

รายงานการวิจัย

เรื่อง

ประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลรัฐ

เขตสุขภาพที่ 3

Effective Management of Emergency Medical System of State Hospital

in Regional Health 3

ผู้วิจัย

ธรรมกวินวงศ์

สุเทพ

สินกิตติยานนท์

นฤมล

ปาณย์

อรพรรณ

มันตะรักษ์

ชนิดา

เลิศพิทักษ์พงศ์

รายงานวิจัยได้รับทุนสนับสนุนจาก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, ประธานคณะกรรมการ Service Plan สาขา ศัลยกรรมและอุบัติเหตุ, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, พิจิตร, ชัยนาท และ อุทัยธานี, ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์, พิจิตร, อุทัยธานี, บางมูลนาก และ วัดสิงห์, บุคลากรในหอออดเงิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์, พิจิตร, อุทัยธานี, บางมูลนาก และ วัดสิงห์ เขตบริการสุขภาพที่ 3 ที่ให้ข้อมูล การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน, ศ.นพ.ไพฑูริย์ สุริยะวงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะการวิจัย, ดร.นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ อาจารย์ ภาควิชา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้คำปรึกษาด้าน กระบวนการวิจัย ตลอดจนกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลพิจิตร ที่มีส่วนร่วมในการเก็บ ข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ขอขอบพระคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขที่สนับสนุนทุน ในการ ดำเนินการวิจัย จนสำเร็จเป็นรายงานฉบับสมบูรณ์ เพื่อเผยแพร่เป็นประโยชน์แก่โรงพยาบาลต่อไป

คณะผู้วิจัย

เมษายน 2558

บทสรุปผู้บริหาร

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 3 เป็นข้อค้นพบที่สำคัญในระดับปฏิบัติการ เพื่อสะท้อนการพัฒนา EMS สู่การเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับนโยบายและการขับเคลื่อนลงไปยังโรงพยาบาลในทุกระดับ

ข้อเสนอเชิงนโยบายในภาพรวม

1. นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินในระดับประเทศที่มีหน่วยงาน สพล.และสธจ. เป็นผู้กำหนดทิศทางและนโยบาย ควรทำความเข้าใจกับหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับผู้ปฏิบัติให้ชัดเจน เพื่อการปฏิบัติงานจะได้เป็นไปในทิศทางและแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ
2. กระทรวงสาธารณสุข และสพล.ควรวางแผนงบประมาณ ระยะยาว5-10 ปี สำหรับการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับตั้งแต่ A,S,M,F
3. ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ควรให้ความสำคัญกับระบบการแพทย์และฉุกเฉิน ทั้งใน Pre-Hospital Care และHospital Case ในด้านการจัดสรรงบประมาณจากรัฐ และการประสานงบประมาณ จาก อปท. เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินให้เกิดความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ
4. กลไกนโยบายด้านระบบบริการและการรักษาพยาบาล กรมการแพทย์ ควรเข้ามามีบทบาทร่วมกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) พัฒนาความรู้เชิงวิชาการให้สอดคล้องกับ Service Plan และการประเมินผลด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ
5. บุคลากรหลายสาขาที่มีบทบาทเฉพาะต่อการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, เวชกิจฉุกเฉิน, พยาบาลวิชาชีพ ควรมีการส่งเสริมในการพัฒนาต่อยอดความรู้และทักษะ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินประจำกับโรงพยาบาลที่ยังไม่มีแพทย์ประจำทั้งภายในจังหวัดและภายในเขต
6. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ อปท. เข้ามามีส่วนร่วม มีบทบาทและหน้าที่ในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ ร่วมกับจังหวัด และโรงพยาบาลในพื้นที่ เช่น แผนงบประมาณ, แผนฝึกอบรมในภาพอำเภอหรือจังหวัด, การสนับสนุน รถกู้ชีพ, รถยกและเครื่องตัดถ่าง

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลรัฐ
เขตสุขภาพที่ 3 ขอนำเสนอข้อค้นพบ และข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ

ข้อค้นพบ

1. กลไกเชิงนโยบายการติดตามและควบคุมกำกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินของเขตสุขภาพที่ 3 ใช้การประเมินผลตามตัวชี้วัดและการติดตามการตรวจราชการและนิเทศงาน
2. การควบคุมติดตามในภาพจังหวัด มีคณะกรรมการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานและนพ.สสจ. เป็นเลขานุการ บทบาทดำเนินการในการติดตามการใช้จ่ายงบประมาณ, การพัฒนาบุคลากรของด้านสาธารณสุขและ อปท. ซึ่งพบว่าการดำเนินงานอย่างเป็นระบบในบางจังหวัดเท่านั้น
3. การทำงานร่วมกับ อปท. ในภาพรวมของเขต 3 ส่วนมากมีการประสานความร่วมมืออย่างเป็นระบบระหว่างโรงพยาบาลกับ อปท. สำหรับด้านการนำของ อปท. ที่มีความสนใจในเรื่อง EMS อย่างจริงจังมีเพียงบางแห่ง ตัวอย่าง เช่น ที่เทศบาลตำบลห้วยดงจังหวัดพิจิตร เป็นหน่วยงานที่สามารถบริหารจัดการอย่างเป็นระบบและสามารถจ่ายเงินเดือนให้กับพนักงานกู้ชีพ/กู้ภัยได้

ข้อเสนอ

1. นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินในระดับประเทศที่มีหน่วยงาน สพล.และสธจ. เป็นผู้กำหนดทิศทางและนโยบาย ควรทำความเข้าใจกับหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับผู้ปฏิบัติให้ชัดเจน เพื่อการปฏิบัติงานจะได้เป็นไปในทิศทางและแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ
2. บทบาทการทำงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ยังไม่ชัดเจนในเรื่อง EMS แกนหลักของการทำงานไปอยู่โรงพยาบาล (รพศ./รพท.) ซึ่งเป็นศูนย์สั่งการ ควรปรับบทบาทให้มีส่วนร่วมอย่างจริงจัง และสามารถเป็นผู้นำเชิงระบบด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน แก่ โรงพยาบาลในจังหวัดและหน่วยงานอื่นๆ ควรเพิ่มบทบาทในการประสานงานกับ ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด, อปท.,มูลนิธิ เพื่อการดูแลและป้องกันร่วมกันในบริบท Pre-hospital
3. Role Model ด้านการพัฒนาระบบ EMS ในระดับจังหวัดหรือระดับเขต จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการถอดบทเรียนและเรียนรู้รวมถึงสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาระบบEMS
4. ส่งเสริมให้ รพ.สต. เข้าไปมีบทบาทในการประสานงานกับ อปท.ในพื้นที่ ให้เข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ยั่งยืนต่อไป

2. รูปแบบบริการ

ข้อค้นพบ

1. การบริการยังคงเน้นการดูแลผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการประชาชน (Customer focus) ทั้งภาวะฉุกเฉินและบาดเจ็บ ให้ความสำคัญกับระบบการดูแลผู้ป่วย Fast track ซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข คือ Fast track STEMI, Fast track Stroke และ Fast track Trauma ระบบการดูแลรักษาพยาบาล โดยใช้มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) มาพัฒนาคุณภาพทั้งในภาพโรงพยาบาลและ ห้องฉุกเฉิน และโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ยังคงเน้นหลักในการให้บริการ

2. การครอบคลุมในการให้บริการ ยังพบความเหลื่อมล้ำในแต่ละพื้นที่แต่ละโรงพยาบาล การเข้าถึงยังคงเป็นปัญหาระบบส่งต่อทั้งภายในเขตและภายนอกเขต ใช้ข้อตกลงร่วมตามระบบ Service Plan แต่ก็ยังพบข้อจำกัดที่รอการพัฒนาในระดับนโยบาย

3. การพัฒนาระบบบริการในรูปแบบเครือข่าย โดยใช้ระบบ Service Plan เขตสุขภาพที่ 3 มีจุดเด่นทั้งการเชื่อมโยงระหว่าง รพศ./รพท./รพช. ทั้งภายในจังหวัดและเขต เช่น การพัฒนาระบบ การให้คำปรึกษาโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) การสนับสนุนวิชาการและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM : Knowledge Management) รวมทั้งการเรียนรู้แบบไม่เป็นทางการในรูปแบบ EMS Rally

4. บริการกู้ชีพในเขต 3 ส่วนใหญ่ได้รับความร่วมมือจาก อปท.และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล มีการทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างหน่วยกู้ชีพ/กู้ชีพ ที่อยู่ในเขตเดียวกัน การส่งการหน่วยกู้ชีพในจังหวัด ศูนย์สั่งการอยู่ที่ รพศ./รพท.

5. การทำงานร่วมกับหน่วยสนับสนุนอื่นภายในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยใน, ห้องปฏิบัติการ, เอกซเรย์, ห้องผ่าตัดและหน่วยงานด้านการเงินการคลัง, ข้อมูลข่าวสารและการพัฒนาบุคลากร พบว่า มีการประสานงานกันอย่างเป็นระบบและดำเนินไปตามมาตรฐานและแนวทางที่วางไว้

ข้อเสนอ

1. กลไกนโยบายด้านระบบบริการและการรักษาพยาบาล กรมการแพทย์ ควรเข้ามามีบทบาทร่วมกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) พัฒนาความรู้เชิงวิชาการ เชิงรุกและการประเมินผลด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบและเป็นทิศทางเดียวกับ ระบบ Service Plan ที่เขตเครือข่ายบริการสุขภาพ ดำเนินการในปัจจุบัน

3. บุคลากร

ข้อค้นพบ

1. แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน สำหรับโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 3 ยังพบปัญหาเหมือนอดีตตั้งแต่เริ่มผลิต พบว่าไม่เพียงพอต่อจำนวนคนไข้ที่เพิ่มขึ้น มีหลายโรงพยาบาลกำลังศึกษาต่อและบางโรงพยาบาลเกิดภาวะสมองไหลไปโรงพยาบาลเอกชน

2. บรรยายการทำงานร่วมกับในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล พบว่า มีการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ มีการทำงานเป็นทีม มีความสุข ช่วยเหลือกันแบบพี่แบบน้อง รวมไปถึงมีบรรยากาศที่ดีกับการทำงานร่วมกับหน่วยกู้ชีพของ อปท.

3. การพัฒนาบุคลากร ของเขต 3 มีจุดเด่นในการพัฒนาความรู้วิชาการและการสร้างการปฏิสัมพันธ์ผู้ปฏิบัติงานทั้งในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ FR ของ อปท. มีการพัฒนาในรูปแบบเครือข่ายตั้งแต่ รพศ./รพท./รพช. เช่น การวิทยากรให้ความรู้เชิงวิเคราะห์และทักษะการปฏิบัติ, การจัด OD และ EMS Rally

ข้อเสนอ

1. บุคลากรหลายสาขาที่มีบทบาทเฉพาะต่อการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, เวชกิจฉุกเฉิน, พยาบาลวิชาชีพ ควรมีการส่งเสริมในการพัฒนาต่อยอดความรู้และทักษะ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินประจำกับโรงพยาบาลที่ยังไม่มีแพทย์ประจำทั้งภายในจังหวัดและภายในเขต

2. คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ โดยการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาลและหน่วยงาน อปท. ได้แก่ ค่าตอบแทนและจิตใจ, สวัสดิการ, การจัดอัตรากำลัง, การออกพื้นที่ของบุคลากรเพศหญิงตอนกลางคืนและการมอบหมายหน้าที่ให้มีความเหมาะสมกับบุคลากร

3. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ อปท. เข้ามามีส่วนร่วม มีบทบาทและหน้าที่ในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่กระบวนการการวางแผนยุทธศาสตร์ ร่วมกับจังหวัด และโรงพยาบาลในพื้นที่ เช่น แผนงบประมาณ, แผนฝึกอบรมในภาพอำเภอหรือจังหวัด, การสนับสนุน รถกู้ชีพ, รถยกและเครื่องตัดถ่าง

4. การเรียนรู้แบบไม่เป็นทางการ (EMS Rally) ควรขยายให้ครอบคลุมทุกจังหวัดในเขตและทุกคปสอ. ในระดับอำเภอเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้วยกันในพื้นที่

4. ระบบสารสนเทศ

ข้อค้นพบ

1. การเดินทางมาโรงพยาบาลของผู้ใช้บริการของเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ติดต่อผ่าน 1669 และมีความพึงพอใจมาก มีความปลอดภัย และให้คำแนะนำให้คนอื่นใช้บริการโดยผ่าน 1669 การติดต่อผ่านหมายเลข 1669 ยังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการสื่อสารในภาวะฉุกเฉินและอุบัติเหตุของประชาชน

2. มีการพัฒนาการสื่อสารระหว่างจุดเกิดเหตุกับศูนย์สั่งการและผู้ปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยกู้ชีพ โดยการวางแผนจัดทำ Application, การเชื่อมต่อทาง line, Internet ซึ่งเริ่มมีการใช้เพิ่มขึ้นอย่างแพร่หลาย

3. ระบบข้อมูลข่าวสารของเขตสุขภาพที่ 3 และภายในจังหวัด ยังพบว่าเป็นปัญหาเชิงระบบในภาพรวมของการบูรณาการข้อมูลแบบ Real time ซึ่งยังไม่สามารถวิเคราะห์ภาพรวมให้สอดคล้องกับภาวะ

เหตุการณ์ปัจจุบันได้อย่างสมบูรณ์ แต่ก็พบข้อดี ข้อมูลตัวชี้วัดและรายงานในการตรวจราชการและนิเทศงาน สามารถวิเคราะห์สถานการณ์และสรุปผลได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอ

1. ควรพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศให้เป็นเชิงระบบ สามารถเข้าถึงได้และเชื่อมโยงกับ สพจ. ให้เป็นข้อมูลปัจจุบันใช้โปรแกรมเดียวกันทั้งเขตจะช่วยให้ระบบข้อมูลสารสนเทศรวดเร็ว น่าเชื่อถือสามารถใช้อ้างอิงได้ และจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในเชิงป้องกัน รวมทั้งเป็นข้อมูลสำหรับการตรวจติดตาม การตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข
2. ควรพัฒนาโปรแกรมประยุกต์ หรือ Application เพื่อการสื่อสารและส่งข่าว ระหว่างจุดเกิดเหตุ กับศูนย์สั่งการและ FR เพื่อให้เป็น Single Commander และสามารถช่วยเหลือผู้ประสบเหตุได้ทันเวลา แม้ในสถานการณ์ที่มีปัญหาเชิงภูมิศาสตร์
3. ควรใช้ช่องทางสื่อสารที่ประชาชน พึงพอใจอยู่แล้ว ขยายฐานการประชาสัมพันธ์เชิงรุกให้ประชาชนเกิดความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

5. ระบบการเงินการคลัง

ข้อค้นพบ

1. กระบวนการจัดสรรเงินยังคงได้รับการจัดสรรจาก สพจ. และจาก สปสช. (กองทุนพัฒนาตติภูมิเฉพาะด้าน) ทำให้เกิดกิจกรรมในรูปแบบเครือข่ายมีกิจกรรมเผยแพร่ความรู้เชิงวิชาการ, การนิเทศงาน, การวางแผนจัดสรรทรัพยากรร่วมกันในเขต
2. ระบบการเงินการคลังของ อปท. (เทศบาล/อบต.) มีงบประมาณเพียงพอที่จะสนับสนุนให้ FR และระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital) ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ก็ยังพบปัญหาการขัดแย้งการใช้จ่ายเงินตามระเบียบของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) กับ อปท.

ข้อเสนอ

1. ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ควรให้ความสำคัญกับระบบการแพทย์และฉุกเฉิน ทั้งใน Pre-Hospital Care และ Hospital Case ในด้านการจัดสรรงบประมาณจากรัฐ และการประสานงบประมาณ จาก อปท. เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินให้เกิดความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ
2. เขตตรวจราชการและโรงพยาบาลในพื้นที่ ที่มีการทำงานร่วมกันกับ อปท. โดยตรง ควรทำความเข้าใจและหาข้อ ข้อสรุปร่วมกับสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน ในการจัดซื้อจัดจ้างรถยนต์กู้ชีพและอุปกรณ์ช่วยชีวิตประจำรถ ที่ส่งผล กระทบต่อการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง
3. กระทรวงสาธารณสุข และ สพจ. ควรวางแผนงบประมาณ ระยะยาว 5-10 ปี สำหรับการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และสหวิชาชีพเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับตั้งแต่ A,S,M,F

6. พัสตูและเทคโนโลยี

ข้อค้นพบ

1. บทบาทของสาธารณสุขและโรงพยาบาลสามารถควบคุมคุณภาพมาตรฐานรถกู้ภัยได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งก็ยังพบปัญหาการลักลอบนำรถที่ไม่ได้มาตรฐานมาบริการผู้ป่วยรวมถึงบางพื้นที่ไม่มีรถเพียงพอสำหรับการบริการ
2. เขตสุขภาพที่ 3 มีความร่วมมือกันเป็นอย่างดีในการใช้วัสดุอุปกรณ์ช่วยชีวิต เช่น ได้รับการบริจาคภาคเอกชนและมูลนิธิ ได้รับความสนับสนุนรถยกและเครื่องตัดถ่างจากป้องกันภัยจังหวัด

ข้อเสนอ

1. ควรให้ความสำคัญกับมาตรฐานของรถกู้ภัย โดยปรับให้เหมาะสมกับการใช้และพื้นที่ของการใช้งานรวมถึงการวางมาตรการป้องกันและการนำรถที่ไม่ได้มาตรฐานมาใช้ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ อปท. เข้ามามีบทบาทในการสนับสนุน EMS เช่น สนับสนุน รถกู้ชีพ, รถยกและเครื่องตัดถ่าง เนื่องจากภูมิศาสตร์ของจังหวัด ในเขตเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3 มีถนนเชื่อมต่อระหว่างจังหวัดเป็นถนนสายหลักทำให้โอกาสการเกิดอุบัติเหตุสูง

บทคัดย่อ

ปริมาณอุบัติเหตุทางถนน มีแนวโน้มสูงขึ้นส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตร่างกายตลอดจนทรัพย์สินอย่างประเมินค่ามิได้ สถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ขององค์การอนามัยโลก พบว่าประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิต 38.1 ต่อแสนประชากร และสูงเป็นอันดับ 3 ของโลก รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการผู้บาดเจ็บของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 โดยอาศัยการวิจัยแบบผสมผสาน การสำรวจผู้บาดเจ็บที่มารับบริการในห้องฉุกเฉิน จำนวน 382 ราย และการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม ผู้บริหารและบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาล จำนวน 59 คน ผลการวิจัย พบว่า ผู้บาดเจ็บที่มารับบริการเป็นผู้บาดเจ็บไม่รุนแรง มีค่าเฉลี่ยของเวลาที่ผู้บาดเจ็บอยู่รักษา ณ ห้องฉุกเฉิน 86.4 นาที มีผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่พอใจต่อการบริการของห้องฉุกเฉิน ในระดับมาก ส่วนมากเดินทางมาเองและส่วนที่มาโรงพยาบาล ด้วยรถกู้ชีพ ติดต่อผ่านโทรศัพท์หมายเลข 1669 ส่วนใหญ่ของคนกลุ่มนี้เห็นควรแนะนำผู้อื่นใช้บริการกู้ชีพ ที่ติดต่อผ่าน 1669 เพราะเชื่อว่ามีความปลอดภัยสูง การจัดบริการห้องฉุกเฉิน ยังพบปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการขาดแคลนอัตรากำลัง โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และ ความไม่พร้อมด้านอื่นๆ ได้แก่ การส่งต่อ, งบประมาณ, วัสดุครุภัณฑ์ และ สารสนเทศ รวมถึง การทำงานร่วมกับหน่วยกู้ชีพของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น, มูลนิธิและเอกชน ขาดการบูรณาการ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน วางแผนงบประมาณระยะยาว 5-10 ปี สำหรับการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและ บุคลากรหลายสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทเฉพาะต่อการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับตั้งแต่ A,S,M,F เน้นบริการเชิงรุก ทั้งใน Pre-Hospital Care และ Hospital Case รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามามีบทบาทมีส่วนร่วม กับ โรงพยาบาลเพื่อพัฒนาอุบัติเหตุฉุกเฉินอย่างจริงจัง

คำสำคัญ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน, การจัดบริการของห้องฉุกเฉิน

Abstract

Road accident tends to rise, resulting in enormous loss of lives and assets. According to statistics of deaths from road accident from The World Health Organization found that Thailand mortality rate was 38.1 deaths per 100,000 populations and 3rd in the world ranking. The purpose of this report was to study the situation of trauma care process in Ministry of Public Health hospitals in regional health 3 through mixed methodology research. 382 traumatic patients were randomized from Emergency Department and 59 of administrators and staffs were interviewed and group discussed.

The result found that most traumatic patients were urgent. The average time of care in Emergency Department was 86.4 minutes. Most were highly satisfied to the services. Most traumatic patients entered to hospital privately. Patients who came with ambulance would communicate directly through emergency call of 1669 in trust of the safety system. The problems of Emergency Room management were insufficient of medical personnel especially emergency physicians and inadequate of referral system, budgets, equipments and information system including lacking of coordinated work and integrations with Fast Responder unit of other local government and foundations.

The policy recommendations from this study were Ministry of Public Health and Emergency Medical Institute should long-term plan to support emergency physicians and other medical personnel for hospitals in any level from A,S,M to F in 5-10 years. Including encouragement of local government to participate in developing of emergency system.

Keywords. Medical Emergency System, Service in Emergency room

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	
หลักการและเหตุผล	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
ผลคาดว่าจะได้รับ.....	3
คำนิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดระบบบริการสุขภาพขององค์การอนามัยโลก.....	7
ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน.....	9
แนวคิดการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....	10
ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย.....	10
ข้อมูลทั่วไปและระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 3	24
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	28
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
การสำรวจสถานการณ์การมารับบริการด้วยวิจัยเชิงปริมาณ.....	34
การสำรวจจัดบริการด้วยวิจัยเชิงคุณภาพ.....	35
การพิทักษ์สิทธิ์.....	37
4 ผลการวิจัย	
ข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บที่มารับบริการ.....	38
การจัดบริการของห้องฉุกเฉิน.....	54
ประเด็นสำคัญที่กระทบต่อการเข้ารับบริการและจัดบริการ.....	60
5 อภิปรายผลการวิจัย	
อภิปรายผลการวิจัย.....	66
ข้อจำกัดการวิจัย.....	72
ข้อเสนอแนะ.....	72

บทที่	สารบัญ	หน้า
	เอกสารอ้างอิง.....	75
	ภาคผนวก.....	79
	เครื่องมือการวิจัย	
	ประวัติผู้วิจัย	
	ภาพกิจกรรมการเก็บข้อมูลภาคสนาม	

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 ข้อมูลพื้นที่ ประชากรและความหนาแน่นของประชากรของกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง.....	24
2 ข้อมูลเขตการปกครองของกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง.....	25
3 มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมของกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง.....	25
4 แสดงข้อมูลสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ เขตสุขภาพที่ 3.....	26
5 ประชากรจำแนกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2551-2556.....	26
6 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ เขตสุขภาพที่ 3..	26
7 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อเกิดและอายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 60 ปี (ปี 2546 และปี 2555).....	26
8 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูล.....	28
9 แสดงข้อมูลช่วงเวลาและระดับความรุนแรง ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3.....	39
10 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3	40
11 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามเพศ.	41
12 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามประเภทบัตรสิทธิ.....	41
13 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามที่อยู่ของผู้มารับบริการ.....	42
14 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามกลุ่มโรค.....	42
15 แสดงจำนวนและร้อยละ ผู้บาดเจ็บที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามประเภทผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน.....	43
16 แสดงค่าเฉลี่ยของเวลาที่ผู้บาดเจ็บอยู่รักษา ณ ห้องฉุกเฉิน	43
17 แสดงจำนวนและร้อยละของการสอบถามจากผู้บาดเจ็บที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน.....	44
18 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการห้องฉุกเฉิน เกิดขึ้นขณะที่	

ผู้ป่วยกำลังทำกิจกรรม.....	44
----------------------------	----

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
19	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามประเภทการเดินทางมาโรงพยาบาล	45
20	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามความพึงพอใจเมื่อใช้บริการรถกู้ชีพที่ติดต่อผ่าน 1669.....	45
21	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บใช้บริการรถกู้ชีพโดยผ่าน 1669 จำแนกตามความปลอดภัย	46
22	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่ให้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามการแนะนำให้ใช้บริการรถกู้ชีพโดยติดต่อ ผ่าน 1669	46
23	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามความพึงพอใจเมื่อใช้บริการรถกู้ชีพ ที่ไม่ได้ติดต่อผ่าน 1669.....	47
24	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บใช้บริการรถกู้ชีพโดยไม่ผ่าน 1669 จำแนกตามความปลอดภัย	47
25	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่ให้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามการแนะนำให้ใช้บริการรถกู้ชีพโดยติดต่อ ไม่ผ่าน 1669	48
26	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามความพึงพอใจเมื่อใช้บริการรถกู้ชีพ ของมูลนิธิ.....	48
27	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บใช้บริการรถกู้ชีพของมูลนิธิ จำแนกตามความปลอดภัย	49
28	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่ให้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามการแนะนำให้ใช้บริการรถกู้ชีพของมูลนิธิ.....	49
29	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามความพึงพอใจ.....	50
30	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่ให้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามการแนะนำให้มาใช้บริการ ที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล.....	50

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
31 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่ใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามความเข้าใจว่าป่วยเป็นอะไร.....	51
32 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามความเข้าใจจากได้รับคำแนะนำจากแพทย์เรื่องการใช้ยา.....	51
33 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่ใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามความเข้าใจ จากแพทย์ที่แนะนำข้อปฏิบัติเพิ่มเติม.....	52
34 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่ใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน เมื่อแพทย์นัดหมายให้กลับมาอีกครั้งจำแนกตามความเข้าใจ	52
35 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่ใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามคำแนะนำให้ปรับปรุงบริการห้องฉุกเฉิน.....	53
36 ข้อมูลทั่วไป ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3	54
37 ข้อมูลการให้บริการ ของห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 เปรียบเทียบกับแนวคิด WHO (Six building blocks frame work) ...	55

บทที่ 1

บทนำ

หลักการและเหตุผล :

ปัญหาด้านอุบัติเหตุทางถนน มีแนวโน้มสูงขึ้นส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตร่างกาย ตลอดจนทรัพย์สินอย่างประเมินค่ามิได้ สถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ขององค์การอนามัยโลก พบว่า ปี 2556 ประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิต จำนวน 13,365 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 38.1 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงเป็นอันดับ 3 ของโลก⁽¹⁾ ปฏิญญามอสโกให้ปี พ.ศ. 2554-2563 เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (Decade of Action for Road Safety)⁽¹⁾ ประเทศไทยมีมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 29 มิถุนายน 2553 กำหนดให้ ปี 2554-2563 เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน โดยมีเป้าหมาย เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของคนไทยลงครึ่งหนึ่ง หรือในอัตราที่ต่ำกว่า 10 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน และกำหนดกรอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยมีมาตรการการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จุดอันตรายซึ่งเป็นหนึ่งในแผนปฏิบัติการดังกล่าว ขั้นตอนในการจัดการจุดเสี่ยงอันตรายประกอบไปด้วยขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอน ที่สามารถดำเนินการได้โดยภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ การค้นหา การวิเคราะห์ การปรับปรุงและการเฝ้าระวังติดตาม⁽²⁾

จากข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุทางถนน และสถิติการเกิดอุบัติเหตุสะสม ปี 2557 พบจำนวน 23,736 รายเสียชีวิต 477 ราย รวมทั้งสิ้น 24,213 ราย⁽⁵⁾ ปี 2556 พบว่าจำนวนการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤติที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีแนวโน้มสูงขึ้น จากปี 2553 จำนวน 82,895 ราย และ ปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็น 155,431 ราย⁽⁵⁾ ด้านผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่มาด้วยระบบ EMS (สีแดง, เหลือง, เขียว) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 24.02 จากปี 2554⁽⁵⁾ กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงปัญหาด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เกิดขึ้น ตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระยะ 4 ปี (2557-2560) การพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ตามกลุ่มวัย โดยกำหนดให้เป็นเป้าหมายของเขตสุขภาพ ติดตามด้วยตัวชี้วัดร้อยละ ER/EMS ที่มีคุณภาพของ รพศ./รพท./รพช. (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)⁽²⁾ และผลการดำเนินงาน ในปี 2556 ภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 3 เท่ากับร้อยละ 66.67 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมาย⁽³⁾

ผลงานวิจัย การประเมินและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของสำนักงานวิจัย เพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) พบว่า ด้านการบริการนำส่งโรงพยาบาล

(ambulance service) การเข้าถึงบริการนำส่งยังจำกัดมาก นอกจากนั้นความคุ้มค่าในการกระจายบริการก็ยังน่าวิตก, ด้านการบริการของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีภาระบริการผู้ป่วยในที่เกินจำเป็น, ความขาดแคลนบุคลากรส่งผลกระทบต่อการทำงานเป็นทีมการวางแผนและใช้ประโยชน์จากข้อมูลเท่าที่ควร เนื่องจากอัตรากำลังคนมีความแตกต่างกันมากระหว่างโรงพยาบาล และด้านระบบสารสนเทศ ยังขาดการมีส่วนร่วม การสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ที่จะรองรับระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อเชื่อม(seamless health care)⁽⁶⁾ โครงการประเมินการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุนภายใต้นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคนของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) พบว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ ปัจจุบันไม่มีระบบสารสนเทศรองรับการแกะรอยผู้ป่วยตั้งแต่จุดเกิดเหตุไปจนถึงสิ้นสุดการรักษา จึงยังไม่รู้แน่ชัดว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเพียงใดเมื่อคำนึงถึงความซับซ้อนเร่งด่วนของภาวะฉุกเฉินที่ผู้ป่วยประสบและขีดความสามารถที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาล พบว่าเมื่อพ้นวิกฤตและต้องส่งต่อโรงพยาบาลเอกชนประสบปัญหาการหาเตียงให้ผู้ป่วยกลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมากที่สุด เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ไม่มีโรงพยาบาลต้นสังกัด ปัญหาที่รุนแรงมากในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และเชียงใหม่ แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุข ตระหนักดีและพยายามวางระบบรองรับแล้วก็ตาม

เขตสุขภาพที่ 3⁽³⁾ ตั้งอยู่ในภาคเหนือตอนล่างประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี และชัยนาท ประชากรรวมทั้งสิ้น 3,003,091 คน สถิติการการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ตั้งแต่ ปี 2554 -2556 พบว่า อัตราตายต่อแสนประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 2554 (26.9), 2555 (27.3), 2556 (29.1) เมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวมทั้งประเทศ 2554 (21.8), 2555 (21.9), 2556 (22.9) เขต 3 ยังสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และเมื่อเปรียบเทียบกับรายเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต ในปี 2556 พบว่า เขตสุขภาพที่ 3 อยู่ในอันดับที่ 4 อันดับ 1 เขต 6 (34.9), อันดับ 2 เขต 11 (29.6), อันดับ 3 (29.2) และจังหวัดที่มีอัตราตายมากที่สุดในเขต 3 ปี 2556 คือ จังหวัดชัยนาท (36.6) รองลงมาคือ จังหวัดนครสวรรค์ (32.4) จังหวัดกำแพงเพชร (27.6) จังหวัดพิจิตร (23.9) และจังหวัดอุทัยธานี (23.1)⁽⁷⁾ ด้านการดำเนินการการแพทย์ฉุกเฉินของเขตสุขภาพที่ 3 ยังพบปัญหาการพัฒนาเชิงระบบ เช่นระบบส่งต่อ ที่พยายามพัฒนาให้เกิดศูนย์ส่งต่อให้ครบทุกจังหวัด ส่วนด้านระบบสารสนเทศยังพบปัญหาความล่าช้า และความถูกต้อง ไม่มีศูนย์รวมข้อมูลข่าวสารในระดับเขต, การใช้บริการ 1669 ก็ยังพบมีผู้ใช้บริการน้อย และปัญหาที่เกิดในการบริการที่ยังด้อยคุณภาพ เกี่ยวข้องกับการขาดอัตรากำลังในวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และแพทย์ศัลยกรรมประสาท รวมทั้งเครื่องมือที่สำคัญมีไม่เพียงพอ เช่น เครื่องมือผ่าตัดสมอง⁽³⁾

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัย ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในห้วงฉุกเฉินโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการให้กับผู้บาดเจ็บที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงปัญหาอุปสรรค ผลการวิจัย คาดว่าจะเป็นข้อเสนอแนะให้กับกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน นำไปพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ใช้เป็นแนวปฏิบัติสำหรับห้วงฉุกเฉินและระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและเอกชน อันจะนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน สามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้มาใช้บริการ และส่งผลคุณภาพชีวิตของประชาชนมีสุขภาวะที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 3

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาการจัดบริการของผู้บาดเจ็บ ณ ห่วงฉุกเฉินของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ในด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ลักษณะผู้ป่วยที่มารับบริการ คุณภาพการนำส่ง ระยะเวลาที่ใช้บริการ การเดินทางมาโรงพยาบาล ความพึงพอใจ การแนะนำการใช้บริการ และในด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ รูปแบบการบริหาร, บุคลากร, การเงินการคลัง, สารสนเทศและการสื่อสาร, ระบบพัสดุและเทคโนโลยี ในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3
2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค ในด้านภาระงานและการบริหารบุคลากร, ความไม่พร้อมของโรงพยาบาล, ระบบสารสนเทศ และการบริหารจัดการ และการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3

ผลคาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อเสนอแนะการพัฒนาให้กับโรงพยาบาล ภาครัฐและภาคเอกชน นำไปพัฒนาปรับปรุง ห่วงฉุกเฉินและระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ
2. ผลการวิจัย สามารถใช้เป็นบทเรียนให้กับโรงพยาบาลในระดับต่างๆ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เทียบเคียงการพัฒนา เพื่อพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน
3. เพื่อเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางเชิงปฏิบัติการให้กับโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย

คำนิยามศัพท์เฉพาะ

ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ หมายถึง การจัดบริการของห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล เพื่อรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาใช้บริการ ในด้านภาวะการนำและอภิบาลระบบ, รูปแบบบริการ, บุคลากร, การเงินการคลัง, สารสนเทศและการสื่อสาร และพัสดุอุปกรณ์

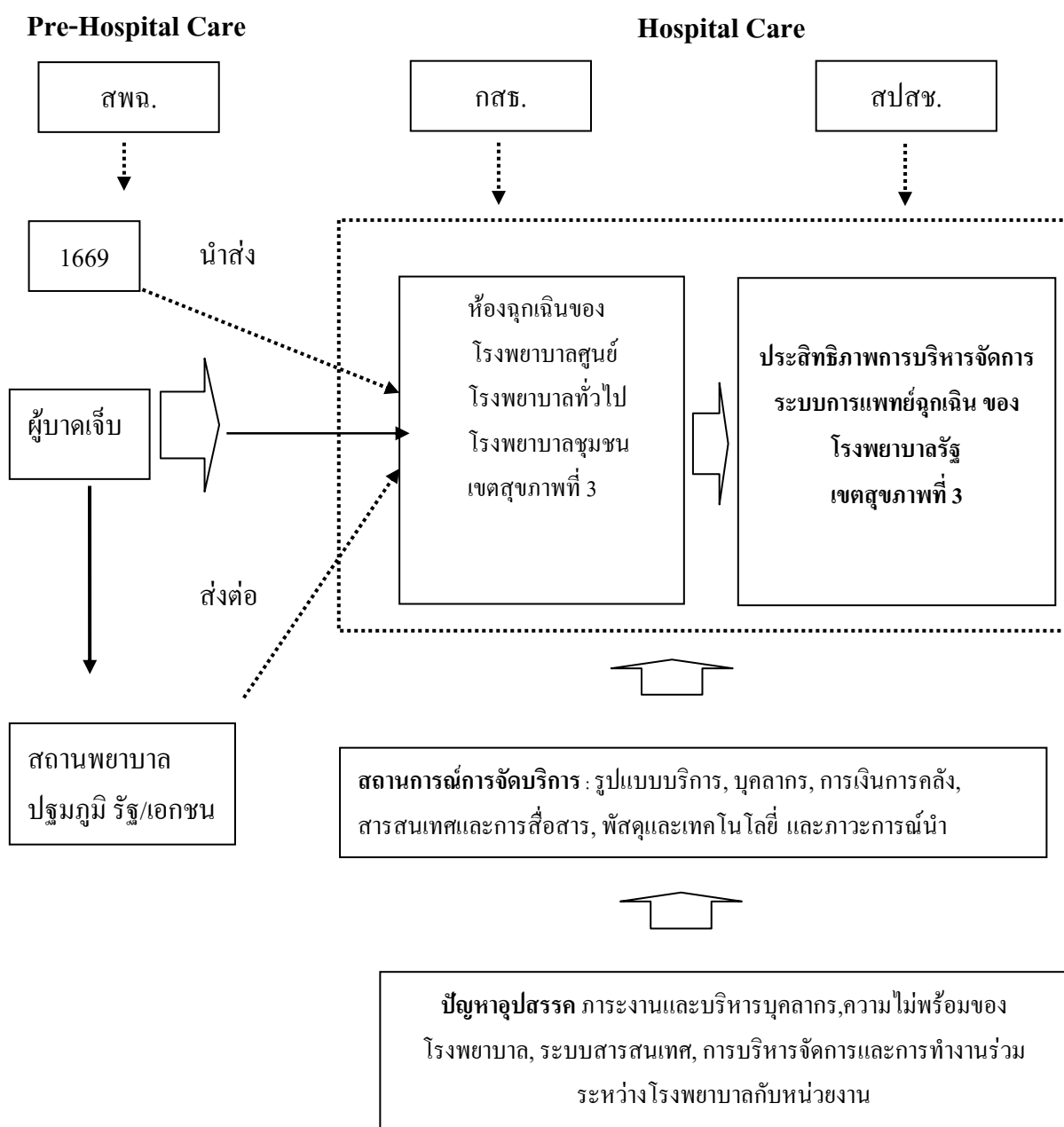
ผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ที่ได้รับอันตรายจากสาเหตุต่างๆ ที่เข้ารับการรักษานองานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3

การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การปฏิบัติการอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความต้องการการช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ ครอบคลุมตั้งแต่การรับแจ้งเหตุ การออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ การให้การดูแลช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ การลำเลียงหรือขนส่งผู้ป่วย การให้การดูแลระหว่างนำส่ง จนกระทั่งถึงห้องฉุกเฉิน และการนำส่งผู้ป่วยให้ได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง

องค์ประกอบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง องค์ประกอบด้านหน่วยงานที่ทำงานเชื่อมโยงกับห้องฉุกเฉิน ในด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ของห้องฉุกเฉินและภายนอกห้องฉุกเฉิน, ระบบข้อมูลข่าวสาร, ระบบการส่งต่อ, ระบบสนับสนุนอื่นๆ ได้แก่ กำลังคน, เครื่องมือ/วัสดุอุปกรณ์

โรงพยาบาลรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลรัฐที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 ประกอบไปด้วย โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย



การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะ ระบบการแพทย์และฉุกเฉินด้านการดูแลรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น (Hospital Care) ไม่ได้รวมถึงระบบการแพทย์และฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (Pre-Hospital Care) แต่ประเด็นสำคัญที่กระทบต่อการจัดบริการและการเข้าถึงบริการจะเชื่อมโยงถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุด้วย โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการบริหารเชิงระบบของ WHO (Six building blocks frame work)⁽⁴⁾ ร่วมกับ Cross Case analysis

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

1. แนวคิดระบบบริการสุขภาพ ขององค์การอนามัยโลก
2. ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน
3. แนวคิดเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
4. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินประเทศไทย
5. ข้อมูลทั่วไป ของโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 3
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดระบบบริการสุขภาพ ขององค์การอนามัยโลก

1.1 ระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบบริการต่าง ๆ ที่จัดขึ้นเพื่อเป็นการดูแลสุขภาพ ทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่เป็นแบบผสมผสาน หรือเฉพาะด้าน เฉพาะเรื่อง แบ่งได้ 3 ระดับ ได้แก่ ระบบบริการปฐมภูมิ ระบบบริการทุติยภูมิ และ ระบบบริการตติยภูมิ

เป้าหมายของการจัดการในระบบบริการสุขภาพ เพื่อที่จะบรรลุผลลัพธ์ คือ การเข้าถึง ความครอบคลุม คุณภาพและความปลอดภัยของประชาชน นอกจากจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นแล้ว ผลลัพธ์ของการจัดการยังต้องมีประสิทธิภาพ สร้างความเป็นธรรม ปกป้องคุ้มครองความเสี่ยงทั้งทางด้านสังคมและการเงิน และสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยระบบสุขภาพที่จะบรรลุถึงเป้าหมายเหล่านี้ ต้องประกอบด้วยองค์ประกอบขึ้นพื้นฐานอย่างน้อย 6 ประการ (The six building blocks)⁽⁴⁾ ได้แก่

1) การส่งมอบบริการ เป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพ และเป็นพื้นฐานที่ต้องปฏิบัติต่อประชาชน การส่งมอบบริการควรมีลักษณะสำคัญดังต่อไปนี้ 1.1) ความครอบคลุม จัดระบบบริการสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อตอบสนองความต้องการของประชากร โดยมีเป้าหมายการรักษาพยาบาล, ป้องกันโรค, สร้างเสริมสุขภาพ และบริการฟื้นฟูสุขภาพ 1.2) การเข้าถึงบริการ ได้โดยตรงและอย่างถาวร สามารถเข้าถึงได้โดยไม่มีอุปสรรคใดๆ ทั้งในเครือข่ายบริการในระดับปฐมภูมิ ในชุมชนหรือสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง 1.3) ออกแบบระบบบริการให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มที่เป็นเป้าหมาย ทั้งกลุ่มป่วย กลุ่มดี และกลุ่มเสี่ยง ในชุมชนและสังคม 1.4) ความ

ต่อเนื่อง การดูแลรักษาเป็นระบบเครือข่ายในทุกระดับ 1.5) คุณภาพ การบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูง จะต้องมีประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ตรงความต้องการของผู้ป่วยและในเวลาที่ยรวดเร็ว 1.6) คนเป็นศูนย์กลาง ให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยมีส่วนร่วมในการออกแบบการบริการ 1.7) ประสานงานในเชิงรุกทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพ และการบริการในทุก ระดับ ทั้งภาวะปกติและฉุกเฉิน รวมทั้งการประสานบริการกับภาคีเครือข่ายของสังคม 1.8) มีความ รับผิดชอบและมีประสิทธิภาพ ระบบบริการที่ดีมี ประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จต้อง มี ลักษณะมีความผิดพลาดน้อย และต้องยอมรับผลรวมของระบบบริการทั้งหมด

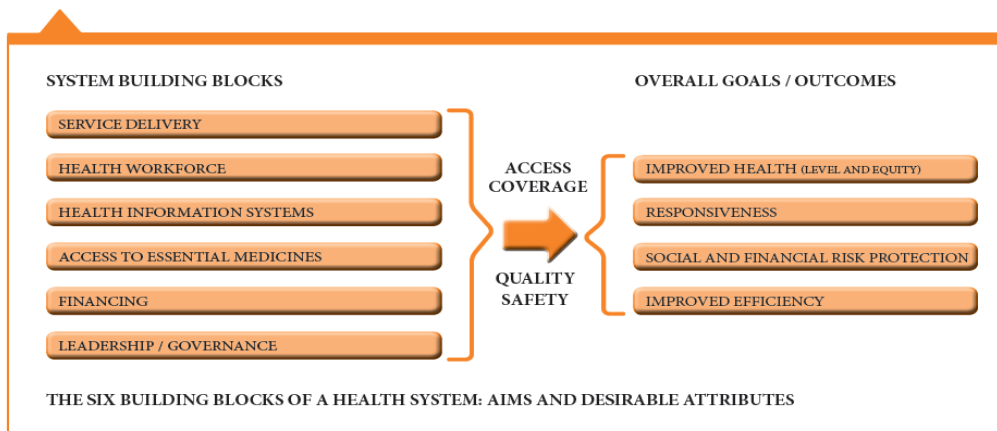
2) บุคลากรด้านสุขภาพ ในทุกประเภทโดยเฉพาะสายวิชาชีพ มีความสำคัญต่อระบบ สุขภาพ เป้าหมายของระบบสุขภาพต้องการบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ มีจิตใจในการบริการ สามารถ สร้างแรงจูงใจให้กับประชาชน ในการดูแลสุขภาพของตนเอง

3) ระบบสารสนเทศ เป็นระบบที่สำคัญที่เป็นเครื่องมือสื่อสาร เชื่อมต่อทั้งเชิง กระบวนการและผลลัพธ์ของระบบบริการ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลประชากร และข้อมูลการเฝ้า ระวังทางระบาดวิทยาจะช่วยให้ การแก้ปัญหาและการพัฒนาดำเนินไปอย่างถูกต้องและรวดเร็วทัน เหตุการณ์

4) การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยีที่จำเป็นต้องมีคุณภาพ และความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ เช่น การเข้าถึงยา จำเป็นต้องคำนึงถึง นโยบายของประเทศ การ ผลิต กลไกทางตลาด การค้าระหว่างประเทศ เพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ดี

5) ระบบการเงินทางด้านสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อบริหารจัดการให้ได้มาซึ่งเงินทุนใน การใช้จ่ายในระบบสุขภาพอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ทั้งในระดับบุคคล และภาพรวมทั้งระบบ บริการสุขภาพ

6) ภาวะการรณรงค์และการอภิบาล เป็นส่วนสำคัญ การรณรงค์และการอภิบาลที่ดี ทั้งใน เรื่อง กลยุทธ์ การกำกับดูแล การระดมทุน เป็นการสร้างความมั่นใจให้กับภาครับและเอกชน ที่จะ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง



ที่มา: The WHO Health Systems Framework (WHO, 2010:pp. 4) ⁽⁴⁾

ดังนั้นองค์การในระบบบริการสุขภาพ จึงมุ่งเน้นการบริหารจัดการองค์การ เพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัย สำหรับประเทศไทยได้นำแนวคิดนี้มาใช้ในระบบบริการสุขภาพเฉพาะเรื่อง ในปี 2557 กระทรวงสาธารณสุข ได้นำแนวคิดการจัดการในระบบบริการสุขภาพ (The six building blocks) (World Health Organization, 2010) มาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Systems : DHS) และการพัฒนาระบบบริการเขตสุขภาพ (Service Plan) ซึ่งเป็นนโยบายที่มีการขับเคลื่อนอย่างกว้างจนถึงปัจจุบัน

2. ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน

ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Health Service System) คือ ระบบบริการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินต่อสุขภาพ ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยเฉียบพลันด้วยโรคต่างๆ ระบบบริการฉุกเฉินจะต้องเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้

2.1 ระบบที่สามารถป้องกันการเจ็บป่วยเฉียบพลันและการบาดเจ็บได้

2.2 ระบบที่ให้การดูแลรักษาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและการบาดเจ็บตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงการรักษาในห้องฉุกเฉิน และส่งต่อถึงผู้ให้การรักษาต่อเนื่อง (Continuity Care) ต่อไป

2.3 ระบบที่ทำหน้าที่เป็นเครือข่ายความปลอดภัยสุดท้ายของชุมชน คือ กงไว้ซึ่งการบริการเมื่อระบบบริการสุขภาพอื่นไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยเงื่อนไขใดก็ตาม เช่น เงื่อนไขเวลา การจ่าย หรือภาวะวิกฤตของสังคม ดังนั้นจะต้องเป็นระบบบริการที่สามารถดำเนินการได้ตลอด 24 ชั่วโมง และดำเนินการได้เมื่อเกิดภาวะวิกฤตของชุมชน และต้องให้บริการด้วยความเสมอภาค โดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่ายของผู้รับบริการ

2.4 ระบบที่สามารถเฝ้าระวังการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการบาดเจ็บในชุมชนได้

3. แนวคิดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินประเทศสหรัฐอเมริกา (American College of Emergency Physicians [ACEP], 2000)⁽¹¹⁾ ให้ความหมายของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ระบบการบริการสุขภาพสำหรับการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ซึ่งมีความรุนแรงที่บุคคลทั่วไปเห็นว่าจะต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน (2551)⁽¹¹⁾ ได้ให้ความหมายว่าการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้าและการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน

วิภาดา วัฒนนามกุล (2550)⁽¹¹⁾ ให้ความหมายเพิ่มเติมว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ระบบการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อการประเมิน การจัดการ การรักษาพยาบาล ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่ การดูแลรักษานอกโรงพยาบาล การแจ้งเหตุฉุกเฉิน การให้คำแนะนำปรึกษาฉุกเฉิน การจัดหาหน่วยเคลื่อนที่เร็วไปช่วยเหลือนอกสถานที่ การนำส่งโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย รวมทั้งการบริการที่โรงพยาบาล ตลอดจนการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสมจนผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะฉุกเฉิน

สรุปได้ว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การบริการช่วยเหลือแก่ผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง อย่างเป็นขั้นตอน ตั้งแต่การรับแจ้งเหตุ การสั่งการ การออกปฏิบัติการ การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ รวมถึงการลำเลียงขนย้าย การส่งต่อด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย โดยทีมบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะกล่าวถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 3

4. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินประเทศไทย

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยมีวิวัฒนาการและ พัฒนาการตามยุคสมัย ดังรายละเอียด⁽¹¹⁾

4.1 พัฒนาการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบบริการทางสุขภาพที่มีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องและยาวนานในสังคมไทย ในยุคเริ่มต้นเป็นเพียงบริการเฉพาะด้านที่เน้นการปฏิบัติการในการขนส่งผู้ป่วยหรือผู้ได้รับบาดเจ็บไปส่งโรงพยาบาลหรือสถานบริการที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ได้รับบาดเจ็บเท่านั้นต่อมาได้มีการพัฒนามาเป็นระบบบริการที่มีการจัดการอย่างเป็น

ระบบในการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤติให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หากจะลำดับเหตุการณ์ของการพัฒนาการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินอาจจะแยกได้เป็น 4 ยุค ดังนี้

4.1.1 ยุคเริ่มต้น (ก่อนปี พ.ศ. 2513 - 2536)

การเริ่มต้นช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้เกิดอันตรายต่อประชาชนที่เป็นลักษณะการจัดองค์ที่ชัดเจน เริ่มจากภาคเอกชนเป็นหลัก โดยการก่อตั้งมูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง (พ.ศ. 2513) ต่อมา มีการจัดตั้งสภาอากาศไทย (พ.ศ. 2561) และมูลนิธิร่วมกตัญญู (พ.ศ. 2513) บทบาทการดูแลด้านการแพทย์ฉุกเฉินในยุคนี้ยังไม่ชัดเจนมากนัก โดยเป็นการส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บที่ได้รับอันตรายเข้าสู่สถานบริการ ซึ่งเป็นเรื่องของจิตอาสาและการแสดงออกถึงความเสียสละที่เป็นการแสดงบทบาทนำของภาคเอกชนโดยแท้จริง นับเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของระบบการช่วยเหลือเยียวยาในขั้นต้นโดยจิตใจและอุดมการณ์ที่ต้องการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกันที่ได้รับอันตรายในรูปแบบต่างๆ ซึ่งพบว่าประสิทธิภาพการช่วยเหลือดูแลตามหลักวิชาการด้านการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่เป็นที่พอใจมากนัก แต่เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย

4.1.2 ยุคพัฒนาเข้าสู่ภาครัฐ (พ.ศ. 2537 - 2545)

การเริ่มต้นการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในภาครัฐ ในช่วงแรกเป็นการพัฒนาตามความสนใจของหน่วยบริการในพื้นที่ในแต่ละพื้นที่เป็นหลัก และเป็นไปในรูปแบบการวางต้นแบบการพัฒนาการระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นระบบอย่างชัดเจนในภาครัฐมากขึ้น ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการประกาศใช้ พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2537 ส่งผลให้มีการจัดตั้งศูนย์ส่งกลับขึ้นในหลายโรงพยาบาล มีการจัดซื้อรถพยาบาลเพิ่มขึ้น โรงพยาบาล ที่เป็นต้นแบบได้เริ่มก่อตั้งหน่วยงานหรือศูนย์ที่ทำหน้าที่ดูแลและจัดการกับการจัดบริการแก่ผู้บาดเจ็บ ตัวอย่างเช่น การตั้งศูนย์ดูแลผู้บาดเจ็บในโรงพยาบาลขอนแก่น และการจัดตั้ง ศูนย์เรนทร ขึ้นในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้การจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินเริ่มได้รับความสนใจและมีการขยายผลไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขมากขึ้นเรื่อยๆ อาจจะกล่าวได้ว่าเป็นการเริ่มต้นพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเข้าสู่ภาครัฐและเริ่มได้รับความสนใจและแพร่หลายมากขึ้น

4.1.3 ยุควางรากฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (พ.ศ. 2545 - 2550)

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้ถูกวางระบบอย่างชัดเจนโดยการสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเกิดขึ้นภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย สปสช. ได้สนับสนุนบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยจัดสรรงบประมาณเป็นกองทุนบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2546 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการขามบาดเจ็บและฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง

พันท่วงทีอย่างทั่วถึงทั่วประเทศ และมีการสร้างระบบการสื่อสารการประสานงาน การควบคุมช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้วยระบบทางไกลอย่างมีประสิทธิภาพ นับว่าเป็นการวางรากฐานที่มั่นคงให้กับระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ

4.1.4 ยุคการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (พ.ศ. 2551 ถึงปัจจุบัน)

การประกาศใช้ พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ถือเป็นการเริ่มต้นของระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติตามหลักสากลอย่างแท้จริง โดยมีการออกกฎหมายเพื่อจัดโครงสร้างและวางระบบปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทั้งระบบ ทั้งการจัดการด้านบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน อย่างเป็นระบบ สาระสำคัญของกฎหมายกำหนดให้มีคณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (กพฉ.) เป็นองค์กรเชิงนโยบายในการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน และให้มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เพื่อทำหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการ การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและร่วมมือในการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในเชิงวิชาการและการบริหาร โดยการจัดให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม รวมถึงการศึกษาวิจัย และการจัดการศึกษาและฝึกอบรมทางการแพทย์ฉุกเฉินให้กับผู้เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังให้มีการจัดตั้งกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนด้านงบประมาณให้กับกิจกรรมการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินอีกด้วย พัฒนาการในช่วงนี้ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยถือว่าเป็นการพัฒนาตามหลักสากลและยอมรับว่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินเป็นบริการด้านสาธารณสุขที่สำคัญอีกบริการหนึ่ง

4.2 ลักษณะการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ ถึงแม้ว่าจะสามารถป้องกันได้ก็ตามการเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเกิดได้กับทุกคน โดยผู้นั้นอาจเป็นผู้เจ็บป่วยเองหรือคนรอบข้าง ดังนั้นการจัดการความรู้ให้ประชาชนมีความรู้และสามารถ ตัดสินใจในการแจ้งเหตุเมื่อพบเหตุจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างมาก เพราะสามารถทำให้กระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยมาถึงได้เร็ว ซึ่งตรงกันข้ามหากล่าช้าหน้าที่ที่สำคัญต่อชีวิตของผู้เจ็บป่วยจะหมดไปเรื่อยๆจนกระทั่งสายเกินแก้ไขได้

2. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและมีหมายเลขที่จำได้ง่ายเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างมากเช่นกันเพราะว่าเป็นประตุ

เข้าไปสู่การช่วยเหลือที่เป็นระบบแต่ผู้แจ้งเหตุอาจจะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องรวมทั้งมีความสามารถในการให้การดูแลขั้นต้นตามความเหมาะสมอีกด้วย

3. การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (response) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง advanced life support หน่วย หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น basic life support และ หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (first responder) โดยทุกหน่วยจะต้องมีความพร้อมเสมอที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่งและจะต้องมีมาตรฐาน กำหนดระยะเวลาในการออกตัวระยะเวลาเดินทาง โดยศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยก ระดับความรุนแรงหรือความต้องการของเหตุและสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

1) หน่วยบริการฉุกเฉินเบื้องต้น (first responder) เป็นอาสาสมัครที่ได้รับการอบรม การช่วยเหลือผู้ประสบเหตุฉุกเฉิน สามารถให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาลขั้นต้น เช่น การห้ามเลือด การตามกระดูก การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี การช่วยคลอดฉุกเฉิน เป็นต้น และมีผู้ออกปฏิบัติงาน จำนวน 2-3 คน

2) หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นต้น (Basic life support) เป็นหน่วยให้บริการของภาครัฐหรือเอกชนที่ได้รับอนุญาต บุคลากรผ่านการอบรมโดยเฉพาะสามารถให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาลขั้นต้น โดยใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น การห้ามเลือด การตามกระดูก การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี การช่วยคลอดฉุกเฉิน และขนย้ายผู้ป่วยได้สามารถให้ยารับประทานได้ ภายใต้การควบคุมของแพทย์ มีบุคลากรอยู่ประจำรถพยาบาลฉุกเฉิน 2 คน

3) หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง (Advanced life support) เป็นหน่วยให้บริการของภาครัฐหรือเอกชนที่ได้รับอนุญาต บุคลากรมีความสามารถเฉพาะ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรเฉพาะด้านที่ผ่านการอบรมเรื่องการช่วยชีวิตขั้นสูง สามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยวิกฤตการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพขั้นสูง ให้การรักษาตามแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐาน และขนย้ายผู้ป่วยส่งสถานพยาบาล รถพยาบาลฉุกเฉิน จะมีอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตขั้นสูงครบถ้วน รวมทั้งคู่มือการปฏิบัติงาน ยา และเวชภัณฑ์

4. การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน จะประเมินสภาพแวดล้อมและจัดการความปลอดภัยสำหรับตนและทีมผู้ปฏิบัติงานจากนั้นเข้าประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสมและให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ควบคุมระบบ โดยมีหลักในการดูแลรักษาว่าจะไม่เสียเวลา ณ จุดเกิดเหตุนานมากจนเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย กล่าวคือเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะเน้นความรวดเร็วในการนำส่งมากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินทางอายุรกรรม

5. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) หลักที่สำคัญยิ่งในการลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน คือ การไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้เจ็บป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีมาเป็นอย่างดี ในขณะที่ขนย้ายจะต้องมีการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะๆ ปฏิบัติการบางอย่างอาจอาจกระทำบนรถในขณะที่กำลังลำเลียงนำส่งได้ เช่น การให้สารน้ำการตาม ส่วนที่มีความสำคัญลำดับรองลงมา เป็นต้น

6. การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to Definitive care) การนำส่งไปยังสถานที่ใดเป็นการชี้ชะตาชีวิตและมีผลต่อผู้เจ็บป่วยได้เป็นอย่างมาก การนำส่งจะต้องใช้ดุลยพินิจว่าโรงพยาบาล ที่จะนำส่งสามารถรักษาผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินรายนั้นๆ ได้เหมาะสมหรือไม่นั้น ต้องคำนึงถึงเวลาที่เสียไปกับความสามารถที่ไม่ถึงและความไม่พร้อมของสถานพยาบาลนั้นๆ จะทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการหรือปัญหาในการรักษาพยาบาลอย่างไม่ควรจะเกิดขึ้น

4.3 การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ในแต่ละพื้นที่ควรพิจารณาองค์ประกอบหลักเหล่านี้ ได้แก่

1. ระบบการแจ้งเหตุ คือ การจัดให้มีระบบบริการ แจ้งเหตุที่ง่ายต่อการง่ายต่อการเรียก ง่ายต่อการถ่ายทอดข้อมูลง่ายต่อการได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นเพียงคำแนะนำการจัดหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปดูแล หรือการจัดหายานพาหนะเพื่อการลำเลียงนำส่งอย่างเดียวดังนั้นในแต่ละพื้นที่ควรมีสุนัขรับแจ้งเหตุสามารถ รับแจ้งเหตุจากประชาชนได้ด้วยหมายเลขที่ง่าย คือ 1669 โดยผู้แจ้งสามารถใช้ระบบโทรศัพท์ระบบใดก็ได้ในการแจ้งเมื่อแจ้งเหตุในพื้นที่หนึ่งควรตรงไปที่ศูนย์รับแจ้งเหตุของพื้นที่นั้นหากมีข้อผิดพลาดในการแจ้งจะต้องมีระบบเชื่อมโยงต่อให้ศูนย์รับผิดชอบของพื้นที่ได้รับทราบโดยเร็วที่สุด ศูนย์นี้จะต้องทำงาน 24 ชั่วโมง มีเจ้าหน้าที่ซึ่งมีความรู้ในระดับให้คำแนะนำด้านการรักษา พยาบาลขั้นต้นได้ประจำการและมีการตัดสินใจสั่งการและรับผิดชอบทางการแพทย์ (แพทย์ผู้ควบคุมระบบประจำการหรือติดต่อได้ทันที) ตลอดเวลา

2. ระบบการสื่อสาร ได้แก่ การจัดให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานระหว่างผู้ให้บริการ ระบบควบคุมทางการแพทย์ และโรงพยาบาลที่จะนำส่งควรมีความสามารถในการส่งข้อมูลได้ทันทีและมีช่องทางเลือกที่ใช้สำรองในกรณีที่ช่องสัญญาณหลักมีผู้ใช้งานอยู่ระบบนี้ควรครอบคลุมในพื้นที่ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ ไม่ว่าอยู่ในหุบเขา ในอาคารใหญ่หรือในเมืองที่มีอาคารสูงจำนวนมาก ปัจจุบันใช้ระบบการสื่อสารชนิด VHF ซึ่งในศูนย์รับแจ้งเหตุจะทำหน้าที่เป็นสถานีแม่ข่ายไปในตัว ระบบนี้เป็นการสื่อสารชนิดเปิดที่ผู้อื่นในเครือข่ายสามารถรับฟังได้ตลอดเวลาพร้อมกับระบบโทรศัพท์เซลล์ลาร์ ซึ่งสามารถสื่อสารรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละรายได้ดี

3. **หน่วยปฏิบัติการ** ปัจจุบันแบ่งหน่วยปฏิบัติการเป็น 4 ระดับ ตามความเหมาะสมของเหตุการณ์ที่แจ้งเหตุเข้ามาได้แก่ หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น และ หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ซึ่งเป็นหน่วยที่ดำเนินการโดยชุมชนในระดับตำบลหรือเทศบาล

4. **การจัดแบ่งพื้นที่ (Zoning)** แต่ละพื้นที่ควรมีการจัดแบ่งพื้นที่โดยพิจารณาถึงจำนวนประชากร ขนาดและระยะทางและระยะ เวลาในการเดินทางเพื่อให้เกิดการกระจายของหน่วยปฏิบัติการที่จะเข้าถึงผู้รับบริการ มีเกณฑ์เฉลี่ยจากการคำนวณพบว่าในสัดส่วนประชากร 100,000 คนต่อหน่วยปฏิบัติการระดับพื้นฐาน 1 หน่วย และสัดส่วนประชากร 200,000 คนต่อหน่วยปฏิบัติการระดับสูง 1 หน่วย เป็นเกณฑ์ที่เหมาะสม แต่ต้องคำนึงถึงระยะเวลาในการเข้าถึงหากช้าเกินไปก็ไม่เกิดผลดีแก่ผู้รับบริการ ในปัจจุบันอนุโลมว่าในเขตเมืองควรมีระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที และในเขตนอกเมืองไม่ควรเกิน 30 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อจำกัดของแต่ละพื้นที่

5. **บุคลากรและการอบรม** การออกแบบระบบควรคำนึงถึงบุคลากรที่จะกำหนดให้ใครทำหน้าที่อะไร ควรคำนึงถึงบุคลากรที่มีอยู่เดิมเป็นหลักและมองไปในอนาคตเพื่อหาความเหมาะสมที่ดีกว่า ในประเทศไทยระยะเริ่มแรก มีการพิจารณามูลนิธิที่เกี่ยวข้องในระบบดังนี้

5.1 แพทย์ ทำหน้าที่ควบคุมระบบเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นมีสถานะเหมือนกับที่แพทย์ที่ได้เป็นผู้ให้บริการเอง นอกจากนั้นยังมีบทบาทในการฝึกอบรมการจัดมาตรฐานระบบและการประเมินผล บทบาทนี้เป็นบทบาทที่คล้ายคลึงกันในระบบทั่วโลก

5.2 พยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการในระดับสูง (ALS) เป็นผู้ช่วยในระบบควบคุมทางการแพทย์ เป็นผู้สอนและพัฒนาหลักสูตรเจ้าหน้าที่ในระดับต่างๆ รวมทั้งประชาชนเป็นผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสม พยาบาลที่จะทำหน้าที่นี้ต้องได้รับการอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตรประมาณ 10 วันที่ว่าด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและ ACLS ซึ่งปัจจุบันนี้ได้มีการพัฒนาหลักสูตร Thai Advanced Life Support ขึ้นโดยคณะอนุกรรมการหลักสูตรและสอบด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินของแพทย์สภาซึ่งควรจะเป็นหลักสูตรที่เหมาะสม ที่สุดในการปฏิบัติการของหน่วยบริการในระดับ ALS

5.3 **เวชกรฉุกเฉิน** ในประเทศไทยในขณะนี้มีเวชกรฉุกเฉินอยู่ 3 ระดับ คือ เวชกรฉุกเฉินพื้นฐาน (EMT-Basic) เวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง (EMT-Intermediate) และเวชกรฉุกเฉินขั้นสูง (EMT-Paramedic) หลักสูตรในการผลิตเวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐานเป็นของกรมการแพทย์ ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคหลักสูตรนี้พัฒนามาจาก EMT-Basic ของสหรัฐอเมริกาหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินขั้นกลางหรือเรียกว่าเจ้าพนักงานกู้ชีพเป็นหลักสูตรเทียบเท่า EMT-Intermediate ของสหรัฐอเมริกาแต่ปรับให้เข้ากับระบบการศึกษาของประเทศไทย ทำเป็นหลักสูตร 2 ปี มีบทบาทสำคัญในการช่วยหน่วย

ปฏิบัติการระดับสูงในอนาคตจะมีการพัฒนาเพื่อให้เกิดขั้นบันไดสายวิชาชีพนี้ให้สามารถให้การดูแลรักษาในระดับ ALS ได้ มีการเรียนการสอนระดับมหาวิทยาลัยที่ได้รับปริญญาเวชการฉุกเฉิน ที่เทียบเท่าปริญญาตรีและสามารถปฏิบัติในระดับ ALS ได้เช่นเดียวกันกับ EMT-Paramedic

5.4 ชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาล (First Responder) โดยทั่วไปหมายถึงเจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัย อาสาสมัครเจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิงหรือกลุ่มบุคลากรที่ที่แสดงตนว่าพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและบริการประชาชน มักจะเป็นเจ้าหน้าที่ชุดแรกที่ไปถึงที่เกิดเหตุ ควรมีความรู้พื้นฐานหลักสูตรการอบรม 20 ชั่วโมงเป็นขั้นต่ำ สามารถให้การประเมินสภาพผู้ป่วยที่บอกได้ว่าผู้ป่วยต้องการการรักษายาบาลในระดับใด หากแน่ใจว่ามีความรู้แน่นน้อยสามารถดำเนินการลำเลียงขนย้ายเองแต่หากพบ ว่ามีความรู้แน่นสูงหรือไม่แน่ใจให้เรียกหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

6. กฎและระเบียบ กฎและระเบียบรองรับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ และการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย “ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” กฎและระเบียบบังคับต่างๆ มีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 รองรับ

7. การเงินการคลัง การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องใช้งบประมาณ ในการจัดตั้งและดำเนินการซึ่งแหล่งงบประมาณอาจมองได้ 2 มุมมอง คือส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น งบประมาณส่วนกลางอันได้มาจากภาษีอากรของประเทศระบบประกันสุขภาพต่างๆ ระบบประกันภัยและภาษีอากรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ภาษีเหล้าภาษีบุหรี่ ภาษีทะเบียนรถ เป็นต้น ควรมีส่วนการสนับสนุนการสร้างระบบในแต่ละท้องถิ่นตามลักษณะและปริมาณงานงบประมาณส่วนท้องถิ่นอันได้มาจากภาษีท้องถิ่นและงบประมาณ สนับสนุนขององค์กรส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทในการลงทุนส่วนใหญ่ของระบบในแต่ละท้องถิ่น ทั้งด้านครุภัณฑ์บุคลากรและ ระบบ

8. การประชาสัมพันธ์ มีความสำคัญช่วยให้ประชาชนที่จะเรียกใช้บริการสามารถเรียก ใช้บริการได้อย่างถูกต้องตามความจำเป็นและเหมาะสมกับคุณค่า ไม่ทำให้เกิดการใช้งานในด้านฟุ่มเฟือยเกินกว่าเหตุ มีความเข้าใจในระบบงานและเป้าหมายของการทำงาน รวมทั้งมีความรู้สึกเป็นเจ้าของระบบร่วมกัน

9. การมีส่วนร่วมของชุมชน จัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระบบที่จัดทำเพื่อชุมชนโดยโครงสร้างขององค์กรทุกภาคี ชุมชนควรมีส่วนร่วมที่จะจัดให้มีการทำความเข้าใจของสมาชิกในชุมชนถึงประโยชน์ที่จะได้รับการจัดกลุ่มอาสาสมัครภายในชุมชนการส่งเสริมความรู้ การเตรียมความพร้อมและการซ้อมแผน ปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินต่างๆ ที่เกิดกับชุมชนเองเป็นต้น ตัวแทนของชุมชนควรมีส่วนร่วมในคณะกรรมการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของท้องถิ่น

10. มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่มีเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำเป็นอันเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเชิงผลลัพธ์ การกำหนดมาตรฐานกลางควรจะต้องมีขึ้นในคณะกรรมการที่หน่วยงานและองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในขณะเดียวกันคณะกรรมการท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ควรมีบทบาทในการ ปรับปรุงรายละเอียดของแต่ละท้องถิ่นเอง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพภูมิประเทศ ศักยภาพเศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของท้องถิ่น โดยให้มีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการดำเนินงานที่เทียบเท่าเกณฑ์มาตรฐานกลาง

11. ระบบข้อมูล ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศ มีระบบข้อมูลเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันมีการกำหนดตัวแปรขั้นต่ำร่วมกัน สามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างเป็นปัจจุบันยกเว้นในบางพื้นที่ซึ่งไม่อาจสื่อสารกับพื้นที่อื่นได้เนื่องจากการขาดแคลนระบบสื่อสารที่จำเป็นปัจจุบันการพัฒนาาระบบข้อมูลโดยใช้ฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตเป็นฐานข้อมูลร่วมกันทั่วประเทศใช้ชื่อว่า โปรแกรม ITEMS

12. การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล แต่ละพื้นที่ที่มีการกำหนดโรงพยาบาลสำหรับนำส่งผู้ป่วยในกรณีสภาพต่างๆ เพื่อการจัดสนใจที่ทันการณ์และเกิดความเป็นธรรมระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยปฏิบัติการ และสะดวกต่อระบบควบคุมทางการแพทย์ที่ดูแลพื้นที่ ป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดจากการนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ที่ไม่เหมาะสมและอาจทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการหรือปัญหาด้านการรักษาพยาบาลได้

13. การรับผิดชอบโดยระบบควบคุมทางการแพทย์ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่ใช้บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ออกไปทำหน้าที่รักษาพยาบาลแทนแพทย์ จำเป็นจะต้องมีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ การรับผิดชอบดังกล่าวอาจทำได้โดยตรง คือ การควบคุมสั่งการโดยตรงผ่านวิทยุสื่อสารหรือโทรศัพท์ (Online or Direct) หรือทางอ้อม (Offline or Indirect) โดยการผ่านเอกสารมอบหมายที่เรียกว่า Protocol และ Standing order ระบบควบคุมทางการแพทย์ดังกล่าวอาจกระทำโดยแพทย์ที่ได้รับมอบหมายที่เรียกว่า Medical Director หรือโดยคณะกรรมการที่มีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ

14. การประเมินผล การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญมากเนื่องจากเกี่ยวข้องกับคุณภาพการรักษาพยาบาลและสวัสดิภาพของผู้ป่วย มีส่วนช่วยให้ระบบมีการเฝ้าดูจากภายนอกและจากประชาชนในพื้นที่ เนื่องจากอาจเกิดการใช้ทรัพยากรผิดและมีผลประโยชน์ส่วนบุคคลเกิดขึ้นได้

4.4 พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

มีการกำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะในการดำเนินการดังนี้

1. เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) ให้มีประสิทธิภาพและอย่างทั่วถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีคุณภาพอย่างทันทั่วทั้งที่รวมถึง การปฐมพยาบาล การแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การให้คำแนะนำปฏิบัติการฉุกเฉิน การรักษาพยาบาล นอกโรงพยาบาล รวมทั้งการจัดหน่วยปฏิบัติการเคลื่อนที่เร็วไปช่วยเหลือและดูแล การลำเลียงขนย้าย จนถึงการนำผู้ป่วยส่งมอบต่อสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสมอย่างปลอดภัย
2. เพื่อพัฒนาระบบบริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่างๆ ให้ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ โดยมีบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ และเจตคติ ตลอดจนมีความชำนาญและประสบการณ์อยู่ให้บริการประจำตลอดเวลา
3. เพื่อพัฒนาระบบบริการห้องฉุกเฉินให้พร้อมช่วยเหลือดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติได้อย่างประสานสอดคล้องกับการจัดการภัยพิบัติโดยรวม
4. เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนทรัพยากร และจัดระบบการเงินการคลังที่สามารถสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน
5. เพื่อพัฒนากลไกการบริหารจัดการให้มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพในทุกระดับอย่างทั่วถึง

เป้าหมายในการดำเนินงาน

1. ในปี 2555 ผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤตและเร่งด่วนอย่างน้อยร้อยละ 50 ได้รับการช่วยเหลือหรือนำส่งด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน
2. ในปี พ.ศ. 2555 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินลดลงจากปี พ.ศ. 2551 อย่างน้อยร้อยละ 15
3. ในปี พ.ศ. 2555 มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน โดย
 - 3.1 มีหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการได้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน
 - 3.2 มีปฏิบัติการฉุกเฉินที่โรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ รวมทั้งการส่งต่อที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชน
 - 3.3 มีระบบและกลไกการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น
 - 3.4 มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่พร้อมช่วยเหลือและรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติได้อย่างประสานสอดคล้องกับการจัดการภัยพิบัติโดยรวม
4. ในปี พ.ศ. 2555 บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีคุณภาพในจำนวนที่เพียงพอ ได้แก่
 - 4.1 มีแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน อย่างน้อย 2 คนต่อหนึ่งจังหวัด

4.2 มีบุคลากรประเภทต่างๆ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและจำนวนเพียงพอตามมาตรฐาน

4.3 มีระบบการสร้างแรงจูงใจในการทำงานการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งด้านการเงินและมีใช้การเงิน

5. ในปี 2555 มีระบบข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบการจัดการ การสร้าง และการกระจายความรู้เพื่อสนับสนุนการจัดการและการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

4.5 แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556 – 2559

เพื่อให้การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสอดคล้องกับสถานการณ์และสามารถป้องกันความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น ประกอบกับใน ปี พ.ศ. 2555 เป็นปีที่สิ้นสุดการดำเนินการตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 1 คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินโดยคณะกรรมการกำกับและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจึงร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ได้ปรับปรุงแผนหลักที่มีอยู่เดิมและจัดทำเป็นแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556 – 2559

เพื่อใช้เป็นกรอบการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ตั้งแต่ระดับท้องถิ่นจนถึงระดับประเทศ ให้สามารถปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันได้อย่างเป็นระบบแบบบูรณาการ มีทิศทางเดียวกัน โดยได้มีมติอนุมัติให้ดำเนินการตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 เมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2555 และเสนอต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อขออนุมัติให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการจัดทำหรือปรับปรุงแผนปฏิบัติการและงบประมาณรองรับ โดยมีรายละเอียดที่สำคัญดังนี้

วิสัยทัศน์

“ประเทศไทยมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ซึ่งบุคคลเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย โดยมีการจัดการอย่างมีส่วนร่วม”

พันธกิจ

1. พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานซึ่งบุคคลเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม
2. ส่งเสริมภาคีเครือข่ายให้มีความเข้มแข็งและมีการบริหารจัดการที่ได้อย่างมีส่วนร่วม
3. พัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินให้พร้อมรับภาวะสาธารณภัย
4. พัฒนาระบบการเงินเพื่อสนับสนุนการแพทย์ฉุกเฉินให้เพียงพอและยั่งยืน
5. ประสานความร่วมมือด้านการแพทย์ฉุกเฉินกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ

เป้าประสงค์

1. ทุกท้องถิ่นและพื้นที่ที่มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานซึ่งบุคคลเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม
2. ทุกหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องมีการบริหารจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดตามมาตรา 33 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551
3. ทุกจังหวัดมีการเตรียมการด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้พร้อมรับสาธารณภัย
4. มีการบูรณาการระบบงบประมาณของหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ดำเนินการตามแผน

หลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้อย่างเพียงพอและยั่งยืน

5. มีการประสานความร่วมมือระดับประเทศในด้านการแพทย์ฉุกเฉินกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ

กลยุทธ์ที่ตอบสนอง

1. การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม
2. การพัฒนาหลักเกณฑ์ กลไก และการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี
3. การพัฒนาการเตรียมการด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้พร้อมรับสาธารณภัย
4. การพัฒนาระบบการเงินและงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ
5. การประสานความร่วมมือกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ
6. การพัฒนาระบบสารสนเทศและการสื่อสารให้รองรับการตัดสินใจเชิงนโยบายการบริหารจัดการ การปฏิบัติการ และการประเมินผลได้
7. การสร้างเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมและการจัดการความรู้

กลยุทธ์ที่ 1 การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการฉุกเฉิน (ก่อนชุดปฏิบัติการไปถึง, ก่อนถึงสถานพยาบาล, ณ สถานพยาบาล และการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล) ให้ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันในทุกท้องถิ่นและพื้นที่

เป้าหมาย

1. ทุกท้องถิ่นและพื้นที่ที่มีการปฏิบัติการฉุกเฉิน (ก่อนชุดปฏิบัติการไปถึง, ก่อนถึงสถานพยาบาล, ณ สถานพยาบาล และการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล) ที่ได้มาตรฐานซึ่งบุคคลเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม
2. มีองค์กรและหลักสูตรการศึกษาหรือฝึกอบรมที่มีขีดความสามารถผลิตและพัฒนาคุณภาพผู้ปฏิบัติการที่ปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูงและปฏิบัติการอำนวยการที่ได้มาตรฐานอย่างเพียงพอ

กลยุทธ์ที่ 2 การพัฒนาหลักเกณฑ์ กลไก และการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี
วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งระดับประเทศ ภูมิภาค และท้องถิ่น ให้มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้บริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ดีในท้องถิ่น
3. เพื่อพัฒนาระบบการกระจายและการธำรงรักษาผู้ปฏิบัติการให้คงอยู่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสมและเพียงพอ

เป้าหมาย

1. มีโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการฉุกเฉินระดับประเทศ ภูมิภาค และท้องถิ่น ที่มีประสิทธิภาพ
2. มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้บริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในท้องถิ่นตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนดขึ้นตามมาตรา 33 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551
3. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในทุกท้องถิ่นได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล โดยมีจำนวนและการกระจายผู้ปฏิบัติการอย่างเพียงพอตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

กลยุทธ์ที่ 3 การพัฒนาการเตรียมการด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้พร้อมรับสาธารณภัย
วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีแผนและการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะสาธารณภัยที่เป็นเอกภาพ ทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และ ท้องถิ่น
2. เพื่อพัฒนาผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล รวมทั้งชุมชน ให้พร้อมรับสาธารณภัย ตามแผน

เป้าหมาย

1. มีแผนและการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะสาธารณภัยที่เป็นเอกภาพ ทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และท้องถิ่น
2. มีผู้ปฏิบัติการ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก และวิธีการปฏิบัติของหน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาล รวมทั้งชุมชนที่พร้อมรับสาธารณภัยตามแผน
3. มีการปฏิบัติการหรือฝึกซ้อมตามแผน รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อให้บุคคลมีความตระหนักทั้งในระดับชุมชน ท้องถิ่น ภูมิภาค ประเทศ และนานาชาติ

4. มีระบบการประสานงานกับหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องในการจัดการสาธารณสุขทั้งในระดับนานาชาติ ประเทศภูมิภาค และท้องถิ่น

5. มีระบบการบังคับบัญชาด้านการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์สาธารณสุขทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และท้องถิ่น

6. มีระบบข้อมูล สารสนเทศ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในสถานการณ์สาธารณสุขทุกจังหวัดมีการประเมินความพร้อมด้านการแพทย์ฉุกเฉินในการตอบสนองสาธารณสุข

กลยุทธ์ที่ 4 การพัฒนาระบบการเงินและงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีการบูรณาการระบบงบประมาณของหน่วยงานหรือกองทุนหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ดำเนินตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างเพียงพอและยั่งยืน

เป้าหมาย

1. มีการบูรณาการระบบงบประมาณของหน่วยงานหรือกองทุนหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อสามารถดำเนินตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างเพียงพอ

2. มีงบประมาณและรายได้อื่นอย่างเพียงพอในการปฏิบัติการและพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานและเหมาะสมกับสถานการณ์และพื้นที่

3. มีการบริหารระบบการเงินที่ดี มีประสิทธิภาพ ยั่งยืน และเหมาะสมกับสถานการณ์และพื้นที่ รวมทั้งมีงบประมาณสำรองจ่ายสำหรับภาวะฉุกเฉินและภาวะสาธารณสุข

4. มีการพัฒนากลไกการจ่ายเงินสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และควบคุมค่าใช้จ่ายได้

กลยุทธ์ที่ 5 การประสานความร่วมมือกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีการประสานความร่วมมือระดับประเทศในด้านการแพทย์ฉุกเฉินกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ

2. เพื่อเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์ฉุกเฉินรองรับผู้ปฏิบัติการจากประชาคมอาเซียนและผู้ป่วยฉุกเฉินชาวต่างชาติ

เป้าหมาย

1. มีการประสานความร่วมมือระดับประเทศในด้านการแพทย์ฉุกเฉินกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ

2. มีความพร้อมในการรับผลจากการเปิดเสรีอาเซียนทั้งด้านผู้ปฏิบัติการและผู้ป่วย
ฉุกเฉินระหว่างชาติ

3. มีศูนย์ประสานความร่วมมือระดับประเทศด้านการแพทย์ฉุกเฉินกับประชาคมอาเซียน
ทางด้านวิชาการ การปฏิบัติการฉุกเฉิน ข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร รวมทั้งการรับภัยพิบัติ

กลยุทธ์ที่ 6 การพัฒนาระบบการจัดการสารสนเทศ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบจัดการข้อมูลสารสนเทศ โดยมีการวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อใช้
ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย การบริหารจัดการ และการปฏิบัติการฉุกเฉินได้อย่างทันทั่วทั้งที่

2. เพื่อให้มีระบบข้อมูลสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงและใช้ร่วมกันกับหน่วยงานและ
องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

เป้าหมาย

1. มีระบบจัดการข้อมูลสารสนเทศที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย การบริหารจัดการ
และการปฏิบัติการฉุกเฉินได้อย่างทันทั่วทั้งที่

2. มีระบบข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อมโยงและใช้ร่วมกันกับหน่วยงานและองค์กรที่
เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้

3. มีระบบข้อมูลสารสนเทศที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างทันทั่วทั้งที่

กลยุทธ์ที่ 7 การสร้างเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมและการจัดการความรู้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีการสร้างและประมวลองค์ความรู้หลักแห่งชาติทางการแพทย์ฉุกเฉินที่
ผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้

2. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐ สภาวิชาชีพไทย องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น สมาคม มูลนิธิ องค์กรเอกชนและภาคีเครือข่ายอื่นๆ ในการดำเนินการการแพทย์ฉุกเฉิน
อย่างมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน

3. เพื่อให้ทุกภาคีมีส่วนร่วมในการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน

เป้าหมาย

1. มีการสร้างและประมวลองค์ความรู้หลักแห่งชาติทางการแพทย์ฉุกเฉินที่ผู้เกี่ยวข้อง
นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐ สภาวิชาชีพไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
สมาคม มูลนิธิ องค์กรเอกชนและภาคีเครือข่ายอื่นๆ มีบทบาทในการดำเนินการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างยั่งยืน

3. ทุกภาคีมีบทบาทในการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน
4. สร้างเสริมความตระหนัก รวมทั้งเผยแพร่ความรู้และสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉินสู่กลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุมด้วยการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
5. บุคคลทั่วไปมีความสามารถแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ร้องขอความช่วยเหลือ และให้การปฐมพยาบาลแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินได้

5. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 3 ⁽³⁾

5.1 ลักษณะพื้นที่

เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 3 ตั้งอยู่ในกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนล่างประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี และชัยนาท มีพื้นที่รวมทั้งสิ้น 31,936.18 ตารางกิโลเมตร หรือ 19,960,113 ไร่ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มมีความอุดมสมบูรณ์เหมาะแก่การทำนาและปลูกพืชไร่ โดยมีแม่น้ำสายสำคัญ ได้แก่ แม่น้ำปิง และวัง ไหลผ่านจังหวัดกำแพงเพชร แม่น้ำยม และน่าน ไหลผ่านจังหวัดพิจิตร แม่น้ำทั้ง 4 สาย ไหลมาบรรจบเป็นแม่น้ำเจ้าพระยาที่จังหวัดนครสวรรค์ และแม่น้ำสะแกกรัง โดยมีต้นกำเนิดจากเทือกเขาโมโกจูในจังหวัดกำแพงเพชร ไหลมาบรรจบกับแม่น้ำเจ้าพระยาที่จังหวัดอุทัยธานี นอกจากนี้ยังมีแม่น้ำเจ้าพระยา แม่น้ำท่าจีน และแม่น้ำน้อย ไหลผ่านจังหวัดชัยนาท กลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง มีพื้นที่รวม 31,936.18 ตารางกิโลเมตรประชากรรวม 3,011,533 คน ความหนาแน่นของประชากร 94.30 คนต่อตารางกิโลเมตร (ดังแสดงตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นที่ ประชากรและความหนาแน่นของประชากรของกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง

กลุ่มจังหวัด	จำนวนประชากร (คน)			ขนาดพื้นที่ (ตารางกิโลเมตร)	ความหนาแน่นประชากร (คน/ตร.กม.)
	ชาย	หญิง	รวม		
นครสวรรค์	522,514	547,195	1,069,709	9,597.67	111.46
กำแพงเพชร	361,209	365,573	726,782	8,607.50	84.44
พิจิตร	266,538	277,950	544,488	4,531.01	120.17
อุทัยธานี	161,735	167,215	282,950	6,730.25	48.88
ชัยนาท	160,769	172,403	333,172	2,469.75	134.90
รวม	1,472,755	1,530,336	3,003,091	31,936.18	94.03

ที่มา : ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร (กรมการปกครอง 31 ธันวาคม 2555)

5.2 การปกครอง

เขตการปกครองทั้ง 5 จังหวัดประกอบด้วย 54 อำเภอ 416 ตำบล 4,422 หมู่บ้าน 125 เทศบาล 329 องค์การบริหารส่วนตำบลและ 5 องค์การบริหารส่วนจังหวัด (ดังแสดงตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลเขตการปกครองของกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง

จังหวัด	เขตการปกครอง					
	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	เทศบาล	อบต.	อบจ.
นครสวรรค์	15	128	1,431	21	121	1
กำแพงเพชร	11	78	956	24	65	1
พิจิตร	12	89	888	28	73	1
อุทัยธานี	8	70	642	14	49	1
ชัยนาท	8	51	505	38	21	1
รวม	54	416	4,422	125	329	5

ที่มา : สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2556

5.3 ภาวะเศรษฐกิจ

มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมของกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนล่างตามตาราง 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมของกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง

รายการ	นครสวรรค์	กำแพงเพชร	พิจิตร	อุทัยธานี	ชัยนาท
มูลค่าGPPปี2554	88,470	88,786	35,999	23,891	11,867
รายได้/คน/ปี(บาท)	76,509	122,781	59,967	74,387	67,315
จำนวนประชากร (พันคน)	1,156	723	600	321	359
สัดส่วนมูลค่า GPP(%)	37.31	37.44	15.18	10.07	17.1

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตุลาคม 2555

5.4 สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ เขตสุขภาพที่ 3

จังหวัด	จำนวนโรงพยาบาล						จำนวน รพ.สต.
	รพศ./ รพท.	จำนวน รพช. (จำนวนตามขนาดเตียง)					
		120 เตียง	90 เตียง	60 เตียง	30 เตียง	10 เตียง	
นครสวรรค์	1/-	1	2	4	5	-	189
กำแพงเพชร	-/1	-	2	2	5	2	121
พิจิตร	-/1	-	2	2	7	-	110
อุทัยธานี	-/1	-	2	2	2	1	89
ชัยนาท	-/1	-	-	-	5	-	72
รวม	1/4	1	8	10	24	3	581

ที่มา : สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2556

5.5 ข้อมูลประชากร

ตารางที่ 5 ประชากรจำแนกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2551-2556

จังหวัด	ปี 2556	ปี 2555	ปี 2554	ปี 2553	ปี 2552	ปี 2551
นครสวรรค์	1,069,709	1,072,516	1,072,591	1,073,182	1,073,554	1,073,962
กำแพงเพชร	726,782	726,782	726,551	726,970	726,530	726,104
พิจิตร	544,478	549,541	551,189	552,942	553,653	554,426
อุทัยธานี	328,950	328,492	327,997	327,916	327,729	327,281
ชัยนาท	333,172	333,214	334,096	335,177	335,686	336,550
รวม	3,003,091	3,010,545	3,012,424	3,016,187	3,017,152	3,018,321

ที่มา : ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร (กรมการปกครอง 31 ธันวาคม 2555)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ เขตสุขภาพที่ 3

อายุ	ชาย	%	หญิง	%	จำนวนรวม	%
0-4	87,766	5.99	82,304	5.40	170,070	5.69
5-9	91,494	6.24	86,358	5.66	177,852	5.95
10-14	95,450	6.51	89,581	5.88	185,031	6.19
15-19	111,672	7.62	103,847	6.81	215,519	7.21
20-24	102,799	7.01	101,422	6.65	204,221	6.83
25-29	109,664	7.48	105,359	6.91	215,023	7.19
30-34	116,764	7.96	114,167	7.49	230,931	7.72
35-39	120,641	8.23	119,463	7.84	240,104	8.03
40-44	121,599	8.29	127,541	8.37	249,140	8.33
45-49	123,186	8.40	133,650	8.77	256,836	8.59
50-54	105,331	7.18	116,824	7.66	222,155	7.43
55-59	86,601	5.91	99,082	6.50	185,683	6.21
60-64	65,647	4.04	76,423	5.01	142,070	4.75
65-69	42,775	2.92	50,958	3.34	93,733	3.13
70-74	36,966	2.52	46,996	3.08	83,962	2.81
75-79	25,852	1.76	34,940	2.29	60,792	2.03
80 ปีขึ้นไป	22,037	1.50	35,638	2.34	57,675	1.93

ที่มา : ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร (กรมการปกครอง ณ 31 ธ.ค. 2555)

ตารางที่ 7 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อเกิดและอายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 60 ปี (ปี 2546 และปี 2555)

จังหวัด	อายุคาดเฉลี่ย ปี 2546				อายุคาดเฉลี่ย ปี 2555			
	เมื่อแรกเกิด		เมื่ออายุ 60 ปี		เมื่อแรกเกิด		เมื่ออายุ 60 ปี	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ประเทศ	67.5	74.6	n/a	n/a	69.6	76.9	19.1	22.2
นครสวรรค์	72.25	78.68	22.44	24.34	71.68	78.45	20.22	23.05
กำแพงเพชร	74.34	78.66	22.17	22.99	72.26	78.66	22.88	21.39
พิจิตร	67.96	71.09	14.6	15.48	67.09	74.08	14.58	18.72
อุทัยธานี	74.19	79.55	22.54	24.17	71	78.83	20.35	23.24
ชัยนาท	69.95	77.69	n/a	n/a	70.55	77.78	n/a	n/a
รวม	71.738	77.13	20.44	21.75	70.52	77.56	19.51	21.6

ที่มา : ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร (กรมการปกครอง ณ 31 ธ.ค. 2555)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พนอ เตชะอธิก และคณะ (2554)⁽¹²⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลผู้บาดเจ็บ ที่หน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าเป็นผู้บาดเจ็บประเภทฉุกเฉิน รีบเร่งและไม่รีบเร่งร้อยละ 6.2, 4.9 และ 88.9 ตามลำดับ ผลการปฏิบัติโดยรวมร้อยละ 90.5 การคัดแยกประเภทผู้บาดเจ็บ ร้อยละ 100 การช่วยเหลือระยะแรก การช่วยเหลือระยะต่อมาและการเตรียมจำหน่าย ร้อยละ 97.94, 93.62 และ 70.29 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยพึงพอใจ 9.0 คะแนน

สุพรรณวดี ภิญโญ และคณะ (2554)⁽¹³⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การรับรู้และการคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่าร้อยละ 60.0 ระดับการรับรู้พบว่า ร้อยละ 51.0 มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับน้อย รองลงมาร้อยละ 25.2 และร้อยละ 23.8 มีระดับการรับรู้ในระดับดีและระดับปานกลาง ญาติผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 61.0 – 73.0 การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่คิดว่าการนำส่งโดยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะปลอดภัยกว่านำส่งเอง ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น และสามารถเรียกใช้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง ความรวดเร็วของรถที่จะไปรับบริการจากหน่วยใด

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (2554)⁽¹⁴⁾ ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประจำปี 2554 ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจต่อการบริการของชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินสูงสุด (ร้อยละ 86.67) รองลงมาคือความพึงพอใจต่อการบริการของห้องฉุกเฉิน (ร้อยละ 86.05) และเป็นความพึงพอใจต่อการบริการของศูนย์สื่อสารสั่งการ (ร้อยละ 83.94)

สุคนธ์ทิพย์ กุลประยงค์ และคณะ (2554)⁽¹⁵⁾ ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ผลการวิจัยพบว่ามีความพึงพอใจรายด้านทั้งด้านการประสานงาน ด้านคุณภาพบริการด้านความสะดวก ด้านอรรถาธิบาย ด้านการรับรู้ข้อมูล อยู่ในระดับปานกลาง พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ใช้บริการหน่วยบริการโรงพยาบาลบ้านบึงมากกว่าผู้ให้บริการจากหน่วยศีลธรรมสมาคม

ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ (2557)⁽¹⁶⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง รายงานประเมินนโยบายว่าด้วยวิวัฒนาการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ผลการวิจัยพบว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของไทยมีพัฒนาการด้วยรูปแบบ Anglo-American Model อธิบายวิวัฒนาการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไทยตามช่วงเวลาเป็น 4 ยุคคือ (1) ยุคบุกเบิก ก่อนพ.ศ. 2537 เป็นบริการนำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลโดยอาสาสมัครจากมูลนิธิต่างๆ (2) ยุคต้นแบบ Trauma Care (TC) พ.ศ.2537–2547 Trauma Center ต้นแบบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของไทย เกิดขึ้นครั้งแรกที่ โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดขอนแก่น (3) ยุคขยายผล Trauma Care พ.ศ.2548 – 2551 การขยายบริการการแพทย์ ฉุกเฉินภายในและภายนอกโรงพยาบาล ในส่วนกลาง ภูมิภาค และท้องถิ่นอย่างก้าวกระโดด และ (4) ยุคหลังประกาศ ใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 จัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเพื่อดูแลและพัฒนาระบบ การแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิเพื่อเข้าถึงระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน

กฤตยา แดงสุวรรณ และคณะ (2551)⁽¹⁷⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลการวิจัยพบ สมรรถนะหลักโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.3) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีสมรรถนะรายด้านเพียงด้านเดียวที่มีร้อยละสูงสุดอยู่ในระดับสูง ได้แก่ สมรรถนะด้านการประสานความร่วมมือ

วรรณรา ชื่นวัฒนา (2555)⁽¹⁸⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการวิจัยพบว่า การวิจัยเชิงพรรณนาเรื่อง การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมการประเมินความพึงพอใจการใช้

บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 8.52 (ร้อยละ 85.2 ของคะแนนเต็ม) เมื่อจำแนกความพึงพอใจรายขั้นตอนพบว่า ขั้นตอนที่ 1 การให้บริการรับแจ้งเหตุ (ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ) มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 8.72 (พึงพอใจร้อยละ 87.2 ของคะแนนเต็ม) ขั้นตอนที่ 2 การให้บริการของชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน (รถกู้ชีพ) มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 8.68 (ร้อยละ 86.8 ของคะแนนเต็ม) ขั้นตอนที่ 3 การให้บริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 8.16 (ร้อยละ 81.6 ของคะแนนเต็ม)

พัชราภรณ์ อุณเดชะ (2554)⁽¹⁹⁾ ศึกษาวิจัยเรื่อง ประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงระบบทางด่วนสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบเอสทีสูง การกระจายทรัพยากรทางการแพทย์เพื่อขยายการเข้าถึงรักษา ต้องดำเนินการควบคู่กันไปกับการเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการรักษาอย่างประสบผลสำเร็จ เครือข่ายเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็วมีทั้งการจัดหน่วย rapid chest pain clinic ทำหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเฉพาะ และระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่จัดเครือข่ายให้บริการทางการแพทย์ประสานข้อมูลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) และประเมินร่างกายเบื้องต้นกับโรงพยาบาลโดยตรง จึงลดเวลาการประเมินวินิจฉัยและการเดินทาง

ไพบุลย์ สุริยะไพศาล และคณะ (2554)⁽²⁰⁾ ศึกษารายงานประเมินนโยบายว่าด้วยวิวัฒนาการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อธิบายว่า ภาวะผู้นำที่เหมาะสมและควรได้รับความสำคัญมากขึ้น คือ ภาวะผู้นำที่เน้นการนำด้วยความรู้ ซึ่งได้จากกระบวนสารสนเทศ และแนวทางปฏิบัติ ที่เหมาะสมชัดเจนไปสู่การตัดสินใจและการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยอาศัยความสัมพันธ์ลักษณะครูกับศิษย์ หรือ/และพี่น้อง ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

สุทนต์ ทั้งศิริและคณะ (2551)⁽²¹⁾ ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในอำเภอศรีสัชนาลัยนั้น ต้องมีองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ของ 3 ส่วน คือ 1) โรงพยาบาลศรีสัชนาลัยเป็นองค์ประกอบที่มีบทบาทหลักต้องซึ่งอาศัยความร่วมมือของ 2) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนต่างๆ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของ 3) ประชาชนในอำเภอ ซึ่งการประสานบทบาทและหน้าที่ของทั้ง 3 ส่วนทำให้อำเภอศรีสัชนาลัยมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำชุมชนอยู่ในทุกตำบลของอำเภอรอบทั้ง 10 ตำบล ประสานกันเป็น “เครือข่ายศูนย์กู้ชีพประจำชุมชน” ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอำเภอศรีสัชนาลัยมีประสิทธิภาพ มั่นคงและสามารถให้บริการประชาชนในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมอย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น

วิโรจน์ เชมรัมย์ (2552)⁽²²⁾ ศึกษาวิจัยเรื่อง การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ผลการวิจัยพบว่า 1. ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ได้แก่ ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ ด้านการสนับสนุนเครือข่าย ด้านการประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย และด้านการติดต่อสื่อสาร โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรคะแนนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ภายใน 10 นาที 2. ประสิทธิภาพการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ พบว่า การนำนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ไพบุลย์ สุริยะไพศาล และคณะ (2552)⁽⁶⁾ ศึกษาเรื่อง การวิจัยเพื่อการประเมินและพัฒนา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ส่วนของบริการต้งรับ ก็ยังอาจมองให้เป็นเรื่องการต้งรับในภาวะฉุกเฉิน จุดเน้นหลักของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จนถึงปัจจุบันยังอยู่ที่บริการผู้บาดเจ็บมารพ. ด้วยภาวะที่ไม่ใช่การบาดเจ็บ ทิศทางการพัฒนาที่เหมาะสมจึงควรมุ่งให้เกิดสมดุลของการพัฒนาทั้งสองส่วน ยังมีโอกาสพัฒนาอีกมาก เพื่อให้เกิดขาดความเชื่อมโยงระหว่าง pre definitive care กับ definitive care และ ระหว่าง pre-hospital care กับ hospital care ทำงานประสานกันระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และ สปสช. ตลอดจนกองทุนสุขภาพ และหน่วยงานนโยบายอื่นๆในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อให้เกิดการภาวะการณ์นำที่เป็นเอกภาพ การปรับปรุงระเบียบเงินบำรุงเพื่อให้เกิดความคล่องตัวสำหรับผู้บริหารพ. โดยถ่วงน้ำหนักจะช่วยการตัดสินใจของผู้บริหารดำเนินการฝึกอบรมทั้งในงาน (on the job) และนอกรงาน (off the job) แก่บุคลากรและอาสาสมัครทั้งในส่วนสมรรถนะเฉพาะสาขาวิชาชีพ

ทะนง เทียนถาวร.(2556)⁽⁸⁾ ศึกษาเรื่อง รายงานการทบทวนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่างประเทศ ผลการศึกษา การทบทวนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการสนับสนุนระบบโดยกฎหมายและให้แต่ละรัฐรับผิดชอบระบบงานของตนเอง การรับผิดชอบด้านการบริหารงาน ด้านเทคโนโลยี และวัสดุอุปกรณ์ขึ้นอยู่กับองค์กรที่รับผิดชอบในท้องถิ่นนั้นๆ เป็นรูปแบบระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินที่การรักษา ณ จุดเกิดเหตุกระทำโดยเวชกรฉุกเฉินและมีแพทย์ในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลในชุมชนนั้นหรือโรงพยาบาลใกล้เคียงเป็นผู้รับปรึกษาให้คำแนะนำ

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2556)⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง รายงานการทบทวน ประสิทธิภาพต่างประเทศในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและบทเรียนสำหรับประเทศไทย ผลการวิจัย พบว่า แนวคิดในการจัดระบบบริการสามารถจำแนกเป็นสองระบบหลัก โดยรูปแบบแรกมองว่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพ กำกับดูแลโดยหน่วยงานด้านสุขภาพ และอาศัยแพทย์ในการให้บริการ เน้นการให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุทุกประเทศมี

เบอร์สายด่วนกรณีฉุกเฉินเบอร์เดียว บูรณาการทั้งด้านการกู้ชีพ กู้ภัย ดับเพลิงและบางประเทศครอบคลุมไปถึงตำรวจด้วย การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่สามารถจำกัดอยู่เฉพาะบริการนำส่งนอกโรงพยาบาลได้เนื่องจากต้องมีการเชื่อมโยงและทำงานสัมพันธ์กันกับแพทย์ในแผนกห้องฉุกเฉินหรือในศูนย์เฉพาะทางเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างเหมาะสมตั้งแต่ต้นจนจบ ดังนั้นการเชื่อมโยงข้อมูลและประสานงานกันในการจัดบริการจึงเป็นเรื่องสำคัญเพราะบริการการแพทย์ฉุกเฉินควรเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการไร้รอยต่อ (seamless health care systems)

ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (2556)⁽²³⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง รายงานผลการศึกษาโครงการรวบรวมองค์ความรู้และถอดบทเรียนรูปแบบการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับพื้นที่ข้อค้นพบสำคัญ ได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อุบลราชธานีเป็นจังหวัดที่ อบจ. มีบทบาทโดดเด่นที่สุดในการสนับสนุนบริการกู้ชีพตำบลได้ครอบคลุมกว้างขวางที่สุดอย่างต่อเนื่อง ระดับตำบล อบต.ท่าเยียม จังหวัดพิจิตร โดดเด่นในด้านการระดมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อจัดบริการกู้ชีพด้วยการสนับสนุนอย่างใกล้ชิด จาก รพ.สต.ท่าเยียม อุปสรรคสำคัญในการสนับสนุนบริการกู้ชีพโดย อบต. คือความไม่ลงตัวในการตีความระเบียบการใช้เงินของ สตง. โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และโรงพยาบาลศูนย์ลำปางเป็นแบบอย่างเด่นชัดในการระดมเงินจากแหล่งทุนในท้องถิ่นเพื่อจัดหาครุภัณฑ์และ/หรือสถานที่

กฤตยา แดงสุวรรณ และคณะ (2555)⁽²⁴⁾ ศึกษาการรับรู้ข้อมูลของญาติผู้มารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ พบว่า งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้บริการผู้ป่วยที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน การให้ข้อมูลและการรับรู้ข้อมูลในการรักษาพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยหรือ ญาติในจังหวัดนราธิวาสมีความแตกต่างกันด้านภาษาและวัฒนธรรม ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้มารับบริการรับรู้ข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้ข้อมูลของญาติระยะเมื่อมาถึงและระยะก่อนจำหน่ายจากตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินนอนโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ข้อมูลขณะเข้ารับการรักษาพยาบาลและจำหน่ายกลับบ้านอยู่ในระดับปานกลาง

ประณีต ส่งวัฒนา (2555)⁽²⁵⁾ ได้ทำการศึกษา กระบวนการดูแลผู้บาดเจ็บอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้บาดเจ็บได้รับความสนใจมากขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน โดยเฉพาะภายหลังจากมีเหตุการณ์ ความไม่สงบ หรือความรุนแรงจากการบาดเจ็บในลักษณะต่างๆ สูงขึ้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแล ผู้บาดเจ็บตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะรักษาในโรงพยาบาล และระยะฟื้นฟู การปฏิบัติงานหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแล และสร้างรูปแบบการพยาบาล เพื่อจัดการแก้ไขและลดปัญหาทั้งทางกายและจิตสังคมของผู้บาดเจ็บอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม ถือว่ามีความจำเป็นยิ่ง จุดเน้นของการดูแล คือ ทักษะการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บขั้นสูง

เครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมิน และการพัฒนาระบบการสื่อสารสำหรับ ระบบส่งต่อ และในการดูแลที่ต่อเนื่องครอบคลุมทุกระยะ จนถึงส่งเสริมความปลอดภัยและการป้องกัน อันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนด้วยวิธีการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

สรานันท์ อนุชน (2556)⁽²⁶⁾ ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ผู้มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีความพึงพอใจต่อการให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยได้แก่ เพศ อายุ รายได้ การศึกษา อาชีพ และสิทธิการรักษาที่แตกต่างกัน มีความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาแสดงว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีความพึงพอใจต่อการให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลจิตใจ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านความสามารถทางการปฏิบัติงาน และไม่พบความแตกต่างกันของปัจจัยต่างๆ กับระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีความเท่าเทียมกันและการรักษาที่เป็นมาตรฐาน

กาญจนา เซ็นนันท์ (2551)⁽²⁷⁾ วิจัยเรื่องการช่วยชีวิตของผู้บาดเจ็บในระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน : การวิเคราะห์วรรณกรรม ผลการวิจัยพบว่าความสำเร็จในการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บระยะเร่งด่วนฉุกเฉินประกอบด้วยบุคลากรที่ทำการช่วยเหลือต้องมีความรู้ มีการตัดสินใจที่รวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสม ต้องมีความเชี่ยวชาญ มีทักษะที่ผสมผสาน มีความหลากหลายในองค์ความรู้ ใช้แนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บ มีกลยุทธ์ในการพัฒนาต่อเนื่อง มีการทำงานเป็นทีม และมีการฝึกอบรมหรือฝึกซ้อมในสถานการณ์จำลองที่เสมือนจริง เกณฑ์ที่ใช้ประเมินผลลัพธ์หลักของการช่วยชีวิต คือ มีความรู้ มีประสบการณ์และทักษะ มีความรับผิดชอบงาน โดยที่พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการจัดการขั้นสูงนอกจากมีบทบาทและสมรรถนะเช่นเดียวกับพยาบาลวิชาชีพแล้วต้องมีความเชี่ยวชาญทางคลินิก มีการสื่อสารที่ดี

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methodology) ดำเนินการทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) แบบคู่ขนาน (Parallel Convergent)⁽²⁸⁾ แล้วสรุปผลการศึกษารวมกันในส่วนสุดท้าย โดยศึกษาสถานการณ์การจัดบริการ ผู้บาดเจ็บ และปัญหาอุปสรรค ในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 3 มีขั้นตอนดังนี้

1. **สำรวจสถานการณ์การมารับบริการ** ด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 3 โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- ประชากร ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2556 จำนวน 288,374 คน

- กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 แห่ง ได้มาโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) รวมจำนวน 382 ราย ได้มาโดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการใช้ตาราง Krejcie, R.V., and Morgan D.W.⁽²⁹⁾ คำนวณจากผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 3 ด้วยการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ร้อยละ 50

1.2 เครื่องมือและการเก็บข้อมูล ใช้แบบสอบถามของไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล⁽¹³⁾ ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยทีมวิจัยเอง จากผู้ให้บริการในเวรเช้า บ่าย ดึก สัดส่วน 40:40:20 และกระจายตามกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง (1) ผู้บาดเจ็บรุนแรงมาก (Emergency) (2) ผู้บาดเจ็บรุนแรงปานกลาง (Urgent) (3) ผู้บาดเจ็บเล็กน้อย (Non-Urgent) ในสัดส่วน 20:30:50 (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างและการเก็บข้อมูล

ประเภท โรงพยาบาล	ประชากร	กลุ่ม ตัวอย่าง	สัดส่วน การเก็บข้อมูล			สัดส่วน เก็บข้อมูลตามความรุนแรง		
			เช้า	บ่าย	ดึก	Emergency	Urgent	Non-Urgent
รพศ.	164,920	218	87	87	44	44	65	109
รพท. 1	36,385	48	19	19	10	10	14	24
รพท. 2	30,885	43	17	17	9	9	13	21
รพช. 1	28,740	38	15	15	8	8	11	19
รพช. 2	26,994	35	14	14	7	7	10	18
รวม	288,374	382	152	152	78	78	113	191

1.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis)

1.4 เกณฑ์คัดเข้า-คัดออก (Inclusion/Exclusion Criteria)

โรงพยาบาล : สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป และชุมชน จำนวน 4 แห่ง เป็นโรงพยาบาลที่มีการประเมินด้านรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Guide to Standardization in Hospital Based Emergency Care : SHEC)⁽³⁰⁾ เป็นโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ : เป็นผู้บาดเจ็บหรือญาติ ที่ห้องฉุกเฉิน ในเวรเช้า บ่าย ดึก ของโรงพยาบาลศูนย์ /ทั่วไป/ชุมชน กระจายตามกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง (1) Emergency (2) Urgent (3) Non-Urgent รวมผู้ป่วยที่ ส่งต่อมาจากสถานบริการอื่นๆ

ผู้ให้บริการ : เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน ห้องฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานมาอย่างน้อย 6 เดือน และหน่วยงานอื่นๆในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน และหน่วยกู้ชีพของ อปท. เคยปฏิบัติงานมาอย่างน้อย 6 เดือน

2. การวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลในประเทศ และต่างประเทศ ศึกษาข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการแพทย์ฉุกเฉินของเขตสุขภาพที่3 เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการวิจัยเชิงคุณภาพ

3. การสำรวจการจัดบริการของผู้ให้บริการ ด้วยวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการสำรวจการจัดบริการเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของ ห้องฉุกเฉินและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่สังกัด รพศ./รพท./รพช. และ อปท. ในเขตสุขภาพที่ 3 ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 แห่ง

3.1 ผู้ให้ข้อมูล (Key Informant) รวม จำนวน 59 คน ได้แก่

- 1) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รวมจำนวน 4 คน
- 2) ผู้อำนวยการ รพศ./รพท./รพช. จำนวน 5 แห่ง รวมจำนวน 5 คน
- 3) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินหรือแพทย์หัวหน้าห้องฉุกเฉิน, หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉิน, ผู้รับผิดชอบศูนย์รับส่งต่อ, ผู้รับผิดชอบด้านการเงินการคลัง, ผู้รับผิดชอบด้านข้อมูลข่าวสาร, ผู้รับผิดชอบด้านการพัฒนาบุคลากร ของโรงพยาบาลจำนวน 5 แห่ง และพนักงานงานกู้ชีพของอบต.ของเครือข่ายโรงพยาบาลจำนวน 5 แห่ง รวม 25 คน
- 4) ทีมผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ พยาบาลห้องฉุกเฉิน เวชกรฉุกเฉิน เวิร์ปเปิล จำนวน 5 คน ต่อโรงพยาบาล จำนวน 5 แห่ง รวม 25 คน

3.2 เครื่องมือและการเก็บข้อมูล : เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดำเนินการเก็บข้อมูล ได้แก่

- การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน⁽³¹⁾
- การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉิน, ผู้รับผิดชอบศูนย์รับส่งต่อ, ผู้รับผิดชอบด้านการเงินการคลัง, ผู้รับผิดชอบด้านข้อมูลข่าวสาร, ผู้รับผิดชอบด้านการพัฒนาบุคลากร, ของโรงพยาบาลจำนวน 5 แห่ง และพนักงานกู้ชีพของ อบต. ของเครือข่ายโรงพยาบาล แบ่งเป็น 5 กลุ่มละ 7 คน รวม 35 คน⁽³²⁾

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล : เป็นการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis)⁽³¹⁾ และกำหนด Key Process ตามแนวคิดการบริหารเชิงระบบของ WHO (Six building blocks framework)⁽⁴⁾ ร่วมกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบ Cross Case analysis (ภาวะผู้นำและอภิบาลระบบ, การจัดการบริการ, บุคลากร, การเงินการคลัง, เทคโนโลยีและสารสนเทศ และพัสดุและอุปกรณ์)

3.4 เกณฑ์คัดเข้า-คัดออก (Inclusion/Exclusion Criteria)

โรงพยาบาล : สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 4 แห่ง เป็นโรงพยาบาลที่มีการประเมินด้านรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Guide to Standardization in Hospital Based Emergency Care : SHEC)⁽³⁰⁾ เป็นโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

ผู้ให้บริการ : เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานของโรงพยาบาล และใน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 6 เดือน และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวกับระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน และ หน่วยกู้ชีพของ อบต. เคยปฏิบัติงานอย่างน้อย 6 เดือน

4. การพิทักษ์สิทธิ

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาล
พิจิตร และสภารัตน์ประชารักษ์ ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลรัฐ
เขตสุขภาพที่ 3 ผู้วิจัยเสนอผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
เขตสุขภาพที่ 3
2. การจัดบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3
3. ประเด็นสำคัญที่กระทบต่อการจัดบริการผู้บาดเจ็บของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
เขตสุขภาพที่ 3

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3
 ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐ ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตอบ
 แบบสอบถาม รวมจำนวน 390 ราย คิดเป็น Response Rate = 100 %

ตารางที่ 9 แสดงข้อมูลช่วงเวลาและระดับความรุนแรง ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน
 โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 (N = 390)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงเวลาที่มารับบริการ		
ช่วงเช้า	210	53.85
ช่วงบ่าย	106	27.18
ช่วงดึก	74	18.97
ระดับความรุนแรง		
ผู้บาดเจ็บรุนแรงมาก(Emergency)	60	15.39
ผู้บาดเจ็บรุนแรงปานกลาง(Urgent)	250	64.10
ผู้บาดเจ็บเล็กน้อย(Non-Urgent)	80	20.51

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 ส่วนมากมารับบริการ ในช่วงเวลา ช่วงเช้า (ร้อยละ 53.85) รองลงมาเป็น ช่วงบ่าย (ร้อยละ 27.18) และช่วงดึก (ร้อยละ 18.97) ตามลำดับ และระดับความรุนแรงของผู้บาดเจ็บ ส่วนมากเป็นประเภท Urgent (ร้อยละ 64.1) รองลงมา เป็น Non-Urgent (ร้อยละ 20.51) และ Emergency (ร้อยละ 15.39)

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 (N = 390)

กลุ่มอายุ	จำนวน	ร้อยละ
3-10 ปี	18	4.6
11-20 ปี	40	10.3
21-30 ปี	28	7.2
31-40 ปี	51	13.1
41-50 ปี	68	17.4
51-60 ปี	44	11.3
61-70 ปี	46	11.8
71-80 ปี	57	14.6
80+	38	9.7
รวม	390	100.0

อายุเฉลี่ย 49 ปี สูงสุด 98 ปี, ต่ำสุด 3 ปี

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มอายุของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 ส่วนมากมีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 17.4) รองลงมา มีอายุระหว่าง 71- 80 ปี (ร้อยละ 14.6) และส่วนน้อยมีอายุระหว่าง 3-10 ปี (ร้อยละ 4.6) ตามลำดับ (อายุเฉลี่ย 49 ปี, สูงสุด 98 ปี, ต่ำสุด 3 ปี)

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามเพศ (N = 390)

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	169	43.3
หญิง	221	56.7
รวม	390	100

จากตารางที่ 11 พบว่า เพศของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.7) ส่วนเพศชายรองลงมา (ร้อยละ 43.3)

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและร้อยละผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตเครือข่ายบริการสุขภาพที่3 จำแนกตามประเภทบัตรสิทธิ (N = 390)

สิทธิ	จำนวน	ร้อยละ
บัตรทอง	278	71.3
ประกันสังคม	42	10.8
ข้าราชการ	48	12.3
อื่น ๆ/ไม่ทราบ ไม่แน่ใจ	18	4.6
รวม	390	100

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามประเภทบัตรสิทธิ ส่วนมากมีบัตรสิทธิ ประเภทบัตรทอง (ร้อยละ 71.3) รองลงมามีบัตรสิทธิข้าราชการ (ร้อยละ 12.3) และส่วนน้อย คือ ผู้ที่ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ หรือ ผู้ที่เป็นญาติของข้าราชการส่วนท้องถิ่น ที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน (ร้อยละ 4.6.) ตามลำดับ

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาล กระทรวง
สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามที่อยู่ของผู้มารับบริการ(N=390)

ที่อยู่	จำนวน	ร้อยละ
อำเภอ/จังหวัดเดียวกับโรงพยาบาล	361	92.56
จังหวัดอื่น	29	7.44
ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ	0	0
รวม	390	100

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้บาดเจ็บที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวง
สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามเขตที่อยู่ ส่วนมากอยู่ในอำเภอ/จังหวัดเดียวกับโรงพยาบาล
ที่รับการรักษา (ร้อยละ 92.56) รองลงมาคือจังหวัดอื่น (ร้อยละ 7.44) ตามลำดับ

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวง
สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามกลุ่มโรค (N = 390)

กลุ่มโรค	จำนวน	ร้อยละ
ศัลยกรรมที่ไม่ใช่การบาดเจ็บ	28	7.2
ศัลยกรรมการบาดเจ็บ (ไม่รวมออโรปิติกส์)	76	19.5
ศัลยกรรมออโรปิติกส์	27	6.9
อายุรกรรม	219	56.2
สูตินรีเวช	14	3.6
กุมาร	18	4.6
จักษุ	4	1.0
หูคอจมูก	1	0.3
จิตเวช	3	0.8
รวม	390	100

จากตารางที่ 14 พบว่า ผู้บาดเจ็บที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวง
สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามกลุ่มโรค พบว่า ส่วนมากมารักษาด้วยกลุ่มโรคอายุรกรรม (ร้อย
ละ 56.2) รองลงมา กลุ่มโรคศัลยกรรมการบาดเจ็บ (ไม่รวมออโรปิติกส์) (ร้อยละ19.5) และส่วน
น้อย กลุ่มหู คอจมูก (ร้อยละ 0.3) ตามลำดับ

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและร้อยละ ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามประเภทผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน (N = 390)

ผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน	จำนวน	ร้อยละ
กลับบ้าน	202	51.8
ส่งต่อ	17	4.4
รับไว้ในโรงพยาบาล	167	42.8
เสียชีวิต	4	1
ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ	0	0
รวม	390	100

จากตารางที่ 15 พบว่า ผู้มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน พบว่า ส่วนมากได้กลับบ้าน (ร้อยละ 51.8) รองลงมา รับไว้ในโรงพยาบาล (ร้อยละ 42.8) และส่วนน้อย จะเสียชีวิต (ร้อยละ 1.0) ตามลำดับ

ตารางที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ยของเวลาที่ผู้บาดเจ็บอยู่รักษา ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 (N = 390)

รายการ	ค่าเฉลี่ย (นาที)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เวลาที่ผู้บาดเจ็บอยู่รักษา ณ ห้องฉุกเฉิน	86	43

จากตารางที่ 16 พบว่า ค่าเฉลี่ยของเวลาที่ผู้บาดเจ็บอยู่รักษา ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 86 นาที (ผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นทั้งผู้บาดเจ็บที่มารักษาที่ห้องฉุกเฉินที่เป็นผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน, ผู้บาดเจ็บรอสังเกตอาการ, ผู้บาดเจ็บรอการส่งต่อ และผู้เสียชีวิต รวมทั้ง ผู้ป่วยนอกเวลา(โรงพยาบาลชุมชนที่ไม่ได้แยก OPD นอกเวลา)

ตารางที่ 17 แสดงจำนวนและร้อยละของการสอบถามจากผู้บาดเจ็บที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3

ผู้มาใช้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วย	163	41.79
ญาติ	227	58.21
รวม	390	100

จากตารางที่ 17 การสอบถามผู้บาดเจ็บที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 พบว่า เป็นการสอบถามจากญาติ ในระดับ มากที่สุด (ร้อยละ
58.21) และส่วนน้อย สอบถามจากผู้ป่วยเอง (ร้อยละ 41.79)

ตารางที่ 18 แสดงจำนวนและร้อยละ ของการสอบถามผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการห้องฉุกเฉินเกิดขึ้น
ขณะที่ผู้ป่วยกำลังทำกิจกรรม

กิจกรรม	จำนวน	ร้อยละ
รอสังเกตอาการในห้องฉุกเฉิน	319	81.79
รอรับยา	45	11.54
อยู่ในหอผู้ป่วย/กำลังรอผ่าตัด	26	6.67
รวม	390	100

จากตารางที่ 18 ผู้บาดเจ็บมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
เขตสุขภาพที่ 3 พบว่า สอบถามผู้บาดเจ็บขณะรอสังเกตอาการในห้องฉุกเฉิน อยู่ในระดับมากที่สุด
(ร้อยละ 81.79) รองลงมา สอบถามจากผู้บาดเจ็บขณะรอรับยา (ร้อยละ 11.54) และ ส่วนน้อย
สอบถามผู้บาดเจ็บขณะอยู่ในหอผู้ป่วย/กำลังรอผ่าตัด (ร้อยละ 6.67) ตามลำดับ

ตารางที่ 19 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ของเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามประเภทการเดินทางมาโรงพยาบาล (N = 390)

ประเภทการเดินทาง	จำนวน	ร้อยละ
รถพยาบาล/กู้ชีพ โดยติดต่อผ่าน 1669	137	35.10
รถพยาบาล/กู้ชีพ โดยไม่ผ่าน 1669	20	5.10
รถมูลนิธิ	35	9.00
มาเอง	169	43.3
ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น	29	7.4
รวม	390	100

จากตารางที่ 19 พบว่า ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ของเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามประเภทการเดินทางมาโรงพยาบาล ส่วนมากเดินทางมาเอง (ร้อยละ 43.3) รองลงมา มาโดยรถพยาบาล/กู้ชีพ โดยผ่าน 1669 (ร้อยละ 35.10) และส่วนน้อย ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น (ร้อยละ 7.4) ตามลำดับ

ตารางที่ 20 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามความพึงพอใจเมื่อใช้บริการรถกู้ชีพที่ติดต่อผ่าน 1669 (N = 137)

ความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
พอใจมาก	76	55.48
พอใจ	59	43.06
ไม่พอใจ	0	0
ไม่พอใจมาก	0	0
เฉย ๆ /ไม่ออกความเห็น /ไม่แน่ใจ	2	1.46
รวม	137	100

จากตารางที่ 20 ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ของเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามความพึงพอใจเมื่อใช้บริการรถกู้ชีพที่ติดต่อผ่าน 1669 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 55.48) และ เฉย ๆ /ไม่ออกความเห็น /ไม่แน่ใจ (ร้อยละ 1.46)

ตารางที่ 21 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บใช้บริการรถกู้ชีพโดยผ่าน 1669 จำแนกตามความปลอดภัย (N = 137)

ความปลอดภัย	จำนวน	ร้อยละ
ปลอดภัย	132	96.35
ไม่ปลอดภัย	0	0
เฉย ๆ /ไม่ออกความเห็น/ไม่แน่ใจ	5	3.65
รวม	137	100

จากตารางที่ 21 ผู้บาดเจ็บใช้บริการรถกู้ชีพโดยผ่าน 1669 จำแนกตามความปลอดภัย พบว่ามีความปลอดภัย (ร้อยละ 96.35) และ เฉย ๆ/ไม่ออกความเห็น/ไม่แน่ใจ (ร้อยละ 3.65)

ตารางที่ 22 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่ใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามการแนะนำให้ใช้บริการรถกู้ชีพโดยติดต่อ ผ่าน 1669 (N = 137)

การแนะนำ	จำนวน	ร้อยละ
แนะนำ	130	94.89
ไม่แนะนำ	0	0
ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ	7	5.10
รวม	137	100

จากตาราง 22 ผู้บาดเจ็บที่ใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามการแนะนำให้ใช้บริการรถกู้ชีพโดยติดต่อ ผ่าน 1669 พบว่า ส่วนมากแนะนำให้ญาติหรือเพื่อนบ้านมาใช้บริการ ผ่าน 1669 (ร้อยละ 94.89) มีเพียงส่วนน้อย ที่ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ (ร้อยละ 5.1)

ตารางที่ 23 แสดงจำนวนและร้อยละ ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ของเขตเครือข่ายบริการสุขภาพที่3 จำแนกตามความพึงพอใจของผู้ป่วยเมื่อมาโรงพยาบาลด้วยรถกู้ชีพโดยไม่ผ่าน 1669 (N=20)

ความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
พอใจมาก	10	50
พอใจ	9	45
ไม่พอใจ	0	0
ไม่พอใจมาก	0	0
เฉย ๆ /ไม่ออกความเห็น /ไม่แน่ใจ	1	5
รวม	20	100

จากตารางที่ 23 ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ของเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามความพึงพอใจเมื่อใช้รถกู้ชีพโดยไม่ผ่าน 1669 พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 50) รองลงมา มีความพึงพอใจ (ร้อยละ 45) และเฉยๆ/ไม่ออกความเห็น/ไม่แน่ใจ (ร้อยละ 5) ตามลำดับ

ตารางที่ 24 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามความปลอดภัยเมื่อเดินทางมากับรถกู้ชีพ โดยไม่ผ่าน 1669 (N=20)

ความปลอดภัย	จำนวน	ร้อยละ
ปลอดภัย	17	85
ไม่ปลอดภัย	0	0
เฉยๆ /ไม่ออกความเห็น /ไม่แน่ใจ	3	15
รวม	20	100

จากตารางที่ 24 ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ของเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมาโรงพยาบาลด้วยรถกู้ชีพโดยไม่ผ่าน 1669 พบว่ามีความปลอดภัย (ร้อยละ 85) และเฉยๆ/ไม่ออกความเห็น/ไม่แน่ใจ (ร้อยละ 15)

ตารางที่ 25 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่ใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามการให้มาใช้บริการ โดยไม่ผ่าน 1669 (N = 20)

การแนะนำให้ญาติ	จำนวน	ร้อยละ
แนะนำ	15	75
ไม่แนะนำ	0	0
ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ	5	25
รวม	20	100

จากตารางที่ 25 ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามการแนะนำให้มาใช้บริการ โดยไม่ผ่าน 1669 พบว่า ส่วนมากแนะนำให้มาใช้บริการโดยไม่ผ่าน 1669 (ร้อยละ 75) มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ (ร้อยละ 25)

ตารางที่ 26 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามความพึงพอใจของผู้ป่วย เมื่อมาโรงพยาบาลด้วยรถมูลนิธิ (N = 35)

ความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
พอใจมาก	22	62.86
พอใจ	11	31.43
ไม่พอใจ	0	0
ไม่พอใจมาก	0	0
เฉย ๆ /ไม่ออกความเห็น /ไม่แน่ใจ	2	5.71
รวม	35	100

จากตารางที่ 26 ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามความพึงพอใจของผู้ป่วยเมื่อมาโรงพยาบาลด้วยรถมูลนิธิ พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 62.86) รองลงมา มีความพึงพอใจ (ร้อยละ 31.43) และ เฉย ๆ /ไม่ออกความเห็น /ไม่แน่ใจ (ร้อยละ 5.71) ตามลำดับ

ตารางที่ 27 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามความรู้สึกเมื่อเดินทางมาถึงรถฉุกเฉิน (N = 35)

ความปลอดภัย	จำนวน	ร้อยละ
ปลอดภัย	33	94.29
ไม่ปลอดภัย	0	0
เฉยๆ/ไม่ออกความเห็น/ไม่แน่ใจ	2	5.71
รวม	35	100

จากตารางที่ 27 ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขของเขตเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3 จำแนกตามความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมาโรงพยาบาลด้วยรถฉุกเฉิน พบว่า มีความปลอดภัย (ร้อยละ 94.29) และ ไม่ออกความเห็น/ไม่แน่ใจ (ร้อยละ 5.71) ตามลำดับ

ตารางที่ 28 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามการแนะนำให้ญาติหรือเพื่อนบ้านมาใช้บริการด้วยรถฉุกเฉิน (N = 35)

การแนะนำ	จำนวน	ร้อยละ
แนะนำ	32	91.4
ไม่แนะนำ	0	0
ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ	3	8.57
รวม	35	100

จากตารางที่ 28 ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามการแนะนำให้ญาติหรือเพื่อนบ้านมาใช้บริการด้วยรถฉุกเฉิน พบว่า ส่วนมากแนะนำให้ญาติหรือเพื่อนบ้านมาใช้บริการด้วยรถฉุกเฉิน (ร้อยละ 91.43) มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ (ร้อยละ 8.57)

ตารางที่ 29 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามความพึงพอใจ
(N = 390)

ความพึงพอใจเมื่อใช้บริการห้องฉุกเฉิน	จำนวน	ร้อยละ
พอใจมาก	163	41.8
พอใจ	217	55.6
ไม่พอใจ	2	0.5
ไม่พอใจมาก	0	0
เฉยๆ/ไม่ออกความเห็น/ไม่แน่ใจ	8	2.1
รวม	390	100

จากตารางที่ 29 ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามความพึงพอใจ พบว่า ส่วนมากผู้มารับบริการมีความพอใจ (ร้อยละ 55.6) มีความพึงพอใจมาก (ร้อยละ 41.8) เฉยๆ/ไม่ออกความเห็น/ไม่แน่ใจ (ร้อยละ 2.1) และส่วนน้อยไม่พอใจ (ร้อยละ 0.5)

ตารางที่ 30 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามการแนะนำให้มาใช้บริการ ที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 3 (N = 390)

การแนะนำ	จำนวน	ร้อยละ
แนะนำ	351	90.0
ไม่แนะนำ	5	1.3
ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ	34	8.7
รวม	390	100

จากตารางที่ 30 ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามการแนะนำให้มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล พบว่า ส่วนมากแนะนำให้มาใช้บริการ (ร้อยละ 90.0) มีเพียงส่วนน้อย ไม่แนะนำให้ญาติหรือเพื่อนบ้านมาใช้บริการ (ร้อยละ 1.3)

ตารางที่ 31 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่ให้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามความเข้าใจเมื่อมาใช้บริการห้องฉุกเฉิน ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ว่าป่วยเป็นอะไร (N = 390)

ความเข้าใจของผู้ป่วยว่าป่วยเป็นอะไร	จำนวน	ร้อยละ
ชัดเจน	354	90.4
ไม่ชัดเจน	14	3.6
ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ	22	5.6
รวม	390	100

จากตารางที่ 31 ผู้บาดเจ็บที่มาให้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามความเข้าใจว่าป่วยเป็นอะไรจากการแนะนำของแพทย์ พบว่าส่วนมากมีความเข้าใจชัดเจน (ร้อยละ 90.4) มีเพียงส่วนน้อยไม่ชัดเจน (ร้อยละ 3.6)

ตารางที่ 32 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มาให้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามความเข้าใจจากเมื่อได้รับคำแนะนำจากแพทย์ เรื่องการใช้ยา (N = 390)

ความเข้าใจของผู้ป่วยเรื่องการใช้ยา	จำนวน	ร้อยละ
ชัดเจน	324	83.1
ไม่ชัดเจน	34	8.7
ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ	20	5.1
ไม่ได้ใช้ยาใดๆ	12	3.1
รวม	390	100

จากตารางที่ 32 ผู้บาดเจ็บที่มาให้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามความเข้าใจเมื่อได้รับคำแนะนำจากแพทย์ เรื่องการใช้ยา พบว่าส่วนมากมีความเข้าใจชัดเจน (ร้อยละ 83.1) และมีเพียงส่วนน้อยไม่ได้ใช้ยาใดๆ (ร้อยละ 3.1)

ตารางที่ 33 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่ใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามความเข้าใจจากแพทย์ที่แนะนำข้อปฏิบัติเพิ่มเติม (N = 390)

แพทย์แนะนำข้อปฏิบัติเพิ่มเติม	จำนวน	ร้อยละ
ชัดเจน	341	87.4
ไม่ชัดเจน	25	6.4
ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ	10	2.6
ไม่ได้แนะนำ	14	3.6
รวม	390	100

จากตารางที่ 33 ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามความเข้าใจเมื่อแพทย์แนะนำข้อปฏิบัติเพิ่มเติม เมื่อมาใช้บริการห้องฉุกเฉิน พบว่า ส่วนมาก ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ มีความชัดเจน (ร้อยละ 87.4) มีเพียงส่วนน้อยไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ (ร้อยละ 2.6)

ตารางที่ 34 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่ใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน เมื่อแพทย์นัดหมายให้กลับมาอีกครั้งจำแนกตามความเข้าใจ (N = 390)

แพทย์นัดหมายให้กลับมาอีกครั้ง	จำนวน	ร้อยละ
ชัดเจน	247	63.3
ไม่ชัดเจน	10	2.6
ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ	15	3.8
ไม่ได้นัด	117	30.0
รวม	390	100

จากตารางที่ 34 ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามความเข้าใจเมื่อแพทย์นัดหมายให้กลับมาอีกครั้ง พบว่า ส่วนมาก มีความเข้าใจชัดเจน (ร้อยละ 63.3) มีเพียงส่วนน้อยไม่ชัดเจน (ร้อยละ 2.6)

ตารางที่ 35 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บที่ใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกตามคำแนะนำให้ปรับปรุงบริการห้องฉุกเฉิน

คำแนะนำ	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาของแพทย์	111	28.5
การดูแลโดยพยาบาล	27	6.9
การแก้ไขความเจ็บปวด	136	34.9
ความรวดเร็ว	102	26.2
การพุดจา	14	3.6
รวม	390	100

จากตารางที่ 35 ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามคำแนะนำให้ปรับปรุงบริการ ห้องฉุกเฉิน พบว่า ส่วนมากแนะนำในเรื่อง การแก้ไขความเจ็บปวด (ร้อยละ 34.9) รองลงมา แนะนำเรื่องการรักษาของแพทย์ (ร้อยละ 28.5) แนะนำเรื่องความรวดเร็ว (ร้อยละ 26.2) แนะนำเรื่องการดูแลโดยพยาบาล (ร้อยละ 6.9) และมีเพียงส่วนน้อย แนะนำในเรื่องการพุดจา (ร้อยละ 3.6)

2. การจัดการบริการของห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3

ตารางที่ 36 ข้อมูลทั่วไปของห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3

รายการ	โรงพยาบาลศูนย์			โรงพยาบาลทั่วไป 1			โรงพยาบาลทั่วไป 2			โรงพยาบาลชุมชน 1			โรงพยาบาลชุมชน 2		
1. ข้อมูลทั่วไป															
1.1 ขนาดเตียง	653 เตียง			405 เตียง			365 เตียง			90 เตียง			30 เตียง		
1.2 บุคลากรใน ห้องฉุกเฉิน	EMT-B - คน EMT-I 7 คน EMT-P - คน			EMT-B - คน EMT-I 2 คน EMT-P - คน			EMT-B - คน EMT-I 1 คน EMT-P - คน			EMT-B - คน EMT-I - คน EMT-P - คน			EMT-B 1 คน EMT-I 1 คน EMT-P - คน		
1.3 แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	3 คน			1 คน			- คน			- คน			- คน		
1.4 จำนวนรถฉุกเฉิน	2 คัน			4 คัน			3 คัน			2 คัน			2 คัน		
1.5 ประเภทผู้บาดเจ็บ	2555	2556	2557	2555	2556	2557	2555	2556	2557	2555	2556	2557	2555	2556	2557
- Emergent (ราย)	8,023	9,198	10,152	6,567	5,874	5,693	1247	3649	2041	983	1101	1150	116	137	165
- Urgent (ราย)	53,515	52,372	51,039	17,169	16,632	18,911	16770	12381	11388	16807	16678	17364	1566	5761	6846
- Non-Urgent (ราย)	15,415	13,937	13,350	12,778	14,329	12,712	11848	14855	16748	12412	10961	11401	25266	21096	20420

(EMT-B = Emergency Medical Technician-Basic), (EMT-I = Emergency Medical Technician- Intermediate), (EMT-P = Emergency Medical Technician Paramedic)

ตารางที่ 37 ข้อมูลการให้บริการของห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 เปรียบเทียบตามแนวคิด WHO (Six building blocks frame work)⁽⁴⁾

รายการ	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป 1	โรงพยาบาลทั่วไป 2	โรงพยาบาลชุมชน 1	โรงพยาบาลชุมชน 2
1. ภาวะการนำและอภิบาลระบบ	-Empowerment -สนับสนุนเชิงระบบ	- Leadership -Empowerment -สนับสนุนเชิงระบบ	- Leadership -Empowerment -สนับสนุนเชิงระบบ	- Leadership -Empowerment	- Leadership -Empowerment
1.2. ศูนย์สั่งการ	√	√	√	-	-
1.3 บุคลากรผู้ชี้นำร่วมกับภาคีเครือข่าย - ป้องกันภัยและบรรเทาสาธารณภัย	√	√	√	-	-
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	√	√	√	√	√
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	√	√	√	√	√
- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	√	√	√	√	√
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	√	√	√	√	√
1.4 กลไกการติดตามประเมินผล	- กสร./สพด./เขต. ประเมินผลติดตามโดยใช้ KPI/รายงาน 43 เพิ่ม และตรวจราชการและ นิเทศงาน	- กสร./สพด./เขต. ประเมินผลติดตามโดยใช้ KPI/รายงาน 43 เพิ่ม และตรวจราชการและ นิเทศงาน	- กสร./สพด./เขต. ประเมินผลติดตามโดยใช้ KPI/ 43 เพิ่มและตรวจ ราชการและนิเทศงาน	- กสร./สพด./เขต./สสจ. ติดตามโดยใช้ KPI / 43 เพิ่ม	- กสร./สพด./เขต./สสจ. ติดตามโดยใช้ KPI /43 เพิ่ม

ตารางที่ 37(ต่อ) ข้อมูลการให้บริการของห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 เปรียบเทียบตามแนวคิด WHO (Six building blocks frame work)⁽⁴⁾

รายการ	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป 1	โรงพยาบาลทั่วไป 2	โรงพยาบาลชุมชน 1	โรงพยาบาลชุมชน 2
2. รูปแบบการจัดบริการ					
2.1 มาตรฐานการจัดบริการ	- Hospital Accreditation (ผ่านการรับรองซ้ำ)	- Hospital Accreditation (ผ่านการรับรองซ้ำ)	- Hospital Accreditation (ผ่านการรับรอง)	- Hospital Accreditation (ผ่านการรับรองซ้ำ)	- Hospital Accreditation (ผ่านการรับรอง)
2.2 ศูนย์ส่งต่อ	√	√	√	√	√
- การส่งต่อภายในจังหวัด	√	√	√	√	√
- การส่งต่อข้ามเขต	√	√	√	-	-
- รพช.ทำหน้าที่ Node รับการส่งต่อ	(3 แห่ง)	(2 แห่ง)	(2 แห่ง)	-	-
2.3 งานบริการตามนโยบาย					
1) Fast track STEMI	√	√	√	√	√
2) Fast track Stroke	√	√	√	√	√
3) Fast track Trauma	√	√	√	√	√
2.4 คลินิกนอกเวลาราชการ	√	√	√	√	--
2.5 การรักษายาบาลผู้บาดเจ็บแบบ สหสาขาวิชาชีพ (Patient Care team)	√	√	√	√	√

ตารางที่ 37(ต่อ) ข้อมูลการให้บริการของห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 เปรียบเทียบตามแนวคิด WHO (Six building blocks fra

รายการ	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป 1	โรงพยาบาลทั่วไป 2	โรงพยาบาลชุมชน 1	โรงพยาบาลชุมชน 2
3. บุคลากร					
3.1 การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล	- อัตรากำลังยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	- อัตรากำลังยังไม่เพียงพอ บุคลากรปฏิบัติงานทั้งใน ห้องฉุกเฉิน ศูนย์ส่งต่อและ ศูนย์สั่งการ	- ใช้อัตรากำลังร่วมกันในการบริการใน ห้องฉุกเฉิน และการรับผู้บาดเจ็บกู้ชีพนอกโรงพยาบาล	- ใช้อัตรากำลังร่วมกันในการบริการใน ห้องฉุกเฉิน และการรับผู้บาดเจ็บกู้ชีพนอกโรงพยาบาล	อัตรากำลังไม่เพียงพอ เนื่องจากรับผิดชอบ โรงพยาบาลที่เปิดใหม่
3.2 การพัฒนาบุคลากร - บุคลากรในห้องฉุกเฉิน และ First Responder(FR)	- จัดการอบรมให้แก่ โรงพยาบาลและ FR	- ส่งเข้าร่วมกับ สพล.และการ จัด Rally ของเขต	- OD/กู้ชีพ Rally ของ จังหวัด/เขต.	- กู้ชีพ Rally ของเครือข่าย และ อปท.	- ส่งบุคลากรในห้องฉุกเฉิน และ FR เข้าร่วมกับ รพท.
3.3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้/วิทยากร	- วิทยากรให้กับเขต รพท./รพช./อปท.	- วิทยากรให้กับ รพช./อปท.	- วิทยากรให้กับรพช./อปท.	- วิทยากรให้กับ อปท.	- วิทยากรให้กับ รพช.เปิดใหม่และ อปท.
3.4 บรรยากาศการทำงาน	- มีการทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็ง เน้นความรู้ ความสามารถทุกระดับในห้องฉุกเฉิน	- มีการทำงานเป็นทีม แบ่งบทบาทชัดเจนมีการส่งต่อผู้บาดเจ็บอย่างมีมาตรฐาน	- ทำงานเป็นทีมช่วยเหลือแบบเพื่อนร่วมงาน	- วัฒนธรรมความเป็นพี่เป็นน้อง ช่วยเหลือกันในการทำงาน	- ทำงานแบบพี่แบบน้อง มีความสุขในการทำงาน
4. การเงินการคลัง	- การบริหารจัดการการเงินการคลังของรพช./รพท. แบ่งออกได้ตามหลักเกณฑ์ของสพล. กำหนดไว้ในปี 2555	- การบริหารจัดการการเงินการคลังของรพช./รพท. แบ่งออกได้ตามหลักเกณฑ์ของสพล.กำหนดไว้ในปี 2555	- การบริหารจัดการการเงินการคลังของรพช./รพท. แบ่งออกได้ตามหลักเกณฑ์ของสพล.กำหนดไว้ในปี 2555	- การบริหารจัดการการเงินการคลังของรพช./รพท. แบ่งออกได้ตามหลักเกณฑ์ของสพล.กำหนดไว้ในปี 2555	- การบริหารจัดการการเงินการคลังของรพช./รพท. แบ่งออกได้ตามหลักเกณฑ์ของสพล.กำหนดไว้ในปี 2555

ตารางที่ 37(ต่อ) ข้อมูลการให้บริการของห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 เปรียบเทียบตามแนวคิด WHO (Six building blocks framework)

รายการ	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป 1	โรงพยาบาลทั่วไป 2	โรงพยาบาลชุมชน 1	โรงพยาบาลชุมชน 2
	1) งบชดเชยปฏิบัติการในระดับ ALS, ILS, BLS และ FR 2) งบพัฒนากู้ชีพ - เงินบำรุงพัฒนากู้ชีพ และ พัฒนาบุคลากร โรงพยาบาล และเครือข่าย	1) งบชดเชยปฏิบัติการในระดับ ALS, ILS, BLS และ FR 2) งบพัฒนา กู้ชีพ - เงินบำรุงพัฒนากู้ชีพ และ พัฒนาบุคลากร โรงพยาบาล และเครือข่าย	1) งบชดเชยปฏิบัติการในระดับ ALS, ILS, BLS และ FR 2) งบพัฒนา กู้ชีพ - เงินบำรุงพัฒนากู้ชีพ และพัฒนาบุคลากร โรงพยาบาลและเครือข่าย	1) งบชดเชยปฏิบัติการในระดับ ALS, ILS, BLS และ FR - จัดทำแผนเงินบำรุงเพื่อ รองรับการพัฒนากู้ชีพในด้าน อบรมและพัสดุ	1) งบชดเชยปฏิบัติการในระดับ ALS, ILS, BLS และ FR - จัดทำแผนเงินบำรุงเพื่อ รองรับการพัฒนากู้ชีพใน ด้านอบรมและพัสดุ
5. สารสนเทศและการสื่อสาร	- ศูนย์รับแจ้งเหตุ 1669	- ศูนย์รับแจ้งเหตุ1669	- ศูนย์รับแจ้งเหตุ 1669	- เครือข่าย1669	- เครือข่าย1669
- การสื่อสารระหว่าง โรงพยาบาลกับหน่วยกู้ชีพ	- วิทยุ/โทรศัพท์ Line Application	- วิทยุ/โทรศัพท์ Line , Google Plus	- วิทยุ/โทรศัพท์ Line Application	- วิทยุ/โทรศัพท์ Line Application	- วิทยุ/โทรศัพท์ Line Application
- ระบบเก็บข้อมูลในห้อง ฉุกเฉิน/กู้ชีพ	- Program Thai Refer -Home C	- Program Thai Refer - Program HOS-XP	- Program Thai Refer - Program HOS-XP	- Program Thai Refer	-- Program HOS-XP
- ตัวชี้วัดและการประเมิน ตนเอง	- KPI (กสร.) - ประเมินตนเองตามแบบของ กรมการแพทย์	- KPI (กสร.) - ประเมินตนเองตามแบบของ กรมการแพทย์	- KPI (กสร.) - ประเมินตนเองตามแบบ ของกรมการแพทย์	- KPI (กสร.) - ประเมินตนเองตามแบบของ กรมการแพทย์	- KPI (กสร.) - ประเมินตนเองตามแบบ ของกรมการแพทย์
6. พัสตูและอุปกรณ์ - ครุภัณฑ์และอุปกรณ์ การแพทย์ตามมาตรฐาน ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	-ได้มาตรฐาน/ผ่านสอบเทียบ -เครื่องมือผ่าตัดดมดมไม่ เพียงพอ	-ได้มาตรฐาน/ผ่านสอบเทียบ	-ได้มาตรฐาน/ผ่านสอบ เทียบ	-ได้มาตรฐาน/ผ่านสอบเทียบ	-ได้มาตรฐาน/ผ่านสอบ เทียบ

จากตารางที่ 36-37 การจัดบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 มีกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน โรงพยาบาล (Hospital accreditation) ทุกโรงพยาบาล มีช่องทางรองรับภาวะฉุกเฉินของประชาชน ได้แก่ Fast track STEMI, Fast track Stroke, Fast track Trauma เมื่อเปรียบเทียบอัตราตายในห้องฉุกเฉิน พบว่า รพศ./รพท. มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จุดเด่นในการพัฒนานุเคราะห์ของเขต โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป คือ นุเคราะห์จำนวนหนึ่งสามารถเป็นวิทยากรและจัดกู้ชีพ Rally ในระดับเขตได้

3. ประเด็นสำคัญที่กระทบต่อการเข้ารับบริการ และการจัดบริการของผู้บาดเจ็บของโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3

3.1 ผลกระทบด้านการบริหารบุคลากรและภาระงาน

3.1.1 ปัญหาอัตรากำลังไม่เพียงพอต่อภาระงานที่รับผิดชอบ ปัญหาอัตรากำลังไม่เพียงพอต่อภาระงานที่รับผิดชอบในระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งใน Hospital Care, Pre-hospital Care ยังคงเป็นปัญหาที่พบในโรงพยาบาลรัฐ ของเขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งไม่สามารถจัดการแก้ปัญหา ระดับพื้นที่ จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขจาก กระทรวงสาธารณสุข และ สพฉ.

สำหรับปัญหาของ FR ที่เข้ามาในระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่สามารถเลือกสรรได้ตามมาตรฐานด้วยการเข้ามาทำด้วยจิตอาสาทำให้ขาดการประเมินการทำงานอย่างต่อเนื่อง หรือประเมินผลก็ไม่ผ่านเกณฑ์

ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“ทิศทางของโรงพยาบาลในเขต 3 จุดอ่อนอยู่ตรงไหน เกี่ยวกับ EMS พยายามคิด Gap Analysis เช่น การไม่มี Neuro อัตราตายทางสมองจะเยอะเราต้องไปปิด Gap ว่าทำอะไร ทางแรกก็ต้องพยายามผลักดันให้มี Neuro ทุกที่ ถ้ายังไม่มี “ต้องทำระบบ” อย่างที่ทำตอนนี้ คือ ทำ CPG และ Telemedicine คุยกันระหว่างแพทย์ Neuro ศัลย์ กับแพทย์ของ รพท., รพช. สามารถ consult กันได้”

(ประธาน Service Plan, ผู้ให้สัมภาษณ์, 18 ม.ค. 58)

“ประชาชนโทร.มา โรงพยาบาลออกไปดูแลผู้ป่วยได้ แต่ทำได้ไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร ซึ่งมีข้อจำกัดเรื่องคนขึ้นเวร ER ไม่เพียงพอ จึงพยายามผลักดันให้ อปท.เข้ามา มีส่วนเกี่ยวข้อง มีหน่วยที่สามารถดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นได้”

(สสจ. ผู้ให้สัมภาษณ์, 18 ก.ค. 57)

“FR มีข้อจำกัดไม่สามารถเลือกคนมาทำงาน นามีการประเมินบ่อยๆ เป็นระยะ การทำงานมองประสิทธิภาพที่เป็นผลลัพธ์ ส่วนขาดจะมีหัวหน้าเดิมให้น้องๆ ข้อจำกัดของน้องใหม่ มาเร็วไปเร็ว 3 เดือน, 6 เดือน ขาดอะไรก็ Training ตรงนั้น

(ประธานสัมพันธ์, รพช. ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ก.ค. 57)

3.1.2 ปัญหาการพัฒนาบุคลากร ปัญหาการพัฒนาบุคลากร ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งใน Hospital Care, Pre-hospital Care ยังคงเป็นปัญหาที่พบในโรงพยาบาลรัฐ ของเขตสุขภาพที่ 3 ทั้งในด้านการอบรมแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน การอบรมพยาบาลเฉพาะทางฉุกเฉิน การอบรมเวชกิจฉุกเฉิน รวมถึงการจัดอบรมของจังหวัดที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรภายในโรงพยาบาล และหน่วยกู้ชีพ กู้ภัย ของ อปท. และเอกชน ที่ทำงานร่วมกับ โรงพยาบาล บางครั้งการ

คัดเลือกรูปแบบการของ อปท. (เทศบาล/อบต.) เข้ารับการฝึกอบรมไม่ตรงกับบทบาทหน้าที่ ทำให้กลับไปไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้ ตรงกับงานที่รับผิดชอบ

ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“เป็นจุดอ่อน คือ งานมากแต่บุคลากรที่ยังน้อย คือ พิจิตร กำแพงเพชร ชัยนาท นับเฉพาะ gen เพราะเอา gen มาทำ Trauma หายาก ไม่ค่อยมีแพทย์ไปเรียน gen Trauma”

(ประธาน Service Plan, ผู้ให้สัมภาษณ์, 18 ม.ค. 58)

“มีการจำกัดเรื่องการส่งแพทย์อบรมเฉพาะทางเนื่องจากแพทย์ต้องหมุนเวียนกันทุก 2 ปี บางครั้งแพทย์ไปเรียนขอทุนที่ รพท. และต้องกลับไปใช้ทุน บางครั้งก็ถูกโรงพยาบาลเอกชนดึงตัวไป ด้วยข้อตกลงทางการเงินที่สูงกว่าที่นี่”

(ผอ.รพ. ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ก.ค. 57)

3.2 ผลกระทบด้านความไม่พร้อมของโรงพยาบาล

3.2.1 ปัญหาความไม่พร้อมด้านการพัฒนาระบบบริการ ปัญหาด้านการพัฒนาระบบบริการ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งใน Hospital Care เป็นปัญหาที่พบจากการประเมินผลตามตัวชี้วัด ของกระทรวงสาธารณสุข และการประเมินตนเองตามแบบประเมิน ของกรมการแพทย์ พบว่า เช่น Mortality Rate, Response time ยังเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และบูรณาการเข้ากับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในระบบ Fast track

ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“ความไม่พร้อมในเรื่องการบริการก็ยังเจออยู่ ก็ต้อง CQI ต่อไป ที่กลับไปแล้วปกติ กลับไปแล้วไม่ปกติ พิกัด ซึ่งต้องได้รับการฟื้นฟู ตัวนี้จะกลายเป็นตัวอย่างในการถอดบทเรียน เรื่องความตระหนัก การป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ ซึ่งจะทำให้งาน EMS ลดลง ตัวนี้คือข้อมูลที่จะต้องคืนกลับไปให้ประชาชนมันยังน้อย เพราะเวทีที่เปิดโดยตรงสำหรับ EMS เป็นงานแฝงอยู่ในงานอื่นๆ และก็เข้าไปไม่ได้เป็นพระเอก”

(สจ., ผู้ให้สัมภาษณ์, 17 ก.ค. 57)

3.2.2 ปัญหาความไม่พร้อมด้านระบบส่งต่อ

ปัญหาความไม่พร้อมของระบบส่งต่อ เป็นปัญหาเรื้อรังของโรงพยาบาลที่ยังไม่สามารถแก้ไขให้มีประสิทธิภาพได้ การส่งต่อในจังหวัดค่อนข้างมีประสิทธิภาพ ส่วนระหว่างจังหวัดยังพบความไม่พร้อมของโรงพยาบาล เนื่องจากบางโรงพยาบาลไม่มีหน่วยรับผิดชอบการส่งต่อ และพบปัญหาระหว่างจังหวัด ระหว่างเขตตรวจราชการ ที่ยังไม่มีข้อตกลงอย่างชัดเจน

ดังกล่าวให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“ควรจะมีการพูดคุยระดับเขตข้างเคียง ตามระบบภูมิศาสตร์ของการ Refer เขตต่อเขตน่าจะคุยกันได้ สามารถ Refer ไปได้ เช่นสุพรรณบุรี มีแพทย์เฉพาะทาง มีความพร้อมสูง น่าจะมีการตกลงกันระดับเขตได้”

(ผอ.รพช., ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ก.ค. 57)

3.2.3 ผลกระทบด้านความไม่พร้อมด้านการเงินการคลัง

ปัญหาความไม่พร้อมด้านการเงินการคลัง อยู่ในประเด็นความไม่เพียงพอของงบประมาณที่ได้รับ จัดสรรจาก สพท. ในงบปฏิบัติการ และงบการพัฒนา โรงพยาบาลที่เป็นหลักและเครือข่าย ต้องใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาล หรือของงบประมาณจาก อปท. มาสมทบเพื่อพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพ เช่น การอบรมสัมมนาประจำปี

ดังกล่าวให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“การสนับสนุนการอบรมต้องใช้เงินบำรุง บางครั้งต้องหางบภายนอกในการอบรม เช่น อบต. มีการจัดทำแผนกันเงินไว้เพื่อการอบรม”

(เจ้าหน้าที่ รพช. ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ก.ค. 57)

“อปท. บางพื้นที่เป็น อปท.ขนาดเล็กและขาดการสนับสนุนงบประมาณ หรือมีงบประมาณน้อยอาจทำให้ไม่สามารถจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ได้”

(สสจ.ผู้ให้สัมภาษณ์, 15 ก.ค. 57)

3.2.4 ปัญหาความไม่พร้อมด้านรถกู้ชีพ, พัสตครุภัณฑ์และ อุปกรณ์ต่างๆ

ความไม่พร้อมด้านรถกู้ชีพ/รถกู้ภัย และพัสตครุภัณฑ์และอุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่ ใช้เงินบำรุงในการจัดหา ส่วนรถกู้ชีพ/กู้ภัย ส่วนหนึ่งสนับสนุนจาก อปท. แต่ยังพบปัญหา จำนวนรถไม่เพียงพอในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินหรือต้องส่งต่อผู้ป่วย, รถกู้ชีพของ อบต. บางพื้นที่ไม่ได้มาตรฐานแต่ยังลักลอบมาใช้ในการบริการผู้ป่วย รวมทั้งความไม่พร้อมของอุปกรณ์ในรถ ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ แม้จะถึงจุดเกิดเหตุการณ์ก่อนโรงพยาบาล

ดังกล่าวให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“สสจ. ตรวจสอบ อปท. เอาเงินไปซื้อรถกู้ชีพ/กู้ภัย แต่จริงๆ เอาไปรับส่งนักเรียน อปท. บางแห่ง ซื้อรถมาดัดแปลง บางทีซื้อมา 5 คัน แล้วมาถาม นพ.สสจ. จะเอาไปแจกใครดี”

(สสจ., ผู้ให้สัมภาษณ์, 19 ก.ค. 57)

“ข้อจำกัดเรื่องรถ และบุคลากร ในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน หรือต้องส่งต่อผู้ป่วย”

(ผอ.รพช. ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ก.ค. 57)

“แต่ละตำบลมีคนผ่านการอบรม แต่ยังไม่สามารถทำงานได้จริงเนื่องจากขาดรถ และอุปกรณ์”

(พยาบาล,รพช. ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ก.ค. 57)

“บางที่เราก็สวนทางกับกู้ภัย อยู่ใกล้พื้นที่เค้าเค้าไปถึงก่อน แต่เป็นปัญหา ด้านความพร้อมในการดูแล รถ (กู้ภัย) ไม่มีอุปกรณ์”

(เวชกร ,รพช., ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ก.ค. 57)

3.3 ผลกระทบด้านระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล

ปัญหาในระบบสารสนเทศในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 3 ยังพบการสื่อสารผ่าน 1669 ทำให้ประชาชนคาดหวังกับระบบ EMS จะช่วยเขาได้ทุกเรื่องที่มีปัญหาสุขภาพ ทำให้ประชาชนคาดหวังมากเกินไป เช่น ป่วยที่บ้านก็ไปรับมารักษาที่โรงพยาบาล ส่วนด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์ระบบ EMS ให้ถึงประชาชนและเข้าใจ ยังไม่เพียงพอและไม่หลากหลาย ขาดองค์ความรู้และการสื่อสารสู่ประชาชนอย่างง่ายและโดนใจ

ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“ประชาชนจะมองว่าโรงพยาบาลเราเป็นจุดที่คาดหวัง เราจะทำไงให้ระบบ EMS 1669 เป็นระบบที่มีโครงข่าย/เครือข่าย ที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ ใช้งานได้จริง ให้ประชาชนได้รับประโยชน์”

(ผอ.รพ., ผู้ให้สัมภาษณ์, 9 ต.ค. 57)

ประชาชนไม่เข้าใจเรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน มีความเข้าใจเรื่องการให้บริการเรื่องรถในการรับผู้ป่วย เป็นรถโรงพยาบาลมากกว่ารถมูลนิธิ, รถมูลนิธิ, รถ อบต., ต้องการรถโรงพยาบาลมากกว่า โดยภาพรวมจะฉุกเฉินจริงไม่ฉุกเฉินเท่าไรทำให้เสียโอกาส”

(พยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน., ผู้ให้สัมภาษณ์, 13 ส.ค. 57)

“การใช้วิทยุสื่อสาร ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน บางที FR ออกไปก่อนแล้วเราออกไปสวนทางกัน วิทยุสื่อสารควรมีการอบรมการใช้วิทยุสื่อสาร เพราะบางคนไม่เคยใช้ ถ้าไม่กล้าพูดทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน”

(พนักงานเปล, รพช. จังหวัดชัยนาท, 29 ก.ค. 57)

3.4 ผลกระทบด้านการนำและการบริหารจัดการ

3.4.1 การนำและอภิบาลระบบ

องค์กรหลักในการดูแลในภาพรวมเชิงระบบ ในระดับนโยบายและทิศทางการแพทย์ฉุกเฉินในระดับประเทศ ในมุมมองของผู้ปฏิบัติ พบว่า มีความซ้ำซ้อนในบทบาทของ สพจ./สธจ. ส่งผลต่อการปฏิบัติตามนโยบาย ยังไม่ชัดเจนเพียงพอ อีกทั้งการทำงานในระดับ

จังหวัด ยังขาดการบูรณาการร่วมกันระหว่าง กระทรวงมหาดไทยกับสาธารณสุข ที่เน้นการบริหารมากกว่า การปฏิบัติ จนทำให้บทบาทและภารกิจของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ขาดความชัดเจน ในส่วนการทำงานเชิงรุกและบูรณาการเชิงระบบ

ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“เรื่อง EMS เป็นเรื่องของอำเภอ ไม่เกี่ยวกับจังหวัด ไม่เกี่ยวกับเขตและประเทศ เป็นเรื่องของคนที่อยู่ตรงนั้นจะจัดการอย่างไร แนวคิดที่มองถึงประชาชนต้องผลักดันให้ปฏิบัติได้จริง”

(สสจ. ผู้ให้สัมภาษณ์, 19 ก.ค. 57)

“ปัจจุบันมีหน่วยงานซ้ำซ้อนกัน เช่น สพล. สรช. ทำให้ผู้ปฏิบัติไม่รู้ว่าใครทำหน้าที่เป็นหน่วยหลัก พรบ.ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2551”

(สสจ. ผู้ให้สัมภาษณ์, 18 ก.ค. 57)

3.4.2 การทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยงานอื่น ๆ

การทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยงานต่างๆ ที่ภาครัฐและเอกชน เช่น ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด กระทรวงมหาดไทย, องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ., เทศบาล, อบต.) ยังพบปัญหาที่ไม่สามารถเชื่อมโยงหรือบูรณาการเชิงระบบ ทำให้เกิดผลเสียต่อประชาชนที่อาจเกิดความสูญเสีย เนื่องจากความไม่ทันเวลา, ขาดอุปกรณ์ช่วยชีวิต, และขาดบุคลากรที่มีทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพ นอกจากนี้ยังไม่เชื่อมประสานการทำงานแล้ว อปท. บางแห่งยังไม่สนับสนุน การแพทย์ฉุกเฉิน มองเป็นเรื่องการเมือง ทากกว่าการช่วยชีวิตประชาชน

ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“มีศูนย์สั่งการศูนย์ที่เดียว เป็น Single command เนื่องจากกู้ชีพในบ้านเรา ยังเป็น อาสาสมัครและ ท้องถิ่น ปัญหาคือ เราการสั่งเขาไม่ได้ เพราะเขาไม่ขึ้นตรงกับเรา บางทีเขาไม่ทำตามข้อตกลง หรือมาตรฐานที่มี บางหน่วยก็ยังเป็นหน่วยงานที่เล็กเกินไปที่จะมีศูนย์กู้ชีพอยู่ มันไม่คุ้ม”

(สสจ. ผู้ให้สัมภาษณ์, 15 ก.ค. 57)

“ในส่วนของภาครัฐด้วยกันเห็นชัดเจน คือ การเชื่อมโยงข้อมูลกัน อย่างน้อยทางสาธารณสุขกับ ปก. เริ่มมีการเชื่อมโยงข้อมูลไปด้วยกันบ้าง จากที่แต่ก่อนสะเปะสะปะ งานนี้ก็เกะ งานนี้ฉนั้น ของใครของมัน”

(สสจ. ผู้ให้สัมภาษณ์, 17 ก.ค. 57)

3.4.3 การบริหารจัดการทั่วไป

ปัญหาการบริหารจัดการทั่วไป เป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ภายในหน่วยงาน และปัญหาที่ต้องแก้ไขโดย เขตหรือกระทรวงสาธารณสุข เช่น การตรวจมาตรฐานรถกู้ชีพเป็นมาตรฐานที่มีความยืดหยุ่นน้อย อาจไม่เหมาะสมกับบางพื้นที่ ทำให้การร่วมมือจาก อปท.ลดน้อยลงไป เมื่อรถที่เข้าร่วมโครงการไม่ผ่านมาตรฐาน

ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“ปัญหาเรื่องการตรวจรถ ต้องไปตรวจที่ จังหวัด คนที่อยากเข้ามามีส่วนร่วม แต่เรากับบ่ยเบียง ตั้งการ์ดไว้มากมาย เรายังก็ทำเองไม่ได้”

(สสจ., ผู้ให้สัมภาษณ์, 18 ก.ค. 57)

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 3 มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการและปัญหาอุปสรรคของผู้บาดเจ็บ ในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 อภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

5.1 ด้านผู้บาดเจ็บมารับบริการ

ค่าเฉลี่ยของเวลารักษาที่ห้องฉุกเฉิน พบว่า ค่าเฉลี่ยของเวลาที่ผู้บาดเจ็บ อยู่รักษา ณ ห้องฉุกเฉิน 86.41 นาที อาจเนื่องมาจากผู้บาดเจ็บที่มาโรงพยาบาลบางรายต้องรอการส่งเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน (81.79%) ก่อนส่งเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยด้าน ศัลยกรรมบาดเจ็บ(ไม่รวมออร์โธปิดิกส์) (19.5%) หรือกลับบ้าน (51.8%) รวมถึงการรอเพื่อส่งต่อ รับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือเป็นผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิต และผู้บาดเจ็บบางราย ไม่ได้เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินต้องรอการตรวจจากแพทย์ที่ ตรวจคนไข้ฉุกเฉินก่อน เนื่องจาก อัตรากำลังไม่เพียงพอ และ ไม่ได้แยก OPD นอกเวลา ข้อค้นพบเหล่านี้ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการวิจัยของ ไพบุลย์ สุริยะไพศาล และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่า เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในห้องฉุกเฉินประมาณ หนึ่งชั่วโมง โดยผู้ป่วยที่ส่งต่อและเสียชีวิตจะใช้เวลาเป็น สองเท่าและเท่าครึ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับ สหราชอาณาจักรระยะเวลา ให้บริการในห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่คนไข้มาถึง รพ. แล้วถูกจำหน่ายส่งเข้าผู้ป่วยในหรือกลับบ้านต้องไม่เกิน 4 ชั่วโมง และประเทศออสเตรเลีย คนไข้ฉุกเฉินที่ต้องนอน รพ. โดยเฉลี่ยใช้เวลารอคอยถึง 6.6 ชั่วโมง⁽⁶⁾ และ จากข้อค้นพบนี้ โรงพยาบาลที่ยังไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ควรให้ความสำคัญ ในการพัฒนาศักยภาพ(Core competency) ซึ่งยังเป็นส่วนขาดของเขต3 หรือการวางแผนระยะยาว ในการสรรหาแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน มาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

การเดินทางมาโรงพยาบาล การเดินทางมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 ผู้มาใช้บริการ ส่วนใหญ่เดินทางมาเอง มากกว่า เดินทางโดยรถกู้ชีพที่ติดต่อผ่าน 1669⁽²⁰⁾ อาจเนื่องจาก ความเข้าใจของผู้มาใช้บริการยังคิดว่า บริการ 1669 ใช้กับการเกิดอุบัติเหตุเท่านั้น อีกทั้งส่วนใหญ่การเดินทางมาโรงพยาบาล จะมีญาติติดตามมาด้วย จึงเกิดความไม่สะดวกในการใช้บริการ และการคมนาคมบางแห่ง ต้องอาศัยการเดินทางหรือจักรยานยนต์เท่านั้น จึงเป็นปัญหาที่ควรให้ความสำคัญ เนื่องจากรัฐได้จัดสรรงบประมาณ ในการบริหารจัดการระบบ 1669 ค่อนข้างมาก และเป็นบริการฟรีให้กับประชาชน ควรพัฒนาเชิงระบบให้สอดคล้องกัน ทั้งประเทศ ในด้านการประชาสัมพันธ์เชิงรุกเกี่ยวกับ การใช้บริการ 1669 ให้หลากหลายช่องทาง เช่น

ทางทีวี หนังสือพิมพ์ เเบิ้ลทีวีท้องถิ่น วิทยุชุมชน โดยเน้นเป้าหมายให้ประชาชนเข้าถึงบริการ ได้รับทราบการบริการ และบอกต่อความพึงพอใจเมื่อมาใช้บริการ สอดคล้องกับ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน⁽⁶⁾ เสนอการทบทวนกลยุทธ์ การสร้างความเชื่อมั่นในบริการ แก่ประชาชนในพื้นที่ มุ่งเน้นระบบประชาสัมพันธ์ และยกระดับการให้ข้อมูลข่าวสารและช่องทาง 1669 เพื่อสร้างไว้วางใจ และเชื่อมั่นในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ความเข้าใจเมื่อได้รับคำแนะนำจากแพทย์ เรื่องการใช้จ่ายและการปฏิบัติตนเพิ่มเติม
พบว่า ส่วนมากมีความเข้าใจชัดเจน แต่ก็ยังพบความไม่ชัดเจนอยู่⁽²⁰⁾ อาจเนื่องจากแพทย์จะแนะนำผู้ป่วยไม่ละเอียดมากนักเป็นคำแนะนำเบื้องต้น เกศจักรจะเป็นผู้อธิบายอีกครั้ง เมื่อมีการรับยาหลังจากแพทย์สั่ง ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีทั้งแพทย์ พยาบาล และบุคลากรในห้องฉุกเฉิน ควรให้ความสำคัญกับการสื่อสาร เช่น การถามซ้ำกับผู้ป่วยและญาติให้แน่ใจว่า มีความเข้าใจชัดเจน รวมทั้งการทำแผนพับความรู้การปฏิบัติตัว แจกให้กับผู้ป่วยและญาติ เมื่อกลับบ้าน หรือการเพิ่มช่องทางการรับรู้อื่นๆที่เข้าถึงได้ง่าย

คำแนะนำที่ผู้รับบริการอยากให้อำเภอฉุกเฉิน ปรับปรุงมากที่สุด ในเรื่อง การแก้ไขความเจ็บปวด อาจเนื่องจากผู้บาดเจ็บที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามอาการอยู่แล้วโดยแพทย์ พยาบาล มีการใช้ Pain Score ร่วมด้วย แต่ระดับความเจ็บปวดของผู้บาดเจ็บไม่เท่ากัน การบำบัดอาการเจ็บปวดต้องพิจารณาแต่ละราย เช่น ผู้บาดเจ็บรอสั่งเกตอาการ, บาดเจ็บที่ศีรษะ, บาดเจ็บช่องท้อง ทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรอธิบายเพิ่มเติมให้ผู้บาดเจ็บได้เข้าใจเฉพาะราย

ความพึงพอใจของผู้บาดเจ็บที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโดยภาพรวม พบว่าผู้บาดเจ็บมีความพึงพอใจมาก อาจเนื่องมาจาก โรงพยาบาลมีระบบการบริการและรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน มีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ทำให้การบริการ ได้อย่างรวดเร็ว และเน้นที่ผู้บาดเจ็บเป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน⁽⁵⁾ พบว่า ความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำปี 2554 อยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณษา ชื่นวัฒนา⁽¹⁸⁾ ศึกษาวิจัยเรื่อง การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า การให้บริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ สรณันท์ อนุชน⁽²⁶⁾ พบว่า ผู้มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีความพึงพอใจต่อการให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ความพึงพอใจของผู้บาดเจ็บที่ใช้บริการด้วยรถพยาบาล/รถกู้ชีพ ที่ติดต่อผ่าน 1669
พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมา⁽²⁰⁾ ก รู้สึกมีความปลอดภัยและอยากแนะนำให้ผู้อื่น ใช้บริการนี้ อาจเนื่องจาก รถพยาบาล/รถกู้ชีพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นของโรงพยาบาล มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตครบ มีมาตรฐาน มีบุคลากรที่มีทักษะและพฤติกรรมบริการที่ดีมาบริการ ทำให้ผู้บาดเจ็บหรือญาติรู้สึกอบอุ่น และมีความ

ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการวิจัยของไพบูลย์ สุริยะไพศาล⁽⁶⁾ ซึ่งพบว่า ผู้ใช้บริการนำส่งโรงพยาบาล ฟังพอใจและรู้สึกปลอดภัยเมื่อใช้บริการของหน่วยกู้ชีพของโรงพยาบาล หรือ อบต. มากกว่าของ มูลนิธิ แสดงว่าคุณภาพบริการยังหลากหลายมากขึ้นไป จึงควรปรับปรุงกระบวนการฝึกอบรม และ กระบวนการรับรองคุณภาพบริการ ให้สอดคล้องกับบริบทของงานอาสาสมัคร ซึ่งมีการเปลี่ยนตัว บุคคลบ่อยครั้ง

5.2 ด้านผู้ให้บริการ

การนำและอภิบาลระบบ ภาพการณ์นำของผู้บริหารในทุกระดับ ตั้งแต่ ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ในเขต 3 มีภาพชัดเจน ในการ Empowerment ผู้ได้บังคับบัญชา รวมถึงการสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเต็มที่ แม้ทิศทางและนโยบาย จากส่วนกลางยังไม่ชัดเจนนัก เนื่องจาก ผู้ควบคุมกำกับดูแลระบบ EMS เป็นกระทรวงสาธารณสุข ส่วนองค์กรบริหารมีทั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน(สพฉ.)และสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน(สธฉ.) บทบาทการนำด้านระบบบริการรักษาพยาบาล จะเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้นำใน โรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ (CUP)⁽⁶⁾ และถ้าโรงพยาบาลที่เป็นที่ตั้งของศูนย์สั่งการ จะมี บทบาทโดดเด่นในการบริหารจัดการ ส่วนการประสานงานกับ อบต. และ รพ.สต. ในพื้นที่ ให้เข้า มามีส่วนร่วมพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นบทบาทนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ที่มี ความสำเร็จมากกว่า รวมทั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่สมบูรณ์ ควรต้องมีการทำงานร่วมกันกับ อนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด อย่างจริงจัง⁽¹⁶⁾

การจัดระบบบริการ การจัดระบบบริการของห้องฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลกระทรวง สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 เป็นการจกระบบบริการที่พยายามเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Customer focus) และมีกระบวนการดูแลรักษาพยาบาล โดยผ่านการรับรองมาตรฐาน (Hospital accreditation) ทุกโรงพยาบาล นอกจากนั้นยังมีการพัฒนาระบบบริการ เพื่อตอบสนองภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของ ประชาชน เช่น Fast track STEMI, Fast track Stroke เมื่อเปรียบเทียบอัตราป่วยตายในห้องฉุกเฉิน พบว่า รพศ./รพท. อัตราตายในห้องฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจาก จังหวัดที่ตั้งของ รพศ./ รพท. มีถนนสายหลักระหว่างจังหวัด เช่น ชัยนาท อุทัยธานี นครสวรรค์ และพิจิตร โอกาสการเกิด อุบัติเหตุมีมาก จึงทำให้จำนวนผู้บาดเจ็บมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประกอบกับความไม่เพียงพอของ บุคลากรของห้องฉุกเฉินอาจส่งผลต่อการปฏิบัติเพื่อช่วยให้ผู้บาดเจ็บรอดชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับ ไพบูลย์ สุริยะไพศาล และคณะ⁽⁶⁾ พบว่า การเข้าถึงบริการนำส่งยังจำกัดมาก และผู้บาดเจ็บมีโอกาส มากกว่ากลุ่มอื่นที่จะเข้าถึงบริการนี้ สอดคล้องกับทงงสรรค์ เทียนถาวร⁽⁸⁾ พบว่า ระบบบริการ (Service Delivery) ประเทศสหรัฐอเมริกา แพทย์มีบทบาทในการนำและควบคุมดูแลระบบ ทั้งนี้

เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นนั้นถูกต้อง ปลอดภัยตามหลักมาตรฐานทาง การแพทย์ กลยุทธ์สำคัญในการบรรลุจุดมุ่งหมายคือ มีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการการรักษาพยาบาล ก่อนโรงพยาบาล สำหรับระบบส่งต่อในจังหวัดค่อนข้างมีประสิทธิภาพ ส่วนระหว่างจังหวัดยัง พบความไม่พร้อมของโรงพยาบาล เนื่องจากบางโรงพยาบาลไม่มีหน่วยรับผิดชอบการส่งต่อ และ พบปัญหาระหว่างจังหวัด ระหว่างเขตตรวจราชการ ที่ยังไม่มีข้อตกลงอย่างชัดเจน อาจเนื่องจาก ผู้บริหารทั้งระดับเขต และจังหวัดให้ความสำคัญกับระบบการส่งต่อน้อย เห็นควรกำหนดเป็น ข้อตกลงเป็นนโยบายของเขตสุขภาพหรือหาข้อตกลงร่วมระหว่างเขตในการส่งต่อผู้ป่วยข้ามเขต

ด้านบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในห้องฉุกเฉินของ โรงพยาบาล ยังพบว่าขาดแคลนในหลายสาขา ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, พยาบาลห้องฉุกเฉิน และเจ้าพนักงานเวชกรฉุกเฉิน (EMT) โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พบใน รพศ. และ รพท. เพียง 2 แห่งเท่านั้น ซึ่งโรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง แพทย์ลาออกไปอยู่โรงพยาบาลเอกชน และกำลัง ส่งศึกษาต่อ จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ที่มีอยู่ในเขต 3 พบว่า ต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำของประเทศที่ กำหนดให้คือ 3 คนต่อโรงพยาบาล⁽²⁷⁾ สำหรับเจ้าพนักงานเวชกรฉุกเฉิน ซึ่งเกณฑ์ขั้นต่ำกำหนดไว้ 2 - 3 คน/อำเภอ ในเขต 3 ยังพบว่าขาดแคลนอยู่ สอดคล้องกับ ไพบุลย์ สุริยะไพศาล และคณะ⁽⁶⁾ พบว่า ความขาดแคลนบุคลากรยังดำรงอยู่และส่งผลกระทบต่อการทำงานเป็นทีมที่เป็นหัวใจแห่ง ความสำเร็จของการให้บริการ ผลกระทบที่สำคัญ และสอดคล้องกับ นงลักษณ์ พะไยยะ (2551)⁽³³⁾ ศึกษาแนวโน้มกำลังคนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ตัดสินใจย้ายออกไป ปฏิบัติงานในหน่วยงานใหม่ ได้แก่ ค่าตอบแทนไม่เหมาะสม ซึ่งแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินปฏิบัติงาน เฉลี่ย 300 ชั่วโมง/เดือน มากกว่าผู้ปฏิบัติงานในเวลาปกติ (176 ชั่วโมง) 1.7 เท่า ซึ่งส่วนใหญ่ ปฏิบัติงานในพื้นที่เขตเมือง, ส่วนด้านการพัฒนาบุคลากรในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลกระทรวง สาธารณสุข และภายนอกโรงพยาบาลที่เป็น FR ที่เข้าร่วมในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น อปท., มูลนิธิ และเอกชน ซึ่งเป็นจุดเด่นของเขตสุขภาพที่ 3 ที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ อาทิเช่น จังหวัดอุทัยธานีจัด OD/กู้ชีพ Rally ทั้งจังหวัดและเขต โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เป็นวิทยากรใน ระดับเขต ด้านกู้ชีพ และ Service Plan โรงพยาบาลชุมชนพัฒนาบุคลากร ในรูปแบบส่วนร่วมของ เครือข่าย (CUP) สอดคล้อง กับ ทนงสรรค์ เทียนถาวร⁽⁸⁾ พบว่า กำลังคนและบทบาทหน้าที่ของ บุคลากร มีการจัดให้มีการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อรองรับบริการตั้งแต่ผู้ประสบเหตุจนถึงแพทย์ใน ห้องฉุกเฉิน และให้ความรู้ความเข้าใจในอันตรายจากการประกอบวิชาชีพ สอดคล้องกับ กาญจนา เชนันท์⁽²⁷⁾ พบว่าความสำเร็จในการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บระยะเร่งด่วนฉุกเฉินประกอบด้วยบุคลากร ที่ทำการช่วยเหลือต้องมีความรู้ มีการตัดสินใจที่รวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสม ต้องมีความ

เชี่ยวชาญ มีทักษะที่ผสมผสาน มีความหลากหลายในองค์ความรู้ ใช้แนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บ

ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 ในด้านการสื่อสารผ่าน 1669 เนื่องจากประชาชนยังมีความพึงพอใจที่เรียกใช้บริการ ถึงแม้จะข้อจำกัดในการบริการเชิงระบบที่อาจทำให้ประชาชนยังเข้าใจ ว่าเป็นหมายเลขที่สามารถให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพได้ทุกอย่าง ซึ่งอาจเป็นบทบาทที่ สพล. ต้องปรับระบบการสื่อสาร การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับหมายเลข 1669 ให้ประชาชนเข้าใจ และให้มีความรู้ความตระหนักรวมถึงการป้องกันที่ภัยอันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์กลาง หรือ Application ที่เอื้อต่อการสื่อสารและประสานงานระหว่างทีมผู้ให้บริการในระบบ และการเก็บ บันทึก ข้อมูล สถิติ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในเชิงบริหารใช้วางแผนในปีต่อไป รวมถึงการเทียบเคียงตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลด้วย สอดคล้องกับ สัมฤทธิ์ ศรีธีารังสวัสดิ์⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง รายงานการทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและบทเรียนสำหรับประเทศไทย พบว่า ทุกประเทศมีเบอร์สายด่วนกรณีฉุกเฉินเบอร์เดียว บูรณาการทั้งด้านการกู้ชีพ กู้ภัยดับเพลิงและบางประเทศครอบคลุมไปถึงตำรวจด้วย โดยเบอร์สายด่วนและศูนย์สั่งการอาจอยู่ด้วยกันหรือไม่ก็ได้ หากไม่อยู่ด้วยกันก็จะมีระบบการเชื่อมสายต่อไปยังหน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านกู้ชีพ กู้ภัยดับเพลิงต่อไป และหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในศูนย์สั่งการอาจเป็นได้ทั้ง หน่วยงานดับเพลิง หน่วยงานของรัฐบาลมลรัฐ/จังหวัด/ท้องถิ่น โรงพยาบาลรัฐ หน่วยงานตำรวจ หรือหน่วยงานอิสระที่รัฐทำสัญญาให้บริการสิ่งเหล่านี้ล้วนสะท้อนประวัติศาสตร์ของการพัฒนาเทคโนโลยีต่างๆ ที่มีจุดเด่นในแต่ละช่วงเวลาที่แตกต่างกันซึ่งจะส่งอิทธิพลต่อการพัฒนาที่ตามมาให้มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับ ทนงสรรค์ เทียนถาวร⁽⁸⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง รายงานการทบทวนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่างประเทศ ภายใต้โครงการ “การทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสารสหรัฐอเมริกา สื่อสารโดยใช้โทรศัพท์หมายเลขฉุกเฉินคือ 911 เป็นหมายเลขที่ใช้สำหรับให้ประชาชนโทรแจ้งเหตุฉุกเฉินได้ 3 กรณี ได้แก่ โทรแจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจ (police) โทรศัพท์เรียกรถพยาบาล (ambulance services/medical) และโทรศัพท์เรียกพนักงานดับเพลิง (fire departments) โทรศัพท์ธรรมดาสามารถแสดงตำแหน่งที่ตั้งจริงของโทรศัพท์เครื่องนั้น ทำให้เห็นการเชื่อมต่อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่ หรือแต่ละองค์กรในรัฐนั้น ๆ สอดคล้องกับ ไพบุลย์ สุริยะไพศาลและคณะ⁽⁶⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง ชุดโครงการวิจัยเพื่อการประเมินและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ระบบสารสนเทศเป็นเครื่องมือในการติดตามเป้าหมาย เพื่อปรับกระบวนการและปัจจัยนำเข้าให้สอดคล้องกับการบรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้โดยผู้สร้างและใช้เครื่องมือเหล่านี้คือคนทำงาน

ในสถานพยาบาล ข้อมูลที่เป่าหมาย (explicit knowledge) ได้กลายเป็นสาระของการสื่อสารภายใน หมู่คนทำงาน เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ตรง (tacit knowledge) และองค์ความรู้ในรูปแบบอื่น (เช่น clinical practice guideline, care map) อย่างสม่ำเสมอ จนยกระดับการเรียนรู้และปรับปรุงการทำงาน ถึงขั้นที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางปริมาณและคุณภาพของงาน และทิศทางการพัฒนาระบบสารสนเทศที่เหมาะสม คือ มุ่งเน้นให้คนทำงานมีฉันทะและสมรรถนะที่จะใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยและชุมชน การออกแบบและพัฒนาสารสนเทศในทิศทางนี้ ย่อมต้องการการมีส่วนร่วมหรือแม้กระทั่งการริเริ่มต้นแบบจากหน่วยปฏิบัติเป็นสำคัญ ทั้งนี้ควรคำนึงถึงการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ อันเป็นเงื่อนไขรองรับระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบไร้รอยตะเข็บ (seamless health care)

ด้านพัสดุและอุปกรณ์ ที่ใช้ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 3 อภิปรายไว้ว่าพัสดุและอุปกรณ์มีความพอเพียง สำหรับโรงพยาบาลในทุกระดับที่ใช้งบประมาณของโรงพยาบาล แต่พบปัญหาความไม่เพียงพอที่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ในส่วนความรับผิดชอบของ อปท. การปรับยุทธศาสตร์และนโยบายส่งเสริมให้หน่วยงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด กระทรวงมหาดไทย อปท. เข้ามามีส่วนร่วมมีบทบาทและสนับสนุนตั้งแต่กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลในพื้นที่ จึงเป็นแนวคิดเชิงรุกที่จะผลักดันให้เกิดการปฏิบัติที่สามารถแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น เนื่องจากการแพทย์ฉุกเฉินไม่อยู่เฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น สอดคล้องกับงานวิจัยไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล⁽⁹⁾ พบความเชื่อมโยงของกลไกการทำงานเป็นไปในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละพื้นที่ ผ่านรูปแบบความสัมพันธ์ ได้แก่ การสนับสนุนเงิน/พัสดุ การกำกับดูแล การประสานงาน การสนับสนุนวิชาการ ในทุกจังหวัดผู้ว่าราชการจังหวัดทำหน้าที่กำกับดูแลการดำเนินงานของทุกหน่วยงาน ยกเว้นสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบการใช้เงินของอปท. ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการใช้เงินผิดระเบียบจนเป็นอุปสรรคในการขยายงานบริการกู้ชีพหรือยุติบริการ เนื่องจาก อปท. เป็นผู้สนับสนุนโรงพยาบาลด้วยเงินและ/หรือพัสดุในการจัดบริการกู้ชีพ ซึ่งในบางจังหวัดกลายเป็นสัญญาณทางลบในสายตาของมูลนิธิหรือ อปท. นอกจากนั้นยังพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ. เทศบาล และ อบต.) อุบลราชธานีเป็นจังหวัดที่มีบทบาทโดดเด่นที่สุดในการสนับสนุนบริการกู้ชีพตำบลได้ครอบคลุมกว้างขวางที่สุดอย่างต่อเนื่อง และ อบต.ท่าเยี่ยม จ.พิจิตร โดดเด่นในด้านการระดมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อจัดบริการกู้ชีพด้วยการสนับสนุนอย่างใกล้ชิดจาก รพ.สต.ท่าเยี่ยม

ข้อจำกัดของการวิจัย

การขอการรับรอง จริยธรรมงานวิจัย ต้องดำเนินการขอรับรองจาก โรงพยาบาลที่เข้าไปเก็บข้อมูล ทำให้เกิดความล่าช้าในการขอการรับรอง เนื่องจากงานวิจัยเป็นการเก็บข้อมูลเป็นเขตสุขภาพ ที่ต้องเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลหลายระดับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาในประเด็นนี้ เพื่อให้การดำเนินการวิจัยรวดเร็วและเกิดประสิทธิภาพ

สิ่งที่ควรจะศึกษาเพิ่มเติม

1. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยที่ศึกษาเฉพาะการจัดบริการและการเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Care) ควรศึกษาวิจัยในระบบก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre Hospital Care) เพื่อที่จะได้นำผลการวิจัยไปวางแผนป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในอนาคต
2. ควรศึกษาวิจัยบทบาทและการมีส่วนร่วมของทีมกู้ชีพ (First Responder Team : ER) ต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและมูลนิธิ และองค์กรภาคเอกชน

ข้อเสนอแนะ

ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ

1. นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินในระดับประเทศที่มีหน่วยงาน สพจ. และ สรช. เป็นผู้กำหนดทิศทางและนโยบาย ควรทำความเข้าใจกับหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับผู้ปฏิบัติให้ชัดเจน เพื่อการปฏิบัติงานจะได้เป็นไปในทิศทางและแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ
2. บทบาทการทำงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ยังไม่ชัดเจนในเรื่อง EMS แกนหลักของการทำงานไปอยู่โรงพยาบาล (รพศ./รพท.) ซึ่งเป็นศูนย์สั่งการควรปรับบทบาทให้มีส่วนร่วมอย่างจริงจัง และสามารถเป็นผู้นำเชิงระบบด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉินแก่โรงพยาบาลในจังหวัด และหน่วยงานอื่นๆ ควรเพิ่มบทบาทในการประสานงานกับป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด, อปท., มูลนิธิ เพื่อการดูแลและป้องกันร่วมกันในบริบท Pre-hospital
3. Role Model ด้านการพัฒนาระบบ EMS ในระดับจังหวัดหรือระดับเขตให้เป็นสถานที่ศึกษาดูงานของเขตสุขภาพหรือโรงพยาบาลอื่นๆ ซึ่งจะเป็นการช่วยกระตุ้นให้เกิดการถอดบทเรียนและเรียนรู้รวมถึงสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาระบบ
4. ส่งเสริมให้ รพ.สต. เข้าไปมีบทบาทในการประสานงานกับ อปท. ในพื้นที่ ให้เข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ยั่งยืนต่อไป

ด้านการจัดระบบบริการ

1. กลไกนโยบายด้านระบบบริการและการรักษาพยาบาล กรมการแพทย์ ควรเข้ามามีบทบาทร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) พัฒนาความรู้เชิงวิชาการ เชิงรุกและการประเมินผลตามแบบประเมินด้านรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล

(Guide to Standardization in Hospital Based Emergency Care : SHEC)⁽³⁰⁾ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบและชัดเจน โดยให้สอดคล้องกับเป้าหมายของ กระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ(ER คุณภาพ) และสอดคล้องกับระบบ Service Plan สุขภาพดำเนินการในปัจจุบัน

2. พัฒนาระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพทั้งภายในจังหวัดและในเขตบริการสุขภาพที่ 3 ให้มีศูนย์ส่งต่อครบทุกจังหวัด รวมทั้งการกำหนดข้อตกลงร่วมสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยข้ามเขตที่ควรคำนึงถึง ภูมิศาสตร์และพื้นที่ที่มีผลต่อการความปลอดภัยของผู้ป่วย

ด้านบุคลากร

1. บุคลากรหลายสาขาที่มีบทบาทเฉพาะต่อการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, เวชกฉุกเฉิน, พยาบาลวิชาชีพ ควรมีการส่งเสริมในการพัฒนาต่อยอดความรู้และทักษะ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Management) ระหว่างโรงพยาบาลที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินประจำกับโรงพยาบาลที่ยังไม่มีแพทย์ประจำทั้งภายในจังหวัดและภายในเขต

2. คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ โดยการสนับสนุนจากผู้บริหาร โรงพยาบาลและหน่วยงาน อปท. ได้แก่ ค่าตอบแทนและจิตใจ, สวัสดิการ, การจัดอัตราค่าจ้าง, การออกพื้นที่ของบุคลากรเทศหญิงตอนกลางคืนและการมอบหมายหน้าที่และบทบาทให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และสภาพการณ์ที่เหมาะสม

3. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ อปท. เข้ามามีส่วนร่วม โดยมอบหมายให้เป็นหน้าที่ในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่กระบวนการการวางแผนยุทธศาสตร์ร่วมกับจังหวัดและโรงพยาบาลในพื้นที่ เช่น แผนงบประมาณ, แผนฝึกอบรมในภาพอำเภอหรือจังหวัด, การสนับสนุนรถกู้ชีพ, รถยกและเครื่องตัดถ่าง

4. การเรียนรู้แบบไม่เป็นทางการ (กู่ชีฟ Rally) เป็นกิจกรรมที่เป็นจุดเด่นของเขต 3 ควรขยายให้ครอบคลุมทุกจังหวัดในเขตและทุก คปสอ. ในระดับอำเภอ

ด้านสารสนเทศและเทคโนโลยี

1. ควรพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศให้เป็นเชิงระบบ สามารถเข้าถึงได้ และเชื่อมโยงกับ สพท. ให้เป็นข้อมูลปัจจุบันใช้โปรแกรมเดียวกันทั้งเขตจะช่วยให้ระบบข้อมูลสารสนเทศรวดเร็ว น่าเชื่อถือสามารถใช้อ้างอิงได้ และจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในเชิงป้องกัน รวมทั้งเป็นข้อมูลสำหรับการตรวจติดตาม การตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

2. ควรพัฒนาโปรแกรมประยุกต์ หรือ Application เพื่อการสื่อสารและส่งข่าว ระหว่างจุดเกิดเหตุ กับศูนย์สั่งการและ FR เพื่อให้เป็น Single Commander และสามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บได้ทันเวลาแม้ในสถานการณ์ที่มีปัญหาเชิงภูมิศาสตร์

3. ควรใช้ขยายช่องทางสื่อสาร หมายเลข 1669 เน้นการประชาสัมพันธ์เชิงรุก เช่น ประชาสัมพันธ์ทางโทรทัศน์หรือเคเบิลทีวี วิทยุชุมชน ให้ประชาชนเข้าใจเกี่ยวกับการใช้บริการ และเกิดความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

ด้านการเงินการคลัง

1. ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ควรให้ความสำคัญกับระบบการแพทย์และฉุกเฉิน ทั้งใน Pre-Hospital Care และ Hospital Case ในด้านการวางแผนและจัดสรรงบประมาณจากรัฐ และการประสานงบประมาณจาก อปท. เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินให้เกิดความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ

2. เขตตรวจราชการและโรงพยาบาลในพื้นที่ ที่มีการทำงานร่วมกันกับ อปท. โดยตรง ควรทำความเข้าใจและหาข้อ ข้อสรุปร่วมกับสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน ในการจัดซื้อจัดจ้างรถยนต์กู้ชีพและอุปกรณ์ช่วยชีวิตประจำรถ ที่ส่งผล กระทบต่อการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

3. กระทรวงสาธารณสุข และ สพล. ควรวางแผนงบประมาณ ระยะยาว 5-10 ปี สำหรับการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และสหวิชาชีพเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับตั้งแต่ A, S, M, F

ด้านพัสดุและอุปกรณ์

1. ควรให้ความสำคัญกับมาตรฐานของรถกู้ภัย เช่น การตรวจมาตรฐานรถกู้ภัย อาจจะ ต้องปรับให้เหมาะสมกับการใช้และพื้นที่ของการใช้งานรวมถึงการวางมาตรการป้องกันและการนำรถที่ไม่ได้มาตรฐานมาใช้ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ อปท. เข้ามามีบทบาทในการสนับสนุน EMS เช่น สนับสนุน รถกู้ชีพ, รถยกและเครื่องตัดถ่าง เนื่องจากภูมิศาสตร์ของจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 3 มีถนนเชื่อมต่อระหว่างจังหวัดเป็นถนนสายหลักทำให้โอกาสการเกิดอุบัติเหตุสูง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2013. [สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2558]; Available from URL: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013.
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.แผนบริหารราชการแผ่นดิน กระทรวงสาธารณสุข 2556-2559. [Serial online]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2558]; Available from URL: <http://www.bps.ops.moph.go.th/>
3. สำนักตรวจราชการเขตพื้นที่บริการสุขภาพที่ 3 กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ เขตพื้นที่บริการ สุขภาพที่ 3 ปี 2557-2559. จังหวัดนครสวรรค์.
4. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva; 2010.
5. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2556. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. 2557 [สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2557]; Available from URL: <http://www.niems.go.th/th/View/DataService.aspx?CateId=119>
6. ไพฑูรย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ชุดโครงการวิจัยเพื่อการประเมินและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). [Serial online]. 2552 [สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2557]; Available from: URL: <http://www.hisro.or.th/main/modules/research>.
7. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถิติอุบัติเหตุทางถนนรายเขต บริการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2554-2556. 2557. (สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2558); Available from: URL: [http://thaincd.com/information.statistic/injured data/](http://thaincd.com/information.statistic/injured_data/)
8. ทนงสรรค์ เทียนถาวร. รายงานการทบทวนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประเทศไทย ภายใต้โครงการ “การทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศ ในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). [Serial online]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557]; Available from: URL: <http://www.hisro.or.th/main/modules/research>.

9. ไพฑูรย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. โครงการประเมินการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสาม กองทุนภายใต้ นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนา หลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). [Serial online]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2558]; Available from: URL: <http://www.hisro.or.th/main/modules/research>.
10. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. รายงานการทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศในการพัฒนาระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินและบทเรียนสำหรับประเทศไทย. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนา หลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). [Serial online]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557]; Available from: URL: <http://www.hisro.or.th/main/modules/research>.
11. วิทยา ชาติบัญชาชัย. หลักการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2551. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข สปสช.; 2551. หน้า 52.
12. พนอ เตชะอธิก และคณะ. ผลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลผู้บาดเจ็บ ที่หน่วย ผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. ปีที่ 34 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2554:65. 2554 [Serial online]. [สืบค้นเมื่อ 9 เมษายน 2558]; Available from: URL: http://www.niems.go.th/th/Upload/File/255603281647282717_IIGbXgTwXnvubB6F.pdf
13. สุพรรณวดี ภิญโญ. การรับรู้และความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2554 [Serial online]. [สืบค้นเมื่อ 27 มกราคม 2558]; Available from: URL: <http://www.niems.go.th/th>.
14. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. ความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการการแพทย์ ฉุกเฉิน ประจำปี 2554. 2554 [Serial online]. [สืบค้นเมื่อ 5 มกราคม 2558]; Available from: URL: <http://www.niems.go.th/th/View/DataService>.
15. สุคนธ์ทิพย์ กุลประยงค์. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อ.บ้านบึง จ.ชลบุรี. 2554.
16. ไพฑูรย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. รายงานประเมินนโยบายว่าด้วยวิวัฒนาการระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน ในประเทศไทย. 2557 [Serial online]. [สืบค้นเมื่อ 16 เมษายน 2558]; Available from: URL: [http:// connect.niems.go.th/files/basic/anonymous/api/library/](http://connect.niems.go.th/files/basic/anonymous/api/library/).

17. กฤตยา แดงสุวรรณ. สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามจังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลา นครินทร์เวชสาร 2551; 26(3): 227-37.
18. วรรณรา ชื่นวัฒนา. การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) Assessment of Client's Satisfaction towards for Emergency Medical Service (EMS). 2555 [Serial online]. [สืบค้นเมื่อ 9 เมษายน 2558]; Available from: URL: <http://www.niems.go.th/th/View/KnowledgeBase.aspx?CateId=122>
19. พัทธราภรณ์ อุ้นเต๊ะ. ประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (STEMI) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. 2554 [Serial online]. [สืบค้นเมื่อ 27 มกราคม 2558]; Available from: URL: <http://>
20. ไพบุลย์ สุริยะไพศาล. รายงานประเมินนโยบายว่าด้วยวิวัฒนาการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2554
21. สุทนต์ ทั้งศิริ. การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2551; 17: 491-500.
22. วิโรจน์ เชมรัมย์. การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ (บทคัดย่อ). วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2552 [Serial online]. [สืบค้นเมื่อ 16 เมษายน 2558]; Available from: URL: http://www.pol.ubu.ac.th/news_file/attachment-1368808632.doc.
23. ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. รายงานผลการศึกษาโครงการรวบรวมองค์ความรู้และถอดบทเรียนรูปแบบการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน; 2556. [Serial online]. [สืบค้นเมื่อ 9 เมษายน 2558]; Available from: URL: http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/_11228/1/discover?query=&term=1
24. กฤตยา แดงสุวรรณ และคณะ. การรับรู้ข้อมูลของญาติผู้มารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. Princess of Naradhiwas University Journal 2555; 4(2): 16.
25. ประณีต ส่งวัฒนา. กระบวนการดูแลผู้บาดเจ็บอย่างต่อเนื่อง (บทคัดย่อ). Princess Naradhiwas University Journal 2555; 4(2):25-30.
26. สรณันท์ อนุชน. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก. 2556; 14(3): 159-168.

27. กาญจนา เซ็นนันท์, การช่วยชีวิตของผู้บาดเจ็บในระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน.วารสารสภาการพยาบาล. 2551; 23(3): 26 -39.
28. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods Research. Thousand Oaks, CA: Sage Publication. York : McGraw-Hill; 2007.
29. Krejcie RV, Morgan DW: Determining Sample Size for Research Activities. Psychological measurement;1970. 607-10.
30. กรมการแพทย์. แนวทางพัฒนาเพื่อสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ (SHEC). กรุงเทพฯ. : 2555.
31. สุภาภรณ์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 17. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
32. ถวิลวดี บุรีกุล, เมธิศา พงศ์ศักดิ์ศรี. การสนทนากลุ่ม : เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมและการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: งานดีกราฟฟิค 2550.
33. นงลักษณ์ พะโกยะ. แนวโน้มกำลังคนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. การประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติประจำปี 2556 “ภาคีการแพทย์ฉุกเฉินไทย ก้าวไกลสู่อาเซียน” 8 มีนาคม 2556

ภาคผนวก

เครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถาม

ประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลรัฐ

เขตสุขภาพที่ 3

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 3

โรงพยาบาล.....วันที่สัมภาษณ์

ผู้ให้ข้อมูล ผู้มาใช้บริการห้องฉุกเฉิน

-ช่วงเวลาที่มาใช้บริการ ☐ เช้า ☐ บ่าย ☐ ค่ำ

-ระดับความรุนแรง ☐ Emergency ☐ Urgent ☐ Non-Urgent

1. อายุปี
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. ประเภทสิทธิ ☐ บัตรทอง ☐ ประกันสังคม ☐สวัสดิการข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
☐ อื่นๆ ☐ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
4. ที่อยู่ [] จังหวัดเดียวกับรพ.ที่เข้ารับการรักษา [] จังหวัดอื่น [] ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
5. การวินิจฉัยโรคคือ.....
6. ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มโรค ที่ต้องการบริการแผนกใด (เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)
[] ศัลยกรรมที่ไม่ใช่การบาดเจ็บ [] ศัลยกรรมการบาดเจ็บ(ไม่รวมออโรปิติกส์)
[] ศัลยกรรมออโรปิติกส์ [] อายุกรรม [] สูติรีเวช [] กุมาร [] จักษุ [] หูคอจมูก
[] จิตเวช
7. ผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน โดย
[] กลับบ้าน [] ส่งต่อ [] รับไว้ในรพ. ระบุ..... [] เสียชีวิต [] ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
8. เวลาที่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉิน..... : น.
9. เวลาที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน..... : น.
10. คำถามต่อไปนี้ได้จากการสอบถามใคร
[] ผู้ป่วย []ญาติ [] อื่นๆ ระบุ.....
11. การสอบถามเกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วย
[] รอสังเกตอาการในห้องฉุกเฉิน [] รอรับยา [] อยู่ในหอผู้ป่วย/กำลังรอผ่าตัด
12. ท่านเดินทางมารพ. โดยวิธีใด
[] รถพยาบาล/กู้ชีพ โดยติดต่อผ่าน 1669 → (ข้ามไปข้อ 13)
[] รถพยาบาล/กู้ชีพ โดยไม่ผ่าน 1669 → (ข้ามไปข้อ 14)
[] รถมูลนิธิฯ → (ข้ามไปข้อ 15)
[] มาเอง
13. ถ้ามารพ. ด้วยรถพยาบาล/กู้ชีพ โดยติดต่อผ่าน 1669
13a. ท่านรู้สึกรังเกียจอย่างไรต่อกำแนะนำที่ได้รับจาก 1669

- ☐ พอใจมาก ☐ พอใจ ☐ ไม่พอใจ ☐ ไม่พอใจมาก ☐ เฉยๆ/ไม่ออกความเห็น/ไม่แน่ใจ
- 13b. การเดินทางมาที่โรงพยาบาล/กู้ชีพผ่าน 1669 ทำให้ท่านรู้สึกปลอดภัยเพียงใด
- ☐ ปลอดภัย ☐ ไม่ปลอดภัย ☐ เฉยๆ/ไม่ออกความเห็น/ไม่แน่ใจ
- 13c. ท่านจะแนะนำให้ญาติหรือเพื่อนบ้านใช้บริการผ่าน 1669 หรือไม่
- ☐ แนะนำ ☐ ไม่แนะนำ ☐ ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ
14. ถ้ามารพ. ด้วยรถพยาบาล/กู้ชีพ โดยไม่ผ่าน 1669
- 14a. ท่านรู้สึกอย่างไรกับบริการรถพยาบาล/กู้ชีพ
- ☐ พอใจมาก ☐ พอใจ ☐ ไม่พอใจ ☐ ไม่พอใจมาก ☐ เฉยๆ/ไม่ออกความเห็น/ไม่แน่ใจ
- 14b. ท่านรู้สึกปลอดภัยเพียงใด
- ☐ ปลอดภัย ☐ ไม่ปลอดภัย ☐ เฉยๆ/ไม่ออกความเห็น/ไม่แน่ใจ
- 14c. ท่านจะแนะนำให้ญาติหรือเพื่อนบ้านเดินทางมารพ. ด้วยรถพยาบาล/กู้ชีพ
- ☐ แนะนำ ☐ ไม่แนะนำ ☐ ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ
15. ถ้ามารพ. ด้วยรถมูลนิธิ
- 15a. ท่านรู้สึกอย่างไร กับบริการรถมูลนิธิ
- ☐ พอใจมาก ☐ พอใจ ☐ ไม่พอใจ ☐ ไม่พอใจมาก ☐ เฉยๆ/ไม่ออกความเห็น/ไม่แน่ใจ
- 15b. การเดินทางมาที่รถมูลนิธิฯ ทำให้ท่านรู้สึกปลอดภัยเพียงใด
- ☐ ปลอดภัย ☐ ไม่ปลอดภัย ☐ เฉยๆ/ไม่ออกความเห็น/ไม่แน่ใจ
- 15c. ท่านจะแนะนำให้ญาติหรือเพื่อนบ้านเดินทางมารพ. ด้วยรถมูลนิธิฯ หรือไม่
- ☐ แนะนำ ☐ ไม่แนะนำ ☐ ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ
16. ท่านรู้สึกอย่างไรกับบริการที่ได้รับในห้องฉุกเฉิน
- ☐ พอใจมาก ☐ พอใจ ☐ ไม่พอใจ ☐ ไม่พอใจมาก ☐ เฉยๆ/ไม่ออกความเห็น/ไม่แน่ใจ
17. ท่านจะแนะนำให้ญาติหรือเพื่อนบ้านใช้บริการห้องฉุกเฉินของรพ. แห่งนี้ หรือไม่
- ☐ แนะนำ ☐ ไม่แนะนำ ☐ ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ
18. ท่านเข้าใจในเรื่องต่อไปนี้ชัดเจนเพียงใด หลังจากได้รับบริการที่ห้องฉุกเฉินในวันนี้
- 18a. แพทย์บอกว่าท่านป่วยเป็นอะไร ☐ ชัดเจน ☐ ไม่ชัดเจน ☐ ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ
- 18b. แพทย์บอกว่าท่านควรใช้ยาอย่างไร ☐ ชัดเจน ☐ ไม่ชัดเจน ☐ ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ
- ☐ ไม่ได้ใช้ยาใดๆ
- 18c. แพทย์แนะนำข้อปฏิบัติเพิ่มเติม ☐ ชัดเจน ☐ ไม่ชัดเจน ☐ ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ
- ☐ ไม่ได้แนะนำ
- 18d. แพทย์นัดหมายให้กลับมาอีกครั้ง ☐ ชัดเจน ☐ ไม่ชัดเจน ☐ ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ
- ☐ ไม่ได้นัด

19. ท่านอยากให้ปรับปรุงบริการห้องฉุกเฉินในส่วนใดมากที่สุด

☐ การรักษาของแพทย์ ☐ การดูแลโดยพยาบาล ☐ การแก้ไขความเจ็บปวด

☐ ความรวดเร็ว ☐ การพูดจา ☐ ไม่ตอบ/ไม่แน่ใจ ☐ อื่นๆ ระบุ

เครื่องมือการวิจัย
แบบสัมภาษณ์เชิงลึก
ประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐ
เขตสุขภาพที่ 3

แนวคำถามการวิจัยเชิงคุณภาพ

การสัมภาษณ์เชิงลึก

เรื่อง ประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 3 ผู้ให้

ข้อมูล : นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

แนวคำถามการวิจัยเชิงคุณภาพชุดนี้เป็นแนวคำถามสำหรับ สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การจัดบริการผู้บาดเจ็บ ของโรงพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 3 โดยมีรายละเอียดประเด็นแนวคำถามดังนี้

ประเด็นคำถามหลัก

1. บทบาทของ สสจ. ในการดำเนินการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัด มีอะไรบ้าง และมีขอบเขตเป็นอย่างไร
2. บทบาทของ สสจ. ในการดำเนินการร่วม รพศ./รพท. และภาครัฐ/เอกชนและท้องถิ่นมีอะไรบ้าง มีขอบเขตเป็นอย่างไร
3. ในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นไปตามบทบาทหน้าที่และแผนที่วางไว้ได้มากน้อยเพียงใด เป็นเพราะสาเหตุใด
4. แนวคิดหรือแรงผลักดันในการดึงภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการมีที่มาที่ไปอย่างไร
5. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสำคัญต่อการเข้ามามีส่วนร่วมและ มีการสนับสนุนการทำงานจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคเอกชนและท้องถิ่นในพื้นที่
6. มีการบูรณาการการทำงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับภาคเอกชนและท้องถิ่นในจังหวัดอย่างไร ใน บทบาทของแต่ละองค์กรเป็นอย่างไร
7. กลไกใดบ้างที่ช่วยให้การทำงานแบบบูรณาการกับภาคส่วนต่างๆ ประสบความสำเร็จ
8. สสจ. มีกลไกในการกำกับ ติดตาม การประเมินผล การดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติการ อย่างไร
9. ประสบปัญหาและอุปสรรคหรือไม่ อย่างไร และวิธีการแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร
10. ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จคืออะไร และมีแนวคิด/ทิศทางในการพัฒนาต่อไปหรือไม่ อย่างไร

แนวคำถามการวิจัยเชิงคุณภาพ

การสัมภาษณ์เชิงลึก

เรื่อง ประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 3 ผู้ให้

ข้อมูล : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แนวคำถามการวิจัยเชิงคุณภาพชุดนี้เป็นแนวคำถามสำหรับ สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การจัดการบริการผู้บาดเจ็บ ของโรงพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 3 โดยมีรายละเอียดประเด็นแนวคำถามดังนี้

ประเด็นคำถามหลัก

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน

1. มีบทบาทอย่างไรใน การดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน ในระดับโรงพยาบาล/ จังหวัด
2. ขอบเขตและบทบาทหน้าที่ของ รพศ./รพท/รพช.และในฐานะประธาน CUP เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอย่างไร
3. สามารถดำเนินงานได้ตามบทบาทหน้าที่การดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินได้ มากน้อยเพียงใด
4. ให้การสนับสนุนการฝึกอบรมให้กับ หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน กู้ภัย กู้ชีพ อปท. หรือไม่ อย่างไร และมากน้อยเพียงใด
5. บทบาทในการดำเนินการร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งเอกชนและท้องถิ่นมีอะไรบ้าง มีขอบเขตเป็นอย่างไร การดำเนินการอย่างไรบ้าง
6. ให้การสนับสนุนหน่วยงานภายในโรงพยาบาล และอื่น ในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร
7. ประสบปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานหรือไม่ อย่างไร และวิธีการแก้ไขปัญหามีอย่างไร
9. โรงพยาบาลมีทิศทาง และวางแผนการพัฒนาต่อไปอย่างไร
- 10.ปัจจัยความสำเร็จเกี่ยวกับ การแพทย์ฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลมีอะไรบ้าง

ประวัติผู้วิจัย

1.ประวัติผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นายณัฐกฤษฎ์ ธรรมกวินวงศ์

การศึกษา

- ปริญญาตรี สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต
- ปริญญาโท การศึกษามหาบัณฑิต,
- ปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (กำลังศึกษา)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

สถานที่ทำงาน กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร

ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่

- 1) ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนานวัตกรรม ของโรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร
- 2) การพัฒนาการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ของโรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร
- 3) Key success factors of Continuous Quality Improvement in Thai Hospitals on process the Hospital Accreditation: Systematic Review (2012)
- 4) แนวทางการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 3

2.ประวัติผู้วิจัยร่วม

1. นพ.สุเทพ สนิทิตยานนท์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

การศึกษา ปริญญาตรี แพทยศาสตรบัณฑิต รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 วุฒิปัตร ศัลยกรรมทั่วไป กรมการแพทย์

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวช

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลพิจิตร กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดพิจิตร

2. นาง นฤมล ปาเฉย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

การศึกษา ปริญญาตรี ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
 เฉพาะทาง การพยาบาลผู้ใหญ่วิกฤติ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน(ER) โรงพยาบาลพิจิตร

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลพิจิตร กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดพิจิตร

3. นางอรพรรณ มั่นตระกูลษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

การศึกษา ปริญญาตรี ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง

ตำแหน่ง พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน(ER) โรงพยาบาลพิจิตร

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลพิจิตร กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดพิจิตร

4. นางสาวชนิดา เลิศพิทักษ์พงศ์

การศึกษา ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
 มหาวิทยาลัยมหิดล

 ปริญญาโท วิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำงาน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพกิจกรรมการเก็บข้อมูล
โครงการวิจัยประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
ของโรงพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 3

สรุปภาพกิจกรรมการเก็บข้อมูล
ประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลรัฐ
เขตสุขภาพที่ 3



สัมภาษณ์เชิงลึก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

สัมภาษณ์เชิงลึก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี



สัมภาษณ์เชิงลึก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร



สัมภาษณ์เชิงลึก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยนาท



สัมภาษณ์เชิงลึก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์



สัมภาษณ์เชิงลึก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี



สัมภาษณ์เชิงลึก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท



สนทนากลุ่มโรงพยาบาลวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท



สนทนากลุ่มโรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร



ที่ปรึกษาเยี่ยมให้คำปรึกษา : ศาสตราจารย์ นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล ที่ปรึกษา และทีมงานจาก
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มาติดตามให้คำปรึกษา เสนอแนะการดำเนินการวิจัย

