



การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแล ผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในชุมชนที่เลือกสรร

นราพร แยมเจิม พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)¹

แสงทอง ธีระทองคำ Ph. D. (Nursing)², นพวรรณ เปี้ยชื่อ Ph. D. (Nursing)²

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลานสัก อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

² ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อวิเคราะห์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างคือผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี เลือกแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มละ 10 คน แล้วสุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มออกเป็นสองกลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ห่างกัน 3 สัปดาห์ โดยใช้แนวคำถามตามโมเดลคุณภาพของโดนาบีเตียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา: ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการให้ข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญสอดคล้องกัน โดยด้านโครงสร้างคือการเพิ่มจำนวนผู้ให้บริการ รวมทั้งความรู้และทักษะของผู้ให้บริการ แนวทางการดูแลผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉินและระบบการปฏิบัติงานที่ซับซ้อน ปรับเปลี่ยนตลอดเวลา และการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานที่มีจำนวนมากและตัวหนังสือเล็ก ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ จัดค่าตอบแทนการปฏิบัติงานที่เหมาะสม และเพิ่มวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งสถานที่เกิดเหตุที่ไกล และความไม่ชำนาญเส้นทาง ส่งผลให้การไปช่วยเหลือล่าช้า ด้านกระบวนการพบว่ามีการติดต่อขออาการเจ็บป่วยอย่างครบถ้วนแก่ผู้ให้บริการโดยตรง ทำให้การออกไปรับผู้ป่วย ช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อไปโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดความรู้สึกดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ และผู้ให้บริการเต็มใจช่วยเหลือผู้ให้บริการ ส่วนด้านผลลัพธ์ พบประเด็นสำคัญคือ การป้องกันความเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการดูแลรักษาเบื้องต้นที่รวดเร็วและความรู้สึกดีต่อการช่วยเหลือของผู้ให้บริการ ส่วนปัญหาอุปสรรค ได้แก่ ด้านบุคลากร ขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ปรับเปลี่ยนบ่อย วัสดุอุปกรณ์ และการสื่อสาร

สรุป: การช่วยเหลือผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลควรพัฒนาทั้งด้านบุคลากร ขั้นตอนการปฏิบัติงาน วัสดุอุปกรณ์ และการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งศึกษาให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ใช้บริการ

คำสำคัญ: ระบบการดูแลผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล / ผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉิน

Corresponding author: แสงทอง ธีระทองคำ

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400

E-mail: rastj@mahidol.ac.th

บทนำ

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service system: EMSS) ในประเทศไทยเริ่มจัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2480 แบ่งออกเป็น ระบบการช่วยเหลือรักษาพยาบาล ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) ระบบการช่วยเหลือรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในโรงพยาบาล (hospital care) และการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation)⁽¹⁾ ทั้งนี้ระบบการช่วยเหลือรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในประเทศไทย ซึ่งแนวโน้มของผู้ใช้บริการมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2549 ถึงปี พ.ศ. 2550 โดยการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (advanced life support: ALS) จากจำนวน 107,243 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 123,158 ราย การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (basic life support: BLS) จากจำนวน 126,572 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 179,372 ราย และการปฏิบัติการปฐมพยาบาลจากอาสาสมัครปฐมพยาบาล (first responder: FR) จากจำนวน 33,650 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 166,100 ราย โดยการดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุและนำส่งโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 87.18 รองลงมาคือการดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุ และไม่นำส่งโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 2.84 และมีผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 1.32⁽²⁾

ระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมีความสำคัญต่อการช่วยชีวิตและเป็นชั่วโมงทอง (golden hour) ของการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากกว่าการรักษาที่โรงพยาบาล⁽³⁾ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ ปีทมา โมลี และคณะ⁽⁴⁾ ที่พบว่า การดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน เนื่องจากผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้รับการดูแลทันที และนำส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว รวมทั้งได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁾ นอกจากนี้จากการศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย พบว่า การบริการดูแลรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ที่ใช้งบประมาณในการพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ จำนวนเงิน 71 ล้านบาทต่อปี ช่วยลดความรุนแรงและคามพิการของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ส่งผลให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินประมาณ 2,800-4,700 ล้านบาทต่อปี⁽⁶⁾

ผลสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันวิจัยเอแบคโอสซี่อินเตอร์เน็ตโพลล์ พบว่า ระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของประเทศไทยยัง

อยู่ในสภาพพร้อม ทั้งด้านการปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทักษะในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินของอาสาสมัครปฐมพยาบาล และการดำเนินงานที่ขาดประสิทธิภาพ รวมทั้งการประสานงานการแจ้งเหตุผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน^(7,8) อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคของระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในประเทศไทยอย่างเป็นทางการยังเป็นระบบยังมีจำกัด ดังนั้นระบบบริการการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล จึงควรได้รับการประเมินสถานการณ์และสภาพปัญหาในการดำเนินงานอย่างเป็นทางการ ทั้งศูนย์ประสานงาน แนวทางการปฏิบัติการช่วยเหลือ บทบาทของทีมกู้ชีพ และการพัฒนาทักษะของทีมสุขภาพ เพื่อให้ระบบบริการมีประสิทธิภาพและมาตรฐาน^(1,3,4,7)

โรงพยาบาลลานสัก อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี เป็นโรงพยาบาลแห่งแรกของจังหวัดอุทัยธานี ที่จัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และพัฒนาการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การบริการครอบคลุมจนถึงระดับตำบลในพื้นที่ที่รับผิดชอบ และมีการฝึกอบรมอาสาสมัครปฐมพยาบาลประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มบุคลากรในการช่วยดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในระดับตำบลที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2547 จนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2551 โดยการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงเพิ่มจำนวนจาก 32 รายเป็น 144 ราย การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 6 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 35 ราย และในปี พ.ศ. 2550 เริ่มมีการปฏิบัติการปฐมพยาบาลโดยอาสาสมัครปฐมพยาบาล พบว่า มีผู้ใช้บริการจำนวน 85 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 417 รายในปี พ.ศ. 2551⁽⁹⁾ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่ผ่านมายังมีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน อาทิ การสื่อสาร การประสานงาน และการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ จึงส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล รวมทั้งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ นอกจากนี้จากการประเมินผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานการดูแลเบื้องต้น พบว่า ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้รับการประเมินและการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ถูกต้อง ณ จุดเกิดเหตุ และนำส่งโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 75.24 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน⁽⁹⁾ ทั้งนี้การประเมินดังกล่าวยังไม่เป็นระบบและไม่ครบวงจร ผู้ศึกษาเห็นความจำเป็นและความสำคัญของการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล จึงสนใจศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคของระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในชุมชนที่



เลือกสรร ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) เป็นระบบหนึ่งในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ช่วยเหลือและให้การบริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินผู้บาดเจ็บในพื้นที่ต่างๆ ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและทันทั่วทั้งตลอด 24 ชั่วโมง ณ จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล และนำส่งยังโรงพยาบาลที่เหมาะสม^(1,4,10) ทั้งนี้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินเริ่มขึ้นเมื่อสมัยสงครามโปเลียน ในปี ค.ศ. 1797 เพื่อรักษาพยาบาลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล โดยนายแพทย์ Baron Dominique - Jean Larrey ซึ่งเป็นบิดาของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เน้นการคัดกรองและการนำส่งผู้บาดเจ็บจากสนามรบไปยังหน่วยรักษาพยาบาล⁽¹¹⁾ สำหรับประเทศไทย เริ่มจัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2480 โดยมีมูลนิธิปอเต็กตึ๊ง มีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล ควบคู่กับการเก็บศพผู้เสียชีวิต และมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง ขยายการดำเนินการสู่โรงพยาบาลศูนย์ครบทุกแห่งในปี พ.ศ. 2540 แต่รูปแบบการให้บริการในแต่ละจังหวัดไม่เหมือนกันทั้งระบบ 2 จนในปี พ.ศ. 2545 การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบายหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข และได้มีการตราพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 โดยกำหนดให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ เพื่อให้ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิ ในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพ มาตรฐาน และทันทั่วทั้ง⁽¹²⁾

ระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลเป็นการบริการเชิงรุก ที่เน้นการช่วยชีวิตขั้นต้น (life-saving) โดยมีหลักในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ได้แก่ การช่วยเหลือเพื่อฟื้นสภาพแก่ผู้บาดเจ็บอย่างรวดเร็ว (resuscitation) ณ จุดเกิดเหตุ การนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล (transportation) การสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้บาดเจ็บ (reassurance) โดยเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่มีความรู้และทักษะ การประสานงานที่มีประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ (team work) และสิ่งสำคัญคือไม่ทำอันตรายซ้ำเติมแก่ผู้ป่วย (do no harm)⁽¹⁰⁾ ซึ่งการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินมีการปฏิบัติตามขั้นตอนประกอบด้วย การพบเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน (detection) ที่มี

การประเมินอาการและตัดสินใจแจ้งเหตุ (reporting) เพื่อขอความช่วยเหลือไปที่ศูนย์รับแจ้งเหตุ โดยใช้หมายเลขโทรศัพท์ 1669 ทั้งนี้ผู้แจ้งเหตุต้องให้ข้อมูลของผู้ป่วยและจุดเกิดเหตุอย่างครบถ้วนถูกต้อง เพื่อให้ศูนย์รับแจ้งเหตุประเมินระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ และสั่งให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติงาน (response) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ หน่วยปฏิบัติการปฐมพยาบาล โดยอาสาสมัครปฐมพยาบาล (first responder: FR) หน่วยช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (basic life support: BLS) และหน่วยช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (advanced life support: ALS) ภายใต้การควบคุมของแพทย์ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุ เพื่อให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (on scene care) อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามแผนการรักษา โดยใช้เวลา ณ จุดเกิดเหตุให้น้อยที่สุด และนำส่งโรงพยาบาล (transfer to definitive care) ที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว พร้อมให้การดูแลระหว่างนำส่ง (care in transit) ทำให้เพิ่มอัตราการรอดชีวิตและลดความพิการของผู้ป่วย^(10,13,14) สอดคล้องกับโรงพยาบาลลานสัก อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี ที่พัฒนาระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และปรับลดขั้นตอนดำเนินงานในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งใช้อยู่ในปัจจุบัน ตั้งแต่เจ้าหน้าที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินรับแจ้งเหตุจากหมายเลข 1669 หรือ 056-537512 หัวหน้าเวรวิทยุเรียกรถพยาบาล และจัดทีมไม่เกิน 4 นาที ออกจากโรงพยาบาลไปยังจุดเกิดเหตุ รวมใช้เวลาประมาณ 7 นาที เพื่อให้การปฐมพยาบาลและรับผู้ป่วยมาโรงพยาบาล⁽¹⁵⁾

ทั้งนี้การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล จะมีประสิทธิภาพขึ้นกับ การรับแจ้งเหตุและสั่งการ ระบบการสื่อสาร บุคลากร งบประมาณ และอุปกรณ์ การประชาสัมพันธ์ แนวทางการปฏิบัติงานและโครงสร้างของระบบ และการบันทึกข้อมูล การรับแจ้งเหตุและสั่งการปฏิบัติโดยศูนย์รับแจ้งเหตุตลอด 24 ชั่วโมง ที่มีบุคลากรสั่งการฉุกเฉินทางการแพทย์ ที่มีความรู้และทักษะในการตัดสินใจสั่งการช่วยเหลือและให้คำแนะนำ^(4,6,16) ระบบการสื่อสาร ระหว่างผู้ให้บริการ และระบบควบคุมทางการแพทย์และโรงพยาบาล ต้องมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสภาพภูมิศาสตร์ในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้การประสานงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ^(2,16) ทำให้บุคลากรที่ให้การช่วยเหลือซึ่งไม่ใช่แพทย์ได้แก่ พยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉินหรือพยาบาลวิชาชีพ เวชกรฉุกเฉินหรือเจ้าพนักงานกู้ชีพ และอาสาสมัครปฐมพยาบาล (first responder: FR) ปัจจุบันเรียกว่า อาสา

กึ่งชีพ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ชุดแรกที่ไปถึงจุดเกิดเหตุ เพื่อประเมินให้การปฐมพยาบาล และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉิน หรือเรียกหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินสนับสนุนในการรักษาพยาบาล^(2,17,18)

สำหรับแนวทางการปฏิบัติงานและโครงสร้างของระบบ ซึ่งเป็นข้อกำหนดในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ควรมีเกณฑ์มาตรฐานเดียวกัน และคณะกรรมการของท้องถิ่นควรมีบทบาทในการปรับปรุงระบบ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพภูมิศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมท้องถิ่น^(10,19) รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ เป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความคล่องตัวและเกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉิน⁽²⁰⁾ เช่นเดียวกับการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ประชาชนรู้จักและสามารถเรียกใช้บริการการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลทันที ทำให้ลดอัตราการความเจ็บป่วยพิการ หรือเสียชีวิต⁽²¹⁾ นอกจากนี้การบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ลงในแบบบันทึกการปฏิบัติงานซึ่งเป็นแบบเดียวกันทั้งระบบ และบันทึกในระบบฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตที่ไว้ร่วมกันทั้งประเทศ ดังนั้นการลงบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง จะทำให้ผลลัพธ์ของการดำเนินงานผิดพลาด⁽²⁾ แม้ว่าระบบบริการการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล จะได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังมีประสพปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน ได้แก่ ระบบบริการไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ที่ห่างไกล บุคลากรขาดความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง อุปกรณ์ในการปฐมพยาบาลและพาหนะไม่เพียงพอ และการสื่อสารด้วยโทรศัพท์หรือวิทยุในบางพื้นที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่สามารถติดต่อประสานงานในการออกปฏิบัติการ การช่วยเหลือจึงเกิดความล่าช้า^(1,6,16,22) ส่งผลต่อคุณภาพในการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน และการสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง⁽²³⁾ อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคของระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในประเทศไทย^(1,3,4,7) รวมถึงโรงพยาบาลลานสัก อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี ยังมีจำกัด⁽⁹⁾

สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องได้รับการศึกษาอย่างเป็นระบบ โดยการประเมินครั้งนี้อยู่บนพื้นฐานโมเดลคุณภาพการดูแล (Quality of care model) ของโดนาปีเตียน⁽²⁴⁾ ซึ่งกล่าวว่า คุณภาพของการดูแลขึ้นกับความรูู้

และทักษะในการดูแลผู้ป่วย และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ จึงควรประเมินคุณภาพการดูแลในด้านโครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) ด้านโครงสร้าง ได้แก่ งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ บุคลากร คุณภาพและจำนวนโครงสร้างองค์กร ด้านกระบวนการ ได้แก่ กิจกรรมในการดูแลรักษาผู้ใช้บริการ ส่วนผลลัพธ์ หมายถึง ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล การปรับเปลี่ยนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ซึ่งผลลัพธ์ของการบริการที่มีประสิทธิภาพขึ้นกับโครงสร้างและกระบวนการของการบริการที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ⁽²⁴⁾

การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี จึงประกอบด้วย การประเมินโครงสร้าง ได้แก่ การประเมินด้านผู้ให้บริการ แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉิน การเงิน อุปกรณ์และเทคโนโลยี การสื่อสาร และจุดเกิดเหตุ ส่วนการประเมินกระบวนการประกอบด้วย การแจ้งเหตุ การส่งการออกมารับเหตุ การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ การนำส่งโรงพยาบาล สัมพันธภาพของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ และความพึงพอใจของผู้ให้บริการ สำหรับการประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย ความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ระยะเวลาในการดูแลรักษา และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ดังแผนภูมิที่ 1⁽²⁴⁾

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

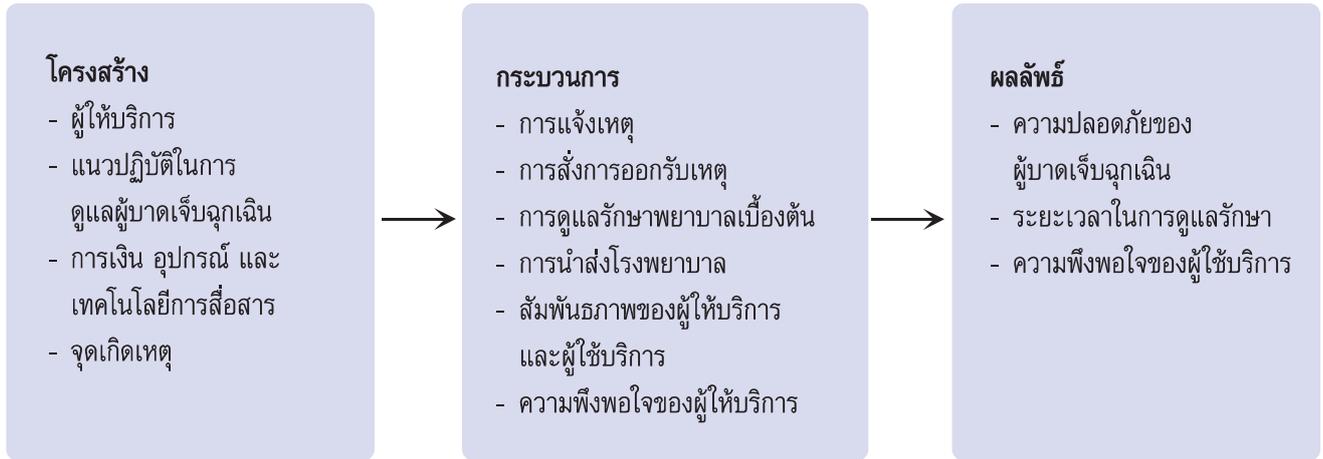
1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในชุมชนที่เลือกสรร
2. เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในชุมชนที่เลือกสรร

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ (situation analysis) เพื่อวิเคราะห์การดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคของระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มศึกษา

ประชากร คือ ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ตำบลระบำ อำเภอลานสัก



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

ลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

กลุ่มศึกษา คือ ผู้ให้บริการหรือผู้ใช้บริการการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลตำบลระบำอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี กลุ่มละ 10 คน โดยผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน และอาสาสมัครปฐมพยาบาล 8 คน จากหมู่ 6 และหมู่ใกล้เคียง ส่วนผู้ใช้บริการ คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่ 6 ทั้งสองกลุ่มเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ ผู้ให้บริการหรือผู้ใช้บริการการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา โดยกลุ่มศึกษาแต่ละกลุ่มได้รับการสุ่มแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ข้อมูลและความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล
2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล สร้างโดยผู้ศึกษาตามแนวคิดโมเดลคุณภาพการดูแลของโดนาบีเดียน (Donabedian, 1988) ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับผู้ให้บริการ แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การเงิน

อุปกรณ์ และเทคโนโลยี จุดเกิดเหตุ วิธีการแจ้งเหตุ การส่งการออกมารับเหตุ การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ การนำส่งโรงพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ระยะเวลาในการดูแลรักษา และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

3. เครื่องมือและอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย สมุดจดบันทึก ปากกา ดินสอ และเทปบันทึกเสียง MP 3 รุ่น creative

วิธีการเก็บข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ผู้ศึกษาดำเนินการดังนี้

1. ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลลานสัก และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา และรายละเอียดต่างๆ ของการศึกษาแก่กลุ่มศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาเมื่อกลุ่มศึกษาสมัครใจ
3. นัดหมายกลุ่มศึกษาในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ห่างกัน 3 สัปดาห์ โดยใช้แนวคำถามที่ผู้ศึกษาสร้างตามกรอบแนวคิดโมเดลคุณภาพของโดนาบีเดียน พร้อมทั้งสังเกต และบันทึกข้อมูล

ระหว่างการสนทนากลุ่มโดยผู้ช่วยศึกษา รวมทั้งขออนุญาตผู้ร่วมศึกษาในการบันทึกเสียงระหว่างการสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2551 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2552

4. ถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำที่ได้จากการสนทนาในครั้งที่ 1 และนำข้อความสรุป พบกลุ่มศึกษาตามการนัดหมายครั้งที่ 2 เพื่อสอบถามและตรวจสอบข้อสรุปที่ได้จากการสนทนาในครั้งที่ 1 และอภิปรายข้อมูลในประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุมเพิ่มเติม เพื่อให้มั่นใจว่าได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน

ข้อพิจารณาจริยธรรมในการศึกษา

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ศึกษาแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการศึกษา และแจ้งแก่กลุ่มศึกษาถึงสิทธิในการปฏิเสธ และ/ หรือ ยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงาน และ/ หรือการรับบริการในระบบการดูแลผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล การเก็บข้อมูลของกลุ่มศึกษาเป็นความลับ การเปิดเผยจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และเผยแพร่ในรูปแบบสรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการและผู้ให้บริการโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยผู้ศึกษาถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ พิมพ์ข้อมูลทุกคำพูดของกลุ่มศึกษา พร้อมพิมพ์สิ่งที่ได้จากการสังเกตในแต่ละช่วงสัมภาษณ์ แล้วจึงวิเคราะห์ข้อความสำคัญ ประเด็นสำคัญ และความหมาย รวมทั้งหาข้อสรุปในประเด็นต่างๆ

ผลการศึกษา

ผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 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 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน การรู้จักหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่พบจากการเห็นรถกู้ชีพ / การปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพ และการเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่พบบ่อยสุด คือ อาสาสมัครปฐมพยาบาล การบาดเจ็บฉุกเฉินในชุมชนส่วนใหญ่พบจำนวนบ่อยครั้งคือ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ โดยมีบาดแผล ซึ่งให้การช่วยเหลือโดยการทำแผล/ห้ามเลือด ประสบการณ์การที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวนเฉลี่ย 2 ปี 5 เดือน (SD = 17.52) และส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากที่สุดต่อระบบบริการดูแลผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

ผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล หมู่ 6 ตำบลระบำอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี พบว่า เป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และสำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีอายุเฉลี่ย 41.80 ปี (SD = 15.71) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ อาชีพส่วนใหญ่รับจ้าง และมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน การรู้จักหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่จากประธานชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุที่พบเห็นมากที่สุด คือ อาสาสมัครปฐมพยาบาล รองลงมา คือ พยาบาลวิชาชีพ การบาดเจ็บฉุกเฉินในชุมชนส่วนใหญ่พบจำนวนบ่อยครั้ง คือ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ โดยมีบาดแผลหรือ กระตุกหัก / อุบัติเหตุในจำนวนที่เท่ากัน จึงพบการช่วยเหลือผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉินมากที่สุด คือ การทำแผล/ ห้ามเลือด และผู้ให้บริการมีความพึงพอใจมากที่สุดต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

สำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ พบประเด็นสำคัญที่สอดคล้องกัน ดังนี้

1. การประเมินด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย

1.1. ผู้ให้บริการ พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ จำนวนบุคลากร และความรู้และทักษะ จำนวนบุคลากร หมายถึงปริมาณของผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ซึ่งควรมีการเพิ่มจำนวนให้เหมาะสมกับพื้นที่



บริการซึ่งค่อนข้างกว้าง และผู้ให้บริการควรมีอายุน้อยและสามารถอ่านเขียนหนังสือได้ เพื่อประโยชน์ในการจัดบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ ส่วนความรู้และทักษะ หมายถึง การเพิ่มการอบรมการช่วยเหลือเบื้องต้น และมีการแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ดังคำกล่าวของอาสาสมัครปฐมพยาบาล “...ก็น่าจะมีเพิ่มอีก เพราะชาวบ้านและหมู่บ้านเยอะ พื้นที่ก็กว้างด้วยน่าจะกระจายไปทั่วทุกจุด...” และ “...ก็มีการอบรม เพิ่มเจ้าหน้าที่เป็นและรู้หนังสือหน่อย จะได้เขียนคล่องหน่อย...” เช่นเดียวกับผู้ใช้บริการชายที่กล่าวด้วยน้ำเสียงจริงจัง “...อยากให้อบรมการปฏิบัติงานด้วย บางที่ผมว่าฟังอย่างเดียวไม่พอ ผมก็ฟังอบรมเรื่องยุ่งหลาย ฟังจนหลับ ผมว่าน่าทำกันจริงด้วยนะ ๆ...”

1.2. แนวปฏิบัติในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน และระบบการปฏิบัติงานซับซ้อน โดยแนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน หมายถึง การที่ผู้ใช้บริการแจ้งเหตุต่อผู้ใช้บริการ ซึ่งจะสอบถามข้อมูล พร้อมประสานงานไปยังผู้ใช้บริการในระดับต่างๆ ในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินและจัดบันทึกข้อมูล โดยใช้แบบฟอร์มการปฏิบัติงาน ซึ่งมีจำนวนมากและตัวหนังสือเล็ก โดยผู้ใช้บริการชายกล่าวถึงการเรียกใช้บริการที่ผ่านมาว่า “...ก็ที่ผ่านมาเค้าก็มารับ มาสอบถามอาการ เวลาเมื่ออุบัติเหตุแขนขา เค้าก็ตามพันแผล ตอนที่ถูกเป็นไข้ เค้าเช็ดเนื้อเช็ดตัว แล้วก็บอกกินยาลดไข้ด้วยเดี่ยวใช้แรง จะชักนะ แล้วดูแลส่งโรงพยาบาล...” และอาสาสมัครปฐมพยาบาล กล่าวว่า “...ก็แนวทางเดียวกันกับที่ทางโรงพยาบาลสอนไป การทำแผล ห้ามเลือด การนวดหัวใจ...” และ “...มีเหมือนกันนะหมอ เรื่องใหญ่ การกรอกข้อมูลมันเยอะไปหมด ตัวเล็กด้วย ลงผิดก็มีนะ...”

สำหรับระบบการปฏิบัติงานซับซ้อน หมายถึง การดำเนินงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมีหลายขั้นตอน เริ่มจากผู้ใช้บริการแจ้งเหตุ ออกรับผู้ป่วยให้การปฐมพยาบาล และนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วและเหมาะสม โดยขั้นตอนต่างๆ มีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานตามระบบ ดังตัวอย่างของอาสาสมัครปฐมพยาบาล “...ที่ผ่านมาก็มีปัญหาและอุปสรรคหลายอย่างในเรื่องระบบ เพราะต้องทำความเข้าใจในรายละเอียด แต่ละหัวข้อผิดพลาด ก็มีโดนหักเงิน จนเดี๋ยวนี้ก็เริ่มมีระบบแล้ว...” และ “...ระบบนี้ก็มีการวางแผนปรับปรุงกันตลอด ก็มีข้อผิดพลาดเรื่องการแจ้งเวลา และ

การส่งการก็มีปัญหา ตอนกลางคืนนะ...”

1.3. การเงิน อุปกรณ์และเทคโนโลยีการสื่อสาร พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ ค่าตอบแทน วัสดุอุปกรณ์ และการประชาสัมพันธ์ ค่าตอบแทน หมายถึง ค่าใช้จ่าย ค่าน้ำมันรถ ค่าแรง และสวัสดิการต่างๆ แก่ผู้ให้บริการอย่างเหมาะสม เพื่อตอบแทนการช่วยเหลือดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน โดยเกษตรกรชายเสนอว่า “...ก็เป็นเรื่องน้ำสินน้ำใจให้เค้านะค่าน้ำมัน ค่ากาฟงกาแพนนะ อดนอนด้วย...” และผู้ใช้บริการที่อายุน้อยที่สุดกล่าวด้วยน้ำเสียงที่จริงจังว่า “...เรื่องค่าน้ำมันแล้วน้ำมันก็แพง ทางก็ไกล บางทีไปไกลหลายหมู่บ้าน...” ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์สั่งการมากกว่า 10 ปี กล่าวด้วยน้ำเสียงเข้มว่า “...อยากให้มีสวัสดิการแก่เจ้าหน้าที่ทุกคนที่ออกปฏิบัติการทั้งไปและกลับในเส้นทางมารับส่งผู้ป่วยนะ...”

สำหรับวัสดุอุปกรณ์ หมายถึง การจัดให้มีอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ เครื่องมือสื่อสาร อุปกรณ์แปล อุปกรณ์ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และบัตรแสดงฐานะของผู้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน รวมทั้งรถที่ใช้ในการรับส่งผู้ป่วยจนถึงโรงพยาบาล โดยผู้ใช้บริการชายเสนอว่า “...เรื่องอุปกรณ์ก็ด้วยนะ มีพอเพียง แปล ชุดทำแผล ผ้าพันด้วยก็ดีแล้วนะ แต่ก็อยากให้มีต่อไป...” และหญิงสูงอายุได้กล่าวเพิ่มเติมด้วยน้ำเสียงเรียบๆ ว่า “...รถในหมู่บ้าน บ้าว่ามีหลายคันก็ดีนะ...” ส่วนอาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวด้วยเสียงเคร่งขรึมว่า “...ก็อยากช่วยเหลือผู้ป่วยเต็มที่ ก็น่าจะมีเรื่องออกซิเจน ที่น่ามีไว้ที่รถทุกคัน...” “...น่าจะมีอุปกรณ์แปลตัก...” และ “...ผมว่าน่ามีป้ายชื่อก็ดีนะ...”

ส่วนการประชาสัมพันธ์ หมายถึง การสื่อสารให้ประชาชนในพื้นที่รู้จักบริการการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยอาสาสมัครในหมู่บ้าน โดยเกษตรกรชายกล่าวเสนอว่า “...ผมอยากให้มีเรื่องประชาสัมพันธ์บ้าง หมู่อื่นเค้าไม่เข้าใจ รถอะไร ทำอะไร ผมว่าบางคนยังไม่รู้เลย อยากให้หมอพูด ชาวบ้านเค้าฟังกัน...” ส่วนอาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวว่า “...ผมว่าผู้นำชุมชน...เวลาที่มีประชุมผู้นำชุมชนก็ควรจะบอกแล้วอธิบายให้เข้าใจนะ...”

1.4. จุดเกิดเหตุ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ สถานที่เกิดเหตุไกล หมายถึง พื้นที่เกิดเหตุ ที่ผู้ใช้บริการต้องไปช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินอยู่ห่างไกล และไปลำบาก หากไม่ชำนาญเส้นทาง หรือผู้ใช้บริการบอกทางไม่ชัดเจน ส่งผลให้การไปช่วยเหลือล่าช้า ดังตัวอย่างคำพูดของอาสาสมัคร

ปฐมพยาบาล เช่น “...ก็เรื่องสถานที่เพราะพื้นที่ค่อนข้างกว้าง การแจ้งเหตุไม่ชัดเจน และเรื่องถนนไปลำบากเหมือนกัน ระยะทางจากโรงพยาบาลกว่าจะมาถึงช่วงแรกๆ 15-20 นาที เคยมาหลง หาทาง ไม่มีบ้านคน ก็นานเหมือนกันเป็นครึ่งชั่วโมงกว่าจะหาเจอ ติดต่อกันไปมา...กว่าจะเจอคนใช้...” ส่วนพยาบาลวิชาชีพกล่าวเสริมว่า “...คะ ถ้าเป็นทางโรงพยาบาลก็ลำบากเหมือนกัน เพราะพื้นที่กว้าง และเป็นเขาส่วนใหญ่เป็นเทือกกลางคืน เส้นทางในการบอกจุด จะบอกเป็นบ้านผู้ใหญ่ชื่อ... ต่างๆ เราก็ต้องถามให้ชัดเจนตรงไหนแน่คะ ช่วยแจ้งให้ชัดเจนด้วยนะคะ...”

2. กระบวนการ

2.1. การแจ้งเหตุ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การติดต่อ และการให้ข้อมูลภาวะเจ็บป่วย การติดต่อ หมายถึง วิธีการที่ผู้ใช้บริการบอกข้อมูลการเจ็บป่วย โดยติดต่อที่บ้านและทางโทรศัพท์กับผู้ใช้บริการโดยตรง จะทำให้ได้รับการบริการที่รวดเร็วกว่าการติดต่อโดยใช้เบอร์ 1669 ดังคำกล่าวของหญิงสูงอายุว่า “...โทรเบอร์เจ้าของรถสะดวก ไว อยู่ใกล้บ้านบ้า...” ซึ่งผู้ใช้บริการที่มีอายุน้อยที่สุดกล่าวเสริมว่า “...ไปเรียกที่บ้านให้มารับเลย...”

สำหรับการให้ข้อมูลภาวะเจ็บป่วย หมายถึง การบอกอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ เพื่อให้ศูนย์สั่งการประเมินภาวะเจ็บป่วยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน โดยอาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวด้วยน้ำเสียงจริงจังว่า “...ข้อมูลเจ็บป่วยนี้สำคัญมากมาก เพราะจะได้ทราบอาการเบื้องต้น แล้วการประเมิน การเตรียมการออกปฏิบัติการด้วยว่า ผู้ป่วยมีอาการเป็นอย่างไรบ้าง...” ส่วนผู้ใช้บริการหญิงสูงอายุกล่าวว่า “...บ้าเป็นความดันโลหิตสูง มีอาเจียนหลายครั้ง อีวกจนเหลือง นำกล้วมากด้วย บ้าไปใช้บริการไป 3 ครั้งแล้ว...”

2.2. การสั่งการออกกรีบทเหตุ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การออกไปรับผู้ป่วย หมายถึง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแจ้งข้อมูลแก่ผู้ใช้บริการออกกรีบทเหตุเพื่อไปช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน พร้อมบอกแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้น โดยพยาบาลวิชาชีพที่ศูนย์สั่งการของโรงพยาบาลกล่าว “...ต้องโทรบอกโรงพยาบาลอุทัย ในการประเมินการออกกรีบทเหตุ บางทีผู้ป่วยโทรมาบอกเรา แต่อยู่พื้นที่ระบ้า ก็จะทำให้เจ้าหน้าที่ไปที่จุดเกิดเหตุ แล้วเราก็จะเจอกันครึ่งทาง ก็ทำให้งานไปได้ด้วยความรวดเร็ว...” ส่วนผู้ใช้บริการชายอายุน้อยที่สุดกล่าวด้วยน้ำเสียงที่จริงจังว่า “... คงเป็นโรบลานลักลั่นนะ เพราะใกล้โรบลาน แล้วยิ่งโทรไปโรบลาน เค้ก็โทรต่อ ๆ กันมา ...”

2.3. การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ

สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การช่วยเหลือเบื้องต้น หมายถึง การสอบถามอาการ การปฐมพยาบาลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินตามที่ได้รับอบรมหรือฝึกปฏิบัติ โดยใช้เครื่องมือที่มีอยู่ในกระเป๋า และนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วและเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ใช้บริการชายกล่าวด้วยน้ำเสียงจริงจังว่า “... ก็ที่ผ่านมาก็มารีบ มาสอบถามอาการ เวลาอุบัติเหตุแขนขา เค้ก็ตามพันแผล ตอนที่ถูกเป็นไข้ เค้เช็ดเนื้อเช็ดตัว แล้วก็บอกกินยาลดไข้ด้วย เค้ยวี้แข็งแรง จะช้กันนะ แล้วดูแลส่งโรบลาน...” ส่วนอาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวว่า “...ก็ถ้าจะคลอดก็โทรหาหมอก่อน ก็ถามผู้ป่วยว่ามีน้ำอะไรไหลออกมามัย เป็นอย่างไรบ้าง เช็ดหน้า เช็ดตา ดู ถ้าคลอดขึ้นมา ก็ทำเหมือนตอนไปแข่งแรลลี่ก็มีฐานคลอด ก็ทำคลอดเลย อุปกรณ์เราที่มีในกระเป้านะ...”

2.4. การนำส่งโรงพยาบาล

สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การพาไปโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ใช้บริการตัดสินใจและนำผู้บาดเจ็บฉุกเฉินไปโรงพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง พร้อมทั้งดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินขณะส่งต่อไปโรงพยาบาลดังพยาบาลวิชาชีพกล่าวว่า “...ติดต่โรบลาน ให้เตรียมตัวให้พร้อม เราประเมินช่วยทำอะไรมาบ้าง ส่วนใหญ่ก็ไป 2 คนอยู่แล้ว ก็ hold mask มาก่อนเลย ก็พยายามรีบช่วย รีบเคลื่อนย้ายมาโรบลานให้เร็วที่สุด...” ส่วนผู้ใช้บริการหญิงสูงอายุกล่าวว่า “... เรื่องความดันเนี้ย ก็จะมีเรื่องหัวใจ ก็ตรวจแล้วครั้งนั้น หมอตรวจให้ก็ตอนที่เค้มารีบ แล้วก็ส่งโรบลาน เค้ดูแลปามาตลอดทางความดันขึ้นเยอะด้วย ใจสันแน่นหน้าอกไปหมด...”

2.5. สัมพันธภาพของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ

สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ความรู้สึกที่ติดต่อกัน หมายถึง ความสัมพันธ์ที่ดี ความรู้สึกที่เหมือนเพื่อน หรือบุคคลในครอบครัว ระหว่างผู้ใช้บริการกับผู้ใช้บริการ โดยชายอาชีพรับจ้างกล่าวว่า “...ฉันพี่น้อง ...” และ “...ฉันว่าเหมือนเพื่อนช่วยเพื่อน ...” ส่วนอาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวถึงปัญหาในช่วงแรกของการปฏิบัติงานว่า “...ที่ผ่านมาก็ไม่มีปัญหาอะไร แรกเค้ก็ไม่ค่อยมั่นใจเท่าไร ก็โทรเรียกรถโรบลานดีกว่า เพราะเป็นรถเก่าๆ ด้วย แต่หลังมานี้พอไปส่งผู้ป่วยเสร็จเค้ก็ขอบคุณเรา เราก้ภูมิใจนะ...”

2.6. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ความเต็มใจในการบริการ หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ใช้บริการ พร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ใช้บริการอย่างจริงจังและเต็มใจ โดยอาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวว่าน้ำเสียง



เรียบๆ ว่า “...ทำด้วยใจจริง ที่ผ่านมาก็เคยเจ็บป่วยนะ เราเคยเป็นคนป่วย ก็รู้สึกของผู้ป่วยกันดีว่า ทรมาณขนาดไหน ก็อยากให้หาย ไม่เจ็บ ไม่ป่วยนะ...” และหญิงอาชีพรับจ้างชื่นชมว่า “...ขนาดฟรีไม่ได้ชะบาท ก็ไปให้เลย ฉันทันทีแหละไปตามเค้ามารักษา เห็นมีคนรอหมอไซค์คว่ำอยู่ เงินช่วยชะบาทก็ไม่ให้ ฉันทจะไปทางตั้งค้ให้อยู่แล้ว สงสารช่วยเหลือ เลือดก็เลือด และไปส่งถึงบ้าน...”

3. ผลลัพธ์

3.1. ความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การป้องกันความเจ็บป่วยภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การดูแลช่วยเหลือมิให้ผู้บาดเจ็บเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย โดยอาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวน้ำเสียงจริงจังว่า “...ก็ต้องความปลอดภัย เพราะเราป้องกัน ไม่ว่าจะเลือด หรือแผล และการดูแลตามแนวทางของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสำคัญด้วย...” และหญิงที่อาชีพรับจ้างกล่าวว่า “... คิดว่าน่าจะจะมีเป็นการช่วยผู้ป่วย ที่บาดเจ็บนะที่มีความปลอดภัย...”

3.2. ระยะเวลาในการดูแลรักษา สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ระยะเวลาในการช่วยเหลือ หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ให้บริการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วและเหมาะสม โดยอาสาสมัครปฐมพยาบาลกล่าวว่า “...ก็คิดว่า น่าจะเป็นการบริการที่รวดเร็วของพวกเรา จะได้เปรียบเพราะใกล้เค้า เกิดเหตุเราก็รีบดูแล รีบโทรบอกโรงพยาบาล ตอนนีชวบ้านก็เค้าเข้าใจมากขึ้นนะ...” เช่นเดียวกับหญิงสูงอายุกล่าวว่า “...ป้าก็คิดว่าคือการบริการไว ดินะก็ดูแลดี ยิ่งช่วงนี้ป่วยกันบ่อยด้วย ก็เร็วมากๆ นะ...”

3.3. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญได้แก่ ความประทับใจ /ความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ โดยหญิงสูงอายุกล่าวถึงความประทับใจต่ออาสาสมัครปฐมพยาบาลว่า “...ฉันก็ประทับใจเค้านะ ฉันอ๊วกก็อ๊วก เค้าก็พาฉันมาดีมาก ตั้งค้ก็ไม่เสีย ค่ารักษาก็ไม่เสีย ไม่ได้บอกเค้าหรอก เกรงใจเค้า...”

การวิเคราะห์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล พบปัญหาและอุปสรรค ดังนี้

1. ด้านบุคลากร ควรเพิ่มจำนวนให้เหมาะสมกับพื้นที่บริการ ซึ่งค่อนข้างกว้าง และผู้ให้บริการควรมีอายุน้อยและสามารถอ่านเขียนหนังสือได้ รวมทั้งควรมีการเพิ่มความรู้ และ

พัฒนาทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างต่อเนื่อง

2. ขั้นตอนระบบการปฏิบัติงาน ที่มีหลายขั้นตอนและปรับเปลี่ยนตลอดเวลา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนดังกล่าวส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานตามระบบ และการบันทึกข้อมูลที่ละเอียดและตัวหนังสือในแบบฟอร์มเล็กน้อยก่อให้เกิดการผิดพลาดจนผู้ให้บริการ โดยเฉพาะอาสาสมัครปฐมพยาบาลถูกหักเงินค่าตอบแทน

3. การประชาสัมพันธ์ที่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินและบทบาทของอาสาสมัครปฐมพยาบาล ส่งผลให้ประชาชนยังได้รับบริการที่ไม่ทั่วถึง และไม่มั่นใจในการบริการ

4. วัสดุอุปกรณ์ ควรมีการเพิ่มเติมอุปกรณ์ทางการแพทย์ อาทิ อุปกรณ์เคลื่อนย้าย ถังออกซิเจน บัตรแสดงฐานะของผู้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน และปริมาณรถที่ใช้ในการรับส่งผู้ป่วยจนถึงโรงพยาบาล

5. การติดต่อสื่อสาร พบว่ายังขาดประสิทธิภาพ สัญญาณโทรศัพท์ไม่ดี ผู้ใช้บริการในพื้นที่จึงใช้วิธีการติดต่อที่บ้านโดยตรง หรือติดต่อที่เบอร์โทรศัพท์มือถือของอาสาสมัครปฐมพยาบาล ซึ่งจะทำให้ได้รับการบริการที่รวดเร็วกว่าการติดต่อโดยใช้เบอร์ 1669

6. จุดเกิดเหตุ พบว่า สถานที่เกิดเหตุไกล และความไม่ชำนาญเส้นทางในพื้นที่รวมทั้งผู้ใช้บริการบอกทางไม่ชัดเจนส่งผลให้การไปช่วยเหลือล่าช้า เนื่องจากผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่ใช่คนในพื้นที่

การอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการมีความสอดคล้องกัน ทั้งในด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ในด้านโครงสร้าง พบประเด็นสำคัญด้านผู้ให้บริการคือการเพิ่มจำนวนบุคลากรให้เหมาะสมกับพื้นที่ที่กว้าง มีอายุน้อย สามารถอ่านเขียนหนังสือ และเพิ่มการอบรมความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อาสาสมัครปฐมพยาบาล หมู่ 6 ตำบลระบำ มีจำนวน 2 คน ต่อประชากร 613 คน ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือ 10 คน/ หน่วยบริการระดับพื้นฐานที่รับผิดชอบประชากร 1 แสนคน⁽²⁾ อย่างไรก็ตามอาสาสมัครปฐมพยาบาลมีอายุเฉลี่ยมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และการอ่านเขียนหนังสือไม่แตกฉาน แม้ว่าจะสำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา⁽²⁾ ดังนั้นจึงน่าจะมีการทดสอบความสามารถใน

การอ่านออกเขียนหนังสือได้ตามเกณฑ์กำหนด และเพิ่มการฝึกอบรมในสถานการณ์จำลองที่เหมือนจริงในการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บฉุกเฉินทุก 1-2 ปี^(3,4,25)

สำหรับประเด็นสำคัญของแนวปฏิบัติในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน โดยผู้ให้บริการที่ผ่านการอบรมสามารถปฏิบัติตามคู่มือการปฏิบัติงานการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภออานนท์ จังหวัดอุทัยธานี ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁹⁾ อย่างไรก็ตาม การบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานที่มีจำนวนมากและตัวอักษรเล็ก ทำให้เจ้าหน้าที่ลงข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ถูกหักเงินค่าตอบแทน จึงควรมีการพัฒนากระบวนการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับหน่วยงาน^(25,26) เช่นเดียวกับระบบการปฏิบัติงานที่ซับซ้อน ปรับเปลี่ยนตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน ดังนั้นการปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติหรือขั้นตอนต่างๆ ต้องมีการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับทราบ

ส่วนประเด็นสำคัญด้านการเงิน อุปกรณ์และเทคโนโลยี การสื่อสาร ได้แก่ ค่าตอบแทน วัสดุอุปกรณ์ และการประชาสัมพันธ์ โดยอาสาสมัครปฐมพยาบาล ได้รับค่าตอบแทน 350 บาทต่อครั้ง และในเขตพื้นที่ตำบลระบำได้รับค่าตอบแทน ครั้งละ 500 บาท⁽²⁷⁾ ส่วนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง จะได้รับค่าตอบแทนครั้งละ 500 บาท และ 1,000 บาท ตามลำดับ⁽²⁾ ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสม เช่นเดียวกับวัสดุอุปกรณ์การปฐมพยาบาลที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลอานนท์ ส่วนอุปกรณ์การให้ออกซิเจนมีให้เฉพาะในรพปฏิบัติการณ์ขั้นพื้นฐานที่สถานีอนามัย ซึ่งทำให้อาสาสมัครปฐมพยาบาลที่พบผู้บาดเจ็บฉุกเฉินที่ต้องการออกซิเจน ไม่สามารถให้การพยาบาลได้ทันที นอกจากนี้อุปกรณ์เปลมีจำนวนจำกัดเพียง 1 ชุด ในรพปฏิบัติการณ์ของหมู่ 6 จึงไม่เพียงพอต่อการให้บริการในพื้นที่ รวมทั้งรถรับส่งผู้ป่วย จะเป็นของอาสาสมัครปฐมพยาบาล และต้องขอใบอนุญาตขับพาหนะตามที่กฎหมายกำหนด เช่นเดียวกับโทรศัพท์ที่ใช้สื่อสารจะเป็นของผู้ให้บริการ สำหรับบัตรแสดงฐานะของผู้ให้บริการของโรงพยาบาลอานนท์อยู่ในช่วงดำเนินการจัดทำ^(2,9) ทั้งนี้การประชาสัมพันธ์ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ประชาชนยังไม่เข้าใจการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล และบทบาทของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครปฐมพยาบาล จึงควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์

ประเด็นสำคัญของจุดเกิดเหตุ คือ สถานที่เกิดเหตุไกลเนื่องจากพื้นที่ศึกษาอยู่ห่างจากโรงพยาบาลอานนท์ประมาณ 17 กิโลเมตร ส่วนใหญ่เป็นป่าเขา หากไม่ชำนาญเส้นทางจะทำให้หลงทาง และเดินทางล่าช้าได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ เพ็ญรุ่ง บุญรักษา⁽²⁸⁾ และการศึกษาของ ศรีสุรีย์ เอื้อจิระพงษ์พันธ์⁽²⁹⁾ พบว่า อาสาสมัครกู้ภัยและเจ้าหน้าที่ตำรวจไปถึงที่เกิดเหตุได้เร็ว เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ที่มีความพร้อมกระจายในทุกพื้นที่ ดังนั้นการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เพื่อบอกจุดเกิดเหตุ และการประสานงานกับหน่วยงานที่มีข้อมูลการเดินทาง จะช่วยอำนวยความสะดวกในการเดินทางของทีมสุขภาพ⁽⁴⁾

การประเมินด้านกระบวนการ เริ่มจากการแจ้งเหตุ ซึ่งพบประเด็นสำคัญ ได้แก่ การติดต่อที่บ้านและทางโทรศัพท์กับผู้ให้บริการโดยตรงสะดวกกว่าการใช้เบอร์ 1669 และการให้ข้อมูลภาวะเจ็บป่วย ที่ครบถ้วน เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุกัญญา วัฒนะโชติ⁽³⁰⁾ พบว่า การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินมีปัญหาเรื่องระบบการติดต่อสื่อสารที่ไม่สะดวก แต่จากการวิเคราะห์วรรณกรรมของ ปัทมา โมลี และคณะ⁽⁴⁾ พบว่า การเข้าถึงระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ควรใช้โทรศัพท์หมายเลขเดียวกันทั่วโลก ทั้งนี้การสื่อสารต้องมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และเป็นการสื่อสารแบบสองทาง เพื่อได้ข้อมูลที่ทันสมัย เข้าใจง่าย นอกจากนี้หากผู้ป่วยและญาติสามารถให้ข้อมูลอย่างถูกต้อง จะช่วยเจ้าหน้าที่ในการประเมินสถานการณ์ และจัดส่งเจ้าหน้าที่ออกปฏิบัติการช่วยเหลือเบื้องต้น และนำส่งโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามในภาวะเจ็บป่วยทั้งผู้ให้บริการและญาติมักตื่นเต้นและวิตกกังวล จึงให้ข้อมูลความเจ็บป่วยแก่เจ้าหน้าที่ไม่ครบถ้วน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า การให้ข้อมูลในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งจะได้รับทั้งข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บาดเจ็บ อาการป่วย ที่อยู่ และจุดเกิดเหตุ⁽³¹⁾

การส่งการออกกรีบทเหตุ พบประเด็นสำคัญ คือ การออกไปรับผู้ป่วย ซึ่งปฏิบัติตามแนวทางระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลประเมินความรุนแรงของผู้บาดเจ็บ ส่งการแก่ผู้ให้บริการในการช่วยเหลือ พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติงาน และมีการประสานงานอย่างต่อเนื่อง^(17,32) เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ หรือการช่วยเหลือเบื้องต้นเกิดประสิทธิภาพ และนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วและเหมาะสม สอดคล้อง



กับการประเมินประสิทธิภาพของการช่วยชีวิตขั้นสูงตามแนวปฏิบัติ พบว่า การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานหรือขั้นสูงตามแนวปฏิบัติ ทำให้เพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย^(33,34) โดยการปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ ควรทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินเสียชีวิตเท่านั้น⁽⁴⁾ และรีบนำส่งโรงพยาบาล คือ การพาไปโรงพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง สอดคล้องกับการประเมินการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่า การนำส่งผู้บาดเจ็บให้ถึงโรงพยาบาลเร็วที่สุด และมีการเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือตลอดจนนำส่งถึงโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการที่รวดเร็วและปลอดภัย⁽²²⁾ ทั้งนี้ พรทิพย์สายสุด⁽¹³⁾ เสนอว่า ควรมีการปรับระบบการจราจร เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการนำส่งไปโรงพยาบาล ทำให้ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ทันที และมึประสิทธิภาพส่งผลต่อสัมพันธภาพของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ คือ ความรู้สึกที่ดีต่อกัน สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่า ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการมีความรู้สึกที่ดีต่อกัน^(30,35) ทั้งนี้ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ หรือความเต็มใจในการบริการเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมสัมพันธภาพดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่ต้องการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน^(36,37)

ส่วนการประเมินด้านผลลัพธ์ ซึ่งคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ระยะเวลาในการดูแลรักษา และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการซึ่งความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บฉุกเฉินพบประเด็นสำคัญ คือ การป้องกันความเจ็บป่วยภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ของชุมชนต่อการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ชุมชนมีความรู้สึกเชื่อมั่นว่าจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยก่อนนำส่งโรงพยาบาลจากหน่วยกู้ชีพ⁽⁵⁾ ส่วนระยะเวลาในการดูแลรักษาพบประเด็นสำคัญคือ ระยะเวลาในการช่วยเหลือที่รวดเร็วก่อนนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ ที่น้อยที่สุด จะช่วยลดอัตราการป่วย / ความพิการ และเพิ่มอัตราการรอด⁽¹³⁾ เช่นเดียวกับการวิเคราะห์วรรณกรรมของปีทมา โมลี และคณะ⁽⁴⁾ และ กาญจนา เซ็นนันท์ และคณะ⁽³⁾ ส่งผลให้เกิด ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ คือ ความประทับใจ / ความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ สอดคล้องกับการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุจากการจราจรทางบกของเจ้าหน้าที่มูลนิธิปอเต็กตึ๊ง⁽³⁵⁾ อย่างไรก็ตาม ผกามาศ ลุมมาศ⁽³⁶⁾ พบว่า ผู้ใช้บริการหน่วยงานอุบัติเหตุ มีความพึงพอใจต่อการบริการคิดเป็นร้อยละ 43.3 ซึ่งน้อยกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจ

คิดเป็นร้อยละ 82

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล สามารถอธิบายตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านบุคลากร พบว่า เจ้าหน้าที่มีจำนวนเพียงพออยู่แล้ว แต่ควรเพิ่มประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่ โดยการอบรมความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการรับอาสาสมัครปฐมพยาบาลควรปฏิบัติตามเกณฑ์กำหนดซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน^(3,4) ส่วนระบบการปฏิบัติงานที่ซับซ้อน การบันทึกข้อมูลทีละเอียด ตัวอักษรเล็ก และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงควรมีการประชุมปรึกษาในเรื่องขั้นตอนระบบการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน เช่นเดียวกับการพัฒนางานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน สภาครีเสตจอร์แห่งประเทศไทย ที่พบว่า รูปแบบงานที่มีความพร้อมมึประสิทธิภาพและเหมาะสมกับพื้นที่ ทำให้การดำเนินงานมึประสิทธิภาพและถูกต้องตามหลักวิชาการ⁽³⁸⁾ เช่นเดียวกับการประชาสัมพันธ์ที่ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ ควรมีการประชาสัมพันธ์ในเชิงรุก และให้ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยกู้ชีพที่เพียงพอและต่อเนื่อง⁽⁵⁾

ด้านวัสดุอุปกรณ์ที่ไม่พอเพียง จึงควรมีการเพิ่มอุปกรณ์ทางการแพทย์ อาทิ อุปกรณ์เคลื่อนย้าย ถังออกซิเจน บัตรแสดงฐานะของผู้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน และปริมาณรถที่ใช้ในการรับส่งผู้ป่วยจนถึงโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา วัฒนะโชติ⁽³⁰⁾ ที่เจ้าหน้าที่ตำรวจภูธรจังหวัดอุทัยธานี เสนอว่าการช่วยเหลือผู้ประสบภัยยังขาดความพร้อมเรื่องอุปกรณ์เครื่องมือ เช่นเดียวกับระบบการติดต่อสื่อสารที่พร่องประสิทธิภาพ จึงควรมีการพัฒนา ระบบการติดต่อสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ^(4,39) ส่วนจุดเกิดเหตุที่ไกลและผู้ให้บริการไม่ชำนาญเส้นทางในพื้นที่เกิดเหตุ ส่งผลให้การไปช่วยเหลือล่าช้า เนื่องจากผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่ใช่คนในพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นป้าเขา ทำให้หลงทาง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาหลายงานวิจัยที่พบว่า เจ้าหน้าที่ไปถึงที่เกิดเหตุได้เร็ว เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีความพร้อมกระจายทุกพื้นที่^(28,29,40) ดังนั้นจึงควรมีการกระจายอาสาสมัครปฐมพยาบาลให้ครบทุกพื้นที่บริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริการ ควรมีการทบทวนคุณสมบัติของอาสาสมัครปฐมพยาบาล และจัดอบรมความรู้และทักษะใน

การปฏิบัติงานอย่างน้อยทุกปี รวมทั้งเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์อย่างพอเพียง

2. ด้านการวิจัย ควรมีการค้นหาหน่วยบริการการดูแลผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ที่ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพของจังหวัดอุทัยธานี และศึกษาแนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อนำมาเป็นแบบอย่างในการวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่อื่นๆ ของจังหวัด

3. ด้านการศึกษา ควรมีการจัดอบรมการปฐมพยาบาลแก่ประชาชน ที่อยู่ในท้องถิ่นทุรกันดารหรือห่างไกลจากโรง

พยาบาล รวมทั้งการพัฒนาอาสาสมัครปฐมพยาบาล เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลานสัก และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยระยะป่าที่สนับสนุน และให้การช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการทุกคน ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยา ซาติบัญญัติชาชัย. ยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาอุบัติเหตุจราจร. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2545.
2. สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. กรุงเทพมหานคร: แอล.ที.เพรส; 2550.
3. กาญจนา เซ็นนันท์, อรพรรณ โตสิงห์, ศิริอร ลินธุ. การช่วยชีวิตของผู้บาดเจ็บในระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน: การวิเคราะห์วรรณกรรม. วารสารสภาการพยาบาล 2551;23:26-39.
4. ปัทมา โมลี, อรพรรณ โตสิงห์, ศิริอร ลินธุ. ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล: การวิเคราะห์วรรณกรรม. วารสารสภาการพยาบาล 2551;23:22-34.
5. เกศินี สราญฤทธิชัย, ดวงชีวัน บุรณะกิจ, ศิริกุล กุลเสียบ, สมใจ เจียรพะพงษ์, เสาวลักษณ์ แยมตรี, วิไลวรรณ วัฒนานนท์, และคณะ. การรับรู้ของชุมชนต่อการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่น: สำนักงานบริหารโครงการวิจัยและตำรา; 2546.
6. แท้จริง ศิริพานิช. บริการการรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาลในคนไข้ฉุกเฉิน (emergency medical service). วารสารอุบัติเหตุ 2542;18:9-16.
7. สุพรรณ ศรีธรรมมา. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย (พ.ศ.2549-2553) เพื่อเฉลิมพระเกียรติในโอกาสทรงครองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติ เรื่อง อุบัติเหตุจราจร ครั้งที่ 7; วันที่ 20-22 มิถุนายน พ.ศ. 2549; นนทบุรี: 2549.
8. สันต์ หัตถิรัตน์. การปฏิรูประบบสุขภาพฉุกเฉิน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
9. งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลานสัก. ข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลลานสัก อำเภอ ลานสัก จังหวัดอุทัยธานี. 2551. เอกสารอัดสำเนา
10. สมชาย กาญจนสุด. คู่มือการกู้ชีพก่อนถึงโรงพยาบาล และปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย; 2550.
11. Verdile V P, Krohmer JR, Swor R A, Spaite DW. Model Curriculum in emergency medical services for emergency medicine residency programs. Acad. Emerg. Med 1996;3:716-22.
12. กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. นนทบุรี: ศิริยอดการพิมพ์, 2551.
13. พรทิพย์ สายสุด. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ. รายงานประชุมวิชาการ กรมการแพทย์ประจำปี พ.ศ. 2549 โรงพยาบาลเลิดสิน; กรุงเทพมหานคร: 2547.
14. Sharma BR. Development of pre-hospital trauma-care system: An overview. Injury 2005; 36: 579-87.
15. งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลลานสัก. แนวทางการปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ โรงพยาบาลลานสัก อำเภอ ลานสัก จังหวัดอุทัยธานี. 2547. เอกสารอัดสำเนา.



16. อนุรักษ์ อมรเพชรสถาพร. แนวทางการพัฒนาศูนย์สื่อสารและระบบสื่อสาร. ใน: สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, บรรณานุกรม. หลักการการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ. ศ. 2551. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2551.
17. สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. หลักการการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2551.
18. นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ. กว่าจะได้มาตรฐาน emergency department. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง มาตรฐานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน; วันที่ 7-11 กรกฎาคม พ.ศ. 2551; ณ โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร: เอ็น.ที. เพรส; 2551.
19. สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย. กฎ ระเบียบและพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน. ใน: สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, บรรณานุกรม. หลักการการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2551.
20. จักรกริช ไชวศิริ. แนวทางการบริหารจัดการด้านการเงิน การคลัง. ใน: สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, บรรณานุกรม. หลักการการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2551.
21. สมเกียรติ ลลิตวงศา. การประชาสัมพันธ์และนำความรู้สู่สาธารณะ. ใน: สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, บรรณานุกรม. หลักการการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2551.
22. อรุณ จิรวัดน์กุล, วีระชัย โค้วสุวรรณ, พีระพงศ์ บุญสวัสดิ์กุล, บัญศรี ปรายณศักดิ์, กัลยา พัฒนศรี. การประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการ ผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2540.
23. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. ผู้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สุพีเรียพริ้นติ้ง; 2543.
24. Donabedian A. The Quality of care: How can it be assessed? JAMA 1988;260:1743-8.
25. Robertston-Steel I, Edwards S, Gough M. Clinical governance in pre - hospital care. J R Soc Med 2001; 94(Suppl):38-42.
26. สุภาภรณ์ ปรารมภ์. การบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
27. สถานีนอนามัยต่าบระบ่า อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี. ข้อมูลเวชสถิติสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี. 2552. เอกสารอัดสำเนา.
28. เพ็ญรุ่ง บุญรักษ์. การปฏิบัติงานร่วมระหว่าง อาสาสมัครกู้ภัยในสังกัดมูลนิธิปอเต็กตึ๊งและร่วมกตัญญูกับหน่วยกู้ชีพเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
29. ศรีสุรีย์ เอื้อจิระพงษ์พันธ์. การปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัยจราจรทางบกเบื้องต้นก่อนนำส่งโรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่ตำรวจและอาสาสมัครกู้ชีพ. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 254 2.
30. สุกัญญา วัฒนะโชติ. การช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุจราจรของเจ้าหน้าที่ตำรวจในจังหวัดอุทัยธานี. [สารนิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยมหิดล;254 2.
31. Krafft T, Garcia CL, Edward S, Fischer M, Overton J, Robertson-Steel I, et al. European Emergency data project: EMS data-based health surveillance system. Eur J Public Health 2003;13 Suppl 3: 85-90.
32. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. คู่มือการรับแจ้งเหตุและสั่งการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินศูนย์สั่งการ. จังหวัดอุทัยธานี; 2552.
33. Gentil R, Ramos LH, Whitaker IY. Nurses' training in pre-hospital care. Rev Latino-am Enfermagem 2008; 16:192-7.
34. Olasveengen TM, Vik E, Kuzovlev A, Sunde K. Effect of implementation of new resuscitation guidelines on quality of cardiopulmonary resuscitation and survival. Resuscitation 2009;80:407-11.
35. เพ็ญจันทร์ พูลศิริ. การช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการจราจรทางบกของเจ้าหน้าที่มูลนิธิปอเต็กตึ๊ง ในเขตกรุงเทพมหานคร. [สารนิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
36. ผกามาต ลขุมมาต. การศึกษารูปแบบการพยาบาลของงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในเชิงโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ กรณีศึกษา: โรงพยาบาลสระบุรี. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.



37. อิงอัมพร ทองดี. ความพึงพอใจในงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการโรงพยาบาลชุมชน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2549.
38. ชวัญจิตร มั่นศักดิ์. การพัฒนางานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน สภาคริสตจักรแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2546. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
39. พิงค์คำ พงศ์นภารักษ์. การพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ: กรณีศึกษาจังหวัด ขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
40. สุภาพ ไพศาลศิลป์. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุในเขตเทศบาล อำเภอหาดใหญ่: รายงานเบื้องต้น. วารสารศูนย์การศึกษาโรงพยาบาลสงขลา 2543;19:3-7.



Situational Analysis of Pre-hospital Care System for Emergency Patients in Selected Community.

Yamjirm N., M.S.N. (Community Health Nurse Practitioner)¹
Terathongkum S., Ph.D. (Nursing)², Piaseu N., Ph.D. (Nursing)²

¹ Registration Nurse, Lansak Hospital, Lansak District, Uthai Thani Province.

² Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10400.

Abstract

Objective: To analyze the situations of a pre - hospital care system for emergency patients.

Method: The samples were health care providers and clients of the pre-hospital care system at Rabum Sub-district, Lansak District, Uthai Thani Province. There were ten samples per group. Each group was then randomly selected into two sub-groups. Data were collected twice, three weeks apart, for 60 minutes each using focus group discussions and guiding questions based on Donabedian's Quality of Care Model. The data were analyzed by content analysis.

Results: The findings revealed that the emerged themes 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 guidelines and working systems are complicated and often change as well as more details of medical records and small letters 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 inexpert 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 changeable working system, equipment and communication.

Conclusion: The study suggested that the pre-hospital care system for emergency patients should effectively improve personnel, working system, equipment, communication and further study in other setting.

Key words: Pre-hospital Care System for Emergency Patients/ Emergency Patients

Corresponding author: Terathongkum, S., Ph.D., Piaseu, N., Ph.D.

Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Bangkok, Thailand 10400.

E-mail: rastj@mahidol.ac.th