของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล ซึ่งจะทำให้ได้รับการบริการที่รวดเร็วกว่าการติดต่อโดยใช้เบอร์ 1669

3.6. จุดเกิดเหตุ พบว่า สถานที่เกิดเหตุไกล และความไม่ชำนาญเส้นทางในพื้นที่ รวมทั้งผู้ใช้บริการบอกทางไม่ชัดเจน ส่งผลให้การไปช่วยเหลือล่าช้า เนื่องจากผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่ใช่คนในพื้นที่

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการมีความสอดคล้องกัน การอภิปรายผลการศึกษาในภาพรวมของทั้งสองกลุ่มตามแนวคิดโมเดลคุณภาพของโคนาบีเดียน มีดังนี้

1.1. โครงสร้าง

1) ผู้ให้บริการ พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ จำนวนบุคลากร และ ความรู้และทักษะ ที่ควรเพิ่มจำนวนบุคลากรให้เหมาะสมกับพื้นที่ที่กว้าง และมีการสลับเปลี่ยนเวรออกปฏิบัติงานโดยผู้ให้บริการควรมีอายุน้อย และสามารถอ่านเขียนหนังสือได้ รวมทั้งเพิ่มการอบรมความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการช่วยเหลือเบื้องต้น และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งจากเกณฑ์ของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า เจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล (first responder) ต้องมีอาสาสมัครปฐมพยาบาลปฏิบัติงานอย่างน้อยหน่วยละ 10 คน/ หน่วยบริการระดับพื้นฐาน ซึ่งรับผิดชอบประชากร 1 แสนคน (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548) ทั้งนี้อาสาสมัครปฐมพยาบาล หมู่ 6 ตำบลระบำ มีจำนวน 2 คน ต่อประชากร 613 คน จึงถือว่าเจ้าหน้าที่จำนวนพอเพียง อย่างไรก็ตามอาสาสมัครปฐมพยาบาลมีอายุเฉลี่ยมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดและการอ่านเขียนหนังสือไม่แตกฉาน แม้ว่าจะสำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548) ดังนั้นจึงน่าจะมีการทดสอบความสามารถ ในการอ่านออกเขียนหนังสือได้ตามเกณฑ์กำหนด นอกจากนี้ยังพบว่าความสำเร็จการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บฉุกเฉินขึ้นกับความรู้ ความเชี่ยวชาญและทักษะ และการทำงานเป็นทีมของบุคลากร การฝึกอบรมในสถานการณ์จำลองที่เหมือนจริง และการผ่านการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บในระยะเร่งด่วนทุก 1-2 ปี (กาญจนา เชนันท์ และคณะ, 2551; ปัทมา โมลี และคณะ, 2551; Robertson-Steel , Edwards, & Gough, 2001)

2) แนวปฏิบัติของการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ ขั้นตอนระบบการปฏิบัติงานซับซ้อน การบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงาน และการประชาสัมพันธ์

2.1) แนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน พบว่า ทั้งผู้ให้บริการและผู้ให้บริการรับรู้ขั้นตอนการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุบาดเจ็บฉุกเฉิน โดยผู้ให้บริการแจ้งเหตุแก่ผู้ให้บริการ ซึ่งจะสอบถามข้อมูล พร้อมประสานงานไปยังผู้ให้บริการในระดับต่างๆ เพื่อช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ และช่วยเหลือตามวิธีการที่ได้รับการอบรมการช่วยเหลือเบื้องต้น พร้อมรายงาน และจัดบันทึกข้อมูลของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน โดยปฏิบัติงานตามคู่มือการปฏิบัติงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอ ลานสั๊ก จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งพบว่าผู้

ให้บริการสามารถปฏิบัติตามขั้นตอน ที่ได้ผ่านการอบรมอย่างมีประสิทธิภาพ(งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลานสัก, 2551)

2.2) ระบบการปฏิบัติงานซับซ้อน พบว่า ขั้นตอนการปฏิบัติงานเริ่มจากผู้ให้บริการแจ้งเหตุ เจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลส่งการออกรับผู้ป่วย ให้การปฐมพยาบาล และการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วและเหมาะสม โดยขั้นตอนต่างๆ มีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานตามระบบ ทั้งนี้การช่วยชีวิตผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพต้องมีแนวปฏิบัติที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีมาตรฐาน มีระบบการสื่อสารตลอด 24 ชั่วโมง และมีการทำงานเป็นทีมของบุคลากร รวมทั้งการส่งการการรักษาอย่างถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว (กาญจนา เซ็นนันท์ และคณะ, 2551; จันทนา วิงคะออม, 2549; ปัทมา โมลี และคณะ, 2551) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติหรือขั้นตอนต่างๆ จึงต้องมีการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับทราบ เพื่อให้การปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติมีประสิทธิภาพ อันจะช่วยให้ผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องและปลอดภัย

2.3) การบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงาน พบว่าการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานที่มีจำนวนมากและตัวหนังสือเล็ก ทำให้เจ้าหน้าที่ลงข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ถูกหักเงินค่าตอบแทน จากการศึกษาเกี่ยวกับบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า การบันทึกข้อมูลทางการแพทย์เป็นการสื่อสารที่จำเป็น เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการรักษาพยาบาล ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพ ทั้งนี้การพัฒนาการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ ควรมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบในการบันทึกตามสถานการณ์ต่างๆ อย่างสมบูรณ์ และจัดทำแนวทางและรูปแบบการบันทึกที่เหมาะสมกับหน่วยงาน (สุภาภรณ์ ปราบมภ์, 2541; Robertson-Steel et al., 2001)

3) การเงิน อุปกรณ์และเทคโนโลยีการสื่อสาร พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ ค่าตอบแทน วัสดุอุปกรณ์ และการประชาสัมพันธ์

3.1) ค่าตอบแทน คือ การให้ค่าใช้จ่าย / สินน้ำใจ ค่าน้ำมันรถ ค่าแรง และสวัสดิการต่างๆ แก่ผู้ให้บริการอย่างเหมาะสม ซึ่งในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล ได้ค่าตอบแทนครั้งละ 350 บาทและในเขตพื้นที่ตำบลระบือได้รับค่าตอบแทนครั้งละ 500 บาท โดยได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนหมู่บ้าน ตำบลระบือ (สถานีอนามัยตำบลระบือ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี, 2552) ส่วนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง จะได้รับค่าตอบแทนครั้งละ 500 บาท และ 1,000 บาท ตามลำดับ (สำนักงานงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548)

3.2) วัสดุอุปกรณ์ พบว่า ควรจัดให้มีอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ เครื่องมือสื่อสาร อุปกรณ์แปล อุปกรณ์ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และบัตรแสดงฐานะของผู้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน รวมทั้งรถที่ใช้ในการรับส่งผู้ป่วยจนถึงโรงพยาบาล และแผนที่ในการเดินทาง เพื่อความสะดวกในการเดินทางไปที่เกิดเหตุอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้โรงพยาบาลลานสัก สนับสนุนเฉพาะวัสดุอุปกรณ์ เกี่ยวกับการปฐมพยาบาล อาทิ อุปกรณ์การทำแผล อุปกรณ์ค้ำแขนขา อย่างไรก็ตามอุปกรณ์การให้ออกซิเจนจะมีให้เฉพาะในรถปฏิบัติการขั้นพื้นฐานที่สถานีอนามัย ซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลที่พบผู้บาดเจ็บฉุกเฉินที่ต้องการออกซิเจน ไม่สามารถให้การพยาบาลได้ทันที เช่นเดียวกับอุปกรณ์แปลที่มีจำนวนจำกัดมีเพียง 1 ชุด ประจํารถปฏิบัติการของ หมู่ 6 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ทำการศึกษานี้ จึงไม่เพียงพอต่อการให้บริการในพื้นที่ นอกจากนี้พาหนะที่ใช้ดูแลและรับส่งผู้ป่วย จะเป็นของอาสาสมัครปฐมพยาบาล และต้องขอใบอนุญาตขับพาหนะตามที่กฎหมายกำหนด เช่นเดียวกับโทรศัพท์ที่ใช้สื่อสารจะเป็นของผู้ให้บริการ สำหรับบัตรแสดงฐานะของผู้ให้บริการของโรงพยาบาลลานสักอยู่ในช่วงดำเนินการจัดทำ (งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลานสัก, 2551; สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548)

3.3) การประชาสัมพันธ์ พบว่า ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ประชาชนยังไม่เข้าใจระบบการดำเนินงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล และบทบาทของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลจากการศึกษาการรับรู้ของชุมชนต่อการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลพบว่า ชุมชนส่วนใหญ่รู้จักหน่วยกู้ชีพ คิดเป็นร้อยละ 64.83 โดยรู้จักหน่วยกู้ชีพดี และรู้จักเพียงผิวเผิน ในกลุ่มรู้จักเพียงผิวเผินทราบข้อมูลจากหน่วยกู้ชีพไม่ละเอียด และไม่ใช้บริการจากหน่วยกู้ชีพ ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของชุมชนต่อการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ การรู้จักหน่วยกู้ชีพจากการประชาสัมพันธ์ อาชีพของคนในชุมชน การเจ็บป่วยของคนในชุมชน การเห็นรถหน่วยกู้ชีพ การมีประสบการณ์เห็นบริการของหน่วยกู้ชีพ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ตำรวจและบุคลากรด้านสาธารณสุข (เกศินี สราญฤทธิชัย และคณะ, 2546)

4) สถานที่เกิดเหตุ พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ สถานที่เกิดเหตุไกล และความไม่ชำนาญเส้นทาง รวมทั้งผู้แจ้งเหตุบอกทางไม่ชัดเจน ส่งผลให้การไปช่วยเหลือล่าช้า ทั้งนี้เนื่องจากพื้นที่ศึกษาอยู่ห่างจากโรงพยาบาลลานสักประมาณ 17 กิโลเมตร ส่วนใหญ่เป็นป่าเขา หากไม่ชำนาญเส้นทางจะทำให้หลงทาง และเดินทางล่าช้าได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ เพ็ญรุ่ง บุญรักษ์ (2543) และการศึกษาของ ศรีสุริย์ เอื้อจิระพงษ์พันธ์ (2542) พบว่า เจ้าหน้าที่อาสาสมัครกู้ภัยและเจ้าหน้าที่ตำรวจไปถึงที่เกิดเหตุได้เร็ว เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ที่มีความพร้อมกระจายในทุกพื้นที่ ดังนั้นการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เพื่อบอกจุดเกิดเหตุ และการประสานงานกับหน่วยงานที่มีข้อมูลการเดินทาง จะช่วยอำนวยความสะดวกในการเดินทางของทีมสุขภาพ (ปัทมา โมลี และคณะ, 2551)

1.2. กระบวนการ

1) การแจ้งเหตุ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การติดต่อ การให้ข้อมูล ภาวะเจ็บป่วย และหลักฐาน

1.1) การติดต่อ พบว่า วิธีการที่ผู้ใช้บริการบอกข้อมูลการเจ็บป่วยโดยติดต่อที่บ้านและทางโทรศัพท์กับผู้ให้บริการโดยตรง ทำให้ได้รับการบริการที่รวดเร็วกว่าการติดต่อโดยใช้เบอร์ 1669 เช่นเดียวกับการศึกษาของ จารูวรรณ นิพนพานนท์ และคณะ (2551) และสุกัญญา วัฒนะโชติ (2543) พบว่า การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินมีปัญหาเรื่องระบบการติดต่อสื่อสารที่ไม่สะดวก ซึ่งจากการวิเคราะห์วรรณกรรมของ ปีพมา โมลิ และคณะ (2551) พบว่าการสื่อสารเป็นจุดเริ่มต้นของระบบ ทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินดีที่สุด การเข้าถึงระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ใช้โทรศัพท์หมายเลขเดียวกันทั่วโลก ทั้งนี้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วยการได้รับข้อมูลที่ทันสมัย เข้าใจง่าย และรวดเร็ว รวมทั้งควรเป็นการสื่อสารแบบสองทาง

1.2) การให้ข้อมูลภาวะเจ็บป่วย หมายถึง การบอกอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติเพื่อเรียกใช้บริการ แก่ศูนย์สั่งการ ซึ่งจะประเมินภาวะเจ็บป่วยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ซึ่งหากผู้ป่วยและญาติสามารถให้ข้อมูลอย่างถูกต้อง จะช่วยเจ้าหน้าที่ในการประเมินสถานการณ์ และจัดส่งเจ้าหน้าที่ออกปฏิบัติการช่วยเหลือเบื้องต้น และนำส่งโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามในภาวะเจ็บป่วยทั้งผู้ใช้บริการและญาติ จะมีทั้งความตื่นเต้นและความวิตกกังวลในการให้ข้อมูลความเจ็บป่วยแก่เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการที่ไม่ครบถ้วน ทำให้การรับรู้ข้อมูลเบื้องต้นและการประเมินสถานการณ์ในการช่วยเหลือเบื้องต้น รวมทั้งการจัดสรรอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในการออกปฏิบัติการไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาระบบการสื่อสารข้อมูลในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า การให้ข้อมูลในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะได้รับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน อาการป่วย ที่อยู่และสถานที่เกิดเหตุ (Krafft et al., 2003)

2) การสั่งการออกรับเหตุ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ คือ การออกไปรับผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแจ้งข้อมูลแก่ผู้ให้บริการออกรถ เพื่อไปช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน พร้อมบอกแนวทางการช่วยเหลือ และการประสานงานเมื่อต้องการเจ้าหน้าที่สนับสนุน โดยการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน อำเภอถานตัก จังหวัดอุทัยธานี ปฏิบัติตามแนวทางของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเมื่อรับแจ้งเหตุแล้ว พยาบาลที่ศูนย์สั่งการต้องมีความสามารถในการคัดกรอง โดยประเมินข้อมูลทางสรีระ กายวิภาค กลไกการบาดเจ็บ อายุของผู้บาดเจ็บและอาการที่เกี่ยวข้อง (ปีพมา โมลิ และคณะ, 2551) และประเมินความรุนแรงของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน และสั่งการแก่ผู้ให้

บริการในการช่วยเหลือ พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติงาน และมีการประสานงานอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานระบบบริการการแพทย์การแพทย์ฉุกเฉิน, 2551; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี, 2552)

3) การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การช่วยเหลือเบื้องต้นโดยการสอบถามอาการ การปฐมพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ตามที่ได้รับ การอบรมหรือฝึกปฏิบัติ โดยใช้เครื่องมือที่มีอยู่ในกระเป๋า และนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว และเหมาะสม สอดคล้องกับการประเมินประสิทธิภาพของการช่วยชีวิตขั้นสูงตามแนวปฏิบัติ พบว่า การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานหรือขั้นสูงตามแนวปฏิบัติ ทำให้เพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย (Gentil, Ramos, & Whitaker, 2008; Olsaveengen et al., 2009) โดยการปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ ควรทำ กิจกรรมเพื่อแก้ไขสาเหตุหลัก ที่ทำให้ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตเท่านั้น และรีบนำส่งโรงพยาบาล เพื่อลด ความล่าช้าในการดูแลที่เหมาะสมต่อเนื่อง (ปัทมา โมลี และคณะ, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มี ผลต่อการดูแลผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ คือ ระยะเวลาในการเข้าถึงผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ระยะเวลาในการ ดูแล ณ จุดเกิดเหตุที่น้อยที่สุด ความพร้อมของทีมปฏิบัติการ การทำงานเป็นทีม ความรู้และทักษะใน การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บของเจ้าหน้าที่ การติดต่อสื่อสาร และแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้บาดเจ็บ (กาญจนา เซ็นนันท์ และคณะ, 2551; ปัทมา โมลี และคณะ, 2551; พรทิพย์ สายสุด, 2547)

4) การนำส่งโรงพยาบาล สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การพาไป โรงพยาบาล โดยผู้ให้บริการตัดสินใจและนำผู้บาดเจ็บฉุกเฉินไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินขณะนำส่งไปโรงพยาบาลอย่างเต็มที่ สอดคล้องกับการ ประเมินการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่า การนำส่งผู้บาดเจ็บให้ถึง โรงพยาบาลเร็วที่สุด และมีการเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือตลอดจนนำส่งถึงโรงพยาบาล ทำ ให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่รวดเร็วและปลอดภัย (อรุณ จิรวัฒน์กุล และคณะ, 2541) ทั้งนี้ พรทิพย์ สาย สุด (2547) เสนอว่า ควรมีการปรับระบบการจราจร เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการนำส่งไปโรงพยาบาล ทำให้ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ทันทีและมีประสิทธิภาพ

5) สัมพันธภาพของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ความรู้สึกที่ดีต่อกัน/ มิมิตรภาพ โดยผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเกิดความรู้สึกที่เหมือนเพื่อน หรือบุคคลในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษา ที่พบว่า ผู้ให้บริการและ ผู้ใช้บริการมีความรู้สึกที่ดีต่อกัน (เพ็ญจันทร์ พูลศิริ, 2542; สุกัญญา วัฒนะโชติ, 2542)

6) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ความ เต็มใจในการบริการ โดยผู้ให้บริการพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ใช้อย่างจริงใจและเต็มใจเช่นเดียวกับ

การศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่ต้องการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ผกามาศ ลมูมาศ, 2544; อิงอัมพร ทองดี, 2549)

1.3. ผลลัพธ์

1) ความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การป้องกันความเจ็บป่วยภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาการรับรู้ของชุมชนต่อการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ชุมชนมีความรู้สึกเชื่อมั่นว่าจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย ก่อนนำส่งโรงพยาบาลจากหน่วยกู้ชีพ (เกศินี สราญฤทธิชัย, 2546)

2) ระยะเวลาในการดูแลรักษา สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญได้แก่ ระยะเวลาในการช่วยเหลือที่รวดเร็วก่อนนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ ที่น้อยที่สุด จะช่วยลดอัตราป่วย / ความพิการ และเพิ่มอัตราการรอด (พรทิพย์ สายสุต, 2547) เช่นเดียวกับการวิเคราะห์วรรณกรรมของ ปัทมา โมลี และคณะ (2551) และ กาญจนา เซ็นนันท์ และคณะ (2551)

3) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ความประทับใจ / ความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ สอดคล้องกับการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุ จากการจรรยาบรรณของเจ้าหน้าที่มูลนิธิปอเต็กตึ๊ง (เพ็ญจันทร์ พูลศิริ, 2542) อย่างไรก็ตาม ผกามาศ ลมูมาศ (2544) พบว่า ผู้ใช้บริการหน่วยงานอุบัติเหตุ มีความพึงพอใจต่อการบริการ คิดเป็นร้อยละ 43.3 ซึ่งน้อยกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ 82

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล สามารถอภิปรายดังนี้

2.1. บุคลากร ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการเสนอว่าควรเพิ่มจำนวนให้เหมาะสมกับพื้นที่บริการ ซึ่งค่อนข้างกว้าง และผู้ให้บริการควรมีอายุน้อยและสามารถอ่านเขียนหนังสือได้เป็นอย่างดี เพื่อประโยชน์ในการจดบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ และควรมีการเพิ่มความรู้และพัฒนาทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (2548) พบว่าจำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีจำนวนเพียงพออยู่แล้ว แต่ควรเพิ่มประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่ โดยการอบรมความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการรับอาสาสมัครปฐมพยาบาล ควรปฏิบัติตามเกณฑ์กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน (กาญจนา เซ็นนันท์ และคณะ, 2551; ปัทมา โมลี และคณะ, 2551)

2.2. ระบบการปฏิบัติงานที่ซับซ้อน การบันทึกข้อมูลที่ละเอียด ตัวอักษรเล็ก และมีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน แต่ขาดการประสานงาน ส่งผลให้เกิดข้อบกพร่องในการปฏิบัติงานตามระบบ และผู้ให้บริการโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาลถูกหักเงินค่าตอบแทน ดังนั้นจึงควรมีการประชุมปรึกษาในเรื่อง

ขั้นตอนระบบการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน เช่นเดียวกับการพัฒนางานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน สภาคริสตจักรแห่งประเทศไทย ที่พบว่า รูปแบบงานที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับพื้นที่ ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและถูกต้องตามหลักวิชาการ (ขวัญจิตร มั่นศักดิ์, 2546)

2.3. การประชาสัมพันธ์ที่ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน และบทบาทของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล ส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการที่ไม่ทั่วถึงและด้อยประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรมีการประชาสัมพันธ์ในเชิงรุกและให้ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยกู้ชีพที่เพียงพอและต่อเนื่อง (เกศินี สราญฤทธิชัย และ คณะ, 2546)

2.4. วัสดุอุปกรณ์ ควรมีการเพิ่มเติมอุปกรณ์ทางการแพทย์ อาทิ อุปกรณ์เคลื่อนย้ายถึงออกซิเจน บัตรแสดงฐานะของผู้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน และปริมาณรถที่ใช้ในการรับส่งผู้ป่วยจนถึงโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา วัฒนะโชติ (2543) ที่เจ้าหน้าที่ตำรวจจราจรจังหวัดอุทัยธานี เสนอว่าการช่วยเหลือผู้ประสบภัยยังขาดความพร้อมเรื่องอุปกรณ์เครื่องมือ

2.5. การติดต่อสื่อสาร พบว่าสัญญาณโทรศัพท์ไม่ดี ผู้ใช้บริการในพื้นที่ใช้วิธีการติดต่อที่บ้านโดยตรง หรือติดต่อที่เบอร์มือถือของผู้ให้บริการ ทำให้ได้รับการบริการที่รวดเร็วกว่าการติดต่อโดยใช้เบอร์ 1669 ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาการติดต่อสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ (เป็พมา โมลี และคณะ, 2551; พิงค์คำ พงศ์ภารักษ์, 2547)

2.6. สถานที่เกิดเหตุ พบว่า สถานที่เกิดเหตุไกล และความไม่ชำนาญเส้นทางในพื้นที่เกิดเหตุ รวมทั้งผู้ให้บริการบอกทางไม่ชัดเจน ส่งผลให้การไปช่วยเหลือล่าช้า เนื่องจากผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่ใช่คนในพื้นที่ทั้งนี้เนื่องจากพื้นที่ศึกษาอยู่ห่างจากโรงพยาบาลลานสักประมาณ 17 กิโลเมตร ส่วนใหญ่เป็นป่าเขา ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาหลายงานวิจัยที่พบว่า เจ้าหน้าที่ไปถึงที่เกิดเหตุได้เร็ว เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีความพร้อมกระจายทุกพื้นที่ (เพ็ญรุ่ง บุญฤทธิ์, 2543; ศรีสุรีย์ เอื้อจิระพงษ์พันธ์, 2542; สุภาพ ไพศาลศิลป์, 2543)

สรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ให้บริการและผู้ให้บริการมีความสอดคล้องกัน พบประเด็นสำคัญตามโมเดลคุณภาพของโดนาปีเดียน ในด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ดังนี้ ด้านโครงสร้าง พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ ควรมีการเพิ่มจำนวนผู้ให้บริการ รวมทั้งความรู้และทักษะของผู้ให้บริการ แนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ระบบการปฏิบัติงานซับซ้อนและมีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา

การบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานที่มีจำนวนมากและตัวหนังสือเล็ก ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน การประชาสัมพันธ์ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ จัดคำตอบแทนที่เหมาะสม และเพิ่มวัสดุอุปกรณ์ ที่ใช้สำหรับช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน รวมทั้งสถานที่เกิดเหตุที่ไกล และความไม่ชำนาญเส้นทาง หรือผู้ใช้บริการบอกทางไม่ชัดเจน ส่งผลให้การไปช่วยเหลือล่าช้า

สำหรับกระบวนการ พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ การติดต่อบอกอาการเจ็บป่วยครบถ้วน แก่ผู้ให้บริการทางโทรศัพท์หรือที่บ้านของผู้ให้บริการรวดเร็วว่าการติดต่อโดยใช้เบอร์ 1669 ทำให้การออกไปรับผู้ป่วย การช่วยเหลือเบื้องต้น การส่งต่อไปโรงพยาบาลรวดเร็ว ก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ และผู้ให้บริการเต็มใจต่อการช่วยเหลือผู้ให้บริการ ส่วนด้านผลลัพธ์ พบประเด็นสำคัญคือการป้องกันความเจ็บป่วย / ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการดูแลรักษาเบื้องต้นที่รวดเร็ว และความรู้สึกที่ดีต่อการช่วยเหลือของผู้ให้บริการ

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ได้แก่ ด้านบุคลากรที่ควรเพิ่มจำนวน และเพิ่มความรู้และทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างต่อเนื่อง ด้านการปฏิบัติงานที่มีหลายขั้นตอน ปรับเปลี่ยนตลอดเวลา และการบันทึกข้อมูลที่ละเอียดและตัวอักษรเล็ก การประชาสัมพันธ์ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ วัสดุอุปกรณ์ที่ยังไม่เพียงพอ และการติดต่อสื่อสารที่ยังขาดประสิทธิภาพ รวมทั้งสถานที่เกิดเหตุไกล และความไม่ชำนาญเส้นทางในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริการ ควรมีการทบทวนคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล และจัดอบรมความรู้และทักษะ ในการปฏิบัติงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยทุก 1 ปี และพัฒนาการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานแก่เจ้าหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์อย่างพอเพียง
2. ด้านการวิจัย ควรมีการค้นหาหน่วยบริการการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ที่ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลของจังหวัดอุทัยธานี และศึกษาแนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อนำมาเป็นแบบอย่างในการวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่อื่นๆ ของจังหวัด และเมื่อได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ จึงเผยแพร่ข้อมูลไปยังเครือข่ายของระบบบริการการดำเนินงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านและตำบลในอำเภอลานสัก และทุกอำเภอในจังหวัดอุทัยธานี อันจะนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินอย่างเป็นระบบและแบบแผนเดียวกันทั้งจังหวัด

3. ด้านการศึกษา ควรมีการจัดอบรมการปฐมพยาบาลแก่ประชาชน ที่อยู่ในท้องถิ่น ทูรกันดารหรือห่างไกลจากโรงพยาบาล รวมทั้งการพัฒนาอาสาสมัครปฐมพยาบาล เพื่อเป็นกำลัง สำคัญในการช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้สถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอน เกี่ยวกับการพยาบาลฉุกเฉิน ควรจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสถานการณ์การดำเนินงาน ปัญหาและ อุปสรรคการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแล ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของการศึกษา

ผลการศึกษาไม่สามารถนำไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรได้ เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เล็ก และเป็นการเลือกกลุ่มการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาอาจนำไปเป็น แนวทางในการศึกษาในพื้นที่ หรือกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกัน

SITUATIONAL ANALYSIS OF PRE - HOSPITAL CARE SYSTEM FOR EMERGENCY PATIENT IN SELECTED COMMUNITY

NARAPON YAMJIRM

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : SANGTHONG

TERATHONGKUM, Ph.D.(Nursing) , NOPPAWAN PIASEU, Ph.D. (Nursing)

EXTENDED SUMMARY

Background and Rationale

The emergency health care system, first started its services in Thailand during 1973. It is divided into three significant stages: pre-hospital care, which dealt with emergency cases before they reach the hospital, hospital care, and rehabilitation (Vitaya Chartbunchachai, 2002). Since then, the emergency health care system has continually progressed and gained more patients throughout the country. From 2006 till 2007, statistics from the emergency health care system (2007) showed that patients on advanced life support: ALS had increased from 107,243 to 123,158 cases, basic life support: BLS cases increased from 126,572 to 179,372 as well as those first aid volunteers called first responders: FR raised from 33,650 to 166,1000 cases.

Pre-hospital care is considered the 'golden hour' in helping an emergency patient. In many ways, pre-hospitalized care is more crucial to a patient's chance of survival than during hospitalized care itself (Kanjana Sennunt, Orapan Thonsingha and Siriorn Sindgu (2008); Redmond & Trunkey 1983:243 cited in King Prajadhipok's Institute, 2005:90). This previous statement, also coincides with reports made by Pathma Moli, Orapan Thonsingha and Siriorn Sindgu (2008) which stated that pre-hospital care had helped decrease in the death rates of its emergency patients. However, Thailand's pre-hospital care system still needs a lot of improvement. Their services only cover limited areas and transportation of patients is still a hassle. In

addition, the health care providers of pre-hospital care system are not fully well-trained, and lack in good communication, and correspondence within the team during referring patients. (Vitaya Chartbunchachai, 2002; Suphan Sithamma, 2006; Son Hathirat, 2001)

Lansak Hospital, of Lansak district in Uthaithani province, was the first hospital in the province to provide pre-hospital care system in 2003. In the beginning, the unit ran into a lot of problems with poor infrastructure and lack of skills. Gradually, they expanded their networks throughout sub-district level, but his main problem was the lack of proper knowledge needed to care for their patients due to the lack of funds. In late 2006, first responders were trained to assist the growing demands of emergency patients at Rabum sub-district, where was 17 kilometers away from Lansak's district. But even with additional volunteers, the unit still faced problems in communication, relaying messages and sufficient help on site (Emergency Department of Lansak Hospital, 2008). This in return, hurt the unit's reputation and their patient's safety. In the evaluation, pre-hospital care system was scored 75.24 out of 100, which was considered less than standard criterion (Emergency Department of Lansak Hospital, 2008).

This evaluation of pre-hospital care system, however, was not evaluated through a valid standardized method. But, more rather, decisions made by the unit nurses themselves. Other factors such as problems and obstacles the units had to face were not taken into account, making this evaluation not as sound as it should. As a nurse at Lansak's pre-hospital care system, the investigator recognizes the importance of a situational analysis to study problems and obstacles of Rabum community's pre-hospital care system. The results will help to improve capacity of pre-hospital care system and other affiliated parties.

Conceptual Framework

The situational analysis of pre-hospital care system was based on the Quality of Care Model created by Donabedian (Donabedian, 1988) which states that the quality of care depends on the knowledge and the skills caring the patients, and the relationship between health care provider and client. The Quality of Care Model can be divided into three subparts: structure, process and outcome. Structure refers to tools

of the service such as finance, equipment, personnel, quality and the framework of the organization. Process means to the activities involved in caring for the client, diagnosis and treatment; whereas, outcome refers to the result of the patient's overall behavioral and satisfactory state after being cared for. The outcome is determined by both the structure and the process within the organization.

In the context of Rabum community's pre-hospital care system, the subparts will refer to: structure, process and outcome. Structure was consisted of the kind of services provided by the unit, financial backing, equipment, technology, and the location of the accident. Process referred on how the emergency call was received, how instructions were ordered once the call was received, how the patient was cared for at the place of the incident, how the patient was transferred to the hospital, the relationship between the nurse and the patient, and the contentment of the service provider. Outcome meant the well-being of the patient, the time involved in healing, and the contentment of the patient.

Purpose of the study

1. To analyze the situation of pre-hospital care system in a selected community.
2. To analyze and identify the problems faced by pre-hospital care system in a selected community.

Expected benefits

1. To identify and acknowledge the incidents, problems and obstacles involved with pre-hospital care system.
2. To serve as a guide on how to operate pre-hospital care system effectively for emergency patients.
3. Nurses and staff may use this information to modify and develop their pre-hospital care system, especially in the province of Uthathani.
4. To provide a basis for more research and development within the study of pre-hospital care system for emergency patients.

Methodology

The study was a situational analysis of pre-hospital care system for emergency patients.

Population and Sample

Population of the study was clients and health care providers of pre-hospital care system.

The purposive samples were ten clients and ten health care providers of pre-hospital care system, including 2 registered nurses and 8 first responders from Moo 6, Rabum Sub-district, Lansak district in Uthaithani province, and closely this village, using inclusion criteria: they had to be older than 18 years; they needed to be able to read and write the Thai language; they needed to live within the Rabum Sub-district in Uthaithani province; and they needed to be willing to participate in this activity. Each group was then randomly divided into 2 small sub-groups to collect data using focus group discussion.

Equipment used for Study

1. Demographic Questionnaires of clients and health care providers covered general topics like: age, sex, marital status, education, religion, occupation, income and their opinion related to pre-hospital care system.
2. Interview guide of clients and health care providers involved pre-hospital care system based on Donabedian's the Quality of Care Model (Donabedian, 1988).
3. Notebooks, pens, pencils and tape recorders using MP3 were used to document this research.

Data Collection

1. After getting permission from the Ethical Committee of Human Rights of Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital (ID 10-51-14), the investigator then went to get permission for data collection from the Graduate Faculty, Mahidol University.
2. The investigator notified her intentions of the study and supplied all the details to her participants. She then had them sign an consent form to willingly participate in the study. Then, she asked all participants for interview using focus group discussion twice, three weeks apart, and for 60 minutes each time. They were

free to leave and not continue this study if they desired.

3. The investigator interviewed them by using interview guide based on Donabedian's the Quality of Care Model. She and her team carefully observed, wrote, and recorded the discussion with a recorder, which was asked participants for permission, during the focus group discussion.

4. The investigator wrote down what was recorded on tape on the first round verbatim. She then summarized what the issues were, and used them as a basis for the second interview, to help clarify or affirm certain topics she was unsure of and discuss other aspects to gain absolutely most information.

Data Analysis

1. Demographic analysis from both clients and health care providers of pre-hospital care system, were used through descriptive statistics: frequency, averages and standard deviation.

2. Using content analysis method to find out answers of study's objectives made from interviews, observation, and documentations.

Protection of Human Subjects

Protection of human rights was strictly maintained all the study. Data collection and participant's willingness were performed after permission of the Ethical Committee of Human Rights of Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital. Participants were reassured all the information confidential unless used for academic purposes in the form of a paper report.

Results

Most of the health care providers of pre-hospital care system were male (60%) and were on average about 36.3 years of age. First responders were mostly likely to be present at the site of the incident (43.48%). The most common emergency case was wounds (43.37%), in which they usually dressing wound/ stop the bleeding (70%). Most of the staff (50%) was satisfied with what the pre-hospital care system provided.

Both men and women clients used the pre-hospital care service equally,

and they were on average age of about 41.80 years. They usually find 50% of the first responders on the site of the incident. Of 50% of the accidents were wounds and bone fractures caused by accidents, and 60% of wounds and stop bleeding were performed. Of 70% of the clients were satisfied with the pre-hospital care system.

The situational analysis of the pre-hospital care system from the clients and the health care providers were revealed themes of structure, process, and outcome as follow:

1. The health care providers of the pre-hospital care system

- 1.1. Structure

- 1) Health care providers: Health care providers including knowledge and skills were themes. There was a need for more staff within a unit, in order to provide proper care for a particular location. Workshops and training programs should be held at least once a year, to help them develop further in their profession. For example, “It would be good to have more staff and training, and at least more of those who could read and write.”

- 2) Guideline for the pre-hospital care system: Themes were pre-hospital care system guideline, a lot of complications within the system, and the amount of detail and too small of medical recording. For example, “The same way following taught by the hospital such as wound dressing, stop bleeding, and CPR” “We're continuously fixing the system, but mistakes are always happening, especially when it comes to time indication and making orders at night. Right now we are all helping out.” And “We have the same problem, especially when we have to fill in information. There's so much to write, sometimes the words are too small and some people write things in the wrong place.”

- 3) Finance, equipment, and communication technology: Reward, equipment, and the public relations were shown as themes. The findings revealed to provide the proper reward for health care provider, and increase more equipment such as: fuel, welfare payments, telecommunications, and tools for the emergency care. For example, “Should have extra money for the fuel, our area of responsibility is very vast.” “We would like to help our patients as much as we can, and having an oxygen tanks in every car would help.” “..Hammocks too...” And “Should increase community radio and public relation.”

4) Setting: Themes were the long distance of setting and the inexperienced direction of health care providers. Problems also occurred when patient was too far away from the unit, and/ or if the health care providers were not familiar with the way. Some of the roads were also hard to drive on, while sometimes they were given poor directions. All these factors caused delays in picking up the patient, like in this case: “We are responsible for a wide area, and sometimes the roads and directions are poor. It takes us 15-20 minutes to arrive to the hospital. We've had instance where we had to pick a patient up, and there were no houses in sight, it took us over 30 minutes on the phone to find it. ”

1.2. Process

1) Emergency call: Theme was illness information provided, which was meant describing their symptoms by client assisting health care provider at the center to evaluate a problem, like this example: “The information given to us upon call about the patient is very important, because it will help us determine what we need to bring and what we need to be ready for.”

2) Instruction for getting emergency case: Admitting patients at the setting acted as a theme, which a staff in the hospital assigned first responders or other personnel including assisting information. For example: “Here is hospital, Lansak hospital will tell me when I need to go and what I have to do in various situations. I can call them anytime for more advice if needed...”

3) Primary care at the setting: Preliminary aid was a theme meant first aid for an emergency patient following training and used equipment in the bag. For example: "If it so happens that we are about to deliver a baby, we will ask for the symptoms from the patient, such as vaginal discharge, and call the doctor for any advice. If there is confirmation, we act like that rally maintenance teams using the tools in the first aid bag.

4) Refer: Bringing patient to the hospital came out as a theme, which referred to deliver the patients to the hospital so that they could receive proper care including in the ambulance. For example: “We call the hospital to tell them what they need to prepare. Usually there's two of us, we give the patient a hold mask and take them to the hospital as soon as possible. ”

5) Relationship between client and health care provider: Theme was good relationship meaning a good relation between the client and health care provider, as shown in this statement: “We have not had a lot of problems with our patients yet. They might be a little reluctant at first. Our car looks rather old and untrustworthy, but by the time we drop them off at the hospital, they are grateful and thank us. It makes me happy and proud.”

6) Satisfaction of health care provider: Willingness of service was shown as a theme meant health care provider was truly willing to help. For example: “I do this out of heart, I’ve been sick before so I sympathize. I know how much it hurts to suffer, and I want them to get well soon...”

1.3 Outcome

1) Patient safety: Theme was illness prevention referring to look after the patients, so they don't get any other complications from other diseases. For example: “I want them to be as safe as possible. When I am going to meet the patient, I pray, do not have any fractured bones or lose too much blood. Even if they were drunk or what not, we're all family, and I don't want them getting themselves hurt.”

2) Time for care: Duration of care was shown as a theme meant the time in which the care gives for a patient, and delivery to the hospital fast. For example: “We can reach them faster, and. take care of them quickly. We also help notify the hospital. I think the villagers understand our intentions better than they used to.”

3) Satisfaction of client: Good feeling to help each other was a theme emerged, which meant positive impression towards the pre-hospital care system as shown in the example word: “I think it’s a small point in the village, which people feel safety to treatment. Although a distance is far, we have someone take care when we are sick.”

2. Clients of the pre-hospital care system

2.1. Structure

1) Health care providers: Health care providers including knowledge and skills were themes. That meant there was need for more staffs, who were younger and able to read and write, as well as were developed knowledge and skill. For

example:

“I think we need more teenagers, there are not a lot of teens who come to help. We need people who can do shifts during the day and night and those who are sympathetic towards their patients”. Another patient also said “They should attend training courses regularly, like how to record blood pressure, so they are always fresh. Sometimes they can not even wrap the bandages properly. ”

2) Guideline for the pre-hospital care system: Themes were working procedure. Working procedure revealed that a patient had to call 1669, which a staff would ask patients related their symptoms, their phone number, and setting. Then the staff would have to coordinate on how to get to the patients, help them, and send them to the hospital for proper treatment. Furthermore, there should be more communication to people in community related to how to use the service of first responder. For example: “They've helped us a lot in the past. Once they arrive, they'll ask us for the symptoms and then help us. When my child was sick with a fever, they came and sponged him and advised us to give antipyretic medicine before he get convulsion. They then took my child to the hospital. ”Another person said “I wish there were better public relations, so that more people can understand what we do. I am sure some people don't even know about this. I want the doctors to tell people because they will listen.”

3) Finance, equipment, and communication technology: Reward, equipment, and the public relations were shown as themes. The findings revealed to provide more equipment, ambulance, and expense for health care provider. For example: “They have most of the essentials such as hammocks, first aid kits and bandages. I hope they continue having this service. ” Another person said “A little reward for gas, coffee and lack of sleep.” And. “It should have the public relation in other villages who don't understand the way of EMS. I believe someone does not know and would like you to talk, they will listen...”

4) Setting: Themes was close distance of setting, which was expertise in the road, resulting in getting patients easier and faster. For example: “There was a patient who called the hospital, and the ambulance got lost. On the other hand, we get here fast. We never get lost because it's our houses. ”

2.2. Process

1) Emergency call: Themes were communication, illness information and evidence. This meant patients called for help by phone or direct to first responder's home, as well as let them know their symptoms. They would bring their hospital card or health insurance card, such as: "I do not have a strong signal around my area, and so I call the hospital directly or driver instead. The hospital is usually good at relaying the message to the unit, but sometimes the signal isn't so good". Another said "I had a really high fever and chill, so I decided to call the emergency car to send me at emergency room."

2) Instruction for getting emergency case: Admitting patients at the setting shown as a theme referring to coordinate the team to assist an emergency case. For example: "The hospital should be the one who gives orders to pick a patient up."

3) Primary care at the setting: Preliminary aid was a theme meaning to ask symptoms, give first aid for an emergency patient, and to deliver the patient to the hospital. For example: "I have high blood pressure; my heart was examined by the doctor; The ambulance continually take care and send me the hospital. My blood pressure is too high and my heart is irregular, until I reached the hospital."

4) Refer: Bringing patient to the hospital emerged as a theme, which referred to deliver the patient to the hospital and give care in the ambulance. For example: "It's not just as a delivery service, but they also tentatively take care of the patients too. I've seen them come up and pick a lot of sick patients around the village."

5) Relationship between client and health care provider: Theme was a friendship meaning a good relation, as friend or family, as shown in this statement; " It feels like friends helping friends out. "

6) Satisfaction of health care provider: Theme was impression referring to willingness service of health care provider. For example: "They come and help us with no charge. I called them to help a person from a motorcycle accident and sent the patient to the hospital. They did not even pay anything. I was going to go ask some money for them. I feel bad, there was blood everywhere and they even brought the patient back home. "

2.3. Outcome

1) Patient safety: Theme was illness prevention referring to prevent

patients from suffering from further complications and brings them safety; such as, “They should help the patients to safety and fast...”

2) Time for care: Duration of care was shown as a theme meant giving care fast for a patient until he healed. For example: “I think they are pretty fast, especially even right, now when a lot of people are getting sick. ”

3) Satisfaction of client: Positive impression emerged as a theme meaning to have good feeling of the service; as this statement, “I am impressed with them. I was throwing up really badly, they took care of me. I did not even have to pay for anything, and the treatment fees were not expensive. ”

3. The problems and obstacles in the pre-hospital care system consisted of:

3.1. Lack of personal: There should be more staff. The number of staff should also depend on their area of responsibility. The staff should be young, able read and write, so they would be able to write and document everything down properly. They also needed continuous training in order to develop their skills in primary care.

3.2. Poor organizational skills: The procedure of the pre-hospital care was rather hectic. Although there had been many changes in hopes for improvement, it was sometimes the changes that caused everything to lag with frustration. Medication record was also more detail and letters were too small resulting in staff’s recording mistake, so they were fine.

3.3. Public relation: Most of the people in the area did not understand what the pre-hospital care system and their first responder did. This had left many patients in doubt of this service, and as a result there were many that were not sure.

3.4. Equipment: There needed to be more tools and equipment for the staff to provide care towards their patients like hammocks, oxygen tanks, ID cards, to the number of cars that carry the patients to the hospital.

3.5. Communication: It was found that the 1669 hotline was poor, patients were not getting through. Instead, many of the patients called the homes or personal cell phones numbers of the staff and first responders directly.

3.6. Setting: Sometimes the driver had difficulty in finding the place because they were not familiar with the area, and in some instances, they were given unclear directions. This made service very slow, due to the fact that most of the staff did not live around that area.

Discussion

1. The situational analysis of pre-hospital care systems of health care providers and clients were congruent. These discussions of both groups according to Donabedian's the Quality of Care Model was shown as follows:

1.1. Structure

1) Health care provider: Health care provider had emerged themes: number of staff and knowledge and skills. The staff agreed that the most important factors that could help were increasing the number of staff and the knowledge and skill required. There should be the right number of staff in accordance to the size of the area in responsibility. Dividing staff responsibilities into shifts should be introduced, staff should be younger and able to read and write. It was necessary to continue educating them with new knowledge and skills for preliminary treatment and equipment usage. According to the Emergency Medical Service System (2005), it stated that there should be at least 10 first responders for every 100,000 people in an area. There were 2 first responders within Moo 6, Rabum sub-district for 613 populations, which was a satisfactory amount. However, their ages were quite high according to the standards, plus they had difficulty in reading and writing even though had had primary school education (Emergency Medical Service System, 2005). It would be beneficial to test them on their reading and writing skills. It had also been found that training through life-like simulated situations, and emergency aid workshops every 1-2 years, had helped the staff with their patients (Kanjana Sennunt et al., 2008; Pathma Moli et al., 2008; Robertson-Steel, Edwards, & Gough, 2001).

2) Guideline for the pre-hospital care system: Themes were pre-hospital care system guideline, a lot of complications within the system, the amount of detail of medical recording, and the public relations:

2.1) Pre-hospital care system guideline found that both clients and health care providers perceived emergency call method. The clients called the health care providers, which asked information and cooperate with other health care providers in any level for systematic care for patients. They also helped all patients following first aid methods being taught, including reported and wrote medical recording of patients by effectively performing following clinical guidelines of the Emergency Department of Lansak Hospital (Emergency Department of Lansak

Hospital, 2008)

2.2) Complications within the system: The system in which everything was operated was rather complicated, which started with the patient calling in for help, the staff at the hospital issuing for the patient to be picked up, taking care of the patient and sending the patient to the hospital with speed and efficiency. The system was constantly changing causing a lot of confusion and mistakes along the way. A good operating system should be constantly finessed rather than changed drastically, there needed to be standardization, and an effective way of communication. Hotlines should operate 24 hours a day, and instructions should be fast and precise (Kanjana Sennunt et al., 2008; Jantana Wangkaaom, 2006; Pathma Moli et al., 2008). In order for them to become more effective, there needed to be a meeting and an agreement on the best way to operate the pre-hospital care system. Every member of staff/ volunteer needed to be informed and understood on all these terms in order to work effectively. This in hand would keep the patients safe with proper treatment upon arrival at the hospital.

2.3) The amount of detail of medical recording: Documentation had always been a hassle because there was so much that needed to be filled in and too small letters. So they were usually fined for not handing in a complete report. Studies from the emergency room reports at the Police Hospital showed that it was essential to keep a get a good record, for it would help the case flow more smoothly. In order to improve upon this, there needed to be a qualified designated reporter who was able to fill everything out properly (Supapon Prarom, 1998; Robertson-Steel et al., 2001).

3) Finance, equipment, and communication technology: Themes were expense, equipment, and public relations:

3.1) Expense meant reward, gas fee, and welfare payments. According the policy, when first responders work, they get a payment for 350 baht/ time and in the Rabum district will receive 500 baht/ time from funding of village, Rabum district (Rabum Primary Care Unit, 2009). Moreover, health care providers working in the BLS and ALS team will get 500 baht/ time and 1,000 baht/ time, respectively (Emergency Medical Service System, 2005).

3.2) Equipment were medical equipment, telecommunication tools, hammock, first aid kits, an ID card to identify themselves, a car to send the patients off

to the hospital, and community map to easily and fast go to the setting. According to the equipment, the Lansak hospital supported some first aids, for example dressing set, slap for supporter. However, oxygen tank would have only in the BLS at the primary care unit. The hammock also has only one at moo 6. So it was not enough to give care for. However, the cars used in delivering patients in Rabum community usually belonged to the volunteer themselves. They needed to get a license which grants them permission to use their cars for that matter. The Mobile phone also belonged to the health care providers, but the ID cards were in progress right now (Emergency Department of Lansak Hospital, 2008; Emergency Medical Service System, 2005).

3.3) Public relations: Public relations for pre-hospital care system had been very scarce. A lot of the people did not understand the purpose of this system and the role of first responder. Studies showed that only 64.83% of the people knew first responders. The number of people you did know them could also be divided into those who knew about them well and those knew about them vaguely. The group that knows about them vaguely did not know all the details, and did not use the care unit's service. Factors influenced the perception of people to pre-hospital care were good public relations, occupation, illness of people, seeing the ambulance, services experience, and information from village leaders and local police (Kesini Saranrittichai et al., 2003).

4) Setting: Themes were the long distance of setting and the inexpert direction of health care providers including callers might give bad directions which wastes a lot of time in finding them. This may be due to the fact that the setting itself is 17 kilometers away from the hospital, and the roads between them are set apart by forests and mountains. However, the studies made by Penrung Boonrug (2000) and Sirasuree Aurirapongpan (1999) showed that their emergency units were able to reach the incident fast. The teams were fully prepared, spread vastly throughout the area, posses technologically advanced equipment and had great coordinators who could navigate them to their destination (Pathma Moli et al., 2008).

1.2 Process

1) Emergency call: Theme was communication and illness information.

1.1) Communication: Most patients preferred to contact directly to

the first responders' home or their cell phones, rather than called the 1669# Hotline number. This was also evident in studies made by Jarunwan Nippanon et al. (2008) and Suganya Wattanacot (2000) in which they found that most hotlines were hard to get through. Pathma Moli et al. (2008) stated that the whole process started when the staff first received a call from a patient. Good communication and reception would help the process ran smoothly and benefit the patient. The same dial number was used for every pre-hospital care all over the world. It was essential to have a good reception, updated news and easy to access. This process was most optimal when there was communication on both ends.

1.2) Illness information: Receiving information about a patient's condition involved explaining the symptoms of the patient. The caller needed to be sure that the information provided was thorough. Which in return, would help the staff evaluate the situation to see if the patient needed to be taken to the hospital or not. But in most cases, callers were in a nervous and panicked state. They were unable to give all the necessary information for the staff, making it hard for staff to prepare and sent out the right amount of helpers to the patient. However, the study differed from communication system of emergency medical system, which found information given were demographic information, patient's symptoms, address and setting (Krafft et al., 2003).

2) Instruction for getting emergency case: Admitting patients at the setting shown as a theme. The process involved for picking up patients by the health care provider to assist the emergency case at the setting including advice and coordination, in case needed more support. Thus, the nurses had to make sure that they evaluated the case and followed out orders according to rules and regulations made by the Emergency Medical Service System: in which they evaluated the patient's body size, the symptoms, and the patient's age (Pathma Moli et al., 2008), then they would use this information to determine the state and condition of the patient. They would advise on what needs to be done and coordinate with the volunteer staff throughout the procedure (Emergency Medical Service System, 2008; Public Health of Uthaitaini , 2009).

3) Primary care at the setting: Preliminary aid was a theme involving asking the patient about their condition and helping them accordingly. They had been

trained to use the equipment provided in their bags and delivered the patient as safely and quickly as possible. This finding was congruent with the evaluation of advance life support' study revealing that advance life support followed the procedure assured a better survival rate for patients (Gentil, Ramos, & Whitaker, 2008; Olasveengen et al., 2009). At the setting, staff needed to take care of any initial life threatening propositions to shorten the recovery process, and then quickly sent them to the hospital (Pathma Moli et al., 2008). Other important factors to take into account, was also how long it took to reach a patient, how long it took to alleviate the pain, how ready the team had prepared, teamwork, skill and knowledge in helping the patient, and coordination and suggestions made from the hospital (Kanjana Sennunt et al., 2008; Pathma Moli et al., 2008; Pornthip Saisud, 2004)

4) Refer: Bringing patient to the hospital emerged as a theme. The health care provider delivered the patient to the hospital so that the patient could receive proper treatment. They also took care of the patient while the patient was on their way to the hospital. This finding was congruent with the development of the Emergency Medical Service System in Khonkan, stating that taking care of the patient while sending them to the hospital quickly, would get patients treated sooner (Aroon Jirawatgun et al., 1998). Besides, Pornthip Saisud (2004) suggested that they should modify the traffic system in order to make driving to the hospital a lot faster and easier.

5) Relationship between client and health care provider: Theme was a friendship/ good impression. Both health care providers and their clients had good relationship and trust towards together as friendship or family, this had also been confirmed in a couple studies (Penchan Poolsiri, 1999; Sugunya Wattanacot, 2000).

6) Satisfaction of health care provider: Theme was to willingness service. The health care provider was willing and satisfied in helping their patients, which coincided with studies made by Pagamad Lakumas (2001) and Aiaompon Thongde (2006).

1.3. Outcome

1) Patient safety: Theme was illness/ complication prevention. Studies from the pre-hospital care system in Khonkan showed that villagers were aware of this and put their trust in the care unit (Kesini Saranrittichai et al., 2003).

2) Time for care: Duration of care was shown as a theme meant giving care fast for a patient until he healed. Studies showed that the faster a patient was attended to and delivered to the hospital, the lower the risk a patient dying or becoming handicapped (Pornthip Saisud, 2004). This statement, was also presented in the analytic literature by Pathma Moli et al. (2008) and Kanjana Sennunt et al. (2008)

3) Satisfaction of client: Theme was an impression/ a good feeling to service of health care provider. This result coincided with a study on the Por Tek Tung Foundation (Penchan Poolsiri, 1999). However, Pagamad Lakumas (2001) found that most patients scored a 43.3% satisfactory rate compared to the staff members themselves whose satisfactory rate was 82%.

2. The problems and obstacles of the pre-hospital care system were discussed as follows:

2.1) Lack of personal: Both health care provider and client had suggest increasing the amount of staff helping the unit. They needed to be able cover large areas of service. Staff members should be young, and able to read and write, so that documentation and reports could be filed properly, and there needed to be constant training provided to the staff. Upon speculation with regards to the guidelines from the Emergency Medical Service System (2005), we found that there were enough staff members; but were lacking in skills and efficiency. Staff productivity could be improved through regular training programs, and also accepting new volunteers according to the suggestions mentioned earlier. This idea also coincided with a paper written on workers for emergency units (Kanjana Sennunt et al, 2008; Pathma Moli et al, 2008).

2.2) Poor organizational skills: The system got rather complex and confusing, due to the more detail of medical record and small letter. Procedures were constantly changing, making it hard to keep track of things. This result in poor service for the patients, and first responders got fined for it. They needed to have a meeting in which they could all agree on a standardized systematic procedure and informed everyone what these procedures were. The development of the emergency service at Bangkok Christian Hospital in Thailand stated that hospitals with good systems made appropriate for their size, would improve their work professionally and effectively (Khounjit Mansak, 2003).

2.3) Public relation: Public relation did not cover every area. So people did not understand what the pre-hospital care system did or how it could benefit them, and what first responder did. Therefore, people did not access the effective service. There needed to be an aggressive and consistent attempt for better public relations about the pre-hospital care system and what they provided (Kesini Saranrittichai et al., 2003).

2.4) Equipment: There should be more equipment such as hammocks, oxygen tanks, ID cards and cars for the team. This should relate to the study made by Suganya Wattanachot (2000) on police officers in Uthaitani province showing that they too still lacked all the proper equipment in helping people.

2.5) Communication: We found out that the reception on the hotline provided was very poor, and that patients usually called the staff directly at their homes or cell phones for quicker service. There needed to be an improvement on telecommunication systems in the unit in order to operate more efficiently (Pathma Moli, 2008; Phingkam Phongnapharak, 2004).

2.6) Setting: The setting was usually far, and the health care providers were not familiar with the roads. In some instances, the caller did not provide staff with clear directions. It made it hard for the health care provider, who might not be from that area, to go and help them in time. The setting spans about 17 kilometers away from the hospital, and it separate through forests and hills. But studies showed that it better to have first responders all around the area, so that the closest first responder could reach to them soon (Penrung Boonrug, 2000; Srisuree Aurirapongpan, 1999).

Summary

The situational analysis of the pre-hospital care system of both the clients and health care providers was congruent. Themes based on Donabedian's the Quality of Care Model were found out: structure, process, and outcome. For structure, the pre-hospital care system needed to have more staff having the right kind of knowledge and the proper training skills. The pre-hospital care system guideline and system that they relied on was consistently changing, a lot of information needed to be filled in and documented, as well as letter was too small to read. All these factors created a lot of

errors within the system, causing various problems throughout the operation. Public relations had not been very effective in promoting knowledge to the people about their services. Payments should be made to help first responders. There needed to be more medical equipment, and the distance of the incident was sometimes too far out. Some health care providers were not familiar with the different routes and some callers gave out poor driving directions resulting in delaying assistance.

For process, a theme was contacting the staff at home or their personal call phone had become the norm instead of contacting the 1669# hotline. Giving good preliminary treatment, sincerity, picking patients, and delivering them to the hospital quickly all contributed good impressions and relationships between the health care providers and their clients. Theme of outcome was illness prevention. Providing quick and sufficient service would help increase the patient's survival rate and decrease the rate of any further complications.

The obstacles faced by the pre-hospital care system were to the need for more staff and the need to increase their efficiency through regular training. The system and the way the unit operates kept shifting and changing too much, there was too much to document and write down, while the letter itself was too small. Public relations needed to be improved and more aggressively advertised, so that the public were more aware of its services. There was a demand for more equipment, communication tools and better correspondents. The distance in which the unit covers was too wide spread and the health care providers were not always familiar with the roads there.

Recommendation and Implication

1. Service: They need to make sure that the first responders are qualified enough to work within the pre-hospital care system, and also need to train them in handling emergency patients at least once every year. There needs to be an improvement with the hotline and the correspondents, in order to obtain good communication throughout the unit. Public relations need to be improved and more aggressively advertised, so that the public are more aware of its services. And last but not least, they need more equipment.

2. Research: There should search the pre-hospital care unit of Uthathani

province working effectively. The clinical guidelines then will be studied in order to be role model in an action research of other setting of this province. When the effective outcomes occur, the information will give to other pre-hospital care system networks covering every village and sub-district of Lansak district, and other districts of Uthathani province. This will lead to develop the pre-hospital care system throughout the whole province.

3. Education: First aid should be given to those who live far away from the hospital or in remote areas, as well as development of first responders, in hopes that will become a useful resource in helping out. Training institutions that teach emergency patient care, should also teach topics on how to manage, organize and solve problems for pre-hospital care systems. By doing so, they can contribute to the learning and problem solving of pre-hospital care systems in the future.

Limitation of this Study

The results may not be generalized towards other population because the study purposively chose a small group of people within a specific location, but it might be applicable to areas and communities of similar size.

รายการอ้างอิง

- กรองไฉ อุณหสูต. (2550). *ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักสำหรับพยาบาล หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ*. กรุงเทพมหานคร: สหธรรมิก.
- กรรณิการ์ สุขเกษม และสุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2547). *การวิจัยปัญหาปัจจุบันและการวิจัยอนาคต กาลกรุงเทพมหานคร: เพื่องฟ้า พรินต์*.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551*. นนทบุรี: สิริยอดการพิมพ์.
- กาญจนา เซ็นนันท์, อรพรรณ โตสิงห์ และศิริอร สินธุ. (2551). การช่วยชีวิตของผู้บาดเจ็บในระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน: การวิเคราะห์วรรณกรรม: *วารสารสภาการพยาบาล*, 23(3), 26-39.
- เกศินี สราญฤทธิชัย, ดวงชีวัน บุรณะกิจ, ศิริกุล กุลเลียบ, สมใจ เกียรติพงษ์, เสาวลักษณ์ แย้มตรี, วิไลวรรณ วัฒนานนท์ และคณะ. (2546). *การรับรู้ของชุมชนต่อการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น*. ขอนแก่น: สำนักงานบริหารโครงการวิจัยและตำรา.
- กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนอำเภอหลานสัก. (2551). *เวชสถิติข้อมูลโรงพยาบาลหลานสัก อำเภอหลานสัก จังหวัดอุทัยธานี*. (เอกสารอัดสำเนา).
- ขวัญจิตร มั่นศักดิ์. (2546). *การพัฒนางานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน สภาคริสตจักรแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2546*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลหลานสัก. (2546). *แนวทางการปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์โรงพยาบาลหลานสัก อำเภอหลานสัก จังหวัดอุทัยธานี*. (เอกสารอัดสำเนา).
- งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลหลานสัก. (2547). *แนวทางการปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์โรงพยาบาลหลานสัก อำเภอหลานสัก จังหวัดอุทัยธานี*. (เอกสารอัดสำเนา).
- งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหลานสัก. (2550). *ข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหลานสัก อำเภอหลานสัก จังหวัดอุทัยธานี*. (เอกสารอัดสำเนา).
- งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหลานสัก. (2551). *ข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหลานสัก อำเภอหลานสัก จังหวัดอุทัยธานี*. (เอกสารอัดสำเนา).

- จักรกริช ไ้วศิริ. (2551). แนวทางการบริหารจัดการด้านการเงิน การคลัง: หลักการการพัฒนาระบบ
บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- จันทนา วงค์ออม. (2549). การเปรียบเทียบการประเมินผลการพัฒนาระบบบริการการแพทย์
ฉุกเฉินจังหวัดชลบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก, 23(4), 209-220.
- จารุวรรณ นิพนานนท์, อรพรรณ สาดมะเร็ง และอุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์. (2551). การประเมินระบบ
บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับจราจรทางบกของโรงพยาบาลนครพนม จังหวัด
นครพนม. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิต
วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชาญเวช ศรีธราวุธ. (2551). อะไรอะไรก็มีมาตรฐาน. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง มาตรฐาน
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน วันที่ 7- 11 กรกฎาคม 2551 ณ โรงพยาบาลราชวิถี, กรุงเทพมหานคร:
เอ็น.ที.เพรส.
- ไชยยุทธ ธนไพศาล. (2551). บทบาทและแนวปฏิบัติของการเครือข่ายกู้ชีพในสถานการณ์อุบัติเหตุ
กลุ่มชน: หลักการการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551. ขอนแก่น: ขอนแก่น
การพิมพ์.
- ถวิลวดี บุรีกุล และเมธิสา พงษ์ศักดิ์ศรี. (2550). การสนทนากลุ่ม: เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมและ
การเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: งานดีศรีเอช.
- แท้งจริง ศิริพานิช. (2542). บริการการรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาลในคนไข้ฉุกเฉิน (emergency
medical service). วารสารอุบัติเหตุ, 18(2), 9-16.
- ธวัชชัย กาญจนรินทร์. (2547). Trauma life support. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง เวชศาสตร์
ฉุกเฉิน ครั้งที่ 4 ณ โรงพยาบาลราชวิถี, กรุงเทพมหานคร: เอ็น.ที.เพรส.
- นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ. (2551). กว่าจะได้มาตรฐาน Emergency Department. เอกสารประกอบการสัมมนา
เรื่อง มาตรฐานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน วันที่ 7-11 กรกฎาคม ณ โรงพยาบาลราชวิถี, กรุงเทพมหานคร:
เอ็น.ที.เพรส.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัทมา โมลี, อรพรรณ โตสิงห์ และศิริอร สินธุ. (2551). ระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีภาวะฉุกเฉิน
ในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล: การวิเคราะห์วรรณกรรม. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

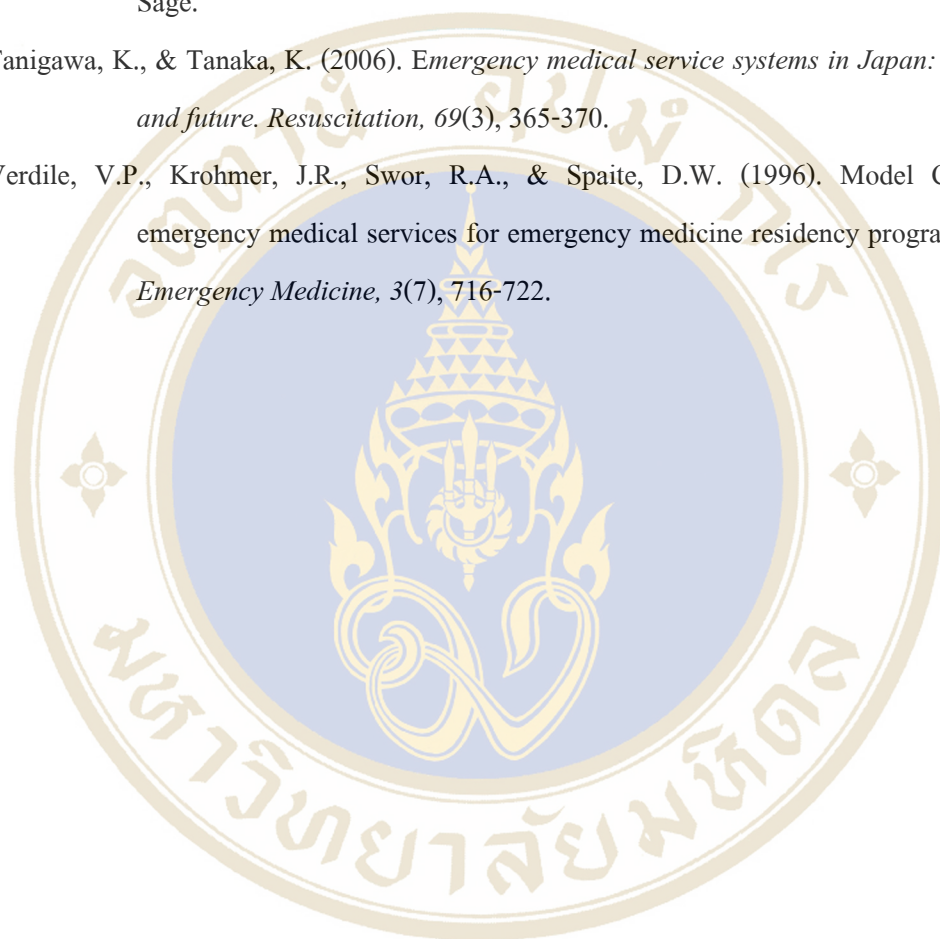
- ผกามาศ ลพมาศ. (2544). การศึกษารูปแบบการพยาบาลของงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในเชิงโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ กรณีศึกษา: โรงพยาบาลสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรทิพย์ สายสุด. (2547). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ. รายงานประชุมวิชาการกรรมการแพทย์ประจำปี พ.ศ. 2549 โรงพยาบาลเลิกลีน. กรุงเทพมหานคร. (เอกสารอัดสำเนา).
- พิงค์คำ พงศ์นารักษ์. (2547). การพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2550). หลักการและการวิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพ็ญจันทร์ พูลศิริ. (2542). การช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการจราจรทางบกของเจ้าหน้าที่มูลนิธิปอเต็กตึ๊ง ในเขตกรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญรุ่ง บุญรักษ์. (2543). การปฏิบัติงานร่วมระหว่าง อาสาสมัครกู้ภัยในสังกัดมูลนิธิปอเต็กตึ๊งและร่วมกตัญญู กับหน่วยกู้ชีพเรนเทอร์ โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรวิทย์ พันธุ์ปัญญาเทพ. (2551). แผนการพัฒนาศูนย์สื่อสารสั่งการในระดับสูง: หลักการการพัฒนา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วิภาดา วัฒนนามกุล. (2551). แนวทางการพัฒนาบุคลากรและการยกระดับศักยภาพของบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน: หลักการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วันชัย วัฒนศัพท์, ถวิลวดี บุรีกุล และศุภณัฐ เพิ่มพูนวิวัฒน์. (2547). ปัญหาความขัดแย้งแนวทางการป้องกันและแก้ปัญหาความขัดแย้งที่เกิดจากการดำเนินการ โครงการขนาดใหญ่. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทยา ชาดิปัญญาชัย. (2545). ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาอุบัติเหตุจราจร. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

- วิมลพร ไสยวรรณ. (2545). การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์หลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิต
วิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริกุล อิศรานุกฤษ. (2542). หลักการวางแผนงานอนามัยครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: เจริญดี.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: สิริ
ภัณฑ์ออฟเซ็ท.
- ศรีสุรีย์ เอื้อจิระพงษ์พันธ์. (2542). การปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัยจราจรทางบกเบื้องต้นก่อน
นำส่ง โรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่ตำรวจและอาสาสมัครผู้ประสบภัย. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. (2543). คู่มือการสร้าง
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สุพีเรียพรีนติ้ง.
- สมเกียรติ ลลิตวงศา. (2551). การประชาสัมพันธ์และนำความรู้สู่สาธารณะ: หลักการการพัฒนา
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สมชาย กาญจนสุด. (2545). คู่มือปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับหน่วยกู้ชีพ (พิมพ์ครั้งที่ 3)
กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.
- สมชาย กาญจนสุด. (2550). คู่มือการกู้ชีพก่อนถึงโรงพยาบาล และปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน
(พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย.
- สถานีอนามัยตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี. (2552). ข้อมูลเวชสถิติสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี. (เอกสารอัดสำเนา).
- สถาบันพระปกเกล้า. (2548). โครงการวิจัยประเมินผลอุบัติเหตุจราจร. นนทบุรี: สำนักวิจัยและ
พัฒนาสถาบันพระปกเกล้า.
- สุกัญญา วัฒนะโชติ. (2542). การช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุจราจรของเจ้าหน้าที่ตำรวจใน
จังหวัดอุทัยธานี. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล
ศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพรรณ ศรีธรรมมา. (2549). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ
ประเทศไทย (พ.ศ. 2549-2553) เพื่อเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสทรงครองสิริราชสมบัติ
ครบ 60 ปี. เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติ เรื่อง อุบัติเหตุจราจร ครั้งที่ 7 วันที่
20-22 มิถุนายน พ.ศ. 2549. ณ อิมแพคเมืองทองธานี. นนทบุรี.

- สุรางค์ จันทวานิช.(2549). *การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพ ไพศาลศิลป์. (2543). ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุในเขตเทศบาล อำเภอหาดใหญ่: รายงานเบื้องต้น. *วารสารศูนย์การศึกษาโรงพยาบาลสงขลา*, 19(1), 3-7.
- สุภาพร ปรารมภ์. (2541). *การบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุโรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย. (2551). *กฎระเบียบและพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551: หลักการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551.* ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2544). *การปฏิรูประบบสุขภาพฉุกเฉิน.นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.*
- สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. (2548). *คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: แอล.ที.เพรส.
- สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. (2550). *คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.* กรุงเทพมหานคร: แอล.ที.เพรส.
- สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. (2551). *หลักการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.*ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. (2552). *คู่มือการรับแจ้งเหตุและสั่งการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินศูนย์สั่งการจังหวัดอุทัยธานี.* (เอกสารอัดสำเนา).
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *รายงานอุบัติเหตุจราจร. นนทบุรี: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.*
- โสรัจจะ ชูแสง. (2550). *การประเมินประสิทธิผลของการฝึกอบรมหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐานของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการโครงการและการประเมินโครงการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.*
- อวยพร อ่อนเกตุพล. (2548). *ผลการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลวิชาชีพในห้องฉุกเฉินต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่สมบูรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์.*
- อารี ชิวเกษมสุข และจินตนา ยูนิพันธ์. (2548). *การพัฒนาแบบวัดความพึงพอใจต่อคุณภาพการพยาบาลของผู้ป่วย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 49 (10), 617-631.

- อิงอัมพร ทองดี. (2549). ความพึงพอใจในงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการโรงพยาบาลชุมชน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, กิ่งแก้ว อุดมชัยกุล และจิราวรรณ กล่อมเมฆ. (2544). ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศไทยที่พัฒนา. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อนุรักษ อมรเพชรสถาพร. (2551). แนวทางการพัฒนาศูนย์สื่อสารและระบบสื่อสาร: หลักการการพัฒนากระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- อรุณ จิรวัฒน์กุล, วีระชัย ไควสุวรรณ, พีระพงศ์ บุญสวัสดิ์กุล, บัญศรี ปราณศักดิ์ และกัลยา พัฒนศรี (2540). การประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการ ผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- Donabedian, A. (1988). *The Quality of care: how can it be assessed?* *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- Gentil, R., Ramos, L.H., & Whitaker, I. Y. (2008). Nurses' training in pre-hospital care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (2), 192-197.
- Handschu, R., Poppe, R., Rauß, J., Neundörfer, B., & Erbguth, F. (2003). Emergency calls in acute stroke. *Stroke*, 34(4), 1005-1009.
- Kawakami, C., Ohshige, K., Kubota, K. & Tochikubo, O. (2007). Influence of socioeconomic factors on medically unnecessary ambulance calls. *BMC Health Service Research*, 27(7), 1-9.
- Krafft, T., García, C. L., Edward, S., Fischer, M., Overton, J., Robertson-Steel, I., & et al. (2003). European Emergency data project: EMS data-based health surveillance system. *European Journal of Public Health*, 13 (suppl. 3), 85-90.
- Milner, P. (2001). *Evaluating emergency service activity at the health district level*. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(suppl. 39), 31-37.
- Munday, J. (2006). Identity in Focus: The use of focus groups to study the construction of collective identity. *Sociology*, 40(1), 89-105.
- Olasveengen, T.M., Vik, E., Kuzovlev, A., & Sunde, K. (2009). Effect of implementation of new resuscitation guidelines on quality of cardiopulmonary resuscitation and survival. *Resuscitation*, 80(4), 407-411.
- Robertston-Steel, Edwards, S., & Gough, M. (2001). Clinical governance in pre - hospital care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(suppl.39), 38- 42.

- Rubin, H., & Rubin, I. (1995). *Qualitative interview: The art of hearing data*. London: Sage.
- Sharma, B. R. (2005). Development of pre - hospital trauma - care system - an overview. *Injury*, 36(5), 579- 587.
- Stewart, D., & Shamdasarri, P. (1990). *Focus groups: Theory and practice*. New bury Park. CA: Sage.
- Tanigawa, K., & Tanaka, K. (2006). *Emergency medical service systems in Japan: Past, present, and future*. *Resuscitation*, 69(3), 365-370.
- Verdile, V.P., Krohmer, J.R., Swor, R.A., & Spaite, D.W. (1996). Model Curriculum in emergency medical services for emergency medicine residency programs. *Academic Emergency Medicine*, 3(7), 716-722.





ภาคผนวก ก.

แบบสอบถามของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ
ระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

แบบสอบถามผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หรือเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
() โสด () สมรส
() หม้าย () หย่า/ แยก
4. การศึกษา
() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() อนุปริญญา () ปริญญาตรี
() สูงกว่าปริญญาตรี () อื่นๆ ระบุ.....
5. ศาสนา
() พุทธ () คริสต์
() อิสลาม () อื่นๆ ระบุ.....
6. อาชีพ
() เกษตรกรรม () ข้าราชการ
() รับจ้าง () ค้าขาย
() อื่นๆ ระบุ
7. รายได้/ ต่อเดือน
() น้อยกว่า 5,000 บาท () 5,000-10,000 บาท
() 10,001-15,000 บาท () 15,001-20,000 บาท
() > 20,000 บาท

8. ท่านรู้จักหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินจากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ป้าย / โปสเตอร์ () ประชาชนชุมชน / อสม.
 () เพื่อนบ้าน () สมาชิกในครอบครัว / ญาติที่ทำงานด้านสุขภาพ
 () การเห็นรถกู้ชีพ/ การปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพ
 () การเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน
 () อื่น ๆ ระบุ.....

9. ผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุที่ท่านพบเห็นคือใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () แพทย์ () พยาบาล
 () เจ้าหน้าที่กู้ชีพ () เจ้าหน้าที่ปฐมพยาบาล
 () อาสาสมัครปฐมพยาบาล () อื่น ๆ ระบุ.....

10. ชุมชนห้วยเป้งมีการบาดเจ็บฉุกเฉินบ่อยครั้งเพียงใด

- () ไม่เคย () นานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/ เดือน)
 () บางครั้ง (3-5 ครั้ง/ เดือน) () บ่อยครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์)
 () เสมอ (> 3 ครั้ง/สัปดาห์)

11. การบาดเจ็บฉุกเฉินที่ท่านพบเห็นเกี่ยวกับเรื่องใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () บาดแผล () กระดูกหัก/ อุบัติเหตุ
 () หายใจลำบาก () หัวใจวาย
 () อื่น ๆ ระบุ.....

12. การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินที่ท่านปฏิบัติบ่อยเรื่องใด

- () คามกระดูก () ทำแผล/ ห้ามเลือด
 () การช่วยฟื้นคืนชีพ () อื่น ๆ ระบุ.....

13. ระยะเวลาที่ท่านให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....ปี.....เดือน

14. สาเหตุที่ท่านให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- () บาดแผล () กระดูกหัก/ อุบัติเหตุ
 () หายใจลำบาก () หัวใจวาย
 () อื่น ๆ ระบุ.....

15. โดยภาพรวมท่านมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

- () มากที่สุด () มาก () ปานกลาง () น้อย () น้อยที่สุด

แบบสอบถามผู้ใช้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หรือเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
() โสด () สมรส
() หม้าย () หย่า/ แยก
4. การศึกษา
() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() อนุปริญญา () ปริญญาตรี
() สูงกว่าปริญญาตรี () อื่นๆ ระบุ.....
5. ศาสนา
() พุทธ () คริสต์
() อิสลาม () อื่นๆ ระบุ.....
6. อาชีพ
() เกษตรกรรม () ข้าราชการ
() รับจ้าง () ค้าขาย
() อื่นๆ ระบุ
7. รายได้/ ต่อเดือน
() น้อยกว่า 5,000 บาท () 5,000-10,000 บาท
() 10,001-15,000 บาท () 15,001-20,000 บาท
() > 20,000 บาท
8. ท่านรู้จักหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินจากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() ป้าย / โปสเตอร์ () ประชานชุมชน / อสม.
() เพื่อนบ้าน () สมาชิกในครอบครัว /ญาติที่ทำงานด้านสุขภาพ
() การเห็นรถกู้ชีพ / การปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพ
() การเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน
() อื่น ๆ ระบุ.....

9. ผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุที่ท่านพบเห็นคือใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () แพทย์ () พยาบาล
() เจ้าหน้าที่กู้ชีพ () เจ้าหน้าที่ปฐมพยาบาล
() อาสาสมัครปฐมพยาบาล () อื่นๆ ระบุ.....

10. ชุมชนห้วยเป้งมีการบาดเจ็บฉุกเฉินบ่อยครั้งเพียงใด

- () ไม่เคย () นานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)
() บางครั้ง (3-5 ครั้ง/เดือน) () บ่อยครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์)
() เสมอ (> 3 ครั้ง / สัปดาห์)

11. การบาดเจ็บฉุกเฉินที่ท่านพบเห็นเกี่ยวกับเรื่องใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () บาดแผล () กระดูกหัก/ อุบัติเหตุ
() หายใจลำบาก () หัวใจวาย
() อื่นๆ ระบุ.....

12. การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินที่ท่านพบเห็นเกี่ยวกับเรื่องใด

- () ความกระตือรือร้น () ทำแผล/ ห้ามเลือด
() ช่วยฟื้นคืนชีพ () อื่นๆ ระบุ.....

13. ท่านเคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่

- () ไม่เคย () เคย ระบุ จำนวน..... ครั้ง

(ถ้าเคยโปรดตอบข้อ 14)

14. สาเหตุที่ท่านใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- () บาดแผล () กระดูกหัก/ อุบัติเหตุ
() หายใจลำบาก () หัวใจวาย
() อื่นๆ ระบุ.....

15. โดยภาพรวมท่านมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

- () มากที่สุด () มาก () ปานกลาง () น้อย () น้อยที่สุด

ภาคผนวก ข.

แนวคำถามสนทนากลุ่มสำหรับผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ
ระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

แนวคำถามสนทนากลุ่ม

สำหรับผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

คำชี้แจง การสนทนากลุ่มในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคใน
การดำเนินงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ตำบลระบำ จังหวัดอุทัยธานี

1. การดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึง โรงพยาบาลคืออะไร
2. ผู้ให้บริการแจ้งเหตุ
 - ผู้ให้บริการแจ้งเหตุบาดเจ็บฉุกเฉินอย่างไร
 - ท่านคิดว่าผู้ให้บริการควรทำอะไรก่อนการแจ้งเหตุบาดเจ็บฉุกเฉิน
 - ท่านคิดว่าผู้ให้บริการควรให้ข้อมูลอย่างไรต่อผู้ให้บริการเมื่อแจ้งเหตุบาดเจ็บฉุกเฉิน
3. การส่งการออกรับเหตุ
 - การส่งการออกรับเหตุประเมินจากอะไร ใครเป็นผู้ส่งการ ส่งการอย่างไร
 - ปัจจัยสนับสนุนการส่งการออกรับเหตุคืออะไร
 - ปัญหาและอุปสรรคการส่งการออกรับเหตุคืออะไร
4. การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ
 - ระยะเวลาที่ผู้ให้บริการมาถึง ณ จุดเกิดเหตุ นับแต่การแจ้งเหตุเป็นอย่างไร
 - การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นควรเป็นอย่างไร
 - ผู้ให้บริการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ มีความรู้และทักษะอย่างไร
 - อุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์สื่อสารที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้ให้บริการเป็นอย่างไร
 - ปัจจัยอื่นใดที่สนับสนุนการช่วยเหลือผู้ให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุ
 - ท่านอยากให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอย่างไร และบริการจริงที่ท่านให้ผู้ให้บริการเป็นอย่างไร
 - มีสิ่งใดที่ท่านอยากให้บริการ แต่ท่านไม่สามารถทำได้ เพราะเหตุใด
 - ปัญหาและอุปสรรคในการช่วยเหลือผู้ให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุคืออะไร

- ในขณะที่ช่วยเหลือ ท่านเห็นว่าเกินกำลังความสามารถในการช่วยเหลือ ท่านทำอย่างไร

5. การนำส่งโรงพยาบาล

- เกณฑ์ในการตัดสินใจนำส่งโรงพยาบาลเป็นอย่างไร ใครเป็นผู้ตัดสินใจ
- ก่อนและหลังการนำส่งโรงพยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยอย่างไร

6. สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ

- สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้ให้บริการเป็นอย่างไร
- ปัจจัยใดที่มีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ

7. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

- ท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ
- ปัจจัยใดที่ส่งผลให้ท่านรู้สึกอย่างนั้น

8. ความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน

- ผลของการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
- ภายหลังที่ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลแล้ว ผลการรักษาเป็นอย่างไร

9. ระยะเวลาในการดูแลรักษา

- ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินต้องรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานเท่าใด

10. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

- ท่านคิดว่าผู้ให้บริการมีความรู้สึกอย่างไรต่อการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ
- ปัจจัยใดที่ส่งผลให้ท่านรู้สึกอย่างนั้น

11. ผู้ให้บริการ

- ท่านคิดว่าจำนวนผู้ให้บริการต่อการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
- ท่านคิดว่าคุณภาพผู้ให้บริการต่อการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
- ท่านคิดว่าปัจจัยใดที่ช่วยพัฒนาผู้ให้บริการในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

12. แนวปฏิบัติ

- แนวปฏิบัติการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
- การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
- ปัจจัยใดที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล
- ปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

13. การเงิน อุปกรณ์และเทคโนโลยีการสื่อสาร

- ระบบสื่อสารเพื่อใช้ในการประสานงานเป็นอย่างไร
- งบประมาณที่ใช้สนับสนุนการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลเป็นอย่างไร

- อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลเป็นอย่างไร

14. สถานที่เกิดเหตุ

- สถานที่เกิดเหตุมีผลอย่างไรต่อการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล
- ปัจจัยใดที่จะทำให้ท่านเปลี่ยนสถานที่ในการช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

15. ค่าตอบแทนผู้ให้บริการ

- ค่าตอบแทนผู้ให้บริการในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
- นอกจากค่าตอบแทนผู้ให้บริการ ปัจจัยใดที่ทำให้ท่านช่วยผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

16. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในอนาคตคืออะไร



แนวคำถามสนทนากลุ่ม
สำหรับผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

คำชี้แจง การสนทนากลุ่มในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคใน
การดำเนินงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึง โรงพยาบาล ตำบลระบำจังหวัดอุทัยธานี

1. การดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึง โรงพยาบาลคืออะไร
2. ผู้ให้บริการแจ้งเหตุ
 - ผู้ให้บริการสามารถแจ้งเหตุบาดเจ็บฉุกเฉินอย่างไร
 - ผู้ให้บริการควรกระทำอะไรก่อนการแจ้งเหตุบาดเจ็บฉุกเฉิน
 - ผู้ให้บริการควรให้ข้อมูลอย่างไรต่อผู้ให้บริการเมื่อแจ้งเหตุบาดเจ็บฉุกเฉิน
3. การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ
 - ระยะเวลาที่ผู้ให้บริการมาถึง ณ จุดเกิดเหตุ นับแต่การแจ้งเหตุเป็นอย่างไร
 - การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นควรเป็นอย่างไร
 - ท่านคิดว่าผู้ให้บริการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ มีความรู้และทักษะอย่างไร
 - อุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์สื่อสารที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้ให้บริการเป็นอย่างไร
 - ปัจจัยอื่นใดที่สนับสนุนการช่วยเหลือผู้ให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุ
 - ท่านคาดหวังการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างไร และบริการที่ได้รับเป็นอย่างไร
 - ปัญหาและอุปสรรคในการช่วยเหลือผู้ให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุคืออะไร
4. การนำส่งโรงพยาบาล
 - เกณฑ์ในการตัดสินใจนำส่งโรงพยาบาลเป็นอย่างไร ใครเป็นผู้ตัดสินใจ
 - ก่อนและหลังการนำส่งโรงพยาบาล ท่านคาดหวังว่าผู้ให้บริการต้องประเมินผู้ป่วยอย่างไร
5. สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ
 - สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้ให้บริการเป็นอย่างไร
 - ปัจจัยใดที่มีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ
6. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ
 - ท่านคิดว่าผู้ให้บริการมีความรู้สึกละเอียดต่อการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ
 - ปัจจัยใดที่ส่งผลให้ท่านรู้สึกอย่างนั้น
7. ความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน
 - ผลของการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
 - ภายหลังจากผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลแล้ว ผลการรักษาเป็นอย่างไร

8 ระยะเวลาในการดูแลรักษา

- ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานเท่าใด

9. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

- ท่านรู้สึกอย่างไรต่อการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ
- ปัจจัยใดที่ส่งผลให้ท่านรู้สึกอย่างนั้น

10.ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในอนาคต คืออะไร



ภาคผนวก ค.

หนังสือยินยอมในการเก็บข้อมูล

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึง

โรงพยาบาลในชุมชนที่เลือกสรร

ชื่อผู้วิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. แสงทอง วีระทองคำ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ และ
นางสาวนราพร แยมจิ

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ

เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียด
ของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสียที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใด
ปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น
ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อ
การรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้
เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้
เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสียที่อาจจะ
เกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ..... (แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
ฟังจนเข้าใจแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ นางสาวนราพร แยมเจิม

วัน เดือน ปี เกิด 27 สิงหาคม พ.ศ. 2521

สถานที่เกิด อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี

ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก (พ.ศ. 2540-2544)
 พยาบาลศาสตรบัณฑิต
 มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. 2549 - 2552)
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
 แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลานสัก
 อ.ลานสัก จ. อุทัยธานี
 เบอร์โทรศัพท์ 056-537512

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 189 ถ. ณรงค์วิถี อ. เมือง จ. อุทัยธานี
 เบอร์โทรศัพท์ 056-512385
 E-mail: medical133@hotmail.com