

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในตำบลศรีเมืองชุม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ระบบการดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในชุมชน
2. การวิเคราะห์สถานการณ์

ระบบการดูแลผู้บาดเจ็บ

แนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้บาดเจ็บ

สังคมในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปมาก ส่งผลให้มีการเดินทางโดยใช้ยานพาหนะมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็ทำให้จำนวนการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มสูงขึ้น อัตราผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุก็เพิ่มขึ้นด้วย เพื่อให้ผู้บาดเจ็บดังกล่าวได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ หลังหายจากการบาดเจ็บก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่ง กรมสุขภาพจิต (2544) ได้กล่าวว่าความสำคัญและความเป็นมาของระบบการดูแลช่วยเหลือคือเพื่อให้ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และมีวิถีชีวิตที่เป็นสุขตามที่มุ่งหวังไว้โดยผ่านกระบวนการการดูแลที่มีคุณภาพ การป้องกันและการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งสำคัญ ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการดำเนินการต่าง ๆ ตามระบบเพื่อช่วยเหลือผู้บาดเจ็บให้ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ (กรมสุขภาพจิต, 2545) ซึ่งกรมสุขภาพจิตมีแนวคิดหลักในการดำเนินงาน ดังนี้

1. มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ตลอดชีวิต เพียงแต่ใช้เวลาและวิธีการที่แตกต่างกัน เนื่องจากแต่ละคนมีความเป็นปัจเจกบุคคล ดังนั้น การดูแลผู้บาดเจ็บ ทั้งด้านการป้องกัน แก้ไขปัญหา หรือการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็น
2. ความสำเร็จของงาน ต้องอาศัยการมีส่วนร่วม ทั้งการร่วมใจ ร่วมคิด ร่วมทำของทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นบุคลากร หน่วยงาน หรือชุมชน

วัตถุประสงค์ของระบบการดูแลผู้บาดเจ็บ

1. เพื่อให้การดำเนินงานดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บเป็นไปอย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือชุมชน มีการทำงานร่วมกันโดยผ่านกระบวนการทำงานที่ชัดเจน พร้อมด้วยเอกสาร หลักฐานการปฏิบัติงาน สามารถตรวจสอบหรือรับการประเมินได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (กรมสุขภาพจิต, 2545)

1. ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทั่วถึงและตรงตามสภาพปัญหา
2. สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บเป็นไปด้วยดี และอบอุ่น
3. ผู้บาดเจ็บสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามอัตรภาพ

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานตามระบบการดูแลผู้บาดเจ็บ

1. พยาบาลให้การดูแลผู้บาดเจ็บโดยตรงโดยเป็นบุคคลที่รับผิดชอบโดยตรงในการดูแล และเป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานอื่นในการดูแลผู้บาดเจ็บ ควรมีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการดูแลผู้บาดเจ็บเพื่อให้ผู้บาดเจ็บมีความพึงพอใจ ไว้วางใจยอมส่งผลให้ผู้บาดเจ็บให้ความร่วมมือในการรักษาอาการบาดเจ็บ ดังที่ สมลักษณ์ พรหมมีเนตร และ ฉันทนา จันทร์บรรจง (2544, อ้างใน ราตรี โชติกพงษ์, 2552) กล่าวไว้ว่า ผู้ให้การดูแลควรมีคุณสมบัติดังนี้ มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตดี ยิ้มแย้มแจ่มใส แต่งกายสุภาพเรียบร้อยเหมาะสมกับกาลเทศะ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีความสุขุมรอบคอบ อ่อนโยนและเข้มแข็ง กิริยามารยาทเรียบร้อย มีความมั่นใจในตนเองและให้เกียรติผู้อื่น
2. ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจำเป็นต้องมีความตระหนัก ในการให้ความสำคัญของระบบการดูแลผู้บาดเจ็บ
3. คณะกรรมการหรือคณะทำงานทุกคณะ ต้องมีการประสานงานกันอย่างใกล้ชิดและมีการประชุมในแต่ละคณะ อย่างสม่ำเสมอตามที่กำหนด
4. นอกจากจะดำเนินการด้วยการส่งเสริม รักษา ฟื้นฟู การป้องกันและการช่วยเหลือแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดกับผู้บาดเจ็บแล้ว การดูแลด้านจิตใจและการส่งเสริมอาชีพหลังการหายจากอาการบาดเจ็บเป็นสิ่งสำคัญ (กรมสุขภาพจิต, 2545)

ระบบการดูแลผู้บาดเจ็บจะประสบความสำเร็จได้ ต้องอาศัยการร่วมมือ ร่วมคิด ร่วมทำ ของทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งระบบการดูแลผู้บาดเจ็บ เป็นกระบวนการดำเนินงานดูแลช่วยเหลือ

ที่มีขั้นตอนชัดเจน โดยมีวิธีการและเครื่องมือที่มีมาตรฐาน คุณภาพและมีหลักฐานการทำงานที่ตรวจสอบได้ มีพยาบาลเป็นบุคลากรหลักในการดำเนินงาน และบุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกชุมชน อันได้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วนตำบล สถานีตำรวจ โรงพยาบาลชุมชน และจะต้องมีความเกี่ยวข้องกับการส่งต่อ (เดชา ทำดี, จุฑามาศ โชติบาง, เนตรทอง นามธรรม, พัชรี วรกิจพูนผล, และ ณิชฎาญจน์ สุรภักดี, 2553) ซึ่ง กรมสุขภาพจิต (2545) กล่าวว่า การส่งต่อมีความสำคัญเพราะในการดูแลผู้บาดเจ็บก็ควรส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลและช่วยเหลืออย่างถูกต้องและรวดเร็วขึ้น

การส่งต่อแบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ

1. การส่งต่อภายในเครือข่าย จากที่เกิดเหตุมายังสถานบริการในชุมชนหรือผู้เกี่ยวข้องที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา โดยมีแนวทางการพิจารณาในการส่งต่อคือ อาการผู้บาดเจ็บคงเดิมหรือไม่ดีขึ้น แย่ลง โดยมีแบบบันทึกการส่งต่อหรือแบบประสานขอความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้อง พยายามควรชี้แจงให้ผู้บาดเจ็บทราบถึงความจำเป็นในการส่งต่อ โดยใช้คำพูดที่สร้างสรรค์ ระมัดระวังมิให้ผู้บาดเจ็บเกิดความรู้สึกผิด กังวล กลัว แต่ให้ผู้บาดเจ็บเกิดความรู้สึกที่ดีจากการส่งต่อ หลังจากนั้นติดตามผลการช่วยเหลือ
2. การส่งต่อภายนอก เป็นการส่งผู้บาดเจ็บไปให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องได้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในกรณีที่เกิดความสามารถ ผู้เกี่ยวข้องเป็นผู้ดำเนินการส่งต่อและมีการติดต่อรับทราบผลการช่วยเหลือเป็นระยะ (กรมสุขภาพจิต, 2545)

การศึกษาครั้งนี้จะเป็นการส่งต่อภายในเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมืองชุมและโรงพยาบาลชุมชนอำเภอแม่สาย

ผู้บาดเจ็บ

ผู้บาดเจ็บ หมายถึง ผู้มีบาดเจ็บเนื่องจากการได้รับอุบัติเหตุ

การจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ

การจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ (triage) มาจากภาษาฝรั่งเศส คำว่า trier ตรงกับภาษาอังกฤษว่า sort แปลว่า การคัดแยกจัดเป็นหมวดหมู่ มีการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บดังนี้ (สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2553)

1. แบ่งตามอาการบาดเจ็บ

2. แบ่งตามความเร่งด่วนของการรักษา
3. แบ่งตามกลุ่มโรค

1. แบ่งตามอาการบาดเจ็บแบ่งออกเป็น 4 ประเภทดังนี้

- 1) สีแดง กลุ่มเร่งด่วน (Immediate) สีแดง อาการหนัก ต้องช่วยเหลือทันที
- 2) สีเหลือง กลุ่มรอได้ (Delayed) อาการปานกลาง รอได้ในระยะเวลาหนึ่ง
- 3) สีเขียว กลุ่มเล็กน้อย (Minimal) อาการเบา เดินได้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้
- 4) สีดำ กลุ่มหมดหวัง (Expectant) เสียชีวิต หรือไม่มีทางรอด

ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ผู้บาดเจ็บเร่งด่วน (Immediate) เป็นผู้บาดเจ็บที่มีอันตรายที่อาจถึงแก่ชีวิตและต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน อันตรายที่ถึงแก่ชีวิตนั้นอาจแก้ไขได้ทันทีในที่เกิดเหตุ เช่น การช่วยผู้หมดสติและมีทางเดินหายใจอุดตันจากก้อนเลือดและลิ้นตกโดยการจัดท่านอนตะแคง หรืออันตรายนั้นอาจต้องได้รับการผ่าตัดเช่น การตกเลือดในช่องท้องหรือในกระโหลกศีรษะ ตัวอย่างของผู้บาดเจ็บในกลุ่มนี้ได้แก่ ผู้บาดเจ็บทางเดินหายใจอุดตัน ผู้บาดเจ็บที่หัวใจและการหายใจล้มเหลว การตกเลือดภายนอกร่างกาย ผู้บาดเจ็บที่ข้อจากสาเหตุต่างๆ ผู้บาดเจ็บไฟไหม้บริเวณใบหน้า อวัยวะเพศ และฝีเย็บ (perineum)

ผู้บาดเจ็บในกลุ่มรอได้ (Delayed) เป็นผู้บาดเจ็บที่ต้องการการรักษาพยาบาลเพื่อรักษาชีวิตหรือป้องกันความพิการ แต่สามารถรอได้ 6-8 ชม. โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตัวอย่างผู้บาดเจ็บในกลุ่มนี้ได้แก่ ผู้บาดเจ็บแผลเปิดทรวงอก ผู้บาดเจ็บแผลทะลุช่องท้อง (Penetrating abdominal wound) ที่ไม่มีการตกเลือดภายใน ผู้ที่มีการบาดเจ็บของตาอย่างรุนแรง ผู้บาดเจ็บที่มีภาวะแขนขาขาดเลือด ผู้บาดเจ็บแผลเปิดขนาดใหญ่ ผู้บาดเจ็บกระดูกหัก ผู้บาดเจ็บที่มีแผลไฟไหม้ที่ไม่ได้อยู่บริเวณใบหน้า คอ หรืออวัยวะเพศ

ผู้บาดเจ็บกลุ่มเล็กน้อย (Minimal) เป็นผู้บาดเจ็บที่มีอาการไม่รุนแรงและถึงแม้จะไม่ได้รับการรักษาพยาบาลก็จะไม่มีอันตรายถึงชีวิตหรือความพิการ ตัวอย่างผู้บาดเจ็บในกลุ่มนี้ได้แก่ ผู้บาดเจ็บที่มีบาดแผลฉีกขาดเล็กน้อย บาดแผลรอยขีด ขีดแผลง ผู้บาดเจ็บไฟไหม้ระดับหนึ่ง (1st degree burn) หรือระดับ 2 (Partial or 2nd degree burn) ที่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของพื้นที่ผิวกาย

ผู้บาดเจ็บกลุ่มหมดหวัง (Expectant) ได้แก่ ผู้บาดเจ็บที่มีอาการรุนแรงมากแม้จะได้รับการช่วยเหลือหรือรักษาอย่างเต็มที่ก็ยังมีโอกาสรอดชีวิตน้อย ผู้บาดเจ็บในกลุ่มนี้จะถูกแยกออกต่อเมื่อทรัพยากรและขีดความสามารถที่มีอยู่ไม่พอเพียงจะช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บได้ทุกราย และต้องพิจารณาสถานการณ์ในขณะนั้นร่วมด้วย อย่างไรก็ตามผู้บาดเจ็บในกลุ่มนี้ไม่ควรถูกทอดทิ้งและ

ควรได้รับการดูแลตามสมควรเพื่อให้รู้สึกสบายหรือเจ็บป่วยทรมาณน้อยที่สุด ตัวอย่างของผู้บาดเจ็บในกลุ่มนี้ได้แก่ ผู้บาดเจ็บที่มีภาวะหัวใจและการหายใจหยุด (Cardiorespiratory arrest) ผู้บาดเจ็บของสมองอย่างรุนแรงจนมีลักษณะของ Impending death ผู้บาดเจ็บที่มีแผลไฟไหม้ระดับ 2-3 ที่เกินกว่าร้อยละ 85 ของพื้นที่ผิวกาย

2. แบ่งตามความเร่งด่วนของการรักษา

- 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent)
- 2) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent)
- 3) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non-emergent)

ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent) หมายถึง ภาวะที่คุกคามต่อชีวิตต้องให้การช่วยเหลืออย่างรีบด่วน ผู้ป่วยที่ต้องการการตรวจรักษาทันทีที่มิฉะนั้นผู้ป่วยจะตาย หรือพิการอย่างถาวรในเวลาไม่กี่นาที ซึ่งภาวะฉุกเฉินมากที่ต้องวินิจฉัยและให้การตรวจรักษาทันที

ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent) ได้แก่

1. ภาวะ “หัวใจหยุดเต้น” (Cardiac arrest)
2. หายใจไม่ออก หยุดหายใจ
3. ภาวะ “ช็อก”
4. ชักตลอดเวลาหรือชักจนตัวเขียว
5. เลือดออกมากอย่างรวดเร็วและตลอดเวลา

ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) เป็นภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือโดยเร็ว รอได้บ้างแต่ไม่นาน เป็นภาวะที่ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือทางการรักษาพยาบาลจัดเป็นอันดับรองจากกลุ่มแรก ผู้ป่วยประเภทนี้ถ้าปล่อยทิ้งไว้ไม่ให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง ก็อาจทำให้สูญเสียชีวิตหรือพิการได้ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง ผู้ป่วยประเภทนี้จะมีอาการหรืออาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง

ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) ได้แก่

1. หายใจช้ากว่า 10 หรือเร็วกว่า 30 ครั้ง/นาที หายใจลำบากหรือหายใจเหนื่อยหอบ
2. ชีพจรช้ากว่า 40 หรือเร็วกว่า 150 ครั้ง/นาที โดยเฉพาะถ้าร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น
3. ไม่รู้สึกตัว ชัก อัมพาต หรือตาบอด หูหนวกทันที
4. ตกเลือด ชีดมากหรือเขียว
5. เจ็บปวดมากหรือทุรนทุราย

6. มือเท้าเย็นซีด และเหงื่อแตก ร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น
7. ความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่า 90 มม.ปรอทหรือตัวล่างสูงกว่า 130 มม.ปรอท โดยเฉพาะร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น
8. อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 35° c หรือสูงกว่า 40° c โดยเฉพาะร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น
9. ถูกพิษหรือ Drug overuse
10. ได้รับอุบัติเหตุ โดยเฉพาะบาดแผลที่ใหญ่มากและมีหลายแห่ง เช่น major multiple fractures, Burns, Back injury with or without spinal cord damage
11. ภาวะจิตเวชฉุกเฉิน
12. เป็นภาวะที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องพึ่งการให้บริการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่ต้องได้รับการตรวจรักษาโดยการส่งต่อไปตรวจ ณ แผนกผู้ป่วยนอก หรือจัดลำดับความสำคัญในการรักษาเป็นลำดับสุดท้าย

ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non-emergent)

1. Minor fracture or other minor injury
2. Dead On Arrival (DOA)
3. Chronic backache
4. Moderate headache
5. Common cold

3. แบ่งตามกลุ่มโรค

- 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรม ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด
- 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินทางต่อมไร้ท่อ เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะคีโตนอะซิโดสิส
- 3) ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม เช่น มีภาวะปอดแตก
- 4) ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูตินารีเวช ได้แก่ ปัญหาที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ หรือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องช่วยเหลือด่วนเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์สตรี เช่น การล่วงละเมิดทางเพศ
- 5) ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เช่น ผู้ป่วย suicide

ในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่แบ่งตามอาการบาดเจ็บ ซึ่งได้แก่ ผู้บาดเจ็บกลุ่มเล็กน้อย กลุ่มรอดได้ และกลุ่มเร่งด่วนที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมืองชุม และโรงพยาบาลชุมชนอำเภอแม่สาย

การดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในชุมชน

นโยบายการป้องกันอุบัติเหตุจราจรได้กำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 การเกิดอุบัติเหตุจราจร จึงเป็นปัญหาที่ทุกพื้นที่ควรให้ความสำคัญ เนื่องจากการเกิดอุบัติเหตุจราจร นับวันจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งยังทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมในผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บและทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้บาดเจ็บจำนวนมาก รัฐบาลจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันอุบัติเหตุจราจร 5 ประการดังต่อไปนี้ 1) ยุทธศาสตร์ด้านการบังคับใช้กฎหมาย (enforcement) การบังคับใช้มาตรการ 3ม 2ข 1ร 2) ยุทธศาสตร์ด้านวิศวกรรม (engineering) การปรับปรุงแก้ไขปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบถนนและยานพาหนะ 3) ยุทธศาสตร์ด้านการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service system) เน้นการรักษา ณ จุดเกิดเหตุ การรับส่งผู้บาดเจ็บจากที่เกิดเหตุให้ไปโรงพยาบาลได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ 4) ยุทธศาสตร์ด้านการประเมินผลและระบบสารสนเทศ (evaluation and information) โดยการเพิ่มทักษะผู้ปฏิบัติและการพัฒนาข้อมูลการดูแลผู้บาดเจ็บ 5) ยุทธศาสตร์ด้านการให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ และการมีส่วนร่วม (education, public relation & participation) การให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องการใช้รถ ใช้ถนนอย่างปลอดภัย จะเห็นว่าการดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่มีความสำคัญ เพราะถ้าผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพย่อมทำให้ความรุนแรงของการบาดเจ็บลดลง โดยในการดำเนินงานดังกล่าวมีบุคลากรและหน่วยงานหลายฝ่ายที่อยู่ในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ดังนี้

พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการจัดเตรียมอุปกรณ์การช่วยเหลือเบื้องต้นในการดูแลผู้บาดเจ็บ และมีระบบคัดแยกผู้ป่วยในกรณีเกิดอุบัติเหตุ เพื่อจัดแยกผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว และถูกต้อง โดยผู้บาดเจ็บที่มีอาการไม่รุนแรง บาดเจ็บเล็กน้อย รักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รักษาและกลับบ้าน อาจทำแผลต่อเนื่องจากแผลหายเป็นปกติ กรณีต้องส่งต่อจะเป็นผู้บาดเจ็บจากกระดูกหัก ข้อเคลื่อน มีอันตรายที่อาจทำให้ถึงแก่ชีวิต โดยสามารถเรียกใช้บริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน จากหน่วยบรรเทาสาธารณภัยขององค์การบริหารส่วนตำบล หรือ 1669 ของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อนำผู้บาดเจ็บมารักษาที่โรงพยาบาลชุมชนหรือส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัดต่อไป เมื่อผู้ป่วยมีอาการเป็นปกติหรือดีขึ้น อาจต้องกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อ เช่น การทำแผล ตัดไหม หรือการทำกายภาพบำบัดฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติ หรือช่วยตนเองได้ตามอัตภาพ พยาบาลควรมีบทบาทด้านการค้นหาทุนและศักยภาพตำบล วิเคราะห์และสังเคราะห์ทุนและศักยภาพตำบล การออกแบบการจัดการสุขภาวะชุมชน โดยชุมชน นับตั้งแต่จัดการข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนและออกแบบการจัดการสุขภาวะชุมชน ประชุมวางแผนกำหนดยุทธศาสตร์การทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น การจัดสรรงบประมาณ

การประเมินศักยภาพ และความสามารถของบุคลากร และหน่วยงานหรือองค์กรที่มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาวะชุมชน ความสามารถในการติดต่อประสานงาน เพื่อที่จะประสานความร่วมมือกันในการดูแลผู้บาดเจ็บ การเสริมสร้างพลังอำนาจให้บุคลากรของชุมชน มีความสามารถ และศักยภาพในการทำงาน วางแผนการจัดการสุขภาวะชุมชน โดยชุมชนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต สังคม วัฒนธรรม และทุนทางสังคมที่มีในชุมชน บทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวก ผู้ให้คำปรึกษา หรือให้ความร่วมมือ เป็นพี่เลี้ยง และเป็นผู้ให้การสนับสนุนในการจัดการสุขภาวะชุมชน โดยชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วยในการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ โดยการนำส่งโรงพยาบาลและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น เยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการแจ้งข่าวกรณีเกิดอุบัติเหตุแก่เจ้าหน้าที่ตำรวจและหน่วยบรรเทาสาธารณภัยขององค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อนำส่งผู้บาดเจ็บ (เดชา ทำดี และคณะ, 2553)

ผู้นำชุมชน ให้การช่วยเหลือด้านการขอความช่วยเหลือและส่งต่อ โรงพยาบาลแม่สาย และโรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่เกิดอุบัติเหตุ (เดชา ทำดี และคณะ, 2553)

องค์การบริหารส่วนตำบล ช่วยเหลือด้านอาชีพและเงินช่วยเหลือ กรณีที่ผู้บาดเจ็บประสบอุบัติเหตุและเกิดความพิการ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเพื่อหาแนวทางพัฒนากิจกรรมที่เหมาะสมกับชุมชน การกระตุ้นให้มีการค้นหาและใช้ทุนทางสังคมในพื้นที่ จัดให้มีระบบบริการฉุกเฉินของตำบล โดยการจัดให้มีรถรับส่งฉุกเฉิน ส่งเสริมให้มีการช่วยเหลือกันเองในหมู่บ้าน การจัดให้มีการอบรมประชาชนในพื้นที่เพื่อทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) ในการช่วยเหลือกรณีเกิดเหตุร้ายต่างๆ เพื่อเพิ่มศักยภาพให้แก่บุคลากร รวมไปถึงประชาชนในตำบลเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การลดความรุนแรงจากอุบัติเหตุและขั้นตอนในการดูแลกันเอง (เดชา ทำดี และคณะ, 2553)

อาสาพัฒนาป้องกันตนเองฝ่ายพลเรือน ปฏิบัติการเฝ้าระวังดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน จัดรถนำส่งผู้ป่วยรักษาต่อ โรงพยาบาลชุมชนและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้บาดเจ็บในสถานที่เกิดเหตุ

สถานีตำรวจเกาะช้าง รับแจ้งเหตุกรณีเกิดอุบัติเหตุและมีผู้บาดเจ็บ ให้การช่วยเหลือส่งต่อผู้บาดเจ็บและดำเนินการด้านกฎหมายแก่ผู้บาดเจ็บและคู่กรณี และประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลศรีเมืองชุม เป็นพี่เลี้ยงแก่อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) ในการดูแลผู้บาดเจ็บหรือการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

โรงพยาบาลชุมชนแม่สายมีการจัดเตรียมอุปกรณ์พร้อมใช้ในการดูแลผู้บาดเจ็บ และมีระบบคัดแยกผู้ป่วยในกรณีเกิดอุบัติเหตุ เพื่อจัดแยกผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว และถูกต้อง โดยผู้บาดเจ็บที่มีอาการไม่รุนแรง บาดเจ็บเล็กน้อย รักษาที่โรงพยาบาล รักษาและกลับบ้าน อาจทำแผล

ต่อเนื่องจนแผลหายเป็นปกติ กรณีต้องส่งต่อจะเป็นผู้บาดเจ็บจากกระดูกหักที่ต้องรับการผ่าตัดหรือมีการบาดเจ็บของสมองหรือไขสันหลังซึ่งมีอันตรายที่อาจทำให้ถึงแก่ชีวิต มีรถฉุกเฉินที่พร้อมใช้งานให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อนำผู้บาดเจ็บจากจุดเกิดเหตุมารักษาที่โรงพยาบาลแม่สายหรือส่งต่อโรงพยาบาลเชียงรายต่อไป และเป็นหน่วยงานหลักในการเตรียมรับอุบัติเหตุหมู่ในช่วงเทศกาลต่างๆ

โดยเจ้าหน้าที่ที่ให้การพยาบาล ยึดตามกระบวนการ 5 กระบวนการหลัก และกิจกรรมย่อยดังต่อไปนี้ (มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข, 2550)

1. กิจกรรมการรับผู้บาดเจ็บ เป็นการประเมินสภาพผู้บาดเจ็บอย่างรวดเร็ว เพื่อจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บเป็นชนิดฉุกเฉิน (emergent) เร่งด่วน (urgent) หรือไม่เร่งด่วน (non urgent) เพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรง ภายในเวลา 4 นาที โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการบอกเล่า และอาการแสดง เริ่มจากการสำรวจทางเดินหายใจ ขณะที่ทำการสำรวจต้องจัดคอให้อยู่นิ่ง สังเกตหากมีการอุดกั้นทางเดินหายใจทั้งบางส่วนหรือทั้งหมดจะทำให้เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต โดยสังเกตสิ่งต่างๆ ต่อไปนี้ การเปล่งเสียง ลิ้นอุดกั้นในทางเดินหายใจ ฟันหักหลุดหาย หรือมีสิ่งแปลกปลอม เลือดออก อาเจียนหรือมีเสมหะ เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีประวัติการบาดเจ็บ อาการหรือการตรวจพบจะต้องระวังการบาดเจ็บของไขสันหลังเริ่มจากการสอบถามข้อมูลก่อนมาโรงพยาบาลจากผู้นำส่ง โดยใช้หลัก MIVT ดังนี้ 1) M: Mechanism of injury ได้แก่ ชนิดของการบาดเจ็บ สถานที่เกิดเหตุ ระยะเวลาเกิดเหตุระยะเวลาในการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บออกจากที่เกิดเหตุ 2) I: Injury sustained ได้แก่ สภาพผู้บาดเจ็บ ระดับความรู้สึกตัว 3) V: Vital sign ได้แก่ สัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิตชีพจรและการหายใจ 4) T: Treatment การดูแลเบื้องต้นที่ควรได้รับในโรงพยาบาล

2. กิจกรรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เป็นการให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บเบื้องต้นและการช่วยชีวิตฉุกเฉิน โดยใช้หลัก Chest compression-Airway-Breathing (CAB) สามารถกดหน้าอกโดยให้สังเกตการหายใจขึ้นตอนเดียวกันอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่หายใจหรือหายใจไม่ปกติ คลำชีพจรก่อนแต่ไม่เกิน 10 วินาที ถ้าไม่มีเริ่มกดหน้าอก 30:2 หลังกดหน้าอกครบ ให้เปิดทางเดินหายใจ โดยกดหน้าอกอย่างน้อย 100 ครั้งต่อนาที และเน้นปล่อยหน้าอกคืนตำแหน่งเดิมให้สุด จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่า Head tilt chin left ถ้าใส่ท่อช่วยหายใจ พิจารณาใช้ PTRECO₂ เพื่อยืนยันตำแหน่งท่อช่วยหายใจว่าอยู่ในหลอดลม ช่วยหายใจ (8-10 ครั้งต่อนาที) โดยไม่ให้หยุดกดหน้าอก ถ้า AED/defibrillator AF ใช้พลังงาน 120-200 J มาให้ใช้ทันที ไม่ต้องรอกดหน้าอกครบ แต่กดหน้าอกต่อเนื่องจนกว่าเครื่องพร้อม shock เสร็จกดหน้าอกต่อ ไม่ต้องคลำชีพจร shock cycle ละ 1 ครั้ง ยาไม่แนะนำให้ใช้ Atropine (IIb) ให้ใช้ adenosine แทน หลังการช่วยฟื้นคืนชีพให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย (Therapeutic hypothermia) ควบคุมน้ำตาลในเลือด <180 mg/dl ใช้ออกซิเจนขนาดน้อยที่สุด จน O₂ sat ≥ 94%

(European Resuscitation Council, 2010) หลังจากนั้น เป็นการให้การช่วยเหลือเบื้องต้น เช่น การห้ามเลือด ทำแผล การคานกระดูก ประคบร้อนและเย็น

3. **กิจกรรมการรักษาและการพยาบาล** เริ่มจากการให้ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลแผนการรักษาพยาบาลเบื้องต้น เพื่อให้ผู้บาดเจ็บและญาติเข้าใจและยินยอม ในการช่วยแพทย์ตรวจและทำหัตถการ เริ่มตั้งแต่การเตรียมอุปกรณ์ ให้ข้อมูลความสำคัญ การปฏิบัติตัวระหว่างการทำหัตถการ ให้เวลาตอบข้อซักถาม ช่วยแพทย์ทำกิจกรรมการตรวจหรือทำหัตถการ ประเมินอาการ อาการแสดง และจัดให้ผู้ป่วยพัก ดูแลระบบทางเดินหายใจ การให้ออกซิเจนการเตรียมอุปกรณ์ออกซิเจน อธิบายเหตุผลและการปฏิบัติตัว จัดทำนอนและปรับปริมาณออกซิเจนให้ได้ตามแพทย์สั่ง รายงานอาการผิดปกติและปัญหาของผู้บาดเจ็บให้แพทย์ทราบ สิ้นสุดเมื่อลงบันทึกแผนการรักษาลงในคำสั่งการรักษา การบริหารยาประเภทต่างๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นการบริหารยาได้แก่ การตรวจสอบคำสั่งการให้ยา ตรวจสอบยา เตรียมอุปกรณ์ให้ยา แจ้งผู้ป่วย ให้ยาผู้ป่วย เฝ้าระวังประเมินติดตามอาการภายหลังได้รับยา และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ บันทึกการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เตรียมอุปกรณ์ ตรวจสอบผู้ป่วย จัดทำและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ปรับหยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามคำสั่งแพทย์ การคาท่อสำหรับชดเชย การดูแลขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การสอน การแนะนำ การตรวจสอบผิวหนังบริเวณที่ใส่สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เฝ้าระวังภายหลังได้รับ การใช้เครื่องมือและการวินิจฉัยตามแผนการรักษาของแพทย์เป็นการปฏิบัติการเพื่อการตรวจรักษา การวินิจฉัยของแพทย์การเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเหตุผลของการเจาะเลือด

4. **กิจกรรมการส่งต่อและการจำหน่ายการส่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย** เริ่มจากการประสานงานรายงานอาการผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลอาการ อาการแสดงและการช่วยเหลือเบื้องต้น การติดต่อแพทย์ รายงานอาการ การช่วยเหลือเบื้องต้น และอุปกรณ์ที่หอผู้ป่วยต้องเตรียมรับ ตามไปส่งผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างทาง สิ้นสุดเมื่อเสร็จสิ้นการรายงานกับพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน สรุปเวชระเบียน รับคำสั่งยากลับบ้าน เริ่มตั้งแต่การเขียนสรุปบันทึกทางการพยาบาล บันทึกคำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน รับคำสั่งยากลับบ้าน ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ให้ใบคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บ ประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ทบทวนความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเอง ก่อนจำหน่าย การรับประสานยาการมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติการจำหน่ายผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยถึงแก่กรรม การดูแลเมื่อเสียชีวิต พยาบาลให้คำแนะนำตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล และสอบถามญาติถึงความต้องการให้ทางโรงพยาบาลจัดการศพบันทึกการพยาบาลที่ใช้ในการบริการ

ในแบบบันทึก เบิกยาพร้อมอุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยชีวิต แจกจ่ายการจัดการศพแก่พนักงานนิติเวช ติดป้าย
 ข้อมือ ตรวจสอบความถูกต้อง สิ้นสุดเมื่อพนักงานเปลเส้นศพออกจากหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

5. การติดตามผลการรักษา ติดตามอาการหลังผู้ป่วยมาตรวจตามนัด แจกจ่ายเยี่ยมบ้าน
 ของโรงพยาบาลติดตามอาการของผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องและให้การพยาบาลต่อที่บ้าน การติดตาม
 ในชุมชนโดยแจ้งข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดตามเยี่ยมบ้าน และแจ้งผลการเยี่ยมผู้ป่วย
 กลับมายังโรงพยาบาลชุมชน

ปฏิบัติการ 1669 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services System: EMSS) ในความดูแลของโรงพยาบาลชุมชนหมายถึง การให้บริการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โดย มีบุคลากรที่มีความรู้ ออกปฏิบัติการพร้อมรถพยาบาลที่มีเครื่องมือช่วยชีวิต ฉุกเฉิน ในการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานและขั้นสูง หลังการรักษาแล้ว มีการนำส่งโรงพยาบาล โดย มีการประสานงานอย่างเป็นระบบ และกิจกรรมทั้งหมดอยู่ภายใต้การกำกับของแพทย์ โดยจะ ให้บริการ 24 ชั่วโมง ซึ่งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนี้ จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการแพทย์ ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 เมื่อวันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2551 โดยยกฐานะมาจากศูนย์เรนทร เป็นองค์กรอิสระ ภายใต้การควบคุมของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการ จัดระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆให้สามารถ ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บให้มีโอกาสขอความช่วยเหลือใน กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติโดยเน้นที่ความรวดเร็ว 24 ชั่วโมง

องค์ประกอบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- ระบบการรับแจ้งเหตุ
- ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ
- ระบบการลำเลียงขนย้าย
- การส่งผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสม

เป้าหมาย ทำให้มีการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่รวดเร็ว มีคุณภาพอันส่งผลให้อัตราการ เสียชีวิต พิกัด หรือปัญหาในการรักษาพยาบาลลดลง

ขั้นตอนการทำงานของ EMSS จะประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ การพบเหตุ เมื่อพบ การเกิดอุบัติเหตุหลังจากนั้นจะมีการแจ้งเหตุแก่ 1669 โดยจะรายงานถึงสถานที่เกิดเหตุ ความ รุนแรงของอุบัติเหตุ จำนวนผู้บาดเจ็บ เพื่อเตรียมรถและอุปกรณ์ออกปฏิบัติการเพื่อช่วยเหลือ ผู้บาดเจ็บ เมื่อไปถึงจุดเกิดเหตุทีมที่ให้การช่วยเหลือจะทำการรักษาพยาบาลและปฐมพยาบาล เบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ รวมทั้งคัดแยกผู้บาดเจ็บเพื่อการส่งต่อ หลังจากนั้นจะมีการลำเลียงขนย้าย ผู้บาดเจ็บเพื่อส่งสถานพยาบาลที่มีความเหมาะสมต่อไป

หลักในการปฏิบัติงาน คือ ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมบริหารจัดการ เพื่อพัฒนาเครือข่าย การดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพในภาพรวม ทั้งการศึกษา ค้นคว้า วิจัย และพัฒนา ความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนบุคลากร เพื่อสร้างระบบที่มีความพร้อม อันจะทำให้ประชาชน ได้รับความคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพและได้ มาตรฐาน โดยมีเป้าหมายหลัก คือ ลดการสูญเสียชีวิตและความพิการ การขอความช่วยเหลือผ่านเบอร์ 1669 จะทำได้ในกรณี ที่เกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น ภาวะโรคประจำตัวหัวใจกำเริบ แน่นหน้าอก ชัก ที่อาจนำมาซึ่งการเสียชีวิต รวมทั้ง สิ่งของติดคอ ไม่ทิ่มแทง ขา หรืออวัยวะต่างๆ ต่อมา คือ ประสบ อุบัติเหตุ และสุดท่าย กรณีเกิดภัยพิบัติต่าง ๆ ศูนย์ 1669 ส่วนใหญ่จะตั้งอยู่ในโรงพยาบาล โดยจะ ทำงานประสานกับหน่วยงานอื่น ๆ ร่วมด้วย อาทิ มูลนิธิ และองค์กรการกุศลต่างๆ โดยรถที่ออกไปรับ คนเจ็บส่งโรงพยาบาลนั้นมีอยู่ 3 ประเภทด้วยกัน (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2553)

ประเภทแรกจะเป็น รถปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง (Advanced life support: ALS) ซึ่งเป็นรถตู้ มีอุปกรณ์ช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้นครบถ้วน มีทีมงาน ทั้งหมด 4 คน คือ คนขับ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม 2 ปี หรือผ่านการอบรม 110 ชม. จำนวน 2 คน

ประเภทที่ 2 รถปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน (Basic Life Support: BLS) จะใช้ในเหตุการณ์ที่ไม่ร้ายแรงนัก เช่น คนเจ็บแขนหัก ขาหัก หัวแตก จะเป็นรถกระบะหรือรถตู้ มี ทีมงานประมาณ 3-4 คน คือ คนขับรถ เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม 2 ปี หรืออบรม 110 ชม. จำนวน 1-2 คน ภายในรถจะมีอุปกรณ์ช่วยเหลือต่าง ๆ แต่จะน้อยกว่าแบบแรก

ประเภทที่ 3 รถปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder: FR) เป็นรถกระบะใช้ตาม ตำบล โดยจะใช้ในกรณีที่ไม่เจ็บมากนัก มีทีมงาน 2-3 คนและเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม 16 ชม. หรือ 40 ชั่วโมงซึ่งขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครแล้ว

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่าการดำเนินงานดูแลผู้บาดเจ็บให้เกิดความสำเร็จต้องเกิด จากการร่วมมือร่วมใจของทุกฝ่าย มีกระบวนการและเครื่องมือที่ชัดเจน ผู้บาดเจ็บทุกคนได้รับการ ดูแลช่วยเหลือ ป้องกันและแก้ไขปัญหาให้ครอบคลุมทุกด้าน

สถานการณ์ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมืองชุม และโรงพยาบาลชุมชนอำเภอแม่สาย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมืองชุม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สาย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย อยู่ห่างจากโรงพยาบาลแม่สาย ประมาณ 10 กิโลเมตร ตั้งอยู่เลขที่ 104 หมู่ที่ 2 ตำบลศรีเมืองชุมอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย อยู่ในเขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลศรีเมืองชุม มีเขตรับผิดชอบ 9 หมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือน 1,671 หลังคาเรือน ปี พ.ศ. 2554 มีประชากร จำนวน 6,351 คน จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข 150 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมืองชุมมีจำนวนบุคลากรทั้งหมด 6 คน ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 1 คน ลูกจ้างจำนวน 3 คน สำหรับงานดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร เป็นหน้าที่หลักของพยาบาลวิชาชีพ ในด้านข้อมูลการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมืองชุมนั้น มีภารกิจบริการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน โดยในปี พ.ศ. 2554 มีจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดจำนวน 2,915 คน 13,362 ครั้ง และในจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการพบว่า มีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรจำนวน 52 คน ซึ่งนับวันจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเนื่องจากตำบลศรีเมืองชุมเป็นทางผ่านจากอำเภอแม่สายไปสู่อำเภอเชียงแสน ได้อยู่ระหว่างการก่อสร้างและขยายถนนทำให้การเดินทางลำบาก ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสำหรับบทบาทการดูแลผู้บาดเจ็บที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมืองชุมจะสามารถดูแลเฉพาะผู้บาดเจ็บที่มีอาการไม่ซับซ้อน ถ้าไม่สามารถให้การดูแลได้ก็จะส่งต่อโรงพยาบาลชุมชนแม่สายต่อไป เนื่องจากผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรต้องใช้เวลาในการดูแล รักษาฟื้นฟูสภาพ และเสี่ยงต่อภาวะพิการและต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง ที่ผ่านมามอบตำบลศรีเมืองชุมมีผู้พิการจากการได้รับอุบัติเหตุจราจรที่ไม่สามารถกลับเข้าทำงานได้ตามปกติ จำนวน 5 คนจากสถิติผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมืองชุมปีงบประมาณ 2545-2554 พบว่ามีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่ได้รับการดูแลจำนวน 27, 31, 35, 45 และ 52 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมืองชุม, 2554ก)

จากสภาพปัญหาดังกล่าวพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมืองชุมได้รับนโยบายในการดูแลผู้บาดเจ็บจากเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอแม่สายและมีการดำเนินงานด้านการดูแลผู้บาดเจ็บโดยพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 โดยมีการดูแลผู้บาดเจ็บครั้งนี้ มีพยาบาลวิชาชีพประจำ ทุกวันจันทร์-ศุกร์ และวันหยุดราชการกรณีเกิดอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยร่วมกับเจ้าหน้าที่ตำรวจและอาสาพัฒนาป้องกันฝ่ายพลเรือนช่วยเหลือคัดกรองผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ และนำผู้บาดเจ็บมารับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพ ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมืองชุมยัง

ขาดอุปกรณ์จำเป็นในการช่วยชีวิตและอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย สำหรับผู้บาดเจ็บที่มา
รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมืองชุมจะได้รับการดูแลตั้งแต่การประเมินอาการ
การปฐมพยาบาลเบื้องต้น โดยได้รับทำแผลและหรือเย็บแผล และนัดมารักษาต่อเนื่องจนกว่าอาการ
จะดีขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่เกินขีดความสามารถของพยาบาลวิชาชีพก็จะถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่
สายและโรงพยาบาลเชิงรายต่อไป และเนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลศรีเมืองชุมประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน ซึ่งยังไม่ได้
รับการอบรมและฝึกปฏิบัติการดูแลผู้บาดเจ็บ จะมีเพียงพยาบาลวิชาชีพที่จะสามารถให้การดูแล
ผู้บาดเจ็บได้ ดังนั้นในกรณีที่พยาบาลวิชาชีพไม่อยู่ ผู้บาดเจ็บจะถูกส่งต่อทุกราย ทำให้ผู้บาดเจ็บต้อง
เสียเวลาในการไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนอำเภอแม่สาย

นอกจากนี้จากการดูแลผู้บาดเจ็บที่ผ่านมา วัสดุอุปกรณ์ต้องจัดซื้อเอง และเนื่องจาก
งบประมาณมีจำกัดเครื่องมืออุปกรณ์บางอย่าง เช่น ค่ายเย็บแผลจึงมีไม่เพียงพอและมีไม่ครบทุกขนาด
จึงต้องส่งผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนอำเภอแม่สาย จากจำนวนการ
ส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนอำเภอแม่สายในปีที่ผ่านมาพบว่า
ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมืองชุมรักษาได้แต่ต้องส่งไป
รักษาที่โรงพยาบาลแม่สายเนื่องจากขาดอุปกรณ์และพยาบาลวิชาชีพไม่อยู่มีจำนวนถึง 36 ราย จาก
จำนวนที่ส่งไปรักษาต่อทั้งหมด 52 ราย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมืองชุม, 2553) และ
ในปี 2554 ที่ผ่านมานี้เนื่องจากมีการก่อสร้างและปรับปรุงถนน ส่งผลให้จำนวนผู้บาดเจ็บจาก
อุบัติเหตุจราจรมีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมืองชุมรักษาได้และ
ผู้บาดเจ็บที่กลับมารักษามีจำนวนถึง 85 ราย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมืองชุม, 2554)
นอกจากนี้แบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลศรีเมืองชุมเป็นแบบบันทึกที่สถานบริการจัดทำขึ้นเอง ซึ่งข้อมูลที่บันทึกยังไม่ครบถ้วนและ
ไม่ชัดเจน

โรงพยาบาลชุมชนอำเภอแม่สาย อยู่ห่างจากจังหวัดเชียงรายประมาณ 62 กิโลเมตร
ตั้งอยู่ในเขตตำบลเวียงพางคำ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย รับดูแลผู้บาดเจ็บจาก 8 ตำบลในอำเภอแม่สาย
โรงพยาบาลชุมชนอำเภอแม่สาย มีจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งหมด 15 คน
ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพจำนวน 13 คนเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน 2 คน และแพทย์ที่หมุนเวียน
มาอยู่เวรวันละ 1 คน สำหรับงานดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร เป็นหน้าที่หลักของพยาบาลวิชาชีพ
ในด้านข้อมูลการบริการของโรงพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนอำเภอแม่สาย นั้นมีการกิจบริการให้
การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ซับซ้อนและบาดเจ็บเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลและถูกส่งต่อมา โดยในปี พ. ศ. 2554 มีจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดจำนวน 201,254 คน 684,263

ครั้ง และในจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการพบว่ามีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรจำนวน 847 คน ซึ่งนับวันจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเนื่องจากอำเภอแม่สายเป็นสถานที่ที่คนต่างจังหวัดนิยมมาท่องเที่ยวทำให้การจราจรคับคั่งทั้งยังมีชาวพม่าผ่านเข้า-ออกเป็นประจำทุกวัน โรงพยาบาลชุมชนอำเภอแม่สายมีการจัดเตรียมอุปกรณ์พร้อมใช้ในการดูแลผู้บาดเจ็บ มีรถฉุกเฉินที่พร้อมใช้งานให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง และมีระบบคัดแยกผู้ป่วยในกรณีเกิดอุบัติเหตุ เพื่อจัดแยกผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและถูกต้อง โดยผู้บาดเจ็บที่มีอาการไม่รุนแรง บาดเจ็บเล็กน้อย รักษาที่โรงพยาบาล รักษาและกลับบ้าน และอาจกลับมาทำแผลต่อเนื่องจนแผลหายเป็นปกติ กรณีต้องส่งต่อจะเป็นผู้บาดเจ็บจากกระดูกหักที่ต้องรับการผ่าตัดหรือมีการบาดเจ็บของสมองหรือไขสันหลังซึ่งมีอันตรายที่อาจทำให้ถึงแก่ชีวิต

ในการดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรของตำบลศรีเมืองชุมที่ผ่านมา ยังไม่มีระบบการดูแลผู้บาดเจ็บของแต่ละหน่วยงาน ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะรวบรวมข้อมูลและศึกษาข้อมูลของการดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร โดยการวิเคราะห์สถานการณ์

การวิเคราะห์สถานการณ์

ความหมาย

การวิเคราะห์สถานการณ์ตามแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) คือ คุณภาพของปัจจัยทั้งสองด้านคือ ด้านแรกเริ่มตั้งแต่ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยและอีกด้านคือวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติกับผู้ป่วยตามความเป็นจริง ผลลัพธ์มาจากลักษณะที่มาจากส่วนประกอบของงานที่ทำ กิจกรรมที่ต้องติดตามคือ การตรวจบันทึกตามระบบงานที่มีหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวกับคุณภาพที่เกิดจากการดูแล ซึ่ง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

ศิริพร จิรวัดน์กุล (2548) กล่าวว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ (situation analysis) หมายถึงการศึกษาโดยมีเป้าหมายเพื่อหาความจริงโดยการพิจารณาปรากฏการณ์จากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น

สุรศักดิ์ สุนทร (2551) กล่าวว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ (situation analysis) หมายถึงการศึกษาภาพรวมของบางสิ่งบางอย่างที่สนใจ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาใดๆ สถานที่ใดๆ หรือการสืบสวนสถานการณ์เล็กๆ ที่เป็นส่วนของสถานการณ์ที่จะศึกษาเพื่ออธิบายภาพรวมในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง

พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ (2551) กล่าวว่า การวิเคราะห์สถานการณ์หมายถึง การศึกษาปัญหาเชิงลึกในโรงพยาบาล คลินิก หน่วยงาน และชุมชนที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์และองค์ความรู้ในแต่ละสาขาวิชา มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจในการดำเนินงานของโรงพยาบาล คลินิก หน่วยงาน และชุมชน ขนาดของปัญหาต้องอยู่ในวิสัยที่สามารถทำสำเร็จได้ภายในระยะเวลา 6 เดือน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัย การนำเสนอผลการวิเคราะห์และผังสถานการณ์ของการเกิดปัญหา ความต้องการของหน่วยงานเพื่อเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหาตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ราตรี โชติกพงษ์ (2552) กล่าวว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ หมายถึง การศึกษาปัญหาเชิงลึกในหน่วยงานหรือสถานที่หนึ่ง ณ ช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อศึกษาองค์ประกอบของปัญหานั้น ว่ามีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันอย่างไร โดยเป็นการอธิบายปัญหาในภาพรวม เพื่อหาความจริง หรือข้อสรุปที่จะนำไปสู่การตัดสินใจแก้ปัญหาในสถานการณ์นั้นๆ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

การวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก (clinical situational analysis) หมายถึง การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์หรือปัญหา (ในอดีตและปัจจุบัน) เกี่ยวกับระบบบริการสำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค เพื่อให้ทราบถึงจุดแข็ง จุดอ่อน ผลสำเร็จ และโอกาสในการพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา หรือความแปรปรวน (variance) ของระบบบริการ อย่างรอบด้าน ก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดลงไป ไม่ว่าจะเป็นการปรับปรุงนโยบาย การดำเนินการ สร้างแนวปฏิบัติ หรือการนำแนวปฏิบัติมาใช้ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2553)

สรุปการวิเคราะห์สถานการณ์ หมายถึง การศึกษาลักษณะทั่วไป การบริหารจัดการปัญหาในหน่วยงาน หรือสถานที่ ณ ช่วงเวลาหนึ่ง โดยมีการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ เป็นการศึกษาถึงองค์ประกอบและความสัมพันธ์ของปัญหา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เข้าใจกับสถานการณ์หรือสภาพปัญหาที่แท้จริง ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจแก้ปัญหาในสถานการณ์นั้นๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้

รูปแบบของการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์สถานการณ์ (situation analysis) มีหลากหลายรูปแบบซึ่งผู้ศึกษาพอสรุปได้ดังนี้

การวิเคราะห์สถานการณ์ตามแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) เป็นการประเมินคุณภาพของปัจจัยทั้งสองด้านคือ ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยและอีกด้านคือวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติกับผู้ป่วยตามความเป็นจริง ผลลัพธ์มาจากส่วนประกอบ

ของงานที่ทำ กิจกรรมที่ต้องติดตามคือ การตรวจบันทึกตามระบบงานที่มีหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวกับคุณภาพที่เกิดจากการดูแล ซึ่งกรอบการประเมินผลระบบคุณภาพของ โคนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

1. โครงสร้าง (structure) หมายถึง ความพอเพียงของทรัพยากรต่างๆ ที่เป็นปัจจัย หรือ สิ่งอำนวยความสะดวกของการบริการสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการให้บริการ ได้แก่ เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ รวมถึง งบประมาณ ทรัพยากรบุคคล ลักษณะของบุคลากร ลักษณะขององค์กร โครงสร้างองค์กร มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังต่อไปนี้ทรัพยากรเครื่องมือ (material resources) ได้แก่ ความพอเพียงของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ สถานที่ เพื่อใช้ในการบริการดูแลสุขภาพ รวมถึง งบประมาณสนับสนุน ทรัพยากรบุคคล (human resources) ความพอเพียงของทรัพยากรบุคคล ได้แก่ จำนวน ประเภทของบุคลากร และลักษณะความเชี่ยวชาญของแพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพ ลักษณะการจัดการองค์กร (organization characteristics) ได้แก่ สถานะของสถานบริการ รวมถึง รูปแบบการจัดการ การจัดแบ่งหน้าที่ การมอบหมายงาน การนำเสนอผลงานการสอน และการวิจัย ชนิดของผู้ตรวจการ และการแสดงผลการทบทวนเครื่องมือในการดูแล

2. กระบวนการ (process) หมายถึง เทคนิคการดูแลและการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคลากร กับผู้รับบริการใช้เทคนิคหรือกิจกรรมมาดูแลสุขภาพผู้ป่วย หรือครอบครัว รวมถึงการวินิจฉัยโรค การรักษา การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค การให้ความรู้ ขึ้นอยู่กับระดับความเชี่ยวชาญของบุคลากร การช่วยเหลือด้านอื่นๆ รวมถึง การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและครอบครัว

3. ผลลัพธ์ (outcome) หมายถึง ผลที่เกิดจากได้รับการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลง ความรู้ พฤติกรรมของผู้รับบริการหรือครอบครัว พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การเปลี่ยนแปลง สภาวะทางสุขภาพ ในปัจจุบันหรือในอนาคต ทั้งที่พึงประสงค์ หรือไม่พึงประสงค์ ในรายบุคคล และในกลุ่มประชาชน และระดับความพึงพอใจในการรับบริการของผู้รับบริการและครอบครัว

องค์ประกอบทั้ง 3 ส่วน มีความเชื่อมโยงความสัมพันธ์กัน เชื่อว่าไม่สามารถที่จะก่อให้เกิดคุณภาพได้เพียงลำพัง อย่างใดอย่างหนึ่ง หากมีโครงสร้างที่ดี กระบวนการที่ดีจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทั้งโครงสร้างของการบริการ มีอิทธิพลต่อกระบวนการ และกระบวนการมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ หากมีสิ่งสนับสนุนและกระบวนการที่ดีจะส่งผลลัพธ์ที่ดี ซึ่ง อนุวัฒน์ สุภชุตikul และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543) กล่าวว่า โครงสร้างที่ดีนั้นจะช่วยชี้นำเชื่อมโยงให้มีการดำเนินงานอย่างมีเป้าหมาย และทำให้เกิดความต่อเนื่อง ตลอดจนส่งเสริมการทำงานร่วมกันเป็นทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวิเคราะห์สถานการณ์ตามแนวคิดของ กราวเด็ท (Grounded theory) กล่าวว่าเป็นการวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอนุมาน โดยผสมผสานแนวคิดระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเข้าด้วยกัน ซึ่งเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนจะตอบสนองสถานการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ที่ปฏิสัมพันธ์อยู่

ตามความหมายของสิ่งนั้น ๆ เป็นพลวัตปรับเปลี่ยนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างสองฝ่าย และปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทที่ต่างกันจะมีความแตกต่างกัน ซึ่งมี 3 ลักษณะด้วยกันคือ สถานการณ์ปัญหา (situation map) บริบททางสังคม (social map) และตำแหน่งของปัญหา (positional map) (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545)

การวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้หลัก สวีอคอนาลิซิส (SWOT analysis) ของ ฮิลล์ และ เวสต์บรูก (Hill & Westbrook, 1997) คือการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กรหรือชุมชน (SWOT) เพื่อศึกษาความต้องการขององค์กรหรือชุมชน การสำรวจเพื่อศึกษาความต้องการขององค์กรหรือชุมชน และนำมาสรุปเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้ตรงและตอบสนองความต้องการขององค์กรหรือชุมชน การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกขององค์กรหรือชุมชนนั้น มี 4 ประเด็น คือ จุดแข็ง (strengths) หมายถึง ความสามารถและสถานการณ์ภายในเป็นบวกซึ่งองค์กรนำมาใช้ประโยชน์ในการทำงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์หรือ หมายถึงการดำเนินงานภายในองค์กรที่ทำได้ดี จุดอ่อน (weaknesses) หมายถึง สถานการณ์ภายในองค์กรที่เป็นลบหรือด้อยความสามารถ ซึ่งองค์กรไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการทำงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์หรือหมายถึง การดำเนินงานภายในที่องค์กรทำได้ไม่ดี โอกาส (opportunity) หมายถึง ปัจจัยและสถานการณ์ภายนอกที่เอื้ออำนวย ให้การทำงานขององค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ หรือหมายถึง สภาพแวดล้อมภายนอกที่เป็นการสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กร อุปสรรค (threats) หมายถึง ปัจจัยหรือสถานการณ์ภายนอกที่ขัดขวางการทำงานขององค์กรไม่ให้บรรลุวัตถุประสงค์ หรือหมายถึงสภาพแวดล้อมภายนอกที่เป็นปัญหาต่อองค์กร

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าการวิเคราะห์สถานการณ์ในเหตุการณ์หรือการปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพของแต่ละแห่งได้ใช้มาตรฐานกลางของหน่วยงานหรือกรอบแนวคิด ทฤษฎี มากำหนดแนวทางการวิเคราะห์ สำหรับการศึกษารุ่นนี้ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) มากำหนดแนวทางการวิเคราะห์สถานการณ์

วิธีการที่ใช้เก็บข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์

วิธีการ (method) หมายถึง ระบบในการดำเนินการเรื่องใด เรื่องหนึ่ง ซึ่งวิธีการรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์มีหลายวิธี ดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เป็นเทคนิคที่นิยมนำมาใช้รวบรวมข้อมูลของงานวิจัยเชิงปริมาณ เช่น การวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive Research) การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) และการวิจัยเชิงอธิบาย (Explanation Research)

ซึ่งการใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มี 2 ประเภท คือ แบบสอบถามปลายปิด (Close-ended Questionnaire) แบบสอบถามปลายเปิด (Open-ended-Questionnaire) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2538)

2. การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งมีการรวบรวมข้อมูลหลายวิธีดังนี้

2.1 การสัมภาษณ์ (interview) เป็นวิธีการที่นำมาใช้รวบรวมข้อมูลอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะ การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการผู้สัมภาษณ์และผู้ให้สัมภาษณ์เผชิญหน้าและมีปฏิสัมพันธ์กัน การสัมภาษณ์จำเป็นต้องใช้ศิลปะและทักษะการสัมภาษณ์ จึงควรได้รับการอบรมทักษะการสัมภาษณ์ และ ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นที่สัมภาษณ์ กำหนดแนวทางปฏิบัติและฝึกซ้อมวิธีการสัมภาษณ์ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) ในขณะที่ ชีรพงษ์ แก้วนางษ์ (2546) กล่าวว่า การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการสื่อสารสองทาง (two-way communication) มีการสนทนากันระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์และผู้สัมภาษณ์ เป็นการถามตอบกันโดยตรง หากมีข้อสงสัยไม่เข้าใจสามารถถามซ้ำและทำความเข้าใจจนชัดเจนได้ทันที เพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้ถามและผู้ตอบ การสัมภาษณ์ อาจแบ่งการสัมภาษณ์ที่สำคัญๆ เป็นประเภทต่างๆ ได้ดังนี้

2.1.1 การสัมภาษณ์รายบุคคล (individual interviews) ซึ่ง ชีรพงษ์ แก้วนางษ์ (2546) กล่าวว่า การสัมภาษณ์รายบุคคลเป็นการสัมภาษณ์ที่นิยมใช้มากที่สุด โดยสัมภาษณ์ทีละคน การสัมภาษณ์แบบนี้จะมีความเป็นอิสระและมีความเป็นส่วนตัวมาก ในขณะที่ กรแก้ว จันทรภาษา (2554) กล่าวว่า การสัมภาษณ์รายบุคคลเป็นการพูดคุยระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์ และผู้ถูกสัมภาษณ์ เป็นการถามโดยการเปิดโอกาสให้อธิบาย และถามถึงเหตุผลเกี่ยวกับพฤติกรรม เจตคติ ความต้องการ ความเชื่อ ค่านิยม บุคลิกภาพลักษณะต่างๆ นอกจากนี้ บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2547) กล่าวว่า การสัมภาษณ์รายบุคคลเป็นการสัมภาษณ์บุคคลที่เป็นผู้รู้ และมีประสบการณ์ในประเด็นที่สัมภาษณ์ สามารถให้รายละเอียดข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงโดยผู้สัมภาษณ์ต้องมีแนวคำถามเพื่อให้อยู่ในขอบข่ายตามประเด็นที่ศึกษา สำหรับเวลาในการสัมภาษณ์ที่เหมาะสม รวมทั้งการสำรวจความเห็นตามหัวข้อการวิจัย มักอยู่ระหว่าง หนึ่งถึงสามชั่วโมง แต่ในความเป็นจริงนักวิจัยบางคนเชื่อว่าการสัมภาษณ์ไม่ควรใช้เวลาเกิน 2 ชั่วโมง (Healy & Perry อ้างใน อภิสิตธิ์ ฉัตรทนานนท์, 2552) เช่นเดียวกับ โฟฟาม (Popham อ้างใน ราตรี โชติคพงษ์, 2552) กล่าวว่า การดำเนินการสัมภาษณ์เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง ในขณะที่ มาลโฮตรา (Malhotra อ้างใน อภิสิตธิ์ ฉัตรทนานนท์, 2552) กล่าวว่า โดยทั่วไปควรใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 1.5-2 ชั่วโมงการเลือกสถานที่ในการจัดการสนทนาควรเป็นสถานที่ซึ่งมีสภาพแวดล้อมของห้องที่ใช้ควรจะเงียบสงบหรือไม่ถูกรบกวนจนก่อให้เกิดความรำคาญ เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นกันเองในการพูดคุยกัน (Healy & Perry; Kinnear & Taylor อ้างใน อภิสิตธิ์ ฉัตรทนานนท์, 2552)

2.1.2 การสัมภาษณ์กลุ่ม (group interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่ผู้ให้สัมภาษณ์พร้อมกันในเวลาเดียวกันครั้งละหลาย ๆ คน อาจเป็นกลุ่มใหญ่หรือกลุ่มเล็กก็ได้ทุกคนตอบคำถามเดียวกันหมด ฉะนั้นคำตอบของผู้ให้สัมภาษณ์บางคนจึงอาจถูกชักนำจากคำตอบของผู้ให้สัมภาษณ์คนอื่นได้ เน้นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ร่วมสนทนากันเองในประเด็นที่นักวิจัยนำเสนอเข้าในกลุ่ม เป็นวิธีการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ซึ่งทำกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลในประเด็นที่เจาะจง มีการดำเนินการโดยผู้สัมภาษณ์เก็บรวบรวมข้อมูล มีสมาชิกกลุ่มที่เข้าร่วมสัมภาษณ์อยู่ประมาณ 6-12 คน ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงแต่ไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง

การสัมภาษณ์สามารถจำแนกเป็น 2 แบบ คือ 1) การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) เป็นการสัมภาษณ์ตามรายการคำถามซึ่งได้จัดเรียงลำดับคำถามไว้แล้ว แต่อาจจะปรับคำพูดหรือสำนวนถ้อยคำตามความเหมาะสมกับผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละบุคคล โดยยังคงความหมายเดิมไว้ทุกประการ การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างอาจใช้คำถามปลายปิดหรือปลายเปิดหรืออาจผสมผสานทั้งสองแบบก็ได้ 2) การสัมภาษณ์โดยไม่มีโครงสร้าง (unstructured interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่ผู้สัมภาษณ์ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระคำถามที่ใช้เป็นคำถามกว้างๆ และมีความยืดหยุ่นสูง สามารถปรับเปลี่ยนคำถามได้ตามความเหมาะสม (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

2.2 การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) หมายถึงวิธีการเก็บข้อมูลที่เน้นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ร่วมสนทนากันเองในประเด็นที่นักวิจัยนำเสนอเข้าในกลุ่ม การสนทนาจึงมีลักษณะของการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกันอย่างกว้างขวางและเป็นอิสระทางความคิดของผู้ร่วมสนทนา ซึ่งถือเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในงานวิจัย โดยมิ้นนักวิจัยเป็นผู้ตั้งประเด็น กระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันให้มากที่สุดคอยสังเกตปฏิกิริยาของคนในกลุ่มต่อประเด็นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รับฟังและซักถามเพื่อความกระจ่างและบันทึกการสนทนาไว้เพื่อการวิเคราะห์ต่อไป (หรรษา เศรษฐบุปผา, 2552)

ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาควรมีจำนวน 6-12 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีข้อมูลมีประสบการณ์ในประเด็นที่กำลังศึกษาและเป็นผู้ที่ชอบหรือยินดีในการพูดคุยในกลุ่ม ขณะที่สนทนากลุ่มจะมีผู้บันทึกการสนทนากลุ่ม (Note taker) โดยบันทึกคำสนทนาอย่างละเอียด บันทึกบรรยากาศระหว่างการสนทนากลุ่ม บันทึกพฤติกรรมและสีหน้าท่าทางของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม นอกจากนี้มีผู้คอยให้บริการ (Provider) 1-2 คนตามความเหมาะสมของสถานการณ์และการดำเนินการสนทนากลุ่มจะดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพได้ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderator) ต้องมีความเข้าใจเรื่องพลวัตกลุ่ม (Group Dynamic) มีทักษะในการจุดประเด็น จับประเด็น กระตุ้นการสนทนาซักถาม

และใช้คำพูดภาษาที่ชัดเจน สร้างความรู้สึกลึกซึ้งจนคลายได้ดี จะช่วยให้กลุ่มสามารถดำเนินไปอย่างราบรื่น (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2548)

2.3 การสังเกต (Observation) เป็นการเฝ้าดูหรือศึกษาเหตุการณ์โดยละเอียด โดยใช้ประสาทสัมผัสหลายอย่างพร้อมๆ กัน เช่น ตาหู ฟัง ถ้าสิ่งนั้นสัมผัสได้ก็ต้องสัมผัส ในการสังเกตนั้นจะกระทำไปควบคู่กับการจดบันทึก หรือบันทึกภาคสนาม (Fieldnote) การสนทนา การสัมภาษณ์ เพื่อได้ข้อมูลรอบด้าน สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อหาความหมายและอธิบายเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ ในปรากฏการณ์ที่ศึกษา (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2548) การสังเกตในงานวิจัยเชิงคุณภาพแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

2.3.1 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation Observation) เป็นวิธีการสังเกตที่ผู้วิจัยได้เข้าไปใช้ชีวิตร่วมกับบุคคล ชุมชนที่ศึกษา มีกิจกรรมร่วมกับผู้คนในชุมชนจนเกิดการยอมรับว่านักวิจัยเป็นสมาชิกคนหนึ่งในชุมชนนั้นๆ นักวิจัยเฝ้าสังเกตการณ์ใช้ชีวิตประจำวัน และกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนหรือสังคมนั้นๆ โดยที่ผู้ถูกสังเกตไม่รู้สึกว่าตนเองถูกเฝ้าดูจึงมีพฤติกรรมที่เป็นธรรมชาติ (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2548)

2.3.2 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non Participation Observation) เป็นการสังเกตในลักษณะที่ผู้วิจัยทำการสังเกตโดยไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ กับกลุ่มตัวอย่างโดยสังเกตอยู่ห่างๆ ซึ่งอาจสังเกตโดยให้ผู้ถูกสังเกตรู้ตัวหรือไม่ให้ผู้สังเกตรู้ตัวก็ได้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550)

การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในชุมชนตำบลศรีเมืองชุมในการศึกษารุ่นนี้ผู้ศึกษาได้ใช้รูปแบบการวิเคราะห์สถานการณ์ในองค์กรหรือในสถานการณ์หนึ่งๆ โดยทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์สำหรับบุคลากรที่มสุขภาพ และแนวทางการสนทนากลุ่มสำหรับผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรของตำบลศรีเมืองชุม ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแบบบันทึกทางการแพทย์การดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นขณะทำการศึกษา

แนวทางการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์ มีการใช้แนวทางกำหนดการศึกษาได้หลายรูปแบบ ได้แก่

1. การใช้เกณฑ์หรือมาตรฐานกลางของหน่วยงานดังการศึกษาของ เพชรไสว ลิ้มตระกูล, พันิชฐา พานิชานิชกุล, อัมพร เจริญชัย, และ ประสพสุข ศรีแสนปาง (2545) เรื่อง การวิเคราะห์สถานการณ์

ควบคุมวัณโรคด้วยกลวิธีตามระบบ DOTS เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ อุปสรรคและวิธีการแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานควบคุมวัณโรค รวมทั้งศึกษาประสิทธิผลในการรักษาและติดตามผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ โดยใช้เกณฑ์การดำเนินงานควบคุมวัณโรคด้านการรักษาด้วยระบบ DOTS ของ กระทรวงสาธารณสุข (2547) ผลการศึกษาพบว่า การค้นหาผู้ป่วยและการจัดคลินิกวัณโรค ยังเป็นการตั้งรับสะท้อนถึงการดำเนินงานที่ไม่ครอบคลุมทุกมิติของการป้องกันโรค ไม่มีผู้รับผิดชอบงานโดยตรง เจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินงาน การลงบันทึกข้อมูลมีความยุ่งยาก ใช้เวลานาน การลงทะเบียนไม่ครบถ้วน การประสานงานระหว่างหน่วยงานและระบบส่งต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคไม่ชัดเจน การเลือกพี่เลี้ยงส่วนใหญ่จะเลือกญาติผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง การนิเทศงานมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน ประสิทธิภาพการรักษาและติดตามผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อรายใหม่ยังต่ำกว่ามาตรฐาน จากข้อมูล การวิเคราะห์สถานการณ์ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะให้มีการพัฒนาบุคลากรให้เข้าใจหลักการแนวคิด และแนวปฏิบัติ การดำเนินงานตามระบบ DOTS การปรับปรุงระบบข้อมูล การลงบันทึกและการพัฒนาวิธีการให้ความรู้เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่พี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยาที่เหมาะสมซึ่งอาจจะเป็นญาติหรือตัวผู้ป่วยเอง

และจากการศึกษาของ เพชรวรรณ พิงรัสมิ และคณะ (2550) เรื่อง การปฏิรูประบบบริการสุขภาพกับงานควบคุมวัณโรคในภาคใต้ตอนล่าง: การวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนา รูปแบบ เป็นการศึกษาเพื่อทบทวนการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในภาคใต้ตอนล่างและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิรูปต่างๆที่มีผลต่อระบบบริการสุขภาพและเพื่อเสนอรูปแบบคุณภาพของงานวัณโรค โดยใช้เกณฑ์ผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของกระทรวงสาธารณสุข เปรียบเทียบก่อน-หลังการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ในช่วงการปฏิรูประบบสุขภาพ ความสำคัญของงานวัณโรคยังไม่เกิดแนวทางในทางปฏิบัติ ความสำคัญของงานวัณโรคตกต่ำลง เนื่องจากผู้บริหารให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพและการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคมีภาระงานเพิ่มขึ้น งบประมาณบางส่วนในการดำเนินงานวัณโรคไม่ได้นำมาใช้ ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะว่าควรมีการพัฒนาให้เกิดระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศ เน้นการเชื่อมโยงข้อมูลจากหน่วยบริการเพื่อลดภาระการรายงาน กำหนดให้งานควบคุมวัณโรคเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในระบบการนิเทศงานผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

2. การใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎี เป็นตัวกำหนด เช่น กรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เช่น การศึกษาของ ณีภูธร พันแพง (2552) ผลการศึกษาพบว่า ด้านโครงสร้างยังไม่มีสถานที่เป็นสัดส่วน เฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าไม่เพียงพอ การ

สนับสนุนงบประมาณและ อัตรากำลังไม่เพียงพอ บุคลากรขาดการทำงานเป็นทีม และขาดความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า นโยบายและแผนงานไม่ชัดเจน ด้านกระบวนการ พบว่า ไม่มีการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในการคัดกรอง และบุคลากรไม่มีความมั่นใจใน กระบวนการให้คำปรึกษา และไม่มีโครงการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ด้านผลลัพธ์พบว่า การบันทึกเวชระเบียนยังไม่สมบูรณ์ และผู้ป่วย ผู้ดูแล และแกนนำชุมชนไม่มื ความรู้ในเรื่องการรับประทายาต้านซึมเศร้า อัตราการกลับเป็นซ้ำ และการพยายามฆ่าตัวตายสูง และผู้ป่วยบางคนไม่ยอมดูแลตนเองเนื่องจากไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และจากการศึกษาของ ราตรี โชติกพงษ์ (2552) เรื่อง การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์โดยใช้กรอบแนวคิดของ โคนาปีเดียน ผลการศึกษา พบว่า ด้านโครงสร้าง มีทรัพยากรวัสดุและงบประมาณไม่เพียงพอ ไม่มีสถานที่เป็นสัดส่วน สำหรับ ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ด้านทรัพยากรบุคคลมีเพียงพอแต่ขาดการทำงานเป็นทีมบุคลากร มีภาระงานมาก รวมทั้งขาดองค์ความรู้ ทักษะ ทักษะ และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ด้านโครงสร้างการดำเนินงานไม่ชัดเจน ในด้านขบวนการพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ไม่มีการประเมิน และคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และไม่ได้ให้คำปรึกษาจนครบขบวนการ บุคลากร ขาดการติดตามและการให้ข้อมูลที่เพียงพอ การบันทึกเวชระเบียนยังไม่สมบูรณ์ แกนนำชุมชนส่วนใหญ่ ดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง ด้านผลลัพธ์พบว่า อัตราการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่ำ อัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูง อัตราการติดตามต่ำ ผู้ป่วย และญาติ แกนนำชุมชนขาดความรู้ใน เรื่องการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและการใช้ยาต้านเศร้า

และจากการศึกษาของ จูติยา ศรีตะพันธ์ (2553) เรื่อง การวิเคราะห์สถานการณ์การ จัดการในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการปฏิบัติการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยสูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่โดยใช้กระบวนการจัดการของ มาริเนอร์ ทอมมี (Marriner-Tomey, 1992, อ้างใน ราตรี โชติกพงษ์, 2552) ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านต่างๆ พบว่า

- 1) ด้านการวางแผน นโยบายชัดเจนแต่มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมจากทุกระดับของการวางแผน
- 2) ด้านการจัดองค์กร มีการมอบหมายงานแต่ไม่มีการกำหนดขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน
- 3) ด้านการจัดบุคลากร มีการคัดเลือกและมอบหมายงานแต่ยังไม่เพียงพอ
- 4) ด้านการอำนวยความสะดวกมีการสื่อสารนโยบายและแผนงานไปในช่องทางต่างๆแต่แรงจูงใจยังไม่ดีพอ
- 5) ด้านการควบคุมมีการประเมินผลที่เน้นผลลัพธ์มากกว่ากระบวนการแต่กลับพบว่ามีการนำไปใช้น้อย

3. การวิเคราะห์สถานการณ์การบริการสุขภาพและพัฒนาคุณภาพบริการ โดยใช้แนวคิด ด้านอื่นร่วมกับทฤษฎีของ โคนาปีเดียน ดังการศึกษาของ เพ็ชรรัตน์ แดงน้อย (2552) เรื่อง การพัฒนา คุณภาพบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

จังหวัดมหาสารคามใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของนิโคลซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้และทักษะที่ดีที่สุด ผลการศึกษาพบว่า การบริการเยี่ยมบ้านของผู้ให้บริการเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านยังไม่ชัดเจน ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญ ไม่มีแนวทางการให้บริการที่เป็นมาตรฐาน ในส่วนของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก พบว่าไม่ทราบประเภทอาหาร การจำกัดปริมาณอาหารและ ต้องการคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่

กรอบแนวคิดในการศึกษา

อุบัติเหตุ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความประมาท เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจและไม่คาดฝันมาก่อน ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ เสียชีวิต หรือความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้บาดเจ็บได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ ลดความสูญเสียและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น จำเป็นต้องมีการดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งในการดำเนินการดังกล่าวต้องมีองค์ประกอบหลายด้าน ได้แก่ การประสานงานและอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นควรมีการวิเคราะห์สถานการณ์ในการดำเนินงานดังกล่าวเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาแนวทางของการดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในชุมชน ให้ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลที่รวดเร็ว มีคุณภาพลดการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรได้ในที่สุด ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะใช้กรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ด้านโครงสร้าง หมายถึง ปัจจัยหรือทรัพยากรที่สนับสนุนการดำเนินงานประกอบด้วย 1) ลักษณะองค์กร ได้แก่ นโยบาย การบริหารจัดการองค์กร และการจัดทำแผน 2) บุคคล ได้แก่ จำนวน ประเภท บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้บาดเจ็บ 3) เครื่องมือ ได้แก่ วัสดุ ครุภัณฑ์ สถานที่ คู่มือแนวทางปฏิบัติ แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลผู้บาดเจ็บ ด้านกระบวนการ หมายถึง กิจกรรมของการดูแลผู้บาดเจ็บของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) การทำข้อตกลงร่วมกัน 2) การจัดทำแนวทางร่วมกัน 3) การปฏิบัติตามขั้นตอนการดูแลผู้บาดเจ็บตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ด้านผลลัพธ์ หมายถึง สถานะสุขภาพของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรหลังได้รับการดูแล และความพึงพอใจของบริการและการดูแลที่เคยได้รับ