

อภินันทนาการ



แนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

สำนักหอสมุด



จันทิมา นวะมะวัฒน์

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยนเรศวร
วันลงทะเบียน.....-5 พ.ย. 2557
เลขทะเบียน.....1667110x
เลขเรียกหนังสือ.....ป AG

591
จ 2556
2557

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์

กรกฎาคม 2557

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “แนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม”

ของ นางจันทิมา นวมะวัฒน์

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์)

.....ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

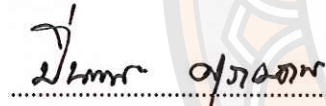
(ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์)

.....กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน)

.....กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(ดร.ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(ดร.ปิ่นททัย ศุภเมธภาพร)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(แพทย์หญิงนันทา อ่วมกุล)

อนุมัติ



(ศาสตราจารย์ ดร.รัตนะ บัวสนธ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

๒๒ กรกฎาคม ๒๕๕๗

ประกาศคุณูปการ

การศึกษาคครั้งนี้สำเร็จได้เพราะได้รับความอนุเคราะห์ด้านวิชาการ แนวคิด การเรียนรู้ และโอกาสจากบุคคลหลายฝ่าย โดยเฉพาะคณะกรรมการที่ปรึกษา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงในความกรุณาของ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ ประธานกรรมการที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และดร.ศิริไลซ์ วรรณตวิจิตร กรรมการที่ปรึกษา ผู้ให้แนวคิด คำปรึกษา คำแนะนำ ตลอดถึงกำลังใจ และแบบอย่างในการเป็นอาจารย์ เป็นนักวิชาการที่ดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และขอบพระคุณที่ท่านได้ให้คำปรึกษา แก้ไข ปรับปรุงพัฒนาคุณภาพนิพนธ์ ตลอดระยะเวลาในการศึกษา

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มผู้ป่วย อสม. และผู้นำชุมชนที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณะอาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ กระทรวงสาธารณสุขที่ให้ทุนการศึกษา และให้โอกาสในการศึกษาคครั้งนี้ สุดท้ายขอขอบคุณบุคคลอันเป็นที่รัก และเคารพของผู้วิจัย ที่สนับสนุนในการศึกษาตลอดมา

คุณค่า และประโยชน์จากคุณภาพนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้กับวงการสาธารณสุข และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นองค์ความรู้ และแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

จันทิมา นวะมะวัฒน์

ชื่อเรื่อง	แนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม
ผู้วิจัย	จันทิมา นวะมะวัฒน์
ประธานที่ปรึกษา	ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์
กรรมการที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน ดร.ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ด. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2556
คำสำคัญ	การเข้าถึงบริการภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยสูติกรรม

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมและพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมวิธีการศึกษาชนิดผสมผสานวิธี ทั้งวิธีวิจัยเชิงปริมาณ และวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะแรกเป็นศึกษาภาคตัดขวางเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อในมุมมองของผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 380 คนคัดเลือกโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น เก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปรโดยใช้สถิติ χ^2 test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.25$ และหาอิทธิพลของตัวแปรโดยใช้สถิติ Multiple logistic regression analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ระยะที่สองเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาสภาพการจัดบริการของสถานบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ในมุมมองของผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการสรุปเนื้อหา และระยะสุดท้ายเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการเข้าถึงบริการส่งต่อตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสถานบริการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเจาะจง และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการสรุปเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม คือ โรคที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยผู้ที่ป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินก่อนคลอดมีโอกาเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 4.08 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินขณะคลอดและหลังคลอดเตรียมเงินและข้าวของเครื่องใช้สำหรับการตั้งครรภ์และการคลอด โดยผู้ป่วยที่ไม่มีการเตรียมพร้อมมีโอกาเข้าถึงบริการส่งต่อทันเวลาเป็น 8.33 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้เตรียมการรับรู้ระยะเวลาบริการของสถานบริการสาธารณสุข โดยผู้ป่วยที่รับรู้มีโอกาเข้าถึงบริการส่งต่อทันเวลาเป็น 2.56 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่รับรู้ ระดับการศึกษาหัวหน้าครอบครัวผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีหัวหน้าครอบครัวที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีโอกาเข้าถึงบริการส่งต่อทันเวลาเป็น 2.69 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีหัวหน้าครอบครัวมีระดับการศึกษาต่ำกว่า ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย โดยผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีโอกาเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 4.26 เท่า ของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล และชุมชนมีแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีแหล่งประโยชน์ มีโอกาเข้าถึงบริการส่งต่ออย่างทันเวลาเป็น 6.67 เท่า ของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ไม่มีแหล่งประโยชน์ ผลการศึกษาด้านการจัดการจัดบริการ พบว่า องค์ประกอบหลักของการจัดบริการเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมสามารถเข้ามาใช้บริการได้ทันเวลานั้น ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การจัดโครงสร้างองค์กร ลักษณะจุดเดียวเบ็ดเสร็จ การจัดโครงสร้างหน้าที่มีการมอบหมายงานชัดเจน การจัดบริการที่มีความพร้อมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ และการจัดการข้อมูลในการให้บริการและการส่งต่อ ผลการศึกษา การกำหนดแนวทางการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมนั้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนของผู้ดำเนินการ ประกอบด้วย ผู้ป่วย ครอบครัว หน่วยกู้ชีพประจำตำบล ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รพ.สต และรพช. โดยมีศูนย์ประสานงานเครือข่ายองค์กรทำหน้าที่วางแผนการพัฒนา กำกับ และติดตามการดำเนินงาน และส่วนของการดำเนินงาน มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานโดยครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกระดับ ตั้งแต่ผู้ป่วยจนถึงสถานบริการสาธารณสุข ในการทำหน้าที่เสริมสร้าง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเข้าถึงบริการได้ทันเวลา

แนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมควรมุ่งเน้นการดำเนินงานเป็นเครือข่าย โดยที่การมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการสาธารณสุขด้านการจัดบริการ และการเป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาศักยภาพองค์กรเครือข่าย ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญของการดำเนินงานที่ทำให้มีประสิทธิผล หน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน ควรนำผลการวิจัยนี้ไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินให้เข้าถึงบริการได้ทันเวลาต่อไป

Title	GUIDELINES FOR DEVELOPMENT OF ACCESS TO REFERRAL SERVICES FOR EMERGENCY OBSTETRIC PATIENTS
Author	Juntima Nawamawat
Advisor	Pramote Wongsawat , Ph.D.
Co - Advisor	Associate Professor Narongsak Noosorn, Ph.D. Civilaiz Waratwichit, Dr.P.H.
Academic Paper	Thesis Dr.P.H. in Public Health, Naresuan University, 2013
Keywords	Guidelines, Accessibility, Emergency Obstetric patient

ABSTRACT

The aim of this research was to evaluate the factors affecting access to referral services among emergency obstetric patients and to design guidelines for development of such access. A mixed method research design was employed, using both quantitative and qualitative research. The research process was divided into 3 phases: phase I, in which a cross sectional study was conducted in community hospitals among 380 emergency obstetric patients referred from either sub district health centers or from their homes to the community hospitals. Stratified random sampling was performed to select samples. Questionnaires and medical records were conducted to collect data. Descriptive statistics, chi square test and multiple logistic regression analysis were performed to analyze data. In phase II, focus group discussions were conducted to accumulate characteristics of the services in primary and secondary health care facilities. In the last phase, focus group discussions were performed to design guidelines for the development of access to emergency obstetric care. We performed purposive sampling, and then analyzed data with content analysis in phase II and III.

The following results were found: 1) factors affecting access to emergency obstetric referral services were current emergency disease as well as patients who had an emergency obstetric complication during ante partum period had timely access to emergency obstetric care 4.08 times more often than patients who had an emergency obstetric complication during labour or post partum period; 2) available money and prepared

accessories for pregnancy and child birth care as well as the patients who did not prepare had timely access to emergency obstetric care 8.33 times more often than patients prepared; 3) Patients knowing the working hours of emergency care services had timely access to emergency obstetric care 2.56 times more often than patients who had no knowledge of the working hours; 4) family's leader education level as well as the family leader's education level which was above primary school had timely access to emergency obstetric care 2.69 times more often than those who had not; 5) municipal place of residence as well as patients who had lived in inner municipality area had timely access to emergency obstetric care 4.26 times more often than patients who had lived in outer municipality areas; 6) community resources for caring and supporting emergency obstetric care as well as patients who had lived in rich health resource communities had timely access to emergency obstetric care 6.67 times more often than patients had not lived in those. The characteristics of services in health facilities were: performing their services as one stop services, good job description and assignment, availability and responsiveness to the client's needs, services and data management. The guidelines for development of access to emergency obstetric care² categories are as follow. The first are actors as patients, families, sub-district first responders, communities' leaders, sub-district administrative organization, sub-district health centers and district hospitals. The network coordinating center mandated planning for development and monitoring network's activities. The last were procedures for promoting and supporting timely access to emergency care of emergency obstetric patients from the home to health facilities.

In summary, the guidelines for development of access to referral services among emergency obstetric patients focused on network performing. The key factors to success in performance through guidelines were community participation and health facilities performance in service providing and network capacity building. Furthermore, emergency care providers should apply these results for achieved timely access among emergency patients.

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
จุดมุ่งหมายของการศึกษา.....	6
สมมติฐานของการวิจัย.....	6
ขอบเขตของงานวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
ระบบสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพ.....	10
ระบบส่งต่อในภาวะฉุกเฉิน.....	31
การเข้าถึงบริการสุขภาพ.....	44
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน.....	53
กรอบแนวคิดของการวิจัย (Conceptual framework).....	59
3 วิธีดำเนินงานวิจัย.....	61
ระยะที่ 1 ระยะเวลาศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของการเข้าถึงบริการ ส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินฉุกเฉิน.....	63
ระยะที่ 2 ระยะเวลาศึกษาสภาพการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน ทางฉุกเฉิน ของสถานบริการสาธารณสุข.....	68
ระยะที่ 3 ระยะเวลากำหนดแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มี ภาวะฉุกเฉิน ทางฉุกเฉิน.....	77
จริยธรรมและจรรยาบรรณในการวิจัย.....	87

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	89
ตอนที่ 1 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม.....	89
ตอนที่ 2 ผลการศึกษาศาภาพการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ของสถานบริการสาธารณสุข.....	123
ตอนที่ 3 ผลการกำหนดแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม.....	147
5 บทสรุป.....	161
สรุปผลการวิจัย.....	161
อภิปรายผล.....	172
ข้อเสนอแนะ.....	178
บรรณานุกรม.....	179
ภาคผนวก.....	192
ประวัติผู้วิจัย.....	209

สารบัญตาราง

ตาราง

หน้า

1	แสดงอัตราตายของมารดา และอัตราตายของทารกต่อเด็กเกิดมีชีวิต 100,000 ราย พ.ศ. 2556 จำแนกรายภาค.....	21
2	แสดงอัตราตายของมารดา: เด็กเกิดมีชีวิต 100,000 รายพื้นที่สาธารณสุข เขต18 ปีงบประมาณ 2552 – 2556.....	22
3	แสดงอัตราตายปริกำเนิดต่อ 1,000 ราย การเกิดทั้งหมดเขตตรวจราชการที่ 18 ปีงบประมาณ 2547 – 2552.....	23
4	แสดงตัวชี้วัดของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมขั้นต่ำที่ยอมรับได้...	27
5	แสดงตัวชี้วัดที่เฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม.....	28
6	แสดงตัวชี้วัดในการกำหนดศักยภาพการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินทั้งการดูแล ผู้ป่วยสูติกรรม.....	29
7	แสดงค่าประมาณของช่วงเวลาที่เหมาะสมจากระยะเวลาเริ่มต้นของการเกิดอาการ จนถึงเสียชีวิตเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมในกรณีที่ไม่ได้รับ การรักษา.....	30
8	แสดงขั้นตอนการศึกษา.....	62
9	แสดงการคำนวณขนาดตัวอย่าง.....	64
10	แสดงรายละเอียดคุณลักษณะรายบุคคลของผู้ให้ข้อมูลของการศึกษาระยะที่ 2.....	69
11	แสดงรายละเอียดคุณลักษณะรายบุคคลของผู้ให้ข้อมูลของการศึกษาระยะที่ 3.....	80
12	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำ และค่าสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตามคุณลักษณะ ส่วนบุคคล.....	90
13	แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตาม ประวัติการตั้งครรภ์ และการเจ็บป่วย.....	92
14	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำ และค่าสูง ของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตามลักษณะ การเจ็บป่วยฉุกเฉิน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล.....	94

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
15 แสดงจำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตาม หลักประกันสุขภาพ.....	95
16 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำ และค่าสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตาม การรับรู้ เกี่ยวกับสุขภาพ ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม และความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย.....	96
17 แสดงจำนวน และ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตาม การเตรียมพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ และการคลอด อันนาจากการตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมในชุมชน.....	97
18 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำ และค่าสูง ของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตามการจัด บริการสุขภาพ.....	99
19 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตาม การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน.....	100
20 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำ และค่าสูง ของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตาม การสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน.....	101
21 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำ และค่าสูง ของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตาม อุปสรรคทางด้านกายภาพในการเข้ามาใช้บริการ.....	104
22 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำ และค่าสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตาม การเข้าถึงบริการส่งต่อ.....	106

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
23 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล กับการเข้าถึงบริการ ของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง สองตัวแปร (Bivariate analysis).....	108
24 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการตั้งครรภ์ และการเจ็บป่วยกับการเข้าถึง บริการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างสองตัวแปร (Bivariate analysis).....	109
25 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข่าวสารสุขภาพ ความรู้ และความวิตกกังวล ต่อการเจ็บป่วย กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร (Bivariate analysis).....	111
26 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมพร้อมสำหรับตั้งครรภ์ และการคลอด อันอาจการตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมในชุมชนกับการเข้าถึงบริการของ ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง สองตัวแปร (Bivariate analysis).....	112
27 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการจัดบริการสุขภาพ กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร (Bivariate analysis).....	113
28 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากชุมชน กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร (Bivariate analysis).....	114
29 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ ฉุกเฉินทางสูติกรรม กับการเข้าถึงบริการ: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง สองตัวแปร (Bivariate analysis).....	115
30 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอุปสรรคทางด้านกายภาพ กับการเข้าถึงบริการ ของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง สองตัวแปร (Bivariate analysis).....	117

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง

หน้า

31	แสดงสรุปปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.25$:การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร (Bivariate analysis).....	118
32	แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม: การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลแบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis).....	122
33	แสดงสภาพการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมของสถานบริการ...	142
34	แสดงการสรุปแนวทางการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม.....	155

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ (The six building blocks of WHO health system framework).....	12
2 ภาพลักษณ์และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพพอเพียง.....	14
3 การจัดบริการสุขภาพของไทย แบ่งตามระดับการให้บริการ (Level of care).....	15
4 โครงสร้างการจัดบริการสุขภาพของประเทศไทย.....	18
5 ตัวชี้วัดหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยสุติกรรมที่มีภาวะแทรกซ้อนขั้นพื้นฐาน และขั้นสูง.....	26
6 โครงสร้างระบบการแพทย์ฉุกเฉิน.....	31
7 โครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน.....	32
8 โครงสร้างระบบส่งต่อ.....	36
9 การส่งต่อและส่งกลับระหว่างสถานบริการสาธารณสุข.....	40
10 รูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพส่วนบุคคล.....	46
11 รูปแบบการให้บริการสุขภาพ.....	48
12 กรอบการศึกษาการเข้าถึงบริการ.....	49
13 การเข้าถึงบริการคือความพอดีระหว่างทรัพยากร ความจำเป็นและความต้องการ.....	50
14 สัดส่วนการเข้ามารับบริการของประชาชนในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ ระหว่างปีพ.ศ. 2546 – 2549.....	52
15 กรอบแนวคิดของการวิจัย (Conceptual framework) การศึกษาระยะที่ 1.....	60
16 ปัจจัยหลักที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ.....	149
17 แสดงเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการส่งต่อ ของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสุติกรรม.....	150
18 โครงสร้างเครือข่ายการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสุติกรรม.....	152

อักษรย่อ

รพช.	=	โรงพยาบาลชุมชน
รพ.สต.	=	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
อสม.	=	อาสาสมัครสาธารณสุข
OTOS	=	One tambon one search and rescue หรือหน่วยกู้ชีพประจำตำบล



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

สุขภาพของมารดาและเด็ก ถือเป็นดัชนีชี้วัดผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพที่สำคัญ จากสถิติทุกประเทศทั่วโลก พบว่า ทุกวันจะมีเด็กเสียชีวิต 22,000 คน หรือเกือบ 1,000 คนต่อชั่วโมง ในส่วนของมารดาพบว่าในทุกๆ วันจะมีมารดาเสียชีวิตถึง 1,000 คน โดยมีสาเหตุมาจากภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ และการคลอด รวมถึงการตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อ ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ และการแท้งที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งอัตราการนี้พบมากในประเทศกำลังพัฒนามากกว่าประเทศพัฒนาแล้วถึง 14 เท่า ประเทศไทยก็เป็นหนึ่งในประเทศสมาชิกที่กำลังพัฒนา (WHO, 2014, p.2) และมีปัญหาดังกล่าวเช่นเดียวกันและส่วนใหญ่ปัญหาจะเกิดในพื้นที่ห่างไกล หากสามารถเข้าถึงระบบส่งต่อ (Referral system) เพื่อเข้าการดูแลสุขภาพในสถานบริการสุขภาพได้จะสามารถลดการเสียชีวิตของมารดา และเด็กได้

จากข้อมูลสถิติในปี พ.ศ. 2554 พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการตายของมารดาเป็นอันดับ 7 ของกลุ่มประเทศอาเซียน คิดเป็น 48 คนต่อเด็กเกิดมีชีวิต 100,000 คน (WHO, 2013) โดยพื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตของมารดามากที่สุดคือพื้นที่ภาคเหนือ และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2551 คิดเป็น 24.4, 28.1 และ 31.2 คน ต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 คน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้คือไม่เกิน 18 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 100,000 คน (องค์การสหประชาชาติในประเทศไทย, 2554) และในปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยมีอัตรามารดาตาย 17.6 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 100,000 คน ภาคเหนือมีอัตราการตายมารดาเป็นอันดับสองของประเทศรองจากภาคใต้ คิดเป็นอัตรา 15.5 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 100,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2556) ในระดับพื้นที่เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 18 ครอบคลุมพื้นที่เป้าหมายจังหวัดกำแพงเพชร ชัยนาท นครสวรรค์ พิจิตร และอุทัยธานี อัตราตายนางมารดาแนวโน้มยังไม่แน่นอน แต่สถิติยังสูงกว่าเป้าหมายแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ที่กำหนดไว้ไม่เกิน 18 คน เด็กเกิดมีชีวิต 100,000 คน โดยระหว่างปี พ.ศ. 2552 - 2556 พบว่า อัตราตายนางมารดาเท่ากับ 24.2, 20.5, 4.2, 35.3 และ 19.4 คนต่อเด็กเกิดมีชีวิต 100,000 คน ลำดับ (ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์, 2557) เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของมารดาในประเทศไทย พบว่า สาเหตุหลักของการเสียชีวิตมาจากสาเหตุทางตรง (Direct causes) ร้อยละ 54 และสาเหตุทางอ้อม (Indirect causes) ร้อยละ 46 โดยสาเหตุทางตรงที่ทำให้มารดาเสียชีวิต ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะ

ตั้งครรภ์ ร้อยละ 31 ภาวะตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อหลังคลอด และการคลิตติดขัด หรือการคลอดยาวนาน มีสัดส่วนเท่ากับร้อยละ 4 และสาเหตุอื่นๆ อีกร้อยละ 11 ส่วนสาเหตุทางอ้อมที่พบส่วนใหญ่เนื่องมาจากภาวะช็อค โรคประจำตัวอื่นๆ เป็นต้น แนวทางในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องรักษาโดยการให้ยาที่เฉพาะเจาะจงกับโรค การดูแลอย่างใกล้ชิดขณะคลอด และการวางแผนครอบครัว ซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยนี้จะต้องดำเนินการในสถานบริการเท่านั้น ฉะนั้นเมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมฉุกเฉิน จึงจำเป็นต้องเข้ารับบริการในสถานบริการอย่างทันท่วงที

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จนเกิดการสูญเสียชีวิต ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถป้องกันได้หากได้รับการดูแลอย่างมีทักษะในขณะคลอด และเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินที่เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิต (WHO, 2009) โดยเฉพาะการบริการด้านอนามัยแม่และเด็กที่เน้นการป้องกันโรค และการป้องกันการเสียชีวิตของมารดาอย่างเต็มรูปแบบ และมีประสิทธิภาพ จะสามารถลดอัตราการตายของมารดาได้ 3 ใน 4 (Wagstaff and Claeson, 2004) รวมถึง การจัดให้มีการดูแลทางสูติกรรมที่จำเป็น เพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการในภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้ และการจัดบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมในการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม และการมีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิผล (UNICEF, WHO and UNFPA, 1997)

ระบบส่งต่อ ถือเป็นกลไกในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องของระบบสาธารณสุขมูลฐาน (George A., 2008) ซึ่งส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพเชิงบวก และการมีชีวิตรอดของมารดา และทารกแรกเกิด โดยอาศัยกลไกหลัก คือ การมีบุคลากรที่มีทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดในระดับชุมชน โดยมีระบบการส่งต่อเป็นกลไกที่ทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดศักยภาพในการดูแลอย่างเต็มที่ คุณภาพของการจัดบริการอนามัยแม่และเด็กที่โรงพยาบาลรับส่งต่อ รวมถึงการมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง ในการนี้ยังต้องการการเชื่อมโยงบริการที่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ การมีระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างทันท่วงที ระบบการติดต่อสื่อสาร และการจัดโครงสร้างองค์กรส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ โดยเริ่มตั้งแต่ระดับชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ (Ronsmans C, Campbell OMR, McDermott J and Koblinsky M, 2002; สุวิทย์, 2551) สำหรับระบบการส่งต่อประเทศไทย ได้มีการพัฒนาให้สอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน แต่ก็ยังพบว่า มีปัญหาเกี่ยวกับการข้ามขั้นตอนของการบริการของประชาชน เนื่องจากประชาชนมีความเชื่อว่า การบริการในระดับปฐมภูมิไม่มีคุณภาพ และไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ จึงใช้สถานบริการ

ปฐมภูมิเป็นเพียงทางผ่านเพื่อการส่งต่อไปยังสถานบริการระดับทุติยภูมิ (Chunharas S, 1998) การตัดสินใจส่งต่อ ทำให้เกิดปัญหาส่งต่อผู้ป่วยในรายที่สามารถรักษาได้เอง หรือรอจนผู้ป่วยมีอาการหนักก่อนจึงส่งต่อ (อดิเรก เร่งมานะวงษ์, 2546) นอกจากนี้ยังพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการปฏิบัติตามคู่มือมาตรฐานการดูแลมารดาและทารกในการส่งต่อเพียง ร้อยละ 61.75 ของจำนวนผู้ป่วยที่มีการส่งต่อ (Siriwachirachai, T., et al., 2007) และเมื่อการดูแลสุขภาพมารดาและทารกในระดับปฐมภูมิ และโรงพยาบาลชุมชนไม่ตอบสนองความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจไปรับบริการที่โรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป เกิดปัญหาการข้ามขั้นตอนในโครงสร้างการส่งต่อ (Siriwachirachai, T., et al., 2007; Omaha, K., et al., 1998; Department of Community Medicine and Family Health, 2004) เกิดปัญหาสืบเนื่องคือเกิดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิผู้ป่วยแม่และเด็ก องค์การอนามัยโลกให้กำหนดคู่มือการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแล และเกณฑ์ในการส่งต่อตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอดหรือระยะหลังคลอดหากมีความผิดปกติ ก็จะมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อในโรงพยาบาลที่ระดับสูงกว่า ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวบุคลากรสาธารณสุขยังขาดความเชี่ยวชาญในการประเมินภาวะเสี่ยงของมารดา และการให้คำแนะนำ หรือการดูแลขณะส่งต่อ (Akalin, M.Z. and Maine, D., 1995) โดยเฉพาะกรณีการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ซึ่งต้องการความรีบด่วนในการรักษาสิ่งที่จำเป็นในการส่งต่อผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินคือการสื่อสาร และมีการเตรียมพร้อมในการส่งต่อ การสื่อสารต้องรวดเร็ว และชัดเจน มีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการสื่อสาร เช่น วิทยุ โทรศัพท์ (Africa Initiatives, 1998) หรือการใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Deodhar, 2002) เพื่อการส่งต่อ จะสามารถทำให้ลดระยะเวลาในการส่งต่อ และสามารถเตรียมพร้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพสรุปได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมประกอบด้วย กลวิธีการส่งต่อที่ตอบสนองความจำเป็นของประชาชนและศักยภาพของระบบสุขภาพ การมีทรัพยากรในศูนย์รับส่งต่อ ความร่วมมือระหว่างแต่ละระดับของการส่งต่อ และระหว่างหน่วยงาน การสื่อสารอย่างเป็นทางการ การเตรียมพร้อมในการเดินทางเพื่อการส่งต่อ การดำเนินการตามมาตรฐานการส่งต่อระหว่างการส่งต่อและผู้รับการส่งต่อ การตรวจสอบและติดตามพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการ การมีทรัพยากรที่เพียงพอในการจัดบริการส่งต่อ ศักยภาพในการติดตามประสิทธิผลการดำเนินงาน และการมีนโยบายที่สนับสนุนระบบการส่งต่อ (Susan, 2006) ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยโดยกำหนดเป็น 1 ใน 6 ของทิศทางการดำเนินงานสาธารณสุขในปีพ.ศ. 2552 คือ โครงการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย

ในเครือข่ายบริการสุขภาพ ให้มีการดำเนินการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยระดับเขต และระดับจังหวัดทุกจังหวัด และจัดทำคู่มือมาตรฐานการส่งต่อระดับเขต และระดับจังหวัด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2552) และมีการพัฒนาระบบส่งต่อในระดับจังหวัดและระดับเขตมีการพัฒนาดีขึ้น สถิติการถูกปฏิเสธการรับผู้ป่วยภายในจังหวัดและภายในเขตลดลงโดยลำดับ แต่การปฏิเสธการส่งต่อนอกเขต และไปยังส่วนกลางยังพบค่อนข้างสูง (กลุ่มประสานราชการ, 2553) โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ถือเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่รับผิดชอบเป็นศูนย์กลางการส่งต่อของสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 18 ได้แก่ จังหวัดพิจิตร กำแพงเพชร นครสวรรค์ และอุทัยธานี ถึงแม้จะมีการดำเนินการตามมาตรฐานการส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุขแล้วก็ตาม ก็ยังพบว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในเขตโดยเฉพาะจังหวัดนครสวรรค์เอง ในขณะที่จังหวัดในเขตที่มีการส่งผู้ป่วยน้อยที่สุด คือ จังหวัดอุทัยธานีเป็นจังหวัดที่มีอัตราการตายของมารดาสูง ในขณะเดียวกันจังหวัดที่อยู่รอบนอกจังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลศูนย์สวรรค์ประชารักษ์ เช่น จังหวัดเพชรบูรณ์ และลพบุรี กลับเป็นจังหวัดนอกเขตที่มีการส่งต่อผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลเป็นจำนวนมากกว่าบางจังหวัดในเขต ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาด้วยโรคที่เป็นภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ และการคลอด ซึ่งถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่ต้องการการรักษาอย่างทันเวลา และในกลุ่มผู้ป่วยจำนวนที่เสียชีวิตมีภูมิลาเนาอยู่ในพื้นที่เขตอำเภอรอบนอกของจังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดนอกเขตรับผิดชอบที่ส่งผู้ป่วยเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ (โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์, 2553) ซึ่งสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของมารดา ได้แก่ ภาวะคลอดยาวนาน (Prolonged labor) ร้อยละ 11.5 และมดลูกแตก ร้อยละ 9.1 สาเหตุดังกล่าวถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมทั้งสิ้น หากมีการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมตั้งแต่ในระยะแรก ระยะที่มีการส่งต่อ และการดูแลที่โรงพยาบาลรับส่งต่อก็จะสามารถลดอัตราการตายของมารดาได้ (Godfrey, 2009)

ทั้งนี้ ประเด็นที่ต้องพิจารณาร่วมของการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม คือ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ประเทศไทยหลังดำเนินตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการเมื่อเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49 ในปี พ.ศ.2534 เป็นร้อยละ 68.5 ในปี พ.ศ.2552 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2555) แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมกับความจำเป็นของประชาชนทุกคน นอกจากนี้ยังมีประเด็นปัญหาการเข้าถึงบริการที่ล่าช้า ยิ่งทำให้ปัญหาสุขภาพไม่ได้รับการดูแลอย่างทันเวลา (Thaddeus S and Maine D., 1994) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความล่าช้าของการเข้าถึงบริการ คือ การเดินทาง ความตระหนักของสัญญาณอันตรายของ

ความเจ็บป่วยในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และกระเด็นสุดท้ายคือการตัดสินใจเข้ามารับบริการที่
 ช้าเกินไปทำให้ส่งผลต่อการเสียชีวิตของมารดาและทารกได้ (Abdou J., Johanne S. and Siri V.,
 2011) ทั้งนี้ อุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านกายภาพได้แก่การมีที่อยู่อาศัย
 ห่างไกลจากสถานบริการสาธารณสุข ข้อจำกัดทางด้านการเงิน การไม่มีพาหนะในการเคลื่อนย้าย
 ผู้ป่วย การมีความรู้สึกเชิงลบต่อบุคลากรทางสุขภาพ การได้รับบริการที่ไม่ประทับใจของสถาน
 บริการสาธารณสุข (Christopher, EC., Lawrence, O. and Katherine, LG., 1993) ปัญหาด้าน
 ความร่วมมือในการส่งต่อผู้ป่วยของผู้รับบริการเมื่อถูกนำไปรักษาในสถานบริการที่เหมาะสม
 และระบบการติดต่อสื่อสารยังไม่มีประสิทธิภาพทั้งในส่วนของการประสานงานระหว่าง
 สถานพยาบาลที่รับส่งต่อ และในส่วนของผู้ป่วยที่ส่งต่อ (Gupta, M., Mavalankar, D. and
 Trivedi, P., 2009; Ransom I. Elizabeth and Yinger V. Nancy, 2002) มีหลายการศึกษาที่
 เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม พบว่าการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และระยะทางระหว่าง
 ผู้ป่วย และสถานพยาบาลถือเป็นปัจจัยสำคัญของความล่าช้าในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขด้วย
 (Campbell, M.R Oona and Graham J Wendy, 2006; Ray, KS., Sarmila, M., Satish, K. and
 Biswajit, B., 2005; Stekelenburg, J., Kyanamina, S., Mukelabhai, M., Wolffers, I. and
 Roosmalen, J., 2004; Pearson, L. and Shoo, R., 2005; Cham, M., Sundby, J. and Vangen,
 S., 2005; Albretch Jahn, Kowalewski, and kimatta, 1998) ปัจจัยดังกล่าวนี้จึงส่งผลต่อการ
 เสียชีวิตของมารดา และเด็ก หากได้มีการแก้ไขและพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างครอบคลุม และเบ็ดเสร็จใน
 ด้านต่างๆ ของระบบส่งต่อในเรื่องการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพจะทำให้มารดาและเด็กมีอัตรา
 รอดชีวิตที่สูงขึ้น

จากข้อมูลที่กล่าวมาแล้วข้างต้นสรุปได้ว่าระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม
 ที่สามารถลดการตายของมารดาและทารกได้ไม่เพียงแต่การดำเนินการของสถานบริการเท่านั้น แต่
 ต้องมีความพร้อมตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสถานบริการ ที่จะทำผู้ป่วยสามารถ
 เข้าถึงบริการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมได้อย่างทันท่วงทีแต่ปัจจุบันยังพบว่ามีปัญหาในการ
 บริหารจัดการอยู่ ประกอบกับในปัจจุบันประเทศไทยยังมีการศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการโดยการ
 ส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างทันท่วงทีเพื่อลดการตายของมารดา และทารกมีจำกัด
 กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องพัฒนาระบบ และองค์ความรู้ในการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อพัฒนาการ
 เข้าถึงบริการ และระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการ
 เข้าถึงบริการโดยการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมให้ทันท่วงที เพื่อที่ผลการศึกษานี้
 จะเป็นส่วนหนึ่งที่จะสามารถนำไปพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็ก และลด

อัตราตายมารดา และทารก อันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายแห่งสหัสวรรษในปีพ.ศ.2558 และเป็นพื้นฐานในการพัฒนาการเข้าถึงบริการ และระบบส่งต่อผู้ป่วยประเภทอื่นต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยอะไรบ้างที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม
2. สถานบริการสาธารณสุขจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างไร
3. แนวทางการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมให้ทันเวลาควรเป็นอย่างไร

จุดมุ่งหมายของการศึกษา

1. เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม
2. เพื่อศึกษาสภาพการจัดบริการของสถานบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยด้านครอบครัว และชุมชน อุปสรรคทางกายภาพและปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพสาธารณสุขมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาการเข้าถึงบริการส่งต่อ เฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษา ดังนี้

ขอบเขตประชากร

ผู้วิจัยกำหนดประชากรเป้าหมายในการศึกษาคือ ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์

ขอบเขตด้านเวลา

ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในปี พ.ศ.2556 – 2557

ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

ผู้วิจัยกำหนดพื้นที่ในการดำเนินการศึกษาในระหว่างการศึกษาระดับปริญญาโท (Descriptive study) คือ พื้นที่เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 18 เท่านั้น และกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการด้านสุดท้ายที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ

นิยามศัพท์เฉพาะ

การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วย ตัดสินใจเข้ามาโรงพยาบาล แล้วเดินทางเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน และได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชน

บริการส่งต่อ หมายถึง กระบวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากบ้านเข้าไปรับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนทั้งโดยการตัดสินใจของผู้ป่วย และครอบครัว หรือผู้ให้บริการสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ป่วยเดินทางจากบ้านสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แล้วไปโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือจากบ้านสู่ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)

ระยะเวลาตัดสินใจ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วย จนถึงตัดสินใจเข้ารับการรักษายาบาลซึ่งเวลาที่เหมาะสมต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม คือ ไม่เกิน 60 นาที หรือ 1 ชั่วโมง (NIPORT, 2003)

ระยะเวลาในการเดินทาง หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ามารับการรักษายาบาล ระยะเวลาในการเตรียมตัว จนถึงเดินทางมาถึงโรงพยาบาลชุมชน

การเข้าถึงบริการส่งต่ออย่างทันเวลา หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วย ตัดสินใจมาใช้บริการ และเข้าสู่กระบวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าไปรับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ภายในเวลาที่เหมาะสมกับลักษณะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามเกณฑ์มาตรฐานของ Maine D (1987) ที่กำหนดให้ภาวะตกเลือดก่อนคลอดต้องเข้ารับการรักษายาบาลในระยะเวลา 12 ชั่วโมง ภาวะตกเลือดหลังคลอดต้องเข้ารับการรักษายาบาลในระยะเวลา 2 ชั่วโมง มดลูกแตกต้องเข้ารับการรักษายาบาลในระยะเวลา 1 วัน ชักเนื่องจากครรภ์ต้องเข้ารับการรักษายาบาลในระยะเวลา 2 วัน การคลอดติดขัด ต้องเข้ารับการรักษายาบาลในระยะเวลา 3 วัน และการติดเชื้อ ต้องเข้ารับการรักษายาบาลในระยะเวลา 6 วัน

แนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อ หมายถึง กระบวนการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม สามารถเข้ารับการดูแลรักษาในสถานบริการสุขภาพได้ทันเวลา

ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม หมายถึง ภาวะเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอดของมารดา ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และต้องการการดูแลอย่างรวดเร็ว ได้แก่ การตกเลือดทั้งก่อนและหลังคลอด (Hemorrhage) การคลอดยาวนานหรือติดขัด (Prolonged or obstructed labour) การติดเชื้อหลังคลอด (Postpartum sepsis) ภาวะแทรกซ้อนหลังการแท้ง (Complication of abortion) ภาวะก่อนชักหรือชักเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ (Preeclampsia or eclampsia) ภาวะท้องนอกมดลูก (Ectopic pregnancy) มดลูกแตก (Rupture uterus) และทารกขาดออกซิเจนในท้อง (Intrapartum newborn distress)

ศักยภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคล การเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง การรับรู้สุขภาพ ความรู้ทางสุขภาพ ความวิตกกังวล ความพร้อมในการตั้งครรภ์และการคลอด และการแสวงหาแหล่งประโยชน์เมื่อเกิดการเจ็บป่วย

การสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชน หมายถึง ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ลักษณะชุมชน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน และเครือข่ายในชุมชน

อุปสรรคทางกายภาพ หมายถึง ระยะทางจากบ้านมาสถานบริการสุขภาพ และการเดินทางจากบ้านมาสถานบริการสุขภาพ

การจัดบริการสุขภาพ หมายถึง ความพร้อม ความสะดวก และความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับ "การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทาง
สูติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ" ผู้วิจัยได้รวบรวมประเด็นที่ต้องทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ เพื่อให้เกิด
ความเข้าใจ และเป็นแนวทางในการการค้นคว้าวิธีการศึกษาต่อไป โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก
ได้แก่ ระบบสุขภาพ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย และประเด็นการเข้าถึงบริการ โดยการเข้าใจในระบบ
สุขภาพจะนำไปสู่การเข้าใจในองค์ประกอบที่มีความเชื่อมโยงกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการ
ดูแลสุขภาพ มีทั้งในส่วนขอระบบบริการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนต่างๆ ในการ
ดูแลสุขภาพประชาชน ตลอดจนผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพ โดยที่ระบบส่งต่อ เป็นช่องทาง
ในการนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมอย่างมีคุณภาพทำให้เห็นถึง
ความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และการเข้าถึงบริการในระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นผู้ศึกษาจึง
ทำการค้นคว้าข้อมูลเหล่านี้จากเอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างหลากหลาย โดยสรุป
เป็นประเด็นต่างๆ ได้แก่

1. ระบบสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพ
 - 1.1 ความหมายและองค์ประกอบของระบบสุขภาพ
 - 1.2 ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย
 - 1.3 เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ
 - 1.4 การจัดบริการอนามัยแม่ และเด็กของประเทศไทย
 - 1.5 ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม
2. ระบบส่งต่อในภาวะฉุกเฉิน
 - 2.1 ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย
 - 2.2 องค์ประกอบของระบบส่งต่อ
 - 2.3 ประสิทธิภาพของระบบส่งต่อ
 - 2.4 โครงสร้างระบบส่งต่อของประเทศไทย
3. การเข้าถึงบริการสุขภาพ
 - 3.1 แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ
 - 3.2 การการเข้าถึงบริการสุขภาพของประเทศไทย
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรม

ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ระบบสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพ

1. ความหมายและองค์ประกอบของระบบสุขภาพ

การที่จะดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพได้จะต้องเป็นผลได้จากการมีระบบสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ มีระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ดังนั้นระบบสุขภาพจึงเป็นมากกว่าการจัดบริการสุขภาพ ทั้งยังเป็นองค์รวมของโครงสร้างระบบ ที่มีหน้าที่รับผิดชอบชัดเจนในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อให้ได้มาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

ระบบสุขภาพจึงหมายถึง องค์รวมของสถาบัน องค์กร หน่วยงาน หรือทรัพยากรโดยมีเป้าหมายหลักในการพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น โดยมีองค์ประกอบของระบบสุขภาพคือ บุคลากร งบประมาณ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุอุปกรณ์ การขนส่ง การสื่อสาร และแนวทางในการกำหนดทิศทางการทำงานและมีแนวทางในการจัดการระบบสุขภาพโดยต้องมีการจัดบริการที่มีความสมเหตุสมผลในความรับผิดชอบ มีการจัดการทางการเงินเพื่อการดูแลประชาชนอย่างพอเพียง โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น และองค์กรสุขภาพต่างๆ (WHO, 2010, pp.1-2)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) ได้กำหนดเป้าหมายในความรับผิดชอบต่อระบบสุขภาพที่ดีไว้ 3 ประการ คือ

1. การมีสุขภาพดี (Good health) โดยระบบสุขภาพต้องธำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีเท่าที่จะเป็นไปได้ของประชาชนทั้งหมด ตลอดช่วงชีวิต

2. การมีความรับผิดชอบต่อ (Responsiveness) โดยต้องมีความรับผิดชอบต่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน

3. การมีความเป็นธรรมในด้านค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพ (Fairness in financing) และได้มีการแบ่งประเภทของระบบสุขภาพไว้ 2 ประเภท คือ ระบบสุขภาพระดับดี (ประสบผลสำเร็จสูงสุดในระดับปานกลาง) และระบบสุขภาพระดับเยี่ยมยอด (สามารถลดช่องว่างในความแตกต่างของการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งส่วนบุคคล และกลุ่ม) ซึ่งระบบสุขภาพระดับดี และพอให้จะต้องมีคุณลักษณะ ดังนี้

3.1 สถานะสุขภาพภาพรวมดี (มีอัตราการตายของทารกต่ำ มีอายุขัยเฉลี่ยสูง เป็นต้น)

3.2 มีการกระจายของภาวะสุขภาพที่ดีอย่างเป็นธรรม (มีอัตราการตายของทารกต่ำ มีอายุขัยเฉลี่ยสูงในทุกๆ กลุ่มประชากร)

3.3 มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวมอยู่ในระดับสูง

3.4 มีการกระจายความรับผิดชอบต่อทุกกลุ่มประชากรอย่างเป็นธรรม

3.5 มีการกระจายทางการเงินเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างเป็นธรรม (มีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ อย่างสมเหตุสมผลตามความสามารถในการจ่าย ซึ่งประชาชนทุกคนต้องได้รับการคุ้มครองทั้งนี้ระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีหน้าที่ในการทำให้เกิดความสมดุลระหว่างความจำเป็นและความคาดหวังของประชาชน ดังนี้ (WHO, 2010, p.1)

3.5.1 พัฒนาสถานะสุขภาพของประชาชนทั้งส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน

3.5.2 สร้างภูมิคุ้มกันแก่ประชาชนให้พ้นจากปัจจัยที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

3.5.3 ปกป้องประชาชนเพื่อให้ได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วยโดยที่ไม่มีข้อจำกัด

ทางการเงิน

3.5.4 จัดให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการบริการ

3.5.5 สร้างโอกาสให้กับประชาชนให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเอง และมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพของตนเอง

ระบบสุขภาพประกอบด้วยองค์กร บุคคล และการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งมีเป้าหมายหลักในการธำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีของประชาชน เป็นมากกว่าโครงสร้างของหน่วยงานสาธารณะ (Pyramid of publicly owned facilities) ที่จัดบุคลากรเพื่อบริการสาธารณสุข ยังรวมไปถึงการที่มารดาดูแลบุตรที่เจ็บป่วยที่บ้าน การจัดบริการสุขภาพของเอกชน โครงการเปลี่ยนพฤติกรรม การรณรงค์ในการกำจัดแมลง หน่วยงานประกันสังคม หรือแม้แต่กฎหมาย ข้อบังคับเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งต้องการความร่วมมือของหลากหลายวิชาชีพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของระบบสุขภาพที่ทำให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยมีเป้าหมายระยะกลางในการเชื่อมต่อระหว่างปัจจัยนำเข้าของระบบสุขภาพจนบรรลุผลลัพธ์สุขภาพคือความสามารถในการเข้าถึง และความครอบคลุมของการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดองค์ประกอบของระบบสุขภาพว่าประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

1. การบริการสุขภาพ (Service delivery) ที่มีต้องประสิทธิภาพเกิดความปลอดภัย จัดบริการโดยบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และบุคลากรนอกระบบสาธารณสุข

2. บุคลากรสาธารณสุข (Health workforce) ที่มีความรู้ ความสามารถ มีความรับผิดชอบ และปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดผลิตผลในการเสริมสร้างให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะสามารถเป็นไปได้ของประชาชน

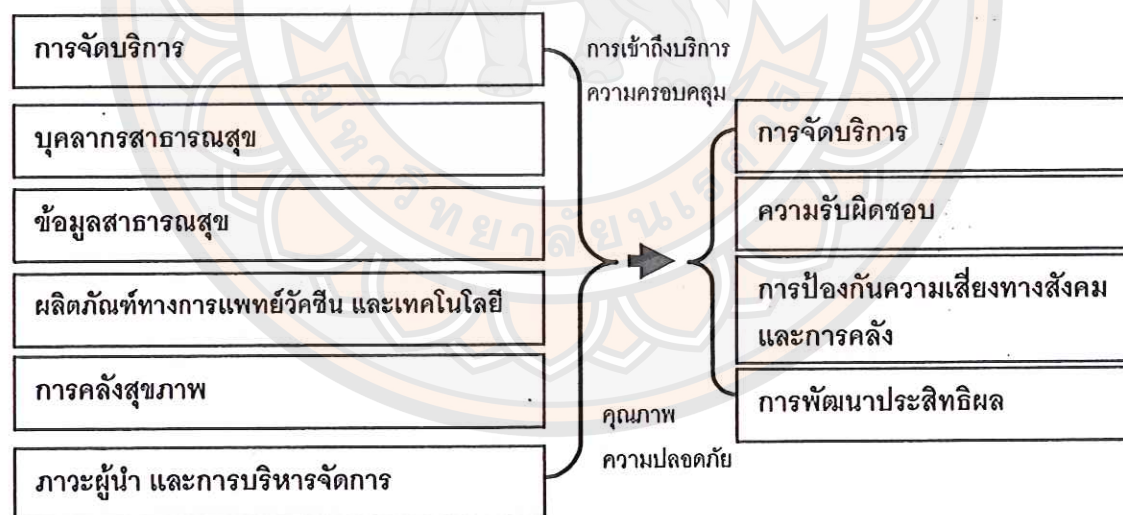
3. ข้อมูลสาธารณสุข (Health information) ที่มีการเก็บรวบรวม วิเคราะห์ และกระจายข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ผลการปฏิบัติงานของระบบสุขภาพ และสถานะทางสุขภาพผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยที่ข้อมูลต้องมีความน่าเชื่อถือ ทันเวลา

4. เครื่องมือทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical products, vaccines and technologies) โดยที่ระบบสุขภาพที่ดีต้องสามารถจัดหาไว้เพื่อให้บริการแก่ประชาชนสามารถเข้าถึงอย่างเท่าเทียม มีคุณภาพปลอดภัย คุ่มค่าอย่างสมเหตุสมผลทางวิทยาศาสตร์

5. การคลังสุขภาพ (Health financing) ที่สามารถจัดหางบประมาณอย่างพอเพียง เพื่อการจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นแก่ประชาชน โดยไม่เป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

6. ภาวะผู้นำ และการบริหารจัดการ (Leadership and governance) เพื่อสร้างกรอบนโยบายยุทธศาสตร์สุขภาพที่ประกอบด้วยการจัดการ การแนะนำ การสร้างการมีส่วนร่วม การควบคุมกำกับ และการกำหนดรูปแบบระบบสุขภาพ ที่สามารถอธิบายได้ดังแสดงในภาพ 1

โครงสร้างของระบบ



ภาพ 1 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ (The six building blocks of WHO health system framework)

ที่มา: WHO, 2010

ในแต่ละองค์ประกอบของระบบสุขภาพมีเป้าหมายหลักเพื่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น ต้องการความเกี่ยวข้องกันอย่างหลากหลาย และเป็นพลวัตร โดยที่ระบบสุขภาพต้องมีความเข้มแข็ง สามารถเข้าถึงได้อย่างครอบคลุม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากระบบสุขภาพมีผลต่อการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากบริการ คุณภาพของการจัดบริการ และผลลัพธ์สุขภาพสูงสุด (ParkHurst, OJ., et al., 2005, p.1)

สำหรับระบบสุขภาพของประเทศไทย ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะอยู่ในช่วงระหว่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2554 – 2559) แต่แนวคิดหลักของการจัดระบบสุขภาพยังอยู่บนพื้นฐานแนวคิดของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ที่ได้น้อมนำ "ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพ" และยึดหลักการที่ว่า "สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี" คือสุขภาพดีเกิดจากการมีสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขโดยถือว่าสุขภาพดีหรือสุขภาพะทางกายทางใจทางสังคมทางจิตวิญญาณและปัญญาของทุกคนเป็นศีลธรรมขั้นพื้นฐานของสังคมในการนำแผนไปสู่การปฏิบัติแนวคิดหลักของแผนนี้เน้นที่การนำเสนอวิสัยทัศน์อันเป็นอุดมคติโดยทุกคนที่เห็นด้วยกับแนวคิดและทิศทางระบบสุขภาพไทยในแผนนี้ที่จะต้องถือเป็นหน้าที่ที่จะช่วยผลักดันทุกวิถีทางให้วิสัยทัศน์เกิดเป็นจริงทิศทางการพัฒนาสุขภาพในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การพัฒนาระบบสุขภาพจะต้องเน้นกลยุทธ์ในการสร้างความพอเพียงทางสุขภาพให้เกิดขึ้นในระดับพื้นที่แต่ละระดับโดยเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อให้การพัฒนาสุขภาพมีความมั่นคงและสามารถสร้างความเจริญในระดับสูงขึ้น
2. การตัดสินใจด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกระดับจะต้องคิดอย่างรอบคอบและให้เหมาะสมกับอัตราภาพโดยจะต้องรู้จักความพอประมาณอย่างมีเหตุผล
3. ระบบสุขภาพต้องเน้นการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมไม่ก้าวกระโดดไปใช้เทคโนโลยีที่สูงเกินไปและควรพัฒนาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีที่มีพื้นฐานจากภูมิปัญญาไทยเพื่อสร้างความยั่งยืนและให้สามารถพึ่งตนเองได้
4. พัฒนาสุขภาพที่จะต้องมีการบูรณาการอย่างสมดุลระหว่างการส่งเสริมสุขภาพการควบคุมป้องกันโรคการรักษาพยาบาลการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านสุขภาพ
5. ระบบสุขภาพจะต้องเป็นระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและช่วยคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากผลกระทบทั้งจากภายนอกอันได้แก่กระแสโลกาภิวัตน์ทุนนิยมโลกและการค้าเสรี และจากผลกระทบภายในได้แก่นโยบายและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมความ

เปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและภาวะความเจ็บป่วยโดยมีการนำวิชาการต่างๆมาใช้อย่างรอบรู้และรอบคอบ

6. ระบบสุขภาพตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงจะต้องมีคุณธรรมและจริยธรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญ

ฉะนั้นระบบสุขภาพภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงจึงเป็น "ระบบสุขภาพพอเพียง" ซึ่งมีคุณลักษณะ ดังนี้ (คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550 – 2554, 2550, หน้า 24 – 26) ดังภาพ 2



ภาพ 2 ภาพลักษณ์และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพพอเพียง

ที่มา: คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 – 2554, 2550

2. ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

ระบบบริการสุขภาพ ถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพที่มีการดำเนินกิจกรรมอันจะนำไปสู่การบริการสุขภาพต่างๆ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชาชนหรือสาธารณะ การจัดบริการสุขภาพของไทยเป็นการจัดบริการที่มีการผสมผสานการบริการระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยสามารถแบ่งเป็น 2 ระดับใหญ่ๆ คือ ระดับการดูแลตนเอง (Self-care) และระดับการดูแลในสถานบริการ (Institutional care) ซึ่งแบ่งย่อยเป็น 5 ระดับ ดังแสดงในภาพ 3



ภาพ 3 การจัดบริการสุขภาพของไทย แบ่งตามระดับการให้บริการ (Level of care)

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550, หน้า 317

ในภาพรวมของการจัดบริการสุขภาพของไทย แบ่งตามระดับการให้บริการ (Level of care) มี 5 ระดับ คือ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550, หน้า 315-319)

1. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว (Self care level) หมายถึง การพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องของสุขภาพอนามัย

2. การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care level) หมายถึง การบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชนด้วยตนเองและสามารถจะทำได้ในระดับชุมชน เป็นงานสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ วิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก ซึ่งจะเหมาะสมและสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมและความต้องการของชุมชน การบริการสาธารณสุขในระดับนี้ผู้ให้บริการ คือ ประชาชนด้วยตนเองและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครประเภทอื่นที่เป็นประชาชนด้วยตนเองไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ การบริการระดับนี้จึงใกล้ชิดกับการดูแลรักษาตนเองและบริการสาธารณสุขระดับต้นเป็นอย่างมาก

3. การจัดบริการสุขภาพระดับต้น (Primary care level) เป็นการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ และแพทย์ทั่วไป ประกอบด้วยหน่วยบริการดังต่อไปนี้

3.1 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน(สสช.) เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับหมู่บ้าน ซึ่งจัดตั้งขึ้นเฉพาะพื้นที่ที่กั้นดงห่างไกล เข้าถึงบริการได้ยาก ครอบคลุมประชากรประมาณ 500 – 1,000 คน มีพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ปฏิบัติงาน (สถานภาพเป็นลูกจ้างประจำของกระทรวงสาธารณสุข) การใช้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครวมทั้งการรักษาพยาบาลง่ายๆ เบื้องต้น

3.2 สถานีอนามัย (สอ.) เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้าน ทั่วไปที่อยู่ใกล้ชุมชนมากที่สุด (First Line Health Service) ครอบคลุมประชากรประมาณ 1,000 – 5,000 คน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำ คือพนักงานอนามัย ผดุงครรภ์ พยาบาลเทคนิค ปัจจุบันให้ทันตภิบาล พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข บวรจุเข้าทำงานในสถานีอนามัยมีภารกิจในการให้บริการตอบสนองความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะองค์รวม ผสมผสานและมีระบบการให้บริการคำปรึกษาและส่งต่อ เพื่อสร้างสุขภาพประชาชน (สำนันโยบายและยุทธศาสตร์, 2550, หน้า 317)

3.3 ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลตลอดจนคลินิกเอกชน เป็นการบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยแพทย์และบุคลากรระดับวิชาชีพ

3.4 ร้านขายยา จัดเป็นบริการระดับต้นอย่างหนึ่ง ซึ่งดำเนินการโดยเภสัชกรหรือผู้ได้รับการอบรมความรู้ด้านยา

4. การจัดบริการสุขภาพในระดับกลาง (Secondary care level) เป็นการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วยหน่วยบริการทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก ดังนี้

4.1 โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอหรือกิ่งอำเภอ มีเตียงสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่ 10 เตียงขึ้นไป จนถึง 150 เตียง ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไปมีแพทย์และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอื่นๆ ปฏิบัติงานประจำ การให้บริการจะเน้นหนักไปด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าสถานบริการในระดับต้น

4.2 โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่นๆ ของรัฐ โรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัดหรืออำเภอขนาดใหญ่ มีขนาดจำนวนเตียงผู้ป่วย ตั้งแต่ 200 – 500 เตียง โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลในระดับจังหวัดที่ขนาดเกิน 500 เตียงขึ้นไป และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ครบถ้วน

4.3 โรงพยาบาลเอกชน ที่ดำเนินการโดยไม่มุ่งกำไรหรือดำเนินการแบบธุรกิจ มีแพทย์มาปฏิบัติงานประจำหรือมาทำนอกเวลางาน ประชาชนต้องเสียค่าบริการ

5. การจัดบริการสุขภาพระดับสูง (Tertiary care level) เป็นการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษประกอบด้วยหน่วยงานดังต่อไปนี้

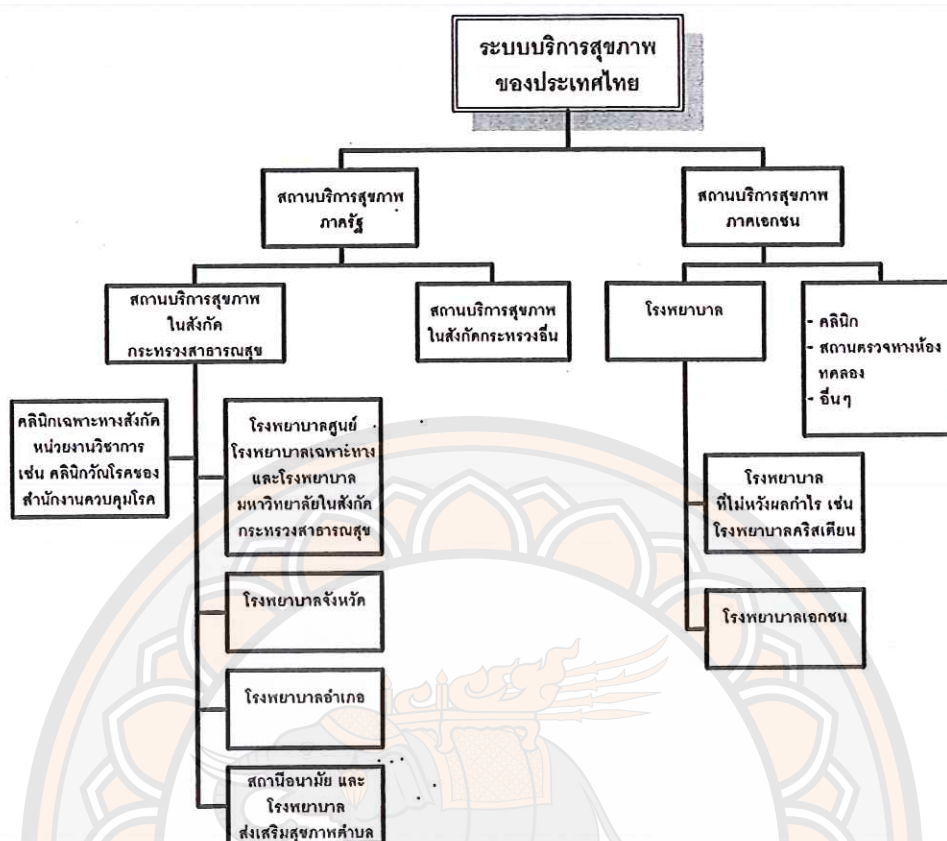
5.1 โรงพยาบาลทั่วไป

5.2 โรงพยาบาลศูนย์

5.3 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลใหญ่ของรัฐในสังกัดกระทรวงอื่นๆ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

5.4 โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ครบถ้วน ส่วนมากเป็นโรงพยาบาลเอกชน ขนาดมากกว่า 100 เตียง

กล่าวโดยรวมการบริการสุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วยบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชนสำหรับการบริการสุขภาพภาครัฐจะมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักและมีกระทรวงอื่นเช่น กระทรวงศึกษาธิการ (โรงเรียนแพทย์ของมหาวิทยาลัยสังกัดกรุงเทพมหานคร) กระทรวงกลาโหมกระทรวงมหาดไทย และอื่นๆ สำหรับสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนจะมีทั้งที่จัดตั้งเป็นโรงพยาบาลที่หวังผลกำไร และโรงพยาบาลไม่หวังผลกำไร และคลินิก และการบริการสุขภาพด้านอื่น เช่น ร้านขายยา หรือสถานตรวจทางห้องทดลอง เป็นต้น ดังแสดงในภาพ 4



ภาพ 4 โครงสร้างการจัดบริการสุขภาพของประเทศไทย

ที่มา: Taytiwat, P., 2007

การจัดระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552)

1. Contracting Unit for Primary Care (CUP) หมายถึง สถานบริการที่เป็นจุดทำสัญญาการจัดบริการสุขภาพของไทยเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ (Primary care) หรือเรียกว่า Main contractor ก็ได้ในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งจะต้องมีผู้ซื้อบริการ (Purchaser) มาทำสัญญาซื้อบริการกับผู้ให้บริการ (Provider) ซึ่งผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นต้องจัดบริการเป็นการบริการปฐมภูมิ (Primary care) แต่เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิบางแห่งเช่นสถานอนามัยยังไม่มีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะทำสัญญาได้ผู้ซื้อบริการจึงต้องไปทำสัญญากับจุดที่ทำสัญญาแทนได้เช่นโรงพยาบาลชุมชนดังนั้นโรงพยาบาลชุมชนจึงเป็น CUP แทนสถานอนามัย ดังนั้นจึงเรียกโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหลักหรือ Main contractor ส่วนสถานอนามัยเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามมาตรฐานที่กำหนดจึงเรียกสถานอนามัยว่าหน่วยบริการปฐมภูมิรองหรือ Sub – contractor หรือ PCU ก็ได้

2. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting Unit for Secondary Care: CUS) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยในเป็นหลักซึ่งได้แก่โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรวมถึงโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่ายบริการทุติยภูมิสถานพยาบาลที่ให้บริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน

3. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (Contracting Unit for Tertiary Care: CUT) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการที่เป็นบริการเฉพาะทางต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงหน่วยให้บริการระดับนี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่างๆ สถานพยาบาลแต่ละแห่งอาจเป็นหน่วยสัญญาของบริการมากกว่าหนึ่งระดับได้หาก สามารถจัดบริการได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของบริการในแต่ละระดับนั้น

กล่าวโดยสรุป ประเทศไทยได้วางระบบบริการสุขภาพ เริ่มตั้งแต่ระดับชุมชน โดยบทบาทบริการสุขภาพแบบผสมผสาน การรักษายาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ หรือเรียกว่า บริการระดับปฐมภูมิ เมื่อเจ็บป่วยซับซ้อนขึ้น ก็ส่งต่อไปใช้บริการที่มีศักยภาพ ชีดความสามารถสูงขึ้น คือ บริการในระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ตามลำดับ ทุกระดับมีการดูแลเชื่อมโยงดูแลโดยระบบส่งต่อผู้ป่วย ระบบส่งต่อทำให้ระบบบริการสุขภาพที่ดี ลดความซ้ำซ้อน ประหยัดทรัพยากร หากการดูแลสุขภาพดำเนินการตามระบบที่วางไว้ สิ่งสำคัญของระบบนี้คือ การให้ความสำคัญในเรื่องบทบาท การดูแลของสถานบริการในแต่ละระดับ และประสานเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน

3. การจัดบริการงานอนามัยแม่และเด็กของประเทศไทย

การจัดบริการงานอนามัยแม่และเด็กเพื่อให้มีประสิทธิผลที่ดีต้องขึ้นอยู่กับการปฏิบัติหน้าที่ในทุกภาคส่วนของระบบสุขภาพอย่างเข้มแข็ง (Graham, W.J., 2002, pp.701-703) ประเทศไทยจึงมีการจัดหน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กรวม 4 ภาคส่วน ได้แก่ ทบวงมหาวิทยาลัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และอื่น ๆ เช่น กระทรวงมหาดไทยโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร เป็นต้น ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข มีสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เป็นผู้รับผิดชอบหลัก แบ่งระดับโครงสร้างการบริหารงานอนามัยแม่และเด็กได้ดังนี้

ระดับประเทศ ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กรมอนามัย โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ

ระดับจังหวัด ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

ระดับอำเภอ ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลอำเภอ สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน

ในการบริหารงาน จะมีการ ส่งการจากระดับประเทศ มาสู่ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ในขณะที่เดียวกันก็จะมีการประสานการทำงานภายในแต่ละระดับด้วยเช่นกัน (กรมอนามัย, 2550) ดังนั้น การบริหารงานอนามัยแม่และเด็ก จำเป็นต้องมีหน่วยงานต่าง รวมทั้งสถานบริการสาธารณสุขร่วมดำเนินการในทุกระดับตั้งแต่ ระดับประเทศ ระดับเขต จังหวัด และอำเภอและ เพื่อให้การบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็กมีความคล่องตัว และมีประสิทธิภาพ สำนักส่งเสริมกรมอนามัย จึงกำหนดโครงสร้างการบริหารงานอนามัยแม่และเด็กของประเทศไทย ในรูปแบบของ คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health Board: MCH BOARD) จำแนก ได้ 4 ระดับ ดังนี้

1. คณะกรรมการบริหารงานอนามัยแม่และเด็กระดับประเทศ (MCH BOARD: National Level) ประกอบด้วย ตัวแทนจาก กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทบวงมหาวิทยาลัย และคณะกรรมการกิตติมศักดิ์
2. คณะกรรมการบริหารงานอนามัยแม่และเด็กระดับเขต (MCH BOARD: Region Level) คณะกรรมการประกอบด้วย ผู้อำนวยการศูนย์อนามัย ตัวแทนผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กจากสำนักงานสาธารณสุขของทุกจังหวัดในเขตตรวจราชการนั้นๆ
3. คณะกรรมการบริหารงานอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (MCH BOARD: Province Level) คณะกรรมการประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้แทนจากโรงพยาบาลอำเภอในจังหวัดนั้นๆ
4. คณะกรรมการบริหารงานอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ (MCH BOARD: District level) คณะกรรมการประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอ หรือผู้แทนจากโรงพยาบาลสถานีอนามัย และเทศบาลตำบล

โครงสร้างการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารงานอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) ในแต่ละระดับ จะมีการประชุมวางแผน วิเคราะห์ข้อมูลปัญหา มีการจัดประชุมวิชาการที่เกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็กเพื่อแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งมีการนำเสนอผลการดำเนินงานตามรอบการรายงานของแต่ละพื้นที่ เช่นทุก 1 เดือน ทุก 3 เดือน หรือ ทุก 6 เดือน ให้คณะกรรมการบริหารงานอนามัยแม่และเด็กในระดับที่สูงกว่าทราบ เช่น เมื่อพบว่ามีปัญหาแม่ตายในพื้นที่ คณะกรรมการบริหารงานอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ (MCH BOARD: District level) จะร่วมประชุมกับ

คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เพื่อแก้ปัญหาและวางแผนป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ และต้องมีการรายงานผลตามระบบปกติ คือรายงานผลให้หน่วยบังคับบัญชาที่เหนือกว่าทราบ ในกรณีที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ สามารถขอรับการสนับสนุนจากคณะกรรมการบริหารงานอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) ในระดับที่เหนือกว่าขึ้นไป เช่น จากระดับจังหวัด ระดับเขต เป็นต้น (กรมอนามัย, 2552, หน้า 52)

4. สถานการณ์และแนวโน้มของอนามัยแม่และเด็ก

สถานการณ์การป่วยและตายของมารดาและเด็กเป็นตัวชี้วัดสภาวะสุขภาพประชากร และการพัฒนาของประเทศที่สำคัญแม้ว่าการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กที่ผ่านมาสามารถลดอัตราการตายของมารดาและทารกลงเป็นลำดับ แต่ยังเป็นปัญหาระดับโลกเห็นได้จากอัตราการตายของมารดา (Maternal Mortality Ratio: MMR) ภาพรวมทั่วโลกมีแนวโน้มลดลงจาก 400 รายต่อเด็กเกิดมีชีวิต 100,000 รายในปี ค.ศ.1990 เป็น 210 รายต่อเด็กเกิดมีชีวิต 100,000 รายในปี ค.ศ. 2010 ในประเทศที่กำลังพัฒนา 240 รายต่อเด็กเกิดมีชีวิต 100,000 ราย สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งเป็นที่ตั้งของประเทศไทยอัตรามารดาตาย 150 รายต่อเด็กเกิดมีชีวิต 100,000 ราย การตายมารดาในประเทศไทยพบว่าอัตราส่วนการตายมารดาต่อ 100,000 เด็กเกิดมีชีวิตปี พ.ศ.2556 เท่ากับ 17.6 ภาคที่มีอัตราตายของมารดาสูงที่สุดคือ ภาคใต้ รองลงมา คือ ภาคเหนือ ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงอัตราการตายของมารดา และอัตราการตายของทารกต่อเด็กเกิดมีชีวิต 100,000 ราย พ.ศ.2556 จำแนกรายภาค

ภาค	อัตราการตาย	
	มารดา	ทารก
กรุงเทพมหานคร	14.5	6.3
ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพฯ)	10.5	6.3
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	14.1	6.4
ภาคเหนือ	15.5	6.3
ภาคใต้	30.0	8.7
ประเทศ	17.6	6.8

ที่มา: สถานการณ์การป่วยและตายของมารดาและเด็ก พ.ศ.2556, 2556

พื้นที่สาธารณสุขเขต 18 ประกอบด้วย จังหวัดนครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตรและ อุทัยธานี ในภาพรวมมีอัตราการตายของมารดาสูงกว่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2552 ในภาพรวมของเขตมีอัตราส่วนการตายของมารดาเท่ากับ 27.6: 100,000 เด็กเกิดมีชีวิตเมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่าผลการดำเนินงานสูงกว่าเป้าหมาย 3 จังหวัด คือ นครสวรรค์, อุทัยธานี, กำแพงเพชร คือ 30.5, 30.3 และ 29.8 ตามลำดับ (ศูนย์อนามัยที่ 8, 2557) ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงอัตราตายของมารดา: เด็กเกิดมีชีวิต 100,000 รายพื้นที่สาธารณสุข เขต 18 ปีงบประมาณ 2552 – 2556

จังหวัด	ปีงบประมาณ				
	2552	2553	2554	2555	2556
กำแพงเพชร	29.8	16.6	15.9	80.4	15.9
นครสวรรค์	30.5	18.8	0.0	27.5	20.5
พิจิตร	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
อุทัยธานี	30.3	62.7	0.0	58.9	32.1
เขต 18	27.6	20.5	4.2	35.3	19.4

ที่มา: สถานการณ์ การป่วยและตายของมารดาและเด็ก พ.ศ.2552 – 2556 ศูนย์อนามัยที่ 8, 2557

สำหรับอัตราการตายของทารก (Infant Mortality Ratio: IMR) ทั่วโลกในตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 – 2008 มีแนวโน้มลดลง ประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีอัตราตายของทารกต่ำกว่าประเทศกำลังพัฒนาอย่างมากถึงเกือบ 10 เท่า ในปี ค.ศ.2005 กลุ่มประเทศที่มีการตายมากที่สุด คือ กลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียใต้ รองลงมาคือภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และเอเชียตะวันตก (United Nation, 2011, p.9) สำหรับอัตราตายทารกภาพรวมของประเทศเท่ากับ 6.8 ต่อ 100,000 เด็กเกิดมีชีวิต ภาคใต้มีอัตราตายทารกสูงที่สุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ตาราง 2) สำหรับในเขต 18 ภาพรวมมีอัตราการตายแนวโน้มลดลงโดยปีงบประมาณ 2556 พบอัตราตายปริกำเนิดภาพรวมของเขตต่ำกว่าเป้าหมาย คือ 5.9 ต่อพัน การเกิดทั้งหมดโดยเป้าหมายกำหนดให้ไม่เกิน 9 : 1,000 การเกิดทั้งหมดและเมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่า ผลการดำเนินงานได้ตามเป้าหมายทั้ง 4 จังหวัด คือ กำแพงเพชร นครสวรรค์ อุทัยธานี และพิจิตร คือ 75.9, 4.3, 6.3 และ 6.7 ตามลำดับ (ศูนย์อนามัยที่ 8, 2557) ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงอัตราตายปริกำเนิดต่อ 1,000 ราย การเกิดทั้งหมดเขตตรวจราชการที่ 18
ปีงบประมาณ 2547 – 2552

จังหวัด	ปีงบประมาณ				
	2552	2553	2554	2555	2556
กำแพงเพชร	7.7	7.4	4.1	9.3	5.9
นครสวรรค์	6.2	8.3	4.7	4.3	4.3
พิจิตร	5.4	8.4	6.7	5.0	6.3
อุทัยธานี	5.7	9.1	5.3	5.9	6.7
เขต 18	6.60	8.2	4.9	5.5	5.9

ที่มา: สถานการณ์ การป่วยและตายของมารดาและเด็ก พ.ศ.2552 – 2556

สรุปปัญหานานามัยแม่และเด็กของเขตฯ 18 ยังพบว่า อัตรามารดาที่เสียชีวิตสูงส่วนใหญ่มารดาที่เสียชีวิตอยู่ในเขตพื้นที่ชายขอบของเขตฯ 18 อัตราตายของเด็กถึงแม้มีแนวโน้มที่ดีขึ้นแต่ยังสูง เมื่อเทียบกับประเทศในภูมิภาคเดียวกัน สุดท้ายพื้นที่ทำธารณสุขเขต 18 ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย MDG ได้ การแก้ปัญหาการเสียชีวิตของมารดา และทารกหลักนั้นจะสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้นั้นควรที่จะมีการเพิ่มขีดความสามารถในการเข้าถึงบริการในภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมมีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิผลจัดให้มีการดูแลทางสูติกรรมที่จำเป็นและจัดบริการอย่างเหมาะสมที่สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมได้ (UNICEF, WHO and UNFPA, 1997)

5. ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

มีหลายปัจจัยที่ส่งเสริมให้มารดาปลอดภัย เช่น การดูแลขณะตั้งครรภ์ การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การให้ความรู้ การเคลื่อนย้าย การประเมินภาวะเสี่ยงของมารดา การอบรมผู้ดูแลและการมีชุดอุปกรณ์ใช้ในการคลอดที่บ้าน แต่ก็ยังไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงการเสียชีวิตของมารดาได้หากผู้หญิงเหล่านั้นมีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างการคลอด และระยะหลังคลอดแล้วไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการดูแลในภาวะฉุกเฉินมีความจำเป็นต่อการมีชีวิตของมารดาอย่างยิ่งภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอาจพบได้ตลอดระยะเวลา ระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างการคลอด และระยะหลังคลอด ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ การตกเลือด (Hemorrhage) การคลอดยาวนาน หรือการคลอดติดขัด (Prolonged or obstructed

labour) การติดเชื้อหลังคลอด (Postpartum sepsis) ภาวะแทรกซ้อนจากการแท้ง (Complications of abortion) ชักขณะตั้งครรภ์ (Pre-eclampsia or eclampsia) การตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic pregnancy) มดลูกแตก (Uterine rupture) และทารกขาดออกซิเจน (Fetal distress) (WHO, 2009, p.9)

เป้าหมายหลักของการมีระบบฉุกเฉินที่มีประสิทธิผลคือ สามารถจัดบริการฉุกเฉินได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และสามารถจัดบริการได้เท่าที่มีบุคคลจำเป็นต้องให้บริการ (Olive C. Kobusingye, 2005, p.1) ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 5 ประการ ได้แก่

1. การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) เป็นการจัดบริการฉุกเฉินในชุมชน จนถึงการนำผู้ป่วยมาที่สถานบริการสาธารณสุขที่สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมได้ ประสิทธิภาพของการดูแลระยะก่อนถึงโรงพยาบาลจะรวมการเข้าถึงการเคลื่อนย้ายและความรวดเร็วของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการพัฒนาทักษะบุคลากรในการช่วยชีวิตเบื้องต้น นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อการส่งต่อ

2. บุคลากรเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน ตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ถึงระยะในโรงพยาบาล หลายประเทศมีการพัฒนาบุคลากรฉุกเฉินตั้งแต่ในระดับผู้ตอบสนองเบื้องต้น (First responder) หรือบุคลากร paramedical personnel ได้แก่ นักเวชกรฉุกเฉินระดับเบื้องต้น (Emergency medical technique Basic: EMTB) และนักเวชกรฉุกเฉินระดับกลาง (Emergency medical technique intermediate: EMTI) และบุคลากรวิชาชีพสาขาอื่น แต่ยังคงพบว่าในประเทศกำลังพัฒนา กลุ่มที่มีระดับรายได้ปานกลางเจ้าหน้าที่กลุ่ม paramedical personnel และพนักงานขับรถพยาบาลถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และพบว่าหากกลุ่มบุคลากรนี้ได้รับการพัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นได้แล้ว จะสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินได้ (Arreola-Risa C, et al., 2000)

3. อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ และการติดต่อสื่อสารเป็นองค์ประกอบที่ต้องคู่มาด้วยกันกับการมีองค์ความรู้ และทักษะของผู้ใช้ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ ถุงมือ ผ้าก๊อช เบื่อน รดนอน อุปกรณ์ทำแผล เช่น กอช สำลี และผ้าพันแผล อุปกรณ์ดาม (ที่มีหลายขนาด) วิชยุ โทรศัพท์ หรืออุปกรณ์สื่อสารที่สามารถใช้งานได้อย่างรวดเร็ว นวัตกรรมใหม่ๆ เกี่ยวกับการสื่อสารจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการติดต่อสื่อสารระหว่างชุมชนที่เกิดเหตุกับสถานบริการสาธารณสุขจะช่วยลดระยะเวลาในการตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วย และลดการเสียชีวิตของมารดาได้ (Samai,O. and Sengeh, P., 1997, p.164)

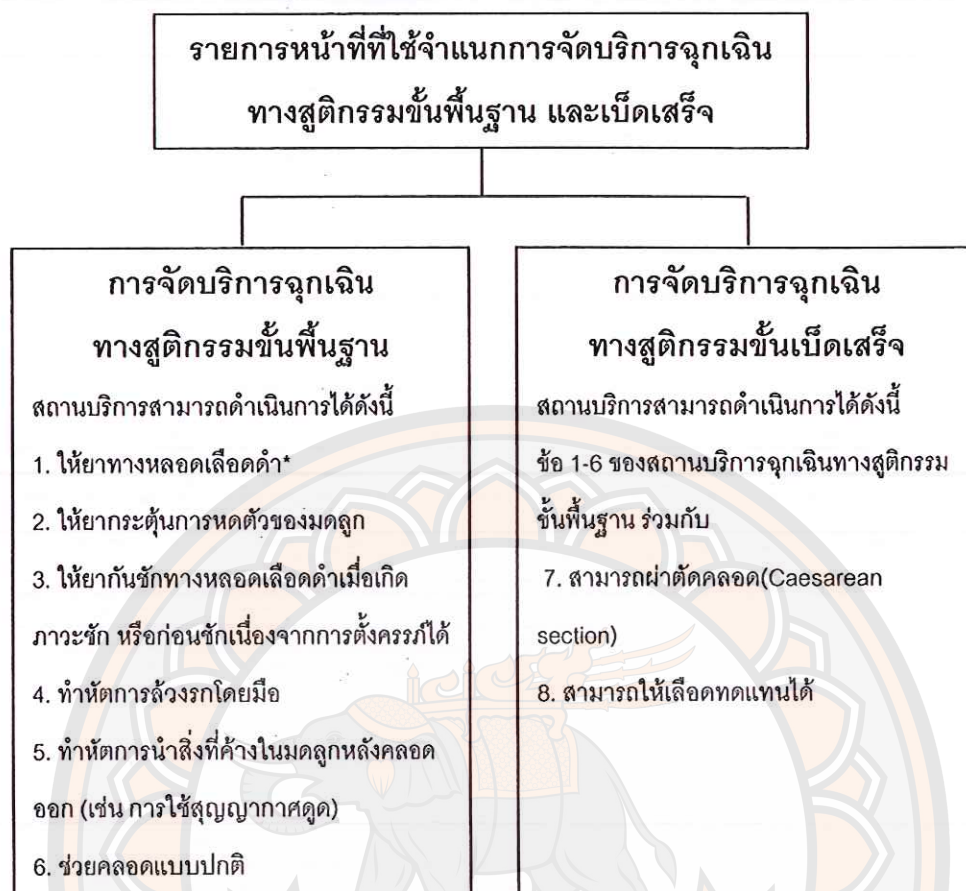


1 667110x

4. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยสู่โรงพยาบาล เป็นภาวะวิกฤตที่ต้องให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล การขาดแคลนยานพาหนะในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเป็นอุปสรรคอย่างยิ่งในการเข้าถึงบริการฉุกเฉินของผู้ป่วย (Joshiपुर, MK., et al., 2003)

5. สถานบริการ มีความแตกต่างกันในศักยภาพของการดูแลผู้ป่วยตามระดับของสถานบริการตั้งแต่สถานบริการระดับบริการปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัยซึ่งที่ไม่มีแพทย์ประจำ จนถึงสถานบริการระดับตติยภูมิที่มีแพทย์เฉพาะทางประจำอยู่ หากต้องให้สถานบริการระดับตติยภูมิดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นถือเป็นความไม่คุ้มค่าของการจัดบริการ ในการนี้การคัดกรองผู้ป่วย การตัดสินใจในการนำผู้ป่วยไปรักษาในสถานบริการที่เหมาะสม และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การเสียเวลา หรือการเสียชีวิตอาจเกิดขึ้นได้หากสถานบริการที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยมีการปฏิเสธการดูแล

สำหรับภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างทันท่วงที เหมาะสมกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ฉะนั้นสถานบริการที่สามารถจัดบริการเช่นนี้ได้ต้องมี การจัดหน้าที่ที่ชัดเจน มีการกระจายของสถานบริการอย่างทั่วถึงตามสภาพภูมิศาสตร์ หญิงตั้งครรภ์ หรือหญิงที่มีภาวะแทรกซ้อนเคยใช้บริการ สามารถจัดบริการช่วยชีวิตอย่างพอเพียง และมีการบริการที่มีคุณภาพ (World Health Organization, 2009, p.4) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม หรือผู้ป่วยสูติกรรมที่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถแบ่งตามศักยภาพของการดูแลผู้ป่วยออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ การดูแลทางสูติกรรมที่จำเป็นขั้นพื้นฐาน (Basic essential obstetric care: Basic EOC) และการดูแลทางสูติกรรมขั้นสูง (Comprehensive essential obstetric care: Comprehensive EOC) ซึ่งมีความแตกต่างกัน ดังภาพ 5



ภาพ 5 ตัวชี้วัดหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมที่มีภาวะแทรกซ้อนขั้นพื้นฐานและขั้นสูง

หมายเหตุ: * การให้ยาทางหลอดเลือดดำ หมายความว่า การให้ยาโดยการฉีด หรือการหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ

ที่มา: UNICEF, WHO and UNFPA, 1997

เพื่อให้เห็นถึงการมีคุณภาพของการจัดบริการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม จึงได้มีการกำหนดตัวชี้วัดและเกณฑ์ที่ยอมรับได้ด้านกระบวนการของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมโดยตัวชี้วัดประกอบด้วยการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมที่จำเป็นทั้งขั้นพื้นฐาน และขั้นสูง การกระจายของสถานบริการที่สามารถให้บริการในภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมได้ สัดส่วนการคลอดในสถานบริการที่ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมที่จำเป็นทั้งขั้นพื้นฐาน และขั้นสูง การบรรลุ

ความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม อัตราการผ่าตัดคลอดต่อการคลอดทั้งหมด และอัตราตายเฉพาะโรค (UNICEF, WHO and UNFPA, 1997) รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงตัวชี้วัดของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมขั้นต่ำ ที่ยอมรับได้

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ขั้นต่ำที่ยอมรับได้
จำนวนสถานบริการที่สามารถดูแลผู้ป่วยสูติกรรม ที่จำเป็น	สำหรับทุก 500,000 ประชากร ควรจะมี
- สถานบริการที่สามารถดูแลผู้ป่วย สูติกรรมที่จำเป็นขั้นพื้นฐาน	- อย่างน้อย 4 แห่ง
- สถานบริการที่สามารถดูแลผู้ป่วย สูติกรรมที่จำเป็นขั้นสูง	- อย่างน้อย 1 แห่ง
การกระจายของสถานบริการที่สามารถดูแลผู้ป่วย สูติกรรมที่จำเป็นตามลักษณะภูมิศาสตร์	ขึ้นอยู่กับจัดการของแต่ละประเทศ
สัดส่วนสถานบริการที่สามารถดูแลผู้ป่วยสูติกรรม ที่จำเป็นขั้นพื้นฐานและขั้นสูงต่อการเกิดทั้งหมด	อย่างน้อยร้อยละ 15 ต่อการเกิดทั้งหมดที่สถาน บริการที่สามารถดูแลผู้ป่วยสูติกรรมที่จำเป็น ตั้งอยู่
การดูแลสูติกรรมที่จำเป็นและตอบสนองความ ต้องการ	
- สัดส่วนของหญิงที่มีการเจ็บป่วยทาง สูติกรรมแล้วได้รับการดูแลในสถานบริการที่ สามารถดูแลผู้ป่วยสูติกรรมที่จำเป็น	อย่างน้อยร้อยละ 100 ของหญิงที่มีการเจ็บป่วย ทางสูติกรรมแล้วได้รับการดูแลในสถานบริการที่ สามารถดูแลผู้ป่วยสูติกรรมที่จำเป็น
อัตราการผ่าตัดคลอดต่อการเกิดทั้งหมด	ระหว่างร้อยละ 5 – 15 ของการเกิดในประชากร ทั้งหมด
อัตราป่วยตาย	อัตราป่วยตายของหญิงที่มีภาวะแทรกซ้อนทาง สูติกรรมในสถานบริการที่สามารถดูแลผู้ป่วยสูติ กรรมที่จำเป็นน้อยกว่าร้อยละ 1

ที่มา: UNICEF, WHO and UNFPA, 1997

องค์การอนามัยโลกยังได้กำหนดตัวชี้วัดที่เฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทาง
 สูติกรรมเพื่อให้เห็นถึงรายละเอียดของเกณฑ์ประเมินไว้ 6 ประการ ได้แก่ จำนวน และการกระจาย
 ของสถานบริการที่สามารถจัดบริการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมทั้งชั้นพื้นฐาน และชั้นสูงต่อ
 ประชากร สัดส่วนการเกิดในสถานบริการต่อการเกิดทั้งหมด การตอบสนองความต้องการในการ
 ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม สัดส่วนการผ่าตัดคลอด และอัตราป่วยตายเนื่องจากสาเหตุทางตรง
 ทางสูติกรรมดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงตัวชี้วัดที่เฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ที่ยอมรับได้
1. การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทาง สูติกรรมทั้งชั้นพื้นฐาน และชั้นสูง	จำนวนสถานบริการที่สามารถดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติ กรรมอย่างน้อย 5 แห่ง (รวมสถานบริการชั้นสูง อย่างน้อย 1 แห่ง) ในทุกจำนวนประชากร 500,000 คน
2. การกระจายของสถานบริการที่สามารถ ดูแลผู้ป่วยสูติกรรมที่จำเป็นตามลักษณะ ภูมิศาสตร์	ทุกประเทศจัดบริการให้มีจำนวนสถานบริการที่สามารถ ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างน้อย 5 แห่ง (รวมสถานบริการชั้นสูงอย่างน้อย 1 แห่ง) ในทุกจำนวนประชากร 500,000 คน
3. สัดส่วนของการเกิดในสถานบริการสูติ กรรมฉุกเฉินในจำนวนการเกิดทั้งหมด	ขึ้นอยู่กับแต่ละประเทศกำหนด
4. การตอบสนองความต้องการในการดูแล ผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม คิดจากสัดส่วน หญิงที่เจ็บป่วยด้วยเหตุหลักทางตรงจาก ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ได้รับการ ดูแลในสถานบริการที่สามารถดูแลผู้ป่วย ฉุกเฉินทางสูติกรรมได้	ร้อยละ 100 ของหญิงที่เจ็บป่วยด้วยเหตุหลักทางตรง จากภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ได้รับการดูแลใน สถานบริการที่สามารถดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมได้
5. สัดส่วนการผ่าตัดคลอดต่อการเกิดทั้งหมด	ระหว่างร้อยละ 5 – 15 ของการเกิดในประชากรทั้งหมด
6. อัตราป่วยตายจากสาเหตุทางตรงทาง สูติกรรม	อัตราป่วยตายของหญิงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ในสถานบริการที่สามารถดูแลผู้ป่วยสูติกรรมที่จำเป็น น้อยกว่าร้อยละ 1

ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกยังได้กำหนดตัวชี้วัดในการประเมินศักยภาพการดูแลผู้ป่วย
 สูติกรรมฉุกเฉินทั้งการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมขั้นพื้นฐาน (Basic emergency obstetric care: Basic
 EmOC) และการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมขั้นสูง (Comprehensive emergency obstetric care:
 Comprehensive EmOC) ประกอบด้วยคุณสมบัติขั้นพื้นฐานความสามารถในการให้ยาทางหลอดเลือดดำ การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก การให้ยากันชักทางหลอดเลือดดำ การล้างรก
 การคลอดโดยใช้คีมคีบ และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับทารกแรกเกิด และคุณสมบัติขั้นสูง
 ได้แก่ ความสามารถผ่าตัดคลอด และการให้เลือดแก่ผู้ป่วยที่จำเป็น (ตาราง 6)

ตาราง 6 แสดงตัวชี้วัดในการกำหนดศักยภาพการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินทั้งการดูแล
 ผู้ป่วยสูติกรรม

บริการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมขั้นพื้นฐาน	บริการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมขั้นสูง
1. สามารถให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำได้	สามารถให้การดูแลขั้นพื้นฐานทั้ง 7 ข้อได้
2. สามารถให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกได้ (เช่น Oxytocin)	8. สามารถผ่าตัดได้ (เช่น ผ่าตัดคลอด)
3. สามารถให้ยากันชักทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษา Pre-eclampsia และ eclampsia (เช่น magnesium sulfate)	9. สามารถให้เลือดผู้ป่วยได้
4. สามารถล้างรกทางมือได้	
5. สามารถนำชิ้นส่วนที่หลงเหลือจากการคลอดออก ได้ (เช่น manual vacuum extraction, dilatation and curettage)	
6. สามารถช่วยคลอดทางช่องคลอดได้ (เช่น การช่วย คลอดโดยใช้คีม หรือการช่วยคลอดโดยใช้คีมคีบ)	
7. สามารถช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับทารก แรกเกิดได้	

หมายเหตุ: การดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมขั้นพื้นฐานต้องสามารถจัดบริการได้ครบข้อ 1-7 ได้
 การดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมขั้นสูงต้องสามารถจัดบริการได้ครบข้อ 1-9 ได้

ในการจัดบริการตามตัวชี้วัดนั้นต้องคำนึงถึงประชากรมากกว่าการเกิด เนื่องจากการวางแผนการจัดบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับลักษณะของประชากร แต่หากมีความจำเป็นต้องจัดบริการโดยใช้การเกิดเป็นเกณฑ์ ให้กำหนดระดับของตัวชี้วัดโดยเทียบกับจำนวนการเกิด 20,000 รายต่อปี (UNICEF, WHO and UNFPA, 1997)

สำหรับการกระจายของสถานบริการสาธารณสุขมีความสำคัญต่อการจัดบริการดูแลในภาวะฉุกเฉิน และจำเป็นต้องตั้งอยู่ไม่ไกลจากที่พักของผู้ป่วย เนื่องจากระยะทางเป็นดัชนีในการบอกถึงเวลาในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีการพัฒนาในด้านยานพาหนะในการเดินทางมากขึ้น และการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมเบื้องต้นควรที่จะสามารถได้รับการดูแลได้จากสถานอนามัย โดยมีระยะเวลาที่เหมาะสมของการได้รับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมเช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอดต้องได้รับการดูแลภายในระยะเวลา 2 ชั่วโมง (Kamara, 1990; WHO, 1989) แสดงในตาราง 7

ตาราง 7 แสดงค่าประมาณของช่วงเวลาที่เหมาะสมจากระยะเวลาเริ่มต้นของการเกิดอาการจนถึงเสียชีวิตเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมในกรณีที่ไม่ได้รับการรักษา

ภาวะแทรกซ้อน	ระยะเวลา
ภาวะตกเลือด	
- หลังคลอด	2 ชั่วโมง
- ก่อนคลอด	12 ชั่วโมง
มดลูกแตก	1 วัน
ชักเนื่องจากการตั้งครรภ์	2 วัน
การคลอดติดขัด	3 วัน
ติดเชื้อ	6 วัน

ที่มา: Maine, D., 1987

ระบบส่งต่อในภาวะฉุกเฉิน

1. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550 – 2554 (คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550 – 2554, 2550) ได้กำหนดให้มีการสร้างระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการแพทย์ตติยภูมิให้มีคุณภาพและมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพไว้ ดังนี้

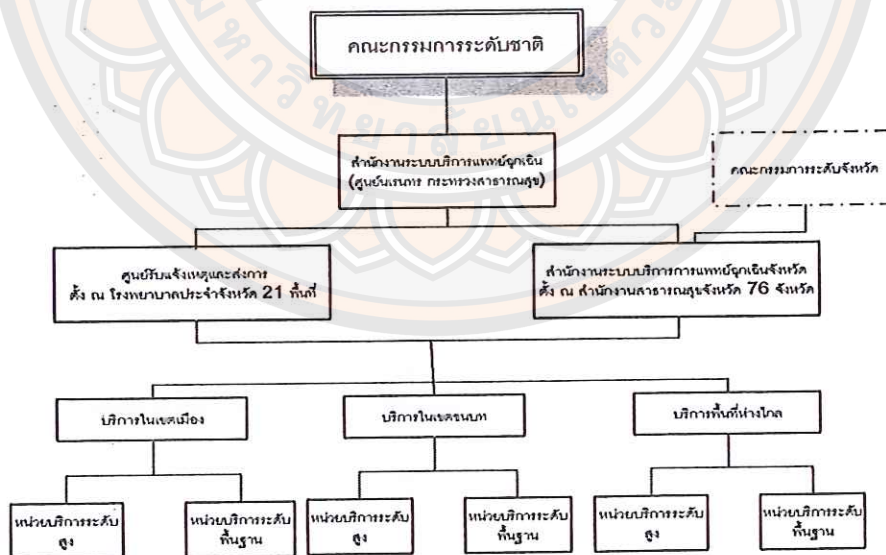
1. จัดตั้งองค์รากลางเพื่อการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีอิสระและมีประสิทธิภาพ

2. ลดระยะเวลาการรอรับการรักษาด่วนด้วยแพทย์ที่ซับซ้อนด้วยการสร้างระบบส่งต่อให้สามารถส่งผู้ป่วยระหว่างสถานบริการตติยภูมิได้

3. ส่งเสริมการใช้มาตรการทางสังคมเพื่อให้การแพทย์ตติยภูมิมีความเป็นองค์กรวมมากขึ้น เช่น Self-help Group การใช้การแพทย์ทางเลือกมีคุณภาพบำบัด

4. จัดทำแผนการแพทย์ตติยภูมิเพื่อลดความซ้ำซ้อนของการลงทุนด้านเทคโนโลยีการแพทย์ขั้นสูงที่มีราคาแพง

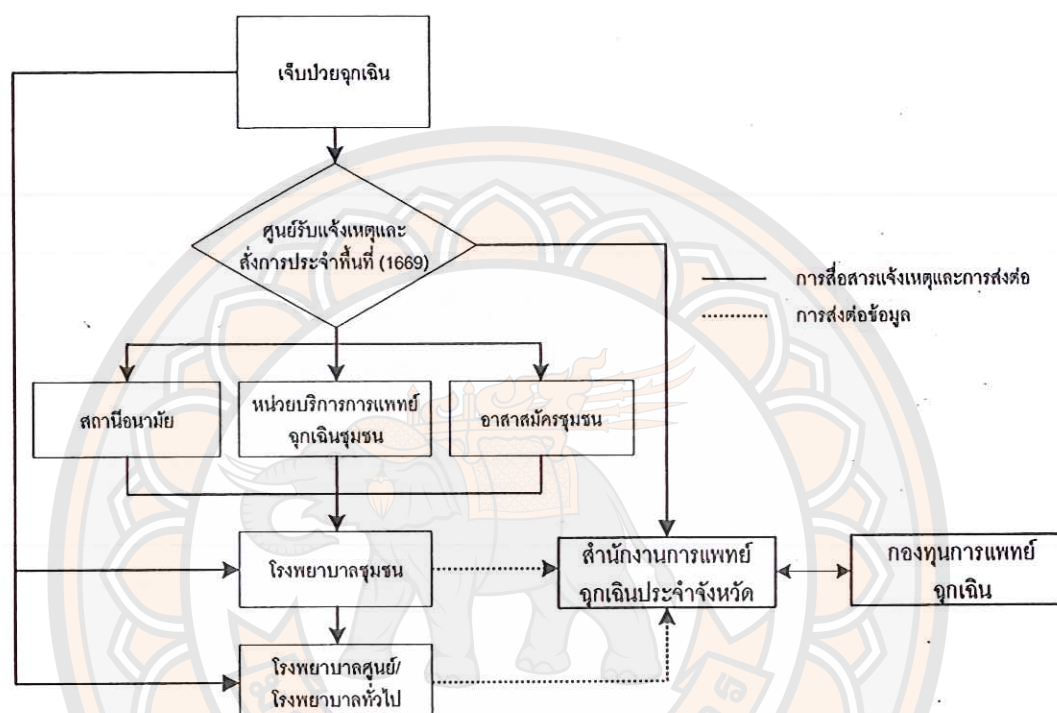
ทั้งนี้ ได้มีการจัดโครงสร้างระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมพื้นที่ และขั้นตอนดำเนินการของการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยไว้ดังภาพ 6



ภาพ 6 โครงสร้างระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ที่มา: สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2547

เพื่อเป็นการเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนในกรณีเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินการดูแลตนเองเบื้องต้น รู้จักการติดต่อสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือ และสามารถนำส่งผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว จึงมีความจำเป็นในการกำหนดโครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนเพื่อรองรับแนวคิดที่กล่าวมาแล้วดังภาพ 7



ภาพ 7 โครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน

ที่มา: พิเชษฐ หนองช้าง, 2554

โดยมีลักษณะของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน คือ

1. มีอาสาสมัคร 3 คนต่อทีม โดยแต่ละคนผ่านการฝึกอบรม First responder และขึ้นทะเบียนกับสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัด
2. มีรถพยาบาลชนิดดัดแปลง (รถระดับ 1) เน้นให้มีหลังคาและอุปกรณ์ที่จำเป็นผ่านการตรวจสอบมาตรฐานจากสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัด
3. มีอุปกรณ์สื่อสารที่สามารถติดต่อสื่อสารได้อย่างรวดเร็ว
4. มีสถานที่ตั้งของหน่วย (รองรับโดยผู้นำชุมชน) และขึ้นทะเบียน

5. เป็นเครือข่าย BLS ของโรงพยาบาลชุมชนนั้นๆ
6. มีท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุนและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

นอกจากการกำหนดโครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแล้วยังการกำหนดมาตรฐานบริการ และกำหนดพื้นที่ให้บริการ โดยมีหลักเกณฑ์การแบ่งพื้นที่ตามสัดส่วนประชากร (1 หน่วยบริการระดับสูง ต่อ 2 แสนประชากร และ 1 หน่วยบริการระดับพื้นฐาน ต่อ 1 แสนประชากร) และแบ่งตามสภาพภูมิประเทศ โดยที่ในเขตเมืองมีรัศมีการบริการไม่เกิน 10 กิโลเมตร หรือใช้เวลาในการเดินทางไปถึงที่เกิดเหตุไม่เกิน 8 – 10 นาที เขตชนบทมีรัศมีการบริการไม่เกิน 20 กิโลเมตร หรือใช้เวลาในการเดินทางไปถึงที่เกิดเหตุไม่เกิน 20 นาที เขตพื้นที่ทุรกันดาร และห่างไกล มีรัศมีการบริการเกิน 30 กิโลเมตร และ/หรือใช้เวลาในการเดินทางไปถึงที่เกิดเหตุเกิน 30 นาทีหรืออาจให้หน่วยบริการออกไปตั้งจุดอยู่ในบริเวณพื้นที่ที่มีบริเวณกว้างใหญ่ หลักเกณฑ์สุดท้ายจะพิจารณาตามความเรียกร้องและความต้องการของประชาชนและความเห็นขององค์กรท้องถิ่น สำหรับการจัดบริการในท้องที่ทุรกันดารนั้นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อไปรับบริการในสถานพยาบาลที่เหมาะสมทำได้ยาก อาจต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงกลาโหม หรือสำนักงานตำรวจเพื่อขอความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และกระทรวงสาธารณสุขจะมีการตามจ่ายค่าใช้จ่ายในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ในภายหลัง

สำหรับงบประมาณที่นำมาใช้ในกรณีการเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นงบประมาณที่กันไว้บริหารแบบกองทุนกลางโดยงบประมาณรวมอยู่ในรายการค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน/บริการโรคเฉพาะ/ยาจำเป็นและมีปัญหาการเข้าถึง มีแนวทางการสนับสนุน/เกณฑ์การจัดสรรงบประมาณแบบเป็นค่าบริการให้หน่วยบริการตามผลงานการให้บริการโดยมีเงื่อนไขในการจัดสรรดังนี้ การให้บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินกับหน่วยบริการที่อยู่ในจังหวัดเดียวกับหน่วยบริการประจำให้เบิกจ่ายที่หน่วยบริการประจำหรือกองทุนระดับจังหวัด (บริหารโดย สปสช.สาขาจังหวัด) แล้วแต่กรณีสำหรับการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดให้จ่ายจากกองทุนอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินที่บริหารลักษณะกองทุนกลางโดย สปสช. และจ่ายด้วยระบบ Point system with global budget โดยคำนวณ Point จากราคาเรียกเก็บ การให้บริการผู้ป่วยในกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินกับหน่วยบริการที่อยู่ในจังหวัดหรือนอกจังหวัดในเขตเดียวกับหน่วยบริการประจำให้จ่ายด้วยอัตราจ่ายต่อ Adjusted RW ของการให้บริการในเขตจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตของแต่ละเขตสำหรับการให้บริการผู้ป่วยในข้ามเขต ให้จ่ายด้วยอัตรา 9,000 บาทต่อ Adjusted RW สำหรับหน่วยบริการทุกระดับจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตแต่ละเขตที่ผู้ป่วยลงทะเบียนหน่วยบริการประจำ สำหรับผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการ

ประจำ (มาตรา 8) การเข้ารับบริการครั้งแรกให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายบริการจากกองทุนอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินที่บริหารลักษณะกองทุนกลางโดย สปสช. อัตราจ่ายสำหรับผู้ป่วยในให้เป็นไปตามระบบ DRG with global budget และอัตราจ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกจ่ายด้วยระบบ Pointsystem with global budget โดยคำนวณ Point จากราคาเรียกเก็บ จากนั้นหน่วยบริการต้องจัดให้ผู้ป่วยลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553, หน้า 38 – 40)

ในด้านการติดต่อสื่อสาร ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีการติดต่อหลากหลายรูปแบบได้แก่ การติดต่อโดยวิทยุสื่อสาร การติดต่อโดยโทรศัพท์ การติดต่อด้วยวาจา และการติดต่อโดยเอกสาร ทั้งนี้ได้มีการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการกระจายทั่วทุกพื้นที่ โดยในพื้นที่สาธารณสุข เขต 18 มีศูนย์นครสวรรค์ ตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ รับผิดชอบพื้นที่เขตจังหวัดนครสวรรค์ ชัยนาท อุทัยธานี กำแพงเพชร พิจิตร และเพชรบูรณ์ ปัญหาอุปสรรคที่อาจพบได้ในเรื่องของการติดต่อสื่อสารคือ คุณภาพของวิทยุสื่อสารที่มีกำลังส่งน้อยทำให้ไม่สามารถติดต่อกับหน่วยบริการในบางพื้นที่ได้ หรือหน่วยบริการบางหน่วยไม่มีวิทยุสื่อสาร ต้องติดต่อโดยโทรศัพท์เท่านั้น บางครั้งเมื่อเกิดเหตุออกให้บริการในพื้นที่อาจไม่สะดวกในการติดต่อสื่อสาร หรือแม้กระทั่งการติดต่อด้วยเอกสาร เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานบันทึกเอกสารไม่สมบูรณ์ หรือล่าช้า ไม่ทันต่อเหตุการณ์ (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2547, หน้า 78 – 84)

ด้านบุคลากรของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วยพนักงานขับรถ ผู้ช่วยเหลือเริ่มแรก (First Responder: FR) เจ้าหน้าที่กู้ชีพ (Emergency Technician: EMT) พยาบาล และแพทย์ ซึ่งทุกคนต้องได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และสามารถช่วยในการฟื้นคืนชีพได้ ดังนั้น การอบรมบุคลากรให้มีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การจัดโครงสร้างองค์กร และระบบการเงินในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างมีมาตรฐาน และมีความพร้อมในการปฏิบัติการได้อย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถช่วยชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินได้เป็นอย่างดี

2. องค์ประกอบของระบบส่งต่อ

ระบบส่งต่อ เป็นกลไกในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องของระบบสาธารณสุขมูลฐาน (George A., 2007) ที่เชื่อมโยงการบริการสุขภาพระหว่างสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และการเข้าถึงบริการที่จำเป็น ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ องค์ประกอบหนึ่งของการจัดระบบสุขภาพโดยมีการสาธารณสุขมูลฐานเป็นรากฐานของระบบ สู่ระดับที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้นจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบสุขภาพ (WHO and UNICEF, 1978; Joy, E. Lawn and et al, 2008) ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพเชิงบวก และการมีชีวิตรอดของมารดา และทารกแรกเกิด (Laukaran, V.H., Bhattacharyya Adity and Winik of

Beverly, 1994; World Health Organization, 2008) ในมุมมองของผู้ให้บริการระบบส่งต่อเปรียบเสมือนเครือข่ายอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการที่มีหน้าที่โดยตรงต่อการไหลเวียนของผู้ป่วยตลอดระบบบริการสุขภาพ (D'Amaro, Richard and Pahwa, Sudhir K., 1990, p.62)

การส่งต่อผู้ป่วยต้องเป็นไปเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม และทันทั่วถึง ฉะนั้นระบบการส่งต่อจึงต้องเป็นระบบที่มีความเกี่ยวเนื่องระหว่างองค์กรต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และสถานบริการสาธารณสุข องค์ประกอบที่จำเป็นของระบบส่งต่อจึงประกอบด้วย สถานบริการเริ่มต้นที่ต้องการส่งต่อ (Initiating facility) สถานบริการที่รับผู้ป่วยส่งต่อเพื่อดูแลรักษา (Receiving facility) ระบบสุขภาพที่ตอบสนองต่อระบบส่งต่อ (Health system issues) และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพของระบบและการควบคุม (Supervision and capacity building)

การจะทำให้ระบบส่งต่อสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพได้แต่ละองค์ประกอบของระบบส่งต่อต้องมีการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการเชื่อมโยงของแต่ละองค์ประกอบ เช่น สถานบริการเริ่มต้นที่ต้องการส่งต่อต้องมีความตระหนักในสถานะการเจ็บป่วย และความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ ต้องมีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน มีการให้การดูแลเบื้องต้นก่อนการส่งต่อ และมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วย และเมื่อมีการส่งต่อจะต้องระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกัน มีการติดต่อสื่อสารกับสถานบริการที่รับผู้ป่วยส่งต่อเพื่อดูแลรักษา มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย มีความรู้สึกเห็นใจผู้ป่วย และมีการลงบันทึกการส่งต่อ ส่วนของสถานบริการที่รับผู้ป่วยส่งต่อเพื่อดูแลรักษาเมื่อผู้ป่วยมาถึงต้องดูรายละเอียดจากบันทึกการส่งต่อ ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และบันทึกข้อมูล มีการวางแผนเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วย ซึ่งในระบบการส่งต่อสถานบริการที่รับผู้ป่วยส่งต่อต้องมีการบันทึกผลการรักษและข้อมูลย้อนกลับโดยใช้แบบบันทึกการส่งกลับ มีการบันทึกการส่งกลับ สำหรับระบบสุขภาพที่ตอบสนองต่อระบบส่งต่อจะต้องมีเครือข่ายผู้ให้บริการ กำหนดแนวทางการส่งต่อให้สถานบริการยึดถือ มีการจัดทรัพยากรเพื่อการส่งต่อ เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การติดต่อสื่อสาร และอื่นๆ องค์ประกอบสุดท้ายคือ องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพของระบบและการควบคุม ได้แก่การมีระบบการบันทึกการส่งต่อ มีการให้ความมั่นใจต่อระบบส่งกลับ มีการให้ข้อมูลย้อนกลับและการอบรมบุคลากรในสถานบริการส่งต่อ และมีระบบให้ข้อมูลย้อนกลับต่อศูนย์ส่งต่อ (WHO, n.d.)

แสดงในภาพ 8



ภาพ 8 โครงสร้างระบบส่งต่อ

ที่มา: Management of health facilities: Referral system, WHO, n.d.

3. ประสิทธิภาพของการส่งต่อ

การเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ และสถานบริการรับส่งต่อที่เข้มแข็งถือเป็นความสำคัญของระบบบริการสุขภาพ ประเด็นที่ต้องมีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความเข้มแข็งนั้น ได้แก่ การสื่อสารที่มีคุณภาพ การมีระบบให้คำปรึกษา และการพัฒนาบุคลากรด้านการบริการอนามัยแม่และเด็ก การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบ หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลรับส่งต่อ นอกจากนี้ยังต้องมีการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง โดยเริ่มต้นตั้งแต่ระดับของการบริการรับส่งต่อ ทั้งนี้การพัฒนาระบบต้องมีการวางแผนอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการพัฒนาเฉพาะจุด ที่ละจุดของระบบ (WHO SEARO, 2008) ในการพัฒนาระบบส่งต่อเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ มีมุมมองของเป้าหมายอยู่ 2 ประการ คือ มุมมองด้านสุขภาพ และมุมมองด้านเศรษฐศาสตร์ ได้แก่

1. ต้นทุนประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด (Cost-effective use of limited resources) ซึ่งเป็นส่วนที่ผู้ให้บริการต้องคำนึงถึงเพื่อที่จะสามารถดำเนินการในการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสิ่งที่จะต้องเป็นคือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพไม่รุนแรงควรที่จะได้รับการดูแลจากบุคลากร และเครื่องมือที่เหมาะสมกับปัญหานั้นๆ หากแต่ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรง หรือมีความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพควรที่จะได้รับการดูแลในสถานที่เฉพาะทางซึ่งมีการใช้ทรัพยากรสูง ในการนี้จะต้องมีการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการเหล่านี้ หรือการมีระบบส่งต่อที่เข้มแข็ง

2. การบริการผู้ป่วยที่มีคุณภาพ (Good quality of patient care services) หมายถึง การลดระยะเวลาในการเดินทาง และการรอของผู้ป่วย ระบบบริการต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล โดยมีการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการกระจายข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจต่อการบริการที่ได้รับ

3. การจัดบริการป้องกันโรคตลอดระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย (Good preventive practices at all stages of health needs) การเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการป้องกันโรค จะเป็นส่วนสนับสนุนในการวินิจฉัย และการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วย เพื่อลดการสูญเสีย (Somsak Chunharas, 1998, p.18)

ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพต้องมีกลไกในการส่งต่อที่เป็นแบบสองทางทั้งในการส่งต่อผู้ป่วย ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย และการรักษาที่ผ่านมาแล้วในทุกระดับของสถานบริการ สาธารณสุขที่รับ-ส่งต่อผู้ป่วย ทั้งนี้สถานบริการสาธารณสุขเอกชนก็สามารถเข้าร่วมอยู่ในระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยได้ มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อประสานความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาพยาบาลระดับสูงเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยที่

เหมาะสม (MoPH, 2005) การส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเพื่อเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่เหมาะสมมีความสำคัญเสมือนการสูญเสียเวลาอันมีค่าไปกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหนึ่งไปสู่อีกสถานพยาบาลหนึ่ง ซึ่งระยะเวลานี้อาจเป็นเหตุที่อาจเกิดการสูญเสียชีวิต หรือเพิ่มความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมอาจมีแสวงหาการรักษาไปเรื่อยๆ หลายๆ แห่ง แต่สุดท้ายก็ต้องมาเสียชีวิตที่บ้านตนเอง (Prakasamma, M., 2008; Jafarey, N. Sadiqua and Korejo Razia, 1993) องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญต่อการส่งต่อเป็นอย่างมากในการที่จะสามารถลดการตายของมารดา และทารกได้ เนื่องจากระบบส่งต่อที่เข้มแข็งจะเป็นการเชื่อมต่อระหว่างบริการปฐมภูมิ และสถานบริการที่รับส่งต่อ (Referral facilities) (WHO SEARO, 2008)

กระทรวงสาธารณสุข ของประเทศไทย ได้กำหนดมาตรฐานระบบส่งต่อในประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย รายละเอียดดังกล่าวไว้ตั้งแต่เรื่อง ความหมายของการส่งต่อผู้ป่วยว่าเป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากสถานที่หนึ่งเพื่อไปรับการรักษาต่อยังอีกสถานที่หนึ่งโดยสถานพยาบาลเป็นผู้นำส่งต้องส่งต่อผู้ป่วยด้วยยานพาหนะและวิธีการที่เหมาะสมปลอดภัยโดยคำนึงถึงโรคอาการและความรุนแรงของโรค ต้องมีการสื่อสารประสานงานแจ้งสถานพยาบาลที่จะรับไว้ล่วงหน้าพร้อมข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยตลอดจนข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็นการส่งต่อผู้ป่วยที่ยังมีภาวะอาการของโรคที่ต้องอยู่ในความดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพโดยไปพร้อมกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในระหว่างการส่งต่อ ยานพาหนะในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจะต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ และได้มาตรฐาน มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับเหตุผลและความจำเป็นในการส่งต่อ (ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 8 พ.ศ. 2545 เรื่อง มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย, 2545) สำนักหลักประกันสุขภาพได้กำหนดมาตรฐานหน่วยบริการส่งต่อไว้ในคู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2549 ว่าต้องสามารถส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ไปยังหน่วยบริการที่รับส่งต่อภายในระยะเวลาไม่เกิน 60 นาที มีบริการส่งต่อทั้งไปและกลับภายในเครือข่ายหน่วยบริการ มียานพาหนะรับ – ส่งในกรณีฉุกเฉิน มีการส่งต่อทั้งในส่วนของการตรวจชั้นสูตร หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือเพื่อรับบริการทันตกรรม และต้องมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปด้วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) นอกจากนี้ยังมีข้อกำหนดที่เป็นตัวชี้วัดประสิทธิผลของระบบส่งต่อประกอบด้วย

1. การมีศูนย์รับส่งต่อที่มีทรัพยากรพอเพียง
2. การสื่อสารและระบบย้อนกลับ
3. การมีระบบเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่วางแผนเป็นอย่างดี

4. การมีข้อตกลงร่วมกันในเครือข่ายระบบส่งต่อในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

5. มีการพัฒนาบุคลากรในด้านที่รับผิดชอบ

6. การสร้างทีมงานของสถานบริการรับส่งต่อทุกระดับ

7. มีระบบการบันทึกข้อมูลที่เป็นรูปแบบเดียวกัน

8. มีกลไกที่สร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยในการที่จะไม่ต้องข้ามขั้นตอนของการส่งต่อ เช่น การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย หรือการจ่ายเงินค่ารักษาของผู้ป่วย (Susan F Murray, Sarah Davies, Rosemary Kumwenda Phiri and Yusuf Ahmed, 2001)

4. โครงสร้างระบบส่งต่อของประเทศไทย

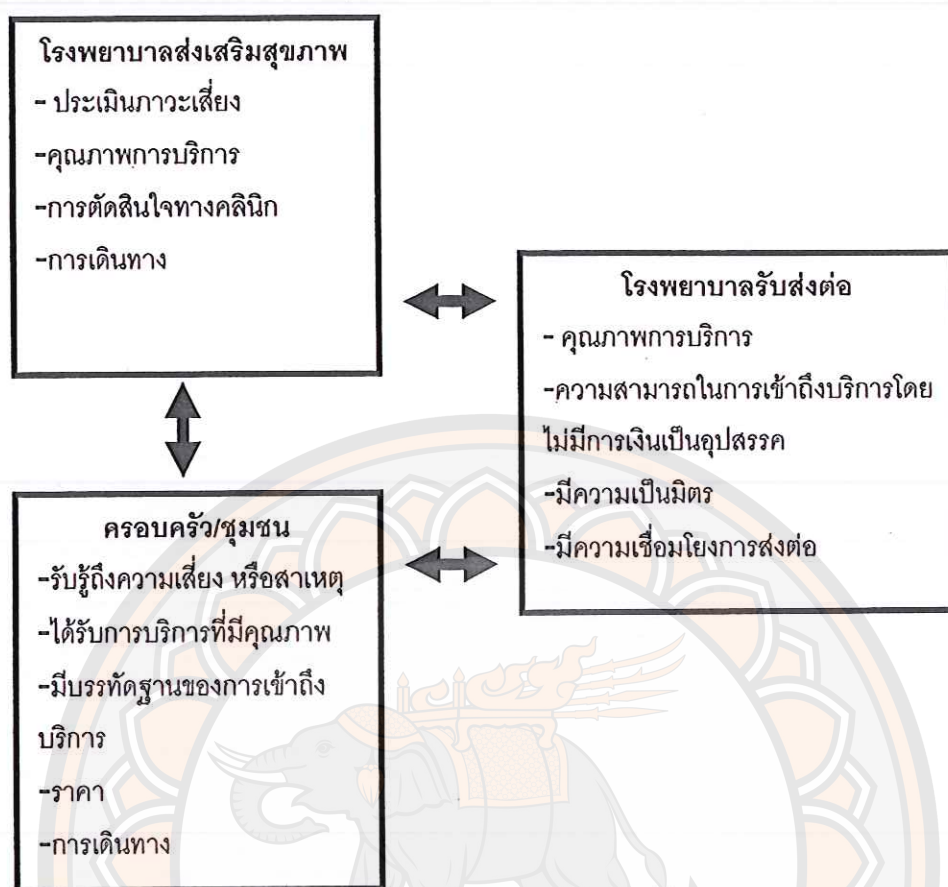
ในปัจจุบันการจัดระบบบริการทางการแพทย์มีการจัดเป็นระบบเครือข่ายของสถานบริการซึ่งเชื่อมโยงกันโดยมีสถานบริการระดับต้นเป็นจุดบริการหลักเชื่อมต่อระหว่างประชาชนและระบบบริการที่สูงกว่าโดยมีขั้นตอนในการนำส่งผู้ป่วย ดังนี้

1. จะต้องมีการนำส่งแบบฟอร์มที่กำหนดให้ไปพร้อมกับผู้ป่วยด้วยทุกครั้งยกเว้นกรณีรีบด่วนอาจส่งใบนำส่งตามไปภายหลังได้

2. กรณีผู้ป่วยหนักหรือเร่งด่วนถ้ากระทำได้ควรแจ้งให้สถานบริการผู้รับได้ทราบล่วงหน้าเพื่อเตรียมการช่วยเหลือผู้ป่วย

3. เมื่อได้รับผู้ป่วยพร้อมใบนำส่งแล้วให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบสถานบริการที่รับผู้ป่วยส่งใบตอบรับผู้ป่วยตามแบบฟอร์มของสถานบริการที่รับผู้ป่วยส่งใบส่งตัวกลับหรือใบแจ้งผลการรักษาให้ส่งกลับไปยังสถานบริการเดิมที่ส่งผู้ป่วยมาเพื่อได้ทราบข้อมูลและจะได้ติดตามเยี่ยมและดูแลต่อไป

ปัจจุบันถึงแม้ว่าจะมีการนำโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้ามาดำเนินการแต่การดำเนินการในระบบการรับส่งต่อยังคงเชื่อมโยงกันด้วยระบบการรับส่งผู้ป่วยโดยดำเนินการภายใต้โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและมีระบบสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการโดยมีการส่งต่อผู้ป่วยทั้งไปและกลับระหว่างสถานบริการ (ภาพ 9)



ภาพ 9 การส่งต่อและส่งกลับระหว่างสถานบริการสาธารณสุข

ที่มา: Albrecht Jahn and Vincent De Brouwere, 2001

ปัจจุบันภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพลักษณะการส่งต่อผู้ป่วยมีความเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายบริการและรูปแบบในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลที่รับส่งต่อเป็นการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาในการรับส่งต่อ 2 รูปแบบ คือ

1. การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวโดยรวมงบสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกรับส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) และบริการผู้ป่วยใน (inclusive capitation) ให้หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิที่รับขึ้นทะเบียนกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น หน่วยคู่สัญญาจะตามจ่ายกรณีบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (เฉพาะนอกเขตจังหวัด) ให้เบิกจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพที่ส่วนกลางตามการจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง

สถานพยาบาลภายในจังหวัดกรณีผู้ป่วยนอกให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการระดับจังหวัดกำหนดกรณีผู้ป่วยในตามจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

2. การจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัวงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) ให้หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Capitation for ambulatory care) งบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยในให้บริการที่จังหวัดโดยจ่ายให้โรงพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG with global budget) บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (เฉพาะนอกเขตจังหวัด) ให้เบิกจ่ายจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อจากสถานบริการในเครือข่ายมีการเบิกค่ารักษาการณื่อดังต่อไปนี้

1. การจ่ายเงินกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินหมายถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคหรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายแก่ชีวิตตนเองหรือผู้อื่นโรคหรืออาการของโรคที่เป็นมากต้องการการรักษาเป็นการด่วนและโรคที่ต้องผ่าตัดด่วนหากปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อชีวิต

2. การจ่ายเงินกรณีค่าใช้จ่ายสูงแบ่งออกเป็น 4 กรณี คือ

2.1 สำหรับการรักษายาบาลที่มีราคาแพง (High cost care) การจ่ายลักษณะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้อสถานพยาบาลปฏิเสธการรักษาที่จำเป็นแต่มีค่าใช้จ่ายสูงเช่นการผ่าตัดสมองการให้เคมีบำบัดการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เป็นต้น

2.2 สำหรับการรักษาที่ต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ที่มีราคาแพง (Additional payment) โดยที่ไม่มีวิธีการรักษาที่มีต้นทุนประสิทธิผลดีเท่ากับการรักษาด้วยวัสดุอุปกรณ์เหล่านี้เช่นลิ้นหัวใจเทียมการผ่าตัดอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์บำบัดภายในภายนอกร่างกายเช่นเลนส์กระจกตาเทียมการใส่เหล็กรักษาโรคกระดูกหักบางอย่างการใส่ข้อเทียม เป็นต้น

2.3 สำหรับทางเลือกการรักษาที่มีหลักฐานยืนยันว่าเป็นผลดี (Choice of treatment) แต่มีราคาแพงกว่าการรักษาพื้นฐาน (Standard treatment) เช่น การผ่าตัดข้อเข่าด้วยกล้องการผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้อง เป็นต้น

สำหรับการรักษาที่ต้องใช้เทคโนโลยีเฉพาะโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อความก้าวหน้าทางการแพทย์ (Specialty treatment for medical progression) ในส่วนนี้ต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการก่อน

3. การจ่ายเงินกรณีโรคเรื้อรังหมายถึงโรคที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่าง

ต่อเนื่อง

จะเห็นได้ว่าในระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยนั้นยังมีความเกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลที่ส่งต่อซึ่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัดจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกกลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลในจังหวัดตามกรอบและตามแนวทางที่กำหนด โดยคำนึงถึงความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ปัจจุบันระบบการส่งตัวผู้ป่วยเพื่อไปรับการตรวจและรักษาต่อได้พัฒนาให้สอดคล้องกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการกำหนดแนวทางรับบริการของประชาชนคือต้องรับบริการจากหน่วยบริการระดับปฐมภูมิก่อนหากมีความจำเป็นต้องการรักษาในสถานบริการในระดับสูงขึ้นไปเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจะส่งไปรับบริการยังหน่วยบริการทุติยภูมิหรือหน่วยบริการตติยภูมิตามความเหมาะสม

ลักษณะการบริการส่งต่อในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยที่ส่งต่อมาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับตติยภูมิส่วนมากจะเดินทางมาเอง ในระยะทางที่ห่างจากสถานบริการรับส่งต่อมากกว่า 200 กิโลเมตร (ดวงพร โสภ และธานี จิตตรีประเสริฐ, 2549) แสดงให้เห็นว่าในการจัดบริการสุขภาพของประเทศไทยผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ตัดสินใจในการเข้ามารับบริการเอง จึงยังทำให้เกิดการข้ามขั้นตอนของการบริการส่งต่อ (Somsak, 1998, p.17) นอกจากนี้ การดำเนินงานในระบบการรับส่งต่ออุทัย สุดสุข (2529) ยังได้อธิบายถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบรับส่งต่อที่เกี่ยวกับขั้นตอนและการดำเนินการระบบรับส่งต่อผู้ป่วย ดังนี้

1. เกี่ยวกับผู้ส่งพบว่ามีความไม่พร้อมในด้านต่างๆคือด้านกำลังคนด้านอุปกรณ์ สถานที่เครื่องมืออุปกรณ์เทคโนโลยีมีการส่งผู้ป่วยมานานอกเวลาทำงานเพื่อให้พ้นภาระของตนหรือสถานบริการแรกรับไม่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปตรวจรักษาเพราะต้องการสร้างสถิติผลงานและชื่อเสียง เพื่อความก้าวหน้าหรือผลประโยชน์ส่วนตนการตัดสินใจส่งผู้ป่วยยังไม่ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะของผู้ป่วยหรือโรคที่ป่วยหนักเกินไปไม่มีการให้บริการระยะแรกก่อนตลอดจนการใช้ใบส่งต่อที่ไม่ถูกต้อง

2. เกี่ยวกับระบบการรับส่งต่อในระบบรับส่งต่อพบว่าโรงพยาบาลที่รับส่งต่อไม่พร้อมที่จะรับเนื่องจากไม่มีเตียงว่างไม่มีเทคโนโลยีหรือขาดบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะทางในการให้การดูแลรักษานอกจากนี้ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยยังขาดประสิทธิภาพไม่มีการกำหนดมาตรฐานร่วมกันในวิธีการตรวจหรือการรักษาพยาบาลของแต่ละสถานบริการ

3. เกี่ยวกับประชาชนหรือผู้ป่วย พบว่า ประชาชนนิยมเลือกรับบริการจากสถานบริการขนาดใหญ่ที่มีชื่อเสียงโดยไม่จำเป็นหรือไปรับบริการข้ามระดับของสถานบริการเกินความจำเป็นและไม่ชอบให้ส่งกลับไปยังสถานบริการใกล้บ้านก่อนการป่วยจะหายเป็นปกติหรือไม่ชอบเจ้าหน้าที่ประจำสถานบริการใกล้บ้านเป็นการส่วนตัวจึงไม่ไปรับบริการจากสถานบริการแห่งนั้นอีก

ทั้งต้องรับภาระค่าใช้จ่ายค่ายานพาหนะค่าอาหารและค่าที่พักสำหรับตัวผู้ป่วยเองหรือญาติผู้ป่วย ซึ่งมักไปหลายคนจากปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบรับส่งต่อผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าเกิดจากปัจจัยหลักทั้ง 3 ด้านได้แก่ตัวผู้ส่งต่อระบบการรับส่งต่อและประชาชนหรือผู้ป่วยที่มารับบริการซึ่งปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ส่งต่อและระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยนั้นแสดงออกถึงศักยภาพและคุณภาพของการให้บริการในระบบรับส่งต่อว่ายังขาดความพร้อมในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของกำลังคนสถานที่หรือเครื่องมืออุปกรณ์ในการให้บริการและประสิทธิภาพในการให้การรักษายาบาลรวมทั้งการประสานงานกันระหว่างสถานบริการ ซึ่งในปัจจุบันมีการกำหนดเป็นมาตรฐานร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพบริการของแต่ละสถานบริการมีการพัฒนาระบบการรับส่งต่อที่ดี เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในการให้บริการผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีและมีความต่อเนื่องประชาชน ได้รับการบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน เป็นการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนสืบไป

สรุปได้ว่า ระบบส่งต่อของประเทศไทยยังมีประเด็นท้าทายหลายประเด็นที่คล้ายกันกับหลายประเทศในกลุ่มกำลังพัฒนาได้แก่ การใช้สถานบริการปฐมภูมิเป็นเพียงทางผ่านเพื่อการส่งต่อไปยังสถานบริการระดับทุติยภูมิ เกิดปัญหาการข้ามขั้นตอนในโครงสร้างการส่งต่อ (Thitipor, et.al., 2007; Omaha, Metendez, Oehaea and Ohi, 1998; Department of Community Medicine and Family Health, 2004; Somsak, 1998) การตัดสินใจส่งต่อ ทำให้เกิดปัญหาส่งต่อผู้ป่วยในรายที่สามารถรักษาได้เอง หรือรอจนผู้ป่วยมีอาการหนักก่อนจึงส่งต่อ (อติเรก เร่งมานะวงษ์, 2546) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการปฏิบัติตามคู่มือมาตรฐานการดูแลมารดาและทารกในการส่งต่อเพียงร้อยละ 61.75 ของจำนวนผู้ป่วยที่มีการส่งต่อ (Thitipor, et al., 2007) ปฏิเสธการส่งต่อนอกเขต และไปยังส่วนกลางยังพบค่อนข้างสูง (กลุ่มประสานราชการ, 2553) โดยเฉพาะในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม พบว่า การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย: เกิดความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ (Thaddeus, S. and Maine, D., 1994) เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเงิน การมีความรู้สึกเชิงลบต่อบุคลากรทางสุขภาพ การได้รับการที่ไม่ประทับใจของสถานบริการสาธารณสุข (Eades Carol A Brace Christopher, Oser Lawrence and La Guardia Katherine, 1993) ยานพาหนะในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่ได้มาตรฐานปัญหาด้านความร่วมมือในการส่งต่อผู้ป่วยของผู้รับบริการเมื่อถูกนำไปรักษาในสถานบริการที่เหมาะสม (Razzak Junaid A. Junaid and Kellermann L Arthur, 2002) ระบบการติดต่อสื่อสารยังไม่มีประสิทธิภาพทั้งในส่วนของการประสานงานระหว่างสถาน พยาบาลที่รับส่งต่อ และในส่วนของข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งต่อ (Mona Gupta, Dileep Mavalankar and Poonam Trivedi, 2009; Ransom, I. Elizabeth and

Yinger, V. Nancy, 2002) และประเด็นท้าทายของระบบการส่งต่อของพื้นที่สาธารณสุข เขต 18 พบว่า การเสียชีวิต MMR และ IMR ในผู้ป่วยที่ส่งต่อส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่เขตอำเภอรอบนอกของจังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดนอกเขตรับผิดชอบอัตราการส่งต่อของผู้ป่วยมารดาและทารกยังต่ำ โดยที่พื้นที่ที่มีอัตราตายมารดาสูงมีอัตราการส่งต่อผู้ป่วยที่ต่ำกว่าพื้นที่อื่น

การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ปัญหาการเสียชีวิตของมารดา และเด็กเป็นปัญหาที่ทุกประเทศทั่วโลกประสบ นานาประเทศมีความตั้งใจในการแก้ไขปัญหาโดยกำหนดเป็นเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ ค.ศ. 2015 ทั้งนี้ได้มีการคาดการณ์ว่าในส่วนของประเทศกำลังพัฒนาน้อยกว่า 44 ใน 50 ประเทศที่จะสามารถบรรลุเป้าหมายนั้นได้อย่างน้อยร้อยละ 20 (Haines, et al., 2007; Murray, et al., 2007) ปัจจัยสำคัญในการลดการเสียชีวิตของมารดา และทารกได้ คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพทางด้านอนามัยแม่และเด็กที่จำเป็นอย่างพอเพียง (Haines, et al., 2007)

1. แนวคิดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญของการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อการมีชีวิตรอดของมารดา และเด็กทั้งที่เป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการเจ็บป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน การเข้าถึงบริการสุขภาพจึงหมายถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทันเวลา เพื่อให้ได้มาซึ่งผลลัพธ์สุขภาพที่พึงประสงค์ ไม่เพียงแต่การลดการตายจากการมารักษาไม่ทันเวลา ระยะเวลาในการรอรักษาอาการที่นานเกินไป หรือเป็นการบรรเทาอาการขึ้นต้น และการลดความกังวลในการตีความหมายของอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเท่านั้น (Michael, M., 1993) จากการศึกษาที่ผ่านมาสามารถสรุปแนวคิดการเข้าถึงบริการออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

1. กลุ่มแรกมองแนวคิดการเข้าถึงบริการจากลักษณะประชากร (เช่น รายได้ครอบคลุม ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ ทักษะติดต่อการบริการสุขภาพ) หรือการจัดบริการสุขภาพ (เช่น การกระจาย และการจัดโครงสร้างกำลังคนและสถานบริการ)

2. กลุ่มนี้มองแนวคิดการเข้าถึงบริการผ่านตัวชี้วัดผลลัพธ์ของการผ่านกระบวนการดูแลสุขภาพของส่วนบุคคล (เช่น อัตราการใช้บริการ หรือคะแนนความพึงพอใจ) (Lu Ann Aday and Ronald Andersen, 1974, p.209) การเข้าถึงบริการจึงสะท้อนให้เห็นถึงความพอดีระหว่างลักษณะและความคาดหวังของผู้ให้บริการ และผู้ป่วย (Penchansky, R. and Thomas, J., 1981, pp.127-240) โดยมีองค์ประกอบย่อย 5 ด้าน ได้แก่

2.1 ความพร้อมในการจัดบริการ (Availability) หมายถึง การที่ผู้ให้บริการมีทรัพยากรที่จำเป็นในการจัดบริการอย่างพอเพียง เช่น บุคลากร และเทคโนโลยีเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นของผู้รับบริการ

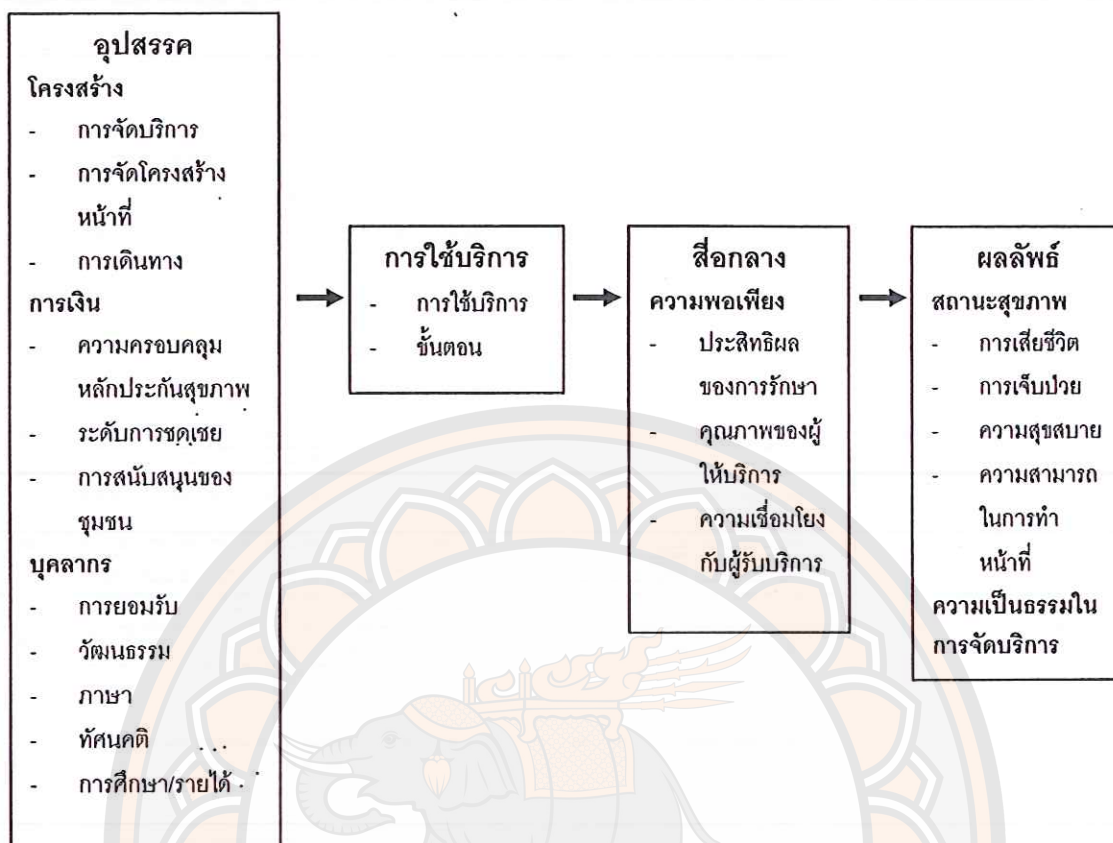
2.2 ความง่ายในการเข้าถึงบริการ (Accessibility) หมายถึง การเข้าถึงทางภูมิศาสตร์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่นำมาตัดสินว่าผู้มารับบริการสามารถมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพได้ง่าย

2.3 ความสามารถในการจ่าย (Affordability) เป็นปัจจัยตัดสินว่าผู้ให้บริการมีการเก็บค่ารักษาพยาบาลที่ผู้รับบริการสามารถ หรือความเต็มใจที่จะจ่ายได้เมื่อมารับบริการนั้นๆ

2.4 ความสะดวกในการเข้าถึง หรือความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ (Accommodation) จะสะท้อนการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการว่ามีการบริหารจัดการที่ตอบสนองต่อลักษณะของผู้มารับบริการอย่างไร โดยเฉพาะเรื่อง เวลาในการให้บริการ การติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการต่างๆ และการที่ผู้มารับบริการสามารถรับบริการได้โดยที่ไม่ได้นัดหมายมาก่อน

2.5 การยอมรับบริการ (Acceptability of care) เป็นการยอมรับบริการ โดยที่ผู้ป่วยรู้สึกยอมรับต่อข้อกำหนด หรือลักษณะเฉพาะของผู้ให้บริการได้ เช่น อายุ เพศ สถานะทางสังคม และศาสนาของผู้ให้บริการ

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การพิจารณาการเข้าถึงบริการจึงตั้งอยู่บนพื้นฐานของ 2 ประเด็น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยส่วนของบริการสุขภาพ (Frenk, J., 1992; Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., et al., 2002, pp.186-188) แสดงให้เห็นว่า การเข้าถึงบริการเป็นความพอดีระหว่างการแสวงหาบริการสุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพ (Penchansky, R. and Thomas, J., 1981, pp.127-240) ยังรวมความถึง การได้รับดูแลสุขภาพเมื่อยามจำเป็น หรือเมื่อต้องการ (Ricketts T and Goldsmith, L., 2005, pp.274-280) ฉะนั้น เมื่อพิจารณาการเข้าถึงบริการจึงเป็นการมองใน 2 ส่วนหลัก คือ การใช้บริการ ที่มีปัจจัยด้านโครงสร้าง การเงิน และปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการโดยมีตัวกลางที่เชื่อมประสานให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ได้แก่ ความพอเพียง ประสิทธิภาพ คุณภาพบริการและการเชื่อมประสานกับผู้ป่วย และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่วัดทั้งด้านสถานะสุขภาพ และความเป็นธรรมในบริการโดยสรุปได้ดังภาพ 10



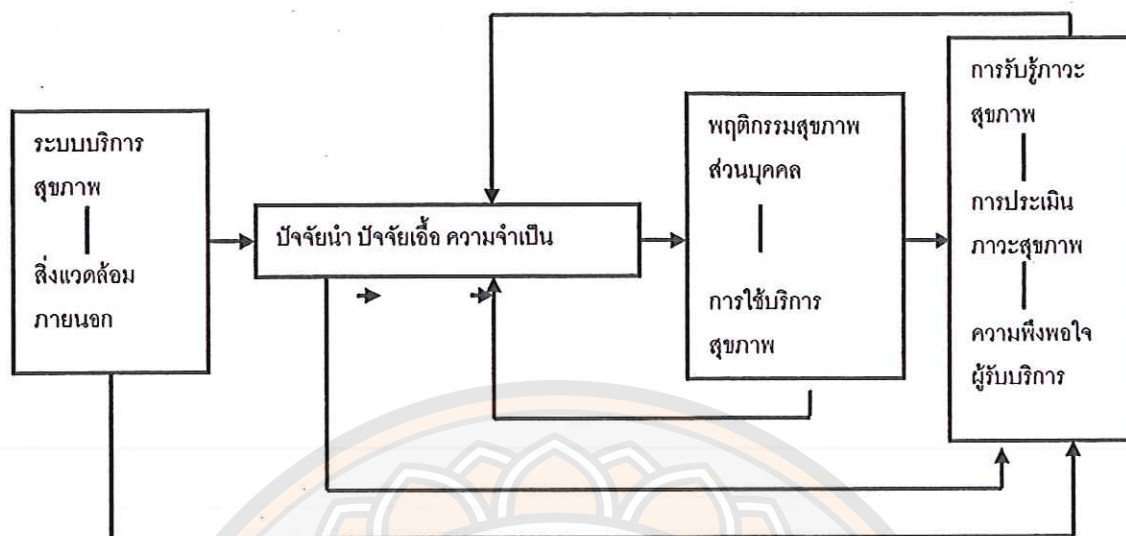
ภาพ 10 รูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพส่วนบุคคล

ที่มา: Michael, M., 1993

จากภาพ 10 เราสามารถมองเห็นเส้นทางการเข้ามารับบริการของประชาชน หากแต่ยังมีอีกหลายปัจจัยที่เป็นส่วนที่ขัดขวาง หรือเสริมสร้างความสามารถในการเข้าถึงบริการของประชาชนได้แก่โครงสร้างทางสังคมและการจัดบริการ และสภาพทางภูมิศาสตร์โดยที่การเข้าถึงบริการเป็นความจำเป็นระดับบุคคลของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ใช้บริการในอัตราอย่างพอเพียง ได้สัดส่วนที่พอดีกับการจัดบริการที่ได้รับ (Freeborn, D.K. and Greenlick, M.R., 1973) การเข้าถึงบริการจึงเป็นกระบวนการพลวัตของบุคคล และครอบครัวที่จะเรียนรู้เพื่อปรับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ (Thomas, C. Ricketts and Laurie J. Goldsmit, 2005, p.274) แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ผ่านมาสามารถสรุปเป็นกลุ่มของแนวคิดได้ 2 แนวคิดหลัก ได้แก่ กลุ่มการเข้าถึงบริการเป็นการใช้บริการ และกลุ่มที่มองการเข้าถึงบริการเป็นความพอดีระหว่างความต้องการของ

ผู้รับบริการ และการจัดบริการที่ได้รับ (Thomas C. Ricketts and Laurie J. Goldsmith, 2005, pp.274-277)

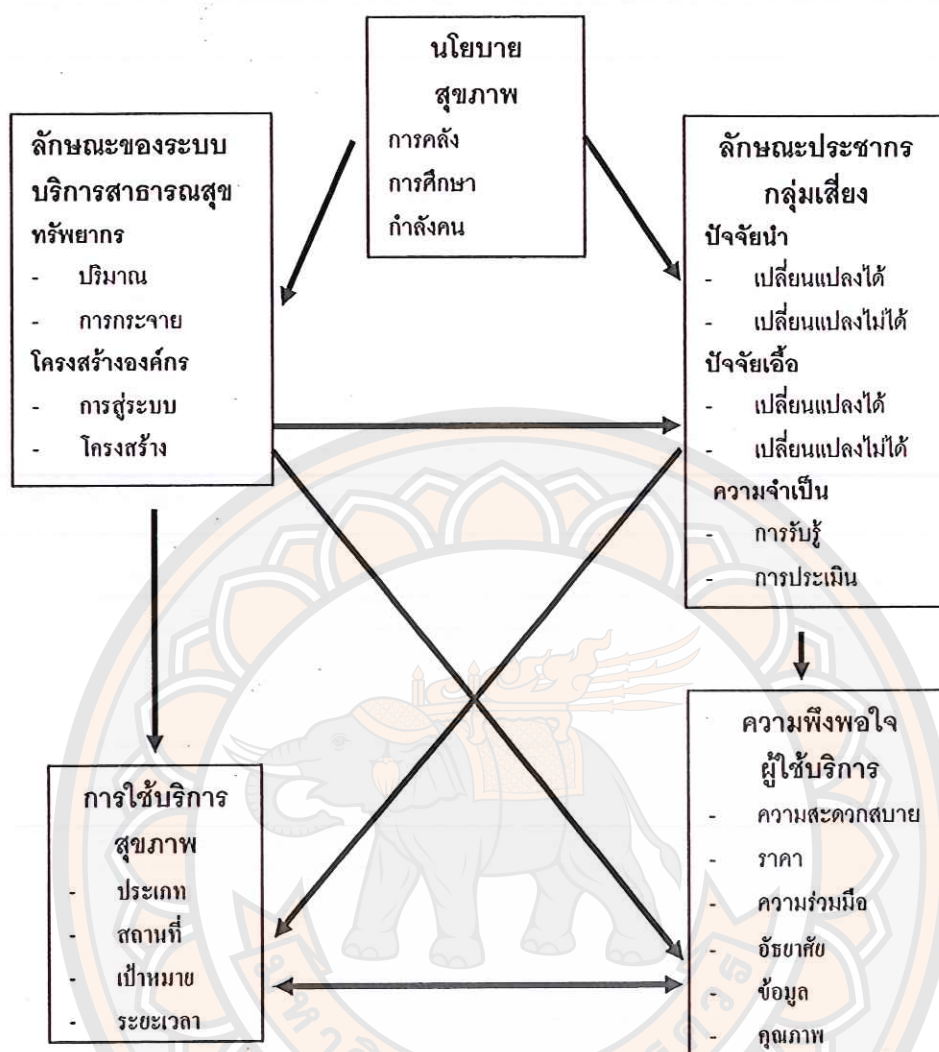
การทำความเข้าใจแนวคิดการเข้าถึงบริการในด้านการใช้ประโยชน์ หรือเข้ามารับบริการของประชาชนโดยนำแนวคิดทางสังคมวิทยามาเป็นฐานคิด ได้อธิบายรูปแบบพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพว่ามีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน คือ องค์ประกอบด้านลักษณะบริบททางสังคม (Contextual characteristics) ได้แก่ ลักษณะของครอบครัว ชุมชน สังคม สถานบริการสุขภาพ และนโยบายขององค์ประกอบด้านลักษณะส่วนบุคคล (Individual characteristics) ที่เป็นปัจจัยเอื้อต่อการเข้ามารับบริการ (Predisposing factors) ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา บทบาทในชุมชนที่บุคคลนั้นสามารถนำเสนอปัญหาของตนเองต่อชุมชน และสามารถจัดหาทรัพยากรในชุมชนมาใช้ประโยชน์เพื่อมารับบริการ เครือข่ายในสังคมของบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และความเชื่อทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ทศคติ ค่านิยม และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ปัจจัยเสริม (Enabling factors) ได้แก่ การมีหลักประกันสุขภาพ ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล แหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพที่ใช้ประจำ การเดินทาง และระยะเวลาที่รอคอยเมื่อเข้ามาที่สถานบริการ ความจำเป็น (Need) เป็นมุมมองส่วนบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเอง ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ความวิตกกังวลต่อสุขภาพ และความตระหนักต่อความรุนแรงของการเจ็บป่วย องค์ประกอบด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health behaviour) เป็นผลลัพธ์ที่ได้จากองค์ประกอบที่กล่าวมาแล้ว ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลและมาใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ ประเภทของการมารับบริการ และการรักษาที่ได้รับ องค์ประกอบสุดท้าย คือ ผลลัพธ์ (Outcomes) ประเมินจากการรับรู้สถานะสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน การประเมินภาวะสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้มารับบริการ (Anderson, R.M., 1995, p.8) (ภาพ 11)



ภาพ 11 รูปแบบการให้บริการสุขภาพ

ที่มา: Anderson, R.M., 1995

กรอบแนวคิดพื้นฐานสำหรับการศึกษาการเข้าถึงบริการ จะเป็นการศึกษาที่เริ่มตั้งแต่ในระดับนโยบาย ส่งผ่านไปในการจัดบริการสุขภาพ และประชากรกลุ่มเสี่ยง จนได้มาซึ่งผลลัพธ์ของการจัดบริการ อันได้แก่ การให้บริการสุขภาพที่เป็นปกติ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งประเด็นต่างๆ มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันเป็นระบบ (ภาพ 19) โดยการประเมินระดับนโยบายจะมองในบริบทของการเมืองอันได้แก่ เป้าหมายของนโยบายเป็นไปเพื่อการพัฒนาการเข้าถึงบริการ งบประมาณ กำลังคน และโครงการจัดบริการสุขภาพที่มีความมุ่งหมายเพื่อการสร้างเสริมการเข้าถึงบริการ การประเมินลักษณะการจัดบริการสุขภาพที่มีการจัดการ และศักยภาพในการจัดบริการ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านทรัพยากร และโครงสร้างหน้าที่อันจะทำให้บุคลากรสามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มความสามารถ การประเมินประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบด้วยลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลที่เป็นปัจจัยเชื้อ ปัจจัยเสริม และความจำเป็นต่อการเข้ามารับบริการ การประเมินการใช้ประโยชน์ของการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งจะประเมินประเภทได้แก่ ประเภทของแผนก และบุคลากรที่เข้ามารับบริการ สถานที่ วัตถุประสงค์ของการเข้ามารับบริการ และระยะเวลาของการมารับบริการอันประกอบด้วยเวลาเริ่มให้บริการ ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ หรือความต่อเนื่องของการบริการ และการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Aday, L.A., 1974, pp.208-215) (ภาพ 12)

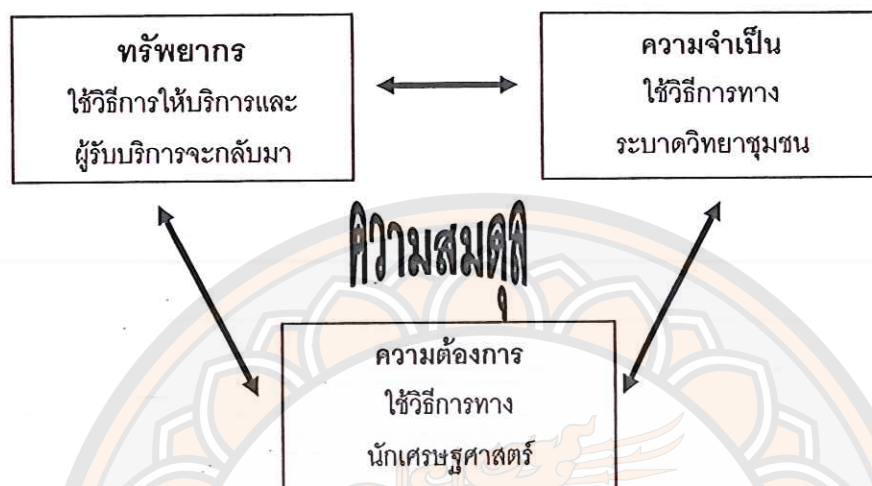


ภาพ 12 กรอบการศึกษาการเข้าถึงบริการ

ที่มา: Aday, L.A. and Andersen, R., 1974

มุมมองเช่นนี้มุ่งไปที่ลักษณะของชุมชน และระบบบริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเสริมสร้างการเข้าถึงบริการของประชาชน และสามารถวัดเป็นผลลัพธ์ของนโยบายสุขภาพในระดับชุมชนได้อีกทางหนึ่ง (Andersen, R.M., Yu, H., Wyn, R., Davidson, P.L., Brown E.R. and Teleki, S., 2002, pp.405-406) ในมุมมองของการเข้าถึงบริการที่มุ่งประเด็นว่า การเข้าถึงบริการเป็นความพอดีระหว่างความจำเป็นหรือความต้องการของประชาชนกับการจัดบริการ ซึ่งประเมินจากความพอดีระหว่างทรัพยากร ความต้องการ และความจำเป็น โดยประเมินแต่ละ

ด้านจากวิธีการที่แตกต่างกัน คือด้านทรัพยากรจะใช้วิธีการจากฐานแนวคิดที่ว่า ทรัพยากรเป็นสิ่งที่จัดให้เพื่อการบริการ ด้านความจำเป็นจะใช้วิธีทางระบาดวิทยาชุมชน และความต้องการมองผ่านวิธีการทางเศรษฐศาสตร์ ดังแสดงในภาพ 13



ภาพ 13 การเข้าถึงบริการคือความพอดีระหว่างทรัพยากร ความจำเป็น และความต้องการ

ที่มา: Taylor, DH. and Ricketts, TC., 1994

การใช้ตัวชี้วัดด้านการใช้ประโยชน์ของบริการสุขภาพ (Utilization indicators) เพื่อการประเมินการเข้าถึงบริการก็มีข้อจำกัด เนื่องจากคนบางกลุ่มมีการใช้บริการที่มากเกินไป เนื่องจากคิดว่าตนเองมีความจำเป็นมาก หรือคนบางกลุ่มมีความต้องการรับบริการที่น้อยเกินไป ประเด็นหนึ่งที่ไม่ควรละเลยในการศึกษาการเข้าถึงบริการคือ กลุ่มที่ไม่มาใช้บริการสุขภาพ เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้จะบ่งถึงลักษณะของการเจ็บป่วยสั้นเกินไป ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจจะไม่มารับบริการ และยังทำให้เห็นถึงกระบวนการของผู้ป่วยที่มีอุปสรรคอย่างไรในการที่จะมารับบริการสุขภาพ ตัวชี้วัดของการเข้าถึงบริการไม่เพียงแต่หาคำอธิบายว่าทำไมผู้ป่วยจึงไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ หากแต่ต้องแสดงให้เห็นว่าทำไมผู้ป่วยแต่ละคนจึงเข้าถึงบริการได้ไม่เท่าเทียมกัน โดยมีปัจจัยที่เชื่อมต่อการเข้าถึงบริการ และผลลัพธ์สุขภาพที่ต้องการ คือ ความเท่าเทียมของการเข้าถึงบริการ และความสมดุลระหว่างการมารับบริการและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ (Institute of Medicine, 1993)

2. การเข้าถึงบริการสุขภาพของประเทศไทย

การมีหลักประกันทางสุขภาพของประชาชนที่ครอบคลุม อย่างเป็นธรรม ถือเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงช่องทางหนึ่งที่เพิ่มศักยภาพของการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ประเทศไทยได้มีความพยายามในการจัดบริการสุขภาพให้มีความครอบคลุม และเป็นธรรมโดยแบ่งระบบประกันสุขภาพออกเป็น 3 ระบบใหญ่ๆ ได้แก่

2.1 กลุ่มพนักงานเอกชน ซึ่งได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสังคม (Social Security Scheme: SSS)

2.2 กลุ่มข้าราชการจะได้รับสวัสดิการรักษายาบาล (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS)

2.3 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่นอกเหนือจากกลุ่ม 1 และ 2 จะได้รับความคุ้มครองภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC)

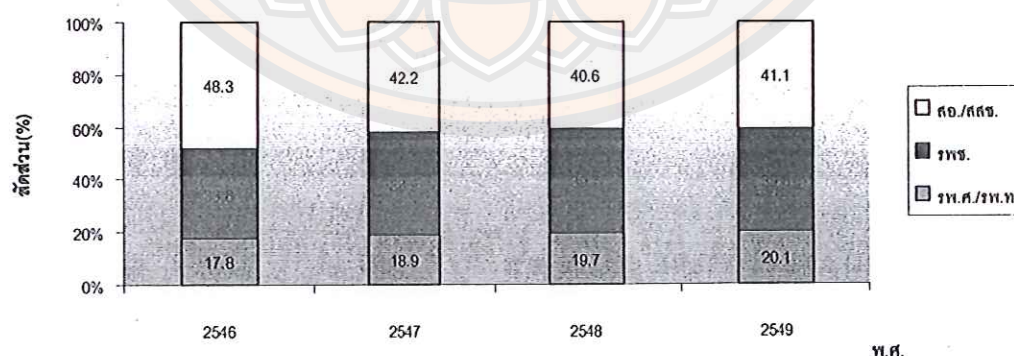
ระบบหลักประกันสุขภาพของคนไทยเริ่มมีการพัฒนาอย่างชัดเจนเมื่อ พ.ศ.2488 เป็นระบบที่ผู้ให้บริการจ่ายค่าบริการเพียงบางส่วน รัฐบาลให้การอุดหนุนระบบผ่านเงินเดือนและค่าใช้จ่ายบางส่วนแก่สถานบริการของรัฐ แต่การอุดหนุนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน จนเมื่อ พ.ศ.2518 รัฐบาลมีการช่วยเหลือค่ารักษายาบาลแก่บุคคลผู้มีรายได้น้อยภายใต้โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษายาบาล (สปน.) และได้ขยายความครอบคลุมไปยังประชาชนกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ครอบครัวทหารผ่านศึก ภิกษุ สามเณรและนักบวช ผู้นำชุมชนและครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)

ในปี พ.ศ.2526 รัฐบาลริเริ่มโครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ เพื่อขยายความครอบคลุมการได้รับสวัสดิการด้านการรักษายาบาลให้มากขึ้น และปรับเปลี่ยนเป็นกองทุนบัตรประกันสุขภาพในชุมชนเป็นกองทุนระดับประเทศ และระดับจังหวัด โดยรัฐบาลอุดหนุนงบประมาณบางส่วน แต่โครงการนี้ก็ยังไม่สามารถให้บริการประชาชนได้อย่างทั่วถึง จึงเกิดการผลิตต้นแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 โดยรวมโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) และโครงการบัตรประกันสุขภาพเข้าด้วยกันและขยายความคุ้มครองไปยังประชาชนที่ยังไม่มีสวัสดิการด้านการรักษายาบาลของรัฐ โดยใช้ชื่อว่า โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ที่ประชาชนจะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลเพียง 30 บาท ต่อการไปใช้บริการ 1 ครั้ง โครงการนี้เป็นการปรับโครงสร้างการคลังของระบบสุขภาพของประเทศไทยที่มีสำนัก

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้บริหารงบประมาณการจัดการสาธารณสุขจากรัฐให้กับสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน (สัมฤทธิ์ ศรีธรรมรงค์สวัสดิ์, 2549, หน้า 1-10)

ตั้งแต่การจัดการระบบการเงินสุขภาพเพื่อให้มีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งทางสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูได้อย่างทั่วถึง และเป็นธรรม จาก พ.ศ. 2545 ประชาชนมีความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพเพียงร้อยละ 92.5 ถึง พ.ศ. 2554 ที่มีความครอบคลุมเพิ่มถึงร้อยละ 99.9 ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2555, หน้า 101)

วิเคราะห์ในส่วนของการใช้บริการของประชาชนพบว่า ประชาชนมีการใช้บริการสุขภาพสูงในพื้นที่ที่มีทรัพยากรสาธารณสุขมาก กล่าวคือในพื้นที่ที่มีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรต่ำ จะมีผู้มาใช้บริการผู้ป่วยนอกสูง ในขณะที่พื้นที่ที่มีอัตราส่วนเตียงต่อจำนวนประชากรต่ำ ประชาชนมีการใช้บริการแผนกผู้ป่วยในสูง จากสิ่งเหล่านี้สรุปได้ว่า ทรัพยากรสาธารณสุขมีความสำคัญต่อการเข้ามารับบริการของประชาชน นอกจากนี้ พฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนมีแนวโน้มจะเข้ามารับบริการบริการที่สถานีนอนมัย หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่ำลง ในขณะที่เข้ามารับบริการในสถานบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิสูงขึ้น (ภาพ 14) แสดงให้เห็นถึงประชาชนเกิดความไม่มั่นใจในคุณภาพบริการในสถานบริการระดับปฐมภูมิเช่น สถานีนอนมัย ส่งผลต่อการแออัด และการข้ามขั้นตอนบริการในระบบบริการสาธารณสุขดังที่ได้กล่าวมาแล้วในเนื้อหาก่อนหน้านี้



ภาพ 14 สัดส่วนการเข้ามารับบริการของประชาชนในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ ระหว่างปี พ.ศ. 2546-2549

ที่มา: สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ, 2550

สรุปได้ว่า การศึกษาการเข้าถึงบริการมีพื้นฐานแนวคิดหลากหลายสำนัก การเลือกใช้แนวคิดเพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ของปัญหาการเข้าถึงบริการ ภายใต้บริบทพื้นที่ศึกษา เนื่องจากการศึกษาการเข้าถึงบริการเป็นการศึกษาที่เป็นพลวัต เพราะทุกองค์ประกอบจะมีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน ฉะนั้นการวิเคราะห์ต้องมองให้รอบด้านทั้งด้านผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และบริบทสิ่งแวดล้อมในการจัดบริการสุขภาพ เพื่อจะสามารถทำความเข้าใจว่าระบบบริการสุขภาพมีการพัฒนาอย่างไร ซึ่งหากรูปแบบการเข้าถึงบริการสามารถสะท้อนความเป็นจริงตามธรรมชาติได้ จะสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษานี้ไปกำหนดนโยบายสุขภาพได้เป็นอย่างดี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยยุติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยทางยุติกรรม แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มปัจจัย คือ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยด้านครอบครัวและชุมชน ปัจจัยด้านอุปสรรคทางด้านกายภาพ และปัจจัยด้านการจัดบริการสาธารณสุข ถึงแม้ว่าผู้วิจัยจะแบ่งกลุ่มของปัจจัยออกเป็นกลุ่มต่างๆ แต่คุณลักษณะภายในกลุ่มนั้นยังมีความเชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องกัน กล่าวคือ

1. ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ หรือแม้แต่ศาสนา วัฒนธรรม และความเชื่อซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการของผู้ป่วย แบ่งเป็นปัจจัยย่อยได้เป็น 13 ปัจจัย คือ

1.1 อายุของผู้ป่วย มีความสำคัญต่อการตัดสินใจ โดยผู้ป่วยยุติกรรมที่มีอายุมากจะมีความมั่นใจในการตัดสินใจด้วยตนเอง และมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจของครอบครัวเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า (Burgard, S., 2004; Reynolds, HW., Wong, EL. and Tucker, H., 2006) ถึงแม้ว่า อายุของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการ แต่เมื่อนำอายุไปวิเคราะห์ปัจจัยอิทธิพลร่วมกับตัวแปรอื่น กลับพบว่า อายุที่มากกว่าไม่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการเมื่อเทียบกับอายุน้อยกว่า เนื่องจากผู้ป่วยอายุน้อยไม่สามารถเลี้ยงดูตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือต้องการให้ผู้อื่นมาเอาใจใส่ จึงทำให้อำนาจในการตัดสินใจน้อยลง (Magadi, MA., Agwanda, AO. and Obare, FO., 2007; Oyerinde, K., et al., 2012; Nahar, S., Banu, M. and Nasreen, HE., 2011 and Kos-um, Z. and Yurdakul, M., 2013)

1.2 สถานภาพสมรส มีอิทธิพลต่อการเลือกสถานบริการ มีผลต่อความเป็นอิสระของผู้ป่วยในการตัดสินใจ หรือทางเลือกในการหาแหล่งประโยชน์ทางการเงิน ผู้ป่วยที่เป็นโสดหรือหย่าร้าง มักมีฐานะยากจนกว่า แต่มีอิสระในการตัดสินใจเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส

แต่ผู้ป่วยที่เป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวจะมีตราบาปของสังคมที่ทำให้ไม่ต้องการเข้ารับบริการในสถานบริการเนื่องจากไม่ต้องการได้รับปฏิกิริยาตอบสนองที่ไม่พึงประสงค์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Duong, DV. and Binns, CW., Lee, 2004) แต่มีหลายการศึกษาที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการ (Gyimah, SO., Takyi, BK. and Addai, I., 2006) หรือการคลอดในมารดาที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรกลับมีผลต่อการเลือกเข้ามารับการดูแลในโรงพยาบาล (Magadi, MA., Agwanda, AO. and Obare, FO., 2007)

1.3 เชื้อชาติ ศาสนา และความเชื่อ ปัจจัยเหล่านี้เป็นภูมิหลังทางวัฒนธรรมของบุคคล มีอิทธิพลต่อความเชื่อ บรรทัดฐาน และค่านิยมที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการ และสถานะของผู้ป่วยสตรีกรรม วัฒนธรรม ความเชื่อเรื่องการเกิดเป็นเหตุผลในการที่ไม่มีความต้องการเข้ามารับบริการโดยเฉพาะในบางศาสนา แต่ผู้ป่วยสตรีกรรมที่มีทัศนคติสมัยใหม่ จะมีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการอย่างมาก (Stephenson, R. and Baschieri, A., 2006)

1.4 ระดับการศึกษาของผู้ป่วย มักมีความสัมพันธ์อย่างสูงต่อพฤติกรรมบริการ สุขภาพ เนื่องจาก เมื่อมีความรู้ ทำให้การรับรู้ในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น รับรู้ประโยชน์ในการเข้ามารับบริการในสถานพยาบาล มีความสามารถในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางการเงิน การต่อรอง การติดต่อสื่อสาร หรือแม้แต่กระบวนการตัดสินใจ (Burgard, S., 2004; Furuta, M. and Salway, S., 2006) หากมีความรู้น้อย หรือไม่มีความรู้ผู้ป่วยจะเข้าถึงบริการอย่างเหมาะสมได้น้อย (Jammeh, A., Sundby, J. and Vangen, S., 2011; Spangler, AS. and Bloom, SS., 2010; Fotso, CJ., et al., 2009; Gage, AJ., 2007; Rai, RK., et al., 2012) ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง จะเข้าถึงบริการได้ดีกว่า (Magadi, MA., Agwanda, AO. and Obare, FO., 2007; Kos-um, Z. and Yurdakul, M., 2013) แต่บางการศึกษาก็พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับต่ำมักเลือกมาคลอดที่โรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง (Liabsuetrakul, T. and Oumudee, N., 2011)

1.5 บางการศึกษา พบว่า ภาษามีผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย (Jonkers, M., et al., 2011; Wild, K., et al., 2012)

1.6 อาชีพของผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกับรายได้ และสถานที่พักอาศัยของผู้ป่วย สตรีกรรม แต่มีหลายการศึกษาที่พบว่า อาชีพ และการทำงานของมารดามีผลต่อการเข้าถึงบริการ (Duong, DV., Binns, CW. and Lee, AH., 2004; Chowdhury, RI., et al., 2007) หรือแม้แต่การที่ผู้ป่วยมีกิจกรรมที่ทำให้เกิดรายได้ ก็มีผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน (Nahar, S., Banu, M. and Nasreen, HE., 2011; Spangler, AS. and Bloom, SS., 2010; Fotso, CJ., et al., 2009)

1.7 ความมีอิสระในการตัดสินใจของผู้ป่วย ซึ่งมีตัวชี้วัดมากมาย เช่น สถานภาพในครอบครัว ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองด้านการเงิน หรือการตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น ปัจจัยที่กล่าวมานี้ต่างมีผลต่อการเข้าถึงบริการทั้งสิ้น (Furuta, M. and Salway, S., 2006) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการยังเกี่ยวข้องกับความสามารถในการต่อรองของผู้ป่วย หรือการมีความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย (Schooley, J., et al., 2009) และความสามารถในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย (Atuyambe, L., et al., 2009) ในทางกลับกันมีบางการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความมั่นใจสูงมักเลือกที่จะคลอดที่บ้านมากกว่ามาโรงพยาบาล (Liabsuetrakul, T. and Oumudee, N., 2011)

1.8 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ซึ่งช่องทางในการสื่อสารมีหลากหลาย เช่น โทรทัศน์ วิทยุ ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีการรับรู้ปัจจัยเหล่านี้ได้ดีกว่ากลุ่มที่มีระดับเศรษฐกิจต่ำกว่า (Stephenson, R., et al., 2006)

1.9 การมีความรู้ทางสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่อง การตั้งครรภ์ และการคลอด ประโยชน์ของการเข้ามารับบริการในสถานพยาบาลหากมีการเจ็บทั้งฉุกเฉิน หรือไม่ฉุกเฉิน จะมีการแสวงหาแนวทางการป้องกันภาวะเสี่ยงของตนเองได้ดีกว่า จากการศึกษาในประเทศแซมเบีย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยทางสูติกรรมที่มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะอันตรายของการตั้งครรภ์ และการคลอดจะมีการเข้าถึงบริการได้ดีกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ต่ำกว่า (Stekelenburg, J., 2004) ผู้ป่วยที่มีการบริโภคข้อมูลทางสุขภาพ ย่อมทำให้เข้าถึงบริการได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้มีการรับรู้ข่าวสาร (Rai, RK., et al., 2012) การมีความรู้เกี่ยวกับสัญญาณอันตรายเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมจะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ดี (Kos-um, Z. and Yurdakul, M., 2013) แต่ผู้ป่วยบางรายกลับไม่ตระหนักต่อการเจ็บป่วย ไม่สามารถรับรู้ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย (Essendi, H., Mills, S. and Fotso, JC., 2010; Oyerinde, K., et al., 2012) บางรายคิดว่าการเจ็บป่วยนี้ไม่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต (Nahar, S., Banu, M. and Nasreen, HE., 2011) หรือแม้แต่ประสบการณ์ในการคลอดครั้งก่อน หรือการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเคยประสบมา (Wild, K., et al., 2012; Spangler, AS. and Bloom, SS., 2010) ทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะไม่เข้ามารับบริการเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

1.10 การมีบุตรครั้งแรกถือเป็นภาวะที่ยากเย็น ลำบาก เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ และการคลอดมาก่อน ครอบครัวมีความสนใจและดูแลเป็นพิเศษ (Magadi, MA., Agwanda, AO. and Obare, FO., 2007) ระยะห่างของการมีบุตรก็มีส่วนในการเข้าถึงบริการ (Rai, RK., et al., 2012) จากการศึกษาในประเทศจีน พบว่า นโยบายรัฐเกี่ยวกับการให้บุตรเพียง

คนเดียว มีผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสูติกรรม เนื่องมาจากกลัวความผิดที่มีการตั้งครรภ์ จำนวนมากเกิน 1 ครั้ง (Short, S. and Zhang, F., 2004)

1.11 การฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ มีผลต่อการเข้าถึงบริการในโรงพยาบาล ได้แก่ อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก (Jammeh, A., Sundby, J. and Vangen, S., 2011) และ จำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์ (Fotso, C.J., et al., 2009; Kos-um, Z. and Yurdakul, M., 2013)

1.12 ประสบการณ์ และความคาดหวังของหญิงตั้งครรภ์ ก็มีผลต่อการเข้าถึงบริการ เมื่อมีการเจ็บป่วย (Atuyambe, L., et al., 2009; Gage, A.J., 2007; Rai, R.K., et al., 2012; Wild, K., et al., 2012) ประกอบกับเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเนื่องมาจากการตั้งครรภ์และการคลอด ลักษณะของการเจ็บป่วยนั้นเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเข้ามารับบริการในโรงพยาบาล (Spangler, AS. and Bloom, SS., 2010)

1.13 เมื่อเกิดการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์และการคลอด ผู้ป่วยย่อมเกิดความวิตกกังวล และหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหาที่ประสบอยู่ หากแต่การเข้ามารับบริการ ในโรงในโรงพยาบาลถือเป็นเรื่องที่ต้องให้สามี ญาติ หรือเพื่่อมามีส่วนร่วมในการเข้ารับการรักษามี การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจะเข้าถึงบริการได้ช้าเนื่องมาจากการที่ต้องเสียเวลากับการหาเพื่อนเพื่อพา มาโรงพยาบาล (Tabatabaie, MG., Moudi, Z. and Vedadhir, A., 2012) ผู้ป่วยบางรายปฏิเสธที่จะ เข้ารับการรักษ (Liabsuetrakul, T. and Oumudee, N., 2011) หรือบางรายก็ต้องการ คำแนะนำในการดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (Jammeh, A., Sundby, J. and Vangen, S., 2011)

2. ปัจจัยด้านครอบครัว และชุมชน

2.1 อาชีพของสามี โดยเฉพาะผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความสัมพันธ์ต่อการเข้ามา รับบริการในสถานพยาบาล (Gage, AJ. and Guirle Calixte, M., 2006)

2.2 ระดับการศึกษาของสามี มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ามารับ บริการในสถานพยาบาล การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ สามารถบอกความต้องการด้าน สุขภาพของผู้ป่วยสูติกรรม และสามารถตัดสินใจด้านสุขภาพได้ดี จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระดับการศึกษาของสามี จะเกี่ยวข้องกับการมีฐานะทางการเงินที่ดี มีอาชีพที่มั่นคง (Short, S. and Zhang, F., 2004) และมีผลต่อการเข้ามารับบริการของผู้ป่วย (Rai, RK., et al., 2012)

2.3 เศรษฐฐานะของครอบครัว ถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ตั้งแต่การตัดสินใจเข้ามารับบริการ และการเดินทางเข้ามารับบริการ (Gage, AJ., 2007 and Rai, RK., et al., 2012) ครอบครัวที่มีรายได้สูง ย่อมเข้าถึงบริการได้ดีกว่า (Liabsuetrakul, T. and Oumudee, N., 2011)

2.4 ลักษณะครอบครัว ผู้ป่วยที่มีลักษณะครอบครัวที่เป็นครอบครัวเดี่ยว มักมีปัญหาในเรื่องการเลี้ยงดูบุตร แต่เข้าถึงบริการได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะครอบครัวที่เป็นครอบครัวขยาย (Kos-um, Z. and Yurdakul, M., 2013) ครอบครัวมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง (Duong, DV. and Binns, CW., 2004) บางการศึกษาพบว่าจำนวนบุตรที่เกิดในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา มีอิทธิพลต่อการเข้ามารับบริการในสถานพยาบาลเมื่อต้องการคลอด หรือเมื่อมีการเจ็บป่วย (Gage, AJ., Guirle, Calixte, 2006) แต่บางการศึกษาก็พบว่า จำนวนเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ในครอบครัว ไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการ (Gage, AJ., 2007)

2.5 ความเชื่อของครอบครัว มีผลต่อการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ตั้งแต่การเลือกสถานที่เกิด (Oyerinde, K., et al., 2012; Atuyambe, L., et al., 2009) บางครอบครัวจะมีความเชื่อที่ให้หญิงตั้งครรภ์คลอดที่บ้าน (Liabsuetrakul, T. and Oumudee, N., 2011) หรือมีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการชัก ก็มีความเชื่อว่าเป็นการกระทำของสิ่งที่ไม่เห็น ฉะนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยจึงเลือกที่จะไปรักษากับหมอผี แทนที่จะเลือกเข้ามารับบริการในโรงพยาบาล (Tabatabaie, MG., Moudi, Z. and Vedadhir, A., 2012)

2.6 ความพร้อมของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย พบว่า ชุมชนที่ประชาชนมีระดับการศึกษาสูง มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะเข้าถึงบริการได้ดีกว่า (Gage, AJ., 2007) สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมทำให้ชุมชนมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้ดี (Nahar, S., Banu, M. and Nasreen, HE., 2011) สามารถเป็นแหล่งประโยชน์ ให้การสนับสนุนผู้ป่วย และครอบครัว ในการดูแลเมื่อเจ็บป่วยได้ทั้งในเรื่อง การมีทรัพยากรบุคคลที่เป็นประโยชน์ (Oyerinde, K., et al., 2012) เช่น การมีกลุ่มเพื่อนหญิง (Women support group: WSG) (Schooley, J., et al., 2009) ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และครอบครัวเรื่องการเจ็บป่วย การตั้งครรภ์ และการคลอด การมีระบบสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Wild, K., et al., 2012) หรือแม้แต่การมีแหล่งทุนสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ถือเป็นสิ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่เหมาะสมได้เป็นอย่างดี

3. อุปสรรคทางด้านกายภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการ และการเดินทางมารับบริการของผู้ป่วยสุติกรรมประกอบด้วย

3.1 สถานที่อยู่อาศัย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีที่อยู่อาศัยในเขตเมือง และเขตชนบทมีความแตกต่างกันในการเข้าถึงบริการ (Say, L. and Raine, R., 2007)

3.2 ระยะทาง จากการศึกษาเชิงคุณภาพหลายงานวิจัยที่พบว่าระยะทางระหว่างบ้านกับสถานพยาบาลมีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการ ยิ่งเมื่อมีการเจ็บป่วยตอนกลางคืน และไม่มีรถโดยสารประจำทางยังเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ (Duong, DV., Binns, CW. and Lee, AH., 2004; D'Ambruoso, L., Abbey, M. and Hussein, J., 2005) ระยะทางในการเดินทางไปโดยสารถประจำทาง หากมีระยะทางที่ไกลย่อมทำให้เสียเวลาในการเดินทางไปเข้ารับบริการได้ช้า (Gage, AJ., 2007)

3.3 สภาพถนน และระบบการขนส่งมวลชน มีผลต่อการใช้เวลาในการเดินทางแม้ระยะทางใกล้ แต่เมื่อระบบการขนส่งไม่ดีก็ทำให้ผู้ป่วยสุติกรรมก็ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ (Chowdhury, ME., 2006) ผู้ป่วยที่มียานพาหนะเป็นของตนเองก็สามารถเข้าถึงบริการได้ทันเวลา โดยเฉพาะเวลากลางคืนที่รถโดยสารน้อย และไม่ปลอดภัย (Liabsuetrakul, T. and Oumudee, N., 2011)

4. ปัจจัยด้านการจัดบริการสาธารณสุข เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะการตัดสินใจของผู้ป่วย และการนำผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลประกอบด้วย

4.1 ความพร้อมขององค์ประกอบของการจัดบริการตั้งแต่สถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ (Jammeh, A., Sundby, J. and Vangen, S., 2011 and Oyerinde, K., et al., 2012) โรงพยาบาลที่ขาดแคลนอุปกรณ์ หรือขาดแคลนบุคลากร ย่อมทำให้ผู้ป่วยไม่ตัดสินใจเข้ามาใช้บริการ (Wild, K., et al., 2012; Dogba, M., et al., 2011) ทั้งนี้ความสะอาดของสถานบริการ (Wild, K., et al., 2012) ต่างมีผลต่อการตัดสินใจเข้ามาใช้บริการของผู้ป่วย

4.2 การรับรู้คุณภาพบริการ จะเห็นได้ว่า การประเมินคุณภาพบริการจากผู้รับบริการ ผลลัพธ์ที่ได้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่ได้รับ การรับรู้จึงเป็นการประเมินความรู้สึกของผู้รับบริการ ซึ่งไม่ใช่คุณภาพที่แท้จริงของคุณภาพบริการ ในการศึกษาเชิงคุณภาพหลายการศึกษา พบว่า ประเด็นสำคัญของคุณภาพบริการ คือ ความคิดเห็นต่อบุคลากรผู้ให้บริการ สุขภาพเป็นหลัก ผู้ป่วยสุติกรรม ให้ความคิดเห็นว่า ไม่ต้องการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลเนื่องจากไม่พึงพอใจเจ้าหน้าที่ ที่พูดไม่สุภาพ หรือมีพฤติกรรมบริการไม่พึงประสงค์ (Mrisho, M.,

et al., 2007; D'Ambruso, L., Abbey, M. and Hussein, J., 2005) บางงานวิจัยพบว่า คุณภาพบริการขึ้นอยู่กับความสะอาดของสถานที่ ไม่มีน้ำสะอาด หรือแม้แต่การขาดวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ จากการศึกษาในประเทศเวียดนาม พบว่า คุณภาพบริการในด้านการจัดบริการมีระดับคะแนนดี ส่วนการติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรมบริการของบุคลากรมีระดับคะแนนที่ต่ำมาก (Duong, DV., Binns, CW. and Lee, 2004) แต่การศึกษาในประเทศแซมเบียกลับ พบว่า ปัจจัยกลุ่มนี้ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อคุณภาพบริการ (Stekelenburg, J., et al., 2004)

กรอบแนวคิดของการวิจัย (Conceptual framework)

การศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นการช่วยประชาชนให้สามารถใช้ทรัพยากรสุขภาพเพื่อทำให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น หากสถานบริการสุขภาพสามารถจัดบริการได้ มีทรัพยากรที่เพียงพอ และมีช่องทางในการเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ก็เป็นสิ่งดีที่จะส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้เป็นอย่างดี แต่ถึงกระนั้นในด้านของประชาชนเองก็มีสิ่งที่จะต้องพิจารณาในการเพิ่มศักยภาพของการเข้าถึงบริการขึ้นอยู่กับ สถานะทางการเงิน อุปสรรคทางสังคม และลักษณะทางกายภาพของสถานที่อยู่อาศัย ดังนั้น การประเมินการเข้าถึงบริการจึงต้องผ่านมุมมองทางด้านการจัดบริการสุขภาพ ความสามารถในการเข้าถึงบริการทางกายภาพ และการยอมรับบริการ ไม่ใช่แต่เรื่องของกรณีทรัพยากรในการจัดบริการที่เพียงพอเท่านั้น

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดกรอบการศึกษาการให้บริการสุขภาพของ Michael, M. (1993) ที่แสดงให้เห็นถึงอุปสรรค การเข้าถึงบริการ ตัวกลางส่งผ่านเพื่อให้เกิดคุณภาพ และผลลัพธ์การเข้าถึงบริการ ร่วมกับรูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Andersen (1995) ที่มองการเข้าถึงบริการภายใต้ฐานคิดทางสังคมวิทยา อันมีประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการอย่างเป็นพลวัต และมีการวิเคราะห์ตั้งภาพกว้างระดับนโยบาย สู่ระดับส่วนบุคคล ตลอดจนผลลัพธ์ของการจัดบริการและแนวคิดประสิทธิผลของระบบส่งต่อผู้ป่วยของ Susan, F. Murray, Sarah Davies, Rosemary Kumwenda Phiri, Yusuf Ahmed (2001) เมื่อพิจารณาการนำไปใช้ภายใต้บริบทของพื้นที่ศึกษา ยังมีการศึกษาการเข้าถึงระบบส่งต่อในประเทศไทยน้อย และจึงเหมาะที่จะต้องนำปัจจัยทางสังคม และความคิดเชิงระบบมาร่วมพิจารณาในการศึกษาการเข้าถึงบริการ (ภาพ 15)



ภาพ 15 กรอบแนวคิดของการวิจัย (Conceptual framework) การศึกษาระยะที่ 1

วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบการเข้าถึงระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินสูติกรรม เป็นการศึกษาค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อ แล้วนำไปพัฒนารูปแบบในการเพิ่ม ประสิทธิภาพของการเข้าถึงบริการส่งต่อ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed method) ประกอบด้วยวิธีการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ร่วมกับวิธีการ ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการส่ง ต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมนั้น ผู้วิจัยเลือกใช้การวิจัยเชิงปริมาณเนื่องจาก ธรรมชาติของ การศึกษาวิจัยเชิงปริมาณนั้นเป็นการศึกษาเพื่อขยายองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิมให้สามารถนำไปใช้ได้ ในบริบทอื่นๆ ผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) ทั้งนี้ เพื่อให้ได้มา ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของการเข้าถึงบริการส่งต่อวิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อให้ได้มาซึ่งความเข้าใจต่อปัญหา หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้ง ในขั้นตอนของการศึกษาสภาพการจัดบริการของสถานบริการสาธารณสุข และระยะพัฒนา แนวทางการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมให้มีประสิทธิภาพนั้นผู้วิจัยจึงแบ่ง ระยะการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน ทางสูติกรรมผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative research) ในการทำความเข้าใจ การเข้าถึงบริการส่งต่อในมุมมองของผู้รับบริการ (Client perspectives) ในรูปแบบของการศึกษา เชิงพรรณนา(Descriptive research)ชนิดการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross - sectional study) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอันจะ นำไปกำหนดเป็นรูปแบบความสัมพันธ์เกี่ยวข้องของแต่ละปัจจัย (Semantic models) ของการ เข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

ระยะที่ 2 ระยะศึกษาสภาพการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมของ สถานบริการสาธารณสุข เพื่อทำความเข้าใจการจัดบริการที่เกิดขึ้นจริงในมุมมองของผู้ให้บริการ (Provider perspectives) อันนำไปสู่การค้นหารูปแบบ มิติ และความสัมพันธ์ต่อกันของส่วนต่างๆ ที่ประกอบกันในการจัดบริการที่ตอบสนองต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากชุมชน ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ชนิดการสนทนากลุ่ม (Focused group discussion) เพื่อทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับสถานการณ์การจัดบริการที่ตอบสนองการ

เข้าถึงระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมแล้วนำไปเป็นปัจจัยนำเข้าของกระบวนการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 3 ระยะกำหนดแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ผู้วิจัยเลือกใช้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ชนิดการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อดึงความคิดของผู้ร่วมสนทนา และสรุปเป็นแนวทางการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วย

สามารถสรุปเป็นตารางขั้นตอนการศึกษา ได้ดังนี้ (ตาราง 8)

ตาราง 8 แสดงขั้นตอนการศึกษา

ระยะการศึกษา	วัตถุประสงค์	วิธีการศึกษา	ผลลัพธ์การศึกษา
ระยะที่ 1	เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม	การศึกษาเชิงพรรณนา ชนิดการศึกษา ภาคตัดขวาง	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม
ระยะที่ 2	เพื่อศึกษาสภาพการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม	การศึกษาเชิงคุณภาพ	สภาพการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมในมุมมองของผู้ให้บริการ
ระยะที่ 3	เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม	การศึกษาเชิงคุณภาพ	แนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

มีรายละเอียดของการศึกษา คือ

ระยะที่ 1 ระยะเวลาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินสูติกรรม

ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative study) โดยวิธีการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) ชนิดการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross sectional study) เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอันจะนำไปเป็นปัจจัยนำเข้าของกระบวนการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการส่งต่อในการศึกษาระยะที่ 3

1. จุดมุ่งหมายของการศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

2. วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยเลือกใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยวิธีศึกษาภาคตัดขวาง (Cross sectional study)

3. พื้นที่ศึกษา

ผู้วิจัยเลือกพื้นที่เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 18 ซึ่งครอบคลุม 4 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดพิจิตร และจังหวัดอุทัยธานี

4. ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลอำเภอ ในระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ.2555-สิงหาคม พ.ศ. 2556

5. กลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างใช้ในการศึกษา คือกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่ถูกคัดเลือกมาจากกลุ่มประชากร

ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างของการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ของ (Lemeshow, S., 1990) จากสูตร

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \sum_{h=1}^L \frac{N_h^2 P_h (1-P_h)}{W_h} / \left[N^2 d^2 + Z_{1-\alpha/2}^2 \sum_{h=1}^L N_h P_h (1-P_h) \right]$$

โดยที่ P_h = สัดส่วนประชากรที่เข้าถึงระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

โดยที่ $\left(P_h = N_h \frac{P}{N} \right)$ สำหรับงานวิจัยครั้งนี้กำหนดไว้ที่ $P = 0.96$

N_h = จำนวนประชากรในแต่ละชั้นข้อมูล (h)

W_h = สัดส่วนน้ำหนักของแต่ละชั้นข้อมูล

โดยที่ $\left(W_h = \frac{N_h}{N} \right)$

Z = ค่าคงที่ของพื้นที่ที่ยอมรับได้ภายใต้โค้งปกติ สำหรับงานวิจัยครั้งนี้กำหนดไว้ที่

$\alpha = 0.05, Z = 1.96$

d = ค่า Absolute precision สำหรับงานวิจัยครั้งนี้กำหนดไว้ที่ $d = 0.03$

รายละเอียดการคำนวณขนาดตัวอย่างแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 แสดงการคำนวณขนาดตัวอย่าง

จังหวัด	N_h	W_h	N_h^2	P_h	$1 - P_h$	$N_h P_h$	$N_h P_h (1 - P_h)$	$\frac{N_h^2 P_h (1 - P_h)}{W_h}$
กำแพงเพชร	248	0.053	61,504	0.051	0.949	12.657	12.011	56,030.516
พิจิตร	66	0.014	4,356	0.014	0.986	0.896	0.884	4,124.963
นครสวรรค์	4,299	0.922	18,481,401	0.885	0.115	3,803.247	438.584	2,045,994.491
อุทัยธานี	52	0.011	2,704	0.011	0.989	0.556	0.550	2,568.062
รวม	4,665					3,817.356	452.030	2,108,718.033

แทนค่าสูตรได้

$$n = 1.96^2 (2,108,718.033) / [4,665^2 0.03^2 + 1.96^2 452.03]$$

$$= 379.92 \approx 380$$

สรุปแล้วได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 380 คน

ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการสุ่มแบบหลายชั้น (Stratified random sampling) โดยพิจารณาจากภาพรวมของพื้นที่การศึกษาทั้งหมดในระดับเขตตรวจราชการสาธารณสุข ในขั้นแรกจะแบ่งพื้นที่เป็นชั้น (Stratified) ในระดับจังหวัด คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) มาร้อยละ 25 ของจำนวนจังหวัดในเขตฯ จาก 4 จังหวัด จึงได้ระดับจังหวัดมา 1 จังหวัด คือ จังหวัดนครสวรรค์ ชั้นที่สองจะแบ่งออกเป็นระดับอำเภอใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยคัดเลือกตัวอย่างของแต่ละกลุ่มเพื่อให้ได้มาซึ่งอำเภอหรือชั้น (Stratum) นั้นผู้วิจัยได้ตัดอำเภอเมืองออกจากการคัดเลือกในขั้นแรก เนื่องจากโรงพยาบาลประจำอำเภอเมืองนั้นเป็นโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ มีความแตกต่างอย่างชัดเจนกับโรงพยาบาลชุมชนในด้านศักยภาพของโรงพยาบาล จึงอาจเป็นเหตุให้เกิดความเอนเอียงของผลการศึกษา จากนั้นจึงเลือกกลุ่มอำเภอที่เหลืออีก 14 อำเภอ ออกมาร้อยละ 30 ของจำนวนอำเภอทั้งหมดได้กลุ่มตัวอย่างเป็น อำเภอบรรพตพิสัย อำเภอเก้าเลี้ยว อำเภอโกรกพระ และอำเภอท่าตะโก และชั้นสุดท้าย คือ ชั้นประชากรผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม ผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างโดยวิธีการกำหนดช่วงเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูลคือในระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ.2555-สิงหาคม พ.ศ. 2556 หากยังไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบกลุ่มตัวอย่างในระหว่างนี้จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไปข้างหน้าจนกว่าจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่าที่คำนวณได้ คือ 380 ราย

6. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 2 ประเภท ได้แก่

6.1 ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

6.2 ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ได้แก่ ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ที่รวบรวมจากบันทึกทางการแพทย์ (Medical record)

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้กำหนดขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับวิธีการและวัตถุประสงค์ของการศึกษา และลักษณะของข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ในขั้นตอนที่ 1 ของการศึกษา มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา และทารกแรกเกิด และสภาพภูมิศาสตร์ของที่อยู่อาศัย
2. ข้อมูลการจัดบริการส่งต่อของสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ โครงสร้างการจัดบริการส่งต่อ การกระจายทรัพยากรสาธารณสุข และการพัฒนาบุคลากรลักษณะการจัดบริการฉุกเฉิน เป็นต้น

3. ข้อมูลสิ่งสนับสนุนทางสังคมในการเข้าถึงระบบส่งต่อ ได้แก่ แหล่งประโยชน์ในชุมชน การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน เป็นต้น

4. ข้อมูลผลลัพธ์ของการเข้าถึงระบบส่งต่อ ได้แก่ ระยะเวลาในการเข้าถึงระบบส่งต่อ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกข้อมูลคุณภาพเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว ดังมีรายละเอียดของแบบสอบถาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา และทารกแรกเกิด และสภาพภูมิศาสตร์ของที่อยู่อาศัย เป็นแบบสอบถามชนิดเติมคำ และเลือกคำตอบ ข้อคำถามประกอบด้วย อายุ เพศ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานภาพในครอบครัว ผู้ที่อยู่อาศัยในครอบครัว ลักษณะผู้นำครอบครัว และแหล่งประโยชน์ในครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเข้าถึงบริการ และการจัดบริการส่งต่อของสถานบริการสาธารณสุข เป็นแบบสอบถามชนิดเติมคำ และเลือกคำตอบ ข้อคำถามประกอบด้วย โครงสร้างการจัดบริการส่งต่อ การกระจายทรัพยากรสาธารณสุข และการพัฒนานุเคราะห์ลักษณะการจัดบริการฉุกเฉิน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสิ่งสนับสนุนทางสังคมในการเข้าถึงระบบส่งต่อ ประกอบด้วย ผู้ให้คำปรึกษา ผู้นำส่ง และระบบการสนับสนุนในชุมชน

ส่วนที่ 4 ข้อมูลผลลัพธ์ของการเข้าถึงระบบส่งต่อ ประกอบด้วยเวลาที่ใช้ในการตัดสินใจเข้ามารับบริการ และเวลาที่เดินทางมารับบริการ

รายละเอียดของแบบบันทึกข้อมูลคุณภาพ ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา และทารกแรกเกิด ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ภูมิลำเนา สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรักษาพยาบาล ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล และผลลัพธ์ของการรักษา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือผู้วิจัยมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามแนวคิดของวิธีวิจัยเชิงปริมาณ กล่าวคือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) อาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา (Subject Matter Specialist) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item - Objective Congruence Index: IOC) ซึ่งคำนวณได้จากสูตร

$$IOC = \frac{\sum R_{*}}{n}$$

โดยที่ R = คะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญให้

n = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ถ้าค่า IOC ที่คำนวณได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ข้อคำถามนั้นก็เป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะของกลุ่มพฤติกรรมนั้น ถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.5 ข้อคำถามนั้นก็ถูกตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น จากผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแต่ละข้อคำถามมีค่า IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อคำถาม

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ความเที่ยงเป็นคุณสมบัติของเครื่องมือวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือนั้นสามารถให้ผลการวัดคงที่แน่นอนไม่ว่าจะวัดกี่ครั้งก็ตาม โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงและมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำค่าคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient: α) และกำหนดค่าความเชื่อมั่นไว้ที่ $\alpha \geq 0.75$ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2531, หน้า 132) ผลการหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.78

7. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective data) โดยเก็บข้อมูลประวัติผู้ป่วยที่มีการส่งต่อ (Chart review) จากบันทึกทางการแพทย์ (Medical record) และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจากแบบสอบถามที่สร้างขึ้น

ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ประกอบด้วย ผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ ซึ่งผ่านการอบรม ซึ่งแจ้งรายละเอียดของข้อคำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อคำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไปในทางเดียวกัน เพื่อให้ได้มาซึ่งความเที่ยงของการเก็บรวบรวมข้อมูล

8. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเชิงปริมาณ ในการศึกษานี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามัธยฐาน (Median) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าต่ำ (Minimum)

ค่าสูง (Maximum) เพื่อแสดงลักษณะทั่วไปของข้อมูล สถิติอ้างอิง (Inferential statistics) คือ สถิติ Chi square test ในการวิเคราะห์อย่างหยาบ (Crude analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร (Bivariate analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.25$ สำหรับคัดกรองตัวแปรก่อนนำตัวแปรเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์หาอิทธิพลระหว่างปัจจัยแบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis) โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ระยะที่ 2: ระยะศึกษาสภาพการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมของสถานบริการสาธารณสุข

การศึกษาระยะนี้เป็นไปเพื่อ ทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งของการจัดบริการส่งต่อของสถานบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม โดยศึกษาสิ่งที่ปรากฏขึ้นภายใต้สถานการณ์การทำงานในสถานการณ์จริง (Lived experience) ของผู้ให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขมุ่งทำความเข้าใจสภาพการจัดบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบส่งต่อที่เป็นไปตามธรรมชาติภายใต้บริบทของลักษณะสภาพพื้นที่ และการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ โดยผู้วิจัยมุ่งทำความเข้าใจพลวัตของปรากฏการณ์เปิดกว้างด้วยแนวการวิเคราะห์แบบอุปนัย (Inductive analysis) เพื่อหาข้อสรุปอย่างเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้วิธีวิจัยแบบสนทนากลุ่ม (Focused group discussion) มีรายละเอียดการศึกษา ดังนี้

1. จุดมุ่งหมายของการศึกษา

เพื่อศึกษาสภาพการจัดบริการของผู้ให้บริการสาธารณสุขในสถานบริการ เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

2. วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยเลือกใช้รูปแบบการศึกษาเชิงคุณภาพ ชนิดการศึกษาแบบสนทนากลุ่ม (Focused group discussion)

3. พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดพื้นที่ในการศึกษาเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน เขตจังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งเป็นความต่อเนื่องของการศึกษาทั้งในด้านข้อมูล และสภาพพื้นที่จากระยะที่หนึ่ง

4. ผู้ให้ข้อมูล และการเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล (Participants) คัดเลือกจากผู้ที่มีประสบการณ์นั้นจริง หรือผู้ที่ส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสติกรรม ผู้วิจัยจึงคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) โดยกำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

4.1 เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสติกรรม ในสถานบริการสาธารณสุขประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง

4.2 ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสติกรรม

4.3 สามารถสื่อสารพูดและเข้าใจภาษากับผู้วิจัยได้ดี

4.4 มีความสมัครใจและยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการตอบการสัมภาษณ์ตามแบบการขอความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยและคำให้การคุ้มครองสิทธิ

ดังรายละเอียดคุณลักษณะรายบุคคลตามตาราง 10

ตาราง 10 แสดงรายละเอียดคุณลักษณะรายบุคคลของผู้ให้ข้อมูลของการศึกษาระยะที่ 2

รหัส	ระดับ	ตำแหน่งปัจจุบัน
HCP1	อำเภอบ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
HCP2	อำเภอบ	พยาบาลงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลชุมชน
HCP3	อำเภอบ	เจ้าหน้าที่รับผิดชอบการส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชน
HCP4	ตำบล	เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ใน รพ.สต.
HCP5	ตำบล	เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ใน รพ.สต.
HCP6	ตำบล	ผอ.รพ.สต

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัยคัดเลือกโดย

1. การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสมเต็มใจและทำให้ได้รับความเชื่อถือที่ดีที่สุด กล่าวคือการไม่เข้าถึงผู้ให้ข้อมูลโดยตรง (Kvale, 1983 as cited in Drew, 1993, p.346) ผู้วิจัยใช้การขอความร่วมมือจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยการทำความเข้าใจขอความร่วมมือที่ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษาคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลชื่อสถานภาพนิสิตและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อผู้วิจัย

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล โดยคำนึงถึงคุณสมบัติที่กำหนดข้างต้น และผู้วิจัยขอพบและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตามข้อความในใบพิทักษ์สิทธิสอบถามความสมัครใจอีกครั้งเมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลจึงให้เซ็นยินยอมและเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลาสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงคำพิทักษ์สิทธิอีกครั้งซักถามความสมัครใจและเริ่มเก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและสนทนากลุ่มประสบการณ์ตามแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi - structure guideline questions)

4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องที่มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจนกระทั่งได้ข้อมูลอิ่มตัวโดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด

5. ระยะเวลาดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาในการดำเนินงานระหว่างมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ.2557 รวมระยะเวลาในการศึกษา 3 เดือน

6. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

6.1 ผู้วิจัย (Researcher) เครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ คือผู้วิจัย ซึ่งต้องมีการเตรียมความพร้อมของตัวผู้วิจัยทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย ระบบสุขภาพ ระบบการส่งต่อ และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และมีการเตรียมในส่วนของการมีทักษะในกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพ อันจะส่งผลให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

6.2 แนวประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focused group discussion guidelines) และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focused group discussion record) โดยแนวประเด็นการสนทนากลุ่มนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการศึกษาในระยะที่ 1 ตามกรอบแนวคิดที่กำหนด ผู้วิจัยใช้แนวประเด็นสนทนากลุ่มที่สร้างขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการสนทนากลุ่ม ร่วมกับการใช้เครื่องบันทึกเสียงคำสนทนากลุ่ม ซึ่งในการสนทนากลุ่มมีความยืดหยุ่นสูง ผู้วิจัยมีโอกาสในการอธิบายขยายความในข้อคำถามที่สร้างขึ้น หรือสามารถซักถามเพิ่มเติมหากประเด็นที่เกิดจากการสนทนากลุ่มได้ข้อสรุปไม่ชัดเจน เพื่อให้การสนทนากลุ่มเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย หรืออาจมีการปรับเปลี่ยนข้อคำถามในบางเรื่องหากผู้ให้ข้อมูลตอบไม่ตรงคำถาม ทั้งยังสามารถเก็บรายละเอียดเกี่ยวกับอารมณ์ สีหน้า น้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูลได้ และยังสามารถตรวจสอบความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ดำเนินการสนทนา และผู้ร่วมสนทนา

เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ แนวคำถามที่สร้างขึ้นจะเป็นคำถามแบบปลายเปิด เพื่อผู้ร่วมสนทนาได้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ และครอบคลุมประเด็นต่างๆ ผู้วิจัยกำหนดแนวประเด็นการสนทนากลุ่ม ดังนี้

6.2.1 สถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมที่มารับบริการที่สถานบริการของท่านเป็นอย่างไร

6.2.2 สภาพการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมของสถานบริการท่านเป็นอย่างไร

6.2.3 ในฐานะผู้ให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ท่านคิดว่าปัจจัยใดที่จะทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมมารับบริการที่โรงพยาบาลได้เร็วขึ้น

6.2.4 ในฐานะผู้ให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ท่านคิดว่าปัจจัยใดที่เป็นอุปสรรคทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมมารับบริการที่โรงพยาบาลช้า

6.2.5 ท่านคิดว่าปัจจัยเสริม หรือปัจจัยเอื้อ และอุปสรรคของการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม มีความเชื่อมโยงกับปัญหาการจัดบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ให้เข้ามารับการดูแลในโรงพยาบาลอย่างทันท่วงทีอย่างไร

6.3 เครื่องบันทึกเสียง และเครื่องบันทึกภาพเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกเสียง และภาพขณะที่มีการสนทนากลุ่ม เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลในภายหลัง และเป็นการเก็บรายละเอียดของข้อมูลที่อาจเก็บมาไม่ครบขณะที่มีเก็บรวบรวมข้อมูล

7. การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยเริ่มจากการสร้างกรอบความคิดและประเด็นการประชุม กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะร่วมวิจัย สำหรับแนวคำถามในการประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ โดยยึดตามจุดมุ่งหมายของการศึกษา แล้วนำไปทดลองกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วย ครอบครัว หน่วยกู้ชีพ ประจำตำบล และผู้นำชุมชน ที่มีคุณสมบัติเหมือนผู้ให้ข้อมูล จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความชัดเจนของสำนวนภาษา ความครอบคลุม และความต่อเนื่องของข้อคำถาม แล้วนำมาปรับปรุงก่อนที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

8. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focused group discussion) กำหนดขนาดของกลุ่มประมาณ 10 – 12 คน เนื่องจากถ้ากลุ่มเล็กเกินไปจะไม่สามารถกระตุ้นให้เกิดการอภิปรายแต่ถ้ากลุ่มใหญ่เกินไปก็อาจจะกระทำไม่ได้ทั่วถึงประเด็นที่อภิปรายจึงมักมีจำนวนไม่มากเกินไปผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ (Moderator) มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้คนในกลุ่มพูดในประเด็นที่กำหนดและปล่อยให้กลุ่มสรุปประเด็นของการสัมภาษณ์หรือยืนยันในข้อมูลที่ให้ก่อนการจบการสนทนาผู้วิจัยใช้คณะผู้ร่วมสนทนากลุ่มจำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้นำการสนทนา (Moderator) ทำหน้าที่ดำเนินการสัมภาษณ์โดยตั้งคำถามและซักถามให้ผู้ร่วมสนทนาได้แสดงความคิดเห็น กระตุ้น และช่วยให้ผู้ร่วมสนทนาเกิดอารมณ์ร่วม และเต็มใจบอกเล่าข้อมูลแลกเปลี่ยนกัน ผู้ช่วยบันทึกข้อมูล (Note-taker) ทำหน้าที่จดบันทึกการสนทนา เพื่อใช้ประกอบกับบันทึกที่ได้จากการถอดเทปการสนทนาและในกรณีที่จำเป็นอาจช่วยเตือน/เสริมประเด็นที่ผู้นำการสนทนาข้ามหรือยังไม่ได้ถามและผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) ทำหน้าที่บันทึกเสียงโดยใช้เครื่องบันทึกเสียงสองเครื่องรายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

8.1 ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

8.1.1 ขั้นเตรียมการ

- 1) การเตรียมตัวผู้วิจัย ในด้านต่างๆ ต่อไปนี้
 - 1.1) การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหากระบวนการส่งต่อ และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 1.2) การเตรียมความรู้ และทักษะเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพโดยเฉพาะเรื่องวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพวิธีต่างๆ
 - 1.3) ติดต่อกับแหล่งข้อมูลเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
 - 1.4) นัดหมายผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณลักษณะตามที่กำหนดไว้ในกลุ่มตัวอย่าง

8.1.2 ขั้นตอนการผู้วิจัยมีการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

- 1) แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการสนทนา และการสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล
- 2) การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาเพื่อหารายละเอียดและความหมายของประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งข้อมูล

บางอย่างอาจเป็นข้อมูลที่สะท้อนความรู้สึก หรือเป็นเรื่องส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงมีการคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัย จึงมีการชี้แจงสิทธิของผู้ให้ข้อมูล และแนวทางในการช่วยเหลือ ดังนี้

2.1) แจกรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลที่สนทนา ถ้าหากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลก็สามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

2.2) อธิบายให้ทราบว่าจะมีการบันทึกภาพ และเสียงเพื่อการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในภายหลัง

2.3) ชี้แจงว่าจะไม่มีการบันทึกชื่อ หรือนามสกุลจริงในเอกสาร และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และชี้แจงเรื่องการใช้เวลาในการสนทนาโดยประมาณ ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับความพร้อม และความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

3) การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยนักวิจัย ที่ผ่านการพัฒนาทักษะ และความรู้เกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสนทนากลุ่มในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจัดสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว และไม่มีสิ่งรบกวนในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยมีแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.1) การสนทนากลุ่ม มีเป้าหมายหลักของการสนทนาคือ การศึกษาสภาพการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมของสถานบริการในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ

ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) โดยทำหน้าที่ในการสร้างความคุ้นเคย และเป็นกันเองภายในสมาชิกกลุ่มเริ่มจากการแนะนำตัว การบอกวัตถุประสงค์ของการสนทนา การตั้งกติกาของการสนทนา การกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยน การสรุปความเป็นต้น ทั้งนี้การสนทนากลุ่มเน้นการพูดคุย ได้ตอบกันเอง และเปิดให้มีการอภิปรายอย่างกว้างขวางในประเด็นที่กำหนด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ และหลากหลายมากที่สุด ใช้เวลาในการสนทนาแต่ละครั้งต่อเนื่องประมาณ 40 – 60 นาที ผู้ช่วยนักวิจัยจะช่วยในการบันทึกภาพ และเสียงตลอดจนบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม และอำนวยความสะดวกสนทนากลุ่ม

3.2) การบันทึกภาคสนาม (Field note) ผู้วิจัยมีการบันทึกข้อมูลที่ ได้จากการสนทนากลุ่ม ภายหลังจากที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน ผู้วิจัยจะบันทึกภาคสนาม ร่วมกับการถอดเทป เพื่อนำไปตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความน่าเชื่อถือของประเด็นสนทนา หากมีข้อมูลใดที่ยังไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะต้องไปเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้ง

8.2 ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยประยุกต์ใช้หลักเกณฑ์ของ Guba and Lincoln (1989) กล่าวคือ โดยวิธีการดังนี้

8.2.1 บันทึกรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด ให้เห็นภาพของข้อมูลทุกแง่มุม เพื่อได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ และสามารถเชื่อมโยงกับประเด็นต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

8.2.2 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ(Creditability) ของข้อมูลโดยวิธีการดังนี้

1) ตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) เริ่มจากการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งต่างๆนั้นมีความเหมือนกันหรือไม่ ทั้งในส่วนของ การตรวจสอบ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อย และการสังเกตซึ่งถ้าทุกแหล่งข้อมูลพบว่าได้ข้อค้นพบมาเหมือนกันแสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มา มีความถูกต้อง

2) ตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) โดยการตรวจสอบจากผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลต่างคนกันว่าได้ค้นพบที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไรซึ่งถ้าผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลทุกคนพบว่าข้อค้นพบที่ได้มา มีความเหมือนกันแสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มา มีความถูกต้อง

8.2.3 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ(Creditability) ของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) โดยให้ผู้ให้ข้อมูลเข้ามาช่วยตรวจสอบ หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปเบื้องต้นที่ได้วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อสร้างความมั่นใจว่าสิ่งที่สรุปได้เป็นข้อมูลที่มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริง

8.2.4 การตรวจสอบความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยวิธีทำงานร่วมกับทีมวิจัย (Working with a research team) เนื่องจากการทำงานเป็นทีมวิจัย ทำให้มีการแสดงความคิดเห็นในทีมเกี่ยวกับข้อมูลที่รวบรวมได้ว่า มีความเห็นตรงกันหรือไม่ จึงถือว่าการตรวจสอบข้อมูลให้มีความน่าเชื่อถือเช่นกัน

8.2.5 การตรวจสอบความสามารถในการสรุป (Confirmability) โดยการตรวจสอบจากข้อมูลดิบที่เก็บรวบรวมได้โดยการบันทึกเทป และการบันทึกภาคสนามว่ามีความตรงกันหรือไม่ และการตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุปจากสาระที่ได้จากการวิเคราะห์ การจัดกลุ่มคำ และการให้รหัสข้อมูล การตรวจสอบวัตถุประสงค์การวิจัยในระยะเริ่มต้นจากโครงร่างวิจัย และการตรวจสอบการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องของเครื่องมือ กับวัตถุประสงค์การวิจัย และผลที่คาดว่าจะค้นพบจากการวิจัย

9. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

9.1 ก่อนวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพโดยวิธี การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) ได้แก่

9.1.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) เป็นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้อาจมาจากแหล่งต่าง ๆ นั้นมีความเหมือนกันหรือไม่ทั้งในส่วนของ การตรวจสอบ โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การเก็บ รวบรวมข้อมูลโดยการประชุมกลุ่มย่อย และการสังเกตซึ่งถ้าทุกแหล่งข้อมูลพบว่าได้ข้อค้นพบมา เหมือนกันแสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มามีความถูกต้อง

9.1.2 การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) เป็น การตรวจสอบจากผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลต่างคนกันว่าได้ค้นพบที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไร ซึ่งถ้าผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลทุกคนพบว่าข้อค้นพบที่ได้มามีความเหมือนกันแสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัย ได้มามีความถูกต้อง

9.1.3 การตรวจสอบข้อมูลโดยวิธีการแปลผลที่หลากหลายวิธี (Different methods of data interpretation) โดยผู้วิจัยมีการแปลผลข้อมูลในหลากหลายวิธีคือ การใช้แนว ทฤษฎีเป็นฐานคิดของการแปลผล ร่วมกับการใช้ข้อมูลที่ได้จากการประชุมกลุ่มย่อยในการแปลผล

9.2 ขั้นตอนวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการสรุปเนื้อหา (Content analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์แบบองค์รวมของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการเข้าถึงระบบ ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินสุติกรรม โดยที่การวิเคราะห์แบบองค์รวมนั้น ผู้วิจัยมีการมองอย่างรอบด้าน ผ่านมิติของความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่างๆ เพื่อสร้างความเข้าใจประเด็นปัญหาอย่าง แท้จริง ประยุกต์ตามแนวคิดของ Colaizzi (1978) ประกอบด้วยขั้นตอนการวิเคราะห์ 2 ขั้นตอน หลัก ดังนี้

9.2.1 การจัดระเบียบข้อมูล (Data organizing) เป็นกระบวนการจัดการ เพื่อให้ข้อมูลเป็นระเบียบ พร้อมทั้งจะนำไปวิเคราะห์ แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ

1) การจัดระเบียบทางกายภาพข้อมูล ได้แก่

1.1) การถอดเทป โดยถอดชนิดคำต่อคำ รวมถึงเสียงที่ไม่ใช่คำพูด เช่น หัวเราะ ร้องไห้ หรือเสียง เป็นต้น อาจมีการขีดเกลากาษาบ้างเพื่อความสละสลวยของข้อมูล

1.2) การจัดเก็บข้อมูล โดยแบ่งข้อมูลเป็นกลุ่มๆ แล้วเลือกข้อมูลมา ใส่ให้ตรงตามกลุ่มที่จัดเก็บ แล้วบันทึกลงในคอมพิวเตอร์

2) การจัดระเบียบเนื้อหาข้อมูล เป็นกระบวนการค้นหาความหมายของข้อความในข้อมูล เพื่อความสะดวกในการจัดประเภทข้อมูล หรือเรียกว่าการย่อข้อมูล (Data reduction) แล้วคัดสรรข้อความต่างๆ ที่กระจายอยู่ในข้อมูล และที่มีความหมายตรงประเด็นกับเรื่องที่ต้องการวิเคราะห์ออกมา แล้วให้ลงรหัสข้อมูลที่แยกออกมา

3) การแสดงข้อมูล (Data display) เป็นการนำข้อมูลที่แตกเป็นหน่วยย่อยๆ และลงรหัสเป็นที่เรียบร้อยแล้ว กลับเข้ามารวมกันใหม่ (Reassembling) ให้เป็นกลุ่มๆ ตามหัวข้อที่วิเคราะห์ เพื่อให้ได้ความหมาย หรือประเด็นที่กำหนดไว้ตั้งแต่ต้น มีวิธีการดังนี้

3.1) จัดกลุ่มข้อมูล โดยเลือกข้อมูลตามรหัสที่ลงไว้มาจัดเป็นกลุ่มตามประเด็นที่กำหนด

3.2) การแสดงข้อมูล โดยแสดงในตารางเปล่าที่แสดงแหล่งข้อมูล และสาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล หรือแสดงเป็นการบรรยายตามคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

9.2.2 การหาข้อสรุป การตีความ และการตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นของผลการวิจัย (Conclusion, interpretation and verification)

1) อ่านข้อมูลที่ถอดความแล้วหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เข้าใจเนื้อหาความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง

2) ทบทวนแต่ละข้อความในทุกหน้าอย่างถ่องแท้เพื่อดูนัยสำคัญของเนื้อเรื่อง

3) ทำความเข้าใจตามนัยสำคัญของเนื้อหาและกำหนดความหมายของแต่ละประโยค

4) กำหนดความหมายของกลุ่มคำที่เป็นประเด็นหลักจากความหมายของแต่ละประโยค แล้วมารวมเป็นประเด็นหลัก

5) รวบรวมผลลัพธ์ที่ได้จากปรากฏการณ์ที่ศึกษาและอธิบายหรือบรรยายอย่างละเอียด

6) อธิบายปรากฏการณ์ที่ยังกำกวมให้มีความชัดเจนเท่าที่จะเป็นไปได้

7) นำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาย้อนกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความตรง และความถูกต้องของข้อมูล

ระยะที่ 3 ระยะกำหนดแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

การพัฒนาที่มีประสิทธิผล (Effectiveness) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผล (Gibson, 2000, p 55) เพื่อให้ได้มาซึ่งการบรรลุเป้าหมายทั้งในเรื่องของคุณภาพงาน นวัตกรรม หรือความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Nahavendi, A. and Malekzadeh, A.R., 1999, p.532) ฉะนั้น การพัฒนาเพื่อให้ได้มาซึ่งประสิทธิผลจึงเป็นการแสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กัน (Good, V.C., 1973, p.79) ในหลากหลายมิติ หลากหลายองค์ประกอบ และมีความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลต่อกัน (อุทุมพร จามรมาน, 2541, หน้า 22 - 26) โดยผ่านการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์อันจะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ (Husen, T. and Postlethwaite, N.T., 1975, pp.137-138) ฉะนั้น ขั้นตอนในการกำหนดแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ทันเวลานั้นมีขั้นตอนของการพัฒนา 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรกวิเคราะห์ระบบ (System analysis) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบและความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องทั้งหมดของระบบ ขั้นตอนที่สองออกแบบระบบ (System design) โดยการนำองค์ประกอบที่พัฒนาขึ้นมามีจัดรูปแบบขึ้นมาใหม่เพื่อให้ได้มาซึ่งผลลัพธ์ที่ต้องการ และขั้นตอนสุดท้ายทดสอบระบบ (System testing) เพื่อประเมินว่าระบบมีคุณภาพ หรือมีจุดอ่อนที่ต้องพัฒนาต่ออย่างไร อันจะนำมาปรับปรุงเพื่อให้มีคุณภาพต่อไป (Kendall and Kendall, 1988)

ผู้วิจัยได้สรุปแนวคิดต่างๆ เหล่านี้ แล้วนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาในระยะแรก คือ ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อ และระยะที่สอง คือ การศึกษาสภาพการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ภายใต้บริบทของการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ มาเป็นปัจจัยนำเข้าของการวิเคราะห์ระบบ ในการศึกษาระยะที่สาม เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ชนิดการสนทนากลุ่ม (Focused group discussion: FGD) มีรายละเอียดการศึกษาดังนี้

1. จุดมุ่งหมายของการศึกษา

เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทาง

สูติกรรม

2. วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยเลือกใช้รูปแบบการศึกษานิเทศการสนทนากลุ่ม (Focused group discussion: FGD) เป็นแนวทางในการศึกษา ร่วมกับกระบวนการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่แรกเป็นการวิเคราะห์ระบบ (System analysis) ขั้นตอนที่สองเป็นการออกแบบระบบ (System design) และขั้นตอนที่สามเป็นทดสอบระบบ (System testing) มีรายละเอียดของขั้นตอนการศึกษา ดังต่อไปนี้

2.1 การวิเคราะห์ระบบ (System analysis) โดยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มาแสดงสถานการณ์ปัญหา (Express the problem situation) เพื่อนำเสนอสภาพปัญหา และมุมมองปัญหาที่เกิดขึ้น จัปสาระสำคัญของสถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องพัฒนาความเข้าใจร่วมกันของมุมมองที่แตกต่างโดยนำข้อมูลที่ได้จากส่วนแรกมาเชื่อมโยงหาเหตุ และผลตลอดจนสิ่งที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา หรือประเด็นที่ต้องการพัฒนานั้น โดยแสดงออกมาเป็น Semantic model เลือกวิธีการการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการประชุมกลุ่มย่อย (Focused group discussion) ร่วมกับการประชุมระดมสมอง (Brain storming) ในกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว กลุ่มผู้มีส่วนสนับสนุนในชุมชน และกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการส่งต่อ

2.2 การสร้างรูปแบบ (Build models) เพื่อกำหนดแนวทางของการแก้ปัญหา (Building purposeful activity models) ในขั้นตอนนี้จะเริ่มกำหนดรูปแบบการพัฒนการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เริ่มจากการกำหนดลักษณะของการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ของการเข้าถึงบริการส่งต่อ และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (Define feasible and desirable changes) วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายของการพัฒนา (Customers or Stakeholders analysis) ซึ่งเป็นผู้ได้รับผลของการพัฒนาครั้งนี้วิเคราะห์ผู้แสดง (Actors) หรือผู้ดำเนินการในกระบวนการพัฒนาวิเคราะห์กระบวนการเปลี่ยนแปลง (Transformation process) หรือแนวทางการพัฒนการเข้าถึงบริการส่งต่อ ในกลุ่มผู้ดำเนินการ และกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบของการพัฒนา และสุดท้ายเป็นการวิเคราะห์หาเจ้าของ (Owners) ในกระบวนการพัฒนาซึ่งเป็นผู้ควบคุม กำกับ ติดตามการพัฒนาคั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้การสนทนากลุ่ม (Focused group discussion) ในกลุ่มผู้ป่วยครอบครัว กลุ่มผู้มีส่วนสนับสนุนในชุมชน และกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการส่งต่อ ในการกำหนดแนวทางการพัฒนการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมและสะท้อนกลับข้อมูลต่อกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

2.3 การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ (Model testing) โดยทำการประเมินว่าแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมนี้สามารถปฏิบัติได้จริง (Workability) และมีความเพียงพอ (Appropriateness) ต่อการแก้ปัญหาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเข้าถึงบริการไม่ทันเวลาหรือไม่ ค้นหาและคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการปฏิบัติ หรือผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ และตอบสนองความจำเป็นหรือไม่อย่างไรซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่จะปรับรูปแบบของการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ผู้วิจัยเลือกวิธีการทดสอบรูปแบบโดยวิธีการพยากรณ์เชิงคุณภาพ (Qualitative forecasting techniques) โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth interview)

3. พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดพื้นที่ในการศึกษาเป็นเครือข่ายบริการสาธารณสุขระดับอำเภอจำนวน 1 เครือข่าย ในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ และคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) จากพื้นที่ที่ดำเนินการศึกษาในระยะที่ 1 และ 2

4. ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล ...

4.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการเข้าถึงบริการและการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุข (Health care providers) กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (Patients) และกลุ่มผู้สนับสนุนในการเข้าถึงระบบส่งต่อ (Supporters) โดยมีลักษณะ ดังนี้

4.1.1 กลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุข (Health care providers) ลักษณะของประชากรกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความเกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วย ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขระดับปฏิบัติการ ได้แก่ หัวหน้าศูนย์รับ - ส่งต่อผู้ป่วย แพทย์สูติกรรม พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย พนักงานขับรถพยาบาล

4.1.2 กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (Patients) ลักษณะของประชากรกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูติกรรมทั้งในระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอดที่มีการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ทั้งผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่สถานีนอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน

4.1.3 กลุ่มผู้สนับสนุนในการเข้าถึงบริการ และการส่งต่อ (Supporters) ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน ลักษณะของประชากรกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีส่วนในการช่วยเหลือ สนับสนุน และส่งเสริมการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยตั้งแต่ระดับที่ครอบครัวและระดับชุมชน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบการดูแลภาวะฉุกเฉินในระดับชุมชน หรือหน่วยกู้ชีพประจำ

ตำบล (One tambon one search and rescue team) ผู้นำชุมชนทั้งผู้นำแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คู่สมรส ผู้ปกครอง หรือญาติ และผู้นำครอบครัว

4.2 การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ศึกษา ได้แก่ บุคคลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ที่มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) ดังรายละเอียดคุณลักษณะรายบุคคลตามตาราง 11

ตาราง 11 แสดงรายละเอียดคุณลักษณะรายบุคคลของผู้ให้ข้อมูลของการศึกษาระยะที่ 3

รหัส	ระดับ	ตำแหน่งปัจจุบัน
กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการกำหนดแนวทางการพัฒนา		
HCP1	อำเภอ	พยาบาลประจำห้องคลอดของโรงพยาบาลชุมชน
HCP2	อำเภอ	พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลชุมชน
HCP3	อำเภอ	พยาบาลที่ส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชน
HCP4	ตำบล	เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ใน รพ.สต.
HCP5	ตำบล	เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ใน รพ.สต.
HCP6	ตำบล	ผอ.รพ.สต
PT1	ส่วนบุคคล	ผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน
SP1	ตำบล	นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
SP2	หมู่บ้าน/ตำบล	ผู้รับผิดชอบการดูแลภาวะฉุกเฉินในระดับชุมชน
SP3	หมู่บ้าน	ผู้นำชุมชน
SP4	หมู่บ้าน	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
SP5	ครอบครัว	ผู้นำครอบครัว
กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการตรวจสอบแนวทางการพัฒนา		
EXP2	เขต	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 8
EXP3	อำเภอ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
EXP4	อำเภอ	สาธารณสุขอำเภอ

5. ระยะเวลาดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาในการดำเนินงานระหว่างมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ.2557 รวมระยะเวลาในการศึกษา 3 เดือน

6. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการสนทนากลุ่ม (Focused group discussion: FGD) ผู้วิจัยกำหนดลักษณะของ ข้อมูลที่ศึกษาเป็นข้อมูลปฐมภูมิ โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้สอดคล้องกับ ลักษณะของวิธีการวิจัย และวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประกอบด้วย

6.1 ผู้วิจัย (Researcher) . .

เครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ คือ ผู้วิจัย ซึ่งต้องมีการ เตรียมความพร้อมของตัวผู้วิจัยทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย ระบบสุขภาพ ระบบการ ส่งต่อ และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และมีการเตรียมในส่วนของการมีทักษะในกระบวนการวิจัย เชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพ อันจะส่งผลให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

6.2 แนวประเด็นการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

แนวประเด็นการสนทนากลุ่ม เป็นแนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มเพื่อหา แนวทางพัฒนาการเข้าถึงระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม ผู้วิจัยใช้แนวประเด็นสนทนากลุ่ม ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง (Semi structure guideline questions) ที่สร้างขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการ สนทนากลุ่ม ผู้วิจัยมีโอกาสในการอธิบายขยายความในข้อคำถามที่สร้างขึ้น หรือสามารถซักถาม เพิ่มเติมหากประเด็นที่เกิดจากการสนทนากลุ่มได้ข้อสรุปไม่ชัดเจน เพื่อให้การสนทนากลุ่มเป็นไป ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย หรืออาจมีการปรับเปลี่ยนข้อคำถามในบางเรื่องหากผู้ให้ข้อมูลตอบ ไม่ตรงคำถาม ทั้งยังสามารถเก็บรายละเอียดเกี่ยวกับอารมณ์ สีหน้า น้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูลได้ และ ยังสามารถตรวจสอบความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ดำเนินการสนทนา และผู้ร่วมสนทนา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ แนวคำถามที่สร้างขึ้นจะเป็นคำถามแบบปลายเปิด เพื่อผู้ร่วมสนทนาได้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ และครอบคลุมประเด็นต่างๆ ผู้วิจัยกำหนด แนวประเด็นการสนทนากลุ่ม ดังนี้

6.2.1 ท่านคาดหวังเกี่ยวกับการเข้ามาใช้บริการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทาง สูติกรรมในพื้นที่ของท่านอย่างไร

6.2.2 ท่านคิดว่าการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพโดยการส่งต่อของผู้ป่วยที่มี ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมมีประเด็นใดบ้างที่ต้องการพัฒนา หรือแก้ไขปัญหา

6.2.3 ในประเด็นที่ต้องการพัฒนา หรือแก้ไขปัญหานั้น มีความจำเป็นอย่างไรที่ต้องดำเนินการหากไม่ดำเนินการจะเกิดอะไรขึ้น หรือหากดำเนินการจะเกิดอะไรขึ้น

6.2.4 ท่านคิดว่า แนวทางที่จะทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมสามารถเข้าถึงบริการอย่างทันเวลานั้น เป็นอย่างไรบ้าง มีใครเกี่ยวข้องบ้าง และเกี่ยวข้องอย่างไร

6.2.5 ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเข้าถึงบริการทันเวลา ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บป่วย จนถึงส่งถึงโรงพยาบาลนั้น ควรมีบทบาทหน้าที่อย่างไร

6.2.6 แนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่กลุ่มต้องการนั้นควรทำอย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบ

6.2.7 ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ และอุปสรรคของการดำเนินการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเป็นอย่างไร มีแนวทางในการจัดการปัจจัยเหล่านั้นอย่างไร

6.3 เครื่องบันทึกเสียง และเครื่องบันทึกภาพ

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกเสียง และภาพขณะที่มีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลในภายหลัง และเป็นการเก็บรายละเอียดของข้อมูลที่อาจเก็บมาไม่ครบขณะที่มีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

7. การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยเริ่มจากการสร้างกรอบความคิดและประเด็นการประชุม กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะร่วมวิจัย สำหรับแนวคำถามในการประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ โดยยึดตามจุดมุ่งหมายของการศึกษา แล้วนำไปทดลองกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วย ครอบครัว หน่วยกู้ชีพ ประจำตำบล และผู้นำชุมชน ที่มีคุณสมบัติเหมือนผู้ให้ข้อมูล จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความชัดเจนของสำนวนภาษา ความครอบคลุม และความต่อเนื่องของข้อคำถาม แล้วนำมาปรับปรุงก่อนที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

8. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focused group discussion) กำหนดขนาดของกลุ่มประมาณ 10 – 12 คน เนื่องจากถ้ากลุ่มเล็กเกินไปจะไม่สามารถกระตุ้นให้เกิดการอภิปรายแต่ถ้ากลุ่มใหญ่เกินไปก็อาจจะกระทำไม่ได้ทั่วถึงประเด็นที่อภิปรายจึงมักมีจำนวนไม่มาก

เกินไป ผู้วิจัยใช้คณะผู้ร่วมสนทนากลุ่มจำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้นำการสนทนา (Moderator) ทำหน้าที่ดำเนินการสัมภาษณ์โดยตั้งคำถามและซักถามให้ผู้ร่วมสนทนาได้แสดงความคิดเห็น กระตุ้น และช่วยให้ผู้ร่วมสนทนาเกิดอารมณ์ร่วม และเต็มใจบอกเล่าข้อมูลแลกเปลี่ยนกัน ผู้ช่วยบันทึกข้อมูล (Note-taker) ทำหน้าที่จดบันทึกการสนทนา เพื่อใช้ประกอบกับบันทึกที่ได้จากการถอดเทปการสนทนาและในกรณีที่จำเป็นอาจช่วยเตือน/เสริมประเด็นที่ผู้นำการสนทนาข้ามหรือยังไม่ได้ถามและผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) ทำหน้าที่บันทึกเสียงโดยใช้เครื่องบันทึกเสียงสองเครื่องรายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

8.1 ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

8.1.1 ขั้นเตรียมการ

1) การเตรียมตัวผู้วิจัย ในด้านต่างๆ ต่อไปนี้

1.1) การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหากระบวนการส่งต่อ และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2) การเตรียมความรู้ และทักษะเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะเรื่องวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพวิธีต่างๆ

1.3) ติดต่อกับแหล่งข้อมูลเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.4) นัดหมายผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณลักษณะตามที่กำหนดไว้ในกลุ่ม

ตัวอย่าง

8.1.2 ขั้นตอนการผู้วิจัยมีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการสนทนา และการสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล

2) การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาเพื่อหารายละเอียดและความหมายของประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งข้อมูลบางอย่างอาจเป็นข้อมูลที่สะท้อนความรู้สึก หรือเป็นเรื่องส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงมีการคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัย จึงมีการชี้แจงสิทธิของผู้ให้ข้อมูล และแนวทางในการช่วยเหลือ ดังนี้

2.1) แจกรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลที่สนทนา ถ้าหากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลก็สามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

2.2) อธิบายให้ทราบว่า จะมีการบันทึกภาพ และเสียงเพื่อการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในภายหลัง

2.3) ที่แจ้งว่าจะไม่มีการบันทึกชื่อ หรือนามสกุลจริงในเอกสาร และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และชี้แจงเรื่องการใช้เวลาในการสนทนาโดยประมาณ ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับความพร้อม และความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

3) การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการพัฒนาทักษะ และความรู้เกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสนทนากลุ่มในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจัดสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว และไม่มีสิ่งรบกวนในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยมีแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.1) การสนทนากลุ่ม มีเป้าหมายหลักของการสนทนาคือ การหาแนวทางในการพัฒนาประสิทธิภาพการเข้าถึงระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) โดยทำหน้าที่ในการสร้างความคุ้นเคย และเป็นกันเองภายในสมาชิกกลุ่มเริ่มจากการแนะนำตัว การบอกวัตถุประสงค์ของการสนทนา การตั้งกติกาของการสนทนา การกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยน การสรุปความเป็นต้น ทั้งนี้การสนทนากลุ่มเน้นการพูดคุย ได้ตอบกันเอง และเปิดให้มีการอภิปรายอย่างกว้างขวางในประเด็นที่กำหนด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ และหลากหลายมากที่สุด ใช้เวลาในการสนทนาแต่ละครั้งต่อเนื่องประมาณ 40-60 นาที ผู้ช่วยนักวิจัยจะช่วยในการบันทึกภาพ และเสียงตลอดจนบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม และอำนวยความสะดวกขณะสนทนากลุ่ม

3.2) การบันทึกภาคสนาม (Field note) ผู้วิจัยมีการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ภายหลังจากที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน ผู้วิจัยจะบันทึกภาคสนามร่วมกับการถอดเทป เพื่อนำไปตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความน่าเชื่อถือของประเด็นสนทนา หากมีข้อมูลใดที่ยังไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะต้องไปเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้ง

8.2 ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพโดยประยุกต์ใช้หลักเกณฑ์ของ Guba and Lincoln (1989) กล่าวคือ โดยวิธีการดังนี้

8.2.1 บันทึกการพรรณนาอย่างละเอียด ให้เห็นภาพของข้อมูลทุกแง่มุม เพื่อได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ และสามารถเชื่อมโยงกับประเด็นต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

8.2.2 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Credibility) ของข้อมูลโดยวิธีการ ดังนี้

1) ตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) เริ่มจากการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งต่าง ๆ นั้นมีความเหมือนกันหรือไม่ทั้งในส่วนของการตรวจสอบโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อย และการสังเกตซึ่งถ้าทุกแหล่งข้อมูลพบว่าได้ข้อค้นพบมาเหมือนกันแสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มามีความถูกต้อง

2) ตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) โดยการตรวจสอบจากผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลต่างคนกันว่าได้ค้นพบที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไรซึ่งถ้าผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลทุกคนพบว่าข้อค้นพบที่ได้มา มีความเหมือนกันแสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มา มีความถูกต้อง

8.2.3 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Credibility) ของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) โดยให้ผู้ให้ข้อมูลเข้ามาช่วยตรวจสอบ หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปเบื้องต้นที่ได้วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อสร้างความมั่นใจว่าสิ่งที่สรุปได้เป็นข้อมูลที่ได้มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริง

8.2.4 การตรวจสอบความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยวิธีทำงานร่วมกับทีมวิจัย (Working with a research team) เนื่องจากการทำงานเป็นทีมวิจัย ทำให้มีการแสดงความคิดเห็นในทีมเกี่ยวกับข้อมูลที่รวบรวมได้ว่า มีความเห็นตรงกันหรือไม่ จึงถือว่าการตรวจสอบข้อมูลให้มีความน่าเชื่อถือเช่นกัน

8.2.5 การตรวจสอบความสามารถในการสรุป (Confirmability) โดยการตรวจสอบจากข้อมูลดิบที่เก็บรวบรวมได้โดยการบันทึกเทป และการบันทึกภาคสนามว่ามีความตรงกันหรือไม่ และการตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุปจากสาระที่ได้จากการวิเคราะห์ การจัดกลุ่มคำ และการให้รหัสข้อมูล การตรวจสอบวัตถุประสงค์การวิจัยในระยะเริ่มต้นจากโครงร่างวิจัย และการตรวจสอบการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องของเครื่องมือ กับวัตถุประสงค์การวิจัย และผลที่คาดว่าจะค้นพบจากการวิจัย

9. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

9.1 ก่อนวิเคราะห์ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพโดยวิธี การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) ได้แก่

9.1.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) เป็นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งต่าง ๆ นั้นมีความเหมือนกันหรือไม่ทั้งในส่วนของ การตรวจสอบโดยการ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประชุมกลุ่มย่อย และการสังเกตซึ่งถ้าทุกแหล่งข้อมูลพบว่าได้ข้อค้นพบมาเหมือนกัน แสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มา มีความถูกต้อง

9.1.2 การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) เป็นการตรวจสอบจากผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลต่างคนกันว่าได้ค้นพบที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไร ซึ่งถ้าผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลทุกคนพบว่าข้อค้นพบที่ได้มามีความเหมือนกันแสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มามีความถูกต้อง

9.1.3 การตรวจสอบข้อมูลโดยวิธีการแปลผลที่หลากหลายวิธี (Different methods of data interpretation) โดยผู้วิจัยมีการแปลผลข้อมูลในหลากหลายวิธีคือ การใช้แนวทฤษฎีเป็นฐานคิดของการแปลผล ร่วมกับการใช้ข้อมูลที่ได้จากการประชุมกลุ่มย่อยในการแปลผล

9.2 ชั้นวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการสรุปเนื้อหา (Content analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์แบบองค์รวมของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการเข้าถึงระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินสูติกรรม โดยที่การวิเคราะห์แบบองค์รวมนั้น ผู้วิจัยมีการมองอย่างรอบด้านผ่านมิติของความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่างๆ เพื่อสร้างความเข้าใจประเด็นปัญหาอย่างแท้จริง ประยุกต์ตามแนวคิดของ Colaizzi (1978) ประกอบด้วย ขั้นตอนการวิเคราะห์ 2 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

9.2.1 การจัดระเบียบข้อมูล (Data organizing) เป็นกระบวนการจัดการเพื่อให้ข้อมูลเป็นระเบียบ พร้อมทั้งจะนำไปวิเคราะห์ แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ

1) การจัดระเบียบทางกายภาพข้อมูล ได้แก่

1.1) การถอดเทป โดยถอดชนิดคำต่อคำ รวมถึงเสียงที่ไม่ใช่คำพูด เช่น หัวเราะ ร้องไห้ หรือเจิบ เป็นต้น อาจมีการขีดเกลากาษาบ้างเพื่อความสละสลวยของข้อมูล

1.2) การจัดเก็บข้อมูล โดยแบ่งข้อมูลเป็นกลุ่มๆ แล้วเลือกข้อมูลมาใส่ให้ตรงตามกลุ่มที่จัดเก็บ แล้วบันทึกลงในคอมพิวเตอร์

2) การจัดระเบียบเนื้อหาข้อมูล เป็นกระบวนการค้นหาความหมายของข้อความในข้อมูล เพื่อความสะดวกในการจัดประเภทข้อมูล หรือเรียกว่าการย่อข้อมูล (Data reduction) แล้วคัดสรรข้อความต่างๆ ที่กระจายอยู่ในข้อมูล และที่มีความหมายตรงประเด็นกับเรื่องที่ต้องการวิเคราะห์ออกมา แล้วให้ลงรหัสข้อมูลที่แยกออกมา

3) การแสดงข้อมูล (Data display) เป็นการนำข้อมูลที่แตกเป็นหน่วยย่อยๆ และลงรหัสเป็นที่เรียบร้อยแล้ว กลับเข้ามารวมกันใหม่ (Reassembling) ให้เป็นกลุ่มๆ ตามหัวข้อที่วิเคราะห์ เพื่อให้ได้ความหมาย หรือประเด็นที่กำหนดไว้ตั้งแต่ต้น มีวิธีการดังนี้

3.1) จัดกลุ่มข้อมูล โดยเลือกข้อมูลตามรหัสที่ลงไว้มาจัดเป็นกลุ่มตามประเด็นที่กำหนด

3.2) การแสดงข้อมูล โดยแสดงในตารางเปล่าที่แสดงแหล่งข้อมูล และสาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล หรือแสดงเป็นการบรรยายตามคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

9.2.2 การหาข้อสรุป การตีความ และการตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นของผลการวิจัย (Conclusion, interpretation and verification)

1) อ่านข้อมูลที่ถอดความแล้วหลายๆ ครั้งเพื่อให้เข้าใจเนื้อหา ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง

2) ทบทวนแต่ละข้อความในทุกหน้าอย่างถ่องแท้เพื่อค้นหาประเด็นสำคัญของแต่ละประโยค

3) ทำความเข้าใจตามนัยสำคัญของเนื้อหาและกำหนดความหมายของแต่ละประโยค

4) กำหนดความหมายของกลุ่มคำที่เป็นประเด็นหลักจากความหมายของแต่ละประโยค แล้วมารวมเป็นประเด็นหลัก

5) รวบรวมผลลัพธ์ที่ได้จากการปรากฏการณ์ที่ศึกษาและอธิบายหรือบรรยายอย่างละเอียด

6) อธิบายปรากฏการณ์ที่ยังกำกวมให้มีความชัดเจนเท่าที่จะเป็นไปได้

7) นำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาย้อนกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความตรง และความถูกต้องของข้อมูล

จริยธรรมและจรรยาบรรณในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลก็ต่อเมื่อวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยนเรศวร นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีความคำนึงถึงจริยธรรมของการวิจัยตลอดทุกขั้นตอนของการศึกษา กล่าวคือ

1. ขึ้นกำหนดหัวข้อเรื่องที่จะทำการวิจัยผู้วิจัยเลือกเรื่องเกี่ยวกับประเด็นสำคัญที่ยังประโยชน์แก่สังคมโดยรวม

2. ขั้นตอนการออกแบบการวิจัยผู้วิจัยมีการวางแผนกลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บข้อมูลต้องให้ความยินยอมร่วมมือในการศึกษา หากกลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุญาตจากผู้ปกครองก่อนที่จะเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีการนำเสนอชื่อ – สกุลจริงของผู้ให้ข้อมูล และสรุปข้อมูลเป็นภาพรวม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบที่อาจจะมีอันเนื่องมาจากการให้ความร่วมมือในการศึกษา

4. ขั้นการเก็บข้อมูลระหว่างเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์หรือการสังเกตผู้วิจัยวางแผนที่จะไม่ให้หรือรบกวนน้อยที่สุดต่อชีวิตและการทำงานตามปกติของแหล่งข้อมูลและหลีกเลี่ยงวิธีการที่จะก่อให้เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลแก่ผู้ให้ข้อมูลไม่มีการใส่ชื่อผู้ถูกวิจัยในเครื่องมือเก็บข้อมูล จะใช้รหัสแทน

5. ขั้นการจัดบันทึกและการถอดเทปการสัมภาษณ์การจัดบันทึกและการถอดเทปสัมภาษณ์ผู้วิจัยคำนึงถึงการรักษาความลับเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูลโดยไม่ใส่อะไรที่ไม่ใช่สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวในบทบันทึกหรือบทสัมภาษณ์ในระหว่างการถอดเทป

6. ขั้นการวิเคราะห์ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลอย่าง "ละเอียดลึกซึ้ง" ด้วยความระมัดระวังในการตีความที่ห่างจากความเป็นจริงเกินไปและให้ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนมีส่วนร่วมในการตีความข้อมูลภายหลังจากที่ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

7. ขั้นการตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ผู้วิจัยจะเผยแพร่ข้อมูลเฉพาะความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือเท่านั้นผลการศึกษาใดที่ยังคลุมเครือหรือยังไม่ได้ตรวจสอบอย่างรอบคอบจะไม่เปิดเผยเพราะอาจก่อให้เกิดผลเสียแก่แหล่งข้อมูลได้

8. ขั้นรายงานผลผู้วิจัยรายงานผลการวิจัยเฉพาะข้อมูลที่เป็นเปิดเผยได้ หากส่วนใดที่เป็นความลับเป็นเรื่องส่วนตัวหรือเป็นเรื่องที่ทำให้ผู้อ่านรู้ว่าผู้ให้ความร่วมมือในการวิจัยนั้นเป็นใครผู้วิจัยจะมีความระมัดระวังในการนำเสนอ และปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อหาความเหมาะสมในการนำเสนอต่อไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อ แล้วนำไปพัฒนารูปแบบในการเพิ่มประสิทธิผลของการเข้าถึงระบบส่งต่อและจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการเข้าถึงระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาสภาพการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ของสถานบริการสาธารณสุข

ตอนที่ 3 ผลการกำหนดแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

โดยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ผู้วิจัยได้แบ่งปัจจัยออกเป็น 4 ด้าน คือ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการจัดบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และปัจจัยด้านอุปสรรคทางกายภาพ ผลการศึกษา พบว่า

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

ผลการศึกษา พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย 24.75 ± 7.13 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 21 – 30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.2 รองลงมาเป็นช่วงอายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี และอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 31 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.2 และ 20.6 ตามลำดับ โดยมีอายุต่ำสุด 14 ปี และอายุสูงสุด 44 ปี ผู้ป่วยมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.2 รองลงมาเป็นระดับประถมศึกษา และระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 25.5 และ 4.5 9 ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียนหนังสือเพียงร้อยละ 1.6 ผู้ป่วยประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.7

รองลงมาเป็นเกษตรกรกรรม และแม่บ้านคิดเป็นร้อยละ 25.5 และ 11.1 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เป็นนักเรียนมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.1 ผู้ป่วยมีรายได้เฉลี่ย $5,668.34 \pm 3,629.68$ บาท โดยส่วนใหญ่มีรายได้ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 74.7 และมีรายได้มากกว่า 6,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 25.3 ผู้ป่วยมีหนี้สิน จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.7 อีกร้อยละ 41.3 ไม่มีหนี้สินผู้ป่วยมีการเตรียมเงินไว้ใช้จ่ายอย่างเมื่อยามเจ็บป่วยไม่เพียงพอ ถึงขีดสุด มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.5 อีกร้อยละ 39.5 ที่มีอย่างเพียงพอ ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำ และค่าสูง ของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 380)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุของผู้ป่วย (ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20	145	38.2
21 – 30	149	39.2
มากกว่าหรือเท่ากับ 31	81	20.6
$\bar{X} \pm SD = 24.75 \pm 7.13$, Median = 23, Min = 14, Max = 44		
ศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ		
พุทธ	378	99.5
อิสลาม	2	0.5
ระดับการศึกษาผู้ป่วย		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	1.6
ประถมศึกษา	97	25.5
มัธยมศึกษา	244	64.2
อนุปริญญา	16	4.2
ปริญญาตรีและอื่นๆ	17	4.5

ตาราง 12 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลักของผู้ป่วย		
ว่างงาน	28	7.4
นักเรียน	8	2.1
แม่บ้าน	42	11.1
เกษตรกรรวม	102	25.5
รับจ้าง	170	44.7
ค้าขาย	25	6.6
รับราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ	10	2.6
รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย (บาท/เดือน)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6,000	284	74.7
มากกว่า 6,000	96	25.3
$\bar{X} \pm SD = 5,668.34 \pm 3,629.68$, Median = 6,000, Min = 0, Max = 20,000		
ภาระหนี้สินของผู้ป่วย		
มี	223	58.7
ไม่มี	157	41.3
การเตรียมเงินไว้ใช้จ่ายอย่างเพียงพอเมื่อยามเจ็บป่วย		
มีเพียงพอ	150	39.5
ไม่เพียงพอ หรือขาดเงิน	230	60.5

ประวัติการตั้งครุฑ และการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีการตั้งครุฑ จำนวน 1 ครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.5 รองลงมา คือ การตั้งครุฑ 2 ครั้ง และการตั้งครุฑมากกว่า 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 31.3 และ 13.2 ตามลำดับ ผู้ป่วยไม่มีประวัติการตั้งครุฑมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.9 และมีเพียงร้อยละ 32.1 ที่มีประวัติการตั้งครุฑ ผู้ป่วยมีบุตรที่มีชีวิต 1 คน มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.5 รองลงมาเป็นมีบุตร 2 คน และไม่มีบุตรที่มีชีวิต คิดเป็นร้อยละ 28.7, และ 10.5 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 83.4 รองลงมาเป็นโรคภูมิแพ้ และไมเกรน คิดเป็นร้อยละ 4.5 และ 2.8 ตามลำดับ ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยไปรักษาทันทีเมื่อมีอาการ คิดเป็นร้อยละ 76.3 มีเพียงร้อยละ 22.4 ที่จะรอดูอาการ

จนทนนไม่ไหวค่อยไปพบแพทย์ โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานพยาบาลแห่งแรกที่ถูกผู้ป่วยเลือกเข้ารับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.6 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคลินิก คิดเป็นร้อยละ 35.8 และ 14.5 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตามประวัติการตั้งครรภ์ และการเจ็บป่วย (n = 380)

ประวัติการตั้งครรภ์และการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
1 ครั้ง	211	55.5
2 ครั้ง	119	31.3
มากกว่า 2 ครั้ง	50	13.2
ประวัติการแท้ง		
ไม่มีประวัติการแท้ง	258	67.9
มีประวัติการแท้ง	122	32.1
จำนวนบุตรที่มีชีวิต (คน)		
ไม่มี	40	10.5
1	207	54.5
2	109	28.7
มากกว่า 2	24	6.3
โรคประจำตัวของผู้ป่วย		
ปฏิเสธโรคประจำตัว	317	83.4
ภูมิแพ้	17	4.5
ความดันโลหิตสูง	10	2.6
ไมเกรน	7	1.8
ทาลัสซีเมีย	6	1.6
อื่นๆ	23	6.1

ตาราง 13 (ต่อ)

ประวัติการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย		
รอดูอาการจนทนไม่ไหวค่อยไปพบแพทย์	85	22.4
หายากินเองก่อน ไม่ดีขึ้นจึงไปพบแพทย์	5	1.3
ไปรักษาทันทีเมื่อมีอาการ	290	76.3
สถานพยาบาลแห่งแรกที่เข้ารับการรักษามือเจ็บป่วย		
ร้านขายยา	27	7.1
คลินิก	55	14.5
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	136	35.8
โรงพยาบาลชุมชน	162	42.6

การเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วย พบว่า การวินิจฉัยโรคของการเจ็บป่วยฉุกเฉินในครั้งนี้ พบว่า อาการของการคลอติดขัด หรือการคลอดยาวนาน มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.2 รองลงมาเป็นภาวะเลือดออกก่อนคลอด และความดันโลหิตสูง หรือชักขณะตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 33.7 และ 3.7 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยความรุนแรงระดับด่วน (Urgency) คิดเป็นร้อยละ 85.8 รองลงมาเป็นระดับการเจ็บป่วยไม่เฉียบพลัน และ ระดับการเจ็บป่วยเฉียบพลันคิดเป็นร้อยละ 6.6 และ 6.3 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในระยะตั้งครรภ์ จะป่วยในช่วงอายุครรภ์เฉลี่ย 18.25 ± 12.49 สัปดาห์ กลุ่มผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในระยะหลังคลอด จะป่วยในช่วงเวลาหลังคลอดเฉลี่ย 14.32 ± 14.12 วัน ค่าใช้จ่ายที่เสียไปเนื่องจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเดินทางมารักษาที่สถานพยาบาลเฉลี่ย 265.92 ± 494.86 บาท ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย $1,661.83 \pm 3,274.49$ บาท และค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ ในการมารักษาที่สถานพยาบาลเฉลี่ย $906.41 \pm 1,179.26$ บาท ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำ และค่าสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตามลักษณะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (n = 380)

ลักษณะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
ภาวะเลือดออกก่อนคลอด	128	33.7
ภาวะเลือดออกหลังคลอด	13	3.4
ระยะคลอดติดขัด หรือยาวนาน	225	59.2
ความดันโลหิตสูง หรือชักขณะตั้งครรภ์	14	3.7
การแบ่งประเภทผู้ป่วย		
ฉุกเฉิน	5	1.3
ด่วน	326	85.8
การเจ็บป่วยเฉียบพลัน	24	6.3
การเจ็บป่วยไม่เฉียบพลัน	25	6.6
อายุครรภ์เมื่อเกิดการเจ็บป่วย		
$\bar{X} \pm SD = 18.25 \pm 12.49$, Min = 0, Max = 41, Median = 12		
ระยะเวลาหลังคลอดเมื่อเกิดการเจ็บป่วย		
$\bar{X} \pm SD = 14.32 \pm 14.12$, Min = 0, Max = 60, Median = 10		
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษาที่สถานพยาบาล (บาท)		
$\bar{X} \pm SD = 265.92 \pm 494.86$, Median = 400, Min = 40, Max = 5,000		
ค่าใช้จ่ายด้านค่ารักษาพยาบาล (บาท)		
$\bar{X} \pm SD = 1,661.83 \pm 3,274.49$, Median = 200, Min = 30, Max = 20,000		
ค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ ในการมารักษาที่สถานพยาบาล (บาท)		
$\bar{X} \pm SD = 906.41 \pm 1,179.26$, Median = 400, Min = 20, Max = 6,000		

ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับทราบสิทธิการรักษาของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 87.6 มีเพียงร้อยละ 12.4 เท่านั้นที่ไม่ทราบสิทธิการรักษาของตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับทราบความครอบคลุมของสิทธิในการรักษา คิดเป็นร้อยละ 89.5 ที่ทราบว่า ความครอบคลุมของสิทธิในการรักษารวมการเจ็บป่วย

การตั้งครุฑ และการคลอด มีเพียงร้อยละ 10.5 ที่ทราบถึงความครอบคลุมของสิทธิในการรักษา รวมการเจ็บป่วย แต่ไม่รวมการตั้งครุฑ และการคลอด ดังแสดงในตาราง 15

ตาราง 15 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำ และค่าสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตามหลักประกันสุขภาพ (n = 380)

หลักประกันสุขภาพของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
การรับทราบสิทธิการรักษาของตนเอง		
ไม่ทราบ	47	12.4
ทราบ	333	87.6
การรับทราบความครอบคลุมของสิทธิในการรักษา		
เฉพาะการเจ็บป่วยไม่รวมการตั้งครุฑ และการคลอด	40	10.5
รวมการเจ็บป่วย การตั้งครุฑ และการคลอด	340	89.5

ด้านการรับรู้ข่าวสารสุขภาพของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยเคยรู้มาก่อนมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.6 รองลงมาเป็นไม่เคยรู้ และรู้เป็นบางส่วน คิดเป็นร้อยละ 32.9 และ 19.5 ตามลำดับ เมื่อประเมินระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ 33.85 ± 5.29 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน โดยมีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 31 – 40 คะแนน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.9 รองลงมาเป็น 21 – 30 คะแนน และ 41 – 50 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 23.7 และ 11.3 ตามลำดับ ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย ระดับความรู้ 6 ± 1.39 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยมีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 6 - 10 คะแนน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.5 อีกร้อยละ 35.5 ที่มีระดับคะแนนความรู้น้อยกว่า 6 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.2 รองลงมาเป็นระดับมาก และเฉยๆ คิดเป็นร้อยละ 18.7 และ 16.3 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 16

ตาราง 16 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตาม การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมและ ความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย (n = 380)

การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ข่าวสารสุขภาพ		
ไม่เคยรู้มาก่อน	125	32.9
รับรู้บ้างแต่น้อย	74	19.5
รับรู้เป็นส่วนใหญ่	181	47.6
ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้ป่วย(คะแนน)		
0 – 10	0	0.0
11 – 20	4	1.1
21 – 30	90	23.7
31 – 40	243	63.9
41 – 50	43	11.3
$\bar{X} \pm SD = 33.85 \pm 5.29$, Median = 34, Min = 17, Max = 45		
ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมของผู้ป่วย (คะแนน)		
0 – 5	135	35.5
6 – 10	245	64.5
$\bar{X} \pm SD = 6 \pm 1.39$, Median = 6, Min = 1, Max = 9		
ระดับความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยครั้งนี้		
เฉยๆ	62	16.3
น้อย	36	9.5
ปานกลาง	168	44.2
มาก	71	18.7
มากที่สุด	43	11.3

ด้านการเตรียมพร้อมของผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเตรียมพร้อมสำหรับการคลอด คิดเป็นร้อยละ 93.9 และไม่มีการเตรียมพร้อม คิดเป็นร้อยละ 6.1 ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปรึกษาผู้อื่นในการจัดการปัญหา คิดเป็นร้อยละ 72.1 รองลงมาจะปรึกษาคนในครอบครัว และตัดสินใจด้วยตนเองไม่ได้ปรึกษาใคร คิดเป็นร้อยละ 26.3 และ 1.6 ตามลำดับ การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือคณะกรรมการในชุมชนของผู้ป่วยและสามี พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยและสามีไม่เป็นทั้งคณะกรรมการ หรือสมาชิกกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 79.7 รองลงมาผู้ป่วยหรือสามีคนใดคนหนึ่งเป็นคณะกรรมการ หรือสมาชิกกลุ่มในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 13.2 และ 7.1 ตามลำดับ ที่ผู้ป่วยและสามีเป็นคณะกรรมการ หรือสมาชิกกลุ่ม ส่วนการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน โดยประเมินจากการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และการติดต่อพูดคุยกับเพื่อนบ้านของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไม่ได้เข้าร่วมมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.3 รองลงมาเป็นการเข้าร่วมเป็นประจำ และเข้าร่วมเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 31.1 และ 12.6 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 17

ตาราง 17 แสดงจำนวน และ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตาม การเตรียมพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ และการคลอด อำนาจการตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมในชุมชน (n = 380)

การเตรียมพร้อมอำนาจการตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมในชุมชน	จำนวน	ร้อยละ
การเตรียมพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์และการคลอด		
เตรียม	357	93.9
ไม่ได้เตรียม	23	6.1
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเมื่อประสบกับปัญหา		
ปรึกษาผู้อื่น	274	72.1
ปรึกษากายในครอบครัว	100	26.3
จัดการด้วยตนเอง ไม่ได้ปรึกษาใคร	6	1.6
การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือคณะกรรมการในชุมชนของผู้ป่วยและสามี		
ไม่เป็นทั้งผู้ป่วยและสามี	303	79.7
ผู้ป่วยหรือสามีคนใดคนหนึ่งเป็น	50	13.2
เป็นทั้งผู้ป่วยและสามี	27	7.1

ตาราง 17 (ต่อ)

การเตรียมพร้อมอำนาจการตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมในชุมชน	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิสัมพันธ์กับชุมชนของผู้ป่วย		
ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน	214	56.3
มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเป็นบางครั้ง	48	12.6
เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเป็นประจำ	118	31.1

2. ปัจจัยด้านการจัดบริการสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาให้บริการยามเจ็บป่วยฉุกเฉินของสถานบริการสุขภาพภาครัฐ เป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 83.4 มีเพียงร้อยละ 16.6 ที่ไม่รู้ ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาก่อนที่โรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 70.8 มีเพียงร้อยละ 29.2 ที่เข้ารับการรักษาก่อนที่ รพ.สต. ก่อน กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ รพ.สต. เป็นแห่งแรกส่วนใหญ่รับบริการในช่วงเวลา 8.00 – 15.59 น. มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.5 รองลงมาเป็นช่วงเวลา 16.00 – 23.59 น. และช่วงเวลา 24.00 – 7.59 น. คิดเป็นร้อยละ 30.4 และ 13.0 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่เดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นแห่งแรก จะไปรับบริการในช่วงเวลา 8.00 – 15.59 น. มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56.2 รองลงมาเป็นช่วงเวลา 16.00 – 23.59 น. และช่วงเวลา 24.00 – 7.59 น. 33.6 และ 10.2 ตามลำดับ ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการจัดการบริการของสถานพยาบาลด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ และความสะดวกในการเข้ามาใช้บริการ มีคะแนนเฉลี่ยระดับความคิดเห็น 37.33 ± 6.31 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน โดยผู้ป่วยมีความคิดเห็นต่อการบริการในช่วงคะแนน 31 – 40 คะแนนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.5 รองลงมาในช่วงคะแนน 41 – 50 คะแนน และ 21 – 30 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 23.9 และ 9.2 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 18

ตาราง 18 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำ และค่าสูง ของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตาม การจัดบริการสุขภาพ (n = 380)

การจัดบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาให้บริการของสถานบริการสุขภาพ		
ทราบ	317	83.4
ไม่ทราบ	63	16.6
สถานบริการที่เข้ารับการรักษารั้งแรกในการเจ็บป่วยครั้งนี้		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	111	29.2
โรงพยาบาลชุมชน	269	70.8
ช่วงเวลาที่เดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการเจ็บป่วยครั้งนี้ (n=115)		
8.00 – 15.59	65	56.5
16.00 – 23.59	35	30.4
24.00 – 7.59	15	13.0
ช่วงเวลาที่เดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนในการเจ็บป่วยครั้งนี้ (n=265)		
8.00 – 15.59	149	56.2
16.00 – 23.59	89	33.6
24.00 – 7.59	27	10.2
ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการจัดบริการของสถานพยาบาล		
0 – 10	0	0.0
11 – 20	9	2.4
21 – 30	35	9.2
31 – 40	245	64.5
41 – 50	91	23.9
$\bar{X} \pm SD = 37.33 \pm 6.31$, Median = 38, Min = 18, Max = 50		

3. ข้อมูลสิ่งสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล คิดเป็นร้อยละ 88.2 มีเพียงร้อยละ 11.8 ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ซึ่งชุมชนที่อาศัยอยู่ส่วนใหญ่มีแหล่งประโยชน์สำหรับช่วยเหลือประชาชนเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 88.4 มีเพียงร้อยละ 11.3 ที่ไม่มีดังแสดงในตาราง 19

ตาราง 19 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตามการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (n = 380)

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน	จำนวน	ร้อยละ
เขตที่อยู่อาศัย		
นอกเขตเทศบาล	335	88.2
ในเขตเทศบาล	45	11.8
ชุมชนมีแหล่งประโยชน์สำหรับช่วยเหลือประชาชนเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน		
มี	336	88.4
ไม่มี	44	11.3

การสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า สามีของผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 27.39 ± 7.86 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.5 มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.7 รองลงมาเป็นระดับประถมศึกษา และระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 31.6 และ 3.4 ตามลำดับ การศึกษาของหัวหน้าครอบครัวของผู้ป่วยที่ระดับประถมศึกษาจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.1 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา และไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 41.8 และ 4.2 ตามลำดับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ที่ $10,286.32 \pm 9,767.14$ บาท โดยมีรายได้ในช่วงน้อยกว่า หรือเท่ากับ 11,000 บาทต่อเดือนมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.3 อีกร้อยละ 29.7 ที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 11,000 บาทต่อเดือน ครอบครัวผู้ป่วยมีจำนวนสมาชิกเฉลี่ย 4.62 ± 1.55 คน โดยจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 - 4 คนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.5 รองลงมา 5 - 6 คน และมากกว่า 6 คนคิดเป็นร้อยละ 39.7 และ 10.9 ตามลำดับ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะอยู่กับสามีและลูกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.4 รองลงมาเป็นการอยู่ร่วมกับพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย และอยู่ร่วมกับพ่อแม่อย่างเดียวคิดเป็นร้อยละ 28.7 และ 27.1 ตามลำดับ สถานภาพในครอบครัวส่วนใหญ่ของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีสถานภาพใน

ครอบครัวเป็นสมาชิกครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 95.5 ที่เหลืออีกร้อยละ 4.5 เท่านั้นที่เป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับหัวหน้าครอบครัว พบว่าผู้ป่วยมีสถานะเป็นภรรยาเป็นสัดส่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.2 รองลงมามีสถานะเป็นบุตร และเป็นหลานมีสัดส่วนน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 43.2 และ 8.7 ตามลำดับ การตัดสินใจในครอบครัว พบว่าพ่อแม่เป็นผู้ตัดสินใจหลักให้กับครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.6 รองลงมาเป็นผู้ป่วยตัดสินใจเอง และครอบครัวผู้ป่วยร่วมกับสามีคิดเป็นร้อยละ 27.6 และ 26.8 ตามลำดับ เมื่อเจ็บป่วยผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากพ่อแม่ มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 52.4 มีเพียงร้อยละ 47.6 ที่ไม่ได้ขอความช่วยเหลือจากผู้ใดนอกจากสามี ดังแสดงในตาราง 20

ตาราง 20 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำ และค่าสูง ของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตาม การสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน (n = 380)

การสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน	จำนวน	ร้อยละ
อายุของสามีผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม (ปี)		
น้อยกว่า หรือเท่ากับ 20	75	19.7
21 – 30	196	58.6
มากกว่าหรือเท่ากับ 31	109	21.7
$\bar{X} \pm SD = 27.39 \pm 7.86$, Median = 26, Min = 14, Max = 53		
ศาสนาที่สามีผู้ป่วยนับถือ		
พุทธ	378	99.5
อิสลาม	2	0.5
ระดับการศึกษาสามีผู้ป่วย		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	2.1
ประถมศึกษา	120	31.6
มัธยมศึกษา	227	59.7
อนุปริญญา	12	3.2
ปริญญาตรีและอื่นๆ	13	3.4

ตาราง 20 (ต่อ)

การสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาหัวหน้าครอบครัวผู้ป่วย		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	16	4.2
ประถมศึกษา	194	51.1
มัธยมศึกษา	159	41.8
อนุปริญญา	9	2.4
ปริญญาตรีและอื่นๆ	2	0.5
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวผู้ป่วย (บาท/เดือน)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11,000	267	70.3
มากกว่า 11,000	113	29.7
$\bar{X} \pm SD = 10,286.32 \pm 9,767.14$, Median = 8,000, Min = 1,500, Max = 100,000		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 – 2 คน	27	7.1
3 – 4 คน	154	40.5
5 – 6 คน	151	39.7
มากกว่า 6 คน	41	10.9
$\bar{X} \pm SD = 4.62 \pm 1.55$, Median = 5, Min = 1, Max = 10		
ประเภทของสมาชิกในครอบครัว		
สามีและลูก	127	33.4
พ่อแม่	34	8.9
ญาติ	7	1.8
สามี ลูก และพ่อแม่	103	27.1
สามี ลูก พ่อแม่ ปู่ย่า และตายาย	109	28.7
สถานภาพในครอบครัวของผู้ป่วย		
เป็นหัวหน้าครอบครัว	17	4.5
เป็นสมาชิกครอบครัว	363	95.5

ตาราง 20 (ต่อ)

การสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับหัวหน้าครอบครัว		
ภรรยา	183	48.2
บุตร	164	43.2
หลาน	33	8.7
ผู้ตัดสินใจหลักให้กับครอบครัว		
ผู้ป่วย	105	27.6
สามี	102	26.8
ผู้ป่วยและสามีปรึกษากัน	10	2.6
พ่อแม่	143	37.6
ปู่ย่า ตายาย หรือญาติ	20	5.3
แหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย		
พ่อแม่ญาติหรือผู้อื่น	199	52.4
ผู้ป่วย และสามี	181	47.6

4. ปัจจัยด้านอุปสรรคทางด้านกายภาพ

ผลการศึกษา พบว่า การเดินทางจากบ้านผู้ป่วยถึง รพ.สต.มีระยะทางเฉลี่ย 4.08 ± 3.99 กิโลเมตร โดยมีระยะทางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 กิโลเมตร จำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 68.2 รองลงมาเป็นระยะทาง 5 – 8 กิโลเมตร และมากกว่าหรือเท่ากับ 9 กิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 20.8 และ 11.1 ตามลำดับ ส่วนการเดินทางจากบ้านผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลชุมชน มีระยะทางเฉลี่ย 8.48 ± 6.19 กิโลเมตร โดยมีระยะทางมากกว่าหรือเท่ากับ 9 กิโลเมตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.5 รองลงมาเป็นน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 กิโลเมตร และระยะทาง 5 – 8 กิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 37.3 และ 18.2 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรถยนต์หรือรถมอเตอร์ไซด์ส่วนตัวไว้ใช้งาน คิดเป็นร้อยละ 96.1 มีเพียงร้อยละ 3.9 เท่านั้นที่ไม่มี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางจากบ้านถึง รพ.สต.ด้วยรถตนเอง คิดเป็นร้อยละ 94.8 รองลงมาเดินทางโดยรถเช่า และรถโดยสารน้อยที่สุด 3.5 และ 1.7 ตามลำดับ ซึ่งคล้ายคลึงกับการเดินทางจาก รพ.สต.ถึงโรงพยาบาลชุมชน สำหรับการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลชุมชนนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางโดยรถตนเอง คิดเป็นร้อยละ 82.4 รองลงมา

เดินทางโดยรถเช่า และเดินทางมาโดยรถโดยสารน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 12.4 และ 0.8 ตามลำดับ
ดังแสดงในตาราง 21

ตาราง 21 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำ
และค่าสูง ของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตาม
อุปสรรคทางด้านกายภาพในการเข้ารับบริการ (n = 380)

อุปสรรคทางด้านกายภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะทางระหว่างบ้านถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (กิโลเมตร)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4	259	68.2
5 – 8	79	20.8
มากกว่า หรือเท่ากับ 9	42	11.1
$\bar{X} \pm SD = 4.08 \pm 3.99$, Median = 3, Min = 0, Max = 22		
ระยะทางระหว่างบ้านถึงโรงพยาบาลชุมชน (กิโลเมตร)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4	142	37.3
5 – 8	69	18.2
มากกว่า หรือเท่ากับ 9	169	44.5
$\bar{X} \pm SD = 8.48 \pm 6.19$, Median = 7, Min = 0.5, Max = 25		
การมีรถยนต์หรือรถมอเตอร์ไซด์ส่วนตัวไว้ใช้งาน		
ไม่มี	15	3.9
มี	365	96.1
ประเภทการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n = 115)		
มาด้วยรถตนเอง	109	94.8
มาโดยรถโดยสาร	2	1.7
มาโดยรถเช่า	4	3.5
ประเภทการเดินทางจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถึงโรงพยาบาลชุมชน (n = 115)		
มาด้วยรถตนเอง	109	94.8
มาโดยรถโดยสาร	2	1.7
มาโดยรถเช่า	4	3.5

ตาราง 21 (ต่อ)

อุปสรรคทางด้านกายภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลชุมชน (n = 265)		
มาด้วยรถตนเอง	230	86.8
มาโดยรถโดยสาร	2	0.8
มาโดยรถเช่า	33	12.4

5. การเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ใช้เวลาเฉลี่ย 316.52 ± 522.26 นาทีโดยใช้เวลาตัดสินใจมากกว่า 60 นาที จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.3 รองลงมาเป็นน้อยกว่า หรือเท่ากับ 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 43.7 ตามลำดับ สำหรับระยะเวลาเดินทางเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนของผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ใช้เวลาเฉลี่ย 91.12 ± 245.08 นาทีโดยใช้เวลาเดินทางน้อยกว่า 60 นาที จำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 59.2 รองลงมาเป็นมากกว่า 120 นาที และ 60 – 120 นาที คิดเป็นร้อยละ 34.8 และ 6.0 ตามลำดับ เมื่อนำระยะเวลาดตัดสินใจรวมกับระยะเวลาเดินทางเทียบกับค่ามาตรฐานของเวลาที่ต้องเข้ามารักษาในสถานพยาบาลของแต่ละโรคหรือภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม พบว่าการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม ในกลุ่มผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากรพ.สต.ไปที่โรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่มีทันเวลา คิดเป็นร้อยละ 89.6 มีเพียงร้อยละ 10.4 ที่ไม่ทันเวลา สำหรับกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มออกจากบ้านที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่เข้าถึงบริการทันเวลา คิดเป็นร้อยละ 92.1 มีเพียงร้อยละ 7.9 ที่ไม่ทันเวลา เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวมของการเข้าถึงบริการส่งต่อ ส่วนใหญ่ทันเวลา คิดเป็นร้อยละ 91.3 มีเพียงร้อยละ 8.7 ที่ไม่ทันเวลา ดังแสดงในตาราง 22

ตาราง 22 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำ และค่าสูง ของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จำแนกตามการ เข้าถึงบริการส่งต่อ (n = 380)

การเข้าถึงบริการ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาล (นาที)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60	166	43.7
มากกว่า 60	214	56.3
$\bar{X} \pm SD = 91.12 \pm 245.08$, Median = 40, Min = 5, Max = 2,880		
ระยะเวลาตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาล (นาที)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60	166	43.7
มากกว่า 60	214	56.3
$\bar{X} \pm SD = 91.12 \pm 245.08$, Median = 40, Min = 5, Max = 2,880		
ระยะเวลาเดินทางของผู้ป่วยส่งต่อจาก รพ.สต. (นาที) (n = 115)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60	45	39.1
61 - 120	30	26.1
มากกว่า 120	40	34.8
$\bar{X} \pm SD = 369.87 \pm 543.58$, Median = 160, Min = 30, Max = 3,015		
ระยะเวลาเดินทางของผู้ป่วยที่มาจากบ้าน (นาที) (n = 265)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60	157	59.2
61 - 120	16	6.0
มากกว่า 120	92	34.8
$\bar{X} \pm SD = 410.42 \pm 619.31$, Median = 240, Min = 20, Max = 4,320		
ระยะเวลาเข้าถึงบริการ (นาที)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60	54	14.2
61 - 120	88	23.2
มากกว่า 120	238	62.6
$\bar{X} \pm SD = 398.15 \pm 596.99$, Median = 225, Min = 20, Max = 4,320		

ตาราง 22 (ต่อ)

การเข้าถึงบริการ	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงบริการในผู้ป่วยส่งต่อจาก รพ.สต. ไปที่โรงพยาบาลชุมชน (n = 115)		
ไม่ทันเวลา	12	10.4
ทันเวลา	103	89.6
การเข้าถึงบริการในผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลชุมชนโดยตรง (n = 265)		
ไม่ทันเวลา	21	7.9
ทันเวลา	244	92.1
การเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมภาพรวม		
ไม่ทันเวลา	33	8.7
ทันเวลา	347	91.3

6. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude Analysis) โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการจัดบริการสุขภาพ ปัจจัยสิ่งสนับสนุนทางสังคม และอุปสรรคทางด้านกายภาพ กับประสิทธิผลการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมที่ละคู่ (Bivariate analysis) โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่นๆ ค่าสถิติที่นำมาพิจารณาความสัมพันธ์ คือ Crude odds ratio, p-value < 0.25 (บันทึก ถิ่นคำรพ, 2543) และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95%CI) นำไปใช้คัดกรองตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของการเข้าถึงบริการแล้วจึงนำตัวแปรที่ผ่านการคัดกรองเข้าโมเดลในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate analysis) ในขั้นตอนต่อไป

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.25$ คือ การประกอบอาชีพของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพ มีโอกาสเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 2.39 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (OR=2.39, 95%CI=0.71-8.38, $p=0.15$) และรายได้ของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่า 6,000 บาท มีโอกาสเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 1.79 เท่าของผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6,000 บาท (OR=1.79, 95%CI=0.85-3.79, $p=0.13$) และ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลทั่วไปที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.25$ คือ อายุของผู้ป่วย อายุของสามี ระดับการศึกษาของผู้ป่วย และการเตรียมเงินไว้ใช้จ่ายอย่างเพียงพอเมื่อยามเจ็บป่วย ดังแสดงในตาราง 23

ตาราง 23 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล กับการเข้าถึงบริการ
ของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง
สองตัวแปร (Bivariate analysis) (n = 380)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การเข้าถึงบริการ		Crude OR	95%CI	p-value
	ทันเวลา (n=347) จำนวน(%)	ไม่ทันเวลา (n=33) จำนวน(%)			
อายุผู้ป่วย (ปี)					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20	134(38.6)	11(33.3)	1.00		0.51
21 – 30	133(38.3)	16(48.5)	1.46	0.66-3.28	
มากกว่า 30	80(23.1)	6(18.2)	0.91	0.33-2.57	
อายุสามีผู้ป่วย (ปี)					
น้อยกว่า 21	69(19.9)	6(18.2)	1.00		0.83
21 – 30	180(51.9)	16(48.5)	1.02	0.38-2.72	
มากกว่า 30	98(28.2)	11(33.3)	1.29	0.33-3.66	
อาชีพหลักของผู้ป่วย					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	67(19.3)	3(9.1)	1.00		0.15
ประกอบอาชีพ	280(88.7)	30(90.9)	2.39	0.71-8.08	
รายได้ของผู้ป่วย (บาท/เดือน)					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6,000	263(75.8)	21(63.6)	1.00		0.12
มากกว่า 6,000	84(24.2)	12(36.4)	1.79	0.85-3.79	
การเตรียมเงินไว้ใช้จ่ายอย่างเพียงพอเมื่อยามเจ็บป่วย					
มีเพียงพอ	136(39.2)	14(42.4)	1.00		0.72
ไม่เพียงพอ หรือขาดสน	211(60.8)	19(57.6)	0.88	0.42-1.80	

ปัจจัยด้านประวัติการเจ็บป่วย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.25$ คือ ประวัติการแท้งของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เคยแท้ง มีโอกาสเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 2.45 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เคยแท้ง ($OR=2.45$, $95\%CI=0.67 - 2.79$, $p=0.01$) จำนวนบุตรที่มีชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีบุตรมีชีวิตมีโอกาเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 0.49 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีชีวิต ($OR=0.49$, $95\%CI=0.19 - 1.27$, $p=0.13$) ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินก่อนคลอดมีโอกาเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 5.12 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินขณะคลอดและหลังคลอด ($OR=5.12$,

95%CI=2.33 – 11.49, $p=0.00$) และการแบ่งประเภทผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเจ็บป่วยฉุกเฉิน/เร่งด่วน มีโอกาสเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 2.39 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน (OR=2.39, 95%CI=1.01 – 5.65, $p=0.04$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.25$ คือ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การมีโรคประจำตัวของผู้ป่วย การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และสถานพยาบาลแห่งแรกที่เข้ารับการรักษามือเจ็บป่วยดังแสดงในตาราง 24

ตาราง 24 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการตั้งครรภ์ และการเจ็บป่วยกับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร (Bivariate analysis) ($n = 380$)

ประวัติการตั้งครรภ์ และการเจ็บป่วย	การเข้าถึงบริการ		Crude OR	95%CI	p-value
	ทันเวลา	ไม่ทันเวลา			
	($n=347$) จำนวน(%)	($n=33$) จำนวน(%)			
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์					
1 ครั้ง	195(56.2)	16(48.5)	1.00		0.39
มากกว่า 1 ครั้ง	152(43.8)	17(51.5)	1.36	0.67-2.79	
ประวัติการแท้ง					
ไม่มีประวัติการแท้ง	242(69.7)	16(48.5)	1.00		0.01
มีประวัติการแท้ง	105(30.3)	17(51.5)	2.45	1.19-5.03	
จำนวนบุตรที่มีชีวิต (คน)					
มี	313(90.2)	27(81.8)	1.00		0.13
ไม่มี	34(9.8)	6(18.2)	2.04	0.19-1.27	
โรคประจำตัวของผู้ป่วย					
มีโรคประจำตัว	59(17.0)	4(12.1)	1.00		0.47
ปฏิเสธโรคประจำตัว	288(83.0)	29(87.9)	1.49	0.23-1.99	
การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย					
รอดูอาการ/หายากินเองก่อน	81(23.3)	7(21.2)	1.00		0.78
ไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ	366(73.7)	26(78.8)	1.13	0.47-2.70	
สถานพยาบาลแห่งแรกที่เข้ารับการรักษามือเจ็บป่วย					
ร้านขายยา/คลินิก	76(21.9)	6(18.2)	1.00		0.62
รพ.สต/ รพช.	271(78.1)	27(81.8)	1.26	0.50-3.17	

ตาราง 24 (ต่อ)

ประวัติการตั้งครรภ์ และการเจ็บป่วย	การเข้าถึงบริการ		Crude OR	95%CI	p-value
	ทันเวลา	ไม่ทันเวลา			
	(n=347) จำนวน(%)	(n=33) จำนวน(%)			
การวินิจฉัยโรค					
ภาวะฉุกเฉินขณะและหลัง	229(66.6)	9(27.3)	1.00		0.00
คลอดภาวะฉุกเฉินก่อนคลอด	118(34.0)	24(72.7)	5.12	2.33-11.49	
การแบ่งประเภทผู้ป่วย					
การเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน	306(88.2)	25(75.8)	1.00		0.04
ฉุกเฉิน/ด่วน	41(11.8)	8(24.2)	2.39	1.01-5.65	

ปัจจัยด้านการรับรู้ข่าวสารสุขภาพ และความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.25$ คือ ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับการรับรู้มากมีโอกาสเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 1.93 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการรับรู้ต่ำ ($OR=1.93$, $95\%CI=0.72-5.16$, $p=0.18$) ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความรู้มากมีโอกาสเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 2.98 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรู้ต่ำ ($OR=2.98$, $95\%CI=0.69-12.82$, $p=0.12$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.25$ คือ การรับรู้ข่าวสารสุขภาพและระดับความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยครั้งนี้ดังแสดงในตาราง 25

ตาราง 25 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข่าวสารสุขภาพ ความรู้ และความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร (Bivariate analysis) (n = 380)

การรับรู้ข่าวสารสุขภาพ ความรู้ และความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย	การเข้าถึงบริการ		Crude OR	95%CI	p-value
	ทันเวลา	ไม่ทันเวลา			
	(n=347) จำนวน(%)	(n=33) จำนวน(%)			
การได้รับข่าวสารสุขภาพ					
ไม่ได้รับ	116(33.5)	9(27.3)	1.00		0.47
ได้รับ	231(66.5)	24(72.7)	1.34	0.60-2.97	
ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้ป่วย (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)					
น้อย (คะแนน ≤ 30)	89(25.6)	5(15.2)	1.00		0.18
มาก (คะแนน >30)	258(74.4)	28(84.8)	1.93	0.72-5.16	
ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมของผู้ป่วย (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)					
น้อย (คะแนน ≤ 4)	56(16.1)	2(6.1)	1.00		0.12
มาก (คะแนน >4)	291(83.9)	31(93.9)	2.98	0.69-12.82	
ระดับความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยครั้งนี้					
มากถึงมากที่สุด	102(29.4)	12(36.4)	1.00		0.66
เฉยๆ ถึงปานกลาง	245(70.6)	21(63.6)	1.33	0.17-3.41	

ปัจจัยด้านการเตรียมพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์และการคลอดด้านอำนาจการตัดสินใจ สถานภาพทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนของผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.25$ คือ การเตรียมพร้อมทางการเงิน และข้าวของเครื่องใช้สำหรับการตั้งครรภ์และการคลอด โดยผู้ป่วยที่ไม่มีการเตรียมพร้อมมีโอกาสเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 6.67 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เตรียม (OR=6.67, 95%CI=0.07 – 0.33, $p=0.00$) ด้านอำนาจการตัดสินใจ โดยผู้ป่วยที่มีจัดการปัญหาได้ด้วยตนเองมีโอกาสเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 2.04 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ต้องปรึกษาผู้อื่นเมื่อประสบกับปัญหา (OR=2.04, 95%CI=0.98 – 4.24, $p=0.05$) การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือคณะกรรมการในชุมชนของผู้ป่วยและสามี โดยผู้ป่วยหรือสามีไม่เป็นสมาชิกกลุ่มหรือ

คณะกรรมการในชุมชน มีโอกาสเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 1.92 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่เป็นสมาชิกกลุ่มหรือคณะกรรมการในชุมชน ($OR=0.52$, $95\%CI=0.18 - 1.51$, $p=0.22$) และการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนมีโอกาสเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 1.61 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ($OR=1.61$, $95\%CI=0.79 - 3.31$, $p=0.19$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.25$ คือ การเตรียมพร้อมด้านสถานที่คลอด และการเดินทางในการไปคลอดดังแสดงในตาราง 26

ตาราง 26 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมพร้อมสำหรับตั้งครรภ์ และการคลอด
อำนาจการตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมในชุมชนกับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย
ที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร
(Bivariate analysis) ($n = 380$)

การเตรียมพร้อมสำหรับ ตั้งครรภ์ และการคลอด อำนาจการตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมในชุมชน	การเข้าถึงบริการ		Crude OR	95%CI	p-value*
	ทันเวลา (n=347) จำนวน(%)	ไม่ทันเวลา (n=33) จำนวน(%)			
การเตรียมพร้อมด้านการเงิน และข้าวของเครื่องใช้สำหรับการตั้งครรภ์และการคลอด					
เตรียม	308(88.8)	18(54.5)	1.00		0.00
ไม่ได้เตรียม	39(11.2)	15(45.5)	6.67	0.07-0.33	
การเตรียมพร้อมด้านสถานที่คลอด และการเดินทางในการไปคลอด					
ไม่ได้เตรียม	59(17.0)	5(15.2)	1.00		0.79
เตรียม	288(83.0)	28(84.8)	1.15	0.43-3.09	
การตัดสินใจเมื่อประสบกับปัญหา					
ปรึกษาผู้อื่น	255(73.5)	19(57.6)	1.00		0.05
จัดการด้วยตนเอง	92(26.5)	14(42.4)	2.04	0.98-4.24	
การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือคณะกรรมการในชุมชนของผู้ป่วยหรือสามี					
เป็น	73(21.0)	4(12.1)	1.00		0.22
ไม่เป็น	274(79.0)	29(87.9)	1.92	0.18-1.52	
การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนของผู้ป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา					
ไม่ได้เข้าร่วม	199(57.3)	15(45.5)	1.00		0.19
เข้าร่วม	148(42.7)	18(54.5)	1.61	0.79-3.31	

ปัจจัยการจัดบริการสุขภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.25$ คือ การรับรู้ระยะเวลาให้บริการยามเจ็บป่วยฉุกเฉินของสถานบริการสุขภาพ โดยผู้ป่วยที่ทราบมีโอกาสเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 1.67 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ทราบ ($OR=1.67$, $95\%CI=0.28 - 1.27$, $p=0.18$) และระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการจัดการบริการของสถานพยาบาล จากคะแนนเต็มระดับความคิดเห็น 50 คะแนน โดยผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนมากกว่า 40 คะแนนมีโอกาสเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 1.94 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 คะแนน ($OR=1.94$, $95\%CI=0.91 - 4.11$, $p=0.08$) สำหรับปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.25$ คือ สถานบริการที่เข้ารับการรักษาครั้งแรกในการเจ็บป่วยครั้งนี้ดังแสดงในตาราง 27

ตาราง 27 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการจัดบริการสุขภาพ กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร (Bivariate analysis) ($n = 380$)

การจัดบริการสุขภาพ	การเข้าถึงบริการ		Crude OR	95%CI	p-value
	ทันเวลา	ไม่ทันเวลา			
	(n=347) จำนวน(%)	(n=33) จำนวน(%)			
การรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาให้บริการยามเจ็บป่วยฉุกเฉินของสถานบริการสุขภาพ					
ไม่ทราบ	158(45.5)	11(33.3)	1.00		0.18
ทราบ	189(54.5)	22(66.7)	1.67	0.28-1.27	
สถานบริการที่เข้ารับการรักษาคั้งแรกในการเจ็บป่วยคั้งนี้					
โรงพยาบาลชุมชน	244(70.3)	21(63.6)	1.00		0.43
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	103(29.7)	12(36.4)	1.35	0.35-1.56	
ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการจัดบริการของสถานพยาบาล (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)					
ไม่ดี (คะแนน≤40)	268(77.2)	21(63.6)	1.00		0.08
ดี (คะแนน>40)	79(22.8)	12(36.4)	1.94	0.91-4.11	

ปัจจัยสิ่งสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.25$ คือ เขตที่อยู่อาศัยโดยผู้ป่วยที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาลมีโอกาสเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 6.40 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่อาศัยนอกเขตเทศบาล ($OR=6.40$, $95\%CI=2.91 - 14.06$, $p=0.00$) ชุมชนมีแหล่งประโยชน์สำหรับช่วยเหลือประชาชนเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยชุมชนที่มีแหล่งประโยชน์ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงบริการมีทันเวลาเป็น 2.02 เท่า เมื่อเทียบกับชุมชนที่ไม่มีแหล่งประโยชน์ ($OR=2.02$, $95\%CI=0.97 - 4.24$, $p=0.06$) ดังแสดงในตาราง 28

ตาราง 28 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากชุมชน กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร (Bivariate analysis) ($n = 380$)

การสนับสนุนจากชุมชน	การเข้าถึงบริการ		Crude OR	95%CI	p-value
	ทันเวลา	ไม่ทันเวลา			
	($n=347$) จำนวน(%)	($n=33$) จำนวน(%)			
เขตที่อยู่อาศัย					
นอกเขตเทศบาล	315(90.8)	20(60.6)	1.00		0.00
ในเขตเทศบาล	32(9.2)	13(39.4)	6.40	2.91-14.06	
ชุมชนมีแหล่งประโยชน์สำหรับช่วยเหลือประชาชนเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน					
ไม่มี	186(53.6)	12(36.4)	1.00		0.06
มี	161(46.4)	21(63.6)	2.02	0.97-4.24	

ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.25$ คือ ประเภทครอบครัว โดยผู้ป่วยที่อยู่แบบครอบครัวเดี่ยวมีโอกาสเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 1.75 เท่า ของผู้ป่วยที่อยู่แบบครอบครัวขยาย ($OR=1.75$, $95\%CI=0.85 - 3.50$, $p=0.13$) ระดับการศึกษาหัวหน้าครอบครัวผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่หัวหน้าครอบครัวมีระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษา มีโอกาสเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 2.02 เท่าของหัวหน้าครอบครัวมีระดับการศึกษาต่ำกว่า หรือเท่ากับกว่าชั้นประถมศึกษา ($OR=2.02$, $95\%CI=0.97 - 4.19$, $p=0.06$) รายได้ของครอบครัวผู้ป่วย โดยเฉพาะครอบครัวผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่า 11,000 บาท มีโอกาส

เข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 1.61 เท่าของครอบครัวผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11,000 บาท (OR=1.61, 95%CI=0.77 – 3.35, p=0.20) และแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยที่ไม่ได้ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นนอกจากสามี มีโอกาสเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 2.62 เท่าของผู้ป่วยที่ขอความช่วยเหลือจากพ่อแม่ ญาติ หรือผู้อื่น (OR=2.62, 95%CI= 0.17 – 0.84, p=0.01) และสำหรับปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.25$ คือ ระดับการศึกษาของสามีผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับหัวหน้าครอบครัว และผู้ตัดสินใจหลักให้กับครอบครัว ดังแสดงในตาราง 29

ตาราง 29 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม กับการเข้าถึงบริการ: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร (Bivariate analysis) (n = 380)

การสนับสนุนจากครอบครัว	การเข้าถึงบริการ		Crude OR	95%CI	p-value
	ทันเวลา (n=347) จำนวน(%)	ไม่ทันเวลา (n=33) จำนวน(%)			
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					
1 – 2 คน	24(6.9)	3(9.1)	1.00		0.62
3 – 4 คน	141(40.6)	13(39.4)	0.74	0.20-2.78	
5 – 6 คน	136(39.2)	15(45.5)	0.88	0.24-3.28	
มากกว่า 6 คน	46(13.3)	2(6.1)	0.35	0.05-2.23	
ประเภทของครอบครัว					
ครอบครัวขยาย	235(67.7)	18(54.5)	1.00		0.13
ครอบครัวเดี่ยว	112(32.3)	15(45.5)	1.75	0.85-3.50	
ความสัมพันธ์กับหัวหน้าครอบครัว					
บุตร/หลาน	166(47.8)	17(51.5)	1.00		0.69
ภรรยา	181(52.2)	16(48.5)	1.16	0.42-1.76	
ผู้ตัดสินใจหลักให้กับครอบครัว					
สามี พ่อแม่ หรือผู้อื่น	253(72.9)	22(66.7)	1.00		0.44
ผู้ป่วย	94(27.1)	11(33.3)	1.35	0.35-1.59	

ตาราง 29 (ต่อ)

การสนับสนุนจากครอบครัว	การเข้าถึงบริการ		Crude OR	95%CI	p-value
	ทันเวลา	ไม่ทันเวลา			
	(n=347) จำนวน(%)	(n=33) จำนวน(%)			
ระดับการศึกษาหัวหน้าครอบครัวผู้ป่วย					
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ ประถมศึกษา	197(56.8)	13(39.4)	1.00		0.06
สูงกว่าประถมศึกษา	150(43.2)	20(60.6)	2.02	0.97-4.19	
รายได้ของครอบครัวผู้ป่วย (บาท/เดือน)					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11,000	247(71.2)	20(60.6)	1.00		0.20
มากกว่า 11,000	100(28.8)	13(39.4)	1.61	0.77-3.35	
แหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย					
พ่อแม่ ญาติ หรือผู้อื่น	24(72.7)	175(50.4)	1.00		0.01
ผู้ป่วย และสามี	9(27.3)	172(49.6)	2.62	0.17-0.84	

ปัจจัยอุปสรรคทางด้านกายภาพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.25$ คือ ระยะทางระหว่างบ้านถึงโรงพยาบาลชุมชน โดยผู้ป่วยที่มีระยะห่างของระยะทางมากกว่า 10 กิโลเมตร มีโอกาสเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 2.22 เท่าของผู้ป่วยที่มีระยะห่างของระยะทางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 กิโลเมตร ($OR=2.22$, $95\%CI=0.19 - 1.08$, $p=0.07$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.25$ คือ ระยะทางระหว่างบ้านถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลการมีรถยนต์หรือรถมอเตอร์ไซด์ส่วนตัวไว้ใช้งานดังแสดงในตาราง 30

ตาราง 30 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอุปสรรคทางด้านกายภาพ กับการเข้าถึงบริการของ
ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง
สองตัวแปร (Bivariate analysis) (n = 380)

อุปสรรคทางด้านกายภาพ	การเข้าถึงบริการ		Crude OR	95%CI	p-value
	ทันเวลา	ไม่ทันเวลา			
	(n=347)	(n=33)			
	จำนวน(%)	จำนวน(%)			
ระยะทางระหว่างบ้านถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (กิโลเมตร)					
มากกว่า 10	28(37.2)	2(6.1)	1.00		0.76
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10	313(91.9)	31(93.9)	1.35	0.17-3.23	
ระยะทางระหว่างบ้านถึงโรงพยาบาลชุมชน (กิโลเมตร)					
มากกว่า 10	129(37.2)	7(21.2)	1.00		0.07
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10	218(62.8)	26(78.8)	2.22	0.19-1.08	
การมีรถยนต์หรือรถมอเตอร์ไซด์ส่วนตัวไว้ใช้งาน					
มี	334(96.3)	31(93.9)	1.00		0.38
ไม่มี	13(3.7)	2(6.1)	1.67	0.13-1.06	

สรุปผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร (Bivariate analysis) ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.25$ รวมทั้งสิ้น 21 ปัจจัย คือ กลุ่มปัจจัยส่วนบุคคลมี 12 ปัจจัยย่อย คือ อาชีพผู้ป่วย รายได้ของผู้ป่วย ประวัติการแท้งของผู้ป่วย การมีบุตรที่มีชีวิต การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยในการเจ็บป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมครั้งนี้ การแบ่งประเภทผู้ป่วย ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม การเตรียมพร้อมด้านการเงินและข้าวของเครื่องใช้สำหรับการตั้งครรภ์และการคลอด การตัดสินใจเมื่อประสบกับปัญหา การเป็นสมาชิกหรือคณะกรรมการในชุมชนของผู้ป่วย หรือสามี และการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนในรอบ 1 ปีของผู้ป่วยและสามี ปัจจัยการจัดบริการสุขภาพประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ การรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาการให้บริการยามเจ็บป่วยฉุกเฉินของสถานพยาบาล และระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการจัดบริการของสถานพยาบาล ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม ประกอบด้วย 6 ปัจจัย คือ ระดับการศึกษาของหัวหน้าครอบครัว รายได้ของครอบครัวผู้ป่วย เขตที่อยู่อาศัย ชุมชนมีแหล่งประโยชน์สำหรับช่วยเหลือประชาชนเมื่อเจ็บป่วย

ฉุกเฉิน ประเภทของครอบครัว และแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย ปัจจุบันสุดท้าย คือ ปัจจัยด้านอุปสรรคทางด้านกายภาพ ประกอบด้วย 1 ปัจจัย คือ ระยะทางระหว่างบ้านถึงโรงพยาบาลชุมชน

7. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate analysis) โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic Regression) ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัว (Backward elimination) เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการเข้าถึงบริการ โดยนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการจากการวิเคราะห์อย่างหายาบบเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังตาราง 31

ตาราง 31 แสดงสรุปปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.25$: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร(Bivariate analysis) (n = 380)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	% ของการ เข้าถึงบริการ ทันเวลา	Crude OR	95%CI	p-value
อาชีพหลักของผู้ป่วย					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	70	19.3	1.00		0.15
ประกอบอาชีพ	310	88.7	2.39	0.71-8.08	
รายได้ของผู้ป่วย (บาท/เดือน)					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6,000	284	66.7	1.00		0.14
มากกว่า 6,000	96	33.3	1.79	0.85-3.79	
ประวัติการแท้ง					
ไม่มีประวัติการแท้ง	258	69.7	1.00		0.01
มีประวัติการแท้ง	122	30.3	2.45	1.19-5.63	
จำนวนบุตรที่มีชีวิต (คน)					
มี	340	90.2	1.00		0.13
ไม่มี	40	9.8	2.04	0.19-1.27	
การวินิจฉัยโรค					
ภาวะฉุกเฉินขณะและหลัง	138	66.6	1.00		0.00
คลอดภาวะฉุกเฉินก่อนคลอด	142	34.0	5.26	0.09-0.43	

ตาราง 31 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	% ของการ เข้าถึงบริการ ทันเวลา	Crude OR	95%CI	p-value
การแบ่งประเภทผู้ป่วย					
การเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน	331	88.2	1.00		0.04
ฉุกเฉิน/ด่วน	19	11.8	2.38	0.18-0.99	
ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้ป่วย (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)					
ต่ำ (คะแนน ≤ 30)	94	25.6	1.00		0.18
สูง (คะแนน > 30)	286	74.4	1.93	0.72-5.16	
ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมของผู้ป่วย (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)					
น้อย (คะแนน ≤ 4)	58	16.1	1.00		0.12
มาก (คะแนน > 4)	322	83.9	2.98	0.69-12.82	
การเตรียมพร้อมด้านการเงินและข้าวของเครื่องใช้สำหรับการตั้งครรภ์และการคลอด					
เตรียม	326	88.8	1.00		0.00
ไม่ได้เตรียม	54	11.2	6.67	0.07-0.33	
การตัดสินใจเมื่อประสบกับปัญหา					
ปรึกษาผู้อื่น	174	73.5	1.00		0.05
จัดการด้วยตนเอง	106	26.5	2.04	0.98-4.25	
การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือคณะกรรมการในชุมชนของผู้ป่วยหรือสามี					
เป็น	77	21.0	1.00		0.22
ไม่เป็น	303	79.0	1.92	0.18-1.52	
การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนของผู้ป่วย ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา					
ไม่ได้เข้าร่วม	214	57.3	1.00		0.19
เข้าร่วม	166	42.7	1.61	0.79-3.31	
การรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาให้บริการยามเจ็บป่วยฉุกเฉินของสถานพยาบาล					
ไม่ทราบ	169	45.5	1.00		0.18
ทราบ	211	54.5	1.67	0.28-1.27	
ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการจัดบริการของสถานพยาบาล (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)					
ไม่ดี (คะแนน ≤ 40)	289	77.2	1.00		0.08
ดี (คะแนน > 40)	91	22.8	1.94	0.91-4.11	

ตาราง 31 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	% ของการ เข้าถึงบริการ ทันเวลา	Crude OR	95%CI	p-value
เขตที่อยู่อาศัย					
นอกเขตเทศบาล	335	90.8	1.00		0.00
ในเขตเทศบาล	45	9.2	6.40	2.91-14.06	
ชุมชนมีแหล่งประโยชน์สำหรับช่วยเหลือประชาชนเมื่อเจ็บป่วย					
ไม่มี	198	53.6	1.00		0.06
มี	182	46.4	2.02	0.97-4.24	
ระดับการศึกษาหัวหน้าครอบครัวผู้ป่วย					
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ ประถมศึกษา	210	56.8	1.00		0.06
สูงกว่าประถมศึกษา	170	43.2	2.02	0.97-4.19	
รายได้ของครอบครัวผู้ป่วย (บาท/เดือน)					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11,000	267	71.2	1.00		0.20
มากกว่า 11,000	113	28.8	1.61	0.77-3.35	
ประเภทของครอบครัว					
ครอบครัวขยาย	253	67.7	1.00		0.13
ครอบครัวเดี่ยว	127	32.3	1.75	0.28-1.18	
แหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย					
พ่อแม่ ญาติ หรือผู้อื่น	199	72.7	1.00		0.01
ผู้ป่วย และสามี	181	27.3	2.62	0.17-0.84	
ระยะทางระหว่างบ้านถึงโรงพยาบาลชุมชน (กิโลเมตร)					
มากกว่า 10	136	62.8	1.00		0.07
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10	244	37.2	2.22	0.19-1.08	

เมื่อนำปัจจัยดังกล่าวมาวิเคราะห์หาอิทธิพลร่วมระหว่างตัวแปรที่มีต่อประสิทธิผลการเข้าถึงบริการ โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple logistic regression analysis ใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัว (Backward Elimination) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม มีทั้งสิ้น 6 ปัจจัย คือ

1. การวินิจฉัยโรคมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินขณะคลอดและหลังคลอดมีโอกาสเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 4.08 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินก่อนคลอด ($OR = 4.08, 95\%CI = 1.62 - 10.31, p = 0.00$)

2. การเตรียมพร้อมด้านการเงินและข้าวของเครื่องใช้สำหรับการตั้งครรภ์และการคลอดมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่ไม่มีการเตรียมพร้อมมีโอกาสเข้าถึงบริการส่งต่อทันเวลาเป็น 8.33 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เตรียม ($OR = 8.33, 95\%CI = 0.05 - 0.32, p = 0.00$)

3. การรับรู้ระยะเวลาให้บริการยามเจ็บป่วยฉุกเฉินของสถานบริการสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่รับรู้มีโอกาสเข้าถึงบริการส่งต่อทันเวลาเป็น 2.56 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่รับรู้ ($OR = 2.56, 95\%CI = 0.16 - 0.95, p = 0.04$)

4. ระดับการศึกษาของหัวหน้าครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีหัวหน้าครอบครัวที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีโอกาสเข้าถึงบริการส่งต่อทันเวลาเป็น 2.69 เท่า ของผู้ป่วยที่มีหัวหน้าครอบครัวมีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ($OR = 2.69, 95\%CI = 1.14 - 6.33, p = 0.02$)

5. เขตที่อยู่อาศัย มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลโอกาสเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 4.26 เท่า ของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ($OR = 4.26, 95\%CI = 1.67 - 10.85, p = 0.00$)

6. ชุมชนมีแหล่งประโยชน์สำหรับช่วยเหลือประชาชนเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีแหล่งประโยชน์ มีโอกาสเข้าถึงบริการส่งต่ออย่างทันเวลาเป็น 6.67 เท่า ของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ไม่มีแหล่งประโยชน์ ($OR = 6.67, 95\%CI = 2.34 - 19.05, p = 0.00$)

ดังแสดงในตาราง 32

ตาราง 32 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทาง
 สูติกรรม: การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลแบบหลายตัวแปร
 (Multivariate analysis) (n = 380)

ปัจจัย	B	Crude OR	Adjusted OR	95%CI Lower-upper	P value
การวินิจฉัยโรค					
ภาวะฉุกเฉินขณะและหลังคลอด	1.53				0.00
ภาวะฉุกเฉินก่อนคลอด		5.26	4.08	1.62-10.31	
การเตรียมพร้อมด้านการเงินและข้าวของเครื่องใช้สำหรับการตั้งครรภ์และการคลอด					
เตรียม	2.40				0.00
ไม่ได้เตรียม		6.67	8.33	0.05-0.32	
การรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาให้บริการยามเจ็บป่วยฉุกเฉินของสถานพยาบาล					
ไม่ทราบ	1.08				0.04
ทราบ		1.67	2.56	0.16-0.95	
ระดับการศึกษาหัวหน้าครอบครัวผู้ป่วย					
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ประถมศึกษา	1.23				0.02
สูงกว่าประถมศึกษา		2.02	2.69	1.14-6.33	
เขตที่อยู่อาศัย					
นอกเขตเทศบาล	1.50				
ในเขตเทศบาล		6.40	4.26	1.67-10.85	0.00
ชุมชนมีแหล่งประโยชน์สำหรับช่วยเหลือประชาชนเมื่อเจ็บป่วย					
ไม่มี	2.24				0.00
มี		2.02	6.67	2.34-19.05	

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม โดยการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลแบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis) สรุปได้ว่า จำนวนปัจจัยที่มีอิทธิพลรวมทั้งสิ้น 6 ปัจจัย จำแนกเป็น ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลจำนวน 2 ปัจจัย คือ การวินิจฉัยโรคของการเจ็บป่วยครั้งนี้ และการเตรียมพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ และการคลอด ปัจจัยด้านการจัดบริการสาธารณสุข จำนวน 1 ปัจจัย คือ การรับรู้

ระยะเวลาการจัดบริการของสถานบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านสิ่งสนับสนุนทางสังคม จำนวน 3 ปัจจัย คือ เขตที่อยู่อาศัย ชุมชนมีแหล่งประโยชน์สำหรับช่วยเหลือประชาชนเมื่อเจ็บป่วย และระดับการศึกษาของหัวหน้าครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้ผู้วิจัยนำไปเข้าสู่กระบวนการกำหนดรูปแบบการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสุติกรรมในการศึกษาระยะที่ 3 ต่อไป

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาสภาพการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสุติกรรมของสถานบริการสาธารณสุข

การศึกษาระยะนี้เป็นไปเพื่อทำความเข้าใจการจัดบริการส่งต่อของสถานบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสุติกรรม โดยศึกษาสิ่งที่ปรากฏขึ้นภายใต้สถานการณ์การทำงานในสถานการณ์จริงของผู้ให้บริการในสถานบริการสาธารณสุข (Lived experience) ภายใต้บริบทของลักษณะสภาพพื้นที่ และการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ใช้วิธีวิจัยแบบสนทนากลุ่ม(Focused group discussion) ผลการศึกษาพบว่า

ในการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสุติกรรม ของสถานบริการสาธารณสุขทั้งในระดับทุติยภูมิ และระดับปฐมภูมิ มีองค์ประกอบหลักของการจัดบริการเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสุติกรรมสามารถเข้ามารับบริการได้ทันเวลานั้น ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

1. การจัดโครงสร้างหน่วยงาน

1.1 สถานบริการในระดับทุติยภูมิมีการจัดโครงสร้างหน่วยงานโดยแยกออกมาเป็นงานห้องคลอด มีพยาบาลวิชาชีพประจำ จำนวน 3 คน ซึ่งครอบคลุมกับงานที่ต้องรับผิดชอบทั้งการดูแลขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด หน่วยบริการจัดเป็นห้องสัดส่วนชัดเจน แยกออกมาจากหน่วยอื่นของโรงพยาบาล สำหรับการจัดโครงสร้างองค์กรในระดับปฐมภูมินั้น จะแบ่งงานให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการสุติกรรม โดยมี อสม.ในชุมชนเป็นผู้ช่วยในการดำเนินดูแลผู้รับบริการสุติกรรมในชุมชน

1.2 สถานบริการมีการปรับโครงสร้างหน่วยงาน เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ให้บรรลุตามเป้าหมาย ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...น้องคนที่ 1 และคนที่ 2 ที่มาเพิ่มตั้งแต่ คค. 56 ถึงปัจจุบัน เดิม ANC อยู่ที่ส่งเสริม ย้ายมาเมื่อ คค. 56 ตนเองทำที่ ER มาก่อน และช่วยห้องคลอดทำคลอด น้องจากตึกในมาช่วยเรื่องเย็บหลังคลอด

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

นอกจากนั้นการปรับโครงสร้างหน่วยงาน ยังเป็นไปเพื่อรองรับการทำงานเป็นเครือข่ายในการส่งต่อ ที่เชื่อมโยงตั้งแต่สถานบริการระดับตติยภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับปฐมภูมิ และชุมชนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่งดังนี้

...พี่ตึก เป็นศูนย์ HHC ที่ส่งเสริม พี่เค้าจะดูว่าเป็น case ของใคร หากเป็น case หลังคลอดที่ สปร.ส่ง caseมา จะผ่านมาที่ ศูนย์ HHC แล้วจะส่งต่อมาให้เรา ให้เราตามเย็บม เราก็จะส่งต่อให้ อสม. ตามเย็บให้

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

และมีการปรับโครงสร้างหน่วยงานเพื่อตอบสนองการจัดบริการแก่ผู้ป่วยให้มีความสะดวกในการมารับบริการมากขึ้นดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่งดังนี้

...แต่ก่อนก็เข้าใจงานของพี่ที่ส่งเสริม เค้ามีหลายงานมาก การดูแลเค้าจะ อาจจะไม่ได้เต็มที่ ได้แค่วันตรวจท้องแค่นี้ ทำได้แค่พฤษภาคมเดียว แต่เมื่อปรับเป็นหน่วยแยกออกมา ก็ทำให้ผู้ป่วยมาได้ทุกวัน เหมือนมีช่องทางในการรับบริการได้ทุกวัน เว็ขึ้น ไม่ต้องรอแค่วันพฤษ

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

2. การจัดโครงสร้างหน้าที่

2.1 สถานบริการทั้งในระดับปฐมภูมิ และระดับทุติยภูมิมีการจัดแบ่งหน้าที่ และความรับผิดชอบในการดูแลผู้รับบริการสุติกรรมอย่างชัดเจน ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่งดังนี้

...ฝากครรภ์ ที่นี้ทำคลอดด้วย มีน้องอีกคนที่เยี่ยมหลังคลอด อีกคนรับฝากครรภ์ และอีกคนที่เหลือรับหน้าที่ทำคลอด เราแบ่งงานกันอย่างชัดเจน เพื่อความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการ มีที่หัวหน้าพยาบาลเป็นหัวหน้างานเราอีกที่

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

2.2 ในการมอบหมายงาน จะมอบหมายงานตามประสบการณ์เดิม ความสนใจ และความชำนาญของเจ้าหน้าที่ดังกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...น้องคนที่ 1 และคนที่ 2 ที่มาเพิ่มตั้งแต่ ต.ค. 56 ถึงปัจจุบัน เดิม ANC อยู่ที่ส่งเสริม ย้ายมาเมื่อ ต.ค. 56 ตนเองทำที่ ER มาก่อน และช่วยห้องคลอดทำคลอด น้องจากตึกในมาช่วยเรื่องเยี่ยมหลังคลอด

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

2.3 การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในสถานบริการจะมีรูปแบบการทำงาน (Working style) โดยผู้ให้บริการมีเป้าหมายในการทำงาน และทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายมีการนำประสบการณ์เดิมในการทำงาน มาส่งเสริมงานปัจจุบัน และเน้นการทำงานเป็นทีม ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...ตนเองทำที่ ER มาก่อน และช่วยห้องคลอดทำคลอด น้องจากตึกในมาช่วยเรื่องเยี่ยมหลังคลอดให้ครบ 3 ครั้ง

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

มีการประสานงานกันในการปฏิบัติงาน เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินให้ปลอดภัย ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...ตอนนั้นคลอดพร้อมกัน 2 คน เป็น G4 อีกคนแต่ไม่มีแรงเบ่ง แพทย์อีกคนต้องมา vac ทั้งคู่ แล้วมีปัญหารกคลอดยาก คลอดรกไม่ออก ต้องทำ cord retraction โดยการฉีด syntoclonine มดลูก โยก ดึง แล้วดัน ค่อยๆ ดึงก็ออกมา หลังคลอดปกติ หนูเคยมีประสบการณ์แบบนี้แล้ว เลยช่วย 1 case ให้ 2 คนที่เหลือช่วยอีก case และตาม ER มาช่วยอีก 1 คน หมอคนเดียว อยู่เวรดึกด้วย ไม่มีแรงดึง ต้องตาม

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

บุคลากรทุกคนปฏิบัติงานโดยมีความรู้สึกมีคุณค่า และมีความรู้สึกเชิงบวกในการปฏิบัติงานดังกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...เมื่อก่อนอยู่ใน ward ทำกับคนไข้ที่ป่วยแล้วหุดู พอมาท่านึงตั้งครรภ์ ทำแล้วคลอดลูกออกมาแล้วน่ารัก เราก็มีความสุขตอนนี้อุบัติกับสิ่งที่ทำ คนไข้โทรกลับมาปรึกษาเรา เราก็ภูมิใจที่เค้ามาปรึกษาเรา อย่างน้อยเค้าไม่ลืมเรา เราปรึกษาได้

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...เราก็รู้สึกดี ทำงานอยู่แต่ในนี้ ไม่ได้ออกไปหาใคร แต่ก็มีความสุข คนไข้มาแล้วก็จำเราได้ แค่นี้เราก็ชื่นใจ มีแรงทำงานต่อได้

(HPC3, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

รูปแบบการทำงาน ผู้บริหารให้อิสระในการทำงาน มีการสอนงานหลากหลายรูปแบบ ทั้งแบบบทบาทสมมติ หรือการสาธิตให้ดูก่อนการปฏิบัติจริง มีการประยุกต์วิธีการจัดการงานให้ง่าย และสะดวกต่อการปฏิบัติ ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...เค้าจะให้อิสระในการทำงานของเรา ว่าเราจะทำอะไร เช่น งาน IC, 5ส เค้าจะให้ทำ แต่ขอให้ออกว่าเค้าต้องเปลี่ยนอะไรบ้าง เราต้องเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง หัวหน้าจะสอนงาน และทำเป็นแบบ อย่างให้เราดู ของถ้าต้องการอะไรให้ออก ถ้าได้ก็ได้ ถ้าไม่ได้ก็จะพยายามหาช่องทางอื่นหามา มีการแบ่งงานกันรับผิดชอบ ใครทำอะไรได้ดีก็ให้ทำ เราก็เรียนรู้ไปเรื่อยๆ

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

3. การจัดบริการ

ในการจัดบริการนั้นสถานบริการมีแนวคิดการจัดบริการที่ตอบสนองต่อลักษณะของผู้ป่วยเป็นหลัก สามารถจำแนกประเด็นของการจัดบริการออกเป็น 9 ประเด็นหลัก คือ การจัดบริการที่มีความพร้อม สะดวก มีความต่อเนื่อง มีคุณภาพ ตอบสนองความจำเป็นของผู้ป่วย เกิดความไว้วางใจ ให้บริการโดยไม่มีการเงินเป็นอุปสรรค มีการเตรียมพร้อมผู้ป่วย และมีการจัดบริการเป็นเครือข่าย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ความพร้อมของการจัดบริการ สถานบริการได้มีการเตรียมความพร้อมของการจัดบริการที่ตอบสนองต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสุติกรรม โดยมีการจัดบริการตลอด 24 ชั่วโมง ทั้ง 7 วัน ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...ฝากห้องรับฝากทุกวันถ้ามี case มา คลอดจะมาเรื่อยๆ เข้าคลอดน้อยกว่าป่วย ดี เพราะว่า Attend เวิร์เข้า ยาวไปคลอดตอนเวิร์ป่วย

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...หากมีฉุกเฉินจะโทรมาถามเรา โทร 1669 โทรมาปรึกษาเราเมื่อมีอาการผิดปกติ ในเวลาก็โทรมาเยอะ เบอร์เราก็ให้ผู้ป่วยไว้ติดไว้ที่สมุดสีชมพู นื่องที่อยู่ ER ก็แนะนำได้นอกเวลาก็โทร 1669 เรา จะประสานทั้งหมด 3 ที่ คือ ward, ER และที่นี้ (LR) ว่าถ้ามีปัญหาเหล่านี้ให้โทรมาได้ตลอดเวลา ward จะเป็นหลังคลอด ส่วน ER ก็มารับปรึกษาพวกที่มีภาวะฉุกเฉิน เลือดออกทางช่องคลอด เจ็บท้องคลอดก่อน

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...เราเปิดทุกวัน ให้มาที่ห้องคลอดได้เลยไม่ว่ามีปัญหาอะไร แต่ก่อนมาได้ทุกวัน พฤษ มั่นจะช้า แต่เราบอกว่า ถ้าเค้ามาไม่ได้ หรือมาไม่ตรงตามนัด มาไม่เจอ ให้มาที่นี้ได้ตลอดเวลา

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

บุคลากรต้องมีความเชี่ยวชาญ มีการตัดสินใจที่ดี และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ต้องพร้อมสำหรับดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสุติกรรมอยู่ตลอดเวลา ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...Case ที่เจอเป็น pre-eclampsia ANC ที่พิจิตร ต้องการมาคลอดที่เรา เมื่อตรวจเจอ BP 190/100 จึงรับรายงานแพทย์ ให้ทำตาม guideline คือ drip Mg และ หมออีกคนมาช่วย vac

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...ระหว่างทางผ่าน รพ.สต. เพราะทนไม่ไหวจึงแวะมาที่รพ.สต. ทำคลอดบนรถ ตัดสายสะดือ แต่ยังไม่ทำคลอดรก น้อง keep warm เด็ก แล้วรีบนำส่งโรงพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 20 นาที เส้นเชาหนี้อ ตอนคลอดมา เด็กต้อง suction เด็กร้องดี keep warm เช็ดตัวแล้วรีบส่งโรงพยาบาล ที่เจอกรณีฉุกเฉิน

(HPC3, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

ทั้งนี้ ในด้านการติดต่อสื่อสารทั้งอุปกรณ์สื่อสาร ที่ใช้ในการสื่อสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม และช่องทางในการติดต่อสื่อสารได้แก่ โทรศัพท์ สมุดสีชมพู นั้น ต้องมีการเตรียมให้สามารถพร้อมใช้ตลอดเวลา ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...หากมีฉุกเฉินจะโทรมาถามเรา โทร 1669 โทรมาปรึกษาเราเมื่อมีอาการผิดปกติ

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...เราจะมีเอกสารแสดงที่ผู้ป่วยสามารถดูได้เองที่บ้านโดยติดทั้งวันนัด และ เบอร์โทร ไว้ที่สมุดสีชมพู เพื่อให้ผู้ป่วยได้ดู ทั้งเตือนความจำและนำมาใช้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

3.2 ความสะดวกของการมารับบริการที่สถานบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมนั้น สถานบริการได้จัดบริการแบบ One stop services ร่วมกับการประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนของการเข้ารับบริการ โดยการประสานงานของหน่วยงานภายในองค์กรในการให้ข้อมูลกับผู้รับบริการสูติกรรมดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...คนไข้จะไม่ค่อยไป ER ในเวลาราชการ คำรู้มาที่ห้องนี้เลย พอมีเลือดออก หรือว่าอะไร คำจะมาที่นี้เลย น้องห้องบัตรก็แนะนำให้มาที่นี้ เพราะ ER จะมีคนไข้ของเค้าเยอะ พอเป็นคนไข้ที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอดก็จะแนะนำให้มาตรงนี้เลย เป็นการลดขั้นตอน คนไข้รู้สึกสะดวก

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...เราทำทั้งหมดทำอะไรเองทั้งหมดทั้งตรวจเอง สั่งยาเอง ไม่เหมือนข้างหน้ายังมีหมอมาช่วยตรวจให้ ในนี้เราตรวจเอง เจาะเลือดเอง ทำอะไรทุกอย่างที่นี้ เราไม่ส่งเจาะเลือด เราเจาะให้ แล้วส่งเลือดไป เมื่อผลเลือดมาก็จะตามมาที่นี่

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

สถานบริการยังอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม ในกรณีผู้ป่วยที่มีความฉุกเฉินของการเจ็บป่วยไม่เท่ากัน กล่าวคือ ถ้าเจ็บป่วยรุนแรงก็จะเอารถไปรับ เจ็บป่วยไม่รุนแรงก็จะแนะนำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเองดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...ส่วนใหญ่เป็น Case ที่ไม่ Severe มาก แต่ปวดท้องคลอดมาก มีน้ำเดิน เหมือนจะ BBA คำจะเอารถไปรับ แต่ส่วนใหญ่ถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีเลือดออก จะมาเอง

(HPC3, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

มีการเพิ่มช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการในหลากหลายช่องทาง เพื่อเพิ่มความสะดวกในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการขอรับบริการจากสถานบริการเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...บางคนโทรมาปรึกษาโดยเจาะท้องแรกไม่มีประสบการณ์ หนูเป็นอย่างนี้ หมอว่าอย่างไรดี คำก็โทรเข้ามือถือหนูได้ตลอดเวลา

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

ความสะดวกในการติดต่อสื่อสารเพื่อขอรับบริการโดยระบบเบอร์โทรเบอร์เดียวผ่านเบอร์โทร 1669 ที่สามารถทำได้ง่าย และครอบคลุมทุกพื้นที่ภายในเครือข่ายบริการดังกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...ที่บอกว่าเรียก 1669 จะมีรถพยาบาลมารับ ที่บอกว่าเบอร์นี้จะไปติดที่ สปร. ให้โรงพยาบาลใกล้เคียงออกไปรับ

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

3.3 ความต่อเนื่องของการจัดบริการสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมนั้น สถานบริการจัดบริการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผ่านระบบการส่งต่อ ทั้งไปและกลับระหว่าง สถานบริการระดับตติยภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับปฐมภูมิดังกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...อย่าง GDM ที่มีปัญหาครั้งล่าสุด เจอ G3 ส่งไปที่ สปร. พบแพทย์ หมอส่งกลับมา หลังทำ GT, OGTT น้ำตาล 125 (ปกติ 105) เราส่งไป หมอที่โน่นส่งกลับ บอกให้มา control diet ทำไปทำมา มา ANC ที่เรา

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...ในคนไข้ที่ตอนแรกตรวจพบ gdm และมีภาวะแทรกเป็น pre-eclapsia ตอนนั้นท้องได้ 38-39 wk ที่เรา screen พบ เราก็ส่งตัวไปที่ สปร.

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

การจัดบริการให้มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยระหว่างเจ้าหน้าที่เอง หรือระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย หรือผู้ป่วยเอง โดยการใช้สมุดสีชมพู เป็นเครื่องมือในการบันทึกข้อมูลต่างๆ ของการดูแล และสุขภาพของผู้ป่วย สามารถวางแผนให้การดูแลต่อเนื่อง ตรงกับสภาพของผู้ป่วย ดังกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...เราจะมีเอกสารแสดง ติดไว้ที่สมุดสีชมพู เพื่อให้ผู้ป่วยได้ดู เราปฏิบัติตาม สปร. และแม่และเด็ก เราเอามาปรับ สำหรับแนะนำผู้ป่วยในสมุดสีชมพู

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

เจ้าหน้าที่สามารถให้บริการสอดคล้องกับสภาวะของผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งใน
ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...ถ้าดูตั้งแต่ฝากครรภ์ มาถึงคลอด หลังคลอด คนไข้ก็จะตามมา มาที่เรา ก็จะได้
สอนต่อเนื่อง ได้ทุกระยะ

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...นัดวันจันทร์ เป็นโรงเรียนพ่อแม่ 1 สันตุร์เป็นโรงเรียนพ่อแม่ 2 ครั้งที่ 3 เมื่ออายุ
ครรภ์ 32 wk จะสอนเรื่องนมแม่ การเตรียมของใช้ การเจ็บครรภ์จริง เจ็บครรภ์เตือนเป็น
อย่างไร อุปกรณ์ที่ต้องนำมาใช้มีอะไรบ้าง ทั้งแม่และลูก หลักฐานการแจ้งเกิด การวางแผน
ครอบครัวที่ต้องให้หลังคลอด แนะนำสถานที่คลอด ที่ห้องคลอดเป็นอย่างไร สอนวิธีการ
แบ่งคลอด จะมีหมอนกับตุ๊กตาให้ลองอุ้มทำท่าทั้งแม่ และสามีมาช่วยภรรยา พร้อมกัน
ทำอุ้มเด็กเป็นอย่างไร กรงรับห้วนมทำอย่างไร ต่อเนื่องถึงการเลี้ยงดู

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...คนที่รับผิดชอบงานแม่และเด็ก ไม่ได้เป็นคนเดียวไปตลอด พี่หม่อมฝากท้องดู
แม่ พี่ตึกดูลูก (วัดขึ้น) พี่จิ้นเป็นหลังคลอด ไม่ตรงกัน พอมารับผิดชอบคนเดียวเราจะรู้
รายละเอียดของคนไข้เป็นอย่างดี การลงข้อมูลจะครอบคลุม ดูได้อย่างเต็มที่

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

โดยการติดตามผู้ป่วยให้มารับบริการอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่มีช่องทางการ
ติดตามผู้ป่วยหลากหลายช่องทาง ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...จะเขียนติดที่ฝาผนังไว้ว่าวันนี้จะเยี่ยมใคร เรื่องอะไร ถ้าไม่มาเราก็จะต้องตาม
คนนี้ครบกำหนดคลอดแล้วไม่มา เราก็ต้องตาม โทถามว่าเค้าเป็นอย่างไร เค้าก็จะบอก

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

3.4 คุณภาพของการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม สถานบริการ มีการจัดบริการตรงตามมาตรฐานที่กำหนดโดยกรมอนามัย ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...เราจะคำนวณอายุครรภ์ที่ 18 สัปดาห์ทุกคน โดยดูตาม LMP ตรงตามที่ กรมอนามัยกำหนดว่ามี น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 week, 18±2, 26±2, 32±2 แต่ว่าเราจะ นัดมาที่ 36 week อีกรอบเพื่อมาทำ ultrasound เพื่อดูส่วนนำของเด็กว่าเป็นอะไร

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

จัดบริการโดยบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญของ บุคลากรทั้งแพทย์ และพยาบาล บุคลากรตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินได้อย่าง เหมาะสม ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...Refer ก็ไม่ทัน เนื่องจาก Head seen แพทย์ Consult ที่ สปร.ว่าให้ดำเนินการ อย่างไรต่อ แพทย์ขอให้ส่งต่อ แต่แพทย์โรงพยาบาลบอกไปไม่ได้ ส่งไม่ทันจึงคลอดที่นี่ หลัง คลอดปลอดภัยทั้ง แม่และลูก

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

จัดบริการครอบคลุมตั้งแต่การสืบค้นพบผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Early detection) และให้การดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (Prompt treatment) โดยการตรวจคัดกรองความผิดปกติโดยการนัดให้มาดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ เมื่อพบความ ผิดปกติก็จะให้การดูแลทันทีดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...คนไข้อยู่เขตเขตบ้านมะเกลือ เป็นเขตรับผิดชอบของเมือง และเขตที่เราก็เจอ pre-eclampsia เยอะ ตั้งแต่ ตค.ที่เข้ามา เราคัดกรองได้เร็ว พอมี sign เราก็ปรึกษาแพทย์

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...คนไข้มา ANC ปกติที่เรานัดไม่เข้า ตามปกติที่มาตามนัด เมื่อวัด BP ได้ 130/90 เราก็จะให้นอนพักแล้ววัดซ้ำ

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

ทั้งนี้ มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยภายในเครือข่าย และระบบการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยรับบริการอย่างเหมาะสม ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...ถ้าเป็นท่าขวาง หรือท่าก้น เราจะเขียนในส่งตัวให้เค้าไป ANC ที่ สปร. เค้าจะให้...
พบหมอ แล้วแต่ว่าหมอจะนัดทำอะไร ทำตอนไหน

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

3.5 การจัดบริการที่ตอบสนองความจำเป็น (Met needs) ของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม สถานบริการจัดบริการผู้ป่วยทั้งอยู่ในเขต และนอกเขตพื้นที่รับผิดชอบ ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...Case ที่เจอเป็น Pre eclampsia ANC ที่พิจิตร ต้องการมาคลอดที่เรา เมื่อตรวจเจอ BP 190/100 จึงรีบรายงานแพทย์

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

มีการปรับเปลี่ยนการบริการ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถมารับบริการได้ตามเวลาที่นัดหมาย เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...เราให้ดู ในบัตรเราเพราะเรากำหนดจะติดไว้ที่สมุด 5 ครั้ง มีบางรายที่ต้องไปต่างจังหวัดในช่วงนี้ เค้าจะโทรมาบอกว่ามาไม่ได้ เค้าขอเลื่อนนัดได้หรือไม่ ก็มี

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

3.6 ความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ในการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...คนไข้ไปผ่าที่ สปร. เมื่อเข้าโทรมาปรึกษาว่าจะมาตัดไหมที่เรา เพราะว่าคนไข้ Caesaan คลอด 4,700 กรัมจะมาฝากหลังคลอดที่เรา

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...จะโทรหาเอง โทรถามว่ามีปัญหาอะไรบ้าง คนไข้ก็จะโทรมาถามหากมีอาการ ผิดปกติ เค้าก็จะบอกไปเลย หรือถ้ามีปัญหา เค้าก็จะโทรมาปรึกษา

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

เจ้าหน้าที่ที่มีความเป็นกันเองกับผู้ป่วยและญาติ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นมิตรกับ เจ้าหน้าที่ ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...บางคนก็ยังมาหาอยู่ เอาจูกมารับวัคซีน เค้าก็แวะเอากูมาให้อุ้มด้วย ทำงาน แล้วสบายใจ ถึงจะยุ่ง ถ้าสบายใจ ทำแล้วคนไข้ค่อนข้างน่ารัก

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...คนไข้มานอนเราก็กินข้าวด้วยกัน เค้านอนบ่อย เราดูเค้าๆ ก็เห็นว่าเราดูเค้าจริงๆ เค้าก็ไว้ใจ โทรมาถามเรา ปรึกษาเรา จำเราได้ แค่จำชื่อเราได้ก็ ok แล้วละ

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดบริการที่ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ และรู้สึกเป็นมิตรกับ เจ้าหน้าที่ ทำให้ไม่เกิดข้อร้องเรียนจากผู้ป่วย ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

เราไม่เจอข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยเกี่ยวกับ ANC คลอด หลังคลอด ยังไม่มี มีผู้มารับ บริการก็พึงพอใจดี ไม่มีปัญหาข้อร้องเรียน

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

3.7 สามารถให้บริการโดยไม่มีสถานะทางการเงินของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเป็นอุปสรรคโดยระบบการประกันสุขภาพที่จัดรูปแบบบริการเป็นแบบแบ่งเขต และมีการส่งต่อระหว่างเขตเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับบริการได้โดยไม่ต้องจ่ายแพง ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...คนไข้อยู่เขตเมือง จึงให้ไปคลอดที่ สปร. ANC ที่เรา dx. GDM2ส่งแล้ว แล้วกลับมา ANC ต่อที่เรา เมื่อ ANC ไปเรื่อยๆ

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...คนไข้ที่มาบริการที่เรา ถ้าเป็นคนใช้นอกเขตตำบล ก็จะส่งให้ รพ.สต.ตามเขตตำบลเลย เพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก

(HPC3, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

3.8 การเตรียมพร้อมผู้ป่วยสูติกรรม ให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม โดยเจ้าหน้าที่ให้รายละเอียดเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...เจ้าหน้าที่ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่ต้องมาเข้ารับการรักษาอย่างเร่งด่วนเช่น อาการจะมีจุดแน่นหน้าอก ตาพร่ามัว บวม ที่คนไข้บอกมา บวมที่ขา BP ขึ้นมากกว่า 140 มีตาพร่ามัว แน่นได้ลึกลงไปบางครั้งก็มาก่อนนัด ผู้ป่วยมาเองเพราะบวม

(HPC3, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

มีการเสริมสร้างความตระหนักรู้ให้กับผู้ป่วย และการเตรียมตัวเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...ทำ u/s เพื่อดูส่วนหน้าของเด็กว่าเป็นอะไร หากเป็นท่า breech เราจะเขียนในส่งตัวไปเลย ไปที่ สปร. ตั้งแต่ 36 week หญิงตั้งครรภ์เค้าจะรู้ว่าเด็กเป็นท่าก้น ไม่เป็นท่าศีรษะ จะมาคลอดที่รพ.ที่นี่ไม่ได้ เพราะไม่สามารถผ่าตัดคลอดได้ ไม่มีหมอสูติ คือส่งไปตั้งแต่รู้เลย ตั้งแต่ 36 week ให้เค้าเตรียมตัวว่าไม่สามารถมาที่นี่ได้ ถ้าเป็นท่าขวาง หรือท่าก้น เราจะเขียนในส่งตัวให้เค้าไป ANC ที่ สปร. เค้าจะให้พบหมอ แล้วแต่ว่าหมอจะนัดทำอะไร ทำตอนไหน

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

มีการเตรียมพร้อมผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางในการรักษาและดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...ในคนไข้ที่ตอนแรกตรวจพบ GDM และมีภาวะแทรกเป็น Preeclampsia ตอนนั้นท้องได้ 38-39 week ที่เรา Screen พบ เราก็ส่งตัวไปที่ สปร. เราก็ส่งตัวไปที่ สปร. เขียนใบส่งตัวไปที่ไหน เมื่อเจ็บท้องให้ไปที่ สปร.เลย ไม่ต้องมาที่เรา

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่เรา เราจะบอกทุกครั้ง ว่า 1669 เป็นเบอร์ฉุกเฉินหากมีอาการผิดปกติอะไรก็แล้วแต่ เบอร์จะไปติดที่ สปร. และสปร. จะแจ้งกับโรงพยาบาล ที่ใกล้ที่สุดไปรับฟรี

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

ในการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว เจ้าหน้าที่ได้มีการพัฒนาศักยภาพสอดคล้องกับระยะของการเจ็บป่วย เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้เมื่อประสบกับการเจ็บป่วยได้ ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...นัดวันจันทร์ เป็นโรงเรียนพ่อแม่ 1 สัปดาห์เป็นโรงเรียนพ่อแม่ 2 ครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 32 week จะสอนเรื่องนมแม่ การเตรียมของใช้ การเจ็บครรภ์จริง เจ็บครรภ์เตือนเป็นอย่างไร อุปกรณ์ที่ต้องนำมาใช้มีอะไรบ้าง ทั้งแม่และลูก หลักฐานการแจ้งเกิด การวางแผนครอบครัวที่ต้องให้หลังคลอด แนะนำสถานที่คลอด ที่ห้องคลอดเป็นอย่างไร สอนวิธีการเบ่งคลอด จะมีหมอนกับตุ๊กตาให้ลองอุ้มทำท่าทั้งแม่ และสามีมาช่วยภรรยา พร้อมกัน ทำอุ้มเด็กเป็นอย่างไร กรงรับห่มมทำอย่างไร ต่อเนื่องถึงการเลี้ยงดู"

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

มีการบันทึกความผิดปกติ และแจกคู่มือการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่สามารถดูได้ตลอดเวลา เช่น การแนะนำการใช้สมุดสีชมพู โดยบันทึกผลการประเมินความผิดปกติในทุกระยะของการตั้งครรภ์ และแจ้งข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วย พร้อมบอกแนวทางในการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยตามภาวะเสี่ยงเหล่านั้นโดยใช้วิธีการพัฒนาศักยภาพที่หลากหลาย เช่น การสอนโดยการให้ทดลองปฏิบัติจริง และให้คำแนะนำตามสภาพจริงของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลได้ ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...ในสมุดสีชมพูหน้า 14 จะมีอาการบอก หากมาการผิดปกติ จะแนะนำอาการที่สามารถเกิดได้ในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ และหลังคลอด ส่วนใหญ่จะเน้นในระยะที่ใกล้คลอดมากกว่า เพราะเจอความผิดปกติได้มากที่สุด

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...ในการตรวจแต่ละครั้งจะถามถึงอาการผิดปกติคร่าวๆ ช่วงที่มีการตรวจหน้าท้องขณะ ANC เราจะต้องวัดระดับน้ำตาล ฟังหัวใจเด็ก เราก็จะบอกถึงอาการผิดปกติระหว่างที่ตรวจผู้ป่วยมักจะบอกอาการกับเรา เราจะอธิบายถึงอาการผิดปกติ และซักถามอาการ

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...คนไข้ก็โทรมาปรึกษาตลอดนะ ทั้งลูกด้นน้อยลง เราแนะนำ และนัดให้มาเลย เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยค่านับอย่างไร เราจะได้รู้ว่าปฏิบัติตัวอย่างไร เราก็จะรู้ปัญหาที่แท้จริง

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...เราจะสอนวิธีการที่ถูกต้องให้เค้าไปปฏิบัติ ให้ทดลองทำให้เห็นว่าทำได้ถูกต้อง หากทำตามที่เราแนะนำแล้วลูกดื้อน้อยลงอันนี้ต้องให้มาและ เราต้องเน้นย้ำแก่เค้าถึงวิธีการ ที่ถูกต้อง ทั้งนี้เราต้องให้แน่ใจว่าเค้าทำถูกต้อง

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

3.9 การจัดบริการแบบเครือข่าย เพื่อสามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง และจัดบริการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เริ่มจากการค้นหาเครือข่ายระดับชุมชน ที่ใช้รูปแบบหลากหลายทั้งติดต่อ ผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศหรือการเสาะหาด้วยตนเองในพื้นที่ดังกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...ตอนที่เห็นเทศบาล หรือ อบต. เห็นมีกรณีมีคุณครูคนหนึ่งพอที่รู้จักกัน เค้าออก เยี่ยมคนไข้ เค้ามี face เลยคุยกันทาง face คุยกันว่า เห็นเค้าออกเยี่ยมคนไข้ป่วย คนแก่ ป่วย ก็เลยถามเค้าไปบอกว่า ถ้าจะให้ช่วยคุณไข้ตั้งท้อง คลอด หลังคลอดจะได้หรือไม่ เค้าบอกได้ มาเลย พวกนี้เค้ามีคนที่จบพยาบาลไปอยู่บ้านก็มี

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

มีการค้นหาเครือข่ายทั้งที่เป็นเครือข่ายบุคคล และเครือข่ายองค์กร เช่น เครือข่ายบุคคล จะได้จากผู้ป่วยที่ปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้ดี สามารถเป็นตัวอย่างแก่ผู้อื่น ได้มาเป็นแนวร่วมในการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม หรือเครือข่าย ที่เป็นองค์กร เช่น เทศบาล เป็นต้น ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...แม้ที่ฝากท้องกับเรา เราเห็นว่าคนนี้เลี้ยงลูกได้ดี ฝากท้องก็ดี เราก็จะให้ เป็น ตัวอย่าง ที่สามารถที่จะให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การปฏิบัติตัว

(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...เทศบาลเค้าก็จะมีหน่วยงานสาธารณสุข เค้าก็จะช่วยดูให้ด้วยอีกทาง

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

ในการแสวงหาเครือข่ายนั้น สถานบริการมีการแสวงหาเครือข่ายทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ เช่น เครือข่ายที่เป็นโครงการจะเป็นกลุ่มหน่วยงานในระบบบริการ สาธารณสุขที่ครอบคลุมระดับอำเภอ และตำบล มีการเชื่อมโยงเครือข่ายในรูปแบบของ CUP ตั้ง คณะกรรมการ เพื่อดำเนินงาน มีการประชุมคณะกรรมการทุกเดือน และการเชื่อมโยงข้อมูลการ บริการผู้ป่วยในชุมชนภายในเครือข่าย ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...เค้าไปตามเยี่ยมให้ เราก็จะช่วยเรื่อง ANC และหลังคลอดให้ ถ้าไปในเขตหมู่บ้านของเค้า ถ้า สปร.ส่งมา เราก็จะให้ไปตามให้

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...เราประชุม MCH board เราได้บอก รพ.สต. ในเครือข่าย คปสอ.ของเรา เราก็บอกเรื่องว่ามีใครตั้งครรภ์ เราจะส่งไปเยี่ยมบ้านให้ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ เราจะส่ง 2 อย่าง ANC และหลังคลอด

(HPC3, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

สำหรับเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ เช่น การให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ช่วยรับผิดชอบในการดูแลต่อเนื่องในชุมชนดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...เครือข่ายด้านนอก เราจะติดต่อ รพ.สต. อสม. ซึ่งจะมีเข็มขัดหลายที่เหมือนกัน ที่ติดต่ออยู่ เช่น รพ.สต.หนองแพงพวย เค้าเป็นน้องที่ทำงานใน ward มาก่อน เราก็ทำใน ward ด้วย คุยกันว่ามาทำงานอนามัยแม่และเด็กที่ รพ.สต. ทุกครั้งที่มีการส่งตัวไป เราจะบอกให้ตามเยี่ยม คนไข้ก็จะโทรมาบอกเรามาหมอมมาเยี่ยมแล้ว อสม.มาเยี่ยมแล้ว

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...น้องที่อยู่ใน โรงพยาบาล ถ้าเรารู้ว่าคนนี้อยู่หมู่บ้าน เช่น หมู่ 4 ต.เก่าเลี้ยว ให้ไปหาคนนี้ให้พี่น้อง เพราะตามไม่เจอตัว บางทีเค้าชี้ให้เราพี่น้องไปบอกให้มาโรงพยาบาล มารับยาหน่อย หรือฝากยาไป

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

สร้างเครือข่ายบริการสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งในระดับชุมชนโดย อสม. และเทศบาล และระดับโรงพยาบาล เพื่อจัดบริการให้ครอบคลุมระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...ตอนแรกผ่าน อสม.ที่อยู่ในกลุ่มนั้นอสม.ก็โทรบอกเราว่ามีคนเค้าจะคลอดลูกนะ พอดีว่าไปประชุมที่เทศบาลก็เลยเรียกรถของเทศบาลไปรับ ให้น้องที่รพ.สต. Standby ว่ามี Case คิดว่ามีแค่ลมเบ่ง ไม่ถึงกับคลอด เลยให้เอารถไปส่งโรงพยาบาล

(HPC3, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...อยากจะให้พวก อสม.มามีส่วนร่วมมาช่วยเรา รพ.สต. ให้ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่ชุมชน มาฝากให้ทันก่อน 12 สัปดาห์ อยากให้ติดตามในแต่ละหมู่บ้านมีคนรับผิดชอบงานตรงนี้จะดูแลแต่ละคน

(HPC4, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...พอหญิงตั้งครรภ์รู้ว่าคนนี้มีภาวะเสี่ยง เค้าก็จะสามารถไปหาคนนี้ อสม.คนนี้ได้ ซึ่งเค้าก็กลัวว่าเรา อสม.เค้าก็จะแนะนำว่าให้มาเลย เพราะถ้าเกิดมาหาเราเลย หรือติดต่อเรามันช้า หากเป็นอสม.จะเร็วกว่า

(HPC3, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

มีการเชื่อมโยงเครือข่ายโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น e - mail และการรายงานที่เป็นกระดาษแม้กระทั่งใช้วิธีบอกต่อการประสานงานภายในเครือข่ายมีลักษณะเป็นขั้นตามโครงสร้างองค์กรCUP ต้องสร้างการรับรู้แก่เจ้าหน้าที่ในพื้นที่เพื่อดูแลผู้ป่วยในชุมชน ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...เมื่อ ANC เราจะรู้ว่า Case อยู่ในความรับผิดชอบของใคร มี e - mail บอกทุกคน จะส่งเป็นแผ่นรายงานการเยี่ยม การฝากท้อง 5 ครั้งตามเกณฑ์ กับเยี่ยมหลังคลอดว่าเราเยี่ยมวันที่เท่าไร ให้กับ สสอ. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ก็จะมารับไป เค้าก็จะรู้ Case ว่าในตำบลเค้ามีหญิงตั้งครรภ์ หรือหญิงที่ต้องเยี่ยมหลังคลอดคือใคร จะตามให้

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

...ส่วนใหญ่แล้ว คนไข้ที่ฝากท้องที่เรา คลอดที่เรา เขาก็จะช่วยไปบอกต่อกันอีกที่
(HPC2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

แต่ถึงกระนั้น ในการประสานงานภายในเครือข่ายก็ยังมีประเด็นที่เป็นอุปสรรค ทำให้สถานบริการไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินในพื้นที่รับผิดชอบของตนเองได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากขาดการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากสถานบริการระดับตติยภูมิ หรือระดับทุติยภูมิ ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...ส่วนมากเราไม่ได้ ANC ที่อนามัย น้อยคน เพราะอยู่ใกล้โรงพยาบาล เราเพียงแค่เปิดสมุดครั้งแรก พอรู้ว่าตั้งครรภ์ เพื่อนำมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ไม่ได้เจอ คนไข้เลย หายไปเลย เจออีกทีก็หลังคลอดเลย ส่วนใหญ่จะมีลักษณะอย่างนี้ โรงพยาบาล จะไม่ส่งกลับให้เราดูแล

(HPC4, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

4. การจัดการข้อมูลเพื่อการบริหาร ของสถานบริการจะมีการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย และเพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการขององค์กร ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...เรื่องของการทำรายงาน จะมีน้องมาช่วยให้ความรู้ มาประสานกับเราดี อย่างน้องคนนี้รับผิดชอบเรื่อง ANC น้องคนนี้หลังคลอด คนนี้คลอด เขาก็จะแนะนำให้ เพราะถ้าลงข้อมูลแล้วถูกต้องก็ได้เงิน จะบอกที่เค้าว่าถ้าอะไรที่ทำงานแล้วได้เงินเข้าโรงพยาบาล ด้วย ขอให้บอก จะทำให้เต็มที่ เราดูแลคนไข้เต็มที่ เค้าก็รู้ แต่ถ้าทำแล้วได้เงินเข้าโรงพยาบาล ด้วยถือว่าเป็นกำไร ต้องลงข้อมูลให้ครบ

(HPC1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

แต่ทั้งนี้ก็ยังพบว่า มีอุปสรรคในการให้บริการแก่ผู้ป่วยอันเนื่องมาจากขาดการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยมาสู่สถานบริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้ป่วยขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง หรือหากเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินจะทำให้เสียโอกาสในการรับการรักษาอย่างทันท่วงที ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่ง ดังนี้

...จริงต้องตั้งแต่ว่าระดับโรงพยาบาลเลยนะ ต้องแจ้งเราว่ามี Case ไหนที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ มีความเสี่ยงอย่างไร การส่งต่อข้อมูล เราจะได้ดูแลต่อเนื่อง ใกล้ชิด ไม่ใช่ที่เรามารู้อีกทีคลอดไปแล้ว ช่วงที่ต้องดูแลไม่มีเลย โรงพยาบาลควรส่งข้อมูลความเสี่ยงเหล่านี้ให้เราทราบ เพื่อที่จะหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เรารับผิดชอบได้ เราไม่มีข้อมูลในมือจึงไม่สามารถรู้ได้ จะได้วางแผนการดูแลได้ตรงมากขึ้น ส่วนใหญ่เค้านัด Follow up ที่เค้าไม่ส่งข้อมูลมาที่ สองเลย เราจะรู้ข้อมูลได้จาก อสม.ที่มาประชุมประจำเดือน เราก็จะต้องโทรถามว่าอาการตอนนี้เป็นอย่างไบบ้าง ก็โทรถามแบบนี้

(HPC4, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2557)

จากข้อมูลที่ค้นพบที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สรุปได้ว่า การจัดบริการเพื่อตอบสนองการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมนั้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ การจัดหน่วยงาน การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ การจัดบริการ และการจัดการข้อมูลเพื่อการบริหาร โดยการจัดหน่วยงานดังสรุปในตาราง 33 และผลจากการศึกษาในระยนี้ผู้วิจัยได้นำไปเป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อกำหนดรูปแบบการเข้าถึงบริการในการศึกษาระยะที่ 3 ต่อไป

ตาราง 33 แสดงสภาพการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมของสถานบริการ

การจัดบริการ	รพช.	รพ.สต.
1. การจัดหน่วยงานที่รับผิดชอบ		
1.1 หน่วยงาน	- แยกงานดูแลทางสูติกรรมออกมาเป็นงานห้องคลอดรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยสูติกรรมครบวงจร (One stop services) ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และระยะหลังคลอด	- ลักษณะการจัดหน่วยงานบริการเป็นส่วนหนึ่งของงานอนามัยแม่และเด็ก รับผิดชอบการฝากครรภ์ และการดูแลหลังคลอดเป็นหลัก
1.2 การปรับโครงสร้างหน่วยงาน	- มีการปรับโครงสร้างหน่วยงานเพื่อความเหมาะสมของการบริการทั้งการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย และการเพิ่มความสะดวกในการมารับบริการของผู้ป่วย	- ไม่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน่วยงาน

ตาราง 33 (ต่อ)

การจัดบริการ	รพช.	รพ.สต.
2. การจัดทำหน้าที่ความรับผิดชอบ		
2.1 การแบ่งหน้าที่	- มีความชัดเจน โดยมีพยาบาลรับผิดชอบ 3 คน แต่ละคนรับผิดชอบแต่ละด้านประกอบด้วย การบริการระยะตั้งครรภ์ 1 คน การบริการระยะคลอด 1 คน และการบริการระยะหลังคลอด 1 คน	- แบ่งหน้าที่ที่มีความชัดเจน โดยจัดให้พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้รับผิดชอบ งานอนามัยแม่และเด็ก จัดบริการตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด มี อสม. เป็นผู้ช่วยในการปฏิบัติงานในชุมชน
2.2 การมอบหมายงาน	- ตามประสบการณ์เดิม และความสนใจ	- ตามลักษณะวิชาชีพ
2.3 รูปแบบการปฏิบัติงาน	- ปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองเป้าหมาย - เน้นการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน - มีการประสานงานในการปฏิบัติงานเน้นภายในหน่วยงาน - ปฏิบัติงานด้วยความรู้สึกมีคุณค่า และมีความคิดเชิงบวกต่องาน - มีอิสระในการปฏิบัติงาน - มีการสอนและการนิเทศงานด้วยกัลยาณมิตร - ประยุกต์การทำงานให้ง่าย และสะดวกต่อการปฏิบัติ	- ปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองเป้าหมาย - เน้นการทำงานเป็นเครือข่าย - เน้นการประสานงานกับเครือข่ายในการปฏิบัติงานเช่น อสม. และ รพช. - ปฏิบัติงานด้วยความรู้สึกมีคุณค่า และมีความคิดเชิงบวกต่องาน

ตาราง 33 (ต่อ)

การจัดบริการ	รพช.	รพ.สต.
3. การจัดบริการ		
3.1 ความพร้อมของ การบริการ	- มีความพร้อมบริการผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง - จัดเตรียมบุคลากรโดยการหมุนเวียนบุคลากรให้มีประจำหน่วยตลอดเวลา - เตรียมวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่พร้อมใช้อยู่เสมอ - มีอุปกรณ์สื่อสารหลายช่องทาง - จัดบริการแบบเบ็ดเสร็จในสถานที่เดียว (One stop services) ทั้งการดูแลในระยะตั้งครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด	- ให้บริการในช่วงเวลาราชการเป็นหลัก อาจมีนอกเวลาราชการตั้งแต่ 17.00 – 20.00 น. ไม่เท่ากันในแต่ละรพ.สต. - พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบเพียงคนเดียว - วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมต้องประยุกต์จากอุปกรณ์อื่น ไม่มีชุดสำเร็จรูปเพื่อการดูแล - มีอุปกรณ์สื่อสารหลายช่องทาง - เน้นการดูแลขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอด
3.2 ความสะดวก ของการมารับบริการ	- การจัดรถพยาบาลไปรับ-ส่งผู้ป่วยเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน - บางครอบครัวจะเดินทางไกลเพื่อเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล	- การประสานงานหน่วยงานอื่นให้รับ-ส่งผู้ป่วยเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน - ใกล้บ้าน สะดวกต่อการเดินทาง

ตาราง 33 (ต่อ)

การจัดบริการ	รพช.	รพ.สต.
3.3 ความต่อเนื่อง ของการบริการ	- เน้นการรับ-ส่งต่อ - ใช้สมุดบันทึกการดูแลขณะ ตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด (สมุดสีชมพู) เป็นเครื่องมือช่วย สื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย และระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วยกันเอง	- เน้นการดูแลในชุมชน และการ เยี่ยมบ้าน - ใช้สมุดบันทึกการดูแลขณะ ตั้งครรภ์ การคลอด และหลัง คลอด(สมุดสีชมพู) เป็น เครื่องมือช่วยสื่อสารระหว่าง เจ้าหน้าที่และผู้ป่วย และ ระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วยกันเอง
3.4 คุณภาพบริการ	- ตามมาตรฐานกรมอนามัย - จัดบริการโดยบุคลากรที่มีความ เชี่ยวชาญ - บุคลากรมีการตัดสินใจที่ เหมาะสม - จัดบริการครอบคลุมตั้งแต่การ สืบค้นความผิดปกติตั้งแต่ระยะ เริ่มต้น (Early detection) และการ ให้บริการอย่างทันที (Prompt treatment)	- ตามมาตรฐานกรมอนามัย - จัดบริการโดยบุคลากรที่มี ความเชี่ยวชาญ - บุคลากรมีการตัดสินใจที่ เหมาะสม - จัดบริการครอบคลุมตั้งแต่การ สืบค้นความผิดปกติตั้งแต่ระยะ เริ่มต้น (Early detection) และ การตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วย
3.5 การจัดบริการที่ ตอบสนองความ จำเป็น (Met needs) ของผู้ป่วย	- มีการปรับเปลี่ยนวัน เวลามา หมายผู้ป่วยให้สอดคล้องกับ ผู้รับบริการ	- มีการจัดบริการ 2 วัน/ สัปดาห์ การปรับเปลี่ยนวันนัดหมายทำ ได้ยาก
3.6 ความไว้วางใจ ระหว่างผู้ป่วย และ เจ้าหน้าที่	- รู้สึกเป็นกันเองกับผู้ป่วย - ผู้ป่วยสามารถขอคำปรึกษาได้ ตลอดเวลา	- มีความเป็นกันเองกับผู้ป่วย - ผู้ป่วยมีความใกล้ชิดกับ รพ.สต.

ตาราง 33 (ต่อ)

การจัดบริการ	รพช.	รพ.สต.
3.7 ให้บริการโดยไม่คำนึงถึงข้อจำกัดทางการเงิน	- ค่าบริการสำหรับดูแลผู้ป่วย คิดผ่านระบบการประกันสุขภาพ	- ค่าบริการสำหรับดูแลผู้ป่วย คิดผ่านระบบการประกันสุขภาพ
3.8 การเตรียมพร้อมผู้ป่วยให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองในระยะตั้งครรรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด และการเลี้ยงดูบุตร	- มีการสอนสุขศึกษาให้ผู้ป่วยมีความรู้ และการเตรียมตัวในการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน - ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรรภ์ หลังคลอด และการเลี้ยงดูบุตร - มีคู่มือการดูแลตนเองแจกให้ผู้ป่วย - ตั้งแต่วาระระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสถานบริการ	- การให้ความรู้โดยการสอนรายบุคคลเมื่อผู้ป่วยมารับบริการในระยะตั้งครรรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด - เครือข่ายระดับบุคคล เน้นที่ อสม. เครือข่ายระดับชุมชน เน้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายสถานบริการในระดับเดียวกัน และระดับสูงกว่า เช่น รพช. เป็นต้น
3.9 การจัดบริการแบบเครือข่าย		
4. การจัดการข้อมูลเพื่อการบริหาร	- มีการเชื่อมโยงข้อมูลภายในเครือข่ายบริการเพื่อการรับ-ส่งต่อ และระบบรายงาน	- มีการเชื่อมโยงข้อมูลภายในเครือข่ายบริการเพื่อการรับ-ส่งต่อ และระบบรายงาน
5. อุปสรรคในการจัดบริการ	- ขาดการส่งต่อข้อมูลเครือข่ายระดับล่างโดยเฉพาะรพ.สต.	- มีการส่งข้อมูลผู้ป่วยโดยบันทึกในสมุดสีชมพู

ตอนที่ 3 ผลการกำหนดแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

การศึกษาระยะที่สามนี้เป็นไปเพื่อ กำหนดแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม โดยนำผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อ ในมุมมองของผู้รับบริการ และผลการศึกษา สภาพการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมของสถานบริการสาธารณสุข ในมุมมองของผู้ให้บริการ แล้วนำมาหาเป็นปัจจัยนำเข้าของกระบวนการกำหนดแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

จากการศึกษาในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีทั้งสิ้น 6 ปัจจัย คือ โรคที่เจ็บป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม โดยผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินก่อนคลอดมีโอกาเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 4.08 เท่า ของกลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินขณะคลอดและหลังคลอด การเตรียมพร้อมด้านการเงินและข้าวของเครื่องใช้สำหรับการตั้งครรภ์และการคลอด โดยผู้ป่วยที่ไม่มีการเตรียมพร้อมมีโอกาเข้าถึงบริการส่งต่อทันเวลาเป็น 8.33 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เตรียมการรับรู้ระยะเวลาให้บริการยามเจ็บป่วยฉุกเฉินของสถานบริการสุขภาพ โดยผู้ป่วยที่รับรู้มีโอกาเข้าถึงบริการส่งต่อทันเวลาเป็น 2.56 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่รับรู้ ระดับการศึกษาของหัวหน้าครอบครัว โดยผู้ป่วยที่มีหัวหน้าครอบครัวที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีโอกาเข้าถึงบริการส่งต่อทันเวลาเป็น 2.69 เท่า ของผู้ป่วยที่มีหัวหน้าครอบครัวมีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา เขตที่อยู่อาศัย โดยผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล มีโอกาเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 4.26 เท่า ของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ชุมชนมีแหล่งประโยชน์สำหรับช่วยเหลือประชาชนเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีแหล่งประโยชน์ มีโอกาเข้าถึงบริการส่งต่ออย่างทันเวลาเป็น 6.67 เท่า ของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ไม่มีแหล่งประโยชน์ และผลการศึกษาในระยะที่ 2 ที่ศึกษาสภาพการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินของสถานบริการ โดยศึกษาทั้งลักษณะโครงสร้างหน่วยงานที่จัดบริการ การจัดบุคลากรในการดูแล ลักษณะการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแล พบว่า ลักษณะการจัดหน่วยงาน เป็นการ จัดที่แยกเป็นหน่วยดูแลหญิงในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด โดยตรงทั้งระดับรพช. และรพ.สต. หากแต่ รพ.สต.จะเน้นการดูแลในระยะคลอด และหลังคลอดในชุมชน ส่วน รพช.จะดูแลครอบคลุมระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด มีการจัดสรรบุคลากรในการดูแลโดยตรง และมอบหมายงานอย่างชัดเจน จัดบริการตามมาตรฐานทางวิชาชีพ และตอบสนองเป้าหมายของสถานบริการ ระยะเวลาปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง โดยเฉพาะในรพช. แต่ รพ.สต. มีการจัดบริการแต่ภายในเวลา

ราชการเท่านั้น นอกเวลาราชการเป็นการโทรติดต่อผ่าน 1669 หรือ โทรแจ้งหน่วยงานอื่นในชุมชน เพื่อขอความช่วยเหลือ ซึ่งหน่วยงานเหล่านั้นสามารถให้ความช่วยเหลือได้ในเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย แต่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยการปฏิบัติงานมีการประสานงานกันระหว่าง รพช. รพ.สต. และชุมชนซึ่งมีหน่วย OTOS อสม. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และ หน่วยงานเอกชนเป็นผู้สามารถให้ความดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในชุมชน หากแต่พบว่าในการประสานงานนั้นยังพบว่า ขาดการเชื่อมต่อของข้อมูลผู้ป่วย เมื่อเข้ามารับการรักษาในสถานพยาบาล ทั้งขาดการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างสถานบริการ ในระดับ รพช. และ รพ.สต. หรือระหว่างสถานบริการ และชุมชน ทำให้ผู้ป่วยขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งในการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระหว่างสถานบริการกับชุมชนนั้น พบว่าคุณภาพ การจัดบริการยังไม่ได้มาตรฐานเท่าที่ควร ทั้งบุคลากร และวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในดูแล และ เคลื่อนย้ายผู้ป่วย

เมื่อสรุปผลการศึกษาในระยะที่ 1 และ 2 แล้ว ผู้วิจัยจึงนำผลการศึกษานั้นความเชื่อมโยง ความสัมพันธ์ เพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าของกระบวนการกำหนดแนวทางการพัฒนา การเข้าถึงบริการ ส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาชนิดสนทนากลุ่ม (Focused group discussion: FGD) ร่วมกับกระบวนการพัฒนารูปแบบ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ ขั้นตอนแรกเป็นการวิเคราะห์ระบบ (System analysis) ขั้นตอนที่สองเป็นการออกแบบระบบ (System design) และขั้นตอนที่สามเป็นทดสอบระบบ (System testing) ผลการศึกษาในระยะ ที่ 3 พบว่า

1. การวิเคราะห์ระบบ (System analysis) ผู้วิจัยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 และระยะ ที่ 2 มาแสดงสถานการณ์ปัญหา (Express the problem situation) โดยนำเสนอสภาพปัญหา และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงหาเหตุ และผล ตลอดจนสิ่งที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา หรือประเด็นที่ ต้องการพัฒนานั้น โดยแสดงออกมาเป็น Semantic model

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพนั้น ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านผู้สนับสนุน และปัจจัยด้าน อุปสรรคด้านกายภาพ ดังแสดงในภาพ 16



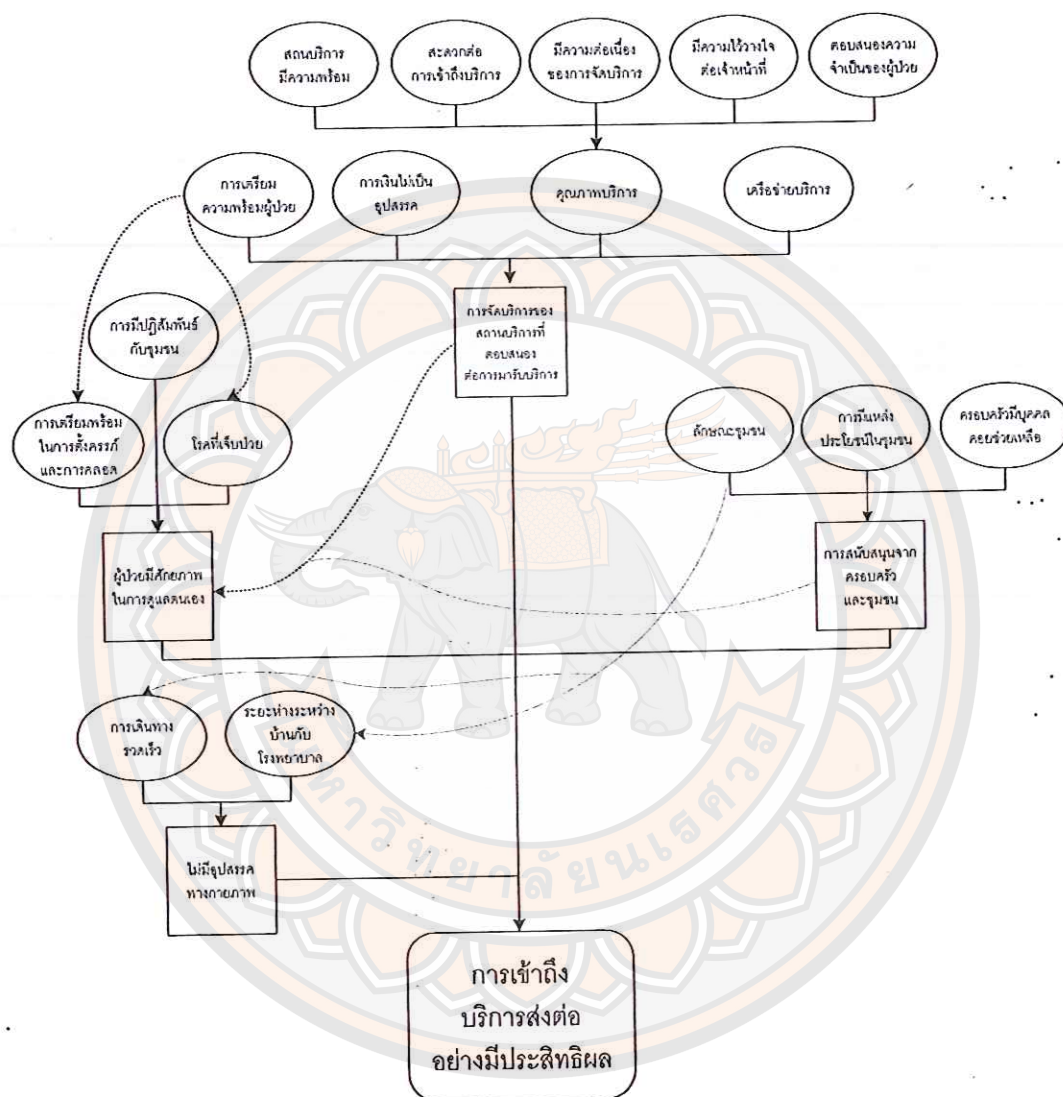
ภาพ 16 ปัจจัยหลักที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยด้านผู้ป่วยมีองค์ประกอบย่อยที่มีความเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการส่งต่อ คือ การเตรียมพร้อมในการตั้งครุฑและการคลอดการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน และโรคที่เจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉิน

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการมีองค์ประกอบย่อยที่มีความเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการส่งต่อ คือ ความพร้อมในการจัดบริการ ความสะดวกในการเข้ารับบริการ การจัดบริการที่มีความต่อเนื่อง การจัดบริการที่มีคุณภาพ ตอบสนองต่อความจำเป็นของผู้ป่วย ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจในเจ้าหน้าที่ ไม่มีปัญหาด้านการเงินเป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการ มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้สามารถประเมินความผิดปกติ และดูแลตนเองได้ มีการจัดบริการเป็นเครือข่าย ผู้ป่วยมีการรับรู้เวลาให้บริการเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน และทัศนคติของผู้ป่วยต่อการจัดบริการ

ปัจจัยด้านผู้สนับสนุนมีองค์ประกอบย่อยที่มีความเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการส่งต่อ คือ ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย ชุมชนมีแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เช่น การช่วยเหลือในการนำผู้ป่วยฉุกเฉินไปสถานพยาบาลการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน และการมีหน่วยกู้ชีพในชุมชน ทั้งนี้ยังรวมถึงครอบครัวมีบุคคลคอยให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินของบุคคลในครอบครัว

ปัจจัยด้านอุปสรรคทางด้านกายภาพมีองค์ประกอบย่อยที่มีความเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการส่งต่อ คือ ระยะห่างระหว่างบ้านกับสถานบริการความเชื่อมโยงของปัจจัยดังกล่าว แสดงไว้ในภาพ 17



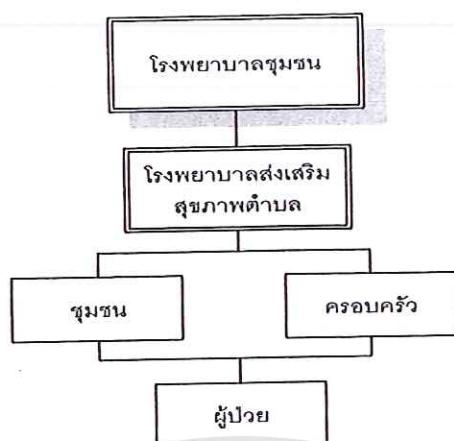
ภาพ 17 แสดงเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการส่งต่อ ของผู้ป่วย ที่มีภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพจิต

2. การสร้างรูปแบบ (Build models) เป็นรูปแบบของการแก้ปัญหา (Building purposeful activity models) การเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินไม่ทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการส่งต่อทันเวลา กระบวนการเริ่มจากการกำหนดลักษณะของการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (Define feasible and desirable changes) วิเคราะห์ผู้รับบริการ (Customers or Stakeholders) หรือกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นผู้ได้รับผลกระทบในการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ วิเคราะห์ผู้แสดง (Actors) หรือผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง กระบวนการเปลี่ยนแปลง (Transformation process) และวิเคราะห์เจ้าของ (Owners) ซึ่งเป็นผู้ควบคุมในการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ ผลการพัฒนามีรายละเอียด ดังนี้

จากการสนทนากลุ่ม และระดมสมอง พบว่า ในการส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเข้าถึงบริการอย่างทันเวลานั้น แนวทางการเข้าถึงบริการส่งต่อ ประกอบด้วย

1. องค์กรเครือข่ายเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมให้เข้าถึงบริการ ประกอบด้วย ตัวแทนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการส่งต่อ คือ ผู้ป่วย สามี ครอบครัว อสม. กู้ชีพประจำตำบล ผู้นำชุมชน สถานีอนามัย และโรงพยาบาล มาร่วมกันวางแผนการพัฒนาให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเข้าถึงบริการส่งต่อ และเป็นศูนย์การประสานงานเครือข่าย

2. กลวิธีดำเนินงานเพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเข้าถึงบริการส่งต่อ โดยดำเนินงานในรูปของเครือข่ายแต่ละเครือข่ายมีการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ตามแนวทางการพัฒนาที่องค์กรเครือข่ายกำหนด ทั้งนี้แต่ละเครือข่ายเป็นทั้งผู้ได้รับผลกระทบจากการพัฒนา และเป็นผู้ดำเนินการพัฒนา กล่าวคือ ผู้ป่วยเป็นทั้งผู้ได้รับผลกระทบจากการพัฒนา และเป็นผู้ดำเนินการพัฒนา ครอบครัวเป็นผู้ดำเนินการพัฒนา สนับสนุนผู้ป่วยให้ตระหนักต่อความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม ร่วมกับผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้ารับบริการเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมารับบริการที่สถานบริการ ชุมชน ประกอบด้วยผู้นำชุมชน อสม. และกู้ชีพประจำตำบล เป็นผู้ดำเนินการพัฒนาในด้าน การดูแลผู้ป่วยในชุมชน การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมารับบริการที่สถานบริการ และสถานบริการสาธารณสุขทั้งในระดับตำบล และระดับอำเภอ เป็นผู้ดำเนินการพัฒนาในด้าน การให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วย การประสานงานกับสถานบริการ หรือแหล่งประโยชน์ในชุมชน ในการดูแลผู้ป่วย มีความพร้อมในการบริการดูรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และเป็นผู้พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน สรุปเป็นโครงสร้างของเครือข่ายการดำเนินงานได้ ดังภาพ 18



ภาพ 18 โครงสร้างเครือข่ายการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

บทบาทหน้าที่เครือข่ายระดับต่างๆ ครอบคลุมตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล คือ ผู้ป่วย ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับสถานบริการมีเป้าหมายหลักในการทำงานร่วมกัน คือ การเพิ่มขีดความสามารถในการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม มีการดำเนินงานเป็นเครือข่าย ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยของเครือข่าย สามารถจำแนกแนวทางการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. แนวทางการดำเนินงานสำหรับกลุ่มเป้าหมายระดับผู้ป่วย
 - ประกอบด้วย
 - 1.1 การอบรมให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอดเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
 - 1.2 การเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม
2. แนวทางการดำเนินงานสำหรับกลุ่มเป้าหมายระดับครอบครัว
 - ประกอบด้วย
 - 2.1 การเสริมสร้างศักยภาพครอบครัว หรือผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด เพื่อให้มีความรู้ และดูแลหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอดเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม
 - 2.2 การจัดทำแหล่งประโยชน์ทั้งบุคคล และแหล่งความรู้ในชุมชนด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

2.3 การเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมารับบริการที่สถานบริการ

3. แนวทางการดำเนินงานสำหรับกลุ่มเป้าหมายระดับชุมชน

ประกอบด้วย

3.1 จัดตั้งหน่วยบริการกู้ชีพประจำตำบลเพื่อให้บริการเคลื่อนย้าย ส่งต่อประสานงานเครือข่าย และปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

3.2 การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรประจำหน่วยบริการกู้ชีพประจำตำบลให้มีความพร้อมในการให้บริการ

3.3 มีระบบการจัดหา และดูแลรักษาวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดบริการของหน่วยบริการกู้ชีพประจำตำบลให้มีความพร้อมในการให้บริการตลอดเวลา

3.4 สร้างภาคีเครือข่ายบริการกู้ชีพประจำตำบล

3.5 การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับหน่วยกู้ชีพประจำตำบล และบริการ

3.6 การจัดทำแหล่งประโยชน์ทั้งบุคคล และแหล่งความรู้ในชุมชนด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

4. แนวทางการดำเนินงานสำหรับกลุ่มเป้าหมายระดับรพ.สต.

ประกอบด้วย

4.1 จัดโครงสร้างหน้าที่ การมอบหมายงาน และบริหารจัดการภายในองค์กรให้มีความพร้อมที่จะให้บริการตามความจำเป็นของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

4.2 จัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (Clinical practice guidelines for emergency obstetric care) เพื่อใช้เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินในชุมชน

4.3 เป็นศูนย์กลางการประสานงานเครือข่ายเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมให้เข้าถึงบริการ

4.4 การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

4.5 อบรมให้ความรู้แก่ อสม. ครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

4.6 การจัดทำฐานข้อมูลเครือข่ายบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เผยแพร่ต่อองค์กร หรือหน่วยงานในเครือข่าย และใช้ข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการเครือข่าย

4.7 การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง

5. แนวทางการดำเนินงานสำหรับกลุ่มเป้าหมายระดับรพช.

ประกอบด้วย

5.1 จัดหน่วยงาน จัดโครงสร้างหน้าที่ การมอบหมายงาน และบริหารจัดการภายในองค์กรให้มีความพร้อมที่จะให้บริการตามความจำเป็นของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

5.2 จัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (Clinical practice guidelines for emergency obstetric care) เพื่อใช้เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล

5.3 เป็นศูนย์วิชาการของเครือข่ายเพื่อพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายให้มีความสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมให้เข้าถึงบริการส่งต่อ

5.4 การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

5.5 อบรมให้ความรู้แก่ อสม. ครอบครัว และผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

5.6 ใช้ฐานข้อมูลเครือข่ายบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

5.7 การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง

จะเห็นได้ว่าแนวทางเพื่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ องค์กรประสานงานเครือข่าย หน่วยงานย่อยของเครือข่าย และการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วย คือ กลุ่มเป้าหมายผู้รับผิดชอบ และผู้กำกับติดตาม ดังแจกแจงรายละเอียดในตาราง 34

ตาราง 34 แสดงการสรุปแนวทางการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาการเข้าถึงบริการ
 ส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

กลุ่มเป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน	ผู้ดำเนินการ	ผู้กำกับ ติดตาม
ผู้ป่วย	1. การอบรมให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอดเกี่ยวกับความเสี่ยง ต่อการเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะ ฉุกเฉินทางสูติกรรม ให้สามารถดูแล ตนเองได้อย่างเหมาะสม	เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขใน เขตพื้นที่ รับผิดชอบ	เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขใน เขตพื้นที่ รับผิดชอบ
ครอบครัว	2. การเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับ แหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อการดูแล หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดเมื่อเกิดการ เจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม	- อสม. - หน่วยกู้ชีพ ประจำตำบล - ผู้นำชุมชน	ผู้นำชุมชน
	1. การเสริมสร้างศักยภาพครอบครัว หรือผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด เพื่อให้มีความรู้ และดูแลหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอดเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วย ภาวะฉุกเฉินทาง สูติกรรม	เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขใน เขตพื้นที่ รับผิดชอบ	เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขใน เขตพื้นที่ รับผิดชอบ
	2. การเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวใน การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลหญิง ตั้งครรภ์และหลังคลอดเมื่อเกิดการ เจ็บป่วยฉุกเฉิน และเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มารับบริการที่สถานบริการ	- อสม. - เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขใน เขตพื้นที่ รับผิดชอบ	เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขใน เขตพื้นที่ รับผิดชอบ

ตาราง 34 (ต่อ)

กลุ่มเป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน	ผู้ดำเนินการ	ผู้กำกับติดตาม
ชุมชน	1. จัดตั้งหน่วยบริการกู้ชีพประจำตำบล เพื่อให้บริการเคลื่อนย้าย ส่งต่อ ประสานงานเครือข่าย และปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม	ผู้นำชุมชน	องค์การบริหารส่วนตำบล
	2. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรประจำหน่วยบริการกู้ชีพประจำตำบล ให้มีความพร้อมในการให้บริการ	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	องค์การบริหารส่วนตำบล
	3. มีระบบการจัดหา และดูแลรักษาวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดบริการของหน่วยบริการกู้ชีพประจำตำบลให้มีความพร้อมในการให้บริการตลอดเวลา	องค์การบริหารส่วนตำบล	องค์การบริหารส่วนตำบล
	4. สร้างภาคีเครือข่ายบริการกู้ชีพประจำตำบล	อสม. - หน่วยกู้ชีพประจำตำบล - ผู้นำชุมชน	องค์การบริหารส่วนตำบล
	5. การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับหน่วยกู้ชีพประจำตำบล และบริการ	- อสม. - หน่วยกู้ชีพประจำตำบล - ผู้นำชุมชน	องค์การบริหารส่วนตำบล
	6. การจัดทำแหล่งประโยชน์ทั้งบุคคล และแหล่งความรู้ในชุมชนด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม	- อสม. - หน่วยกู้ชีพประจำตำบล	องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน

ตาราง 34 (ต่อ)

กลุ่มเป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน	ผู้ดำเนินการ	ผู้กำกับติดตาม
รพ.สต.	1. จัดโครงสร้างหน้าที่ การมอบหมายงาน และบริหารจัดการภายในองค์กรให้มีความพร้อมที่จะให้บริการตามความจำเป็นของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม	เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล
	2. จัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (Clinical practice guidelines for emergency obstetric care) เพื่อให้เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินในชุมชน	พยาบาล วิชาชีพ ประจำ รพ.สต.	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล
	3. เป็นศูนย์กลางการประสานงานเครือข่ายเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมให้เข้าถึงบริการส่งต่อ	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. - หน่วยกู้ชีพ ประจำตำบล	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล - องค์การบริหาร ส่วนตำบล
	4. การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล
	5. อบรมให้ความรู้แก่ อสม. ครอบครัว และผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล

ตาราง 34 (ต่อ)

กลุ่มเป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน	ผู้ดำเนินการ	ผู้กำกับติดตาม
รพ.สต. (ต่อ)	6. การจัดทำฐานข้อมูลเครือข่ายบริการ เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทาง สูติกรรม	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. - อสม. - หน่วยกู้ชีพ ประจำตำบล	- ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล - ผู้นำชุมชน - องค์การบริหาร ส่วนตำบล
	7. การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการ ระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล
รพช.	1. จัดหน่วยงาน จัดโครงสร้างหน้าที่ การมอบหมายงาน และบริหารจัดการ ภายในองค์กรให้มีความพร้อมที่จะ ให้บริการตามความจำเป็นของผู้ป่วยที่มี ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม	- หัวหน้าฝ่าย การพยาบาล - หัวหน้า พยาบาลห้อง คลอด	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ชุมชน
	2. จัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับดูแล ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (Clinical practice guidelines for emergency obstetric care) เพื่อให้ เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยใน โรงพยาบาล	- แพทย์ - พยาบาล วิชาชีพ ประจำ ห้องคลอด	- ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ชุมชน - หัวหน้าฝ่าย การพยาบาล

ตาราง 34 (ต่อ)

กลุ่มเป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน	ผู้ดำเนินการ	ผู้กำกับ ติดตาม
รพช. (ต่อ)	3. เป็นศูนย์วิชาการของเครือข่าย เพื่อ พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายให้มี ความสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ ฉุกเฉินทางสูติกรรมให้เข้าถึงบริการ ส่งต่อ	- แพทย์ - พยาบาล วิชาชีพ ประจำ ห้องคลอด	- ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ชุมชน
	4. การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทาง สูติกรรม	- พยาบาล วิชาชีพ ประจำ ห้องคลอด	- ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ชุมชน
	5.อบรมให้ความรู้แก่ อสม. ครอบครัว และผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วย ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม	- พยาบาล วิชาชีพ ประจำ ห้องคลอด	- ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ชุมชน
	6. ใช้ฐานข้อมูลเครือข่ายบริการเพื่อการ ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม	- พยาบาล วิชาชีพ ประจำ ห้องคลอด	- ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ชุมชน
	7. การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการ ระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง	- พยาบาล วิชาชีพ ประจำ ห้องคลอด	- ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ชุมชน

3. การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ (Model testing) เป็นการประเมินว่ารูปแบบการเปลี่ยนแปลงนี้สามารถปฏิบัติได้จริง (Workability) และมีความเพียงพอ (Appropriateness) ต่อการแก้ปัญหาหรือไม่ และตอบสนองความจำเป็นหรือไม่อย่างไรโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่านด้วยวิธีการพยากรณ์เชิงคุณภาพ (Qualitative forecasting techniques) ผลการศึกษาพบว่า

การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในประเด็นเกี่ยวกับ รูปแบบสามารถปฏิบัติได้จริง เพียงพอต่อการแก้ปัญหา และตอบสนองความจำเป็นในการแก้ไขปัญหา ด้วยวิธีการพยากรณ์เชิงคุณภาพ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยอย่างสอดคล้องกันทุกท่านว่า โครงสร้างองค์การของรูปแบบการเข้าถึงบริการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสถานบริการสาธารณสุข มีความครอบคลุมในการจัดการปัญหา ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเข้าถึงบริการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ การกำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และมาตรการของรูปแบบมีความชัดเจน สามารถดำเนินการได้จริงในทางปฏิบัติ สามารถแก้ปัญหการเข้าถึงบริการส่งต่อได้ หากผู้ดำเนินการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้ และผู้รับผิดชอบมีการควบคุม กำกับกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรการที่กำหนด และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบ ดังนี้

1. ด้านองค์กรเครือข่าย ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า ควรมีการเชื่อมโยงองค์ประกอบตามโครงสร้าง เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยง และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่ชัดเจน ซึ่งจะสะดวกต่อการบริหารจัดการตามโครงสร้างเครือข่าย การดำเนินงาน และการประสานงานภายในองค์กร

2. ด้านการดำเนินงาน ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า การดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าประสงค์ที่กำหนด ปัจจัยแห่งความสำเร็จมีหลายปัจจัยที่นอกเหนือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับผิดชอบ และผู้ดำเนินงาน คือการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่หรือแหล่งงบประมาณ เป็นต้น

3. รูปแบบการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกระบวนการพัฒนา ต้องมีความร่วมมือร่วมใจ และมีเป้าหมายในการพัฒนาเป็นไปในทางเดียวกัน ฉะนั้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ควรมีการลงนามข้อตกลง มีการพบปะเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงาน และการสรุปผลการดำเนินงานเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสานวิธี (Mixed method) ระหว่างการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ และการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งระยะการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ ชนิด การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ชนิดการศึกษาภาคตัดขวาง ระยะที่ 2 ศึกษาลักษณะการจัดบริการของสถานบริการสาธารณสุข โดยวิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม และระยะที่ 3 พัฒนารูปแบบเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ โดยวิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม และการระดมสมอง ผู้วิจัยได้สรุปผลการศึกษิตตามระยะของการศึกษา ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

ผลการศึกษาเชิงพรรณนา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ การเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมมี 4 ด้าน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการจัดบริการสาธารณสุข ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และปัจจัยอุปสรรคทางกายภาพ

ด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วย 24.75 ปี อายุเฉลี่ยของสามีผู้ป่วย 27.39 ปี ผู้ป่วยและสามีทุกรายนับถือศาสนาเดียวกัน โดยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.5) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 64.2) ส่วนสามีของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาที่ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 59.7) หัวหน้าครอบครัวส่วนใหญ่มีการศึกษาที่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 51.1) ผู้ป่วยประกอบอาชีพ (ร้อยละ 44.7) ผู้ป่วยมีรายได้เฉลี่ย 5,668.34 บาท ส่วนรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ที่ 10,286.32 บาท ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 60.5 มีการเตรียมเงินไว้ใช้จ่ายอย่างเพียงพอเมื่อยามเจ็บป่วยไม่เพียงพอถึงขาดสน ผู้ป่วยมีการตั้งครรภ์ จำนวน 1 ครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 55.5) ผู้ป่วยไม่มีประวัติการแท้ง (ร้อยละ 70.3) ส่วนใหญ่มีบุตรที่มีชีวิต

1 คน (ร้อยละ 54.5) ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินก่อนตั้งครรภ์ จะป่วยในช่วงอายุครรภ์เฉลี่ย 18.25 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินหลังการตั้งครรภ์ จะป่วยในช่วงหลังคลอดเฉลี่ย 14.32 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 83.4) การวินิจฉัยโรคในการเจ็บป่วยฉุกเฉินครั้งนี้ ส่วนใหญ่ป่วยด้วยอาการของการคลอดติดขัด หรือการคลอดยาวนาน รองลงมาเป็นภาวะเลือดออกก่อนคลอด และความดันโลหิตสูง หรือชักขณะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 59.2, 33.7 และ 3.7 ส่วนภาวะตกเลือดหลังคลอดมีสัดส่วนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.4 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระดับด่วน (Urgency) (ร้อยละ 85.8) การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไปรักษาทันทีเมื่อมีอาการ (ร้อยละ 76.3) สถานพยาบาลแห่งแรกที่เข้ารับการรักษามือเจ็บป่วย คือโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด (ร้อยละ 42.6) ผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษาที่สถานพยาบาลเฉลี่ย 265.92 บาท ค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 1,661.83 บาท และค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ ในการมารักษาที่สถานพยาบาลเฉลี่ย 906.41 บาท ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับทราบสิทธิการรักษาของตนเอง (ร้อยละ 87.6) และรับทราบความครอบคลุมของสิทธิในการรักษารวมการเจ็บป่วย การตั้งครรภ์ และการคลอด (ร้อยละ 89.5) ผู้ป่วยรับรู้ข่าวสารการดูแลตนเองเมื่อเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.5) ส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารแหล่งประโยชน์ในการดูแลเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 58.2) ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเฉลี่ย 33.85 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน โดยส่วนใหญ่คะแนนอยู่ในระดับ 31 – 40 (ร้อยละ 63.9) ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 6 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน มีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้ของในระดับปานกลางมาก (ร้อยละ 44.2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการวางแผนการคลอด (ร้อยละ 78.7) ส่วนใหญ่มีการเตรียมเงินไว้สำหรับการคลอด (ร้อยละ 67.7) ส่วนใหญ่มีการเตรียมวางแผนเดินทางไปคลอด (ร้อยละ 66.8) ส่วนใหญ่เมื่อประสบกับปัญหาผู้ป่วยปรึกษาภายในครอบครัว (ร้อยละ 85.8) ส่วนใหญ่สามารถเลือกปฏิบัติดูแลตนเองได้ตามต้องการ (ร้อยละ 83.2) ส่วนใหญ่ผู้ป่วย และสามีไม่เป็นทั้งคณะกรรมการ และสมาชิกกลุ่ม (ร้อยละ 85.0 และ 87.6 ตามลำดับ) การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของผู้ป่วย และสามี ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม (ร้อยละ 60.3 และ 63.4 ตามลำดับ) ผู้ป่วยพูดคุยกับเพื่อนบ้านมากกว่า 7 ครั้ง/สัปดาห์มีสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 48.4)

ข้อมูลการจัดบริการสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณสมบัติกลุ่มผู้ป่วยสูติกรรมในชุมชน (ร้อยละ 68.4) ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ (ร้อยละ 78.3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาให้บริการยามเจ็บป่วยฉุกเฉินของ รพ.สต. (ร้อยละ 60.5) และมีการรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาให้บริการยามเจ็บป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 78.4) การเจ็บป่วยครั้งนี้

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษารั้งแรกที่โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 70.8) โดยกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ รพ.สต.เป็นแห่งแรกส่วนใหญ่รับบริการในช่วงเวลา 8.00 – 15.59 น. (ร้อยละ 56.5) กลุ่มผู้ป่วยที่เดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นแห่งแรก ส่วนใหญ่รับบริการในช่วงเวลา 8.00 – 15.59 น. (ร้อยละ 56.2) ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการจัดบริการของสถานพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ย 37.33 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อบริการในช่วงคะแนน 31 – 40 มากที่สุด (ร้อยละ 64.5)

ปัจจัยด้านสิ่งสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 88.2) ชุมชนที่อาศัยอยู่ส่วนใหญ่มีหน่วยฉุกเฉินดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน (ร้อยละ 55.8) ส่วนใหญ่มีระบบการช่วยเหลือในการนำผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานพยาบาลในชุมชน (ร้อยละ 63.2) ส่วนใหญ่มีระบบการติดต่อสื่อสารกับสถานพยาบาลในชุมชนเมื่อมีผู้ป่วยฉุกเฉิน (ร้อยละ 58.9) แต่ไม่มีกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน (ร้อยละ 82.4) ส่วนใหญ่ไม่มีการรวมกลุ่มของประชาชนในชุมชนเพื่อดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 53.7) การสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า ในครอบครัวครัวของผู้ป่วยมีจำนวนสมาชิก 3 – 4 คนมากที่สุด (ร้อยละ 40.5) จำนวนสมาชิกเฉลี่ย 4.62 คน ในครอบครัวผู้ป่วยจะอยู่กับสามีและลูกมากที่สุด (ร้อยละ 33.4) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นสมาชิก (ร้อยละ 95.5) และมีสถานะเป็นภรรยา (ร้อยละ 48.2) ผู้ป่วยมีพ่อแม่เป็นผู้ตัดสินใจหลักให้กับครอบครัวมากที่สุด (ร้อยละ 37.6) การขอความช่วยเหลือเรื่องการเงินของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยและสามีช่วยเหลือกันเองภายในครอบครัว. (ร้อยละ 58.9) มีการขอความช่วยเหลือเรื่องการดูแลรักษาเรื่องการเจ็บป่วย จากผู้ป่วยและสามีช่วยเหลือกันเองภายในครอบครัวมีสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 43.2) การขอความช่วยเหลือผู้อื่นให้ตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษา พบว่า ผู้ป่วยตัดสินใจเองมากที่สุด (ร้อยละ 39.5) การขอความช่วยเหลือผู้อื่นให้พาไปสถานพยาบาล จากสามีพาไปมากที่สุด (ร้อยละ 45.0)

ปัจจัยอุปสรรคทางด้านกายภาพในการเข้ามารับบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม พบว่า การเดินทางจากบ้านผู้ป่วยถึง รพ.สต.มีระยะทางเฉลี่ย 4.08 กิโลเมตร ส่วนการเดินทางจากบ้านผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลชุมชน มีระยะทางเฉลี่ย 8.48 กิโลเมตร ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรถยนต์หรือรถมอเตอร์ไซด์ส่วนตัวไว้ใช้งาน (ร้อยละ 96.1) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางจากบ้านถึง รพ.สต.ด้วยรถตนเอง (ร้อยละ 94.8) ซึ่งคล้ายคลึงกับการเดินทางจาก รพ.สต.ถึงโรงพยาบาลชุมชน ในการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลชุมชนนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางโดยรถตนเอง (ร้อยละ 82.4)

ในการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมนั้น ผู้ป่วยมีระยะเวลาตัดสินใจ ซึ่งเป็นระยะเวลาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วย จนตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ย 316.52 นาที ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยรู้ว่าเกิดอาการเจ็บป่วย จนเข้ารับการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยส่งต่อจากรพ.สต. ไปที่รพช. ใช้เวลาเฉลี่ย 369.87 นาที ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยรู้ว่าเกิดอาการเจ็บป่วยจนเข้ารับการรักษาพยาบาล ในผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลชุมชนโดยตรงใช้เวลาเฉลี่ย 410.42 นาที การเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไปรักษาที่ รพ.สต.ก่อน แล้วจึงถูกส่งต่อจาก รพ.สต. ไปที่โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการทันเวลา (ร้อยละ 89.6) กลุ่มผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการทันเวลา (ร้อยละ 92.1) การเข้าถึงบริการส่งต่อรวม ส่วนใหญ่เข้าถึงบริการทันเวลา (ร้อยละ 91.3)

เมื่อนำปัจจัยดังกล่าวมาวิเคราะห์หาอิทธิพลร่วมต่อการเข้าถึงบริการ โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple logistic regression analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม มีทั้งสิ้น 6 ปัจจัย คือ โรคที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินขณะคลอดและหลังคลอดมีโอกาสเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 4.08 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินก่อนคลอด ($OR = 4.08, 95\%CI = 1.62 - 10.31, p = 0.00$) การเตรียมพร้อมด้านการเงินและข้าวของเครื่องใช้สำหรับการตั้งครรภ์และการคลอด มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่ไม่มีการเตรียมพร้อมมีโอกาสเข้าถึงบริการส่งต่อทันเวลาเป็น 8.33 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เตรียม ($OR = 8.33, 95\%CI = 0.05 - 0.32, p = 0.00$) การรับรู้ระยะเวลาให้บริการยามเจ็บป่วยฉุกเฉินของสถานบริการสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่รับรู้มีโอกาสเข้าถึงบริการส่งต่อทันเวลาเป็น 2.56 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่รับรู้ ($OR = 2.56, 95\%CI = 0.16 - 0.95, p = 0.04$) ระดับการศึกษาของหัวหน้าครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีหัวหน้าครอบครัวที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีโอกาสเข้าถึงบริการส่งต่อทันเวลาเป็น 2.69 เท่า ของผู้ป่วยที่มีหัวหน้าครอบครัวมีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ($OR = 2.69, 95\%CI = 1.14 - 6.33, p = 0.02$) เขตที่อยู่อาศัย มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล

โอกาสเข้าถึงบริการทันเวลาเป็น 4.26 เท่า ของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ($OR = 4.26$, $95\%CI = 1.67 - 10.85$, $p = 0.00$) ชุมชนมีแหล่งประโยชน์สำหรับช่วยเหลือประชาชนเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีแหล่งประโยชน์ มีโอกาสเข้าถึงบริการส่งต่ออย่างทันเวลาเป็น 6.67 เท่า ของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ไม่มีแหล่งประโยชน์ ($OR = 6.67$, $95\%CI = 2.34 - 19.05$, $p = 0.00$)

ระยะที่ 2 ศึกษาการจัดบริการของสถานบริการสาธารณสุข

ในการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ของสถานบริการสาธารณสุขทั้งในระดับทุติยภูมิ และระดับปฐมภูมิ มีองค์ประกอบหลักของการจัดบริการเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมสามารถเข้ามารับบริการได้ทันเวลานั้น ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การจัดโครงสร้างองค์กร การจัดโครงสร้างหน้าที่ การจัดบริการ และการจัดการข้อมูล ทั้ง 4 องค์ประกอบหลักนี้ความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน กล่าวคือ

1. การจัดโครงสร้างองค์กร โดยสถานบริการในระดับทุติยภูมิมีการจัดโครงสร้างองค์กรโดยแยกออกมาเป็นงานห้องคลอด มีพยาบาลวิชาชีพประจำ จำนวน 3 คน ซึ่งครอบคลุมกับงานที่ต้องรับผิดชอบทั้งการดูแลขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด หน่วยบริการจัดเป็นห้องสัดส่วนชัดเจน แยกออกมาจากหน่วยอื่นของโรงพยาบาล สำหรับการจัดโครงสร้างองค์กรในระดับปฐมภูมินั้น จะแบ่งงานให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการสูติกรรม โดยมีสม. ในชุมชนเป็นผู้ช่วยในการดำเนินดูแลผู้รับบริการสูติกรรมในชุมชนมีการปรับโครงสร้างองค์กรเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ให้บรรลุตามเป้าหมาย รองรับการทำงานเป็นเครือข่ายในการส่งต่อ ที่เชื่อมโยงตั้งแต่สถานบริการระดับตติยภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับปฐมภูมิ และชุมชน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และจัดบริการแก่ผู้ป่วยให้มีความสะดวกในการมารับบริการมากขึ้น

2. การจัดโครงสร้างหน้าที่ทั้งในระดับปฐมภูมิ และระดับทุติยภูมิมีการจัดแบ่งหน้าที่ และความรับผิดชอบในการดูแลผู้รับบริการสูติกรรมอย่างชัดเจน ทั้งนี้ในการมอบหมายงานจะมอบหมายงานตามประสบการณ์เดิม ความสนใจ และความชำนาญของเจ้าหน้าที่รูปแบบการทำงาน (Working style) ให้มีความสำคัญกับการมีเป้าหมายในการทำงาน และทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย นำประสบการณ์เดิมในการทำงาน มาส่งเสริมงานปัจจุบัน และเน้นการทำงานเป็นทีม มีการประสานงานกันในการปฏิบัติงาน เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินให้ปลอดภัย บุคลากรทุกคนปฏิบัติงานโดยมีความรู้สึกมีคุณค่า และมีความรู้สึกเชิงบวกในการปฏิบัติงาน รูปแบบการทำงาน

ผู้บริหารให้อิสระในการทำงาน มีการสอนงานหลากหลายรูปแบบ ทั้งแบบบทบาทสมมติ หรือการสาธิตให้ดูก่อนการปฏิบัติจริง มีการประยุกต์วิธีการจัดการงานให้ง่าย และสะดวกต่อการปฏิบัติ

3. การจัดบริการ สถานบริการมีแนวคิดการจัดบริการที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยเป็นหลัก สามารถจำแนกประเด็นของการจัดบริการออกเป็น 9 ประเด็นหลัก คือ การจัดบริการที่มีความพร้อม สะดวก มีความต่อเนื่อง มีคุณภาพ ตอบสนองความจำเป็นของผู้ป่วย เกิดความไว้วางใจ ให้บริการโดยไม่มีการเงินเป็นอุปสรรค มีการเตรียมพร้อมผู้ป่วย และมีการจัดบริการเป็นเครือข่ายโดยที่

ด้านความพร้อมของการจัดบริการ สถานบริการได้มีการเตรียมความพร้อมของการจัดบริการที่ตอบสนองต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม โดยมีการจัดบริการตลอด 24 ชั่วโมง ทั้ง 7 วัน โดยบุคลากรต้องมีความเชี่ยวชาญ มีการตัดสินใจที่ดี และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ต้องพร้อมสำหรับดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอยู่ตลอดเวลา อุปกรณ์สื่อสาร และช่องทางในการติดต่อสื่อสารได้แก่ โทรศัพท์ สมุดสีชมพูนั้น ต้องมีการเตรียมให้สามารถพร้อมใช้ตลอดเวลา

ความสะดวกของการมารับบริการที่สถานบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมนั้น สถานบริการได้จัดบริการแบบ One stop services ร่วมกับการประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนของการเข้ารับบริการ โดยการประสานงานของหน่วยงานภายในองค์กรในการให้ข้อมูลกับผู้รับบริการสูติกรรม อำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม ในกรณีผู้ป่วยที่มีความฉุกเฉินของการเจ็บป่วยไม่เท่ากัน กล่าวคือ ถ้าเจ็บป่วยรุนแรงก็จะเอารถไปรับ เจ็บป่วยไม่รุนแรงก็จะแนะนำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเอง การเพิ่มช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการในหลากหลายช่องทาง เพื่อเพิ่มความสะดวกในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการขอรับบริการจากสถานบริการเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ความสะดวกในการติดต่อสื่อสารเพื่อขอรับบริการโดยระบบเบอร์โทรเบอร์เดียว ผ่านเบอร์โทร 1669 ที่สามารถจำได้ง่าย และครอบคลุมทุกพื้นที่ภายในเครือข่ายบริการ

ความต่อเนื่องของการจัดบริการสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมนั้น สถานบริการจัดบริการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผ่านระบบการส่งต่อ ทั้งไปและกลับระหว่าง สถานบริการระดับตติยภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับปฐมภูมิ การดูแลผู้ป่วยระหว่างเจ้าหน้าที่เอง หรือระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย หรือผู้ป่วยเอง โดยการใช้สมุดสีชมพู เป็นเครื่องมือในการบันทึกข้อมูลต่างๆ ของการดูแล และสุขภาพของผู้ป่วย สามารถวางแผนให้การดูแลทันอย่างต่อเนื่อง ตรงกับสภาพของผู้ป่วยเจ้าหน้าที่สามารถให้บริการสอดคล้องกับสภาวะของผู้ป่วยที่มารับ

บริการทั้งในระยะตั้งครมร์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยการติดตามผู้ป่วยให้มารับบริการอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่มีช่องทางการติดตามผู้ป่วยหลากหลายช่องทาง

คุณภาพของการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม สถานบริการมีการจัดบริการตรงตามมาตรฐานที่กำหนดโดยกรมอนามัย จัดบริการโดยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ และความเชี่ยวชาญของบุคลากรทั้งแพทย์ และพยาบาล บุคลากรตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม จัดบริการครอบคลุมตั้งแต่การสืบค้นพบผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Early detection) และให้การดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (Prompt treatment) โดยการตรวจคัดกรองความผิดปกติโดยการนัดให้มาดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ เมื่อพบความผิดปกติก็จะให้การดูแลทันที ทั้งนี้มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยภายในเครือข่าย และระบบการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยรับบริการอย่างเหมาะสม

การจัดบริการที่ตอบสนองความจำเป็น (Met needs) ของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม สถานบริการจัดบริการผู้ป่วยทั้งอยู่ในเขต และนอกเขตพื้นที่รับผิดชอบ มีการปรับเปลี่ยนการบริการ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถมารับบริการได้ตามเวลาที่นัดหมาย เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย

ความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ในการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เจ้าหน้าที่มีความเป็นกันเองกับผู้ป่วยและญาติ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นมิตรกับเจ้าหน้าที่ ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดบริการที่ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ และรู้สึกเป็นมิตรกับเจ้าหน้าที่ ทำให้ไม่เกิดข้อร้องเรียนจากผู้ป่วย

สามารถให้บริการโดยไม่มีสถานะทางการเงินของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เป็นอุปสรรคโดยระบบการประกันสุขภาพที่จัดรูปแบบบริการเป็นแบบแบ่งเขต และมีการส่งต่อระหว่างเขตเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับบริการได้โดยไม่ต้องจ่ายแพง

การเตรียมพร้อมผู้ป่วยสูติกรรม ให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม โดยเจ้าหน้าที่ให้รายละเอียดเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมแก่ผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สร้างความตระหนักรู้ให้กับผู้ป่วย และการเตรียมตัวเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน มีการเตรียมพร้อมผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางในการรักษา และดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับระยะของการเจ็บป่วย มีการบันทึกความผิดปกติ และแจกคู่มือการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่สามารถดูได้ตลอดเวลา เช่น การแนะนำการใช้สมุดสีชมพู โดยบันทึกผลการประเมินความผิดปกติในทุกระยะของการตั้งครมร์ และแจ้งข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วย

พร้อมบอกแนวทางในการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยตามภาวะเสี่ยงเหล่านั้นโดยใช้วิธีการพัฒนาศักยภาพที่หลากหลาย เช่น การสอนโดยการให้ทดลองปฏิบัติจริง และให้คำแนะนำตามสภาพจริงของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลได้

การจัดบริการแบบเครือข่าย เพื่อสามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ เริ่มจากการค้นหาเครือข่ายระดับชุมชน ที่ใช้รูปแบบหลากหลายทั้งติดต่อผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ หรือการเสาะหาด้วยตนเองในพื้นที่ มีการค้นหาเครือข่ายทั้งที่เป็นเครือข่ายบุคคล และเครือข่ายองค์กร เช่น เครือข่ายบุคคล จะได้จากผู้ป่วยที่ปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้ดี สามารถเป็นตัวอย่างแก่ผู้อื่นได้มาเป็นแนวร่วมในการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม หรือเครือข่ายที่เป็นองค์กร เช่น เทศบาล เป็นต้น ในการแสวงหาเครือข่ายนั้น สถานบริการ มีการแสวงหาเครือข่ายทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ เช่น เครือข่ายที่เป็นโครงการจะเป็นกลุ่มหน่วยงานในระบบบริการสาธารณสุข ที่ครอบคลุมระดับอำเภอ และตำบล มีการเชื่อมโยงเครือข่ายในรูปแบบของ CUP ตั้งคณะกรรมการ เพื่อดำเนินงาน มีการประชุมคณะกรรมการ ทุกเดือน และการเชื่อมโยงข้อมูลการบริการผู้ป่วยในชุมชนภายในเครือข่าย สำหรับเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ เช่น การให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ช่วยรับผิดชอบในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน สร้างเครือข่ายบริการสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งในระดับชุมชนโดย อสม. และเทศบาล และระดับโรงพยาบาล เพื่อจัดบริการให้ครอบคลุมระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน มีการเชื่อมโยงเครือข่ายโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น e-mail และการรายงานที่เป็นกระดาษแม้กระทั่งใช้วิธีบอกต่อ การประสานงานภายในเครือข่ายมีลักษณะเป็นขั้นตามโครงสร้างองค์กร CUP ต้องสร้างการรับรู้แก่เจ้าหน้าที่ในพื้นที่เพื่อดูแลผู้ป่วยในชุมชน แต่ถึงกระนั้น ในการประสานงานภายในเครือข่ายก็ยังมีประเด็นที่เป็นอุปสรรค ทำให้สถานบริการไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินในพื้นที่รับผิดชอบของตนเองได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากขาดการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากสถานบริการระดับตติยภูมิ หรือระดับทุติยภูมิ

4. การจัดการข้อมูลเพื่อการบริหาร ของสถานบริการจะมีการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย และเพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการขององค์กร แต่ทั้งนี้ก็ยังพบว่ามีอุปสรรคในการให้บริการแก่ผู้ป่วยอันเนื่องมาจากขาดการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยมาสู่สถานบริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้ป่วยขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง หรือหากเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินจะทำให้เสียโอกาสในการรับการรักษาอย่างทันท่วงที

ระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทาง สูติกรรม

กระบวนการพัฒนารูปแบบ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ ขั้นตอนแรกเป็นการวิเคราะห์ระบบ (System analysis) ขั้นตอนที่สองเป็นการออกแบบระบบ (System design) และขั้นตอนที่สามเป็นทดสอบระบบ (System testing) ผลการศึกษามีดังนี้

1. การวิเคราะห์ระบบ (System analysis) ผู้วิจัยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มาแสดงสถานการณ์ปัญหา (Express the problem situation) โดยนำเสนอสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เชื่อมโยงหาเหตุ และผล ตลอดจนสิ่งที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา หรือประเด็นที่ต้องการพัฒนานั้น โดยแสดงออกมาเป็น Semantic model จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพนั้น ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านผู้สนับสนุน และปัจจัยด้านอุปสรรคด้านกายภาพ

ปัจจัยด้านผู้ป่วย มีองค์ประกอบย่อยที่มีความเกี่ยวข้องกับประสิทธิผลการเข้าถึงบริการส่งต่อ คือ การตัดสินใจเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยเมื่อมีอาการผิดปกติของการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม การเตรียมเงินไว้ใช้จ่ายในการคลอด จำนวนบุตรที่มีชีวิต ความรู้เรื่องอาการผิดปกติและการดูแลรักษา และโรคที่เจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉิน

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการมีองค์ประกอบย่อยที่มีความเกี่ยวข้องกับประสิทธิผลการเข้าถึงบริการส่งต่อ คือ ความพร้อมในการจัดบริการ ความสะดวกในการเข้ารับบริการ การจัดบริการที่มีความต่อเนื่อง การจัดบริการที่มีคุณภาพ ตอบสนองต่อความจำเป็นของผู้ป่วย ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจในเจ้าหน้าที่ ไม่มีปัญหาด้านการเงินเป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการ มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้สามารถประเมินความผิดปกติ และดูแลตนเองได้ มีการจัดบริการเป็นเครือข่าย

ปัจจัยด้านผู้สนับสนุนมีองค์ประกอบย่อยที่มีความเกี่ยวข้องกับประสิทธิผลการเข้าถึงบริการส่งต่อ คือ ระดับการศึกษาหัวหน้าครอบครัวผู้ป่วย ระบบการช่วยเหลือในการนำผู้ป่วยฉุกเฉินไปสถานพยาบาล การขอความช่วยเหลือเรื่องการรักษาเมื่อเจ็บป่วย การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นให้ตัดสินใจเรื่องการรักษา การดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน และการมีหน่วยกู้ชีพในชุมชน

ปัจจัยด้านอุปสรรคทางด้านกายภาพมีองค์ประกอบย่อยที่มีความเกี่ยวข้องกับประสิทธิผลการเข้าถึงบริการส่งต่อ คือ การเดินทางเพื่อเข้ารับบริการ และระยะห่างระหว่างบ้านกับสถานบริการ

2. การสร้างรูปแบบ (Build models) กลุ่มได้ร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการพัฒนา คือ "หญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอดได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม" โดยอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งผู้ป่วย สามี ครอบครัว อสม. กู้ชีพประจำตำบล ผู้นำชุมชน สถานีอนามัย และโรงพยาบาล โดยกำหนดโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินให้ทันเวลา หรือมีประสิทธิผล และแนวทางในการดำเนินงานแต่ละระดับ ครอบคลุมตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับสถานบริการ ประกอบด้วย 4 แนวทางหลัก คือ แนวทางระดับปัจเจกบุคคล แนวทางระดับครอบครัว แนวทางระดับชุมชน และแนวทางระดับสถานบริการสาธารณสุข

แนวทางระดับปัจเจกบุคคล มีเป้าประสงค์ หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตัวชี้วัดความสำเร็จ 2 ตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดมีความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมสามารถประเมินความผิดปกติของตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมได้ และสามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการช่วยดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมได้ กำหนดเป็นมาตรการ ประกอบด้วย 2 มาตรการ คือ การอบรมให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอดเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และการเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

แนวทางระดับครอบครัวมีเป้าประสงค์ คือ ครอบครัวสามารถสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดให้เข้าถึงบริการเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพตัวชี้วัดความสำเร็จ 3 ตัวชี้วัด คือ ครอบครัวสามารถให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมได้อย่างเหมาะสมครอบครัวเป็นผู้นำในการตัดสินใจเพื่อเข้ารับบริการ เมื่อหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมและครอบครัวสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ไปเข้ารับบริการในสถานบริการเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมได้ทันเวลา กำหนดมาตรการไว้ 3 มาตรการ ประกอบด้วย การเสริมสร้างศักยภาพครอบครัว หรือผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด เพื่อให้มีความรู้ และดูแลหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอดเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมการจัดทำแหล่งประโยชน์ทั้งบุคคล และแหล่งความรู้ในชุมชนด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมและการเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล

หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมารับบริการที่สถานบริการ

แนวทางระดับชุมชน มีเป้าประสงค์ คือ ชุมชนมีหน่วยบริการที่มีความพร้อมในการให้คำปรึกษา และรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ 4 ตัวชี้วัด คือ ชุมชนมีหน่วยบริการกู้ชีพประจำตำบลหน่วยบริการกู้ชีพประจำตำบลมีความพร้อมในการให้บริการตลอด 24 มีเครือข่ายบริการ เพื่อให้คำปรึกษาและรับส่งต่อผู้ป่วย และประชาชนในชุมชนมีการรับรู้การจัดบริการของหน่วยบริการกู้ชีพ และแหล่งประโยชน์ประจำตำบลกำหนดมาตรการ 6 มาตรการ ประกอบด้วยจัดตั้งหน่วยบริการกู้ชีพประจำตำบลเพื่อให้บริการเคลื่อนย้าย ส่งต่อประสานงานเครือข่าย และปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรประจำหน่วยบริการกู้ชีพประจำตำบลให้มีความพร้อมในการให้บริการมีระบบการจัดหา และดูแลรักษาวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดบริการของหน่วยบริการกู้ชีพประจำตำบลให้มีความพร้อมในการให้บริการตลอดเวลาสร้างภาคีเครือข่ายบริการกู้ชีพประจำตำบลการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับหน่วยกู้ชีพประจำตำบล และบริการและการจัดทำแหล่งประโยชน์ทั้งบุคคล และแหล่งความรู้ในชุมชนด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

แนวทางระดับสถานบริการสาธารณสุขมีเป้าประสงค์ คือ สถานบริการสาธารณสุขมีความพร้อมในการจัดบริการให้คำปรึกษา ดูแลรักษา ประสานงาน และส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว อสม. และหน่วยบริการกู้ชีพประจำตำบล เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ 3 ตัวชี้วัด คือ สถานบริการสาธารณสุขสามารถให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้ง 7 วันตามความจำเป็นของผู้ป่วยบุคลากรสาธารณสุขมีความสามารถในการให้คำปรึกษา ดูแลรักษา ประสานงาน และส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมและกิจกรรมพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว อสม. และหน่วยบริการกู้ชีพประจำตำบล เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมโดยบุคลากรสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 6 มาตรการ ประกอบด้วยสถานบริการสาธารณสุขมีการจัดโครงสร้างหน้าที่ การมอบหมายงาน และบริหารจัดการภายในองค์กรให้มีความพร้อมที่จะให้บริการตามความจำเป็นของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมจัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (Clinical practice guidelines for emergency obstetric care) เพื่อใช้เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอบรมให้ความรู้แก่ อสม. ครอบครัว และผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมการจัดทำฐานข้อมูล

เครือข่ายบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมและการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง

3. การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ (Model testing) โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน ด้วยวิธีการพยากรณ์เชิงคุณภาพ (Qualitative forecasting techniques) สรุปว่า รูปแบบสามารถปฏิบัติได้จริง เพียงพอต่อการแก้ปัญหา และตอบสนองความจำเป็นในการแก้ไขปัญหา ด้วยวิธีการพยากรณ์เชิงคุณภาพ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยอย่างสอดคล้องกันทุกท่านว่า โครงสร้างองค์ประกอบของรูปแบบการเข้าถึงบริการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสถานบริการสาธารณสุข มีความครอบคลุมในการจัดการปัญหา ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเข้าถึงบริการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ การกำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และมาตรการของรูปแบบมีความชัดเจน สามารถดำเนินการได้จริงในทางปฏิบัติ สามารถแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการส่งต่อได้ หากผู้ดำเนินการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้ และผู้รับผิดชอบมีการควบคุม กำกับกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรการที่กำหนด และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบ 3 ข้อเกี่ยวกับ โครงสร้างองค์ประกอบควรมีการเชื่อมโยงองค์ประกอบความโครงสร้าง การดำเนินงานตามมาตรการให้บรรลุตามเป้าประสงค์ที่กำหนด ปัจจัยแห่งความสำเร็จมีหลายปัจจัยที่นอกเหนือจาก ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับผิดชอบ และผู้ดำเนินงาน และรูปแบบการเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกระบวนการพัฒนา ต้องมีความร่วมมือร่วมใจ และมีเป้าหมายในการพัฒนาเป็นไปในทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ควรมีการลงนามข้อตกลง มีการพบปะเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงาน และการสรุปผลการดำเนินงานเป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผล

การตายของมารดาถือเป็นปัญหาสำหรับประเทศไทย โดยเฉพาะเขตภาคเหนือ การจะลดอัตราการตายของมารดาได้นั้นองค์การอนามัยโลก ได้กำหนดแนวทางการป้องกัน การป้องกันโดยได้รับการดูแลอย่างมีทักษะในขณะคลอด และเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินที่เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิต (WHO, 2009) รวมถึงการจัดให้มีการดูแลทางสูติกรรมที่จำเป็น เพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการในภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้ และการจัดบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมในการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม และการมีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (UNICEF, WHO and UNFPA, 1997) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม โดยทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อ เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมี

ประสิทธิผล การเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม มีความซับซ้อนเกี่ยวเนื่องกันตั้งแต่การรับรู้การเจ็บป่วย การตัดสินใจเข้ารับการรักษา และการเดินทางเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้สนับสนุนในชุมชน เป็นปัจจัยหลักที่สำคัญอันจะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ทันเวลา สถานบริการสาธารณสุขมีบทบาทหลักในการเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยจากบ้านสู่สถานบริการ ให้สามารถเข้าถึงบริการได้ทันเวลาอย่างปลอดภัย และยังมีบทบาทในการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัว ชุมชนให้สามารถช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ตัดสินใจเข้ารับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน อีกทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้ามารับบริการในสถานพยาบาลได้ทันเวลา

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาโดยใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed method) ระหว่างวิธีวิจัยเชิงปริมาณ และวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณ ทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการศึกษาเชิงพรรณนา ชนิดการศึกษาภาคตัดขวาง ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการส่งต่อ ในมุมมองของผู้รับบริการ ศึกษาสภาพการจัดบริการของสถานบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ด้วยวิธีการการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม ในมุมมองของผู้ให้บริการ สรุปปัจจัยนำเข้าสู่กระบวนการกำหนดรูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม โดยการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม ในการกำหนดรูปแบบการพัฒนา โดยมีผู้ป่วย ครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม. หน่วยกู้ชีพประจำตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เข้าร่วมสนทนาในประเด็น การเข้าถึงบริการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมได้ทันเวลา ให้สมาชิกทุกคนได้แสดงความคิดเห็นในด้านต่างๆ ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการจัดลำดับความสำคัญ และการใช้คำที่เข้าใจง่าย (Kitzinger and Barbour, 1999) ผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจในหัวข้อที่สนทนาก่อนการปฏิบัติจริง (Dahlgren, L. and et al., 2007) แต่ในการศึกษานี้มีข้อจำกัดของการศึกษา 2 ด้าน กล่าวคือ ข้อจำกัดด้านข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลที่ได้จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลที่ใช้โปรแกรมจัดการฐานข้อมูลต่างกัน และการบันทึกข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลไม่ครบถ้วน ทำให้ข้อมูลบางส่วนสูญหาย อีกทั้งในลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ กลุ่มตัวอย่างบางคนย้ายที่อยู่จึงต้องปรับเปลี่ยนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม และข้อจำกัดด้านการสนทนากลุ่ม เรื่องการควบคุมกลุ่มให้สนทนาอย่างต่อเนื่อง แต่มีการรบกวนเนื่องจากมารดาซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างนำบุตรมาร่วมในการสนทนา แล้วเด็กร้อง จึงทำให้การสนทนาขาดความต่อเนื่อง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเข้าถึงบริการทันเวลา ร้อยละ 91.3 จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับประสิทธิผลของการเข้าถึงบริการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ โดยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปร (Bivariate analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการอย่างมีประสิทธิภาพ มีจำนวน 35 ปัจจัย คือ ระดับการศึกษาของหัวหน้าครอบครัว อาชีพหลักของผู้ป่วย รายได้ของผู้ป่วย รายได้ของครอบครัว ผู้ป่วย ประวัติการแท้งของผู้ป่วยจำนวนบุตรที่มีชีวิต การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยในการเจ็บป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมครั้งนี้ การแบ่งประเภทผู้ป่วย การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย สถานพยาบาลแห่งแรกที่เข้ารับการรักษาก่อนเจ็บป่วย การทราบประเภทสิทธิการรักษา การรับทราบความครอบคลุมของสิทธิในการรักษาของตนเอง ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้ป่วย การเตรียมเงินเพื่อใช้จ่ายในการตั้งครรภ์และการคลอด การเตรียมเครื่องใช้ในการคลอด การจัดการเมื่อผู้ป่วยประสบปัญหา การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเมื่อประสบกับปัญหา การเป็นสมาชิกหรือคณะกรรมการในชุมชนของผู้ป่วย การติดต่อพูดคุยกับเพื่อนบ้าน การดูแลจาก อสม. ในชุมชน การรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาการให้บริการยามเจ็บป่วยฉุกเฉินของ รพ.สต. การรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาการให้บริการยามเจ็บป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน ช่วงเวลาที่เดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการจัดบริการของสถานพยาบาล เขตที่อยู่อาศัย การมีหน่วยฉุกเฉินดูแลในชุมชนระบบการช่วยเหลือในการนำผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานพยาบาลประเภทของครอบครัว สถานภาพในครอบครัวของผู้ป่วย การขอความช่วยเหลือเรื่องการเงิน การขอความช่วยเหลือเรื่องการดูแลรักษาเรื่องการเจ็บป่วยการขอความช่วยเหลือผู้อื่นให้ตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาระยะทางระหว่างบ้านถึงโรงพยาบาลชุมชน และประเภทของการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลชุมชนและเมื่อนำปัจจัยทั้ง 35 ปัจจัยมาวิเคราะห์ร่วมกันในการหาอิทธิพลของปัจจัยที่มีต่อประสิทธิผลของการเข้าถึงบริการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการเข้าถึงบริการเหลือเพียง 6 ปัจจัย คือ ระดับการศึกษาของหัวหน้าครอบครัว การเตรียมเงินเพื่อใช้จ่ายในการตั้งครรภ์และการคลอด การดูแลจาก อสม. ในชุมชน ระบบการช่วยเหลือในการนำผู้ป่วยฉุกเฉินไปสถานพยาบาล การขอความช่วยเหลือเรื่องการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย และการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นให้ตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัว ย่อมเป็นภาวะวิกฤติของครอบครัว ที่จะต้องมีการจัดการให้ภาวะวิกฤตินี้ผ่านไปด้วยดี (McCubbin, M.A., 1993) สามี พ่อแม่ของทั้ง 2 ฝ่าย หรือญาติย่อมมีบทบาทในการช่วยเหลือ ทั้งทางด้านการช่วยตัดสินใจ และการนำผู้ป่วยเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เมื่อหญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอดเกิดการเจ็บป่วยจะขอความช่วยเหลือจากพ่อแม่ ญาติ หรืออสม. ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา และการพาไปเข้ารับบริการ ซึ่งคล้ายกับการศึกษาที่ประเทศบังคลาเทศ ที่พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (Parkhurst, JO., Rahman, SA. and Ssengooba, F., 2006; McIntyre, D., Thiede, M. and Birch, S. 2009) ได้อธิบายการเข้าถึงบริการด้วยแนวคิดหลายมิติ บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ฉะนั้นการมีความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ของบุคคลในครอบครัว และผู้เป็นแหล่งประโยชน์ในชุมชน และมีการเตรียมพร้อมด้านการเงินในการคลอด ถือเป็นปัจจัยเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเข้าถึงบริการทันเวลา

ปัจจัยหลักอีกประการที่สำคัญที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการได้แก่ การตัดสินใจเข้ารับบริการของผู้ป่วยเมื่อรับรู้ว่ามีอาการป่วยเกิดขึ้น ถือเป็นเหตุสำคัญของการเกิดความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยเมื่อมีการเจ็บป่วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมมีระยะเวลาของการตัดสินใจเฉลี่ย 316 นาที ซึ่งถือว่าการตัดสินใจที่ใช้เวลานานเกินความจำเป็นเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ซึ่งเวลาที่เหมาะสมต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม คือ ไม่เกิน 60 นาที หรือ 1 ชั่วโมง (NIPORT, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศบังคลาเทศ และอินเดียที่ผู้ป่วยใช้เวลาในการตัดสินใจเข้ารับบริการหลังเกิดอาการเจ็บป่วย 6 ชั่วโมง และ 8 ชั่วโมง ตามลำดับ (NIPORT, 2003; Ganatra, Coyaji and Rao, 1998) ซึ่งการตัดสินใจเข้ารับบริการเป็นสิ่งที่มีความซับซ้อน เกี่ยวเนื่องกันหลายปัจจัยทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน หากผู้ป่วย หรือครอบครัวขาดความตระหนักต่อความเสี่ยง หรือความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมแล้วจึงเป็นเหตุให้เกิดความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ (Thaddeus and Maine, 1994; Gabrysch S. and Campbell OM., 2009) บุคคลที่ช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้ารับบริการ ได้แก่ พ่อแม่ ญาติ หรือ อสม. จากการศึกษานี้ที่ผ่านมา พบว่า อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน มีส่วนสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเข้าถึงบริการได้ทันเวลา (Banu, et al., 2010; Morsheda, et al., 2011) กระบวนการพัฒนาให้ อสม. หรือครอบครัวที่อยู่ในชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับอาการ และการแสดงของภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า รูปแบบการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีมาตรการในการพัฒนาศักยภาพครอบครัว และชุมชนในการดูแลหญิงตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอดเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการเมื่อเกิดการเจ็บป่วย อาจส่งผลให้เกิดการสูญเสียขึ้นไปได้ (Gabrysch and Campbell, 2009; Simkhada, B., et al., 2008) การมีระดับการศึกษาที่ดีสัมพันธ์กับความตระหนักรู้ และความตื่นตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดี (Anyia, et al., 2008) ย่อมมีการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี (Odimegwu, C., et al., 2005) สามารถอธิบายปรากฏการณ์จากการศึกษาครั้งนี้ได้ดีเนื่องจากพบว่า ระดับการศึกษาของหัวหน้าครอบครัวมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการเข้าถึงบริการ

นอกจากระดับการศึกษาที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการแล้ว ประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ ก็มีผลด้วยเช่นกัน ดังผลการศึกษาในประเทศแทนซาเนียที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยในสลัมที่เคยคลอดบุตรอย่างปลอดภัยมาก่อน มักตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (Essendi, H., Mills, S. and Fotso, JC., 2011) แต่ในการศึกษานี้กลับพบว่า มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการอย่างทันเวลา แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์อิทธิพลร่วมกับปัจจัยอื่นประกอบกัน กลับพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างแท้จริงระหว่างประวัติการแท้ง และการเข้าถึงบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเข้าถึงบริการล่าช้าอีกปัจจัยได้แก่ ระยะทางระหว่างบ้านและสถานบริการ (Onah, et al., 2006) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่าระยะทางเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ โดยผู้ป่วยที่มีระยะเดินทางที่ไกล ผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงบริการไม่ทันเวลา หรือไม่มีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเดินทางใกล้ หากแต่เมื่อระยะไกลออกไปมากๆ กลับพบว่า โอกาสในการเข้าถึงบริการไม่ทันเวลาลดลง อาจเนื่องมาจากเมื่อผู้ป่วยมีระยะเดินทางที่ไกล จึงมีการเตรียมพร้อมดีกว่าผู้ที่มีระยะเดินทางปานกลาง ซึ่งต้องศึกษาต่อว่าปรากฏการณ์นี้มีปัจจัยใดมาเกี่ยวข้องบ้าง อาทิเช่น การมีรถโดยสารประจำทางที่สะดวกขึ้นจึงทำให้ระยะทางไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการหรือการเตรียมพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งที่สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กได้ คือ สถานบริการใกล้บ้าน และเดินทางสะดวก (จิตติมา อารัมศรีธรรม, สาทวีร์ ลิ้มชัยอรุณรุ่งเรือง และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2553) แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์อิทธิพลร่วมกับปัจจัยอื่นประกอบกัน กลับพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างแท้จริงระหว่างประวัติการแท้ง และการเข้าถึงบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

วิเคราะห์ปัจจัยในระดับชุมชน จะเห็นได้ว่า ชุมชนมีความสำคัญต่อการสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเข้าถึงบริการได้ทันเวลาจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ค่อยได้ติดต่อกับ อสม. จะรับรู้ความเสี่ยงของภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมต่ำ และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะหญิงที่เคยตั้งครรภ์มากกว่า 5 ครั้ง หรือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 20 ปี) (Anyia, SE., Hydera, A. and Jaiteh, LE., 2008) แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม กลุ่มที่ได้รับการดูแลจาก อสม. ในชุมชนกลับเข้าถึงบริการช้ากว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแล นั้นหมายถึงคุณภาพของการดูแลที่ได้รับจาก อสม. เช่น การได้รับข้อมูลที่ไม่ตรงกับช่วงเวลาของความเสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยละเลยในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม หรือมีประเด็นที่ทำให้การปฏิบัติงานของ อสม. เป็นไปในทางที่มีประสิทธิภาพ เช่น ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของ อสม. หาก อสม. มีความพึงพอใจการปฏิบัติงานต่ำ คุณภาพของการให้คำปรึกษาของอสม.จะต่ำด้วย (Andrea, 2010) จากการสนทนากลุ่มเพื่อกำหนดรูปแบบของการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ ในการศึกษานี้ พบว่า กลไกของชุมชนในการให้คำปรึกษาในระยะเกิดอาการเจ็บป่วย การช่วยตัดสินใจ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้ารับบริการนั้น ถือเป็นปัจจัยหลักในการดำเนินงานของรูปแบบ คล้ายกับการศึกษาที่ผ่านมา ของ Hosain and Ross (2008) พบว่า แรงสนับสนุนจากชุมชนในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด ในด้านการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม และการสนับสนุนเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ถือเป็นหัวใจของการบริการชุมชน บทบาทของผู้นำชุมชนที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชน โดยทำงานร่วมกับองค์กรอื่น เป็นเครือข่ายบริการ (Atuyambe, et al., 2008)

สำหรับปัจจัยในระดับสถานบริการ โดยประเมินจากความคิดเห็นต่อการจัดบริการของสถานบริการทั้งในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นสถานบริการในระดับปฐมภูมิ และโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นสถานบริการในระดับทุติยภูมิของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจต่อการจัดบริการในระดับดี มีโอกาสในการเข้าถึงบริการไม่มีประสิทธิภาพต่ำกว่ากลุ่มที่มีความพึงพอใจต่อการจัดบริการของสถานบริการอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Cham, Sundby and Vangen, 2009) พบว่า สถานบริการมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่พร้อม มีบุคลากรที่ไม่พร้อมต่อการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน จะเป็นเหตุที่ทำให้เกิดการเข้าถึงบริการอย่างเหมาะสมได้ล่าช้าเมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ มักไม่ได้เป็นปัจจัยหลักเพียงปัจจัยเดียว การจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสติกรรมสามารถเข้าถึงบริการอย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องพัฒนาปัจจัย หรือกำจัดอุปสรรคต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ทั้งนี้ควรต้องมีการพัฒนาทั้งส่วนของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการที่จะส่งเสริมความสามารถในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติ

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เห็นได้ว่าสถานบริการสาธารณสุขไม่ได้มีบทบาทในการจัดบริการอย่างเดียว หากยังต้องแสดงบทบาทในการเป็นผู้เสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่ายในชุมชน ทั้งนี้การปฏิบัติงานควรมีการปรับวิธีการทำงานทั้งในด้านมาตรฐานของการบริการ การสร้างความรู้สึที่ดีต่อการมารับบริการในสถานบริการของผู้ป่วย และการประชาสัมพันธ์ หรือสร้างการรับรู้บริการให้กับผู้มารับบริการทั้งในระดับส่วนบุคคล และชุมชน เพื่อให้เกิดความรับรู้ต่อการจัดบริการในสถานพยาบาล ทั้งนี้ความสามารถในการจ่าย หรือไม่มีสถานะทางการเงินเป็นข้อจำกัดในการเข้ามารับบริการ

3. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยควรทำการศึกษาให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงพลวัตของปัจจัย และอุปสรรคต่างๆ ในระดับครอบครัว และระดับชุมชน ที่ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างทันท่วงที โดยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ หรือการศึกษาเชิงระบบ ให้เห็นถึงความเชื่อมโยง เกี่ยวพันของปัจจัย หรืออุปสรรคของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ จึงจะสามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที



บรรณานุกรม

- กรมอนามัย. (2552). คู่มืองานอนามัยแม่และเด็ก. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2552, จาก http://203.157.202.2/Download/surv_meeting/manual_mch.doc
- กลุ่มประสานราชการ สำนักตรวจและประเมินผล. (2553). รายงานผลการตรวจราชการและ
นิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวง รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2553. สืบค้นเมื่อ
26 มิถุนายน 2553, จาก [http://bie.moph.go.th/bie/region/index.php?
region=18&group=C118](http://bie.moph.go.th/bie/region/index.php?region=18&group=C118)
- คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 – 2554.
(2550). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 – 2554. นนทบุรี:
กระทรวงสาธารณสุข.
- จิตติมา อร่ามศรีธรรม, สวัสดิ์ ลิ้มชัยอรุณรุ่งเรือง และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2553). การเข้าถึง
และความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานอนามัยของสตรีชาวเล
บนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข,
19(1), 49-58.
- บัณฑิต ถิ่นคำรพ. (2543). การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพโดยใช้การ
ถดถอยโลจิสติก. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิเชษฐ์ หนองช้าง และทรงศักดิ์ ภูมิสายดอน (บรรณาธิการ). (2554). การดำเนินงานระบบ
การแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี: นิเวศรรดา
การพิมพ์ (ประเทศไทย).
- โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. (2553). ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลสวรรค์
ประชารักษ์ พ.ศ. 2550 – 2553. นครสวรรค์: โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์.
- ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์. (2557). สถานการณ์งานแม่และเด็ก 2549-2556. สืบค้นเมื่อ
14 มีนาคม 2557, จาก [http://hpc8.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?
nid=2398&filename=index](http://hpc8.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=2398&filename=index).
- สัมฤทธิ์ ศรีธรรมรงค์สวัสดิ์. (2549). แนวคิดกระบวนการพัฒนาสัมฤทธิ์ผลและผลกระทบ
นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทช่วยคนไทยห่างไกลโรค).
นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.
- สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. (2547). คู่มือระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ: แอล.ที.เพรส.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2554 เล่มที่ 1 การบริหารงบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและงบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). จำนวนและอัตราเกิดมีชีพตาย ทารกตาย มารดาตาย และดัชนีชีพ พ.ศ. 2535 – 2549. สืบค้นเมื่อ 7 กรกฎาคม 2552, จาก <http://bps.ops.moph.go.th/2.1-49.xls>
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). สถิติทารกตาย 2542-2551. สืบค้นเมื่อ 7 กรกฎาคม 2552, จาก <http://bps.ops.moph.go.th/>
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). ทิศทางการดำเนินสาธารณสุข ปี 2552. สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2552, จาก <http://bps.ops.moph.go.th>
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 - 2559. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). สถิติสาธารณสุขสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2555. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). (2551). การสาธารณสุขไทย 2548 – 2550. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. อติเรก เร่งมานะวงษ์, สุดาทิพย์ เร่งมานะวงษ์, อุมพร พิพันธ์ชัย และเปี่ยมรัตน์ จักรโนวรรณ. (2546). ปัญหาการข้ามขั้นตอนของผู้ให้บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลภูเขียว อ.ภูเขียว จ.ชัยภูมิ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อุทัย สุดสุข. (2529). ระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อตรวจรักษา. กรุงเทพฯ: สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- อุทุมพร จามรมาน. (2541). โมเดลคืออะไร. วารสารวิชาการ, 1(2), 22-26.
- Abdou Jammeh, Johanne Sundby and Siri Vangen. (2011). Barriers to emergency obstetric care services in perinatal deaths in rural Gambia: a qualitative in-depth interview study. Obstetrics and Gynecology, 2011, 1-9.
- Aday, L.A. and Andersen, R. (1974). A Framework for the study of access to medical care. Health Services Research, 9(8), 208 - 220.

- Africa Initiatives. (1998). Addressing obstetric and neonatal complications in Africa from community and facility perspectives: Descriptive reports from Ghana, Malawi and Uganda. Arlington. V.A.: Mother care, JSI.
- Akalin, M.Z. and Maine, D. (1995). Comment letter: Strategy of risk approach in antenatal care: Evaluation of the referral compliance. *Social Science & Medicine*, 41(4), 595 – 596.
- Albrecht Jahn and Vincent De Brouwere. (2001). Referral in pregnancy and childbirth: Concepts and strategies. *Studies in HSO&P*, 17, 5.
- Albrecht Jahn, Kowalewski and Kimatta. (1998). Obstetric Care in Southern Tanzania: Does it reach those in need?. *Tropical Medicine and International Health*, 3(2), 926-932.
- Anderson, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Anderson, R.M., Yu, H., Wyn, R., Davidson, P.L., Brown, E.R. and Teleki, S. (2002). Access to medical care for low-income persons: how do communities make a difference? *Medical Care Research Review*, 59(4), 384-411.
- Andrea C. (2010). Recognizing the diverse roles of community health workers in the elimination of health disparities: From paid staff to volunteers. *Ethnicity and Disease*, 20(2), 189–194.
- Any, SE., Hydera, A. and Jaiteh, LE. (2008). Antenatal care in The Gambia: missed opportunity for information, education and communication. *BMC Pregnancy Childbirth*, 8(9), 1 -7.
- Arreola-Risa, C. (2000). Low-cost improvements in prehospital trauma care in a Latin American city. Retrieved January 31, 2011, from http://journals.lww.com/jtrauma/Abstract/2000/01000/Low_Cost_Improvements_in_Prehospital_Trauma_Care.20.aspx
- Atumyambe, L. (2009). Seeking safety and empathy: Adolescent health seeking behaviour during pregnancy and early motherhood in central Uganda. *Journal of Adolescence*, 32(4), 781–796.

- Banu, M., Nahar, S. and Nasreen, H.E. (2010). Addressing the MANOSHI referral system: Addressing delays in seeking emergency obstetric care in Dhaka's slums. Dhaka: ICDDR, B.
- Burgard S. (2004). Race and pregnancy-related care in Brazil and South Africa. *Social science & medicine*, 59(6), 1127-1146.
- Campbell, M.R., Oona and Graham, J. Wendy. (2006). Strategies for reducing maternal Mortality: Getting on with what works. *Lancet Maternal Survival Series*, 2006, 368.
- Cham, M., Sundby, J. and Vangen, S. (2005). Maternal mortality in the rural Gambia: A qualitative study on access to emergency obstetric care. *Reproductive Health Journal*, 2005, 1-8.
- Chowdhury, RI. (2007). Maternal Complications and Women's Behavior in Seeking Care from Skilled Providers in North Gondar, Ethiopia. *PLoS One*, 8(3), 1-8.
- Chunharas, S. (1998). Referral system improvement in Thailand technical report. Thailand: Health management and financing study project.
- Colaizzi, P.F. (1978). Existential phenomenological alternatives for psychology. New York: Oxford University Press.
- D'Amaro, Richard and Pahwa, Sudhir, K. (1990). Developing referral system: A key to survival. Retrieved July 7, 2009, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10106465>
- Dahlgren, L., Emmelin, M. and Winkvist, A. (2007). Qualitative methodology for international public health. Umea: Print and media.
- Deodhor, J. (2002). Telemedicine by email: Experience in neonatal care at a primary care facility in rural India. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 8(suppl 2), 20-21.
- Department of Community Medicine and Family Health. (2004). Utilization of emergency Obstetric care in selected districts in Nepal. Kathmandu: Institute of Medicine.
- Dogba, M., Fournier, P., Dumont, A., Zunzunegui, M-V., Tourigny, C. and Berthe-Cisse, S. (2001). Mother and newborn survival according to point of entry and type of human resources in a maternal referral system in Kayes (Mali). *Reproductive Health*, 8(13), 1-9.

- Duong, DV. and Binns, CW., Lee. (2004). Breast-feeding initiation and exclusive breast-feeding in rural Vietnam. *Public Health Nutrition*, 7(6), 795 – 799.
- Eades, CA., Brace, C., Osei, L. and LaGuardia, KD. (1993). Traditional Birth Attendants and Maternal Mortality in Ghana. *Social Science and Medicine*, 36(11), 1503-1507.
- Essendi, H., Mills, S. and Fotso, JC. (2011). Barriers to Formal Emergency Obstetric Care Services' Utilization. *Journal of Urban Health*, 88(Suppl 2), 356–369.
- Freeborn, D. K. and M. R. Greenlick. (1973). Evaluation of the performance of ambulatory caresystems: Research requirements and opportunities. *Medical Care*, 11(68), 68-75.
- Frenk, J. (1992). *The Concept and Measurement of Accessibility*. Washington DC.: PAHO.
- Furuta, M. and Salway, S. (2006). Women's position with in the household as a determinant of maternal health care use in Nepal: *International Family Planning Perspectives*, 32(1), 17–27.
- Gage, AJ. (2007). Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali. *Social Science & Medicine*, 65(8), 666-682.
- Ganatra, B.R, Coyaji, K.J. and Rao, V.N. (1998). Too far, too little, too late: a community-based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India. *Bulletin of the World Health Organization*, 76(6), 591-598.
- George, A. (2008). Persistence of high maternal mortality in Koppal District, Karnataka, India: Observed service delivery constraints. *Reproductive Health Matters*, 15(30), 91-102.
- Gibson, G.L. (2000). *Organization: Behavior structure process* (10th ed.). USA: McGraw Hill.
- Godfrey, M. (2009). Perinatal audit using the 3-delays model in Western Tanzania. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 106(2009), 85-88.
- Good, C. V. (1973). *Dictionary of education*. New York: McGraw – Hill.

- Graham, WJ. (2002). Now or never: The case for measuring maternal mortality. *The Lancet*, 359, 701-703.
- Guba, EG. and Lincoln, YS. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J. and Morgan, M. (2002). What does 'access to health care' mean?. *Journal of health Services Research & Policy*, 7(3), 186-188.
- Gupta M, Mavalankar D and Trivedi P. (2009). *A Study of Referral System for EmOC in Gujarat*, Research and Publications. India: Indian Institute of Management.
- Gyimah, S.O., Takyi, B.K. and Addai, I. (2006). Challenges to the reproductive-health needs of African women: On religion and maternal health utilization in Ghana. *Social Science & Medicine* 62, 2930-2944.
- Hossain, J. and Ross, R.S. (2006). The effect of addressing demand for as well as supply of emergency obstetric care in Dinajpur, Bangladesh. *International federation of gynaecology and obstetrics*, 92, 320-328.
- Husen, T. and Postlethwaite, N.T. (1975). *The international encyclopedia of education* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Jafarey N.Sadiqua and Korejo Razia. (1993). Mothers Brought Dead: An Enquiry into causes of delay. *Social Science and Medicine*, 36(3), 371-372.
- Jammeh, A., Sundby, J. and Vangen, S. (2011). Barriers to Emergency Obstetric Care Services in Perinatal Deaths in Rural Gambia: A Qualitative In-Depth Interview Study. *International Scholarly Research Network ISRN Obstetrics and Gynecology*, 2011, 1-10.
- Joshipura, M.K. (2003). Trauma care systems in India. Retrieved July 7, 2009, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12951294>
- Joy, E. Lawn, Jon Rohde, Susan Rifk, Miriam Were, Vinod K. Paul and Mickey Chopra. (2008). Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to Revitalise. *Lancet*, 372, 917-927.

- Junaid R, Junaid A and Arthur LK. (2002). Emergency medical care in developing countries is it worthwhile?. *Policy and Practice Bulletin of the World Health Organization*, 80 (11), 900-905.
- Kendall, K. E. and Kendall, J. E. (2005). *Systems analysis and design* (6th ed.). Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- Kitzinger, J. and Barbour, RS. (1999) Introduction: The challenge and promise of focus groups. In Barbour, RS. and Kitzinger, J. (Eds.), *Developing focus group research: Politics, theory and practice*. London: Thousand Oaks.
- Kos-um, Z. and Yurdakul, M. (2013). Factors affecting the use of emergency obstetric care among pregnant women with antenatal bleeding. *Midwifery*, 29 (2013), 440-446.
- Kvale, S. (1983). The qualitative research interview: A phenomenological and a hermeneutical mode of understanding. *Journal of Phenomenological Psychology*, 14, 171-196.
- Lemeshow, S., Hosmer, DW., Klar, J. and Lwanga, SK. (1990). *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. Geneva: WHO.
- Liabsuetrakul, T. and Oumudee, N. (2011). Effect of health insurance on delivery care utilization and perceived delays and barriers among southern Thai women. *BMC Public Health*, 11(510), 1-9.
- Magadi, MA., Agwanda, AO. and Obare, FO. (2007). A comparative analysis of the use of maternal health services between teenagers and older mothers in sub-Saharan Africa: evidence from Demographic and Health Surveys (DHS). *Social Science & Medicine*, 64(6), 1311-1325.
- Maine, D. (1987). *Studying maternal mortality in developing countries: A guidebook: Rates and causes*. Geneva: World Health Organization.
- McCubbin, M.A. (1993). Family stress theory and the development of nursing knowledge about family adaptation. In S.L. Feetham, S.B. Meister, J.M. Bell and C.L. Gillis (Eds.), *The nursing family*. New Bury Park: Sage Publications.

- McIntyre, D., Thiede, M. and Birch, S. (2009). Access as a policy-relevant concept in lowandmiddle-income countries. *Health Econ Policy Law*, 4, 179-193.
- Michael, M. (1993). *Access to health care in America*. USA: National Academy Press.
- MoPH's commitments to Thai people in 2006. (December 30, 2005). A document on MoPH performance for 2005. Nontaburi: Committee meeting report.
- Morsheda Banu, Hashima-E-Nasreen and Sarawat Rashid. (2010). Stakeholders' knowledge in obstetric complications and role of health providers in accessing emergency obstetric care: Experiences from Nilphamari District. Gazipur: BRAC Printers.
- Nahar, S., Banu, M. and Nasreen, HE. (2011). Women-focused development intervention reduces delays in accessing emergency obstetric care in urban slums in Bangladesh: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 11(11), 1-10.
- Nahavendi, A. and Malekzadeh, A.R. (1999). *Organizational behavior: The person organization organizational fit*. Newjersey: Prentice Hall.
- NIPORT, Macro ORC, Johns Hopkins University and ICDDR. (2003). *Bangladesh maternal health services and maternal mortality survey 2001*. Dhaka, Bangladesh and Calverton/Maryland, USA: NIPORT, ORC Macro, JHU and ICDDR, B.
- Odimegwu, C. (2005). Men's role in emergency obstetric care in Osun State of Nigeria. *Afr J Reprod Health*, 9, 59-71.
- Olive, C. Kobusingye. (2005). Emergency medical systems in low- and middle-income countries: recommendations for action. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(8), 626-631.
- Omaha, K., Melendez, V., Uehara, N. and Ohi, G. (1998). Study of a patient referral system in the Republic of Honduras. *Health Policy and Planning*, 13(4), 433-445.
- Onah, HE., Ikeako, LC. and Iloabachie, GC. (2006). Factors associated with the use of maternity services in Enugu, southeastern Nigeria. *Social Science and Medicine*, 2006(63), 1870-1878.

- Oyerinde, K., et al. (2012). Barriers to Uptake of Emergency Obstetric and Newborn Care Services in Sierra Leone: A Qualitative Study. *Community Medicine & Health Education*, 2(5), 1-8.
- Parkhurst, OJ. (2005). Health systems factors influencing maternal health services: A four-country comparison. *Health Policy*, 73(2005), 127-138.
- Parkhurst, OJ., Rahman, SA. and Ssengooba, F. (2006). Overcoming access barriers for facility-based delivery in low-income settings: insights from Bangladesh and Uganda. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 24, 438-445.
- Pearson, L. and Shoo, R. (2005). Availability and use of emergency obstetric services: Kenya, Rwanda, Southern Sudan and Uganda. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 88, 208-215.
- Penchansky, R. and Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-240.
- Prakasamma, M. (2008). Maternal Mortality Reduction Programme in Andhra Pradesh. *Academy of Nursing Studies*, 27(2), 220 - 234.
- Rai, RK. (2012). Determinants of maternity care services utilization among married adolescents in rural India. *PLoS ONE*, 7(12), 1-14.
- Ransom, IE. and Nancy, VY. (2002). Making motherhood safer: Overcoming obstacles in pathway to care. Washington: Population Reference Bureau.
- Reynolds, HW., Wong, EL. and Tucker, H. (2006). Adolescents' Use of Maternal and Child Health Services in Developing Countries. *International Family Planning Perspectives*, 32(1), 6-16.
- Ricketts, T. and Goldsmith, L. (2005). Access in health service research: The battle of the frameworks. *Nursing Outlook*, 53(6), 274-280.
- Ronsmans, C., Campbell, OMR., McDermott, J. and Koblinsky, M. (2002). Questioning the indicators of need for obstetric care. *Bulletin of World Health Organization*, 2002(80), 17-24.

- Samai, O. and Sengeh, P. (1997). Facilitating emergency obstetric care through transportation and communication, Bo, Sierra Leone. Retrieved January 11, 2011, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9389627>
- Say, L. and Raine, R. (2007). A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. *Bull World Health Organ*, 85(10), 812-819.
- Schooley, J. (2009). Factors influencing health care-seeking behaviours among Mayan women in Guatemala. *Midwifery*, 25(4), 411-421.
- Short, S. and Zhang, F. (2004). Utilization of maternal health care in western rural China under a new rural health insurance system (New Co-operative Medical System). *Tropical Medicine and International Health*, 15(10), 1210-1217.
- Simkhada, B., Teijlingen, E.R., Porter, M. and Simkhada, P. (2008). Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *J Adv Nurs*, 61, 244-260.
- Stekelenburg, J., Kyanamina, S., Mukelabhai, M., Wolffers, I. and Roosmalen, J. (2004). Waiting Too Long: Low use of Maternal Health Services in Kalabo, Zambia. *Tropical Medicine and International Health*, 9(3), 390-398.
- Siriwachirachai T, Saenrian B, Jarasphan P and Lumbiganon P. (2007). Evaluation of the referral system for pregnant woman with complications in KhonKaen Province. *Journal of Health Science*, 16(3), 338-343.
- Spangler, AS. and Bloom, SS. (2010). Use of biomedical obstetric care in rural Tanzania: The role of social and material inequalities. *Social Science & Medicine*, 71(4), 760-768.
- Stephenson, R. and Baschieri, A. (2006). Contextual Influences on the Use of Health Facilities for Childbirth in Africa. *American Journal of Public Health*, 96(1), 84-93.
- Susan, F.M. and Stephen, C.P. (2006). Maternity referral systems in developing countries: Current knowledge and future research needs. *Social Science & Medicine*, 62(2006), 2205-2215.

- Susan, F. Murray, Sarah Davies, Rosemary Kumwenda Phiri and Yusuf Ahmed. (2001). Tools for monitoring the effectiveness of district maternity referral systems. *Health Policy and Planning*, 16(4), 353-361.
- Tabatabaie, MG., Moudi, Z. and Vedadhir, A. (2012). Home birth and barriers to referring women with obstetric complications to hospitals: a mixed-methods study in Zahedan, southeastern Iran. *Reproductive Health*, 9(5), 1-11.
- Taytiwat P. (2007). Understanding the role of Thai community hospital directors in implementing the universal health coverage policy in relation to primary health care. England: University of New England.
- Thaddeus, S. and Maine, D. (1994). Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Science and Medicine*, 38, 1091-1110.
- UNICEF, WHO and UNFPA. (1997). Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services (2nd ed.). New York: United Nations Population Fund.
- United Nation. (2011). Millennium development goal 2010. Retrieved January 11, 2011, from <http://www.un.org>
- Wagstaff, A. and Chaesan, M. (2004). The millennium development goals for health: raising to the challenges. Washing, D.C.: World Bank.
- WHO and UNICEF. (1978). Primary Health Care. Geneva: WHO Press.
- WHO. (2000). The world health report 2000 – Health system: Improving performance. Geneva: WHO.
- WHO. (2009). Making pregnancy safer: Annual report 2008. Geneva: WHO Press.
- WHO. (2009). Monitoring emergency obstetric care: A handbook. France: WHO.
- WHO. (2010). Key components of a well functioning health system. Retrieved September 22, 2010, from http://www.who.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents.pdf
- WHO. (2010). What is a health system?. Retrieved September 22, 2010, from <http://www.who.int/features/qa/28/en/index.html>
- WHO. (2013). World health statistic 2013. Retrieved March 14, 2014, from http://www.who.int/entity/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf?ua=1

WHO. (2014). World health statistic 2014. Retrieved March 14, 2014 from

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112739/1/WHO_HIS_HSI_14.1_eng.pdf?ua=1&ua=1

WHO. (n.d.). Referral Systems-a summary of key processes to guide health services managers. Retrieved March 10, 2011, from

www.who.int/entity/management/Referralnotes.doc

WHO SEARO. (2008). Strengthening maternal and newborn health programmer.

New Delhi: WHO SEARO.





ภาคผนวก

แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึง และการเข้าถึงระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ของผู้ป่วยที่เข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ประจำพื้นที่สาธารณสุข เขต 18 เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบ การเข้าถึงระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นส่วนหนึ่งของ ขั้นตอนการทำคู่มือเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทาง สูติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับลักษณะของผู้ป่วย การจัดบริการของสถาน บริการสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระดับโรงพยาบาลชุมชน การให้ ความช่วยเหลือผู้ป่วยจากครอบครัว และชุมชน อุปสรรคทางด้านกายภาพ และการเข้าถึงระบบ ส่ง ต่อในระหว่างชุมชนกับสถานบริการสาธารณสุข และระหว่างสถานบริการสาธารณสุขด้วยกันเอง ซึ่งในการตอบคำถามครั้งนั้นไม่มีคำตอบที่ผิดหรือถูก กรุณาตอบคำถามอย่างเต็มความสามารถ โดยเลือกข้อความที่สะท้อนประสบการณ์ของท่านมากที่สุด แล้วเลือกข้ออื่น

เพื่อให้ข้อมูลของท่านสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างสูงสุด ขอความกรุณาจากท่านให้ ตอบคำถามตรงกับประสบการณ์ที่ท่านได้รับมากที่สุด และครบถ้วนทุกประเด็น จักขอบพระคุณ เป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัย

นางจันทิมา นวะมะวัฒน์

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาสาธารณสุขศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

ข้อมูลผู้สัมภาษณ์

โรงพยาบาล ผู้สัมภาษณ์.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....

วันที่สัมภาษณ์..... ระยะเวลาในการสัมภาษณ์.....

นาที่

ข้อมูลได้จาก

☐ ผู้ป่วย ☐ สามี/ภรรยา ☐ญาติ/ผู้ปกครอง (ระบุความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย).....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

1. อายุผู้ป่วย..... ปี
2. อายุสามี..... ปี
3. ศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ
 - 1) พุทธ 2) คริสต์ 3) อิสลาม
 - 4) อื่นๆ (ระบุ).....
4. ศาสนาที่สามีผู้ป่วยนับถือ
 - 1) พุทธ 2) คริสต์ 3) อิสลาม
 - 4) อื่นๆ (ระบุ).....
5. ระดับการศึกษาของผู้ป่วย
 - 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ อ่านหรือเขียนหนังสือไม่ได้
 - 2) ไม่ได้เรียนหนังสือ แต่อ่านหรือเขียนหนังสือได้
 - 3) ประถมศึกษา 4) มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า
 - 5) อนุปริญญา 6)ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า
 - 7) สูงกว่าปริญญาตรี
 - 8) อื่นๆ (ระบุ).....
6. ระดับการศึกษาของสามีผู้ป่วย
 - 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ อ่านหรือเขียนหนังสือไม่ได้
 - 2) ไม่ได้เรียนหนังสือ แต่อ่านหรือเขียนหนังสือได้
 - 3) ประถมศึกษา 4) มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า
 - 5) อนุปริญญา 6)ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า
 - 7) สูงกว่าปริญญาตรี

- 8) อื่นๆ (ระบุ).....
7. ระดับการศึกษาของหัวหน้าครอบครัว
- 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ อ่านหรือเขียนหนังสือไม่ได้
- 2) ไม่ได้เรียนหนังสือ แต่อ่านหรือเขียนหนังสือได้
- 3) ประถมศึกษา
- 4) มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า
- 5) อนุปริญญา
- 6) ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า
- 7) สูงกว่าปริญญาตรี
- 8) อื่นๆ (ระบุ).....
8. อาชีพหลักของผู้ป่วย
- 1) เกษตรกรรม
- 2) รับราชการ
- 3) พนักงานรัฐวิสาหกิจ
- 4) ลูกจ้าง
- 5) พนักงานเอกชน
- 6) รับจ้าง
- 7) เจ้าของกิจการ
- 8) ค้าขาย
- 9) นักเรียน
- 10) แม่บ้าน
- 11) ว่างาน
- 12) อื่นๆ (ระบุ).....
9. รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย..... บาท/เดือน
10. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว..... บาท/เดือน
11. ผู้ป่วยมีภาระหนี้สินหรือไม่
- 1) มี
- 2) ไม่มี
12. ผู้ป่วยมีการเตรียมเงินไว้ใช้จ่ายอย่างเพียงพอเมื่อยามเจ็บป่วยหรือไม่
- 1) มีเพียงพอ
- 2) มีแต่ไม่เพียงพอ
- 3) ไม่มี(ขาดทุน)
13. เขตที่อยู่อาศัยของท่านอยู่ในเขตใด
- 1) นอกเขตเทศบาล
- 2) ในเขตเทศบาล
14. ครอบครัวของผู้ป่วย มีสมาชิกอยู่รวมกัน..... คน
(ระบุความสัมพันธ์กับท่าน.....)
15. สถานภาพในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นอย่างไร
- 1) หัวหน้าครอบครัว (ข้ามไปตอบข้อ 17)
- 2) สมาชิกครอบครัว

16. ท่านมีความสัมพันธ์อย่างไรกับหัวหน้าครอบครัว
- 1) เป็นภรรยา
 - 2) เป็นบุตร
 - 3) อื่นๆ (ระบุ)
17. ใครเป็นผู้ตัดสินใจหลักให้กับครอบครัว
- (ระบุ).....
18. ท่านเป็นสมาชิก หรือกรรมการต่างๆ ในชุมชนหรือไม่
- 1) เป็นกรรมการหมู่บ้าน (ระบุ).....
 - 2) เป็นสมาชิกกลุ่มในหมู่บ้าน(ระบุ).....
 - 3) ไม่ได้เป็นกรรมการ หรือสมาชิกใดๆ
19. สามีของท่านเป็นสมาชิก หรือกรรมการต่างๆ ในชุมชนหรือไม่
- 1) เป็นกรรมการหมู่บ้าน (ระบุ).....
 - 2) เป็นสมาชิกกลุ่มในหมู่บ้าน(ระบุ).....
 - 3) ไม่ได้เป็นกรรมการ หรือสมาชิกใดๆ
20. ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนหรือไม่ หากมีให้ระบุจำนวนครั้ง
- 1) มี (ระบุจำนวนครั้ง)..... ครั้ง
 - 2) ไม่มี
21. ใน 1 ปีที่ผ่านมา สามีของท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนหรือไม่หากมี ให้ระบุจำนวนครั้ง
- 1) มี (ระบุจำนวนครั้ง)..... ครั้ง
 - 2) ไม่มี
22. จำนวนครั้งที่ท่านมีการติดต่อพูดคุยกับเพื่อนบ้าน
- 1) ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์
 - 2) 1 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์
 - 3) 3 – 7 ครั้งต่อสัปดาห์
 - 4) มากกว่า 7 ครั้งต่อสัปดาห์
23. ส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นกับท่าน ท่านมีการจัดการกับปัญหานั้นอย่างไร
- 1) จัดการด้วยตนเอง ไม่ได้ปรึกษาใคร
 - 2) ปรึกษามหาชิกในครอบครัว
 - 3) ปรึกษาคนอื่น (ระบุ).....
24. ท่านสามารถตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนเมื่อเกิดเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัวได้ด้วยตัวท่านเอง
- 1) ไม่ใช่ (อธิบายข้อจำกัดที่มีอยู่).....
 - 2) ใช่

25. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์..... ครั้ง
26. ประวัติการแท้ง
- 1) ไม่มี
 - 2) มี (ระบุจำนวนครั้ง และวันที่แท้งครั้งสุดท้าย).....
27. จำนวนบุตรที่มีชีวิต..... คน
28. อายุครรภ์เมื่อเกิดการเจ็บป่วย..... สัปดาห์ (หากเป็นผู้ป่วยหลังคลอดให้ข้ามไปตอบข้อ 29)
29. ท่านเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดภายหลังท่านคลอดแล้วกี่วัน (ระบุ)..... วัน
30. โรคประจำตัวของผู้ป่วย
- 1) ไม่มี
 - 2) มี (ระบุชื่อโรค).....
31. ท่านทราบสิทธิการรักษาพยาบาลของท่านหรือไม่
- 1) ไม่ทราบ
 - 2) ทราบ (ระบุ).....
32. ท่านมีสิทธิการรักษาพยาบาลอะไรในการเจ็บป่วยครั้งที่ศึกษา
- 1) ไม่มี (ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด)
 - 2) มี (ระบุสิทธิการรักษา).....
33. ความครอบคลุมของการคุ้มครองของสิทธิการรักษาที่ท่านใช้ในการเจ็บป่วยครั้งที่ศึกษานั้นเป็นอย่างไร
- 1) ครอบคลุมการเจ็บป่วยทั่วไป ไม่รวมการเจ็บป่วยเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ และการคลอด
 - 2) ครอบคลุมการเจ็บป่วยทั่วไป รวมการเจ็บป่วยเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ และการคลอด
 - 3) อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการดูแลสุขภาพ และการให้บริการสุขภาพของผู้ป่วย

คำชี้แจงผู้สัมภาษณ์

ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งที่ศึกษานั้น ให้อ้างถึงอาการ หรือชื่อโรคที่แพทย์วินิจฉัยไว้ในเวชระเบียน และได้บันทึกไว้ในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ

1. ผู้ป่วยเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมมาก่อนการเจ็บป่วยครั้งที่ศึกษานั้นหรือไม่
 - 1) ไม่เคยได้รับรู้มาก่อน
 - 2) เคยได้รับรู้มาก่อน (ระบุแหล่งที่มา).....
2. ผู้ป่วยเคยได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานที่ที่สามารถให้ความช่วยเหลือท่านได้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมมาก่อนการเจ็บป่วยหรือไม่
 - 1) ไม่เคยได้รับรู้มาก่อน
 - 2) เคยได้รับรู้มาก่อน (ระบุแหล่งที่มา).....
3. ท่านมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างไร
 - 1) เฉยๆ 2) น้อย 3) ปานกลาง 4) มาก 5) มากที่สุด
4. ก่อนที่ท่านจะเกิดการเจ็บป่วย ท่านวางแผนไว้ว่าจะคลอดที่ไหน
 - 1) ไม่ได้วางแผนไว้
 - 2) วางแผนไว้ (ระบุสถานที่คลอด).....
5. ก่อนที่ท่านจะเกิดการเจ็บป่วย ท่านได้เตรียมเงินไว้เป็นค่าใช้จ่ายเมื่อคลอด
 - 1) ไม่ได้เตรียม
 - 2) เตรียม (ระบุค่าใช้จ่ายที่เตรียม).....
6. ก่อนที่ท่านจะเกิดการเจ็บป่วย ท่านได้วางแผนในการเดินทางไปคลอด
 - 1) ไม่ได้วางแผนไว้
 - 2) วางแผนไว้ (ระบุวิธีการเดินทาง).....
7. ก่อนที่ท่านจะเกิดการเจ็บป่วย ท่านได้เตรียมเครื่องใช้สำหรับการคลอด
 - 1) ไม่ได้เตรียม
 - 2) เตรียม (ระบุสิ่งของที่เตรียม).....
8. ท่านได้รับการดูแลสุขภาพจาก อสม. ของชุมชนท่านหรือไม่
 - 1) ไม่ได้รับการดูแล
 - 2) ได้รับการดูแล(ระบุ).....

9. เมื่อมีอาการของการเจ็บป่วยท่านปฏิบัติอย่างไร
- 1) รอดูอาการจนทนไม่ไหวจึงเข้ารับการรักษา
 - 2) ไปรักษาทันทีเมื่อมีอาการ
 - 3) อื่นๆ (ระบุ).....
10. เมื่อมีอาการของการเจ็บป่วยท่านเข้ารับการรักษาที่ไหนเป็นแห่งแรก
- 1) ซักยากินเอง 2) คลินิก
 - 3) รพ.สต. 4) โรงพยาบาลชุมชน
 - 5) อื่นๆ (ระบุ).....
11. ท่านทราบว่า รพ.สต.เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงหรือไม่
- 1) ทราบ (ระบุเวลาที่เปิดบริการ).....
 - 2) ไม่ทราบ
12. ในการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ท่านเดินทางมาถึงรพ.สต.ในช่วงเวลาใด(หากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลชุมชนเลยให้ข้ามไปตอบข้อ 14)
- 1) 08.00 – 15.59 2) 16.00 – 23.59 3) 24.00 – 07.59
13. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรพ.สต. ได้ให้ข้อมูลเรื่องการเจ็บป่วยและแนวทางในการรักษาแก่ท่านหรือไม่(หากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลชุมชนเลยให้ข้ามไปตอบข้อ 14)
- 1) ไม่ได้ให้ 2) ให้(ระบุ).....
14. ท่านทราบว่า โรงพยาบาลชุมชนเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงหรือไม่
- 1) ทราบ (ระบุเวลาที่เปิดบริการ).....
 - 2) ไม่ทราบ
15. ในการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมครั้งที่ศึกษานั้น ท่านเดินทางมาถึงโรงพยาบาลชุมชนในช่วงเวลาใด
- 1) 08.00 – 15.59 2) 16.00 – 23.59 3) 24.00 – 07.59

เมื่อเจ็บป่วยครั้งที่ศึกษานั้น ผู้ป่วยเสียค่าใช้จ่ายด้านล่างเป็นเท่าไร

	จำนวน (บาท)
16. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล	
17. ค่าใช้จ่ายด้านค่ารักษาพยาบาล	
18. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการมาโรงพยาบาล	

เมื่อเจ็บป่วยครั้งที่ศึกษานั้น ผู้ป่วยใช้เวลาในระยะต่างๆ เป็นเวลาเท่าไร

	ชั่วโมง	นาที
19. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยรู้ว่าเกิดอาการเจ็บป่วย ถึงเวลาที่ตัดสินใจเข้ารับการรักษายาบาล		
20. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการรักษ เตรียมตัวจนเดินทางมาถึงรพ.สต.		
21. ระยะเวลาเดินทางจากรพ.สต. ถึงโรงพยาบาลชุมชน		
22. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการรักษ เตรียมตัวและเดินทางจนถึงโรงพยาบาลชุมชน		

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชน

1. เมื่อมีอาการของการเจ็บป่วยครั้งนั้น ท่านได้ขอความช่วยเหลือเรื่องการเงินจากใคร
 - 1) ไม่มี (ระบุเหตุผล).....
 - 2) มี (ระบุบุคคล).....
2. เมื่อมีอาการของการเจ็บป่วยครั้งนั้น ท่านได้ขอความช่วยเหลือเรื่องการดูแลรักษาอาการ ผิดปกติจากใคร
 - 1) ไม่มี (ระบุเหตุผล).....
 - 2) มี (ระบุบุคคล).....
3. เมื่อมีอาการของการเจ็บป่วยครั้งนั้น ท่านได้ขอให้ใครช่วยตัดสินใจในการดูแลรักษาอาการ ผิดปกติ
 - 1) ไม่มี (ระบุเหตุผล).....
 - 2) มี (ระบุบุคคล).....
4. เมื่อมีอาการของการเจ็บป่วยครั้งนั้น ท่านได้ขอให้ใครพาไปรักษาอาการผิดปกติ
 - 1) ไม่มี (ระบุเหตุผล).....
 - 2) มี (ระบุบุคคล).....
5. ชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีหน่วยบริการฉุกเฉินสำหรับช่วยเหลือประชาชนเมื่อจำเป็นหรือไม่
 - 1) มี (ระบุ).....
 - 2) ไม่มี
6. เมื่อประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉิน ชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีการช่วยเหลือนำผู้ป่วยส่งสถานบริการ สาธารณสุขหรือไม่
 - 1) มี (ระบุ).....
 - 2) ไม่มี
7. ในชุมชนของท่านมีการติดต่อกับสถานบริการสาธารณสุขเพื่อขอสนับสนุนรถพยาบาลมารับ เมื่อประชาชนเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือไม่
 - 1) มี (ระบุ).....
 - 2) ไม่มี
8. หากประชาชนเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และมีข้อจำกัดทางการเงิน ชุมชนของท่านมีการช่วยเหลือด้านการเงินแก่ผู้ป่วยเหล่านี้หรือไม่
 - 1) มี (ระบุ).....
 - 2) ไม่มี

9. ในชุมชนของท่านมีการรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือ หรือดูแลสุขภาพของประชาชนหรือไม่

1) มี (ระบุ).....

2) ไม่มี

ส่วนที่ 4 อุปสรรคทางด้านกายภาพ

1. บ้านของท่านกับถนนหลักในหมู่บ้าน มีระยะทางห่างกัน..... กิโลเมตร

2. ระยะทางระหว่างบ้านของท่านถึงรพ.สต. ห่างกัน..... กิโลเมตร

3. ระยะทางระหว่างบ้านของท่านถึงโรงพยาบาลชุมชน ห่างกัน..... กิโลเมตร

4. ระยะทางระหว่างรพ.สต.ถึงโรงพยาบาลชุมชน ห่างกัน..... กิโลเมตร

5. ท่านมีรถยนต์หรือรถมอเตอร์ไซด์ส่วนตัวไว้ใช้งานหรือไม่

1) มี (ระบุ).....

2) ไม่มี

6. ในการเจ็บป่วยครั้งที่ศึกษานั้น ท่านเดินทางจากบ้านของท่านมารพ.สต.อย่างไร

1) มาด้วยรถของตนเอง

2) มาโดยรถของโรงพยาบาล

3) รถโดยสาร

4) อื่นๆ (ระบุ).....

7. ในการเจ็บป่วยครั้งที่ศึกษานั้น ท่านเดินทางจากรพ.สต.มาโรงพยาบาลชุมชนอย่างไร

1) มาด้วยรถของตนเอง

2) มาโดยรถของโรงพยาบาล

3) รถโดยสาร

4) อื่นๆ (ระบุ).....

8. ในการเจ็บป่วยครั้งที่ศึกษานั้น ท่านเดินทางจากบ้านของท่านมาโรงพยาบาลชุมชนอย่างไร

1) มาด้วยรถของตนเอง

2) มาโดยรถของโรงพยาบาล

3) รถโดยสาร

4) อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 5 การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ประกอบด้วยข้อความซึ่งถามความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ขอให้ผู้ป่วยตอบตามความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วย แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อโดยที่

จริงทั้งหมด หมายถึง ผู้ป่วยคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของตนเองทุกประการ
 จริงเป็นส่วนมาก หมายถึง ผู้ป่วยคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของตนเองเป็นส่วนมาก
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ป่วยรู้สึกไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
 ไม่จริงเป็นส่วนมาก หมายถึง ผู้ป่วยคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของตนเองเพียงเล็กน้อย
 ไม่จริงทั้งหมด หมายถึง ผู้ป่วยคิดว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง

	จริง ทั้งหมด	จริงเป็น ส่วนมาก	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง เป็น ส่วนมาก	ไม่จริง ทั้งหมด
1. ภาวะสุขภาพเดิมของท่าน มีผลทำให้ท่านเกิดความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอดได้					
2. เมื่อท่านตั้งครรภ์ ท่านมีความเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บป่วยที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด					
3. การตกเลือดหลังคลอดนั้นอาจทำให้มารดาเสียชีวิตได้					
4. หากหญิงตั้งครรภ์ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาจมีอาการชัก					
5. การมีน้ำคาวปลาออกเป็นลิ่มสีแดงสด อาจเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือด					
6. หากหญิงตั้งครรภ์มีเลือดออกทางช่องคลอด อาจขอให้เลือดหยุดก่อนจึงมารักษาในสถานบริการสาธารณสุขก็ได้					
7. การมาฝากครรภ์ตามนัด สามารถลดโอกาสที่จะได้รับอันตรายจากภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมได้					
8. การรับประทานที่ก่ำนวนลูกดั้นในแต่ละวัน ไม่ถือเป็นเหตุที่ทำให้เด็กทารกในครรภ์เสียชีวิตได้					
9. การอยู่ไฟหลังคลอด เป็นสิ่งจำเป็นที่หญิงตั้งครรภ์ต้องปฏิบัติเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ					
10. การที่ท่านท้องแก่(อายุครรภ์ 7 เดือนขึ้นไป) ทำให้ท่านไปพบแพทย์ลำบากหากมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับตัวท่านเอง					

ส่วนที่ 6 การประเมินความคิดเห็นต่อการจัดบริการของสถานบริการสาธารณสุข

คำชี้แจงผู้สัมภาษณ์

การสัมภาษณ์ความคิดเห็นผู้ป่วยต่อการจัดบริการของสถานบริการสาธารณสุขในส่วนที่ 6 นั้น ก่อนการสัมภาษณ์ผู้สัมภาษณ์ต้องอธิบายวิธีการให้คะแนนความคิดเห็นของผู้ป่วยดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ผู้ป่วยเห็นด้วยกับข้อคำถามนั้นในระดับ มากที่สุด
มาก	หมายถึง	ผู้ป่วยเห็นด้วยกับข้อคำถามนั้นในระดับ มาก
ปานกลาง	หมายถึง	ผู้ป่วยเห็นด้วยกับข้อคำถามนั้นในระดับ ปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ผู้ป่วยเห็นด้วยกับข้อคำถามนั้นในระดับ น้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ผู้ป่วยเห็นด้วยกับข้อคำถามนั้นในระดับ น้อยที่สุด

เมื่อสัมภาษณ์ความคิดเห็นในแต่ละข้อแล้วเสร็จ ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น แล้วผู้สัมภาษณ์กาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตรงกับผู้ป่วยตอบ และควรทำให้เสร็จทีละข้อก่อน แล้วจึงเริ่มในข้อต่อไป

การประเมินความคิดเห็นต่อการจัดบริการของสถานบริการสาธารณสุข	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. เจ้าหน้าที่รพ.สต.ให้การต้อนรับท่านอย่างเป็นกันเอง					
2. เจ้าหน้าที่รพ.สต.ปฏิบัติต่อท่านอย่างเห็นอกเห็นใจ					
3. เจ้าหน้าที่รพ.สต.มีความกระตือรือร้นที่จะดูแลท่าน					
4. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนให้การต้อนรับผู้รับบริการอย่างเป็นกันเอง					
5. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนปฏิบัติต่อท่านอย่างเห็นอกเห็นใจ					
6. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนมีความกระตือรือร้นที่จะดูแลท่าน					
7. ท่านสะดวกในการเดินทางมารับบริการที่รพ.สต.					
8. ท่านรู้สึกสะดวกและรวดเร็วในการติดต่อเพื่อเข้ารับบริการที่ รพ.สต.					
9. ท่านสะดวกในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน					
10. ท่านรู้สึกสะดวกและรวดเร็วในการติดต่อเพื่อเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน					

ส่วนที่ 7 การประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

คำชี้แจงผู้สัมภาษณ์

การสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมของผู้ป่วยในส่วนที่ 7 นั้น ก่อนการสัมภาษณ์ผู้สัมภาษณ์ต้องอธิบายวิธีการตอบแก่ผู้ป่วยดังนี้

ใช่ หมายถึง ผู้ป่วยเห็นว่าข้อคำถามนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ผู้ป่วยเห็นว่าข้อคำถามนั้นไม่ถูกต้อง

เมื่อผู้สัมภาษณ์ถามในแต่ละข้อแล้วเสร็จ ให้ผู้ป่วยตอบ แล้วผู้สัมภาษณ์กาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบ และควรทำให้เสร็จทีละข้อก่อน แล้วจึงเริ่มในข้อต่อไป

รายการประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม	ใช่	ไม่ใช่
1. การมีเลือดออกจากช่องคลอดขณะตั้งครรภ์ เป็นความผิดปกติที่ต้องการรักษาอย่างเร่งด่วน		
2. เป็นเรื่องปกติที่หญิงตั้งครรภ์มีอาการเท้าบวม ปวดศีรษะได้		
3. การปวดบริเวณช่องท้องด้านล่างซ้ายอย่างรุนแรงในหญิงที่มีอายุระหว่าง 15 – 45 ปี อาจเกิดจากการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้		
4. การยกของหนักขณะตั้งครรภ์ทำให้เกิดมดลูกแตกได้		
5. หญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท เริ่มมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักขณะตั้งครรภ์ได้		
6. หากลูกในท้องไม่ดิ้นเป็นเวลา 1 วัน ควรพักผ่อนเพิ่มขึ้น รอดูอาการอีก 1 วันจึงไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
7. การเจ็บท้องเกิน 8 ชั่วโมงแล้วยังไม่คลอดแสดงว่ามีความผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์		
8. เด็กทารกต้องคลอดจากครรภ์มารดา หลังจากถุงน้ำคร่ำแตกอย่างน้อย 1 วัน		
9. น้ำคาวปลาที่ออกจากช่องคลอดในระยะหลังคลอดไม่เกิน 7 วัน จะมีสีสีแดงสด		
10. หากหญิงหลังคลอดมีไข้สูง ต้องรีบมารักษาในสถานบริการสาธารณสุขโดยเร็ว		

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

คำชี้แจง

แบบบันทึกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม แล้วเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ประจำพื้นที่สาธารณสุข เขต 18 เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประกอบการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการทำดัชนีชี้วัด เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

แบบบันทึกนี้ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลการรักษาผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย และสภาพผู้ป่วยเมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กรุณานำบันทึกคำตอบตามข้อมูลที่พบได้ในบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยให้ตรงกับข้อมูลผู้ป่วยมากที่สุด

เพื่อให้ข้อมูลสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างสูงสุด กรุณานำบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วนทุกประเด็น จักขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัย

นางจันทิมา นวะมะวัฒน์

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาสาธารณสุขศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

ข้อมูลผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

โรงพยาบาล ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....

วันที่เก็บรวบรวมข้อมูล.....

1. HN.....

2. วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....

3. ที่อยู่ผู้ป่วย.....

4. โรคประจำตัว(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ โรคเบาหวาน☐ โรคความดันโลหิตสูง☐ โรคหัวใจ☐ โรคเลือด☐ อื่นๆ (ระบุ).....

5. ประเภทของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับบริการ ที่รพ.สต.

☐ non urgent☐ urgent☐ Emergent

6. การวินิจฉัยโรคที่รพ.สต.

☐ ภาวะตกเลือดในขณะตั้งครรภ์ระยะแรก☐ ภาวะตกเลือดก่อนคลอด☐ ภาวะตกเลือดหลังคลอด☐ ภาวะชักขณะตั้งครรภ์☐ ภาวะมดลูกแตก☐ การติดเชื้ออย่างรุนแรง☐ อื่นๆ (ระบุ)

7. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในใบส่งต่อ ก่อนการส่งต่อของรพ.สต.ไปยังโรงพยาบาลชุมชน

☐ ไม่มีการบันทึก☐ มีการบันทึกข้อมูล แต่ ไม่ครบถ้วน☐ มีการบันทึกข้อมูล อย่าง ครบถ้วน

8. ประเภทของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับบริการ โรงพยาบาลชุมชน

☐ non urgent☐ urgent☐ Emergent

9. การวินิจฉัยโรคที่โรงพยาบาลชุมชน

☐ ภาวะตกเลือดในขณะตั้งครรภ์ระยะแรก☐ ภาวะตกเลือดก่อนคลอด☐ ภาวะตกเลือดหลังคลอด☐ ภาวะชักขณะตั้งครรภ์☐ ภาวะมดลูกแตก☐ การติดเชื้ออย่างรุนแรง☐ อื่นๆ (ระบุ)

แนวประเด็นการสนทนากลุ่ม
เรื่อง “การศึกษาสภาพการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม
ของสถานบริการสาธารณสุข”

- 1) สถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมที่มารับบริการที่สถานบริการของท่านเป็นอย่างไร
- 2) สภาพการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมของสถานบริการท่านเป็นอย่างไร
- 3) ในฐานะผู้ให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ท่านคิดว่าปัจจัยใดที่จะทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมมารับบริการที่โรงพยาบาลได้เร็วขึ้น
- 4) ในฐานะผู้ให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ท่านคิดว่าปัจจัยใดที่เป็นอุปสรรคทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมมารับบริการที่โรงพยาบาลช้า
- 5) ท่านคิดว่าปัจจัยเสริม หรือปัจจัยเอื้อ และอุปสรรคของการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม มีความเชื่อมโยงกับปัญหาการจัดบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ให้เข้ามารับการดูแลในโรงพยาบาลอย่างทันเวลาอย่างไร

แนวประเด็นการสนทนากลุ่ม
เรื่อง "การกำหนดแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อ
ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม"

- 1) ท่านคาดหวังเกี่ยวกับการเข้ามาใช้บริการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมในพื้นที่ของท่านอย่างไร
- 2) ท่านคิดว่าการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิผลโดยการส่งต่อของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมมีประเด็นใดบ้างที่ต้องการพัฒนา หรือแก้ไขปัญห
- 3) ในประเด็นที่ต้องการพัฒนา หรือแก้ไขปัญหานั้น มีความจำเป็นอย่างไรที่ต้องดำเนินการหากไม่ดำเนินการจะเกิดอะไรขึ้น หรือหากดำเนินการจะเกิดอะไรขึ้น
- 4) ท่านคิดว่า แนวทางที่จะทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมสามารถเข้าถึงบริการอย่างทันเวลานั้น เป็นอย่างไรบ้าง มีใครเกี่ยวข้องบ้าง และเกี่ยวข้องอย่างไร
- 5) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเข้าถึงบริการทันเวลา ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บป่วย จนส่งถึงโรงพยาบาลนั้น ควรมีบทบาทหน้าที่อย่างไร
- 6) แนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่กลุ่มต้องการนั้นควรทำอย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบ
- 7) ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ และอุปสรรคของการดำเนินการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเป็นอย่างไร มีแนวทางในการจัดการปัจจัยเหล่านั้นอย่างไร