

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้กับทุกคน ทุกเวลา และทุกสถานที่ โดยที่บุคคลจะไม่อาจคาดการณ์หรือมีโอกาสเตรียมตัวไว้ล่วงหน้า เพราะการเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้จากโรคภัยไข้เจ็บทุกชนิด ตั้งแต่การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ การเจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุ อุบัติภัย การได้รับสารพิษ รวมทั้งเหตุจลาจล การประท้วงจากเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้น ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินนี้จัดปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก (World Health Organization, 2004) เนื่องจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินก่อให้เกิดความสูญเสียต่อการบาดเจ็บและการเสียชีวิตเป็นอย่างมาก (วิทยา ชาติบัญญัติชาญและคณะ, 2547) ดังจะเห็นได้จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2550 ที่ได้ระบุไว้ว่าร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมดในโลกเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง ภาวะ Stroke และการบาดเจ็บ ซึ่งทั้ง 4 สถานการณ์ต่างมีโอกาสเกิดภาวะผิดปกติได้อย่างเฉียบพลันและนำไปสู่ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ นอกจากนี้ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการบาดเจ็บเป็นสาเหตุการตายและความพิการของประชากรซึ่งจัดเป็นอันดับที่ 5 ของสาเหตุการตายทั้งหมด (Kenneth, 2004) สำหรับประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในปี พ.ศ. 2543 พบว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดประมาณ 14 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้ร้อยละ 51.30 เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ และสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อมักเกิดจากการบาดเจ็บโดยพบได้ร้อยละ 90 ในประเทศกำลังพัฒนา (กฤตยา อาชวนิจกุล และอุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์, 2549; Jacobs, 2000)

สำหรับในประเทศไทยจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าปัจจุบันโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินประมาณ 12 ล้านครั้งต่อปี มีผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตและเร่งด่วนประมาณร้อยละ 30 และพบว่านอกจากผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไปแล้ว ในแต่ละโรงพยาบาลต้องแบกรับการดูแลผู้บาดเจ็บและอุบัติเหตุจลาจล 1.2 ล้านราย ผู้ป่วยฉุกเฉิน 4.8 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 12,000 คนต่อปี (สายสมร ภัทรจิตรานนท์, 2551) จากตัวเลขดังกล่าวทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ 57 ล้านบาท และมีการประเมินในรายบุคคลพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจลาจล 1 คน ต้องสูญเสียมูลค่าทางเศรษฐกิจ ประมาณ 4.8 ล้านบาท และหากเกิดความพิการ 1 คน ต้องสูญเสียมูลค่าทางเศรษฐกิจประมาณ 3.3 ล้านบาท นอกจากนี้ผู้บาดเจ็บที่ต้องรักษา

ตัวในโรงพยาบาล 1 คน ต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 1,500 บาท ซึ่งการสูญเสียดังกล่าวมีมูลค่าเพิ่มขึ้นในทุกปี (วีรพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์, 2546)

จากสภาพปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งระบบบริการที่เรียกว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน EMS (Emergency Medical Service) หรือระบบบริการ 1669 ซึ่งหมายถึงการจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในพื้นที่ และผู้บาดเจ็บในพื้นที่ได้มีโอกาสขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและในภาวะที่มีภัยพิบัติได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยเริ่มจัดตั้งศูนย์อุบัติเหตุและหน่วยกู้ชีพแห่งแรกขึ้นที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นในปี พ.ศ. 2537 (วิภาดา วัฒนนามกุล, 2550) และได้มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2547 (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2547) ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการตาย ความพิการ ความทุพพลภาพ และการสูญเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินจะไม่เกิดผลดีหากมีความล่าช้า ผู้ป่วยจะเสียโอกาสในการอยู่รอดทุกนาทีที่ผ่านไป (นันทวิภา ซาดา, 2550) อีกทั้งในกระบวนการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินไปโรงพยาบาล ผู้เจ็บป่วยที่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมตลอดการเดินทางจะช่วยลดภาวะซ้ำซ้อนของโรคต่างๆ ได้ หรืออาจกล่าวได้ว่าช่วงเวลาดังกล่าวเปรียบเสมือนช่วงเวลาสำคัญ (Golden hour) ของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่จะทำให้มีโอกาสรอดชีวิตได้มากที่สุด (สุภัคชราวรรณ สุขโกษา, 2547)

จากการปฏิบัติงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมานั้นเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นบริการที่มีความสำคัญอย่างมากเพราะสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ลดภาวะความพิการและยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพ (วิทยา ซาติปัญญาชัยและคณะ, 2547) แต่จากสภาพข้อเท็จจริงยังพบว่าการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยยังพบปัญหา จากข้อมูลการนิเทศงานของศูนย์นเรนทร ปี พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดูแลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยพบว่าการปฏิบัติงานของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีปัญหาหลัก แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ปัญหาด้านระบบบริหารจัดการ 2) ปัญหาด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ 3) ปัญหาด้านบุคลากร และ 4) ปัญหาด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น ซึ่งทุกปัญหาต่างส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการให้บริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอย่างมาก (ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์ (2553) พบว่าปัจจุบันการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยยังมีความไม่เหมาะสมและประชาชนยังไม่สามารถถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี เพราะด้านนโยบายไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน การออกปฏิบัติงานยังทำได้

ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ รพพยาบาลไม่เพียงพอ ขาดการประชาสัมพันธ์ การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาลส่วนมากเป็นหน้าที่ของญาติและอาสาสมัครที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้และทักษะที่เพียงพอ นอกจากนี้การศึกษาของวิทยา ชาติบัญชาชัย และคณะ (2547) ยังพบว่าประชาชนมีมุมมองและทัศนคติที่ไม่ดีต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประชาชนบางกลุ่มไม่คิดไม่คาดหวังว่าหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะสามารถช่วยอะไรได้ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินจึงดิ้นรนช่วยเหลือตนเองก่อน นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมอื่นๆ ยังพบปัญหาด้านความรู้ที่ไม่ถูกต้องของประชาชนต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กล่าวคือประชาชนบางรายไม่มีภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินแต่เรียกใช้บริการเพราะไม่มียานพาหนะ ต้องการความรวดเร็ว บริการฟรี ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย (เกศินี สราญฤทธิชัย และคณะ, 2547) บางรายไม่กล้าเรียกใช้บริการของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพราะไม่ทราบข้อมูลที่เพียงพอ บางรายรับทราบข้อมูลแต่ไม่ถูกต้อง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินจึงขอความช่วยเหลือไปยังหน่วยงานอื่นตามความคิดความเข้าใจของตนเอง เช่น มีการแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือไปยังสถานีตำรวจในท้องที่ ซึ่งก่อให้เกิดความล่าช้าในการได้รับความช่วยเหลือ มีผลต่อจำนวนการตายของผู้บาดเจ็บ ผู้บาดเจ็บอาจเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น (สุพรรณ ศรีธรรมมา, 2549) จากปัญหาที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นว่าปัจจุบันการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนใช้ประโยชน์จากการบริการรวมทั้งประชาชนมีการใช้บริการอย่างถูกต้องมากขึ้น (สุพรรณ ศรีธรรมมา, 2549)

จังหวัดปทุมธานีเป็นจังหวัดที่ตอบรับนโยบายพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีเป็นศูนย์กลางตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จากการปฏิบัติการดังกล่าวที่ผ่านมาพบว่ามีจำนวนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดปทุมธานี รวมทั้งสิ้น 16,001 ราย (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข, 2551) แยกเป็นบริการระดับพื้นฐาน BLS (Basic Life Support) จำนวน 8,182 ราย บริการระดับสูง ALS (Advance Life Support) จำนวน 7,819 ราย สามารถให้บริการในระยะเวลาที่รับแจ้งเหตุจนกระทั่งหน่วยบริการไปถึงที่เกิดเหตุไม่เกิน 10 นาที (response time) เป็นจำนวน 7,424 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.40 และให้บริการดูแลหลังแจ้งเหตุเกิน 10 นาที เป็นจำนวน 8,576 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.60

โรงพยาบาลสามโคก เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงในจังหวัดปทุมธานี สังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้สนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้แผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ลงไปสู่ระดับชุมชน (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2547) โดยเริ่มให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นทางการเป็นรูปแบบตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งมีการให้บริการครอบคลุมพื้นที่ 4 ตำบล มีประชากรประมาณ 11,740 คน โดยลักษณะของประชาชนในพื้นที่เป็น

กลุ่มชุมชนเชื้อสายมอญที่อาศัยอยู่ดั้งเดิม ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย ด้านสิทธิการรักษาส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลสามโคก การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลสามโคกที่ผ่านมาจะมุ่งเน้นให้การรักษายาบาลแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงทีครอบคลุม ถูกต้องและให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงโดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ประจำแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการออกปฏิบัติการภายหลังการได้รับแจ้งจากศูนย์สั่งการทุกครั้ง

ผลการดำเนินงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปี พ.ศ. 2549, 2550, 2551 และ 2552 ของโรงพยาบาลสามโคกที่ได้ออกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นจำนวน 34, 30, 31 และ 32 รายตามลำดับ และมีระยะเวลาการออกปฏิบัติงานตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงที่เกิดเหตุ (response time) ภายใน 10 นาที คิดเป็นร้อยละ 62, 60, 64 และ 68 ตามลำดับ ซึ่งหากพิจารณาจำนวนผู้เรียกใช้บริการพบว่ามีผู้ป่วยเรียกใช้บริการเป็นจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยวิกฤตที่มาใช้บริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งมีจำนวน 576, 645, 660 และ 696 รายตามลำดับ ซึ่งสาเหตุการเจ็บป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร และเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลสามโคกเองหรือนำส่งโดยผู้ช่วยเหลือที่ขาดความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นอย่างถูกวิธี กระบวนการที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินร้อยละ 40, 38, 46 และ 42 ตามลำดับ ได้รับการรักษาพยาบาลที่ล่าช้า (งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสามโคก, 2552)

นอกจากนี้จากการที่ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลสามโคกได้ทำการสุ่มเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 4 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาใช้บริการในปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีผู้ป่วยที่มาใช้บริการ 3 รายเกิดภาวะแทรกซ้อนและอีกรายเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล ซึ่งจากการสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งผู้นำส่งผู้ป่วยที่โรงพยาบาลได้รับทราบข้อมูลว่าผู้ป่วยรายแรกนั้นก่อนเดินทางมาโรงพยาบาลมีอาการคล้ายภาวะเส้นเลือดในสมองอุดตันแต่ผู้นำส่งประคบเหตุนำส่งผู้ป่วยล่าช้า เนื่องจากไม่มียานพาหนะที่จะนำส่งผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยพลาดโอกาสในการรักษาในช่วงแรกของการเริ่มต้นการแสดงอาการของโรคส่งผลให้เกิดความพิการ ผู้ป่วยรายที่สองให้ข้อมูลว่าไม่ทราบช่องทางในการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินจึงได้ขอความช่วยเหลือไปยังผู้นำชุมชน ส่งผลทำให้เกิดความล่าช้าในการติดต่อประสานงานเกิดการเสียเวลามากยิ่งขึ้น รายที่สามรับทราบว่ามียระบบบริการการช่วยเหลือที่เรียกว่า 1669 แต่ไม่กล้าโทรแจ้งหน่วยบริการเพื่อขอความช่วยเหลือเพราะไม่มั่นใจว่าตนเองมีอาการเข้าข่ายที่จะได้รับการหรือไม่ซึ่งหากไม่เข้าข่ายการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

วิตกกังวลว่าตนเองจะต้องเป็นผู้ที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดจำเป็นต้องรอญาติให้กลับจากการทำงานจึงจะเดินทางมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลได้ และรายสุดท้ายให้ข้อมูลว่าเคยได้รับข้อมูลข่าวสารถึงผลเสียของการได้รับความช่วยเหลือจากกลุ่มบุคลากรที่ไม่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วย จึงไม่กล้าเรียกใช้บริการเพราะเกรงจะเกิดอันตรายกับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

จากข้อมูลเบื้องต้นที่ได้กล่าวมานั้นชี้ให้เห็นถึงปัญหาในการเข้าถึงการบริการซึ่งมีหลายสาเหตุที่เกี่ยวข้องจนทำให้ผู้บาดเจ็บพลาดโอกาสที่จะมีชีวิต มีภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดความพิการจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน สูญเสียค่าใช้จ่ายจากการส่งผู้บาดเจ็บและการขนส่งที่ผิดวิธี จนส่งผลเสียต่อภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ซึ่งปัญหาในพื้นที่ส่วนหนึ่งที่พบจะสอดคล้องกับผลการนิเทศน์งานของศูนย์เรนทรในปี พ.ศ. 2550 ที่พบว่าระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังขาดการประชาสัมพันธ์และขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งปัญหาดังกล่าวทางศูนย์เรนทรได้หาแนวทางการแก้ไขโดยการวางนโยบายให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการสร้างเครือข่ายในการดำเนินงาน เพิ่มการประชาสัมพันธ์โครงการอย่างไรก็ดีในการที่จะสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนได้นั้นอาจจำเป็นต้องมีการศึกษาสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่อย่างเป็นระบบเสียก่อน จึงจะทำให้หน่วยงานที่รับผิดชอบได้เข้าไปสนับสนุนได้อย่างเหมาะสมและทำให้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการบริการที่ได้รับการยอมรับและสร้างประโยชน์ให้กับประชาชนอย่างแท้จริง จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในหลายพื้นที่มักจะมีสาเหตุจากความรู้ความเข้าใจของประชาชนที่ไม่ถูกต้องประชาชนมีทัศนคติในทางลบต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และรู้จักหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างครอบคลุมมีจำนวนน้อย (เกศินี สราญฤทธิชัย และคณะ, 2546) นอกจากนี้จากผลการศึกษาของวิลาวรรณ แก้วลาน (2551) เรื่องคุณภาพบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งพบว่า องค์กรและผู้ปฏิบัติงานรับรู้เกี่ยวกับนโยบายจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ครอบคลุมในทุกประเด็นแต่รับรู้ว่โยบายของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบายที่ดีเอื้อต่อประชาชนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน จากข้อมูลเบื้องต้นอาจกล่าวได้ว่าปัญหาเรื่องความรู้ความเข้าใจยังคงเป็นปัญหาทั้งในส่วนของบุคลากรและประชาชนทั่วไป ปัญหาเหล่านี้นำมาสู่การให้บริการที่ไม่เหมาะสมและเกิดผลลัพธ์ต่อสุขภาพของผู้ป่วยในทางลบตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งเมื่อผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมในพื้นที่พบว่าในพื้นที่ความรับผิดชอบยังไม่มี การสำรวจข้อมูลด้านความรู้และทัศนคติของประชาชนอย่างเป็นระบบมาก่อน ทั้งที่ในพื้นที่ที่จะทำการศึกษาพบสถานการณ์ปัญหาในการใช้บริการของประชาชนแล้ว และการศึกษาในพื้นที่อื่นๆ ที่ผ่านมามีการศึกษาในส่วนของบุคลากรที่มีสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่า

การศึกษาในประชาชนทั่วไป รวมทั้งจากการศึกษาของพรณี มานะกุล (2543) เรื่องความรู้ทัศนคติ และการใช้บริการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนพบว่าระดับความรู้และทัศนคติมีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและบาดเจ็บ และเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงในงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลสามโคก ได้สังเกตเห็นและตระหนักถึงปัญหาที่พบในการให้บริการในพื้นที่ซึ่งต้องการศึกษาวิจัยเพื่อทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในเรื่องความรู้และทัศนคติของประชาชนในพื้นที่เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ถึงแม้ว่าการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะไม่ให้บริการที่ประชาชนทุกคนจะใช้อย่างทั่วไป ซึ่งผู้ที่ใช้บริการมักจะเป็นผู้ที่มีภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเกิดความเจ็บป่วยที่อาจเป็นเหตุให้เป็นอันตรายต่อชีวิต จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ประชาชนควรจะรู้ว่าจะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นสวัสดิการภาครัฐอย่างไรให้เกิดความคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด ดังนั้นหากผู้วิจัยมีข้อมูลที่ชัดเจนในเรื่องนี้จะนำไปสู่การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาความไม่รู้หรือรู้อย่างไม่ครอบคลุม และเสริมสร้างทัศนคติที่ดีให้เกิดขึ้นกับประชาชนได้ อีกทั้งอาจค้นพบปัญหาและสาเหตุของปัญหาในการให้บริการจากการสะท้อนของประชาชน และเมื่อข้อมูลพื้นฐานส่วนนี้มีความชัดเจน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนก็จะสามารถดำเนินงานเพื่อสร้างความเข้าใจในชุมชนได้อย่างเหมาะสม และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยยังได้วางแผนศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคาดหวังของประชาชนในพื้นที่ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะสามารถนำมาใช้ในการจัดบริการที่สอดคล้องกับความคาดหวังได้ นำไปสู่การพัฒนาให้ผู้ให้บริการสามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่ตามเป้าหมายของการจัดตั้งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับประเทศได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์เพื่อการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้และทัศนคติของประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสามโคกต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. เพื่อศึกษาความคาดหวังของประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสามโคกต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

คำถามในการวิจัย

1. ระดับความรู้ของประชาชนต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ความรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลสามโคกเป็นอย่างไร
2. ประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสามโคกมีทัศนคติต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับใด
3. ประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสามโคกมีความคาดหวังอย่างไรต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

นิยามศัพท์

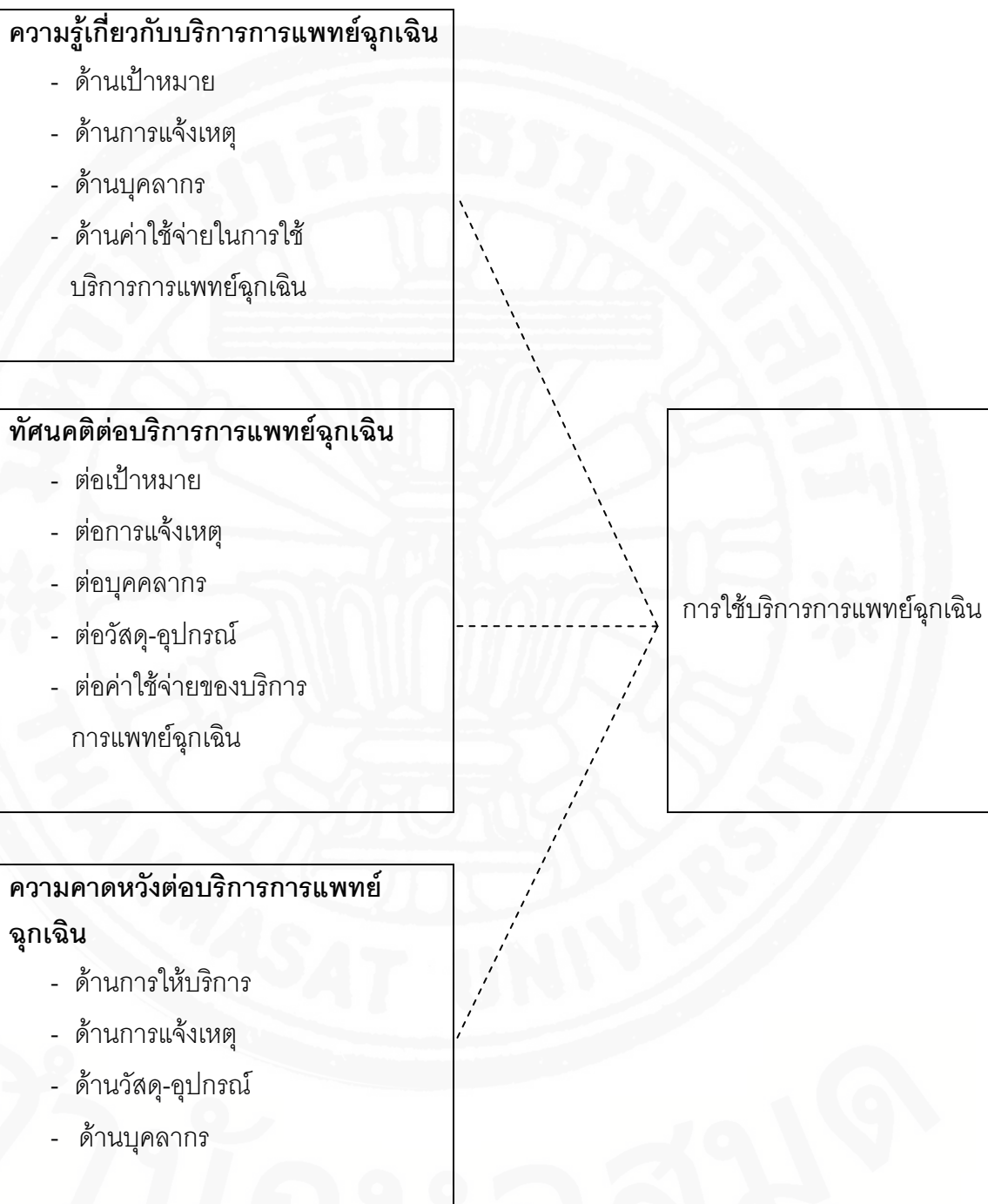
ความรู้ หมายถึง ความเข้าใจในข้อเท็จจริงเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบโรงพยาบาลสามโคก ซึ่งครอบคลุมในด้านต่างๆดังนี้ ด้านเป้าหมาย ด้านการแจ้งเหตุ ด้านบุคลากร และด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน วัดโดยใช้แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทัศนคติ หมายถึง ความคิด ความรู้สึกในด้านบวกและด้านลบของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานีที่มีต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งครอบคลุมในด้านต่างๆดังนี้ ทัศนคติต่อเป้าหมาย ต่อการแจ้งเหตุ ต่อบุคลากร ต่อวัสดุ-อุปกรณ์ และต่อค่าใช้จ่ายของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน วัดโดยใช้แบบสอบถามด้านทัศนคติต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความคาดหวัง หมายถึง ความต้องการ ความมุ่งหวังหรือคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าของประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบโรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานีที่มีต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งประกอบไปด้วยด้านการให้บริการ ด้านการแจ้งเหตุ ด้านวัสดุและอุปกรณ์ ด้านบุคลากร และอื่นๆ

บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การบริการช่วยเหลือแก่ผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง อย่างเป็นขั้นตอนของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลสามโคก

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการศึกษาถึงปัญหาด้านความรู้และทัศนคติของประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความต้องการการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบที่ตรงกับความเป็นจริงและตรงกับความต้องการของประชาชน
3. ผลการวิจัยจะนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการส่งเสริมความรู้และสร้างทัศนคติในทางบวกให้แก่ประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบโรงพยาบาลสามโคก
4. โรงพยาบาลสามโคกสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการปรับปรุงบริการของบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ได้

ชำนาญก หอสมุด