

บทที่ 1

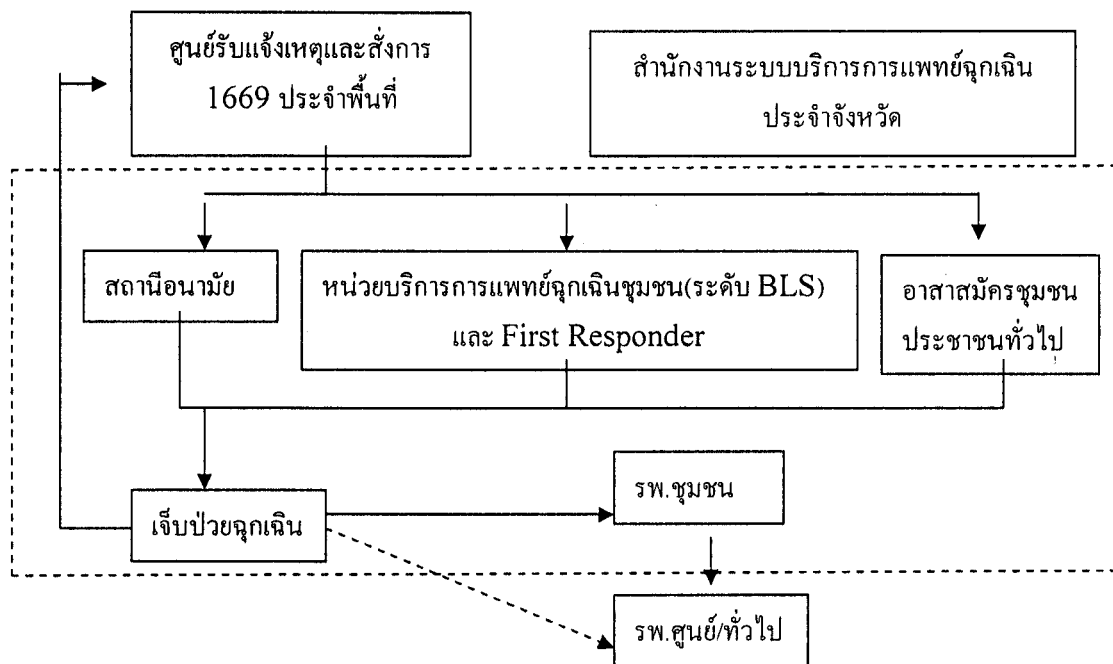
บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของเรื่องที่วิจัย

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service) เป็นงานที่มีความสำคัญยิ่ง ในการให้บริการการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ.จุดเกิดเหตุ ในผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัย ยิ่งการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นปัญหาสำคัญของชนชาติต่างๆ ทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทยและเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของชายหญิงในวัยทำงาน ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว มิฉะนั้นผู้ป่วยอาจพิการหรือเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยหนักเป็นที่ทราบกันดีว่าการรักษาพยาบาลฉุกเฉินจะไม่เกิดผลดีหากมีความล่าช้า ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจะเสียโอกาสในการอยู่รอดทุกนาทีที่ผ่านไป ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่มีการจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่ง ๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในพื้นที่หนึ่ง ๆ ได้มีโอกาสรับการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดที่เกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้าย และการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสม ได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชม

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ได้มีการบรรจุแผนงานอุบัติเหตุและสาธารณภัย ให้มีการจัดตั้งและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในทุกจังหวัด โดยเน้นถึงความสามารถในการจัดหน่วยบริการมากกว่าการจัดระบบบริการ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ลงไปสู่ระดับชุมชนโดยเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม และมีความครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ โดยจัดให้มีระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมรองรับ และในแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) ได้น้อมนำ “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” เป็นแนวปฏิบัติ ยึด คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคีการพัฒนา โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้เน้นการดำเนินงานโดยใช้หลักของ “ความครอบคลุม ครอบคลุม ปลอดภัย ทันเวลา และการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2545 กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศให้การพัฒนาบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็น นโยบาย 1 ใน 4 ประการของกระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการพัฒนาจัดงบประมาณในส่วนงบลงทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้จำนวน 10 บาทต่อหัวประชากรที่จดทะเบียน(คาดว่าปีประมาณ 42 ล้านคน) จำนวนเงินประมาณ 420 ล้านบาทเพื่อให้เริ่มดำเนินงานในบางพื้นที่และให้แล้วเสร็จขั้นตอนในการพัฒนาในระยะเวลา 3 ปี หลังจากนั้นจะจัดให้มีระบบงบประมาณในการบริหารจัดการและดำเนินการระบบโดยมีงบประมาณส่วนหนึ่งจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และจากแหล่งเงินทุนต่างๆ ตามความเหมาะสม ในอัตรา 18 บาทต่อหัวประชากรทั้งประเทศ ซึ่งในแต่ละปีจะต้องมีเงินงบประมาณในการสนับสนุนระบบนี้ปีละ 1,200 ล้านบาท อัตรา 18 บาทต่อหัวประชากร (สันต์ หัตถิรัตน์ 2543) และในปี พ.ศ.2546 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบแผนการแก้ปัญหาอุบัติเหตุจราจรซึ่งเสนอโดยศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ซึ่งในมาตรการด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขโดยศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการขยายผลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยใช้งบประมาณจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้ยังได้มีการบูรณาการแผนงบประมาณด้านอุบัติเหตุจราจรเข้าด้วยกัน ซึ่งจะทำให้งบประมาณในด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นความสำคัญอันดับต้นของการพิจารณางบประมาณประจำปีอีกด้วย



ภาพที่ 1.1 โครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน

ที่มา: สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(ศูนย์บรรณกร กระทรวงสาธารณสุข)สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2548) คู่มือ การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
พ.ศ. 2548 กรุงเทพมหานคร L.T.Press. หน้า 26

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน เป็นสิ่งที่จำเป็นในกรณีเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือได้รับอุบัติเหตุ ประชาชนในพื้นที่จำเป็นจะต้องมีความรู้พื้นฐานในการช่วยเหลือหรือการปฐมพยาบาลเบื้องต้น รู้จักการติดต่อประสานงานช่องทางที่จะขอความช่วยเหลือ และสามารถนำส่งผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บไปยังสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดได้อย่างเหมาะสมภายในเวลาอันรวดเร็ว และนำส่งอย่างถูกวิธีโดยบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและเคลื่อนย้ายขั้นพื้นฐาน(16 ชม.) และผ่านการทดสอบความรู้อย่างมีมาตรฐาน เพื่อลดความพิการและเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยชุมชนและเพื่อชุมชนหากต้องรอหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากโรงพยาบาลออกไปรับผู้ป่วย อาจสายเกินไปที่จะช่วยชีวิตได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องจัดตั้งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนขึ้น ซึ่งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะสามารถขยายการให้บริการออกไปสู่ชุมชน จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การแจ้งเหตุที่ถูกต้องและสามารถให้การช่วยเหลือกันเองภายในชุมชนก่อนที่จะหน่วยบริการจะไปถึง

ลักษณะการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยทั่วไป แบ่งออกเป็นระยะได้ดังนี้

1. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection)
2. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting)
3. การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response)
4. การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ.จุดเกิดเหตุ (On scene care)
5. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit)
6. การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definition care)

จังหวัดพระนครศรีอยุธยาได้เริ่มดำเนินการบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน ปี พ.ศ. 2542 มีการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุที่โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยให้บริการในการรับแจ้งเหตุและออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และผู้ป่วยฉุกเฉินต่างๆ ในเขตพื้นที่ และในปี พ.ศ.2546 ได้เริ่มให้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมีการจัดตั้งสำนักงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ.2547 จัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระบบการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยมีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถให้บริการได้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งจังหวัด อย่างเต็มรูปแบบ ตลอด 24 ชั่วโมง

จากรายงานสถิติอุบัติเหตุจราจร และการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในเขตพื้นที่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (2548) พบว่า มีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 75,781 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 10,048.05 ต่อแสนประชากร , อุบัติเหตุฉุกเฉิน 23,140 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 3,068.20 ต่อแสนประชากร อุบัติเหตุจราจร 21,375 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 2,834.18 ต่อแสนประชากร และมีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 292 ราย คิดเป็นอัตราตาย 38.71 ต่อแสนประชากร และรายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (2549) พบว่า มีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 84,470 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 11,200.15 ต่อแสนประชากร อุบัติเหตุฉุกเฉิน 25,891 ราย อุบัติเหตุจราจร 18,841 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 3,432.97 ต่อแสนประชากร และมีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 245 ราย คิดเป็นอัตราตาย 32.48 ต่อแสนประชากร

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นงานที่มีความสำคัญมาก ซึ่งหากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถพัฒนาจนมีประสิทธิภาพที่ได้มาตรฐาน จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุและโรคฉุกเฉิน เช่น โรคหัวใจสามารถลดได้ถึงร้อยละ 30 ลดความพิการ การแทรกซ้อนของผู้ป่วยลงได้ ในอัตราเดียวกันกับอัตราการตายอย่างไม่เหมาะสม ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยได้รับการดูแลทันที สามารถนำส่งโรงพยาบาลได้รวดเร็ว และถูกหลักการพยาบาลเบื้องต้น สถานการณ์ปัจจุบัน เมื่อเกิดอุบัติเหตุจราจร พลเมืองดีที่ผ่านมาประสบพบเหตุจะมีอีกเท่าไรที่ยินดี และสามารถให้การช่วยเหลือโดยเฉพาะเวลาวิกฤต ทั้งนี้ เพราะนอกจากต้องเสียเวลานำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาล ต้องเป็นพยานให้ตำรวจ บางครั้งผู้บาดเจ็บกล่าวหา ชำร่วยเพิ่มด้วยการเก็บทรัพย์สิน หรือบางรายอาจถูกฆ่าเต็มจนตาย อาสาสมัครจากมูลนิธิเอกชนมักไม่ได้รับการอบรมช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วย (พิงศ์คำ พงศ์นภารักษ์ 2547:2) และพบปัญหาจากการที่อาสาสมัครกู้ภัยที่ได้ให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัย คือ ปัญหาของงานด้านอาสาสมัครเกี่ยวกับความรู้ในด้านการปฐมพยาบาล ปัญหาทรัพย์สินของผู้ประสบอุบัติเหตุสูญหาย ปัญหาการแบ่งผลงานปัญหาด้านนิติเวช ปัญหาการไม่ได้รับการยอมรับจากประชาชน (สมานใจ ชันที่ท้าว 2545) รวมทั้ง ปัญหาของการแข่งขันกันไปรับผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิต ด้วยความคึกคะนองโดยการขับรถด้วยความเร็วสูง เปิดสัญญาณไฟฉุกเฉินและใช้สัญญาณไซเรนเกินความจำเป็นทำให้รถยนต์ของมูลนิธิกู้ภัยเหล่านั้นเกิดอุบัติเหตุขึ้นเองบ่อยครั้ง สร้างความเดือดร้อน รำคาญ และเป็นอันตรายต่อประชาชน และยังเกิดกรณีการทะเลาะวิวาทระหว่าง เจ้าหน้าที่มูลนิธิกู้ภัยต่างมูลนิธิกัน เพื่อการแย่งชิงกันหรือแบ่งเขตพื้นที่ในการเข้าช่วยเหลือผู้บาดเจ็บหรือเก็บศพของผู้เสียชีวิต เกิดการหาประโยชน์จากญาติของผู้เสียชีวิต เช่นการเรียกร้องค่าโลงบรรจุศพ การเรียกร้องค่าน้ำมันรถในการย้ายศพ การแอบอ้างเรียกค่านายหน้าในการดำเนินการตามขั้นตอนทางกฎหมาย หรือการติดต่อเจ้าหน้าที่เพื่อเคลื่อนย้ายศพ ออกใบมรณบัตร ใบอนุญาตให้รับศพ เป็นต้น (เกษญา ชินรัตน์ 2546) และ ในปัจจุบันพบว่าเมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้น ผู้ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยร้อยละ 85 คือญาติและผู้ประสบเหตุมีไม่ถึงร้อยละ 1 ที่ช่วยโดยบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตจากการเคลื่อนย้ายไม่ถูกวิธีมากถึงร้อยละ 10 (มงคล ณ สงขลา 2550) ซึ่งกรณีการเกิดอุบัติเหตุ อุบัติภัย หรือสาธารณภัยต่างๆ ในปัจจุบัน เป็นความจำเป็นของสังคมที่จะต้องมีการดำเนินการเพื่อป้องกันระงับ และช่วยเหลือผู้บาดเจ็บหรือจัดการกับศพผู้เสียชีวิต และโดยหลักกฎหมายมหาชนและหลักสากลทั่วไป คือหน้าที่ของรัฐจะต้องรับผิดชอบ เนื่องจากการดำเนินการเพื่อความเรียบร้อยและเป็นการให้บริการสาธารณะ ตามหลักรัฐธรรมนูญในเรื่องการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพ การรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนด้านหนึ่ง รัฐจึงมีนโยบายการจัดตั้งระบบบริการ

การแพทย์ฉุกเฉินขึ้น โดยอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์เรนทร กระทรวงสาธารณสุข) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้บริการกับประชาชน ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน ควรมีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อจะสามารถให้ความรู้ ข้อมูล และให้การช่วยเหลือที่ถูกต้องแก่ประชาชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในอันที่จะพัฒนาระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน รวมทั้งได้ประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพ ประชาชนในประเทศ

และเนื่องจากตั้งแต่ นาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเข้ามาที่ จังหวัด พระนครศรีอยุธยา ได้พบปัญหา ของจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยตรงมีจำนวนไม่เพียงพอ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล พนักงานกู้ชีพ จึงมีการเกิดการหมุนเวียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนอื่น เช่น แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอื่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน เข้ามาปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนซึ่งในระยะแรกที่จัดตั้งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้รับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนอื่นเข้ามาร่วมให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน แต่ปัจจุบันพบว่า ไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนอื่นเข้ามาสมัครเพื่อร่วม ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงทำให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องปฏิบัติงาน 16-24 ชั่วโมงต่อวัน เพื่อให้มีบุคลากรหมุนเวียนขึ้นปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง และใน โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอเช่นกัน จึงมีการแก้ปัญหาโดยการ หมุนเวียนบุคลากรขึ้นในหน่วยงาน เช่น การนำพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยผู้ป่วยใน หน่วยงาน ห้องคลอด-ห้องผ่าตัดมาปฏิบัติงานที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติงานที่ต้อง ครอบคลุมการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินด้วย และในกลุ่มแพทย์ได้มีการหมุนเวียนการปฏิบัติงาน ตลอดเวลา ซึ่งเมื่อมาปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จึงต้องมารับผิดชอบงานด้านบริการ การแพทย์ฉุกเฉินด้วย ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเฉพาะ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชนที่เข้าร่วมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องมีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในเรื่องของการแจ้งเหตุ การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ การดูแลระหว่างนำส่งและการส่งต่อ ผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสม รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ที่ไม่ได้ปฏิบัติการ การแพทย์ฉุกเฉิน ควรมีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินนั้นจะดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องประกอบด้วยบุคลากรอื่นๆ นอกเหนือจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ บุคลากรด่านหน้า หมายถึง บุคคลคน แรกๆที่ได้พบผู้ป่วย อาจเป็นใครก็ได้ ซึ่งต้องมีความรู้ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถ

ประเมินและประสานงานกับหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ ทางด้านสุขภาพ สามารถให้ความรู้ ข้อมูล และให้การช่วยเหลือที่ถูกต้องแก่ประชาชนได้ ดังนั้น ถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ที่ถูกต้อง และทัศนคติที่ดีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะสามารถทำให้งานด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประสบความสำเร็จ และเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ซึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ยังไม่มีการศึกษาถึงระดับความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ว่ามีความรู้ ความเข้าใจ มากน้อยแค่ไหน ตลอดจนทัศนคติที่มีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นอย่างไร รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และสามารถนำไปเป็นข้อมูลพัฒนาเกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์ ในเรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อนำไปสู่ระบบบริการที่สมบูรณ์และครบวงจรการพัฒนาตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 เพื่อศึกษาระดับความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2.2.2 เพื่อศึกษาระดับทัศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2.2.3 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาระหว่างปัจจัยด้านบุคคล

2.2.4 เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาระหว่างปัจจัยด้านบุคคล

3. ประเด็นปัญหาการวิจัย

3.1 ระดับความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอย่างไร

3.2 ระดับทัศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอย่างไร

3.3 ความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความแตกต่างกันหรือไม่ เมื่อปัจจัยด้านบุคลลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่างกัน

3.4 ทัศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความแตกต่างกันหรือไม่ เมื่อปัจจัยด้านบุคลลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่างกัน

4. แนวคิดในการวิจัยและตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ

ปัจจัยด้านบุคคล

- อายุ
- เพศ
- รายได้
- ระดับการศึกษา
- หน่วยงานที่ปฏิบัติ
- ตำแหน่งงาน
- ประสบการณ์ในการทำงาน
- ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์การแพทย์ฉุกเฉิน
- การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
- การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆขององค์กร

ตัวแปรตาม

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1. การแจ้งเหตุ
2. การให้ความช่วยเหลือ ณ.จุดเกิดเหตุ
3. การส่งต่อผู้ป่วย

โดยใช้หลักเกณฑ์ของ สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(ศูนย์เรนทรกระทรวงสาธารณสุข) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ทัศนคติต่อระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

1. การกำหนดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
2. การดำเนินงานของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

โดยใช้แนวทฤษฎีแบบวัดทัศนคติของลิเคอร์ท(Likert Method,1932)

5. สมมุติฐานการวิจัย

5.1 ความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความแตกต่างกันระหว่างปัจจัยด้านบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

5.2 ทักษะคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความแตกต่างกันระหว่างปัจจัยด้านบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

6. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาความรู้และทัศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยจะเก็บข้อมูลในกลุ่มของ แพทย์ พยาบาล วิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของรัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยยกเว้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนเป็นเจ้าหน้าที่บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระยะเวลาในการวิจัย ตั้งแต่เดือนเมษายน – เดือนพฤษภาคม 2550

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ตามตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

7.1 ตัวแปรด้านปัจจัยส่วนบุคคล คือ

7.1.1 **ระดับการศึกษา** หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของประชากรที่ศึกษา โดยแพทย์ที่มีการศึกษาระดับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ถือว่าสำเร็จการศึกษาเทียบเท่าปริญญาเอก ส่วนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ถือว่าสำเร็จการศึกษาเทียบเท่าปริญญาโท

7.1.2 **หน่วยงานที่ปฏิบัติ** หมายถึง แผนกงานที่ปฏิบัติงาน เช่น สถานีอนามัย ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกหอผู้ป่วยใน

7.1.3 **ตำแหน่งงาน** หมายถึง บทบาท ความรับผิดชอบที่ระบุไว้ในแผนผังโครงสร้างองค์กรของประชากรที่ศึกษา แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน

7.1.4 **ประสบการณ์ในการทำงาน** หมายถึง ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งและปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยของประชากรที่ศึกษา นับประสบการณ์เป็นปี

7.1.5 ประสิทธิภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ระยะเวลาที่ได้ปฏิบัติงาน หรือจำนวนครั้งที่ได้มีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน นับ ประสิทธิภาพเป็นปี

7.1.6 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง แหล่งข่าว ข้อมูล เอกสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ การกระจายเสียงตามสาย การประชุม เอกสารสิ่งพิมพ์ และอื่นๆ รวมทั้งสื่อบุคคล

7.1.7 ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Interpersonal relations) หมายถึง การ ติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล เพื่อนร่วมงานผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ อันดีต่อกัน การเคารพ เชื้อมั่น และให้ความร่วมมือ มีความเมตตา ดูแลเอาใจใส่ สามารถทำงาน ร่วมกันและเข้าใจซึ่งกันและกัน ทำให้บรรยากาศในการทำงานเป็นไปอย่างฉันทมิตร

7.1.8 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ขององค์กร หมายถึง การเข้าร่วมในกิจกรรม ต่างๆ ที่องค์กรจัดขึ้น เช่น การประชุมประจำเดือน ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรม

7.2 ตัวแปรด้านปัจจัยความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

7.2.1 ความรู้ เกี่ยวกับระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการให้บริการประชาชนด้านรักษาพยาบาล อันเนื่องมาจากการประสบอุบัติเหตุ-อุบัติเหตุ-เจ็บป่วย ฉุกเฉิน ก่อนถึงโรงพยาบาล รวมทั้งการเคลื่อนย้าย ลำเลียง และนำส่งตลอด 24 ชั่วโมง โดย ครอบคลุมในเรื่อง การแจ้งเหตุ การให้ความช่วยเหลือ ณ.จุดเกิดเหตุ และการส่งต่อผู้ป่วย

7.3 ตัวแปรด้านปัจจัยทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

7.3.1 ทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ความโน้ม ความรู้สึก และ ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน ในจังหวัด พระนครศรีอยุธยา ครอบคลุมในเรื่องการกำหนดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข การดำเนินงาน ของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การมีส่วนร่วมของชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ไปเป็นแนวทางในการจัดบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และประชาสัมพันธ์งานบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ทราบ ซึ่งจะสามารถให้ข้อมูลรวมทั้งปฏิบัติอย่างถูกต้องต่อประชาชน

8.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและบุคคลที่สนใจ สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูล เพื่อพัฒนางานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน