

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความรู้ ทักษะและทัศนคติและความคาดหวังของประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสามโคกต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และกำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาตามลำดับดังนี้

1. การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 1.1 ความหมายของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 1.2 ความเป็นมาของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 1.3 บริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลสามโคก
 - 1.4 ลักษณะการทำงานของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 1.5 ปัญหาในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 2.1 ความหมายของความรู้
 - 2.2 ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
3. ทัศนคติของประชาชนต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 3.1 ความหมายของทัศนคติ
 - 3.2 ทัศนคติต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 3.3 องค์ประกอบของทัศนคติ
4. ความคาดหวังของประชาชนต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 4.1 ความหมายของความคาดหวัง
 - 4.2 แนวความคิดเกี่ยวกับความคาดหวัง
 - 4.3 ปัจจัยที่ทำให้ความคาดหวังแตกต่างกัน
 - 4.4 องค์ประกอบของความคาดหวัง

การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ความหมายของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาผู้ให้ความหมายของบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้มากมาย ซึ่งส่วนใหญ่จะมีความหมายที่คล้ายคลึงกันดังนี้

ศูนย์เรนทร (2545) ให้ความหมายว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง บริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล โดยจัดให้มีบุคคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ ยานพาหนะ ระบบแจ้งเหตุ ระบบประสานงาน สถานพยาบาล การลำเลียง และส่งต่อ ผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้บาดเจ็บไปยังสถานพยาบาลในเครือข่ายเพื่อให้ผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพอย่างทันที

กระทรวงสาธารณสุข (2546) ให้ความหมายว่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินหมายถึง การจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้อยู่อาศัยในพื้นที่ที่ได้มีโอกาสขอความช่วยเหลือ ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติได้ โดยจัดให้มีระบบรับแจ้งเหตุ ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน (2551) ได้ให้ความหมายว่าการแพทย์ฉุกเฉินหมายถึง การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้าและการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การบริการช่วยเหลือแก่ผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง อย่างเป็นขั้นตอน ตั้งแต่การรับแจ้งเหตุ การสั่งการ การออกปฏิบัติการ การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ รวมถึงการลำเลียงขนย้าย การส่งต่อด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย โดยที่มีบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะกล่าวถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลสามโคก

ความเป็นมาของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เมื่อก้าวถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ย่อมเป็นที่ทราบกันดีว่า การรักษาพยาบาลฉุกเฉินจะไม่เกิดผลดี หากมีความล่าช้าผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน จะเสียโอกาสในการอยู่รอดทุกนาที่ที่ผ่านไป และเป็นที่ทราบกันดีอีกว่า การลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมจะยิ่งเป็นการ ทำอันตราย

ซ้ำเติมให้แก่ผู้ป่วยเจ็บ ทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมากอีกด้วยความพยายามในการจัดระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่เหมาะสมจึงได้เกิดขึ้นเรื่อยมา

สำหรับในประเทศไทย ได้มีการช่วยเหลือในลักษณะสังคมสงเคราะห์และการกู้ภัย โดยควบคู่กับการเก็บศพผู้เสียชีวิตในกรณีต่างๆ ดำเนินการโดยมูลนิธิปอเต็กตึ๊งมาตั้งแต่ พ.ศ. 2480 และมูลนิธิร่วมกตัญญูตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 ซึ่งได้ให้ความช่วยเหลือขั้นต้นและลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินนำส่งโรงพยาบาลโดยบุคลากรที่ไม่มีความรู้ความสามารถ ไม่มีอุปกรณ์ที่เหมาะสม ซึ่งถูกวิพากษ์วิจารณ์จากวงการแพทย์ว่าทำให้เกิดความพิการและสูญเสียมากกว่าที่จะเกิดประโยชน์ (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548)

จากปัญหาดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์ได้จัดตั้งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่ปีงบประมาณ 2532 ที่โรงพยาบาลราชวิถี และได้บรรจุการพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) โดยเริ่มจัดตั้งโครงการศูนย์อุบัติเหตุที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเมื่อ พ.ศ. 2536 ให้ความสำคัญครอบคลุมถึงการให้การรักษายาบาล ณ จุดเกิดเหตุ ต่อมากรุงเทพมหานครโดยโรงพยาบาลวชิรพยาบาลได้เปิดหน่วยแพทย์กู้ชีพขึ้นอย่างเป็นทางการเมื่อเดือนธันวาคม 2537 ให้บริการแก่ผู้ป่วยเจ็บโดยเน้นอุบัติเหตุจราจรและอุบัติเหตุภัยต่างๆ และกรมการแพทย์ได้เปิดศูนย์กู้ชีพเรนทรอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2538 ให้บริการรักษายาบาลฉุกเฉินในพื้นที่โดยรอบโรงพยาบาลราชวิถีและต่อมารวมการแพทย์ได้พัฒนาความร่วมมือกับกรุงเทพมหานครในการขยายพื้นที่การให้บริการ มีหมายเลขแจ้งเหตุ 2 หมายเลข คือ 1669 ในส่วนของกรมการแพทย์ และ 1554 ในส่วนของพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่การให้บริการยังไม่ทั่วถึง ยังขาดงบประมาณที่เหมาะสมในการดำเนินการ (ศูนย์เรนทร, 2548)

ต่อมาศูนย์เรนทร โดยการสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติ ได้จัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุม 76 จังหวัดทั่วประเทศ รวมทั้งได้ร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลจัดตั้งหน่วยกู้ชีพในเขตปกครองเพื่อให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ที่ท้องถิ่นดูแล โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยจึงได้รับการพัฒนาขึ้นนับตั้งแต่นั้นมาพร้อมๆ กับการพัฒนาเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยชีวิตในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลแต่ละแห่งทั้งภาครัฐและเอกชน จะเห็นว่ามิหนว่งงานและองค์กรทั้งหลายที่กล่าวมาข้างต้นเป็นต้นกำเนิดของ “สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ” ทำหน้าที่พัฒนางานการแพทย์ฉุกเฉินจนเกิดความก้าวหน้าและมีผลงานเป็นที่

ประจักษ์ในวงกว้าง ซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นเป็นหน่วยงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและได้ดำเนินการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง

บริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลสามโคก

อำเภอสามโคกเป็น 1 ใน 7 อำเภอ ของจังหวัดปทุมธานี ที่มีขนาดเล็กที่สุด มีพื้นที่ประมาณ 94,967 ตารางกิโลเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม ริมสองฝั่งแม่น้ำ โดยมีแม่น้ำเจ้าพระยาไหลผ่านใจกลางทำให้พื้นที่ของอำเภอสามโคก ถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ฝั่งตะวันตกของอำเภอหรือบนฝั่งขวาของแม่น้ำเจ้าพระยากับฝั่งตะวันออกของอำเภอหรือบนฝั่งซ้ายของแม่น้ำเจ้าพระยา ซึ่งจากลักษณะการเป็นอยู่ข้างต้นมีผลต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กล่าวคือเมื่อมีผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บฉุกเฉินมักจะทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลารอคอยการเดินทางเข้าไป ณ จุดเกิดเหตุนาน เนื่องจากบางครั้งการเดินทางต้องอาศัยการลงเรือเข้าไป ณ จุดเกิดเหตุทำให้เกิดการใช้เวลามากยิ่งขึ้น พื้นที่อยู่อาศัยของอำเภอสามโคก ประกอบด้วย 11 ตำบล 58 หมู่บ้าน มีจำนวนประชากรประมาณ 51,1762 คน ประชากรที่อาศัยอยู่มีทั้งเชื้อสายไทยและมอญที่อพยพมาตั้งถิ่นฐานอยู่ตั้งแต่สมัยสมเด็จพระนเรศวร ชาวมอญส่วนใหญ่สามารถ อ่าน พูด เขียนภาษาไทยได้ ส่วนการติดต่อสื่อสารในชีวิตประจำวันยังคงใช้ภาษามอญในท้องถิ่นอยู่ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามโคก, 2548)

โรงพยาบาลสามโคกเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในจังหวัดปทุมธานี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้สนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้แผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ลงไปสู่ระดับชุมชน เน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2547) โดยเริ่มให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นทางการเป็นรูปแบบตามนโยบายของจังหวัดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งจากสภาพภูมิประเทศของอำเภอสามโคกที่มีแม่น้ำเจ้าพระยาไหลผ่านใจกลางอำเภอนั้นทำให้พื้นที่ที่อยู่ในเขตการให้บริการของโรงพยาบาลสามโคกคือพื้นที่ทางฝั่งตะวันออกของอำเภอสามโคกประกอบไปด้วย 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลเชียงรากใหญ่ ตำบลเชียงรากน้อย ตำบลบ้านปทุม และตำบลบ้านจิว รวม 23 หมู่บ้าน มีประชากรประมาณ 11,740 ราย ส่วนพื้นที่ทางฝั่งตะวันตกอันประกอบไปด้วย 7 ตำบล ได้แก่ ตำบลคลองควาย ตำบลท่ายกเกาะ ตำบลบางกระบือ ตำบลสามโคก ตำบลบางโพธิ์เหนือ ตำบลกระแซง และตำบลบางเตย เป็นพื้นที่ให้บริการของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมธานี สำหรับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลสามโคกในช่วงปี พ.ศ. 2548 เป็นการให้บริการที่ยังมีระบบการให้บริการที่ไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุ ที่เป็นประเภทอุบัติเหตุจราจร การ

ขาดเจ็บบนท้องถนน ต่อมาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลสามโคกมีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการมากยิ่งขึ้น โดยมีการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินทุกประเภท กล่าวคือให้การบริการทั้งผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินจากโรคภัยต่างๆ และผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ด้านบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลสามโคกเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและห้องคลอด ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 คน เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน โดยมีอัตรากำลังพยาบาลเวรเช้า บ่าย ดึก เท่ากับ 3: 2: 2 ซึ่งการให้บริการที่ผ่านมาพบข้อมูลมีผู้ใช้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินค่อนข้างน้อย จากการค้นหาปัญหาพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ทราบเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงไม่ได้เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางโรงพยาบาล ทำให้มีการประชาสัมพันธ์งานบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น โดยประสานงานกับผู้นำชุมชนร่วมรณรงค์ประชาสัมพันธ์งานบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนได้รับรู้และเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน นอกจากนี้ผลการดำเนินงานด้านระยะเวลาการให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุ (response time) พบว่า ในช่วงการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2548 มักใช้เวลามากกว่า 10 นาที สืบเนื่องมาจากหลายสาเหตุ ได้แก่ 1) การเข้าไปในพื้นที่จะต้องมีการใช้ยานพาหนะทั้งรถและเรือในการเดินทางไป ณ จุดเกิดเหตุ 2) การบอกตำแหน่งที่อยู่ของผู้แจ้งเหตุคลาดเคลื่อนทำให้ใช้เวลาในการค้นหาบ้านของผู้เจ็บป่วย 3) การออกให้บริการไม่สามารถออกได้ทันทีเนื่องจากทางโรงพยาบาลมีรถให้บริการไม่เพียงพอ 4) จำนวนพนักงานขับรถไม่เพียงพอเนื่องจากต้องออกปฏิบัติหน้าที่ในส่วนอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งทุกปัญหาที่เกิดขึ้นทางโรงพยาบาลสามโคกได้พยายามปรับปรุงแก้ไขปัญหามาอย่างต่อเนื่องเพื่อหวังให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับบริการที่มีคุณภาพสูงสุด

ในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลสามโคก มีการจัดระบบการให้บริการตามองค์ประกอบ 12 องค์ประกอบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินดังนี้ (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548)

1. ระบบการแจ้งเหตุ หมายถึง ระบบบริการการรับแจ้งเหตุที่ครอบคลุมทุกพื้นที่การให้บริการของแต่ละจังหวัด ซึ่งจะต้องมีที่ตั้งของศูนย์รับแจ้งเหตุประจำจังหวัด และมีเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุ มีผู้ตัดสินใจสั่งการและรับผิดชอบทางการแพทย์ ที่สามารถให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง ผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669

สำหรับระบบการแจ้งเหตุของโรงพยาบาลสามโคกประชาชนสามารถโทรติดต่อแจ้งเหตุโดยตรงได้ที่หมายเลข 1669 ซึ่งผู้รับแจ้งเหตุคือเจ้าหน้าที่ของศูนย์สั่งการปทุมธานี

โดยผู้รับแจ้งเหตุจะแนะนำตนเอง และหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่แก่ผู้แจ้งเหตุรับทราบ และจะซักถามข้อมูลจากผู้แจ้งเหตุในเรื่องต่างๆ ดังนี้

- 1) สถานที่เกิดเหตุ
- 2) เกิดเหตุอะไร มีผู้บาดเจ็บกี่คน
- 3) เพศ อายุ ของผู้บาดเจ็บ และอาการของแต่ละคน
- 4) มีผู้ช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างไร
- 5) ชื่อผู้แจ้ง หรือ ผู้ให้การช่วยเหลือ
- 6) เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อกลับ

เมื่อศูนย์สั่งการปทุมธานีรับทราบข้อมูลจากผู้แจ้งเหตุจะดำเนินการติดต่อมายังโรงพยาบาลสามโคกโดยผ่าน 3 ช่องทาง ได้แก่ ทางหมายเลขโทรศัพท์สายตรงของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 02-5818637 ทางโทรศัพท์เคลื่อนที่หมายเลข 082-7242320 และทางวิทยุสื่อสารในความถี่ของศูนย์เรนทร 155.475 ซึ่งมีบุคลากรให้บริการสามารถรับแจ้งเหตุได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยการสั่งการของแพทย์เวรประจำโรงพยาบาล สำหรับการตัดสินใจส่งหน่วยรถพยาบาลออกรับผู้ป่วยขึ้นอยู่กับอาการที่ได้รับแจ้งร่วมกับเกณฑ์การพิจารณาสั่งการของศูนย์ ดังตารางที่ 2.1

ชำนาญกหาสมุด

ตารางที่ 2.1
เกณฑ์ประกอบการพิจารณาให้หน่วยบริการออกปฏิบัติการ
ของศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

หน่วยบริการชั้นสูง	หน่วยบริการชั้นพื้นฐาน
<ul style="list-style-type: none"> - หอบรุนแรง - ชักเกร็ง - หหมดสติกระทันหัน - เจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง - หยุดหายใจ - อุบัติเหตุความเร็วสูงมีผู้บาดเจ็บเสียชีวิต - อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์บาดเจ็บติดอยู่ในรถ - บาดเจ็บกระดูกสันหลัง - ตกเลือดภายใน - ตกจากที่สูงมากกว่า 5 เมตร - คลอดฉุกเฉิน - เหตุความเสี่ยงสูง - ช็อค 	<ul style="list-style-type: none"> - หอบเล็กน้อย - ไข้ทุกระดับ - ซึมสลึมสลือ - เจ็บปวดทั่วไป - หหมดสติแต่ปลุกตื่น - อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์บาดเจ็บเล็กน้อย - อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์บาดเจ็บติดอยู่ในรถแต่ออกเองได้ - มือ เท้า แขน ขาอ่อนล้า - ไหล่ปล้ำหัก - เลือดออกภายนอกศีรษะ แขน ขา ห้ามเลือดได้ - ตกจากที่สูงต่ำกว่า 5 เมตร - อาละวาด - เหตุความรุนแรงอื่นๆ

ที่มา : สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (2548)

2. ระบบการสื่อสาร หมายถึง ระบบการติดต่อสื่อสารระหว่างศูนย์รับแจ้งเหตุของจังหวัดกับลูกข่าย ซึ่งหมายถึงหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละอำเภอต้องครอบคลุมทุกพื้นที่การให้บริการ รวมถึงการสื่อสารระหว่างบุคลากรที่ออกให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุกับโรงพยาบาลที่จะนำผู้ที่ได้รับบาดเจ็บส่งต่อ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ กู้ภัย ระบบการสื่อสารต้องเป็นการสื่อสาร 2 ทาง คือศูนย์รับแจ้งเหตุและหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ออกปฏิบัติการต้องสามารถติดต่อกันได้ อุปกรณ์สื่อสารต้องอยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน ทั้งในโรงพยาบาลและในท้องฉุกเฉิน

สำหรับระบบการสื่อสารของโรงพยาบาลสามโคก ใช้การติดต่อกับศูนย์รับแจ้งเหตุปทุมธานี โดย 3 ช่องทาง ซึ่งได้แก่ทางหมายเลขโทรศัพท์สายตรงของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่หมายเลขโทรศัพท์ 02-5818637 ทางโทรศัพท์เคลื่อนที่หมายเลข 082-7242320 และทางวิทยุสื่อสารในความถี่ของศูนย์เรนทร 155.475

3. บุคลากร หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าพนักงานกู้ชีพ และพนักงานขับรถซึ่งต้องมีความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานดังนี้

3.1 แพทย์ หมายถึง แพทย์ผู้ทำหน้าที่ควบคุมระบบเพื่อให้การรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน จะต้องมีแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินอย่างน้อย 2 คนต่อหนึ่งจังหวัด

สำหรับในจังหวัดปทุมธานีมีแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินอยู่ประจำ ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติซึ่งที่ผ่านมาเมื่อพบเหตุที่ต้องการคำปรึกษาโรงพยาบาลสามโคกก็จะติดต่อขอคำแนะนำมายังโรงพยาบาลธรรมศาสตร์โดยตรง

3.2 พยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล ผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง และได้อบรมเพิ่มเติมทุก 2 ปี รวมถึงต้องมีความรู้ในเรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้บาดเจ็บ การยกและการเคลื่อนย้าย และสามารถใช้วิทยุสื่อสารได้

3.3 เจ้าหน้าที่เวชกรฉุกเฉิน ในประเทศไทยเวชกรฉุกเฉินอยู่ 2 ระดับ คือ 1) เวชกรฉุกเฉินระดับพื้นฐาน (emergency medical technician [EMT-B]) ซึ่งต้องมีคุณสมบัติผ่านการอบรมหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน จำนวน 110 ชั่วโมง ผ่านการทดสอบความรู้เรื่องในเรื่องการประเมินสถานการณ์ การประเมินผู้บาดเจ็บ การตาม การห้ามเลือด การยก การเคลื่อนย้าย และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 2) เวชกรฉุกเฉินระดับกลาง (emergency medical technician intermediate [EMT- I]) โดยต้องมีคุณสมบัติดังนี้ ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชกรฉุกเฉิน ขั้นกลาง เป็นระยะเวลา 2 ปี ต้องได้รับใบประกาศนียบัตรเวชกรฉุกเฉิน 2 ปี มีความสามารถในด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (basic life support) และช่วยการบริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง (advanced life support) ต้องผ่านการทดสอบความรู้เรื่องในเรื่องการประเมินสถานการณ์ การประเมินผู้บาดเจ็บ การตาม การห้ามเลือด การยก การเคลื่อนย้าย และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและขั้นสูง

3.4 ชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาล (first responder) หมายถึง เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัยอาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิง หรือกลุ่มบุคคลที่แสดงตนว่าพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและบริการประชาชน โดยมีคุณสมบัติคือต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลสำหรับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครของกรมการแพทย์ จำนวน 20 ชั่วโมง

องค์ประกอบด้านบุคลากรที่กล่าวมาข้างต้นเป็นมาตรฐานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งในทางปฏิบัติการในแต่ละพื้นที่จะสามารถจัดองค์ประกอบด้านบุคลากรตามบริบทของตนเอง

สำหรับบุคลากรระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลสามโคก ประกอบด้วยแพทย์ประจำบ้านและเป็นแพทย์ที่ออกเวรตรวจในวันนั้นๆ เป็นผู้ควบคุม สั่งการให้การรักษาพยาบาล คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและพยาบาลห้องคลอดที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน พนักงานขับรถ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ผ่านการอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และบุคลากรในหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งในการออกปฏิบัติการแต่ละครั้งจะใช้บุคลากรที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับการความรุนแรงของผู้บาดเจ็บ โดยแบ่งเป็น 1) การออกให้บริการระดับพื้นฐาน (BLS) ผู้ที่ออกปฏิบัติการจะประกอบไปด้วยพนักงานขับรถ 1 ท่าน และพนักงานในหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1 ท่าน 2) การออกให้บริการระดับสูง (ALS) ผู้ที่ออกปฏิบัติการจะประกอบไปด้วยพนักงานขับรถ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1-2 ท่าน และในกรณีที่มีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินประสบเหตุบาดเจ็บรุนแรง อาจมีแพทย์เวรออกร่วมปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุร่วมด้วย

4. กฎและระเบียบ หมายถึง กฎและระเบียบในการปฏิบัติงานของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย

4.1 กฎระเบียบของบุคลากรผู้ให้บริการ ต้องแต่งกายสุภาพเรียบร้อย สวมเสื้อของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในขณะออกให้บริการ ไม่ดื่มสุราในขณะที่ออกปฏิบัติงาน ไม่ทะเลาะวิวาทกันระหว่างที่กำลังปฏิบัติงาน

ในส่วนของโรงพยาบาลสามโคกที่มีบุคลากรในหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะแต่งตั้งตามระเบียบของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน โดยพนักงานขับรถจะใส่ชุดขาวมีสัญลักษณ์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน พยาบาลจะสวมชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินสีขาว ด้านหลังปักตราสัญลักษณ์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน บุคลากรทุกคนจะไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่

เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา ใช้อาจาไม่สุภาพในการให้บริการเนื่องจากเป็นระเบียบการปฏิบัติงานของทางโรงพยาบาลหากผู้ใดไม่ปฏิบัติตามจะมีระเบียบการลงโทษตามความรุนแรง

4.2 กฎระเบียบของหน่วยงานที่ให้บริการทั้งหน่วยงานราชการและหน่วยงานเอกชน รถพยาบาลประจำหน่วยบริการเป็นรถตู้ หรือรถปิกอัพดัดแปลง หลังคาสูง มีไฟฉุกเฉินสีน้ำเงิน มีเปลขนย้ายยึดตรึงกับรถพยาบาล

ในส่วนของโรงพยาบาลสามโคกใช้รถพยาบาลประจำหน่วยบริการเป็นรถตู้สีขาวติดตราสัญลักษณ์หน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลสามโคก หลังคาสูง มีไฟฉุกเฉินสีน้ำเงิน มีเปลขนย้ายยึดตรึงกับรถพยาบาล ตรงตามระเบียบของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน

5. ระบบการเงินการคลัง หมายถึง งบประมาณในการจัดตั้งและดำเนินการทางการแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงค่าตอบแทนแก่หน่วยบริการ ซึ่งได้มาจากส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น

5.1 งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.2 มาตรฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนแก่หน่วยบริการจากส่วนกลาง

5.2.1 หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง ครั้งละ 1000 บาท

5.2.2 หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน ครั้งละ 500 บาท

5.2.3 หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ครั้งละ 350 บาท

ในการเบิกค่าตอบแทนแต่ละเดือน ทุกโรงพยาบาลจะสรุปรวบรวมแบบบันทึกการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทุกสิ้นเดือน สำหรับด้านระบบการเงินการคลัง ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลสามโคก ได้รับค่าตอบแทนอยู่ 2 ระดับ กรณีออกให้บริการระดับพื้นฐาน ได้รับค่าตอบแทนครั้งละ 500 บาท กรณีออกให้บริการในระดับสูงได้รับค่าตอบแทนครั้งละ 1,000 บาท ค่าตอบแทนที่ได้รับจัดเก็บเข้างบเงินบำรุงของโรงพยาบาล สำหรับประชาชนผู้เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะไม่มีค่าใช้จ่ายในการเรียกใช้บริการใดๆ ทั้งสิ้น

6. ระบบการประชาสัมพันธ์ หมายถึง การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรู้จักและมีความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินรวมถึงสามารถเรียกใช้บริการได้อย่างถูกต้อง

ในส่วนของโรงพยาบาลสามโคกได้มีการประชาสัมพันธ์งานบริการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยเริ่มจากการจัดทำแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จัดทำนามบัตรแจกประชาชนที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกคนจัดทำป้ายไว้นิลติดที่หอประชุมกลางของแต่ละหมู่บ้าน ปัจจุบันได้มีการใช้หอกระจายข่าวของชุมชนในการให้ข้อมูลด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชนในพื้นที่

7. การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง ประชาชนในชุมชนต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินรวมถึงประโยชน์ที่ตนเองและชุมชนจะได้รับสามารถใช้บริการได้อย่างถูกต้อง รู้จักวิธีการในการแจ้งเหตุ รวมถึงการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง มีกลุ่มอาสาสมัครภายในชุมชนเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อการส่งเสริมความรู้ การเตรียมความพร้อมและการซ้อมแผนปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินต่างๆ ที่อาจเกิดกับชุมชนเอง และมีคณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับของท้องถิ่น

สำหรับโรงพยาบาลสามโคกที่ผ่านมาได้มีความพยายามที่จะจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครภายในชุมชนให้เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบยั่งยืน แต่ประสบปัญหาบุคลากรไม่พร้อมในการปฏิบัติงาน เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลัก ทำให้ผลการจัดตั้งองค์กรดังกล่าวไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

8. มาตรฐานโครงสร้างที่เหมาะสม หมายถึง ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาตรฐานและโครงสร้างตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพภูมิศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการดำเนินงาน

สำหรับมาตรฐานโครงสร้างของโรงพยาบาลสามโคกได้มีการแบ่งมาตรฐานการปฏิบัติงานจากการยึดหลักความเหมาะสมกับสภาพภูมิศาสตร์ กล่าวคือ พื้นที่ของอำเภอสามโคกจะถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยมีแม่น้ำเจ้าพระยาคั่นกลางดังนั้นเพื่อความเหมาะสมในการออกปฏิบัติการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีจึงมีจัดพื้นที่ความรับผิดชอบออกเป็น 2 ส่วน โดยพื้นที่ความรับผิดชอบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลสามโคกจะครอบคลุมพื้นที่ฝั่งตะวันออกของอำเภอสามโคก ประกอบด้วยพื้นที่ 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลเชียงรากใหญ่ ตำบลเชียงรากน้อย ตำบลบ้านปทุม และตำบลบ้านจิว

9. ระบบข้อมูล หมายถึง ระบบการบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มของสำนักงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กล่าวคือเมื่อรับแจ้งเหตุโดยตรงมาที่หน่วยบริการต้องโทรแจ้งศูนย์สั่งการเพื่อขอรหัสการออกปฏิบัติงาน หลังจากออกให้บริการจะกลับมานบันทึกข้อมูลของผู้บาดเจ็บตามแบบฟอร์มของสำนักงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างครบถ้วน และต้องรายงานผลการปฏิบัติงานแก่ศูนย์สั่งการเพื่อบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต มีการเก็บรวบรวมข้อมูลส่งรายงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกสิ้นเดือน

สำหรับระบบข้อมูลของโรงพยาบาลสามโคกจะเริ่มมีการบันทึกข้อมูลตั้งแต่เมื่อมีการรับแจ้งเหตุโดยตรงมาที่หน่วยบริการ ซึ่งหน้าที่การบันทึกข้อมูลจะดำเนินการโดยพยาบาล

หัวหน้าเวรนั้นๆ การบันทึกข้อมูลจะเริ่มต้นตั้งแต่การติดต่อกับศูนย์สั่งการปทุมธานีเพื่อขอรหัสการออกปฏิบัติงาน หลังจากออกให้บริการผู้ปฏิบัติการจะกลับมาบันทึกข้อมูลของผู้บาดเจ็บตามแบบฟอร์มของสำนักงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างครบถ้วน และรายงานผลการปฏิบัติงานแก่ศูนย์สั่งการเพื่อบันทึกข้อมูลในฐานะข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และมีการเก็บรวบรวมข้อมูลส่งรายงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีทุกสิ้นเดือน

10. การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล ศูนย์สั่งการของแต่ละจังหวัดมีการกำหนดหน่วยบริการสำหรับออกให้บริการในแต่ละพื้นที่

สำหรับการเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาลของโรงพยาบาลสามโคกจะรับข้อกำหนดหน่วยบริการสำหรับออกให้บริการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ซึ่งข้อกำหนดของพื้นที่โรงพยาบาลสามโคกในการดำเนินงานที่ผ่านมาจะมีหน้าที่ความรับผิดชอบอยู่ในฝั่งตะวันออกของอำเภอที่ครอบคลุมพื้นที่ 4 ตำบล ทางด้านการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลสามโคกจะมีการเตรียมความพร้อมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์ฉุกเฉินทางด้านต่างๆ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์อุบัติเหตุในช่วงเทศกาลสำคัญ เช่น เทศกาลสงกรานต์ เทศกาลปีใหม่ และสถานการณ์ฉุกเฉินทางด้านการประท้วงและก่อการจลาจล ซึ่งการเตรียมความพร้อมดังกล่าวจะมีการประสานงานอย่างต่อเนื่องกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์สั่งการปทุมธานี

11. การรับผิดชอบโดยระบบควบคุมทางการแพทย์ หมายถึง ระบบควบคุมทางการแพทย์ในการออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยมีแพทย์เป็นผู้รับรอง มีการควบคุมและสั่งการรักษา 2 ทาง คือ ทางตรงโดยผ่านวิทยุสื่อสารหรือโทรศัพท์ และทางอ้อมผ่านเอกสารมอบหมายในการปฏิบัติงาน โดยมีคู่มือปฏิบัติงาน (protocol) หรือคำสั่งการรักษาของแพทย์ (standing order)

สำหรับการรับผิดชอบโดยระบบควบคุมทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสามโคกส่วนใหญ่จะออกปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุจะปฏิบัติโดยใช้คำสั่งการรักษาของแพทย์ (standing order) ประจำเวรวันนั้นๆ เนื่องจากอัตรากำลังของแพทย์มีน้อยทำให้ไม่สามารถออกปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่ออกปฏิบัติงานได้ทุกครั้ง

12. การประเมินผล หมายถึง การประเมินผลการปฏิบัติงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย การติดตามสรุปผลการดำเนินงานและประเมินผลการปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกปี และมีการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

สำหรับด้านการประเมินผลโรงพยาบาลสามโคกมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งมีการเข้าร่วมประชุมเพื่อชี้แจงผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในแต่ละปีต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี แต่ยังไม่มีการเก็บข้อมูลด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างเป็นรูปแบบ ซึ่งจากผลการประเมินที่ผ่านมาพบปัญหาประชาชนไม่พึงพอใจในด้านระยะเวลาในการไปถึง ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งปัญหาดังกล่าวทางโรงพยาบาลสามโคกได้เร่งปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

จากข้อมูลทีกล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า งานบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลสามโคกดำเนินการภายใต้การควบคุมดูแลโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดปทุมธานี โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธานการดำเนินงาน บริหารจัดการด้านงบประมาณ จัดระบบบริการและเป็นศูนย์ข้อมูลด้านอุบัติเหตุของจังหวัดปทุมธานี การปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล สามโคกใช้บุคลากรของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและงานห้องคลอดควบคู่ไปกับการปฏิบัติงานประจำ ซึ่งการปฏิบัติงานดังกล่าวจะปฏิบัติหน้าที่ควบคู่ไปกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครจากหน่วยงาน และมูลนิธิต่างๆ ส่วนลักษณะการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลสามโคกเป็นการดำเนินงานให้สอดคล้องกับมาตรฐานการปฏิบัติงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เพื่อสร้างมาตรฐานการดำเนินงานให้ได้คุณภาพสูงสุด

ลักษณะการทำงานของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ลักษณะการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 6 ระยะดังนี้ (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548)

1. **การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (detection)** การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ แม้ว่าจะสามารถเฝ้าระวังเหตุเมื่อพบเหตุ ซึ่งผู้นั้นอาจเป็นผู้ป่วยเองหรือคนข้างเคียง ซึ่งเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นมากเพราะจะสามารถทำให้กระบวนการช่วยเหลือมาถึงได้รวดเร็ว ตรงกันข้ามหากล่าช้าเพราะทุกนาทีที่เสียไปสำคัญต่อชีวิตผู้เจ็บป่วยจะลดน้อยลงไปเรื่อยๆ จนกระทั่งอาจสายเกินแก้ไข

2. **การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (reporting)** การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและมีหมายเลขที่จำได้ง่ายเป็นเรื่องที่จำเป็นมากเช่นกัน เพราะว่าเป็นประตูไปสู่ความช่วยเหลือที่เป็นระบบ แต่ผู้แจ้งเหตุอาจจะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความสามารถในการให้การดูแลขั้นต้นตามความเหมาะสมอีกด้วย

3. การออกปฏิบัติการของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (response)

หน่วยปฏิบัติการซึ่งทั่วไปแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ หน่วยบริการระดับพื้นฐานเป็นหน่วยบริการที่เน้นสำหรับการเคลื่อนย้ายเป็นหลัก และหน่วยบริการระดับสูงสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นจะต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลฉุกเฉินทางโรงพยาบาลจะต้องมีความพร้อมที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่ง และจะต้องมีมาตรฐานกำหนดระยะเวลาในการออกตัว ระยะเวลาเดินทาง โดยศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยกระดับความรุนแรงหรือความต้องการของเหตุ และสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมกับสภาพการเกิดเหตุ

4. การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) หน่วยปฏิบัติการจะ

ประเมินสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของตนเองและคณะ ประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสม และให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ควบคุมระบบ โดยมีหลักในการดูแลรักษาว่าจะไม่เสียเวลา ณ จุดที่เกิดเหตุนานจนเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย กล่าวคือผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะเน้นความเร็วในการนำส่งมากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินทางอายุกรรม

5. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (care in transit) หลัก

สำคัญยิ่งในการลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วย คือ การไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้ป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีการมาเป็นอย่างดี ในขณะที่ขนย้ายจะต้องประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะๆ ปฏิบัติการบางอย่างอาจกระทำบนรถในขณะลำเลียงนำส่งได้ เช่น การให้สารน้ำ การตามกระดูก เป็นต้น

6. การนำส่งสถานพยาบาล (transfer) การนำส่งไปยังสถานที่ใดเป็นการที่

ชะตาชีวิตและมีผลต่อผู้เจ็บป่วยได้เป็นอย่างมาก การนำส่งจะต้องใช้ดุลยพินิจว่าโรงพยาบาลที่จะนำส่งสามารถรักษาผู้เจ็บป่วยรายนั้นๆ ได้เหมาะสมหรือไม่ มิฉะนั้นแล้วเวลาที่เสียไปกับความสามารถที่ไม่เพียงพอและความไม่พร้อมของสถานพยาบาลนั้นๆ จะทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการ หรือปัญหาในการรักษาพยาบาลอย่างไม่ควรจะเกิดขึ้น

สำหรับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลจะปฏิบัติงานตามลักษณะการทำงานของบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้ง 6 ด้าน ตั้งแต่การรับแจ้งเหตุ การออกให้การช่วยเหลือ การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง การนำส่งสถานพยาบาลโดยทีมบุคลากรของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลสามโคก ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน

ปัญหาในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในเรื่อง
ของปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพบปัญหาหลัก ซึ่งแบ่งออกเป็น 10 ด้านตาม
องค์ประกอบของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1. การแจ้งเหตุ งบฯ บัญยั้งและคณะ (2550) กล่าวว่าปัญหาด้านการแจ้งเหตุพบว่า มีการแจ้งเหตุ การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ มีการโทรเล่นหรือโทรหลอก การโทรหมายเลข 1669 เพื่อติดต่องานอื่น ผู้แจ้งเหตุไม่ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ขาดอุปกรณ์สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หน่วยให้บริการได้รับแจ้งเหตุโดยตรงจากประชาชนโดยไม่ผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุ การสื่อสารระหว่างหน่วยบริการและศูนย์รับแจ้งเหตุระหว่างปฏิบัติงานทำได้ไม่ทุกที่ เนื่องจากกำลังการส่งและเครือข่ายวิทยุที่ใช้หรือวิทยุมือถือมีกำลังการส่งสัญญาณจำกัด อีกทั้งเมื่อเกิดเหตุการณ์รุนแรงในบางพื้นที่บ่อยครั้งที่มีการตัดสัญญาณโทรศัพท์เพื่อป้องกันการใช้โทรศัพท์เป็นจุดชนวนระเบิด ทำให้การประสานงานไม่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งบางพื้นที่มีการประชาสัมพันธ์หมายเลขโทรศัพท์ของหน่วยงานให้บริการแทนการประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669

สำหรับปัญหาด้านการแจ้งเหตุของโรงพยาบาลสามโคกพบประเด็นปัญหา

2 ข้อ ได้แก่

1) ประชาชนมีการแจ้งเหตุไปยังหน่วยงานอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ ประชาชนโทรขอความช่วยเหลือไปยังผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สถานีตำรวจ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้เกิดความซ้ำซ้อนในการแจ้งเหตุและทำให้ผู้ได้รับบาดเจ็บได้รับการดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุช้าลง

2) ประชาชนแจ้งเหตุมายังโรงพยาบาลโดยตรงไม่ผ่านศูนย์สั่งการ 1669 เนื่องจากประชาชนไม่เข้าใจในระบบการแจ้งเหตุซึ่งเมื่อทางโรงพยาบาลอธิบายการแจ้งเหตุที่ถูกต้องให้ผู้แจ้งเหตุรับทราบ ก็ส่งผลให้ผู้แจ้งเหตุเกิดความไม่พอใจในขั้นตอนการให้บริการ

2. ระบบสื่อสาร วิทยาชาติบัญชาชัย และคณะ (2546) กล่าวว่าระบบการสื่อสารเป็นหัวใจสำคัญของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงได้รวบรวมเกี่ยวกับปัญหาด้านปฏิบัติงานของระบบสื่อสารในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่การแจ้งเหตุ การรับแจ้งเหตุ การสั่งการ ออกปฏิบัติงาน การประสานระหว่างปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุ การนำส่งโรงพยาบาล การส่งผู้บาดเจ็บเข้าห้องฉุกเฉิน และการรายงานเมื่อเสร็จสิ้นภารกิจ พบปัญหาด้านระบบการสื่อสารที่สำคัญคือ เครื่องมือที่ใช้ในระบบสื่อสารมีจำนวนไม่เพียงพอ อุปกรณ์สื่อสารขาดประสิทธิภาพ ขำรุด ส่งผลให้แม่ข่ายสื่อสารไม่ถึงลูกข่าย รพพยาบาลไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับแม่ข่ายได้ ไม่มี

การติดต่อสื่อสารประสานงานระหว่างโรงพยาบาลที่จะนำผู้บาดเจ็บส่งต่อ และยังขาดการจัดการระบบสื่อสาร ระบบสื่อสารหมายเลข 1669 ยังขาดประสิทธิภาพ บางครั้งโทรไม่ติด หรือไม่มีผู้รับสาย

สำหรับปัญหาด้านระบบสื่อสารของโรงพยาบาลสามโคกพบประเด็นปัญหาเรื่องการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลที่จะนำส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน กล่าวคือบางครั้งเกิดปัญหาโรงพยาบาลปลายทางไม่สามารถรับผู้ป่วยได้ทำให้ต้องมีการติดต่อโรงพยาบาลที่จะทำการส่งผู้ป่วยหลายแห่งทำให้ผู้บาดเจ็บต้องใช้เวลาในการส่งต่อนานมากขึ้น

3. หน่วยบริการ บริการการแพทย์ฉุกเฉินแบ่งหน่วยบริการออกเป็น 2 ระดับตามความเหมาะสมของเหตุการณ์ที่ได้รับแจ้ง จากการศึกษาของผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์ (2553) พบว่าปัญหามาตรฐานการแบ่งขอบเขตการปฏิบัติหน้าที่ระหว่างหน่วยบริการพื้นฐานและหน่วยบริการขั้นสูงไม่ชัดเจน เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัยปฏิบัติงานเกินหน้าที่ นอกจากนี้จากการศึกษาของวิทยาชาติบัญชาชัย และคณะ (2546) เรื่องการศึกษาปัญหาและอุปสรรคการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าหน่วยที่สมัครขึ้นทะเบียนคุณสมบัติไม่ครบตามเกณฑ์ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รถยนต์กระบะดัดแปลงที่ออกปฏิบัติหน้าที่ไม่มีความพร้อม ไม่มีเตียงสำหรับผู้ป่วย และไม่มีไฟฉุกเฉินซึ่งจะส่งผลเสียต่อผู้รับบริการ

สำหรับปัญหาด้านหน่วยบริการของโรงพยาบาลสามโคกพบประเด็นปัญหารถยนต์กระบะดัดแปลงของหน่วยบริการขั้นพื้นฐานที่ออกปฏิบัติหน้าที่ไม่มีความพร้อม วัสดุและอุปกรณ์ไม่เพียงพอในการให้บริการ

4. การจัดการพื้นที่ บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีการจัดแบ่งพื้นที่การให้บริการโดยพิจารณาถึงจำนวนประชากร ขนาดและระยะทางในการจัดแบ่งพื้นที่ปัจจุบันมีการแบ่งขนาดประชากรต่อหน่วยบริการดังนี้ จำนวนประชากร 100,000 คน ต่อหน่วยบริการพื้นฐาน 1 หน่วย และจำนวนประชากร 200,000 คน ต่อหน่วยบริการระดับสูง 1 หน่วย การศึกษาของนครทิพย์สุนทรศักดิ์ และคณะ (2546) ศึกษาการประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าในแต่ละพื้นที่จะมีหลายหน่วยงานที่ดำเนินการช่วยเหลือในลักษณะเดียวกับหน่วยกู้ชีพ เช่น มูลนิธิ อาสาสมัครกู้ภัย ทำให้เกิดการจำกัดพื้นที่การทำงานของหน่วยกู้ชีพ ทำให้บริการแก่ประชาชนไม่ทั่วถึง

สำหรับปัญหาด้านการจัดการพื้นที่ของโรงพยาบาลสามโคกไม่พบประเด็นปัญหาดังกล่าว

5. บุคลากรและการอบรม การศึกษาของผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์ (2553) พบว่าในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีปัญหาด้านการฝึกอบรมบุคลากรแบ่งออกเป็น 3 เรื่อง ดังนี้

1) ปัญหาอาสาสมัครปลีกเวลาเข้าฝึกรอบมลำบาก เนื่องจากอาสาสมัครส่วนใหญ่มีหน้าที่การงานประจำ และต้องประกอบอาชีพ ซึ่งไม่สะดวกเข้ารับการอบรม

2) ไม่มีงบประมาณสนับสนุนการอบรมให้อาสาสมัครและพยาบาล

3) การเปิดหลักสูตรเวชกิจฉุกเฉินรับผู้เข้าเรียนได้น้อยไม่พอต่อความต้องการ นอกจากนี้ปัญหาด้านบุคลากรในบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังพบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณ จีรวัดน์กุล และคณะ (2541) อ่างใน สายสมร ภัทรจิตรานนท์ (2551) พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีจำนวนน้อยเกินไป ไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน และส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการปฏิบัติงาน ไม่ได้รับการอบรม ขาดการประชุมวิชาการอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาของอนุรักษ อมรเพชรสถาพร (2546) พบว่าบุคลากรที่ให้บริการมีจำนวนไม่เพียงพอ เนื่องจากงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นงานใหม่ การขอกำลังคนและพื้นที่เพื่อมาจัดตั้งหน่วยให้บริการทำได้ค่อนข้างยาก จึงใช้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน ซึ่งโดยปกติบุคลากรดังกล่าวก็มีหน้าที่และงานประจำมาก บางครั้งต้องให้การช่วยเหลือรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในมีภาวะวิกฤติ ทำให้ไม่สามารถออกไปให้บริการได้ จึงไม่พร้อมให้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตลอดเวลา

สำหรับปัญหาด้านบุคลากรและการอบรมของโรงพยาบาลสามโคกพบประเด็นปัญหา 3 ข้อ คือ

1) ปัญหาจำนวนบุคลากรที่จะออกไปให้บริการมีจำนวนไม่เพียงพอเนื่องจากบางครั้งพบเหตุมีผู้ป่วยประสบเหตุฉุกเฉินหลายที่ในเวลาใกล้เคียงกัน รวมถึงบางครั้งต้องให้การช่วยเหลือรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในมีภาวะวิกฤติมารักษาที่แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ทำให้ต้องขออัตรากำลังจากหน่วยงานห้องคลอดในการออกปฏิบัติการแทน

2) ปัญหาอาสาสมัครในชุมชนปลีกเวลาเข้าฝึกรอบมลำบาก เนื่องจากอาสาสมัครส่วนใหญ่มีหน้าที่การงานประจำ และต้องประกอบอาชีพ ซึ่งไม่สะดวกเข้ารับการอบรม

3) ปัญหาด้านงบประมาณสนับสนุนการอบรมให้อาสาสมัครและพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มทักษะในการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน

6. กฎระเบียบ สายสมร ภัทรจิตรานนท์ (2551) ได้รวบรวมเกี่ยวกับปัญหาในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบปัญหาที่สำคัญคือ บุคลากรไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบในระหว่างที่ปฏิบัติงาน เช่น การดื่มสุราในขณะที่ออกปฏิบัติงาน การแต่งกายไม่สุภาพ พนักงานขับรถประมาทขับเร็วเกินไป มีการทะเลาะกันระหว่างที่กำลังปฏิบัติหน้าที่ อาสาสมัครกั๊กปฏิบัติงานเกินหน้าที่ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพ การรักษาพยาบาล และการดูแลผู้บาดเจ็บ

สำหรับปัญหากฎและระเบียบของโรงพยาบาลสามโคกไม่พบประเด็นปัญหาดังกล่าว

7. การเงินการคลัง การศึกษาของผดุงศิษฏี ชำนาญบริรักษ์ (2553) พบว่าในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินยังคงมีปัญหาความไม่ชัดเจนในเรื่องของงบประมาณ ปัญหาด้านค่าตอบแทนให้กับบุคลากรที่ขึ้นเวรปฏิบัติงาน สอดคล้องกับรายงานของอนุรักษ์ อมรเพชรสถาพร (2546) อ้างใน สายสมร ภัทรจิตรานนท์ (2551) พบที่ปัญหาด้านการเงินคือการจัดเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นในการจ่ายเงินตอบแทนค่าปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เช่นเดียวกับปัญหาที่ประเมินโดยหน่วยกู้ภัยในด้านระบบการเงินพบว่า ไม่มีผู้สนับสนุนด้านงบประมาณในการปฏิบัติงาน ขาดงบประมาณสำหรับเป็นค่าน้ำมัน และไม่มียางงบประมาณเพียงพอสำหรับการซ่อมบำรุง และงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็น ในการปฏิบัติงานต่างๆ เช่น อุปกรณ์ด้านการแพทย์ อุปกรณ์กู้ภัย และวิทยุสื่อสาร

สำหรับปัญหาการเงินการคลังของโรงพยาบาลสามโคกไม่พบประเด็นปัญหาดังกล่าว

8. การประชาสัมพันธ์ การศึกษาของสุพรรณ ศรีธรรมมา (2549) ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้ว่าระบบการประชาสัมพันธ์ยังขาดการประสานงานและสั่งการในทุกระดับ ทั้งระดับชาติ ระดับภาค ระดับเขต และระดับพื้นที่ ขาดการประชาสัมพันธ์ในการเตรียมความพร้อมในสถานการณ์ภัยพิบัติ การศึกษาของวิทยาชาติบัญชาชัย และคณะ (2546) เรื่องปัญหาและอุปสรรคการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่าประชาชนทั่วไปยังไม่รับรู้ถึงการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดีพอ สอดคล้องกับการศึกษาของเกศินี สราญฤทธิชัย และคณะ (2546) เรื่องศึกษาการรับรู้ของชุมชนต่อการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า การรับรู้ของชุมชนแบ่งได้ 2 มิติ คือ การรู้จักหน่วยกู้ชีพและไม่รู้จักหน่วยกู้ชีพ การรู้จักหน่วยกู้ชีพดีสามารถเรียกใช้บริการและแนะนำให้คนอื่นให้เรียกใช้บริการได้ การรู้จักเพียงผิวเผินไม่มีข้อมูลของหน่วยกู้ชีพ ทำให้ไม่กล้าเรียกใช้บริการ ไม่สามารถติดต่อหน่วยกู้ชีพได้ ไม่รู้การทำงานของหน่วยกู้ชีพ ไม่คิดถึงบริการของหน่วยกู้ชีพ นอกจากนี้การศึกษาของอนุรักษ์ อมรเพชรสถาพร (2546) พบว่ามีการประชาสัมพันธ์หมายเลขโทรศัพท์ของหน่วยให้บริการแข่งกับหมายเลข 1669 ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความสับสน ในการเรียกใช้บริการ

สำหรับปัญหาการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลสามโคกพบประเด็นปัญหาการประชาสัมพันธ์ในชุมชนมีการดำเนินงานอย่างไม่ต่อเนื่องอาจส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ยังไม่

ทราบถึงการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมกล่าวคือประชาชนในพื้นที่บางส่วนรู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพียงผิวเผินทำให้ไม่กล้าเรียกใช้บริการ

9. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังจัดเป็นบริการใหม่ที่บุคลากรและประชาชนในหลายพื้นที่ยังไม่มี ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการให้บริการจากการประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ จังหวัดขอนแก่น ของอรุณ จิรวัดณ์กุล และคณะ (2541) พบว่าการรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนเกี่ยวกับระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉินยังค่อนข้างน้อย และยังคงคลุมเครือ ไม่ชัดเจน และประชาชนบางส่วนไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ผู้บาดเจ็บหรือญาติบางคนไม่ยอมให้หน่วยกู้ชีพนำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาล

10. ด้านมาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม จากรายงานการวิจัยของอรุณ จิรวัดณ์กุลและคณะ (2541) ในเรื่องการประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ จังหวัดขอนแก่น พบว่าความพร้อมของอุปกรณ์ และเครื่องมือต่างๆ รวมถึงรถพยาบาลมีจำนวนจำกัด ไม่เพียงพอต่อการให้บริการเช่นเดียวกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ข่ายสุวรรณและคณะ (2547) ซึ่งได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้ปัญหาและอุปสรรคในการปฐมพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุก่อนนำส่งโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าหน่วยให้บริการทั้งอาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ตำรวจ และกลุ่มประชาชนยังขาดอุปกรณ์และเครื่องมือในการปฐมพยาบาลผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ ทำให้หน่วยบริการขาดความมั่นใจในการออกให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุ

จากปัญหาดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินยังอยู่ในสภาพการที่ไม่เหมาะสม ประชาชนยังไม่ได้รับการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี เพราะนโยบายและการปฏิบัติยังไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ ขาดการประชาสัมพันธ์และต้องการการปรับปรุงอีกหลายด้าน ดังนั้นหากทุกฝ่ายต้องการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถดำเนินงานให้สำเร็จได้ด้วยดี จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาหาแนวทางและวิธีการแก้ไขถึงปัญหาดังกล่าวให้เหมาะสมในแต่และพื้นที่ สำหรับในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสามโคก ที่ผ่านมาพบข้อมูลปัญหาด้านความรู้และทัศนคติของประชาชนต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งเป็นปัญหาที่สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่อื่นๆ ดังนั้นการศึกษาคำรู้และทัศนคติต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบโรงพยาบาลสามโคก จะนำมาซึ่งคำตอบของปัญหาที่แท้จริงที่เกิดขึ้นในชุมชน อีกทั้งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ที่ดีและยั่งยืนอย่างแท้จริง

ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ความหมายของความรู้

ในการศึกษาทฤษฎี “ความรู้” ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายดังต่อไปนี้

เบนจามิน เอส. บลูม (Benjamin S. Bloom, 1971) นักการศึกษาที่มีชื่อเสียงของสหรัฐอเมริกา ได้จำแนกความหมายระหว่าง “ความรู้” กับ “ความเข้าใจ” ไว้ดังนี้

ความรู้ หมายถึง สภาพการต่างๆ ซึ่งเน้นการจำ ไม่ว่าจะเป็นการระลึกถึงหรือระลึกได้ ก็ตาม เป็นสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นอันสืบเนื่องมาจากการเรียนรู้ โดยเริ่มต้นจากการรวบรวมสาระ ต่าง ๆ เหล่านั้น จนกระทั่งพัฒนาไปสู่ขั้นที่มีความสลับซับซ้อนยิ่งขึ้นไป

ความเข้าใจ เป็นขั้นตอนสำคัญของการสื่อความหมาย โดยอาศัยความสามารถทางสมองและทักษะ ซึ่งอาจกระทำได้โดยการใช้ปากเปล่า ข้อเขียน ภาษา หรือสัญลักษณ์ต่าง ๆ โดยการทำความเข้าใจนั้นอาจไม่มีผลสมบูรณ์เสมอไป เพราะไม่อาจจับประเด็นสิ่งที่อ่านได้ทั้งหมด อย่างไรก็ตามพฤติกรรมการเข้าใจนี้แบ่งได้เป็น 3 รูปแบบ คือ การแปร การตีความและการสรุปอ้างอิง

Rogers (1962) อ้างใน คมกฤษณ์ ผิวทอง (2548) ได้ให้ความหมายว่า ความรู้ หมายถึง การรับรู้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลส่วนมากจะได้รับผ่านประสบการณ์ โดยการเรียนรู้จากการตอบสนองสิ่งเร้า (S-R) และจัดระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ ที่ผสมผสานระหว่างความจำ (ข้อมูล) กับสภาพทางจิตวิทยา ด้วยเหตุนี้ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรรซึ่งสอดคล้องกับสภาพจิตใจของตนเอง เป็นกระบวนการภายในที่ผู้อื่นจะรับรู้ได้จากการอนุมานมากกว่าการสังเกตโดยตรง

Good (1973) อ้างในวรรณวิมล วิเชียรฉาย (2546) ได้ให้คำจำกัดความของความรู้คือ ข้อเท็จจริง ความจริง หลักการและข้อมูลในขอบเขตทางสติปัญญาที่มนุษย์สะสมไว้ โดยอาจได้จากประสบการณ์หรือการค้นหาและบางส่วนได้มาจากผลการประมวลข้อมูลของสมอง

จากความหมายของความรู้ที่กล่าวมา ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่าความรู้ หมายถึง การเข้าใจในข้อเท็จจริง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ความรู้จึงหมายถึงการเข้าใจในข้อเท็จจริงของประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสามโคกต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การรับรู้ เข้าใจในข้อเท็จจริงของประชาชนที่มีต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งครอบคลุมในเรื่องความรู้เกี่ยวกับด้านการแจ้งเหตุ ด้านบุคลากรและด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากการศึกษาของเกติณี สราญฤทธิชัย และคณะ (2546) เรื่องการรับรู้ของชุมชน ต่อการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุด เกิดเหตุของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าประชาชนมีความรู้ในบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ถูกต้อง กล่าวคือประชาชนบางรายไม่มีภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน แต่เรียกใช้บริการเพราะไม่มียานพาหนะ ต้องการความรวดเร็ว บริการฟรี ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย บางรายไม่กล้าเรียกใช้บริการของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพราะไม่ทราบข้อมูลที่เพียงพอ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุพรรณ ศรีธรรมมา (2549) เรื่องแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยในพ.ศ. 2549 – 2553 พบว่าปัจจุบันประชาชนมีปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจในบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าประชาชนมีการรับทราบข้อมูลในบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ไม่ถูกต้อง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินจึงขอความช่วยเหลือไปยังหน่วยงานอื่น เช่น มีการแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือไปยังสถานีตำรวจในท้องที่ ซึ่งก่อให้เกิดความล่าช้าในการได้รับความช่วยเหลือ มีผลต่อจำนวนการตายของผู้บาดเจ็บ ผู้บาดเจ็บอาจเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น นอกจากนี้การศึกษาของ Sve a Joslyn (2004) ศึกษาผลของการอยู่รอดจากภาวะหัวใจล้มเหลวกับการเข้าถึงบริการ 911 Emergency Medical Service จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงบริการ 911 มีโอกาสรอดจากภาวะหัวใจล้มเหลวต่างจากกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ 911 เนื่องจากไม่ต้องสูญเสียเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพ

จากรายงานชี้ให้เห็นว่า ความรู้ความเข้าใจเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นภาวะสุขภาพที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน โดยมีเวลาเป็นเกณฑ์สำคัญในการตัดสินใจอยู่รอดและการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของโรค ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมข้อมูลสิ่งที่ประชาชนควรมีความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยยึดตามหลักการปฏิบัติของบริการการแพทย์ฉุกเฉินดังนี้

1. **ความรู้เกี่ยวกับด้านการแจ้งเหตุ** บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีระบบการแจ้งเหตุที่ง่ายต่อการจดจำและง่ายต่อการเรียก ง่ายต่อการถ่ายทอดข้อมูลโดยผู้ให้บริการสามารถแจ้งเหตุได้ด้วยหมายเลข 1669 โดยผู้แจ้งเหตุสามารถใช้โทรศัพท์ระบบใดก็ได้ในการแจ้งเหตุ ซึ่งข้อมูลที่ผู้แจ้งเหตุควรแจ้งต่อผู้รับแจ้ง มีดังนี้

1.1 สถานที่เกิดเหตุ

- 1.2 เกิดเหตุอะไร มีผู้บาดเจ็บกี่คน
- 1.3 เพศ อายุ ของผู้บาดเจ็บ และอาการของแต่ละคน
- 1.4 มีผู้ช่วยเหลือเบื้องต้นหรือยัง
- 1.5 ชื่อผู้แจ้ง หรือ ผู้ให้การช่วยเหลือ
- 1.6 เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อกลับ

2. ความรู้เกี่ยวกับหน่วยบริการ บริการการแพทย์ฉุกเฉินแบ่งหน่วยบริการออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ หน่วยบริการระดับพื้นฐาน BLS (Basic Life Support) เป็นหน่วยบริการที่เน้นสำหรับการเคลื่อนย้ายเป็นหลัก และหน่วยบริการระดับสูง ALS (Advanced Life Support) สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นจะต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ดังนั้นในการเจ็บป่วยฉุกเฉินแต่ละครั้งผู้รับบริการจะมีหน่วยบริการไปให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุที่แตกต่างกันตามสถานการณ์นั้นๆ ตามภาวะความรุนแรงในการเจ็บป่วย

3. ความรู้เกี่ยวกับการจัดพื้นที่ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการจัดแบ่งพื้นที่ในการให้บริการโดยพิจารณาจากจำนวนประชากรและระยะทาง เพื่อให้เกิดการกระจายของพื้นที่ รวมทั้งเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับบริการที่รวดเร็ว ไม่เกิดผลเสียต่อการใช้บริการ โดยมีระยะทางเป็นเกณฑ์ดังนี้คือ ในเขตเมืองประชาชนจะได้รับการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ ในระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที และในเขตนอกเมืองประชาชนจะได้รับการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ ในระยะเวลาไม่เกิน 30 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อจำกัดในแต่ละพื้นที่เป็นองค์ประกอบด้วย

4. ความรู้เกี่ยวกับบุคลากร บุคลากรของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะประกอบได้ด้วยหลายฝ่าย ซึ่งมีหน้าที่แตกต่างกัน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เวชกรฉุกเฉิน ชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาลซึ่งหมายถึงเจ้าหน้าที่กู้ภัย อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ตำรวจ ซึ่งได้ผ่านการอบรมพื้นฐานในด้านการปฐมพยาบาลมาแล้ว โดยทุกฝ่ายจะปฏิบัติหน้าที่ภายใต้การควบคุมดูแลโดยแพทย์เป็นผู้สั่งการ

5. ความรู้เกี่ยวกับการบริการ การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) หน่วยปฏิบัติการจะมีหน้าที่ในการประเมินสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของตน และคณะ ประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสม และให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ควบคุมระบบ โดยมีหลักในการดูแลรักษาว่าจะไม่ทำให้เสียเวลา ณ จุดที่เกิดเหตุนานจนเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยและจะไม่ปฏิบัติเกินขอบเขตหน้าที่ของแต่ละบุคคล

6. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลระหว่างนำส่งลำเลียงขนย้าย (Care in transit) หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินหน้าที่หลักในการดูแลระหว่างนำส่ง ลำเลียงขนย้ายผู้บาดเจ็บจาก

อุบัติเหตุ ผู้ป่วยฉุกเฉินโดยไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้เจ็บป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีมาเป็นอย่างดี ในขณะที่ขนย้ายเจ้าหน้าที่จะมีการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็น ระยะเวลาๆ ปฏิบัติการ และมีการให้การรักษาพยาบาลบนรถในขณะลำเลียง เช่นการให้สารน้ำ การตามอวัยวะ เป็นต้น

7. ความรู้ในการนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care) การนำผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยฉุกเฉิน ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลเจ้าหน้าที่จะนำส่งสถานพยาบาลที่เหมาะสมแก่สภาพอาการ และความรุนแรงของผู้บาดเจ็บในบางครั้งประชาชนไม่สามารถเลือกสถานพยาบาลได้ตามความต้องการเนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้เจ็บป่วย และเกี่ยวเนื่องกับสิทธิการรักษาของผู้ป่วยตามเครือข่าย

หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีหลักเกณฑ์ ในการพิจารณานำส่งผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉิน ดังต่อไปนี้

- โทรศัพท์แจ้งโรงพยาบาลที่จะนำส่งล่วงหน้า เพื่อให้ข้อมูลที่สำคัญแก่ทางโรงพยาบาลที่จะต้องรับผู้ป่วย เพื่อให้ทางโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยได้มีโอกาสเตรียมความพร้อมล่วงหน้า
- ขณะนำส่ง ผู้นำส่งต้องป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอในผู้ป่วยบางรายที่สงสัยว่ามีการบาดเจ็บที่ศีรษะและกระดูกสันหลัง
- ขณะนำส่งผู้บาดเจ็บ เมื่อไม่แน่ใจในการดูแลผู้บาดเจ็บ ต้องโทรปรึกษาแพทย์ผู้ประจำศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่จะนำส่ง
- หลักในการนำส่งผู้บาดเจ็บ จะพิจารณานำส่งไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมและใกล้ที่สุด

8. ความรู้เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระบบที่ให้บริการแก่ผู้ที่ขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและในภาวะที่มีภัยพิบัติ บริการนี้จึงไม่มีค่าใช้จ่ายในการเรียกใช้บริการซึ่งกระบวนการเบิกจ่ายค่าตอบแทนของบุคคลากรและค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานทั้งระบบหน่วยงานนั้นๆ จะทำหน้าที่ประสานงานในการเบิกจ่ายกับทางต้นสังกัดของแต่ละจังหวัดที่สังกัดอยู่

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นบริการที่ได้รับการยอมรับจากหลายฝ่าย จากข้อมูลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา สามารถช่วยให้ผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉินลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตาย ได้เป็นจำนวนมาก ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะไม่ประสบผลได้ หากผู้ใช้บริการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าความรู้ของประชาชนเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยเฉพาะ ความรู้ด้านการแจ้งเหตุเพราะเปรียบเสมือนหัวใจของการติดต่อขอ

ความช่วยเหลือไปยังหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่และได้รวบรวมข้อมูลความรู้ ที่ประชาชนในพื้นที่ควรรับทราบออกเป็น 4 ด้าน ซึ่งความรู้ดังกล่าวมีความสอดคล้องกับเกณฑ์การปฏิบัติของศูนย์การแพทย์ฉุกเฉินดังนี้ 1) ความรู้ด้านเป้าหมาย ซึ่งในการศึกษานี้จะหมายถึงการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างเป็นระบบตั้งแต่การรับแจ้งเหตุ การออกปฏิบัติการ การดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุ การดูแลขณะนำส่งและการลำเลียงส่งไปยังโรงพยาบาลเป้าหมาย 2) ความรู้ด้านการแจ้งเหตุ 3) ความรู้ด้านบุคลากร และ 4) ความรู้ด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งหากประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องดังกล่าวจะส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการการได้มากขึ้น และผลดังกล่าวจะช่วยลดภาวะการณีสัญเสียชีวิตและทรัพย์สินในกรณีเกิดอุบัติเหตุ และเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินลงได้

ทัศนคติของประชาชนต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ทัศนคติ เป็นศัพท์ทางวิชาการที่มาจากภาษาอังกฤษว่า Attitude ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า Aptus แปลว่าความเหมาะสม (Fitness) หรือการปรุงแต่ง (Adaptedness) (Webster, 1981 อ้างในอุมา มีโพธิ์สม, 2549) สำหรับในภาษาไทยคำว่า Attitude มีการแปลคำไว้หลายคำ เช่น ทัศนคติ เจตคติ ท่าทีความรู้สึกรู้สึก และได้มีผู้ให้ความหมายของทัศนคติไว้หลายอย่างดังนี้

ความหมายของทัศนคติ

Allport (1935) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง สภาวะความพร้อมทางจิตที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของบุคคล และมีอิทธิพลในการกำหนดทิศทางต่อปฏิกริยาที่มีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นเกี่ยวข้อง

Thurstone (1964) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง ระดับความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกและลบที่มีต่อวัตถุต่างๆ ในเชิงจิตวิทยา ซึ่งอาจเป็นอะไรก็ได้ อย่างเช่น สิ่งของ บุคคล บทความ องค์การ แนวคิด เป็นต้น ความรู้สึกเหล่านี้ผู้รู้สึกสามารถบอกความแตกต่างได้ว่าเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย

Rokeach (1935) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นการผสมผสาน หรือการจัดระเบียบของความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลของความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ

จากความหมายของทัศนคติที่กล่าวมา ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกในด้านบวกและลบ ความเชื่อที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึงทัศนคติต่อประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบโรงพยาบาลสามโคกที่มีต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งครอบคลุมต่อด้านต่างๆดังนี้ทัศนคติต่อเป้าหมาย ต่อการแจ้งเหตุ ต่อบุคลากร ต่อวัสดุ และอุปกรณ์ และต่อค่าใช้จ่ายของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ทัศนคติต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ทัศนคติต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นความรู้สึก ความเชื่อและแนวโน้มของพฤติกรรมหรือการกระทำที่เกี่ยวข้องกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยอาจเป็นได้ทั้งทางบวกและทางลบ จากการศึกษาของ ของผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์ (2553) เกี่ยวกับสภาพปัญหาและขีดความสามารถของบุคลากรในการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนของหน่วยกู้ชีพตำบล ซึ่งเป็นกรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลวังแสงจังหวัดมหาสารคาม พบว่าปัจจุบันการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยยังมีความไม่เหมาะสมและประชาชนยังไม่ได้รับถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี การออกปฏิบัติงานยังทำไม่ได้ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ รพพยาบาลไม่เพียงพอ ขาดการประชาสัมพันธ์ การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาล ส่วนมากเป็นหน้าที่ของญาติ และอาสาสมัครที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้และทักษะ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศินี สราญฤทธิชัยและคณะ (2546) ในเรื่องการรับรู้ของชุมชน ต่อการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าประชาชนมีมุมมองที่ไม่ดีต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประชาชนบางกลุ่มไม่คิด ไม่คาดหวังว่าหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะสามารถช่วยอะไรได้ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินจึงตื่นนอนช่วยเหลือตนเองก่อน นอกจากนี้จากการศึกษาของอูมา มีโพธิ์สม (2549) เรื่องเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาตามปัจจัยด้านบุคคล พบว่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ได้รับการยอมรับจากประชาชน

จากรายงานข้างต้นชี้ให้เห็นว่า แนวโน้มของทัศนคติของประชาชนในแต่ละพื้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่แตกต่างกันดังนั้นผู้วิจัยจึงได้รวบรวมแนวคิดทัศนคติของประชาชนที่มีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยแบ่งเป็นด้านต่างๆ คือ 1) ทัศนคติของประชาชนต่อเป้าหมายของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2) ทัศนคติของประชาชนต่อการทำงานของบุคลากรระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 3) ทัศนคติของประชาชนต่อการจัดระบบการดำเนินงานของบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ดังรายละเอียดดังนี้

1. ทศนคติของประชาชนต่อเป้าหมายของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เป้าหมายของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย 2 เป้าหมายหลัก ดังนี้
(นันทวิภา ซาดา, 2550)

- 1) ให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย และพึงพอใจ
- 2) เป็นศูนย์อุบัติเหตุที่ได้มาตรฐาน (Center of excellence)

สำหรับเป้าหมายการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปี พ.ศ. 2554
มีดังนี้ (สุมิตรา เจริญสุขสถาพร, 2551)

1) ผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤตและเร่งด่วนร้อยละ 50 ได้รับการช่วยเหลือ
หรือนำส่งโรงพยาบาลด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน

- 2) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินลดลงจากปี 2549 อย่างน้อยร้อยละ 15
- 3) ในปี พ.ศ. 2554 มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานดังนี้

3.1) มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมทุกหมู่บ้าน
3.2) โรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศมีบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
3.3) มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานได้สอดคล้อง
กับการจัดการภัยพิบัติโดยรวม

3.4) มีระบบและกลไกการจัดการระบบบริการการแพทย์
ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น

4) มีบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและมี
จำนวนเพียงพอ

5) มีระบบสารสนเทศ ระบบการจัดการ การสร้างและการกระจาย
ความรู้ เพื่อสนับสนุนการจัดการและการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

จากการศึกษาทัศนคติของประชาชนต่อเป้าหมายของระบบบริการ
การแพทย์ฉุกเฉินพบว่า

1) ประชาชนไม่คิดว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะสามารถ
ช่วยเหลืออะไรได้ (วิทยา ชาติบัญญัติ และคณะ, 2547)

2) ประชาชนไม่ยอมรับในระบบการทำงานของบริการการแพทย์
ฉุกเฉิน (วิทยา ชาติบัญญัติ และคณะ, 2547)

3) ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังขาดการพัฒนา การให้บริการไม่มี
คุณภาพ (ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์, 2553)

2. ทศนคติของประชาชนต่อการทำงานของบุคลากรในบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

บุคลากรของบริการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่หลายฝ่าย และมีการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายจะปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์ประจำหน่วยปฏิบัติการนั้นๆ ซึ่งบุคลากรในบริการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เวชกรฉุกเฉิน ชุดปฏิบัติการซึ่งหมายถึงเจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัย อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ตำรวจเจ้าหน้าที่ดับเพลิงหรือกลุ่มบุคคลที่แสดงตนว่าพร้อมจะช่วยเหลือและบริการประชาชน จากการศึกษาทัศนคติของประชาชนต่อการทำงานของบุคลากรในบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมาพบว่า

1) ประชาชนมีประสบการณ์พบเจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัย อาสาสมัครมีการปฏิบัติงานเกินหน้าที่ ทำให้ส่งผลเสียต่อผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น (ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์, 2553)

2) ประชาชนรู้สึกว่าการให้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีความชำนาญในการปฏิบัติหน้าที่ (ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์, 2553)

3) ประชาชนพบว่า การให้บริการของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินทำให้ผู้รับบริการ เกิดการเจ็บป่วยซ้ำซ้อนมากขึ้นบางครั้งทำให้เสียชีวิต (สุพรรณ ศรีธรรมมา, 2549)

4) ประชาชนพบว่าบุคลากรในบริการการแพทย์ฉุกเฉินขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน (สุพรรณ ศรีธรรมมา, 2549)

5) ประชาชนพบว่าบุคลากรในบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของระบบการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน มีการดื่มสุราขณะออกปฏิบัติงาน แต่งกายไม่สุภาพ (ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์, 2553)

6) บุคลากรที่ให้บริการมีความคึกคะนองในขณะที่ปฏิบัติงาน ขับรถด้วยความเร็วสูง เปิดไฟสัญญาณฉุกเฉินและใช้สัญญาณไซเรนเกินความจำเป็น (ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์, 2553)

7) ประชาชนเคยได้รับข่าวสารเจ้าหน้าที่อาสาสมัครขอทะเลาะวิวาทกัน ณ จุดเกิดเหตุ ทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ล่าช้า (ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์, 2553)

8) แพทย์ประจำบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่หมุนเวียนจากสาขาต่างๆ ไม่มีแพทย์ประจำที่รับผิดชอบงานโดยตรง (สายสมร ภัทรจิตรานนท์, 2550)

9) ผู้ให้บริการในบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีการเรียกหาผลประโยชน์จากญาติและผู้บาดเจ็บ เช่นการเรียกร้องค่าน้ำมัน และมีการแอบอ้างเรียกค่านายหน้าในการดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการทางกฎหมาย (เกศินี สราญฤทธิชัยและคณะ, 2547)

3. ทศนคติของประชาชนต่อการจัดระบบการดำเนินงานของบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่

ลักษณะการจัดระบบของบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่จะมีลักษณะการทำงานอันประกอบไปด้วย การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ การออกปฏิบัติงาน การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง และการนำส่งสถานพยาบาล ซึ่งทุกขั้นตอนในการทำงานจะมีการทำงานอย่างเป็นระบบ จากการศึกษาทัศนคติของประชาชนต่อการจัดระบบของบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า

1) ระบบการทำงานยังขาดการประชาสัมพันธ์การทำงานที่ชัดเจน (วิทยา ชาติบัญญัติชัยและคณะ, 2547)

2) การออกปฏิบัติงานของบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (วิทยา ชาติบัญญัติชัย และคณะ, 2547)

3) ประชาชนยังไม่ได้รับการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี (ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์, 2553)

4) การแบ่งระดับการให้บริการของหน่วยปฏิบัติการไม่ชัดเจน เกิดความซ้ำซ้อนในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่อาสาสมัครทำงานเกินหน้าที่ (ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์, 2553)

5) ระบบการสื่อสารของงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ดี โทรติดต่อขอความช่วยเหลือไม่ได้ หรือโทรได้แต่ไม่มีผู้รับสาย (วิทยา ชาติบัญญัติชัย และคณะ, 2547)

6) ประชาชนไม่สามารถติดต่อขอรับค่าบริการฉุกเฉินจากหน่วยบริการได้ (วิทยา ชาติบัญญัติชัยและคณะ, 2547)

7) ประชาชนรู้สึกว่าการประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 ไม่ชัดเจนเกิดความสับสนในการเรียกใช้บริการ (นงนุช บุญยังและคณะ, 2550)

8) วัสดุและอุปกรณ์ชำรุด ไม่พร้อมใช้งาน และมีจำนวนไม่เพียงพอ (ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์, 2553)

9) รถฉุกเฉินที่ใช้ปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่เพียงพอ (ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์, 2553)

10) รถกระบะดัดแปลงของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครไม่ได้มาตรฐาน (วิทยา ชาติบัญชาชัยและคณะ, 2547)

11) การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุมีความล่าช้า ประชาชนต้องรอนาน เกิดความทุกข์ทรมานมากยิ่งขึ้น (วิทยา ชาติบัญชาชัยและคณะ, 2547)

12) ขณะนำส่งโรงพยาบาลไม่ได้รับการดูแลที่ดีจากเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ (ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์, 2553)

13) หน่วยบริการฉุกเฉินของแต่ละโรงพยาบาลปฏิเสธการรับผู้ป่วยด้วยสาเหตุต่างๆ (ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์, 2553)

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า ประชาชนยังมีทัศนคติในด้านลบต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งผลของทัศนคติดังกล่าวจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานและการใช้บริการในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอย่างมากดังนั้นการศึกษาถึงทัศนคติของประชาชนจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเนื่องจากผลของการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่กระบวนการพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริง

องค์ประกอบของทัศนคติ

การที่บุคคลใดจะเกิดทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ว่าจะเป็นทางบวกหรือทางลบได้นั้นจะมีองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้เกิดทัศนคติ 3 องค์ประกอบคือ (วรรณวิมล วิเชียรฉาย, 2546)

1. **องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา (Cognitive component)** ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ บุคคลจะมีทัศนคติต่อสิ่งใดๆ ได้ บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในสิ่งนั้นๆ ก่อน เช่น ในเรื่องของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน บุคคลจะมีทัศนคติต่อบริการนี้ก็ต่อเมื่อบุคคลรู้สิ่งที่ดีและไม่ดีของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ถ้าบุคคลรู้ว่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นบริการที่ดี สามารถช่วยลดปัญหาความพิการ ความตาย จากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ บุคคลนั้นก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่ถ้าบุคคลรู้ว่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นบริการที่ไม่ดี ผู้ใดใช้บริการมักเกิดปัญหาตามมาหรือมีอาการรุนแรงมากขึ้น และอาจถึงขั้นเสียชีวิต บุคคลนั้นก็จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อเรื่องนี้ ซึ่งความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการกำหนดทัศนคติของบุคคล บุคคลนั้นอาจจะรู้อย่างถูกหรือผิดก็ได้

2. **องค์ประกอบด้านท่าทีความรู้สึก (Attentive component)** เป็นองค์ประกอบทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดๆ หลังจากที่มีความรู้ความเข้าใจต่อสิ่งนั้นแล้ว เกิดเป็นค่านิยม เช่น การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับ

เรื่องนี้แล้วความรู้นั้นมากพอที่จะรู้ว่า การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดภาวะการณ์เจ็บป่วยฉุกเฉิน จะมีผลต่อความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บซึ่งบุคคลที่มีท่าที ความรู้สึกที่ดีต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก็จะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดเหตุ และในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีท่าที และค่านิยมที่ไม่ดีต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินก็จะไม่เรียกใช้บริการ โดยอาจใช้วิธีช่วยเหลือตนเองตามสถานการณ์นั้นๆ

3. องค์ประกอบทางการปฏิบัติ หรือพฤติกรรม (Behavioral component) เป็นองค์ประกอบที่มาจากความรู้ ความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดๆ จนทำให้เกิดแนวโน้มในทางปฏิบัติหรือตอบสนองต่อสิ่งนั้น ทั้งทางสนับสนุนและทางขัดแย้ง เช่น เมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินแล้ว และมีความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบตามมา บุคคลก็พร้อมที่จะกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งลงไป เช่น บุคคลนั้น มีแนวโน้มที่จะแสดงออกโดยการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นผู้ช่วยในการประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี หรือมีแนวโน้มที่จะไม่เรียกใช้บริการ รวมถึงไม่สนใจข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องในบริการการแพทย์ฉุกเฉินใดๆ ทั้งสิ้น

จากองค์ประกอบทั้ง 3 ข้างต้น จะเห็นได้ว่า ทักษะคิดจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความพร้อมนั้นจะมีการเรียนรู้เรียบร้อยแล้ว โดยทักษะคิดจะเริ่มเกิดขึ้นในขั้นตอนการตอบสนองหรือเกิดเป็นความรู้สึกและค่านิยม และสิ้นสุดเมื่อบุคคลสร้างมโนคติของค่านิยม แล้วนำไปสู่การปฏิบัติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้พบว่า การทบทวนวรรณกรรมในเรื่องเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินควรครอบคลุมในด้านต่างๆ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วยความรู้ด้านการแจ้งเหตุ ด้านบุคลากร และด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และทัศนคติของประชาชนต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วยทัศนคติต่อเป้าหมายของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่อบุคลากรต่อวัสดุและอุปกรณ์ของบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ จากข้อมูลที่ได้ทั้งหมดผู้วิจัยจึงนำข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม มาสร้างเครื่องมือในการทำวิจัย

ความคาดหวังของประชาชนต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ความหมายของความคาดหวัง

จากการศึกษาได้มีผู้กล่าวถึงความหมายของความคาดหวังดังนี้

Vroom (1964) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่า เป็นแรงกระตุ้นภายในของบุคคลที่จะทำให้เราพยายามที่จะกระทำในสิ่งที่ทำให้ตนเองได้รับความสำเร็จสมหวังตามที่ต้องการ ความคาดหวังเปรียบเสมือนความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการของมนุษย์

Webster (1988) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่า การคาดการณ์อนาคตในสิ่งที่ดี โดยที่ความคาดหวังนั้นอาจจะเป็นการคาดการณ์อนาคตในสิ่งที่ดีหรือไม่ดีก็ได้

Oxford Dictionary ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่า เป็นสภาวะทางจิต ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิด หรือเป็นความคิดเห็นอย่างมีวิจารณญาณของบุคคลที่คาดการณ์ล่วงหน้าต่อบางสิ่งบางอย่างว่าควรมี ควรจะเป็นหรือควรเกิดขึ้น

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น พอสรุปความหมายของความคาดหวังได้ว่า ความคาดหวังเป็นแรงกระตุ้นภายในจิตต่อสถานการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้นตามความต้องการต่อบางสิ่งบางอย่างที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการของมนุษย์

แนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวัง

Bandura (1977) ได้เสนอลักษณะความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติที่หนึ่งเกี่ยวกับปริมาณของความคาดหวัง (magnitude) กล่าวคือ ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลในการกระทำพฤติกรรมหนึ่งหรือแตกต่างกันในบุคคลเดียวกันเมื่อต้องทำงานสำเร็จถึงระดับไหนเมื่อถูกเสนองานที่มีระดับความยากแตกต่างกัน มิติที่สองเกี่ยวกับการแผ่ขยาย (generality) ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนอาจจะแผ่ขยายจากสถานการณ์หนึ่งไปสู่สถานการณ์อื่นในปริมาณที่แตกต่างกันได้ ประสบการณ์บางอย่างไม่ทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนแผ่ขยายไปสู่สถานการณ์อื่นได้ มิติที่สามเกี่ยวกับความเข้มหรือความมั่นใจ (strength) ถ้าความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนมีความเข้มน้อยจะทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนลดน้อยลงแต่ถ้ามีความเข้มหรือความมั่นใจมากบุคคลจะมีความบากบั่นมานะพยายาม แม้ว่าจะประสบเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความหวังบ้างก็ตาม

การใช้ความพยายามและความมุ่งมั่นในการทำงาน ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลนั้นเป็นตัวกำหนดว่าเขาจะต้องใช้ความพยายามมากเท่าไรจะต้องใช้ความมุ่งมั่นพยายามที่จะต้องเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ หรือประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจไปอีกนาน

เท่าใดและการที่บุคคลใช้ความพยายาม และความมุ่งมั่นในการทำงานอย่างเต็มที่ตลอดเวลา เขาก็มีแนวโน้มที่จะทำงานได้ประสบผลสำเร็จจะสูงหรือต่ำขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมา ระดับผลงานที่บุคคลกำหนดหรือคาดหมายว่าจะทำได้ ผลตอบแทนหรือความพอใจที่จะได้ โอกาสที่จะได้รับผลตอบแทนนั้น

จากแนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวัง สรุปได้ว่าความคาดหวัง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความต้องการ ความมุ่งมั่น หรือการคาดการณ์ของบุคคลต่อสิ่งใด สิ่งหนึ่ง เพื่อให้กระทำตามสิทธิหรือหน้าที่ และความรับผิดชอบ เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ถูกต้อง โดยมีมาตรฐานของตนเองเป็นเครื่องวัด ซึ่งการประเมินค่าของแต่ละคนที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งชนิดเดียวกันอาจแตกต่างกันได้ โดยความคาดหวังของบุคคลจะสูงหรือต่ำขึ้นอยู่กับ

1. ประสบการณ์ที่ผ่านมา
2. ระดับผลงานที่บุคคลกำหนด หรือคาดหมายว่าจะทำได้
3. ผลตอบแทนหรือความพอใจที่จะได้
4. โอกาสที่จะได้รับผลตอบแทนนั้น

Vroom ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า โดยปกติคนจะพยายามที่จะได้ประโยชน์สูงสุด กล่าวอีกนัยหนึ่งคนเราจะมีทางเลือกหลายทาง และเขาก็จะเลือกทางที่เขาเชื่อว่าจะทำให้เขาได้รับสิ่งที่ต้องการมากที่สุด

ปัจจัยที่ทำให้ความคาดหวังแตกต่างกัน

บุคคลมีความคาดหวังต่างกันทั้งสิ่งที่คาดหวัง และระดับของความคาดหวัง อันเนื่องมาจากปัจจัยต่อไปนี้คือ (Vroom, 1964)

1. **วัฒนธรรม** (Cultural Ideals) วัฒนธรรมที่แตกต่างกันย่อมทำให้มาตรฐานความคาดหวังของบุคคลต่างกัน ซึ่งมาตรฐานนี้ครอบคลุมถึงระดับความสำเร็จ และทัศนคติต่อความสำเร็จ เมื่อเด็กเข้าสู่วัยรุ่นจะรับรู้ความคาดหวังของสังคมที่มีต่อตนเอง และความรับผิดชอบของตนที่มีต่อสังคม การตั้งความคาดหวังของบุคคลในสังคมจึงแตกต่างกันไป

2. **ประเภทของครอบครัว** (Kind of Family) บุคคลที่มาจากครอบครัวที่มั่นคงมีแนวโน้มที่จะตั้งจุดมุ่งหมายในอนาคตสูงกว่าบุคคลที่มาจากครอบครัวที่ไม่มั่นคง และบุคคลที่ต้องโยกย้ายถิ่นบ่อยๆ ไม่สามารถคาดหวังหรือวางแผนอนาคตของตนเองได้ชัดเจนเท่าผู้ที่ไม่ต้องย้ายถิ่น

3. **การใช้กลไกทางจิต** (Use of Escape Mechanisms) การใช้กลไกทางจิตที่มีผลต่อการตั้งความคาดหวังมากที่สุดคือ การฝันกลางวัน เช่น ฝันอยากเป็นพระเอกหรือนางเอก

วัยรุ่นจะตั้งความคาดหวังไว้ว่าจะต้องประสบความสำเร็จ และหลีกเลี่ยงความล้มเหลว ซึ่งอาจจะเป็นการตั้งความคาดหวังที่ไม่อยู่บนรากฐานของความเป็นจริง

4. การบอกความคาดหวัง (Verbalization of Aspirations) ความคาดหวังที่บุคคลบอกให้ผู้อื่นรับทราบมักจะตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงมากกว่าคนที่เก็บไว้และคิดอยู่คนเดียว เพราะเป็นการทำทนายให้พิสูจน์ตนเองให้พยายามทำตามทีพูดเพื่อไม่ต้องการเห็นคนอื่นมองด้วยสายตาผิดหวัง

5. ความล้มเหลวและความสำเร็จในอดีต (Past failures and Successes) บุคคลที่ประสบความสำเร็จเสมอๆ มีแนวโน้มที่จะตั้งความคาดหวังว่าจะได้รับความสำเร็จอีก ในทำนองเดียวกับบุคคลที่ผิดหวังซ้ำๆ มักคิดว่าจะผิดหวังอีก ประสบการณ์เช่นนี้มีผลต่อการตั้งความคาดหวังในอนาคตว่าจะตั้งได้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงหรือไม่เพียงใด

6. เซอร์ปัญญา (Intelligence) คนที่ฉลาดจะตั้งความคาดหวังจากความสนใจและความสามารถของตนมากกว่าทำตามจุดมุ่งหมายและค่านิยมของกลุ่มที่ตั้งไว้

11. บุคลิกภาพ (Personality) บุคลิกภาพมีอิทธิพลต่อความคาดหวังในเรื่องการชดเชย บุคคลที่ไม่ยอมรับความสามารถตนเองจะตั้งความคาดหวังไม่อยู่บนรากฐานของความเป็นจริงเพื่อเป็นการปกปิด บุคคลที่มีความมั่นใจในตนเองจะตั้งความคาดหวังสอดคล้องกับความจริง ส่วนบุคคลที่มีความวิตกกังวลต่ำมีแนวโน้มตั้งความคาดหวังไว้สูง เพราะเชื่อมั่นในความสำเร็จมากกว่าความล้มเหลว บุคคลที่มีความวิตกกังวลสูงจะอยู่กับความล้มเหลวในอดีตทำให้มองอนาคตในแง่ดีน้อยกว่าที่ควรจะเป็นบุคคลที่มีปัญหาทางอารมณ์ มักจะมีความกลัวและความกังวลใจในความสำเร็จ มีแนวโน้มตั้งความคาดหวังต่ำหรือสูงกว่าความเป็นจริงมาก

สรุปได้ว่า ความคาดหวังเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมและความเป็นไปในอนาคตของบุคคล การที่บุคคลตั้งความหวังย่อมได้รับอิทธิพลมาจากสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ของตนเอง ความคาดหวังดังกล่าวรวมไปถึงความคาดหวังหรือความต้องการที่มีต่อบุคคลอื่นด้วย

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความคาดหวัง

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความคาดหวังมี 3 สาเหตุได้แก่

1. คำบอกเล่าปากต่อปาก (Word of Mouth Communications)
2. ความต้องการส่วนบุคคล (Personal Needs)
3. ประสบการณ์ในอดีต (Past Experience)

องค์ประกอบเหล่านี้มีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับความคาดหวังของผู้รับบริการนี้แบ่งได้ 2 ระดับ ซึ่งแตกต่างกัน ระหว่างระดับบริการที่ปรารถนาและ

ระดับบริการที่เคยได้รับ ในระดับแรกเกิดจากผู้รับบริการหวังไว้ว่าควรจะได้รับหรือควรจะเป็น ส่วนในระดับที่สอง ผู้รับบริการได้รับบริการเหมือนที่ผ่านมาในครั้งก่อนๆ ก็จะยอมรับบริการนี้ได้ ในสถานบริการทางด้านสุขภาพ หรือในโรงพยาบาลผู้ป่วยจะมีความคาดหวังต่อบริการที่ได้รับโดย แปรตามทัศนคติ ประสบการณ์ที่เคยได้รับบริการ การได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ให้บริการ และลักษณะเฉพาะ ของแต่ละบุคคล แล้วนำมาคาดการณ์ว่าจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลตามที่ คาดหวังไว้ในเรื่องผลการรักษาพยาบาล พฤติกรรมการให้บริการ และกระบวนการบริการอาจ คลาดเคลื่อนไปจากมาตรฐานของการรักษาพยาบาลที่กำหนดไว้ มีผลทำให้เกิดความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ (Vroom, 1964)

สำนักหอสมุด