



รายงานฉบับสมบูรณ์
โครงการวิจัยย่อยที่ 5
การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัด
เชียงใหม่
(Healthcare services for tourists manifesting road traffic
accidents in Chiang Mai)

โดย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พุดตาน พันธุ์เณร และคณะ

มกราคม 2562

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

สัญญาเลขที่ RDG60T0035

รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัยย่อยที่ 5

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่
(Healthcare services for tourists manifesting road traffic accidents in Chiang Mai)

คณะผู้วิจัย

สังกัด

1. ผศ.ดร.พุดตาน พันธุ์เนตร มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. นายอดิพันธ์ สุวัฒน์เมฆินทร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. น.ส. มณฑิรา อินตะสอน มหาวิทยาลัยนเรศวร
4. นายดิณณวัฒน์ เดิมบางชั้น มหาวิทยาลัยนเรศวร
5. นายสาธิตณ ด้าแลลิบ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ชุดโครงการ

การจัดการความปลอดภัยของการท่องเที่ยวทางถนนในจังหวัดเชียงใหม่
(Road Travel Safety Management in Major Tourist City Chiang Mai)

สนับสนุนโดยสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (วช.)
และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย วช.-สกว. ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงในความกรุณาของนายแพทย์ธีรวิทย์ โกมุทบุตร คณะกรรมการศูนย์ถนนปลอดภัยเชียงใหม่ และหัวหน้าคณะทำงานรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติเหตุจราจรภาคเหนือตอนบน ที่ช่วยให้ความอนุเคราะห์ในเรื่องข้อมูลภาพรวมของสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน และการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสุเทพ โรงพยาบาลดอยสะเก็ด โรงพยาบาลสันกำแพง และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งขอขอบพระคุณบุคลากรทุกท่านในแผนกฉุกเฉินที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณคุณณัฐณี กุลสินธุ์ และผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนนักท่องเที่ยวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้เป็นอย่างดีเยี่ยม

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ประเทศไทย แต่นักท่องเที่ยว ทั้งในส่วนของนักท่องเที่ยวและการให้บริการทางสุขภาพต่อไป

พุดตาน พันธุ์เนตร

สารบัญ

	หน้า
สารบัญตาราง	ฉ
บทสรุปผู้บริหาร	8
บทคัดย่อภาษาไทย	13
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	14
บทที่ 1 บทนำ	15
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	15
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	19
1.3 กรอบแนวคิดของการวิจัย	19
1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในงานวิจัย	19
1.5 ขอบเขตการวิจัย	20
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	20
บทที่ 2 การทบทวนเอกสารและวรรณกรรม	21
2.1 แนวคิด และทฤษฎี	21
2.2 สถานการณ์แนวโน้มของนักท่องเที่ยว	43
2.3 ข้อมูลเกี่ยวกับจังหวัดเชียงใหม่	47
2.4 สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน	52
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	56
2.6 กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย	58
บทที่ 3 การดำเนินการวิจัย	60
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	60
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล และการตรวจสอบเครื่องมือ	62
3.3 การแปลผลข้อมูล เกณฑ์ และการให้ความหมาย	65
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและผลการวิจัย	66
4.1 ข้อค้นพบจากการลงพื้นที่สัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสุขภาพ	67
4.2 ผลการวิเคราะห์ความต้องการของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่มีต่อการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	97
5.1 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา	98

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

5.2 ข้อเสนอแนะ	103
บรรณานุกรม	107
ภาคผนวก ก	111
บทสนทนาจากการเก็บข้อมูล	111
ภาคผนวก ข	133
แบบสอบถาม และ แบบสัมภาษณ์	133
ภาคผนวก ค	155
การวัดความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ	155
ภาคผนวก ง	164
เอกสารรับรองจริยธรรมการวิเคราะห์ความต้องการ บริการทางการแพทย์	164

สารบัญญัตราสาร

	หน้า
ตาราง 1-1 จำนวนการเกิดอุบัติเหตุและความรุนแรงในช่วงเทศกาลสงกรานต์และเทศกาลปีใหม่	17
ตาราง 2-1 แนวโน้มนักท่องเที่ยวและการพยากรณ์นักท่องเที่ยว	43
ตาราง 2-2 แสดงจำนวนนักท่องเที่ยวที่มาเยือนจังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2558	50
ตาราง 2-3 แสดงสถานการณ์ท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ.2558	50
ตาราง 4-1 การคัดแยกออกเป็น 5 สีตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยฉุกเฉิน	73
ตาราง 4-2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	78
ตาราง 4-3 การซื้อประกันของนักท่องเที่ยวกลุ่มตัวอย่าง	81
ตาราง 4-4 จำนวนการซื้อประกันจำแนกตามเพศ	82
ตาราง 4-5 จำนวนการซื้อประกันจำแนกตามอายุ	82
ตาราง 4-6 จำนวนการซื้อประกันจำแนกตามสัญชาติ	83
ตาราง 4-7 จำนวนการซื้อประกันจำแนกตามลักษณะการเดินทาง	83
ตาราง 4-8 สวัสดิการสุขภาพหรือการทำประกันสุขภาพในภูมิลำเนาตัวเองของกลุ่มนักท่องเที่ยวตัวอย่าง	84
ตาราง 4-9 วัตถุประสงค์ของการมาท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่	84
ตาราง 4-10 ลักษณะของการเดินทางมาท่องเที่ยว	85
ตาราง 4-11 องค์ประกอบของทรัพยากรท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่ที่ทำให้ท่านตัดสินใจเดินทางมาท่องเที่ยว	85
ตาราง 4-12 รูปแบบของการเป็นนักท่องเที่ยว	86
ตาราง 4-13 แหล่งข้อมูลการเดินทางมาท่องเที่ยว	86
ตาราง 4-14 ชั่วโมงการใช้อินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์	87
ตาราง 4-15 การรับรู้บริการของแพทย์ฉุกเฉิน	88
ตาราง 4-16 การรับรู้บริการแพทย์ฉุกเฉินจำแนกตามสัญชาติ	90
ตาราง 4-17 ความต้องการบริการแพทย์ฉุกเฉิน	91
ตาราง 4-18 ความต้องการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินจำแนกตามกลุ่มประเทศที่เดินทางมาจังหวัดเชียงใหม่	94
ตาราง 4-19 ความเต็มใจจ่ายค่าประกันการเดินทาง	95
ตาราง ค-1 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา	155
ตาราง ค-2 ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน	160
ตาราง ค-3 ความต้องก่อนต่อบริการแพทย์ฉุกเฉิน	161

สารบัญแนภาพ

	หน้า
แผนภาพ 2-1 องค์ประกอบหลักของการตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุ	32
แผนภาพ 2-2 ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามกรอบองค์การอนามัยโลก (WHO Emergency Care System Framework)	35
แผนภาพ 2-3 ร้อยละนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติในภูมิภาคต่างๆ ไตรมาส1/2557 ถึงไตรมาส 2/2559	45
แผนภาพ 2-4 อัตราการเปลี่ยนแปลงของจำนวนนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติจากภูมิภาคต่างๆ ไตรมาส1/2557 ถึง ไตรมาส2/2559	45
แผนภาพ 2-5 สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้มีอายุ 15-29 ปี ในปี 2555	52
แผนภาพ 2-6 อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พ.ศ. 2552-2557	54
แผนภาพ 2-7 อัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2555-2558 (อัตราต่อแสนประชากร)	55
แผนภาพ 2-8 กรอบแนวคิดการวิจัย	59
แผนภาพ 5-1 แนวทางการให้บริการสุขภาพกรณีการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในส่วนการให้บริการแพทย์ฉุกเฉิน จากการศึกษากรณีเชียงใหม่	105

บทสรุปผู้บริหาร

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ตลอดระยะเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมา ภาคการท่องเที่ยวของประเทศไทยเป็นภาคส่วนทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจของประเทศไทยมาโดยตลอด จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่สำคัญต่อการท่องเที่ยวของประเทศไทยเป็นเวลานาน ทั้งในช่วงเทศกาลและนอกช่วงเทศกาลมีนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและต่างประเทศเดินทางท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่จำนวนมาก ปัญหาหนึ่งของจังหวัดเชียงใหม่คืออัตราการเกิดอุบัติเหตุในจังหวัดเชียงใหม่จึงมีค่อนข้างสูง และเป็นการเกิดเหตุที่ค่อนข้างรุนแรง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้น 1) เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการทางสุขภาพหลังการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่ 2) เพื่อวิเคราะห์ความต้องการของนักท่องเที่ยว ที่มีต่อการให้บริการทางสุขภาพเมื่อเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในจังหวัดเชียงใหม่ และ 3) เพื่อเสนอแนวทางในการให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณประกอบกัน การศึกษาเชิงคุณภาพเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้บริการทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบริการแพทย์ฉุกเฉินในสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเชียงใหม่ ในส่วนการวิจัยเชิงปริมาณเป็นการเก็บข้อมูลภาคตัดขวางจากนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติในจังหวัดเชียงใหม่ทั้งในเขตอำเภอเมืองและนอกอำเภอเมือง ครอบคลุมนักท่องเที่ยวที่ใช้ภาษาอังกฤษและภาษาจีนจำนวน 399 คน

สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาในส่วนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผลการศึกษาพบว่าจังหวัดเชียงใหม่มีหน่วยการบริการแพทย์ฉุกเฉินประกอบไปด้วยโรงพยาบาลศูนย์หรือทั่วไปจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลนครพิงค์ และโรงพยาบาลจอมทอง โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 22 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเอกชน องค์การบริการส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิสมาคมกัญญาต่างๆ เช่นมูลนิธิอินทรานที่อำเภอดอยสะเก็ด ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดเชียงใหม่ (ศูนย์เวียงพิงค์) ที่เป็นหน่วยงานที่สำคัญมากในการรับแจ้งเหตุและช่วยเหลือนักท่องเที่ยว ตลอดจนประสานงานทุกอย่างเพื่อให้การช่วยเหลือนักท่องเที่ยวเป็นไปอย่างทันที่

ระบบการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่เป็นไปอย่างเป็นมาตรฐาน ทั้งใน ส่วนของการให้บริการทางการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) และการ ให้บริการทางการแพทย์เมื่อถึงโรงพยาบาล (Hospital setting) ทั้งในกรณีของอุบัติเหตุทั่วไป และอุบัติเหตุหมู่

ทั้งนี้ด้วยความเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีความหลากหลาย โดยเฉพาะแหล่งท่องเที่ยว ทางไกลที่รองรับนักท่องเที่ยวที่ขอการท่องเที่ยวเชิงผจญภัย เมื่อมีนักท่องเที่ยวประสบ อุบัติเหตุโดยเฉพาะนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติจึงเป็นเรื่องยากที่จะให้การช่วยเหลือได้อย่าง ทันทีทันใด จากการสัมภาษณ์พบว่าบางครั้งที่ต้องใช้เวลามากกว่า 40 นาที อย่างไรก็ตาม หลังจากได้มีการฝึกอบรมบุคลากรจากมูลนิธิอินทรา และได้รับการช่วยเหลือจากมูลนิธิซึ่งเป็น คนในพื้นที่ทำให้การช่วยเหลือสะดวกและรวดเร็วขึ้น

ปัญหาสำคัญที่เกี่ยวกับการท่องเที่ยวแบบผจญภัยคือนักท่องเที่ยวที่มาคนเดียวและชอบ ท่องเที่ยวแบบผจญภัยมักจะไม่ได้ทำประกันการเดินทางหรือประกันอุบัติเหตุมาด้วย เมื่อเกิด เหตุที่ค่อนข้างรุนแรง โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องเป็นผู้ป่วยในทำให้เกิดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ที่มักจะเป็นภาระกับโรงพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลภาครัฐต่อไป

ภาษาเป็นเรื่องที่บุคลากรโรงพยาบาลให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก การแก้ปัญหาเฉพาะ หน้าด้านการสื่อสารโดยเฉพาะภาษาที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษเกิดขึ้นตลอด โดยยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน แพทย์หรือพยาบาลจะมีการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า โดยการให้ผู้ล่ามที่มาจากด้วยเป็นคน แปลภาษาให้ ใช้เทคโนโลยี google translator เข้ามาช่วย หรือการโทรหาล่ามอาสาสมัครที่ เคยให้เบอร์ไว้ ซึ่งข้อจำกัดในด้านนี้ส่งผลต่อการให้บริการรักษาของแพทย์ในเรื่องของความรู้สึก ไม่ปลอดภัย และ ความไม่มั่นใจในการให้การรักษานอกจากนี้ยังพบว่าอัตรากำลังของกลุ่ม บุคลากรทางการแพทย์ในแผนกฉุกเฉิน ยังมีปัญหาการขาดแคลนโดยเฉพาะช่วงเทศกาล แม้จะ มีการจัดกำลังหลักและกำลังเสริมแล้วแต่ก็ยังมีปัญหาการร้องเรียนบ้าง

ความต้องการของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เป็นนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่เป็นชายและหญิงอย่าง ละครึ่ง ส่วนใหญ่มีอายุช่วง 21-30 ปี มีระยะเวลาอยู่ในไทยประมาณไม่เกิน 2 สัปดาห์ โดยอยู่ ในเชียงใหม่ประมาณ 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี กลุ่ม ตัวอย่างเป็นคนจีนประมาณร้อยละ 37 และอเมริการ้อยละ 26 จากการสำรวจพบว่าเกินกว่า ครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีประกัน มีร้อยละ 40 ที่ไม่ได้มีประกันสุขภาพหรืออุบัติเหตุ โดยสัญชาติที่ ซื้อประกันมากคือจีน ญี่ปุ่น และยุโรป และสัญชาติที่ไม่ซื้อประกันคืออเมริกา และประเทศใน กลุ่มอาเซียน นักท่องเที่ยวที่มาแบบหมู่คณะหรือมากับทัวร์ ซื้อประกันทั้งหมด ในขณะที่ นักท่องเที่ยวที่มาแบบอิสระส่วนหนึ่งจะไม่ซื้อประกันประมาณร้อยละ 40 เพศ สัญชาติ และ ลักษณะการมาท่องเที่ยวที่แตกต่างกันมีผลต่อการซื้อประกันที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ

จากการสำรวจในเรื่องการรับรู้พบว่านักท่องเที่ยวส่วนใหญ่ไม่ได้รับรู้ในเรื่องระบบบริการ แพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยมากนัก ไม่ว่าจะเป็นเบอร์โทร 1669 หรือ application EMS

1669 หรือการมีหน่วยบริการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง แม้ว่าเบอร์ 1669 เป็นเบอร์ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินประชาสัมพันธ์และใช้มาค่อนข้างนาน แต่สำหรับนักท่องเที่ยวต่างชาติแล้วมีไม่ถึง 30% ที่รู้จักเบอร์ดังกล่าว การประชาสัมพันธ์เบอร์ 1669 โดยเฉพาะในกลุ่มนักท่องเที่ยวต่างชาติจึงเป็นเรื่องจำเป็นอย่างมาก และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินควรจะให้ความสำคัญกับการประชาสัมพันธ์เบอร์นี้อย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะการประชาสัมพันธ์ผ่านเว็บไซต์หรือทาง social media ต่างๆ (จากการสำรวจครั้งนี้พบว่ากลุ่มนักท่องเที่ยวต่างชาติหาข้อมูลการมาเที่ยวผ่านทางเว็บไซต์เป็นอันดับหนึ่งมากที่สุด) ทั้งนี้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินกรณีที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนนักท่องเที่ยวต่างชาติมีความรู้อยู่บ้างว่ามีแนวทางปฏิบัติเช่นไร เช่น ต้องมีการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนนำส่งโรงพยาบาลในรถฉุกเฉิน ต้องมีเจ้าหน้าที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

เมื่อพิจารณาผลสำรวจความต้องการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินพบว่าประชาชนให้ความสำคัญกับ การประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 ให้ทราบอย่างทั่วถึงใกล้เคียงกับการประชาสัมพันธ์ application ซึ่งในนัยนี้อาจตีความได้ว่านักท่องเที่ยวมีความต้องการให้ประชาสัมพันธ์ช่องทางการแจ้งเหตุที่ประเทศไทยมีมากขึ้น โดยไม่จำกัดว่าต้องเป็นผ่านหมายเลข 1669 หรือ การแจ้งเหตุผ่าน application ที่พัฒนาโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำหรับที่จะมีพยาบาลหรือแพทย์เป็นคนรับแจ้งเหตุนั้นไม่มีความคิดเห็นแตกต่างกันมากนัก ซึ่งสอดคล้องกับบริบทประเทศไทย โดยเฉพาะในส่วนโรงพยาบาลภาครัฐที่การรับแจ้งเหตุเป็นพยาบาลที่มีความคล่องตัวมากกว่า และมีความชำนาญตลอดจนมีอัตรากำลังในจำนวนที่เหมาะสมกว่า ซึ่งในประเทศไทยได้มีการอบรมพยาบาลฉุกเฉินมาหลายปี และมีความเข้มแข็งเป็นอย่างมากจนมีการจัดตั้งสมาคมพยาบาลฉุกเฉินประเทศ แม้ว่างานศึกษาต่างประเทศมีการบ่งชี้ถึงความต้องการแพทย์เป็นผู้รับแจ้งเหตุ แต่ในกรณีของประเทศไทยบริบทการที่มีพยาบาลที่มีความชำนาญเป็นผู้รับแจ้งเหตุที่เป็นรูปแบบการทำงานจริงในปัจจุบัน นับว่ามีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของนักท่องเที่ยว

แม้ว่านักท่องเที่ยวต้องการให้มีรัฐบาลไทยมีการกำหนดให้มีการประกันในระดับกลางๆ ทั้งนี้นักท่องเที่ยวกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าถ้ารัฐเป็นผู้ดำเนินการมีความต้องการซื้อมากขึ้น ซึ่งในเรื่องนี้ควรจะมีการศึกษาต่อไปถึงรูปแบบการประกันโดยเฉพาะในส่วนของการประกันอุบัติเหตุของประเทศไทยว่าจะดำเนินการโดยเอกชนดังที่เป็นในปัจจุบันหรือภาครัฐควรจะมีมีส่วนร่วมกับภาคเอกชน หรือภาครัฐดำเนินการเองในลักษณะประกันภาคบังคับ ถ้าประเทศไทยมีการบังคับให้นักท่องเที่ยวทำประกันทุกคน ค่อนข้างเป็นไปได้ยากในช่วงไม่กี่ปีข้างหน้าเนื่องจากมีขั้นตอนทางการออกกฎหมายค่อนข้างมาก แม้ว่าข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะพบว่ากระทรวงสาธารณสุขสูญเสียเงินค่ารักษาพยาบาลจากชาวต่างชาติรวมทั้งนักท่องเที่ยวเป็นหลักพันล้านบาทก็ตาม จากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการกองมาตรฐานและกำกับความปลอดภัยของนักท่องเที่ยว พบว่ามีความเห็นด้วยกับการบังคับให้นักท่องเที่ยวทำประกันชีวิต ด้วยกระทรวงสาธารณสุขมีความสูญเสียจากการเก็บเงินไม่ได้สามถึงสี่พันล้านบาท แต่ทั้งนี้การแก้กฎหมาย หรือพระราชบัญญัติก็เป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากและใช้เวลานาน

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

การสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษและภาษาอื่นๆ เป็นเรื่องที่นักท่องเที่ยวให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก โดยนักท่องเที่ยวไม่ได้ให้ความคิดเห็นที่แตกต่างมากนักระหว่างการใช้คนหรือใช้เทคโนโลยีช่วยในการแปลภาษา นอกจากนี้เรื่องภาษานักท่องเที่ยวมีความคิดเห็นว่าหน่วยกู้ชีพกู้ภัยไม่ควรมาจากโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยและเชียงใหม่ที่มีหน่วยกู้ชีพจากหลายสถาบัน ได้แก่ โรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสมาคมต่างๆ แต่ประเด็นสำคัญคือคนที่ทำหน้าที่กู้ชีพควรมีการฝึกอบรมมาเป็นอย่างดี นอกจากนี้กล่าวมา นักท่องเที่ยวยังให้ความสำคัญกับการมีหน่วยประกันสำหรับชาวต่างชาติเพื่ออำนวยความสะดวกควรมีการแจ้งระยะเวลาที่รอกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจากงานศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการณ์ของโรงพยาบาลป่าตองจังหวัดภูเก็ตนั้นเป็นกรณีตัวอย่างที่น่าสนใจในการมีหน่วยประกันสำหรับนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ เป็นการอำนวยความสะดวกทั้งกับนักท่องเที่ยวและผู้ให้บริการทางการแพทย์ นักท่องเที่ยวยังต้องการให้มีช่องทางพิเศษสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ตลอดจนไม่ต้องการให้หน่วยรับบริการเป็นโรงพยาบาลภาครัฐเท่านั้น ซึ่งถ้านักท่องเที่ยวมีประกันอุบัติเหตุจะทำให้การไปรับบริการโรงพยาบาลเอกชนเป็นไปอย่างสะดวกมากขึ้น จากการสำรวจข้อมูลเพิ่มเติมพบว่านักท่องเที่ยวมีความเต็มใจจ่ายค่าเบี้ยประกันจำนวน 400 บาทต่อคนต่อการเดินทาง 1 ครั้ง

สรุปแนวทางการให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนน

โดยสรุปงานวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะในการให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่ ดังต่อไปนี้

- แม้ว่านักท่องเที่ยวชาวต่างชาติบางส่วนจะไม่เห็นด้วยกับการบังคับให้ทำประกันการเดินทางหรือประกันอุบัติเหตุก่อนที่จะเข้ามาประเทศไทย ทั้งนี้ถ้าการดำเนินระบบประกันเป็นไปโดยภาครัฐนักท่องเที่ยวยังมีความต้องการทำประกันมากขึ้น โดยนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติมีความเต็มใจจ่ายเบี้ยประกันมูลค่า 400 บาทต่อครั้ง ซึ่งจากผลการศึกษาที่ผ่านมาจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่เคยทำการคำนวณเบี้ยประกันสำหรับนักท่องเที่ยวไว้แล้วคือ 300 บาทต่อครั้ง ดังจะเห็นว่านักท่องเที่ยวยังมีความเต็มใจจ่ายเบี้ยประกันมากกว่าที่ผู้เชี่ยวชาญของกระทรวงสาธารณสุขไทยเคยคำนวณไว้ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการบังคับให้ทำประกันการเดินทางหรือประกันอุบัติเหตุ แม้ว่าต้องใช้เวลาอีกค่อนข้างนานในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก็ตาม ซึ่งในประเด็นดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาสามารถนำไปเป็นข้อมูลเบื้องต้น
- ภาษายังเป็นเรื่องที่สำคัญอยู่มาก ซึ่งในจังหวัดท่องเที่ยวดังจังหวัดเชียงใหม่มีนักท่องเที่ยวที่มาจากหลายประเทศ ซึ่งหมายถึงหลายภาษาด้วย ด้วยความจำกัดของบุคลากรทางการแพทย์ การใช้เทคโนโลยีเพื่อช่วยในการแปลภาษาแบบ real time เป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าจะนำมาพิจารณา สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สามารถขอความร่วมมือกับหน่วยวิจัยของประเทศไทยเพื่อพัฒนาระบบ E-translator และการศึกษา

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ความเป็นไปได้ของการนำระบบนี้ไปใช้ในศูนย์รับแจ้งเหตุ และการให้บริการในห้องฉุกเฉิน ร่วมกับสถาบันทางการศึกษา

- ควรเร่งประชาสัมพันธ์ช่องทางแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านหมายเลข 1669 หรือ application เพื่อให้นักท่องเที่ยวโดยเฉพาะนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติรู้จักหมายเลข 1669 หรือ application EMS 1669 จากการสัมภาษณ์พบว่าแหล่งข้อมูลที่สำคัญคือเว็บไซต์ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่นักท่องเที่ยวใช้ในการหาข้อมูลในการมาเที่ยวเชียงใหม่มากที่สุด การศึกษาครั้งนี้จึงเสนอให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเร่งการประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 หรือ application 1669 ทางอินเทอร์เน็ต ทั้งในแบบที่มีค่าใช้จ่ายและไม่มีค่าใช้จ่าย
- งานวิจัยครั้งนี้เสนอให้โรงพยาบาลในแหล่งท่องเที่ยวสำคัญมีการจัดตั้งหน่วยประกันต่างประเทศ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี อีกทั้งยังเป็นการป้องกันปัญหาความไม่เข้าใจของคนไข้และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดปัญหาตามมาอีกมาก การไปศึกษาดูงานที่โรงพยาบาลป่าตองจังหวัดภูเก็ตเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะทำให้เกิดความเข้าใจทั้งในกระบวนการดำเนินงานและประโยชน์ของการมีศูนย์ดังกล่าวมากขึ้น
- การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกลหรือพื้นที่เฉพาะที่มีแหล่งท่องเที่ยวที่ไม่อยู่ในชุมชน ยังเป็นเรื่องที่เป็นความท้าทายของระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทั้งนี้ทางเลือกในการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานในพื้นที่เช่นมูลนิธิเป็นทางเลือกหนึ่งที่เป็นไปได้ หรืออีกแนวทางคือการอบรมให้กับผู้เกี่ยวข้องกับแหล่งท่องเที่ยวที่มีความเสี่ยงในการเกิดเหตุ

งานวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จในประเด็นของการได้แนวทางการให้บริการทางสุขภาพหลังประสบอุบัติเหตุทางถนน ในส่วนของการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในช่วงก่อนถึงโรงพยาบาลและในโรงพยาบาล นอกจากที่กล่าวมาส่วนหนึ่งของงานวิจัยยังได้นำไปใช้ประโยชน์ในการทำวิจัยต่อเนื่อง โดยคณะวิจัยได้มีการดำเนินโครงการวิจัย “รูปแบบระบบการแพทย์ฉุกเฉินในแหล่งท่องเที่ยว: กรณีศึกษาแหล่งท่องเที่ยวอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์” โดยขยายความรู้จากโครงการวิจัยปัจจุบัน โดยเฉพาะในส่วนของอุปทานเพื่อรวบรวมข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องได้อย่างครอบคลุม และครบถ้วนมากขึ้น อีกทั้งหลังจากที่ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์จะส่งรายงานนี้ให้กับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป นอกจากนี้ที่กล่าวมาจะมีการนำเสนอผลงานวิจัยฉบับนี้ในที่ประชุมวิชาการหรือการเผยแพร่ในวารสารที่ได้รับการยอมรับต่อไป เพื่อสร้างมูลค่าทางวิชาการในอนาคต ในประเด็นของความคุ้มค่านั้นถ้าพิจารณาในมุมมองของสังคม การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้บ่งชี้ชัดเจนผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการได้รับการบริการที่ดีขึ้น หรือจำนวนนักท่องเที่ยวที่มากขึ้น อย่างไรก็ตามการให้บริการที่เหมาะสมกับบริบทของนักท่องเที่ยวมากขึ้น ทำให้คาดการณ์ถึงความคุ้มค่าของการศึกษาในเบื้องต้นได้

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้น (1) เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการทางสุขภาพหลังการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่ (2) เพื่อวิเคราะห์ความต้องการของนักท่องเที่ยว ที่มีต่อการให้บริการทางสุขภาพเมื่อเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในจังหวัดเชียงใหม่ และ (3) เพื่อเสนอแนวทางในการให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่

โดยการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพประกอบกัน การศึกษาเชิงคุณภาพเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้างกับผู้ให้บริการทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง คือ ศูนย์รับแจ้งเหตุเวียงพิงค์ และโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องและมีประสบการณ์กับการให้การช่วยเหลือนักท่องเที่ยวในการศึกษาเชิงปริมาณเป็นการสำรวจข้อมูลภาคตัดขวาง โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติทั้งที่ใช้ภาษาอังกฤษและภาษาจีนจำนวน 399 คน การสำรวจครั้งนี้ดำเนินการทั้งในเขตอำเภอเมืองและนอกเขตอำเภอเมือง

ในส่วนของผลการศึกษาพบว่าการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึง (1) ความเป็นไปได้ในการบังคับให้ทำประกันการเดินทางหรือประกันอุบัติเหตุ แม้ว่าต้องใช้เวลาอีกค่อนข้างนานในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก็ตาม โดยนักท่องเที่ยวมีความเต็มใจจ่ายจำนวน 400 ต่อการเดินทางหนึ่งครั้ง (2) ปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติโดยเฉพาะชาติที่พูดภาษาอังกฤษไม่ได้ยังเป็นประเด็นที่สำคัญ ตลอดจนในพื้นที่ห่างไกลที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวเฉพาะกลุ่มยังมีปัญหาเรื่องการเข้าถึง (3) นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติไม่ถึงร้อยละ 30 ที่รู้จักหมายเลข 1669 หรือ application EMS 1669 และ (4) การให้บริการแพทย์ฉุกเฉินที่ดำเนินการในประเทศไทยรองรับความต้องการของนักท่องเที่ยวได้ แต่ควรมีการอำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินในเมืองท่องเที่ยวมากขึ้น

งานศึกษานี้มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้ (1) โรงพยาบาลในแหล่งท่องเที่ยวสำคัญควรมีการพิจารณาการจัดตั้งหน่วยงานประกันต่างประเทศ โดยอาจจะเริ่มจากการไปศึกษาดูงานที่โรงพยาบาลป่าตองจังหวัดภูเก็ต และ (2) ควรเร่งประชาสัมพันธ์ช่องทางแจ้งเหตุดังกล่าวเป็นเรื่องที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินควรเร่งดำเนินการ โดยเฉพาะผ่านทางระบบอินเทอร์เน็ต (3) ในอนาคตอาจจะมีการพัฒนาระบบ E-translator เพื่อให้เกิดความสะดวกขึ้นในการและ (4) การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกลหรือพื้นที่เฉพาะที่มีแหล่งท่องเที่ยวที่ไม่อยู่ในชุมชน ยังเป็นเรื่องที่เป็นความท้าทายของระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทั้งนี้ทางเลือกในการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานในพื้นที่เช่นมูลนิธิเป็นทางเลือกหนึ่งที่เป็นไปได้ หรืออีกแนวทางคือการอบรมให้กับผู้เกี่ยวข้องกับแหล่งท่องเที่ยวที่มีความเสี่ยงในการเกิดเหตุ

Abstract

The objectives of this study are to (1) study the emergency medical services (EMS) system for tourists in Chiang Mai (2) analyse requirement of international tourists for healthcare services after having road traffic accidents in Chiang Mai and (3) suggest the directions of emergency medical services for tourists in Chiang Mai.

This study included qualitative and quantitative methods: the semi-structure in-depth interview method and cross-sectional survey. We conducted interviews with healthcare professionals working in relevant hospitals including Chiang Mai Emergency Medical Services. We also conducted a cross-sectional survey with the international tourists. The sample size was 399 tourists both who using English and Chinese. The tourists traveling in Maung districts and outside Maung district were interviewed.

There are 4 main finding. It is possible to proceed compulsory travel insurance or accident insurance with the international tourists; they were willing to pay 400 baht. There were communication problems with tourists speaking other languages apart from English; the difficulties on providing emergency services in remote areas were concerns. There were only 30% of international tourists knowing 1669 number or applicaton EMS 1669. If possible, the tourist destinations would improve the emergency medical services more conveniently.

There are 4 main suggestions. The hospitals in Chiang Mai especially located near major tourist destinations would consider the establishment of a foreign insurance agency center. This might begin with a visit to Phuket Hospital in Phuket. In the near future, it would be necessary to develop E-translator system especially in tourist destinations. the National Institute for Emergency Medicine should promote the number “ 1669” and “ application EMS 1669” urgently. Development of emergency medical systems in remote areas or specific areas with non-community tourism was a challenge for emergency medical services in Chiang Mai and the National Institute of Emergency Medicine. The choice of assistance from local agencies, such as the Foundation, is a viable alternative. Another approach is to train people involved in risky tourism.

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาภาคการท่องเที่ยวเป็นภาคที่สำคัญต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยมาโดยตลอด จากบทวิเคราะห์ทางเศรษฐกิจที่เผยแพร่โดยธนาคารแห่งประเทศไทย เมื่อ 10 พฤศจิกายน 2558(เสาวณี จันทะพงษ์ และ กัมพล พรพัฒนาไพศาลกุล, 2558) ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของภาคการท่องเที่ยวทั้งที่เกิดผลต่อการพัฒนาประเทศทางตรงและผลกระทบทางอ้อม โดยผลกระทบทางตรง หมายถึงค่าใช้จ่ายของนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและต่างชาติ ตลอดจนรายจ่ายภาครัฐที่ใช้สนับสนุนการท่องเที่ยวโดยตรง จากการศึกษาขององค์การท่องเที่ยวโลกแห่งสหประชาชาติพบว่าภาคการท่องเที่ยวของประเทศไทย ได้สร้างให้เกิดการเติบโตทางเศรษฐกิจคิดเป็นร้อยละ 7 ของผลผลิตมวลรวมภายในประเทศ (GDP) ในส่วนของผลต่อการพัฒนาประเทศทางอ้อม เกิดจากที่ภาคการท่องเที่ยวมีความเชื่อมโยงกับห่วงโซ่อุปทานอื่นๆ ผ่านทางการซื้อสินค้าวัตถุดิบต่างๆ ที่เชื่อมกับธุรกิจภาคการท่องเที่ยว ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 9 ต่อ GDP โดยเฉลี่ย นอกจากนี้ที่กล่าวมาภาคการท่องเที่ยวยังมีผลโดยตรงต่อการจ้างแรงงาน จากข้อมูลปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีแรงงานอยู่ในภาคการท่องเที่ยวมากถึง 6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของการจ้างงานทั้งหมด ซึ่งเป็นสัดส่วนที่แม้จะต่ำกว่าภาคเกษตรกรรม แต่สูงกว่าภาคอุตสาหกรรม นักท่องเที่ยวต่างชาติมีบทบาทสำคัญต่ออัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยเป็นเวลานาน จากสถิติจำนวนนักท่องเที่ยวต่างชาติและรายได้จากการท่องเที่ยว พ.ศ. 2550-2557 พบว่า ประเทศไทยมีนักท่องเที่ยวเพิ่มขึ้นมาก ในปี พ.ศ. 2550 มีจำนวน 14.46 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 24.70 ล้านคน ในปี 2557 สร้างรายได้เพิ่มขึ้นจาก 548 ล้านบาท เป็น 1,130 ล้านบาท แม้ว่าบางปีจะมีอัตราการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านจำนวนและรายได้ติดลบก็ตาม(สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558) นอกจากนี้ยังได้มีการพยากรณ์ว่าประเทศไทยจะมีจำนวนนักท่องเที่ยวเพิ่มขึ้นเป็น 47 ล้านคนในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งทำให้ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากการท่องเที่ยวทั้งทางบวกและทางลบ ตลอดจนความพร้อมและศักยภาพในการแข่งขันในระยะยาวของประเทศไทย(เสาวณี จันทะพงษ์ และ กัมพล พรพัฒนาไพศาลกุล, 2558)

จากความสำคัญของภาคการท่องเที่ยว และความจำเป็นที่ต้องเตรียมความพร้อมในการรองรับนักท่องเที่ยวที่จะมีมากขึ้นมากในอนาคต ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ที่จะใช้เป็นแผนพัฒนาประเทศในระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2564 จึงได้ให้ความสำคัญกับภาคการท่องเที่ยวในหลายๆส่วน ได้แก่ การเร่งพัฒนาระบบคมนาคมขนส่งทั้งทางบก ทางน้ำ

และทางอากาศ ตลอดจนเร่งการพัฒนาท่าเทียบเรือขนาดใหญ่เพื่อรองรับการเจริญเติบโตของการท่องเที่ยวทางทะเล ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวให้มีความทันสมัยและได้มาตรฐานระดับสากล ตลอดจนส่งเสริมการท่องเที่ยวทั้งในระดับพื้นที่ และการเชื่อมโยงการท่องเที่ยวในภูมิภาคเอเชีย(สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558) ทั้งนี้ยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวไทย พ.ศ. 2558-2560 ได้ชี้ให้เห็นถึงประเด็นปัญหาความไม่พร้อมของสิ่งอำนวยความสะดวก ปัญหาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของนักท่องเที่ยว รวมทั้งปัญหาการจัดการของภาครัฐ ความไม่ทันสมัยของกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย ตลอดจนปัญหาการจัดการและบูรณาการภาครัฐเพื่อให้การพัฒนาการท่องเที่ยวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของนักท่องเที่ยว โดยเฉพาะในกลุ่มชาวต่างชาติเป็นปัญหาที่สำคัญมาตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา อุบัติเหตุเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลต่อภาพลักษณ์ในเรื่องความปลอดภัยของนักท่องเที่ยว กลยุทธ์พัฒนาความปลอดภัยด้านการท่องเที่ยวได้มุ่งเน้นให้มีมาตรการป้องกันอุบัติเหตุในกลุ่มนักท่องเที่ยว ได้แก่ การสำรวจและปรับสภาพจุดที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง รวมทั้งการประชาสัมพันธ์และทำป้ายเตือนต่างๆ การพัฒนาไกลและปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของศูนย์รับแจ้งเหตุของตำรวจท่องเที่ยวและศูนย์บริการนักท่องเที่ยวทางโทรศัพท์ การจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือเยียวานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ สนับสนุนมาตรการจัดการความปลอดภัยในการเดินทาง และผลักดันให้มีการกำหนดมาตรฐานการให้บริการและมาตรฐานความปลอดภัยทางการท่องเที่ยว เป็นต้น (กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา, 2558) สถิติอุบัติเหตุในช่วงเทศกาลเป็นปัจจัยบ่งชี้หนึ่งซึ่งแสดงให้เห็นถึงปัญหาอุบัติเหตุทางในกลุ่มนักท่องเที่ยว จากข้อมูลที่รวบรวมโดยศูนย์กลางข้อมูลข่าวสารความปลอดภัยทางถนน โดยสำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ พบว่า จำนวนอุบัติเหตุในช่วงเทศกาลสงกรานต์และเทศกาลปีใหม่ มีเป็นจำนวนมากถึง 6,886 ครั้งต่อปีโดยเฉลี่ย ซึ่งในช่วงเวลาแค่ 7 วันทำให้เกิดการเสียชีวิตมากถึง 698 คน และทำให้เกิดการบาดเจ็บอีก 7,414 คน (ตารางที่ 1-1) ถ้าเฉพาะเจาะจงไปที่กลุ่มนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ก็จะพบสภาพปัญหาการเกิดอุบัติเหตุที่ต้องให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วนเช่นกัน ข้อมูลที่รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ชี้ให้เห็นถึงจำนวนผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุทางถนนที่เพิ่มสูงขึ้นจาก 464 คนในปี พ.ศ. 2551 เป็น 2,183 คน ในปี พ.ศ. 2555 และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งตามมาด้วยจำนวนเงินชดเชยที่เพิ่มมากขึ้นเช่นกันจาก 4,980 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2551 เป็น 21,285 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2555(สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากรายงานของมูลนิธิ FIA เรื่อง Bad Trips International Tourism and Road Deaths in Developing World พบว่าอุบัติเหตุเป็นสาเหตุหลักของการตายของนักท่องเที่ยวอเมริกันในช่วงปี พ.ศ. 2548 – 2550 โดยประเทศไทยได้ถูกจัดอันดับประเทศที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเป็นอันดับสอง รองจากประเทศฮอนดูรัส(สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร, 2558)

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ตารางที่ 1-1 จำนวนการเกิดอุบัติเหตุและความรุนแรงในช่วงเทศกาลสงกรานต์ (11-17 เมษายน) และเทศกาลปีใหม่ (27 ธ.ค.-2 ม.ค.)

ปี พ.ศ.	สถิติอุบัติเหตุช่วงสงกรานต์			สถิติอุบัติเหตุช่วงปีใหม่		
	อุบัติเหตุ (ครั้ง)	บาดเจ็บ (ราย)	เสียชีวิต (ราย)	อุบัติเหตุ (ครั้ง)	บาดเจ็บ (ราย)	เสียชีวิต (ราย)
2551	4,244	4,803	368	4,475	4,903	401
2552	3,977	4,332	373	3,824	4,107	367
2553	3,561	3,802	361	3,534	3,827	347
2554	3,215	3,476	271	3,497	3,750	358
2555	3,129	3,320	320	3,093	3,375	336
2556	2,828	3,040	321	3,176	3,329	366
2557	2,992	3,225	322	3,174	3,345	367
2558	3,373	3,559	364	2,997	3,117	341
เฉลี่ย	3,415	3,695	338	3,471	3,719	360

ที่มา: ศูนย์กลางข้อมูลข่าวสารความปลอดภัยทางถนน โดยสำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ

เชียงใหม่เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีจำนวนนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติจำนวนมาก จากข้อมูลสถิติที่รวบรวมโดยกรมการท่องเที่ยว และเผยแพร่ในแผนยุทธศาสตร์การท่องเที่ยว พบว่า เชียงใหม่เป็นจังหวัดที่เป็นอันดับที่ 5 ที่มีจำนวนผู้มาเยี่ยมเยือนชาวต่างชาติมากที่สุด รองจากกรุงเทพมหานคร ภูเก็ต ชลบุรี และสุราษฎร์ธานี(กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา, 2558) จากข้อมูลที่เผยแพร่โดยกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาพบว่าเชียงใหม่มีจำนวนนักท่องเที่ยวชาวไทยมากถึง 4,841,681 คน และนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติมากถึง 2,584,091 ในปี 2558 ซึ่งมากกว่าปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 6.16 และ 9.15 โดยเฉลี่ย ซึ่งถ้าเทียบกับข้อมูลจำนวนนักท่องเที่ยวในเขตภาคเหนือทั้งหมดที่มีจำนวน 3,739,224 ซึ่งให้เห็นว่าจากจำนวนนักท่องเที่ยวที่ภาคเหนือทั้งหมด เป็นนักท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่มากถึงร้อยละ 69 ทั้งนี้แม้ว่าจังหวัดเชียงใหม่จะเป็นจังหวัดที่มีความสำคัญมากเป็นอันดับต้นๆของประเทศไทยในเรื่องการท่องเที่ยว แต่การเจริญเติบโตด้านจำนวนนักท่องเที่ยวก็เป็นปัญหาที่สำคัญของจังหวัด ปัญหาหนึ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้คือความไม่ปลอดภัยจากการจราจรทางถนน ซึ่งเกิดจากทั้งพฤติกรรมของนักท่องเที่ยวเอง และความไม่พร้อมของจังหวัดในเรื่องโครงสร้างพื้นฐาน และการคมนาคมขนส่งที่ไม่ได้มาตรฐาน(สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่, 2560, ม.ป.ป.) จากข้อมูลสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติช่วงเทศกาลสงกรานต์ ปี พ.ศ. 2556 ที่เผยแพร่โดยคณะวิศวกรรมศาสตร์ ม.นเรศวรได้ชี้ให้เห็นว่าเชียงใหม่หนึ่งในเป็น 10 จังหวัดที่มีนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติเกิดอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุด โดยในช่วงเทศกาลสงกรานต์ปี พ.ศ.

2556 เชียงใหม่มีจำนวนนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติบาดเจ็บจำนวน 27 คน แม้จะไม่มีผู้เสียชีวิตก็ตาม(กฤษฏา นาดี จารีก พุทธรักษา พิพัฒน์ ทองทา และ ทวีศักดิ์ แต่ckerโทก, 2556)

ปัญหาที่ตามมาของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน คือ มาตรฐานการให้บริการทางสุขภาพกับนักท่องเที่ยว โดยเฉพาะในกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวต่างประเทศที่มีอุปสรรคทั้งในเรื่องการสื่อสารกับบุคลากรผู้ให้บริการทางสุขภาพ การประสานงานกับญาติพี่น้องกรณีที่ต้องการการตัดสินใจ ระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเกิดอุบัติเหตุทั้งหมด ความไว้วางใจที่มีต่อระบบการรักษาพยาบาลในประเทศไทย และการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้กับหน่วยงานให้บริการทางสุขภาพอย่างครบถ้วน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโรงพยาบาลในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวได้ประสบปัญหาทั้งในเรื่องการขาดแคลนบุคลากรในการรักษาพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล ตลอดจนล่ามแปลภาษาโดยเฉพาะที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ ปัญหาด้านการสื่อสารกับนักท่องเที่ยว ปัญหาการประสานงานกับญาติพี่น้องของนักท่องเที่ยว ตลอดจนปัญหาความเสี่ยงทางการเงินจากการที่มีนักท่องเที่ยวเข้ามารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาลของประเทศไทย และไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ โดยเฉพาะในกรณีการเกิดอุบัติเหตุรุนแรง เป็นผู้ป่วยใน ไม่มีประกัน และไม่มีเอกสารสำคัญของการระบุตัวตน เช่น หนังสือเดินทาง จากการศึกษาที่ผ่านมาโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดภูเก็ตมีชาวต่างชาติขอความช่วยเหลือจากทางโรงพยาบาลจำนวน 129 คน คิดเป็นค่าใช้จ่ายกว่า 11 ล้านบาท (พุดตาน พันธุ์เณร และคณะ, 2559)

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยที่ดำเนินการต่อยอดจากงานวิจัยเรื่องการจัดสรรกำลังคนทางสุขภาพเพื่อการดูแลนักท่องเที่ยว ซึ่งเป็นโครงการย่อยที่ 5 ในชุดโครงการวิจัยการยกระดับความปลอดภัยในการท่องเที่ยวของชาวต่างชาติตามมาตรฐานสากล (ระยะ 2) ที่ทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่อำเภอป่า และจังหวัดภูเก็ต ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมานอกจากจะทำให้ทราบถึงปัญหาการขาดแคลนกำลังคนทางสุขภาพ ที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของนักท่องเที่ยวที่ประสบอุบัติเหตุทางถนนแล้วยังทำให้เห็นถึงปัญหาการปรับตัวของโรงพยาบาลเพื่อการดูแลนักท่องเที่ยวโดยเฉพาะชาวต่างชาติ เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีระบบการให้บริการทางสุขภาพเพื่อการดูแลนักท่องเที่ยวโดยเฉพาะระบบที่ใช้อยู่จึงยังเป็นระบบเดียวกับการบริการให้กับคนไทย ทั้งที่นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติมีความต้องการทรัพยากร โดยเฉพาะทรัพยากรบุคคลที่มากกว่าคนไทย เช่น ความต้องการล่ามแปลภาษา ทั้งแบบประจำหรือล่วงเวลา หรือการมีหน่วยประกันต่างประเทศในพื้นที่ที่มีจำนวนนักท่องเที่ยวมากๆ หรือแม้กระทั่งการมีหน่วยงานทางการเงินโดยเฉพาะเพื่อประสานงานกับสถานทูตหรือญาติของนักท่องเที่ยวที่มีความบกพร่องรุนแรงและไม่สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากแหล่งใดได้ ผลการศึกษาหนึ่งชี้ให้เห็นว่าโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดภูเก็ตต้องรับภาระการรักษาพยาบาลให้กับนักท่องเที่ยวกว่า 100 ราย หรือ คิดเป็นค่าใช้จ่ายในการบริการทางการแพทย์กว่า 11 ล้านบาท ด้วยความที่ปัญหาของการให้บริการทางสุขภาพหลังการเกิดอุบัติเหตุไม่ได้มีเฉพาะเรื่องบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น งานศึกษานี้จึงมีมุมมองที่กว้างขึ้นไปในส่วนขอระบบการดูแลนักท่องเที่ยวที่ประสบอุบัติเหตุทางถนน โดยมีพื้นที่วิจัยคือจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเป็นจังหวัดท่องเที่ยวที่สำคัญของประเทศไทย และการท่องเที่ยวมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง

เพื่อรองรับการขยายตัวของนักท่องเที่ยวในอนาคต โดยเฉพาะทิศทางการพัฒนาการท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่ สภาพปัญหาอุบัติเหตุในกลุ่มนักท่องเที่ยวทั้งนักท่องเที่ยวชาวไทย และนักท่องเที่ยวต่างชาติ ความสำคัญของการสร้างระบบการให้บริการทางการแพทย์ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการตัดสินใจมาเที่ยวในพื้นที่โดยเฉพาะในกลุ่มนักท่องเที่ยวต่างชาติ ตลอดจนปัญหาการให้บริการทางการแพทย์ในกลุ่มนักท่องเที่ยวที่ยังเป็นปัญหาในระดับประเทศและระดับพื้นที่ การวิจัยเพื่อชี้ให้เห็นรูปแบบการให้บริการ การดูแลรักษา นักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและต่างชาติจึงเป็นเรื่องสำคัญ อันจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการสุขภาพ โดยเฉพาะในส่วนการแพทย์ฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุโดยตรง การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเป็นพื้นที่ท่องเที่ยวสำคัญของประเทศไทย การวิจัยดำเนินการทั้งในส่วนของอุปทาน คือ รูปแบบการให้บริการสุขภาพแก่นักท่องเที่ยวที่ประสบอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดเชียงใหม่ และอุปสงค์ คือ ความต้องการของนักท่องเที่ยวต่อระบบการให้บริการทางสุขภาพ ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์อุบัติเหตุทางถนน เพื่อให้เข้าใจและสามารถสังเคราะห์การให้บริการสุขภาพที่เหมาะสม ได้มาตรฐาน และสามารถรองรับกับนักท่องเที่ยวได้ในอนาคต

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการทางสุขภาพหลังการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อวิเคราะห์ความต้องการของนักท่องเที่ยว ที่มีต่อการให้บริการทางสุขภาพเมื่อเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในจังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่อเสนอแนวทางในการให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่

1.3 กรอบแนวคิดของการวิจัย

กรอบแนวคิดของการศึกษานี้ประกอบไปกับการศึกษาทั้งในบริบทของอุปสงค์ และอุปทาน โดยการศึกษาในบริบทอุปสงค์ ประกอบกับหลักการจัดการระบบบริการสุขภาพที่มีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ หลักความเสมอภาค หลักความเป็นธรรมทางสุขภาพ หลักเสรีภาพ และหลักประโยชน์สูงสุด ตลอดจนหลักการแพทย์ฉุกเฉินที่ต้องพิจารณาทั้งการให้บริการก่อนถึงโรงพยาบาล และที่โรงพยาบาล

1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในงานวิจัย

1. ระบบการดูแลนักท่องเที่ยวที่ประสบอุบัติเหตุทางถนน หมายถึงการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินกับผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนน
2. การบริการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึงระบบบริการทางการแพทย์สำหรับเจ็บป่วยเฉียบพลัน ให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต เหตุฉุกเฉิน ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้องตรงตามมาตรฐาน ครอบคลุมทั้งก่อนที่จะถึงโรงพยาบาลและการรักษาฉุกเฉินในโรงพยาบาล แม้ว่าในนิยามของการแพทย์ฉุกเฉินจะครอบคลุม

ไปถึงการค้นคว้าวิจัย และการป้องกัน แต่ในกรณีที่ศึกษาจะหมายถึงการรักษาฉุกเฉินในกลุ่มผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนเท่านั้น

3. การท่องเที่ยว หมายถึง การเดินทางจากที่พักไปยังสถานที่ต่างๆ เป็นการชั่วคราว เพื่อพักผ่อนหย่อนใจ เยี่ยมญาติมิตร หรือเพื่อวัตถุประสงค์ใดๆ โดยมีอุปสงค์ทางการท่องเที่ยวเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การใช้บริการที่พัก ร้านอาหาร หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ แต่ไม่ใช้การเดินทางเพื่อการประกอบอาชีพแต่อย่างใด

4. นักท่องเที่ยว หมายถึง บุคคลที่เดินทางในจังหวัดหรือประเทศที่มีใช้บ้านเมืองที่อาศัยอยู่ของตัวเอง เพื่อไม่ใช่วัตถุประสงค์ในการประกอบอาชีพหรือหารายได้เป็นหลัก

1.5 ขอบเขตการวิจัย

งานศึกษานี้มีขอบเขตของการวิจัยในเชิงปริมาณและคุณภาพประกอบกัน โดยการศึกษาในเชิงคุณภาพจะใช้ในการศึกษารูปแบบการให้บริการทางสุขภาพหลังการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้เข้าใจระบบการให้บริการสุขภาพที่มีในปัจจุบันและที่จะมีหรือควรมีในอนาคต ที่ครอบคลุมถึงระบบประกันสุขภาพทั้งของชาวไทยและต่างประเทศด้วย ในการศึกษาเชิงปริมาณจะเป็นการสำรวจความต้องการของนักท่องเที่ยวชาวต่างประเทศเท่านั้น (ชาวไทยการให้บริการเรื่องอุบัติเหตุอยู่ในระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบใหญ่ที่มีในประเทศไทย ได้แก่ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ อยู่แล้ว แต่ในกลุ่มนักท่องเที่ยวยังไม่มีการศึกษาในประเด็นนี้ ขอบเขตของประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นนักท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่เท่านั้น สำหรับขอบเขตในการวิเคราะห์การให้บริการทางสุขภาพจะเน้นไปที่ให้การรักษาในสถานพยาบาลภาครัฐและเป็นการรักษาหลังการเกิดอุบัติเหตุ โดยเฉพาะเจาะจงไปที่การให้บริการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งถือเป็นขั้นตอนของการรักษาพยาบาลที่สำคัญที่สุดของการช่วยเหลือผู้ป่วยหลังจากการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ระบบการดูแลนักท่องเที่ยวที่ประสบอุบัติเหตุทางถนนที่ประเทศไทยมีในปัจจุบันที่ควรจะเป็นโดยเฉพาะในส่วนของนักท่องเที่ยวต่างประเทศ
2. เข้าใจความต้องการของนักท่องเที่ยวชาวต่างประเทศที่การให้บริการทางสุขภาพ กรณีการเกิดอุบัติเหตุทางถนน
3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เป็นรูปธรรมต่อหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงสาธารณสุข หรือสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ให้มีแนวทางการจัดการระบบการให้บริการทางสุขภาพแก่นักท่องเที่ยวที่ประสบอุบัติเหตุทางถนนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของนักท่องเที่ยว
4. พัฒนาคุณภาพของนักวิจัยทางด้านนี้ต่อไปไม่ว่าจะเป็นนิสิตในระดับปริญญาตรี หรือ ระดับปริญญาโท

บทที่ 2

การทบทวนเอกสาร

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ประกอบไปด้วย 5 ส่วนสำคัญ ได้แก่ 2.1 แนวคิด และทฤษฎี ที่ประกอบไปด้วยหัวข้อย่อย คือ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการท่องเที่ยว แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมนักท่องเที่ยว แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2.2 สถานการณ์แนวโน้มของนักท่องเที่ยว ประกอบไปด้วย สถานการณ์นักท่องเที่ยวทั่วโลก สถานการณ์นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติในประเทศไทย การเดินทางเข้าประเทศไทย ระบบการดูแลนักท่องเที่ยวที่ประสบอุบัติเหตุทางถนน 2.3 ข้อมูลจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดเชียงใหม่ ข้อมูลการท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่ 2.4 สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน ประกอบไปด้วย สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนทั่วโลก สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนประเทศไทย สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัดเชียงใหม่ และสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน และ 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิด และทฤษฎี

2.1.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการท่องเที่ยว

การท่องเที่ยวกลายเป็นอุตสาหกรรมที่สำคัญต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ และยังมี ความสำคัญต่อสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและการส่งเสริมความเข้าใจที่ดีงามระหว่างประเทศ ซึ่งมีความสัมพันธ์ที่พึ่งพาอาศัยกันกับธุรกิจอื่น เช่น ธุรกิจที่พัก ธุรกิจร้านอาหาร หรือธุรกิจคมนาคม เป็นต้น

1. แนวคิดเกี่ยวกับการท่องเที่ยว

“ท่องเที่ยว” ในทางสากลสหประชาชาติได้บัญญัติขึ้นหมายถึงการเดินทางใด ๆ ที่มีลักษณะ 3 ประการ(WorldTouristOrganization, 1981; กัญญา วังศรี, 2556)คือ 1) การเดินทางจากที่อยู่อาศัยปกติไปยังที่อื่นชั่วคราวไม่ได้ตั้งรกรากอยู่ประจำ 2) การเดินทางด้วยความสมัครใจหรือความพึงพอใจของผู้เดินทางไม่ใช่การถูกบังคับ และ 3) การเดินทางด้วยวัตถุประสงค์ใด ๆ ก็ตามที่ไม่ใช่เพื่อประกอบอาชีพหรือหารายได้

ความหมายของพจนานุกรมศัพท์ภูมิศาสตร์ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน คำว่า การท่องเที่ยว (Tourism) หมายถึงการเดินทางของผู้คนจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ หรือเพื่อวัตถุประสงค์อื่นที่มีไม่เป็นการประกอบอาชีพประจำวัน(สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2551)

Holloway กล่าวว่า การท่องเที่ยวคือ การที่คนเดินทางออกจากที่พักหรือที่ทำงานไปยังสถานที่อื่น ๆ ในระยะเวลาสั้น ๆ และคนเหล่านั้นทำกิจกรรมต่าง ๆ ระหว่างพักอาศัยชั่วคราวในสถานที่ท่องเที่ยว วัตถุประสงค์ของการเดินทางต้องการไปเยี่ยมญาติหรือท่องเที่ยว(Holloway & Taylor, 2006)

Mill กล่าวว่า การท่องเที่ยวหมายถึง กิจกรรมทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความประทับใจ และการสร้างความพึงพอใจให้กับนักท่องเที่ยว(Mill, 2011)

Coltman กล่าวว่า การท่องเที่ยว หมายถึง ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากความเกี่ยวข้องซึ่งกัน และกันระหว่างนักท่องเที่ยว ผู้จัดการด้านการท่องเที่ยว หน่วยงานรัฐในท้องถิ่นและประชาชนในพื้นที่ท่องเที่ยว ซึ่งทั้ง 4 องค์ประกอบต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้นักท่องเที่ยวเกิดความประทับใจ (Coltman, 1989)

Davidson ได้กล่าวว่า การท่องเที่ยวหมายถึง การเดินทางออกจากบ้านพักเป็นการชั่วคราว ระยะสั้น เพื่อไปเยี่ยมญาติมิตรหรือวัตถุประสงค์อื่น ๆ ทางด้านการท่องเที่ยว เช่น พักผ่อน การกีฬา การประชุม สัมมนา เป็นต้น(Davidson., 1995)

จากความหมายของการท่องเที่ยวข้างต้น อาจสรุปได้ว่า การท่องเที่ยว หมายถึง การเดินทาง จากที่พักไปยังสถานที่ต่าง ๆ เป็นเวลาชั่วคราว เพื่อพักผ่อน หย่อนใจ เยี่ยมญาติมิตร หรือเพื่อ วัตถุประสงค์ใด ๆ โดยมีอุปสงค์ทางการท่องเที่ยวเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การใช้บริการที่พัก ร้านอาหาร แต่ไม่ใช้การเดินทางเพื่อการประกอบอาชีพ

2. วัตถุประสงค์ของการท่องเที่ยว

การท่องเที่ยวสามารถแบ่งวัตถุประสงค์ได้เป็น(Davidson., 1995; TourismOfWorld, 2017) คือ

1. การท่องเที่ยวเพื่อพักผ่อนในวันหยุด (Holiday-Mass Popular Individual) เป็นการ เดินทางในวันหยุดเพื่อการพักผ่อน
2. การท่องเที่ยวเพื่อวัฒนธรรมและศาสนา (Cultural Religion) เป็นการเดินทางที่เรียนรู้ เกี่ยวกับวัฒนธรรมหรือศาสนาของประเทศต่าง ๆ ที่น่าสนใจ เช่น การศึกษาวิถีชีวิตความเป็นอยู่กลุ่ม ชุมชนการชมศิลปะในหอศิลป์ เป็นต้น
3. การท่องเที่ยวเพื่อการศึกษา (Educational) เป็นการเดินทางเพื่อทำการวิจัย หรือเดินทาง เพื่อนำสิ่งที่พบเห็นมาถ่ายทอดให้กับนักเรียนต่อไป
4. การท่องเที่ยวเพื่อการกีฬาและความบันเทิง (Sport and Recreation) เป็นการเดินทางที่ ผู้เดินทางปรารถนาที่จะได้รับความบันเทิงจากการเข้าชม เช่น การเดินทางเพื่อเข้าชมการแข่งขันกีฬา และ การเดินทางเพื่อชมโอเปร่า เป็นต้น
5. การท่องเที่ยวเพื่อประวัติศาสตร์และความสนใจพิเศษ (Historical and Special Interests) เป็นการเดินทางเพื่อเรียนรู้เชิงประวัติศาสตร์ โบราณสถาน สถานที่สำคัญต่างๆทาง ประวัติศาสตร์ เช่น อุทยานประวัติศาสตร์สุโขทัย เป็นต้น
6. การท่องเที่ยวเพื่องานอดิเรก (Hobbies) เป็นการเดินทางเพื่อใช้เวลาว่างเพื่องานอดิเรก เช่นเดินทางท่องเที่ยวไปชมชนรมฝั่งแม่น้ำโขงเพื่อวาดรูป เป็นต้น
7. การท่องเที่ยวเพื่อเยี่ยมญาติมิตร (Visiting Friend / Relation)

8. การท่องเที่ยวเพื่อธุรกิจ (Business) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) การเดินทางท่องเที่ยวเพื่อธุรกิจโดยทั่วไป (Regular Business Travel) คือการเดินทางเพื่อติดต่อประสานงานทางธุรกิจ 2) การท่องเที่ยวเพื่อการประชุมนานาชาติ การท่องเที่ยวเพื่อเป็นรางวัล และการท่องเที่ยวเพื่อจัดนิทรรศการนานาชาติ (Meeting, Incentive, conference / convention / congress and Exhibition : MICE)

10. การท่องเที่ยววัตถุประสงค์อื่น ๆ เช่นการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ ท่องเที่ยวเพื่อรับประทานอาหารในชนชาตินั้นๆ เป็นต้น

3. ประเภทของการท่องเที่ยว

การท่องเที่ยวแบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ คือ การแบ่งตามสากล แบ่งตามลักษณะการจัดการเดินทาง และการแบ่งตามจุดหมายของการท่องเที่ยว(สิริรัตน์ นาคแป้น, 2555)

1. การแบ่งตามสากล คือ การแบ่งโดยใช้ประเทศเป็นตัวกำหนด ได้แก่

1.1 การท่องเที่ยวภายในประเทศ (Domestic Tourism) หมายถึง ผู้อาศัยภายในประเทศนั้น ๆ เดินทางท่องเที่ยวภายในของประเทศของตนเอง

1.2 การท่องเที่ยวเข้ามาในประเทศ (Inbound Tourism) หมายถึง ผู้ที่มีถิ่นพำนักอาศัยที่อื่นเดินทางเข้ามาเที่ยวภายในประเทศนั้น

1.3 การท่องเที่ยวออกประเทศ (Outbound Tourism) หมายถึง ผู้ที่มีถิ่นพำนักอยู่ในประเทศหนึ่งเดินทางออกไปท่องเที่ยวยังต่างประเทศ

2. การแบ่งตามลักษณะการจัดการการเดินทาง แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

2.1 การท่องเที่ยวแบบหมู่คณะหรือเรียกว่า “Group Inclusive Tour: GIT” สามารถแบ่งออกได้ 2 ลักษณะ คือ กรู๊ปเหมาและกรู๊ปจัด กรู๊ปเหมา คือ การท่องเที่ยวของคณะท่องเที่ยวที่มีความสัมพันธ์กัน อาจเป็นทางด้านส่วนตัวหรือหน้าที่การทำงานเดินทางร่วมกัน กรู๊ปจัด คือ การเดินทางของคณะนักท่องเที่ยวซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กันทั้งทางส่วนตัวและด้านหน้าที่การทำงานแต่มีความต้องการที่เดินทางร่วมกันไปยังสถานที่เดียวกัน

2.2 การท่องเที่ยวแบบอิสระ หรือที่เรียกว่า Foreign Individual Tourism : FIT คือ การท่องเที่ยวที่นักท่องเที่ยวต้องการความเป็นอิสระและมักเดินทางตามลำพัง อาจวางแผนการเดินทางเองหรือใช้บริการนำเที่ยว

3. การแบ่งตามวัตถุประสงค์ของการเดินทางพิจารณาถึงกิจกรรมหลักของการท่องเที่ยวที่เกิดขึ้น ณ สถานที่นั้นๆ เป็นหลัก อาจแบ่งออกเป็นการท่องเที่ยวเพื่อความเพลิดเพลินและพักผ่อน การท่องเที่ยวเพื่อธุรกิจ และการท่องเที่ยวเพื่อวัตถุประสงค์พิเศษ

กิจกรรมที่เกิดขึ้นมีหลายรูปแบบ สามารถแบ่งออกเป็น 5 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่

ก. การท่องเที่ยวเชิงนิเวศ

ข. การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและกีฬา

ค. การท่องเที่ยวเชิงศิลปวัฒนธรรม

- ง. การท่องเที่ยวเพื่อสัมผัสชาติพันธุ์และวัฒนธรรมพื้นถิ่น
- จ. การท่องเที่ยวเพื่อการศึกษา

4. องค์ประกอบของทรัพยากรการท่องเที่ยว

องค์ประกอบของทรัพยากรการท่องเที่ยวควรมีองค์ประกอบหลักอย่างน้อย 3 ประการ (Davidson., 1995) ได้แก่ ทรัพยากรท่องเที่ยวต้องมีสิ่งดึงดูดใจ (Attraction) ทรัพยากรท่องเที่ยวต้องมีเส้นทางขนส่งเข้าถึง (Accessibility) และ ทรัพยากรท่องเที่ยวต้องมีสิ่งอำนวยความสะดวก (Amenities)

นอกจากองค์ประกอบสามประการตามที่กล่าวมา องค์ประกอบของแหล่งท่องเที่ยวและผลิตภัณฑ์การท่องเที่ยว (Tourist Destination and Tourism Product) ยังสามารถจำเป็น 5 องค์ประกอบหลัก หรือองค์ประกอบ 5A (Dickman, 1997)ดังต่อไปนี้

1. สิ่งดึงดูดใจ (Attraction) จัดเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นสิ่งที่จูงใจให้นักท่องเที่ยวเดินทางมาท่องเที่ยว ณ สถานที่นั้น
2. สิ่งอำนวยความสะดวกในการเดินทาง (Accessibility) ความสะดวกสบายทำให้นักท่องเที่ยวเข้าถึงสถานที่ได้รวดเร็ว ปลอดภัย และสะดวกสบายมาก โดยเฉพาะระบบขนส่ง ซึ่งประกอบด้วยเส้นทาง พาหนะ สถานี และผู้ประกอบการขนส่งมีวัตถุประสงค์ในการลำเลียงคนและสิ่งของไปยังจุดหมายปลายทาง
3. สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ (Amenity) หมายถึงสิ่งอำนวยความสะดวกและสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐานต่อนักท่องเที่ยว เช่น สาธารณูปโภคน้ำ ไฟ โทรศัพท์ ห้องสุขา โรงพยาบาล ธนาคาร สำนักงานไปรษณีย์ การบริการในกรณีฉุกเฉิน เป็นต้น
4. ที่พัก (Accommodation) แหล่งท่องเที่ยวควรมีจำนวนที่พักที่เพียงพอ พร้อมทั้งมีความหลากหลายด้านราคาและการบริการ ที่เหมาะสมต่อสถานที่ รวมทั้งที่ไม่ควรอยู่ไกลจากแหล่งท่องเที่ยวมากนัก
5. กิจกรรมต่าง ๆ (Activity) หมายถึงกิจกรรมที่นักท่องเที่ยวสามารถกระทำในช่วงเวลาที่พำนักและท่องเที่ยว ณ สถานที่นั้น ซึ่งควรจะมีหลากหลายและตรงกับความต้องการของนักท่องเที่ยว

องค์กรและสมาคมที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยว

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวของประเทศไทย แบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวต่างประเทศที่การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวกรณีการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยไม่ได้เป็นสมาชิก(บุญเลิศ จิตตั้งวัฒนา, 2548) ในส่วนของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวของประเทศไทยนั้น มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา (Ministry of Tourism and Sports) ซึ่งถือเป็นองค์การการท่องเที่ยวแห่งชาติ (National Tourism Organization) ของประเทศไทยมีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านการท่องเที่ยวและกีฬา

การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (Tourism Authority of Thailand) หรือที่เรียกชื่อย่อว่า ททท. เป็นรัฐวิสาหกิจสังกัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา พัฒนามาจากองค์การส่งเสริมการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบงาน 4 ด้านใหญ่ๆ ได้แก่ การบริหาร (Administration) การผลิต (Productions) การตลาด (Marketing) และการคลัง (Financial)

สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นส่วนราชการท้องถิ่นในรูปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เล็กและใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด มีหน้าที่คุ้มครอง ดูแล และบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

กระทรวงคมนาคม ประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวที่สำคัญอยู่ 8 หน่วยงาน ได้แก่ กรมทางหลวง กรมการขนส่งทางบกการรถไฟแห่งประเทศไทย กรมการขนส่งทางน้ำและพาณิชยนาวี กรมการขนส่งทางอากาศ บริษัท การบินไทย จำกัด (มหาชน)บริษัทการทำอากาศยานไทย จำกัด (มหาชน) และบริษัทวิทยุการบินแห่งประเทศไทย

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวที่สำคัญอยู่ 3 หน่วยงานดังต่อไปนี้กองตรวจคนเข้าเมือง (Immigration Division) กองกำกับการ 8 กองปราบปราม หรือที่เรียกกันว่า ตำรวจท่องเที่ยว และศูนย์ช่วยเหลือนักท่องเที่ยว หรือเรียกชื่อย่อว่า ศช.ทท. เป็นหน่วยงานที่เกิดจากการประสานงานระหว่างการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยกับสำนักงานตำรวจแห่งชาติกรมตำรวจ

นอกจากที่กล่าวมา ยังมีสมาคมและชมรมต่างๆ ได้แก่ สมาคมโรงแรมไทย (Thai Hotels Association – THA) สมาคมไทยธุรกิจการท่องเที่ยว (Association of Thai Travel Agents-ATTA) สมาคมมัคคุเทศก์อาชีพ (Professional Guide Association Thailand-PGA)สมาพันธ์ธุรกิจท่องเที่ยวส่วนภูมิภาคแห่งประเทศไทย (Thai Federation of Provincial Tourist Associations-TFOPTA) สมาคมไทยท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์และผจญภัย (Thai Ecotourism & Adventure Travel Association-TEATA)สมาคมอุตสาหกรรมการบินแห่งประเทศไทย (Aerospace Industry Association of Thailand-AIA)สมาคมไทยบริการท่องเที่ยว (Thai Travel Agents Association-TTAA) และสมาคมผู้ประกอบการนำเที่ยวไทย

ในส่วนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวต่างประเทศกรณีที่มีการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยเป็นสมาชิกได้แก่ 1) องค์การการท่องเที่ยวโลก (World Tourism Organization – WTO) การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) ได้เข้าเป็นสมาชิกสามัญขององค์การเมื่อปี พ.ศ. 2495 2) คณะอนุกรรมการด้านการท่องเที่ยวภายในคณะกรรมการว่าด้วยการค้าและการท่องเที่ยวอาเซียน (Sub-Committee on Tourism of the Committee on Trade and Tourism) จัดตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2520 มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวในภูมิภาคอาเซียนเป็นส่วนรวม สร้างความร่วมมือทั้งของรัฐบาลและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยว เช่น กิจการโรงแรม กิจการนำเที่ยว เป็นต้น 3) สมาคมส่งเสริมการท่องเที่ยวภาคเอเชียตะวันออก (East-Asia Travel Association-EATA) 4) สมาคมส่งเสริมการท่องเที่ยวภูมิภาคแปซิฟิก (Pacific Area Travel Association-PATA) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวในภูมิภาคแปซิฟิก ซึ่งครอบคลุมเนื้อที่ 1 ใน 3 ของโลก และให้ความช่วยเหลือด้านพัฒนาการท่องเที่ยวในภูมิภาคแปซิฟิก 5) สมาคมสเกล คลับ นานาชาติ (Association International de SKAL Club-AISC) โดยการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) เข้าเป็นสมาชิกในฐานะ Active Member 6) สมาคมบริษัทนำเที่ยวแห่งอเมริกา (American Society of Travel Agents-ASTA) เป็นสมาคมของผู้ประกอบธุรกิจการท่องเที่ยวที่ใหญ่ที่สุดในโลก ซึ่งการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) ได้เข้าเป็นสมาชิก เมื่อปี พ.ศ. 2509 และ 7) สมาพันธ์สมาคมบริษัทนำเที่ยวนานาชาติ (Universal Federation of Travel Agent Association –UFTAA) มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นตัวแทนของบริษัทนำเที่ยว ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กับอุตสาหกรรมท่องเที่ยว ตลอดจนให้ข้อมูล ข่าวสารความรู้ทางวิชาการในเรื่องการท่องเที่ยว

2.1.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมนักท่องเที่ยว

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมนักท่องเที่ยว

บันสยา สิริรุ่งโรจน์ ได้รวบรวมแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนักท่องเที่ยว ดังต่อไปนี้

ศุภลักษณ์ อัครางกูร (2548) กล่าวว่า “พฤติกรรมนักท่องเที่ยว หมายถึง การประพุดหรือปฏิบัติของนักท่องเที่ยว การแสดงออกในขณะที่เดินทางท่องเที่ยว อาจจะเป็นคำพูด การกระทำ สีหน้า หรือท่าทาง เช่น การเยี่ยมชมแหล่งท่องเที่ยว ถ่ายรูป รับประทานอาหาร ซึ่งการแสดงออกนั้น อาจมีรากฐานมาจากอุปนิสัยหรือความต้องการพื้นฐานของแต่ละคน ที่อาจคล้ายคลึงหรือแตกต่างกัน มาจากสิ่งแวดล้อม หรือประสบการณ์ที่ได้รับขณะนั้น”

ชวัลนุช อุทยาน (2551) กล่าวว่า “พฤติกรรมนักท่องเที่ยว เป็นการกระทำทุกอย่างของนักท่องเที่ยวไม่ว่าการกระทำนั้นนักท่องเที่ยวจะรู้ตัวหรือไม่ก็ตาม และบุคคลอื่นจะสังเกตการกระทำนั้นหรือไม่ก็ตาม เพื่อมุ่งตอบสนองสิ่งใดสิ่งหนึ่งในสภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่งโดยพฤติกรรมภายนอกของนักท่องเที่ยวเป็นพฤติกรรมที่ผู้อื่นสังเกตได้โดยอาศัยประสาทสัมผัสส่วนพฤติกรรมภายในของนักท่องเที่ยว เป็นการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย รวมทั้งความรู้สึกนึกคิด

อารมณ์ที่ถูกควบคุมอยู่ภายในจะมีความสัมพันธ์กัน โดยที่พฤติกรรมภายในจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมภายนอกเป็นส่วนใหญ่”

สรุปได้ว่า พฤติกรรมนักท่องเที่ยว คือ การกระทำทุกอย่างที่นักท่องเที่ยวแสดงออกมาก เพื่อตอบสนองในเหตุการณ์ต่าง ๆ เป็นคำพูดสีหน้า หรือลักษณะการพูด ฯลฯ จึงเป็นการแสดงออกของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยว เป็นกระบวนการที่มีผลต่อการแสดงออกมา

2. รูปแบบพฤติกรรมนักท่องเที่ยว

การกำหนดรูปแบบพฤติกรรมนักท่องเที่ยวรูปแบบพื้นฐานที่สุดคือ การแบ่งนักท่องเที่ยวออกเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะของพฤติกรรมของการเดินทาง กล่าวคือ นักท่องเที่ยว (Tourists) หรือนักเดินทาง (travelers) โดยนักท่องเที่ยวคือบุคคลซึ่งซื้อรายการนำเที่ยวเหมาจ่ายจากบริษัทนำเที่ยว ส่วนนักเดินทางคือบุคคลซึ่งจัดการการเดินทางด้วยตนเอง เช่น ซื้อตั๋วเครื่องบินเอง จองที่พักเอง กำหนดสถานที่ท่องเที่ยวด้วยตนเอง เป็นต้น

สำหรับรูปแบบพฤติกรรมของนักท่องเที่ยวนั้น ได้มีการจำแนกไว้อย่างหลากหลาย ซึ่งขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้จำแนกรูปแบบ จากการรวบรวมวรรณกรรมสามารถจำแนกประเภทพฤติกรรมนักท่องเที่ยวได้ดังต่อไปนี้ (Cohen, 1972) (TourismOfWorld, 2017)

1. นักท่องเที่ยวแบบนันทนาการ (Recreational Tourists) เน้นความสำคัญในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนันทนาการ หรือการพักผ่อนทางร่างกาย

2. นักท่องเที่ยวแบบปลีกตัวหาความเพลิดเพลิน (The Diversionary Tourists) พยายามหาแนวทางเพื่อสละความจำเจในชีวิตประจำวัน

3. นักท่องเที่ยวมุ่งหาประสบการณ์ (The Experiential Tourists) เดินทางเพื่อแสวงหาประสบการณ์ที่แท้จริง สนใจศึกษาและได้รับประสบการณ์ที่แท้จริงของแหล่งท่องเที่ยวที่ได้ไปสัมผัส เช่น ต้องการสัมผัสวิถีชีวิตของคนท้องถิ่นหรือวัฒนธรรมต่างๆ ที่แท้จริงของประเทศที่เดินทางไป

4. นักท่องเที่ยวแบบชอบทดลอง (The Experimental Tourists) ชอบติดต่อกับพูดคุยกับคนท้องถิ่น เพื่อเรียนรู้และทำความเข้าใจในชีวิตความเป็นอยู่ การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมของคนท้องถิ่น

5. นักท่องเที่ยวที่ใช้ชีวิตแบบคนท้องถิ่น (The Existential Tourists) ต้องการฝังตัวเองหรือใช้ชีวิตภายใต้วัฒนธรรมและวิถีชีวิตเดียวกับคนท้องถิ่น จะใช้เวลาอยู่ในแหล่งท่องเที่ยวนั้นเป็นเวลานาน เช่น นักท่องเที่ยวที่มาใช้เวลาอยู่ในแหล่งท่องเที่ยวบางแห่งในประเทศไทย และพยายามใช้ชีวิตเช่นเดียวกับคนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร การพยายามพูดภาษาท้องถิ่น เป็นต้น

6. นักท่องเที่ยวแบบประหยัด (Budget Travelers) ส่วนใหญ่เป็นนักท่องเที่ยวที่มีรายได้ปานกลาง แต่แสวงหาการหยุดพักผ่อนหรือท่องเที่ยวที่ใช้จ่ายต่ำ

7. นักท่องเที่ยวชอบผจญภัย (Adventurous Travelers) เป็นนักท่องเที่ยวที่มีการศึกษาดี และมีรายได้ปานกลางถึงสูง มีความชื่นชอบในกิจกรรมระหว่างวันหยุดพักผ่อนหรือการท่องเที่ยวแบบผจญภัย

8. นักท่องเที่ยวประเภทเดินทางระหว่างวันหยุด (Vacationers Travelers) มักใช้เวลาในการคิดเกี่ยวกับการท่องเที่ยวหรือการเดินทางในครั้งต่อไปว่าจะไปที่ไหน อย่างไร ค่อนข้างมีความกระตือรือร้นแต่มีรายได้ค่อนข้างน้อย

9. นักท่องเที่ยวแบบชอบเดินทางโดยใช้ระยะเวลาเดินทางยาวนาน (Moderates Travelers) เป็นนักท่องเที่ยวที่มีใจรักการท่องเที่ยวเดินทางอย่างมากแต่ไม่สนใจการท่องเที่ยวในระหว่างวันหยุดสุดสัปดาห์ แต่จะชอบการเดินทางที่ใช้ระยะเวลานานมากกว่า

2.1.3 แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service System)

1. นิยามและความหมาย

การแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical) พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ได้นิยาม การแพทย์ฉุกเฉิน หมายความว่า การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน ("พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ") และได้มีการขยายความเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความชัดเจนในทางปฏิบัติว่า การแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การปฏิบัติการ ฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า การวิจัย การป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน และ เกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินนับแต่การรับรู้ถึงภาวะการณ์เจ็บป่วย ฉุกเฉิน จนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน จำแนกเป็นการปฏิบัติการในชุมชน การปฏิบัติการต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกโรงพยาบาลและในโรงพยาบาล (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556)

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service System : EMSS) หมายถึง ระบบที่มีการเตรียมความพร้อมในด้านทรัพยากรและบุคคลที่จะให้บริการรักษาพยาบาลทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งนอกและในโรงพยาบาล โดยจัดให้มีการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์ ซึ่งมีส่วนร่วมจากทุกภาค ทุกองค์กรในชุมชนทุกระดับเน้นหนักในด้านความรวดเร็ว วิธีการดูแลรักษาที่ถูกต้อง การขนย้ายและนำส่งที่เหมาะสม โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและทั่วถึง ตลอดจนเครือข่ายโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพของผู้เจ็บป่วย เพื่อลดการตาย การพิการ และความทุกข์ทรมานโดยไม่จำเป็น ลดขั้นตอนและวิธีการรักษา ลดค่าใช้จ่ายและความสูญเสีย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการสร้างความมั่นใจและความพึงพอใจให้กับผู้อยู่อาศัยในชุมชนนั้นๆ(สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556)

เป็นการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีระบบการรับแจ้งเหตุตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อการประเมินจัดการรักษาพยาบาล และการให้คำแนะนำปรึกษาฉุกเฉิน การจัดให้มีภาวะระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ โดยมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่น เพื่อเชื่อมโยงการจัดหน่วยเคลื่อนที่เร็วไปช่วยเหลือลำเลียง ขนย้าย และนำส่งผู้ป่วยต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสม จนกระทั่งผู้เจ็บป่วยนั้นพ้นจากภาวะฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย เป็นการให้บริการเชิงรุก การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินจึงเป็นแนวคิดในการให้บริการเชิงรุกที่เน้นการช่วยชีวิตขั้นต้น ซึ่งมีฐานคิดมาจากความเชื่อที่บุคลากรทางด้านวิชาชีพหรืออาสาสมัครหรือประชาชน จำเป็นต้องมีความรู้ตัดสินใจในคุณค่าของสิ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน และสามารถตัดสินใจเลือกที่จะให้การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลได้(สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556)

2. ระบบการบริการแพทย์ฉุกเฉิน

วิสัยทัศน์การแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย คือ “ประเทศไทยมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานซึ่งทุกคนเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมด้วยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน” โดยมีเป้าหมายคือการลดการเสียชีวิตและความพิการ โดยมีกรอบยุทธศาสตร์ที่ประกอบไปด้วย การพัฒนาระบบคุณภาพ การพัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การพัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ และการสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2559)

ลักษณะการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบ่งออกเป็น 6 ระยะ (กัญญา วังศรี, 2556) ดังนี้

1. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) เป็นเหตุที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน โดยผู้นั้นอาจเป็นผู้เจ็บป่วยเองหรือคนรอบข้าง ดังนั้นการจัดการความรู้ให้ประชาชนมีความรู้ความสามารถตัดสินใจในการแจ้งเหตุเมื่อพบเหตุจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นมาก เพราะสามารถทำให้กระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยมาถึงได้เร็ว

2. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและมีหมายเลขที่จำได้ง่ายเป็นเรื่องที่จำเป็นมากเช่นกัน ผู้แจ้งเหตุอาจจะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องรวมทั้งมีความสามารถในการให้การดูแลขั้นต้นตามความเหมาะสม

3. การออกปฏิบัติการของหน่วยงานการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (advanced life support) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (Intermediate life support) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (Basic life support) และหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับเบื้องต้น (First responder) โดยทุกหน่วยจะต้องมีความพร้อมเสมอที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่งและจะต้องมีมาตรฐาน กำหนดระยะเวลาในการออกตัว ระยะเดินทาง โดยศูนย์

รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยกระดับความรุนแรงหรือความต้องการของเหตุและสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

4. การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินจะประเมินสภาพแวดล้อมและจัดการความปลอดภัยสำหรับตนและทีมปฏิบัติงาน เข้าประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสมและให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ควบคุมระบบ โดยมีหลักในการดูแลรักษาว่าจะไม่เสียเวลา ณ จุดเกิดเหตุมากจนเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย

5. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) หลักที่สำคัญยิ่งในการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน คือ การไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำต่อผู้ป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีมาเป็นอย่างดี และต้องมีการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะๆ ปฏิบัติการบางอย่างอาจกระทำบนรถได้ในขณะที่กำลังลำเลียงนำส่ง เช่น การให้สารน้ำ การตาม

6. การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care) การนำส่งไปยังสถานที่ใดจะต้องใช้ดุลยพินิจว่าโรงพยาบาลที่จะนำส่งสามารถรักษาผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินรายนั้นๆ ได้เหมาะสมหรือไม่นั้น ต้องคำนึงถึงเวลาที่เสียไปกับความสามารถที่ไม่ถึงและความไม่พร้อมของสถานพยาบาลนั้นๆ จะทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการ หรือปัญหาในการรักษาพยาบาลอย่างไม่ควรจะเกิดขึ้น

ด้านกำลังคน (Workforce) แพทย์ฉุกเฉินนั้นประกอบไปด้วย บุคลากรและการจัดชุดปฏิบัติการในระบบบริการฯ ดังนี้

- (1) อาสาฉุกเฉินชุมชน (Community Emergency Volunteer)
- (2) ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder - FR) ผ่านหลักสูตรผู้ปฏิบัติการ ฉุกเฉินเบื้องต้น ที่ กพฉ. รับรอง
- (3) เวชกรฉุกเฉินระดับต้น (EMT-B) ผ่านหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินระดับต้น ที่ กพฉ. รับรอง
- (4) เวชกรฉุกเฉินระดับกลาง (EMT-I) ผ่านหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินระดับกลางที่ กพฉ. รับรอง
- (5) เวชกรฉุกเฉินระดับสูง (EMT-P) ผ่านหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินระดับสูง ที่ กพฉ. รับรอง
- (6) พยาบาลฉุกเฉิน/พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (Emergency nurse / Emergency nurse practice) หรือพยาบาลกู้ชีพ ที่ผ่านหลักสูตรที่สภาการพยาบาลกำหนด
- (7) แพทย์และแพทย์ฉุกเฉิน แพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมและแพทย์ที่ผ่านหลักสูตรเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

3. ระบบการดูแลนักท่องเที่ยวที่ประสบอุบัติเหตุทางถนน

องค์การอนามัยโลก และองค์การภายใต้การกำกับขององค์การสหประชาชาติ ได้ร่วมกันประกาศเจตนารมณ์ที่เรียกว่า “ปฏิญญามอสโกมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกันลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนลงให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 50 และยังคงลงร่วมกันให้ประเทศสมาชิก ได้ดำเนินการโดยประกาศให้การสร้างความปลอดภัยทางถนนเป็นวาระแห่งชาติ เพื่อนำประเทศของตนเข้าสู่ทศวรรษแห่งการสร้างความปลอดภัยทางถนนสำหรับประเทศไทยได้ดำเนินการ

โดยรวมเมื่อเทียบกับประชาคมโลกมาเป็นลำดับ ในการวางแผนปฏิบัติการอีก 10 ปีข้างหน้า ภายใต้กรอบข้อเสนอที่เรียกว่า 5 เสาหลัก ประกอบด้วย เสาหลักที่ 1 การปรับปรุงการบริหารจัดการด้านการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีประสิทธิภาพ เสาหลักที่ 2 การสร้างความปลอดภัยด้านโครงสร้างถนนและสภาพแวดล้อมริมทาง เสาหลักที่ 3 การส่งเสริมให้เกิดยานพาหนะที่ปลอดภัย ซึ่งปัจจุบันรถจักรยานยนต์เป็นพาหนะที่อันตรายและสร้างความสูญเสียมากที่สุดจึงมีการส่งเสริมมาตรการต่างๆ เช่น การสวมหมวกนิรภัย การฝึกการขับขี่ปลอดภัยในเด็กและเยาวชน เสาหลักที่ 4 การสร้างวินัยจราจรให้กับผู้ใช้รถใช้ถนน โดยให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพของผู้ขอใบอนุญาตขับขี่ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎจราจรมากยิ่งขึ้น และ เสาหลักที่ 5 การตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุคือส่งเสริมระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จัดให้มีศูนย์อุบัติเหตุ การฝึกอบรมอาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัย ให้สามารถช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัยตามมาตรฐานสากล ตลอดจนส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนภารกิจด้านนี้มากยิ่งขึ้น (แผนภาพ 2-1) (องค์การอนามัยโลก, 2558)

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่



แผนภาพ 2-1 องค์ประกอบหลักของการตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุ

ที่มา: รายงานการตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุ โดยองค์การอนามัยโลก (องค์การอนามัยโลก, 2558)

ในส่วนของระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน คือส่วนที่สำคัญที่สุดของกระบวนการตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุการรักษายาบาล เนื่องจากการรักษาต้องทำในเวลาอันรวดเร็ว โดยเริ่มต้นจากการแจ้งเหตุไปที่ระบบรักษายาบาลฉุกเฉิน (activation) จากนั้นจึงเป็นการรักษายาบาลที่จุดเกิดเหตุ ต่อด้วยการเคลื่อนย้าย และการรักษายาบาลที่สถานพยาบาล ดังแสดงในแผนภาพ 2-2 ที่แสดงถึงระบบรักษายาบาลฉุกเฉินตามกรอบองค์การอนามัยโลก (WHO Emergency Care System Framework) เมื่อรักษายาบาลในส่วนของแพทย์ฉุกเฉินแล้วยังมีความจำเป็นต้องฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผลการรักษายาบาลเป็นไปอย่างดีที่สุดด้วย โดยได้มีข้อสังเกตจากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกตามประเด็นต่างๆดังต่อไปนี้ (องค์การอนามัยโลก, 2558)

การรักษายาบาล ณ จุดเกิดเหตุ เป็นส่วนที่มีความหมายอย่างยิ่งในการรักษาหรือทำให้ผู้บาดเจ็บสูญเสียน้อยที่สุด องค์การอนามัยโลกได้ชี้ให้เห็นว่าระบบการรักษายาบาลฉุกเฉินควรมีการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบนี้ เช่น ถ้าระบบตอบสนองซึ่งสามารถส่งรถพยาบาลติดตั้งอุปกรณ์ครบครัน พร้อมบุคลากรที่ผ่านการอบรม ออกให้บริการอย่างรวดเร็ว ก็จะช่วยให้การรักษายาบาลก่อนถึงโรงพยาบาลเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

อย่างไรก็ตามหากไม่มีบริการเหล่านี้ ยังมีอีกหลายแนวทางในการปรับปรุงการรักษายาบาลที่จุดเกิดเหตุให้ดียิ่งขึ้น เช่น ในประเทศซึ่งมีข้อจำกัดหรือความล่าช้าในการเข้าถึงการรักษายาบาล การแจ้งเหตุทางโทรศัพท์เคลื่อนที่โดยอาสาสมัครฉุกเฉินในชุมชน หรือการให้การอบรมแก่อาสาสมัครและส่งอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมแล้วออกให้บริการ ดังตัวอย่างโครงการอบรมพนักงานขับรถโดยสารประจำทางในประเทศเคนยา เป็นต้น

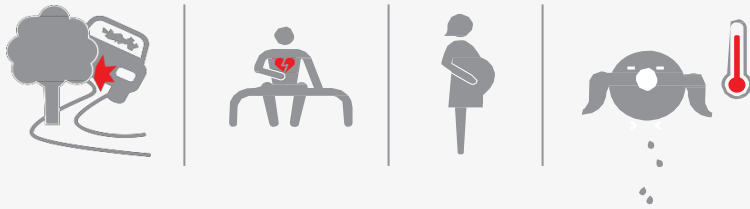
ในส่วนของการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บจากจุดเกิดเหตุส่งสถานพยาบาล มี 2 องค์ประกอบสำคัญ คือ การเคลื่อนย้ายและการรักษายาบาลระหว่างเคลื่อนย้าย ในส่วนนี้จำเป็นต้องใช้รถพยาบาลที่ติดตั้งอุปกรณ์ครบครัน พร้อมบุคลากรที่ผ่านการอบรม

ในประเด็นการเลือกสถานพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้บาดเจ็บ การศึกษาขององค์การอนามัยโลกพบว่าโดยส่วนใหญ่แล้วผู้บาดเจ็บสาหัสมักเข้ารับการรักษาและส่งตัวมาจากคลินิกและโรงพยาบาลระดับต่ำกว่า ก่อนมาถึงสถานพยาบาลที่มีอุปกรณ์ครบครัน เป็นเหตุให้การรักษายาบาลล่าช้า สูญเสียช่วงเวลาสำคัญ ผลการรักษาไม่ดีและเสียชีวิตได้ ในปัจจุบันมีระบบกำหนดศูนย์บริการทางการแพทย์ (system of center designation) ซึ่งมีหน้าที่กำหนดมาตรฐานการรักษายาบาลผู้บาดเจ็บ และมอบหมายให้โรงพยาบาลบางแห่งทำหน้าที่ศูนย์อุบัติเหตุ (trauma centers) ตลอดจนมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ให้การรักษายาบาลก่อนถึงโรงพยาบาล

การรักษายาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาลสำหรับผู้บาดเจ็บให้เกิดประสิทธิภาพ ต้องกำหนดพื้นที่หรือหน่วยฉุกเฉินเป็นการเฉพาะ มีเจ้าหน้าที่หลักในการรักษายาบาล ตลอดจนมีแนวปฏิบัติและรายการตรวจสอบ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้บาดเจ็บทุกรายได้รับการรักษาอย่างเป็นระบบ และมีอุปกรณ์จำเป็นในการวินิจฉัยและการรักษายาบาลอาการบาดเจ็บ และหน่วยผ่าตัดมีความสำคัญยิ่งต่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองด้านการรักษายาบาลผู้บาดเจ็บสาหัสควรมีบริการผ่าตัด การให้ยา และการรักษาภาวะวิกฤติตลอด 24 ชั่วโมง(องค์การอนามัยโลก, 2558)

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

■ ทรัพยากรบุคคล ■ ระบบต่าง ๆ



เทคโนโลยีการ

การจัดการทางผู้บาดเจ็บ
การรักษาพยาบาล
การตรวจติดตาม

รถพยาบาล

การติดต่อระบบ
ผ่านหมายเลขกลาง
คานะนำต่าง ๆ

ผู้รับแจ้งเหตุ

และสั่งการช่วยเหลือ

BAS C K

ผู้ให้การรักษาพยาบาล

ผู้อยู่ในเหตุการณ์

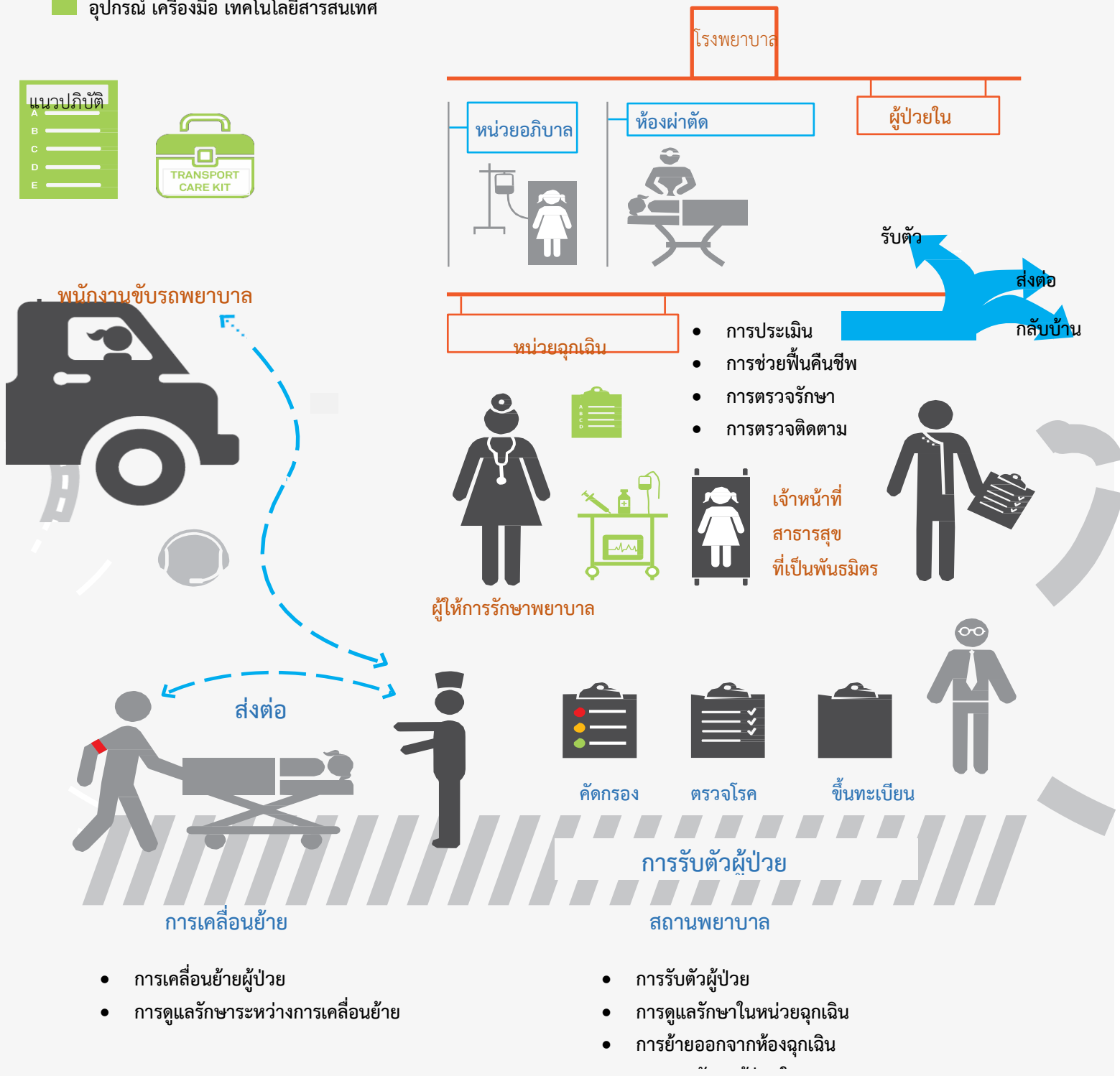
จุดเกิดเหตุ

AMBULANCE

- การตอบสนองของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์
- การสั่งการช่วยเหลือ

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

อุปกรณ์ เครื่องมือ เทคโนโลยีสารสนเทศ



แผนภาพ 2-2 ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามกรอบองค์การอนามัยโลก (WHO Emergency Care System Framework)

ที่มา รายงานการตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุ โดยองค์การอนามัยโลก (องค์การอนามัยโลก, 2558)

4. สิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP)

วันที่ 1 เมษายน 2560 รัฐบาลได้ประกาศนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทันท่วงที และเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้สามารถเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐและเอกชนได้ทุกแห่ง โดยไม่มีเงื่อนไขด้านค่ารักษาพยาบาล และเพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นรูปธรรมจึงได้ออกพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 ซึ่งเมื่อพระราชบัญญัติดังกล่าวมีผลบังคับใช้ จึงได้มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ป่วยฉุกเฉิน 2) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น และ (3) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยวิกฤต (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, ม.ป.ป.)

โดยให้การคุ้มครอง 6 กรณีวิกฤตฉุกเฉินเข้าข่ายวิกฤตที่เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาลดังต่อไปนี้

- 1) หมดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ
- 2) หายใจเร็ว หอบเหนื่อยรุนแรง หายใจติดขัดมีเสียงดัง
- 3) ซึมลง เหงื่อแตก ตัวเย็น หรือมีอาการชักร่วม
- 4) เจ็บหน้าอกเฉียบพลันรุนแรง
- 5) แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด แบบปัจจุบันทันด่วน หรือชักต่อเนื่องไม่หยุด
- 6) มีอาการอื่นร่วมที่มีผลต่อการหายใจระบบไหลเวียนโลหิตและระบบสมองที่อาจจะเป็นอันตรายต่อชีวิต

อันตรายต่อชีวิต

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้พัฒนาโปรแกรม Emergency Pre-authorization (PA) เพื่อใช้ในการประเมินอาการ และคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉิน 2 หมวด 25 กลุ่มอาการ

หมวดกลุ่มอาการผู้ป่วยฉุกเฉิน (Non trauma) 20 กลุ่มอาการ

1. ปวดท้อง/หลัง/เชิงกรานและหลังขาหนีบ
2. แพ้ยา/แพ้อาหาร/แพ้สัตว์ต่อ/แอนาพิแล็กซิส/ปฏิกิริยาภูมิแพ้
3. สัตว์กัด
4. เลือดออก (ไม่มีสาเหตุบาดเจ็บ)
5. หายใจลำบาก/ติดขัด
6. หัวใจหยุดเต้น
7. เจ็บแน่นทรวงอก/หัวใจ/มีปัญหาด้านหัวใจ
8. สำลัก/อุดกั้นทางเดินหายใจ
9. เบาหวาน
10. ภาวะฉุกเฉินเหตุสิ่งแวดล้อม
11. เว้นว่าง

12. ปวดศีรษะ/ภาวะผิดปกติทางตา/หู/คอ/จมูก
 13. คลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์
 14. พิษ/รับยาเกินขนาด
 15. มีครรภ์/คลอด/นรีเวช
 16. ชัก/มีสัญญาณบอกอาการชัก
 17. ป่วย/อ่อนเพลีย/อัมพาตเรื้อรัง/ไม่ทราบ ไม่จำเพาะอื่น ๆ
 18. อัมพาต (กำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง/สูญเสียการรับรู้/ยืนหรือเดินไม่ได้) เฉียบพลัน
 19. ไม่รู้สติ/ไม่ตอบสนอง/หมดสติชั่วคราว
 20. เด็ก (กุมารเวชกรรม)
- หมวดการบาดเจ็บฉุกเฉิน (Trauma) 5 กลุ่มอาการ
21. ถูกทำร้ายร่างกาย
 22. ไหม้/ลวกเหตุความร้อน/สารเคมี/ไฟฟ้าช็อต
 23. ตกน้ำ/จมน้ำ/หน้าคว่ำจมน้ำ/บาดเจ็บเหตุดำน้ำ/บาดเจ็บทางน้ำ
 24. พลัดตกหกล้ม/อุบัติเหตุ/เจ็บปวด
 25. อุบัติเหตุยานยนต์

สำหรับหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย (Triage) ใช้ตามหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยฉุกเฉินจากสถานพยาบาล ตามมาตรา 36 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติ สถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 โดยมีจำแนกระดับความฉุกเฉินดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (สีเขียว) ผู้ป่วยทั่วไป (สีขาว) และผู้รับบริการสาธารณสุขอื่นๆ ได้แก่ บุคคลซึ่งมารับบริการสาธารณสุขโดยไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร (สีดำ) (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, ม.ป.ป.)

5. สิทธิของประชาชน

ประชาชนทุกสิทธิ (สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) ที่มาด้วยภาวะฉุกเฉินวิกฤตและฉุกเฉินเร่งด่วน ตามการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตฉุกเฉินเร่งด่วน ใช้ตามนิยามประกาศของ พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2551 สามารถไปรับบริการที่ใดก็ได้ตามความจำเป็น โดยไม่ต้องถูกถามสิทธิ และไม่ต้องสำรองจ่ายค่าใช้จ่ายล่วงหน้า ได้รับการส่งต่อไปที่บริการศักยภาพสูงขึ้นในกรณีจำเป็น โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายภายใน 72 ชั่วโมง หรือพ้นภาวะวิกฤต ในกรณีผลการประเมินไม่เข้าเกณฑ์ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต หากต้องการรักษาที่โรงพยาบาลเดิม ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบรักษายาบาลเอง

6. แนวทางการใช้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินของหน่วย Clearing house

- (1) ผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินเข้ารับบริการใน รพ.ทั้งผ่านระบบ 1669 และนำส่งเอง
- (2) โรงพยาบาลให้บริการทันที โดยไม่ต้องถูกถามสิทธิ และไม่ต้องจ่ายเงิน
- (3) โรงพยาบาลจะต้องส่งเบิกผ่านโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ 3 กองทุนในการขอรับค่าใช้จ่ายเท่านั้น(โปรแกรม EMCO) และเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดซึ่งจะวินิจฉัยเหมารวมรายโรค โดยใช้ค่ากลางตามโปรแกรมที่ทำร่วมกัน 3 กองทุน
- (4) หน่วย Clearing house ประมวลผลข้อมูล จัดหารายงานและจ่ายเงินชดเชยให้รพ. จากนั้นส่งใบแจ้งหนี้ไปยังกองทุนที่เกี่ยวข้อง เพื่อเรียกเก็บเงินตามที่มีการจ่ายจริงให้กับโรงพยาบาลต่อไป

(5) กองทุนจ่ายเงินให้ Clearing house

กรณีเป็นชาวต่างชาติที่เดินทางเข้าราชอาณาจักรไทยพบว่า สิทธิในการรักษาของชาวต่างชาติได้แก่ ประกันสังคม บริษัทจ่ายให้บางส่วน บริษัทจ่ายให้ทั้งหมด และสวัสดิการจากต่างประเทศ สำหรับนักท่องเที่ยวที่เดินทางโดยไม่มีประกันต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง สถานบริการสุขภาพที่ชาวต่างชาติใช้บริการมากที่สุด คือ โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลของรัฐ ร้านขายยา และคลินิกเอกชน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรายได้และสถานภาพการเงินของชาวต่างชาติ ในผู้ที่มีสถานภาพทางการเงินไม่ดีจะมีการใช้บริการของร้านขายยามากกว่า นอกจากนี้การรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพในประเทศไทย พบว่า ขั้นตอนในการรับบริการมีความยุ่งยาก และผู้ให้บริการสุขภาพมีปัญหาการสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษ เนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีขั้นตอนที่จะต้องติดต่อก่อนเข้ารับบริการหลายขั้นตอน (กมลรัตน์ ศักดิ์สมบูรณ์ และ ศุภาพิชญ์ มณีสาคร, ม.ป.ป.)

7. การประกันภัยรถยนต์

ประเภทประกันภัยรถยนต์แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ ประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับและประกันภัยรถยนต์ภาคสมัครใจ

1. การประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับ (สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.), 2560)

การประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับ (Compulsory Motor Insurance) หมายถึง การประกันภัยรถประเภทที่กฎหมายให้เจ้าของรถซึ่งใช้หรือมีรถไว้เพื่อใช้ ต้องจัดให้มีการประกันความเสียหายสำหรับผู้ประสบภัยโดยประกันภัยกับบริษัทตามกฎหมายว่าด้วยการประกันวินาศภัยที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบ กิจการประเภทการประกันภัยรถ โดยรัฐบาลมีเจตจำนงเพื่อให้เกิดความคุ้มครองแก่ชีวิต ร่างกายของประชาชนที่ประสบภัยเป็นสำคัญ

1.1 วัตถุประสงค์การทำประกันภัยตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

การที่รัฐออกกฎหมายกำหนดให้รถทุกคันต้องจัดให้มีประกันภัยอย่างน้อยที่สุด คือ การทำประกันภัยตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

(1) เพื่อคุ้มครองและให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนที่ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิต เพราะเหตุประสบภัยจากรถ โดยให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที กรณีบาดเจ็บ หรือช่วยเป็นค่าปลงศพ กรณีเสียชีวิต

(2) เป็นหลักประกันให้โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลว่าจะได้รับค่ารักษาพยาบาลในการรักษาพยาบาลผู้ประสบภัยจากรถ

(3) เป็นสวัสดิการสงเคราะห์ที่รัฐมอบให้แก่ประชาชนผู้ได้รับความเสียหายเพราะเหตุประสบภัยจากรถ

(4) ส่งเสริมและสนับสนุนให้การประกันภัยเข้ามีส่วนร่วมในการบรรเทาความเดือดร้อนแก่ผู้ประสบภัยและครอบครัว

1.2 ประเภทรถที่ต้องทำประกันภัยตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

รถที่ต้องทำประกันภัยตาม พ.ร.บ. ได้แก่รถทุกชนิดทุกประเภทตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ กฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก กฎหมายว่าด้วยรถยนต์ทหาร เป็นรถที่เจ้าของมิได้ใช้ ไม่ว่าจะรถดังกล่าวจะเดินด้วยกำลังเครื่องยนต์ กำลังไฟฟ้า หรือพลังงานอื่น เช่น รถยนต์ รถจักรยานยนต์ รถสามล้อเครื่อง รถยนต์โดยสาร รถบรรทุก หักรถลากจูง รถพ่วง รถบดถนน รถอีแต่น ฯลฯ ดังนั้น การที่มีรถบางประเภท กรมการขนส่งทางบกไม่รับจดทะเบียน แต่หากเข้าข่ายว่ารถนั้นเดินด้วยกำลังเครื่องยนต์ กำลังไฟฟ้า หรือพลังงานอื่นแล้วก็จัดเป็นรถที่ต้องทำประกันภัยตาม พ.ร.บ. ด้วย

ผู้มีหน้าที่ต้องทำประกันภัย พ.ร.บ. ได้แก่ เจ้าของรถ ผู้ครอบครองรถในฐานะผู้เช่าซื้อรถ และผู้นำรถที่จดทะเบียนในต่างประเทศเข้ามาใช้ในประเทศ การฝ่าฝืนไม่จัดให้มีประกันภัย พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 กฎหมายกำหนดโทษปรับไว้ไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท

ผู้ที่ได้รับความคุ้มครองตาม พ.ร.บ. ผู้ประสบภัย หมายถึง ประชาชนทุกคนที่ประสบภัยจากรถ ไม่ว่าจะเป็นผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร คนเดินเท้า หากได้รับความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย อนามัย อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากรถก็จะได้รับความคุ้มครองตาม พ.ร.บ.

ผู้มีหน้าที่รับประกันตาม พ.ร.บ. ผู้มีหน้าที่ต้องรับประกันภัย คือ บริษัทประกันวินาศภัยที่รับอนุญาตให้ประกอบธุรกิจประกันภัยรถ ประชาชนสามารถทำประกันภัยตาม พ.ร.บ. ได้ที่บริษัทประกันภัย นอกจากนี้ยังมีบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ที่รับประกันภัยเฉพาะรถจักรยานยนต์ มีสาขาให้บริการทุกจังหวัดทั่วประเทศ บริษัทใดฝ่าฝืนไม่รับประกันภัยรถตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ ต้องระวางโทษปรับตั้งแต่ห้าหมื่นบาทถึงสองแสนห้าหมื่นบาท

1.3 ความคุ้มครองเบื้องต้นตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

1) ค่าเสียหายเบื้องต้น

ผู้ประสบภัยจะได้รับความคุ้มครองในความเสียหายที่เกิดขึ้น เป็นค่ารักษาพยาบาลกรณีบาดเจ็บและเป็นค่าปลงศพในกรณีเสียชีวิต โดยไม่ต้องรอพิสูจน์ความผิด บริษัทจะชดใช้ให้แก่ผู้ประสบภัย/ทายาทโดยธรรมของผู้ประสบภัย ภายใน 7 วัน นับแต่บริษัทได้รับคำร้องขอค่าเสียหายดังกล่าวเรียกว่า “ค่าเสียหายเบื้องต้น” โดยมีจำนวนเงิน ดังนี้

1. กรณีบาดเจ็บ จะได้รับการชดใช้เป็นค่ารักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายอันจำเป็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 30,000 บาท ต่อหนึ่งคน

2. กรณีผู้ประสบภัยได้รับความเสียหายต่อร่างกาย (ทุพพลภาพ) อย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ บริษัทจะจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้น จำนวน 35,000 บาท ต่อหนึ่งคน

- (ก) ตาบอด
- (ข) หูหนวก
- (ค) เป็นใบ้หรือเสียความสามารถในการพูด หรือลิ้นขาด
- (ง) สูญเสียอวัยวะสืบพันธุ์
- (จ) เสียแขน ขา มือ เท้า นิ้ว
- (ฉ) เสียอวัยวะอื่นใด
- (ช) จิตพิการอย่างติดตัว
- (ซ) ทุพพลภาพอย่างถาวร

3. กรณีบาดเจ็บจะได้รับการชดใช้ค่ารักษาพยาบาลตาม ข้อ 1. และต่อมาทุพพลภาพตาม ข้อ 2. รวมกันแล้วจะไม่เกิน 65,000 บาท ต่อหนึ่งคน

4. กรณีเสียชีวิตจะได้รับการชดใช้เป็นค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายอันจำเป็นเกี่ยวกับการจัดการศพ จำนวน 35,000 บาท ต่อหนึ่งคน

5. กรณีเสียชีวิตภายหลังการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอันจำเป็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามที่จ่ายจริงตามข้อ 1 รวมกันไม่เกิน 65,000 บาท ต่อหนึ่งคน

2) ค่าสินไหมทดแทน (ส่วนเกินค่าเสียหายเบื้องต้น)

1. ในกรณีที่ผู้ประสบภัยได้รับบาดเจ็บ แต่ไม่ถึงกับสูญเสียอวัยวะหรือทุพพลภาพอย่างถาวร บริษัทจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลและค่าเสียหายอย่างอื่นที่ผู้ประสบภัย สามารถเรียกร้องได้ตามมูลละเมิดตามความเสียหายที่แท้จริงแต่ไม่เกิน 80,000 บาท ต่อหนึ่งคน

2. กรณีได้รับความเสียหายต่อร่างกายหรืออนามัยในกรณีใดกรณีหนึ่งหรือหลายกรณีดังต่อไปนี้ บริษัทจะจ่ายเต็มตามจำนวนเงินคุ้มครองสูงสุด 300,000 บาท ต่อหนึ่งคน

- (ก) ตาบอด
- (ข) หูหนวก
- (ค) เป็นใบ้หรือเสียความสามารถในการพูด หรือลิ้นขาด
- (ง) สูญเสียอวัยวะสืบพันธุ์
- (จ) เสียแขน ขา มือ เท้า นิ้ว
- (ฉ) เสียอวัยวะอื่นใด
- (ช) จิตพิการอย่างติดตัว
- (ซ) ทุพพลภาพอย่างถาวร

3. กรณีเสียชีวิต บริษัทจะจ่ายเต็มตามจำนวนเงินคุ้มครองสูงสุด 300,000 บาท ต่อหนึ่งคน

4. ในกรณีที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลในฐานะคนไข้ในบริษัทจะจ่ายค่าชดเชยรายวัน วันละ 200 บาท จำนวนรวมกันไม่เกิน 20 วัน เป็นค่าเสียหายที่เพิ่มขึ้นนอกเหนือจากความคุ้มครอง

3) การสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาล ค่าทดแทน ค่าชดเชยรายวัน และค่าปลงศพ

ในกรณีที่เอาประกันภัยไว้กับบริษัทประสบอุบัติเหตุชนกับรถอื่น ซึ่งมีการประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ บริษัทจะสำรองจ่ายให้แก่ผู้ประสบภัย ซึ่งโดยสามารถในรถ หรือกำลังขึ้น หรือกำลังลงจากรถที่เอาประกันภัยไว้กับบริษัท ดังนี้

- ค่ารักษาพยาบาลตามใบเสร็จรับเงิน ไม่เกิน 80,000 บาท ต่อหนึ่งคน สำหรับกรณีได้รับบาดเจ็บ

- ค่าทดแทน หรือค่าปลงศพ เป็นจำนวนเงิน 300,000 บาท ต่อหนึ่งคน สำหรับกรณีเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพอย่างถาวร

- ค่ารักษาพยาบาล ค่าทดแทน หรือค่าปลงศพ รวมกันไม่เกิน 300,000 บาท ต่อหนึ่งคน สำหรับ ผู้ประสบภัยที่เป็นบุคคลภายนอก รถ บริษัทและผู้รับประกันภัยอื่นจะร่วมกันสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาล ค่าทดแทนหรือค่าปลงศพ โดยเฉลี่ยฝ่ายละเท่าๆ กัน

4) กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย

มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัย

1. รถคันที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ประสบภัยมีได้จัดทำประกันภัยตามที่กฎหมายกำหนดไว้ และเจ้าของรถไม่จ่ายค่าเสียหายเบื้องต้น กรณีบาดเจ็บเท่าที่รักษาจริงจะไม่เกิน 30,000 บาท หากเสียชีวิต 35,000 บาท

2. รถคันที่ก่อให้เกิดความเสียหายมีได้อยู่ในความครอบครองของเจ้าของรถในขณะที่เกิดเหตุ เพราะถูกยักยอก ฉ้อโกง กรรโชก ลักทรัพย์ ชิงทรัพย์ หรือปล้นทรัพย์ และได้มีการร้องทุกข์ต่อพนักงานสอบสวนไว้แล้ว

3. รถนั้นไม่มีผู้แสดงตนเป็นเจ้าของรถและมีได้จัดให้มีการประกันความเสียหายตามที่กฎหมายกำหนดไว้

4. รถนั้นมีผู้ขับหลบหนีไปหรือไม่อาจทราบได้ว่าความเสียหายเกิดจากรถคันใด

5. บริษัทไม่จ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัยหรือจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัยไม่ครบจำนวน

6. รถคันที่ก่อให้เกิดความเสียหายเป็นรถที่ได้รับการยกเว้นตามกฎหมาย

กรณีรถไม่ทำประกันภัยไปก่อให้เกิดความเสียหายกับผู้ประสบภัย เมื่อเจ้าของรถฝ่าฝืนไม่ทำประกันภัยแล้วรถคันดังกล่าวไปก่อให้เกิดความเสียหายกับผู้ประสบภัย เจ้าของรถจึงมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายนั้น ถ้าผู้ประสบภัยได้รับบาดเจ็บเจ้าของรถต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือถ้าเสียชีวิตต้องรับผิดชอบค่าปลงศพ อย่างน้อยต้องไม่ต่ำกว่าจำนวนที่กฎหมายกำหนดไว้ (กรณีบาดเจ็บเท่าที่รักษาจริงจะไม่เกิน 30,000 บาท หากเสียชีวิต 35,000 บาท) หากน้อยกว่านี้ผู้ประสบภัยหรือทายาทโดยธรรมของผู้ประสบภัยยังคงมาขอรับส่วนที่ยังขาดอยู่ได้จากกองทุน

ทดแทนผู้ประสบภัย เมื่อกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจ่ายไปแล้ว นายทะเบียนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 มีหน้าที่เรียกเงินตามจำนวนที่ได้จ่ายไปคืนจากเจ้าของรถ รวมทั้งเงินเพิ่มในอัตราร้อยละสิบของจำนวนค่าเสียหายเบื้องต้นที่จ่ายจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยเพื่อเข้าสมทบอีกต่างหากภายใน 7 วันนับแต่วันที่รับคำสั่งจากนายทะเบียนระยะเวลาการใช้สิทธิขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นตามพระราชบัญญัตินี้ กฎหมายกำหนดระยะเวลาการใช้สิทธิขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น ให้ผู้ประสบภัยต้องร้องขอภายใน 180 วันนับแต่วันที่ความเสียหายเกิดขึ้น

2. การประกันภัยรถยนต์ภาคสมัครใจ(สมาคมประกันวินาศภัยไทย, 2560)

แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้เอาประกันภัย อายุของรถ วงเงินประกัน ความคุ้มครองและค่าเบี้ยประกันภัย

1. ประกันภัยชั้น 1 เป็นประกันภัยที่คุ้มครองสูงสุด รับเฉพาะรถยนต์และรถกระบะส่วนบุคคลเท่านั้น และต้องเป็นรถที่มีอายุไม่เกิน 7 ปี บริษัทประกันภัยรถยนต์จะรับผิดชอบชีวิต และทรัพย์สินของผู้เอาประกันภัย และคู่กรณี รวมถึงไฟไหม้ ภัยธรรมชาติและรถหายด้วย ราคาเบี้ยประกันภัยอยู่ที่ 13,000 – 36,000 บาท ราคาขึ้นอยู่กับอายุของรถและขนาดของเครื่องยนต์ ให้ความคุ้มครอง 3 หมวดหลัก ดังนี้

1) หมวดการคุ้มครองความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก

- ความเสียหายต่อชีวิต ร่างกาย หรืออนามัยของบุคคลภายนอก เฉพาะส่วนที่เกินวงเงินสูงสุดตามการประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับ (พ.ร.บ.) ทั้งนี้ ไม่รวมถึงผู้ขับขี่ที่เป็นฝ่ายจะต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย ตลอดจนลูกจ้างในทางการที่จ้าง บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรของผู้ขับขี่นั้นหรือเป็นผู้เก็บรักษา ควบคุม ครอบครอง

- ความเสียหายต่อทรัพย์สินบุคคลภายนอกไม่รวมถึงที่ผู้เอาประกันภัย ผู้ขับขี่รถยนต์คันเอาประกันภัยในขณะเกิดอุบัติเหตุ คู่สมรส บิดา มารดา บุตรของผู้เอาประกันภัยหรือผู้ขับขี่นั้นเป็นเจ้าของ หรือเป็นผู้เก็บรักษา ควบคุม ครอบครอง

2) หมวดการคุ้มครองรถยนต์สูญหายไฟไหม้

ไม่ว่าจะเสียหายทั้งคันหรือบางส่วน

3) หมวดการคุ้มครองความเสียหายต่อรถยนต์ที่เอาประกันภัยอันเกิดจากอุบัติเหตุ เช่น กันชนหน้ารถแตกหักจากการชนรถชนต้นไม้ ประตูดรถได้รับความเสียหายจากการถูกเฉี่ยวชนกิ่งไม้หล่นใส่หลังคารถ เป็นต้น

2. ประกันภัยชั้น 2 เป็นประกันภัยที่คุ้มครองและรับผิดชอบต่อร่างกายของผู้เอาประกันภัย และคู่กรณี รถยนต์และทรัพย์สินของคู่กรณี รวมถึงไฟไหม้ ภัยธรรมชาติและรถหายด้วย ราคาเบี้ยประกันภัยอยู่ที่ 6,000 – 10,000 บาท ให้ความคุ้มครองเพียง 2 หมวดหลัก ดังนี้

1) หมวดการคุ้มครองความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก

- ความเสียหายต่อชีวิต ร่างกาย หรืออนามัยของบุคคลภายนอก เฉพาะส่วนที่เกินวงเงินสูงสุดตามการประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับ (พ.ร.บ.) ทั้งนี้ ไม่รวมถึงผู้ขับขี่ที่เป็นฝ่ายจะต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย ตลอดจนลูกจ้างในทางการที่จ้าง บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรของผู้ขับขี่นั้น

• ความเสียหายต่อทรัพย์สินบุคคลภายนอกไม่รวมถึงที่ผู้เอาประกันภัย ผู้ขับขี่รถยนต์คันเอาประกันภัยในขณะเกิดอุบัติเหตุ คู่สมรส บิดามารดา บุตร ของผู้เอาประกันภัยหรือผู้ขับขี่นั้นเป็นเจ้าของ หรือเป็นผู้เก็บรักษา ควบคุม ครอบครอง

2) หมวดการคุ้มครองรถยนต์สูญหาย ไฟไหม้

3. ประกันภัยชั้น 3 ประกันภัยประเภทนี้บริษัทประกันภัยรับทำทั้งรถส่วนบุคคลและรถให้เช่า โดยคุ้มครองและรับผิดชอบตัวรถและทรัพย์สินของคู่กรณี รวมถึงชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้กับผู้เอาประกันภัยและคู่กรณีด้วย ราคาเบี้ยประกันภัยอยู่ที่ 900 – 6,000 บาท ให้ความคุ้มครองเฉพาะหมวดการคุ้มครองความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอกเพียงอย่างเดียว ซึ่งประกอบด้วย ความเสียหายต่อชีวิต ร่างกาย หรืออนามัยของบุคคลภายนอก เฉพาะส่วนที่เกินวงเงินสูงสุดตามการประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับ (พ.ร.บ.) และความเสียหายต่อทรัพย์สินบุคคลภายนอก

สำหรับประกันภัยชั้น 2+ และ 3+ เป็นประกันที่ให้ความคุ้มครองและรับผิดชอบเหมือนประกันชั้น 2 และ ชั้น 3 แต่ให้ความคุ้มครองตัวรถและทรัพย์สินของผู้เอาประกันภัยด้วย และยังสามารถเลือกความคุ้มครองเพิ่มได้ เช่น ความคุ้มครองจากไฟไหม้ ภัยธรรมชาติหรือรถหาย ราคาเบี้ยประกันภัยอยู่ที่ 5,000 – 20,000 บาท

2.2 สถานการณ์แนวโน้มของนักท่องเที่ยว

2.2.1 นักท่องเที่ยวทั่วโลก

จากสถิติข้อมูลนักท่องเที่ยวขององค์การการท่องเที่ยวโลก ดังในตารางที่ 2-1 พบว่านักท่องเที่ยวทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นว่าในปีค.ศ. 1995 มีนักท่องเที่ยวจำนวน 527 ล้านคน และเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัว ในปีค.ศ. 2015 เป็นจำนวน 1,186 ล้านคน

ตารางที่ 2-1 แนวโน้มนักท่องเที่ยวและการพยากรณ์นักท่องเที่ยว (WorldTourismOrganization, 2016)

ภูมิภาค	จำนวนนักท่องเที่ยว (ล้านคน)					สัดส่วน (ร้อยละ)	อัตราการเติบโต (ร้อยละ)
	1995	2000	2005	2010	2015*		
ทั่วโลก	527	674	809	950	1,186	100	3.9
แอฟริกา	18.7	26.2	34.8	50.4	53.5	4.5	4.4
อเมริกา	108.9	128.2	133.3	150.2	192.6	16.2	3.7
เอเชียและแปซิฟิก	82.1	110.4	154	205.5	279.2	23.5	6.1
ยุโรป	304.5	386.6	453.2	489.4	607.7	51.2	3.0
ตะวันออกกลาง	12.7	22.4	33.7	54.7	53.3	4.5	4.7

ที่มา: World Tourism Organization UNWTO Annual Report 2016

จากข้อมูลพบว่าปีล่าสุดคือ ค.ศ. 2015 มีจำนวนนักท่องเที่ยวถึง 1,186 ล้านคน โดยเป็นนักท่องเที่ยวชาวยุโรปเกินครึ่งของนักท่องเที่ยวทั่วโลกคือร้อยละ 51.2 รองลงมาคือชาวเอเชีย ร้อยละ

23.5 อัตราการเติบโตของจำนวนนักท่องเที่ยว พบว่า นักท่องเที่ยวชาวเอเชียมีอัตราการเติบโตมากที่สุด 6.1 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการท่องเที่ยวในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงและแปซิฟิกมีบทบาทสำคัญต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจโลก ซึ่งปัจจัยด้านเศรษฐกิจนี้เป็นตัวแปรสำคัญทำให้เกิดการกระตุ้นการท่องเที่ยวในภูมิภาคนี้

2.2.2 นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติในประเทศไทย

จากข้อมูลรายงานภาวะเศรษฐกิจท่องเที่ยว (สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา, 2559) พบว่าจำนวนนักท่องเที่ยวมีค่อนข้างมากในช่วงไตรมาสที่ 1 และ 4 ส่วนไตรมาสที่ 2 และ 3 ค่อนข้างล่อตัว ข้อมูลเพิ่มเติมจากรายงานดังกล่าวพบว่านักท่องเที่ยวต่างชาติเดินทางเข้ามายังประเทศไทยในไตรมาส 1/2559 มีการปรับตัวดีขึ้นจากปี พ.ศ. 2558 จากจำนวนนักท่องเที่ยวที่มีการเติบโตเกือบทุกประเภท นักท่องเที่ยวที่มีจำนวนมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ จีน มาเลเซีย และเกาหลีใต้

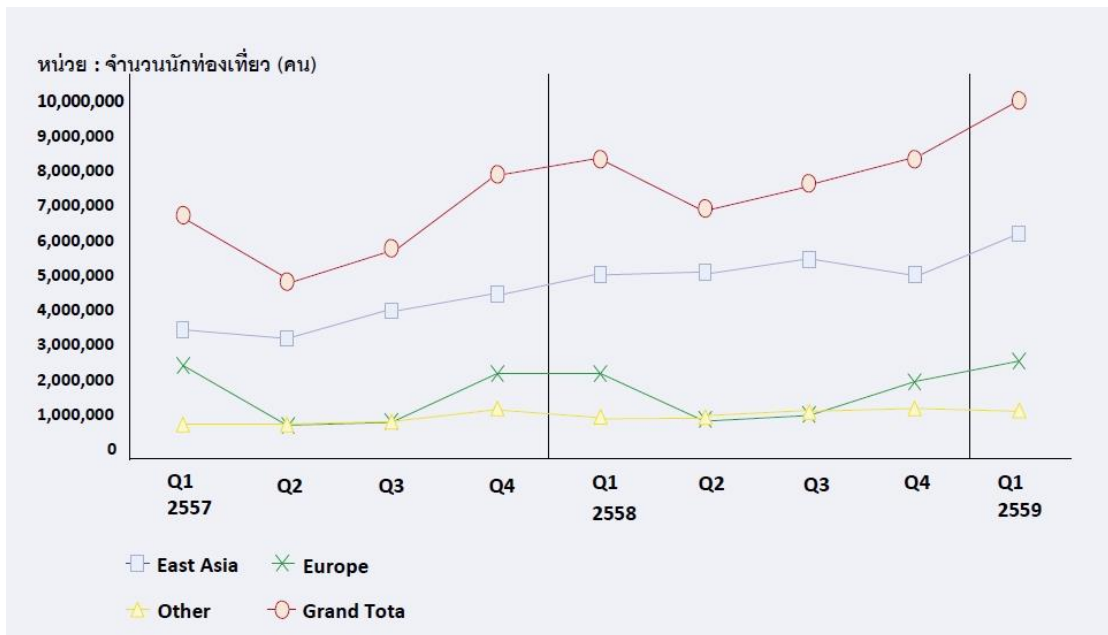
ข้อมูลจากแผนภาพที่ 2-3 และ 2-4 พบว่าจำนวนนักท่องเที่ยวต่างชาติจำแนกตามภูมิภาค พบว่าจำนวนนักท่องเที่ยวยุโรปมีจำนวน 2,095,250 คน มีการขยายตัวจากไตรมาสที่ผ่านมาร้อยละ 8.56 เมื่อพิจารณาในช่วงสองถึงสามปีที่ผ่านมา พบว่านักท่องเที่ยวยุโรปนั้นมีทิศทางการหดตัวมากกว่าขยายตัว ในปี พ.ศ. 2559 จึงเป็นสัญญาณที่ดีที่นักท่องเที่ยวยุโรปมาเที่ยวที่ประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น

แผนภาพที่ 2-3 และ 2-4 ยังแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของนักท่องเที่ยวเอเชียตะวันออกเฉียง พบว่ามีจำนวนมากกว่านักท่องเที่ยวยุโรปกว่าเท่าตัว และมีแนวโน้มการมาเที่ยวมากขึ้น แต่เมื่อพิจารณาถึงอัตราการเปลี่ยนแปลงพบว่านักท่องเที่ยวจากภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียง มีการเปลี่ยนแปลงแบบขึ้นๆลงๆ เป็นที่น่าสังเกตว่าในปี พ.ศ. 2558 โดยเฉพาะในไตรมาสที่ 1 และ 2 มีอัตราการเติบโตของจำนวนนักท่องเที่ยวค่อนข้างมาก เมื่อเทียบกับปีอื่นๆ

เมื่อพิจารณาถึงนักท่องเที่ยวภูมิภาคอื่นๆพบว่ามีจำนวนล้านกว่าคน และมีการขยายตัวร้อยละ 8.85 ซึ่งเป็นการปรับตัวดีขึ้นเมื่อเทียบกับไตรมาสที่ผ่านมา เมื่อพิจารณาถึงภาพรวมของการท่องเที่ยวจากภูมิภาคอื่นๆพบว่าในช่วงสองปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น หมายถึงจำนวนนักท่องเที่ยวมีมากขึ้นในปี 2558 แม้ว่าในช่วงไตรมาสที่ 3 และ 4 จะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ลดลงอยู่บ้างก็ตาม

นักท่องเที่ยวจากภูมิภาคอื่นๆ มีจำนวน 1,116,928 คน ขยายตัวร้อยละ 6.21 ลดลงจากไตรมาสก่อนที่ขยายตัวร้อยละ 8.85 ตามการขยายตัวของนักท่องเที่ยวเกือบทุกภูมิภาค เช่น สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย ขณะที่นักท่องเที่ยว อาร์เจนตินา บราซิล มีการขยายตัวในอัตราที่สูง นักท่องเที่ยวภูมิภาคอื่นคาดว่าแนวโน้มการขยายตัวในไตรมาสที่ 3 ดีขึ้น ตามทิศทางการเติบโตจากสหรัฐอเมริกาตะวันออกเฉียง อินเดียน(การท่องเที่ยวและกีฬา, 2559) รายละเอียดดังแผนภาพที่ 2-3

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่



แผนภาพ 2-3 จำนวนนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติจากภูมิภาคต่างๆ ไตรมาส 1/2557 ถึงไตรมาส 1/2559 หมายถึง: ข้อมูลปี พ.ศ. 2559 เป็นข้อมูลเบื้องต้น

ที่มา: รายงานภาวะเศรษฐกิจการท่องเที่ยวฉบับที่ 3 สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา



แผนภาพ 2-4 อัตราการเปลี่ยนแปลงของจำนวนนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติจากภูมิภาคต่างๆ ไตรมาส 1/2557 ถึงไตรมาส 1/2559 หมายถึง: ข้อมูลปี พ.ศ. 2559 เป็นข้อมูลเบื้องต้น

ที่มา: รายงานภาวะเศรษฐกิจการท่องเที่ยวฉบับที่ 3 สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

2.2.3 การเดินทางเข้าประเทศไทย

1. ประเภทหนังสือตรวจลงตรา มี 6 ประเภท ได้แก่(กรมการกงสุล, 2557)

1.1 ประเภทคนเดินทางผ่านราชอาณาจักร (Transit Visa) หนังสือตรวจลงตราประเภทนี้จะออกให้แก่คนต่างด้าวที่ประสงค์จะเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร เพื่อด้วยเหตุผลหนึ่งๆ ต่อไปนี้ 1) เพื่อเดินทางผ่านราชอาณาจักร 2) เพื่อเล่นกีฬา 3) เป็นผู้ควบคุมพาหนะหรือเป็นคนประจำพาหนะที่เข้ามายังท่า สถานี หรือท้องที่ในราชอาณาจักร อายุวีซ่า 3 เดือน ค่าธรรมเนียม 800 บาท ต่อครั้ง โดยระยะเวลาพำนัก ครั้งละไม่เกิน 30 วัน ต้องมีเงินหรือเอกสารที่จะพึงจ่ายหรือแลกเปลี่ยนได้เป็นมูลค่าเท่ากับอัตราแลกเปลี่ยนเป็นเงินไทยคนละไม่น้อยกว่า 10,000 บาท ครอบคลุมระยะเวลาไม่น้อยกว่า 20,000 บาท

1.2 ประเภทท่องเที่ยว (Tourist Visa) หนังสือประเภทนี้จะออกให้แก่คนต่างด้าวที่ประสงค์จะเดินทางเข้ามาเพื่อวัตถุประสงค์ในการท่องเที่ยวอายุวีซ่า 3 เดือน หรือ 6 เดือน ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท ต่อครั้ง โดยระยะเวลาพำนัก ครั้งละ 60 วันจำนวนเงินที่ต้องมีหรือเอกสารที่จะพึงจ่ายหรือแลกเปลี่ยนได้เป็นมูลค่าเท่ากับอัตราแลกเปลี่ยนเป็นเงินไทยคนละไม่น้อยกว่า 20,000 บาท ครอบคลุมระยะเวลาไม่น้อยกว่า 40,000 บาท

1.3 ประเภทคนอยู่ชั่วคราว (Non-Immigrant Visa) หนังสือตรวจลงตรานี้จะออกให้แก่คนต่างด้าวที่จะเดินทางเข้ามาเพื่อวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้การปฏิบัติหน้าที่ทางราชการ การติดต่อหรือประกอบธุรกิจ และการทำงานการลงทุน การศึกษา ดุงาน และฝึกอบรมต่างๆ การปฏิบัติหน้าที่สื่อมวลชน การเผยแพร่ศาสนาการค้นคว้าทางวิทยาศาสตร์หรือฝึกสอนในสถาบันการค้นคว้า การปฏิบัติงานด้านช่างฝีมือผู้เชี่ยวชาญ และการอื่นๆ เช่น ใช้ชีวิตในบั้นปลายในฐานะผู้สูงอายุ การเข้ามาในฐานะคู่ความหรือพยานการเข้ามาของผู้เคยมีสัญชาติไทย เพื่อเยี่ยมญาติ หรือขอกลับเข้ามาการเข้ามาเพื่อการรักษาพยาบาลการเข้ามาเพื่อเป็นผู้ฝึกสอนนักกีฬาตามความต้องการของทางราชการอายุวีซ่า จำนวน 3 เดือน สำหรับการเดินทางเข้ามาได้ครั้งเดียว ค่าธรรมเนียม 2,000 บาท และจำนวน 1 ปี สำหรับการเดินทางเข้าได้หลายครั้ง ค่าธรรมเนียม 5,000 บาท ระยะเวลาพำนัก ครั้งละไม่เกิน 90 วัน และต้องมีเงินหรือเอกสารที่จะพึงจ่ายหรือแลกเปลี่ยนได้เป็นมูลค่าเท่ากับอัตราแลกเปลี่ยนเป็นเงินไทยคนละไม่น้อยกว่า 20,000 บาท ครอบคลุมระยะเวลาไม่น้อยกว่า 40,000 บาท

1.4 ประเภททูต (Diplomatic Visa) หนังสือตรวจลงตราประเภทนี้เพื่อปฏิบัติหน้าที่ทางการทูตหรือกงสุล หรือการปฏิบัติหน้าที่ราชการ หนังสือรับรองจะต้องระบุชื่อ ตำแหน่ง และวัตถุประสงค์การเดินทางให้ชัดเจน โดยยกเว้นค่าธรรมเนียม ระยะเวลาพำนัก ครั้งละไม่เกิน 90 วัน

1.5 ประเภทราชการ (Official Visa) หนังสือตรวจลงตราประเภทนี้เพื่อปฏิบัติหน้าที่ทางราชการ โดยยกเว้นค่าธรรมเนียมระยะเวลาพำนักในราชอาณาจักร ครั้งละไม่เกิน 90 วัน

1.6 ประเภทอภัยาศัยไมตรี (Courtesy Visa) หนังสือตรวจลงตราประเภทอภัยาศัยไมตรีจำกัดเฉพาะการขอรับการตรวจลงตราเข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวเพื่อการอย่างใดอย่างหนึ่งเช่น เพื่อการอื่นนอกจากการเข้ามาประจำการในราชอาณาจักร เพื่อปฏิบัติหน้าที่การทูต หรือ

กงสุล หรือราชการประสงค์จะเข้ามาในราชอาณาจักรในฐานะเป็นพระราชอาคันตุกะ ราชอาคันตุกะ แยกของรัฐบาล หรือหน่วยงานของรัฐอายุวีซ่า 3 เดือน หรือ 6 เดือน สามารถเดินทางเข้าราชอาณาจักรได้หลายครั้ง ระยะเวลาพำนักในราชอาณาจักร ครั้งละไม่เกิน 90 วัน ไม่เก็บค่าธรรมเนียม

คนต่างชาติดังกล่าวสามารถเดินทางเข้าประเทศไทยได้โดยไม่ต้องมีวีซ่า หากเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ ซึ่งมี 2 กลุ่มดังนี้

(1) ประเทศที่ได้รับยกเว้นการตรวจลงตราเพื่อการท่องเที่ยวตามประกาศกระทรวงมหาดไทย คนต่างด้าวที่ถือหนังสือเดินทางของ 48 ประเทศ/เขตเศรษฐกิจ สามารถอยู่ในไทยได้ไม่เกิน 30 วัน โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง ยกเว้นกรณีที่เดินทางเข้าที่ด่านตรวจคนเข้าเมืองที่มีเขตติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน จะได้รับอนุญาตให้พำนักอยู่ได้ 15 วัน เว้นแต่คนมาเลเซียที่เดินทางเข้าที่ด่านตรวจคนเข้าเมืองที่มีเขตติดต่อกับมาเลเซีย อยู่ได้ครั้งละไม่เกิน 30 วัน ต้องมีเงินหรือเอกสารที่จะพึงจ่ายหรือแลกเปลี่ยนได้เป็นมูลค่าเท่ากับอัตราแลกเปลี่ยนเป็นเงินไทยคนละไม่น้อยกว่า 10,000 บาท หรือครอบครัวละไม่น้อยกว่า 20,000 บาท

(2) ประเทศที่มีความตกลงยกเว้นการตรวจลงตรา กับประเทศไทย

2. คุณสมบัติโดยทั่วไปของผู้ที่ยื่นขอวีซ่าเข้าไทยได้มีดังนี้

ถือหนังสือเดินทางหรือเอกสารใช้แทนหนังสือเดินทางที่ถูกต้องสมบูรณ์ และมีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีหลักฐานแสดงว่าจะเดินทางออกจากประเทศไทยหลังจากสิ้นสุดการพำนักในไทย เช่น ตั๋วเครื่องบิน และมีวีซ่าหรือหลักฐานว่าสามารถเดินทางกลับประเทศที่มีถิ่นพำนัก หรือเดินทางต่อไปยังประเทศอื่นได้ (ในกรณีขอเดินทางผ่าน) ไม่เป็นบุคคลต้องห้ามเข้าราชอาณาจักร ตาม พ.ร.บ.คนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 เช่น เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาของศาลไทยหรือคำพิพากษาของศาลต่างประเทศ เป็นบุคคลที่เป็นภัยต่อสังคม หรือจะก่อเหตุร้ายให้เกิดอันตรายต่อความสงบสุข หรือความปลอดภัยของประชาชน หรือเป็นบุคคลซึ่งเจ้าหน้าที่รัฐบาลต่างประเทศได้ออกหมายจับ และต้องมีเงินค่าใช้จ่ายอย่างน้อยคนละ 20,000 บาท

2.3. ข้อมูลเกี่ยวกับจังหวัดเชียงใหม่

2.3.1 ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดเชียงใหม่

จังหวัดเชียงใหม่ เป็นศูนย์กลางของจังหวัดทางภาคเหนือของประเทศไทยเป็นเมืองท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงไม่เพียงแต่ในประเทศไทย แต่เป็นที่รู้จักกันดีทั่วโลก เนื่องจากไปด้วยแหล่งท่องเที่ยวและศิลปวัฒนธรรม ประเพณี รวมทั้งธรรมชาติที่สวยงาม ทำให้มีผู้มาท่องเที่ยวเป็นจำนวนหลายล้านคนในแต่ละปี เป็นเมืองที่มีแม่น้ำปิงไหลผ่าน จึงเป็นศูนย์กลางการคมนาคม มีเส้นทางรถไปถึงยังจังหวัดต่างๆ เช่น เชียงราย แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง มีท่าอากาศยานนานาชาติที่ใหญ่ที่สุดในภาคเหนือสามารถเดินทางไปยังคุนหมิงและยูนนานของจีน อย่างกึ่งของเมียนมา และหลวงพระบางของลาว ถ้ามองเชียงใหม่จากทางอากาศจะพบว่าประกอบด้วยเทือกเขาน้อยใหญ่ สูงต่ำสลับซับซ้อนต่อ

เนื่องจากเทือกเขาหิมาลัย กับเทือกเขาในแคว้นยูนนานของจีน ส่วนใหญ่เป็นแนวยาวขนานกันตามทิศเหนือถึงใต้ มีที่ราบอยู่ในหุบเขาซึ่งมีแม่น้ำไหลผ่านตามริมแม่น้ำเป็นที่ตั้งถิ่นฐานสำคัญของชุมชนล้านนา โดยเฉพาะแอ่งที่ราบเชียงใหม่และลำพูนซึ่งมีพื้นที่กว้างใหญ่ เป็นอยู่อาศัยอย่างดี ส่วนทางตอนเหนือมีแอ่งที่ราบลุ่มฝาง ทางตอนใต้มีแอ่งที่ราบลุ่มแม่แจ่ม ซึ่งมีชุมชนที่ยังดำรงวัฒนธรรมอันงดงามไว้อย่างต่อเนื่องบนเทือกดอยติดกับประเทศเมียนมา เป็นเส้นทางที่ชาวเขาใช้เดินทางข้ามไปมารวมทั้งมีการลงหลักปักฐานมานับพันปี ด้วยสภาพที่เต็มไปด้วยเทือกเขาอันเป็นภูมิประเทศที่สวยงาม ประกอบกับที่ตั้งซึ่งอยู่ทางตอนเหนือของประเทศซึ่งทุกปีในช่วงฤดูหนาวจะมีความกดอากาศสูงแผ่มาปกคลุม ทำให้เชียงใหม่มีอากาศหนาวเย็นสบาย จึงมีผู้ต้องการมาพักอาศัยและท่องเที่ยวในฤดูหนาวเป็นอย่างมาก โดยมีการสร้างบ้านพักตามอากาศหรือรีสอร์ทต่าง ๆ ส่งผลให้อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวขยายตัวอย่างรวดเร็ว อุตสาหกรรมบริการอื่น ๆ เช่น โรงแรม ร้านอาหาร ห้างงาน هتلกรรมที่เคยเป็นเพียงอุตสาหกรรมในครัวเรือนก็ขยายตัวเป็นอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ เช่น การแกะสลัก การทำเครื่องปั้นดินเผา ซึ่งจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมาก ปัจจุบันจึงเริ่มมีการซื้อหาวัตถุดิบจากจังหวัดอื่น ๆ รอบข้าง แม้กระนั้นก็ตามเชียงใหม่ยังอุดมสมบูรณ์ด้วยทรัพยากรธรรมชาติ ทั้งภูเขาสูงป่าไม้ และสายน้ำ

สภาพภูมิประเทศของจังหวัดเชียงใหม่มีพื้นที่ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เป็นภูเขา ที่เหลือ ร้อยละ 30 เท่านั้นที่เป็นพื้นที่ราบลุ่มและที่ราบเชิงเขา ทางด้านทิศเหนือมีทิวเขาแดนลาวทอดตัวเป็นเส้นกั้นแดนระหว่างไทยกับเมียนมา มีทิวเขาผีปันน้ำอยู่ทางด้านตะวันออกของแม่น้ำปิงต่อกับทิวเขาประเทศลาวเป็นแนวยาวไปทางตะวันออกเฉียงใต้จดทิวเขาหลวงพระบาง ด้วยสภาพที่มีทิวเขาเป็นจำนวนมากทำให้เชียงใหม่อุดมสมบูรณ์ไปด้วยแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติ เพราะมียอดดอยสูงมากมาย เช่น ดอยอินทนนท์ ดอยปุย เป็นต้น เหล่าเทือกทิวเขานี้ก็เป็นที่นิยมของนักท่องเที่ยวทั่วไป เนื่องจากมีเส้นทางเดินป่าอันหลากหลาย งดงาม ยอดดอยต่าง ๆ ก็สามารถชมทิวทัศน์ ทะเลหมอก ได้อย่างงดงาม ภูเขาเหล่านี้มีทั้งภูเขาหินแกรนิต ภูเขาหินปูน ซึ่งปกคลุมด้วยป่าไม้หลากหลายชนิด ได้แก่ ป่าเต็งรังและป่าเบญจพรรณ ซึ่งมีไม้มีค่าจำนวนมาก ซึ่งมีทั้งป่าดงดิบชื้น ป่าดงดิบเขา ป่าสนเขา คนไทยสมัยก่อนรู้จักเชียงใหม่ดีในฐานะเมืองที่มีป่าสักใหญ่ที่สุดในประเทศ และแหล่งทำไม้มีค่า เช่น ยาง ตะเคียน กระบาก ฯลฯ ส่วนตามพื้นที่ราบต่าง ๆ ได้รับปุ๋ยอันอุดมสมบูรณ์ที่แม่น้ำพัดพามาทุกปี จึงสามารถปลูกพืชผักผลไม้ได้เป็นจำนวนมาก ทั้งข้าวกระเทียม โดยเฉพาะผลไม้ที่ชอบอากาศหนาว เช่น ลำไย และลิ้นจี่ยังเมื่อมีการจัดตั้งสถานีวิจัยพืชผักเมืองหนาวของโครงการหลวง จึงทำให้เชียงใหม่สามารถพัฒนาการเกษตรในที่สูงซึ่งมีอากาศหนาวได้ดีขึ้น ปัจจุบันจึงมีผลผลิตที่เป็นพืชต่างประเทศ เช่น สตรอเบอร์รี่ แอปเปิ้ล พลับ เห็ดหอม รวมถึงดอกไม้หลากหลายชนิดจากธรรมชาติ เช่น กล้วยไม้ กุหลาบ ก็ได้รับการพัฒนาพันธุ์ขึ้นมา รวมทั้งไม้ดอกไม้เมืองหนาวอย่างทิวลิปลิลลี่ ฮอลลีฮ็อก เบญจมาศ และอื่น ๆ ทำให้เชียงใหม่มีภาพวิจิตรที่สวยงดงามขึ้นมากในฤดูหนาว และเชียงใหม่จึงเป็นสถานที่แห่งหนึ่งที่มีนักท่องเที่ยวมาเยือนจำนวนมาก(สำนักงานการท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัดเชียงใหม่, 2559)

ด้านการปกครอง จังหวัดเชียงใหม่แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 25 อำเภอ 204 ตำบล และ 2,066 หมู่บ้าน มีหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ดังนี้ 1) หน่วยงานบริหารราชการส่วนกลาง จำนวน 166 หน่วยงาน 2) หน่วยงานบริหารราชการส่วนภูมิภาค จำนวน 34 หน่วยงาน 3) หน่วยงานบริหารราชการส่วนท้องถิ่น จำนวน 211 แห่ง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 1 แห่ง เทศบาลนคร จำนวน 1 แห่ง เทศบาลเมือง จำนวน 4 แห่ง เทศบาลตำบล จำนวน 116 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 89 แห่ง

ด้านประชากร จังหวัดเชียงใหม่มีประชากรรวมทั้งสิ้น 1,732,712 คน แยกเป็นชาย 841,916 คน หญิง 890,798 คน อำเภอเมืองเชียงใหม่มีประชากร จำนวน 235,329 คน คิดเป็นร้อยละ 13.57 ของประชากรทั้งหมด มากที่สุดในจังหวัด รองลงมาคือ อำเภอฝาง มีประชากร จำนวน 117,935 คน คิด เป็นร้อยละ 6.81 และอำเภอที่มีประชากรน้อยที่สุด คือ อำเภอภักดีชุมพล จำนวน 12,032 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7 ของประชากรทั้งหมด

สภาพเศรษฐกิจ ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด ปี 2558 พิจารณาจากผลิตภัณฑ์ มวลรวมจังหวัด ณ ราคาประจำปีมีมูลค่า 194,893 ล้านบาท โดยผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัว ปี2558 เท่ากับ 112,874 บาท เมื่อพิจารณาตามภาคการผลิต ภาคเกษตร 22.14% ภาคอุตสาหกรรม 10.12 % ภาคบริการ 67.83% รายได้ส่วนใหญ่แยกตามรายสาขาการผลิตที่สำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่ สาขาเกษตรกรรม การล่าสัตว์และการป่าไม้ ร้อยละ 22.15 % สาขาอื่นๆ ร้อยละ 18.46 % สาขาโรงแรมและภัตตาคาร ร้อยละ 15.63 % สาขาการขนส่ง การขายปลีก การซ่อมแซมยานยนต์จักรยานยนต์ ของใช้ส่วนบุคคลและของใช้ในครัวเรือน ร้อยละ 11.88 % สาขาอุตสาหกรรม ร้อยละ 7.76 % สาขาตัวกลางทางการเงิน ร้อยละ 6.89 %

2.3.2 ข้อมูลการท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่

1. สถิตินักท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่

จากสถิตินักท่องเที่ยวที่มาเยือนจังหวัดเชียงใหม่ ในปีพ.ศ. 2560 พบว่า มีจำนวนผู้มาเยี่ยมเยือนรวมทั้งสิ้น 9,286,307 คน เป็นนักท่องเที่ยวที่พักค้างแรมจำนวน 7,425,772 คน และเป็นนักท่องเที่ยวจำนวน 1,860,535 คน โดยส่วนใหญ่เป็นคนไทย เมื่อพิจารณาสถานการณ์ท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยวก่อให้เกิดรายได้ทางตรงในจังหวัดเชียงใหม่ รวมทั้งสิ้น 82,570 ล้านบาท ทั้งนี้ ระยะเวลาพำนักเฉลี่ย 3.06 วัน จำนวนผู้เข้าพักแรมจำนวนทั้งสิ้น 7,109,038 บาท ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 3,423 บาท/คน/วัน ดังรายละเอียดตารางที่ 2-2 2-3 นักท่องเที่ยวชาวต่างประเทศที่เดินทางเข้ามาจังหวัดเชียงใหม่ 5 อันดับแรก ได้แก่ นักท่องเที่ยวประเทศจีน ญี่ปุ่น ฝรั่งเศส สหรัฐอเมริกาและอังกฤษ ตามลำดับ (สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่, 2560)

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ตาราง 2-2 แสดงจำนวนนักท่องเที่ยวที่มาเยือนจังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2558 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559)

หน่วย: คน

กลุ่ม	ประเภท		
	นักท่องเที่ยว	นักทัศนาจร	ผู้เยี่ยมเยือน
ชาวไทย	4,841,681	1,609,602	6,451,283
ชาวต่างประเทศ	2,584,091	250,933	2,835,024
รวม	7,425,772	1,860,535	9,286,307

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ จำนวนนักท่องเที่ยวต่างประเทศที่เข้ามาในประเทศไทย พ.ศ.2545-2558

ตารางที่ 2-3 แสดงสถานการณ์ท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ.2558 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559)

ประเภท	นักท่องเที่ยว		
	ชาวไทย	ชาวต่างประเทศ	รวม
1. ระยะเวลาพำนักเฉลี่ย (วัน)	3.11	2.95	3.06
2. รายได้จากการท่องเที่ยว (ล้านบาท)	53,690	28,880	82,570
3. จำนวนผู้เข้าพักแรม	4,545,055	2,563,983	7,109,038
4. ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย(บาท)/คน/วัน	3,280	3,706	3,423

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ สรุปสถานการณ์ท่องเที่ยวภายในประเทศ พ.ศ.2552-2558

2. รูปแบบการท่องเที่ยวของจังหวัดเชียงใหม่

รูปแบบการท่องเที่ยวของจังหวัดเชียงใหม่มีหลายรูปแบบ (สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่, 2560) ดังนี้

1. การท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม เป็นการท่องเที่ยวทางวัฒนธรรม ประเพณีที่เป็นเอกลักษณ์ และประวัติศาสตร์

2. การท่องเที่ยวแบบพำนักระยะยาว คือ การท่องเที่ยวโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ เนื่องจากเชียงใหม่เป็นสถานที่พักผ่อนที่ครบรูปแบบทั้งธรรมชาติและ ในรูปแบบเมือง
3. การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การท่องเที่ยวที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อเรียนรู้วิถีชีวิตและทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่นการบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพ
4. การท่องเที่ยวเชิงการศึกษา เป็นการท่องเที่ยวที่เน้นให้บริการแก่นักเรียน นักศึกษาชาวต่างชาติที่ต้องเข้ามา ศึกษายังสถาบันในจังหวัดเชียงใหม่
5. การท่องเที่ยวเพื่อการ การมีศักยภาพและความพร้อมในการเป็น MICE City

3. สถานที่ท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่

สถานที่ท่องเที่ยวที่สำคัญของจังหวัดเชียงใหม่ มีหลากหลายรูปแบบ สามารถแบ่งได้เป็น

1. สถานที่ท่องเที่ยวตามธรรมชาติ เช่นอุทยานแห่งชาติดอยอินทนนท์ อำเภอจอมทอง อุทยานแห่งชาติดอยสุเทพ-ปุย อำเภอเมืองเชียงใหม่ อุทยานแห่งชาติแม่วาง อำเภอดอยหล่อ ถ้าเชียงดาว ดอยหลวงเชียงดาว อำเภอเชียงดาว ดอยอ่างขาง อำเภอฝางสวนพฤกษศาสตร์สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ อำเภอแมริม น้ำพุร้อนสันกำแพง อำเภอแม่ออน น้ำพุร้อนฝาง อำเภอฝาง ดอยม่อนจอง อำเภออมก๋อย ดอยม่อนแจ่ม อำเภอแมริม เป็นต้น
2. สถานที่ท่องเที่ยวทั่วไป เช่น ถนนคนเดินท่าแพ-ถนนคนเดินวัวลาย อำเภอเมืองเชียงใหม่ หมู่บ้านบ่อสร้าง อำเภอสันกำแพงหมู่บ้านหัตถกรรมบ้านถวาย อำเภอหางดงถนนนิมมานเหมินท์ อำเภอเมืองเชียงใหม่เชียงใหม่ไนท์บาซาร์ อำเภอเมืองเชียงใหม่อุทยานหลวงราชพฤกษ์ เชียงใหม่ไนท์ซาฟารี อำเภอเมืองเชียงใหม่สวนสัตว์เชียงใหม่ /เชียงใหม่ซูอควาเลียม อำเภอเมืองเชียงใหม่ เป็นต้น

4. การคมนาคม

จังหวัดเชียงใหม่ เป็นเมืองหลักทางภาคเหนือของประเทศไทย ทำให้เป็นศูนย์กลางที่สำคัญทางการพาณิชย์ อุตสาหกรรมและการคมนาคม มีเส้นทางคมนาคมทั้งทางรถยนต์ รถไฟ และทางอากาศ มีทางหลวงแผ่นดิน ทางหลวงจังหวัดหลายสาย ทำให้การเดินทางติดต่อไปยังจังหวัดหรือสถานที่ต่างๆเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว

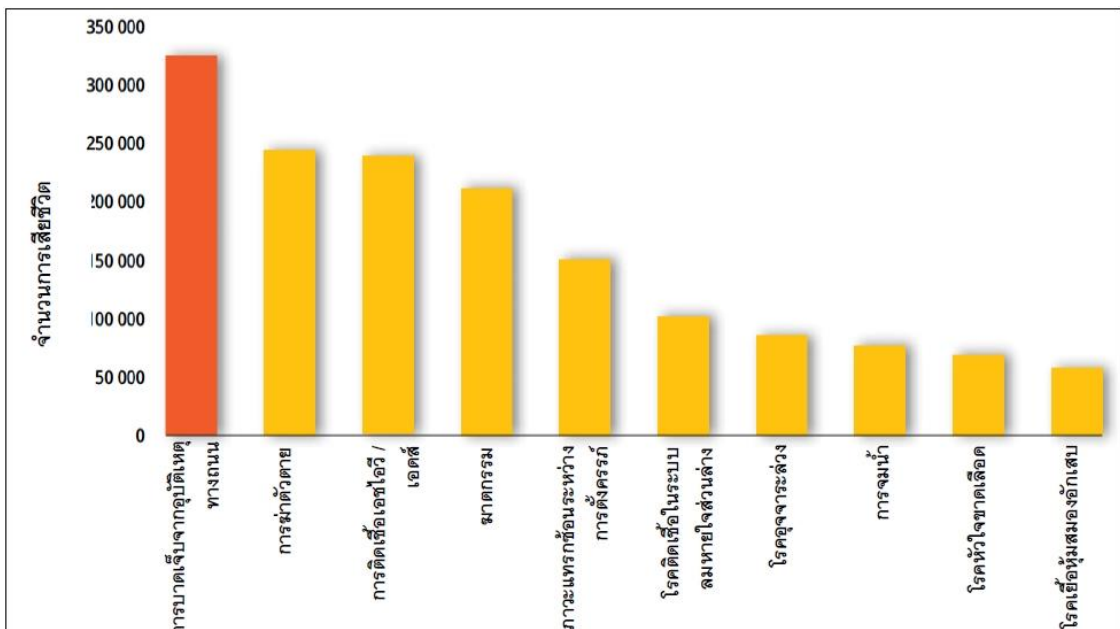
1. ทางรถยนต์ถ้าเดินทางจากกรุงเทพฯ มาจังหวัดเชียงใหม่ ใช้ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 1 และ 32 ผ่านจังหวัด พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง นครสวรรค์ ลำปาง ลำพูน จนถึงจังหวัดเชียงใหม่
2. ทางรถไฟ ปัจจุบันมีรถไฟสายกรุงเทพฯ – เชียงใหม่ โดยผ่านจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ลพบุรี นครสวรรค์ พิษณุโลก อุตรดิตถ์ แพร่ ลำปาง และลำพูน ซึ่งสถานีปลายทางภาคเหนือคือสถานีรถไฟเชียงใหม่
3. ทางอากาศ จังหวัดเชียงใหม่มีท่าอากาศยานนานาชาติเชียงใหม่ซึ่งมีขนาดใหญ่เป็นอันดับต้น รองจากท่าอากาศยานดอนเมืองและท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ มีเที่ยวบินวันละหลายเที่ยวบิน ทั้งสายการบินภายในประเทศ และระหว่างประเทศโดยที่มีสายการบินที่ให้บริการภายในประเทศจำนวน

7 สายการบิน ได้แก่ การบินไทย การบินกรุงเทพ กานต์นิธิ นกแอร์ ไทยแอร์เอเชีย ไทยสไมล์ ไทยไลออน เมนเทอร์ และมีสายการบินระหว่างประเทศให้บริการกว่า 20 สายการบิน

2.4 สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน

2.4.1 สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนทั่วโลก

จากการประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติของผู้นำรัฐบาลของหลายประเทศได้ให้การรับรองวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ. 2573 ว่าหนึ่งในเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนที่สำคัญ คือ ลดอัตราการเสียชีวิต และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนนให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี 2563 การกำหนดให้ลดจำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนนซึ่งถือเป็นความก้าวหน้าครั้งสำคัญ ต่อประเด็นความปลอดภัยทางถนน อันสะท้อนให้เห็นถึงการยอมรับมากขึ้นว่า การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการเสียชีวิตทั่วโลก และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของผู้มีอายุระหว่าง 15-29 ปี (แสดงผังแผนภาพที่ 2-5) อีกทั้ง อุบัติเหตุการจราจรทางถนนยังเป็นภาระหนักทางเศรษฐกิจของประเทศและครอบครัว



แผนภาพที่ 2-5 สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้มีอายุ 15-29 ปี ในปี 2555

ที่มา : องค์การอนามัยโลก, สถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนนพ.ศ. 2558(องค์การอนามัยโลก, 2559)

การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมีจำนวนคงที่ โดยในปี 2556 มีผู้เสียชีวิต 1.25 ล้านคน การซึ่งสวนทางกับจำนวนประชากรและการใช้รถยนต์ของโลกที่เพิ่มขึ้น จากรายงานรายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน ที่ 2558 ของกรมอนามัยโลก พบว่า จำนวนประชากรเพิ่มขึ้นร้อยละ 4 ในช่วงปี 2553 ถึง 2556 และจำนวนยานพาหนะเพิ่มขึ้นร้อยละ 16 ในช่วงเวลาเดียวกัน แสดงว่าจำนวนผู้เสียชีวิตลดลงเนื่องจากการเสียชีวิตคงที่ ตั้งแต่ปี 2553 จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนนเพิ่มขึ้นใน 68 ประเทศ โดยร้อยละ 84 เป็นประเทศรายได้ต่ำหรือปานกลาง แต่ในประเทศรายได้ต่ำมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าประเทศรายได้สูงถึง 2 เท่า อีกทั้ง ยังพบความสัมพันธ์กันระหว่างอัตราการเสียชีวิตกับจำนวนการใช้รถยนต์ คือ ร้อยละ 90 ของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนนเกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำหรือประเทศรายได้ปานกลาง ทั้งๆ ที่ประเทศเหล่านี้มีรถยนต์รวมกันเพียงร้อยละ 54 ของจำนวนรถยนต์ทั้งโลก

ภูมิภาคแอฟริกา มีอัตราการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนนสูงสุด ขณะที่ภูมิภาคยุโรป ประเทศรายได้สูง มีอัตราการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนนต่ำที่สุด แม้ว่าจะมีการใช้รถยนต์มากก็ตาม เกือบครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตทั้งหมดจากการจราจรทางถนนในโลกเกิดขึ้นกับคนที่ป้องกันตัวได้น้อยมาก เช่น คนขี่จักรยานยนต์ คนเดินเท้า และคนปั่นจักรยาน ซึ่ง พบว่า คนเดินเท้าและคนปั่นจักรยานในภูมิภาคแอฟริกา มีอัตราการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนนสูงถึงร้อยละ 43 ของการเสียชีวิตทั้งหมดที่เกิดจากการจราจรทางถนน แต่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราค่อนข้างต่ำ

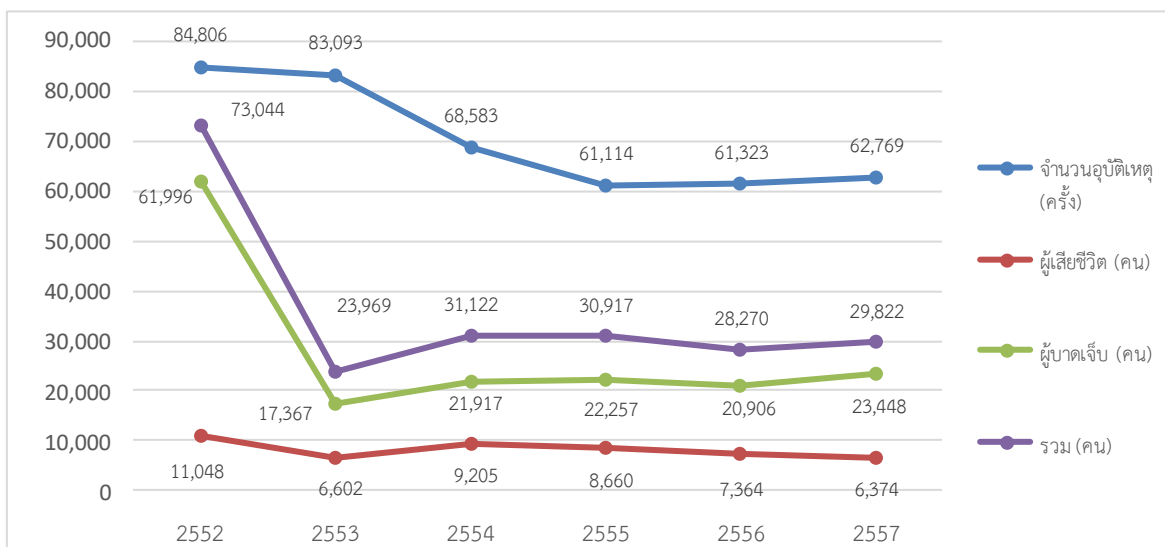
ในปัจจุบันมีกฎหมายด้านความปลอดภัยทางถนนเพื่อช่วยให้ผู้ใช้ถนนมีพฤติกรรมดีขึ้น และลดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน โดยเฉพาะปัจจัย 5 ความเสี่ยง ได้แก่ ความเร็ว เมาแล้วขับ การสวมหมวกนิรภัย การคาดเข็มขัดนิรภัย และการใช้เบาะนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ ปัจจุบันมี 17 ประเทศ ได้ดำเนินการในเรื่องนี้ โดยได้แก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเพื่อให้กฎหมายสอดคล้องกับหลักปฏิบัติที่ดี (องค์การอนามัยโลก, 2559)

2.4.2 สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนประเทศไทย

สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2552-2557 มีแนวโน้มลดลง กล่าวคือในปี 2557 มีจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ 62,769 ลดลงจากปี 2552 ที่มีสถิติอุบัติเหตุสูงถึง 84,806 ครั้ง เนื่องจากหน่วยงานได้มีการเตรียมพร้อมอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามสถานการณ์จำนวนผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บยังมีอัตราที่สูง โดยในปี 2557 มีผู้เสียชีวิต 6,374 คน ลดลงจากปี 2556 ร้อยละ 13.44 และผู้บาดเจ็บ 23,448 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2556 ร้อยละ 12.16 (แสดงแผนภาพที่ 2-6) และจากรายงานสถานการณ์ความสูญเสียจากการบาดเจ็บทางถนนพ.ศ. 2558 คาดประมาณการตายจากการบาดเจ็บทางถนนของประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 2 ของโลก รองจากประเทศลิเบีย ที่สำคัญประเทศไทยมีสาเหตุการเสียชีวิต มาจากรถจักรยานยนต์เป็นอันดับที่ 1 ร้อยละ 35.64 รถยนต์นั่งเล็ก ร้อยละ 30.67 และรถบรรทุกขนาดเล็ก (ปิคอัพ) ร้อยละ 16.96 สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่เดินทางมาท่องเที่ยวในประเทศไทย พบว่า นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติมีการรับรู้ความเสี่ยงจากรถสามล้อเครื่อง (รถตุ๊กๆ) รถโดยสารประจำทาง รถทัวร์ รถยนต์เช่า รถมอเตอร์ไซค์เช่า และรถแท็กซี่มีเตอร์ นอกจากนี้ปัจจัยด้านเพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และ

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

สัญชาติของนักท่องเที่ยวที่มีการรับรู้ความเสี่ยงด้านอุบัติเหตุของยานพาหนะขณะเดินทางท่องเที่ยวในประเทศไทยแตกต่างกัน (วารานันย ยูวณะเตมีย์, 2559)เช่นเดียวกับการศึกษาของ Carey MJ1, Aitken ME. (1996) (Carey & Aitken, 1996) พบว่า อัตราการบาดเจ็บของนักท่องเที่ยวที่ใช้รถจักรยานยนต์สูงกว่าประชากรในท้องถิ่น



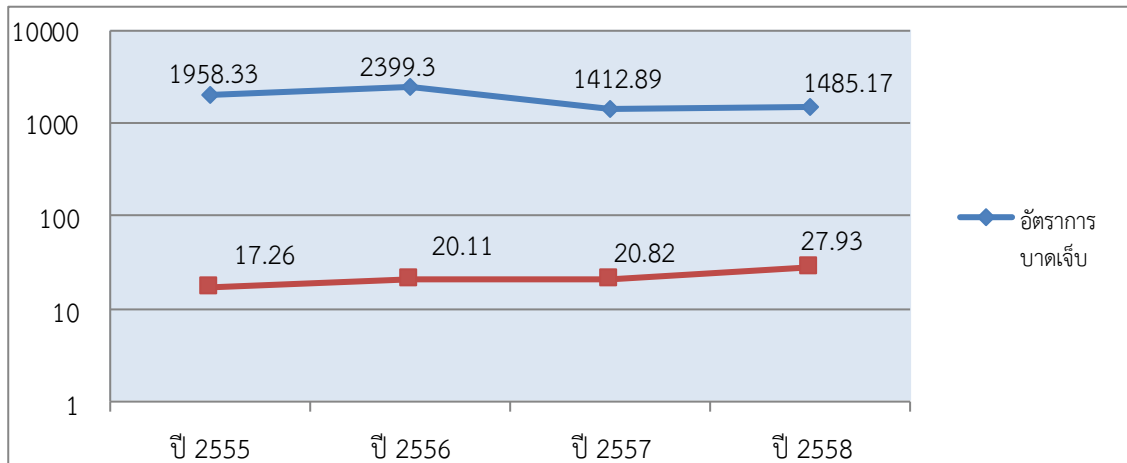
แผนภาพ 2-6อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พ.ศ. 2552-2557

ที่มา:รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2557(สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร, 2558)

2.4.3สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัดเชียงใหม่

สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดเชียงใหม่มีอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในปีพ.ศ. 2555-2558 คิดเป็น1,958.33 2,399.3 1,412.89และ 1,485.17 ตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิตคิดเป็น 17.26 20.11 20.82 และ 22.27 ตามลำดับ แสดงดังแผนภาพที่ 2-7การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในปีพ.ศ. 2558 พบว่า ส่วนใหญ่เสียชีวิตก่อนมาโรงพยาบาล ร้อยละ 50.78 รองลงมาคือเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 27.52 และที่หอผู้ป่วย ร้อยละ 21.71 พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ปี 2558 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากรถจักรยานยนต์ รองลงมาคือรถบรรทุกขนาดเล็ก (ปิคอัพ) และรถโดยสารขนาดเล็ก (รถตู้) (ธรรณี กายี, 2559)

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่



แผนภาพที่ 2-7 อัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2555-2558 (อัตราต่อแสนประชากร)

ที่มา : การดำเนินป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดเชียงใหม่โดยใช้ข้อมูลการแพทย์ฉุกเฉิน

2.4.4 สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ

สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยหลัก 3 ประการ (สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร, 2558)คือ

1. ผู้ขับขี่ มีการขับขี่ที่ประมาท ไม่เคารพกฎจราจร ไม่ตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้โดยสารและที่สำคัญคือ การขาดจิตสำนึกในความปลอดภัยต่อตนเองและสังคมเช่น การขับเร็วเกินกฎหมายกำหนด ขับรถติดต่อกันเป็นระยะเวลาอันยาวนานเป็นผลทำให้ร่างกายอ่อนเพลียหรือหลับใหล
2. ยานพาหนะ สภาพของรถยนต์รถจักรยานยนต์และรถโดยสารมีอายุการใช้งานสูง และมีการดัดแปลงเพิ่มที่นั่งผู้โดยสารและติดตั้งระบบแก๊สเป็นเชื้อเพลิง ซึ่งส่งผลให้น้ำหนักรวมและความสมดุลของน้ำหนักตัวรถเปลี่ยนแปลงจากตัวรถแบบเดิม ซึ่งอาจมีผลต่อการควบคุมรถ รวมถึงการไม่ติดตั้งอุปกรณ์ที่จะช่วยลดความรุนแรงของอุบัติเหตุ เช่น เข็มขัดนิรภัย หรือ สภาพอุปกรณ์ของรถเสื่อมเช่น ระบบเบรกไม่ทำงาน อย่างซ้ำรูด เป็นต้น
3. ถนนและสิ่งแวดล้อมเช่น ทางโค้งซึ่งไม่มีป้ายแจ้งเตือน ทางแยกไม่มีสัญญาณไฟจราจร พื้นผิวถนนเสื่อมเป็นหลุมเป็นบ่อ ถนนแคบไม่เพียงพอกับปริมาณรถ เป็นต้นนอกจากนี้สภาพแวดล้อมยังเป็นปัจจัยร่วมที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ด้วยเช่นกัน กรณีฝนตก ถนนลื่นทำให้ไม่สามารถควบคุมรถได้ วัตถุข้างทางยังส่งผลต่อความรุนแรงของอุบัติเหตุ เช่น เสาไฟฟ้า ป้ายข้างทาง และต้นไม้ข้างทาง เป็นต้น

และจากการศึกษาพฤติกรรมของนักท่องเที่ยวพบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อความปลอดภัยทางถนน ทั้งลักษณะทางกายภาพของพื้นที่ การใช้เวลา งบประมาณและค่าใช้จ่ายในการท่องเที่ยว รวมถึงระยะเวลาในการเตรียมตัวและความพร้อมของข้อมูล กล่าวคือประสบการณ์และข้อมูลมีส่วนช่วยในการตัดสินใจในการเดินทางซึ่งช่วยเพิ่มความปลอดภัยให้กับนักท่องเที่ยวได้ ดังนั้นสาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุจราจร ส่วนใหญ่มาจากการที่ผู้ขับขี่ขาดความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยในการใช้รถ ใช้ถนน มีพฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ถูกต้องรวมถึงความเคารพในกฎระเบียบและข้อบังคับที่กำหนดไว้เพื่อความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภาวิณี เอี่ยมตระกูล (2558) (ภาวิณี เอี่ยมตระกูล ฐริเชษฐ์ กฤตยานุกูล และ ทัดเทพ หนูสุข, 2558) ที่พบว่า องค์ประกอบของอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากขาดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและขาดการเตรียมพร้อมในเรื่องของการทำประกันภัย รวมทั้งนักท่องเที่ยวส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เช่น กลุ่มที่มาเที่ยวประเทศไทยเป็นครั้งแรก รวมถึงกลุ่มที่ต้องการแสวงหาประสบการณ์ในการท่องเที่ยว และการเลือกรูปแบบการเดินทางระหว่างจังหวัดโดยรถไฟ

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศึกษาการตลาดการท่องเที่ยวสำหรับนักท่องเที่ยวชาวญี่ปุ่นที่พำนักระยะยาวในจังหวัดเชียงใหม่ (วาริษฐ์ มัชยมบุรุษ, 2556) พบว่า ด้านพฤติกรรมของนักท่องเที่ยวชาวญี่ปุ่นประกอบด้วย 1) การจ่ายเงินของนักท่องเที่ยว 2) ระยะเวลาในการท่องเที่ยว 3) แหล่งท่องเที่ยว นักท่องเที่ยว 4) ประเภทที่พัก และ 5) กิจกรรมการท่องเที่ยว สำหรับส่วนประสมทางการตลาดที่เหมาะสมประกอบด้วย 9 ประการ ได้แก่ 1) ผลิตภัณฑ์ 2) ด้านราคา 3) ช่องทางการจัดจำหน่าย 4) การส่งเสริมการขาย 5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 6) ความร่วมมือทางธุรกิจ 7) การจัดองค์ประกอบผลิตภัณฑ์ 8) บุคลากรด้านการท่องเที่ยว และ 9) อำนาจการซื้อ ส่วนการตลาดการท่องเที่ยวสำหรับนักท่องเที่ยวชาวญี่ปุ่นที่พำนักระยะยาวในจังหวัดเชียงใหม่ควรประกอบด้วย 1) การวางแผนการตลาดร่วมกัน 2) การพัฒนาสินค้าและ 3) การทำตลาดอาศัยโครงข่ายการท่องเที่ยวพำนักระยะยาว 4) การพัฒนาบุคลากรด้านการท่องเที่ยว 5) การกำหนดราคาของสินค้าและบริการ 6) การทำตลาดแบบเพื่อนช่วยเพื่อน และ 7) การทำตลาดโดยความร่วมมือกับภาครัฐ

การศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่ส่งผลต่อความปลอดภัยทางถนนสำหรับการท่องเที่ยวในประเทศไทย(ภาวิณี เอี่ยมตระกูล ฐริเชษฐ์ กฤตยานุกูล และ ทัดเทพ หนูสุข, 2558) พบว่า ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมและทัศนคติของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติล้วนมีอิทธิพลต่อระดับความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางถนนทั้งสิ้นอันประกอบด้วย การเตรียมตัววางแผนการท่องเที่ยว การรับทราบข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านวินัยและกฎจราจร รวมถึงรูปแบบการเดินทาง ดังนั้นในการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนจึงควรส่งเสริมให้นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติปรับพฤติกรรมและทัศนคติในการเดินทางที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ รวมถึงการสนับสนุนนโยบายด้านการท่องเที่ยวให้สอดคล้องต่อการส่งเสริมความปลอดภัยอันเป็นมาตรการที่

สำคัญต่อภาพลักษณ์ของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวในประเทศไทยรวมถึง เพื่อเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้กับนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติและลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

การศึกษาสาเหตุการไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้มาใช้บริการห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เมื่อเกิดความเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเกิดอุบัติเหตุ(ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล บริบูรณ์ เชนธนากิจ และ บวร วิทย์ชำนานุกุล, 2555) พบว่า สาเหตุไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอันแรกเนื่องจากมีรถส่วนตัวสามารถมาโรงพยาบาลเองได้ อันดับที่สองคือไม่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และอันดับที่สามคือรู้สึกว่าการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยนั้นเล็กน้อยจำเป็นต้องเรียกรถพยาบาลมารับ สื่อที่ทำให้รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินอันดับแรกคือ ป้ายโฆษณาหรือป้ายข้างทาง รองลงมาคือโทรทัศน์ และวิทยุตามลำดับ

ศึกษาการจัดการความปลอดภัยด้านการเดินทางท่องเที่ยวทางบกด้วยรถยนต์และรถสาธารณะในภูมิภาคตะวันตก: ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวสู่ประชาคมอาเซียน(มีชัยมา อุดมศิลป์ และ นรินทร์ สังข์รักษา, 2559) พบว่า สภาพการณ์ทางด้านความปลอดภัยในการเดินทางท่องเที่ยวในภูมิภาคตะวันตกควรมีการจัดการเพื่อสร้างความเชื่อมั่นต่อการเดินทางของนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ การจัดการความปลอดภัยด้านการเดินทางท่องเที่ยวในภูมิภาคตะวันตก ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวสู่ประชาคมอาเซียนควรประกอบไปด้วย ยุทธศาสตร์ที่ 1 มาตรการการจัดการความปลอดภัยในการเดินทางท่องเที่ยวด้านคนยุทธศาสตร์ที่ 2 มาตรการการจัดการความปลอดภัยด้านถนนและโครงสร้าง ยุทธศาสตร์ที่ 3 การจัดการความปลอดภัยในการเดินทางท่องเที่ยวด้านยานพาหนะและยุทธศาสตร์ที่ 4 การจัดการทางด้านสิ่งแวดล้อม เทคโนโลยีและกฎหมาย

การศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่เดินทางมาท่องเที่ยวในประเทศไทย(วารานันท์ ยุวณะเตมีย์, 2559) พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติแบ่งออกเป็น 4 ด้านได้แก่ 1. การรับรู้ความเสี่ยงด้านอุบัติเหตุของยานพาหนะ อยู่ในระดับปานกลาง 2. การรับรู้ความเสี่ยงด้านอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สิน อยู่ในระดับเสี่ยงน้อย 3. การรับรู้ความเสี่ยงด้านการติดโรคร้ายไข้เจ็บ อยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง 4. การรับรู้ความเสี่ยงด้านอันตรายจากสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับเสี่ยงน้อย โดยปัจจัยความเสี่ยงที่มีผลต่อภาพลักษณ์ของการท่องเที่ยวในประเทศไทยมากที่สุด คือ การรับรู้ความเสี่ยงด้านอุบัติเหตุ รองลงมาคือ การรับรู้ความเสี่ยงด้านอันตรายจากธรรมชาติ การรับรู้ความเสี่ยงด้านอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สิน และการรับรู้ความเสี่ยงด้านโรคร้ายไข้เจ็บ ตามลำดับ

การศึกษาการจัดการความเสี่ยงด้านการท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะช้าง จังหวัดตราด(วุฒิพันธ์ สันติมิตร 2557) พบว่า อุบัติเหตุทางการท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะช้างที่เกิดขึ้นมากที่สุดคือ อุบัติเหตุบนท้องถนน ส่วนอุบัติเหตุที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดคือ การจมน้ำ นอกจากนี้ยังพบว่านักท่องเที่ยวที่มีด้านอายุ และ ระดับการศึกษา ต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการจัดการความเสี่ยงด้านการท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะช้างแตกต่างกัน ส่วนนักท่องเที่ยวที่มีการรับรู้ข่าวสาร ช่องทางการรับรู้ข่าวสารและประสบการณ์การมีส่วนร่วมในความเสี่ยงต่างกันมีความคิดเห็นต่อการจัดการความเสี่ยงด้านการท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะช้าง ไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาแนวทางและข้อเสนอแนะในการจัดการความ

เสี่ยงด้านการท่องเที่ยวที่มีความสำคัญ ประกอบด้วยควรมีการขยายไหล่ทาง ซ่อมแซม ถนน แนวกันทางโค้ง ป้าย ไฟสัญญาณ ให้พร้อมใช้งาน รวมถึงมีมาตรการควบคุมความเร็วในการขับขี่

การศึกษาความสัมพันธ์ของการบาดเจ็บในนักท่องเที่ยวที่เดินทางไป Bermuda กับการใช้รถจักรยานยนต์ (Carey & Aitken, 1996) พบว่า อัตราการบาดเจ็บของนักท่องเที่ยวที่ใช้รถจักรยานยนต์เท่ากับ 94.1 ต่อพันประชากร โดยมีอัตราการบาดเจ็บสูงกว่าประชากรในท้องถิ่น อัตราการบาดเจ็บของประชาชนในท้องถิ่นเท่ากับ 16.6 ต่อพันประชากร พบมากที่สุดที่นักท่องเที่ยวเพศชาย โดยค่าความเสี่ยงจากการบาดเจ็บของนักท่องเที่ยว เท่ากับ 5.6 (95% confidence interval [CI], 4.8 to 6.7) รวมทั้งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักเพิ่มมากขึ้น (RR, 1.43; 95% CI, 1.22 to 1.67)

2.6 กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย

แนวคิดและทฤษฎีของการศึกษารุ่นนี้ประกอบไปด้วยแนวคิดทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ที่ว่าด้วยการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด ประกอบกับแนวคิดความสมดุลของตลาดที่ต้องประเมินทั้งในฝั่งของอุปสงค์และอุปทาน ซึ่งอุปสงค์ในที่นี้ คือ ความต้องการการไปรับบริการทางสุขภาพของนักท่องเที่ยวกรณีที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดเชียงใหม่ และอุปทาน คือ การให้บริการทางสุขภาพที่มีในจังหวัดเชียงใหม่ หรือถ้าจะอธิบายให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น คือ การพิจารณาทั้งในฝั่งผู้ให้บริการทางสุขภาพ (อุปทาน) และผู้รับบริการทางสุขภาพ (อุปสงค์) (Henderson JW, 2009) โดยยึดหลักการจัดการระบบบริการสุขภาพที่มีหลักการที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ หลักการเสมอภาค หลักความเป็นธรรมทางสุขภาพ หลักเสรีภาพ และหลักประโยชน์สูงสุด (กองบรรณาธิการสำนักกฎหมาย, 2554)

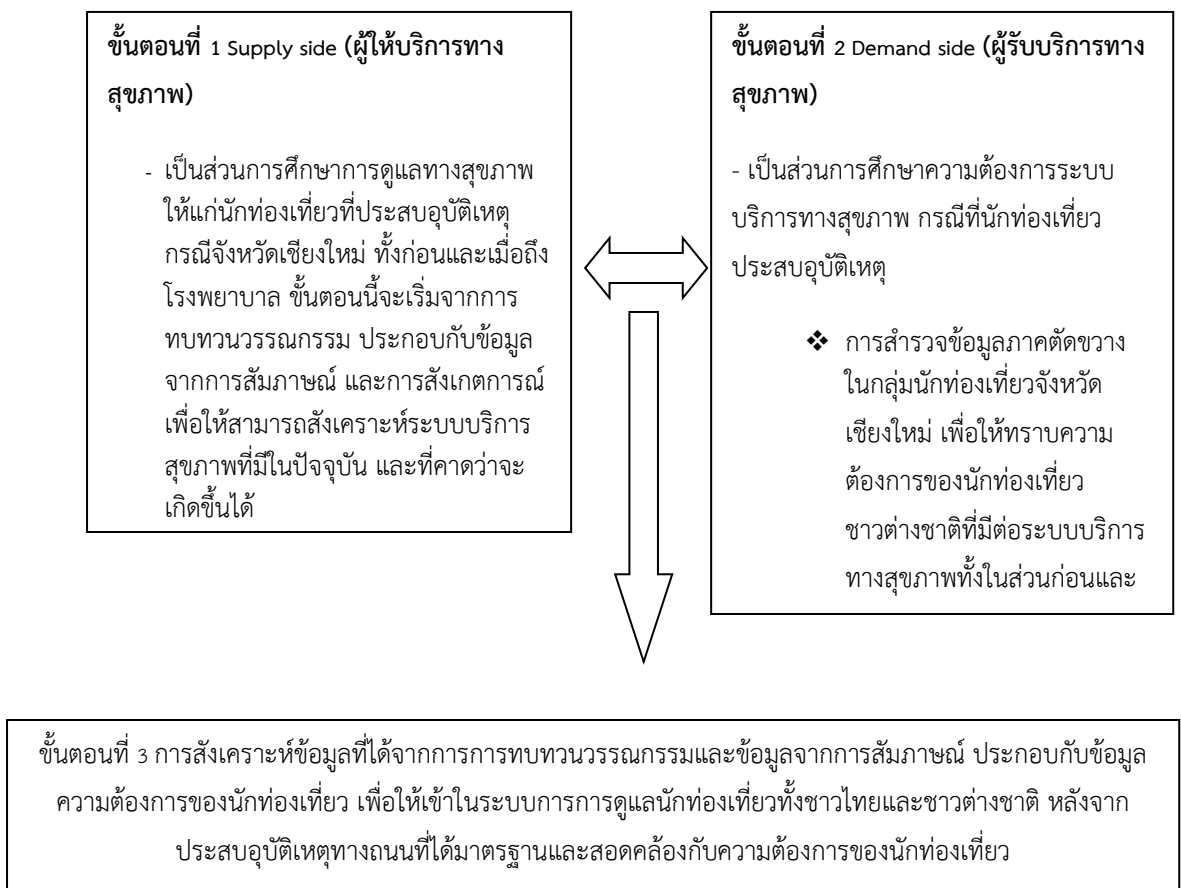
นอกจากที่กล่าวมาเพื่อให้เข้าใจยุทธศาสตร์และกรอบแนวคิดการให้บริการทางสุขภาพกรณีการเกิดอุบัติเหตุที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น งานศึกษารุ่นนี้จึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีที่สำคัญอีกสองประการ คือ (1) ยุทธศาสตร์หลักที่เป็นหัวใจของแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ที่ประกอบไปด้วย ยุทธศาสตร์ด้านการบังคับใช้กฎหมาย (Enforcement) งานด้านวิศวกรรม (Engineering) การให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ และการมีส่วนร่วม (Education) การบริการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency) และการประเมินผลและสารสนเทศ (Evaluation) (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ฝ่ายเลขานุการศูนย์อำนวยความปลอดภัยทางถนน, 2554) โดยงานศึกษารุ่นนี้จะเน้นที่ส่วนของแพทย์ฉุกเฉินเท่านั้น และ (2) แนวคิด post-cast care ที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก ที่ได้เสนอไว้โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อหลีกเลี่ยงการตายและความรุนแรงที่เกิดขึ้นหลังจากการเกิดอุบัติเหตุทางถนนให้มากที่สุด อันจะทำให้ผู้ที่ประสบอุบัติเหตุได้รับการดูแลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่เป็นไปได้ต่อไป องค์ประกอบของการให้การดูแลผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนน ประกอบไปด้วย การให้การดูแลก่อนที่จะไปถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) ซึ่งหมายถึงการดูแลผู้ป่วยในเบื้องต้นที่จุดเกิดเหตุ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปโรงพยาบาลให้มีความบอบช้ำน้อยที่สุด และการดูแลผู้ป่วยเมื่อถึง

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

โรงพยาบาล (Hospital setting) ที่ในการศึกษาครั้งนี้จะเน้นเฉพาะการรักษาฉุกเฉินก่อนที่จะถูกจำหน่ายเป็นผู้ป่วยในหรือกลับบ้านต่อไป (Dinesh Mohan GT,2006)

โดยภาพรวมงานศึกษาครั้งนี้ประกอบไปด้วยการศึกษาการให้บริการทางสุขภาพที่เน้นในส่วนของการแพทย์ฉุกเฉิน ในมิติของผู้ให้บริการทางสุขภาพ หรืออีกนัยหนึ่งคือการพิจารณาในมุมมองด้านอุปทานการบริการสุขภาพ และในมิติของผู้รับบริการทางสุขภาพ หรืออีกนัยหนึ่งคือการพิจารณาในมุมมองด้านอุปสงค์หรือความต้องการการไปรับบริการสุขภาพในมุมมองของผู้บริโภค

ดังที่แสดงตามรูปที่ 2-8



แผนภาพ 2-8 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

การดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพประกอบกัน เพื่อตอบวัตถุประสงค์ทั้งสองข้อของการวิจัย ในการวิจัยเชิงคุณภาพ กระบวนการดำเนินการวิจัยประกอบไปด้วยการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ การสังเกตการณ์ ประกอบกับการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการให้บริการทางสุขภาพ ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุทั้งในกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวไทยและต่างประเทศ เพื่อให้สามารถเข้าใจและสังเคราะห์รูปแบบการให้บริการทางสุขภาพหลังการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่ได้ ส่วนในการวิเคราะห์เชิงปริมาณประกอบไปด้วยการสำรวจข้อมูลภาคตัดขวาง เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ความต้องการของนักท่องเที่ยวต่างชาติที่มีต่อการระบบการให้บริการทางสุขภาพในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย โดยมีพื้นที่ศึกษาคือจังหวัดเชียงใหม่

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงคุณภาพกระบวนการวิจัยยังรวมไปถึงการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมและการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder analysis) ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในมุมมองของผู้ให้บริการทางสุขภาพ เช่น ผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าแผนกห้องฉุกเฉิน แพทย์และพยาบาลที่ทำหน้าที่ในห้องฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลที่อยู่ในแหล่งท่องเที่ยว ตลอดจนผู้บริการในพื้นที่ ซึ่งหมายถึงตัวแทนจากสาธารณสุขจังหวัด และนักวิชาการอื่นๆที่มีประสบการณ์ทำวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่กำลังจะทำการศึกษา ข้อมูลจากสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ(ข้อมูลจากสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ, ม.ป.ป.)พบว่าในจังหวัดเชียงใหม่มีโรงพยาบาลศูนย์หรือทั่วไปจำนวน 3 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจำนวน 270 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนหรือสมเด็จพะยูพราชจำนวน 21 แห่ง การศึกษาครั้งนี้จะเลือกไปสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์จำนวน 3 แห่ง กล่าวคือ โรงพยาบาลศูนย์หรือทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนึ่งแห่ง โดยจะเลือกโรงพยาบาลที่อยู่ในแหล่งท่องเที่ยวและมีการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวบ่อยครั้ง

ในส่วนการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อสอบถามความคิดเห็นจากนักท่องเที่ยวต่างชาติ การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจข้อมูลภาคตัดขวางครั้งเดียว (Cross-sectional survey) โดยประชากรของการวิจัยครั้งนี้ คือ นักท่องเที่ยวชาวต่างประเทศที่มาท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีจำนวน 2,584,091

คน จากการสุตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่มอร์แกน (ประสพชัย พสุนนท์, 2557) ที่ได้
นำเสนอการกำหนดขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{\chi^2 NP(1-P)}{e^2(N-1) + \chi^2 P(1-P)}$$

เมื่อ n แทนขนาดตัวอย่าง

χ^2 แทนค่าไคร้สแควร์ที่ความเชื่อมั่น 95%

N แทนขนาดของประชากร

P แทนสัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยทั่วไปแทนที่
 $P=0.05$ นั่นคือแสดงสัดส่วนของประชากรที่สนใจและไม่สนใจอย่างละครึ่ง

e แทนค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างที่สามารถยอมรับได้ โดยแทน แทน $e=0.05$

ตามแนวทางการกำหนดขนาดของเครจซี่มอร์แกนนั้นขนาดตัวอย่างสูงสุดมีค่าเท่ากับ 384 ไม่
ว่าประชากรจะใหญ่เพียงใด (ประสพชัย พสุนนท์, 2557) ประชากรของการศึกษาครั้งนี้มีมากกว่า
สองล้านคน จากแนวคิดดังกล่าว ทำให้ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 384 คน เพื่อป้องกันการ
ผิดพลาดจากการเก็บข้อมูล งานศึกษาครั้งนี้จะเก็บตัวอย่างจำนวน 400 คน

ข้อมูลจากสำนักงานการท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ทำให้
คำนวณด้วยว่าจำนวนนักท่องเที่ยวต่างชาติที่มาพักในจังหวัดเชียงใหม่และสามารถใช้ภาษาจีนได้
มีจำนวน 615,963 คนในปี 2558 และ 869,006 คนในปี 2559 สำหรับนักท่องเที่ยวที่สามารถใช้
ภาษาอังกฤษได้มีจำนวน 1,148,261 คนในปี 2558 และ 1,031,952 คนในปี 2559

ดังนั้น

- โดยเฉลี่ยจากข้อมูล 2 ปี นักท่องเที่ยวที่ใช้ภาษาจีนได้มีจำนวน 742,485 คนต่อปี
- โดยเฉลี่ยจากข้อมูล 2 ปี นักท่องเที่ยวที่ใช้ภาษาอังกฤษได้มีจำนวน 1,090,107 คนต่อปี
- นักท่องเที่ยวที่ใช้ภาษาจีนและอังกฤษได้มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 1,832,591 คนต่อปี จ
- จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ทราบว่าโดยเฉลี่ยแล้วนักท่องเที่ยวที่ใช้ภาษาจีนได้มีประมาณร้อยละ
40 (742,458/1,832,591) และที่เหลือคือนักท่องเที่ยวที่ใช้ภาษาอังกฤษได้จำนวนร้อยละ
60
- จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน งานศึกษาครั้งนี้จึงเก็บแบบสอบถามจากนักท่องเที่ยวที่ใช้
ภาษาจีนจำนวน 158 คน และภาษาอังกฤษจำนวน 242 คน

การศึกษานี้ใช้วิธีการการเลือกหน่วยตัวอย่างโดยบังเอิญ (accidental sampling) ซึ่งเป็น
การเลือกหน่วยตัวอย่างที่ไม่ได้อาศัยหลักความน่าจะเป็น เป็นการเลือกตัวอย่างที่ไม่มีหลักเกณฑ์ แต่
ข้อมูลที่ได้ต้องอยู่ในขอบเขตของประชากรที่สนใจศึกษา

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล และการตรวจสอบเครื่องมือ

กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนการสัมภาษณ์ จะมีลักษณะเป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างคำถาม แต่ผู้วิจัยสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ในระหว่างการสัมภาษณ์หรือข้อมูลที่ได้เพิ่มจากการสัมภาษณ์ วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมากที่สุดอย่างเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) จากนั้นใช้วิธีบอกต่อเป็นทอดๆ (Snowball technique) ในการขยายผู้ที่เกี่ยวข้อง ด้วยการการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังโดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เป็นสำคัญ จึงเสี่ยงไม่ได้ที่จะเกิดปัญหาความลำเอียงที่เกิดจากการลืม (Recall bias) อย่างไรก็ตามผู้วิจัยจะมีการเชกข้อมูลจากเอกสารร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาดังกล่าว

ในส่วนการสำรวจข้อมูลภาคตัดขวาง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นเครื่องมือที่พัฒนาเองโดยนักวิจัย โดยจะมีการให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการท่องเที่ยวและการให้บริการทางการแพทย์ ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ และครบถ้วน ตามกระบวนการหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Content validity) เพื่อให้แน่ใจว่าเนื้อหาของแบบสอบถามสอดคล้องและครอบคลุมทุกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของนักท่องเที่ยวต่างชาติที่มีต่อ รูปแบบความต้องการการให้บริการทางการแพทย์หลังประสบอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดเชียงใหม่ ก่อนที่จะนำไปใช้ในการสำรวจข้อมูลจริง ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญที่จะมาช่วยตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจะมีอย่างน้อยจำนวน 3 คนส่วนในการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's alpha) ซึ่งเป็นการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยเฉลี่ย ขั้นตอนการพัฒนา การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจความคิดเห็นของนักท่องเที่ยวต่างชาติจะทำการพัฒนาเป็นภาษาไทยก่อน แล้วจึงแปลเป็นภาษาอังกฤษ และภาษาจีน ตามกลุ่มนักท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่

3.2.1 ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (content validity)

โดยการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index –CVI) ในคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ข้อที่ได้รับการประเมิน 3 หรือ 4 เท่านั้นจะนับว่ามีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ดังนั้นเมื่อการคำนวณจริง จึงมีลักษณะเป็นข้อมูลทวิ คือ ไม่สอดคล้อง (1 หรือ 2) และสอดคล้อง (3 หรือ 4) สามารถหาความเที่ยงตรง 2 แบบ(ประสพชัย พสุนนท์, 2558)

1) การหาความเที่ยงเชิงเนื้อหาตรงรายข้อ (I-CVI)(สายพัฒนนะ., 2556)

ในส่วนนี้จะต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในการประเมิน โดยควรใช้อย่างน้อย 3 คน และไม่ควรมากเกิน 10 คน การคำนวณ I-CVI หาได้จากจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินข้อความถามนั้นในระดับความสอดคล้อง (ประเมินระดับ 3 หรือ 4) หารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

$$I-CVI = N_c/N$$

เมื่อ N_c หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินความสอดคล้องในระดับ 3 และ 4
 N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

2) การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) (อัศรัฎฐ์ รินโรสง, 2557)

การหาความเที่ยงตรงทั้งฉบับจะหมายถึง สัดส่วนของข้อคำถามที่ได้รับการประเมินในระดับความสอดคล้องกับข้อคำถามทั้งหมด การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับทำให้เราทราบว่าจำนวนข้อคำถามทั้งหมดที่มีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่มีสัดส่วนเท่าใดเมื่อเทียบกับจำนวนข้อคำถามทั้งหมด งานศึกษาครั้งนี้ได้ใช้วิธีการหาค่า S-CVI/Ave ซึ่งเป็นการหาค่าเฉลี่ยของดัชนีวัดความสอดคล้องของเครื่องมือวัด โดยค่าที่นำมาคำนวณได้มาจากค่า I-CVI แต่ละข้อ โดยคิดจากผลรวมของค่า I-CVI หารด้วยจำนวนข้อคำถาม หรือเขียนเป็นสมการได้ว่า

3) เกณฑ์การพิจารณาความสอดคล้อง

เกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา Polit et al. (2007) เสนอว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาที่ถือได้ว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาดีเยี่ยม ควรมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาตรงรายข้อ (I-CVI) 0.78 ขึ้นไป และมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI/Ave) 0.90 ขึ้นไป

3.2.2 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

ความเชื่อมั่น (Reliability) เป็นเครื่องมือที่ช่วยวัดความสอดคล้อง หรือความคล้ายกัน หรือเหมือนกันหรือไม่ ของข้อมูล โดยเครื่องมือที่อาจเป็นแบบสอบถาม เครื่องชั่งน้ำหนัก ฯลฯ จึงกล่าวได้ว่า Reliability เป็นเทคนิคที่ใช้ วัดความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ โดยที่เมื่อนำเครื่องมือที่นั้น ๆ มาวัดหลาย ๆ ครั้ง และจะตองได้ผลที่ ไม่แตกต่างกัน หรือมีความสอดคล้องกัน

การวัดความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามด้วยวิธีการสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach 's alpha) ใช้ได้ทั้งแบบสอบถามเลือกตอบ (มีคะแนนรายข้อเป็น 1 หรือ 0) และแบบวัดความคิดเห็น วัดความรู้สึก เช่น มาตรวัดแบบลิเคิร์ต ซึ่งเป็นมาตรวัดชนิดประมาณค่าจากน้อยที่สุดถึงค่ามากที่สุด แบบที่ส่วนใหญ่ใช้กันบ่อยได้แก่ วัดชนิด 5 ระดับ โดยให้ 1=น้อยที่สุด 2= น้อย 3=ปานกลาง 4=มาก 5=มากที่สุด (จิตติรัตน์ แสงเลิศอูทัย, 2558)

วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's Alpha Method) มีสูตรคำนวณดังต่อไปนี้

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_x^2} \right]$$

α = สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค

σ_i^2 = ความแปรปรวนของข้อที่หรือองค์ประกอบที่ i

σ_x^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวม

k = จำนวนข้อสอบ/องค์ประกอบของทั้งฉบับ

แต่ถ้าเป็นการคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาจากกลุ่มตัวอย่างจะใช้

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_x^2} \right]$$

α = สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค

S_i^2 = ความแปรปรวนของข้อที่หรือองค์ประกอบที่ i

S_x^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวม

k = จำนวนข้อสอบ/องค์ประกอบของทั้งฉบับ

ในการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาจะบอกค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการวิจัยได้ดี ก็ต่อเมื่อแบบสอบถามในการวิจัยชุดนั้น ได้วัดคุณลักษณะเพียงคุณลักษณะเดียวเท่านั้น และจำนวนข้อหรือองค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบในฉบับมีความเท่าเทียมกัน จะทำให้ได้ค่าความเชื่อมั่นที่วัดได้

ใกล้เคียงกับความเชื่อมั่นที่แท้จริง ของแบบสอบถาม และเป็นวิธีการที่ได้รับความนิยมเนื่องจากเก็บข้อมูลกลุ่มผู้ให้ข้อมูลครั้งเดียว และใช้ได้หลากหลายทั้งเครื่องมือที่ให้คะแนนแบบ 0,1 หรือแบบ ถ่วงน้ำหนัก หรือแบบมาตรฐาน ประมาณค่า หรือแบบทดสอบแบบอัตนัย

เกณฑ์พิจารณาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้วัดการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของมนุษย์ควรมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 ขึ้นไป
2. เครื่องมือที่มีมาตรฐานทั่วไปควรมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8 แต่ถ้าเครื่องมือที่สร้างและพัฒนาขึ้นควรมีความเชื่อมั่นอย่างน้อย 0.70
3. เครื่องมือที่ใช้วัดเจตคติ ความรู้สึก ควรมีความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป
4. เครื่องมือที่ใช้ในการสังเกต ควรมีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป

3.3 การแปลผลข้อมูล เกณฑ์ และการให้ความหมาย

สำหรับวิธีการนำเสนอข้อมูลนั้นในส่วนของ การวิจัยเชิงคุณภาพจะนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการเขียนรายงานเชิงพรรณนาตามประเด็นที่สัมภาษณ์เพื่อให้ผู้อ่านรู้ถึงระบบหรือรูปแบบ การให้บริการทางสุขภาพหลังการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่ตาม วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ในส่วนของ การวิจัยเชิงปริมาณจะนำเสนอข้อมูลโดยรูปแบบตารางหรือกราฟ เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจถึงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและความต้องการของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อระบบ การบริการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ และเมื่อถึงโรงพยาบาลในระดับการบริการแพทย์ฉุกเฉิน

การวิเคราะห์ความต้องการของนักท่องเที่ยว งานศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาค่าเฉลี่ย การหาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประกอบกับตารางแจกแจง ความถี่ และตารางแจกแจงความถี่ไขว้ นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ทางสถิติต่างๆ เช่น การวิเคราะห์ t-test ในส่วนการวิเคราะห์ความแตกต่างกันของระดับความคิดเห็น เรื่องความต้องการการ รับบริการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างประชาชนในกลุ่มประเทศอาเซียน และไม่ใช้กลุ่มประเทศอาเซียน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและผลการวิจัย

จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่มีลักษณะเฉพาะทั้งทางด้านทรัพยากรธรรมชาติ ประเพณี วัฒนธรรม และความสะอาดสบายจากความเป็นเมืองที่มีความพร้อมค่อนข้างสูง โดยเฉพาะการคมนาคมขนส่งที่มีความพร้อมทั้งทางบกและทางอากาศ ทำให้จังหวัดเชียงใหม่เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญมากแห่งหนึ่งของประเทศไทย นักท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่มีทั้งนักท่องเที่ยวชาวไทยและต่างประเทศ โดยนักท่องเที่ยวชาวต่างประเทศและมีประมาณครึ่งหนึ่งของนักท่องเที่ยวชาวไทย จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่นักท่องเที่ยวใช้เวลาในการพักประมาณ 3 วันต่อการมาเที่ยวหนึ่งครั้ง ส่วนรูปแบบการท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่ มีทั้งแบบการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม การท่องเที่ยวธรรมชาติ การท่องเที่ยวแบบพำนักยาว การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การท่องเที่ยวเชิงการศึกษา และการท่องเที่ยวเพื่อการประชุมสัมมนา สถานที่ท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่มีมากมายทั้งที่อยู่ในอำเภอเมืองและนอกเขตอำเภอเมือง สำหรับนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่มาในจังหวัดเชียงใหม่ส่วนมากจะเป็นสัญชาติจีน ญี่ปุ่น ยุโรป และอเมริกา

ระบบการดูแลนักท่องเที่ยวที่ประสบอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งในกรณีนี้หมายถึงการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินกับผู้ที่ประสบอุบัติเหตุทางถนน การบริการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึงระบบบริการทางการแพทย์สำหรับเจ็บป่วยเฉียบพลัน ให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต เหตุฉุกเฉิน ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ตรงตามมาตรฐาน ครบคลุมถึงก่อนที่จะถึงโรงพยาบาลและการรักษาฉุกเฉินในโรงพยาบาล แม้ว่าในนิยามของการแพทย์ฉุกเฉินจะครอบคลุมไปถึงการค้นคว้าวิจัย และการป้องกัน แต่ในกรณีนี้ศึกษาจะหมายถึงการรักษาฉุกเฉินในกลุ่มผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนเท่านั้น

การบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย เป็นการกระจายอำนาจ บางส่วนของการจัดการไปยังหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค มีโครงสร้างแบ่งการจัดการเป็น 3 ระดับ คือ ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค (จังหวัด) และระดับท้องถิ่น (ตำบล) ในระดับส่วนภูมิภาคหรือจังหวัด เป็นการประสานงานร่วมกันระหว่างกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดและอนุกรรมการจังหวัด กำกับดูแลผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โดย สสจ. จะดูแลศูนย์สื่อสารสั่งการและหน่วย สนับสนุนต่างๆ ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิที่จดทะเบียนเป็นหน่วยบริการทำหน้าที่ออกปฏิบัติการ โดยในระดับท้องถิ่น สสจ. เป็นหน่วยกำกับดูแลระบบบริการฯ ระดับท้องถิ่น ร่วมกับหัวหน้าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอีกทีหนึ่ง ทั้งนี้รายละเอียดการจัดบริการอาจแตกต่างกันบ้างตามความต้องการและความเหมาะสมในระดับท้องถิ่น

ในลักษณะการทำงานของแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละจังหวัด ซึ่งรวมถึงจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบไปด้วย การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ การแจ้งขอความช่วยเหลือ การออกปฏิบัติการของหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง การนำส่งสถานพยาบาล ตลอดจนการรักษาพยาบาลในภาวะเร่งด่วน ณ ห้องฉุกเฉิน ในการศึกษาครั้งนี้จะเน้นเฉพาะการเจ็บป่วยที่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนนเท่านั้น ในการแยกประเภทผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาได้อย่างถูกต้องนั้น ได้มีการจำแนกผู้ป่วยเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง

ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และข้าราชการ ตามนโยบายรักษาทุกที่ที่ทุกสิทธิ (EMCO) จากเอกสารที่เผยแพร่ในเว็บไซต์สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน¹ นโยบายดังกล่าวให้ความสำคัญกับ ความสามารถเข้ารับการรักษาของประชาชนชาวไทย ได้อย่างทันที่ทุกที่ ทุกโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน โดยไม่ต้องถามสิทธิก่อนการรักษา ไม่ต้องสำรองจ่ายค่าบริการพยาบาล และจะได้รับการรักษาจนกระทั่งอาการทุเลาลง อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ป่วยที่เป็นนักท่องเที่ยวต่างชาติ จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาครั้งที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยจะใช้สิทธิตาม พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยทางถนน ประกันภัยที่สมัครใจทำเอง หรือจ่ายเงินสด

4.1 ข้อค้นพบจากการลงพื้นที่สัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสุขภาพ

จากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรของหน่วยแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ ทั้งในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการทางสุขภาพหลังการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์โดยวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic coding analysis) เพื่อสร้างดัชนีข้อมูล ติความ และสรุปความในเชิงอธิบาย ซึ่งมีกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

4.1.1 แนวทางในการวิเคราะห์เบื้องต้น

ทฤษฎีเบื้องต้นที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์ได้แก่ การบริการทางการแพทย์หลังจากการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งมีการให้บริการอยู่ 3 ส่วนด้วยกันคือ การให้บริการทางการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) และการให้บริการทางการแพทย์เมื่อถึงโรงพยาบาล (Hospital setting) และการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังจากที่อาการดีขึ้นจากการได้รับการรักษา (Rehabilitation) (GT, 2006)

¹http://www.niems.go.th/th/Upload/File/255903221114184907_uaxrkeHd1aeLAnNv.pdf

การให้บริการทางการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre Hospital Care) คือ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาล สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ส่วนดังต่อไปนี้

1. เมื่อมีการแจ้งเหตุ ผู้ประสบเหตุหรือผู้พบเห็นเหตุสามารถโทรแจ้งเพื่อขอความช่วยเหลือ

ได้ หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน ที่หมายเลข 1669 หรือ หน่วยกู้ภัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ตำรวจในพื้นที่ (191)

2. เมื่อได้รับแจ้งเหตุแล้ว ผู้ที่รับแจ้งเหตุจะทำการซักถามข้อมูลและประเมินสถานการณ์ก่อน

และทำการนำส่งทีมแพทย์ฉุกเฉินไปยังจุดเกิดเหตุได้อย่างเหมาะสมการระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุ รวมทั้งประสานความร่วมมือระหว่างทีมอาสาสมัครและตำรวจในพื้นที่เพื่อให้การช่วยเหลือในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะถูกแบ่งออกเป็น 4 ระดับด้วยกัน ได้แก่

- หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advanced Life Support)
- หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (Intermediate Life Support)
- หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (Basic Life Support)
- หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder)

โดยทั่วไปทีมแพทย์ฉุกเฉินจะทำงานโดยแบ่งหน้าที่ในการปฏิบัติงานดังนี้

(1) แพทย์เวรงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำหน้าที่ ประเมินสถานการณ์ แจ้งข่าว รายงานสถานการณ์ ประสานงาน และตั้งจุดรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ

(2) พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำหน้าที่ ให้การรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บ ให้น้ำเกลือ ฉีดยา ดูดเสมหะ ใช้เครื่องช่วยหายใจอัตโนมัติ เฝ้ารอส่งสัญญาณชีพ ดูแลต่อเนื่องขณะส่งต่อผู้ป่วย

(3) เวชกิจฉุกเฉิน ในประเทศไทยในขณะนี้ มีเวชกรฉุกเฉินอยู่ 2 ระดับ คือ เวชกิจฉุกเฉิน

พื้นฐาน (EMT-Basic) และเวชกิจฉุกเฉินขั้นกลาง (EMT-Intermediate) ทำหน้าที่ สื่อสารและประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ให้น้ำเกลือ ฉีดยา ดูดเสมหะ ใช้เครื่องช่วยหายใจอัตโนมัติ วัดและเฝ้ารอส่งสัญญาณชีพ และดูแลต่อเนื่องขณะส่งต่อผู้บาดเจ็บ

(4) พนักงานเปล ทำหน้าที่ ปิดกั้นการจราจรก่อนตำรวจจะมาถึง รวมทั้งเป็นผู้ช่วย

พยาบาลและเวชกิจฉุกเฉินในการจัดเตรียมพื้นที่เพื่อการปฏิบัติงาน และเป็นผู้ช่วยพยาบาลในการคัดแยก และ

(1) พนักงานขับรถกู้ชีพ ทำหน้าที่ ปิดกั้นการจราจรก่อนตำรวจจะมาถึง และนำรถเข้าประจำที่จุดจอดรถพยาบาล

3. การส่งต่อผู้บาดเจ็บไปยังกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล มีขั้นตอนการปฏิบัติหน้าที่ ตั้งแต่คัดกรองผู้บาดเจ็บ เพื่อจำแนกอาการของผู้บาดเจ็บ เป็นผู้บาดเจ็บเล็กน้อย (Mild ill patient area) ผู้บาดเจ็บรุนแรง (Moderate ill patient area) และผู้บาดเจ็บวิกฤต (Severely ill patient area) และงานเก็บศพผู้เสียชีวิต (Dead patient area) โดยมีบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้แก่ แพทย์ พยาบาล เวิร์ล เจ้าหน้าที่ห้องยา ทันตภิบาล แพทย์เวชกิจฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังมีเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานเก็บศพในกรณีผู้บาดเจ็บเสียชีวิต เป็นต้น

ระบบ Emergency Claim Online (EMCO) คือระบบกองทุนที่มีกำหนดอัตราในการจ่าย โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาในกรณีที่เจ็บป่วยฉุกเฉินขั้นวิกฤตได้ที่โรงพยาบาลทุกแห่งโดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย เพื่อเป็นการลดภาระการสำรองจ่ายของสมาชิก และได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ได้รับความปลอดภัยในชีวิต อย่างเท่าเทียมกันในทุกสิทธิ ซึ่งถือว่าเป็นการสร้างเอกภาพให้ เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินของประเทศไทย (Bamrunghet, 2014)

4.1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Coding Analysis) ผู้วิจัยได้นำมาตีความและสรุปผลในเชิงบรรยายได้ดังนี้รูปแบบของการให้บริการทางสุขภาพหลังการเกิดอุบัติเหตุโดยทั่วไปจะไม่ได้ให้การรักษาเฉพาะผู้ได้รับบาดเจ็บจากการประสบอุบัติเหตุเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงผู้ป่วยทั่วไปที่เกิดอาการเจ็บป่วยอย่างรุนแรงฉับพลันอีกด้วย ซึ่งงานวิจัยฉบับนี้เฉพาะเจาะจงไปที่รูปแบบการให้บริการสุขภาพหลังการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนของกลุ่มนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติในจังหวัดเชียงใหม่เท่านั้น การบริการสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุ หรือเรียกว่า การบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นหน่วยแพทย์ที่รับแจ้งอุบัติเหตุและจัดส่งรถพยาบาลพร้อมทีมแพทย์ไปทำการปฐมพยาบาลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งในการดำเนินงานสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน คือ การให้บริการทางการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care) และ การให้บริการทางการแพทย์เมื่อถึงโรงพยาบาล (

Hospital setting) นอกจากนี้ระบบสิทธิในการรักษาพยาบาลแบบเบ็ดเสร็จของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเรียกว่า ระบบ Emergency Claim Online (EMCO) เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินในเรื่องของค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถเบิกได้โดยตรงซึ่งทำให้เรื่องค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคในการรักษาพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามผลการวิจัยได้แสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดบางประการที่ควรนำมาพิจารณาเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและเพียงพอต่อความต้องการโดยเฉพาะในช่วงเทศกาลและฤดูกาลการท่องเที่ยวของจังหวัดเชียงใหม่ จากข้อมูลที่ได้รับจำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นกลุ่มนักท่องเที่ยวที่เกิดจากอุบัติเหตุมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 40 จากช่วงระยะเวลาในปี 2558 – 2560 เป็นต้น จากข้อมูลดังกล่าวสามารถส่งผลถึงความสัมพันธ์ระหว่างอุปสงค์และอุปทานของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินควรจะต้องสอดคล้องกันเพื่อตอบสนองความต้องการได้อย่างเพียงพอ และสามารถนำไปเป็นปัจจัยในการพิจารณาในการพัฒนาและเพิ่มเติมส่วนบริการที่จะช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานของทีมแพทย์ฉุกเฉิน เช่น ล่ามแปลภาษาที่ 3 (จีน รัสเซีย ญี่ปุ่น) และ การเตรียมความพร้อมในเรื่องของอัตราค่าทางการแพทย์เฉพาะทางเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการ

การให้บริการทางการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre Hospital Care) คือ การปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งในการปฏิบัติงานจะเริ่มต้นจากการรับแจ้งเหตุ โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับแจ้งเหตุจะทำการประเมินอาการของผู้ประสบอุบัติเหตุจากข้อมูลที่ได้รับและนำส่งทีมแพทย์และรถพยาบาลไป ณ จุดเกิดเหตุเพื่อทำการรักษาและปฐมพยาบาลเบื้องต้นและนำส่งผู้ประสบเหตุไปยังโรงพยาบาลที่ใกล้เคียงที่สุดได้อย่างทันถ่วงที ในกรณีที่มีผู้ประสบเหตุเป็นกลุ่มนักท่องเที่ยวที่มีจำนวนมากและในกรณีที่อาการของผู้ประสบเหตุนั้นรุนแรงเกินความสามารถในการรองรับและรักษาของโรงพยาบาลที่อยู่บริเวณใกล้เคียง ทางทีมแพทย์ฉุกเฉิน จะนำส่งไปยังโรงพยาบาลศูนย์อุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น โรงพยาบาลนครพิงค์ หรือ โรงพยาบาลมหาราชเพื่อทำการรักษาในขั้นต่อไป ซึ่งตามกฎระเบียบของการแพทย์ฉุกเฉินนั้นทุกโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียงบริเวณเกิดเหตุจะไม่สามารถปฏิเสธการให้การรักษาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ถูกนำส่งมาได้ถ้านับเป็นโรงพยาบาลแรกที่ถูกนำส่ง แต่ถ้าในกรณีที่นักท่องเที่ยวผู้ประสบอุบัติเหตุไม่ได้ทำประกันมา และผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถสื่อสารกับทีมแพทย์ได้รู้เรื่องก็สามารถที่จะเลือกไปโรงพยาบาลเอกชนได้ หรือโรงพยาบาลอื่นที่ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องการได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยได้กล่าวไว้ดังนี้

Respondent 4 “...โดยหลักการถ้าเป็นกรุปใหญ่ ๆ โดยระบบแล้วจะมีการกระจายยกตัวอย่างที่ดอยสะเก็ดที่เกิดรถคว่ำบ่อย ๆ พอเกิดเหตุปั๊บเขาจะแจ้งทางแพทย์อำนวยการจังหวัดมามีเหตุที่นี่ แพทย์อำนวยการจังหวัดก็

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

จะทราบกันทุกคน ก็จะเริ่มมีการดูแลตั้งแต่ตรงนั้นว่ามีจำนวนผู้บาดเจ็บกี่คน ถ้ามีผู้บาดเจ็บไม่มากสามารถดูแลที่โรงพยาบาลดอยสะเก็ดที่เป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอได้ก็จบ แต่ถ้าเกิดผู้บาดเจ็บมากก็จะตรวจสอบว่ามีสีแดงกี่คนก็จะมีทางจังหวัดก็จะช่วยกันว่าแต่ละโรงพยาบาลรับได้กี่เตียง พากันที่นั่นมารักษาแต่ละที่อันที่เลย อันที่ยังไม่คุกคามชีวิตสมมติว่าต้องเร่งผ่าตัดมีเคสที่เลือดออกในท้องต้องผ่าตัดก็เคสมีโรงพยาบาลไหนผ่าได้บ้างเอกชนที่ไหนผ่าได้ก็จะช่วยกัน ก็คือสถานการณ์แบบนี้ที่จุดเกิดเหตุรับได้ไหมถ้าอยู่ในจุดที่รับไม่ได้ก็จะเริ่มประสานและกระจายผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพใกล้เคียงกันที่สามารถรับผู้ป่วยได้...”

Respondent3

“...ถ้าเป็นเคสไม่รุนแรงได้ แต่ถ้าหนักเขาก็จัดการไม่ได้ ส่วนใหญ่แล้วรพ.สต.ถ้าเกินกำลังเขาจะส่งโรงพยาบาลอำเภอ แล้วโรงพยาบาลอำเภอก็ดูอีกที่เกินรับไม่ได้ก็ส่งเข้าโรงพยาบาลประจำจังหวัดหมด ก็คือโดยปกติการส่งต่อคนไข้ส่งต่อตามข้อบ่งชี้ทั้งหมด แต่ถ้าจบได้ที่รพ.สต.ก็ไม่ส่งเขาส่งตามข้อบ่งชี้ เป็นรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศ...”

แต่อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดในเรื่องของอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์และรถพยาบาลรวมทั้งอัตรากำลังของทีมแพทย์ฉุกเฉิน ที่มีความขาดแคลนในบางกรณีที่เกิดเหตุผู้ประสบอุบัติเหตุพร้อมกันในหลายๆพื้นที่

Respondent 1

“...ศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนจะไม่มีหมอเฉพาะทาง เพราะฉะนั้นในเคสที่จำเป็นต้องใช้หมอเฉพาะทาง ไม่ว่าจะเป็น กระดูก ระบบประสาท ศัลยกรรม เราต้องส่งไปโรงพยาบาลใหญ่ทั้งหมด ในตอนแรกๆทุกเคสต้องมากองอยู่ที่นี่ก่อน แล้วกว่าจะส่งต่อ ก็จะเกิดการเสียเวลา ปัจจุบันก็ให้ผ่านไปเลยไม่ต้องมาโรงพยาบาล ก็จะมีอาจารย์หมอคอยมาประเมิน แต่จะทำการแวะเพื่อประเมินอาการ ที่โรงพยาบาล เนื่องจากมีการขนส่งมา เมื่อทำการปฐมพยาบาลจนอาการคงที่ก็จะส่งตัวต่อไปเลย โรงพยาบาลชุมชนก็จะมีข้อจำกัดเยอะ เอกซเรย์ไม่พร้อม เลือดก็ไม่พร้อม ส่วนมากอุบัติเหตุก็จะกระดูกหัก ในตอนแรกหมอลงมาดูแล้ว ก็ทำการส่งต่อไปเอกซเรย์ คนไข้ก็ต้องรอคิวเอกซเรย์ เนื่องจากมีเครื่องเดียว คนจัดคิวก็ไม่ทราบเพราะไม่ได้ผ่านการอบรม บางทีเอกซเรย์ที่ไม่สำคัญ คนไข้ที่ฉุกเฉินจริง ๆก็ทำให้เกิด

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ปัจจุบัน ได้ทำการเปลี่ยนระบบให้พยาบาลเป็นคนสั่งการเอง ทำการกระจายพยาบาลที่อยู่ ER ลงทุกจุดประสานการทำงานเยอะไม่ต่ำกว่า5ปี...”

ซึ่งในการแก้ไขเบื้องต้นจะเป็นความช่วยเหลือจากมูลนิธิที่อยู่ใกล้เคียงที่เกิดเหตุเป็นหน่วยปฐมพยาบาลหน่วยแรกที่เข้าไปให้ความช่วยเหลือ ตัวอย่างเช่น มูลนิธิอินทราตั้งอยู่บริเวณเส้นทางระหว่างเชียงใหม่และเชียงราย ในพื้นที่อำเภอดอยสะเก็ด ที่เป็นมูลนิธิที่จะเข้าไปถึงที่เกิดเหตุและทำการปฐมพยาบาลเป็นทีมแรก เนื่องจากระยะทางจากโรงพยาบาลดอยสะเก็ดจนถึงพื้นที่ที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งต้องใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 40 นาที ขึ้นไป ดังนั้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในรูปแบบเคลื่อนที่ช่วยในการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุได้รวดเร็วขึ้นในกรณีที่มีข้อจำกัดของการใช้ระยะเวลาในการเดินทางของทีมแพทย์ฉุกเฉิน

Respondent 4 “...จากครั้งแรกเรามีการซ้อมแผน ของเราทุกปี และมีการขอความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย ในช่วงแรกห้องฉุกเฉินอยู่ในจุดเดิมค่อนข้างคับแคบ ไม่มีการแบ่งโซนเจ้าหน้าที่ไม่รู้ว่าต้องทำอะไรบ้าง หลังจากนั้นต่อมาก็มีการซ้อมแผน ว่าทุกคนมีหน้าที่ทำอะไร ส่วนใหญ่จะเกิดนอกเวลาราชการ ซึ่งกำลังพลเราค่อนข้างน้อย จะมีการกำหนดว่าหน้าที่ของตนต้องทำอะไร จะมีการโทรหาบุคคลกรตามลำดับความเหมาะสม ทั้งฝ่ายบริหาร ดูแลทรัพย์สินของคนไข้การแจ้งเหตุจะโทรผ่านศูนย์ ในตอนแรกเราไม่มีกู้ภัยในพื้นที่ หลวงพ่อก็ได้ตั้งศูนย์วัดพระบาท เห็นมีอุบัติเหตุเยอะ มูลนิธิอินทรา ตั้งอยู่ด้านบน คือระยะเวลาในตอนแรกเราต้องใช้เวลาไปจุดเกิดเหตุค่อนข้างนานประมาณ 40 นาที แต่มีการตั้งมูลนิธิขึ้นด้านบนถ้าเกิด อุบัติเหตุ ก็สามารถไปถึงที่เกิดเหตุได้อย่างรวดเร็ว โดยได้รับข่าวจาก1669 ถ้าเหตุอุบัติเหตุใหญ่ ก็ จะ ทำการประสานกับหน่วยต่างๆโดย ไปประเมินเขตพื้นที่ก่อน ถ้าเป็นอุบัติเหตุใหญ่ เช่น รถทัวร์ หรือรถโดยสารก็จะส่งทีมขึ้นไปช่วยเหลือ เพราะมาการสแตนด์บาย1669อยู่แล้วตอนแรกเราส่งไปหนึ่งทีม...”

Respondent 2: “...เมื่อครั้งพิงค์แจ้งเหตุมา เมื่อเรารับเหตุจาก 1669 เราจะคัดกรองก่อนเป็น ถ้าเป็นสีแดงเราจะเข้าใกล้ที่สุด ถ้าเป็นคนไข้ที่รอได้ ก็จะทำให้รอส่งไปสวนดอกบ้านนครพิงค์บ้าง มาที่นี้บ้างแต่น้อย บางเคสก็มาอนามัยเอง ส่วนมากที่เรียกรถคือช่วยเหลือตัวเองไม่ค่อยได้ จะเป็น

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

การแบ่งเขต วันที่เฉพาะ 1669 ก็ไปสามเคส แล้วแต่วัน ช่วงเทศกาล ก็จะไปโรงพยาบาล เวิร์กจะมีสองทีม 1669 ทีมรับส่งผู้ป่วยอีก 1 ทีม จะคอยรับส่งผู้ป่วย แบบคนไข้ติดเตียง จะมีการนัดล่วงหน้า ทางทีมงานก็จะไปส่งและไปรับจากโรงพยาบาล รพ.สต. ส่งกฎกระทรวงสาธารณสุข ส่วนมากจะเป็นท้องถิ่น แยกเป็นโซนๆไป ไม่มีรถ 1669 ไปส่ง รพ.สต. การแพทย์ฉุกเฉินก็ให้เทศบาลสามารถจัดตั้งได้ ก็มีการเตรียมรถ คน อุปกรณ์ ที่ได้รับการอบรม FR ให้นักวิ่งไปประเมิน...”

การให้บริการทางการแพทย์เมื่อถึงโรงพยาบาล (Hospital setting) คือการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประสบเหตุต่อจากการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ โดยกระบวนการปฏิบัติในขั้นตอนแรกคือการประเมินอาการของผู้ป่วยฉุกเฉินและทำการคัดแยกออกเป็น 5 สีตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยฉุกเฉิน ดังนี้

Respondent 2 “...โดยระบบของสพฉ.กำหนดให้การแยกใช้ระบบ (ESI) emergency security index ในการแยกเป็น 5 ระดับ ใช้ระบบเดียวกัน แต่ว่าแล้วแต่ที่ยกตัวอย่างเช่น มหาราชก็ไม่ได้ใช้ระบบนี้ มหาราชเป็นของกระทรวงศึกษาก็เป็นอีกแบบนึง แยกออกมาก็คล้ายๆกัน...”

ตารางที่ 2-2

การคัด	สี	ประเภท	ระยะเวลาในการรอการรักษา	แ ย ก
	แดง/(น้ำเงิน)	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต	ทันที	
	ชมพู	ผู้ป่วยฉุกเฉินกึ่งวิกฤต	ไม่เกิน 10 นาที	
	เหลือง	ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน	ไม่เกิน 30 นาที	
	เขียว	ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน	ไม่เกิน 60 นาที	
	ขาว	ผู้ป่วยโรคทั่วไป	ไม่เกิน 120 นาที	

ออกเป็น 5 สีตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยฉุกเฉิน

หมายเหตุ: สีแดง (ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต) โดยระบบ Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) สีน้ำเงิน (ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต) โดยระบบ Emergency Security Index (ESI)

อย่างไรก็ตามในการประเมินอาการและคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยฉุกเฉินภายในโรงพยาบาลนั้นจะต้องรวมไปถึงผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอยู่ในโรงพยาบาลทั้งหมดด้วย ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินขั้นวิกฤต (สีแดง/น้ำเงิน) จากจุดเกิดเหตุอาจจะไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉินขั้นวิกฤตเมื่อถูกนำส่งมาถึงที่โรงพยาบาลแล้ว ซึ่งในกรณีนี้ทางทีมแพทย์จะทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้ผู้ป่วยอยู่อาการคงที่เพื่อรอรับการรักษาต่อไปตามลำดับ ในส่วนของอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินทั่วไปยังอยู่ในระดับที่เพียงพอต่อความต้องการแต่ยังขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางที่จะมาอยู่ประจำ เช่น แพทย์ด้านกระดูก และศัลยกรรม เป็นต้น ในบางกรณีที่เคสของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงเกินขีดความสามารถในการรองรับของทีมแพทย์ในโรงพยาบาลแรกที่ส่งไปทางทีมแพทย์ก็จะทำการรักษาอาการของผู้ป่วยนั้นให้อยู่ระดับคงที่และจึงทำการย้ายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อมทางด้านเครื่องมือแพทย์และทีมแพทย์ที่ชำนาญการกว่าเพื่อทำการรักษาต่อไป

ในส่วนของทีมแพทย์ที่ให้บริการในห้องฉุกเฉินจะมีการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอต่อรอบเวรปฏิบัติงานเป็นเวลา 8 ชั่วโมง ในแต่ละรอบเวร ซึ่งมีรอบเวรเช้า บ่ายและดึก รอบเวรเช้า แพทย์จะสลับหมุนเวียนกันมาอยู่ รอบเวรบ่ายจะเป็นแพทย์ฝึกหัด (intern) 1 คน และพนักงาน 1 คน รอบเวรดึกจะเป็นแพทย์ฝึกหัด (intern) 1 คน และพนักงาน 1 คน หรือ แพทย์พี่เลี้ยง 1 คน และแพทย์ฝึกหัด (intern) 1 คน อย่างไรก็ตามการจัดอัตรากำลังทีมแพทย์ฉุกเฉินนั้นจะเป็นไปตามรูปภาวะเทียบของแต่ละโรงพยาบาล

นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของทั้งสองส่วนของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ การให้บริการทางการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre Hospital Care) และ การให้บริการทางการแพทย์เมื่อถึงโรงพยาบาล (Hospital setting) ได้พบข้อจำกัดในเรื่องของการสื่อสารกับผู้ประสบเหตุชาวต่างชาติที่ไม่สามารถสื่อสารเป็นภาษาอังกฤษได้ โดยเฉพาะชาวจีน ซึ่งข้อจำกัดในด้านนี้ส่งผลต่อการให้บริการรักษาของแพทย์ในเรื่องของความรู้สึกไม่ปลอดภัย และ ความไม่มั่นใจในการให้การรักษา ซึ่งในบางครั้งต้องการล่ามมาเป็นผู้สื่อสารให้กับทีมแพทย์ แต่ล่ามส่วนใหญ่ที่มาให้บริการจะเป็นในลักษณะของอาสาสมัครไม่ได้เป็นล่ามที่ทำหน้าที่ประจำจึงทำให้ไม่สามารถใช้บริการในการแปลภาษาได้ทุกครั้งที่ต้องการความช่วยเหลือ

Respondent 1 “...กรณีนักท่องเที่ยวที่เข้ามาที่เป็นคนต่างชาติเกิดเป็นเคส กรณีที่เยอะมากมีอุปสรรคทางด้านภาษาหรือเปล่า – ถ้าพูดภาษาอังกฤษได้ก็ไม่มี

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ปัญหา แต่พอเป็นเงินหรืออะไรก็จะยากแล้วก็ต้องติดต่อทางกงสุล เรื่องล่ามแต่ก็ไม่ได้สะดวกเพราะล่ามเงินก็เป็นล่ามอาสาที่จะเข้า...”

Emergency Claim Online (EMCO) คือ สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยฉุกเฉินที่สามารถเบิกได้โดยตรง จากการเก็บข้อมูลในงานวิจัยพบว่า ระบบ EMCO นั้นไม่ได้มีผลต่อการเพิ่มหรือลดลงของจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินในกลุ่มนักท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่ แต่หากพิจารณาในรูปแบบของการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของกลุ่มนักท่องเที่ยวที่เกิดอุบัติเหตุในจังหวัดเชียงใหม่ส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปแบบของ ประกันสุขภาพและอุบัติเหตุต่างๆ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าเกือบทุกโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่จะมีปัญหาในเรื่องของการค้างชำระค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ กล่าวคือผู้ป่วยฉุกเฉินไม่มีประกันอุบัติเหตุและอยู่ในชั้นฉุกเฉินวิกฤตทางแพทย์ก็ต้องการช่วยเหลือเพื่อรักษาชีวิตไว้ก่อน ค่ารักษาพยาบาลก็จะเป็นในรูปแบบของยอดค้างชำระ และหลังจากการรักษาพยาบาลแล้วก็ไม่มีข้อมูลยืนยันในการเรียกเก็บเงินค้างชำระ ซึ่งในกรณีจะเกิดขึ้นเมื่อเอกสารหรือสิ่งที่ระบุตัวตนของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นสูญหายในที่เกิดเหตุ

Respondent 5 “...จริง ๆ กระทรวงาก็พยายามจะให้เกิดระบบประกันแต่ไม่รู้ถึงไหนแล้ว ก็ให้ทำตั้งแต่ต้นทางเพราะโรงพยาบาลรัฐเสียเงินเยอะมาก - ของประเทศไทย อย่างของเชียงใหม่ก็มีพวกแรงงานต่างชาติพยายามจะขายประกันให้ถูกมาก ขายประมาณห้าร้อย คือแค่ให้เขาจ่ายบ้าง อย่างคนต่างด้าวซื้อประกันได้แต่เป็นประกันสมัครใจก็ช่วยแต่ก็ไม่เยอะ... แล้วแต่ไม่แน่นอน แต่ว่าจริง ๆ แล้วมีแต่ยุ่งกับยุ่งมาก สมัยก่อนแค่หมอหนึ่งคนต่อเวรอยู่ได้แล้ว หลักๆ มันเริ่มไม่ได้ไหวตรวจไม่ทันก็เลยต้องเพิ่มเป็นสตาฟหนึ่งอินเทินสอง สมัยก่อนเวรดีก็อยู่คนเดียวก็ได้เคสประมาณ 20 แต่เดี๋ยวนี้อย่างต่ำ 40 มันเปลี่ยนไป สมัยก่อนเคสจะไม่เยอะมากแต่พอมีเรื่องของบัตรทองเข้ามาเริ่มเปลี่ยนเลย ข้อดีคือคนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ดีขึ้น...”

ในการแก้ปัญหาดังกล่าวโรงพยาบาลบางแห่งจะมี ศูนย์ประสานสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยฉุกเฉินชาวต่างชาติเพื่อทำหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกในการประสานสิทธิของการรักษาพยาบาลและให้แก่ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ชาวต่างชาติ และเก็บข้อมูลการใช้สิทธิการรักษา ซึ่งในส่วนของการให้บริการตรงนี้ทำให้ลดจำนวนเงินค้างชำระของโรงพยาบาลได้ในระดับหนึ่ง

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นสามารถสรุปออกมาเป็นประเด็นที่ควรนำมาพิจารณา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการแพทย์ฉุกเฉิน หรือเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการรองรับความต้องการในบางช่วงเวลาของฤดูกาลท่องเที่ยวที่มีนักท่องเที่ยวและประชาชนในพื้นที่ประสบอุบัติเหตุเป็นจำนวนมากได้ดังนี้

1. ช่องทางในการแจ้งเหตุ

ช่องทางในการแจ้งอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เป็นที่ทราบกันทั้งในกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวไทยและชาวต่างชาติ รวมทั้งประชาชนในท้องถิ่นนั้น คือการติดต่อเบอร์ 1669 ซึ่งเป็นช่องทางการติดต่อที่ง่ายและสะดวกที่สุด อย่างไรก็ตามสิ่งที่สำคัญที่สุดที่ผู้รับแจ้งเหตุต้องรับทราบนอกจากระดับอาการของผู้ป่วยฉุกเฉินแล้ว ความรวดเร็วในการส่งทีมแพทย์ไปยังสถานที่เกิดเหตุก็มีความสำคัญมากเช่นกัน ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้หากผู้ที่เป็นผู้โทรแจ้งเหตุไม่ใช่คนในพื้นที่ก็อาจจะให้ข้อมูลของตำแหน่งที่เกิดเหตุผิดพลาดได้ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความล่าช้าในการส่งทีมแพทย์เข้าไปช่วยเหลือ ดังนั้นควรจะมีการพัฒนารูปแบบของการแจ้งเหตุที่สามารถบอกพิกัดของจุดเกิดเหตุได้อย่างชัดเจนและทั่วถึงไปยังเครือข่ายของทีมแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ก็สามารถช่วยให้การเข้าให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นได้รวดเร็วและทันท่วงทีมากขึ้น

2. การให้บริการทีมแพทย์ฉุกเฉิน

ในภาพรวมของการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ นั้นเป็นไปตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) และเป็นให้บริการรักษาพยาบาลโดยไม่มีเงื่อนไข กล่าวคือ ไม่มีการเลือกสัญชาติ หรือ ฐานะทางการเงิน และสิทธิในการรักษา มาเป็นปัจจัยในการรักษาก่อนหรือหลัง แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของจำนวนบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินนั้นมีจำนวนจำกัดและยังขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง และบุคลากรทางการแพทย์ที่มาช่วยในการรักษาพยาบาลของหน่วยแพทย์ฉุกเฉินบางหน้าที่อีกเป็นจำนวนมาก เช่น paramedic เป็นต้น ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์นี้ถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่สุดในการให้การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ดังนั้นอัตรากำลังและความพร้อมของทีมแพทย์ฉุกเฉินควรมีการจัดการที่ดีและส่งเสริมการผลิตบุคลากรทางด้านนี้ให้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

ระบบ Emergency Claim Online (EMCO) คือการ “เบิกตรง” ที่ให้ผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถเข้ารับการรักษาได้เลยโดยไม่ต้องมีเรื่องการเงินมาเป็นอุปสรรคในการเข้ารับการรักษา

Respondent 1 “...ระบบ EMCO เข้าที่ไหนก็ได้ในเจ็ดสิบสองชั่วโมง แต่มีการเข้าที่นี้ก่อนก็จะไม่รับแล้ว แต่ทางโรงพยาบาลจะมีการสอบถามคนไข้ก่อน ถ้าให้ไปส่งก็ไป เพราะระบบ 1669 ไปรับผู้ป่วยเสร็จ ผู้ป่วยสามารถเลือกโรงพยาบาลได้โดยที่โรงพยาบาลนั้นไม่มีสิทธิในการ ปฏิเสธได้ ถ้ามัน

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ไกลจะมีต้นทุนค่าน้ำมัน คุ้มกันจะได้ case ละสามร้อยถึงห้าร้อยบาท บางครั้งไม่ไปเนื่องจากไม่คุ้ม ก็จะมาส่งที่นี้ก่อน และส่งตัวออกไปถ้าโรงพยาบาลเอกชนเค้ามีสิทธิไม่รับ แต่ถ้าเป็นโรงพยาบาลแรกต้องรับตามระเบียบ...”

Respondent 5 “...ตั้งแต่มีระบบ EMCO เข้ามาเคส ไม่ได้เพิ่มขึ้น ไม่ได้เปลี่ยนแปลงอะไร ไม่มีผลกับการบริการเพราะว่าอาการหนักมาก็ต้องรักษาก่อน ทางนี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการเงินเพราะฉะนั้นมาถึงก็ต้องรักษาตามความเร่งด่วนที่ต้องทำ...”

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าในกลุ่มของนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติในจังหวัดเชียงใหม่มีการใช้สิทธิในการรักษาในรูปแบบของประกันสุขภาพและอุบัติเหตุเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งรูปแบบของประกันภัยที่นักท่องเที่ยวทำนั้นจะแตกต่างกันไปตาม รูปแบบกิจกรรมทางการท่องเที่ยวที่ทำในแหล่งท่องเที่ยว และความแตกต่างในรูปแบบพฤติกรรมในการเดินทางท่องเที่ยว เช่น ถ้าเป็นการเดินทางท่องเที่ยวแบบกรุ๊ปทัวร์ก็จะมีการทำประกันแบบหมู่คณะ ถ้าเป็นการเดินทางแบบ Backpacker ก็จะเป็นการทำประกันในแบบส่วนบุคคล ทั้งนี้การครอบคลุมสิทธิในการรักษาพยาบาลก็จะแตกต่างกันไปตามระดับของประกัน นอกจากนี้ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน จะเป็นการใช้สิทธิประกัน พ.ร.บ. เป็นหลัก จากการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยสามารถจำแนกปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของแพทย์ฉุกเฉินดังนี้

1. รูปแบบกิจกรรมทางการท่องเที่ยวมีผลต่อการทำประกันของนักท่องเที่ยว (โดยเฉพาะนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ) คือ ถ้าวัตถุประสงค์ในการเดินทางมาท่องเที่ยวเพื่อทำกิจกรรมที่เป็นในรูปแบบของการผจญภัย หรือ กิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงและอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต นักท่องเที่ยวส่วนใหญ่ก็จะทำประกันอุบัติเหตุมาด้วยก่อนการเดินทางมายังแหล่งท่องเที่ยว

2. ประเภทของประกันภัยและประกันสุขภาพ ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญเวลาที่นักท่องเที่ยวประสบอุบัติเหตุและจำเป็นต้องเข้ารับรักษาพยาบาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ที่เกิดกับตัวผู้ป่วยฉุกเฉินในเรื่องของสิทธิที่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้โดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ในขณะที่เดียวกันทางโรงพยาบาลที่ให้การรักษาก็ไม่ต้องมีบัญชีค้างชำระจากกรณีการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินเช่นกัน แต่ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับประเภทของประกันที่นักท่องเที่ยวได้ทำมาว่าครอบคลุมการรักษาพยาบาลและอุบัติเหตุในระดับใดบ้าง

3. การเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินในระบบเก็บข้อมูลสิทธิในการรักษาในส่วนนี้จะ เป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลในการตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วยฉุกเฉินที่อาจเคยมีประวัติในการ รักษาพยาบาลมาก่อนทั้งนี้เพื่อเป็นการตรวจสอบสิทธิทางการรักษาพยาบาลอีกทางหนึ่งด้วย

หมายเหตุ: Respondent 1: โรงพยาบาลนครพิงค์
Respondent 2: โรงพยาบาลมหาราช
Respondent 3: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสุเทพ
Respondent 4: โรงพยาบาลดอยสะเก็ด
Respondent 5: โรงพยาบาลสันกำแพง

4.2 ผลการวิเคราะห์ความต้องการของนักท่องเที่ยวต่างชาติที่มีต่อการให้บริการ แพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่

4.2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การสำรวจครั้งนี้เป็นการสำรวจในเขตอำเภอเมืองและนอกเขตอำเภอเมือง โดยแบ่งกลุ่ม นักท่องเที่ยวที่ใช้ภาษาอังกฤษในเขตอำเภอเมืองจำนวน 119 คนหรือร้อยละ 28.82 ใช้ภาษาอังกฤษ นอกเขตอำเภอเมืองจำนวน 121 คนหรือร้อยละ 30.33 ใช้ภาษาจีนในเขตเมืองจำนวน 80 คนหรือ ร้อยละ 20.05 และใช้ภาษาจีนนอกเขตอำเภอเมืองจำนวน 79 หรือร้อยละ 19.8

ตารางที่ 4-2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	189	48.09
หญิง	203	51.65
อื่นๆ	1	0.25
รวม	393	100
อายุ		
น้อยกว่า 20	68	17.09
21-30	192	48.24
31-40	102	25.63
41-50	19	4.77

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
51-60	8	2.01
มากกว่า 60	9	2.26
รวม	398	100
ระยะเวลาอยู่ในไทย		
น้อยกว่า 7 วัน	122	30.89
7-14 วัน	105	26.58
15-21 วัน	57	14.43
22-28 วัน	7	1.77
29-35 วัน	55	13.92
มากกว่า 35 วัน	49	12.41
รวม	395	100
ระยะเวลาอยู่ในเชียงใหม่		
น้อยกว่า 3 วัน	67	16.88
4-7 วัน	150	37.78
8-14 วัน	76	19.14
15-21 วัน	46	11.59
22-28 วัน	4	1.01
มากกว่า 28 วัน	54	13.6
รวม	397	100
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	11	2.78
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	3.29
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	121	30.63
ปวส./อนุปริญญา	36	9.11
ปริญญาตรี	156	39.49
สูงกว่าปริญญาตรี	43	10.89
อื่นๆ	15	3.8
รวม	395	100
อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพหรือว่างงาน (นักเรียน นักศึกษา แม่บ้าน ผู้เกษียณอายุ)	229	57.39

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
งานเกี่ยวกับใช้ทักษะฝีมือ (ช่างไฟฟ้า ช่างไม้ ช่างเสริมสวย)	19	4.76
เกษตรกรกรรม (เกษตรกร เลี้ยงสัตว์ ทำนา ประมง)	15	3.76
พนักงานออฟฟิศหรือพนักงานขาย (นักบัญชี พนักงานธนาคาร เลขานุการ)	55	13.78
เจ้าของกิจการและผู้บริการ (ธุรกิจส่วนตัว ผู้บริการ นักธุรกิจ)	24	6.02
งานตามสาขาวิชาชีพ (แพทย์ ทันตแพทย์ นักกฎหมาย วิศวกร สถาปนิก)	26	6.52
อื่นๆ	31	7.77
รวม	399	100
รายได้		
น้อยกว่า 20000 บาท	60	41.96
20001-40000 บาท	19	13.29
40000-60000 บาท	21	14.69
60000-100000 บาท	20	13.99
มากกว่า 100000 บาท	23	16.08
รวม	143	100
ภูมิลำเนา		
จีน	146	36.96
ญี่ปุ่น	15	3.8
ยุโรป	42	10.63
อเมริกา	100	25.32
ออสเตรเลีย	8	2.03
ประเทศในกลุ่มอาเซียน	64	16.2
อื่นๆ	20	5.06
รวม	395	100

จากตารางที่ 4-2 งานวิจัยครั้งนี้เก็บตัวอย่างจำนวน 399 คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่าเป็นเพศชายจำนวน 189 คน เพศหญิงจำนวน 203 คน มี 1 คนที่ตอบว่าไม่ใช่ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อีกทั้งมีอีก 5 คนที่ไม่ตอบว่าเพศอะไร และอีก 1 คนที่ไม่ตอบข้อมูลทั่วไป อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 21-30 ปี (ร้อยละ 48) รองลงมาคือช่วงอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 26) รองลงมาคือช่วงอายุน้อยกว่า 20 จำนวน 68 (ร้อยละ 17) ระยะเวลาที่อยู่ในไทยโดยส่วนใหญ่อยู่น้อยกว่า 7 วัน จำนวน 122 คน (ร้อยละ 31) รองลงมาคือ 7-14 วัน จำนวน 105 คน (ร้อยละ

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

27) และรองลงมาคือ 15-21 วัน จำนวน 57 คน (ร้อยละ 14) ส่วนระยะเวลาที่อยู่ในเชียงใหม่ นั้นส่วนใหญ่อยู่ที่ 4-7 วัน จำนวน 150 คน (ร้อยละ 38) รองลงมาคือ 8-14 วัน จำนวน 76 คน (ร้อยละ 19) รองลงมาคือน้อยกว่า 3 วัน จำนวน 67 คน (ร้อยละ 17) ระดับการศึกษาของนักท่องเที่ยวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับปริญญาตรีจำนวน 156 คน (ร้อยละ 39) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 121 คน (ร้อยละ 31) รองลงมาคือระดับสูงกว่าปริญญาตรีจำนวน 43 คน (ร้อยละ 11) อาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือไม่ประกอบอาชีพหรือว่างงาน (นักเรียน นักศึกษา แม่บ้านผู้เกษียณอายุ) จำนวน 229 คน (ร้อยละ 57) รองลงมาคือ พนักงานออฟฟิศหรือพนักงานขาย (นักบัญชี พนักงานธนาคาร เลขานุการ) จำนวน 55 คน (ร้อยละ 14) รองลงมาคืออาชีพอื่นๆ จำนวน 31 คน (ร้อยละ 8) รายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ที่ น้อยกว่า 20000 บาท จำนวน 60 คน (ร้อยละ 42) รองลงมาคือ มากกว่า 100000 บาท จำนวน 23 คน (ร้อยละ 16) รองลงมาคือ 60000-100000 บาท จำนวน 20 คน (ร้อยละ 14) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ที่ประเทศจีน จำนวน 146 คน (ร้อยละ 37) รองลงมาคืออเมริกาจำนวน 100 คน (ร้อยละ 25) รองลงมาคือยุโรปจำนวน 42 คน (ร้อยละ 11)

4.2.2 พฤติกรรมการซื้อประกันของนักท่องเที่ยวต่างชาติ

ตารางที่ 4-3 การซื้อประกันของนักท่องเที่ยวกลุ่มตัวอย่าง

การซื้อประกัน	จำนวน	ร้อยละ
ซื้อ	240	60.15
ซื้อโดยไม่ได้ระบุ	44	18.33
ซื้อประกันสุขภาพ	92	38.33
ซื้อประกันอุบัติเหตุ	35	14.58
ซื้อประกันเดินทางต่างประเทศ	42	17.5
ซื้อประกันสุขภาพอุบัติเหตุรายบุคคล	17	7.08
ซื้อประกันสุขภาพอุบัติเหตุรายกลุ่ม	10	4.17
ไม่ซื้อ	159	39.85
รวม	399	100

จากตารางที่ 4-3 นักท่องเที่ยวกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนการซื้อประกันภัยการท่องเที่ยวจำนวน 240 คน (ร้อยละ 60) และไม่ซื้อประกันการท่องเที่ยวจำนวน 159 คน (ร้อยละ 40) ในกลุ่มที่ซื้อประกันการท่องเที่ยวโดยส่วนใหญ่เป็นการซื้อประกันสุขภาพจำนวน 92 คน (ร้อยละ 38) รองลงมาคือ ไม่ได้ระบุว่าซื้อประกันประเภทไหนจำนวน 44 คน (ร้อยละ 18) รองลงมาคือ

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

การซื้อประกันเดินทางต่างประเทศจำนวน 42 คน (ร้อยละ 17.5) รองลงมาคือการซื้อประกันอุบัติเหตุจำนวน 35 คน (ร้อยละ 15) รองลงมาคือการซื้อประกันสุขภาพอุบัติเหตุรายบุคคลจำนวน 17 คน (ร้อยละ 7) และน้อยที่สุดคือซื้อประกันสุขภาพอุบัติเหตุรายกลุ่มจำนวน 10 คน (ร้อยละ 4)

ตารางที่ 4-4 จำนวนการซื้อประกันจำแนกตามเพศ

รายการ	จำนวน		ร้อยละ	
	ซื้อประกัน	ไม่ซื้อประกัน	ซื้อประกัน	ไม่ซื้อประกัน
ชาย	102	87	53.97%	46.03%
หญิง	132	71	65.02%	34.98%
รวม	234	158	59.69%	40.31%

Pearson chi2(2) = 6.4422 Pr = 0.040

จากตารางที่ 4-4 นักท่องเที่ยวกลุ่มตัวอย่างเพศชายมีจำนวนการซื้อประกันจำนวน 102 คน (ร้อยละ 54) และไม่ซื้อประกันจำนวน 87 คน (ร้อยละ 46) นักท่องเที่ยวกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีจำนวนการซื้อประกันจำนวน 132 คน (ร้อยละ 65) และไม่ซื้อประกันจำนวน 71 คน (ร้อยละ 35) โดยจากการวิเคราะห์ chi-square พบว่าการซื้อประกันของเพศชายและหญิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่น 95%

ตารางที่ 4-5 จำนวนการซื้อประกันจำแนกตามอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน		ร้อยละ	
	ซื้อประกัน	ไม่ซื้อประกัน	ซื้อประกัน	ไม่ซื้อประกัน
น้อยกว่า 20	36	32	52.94	47.06
21-30	108	84	56.25	43.75
31-40	69	33	67.65	32.35
41-50	13	6	68.42	31.58
51-60	6	2	75	25
มากกว่า 60	8	1	88.89	11.11
Total	240	158	60.3	39.7

Pearson chi2(5) = 9.4722 Pr = 0.092

จากตารางที่ 4-5 อายุนักท่องเที่ยวกลุ่มตัวอย่างที่ซื้อประกันภัยการท่องเที่ยวโดยส่วนมากอยู่ที่ช่วงอายุ 21-30 จำนวน 108 คน รองลงมาคือช่วงอายุ 31-40 จำนวน 69 คน ช่วงอายุที่มีจำนวนการซื้อประกันน้อยที่สุดคือช่วงอายุมากกว่า 50 ปี อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากค่า

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ร้อยละพบว่า กลุ่มคนที่อายุมากมีแนวโน้มซื้อประกันมากกว่ากลุ่มคนอายุน้อย เมื่อวิเคราะห์ว่ากลุ่มคนอายุแตกต่างกันซื้อประกันแตกต่างกันหรือไม่พบว่าแตกต่างกันแต่ที่ระดับความเชื่อมั่น 90% เท่านั้น

ตารางที่ 4-6 จำนวนการซื้อประกันจำแนกตามสัญชาติ

สัญชาติ	จำนวน		ร้อยละ	
	ซื้อประกัน	ไม่ซื้อประกัน	ซื้อประกัน	ไม่ซื้อประกัน
1.จีน	126	20	86.30%	13.70%
2.ญี่ปุ่น	11	4	73.33%	26.67%
3.ยุโรป	32	10	76.19%	23.81%
4.อเมริกา	40	60	40.00%	60.00%
5.ออสเตรเลีย	5	3	62.50%	37.50%
6.ประเทศในกลุ่มอาเซียน	10	54	15.63%	84.38%
7. อื่นๆ ระบุ	14	6	70.00%	30.00%
รวม	238	157	60.25%	39.75%

Pearson $\chi^2(6) = 118.0535$ Pr = 0.000

จากตารางที่ 4-6 สัญชาติที่มีการซื้อประกันมากที่สุดคือสัญชาติจีนจำนวน 126 คน (ร้อยละ 86) รองลงมาคือสัญชาติยุโรปจำนวน 40 คน (ร้อยละ 76) รองลงมาคือสัญชาติญี่ปุ่นจำนวน 11 คน (ร้อยละ 73) รองลงมาคือสัญชาติ อื่นๆ ออสเตรเลียอเมริกา และ ประเทศในกลุ่มอาเซียน ตามลำดับและสัญชาติที่ไม่ซื้อประกันมากที่สุดคือประเทศในกลุ่มอาเซียนจำนวน 54 คน (ร้อยละ 84) รองลงมาคือสัญชาติอเมริกาจำนวน 60 คน (ร้อยละ 60) รองลงมาคือสัญชาติออสเตรเลียจำนวน 3 คน (ร้อยละ 38) รองลงมาคือสัญชาติ อื่นๆ ญี่ปุ่น ยุโรป และ จีน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่านักท่องเที่ยวที่มีสัญชาติที่แตกต่างกันมีการซื้อประกันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่น 95%

ตารางที่ 4-7 จำนวนการซื้อประกันจำแนกตามลักษณะการเดินทาง

ลักษณะการเดินทาง	จำนวน		ร้อยละ	
	ซื้อประกัน	ไม่ซื้อประกัน	ซื้อประกัน	ไม่ซื้อประกัน
การท่องเที่ยวแบบหมู่คณะ เช่น กรุ๊ปเหมาและกรุ๊ปจัด	35	0	100	0
การท่องเที่ยวแบบอิสระคนเดียว	101	112	47.42	52.58

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ลักษณะการเดินทาง	จำนวน		ร้อยละ	
	ซื้อประกัน	ไม่ซื้อประกัน	ซื้อประกัน	ไม่ซื้อประกัน
การท่องเที่ยวแบบอิสระแบบคู่	60	18	76.92	23.08
การท่องเที่ยวแบบอิสระมาเป็นกลุ่ม (มากกว่า 2 คน)	39	29	57.35	42.65
รวม	235	159	59.64	40.36

Pearson chi2(3) = 46.7330 Pr = 0.000

จากตารางที่ 4-7 พบว่าลักษณะเดินทางมาท่องเที่ยวมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจซื้อประกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 99% โดยนักท่องเที่ยวที่เดินทางเป็นหมู่คณะซื้อประกันทั้งหมด ในขณะที่ผู้ที่เดินทางท่องเที่ยวคนเดียวแบบอิสระซื้อประกันเพียงครึ่งเดียวเท่านั้น แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าถ้าเดินทางมาคนเดียวสองคนมีการซื้อประกันมากขึ้น และมากกว่าการมาท่องเที่ยวมากกว่า 2 คน

ตารางที่ 4-8 สวัสดิการสุขภาพหรือการทำประกันสุขภาพในภูมิลำเนาตัวเองของกลุ่มนักท่องเที่ยวตัวอย่าง

สวัสดิการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. ประกันสังคม	134	33.84
2. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	52	13.13
3. ชำระเอง	45	11.36
4. สวัสดิการ รัฐบาล	165	41.67
รวม	396	

จากตารางที่ 4-8 นักท่องเที่ยวกลุ่มตัวอย่างมีสวัสดิการสุขภาพหรือการทำประกันสุขภาพในภูมิลำเนาตัวเองโดยส่วนใหญ่คือ สวัสดิการ รัฐบาลจำนวน 165 คน (ร้อยละ 42) รองลงมาคือ ประกันสังคมจำนวน 134 คน (ร้อยละ 34) รองลงมาคือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 52 คน (ร้อยละ 13) และน้อยที่สุดคือ ชำระเองจำนวน 45 คน (ร้อยละ 11)

4.2.3 พฤติกรรมของนักท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่

ตารางที่ 4-9 วัตถุประสงค์ของการมาท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่

วัตถุประสงค์ของการมาท่องเที่ยว	ลำดับที่		
	1	2	3
การท่องเที่ยวเพื่อพักผ่อนในวันหยุด	330	27	12
การท่องเที่ยวเพื่อวัฒนธรรมและศาสนา	11	165	53

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

วัตถุประสงค์ของการมาท่องเที่ยว	ลำดับที่		
	1	2	3
การท่องเที่ยวเพื่อการศึกษา	10	49	158
การท่องเที่ยวเพื่อการกีฬาและบันเทิง	22	67	65
การท่องเที่ยวเพื่อประวัติศาสตร์และความสนใจพิเศษ	8	33	18
การท่องเที่ยวเพื่อเยี่ยมญาติมิตร	6	38	17
การท่องเที่ยวเพื่อธุรกิจ	1	8	17
การท่องเที่ยวเพื่อประชุมสัมมนา	1	4	3
การท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ	1	2	24
การท่องเที่ยวสัมผัสชาติพันธุ์และวัฒนธรรมพื้นถิ่น	1	2	7
การท่องเที่ยวแบบพำนักรยาว	8	2	23
รวม	399	397	397

จากตารางที่ 4-9 กลุ่มตัวอย่างมาท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อพักผ่อนในวันหยุดมากที่สุดจำนวน 330 คนซึ่งมากถึงร้อยละ 83 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ในส่วนวัตถุประสงค์ของการท่องเที่ยวที่สำคัญลำดับถัดมา คือ เพื่อการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมและศาสนา และการท่องเที่ยวเพื่อการศึกษา ตามลำดับ

ตารางที่ 4-10 ลักษณะของการเดินทางมาท่องเที่ยว

ลักษณะการเดินทาง	จำนวน	ร้อยละ
การท่องเที่ยวแบบหมู่คณะ เช่น กรุ๊ปเหมาและกรุ๊ปจัด	35	9%
การท่องเที่ยวแบบอิสระคนเดียว	213	54%
การท่องเที่ยวแบบอิสระแบบคู่	78	20%
การท่องเที่ยวแบบอิสระมาเป็นกลุ่ม (มากกว่า 2 คน)	68	17%
รวม	394	

จากตารางที่ 4-10 ลักษณะของการมาท่องเที่ยวโดยส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างคือการท่องเที่ยวแบบอิสระคนเดียวจำนวน 213 คน (ร้อยละ 54) รองลงมาคือการท่องเที่ยวแบบอิสระแบบคู่จำนวน 78 คน (ร้อยละ 20) รองลงมาคือการท่องเที่ยวแบบอิสระมาเป็นกลุ่ม (มากกว่า 2 คน) จำนวน 68 คน (ร้อยละ 17) และลักษณะของการมาท่องเที่ยวน้อยที่สุด คือ การท่องเที่ยวแบบหมู่คณะ เช่น กรุ๊ปเหมาและกรุ๊ปจัดจำนวน 35 คน (ร้อยละ 9)

ตารางที่ 4-11 องค์ประกอบของทรัพยากรท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่ที่ทำให้ท่านตัดสินใจเดินทางมาท่องเที่ยว

องค์ประกอบ

ลำดับที่

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

	1	2	3
ทรัพยากรท่องเที่ยวที่มีสิ่งดึงดูดใจ	221	35	58
ทรัพยากรท่องเที่ยวที่มีเส้นทางการเข้าถึง	18	123	60
ทรัพยากรท่องเที่ยวที่มีสิ่งอำนวยความสะดวก	13	40	118
การมีที่พักที่เพียงพอและหลากหลายสำหรับนักท่องเที่ยว	9	19	34
การมีกิจกรรมต่างๆที่น่าสนใจ	57	129	54
การมีระบบการให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นมาตรฐาน	5	23	25
ความรู้สึกลดภัยในชีวิตและทรัพย์สินที่ได้มาเที่ยว	76	29	49
รวม	399	398	398

จากตารางที่ 4-11 องค์ประกอบของทรัพยากรท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่ที่กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจมาท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่คือ ทรัพยากรท่องเที่ยวที่มีสิ่งดึงดูดใจมากที่สุดจำนวน 221 คนซึ่งมากถึงร้อยละ 55 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ในส่วนขององค์ประกอบของทรัพยากรท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่ที่ทำให้ให้นักท่องเที่ยวกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเดินทางมาท่องเที่ยวลำดับถัดมา คือการมีกิจกรรมต่างๆที่น่าสนใจและ ทรัพยากรท่องเที่ยวที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกตามลำดับ

ตารางที่ 4-12 รูปแบบของการเป็นนักท่องเที่ยว

รูปแบบการของการเป็นนักท่องเที่ยว	จำนวน	ร้อยละ
นักท่องเที่ยวแบบนันทนาการ	37	10%
นักท่องเที่ยวแบบปลื้กตัวหาความเพลิดเพลิน	92	24%
นักท่องเที่ยวมุ่งหาประสบการณ์	47	12%
นักท่องเที่ยวแบบชอบทดลอง	40	10%
นักท่องเที่ยวที่ใช้ชีวิตแบบคนท้องถิ่น	92	24%
นักท่องเที่ยวแบบประหยัด	26	7%
นักท่องเที่ยวชอบผจญภัย	22	6%
นักท่องเที่ยวประเภทเดินทางระหว่างวันหยุด	27	7%
นักท่องเที่ยวแบบชอบเดินทางโดยใช้ระยะเวลาเดินทางยาวนาน	0	0%
รวม	383	

จากตารางที่ 4-12 รูปแบบของนักท่องเที่ยวส่วนใหญ่คือ นักท่องเที่ยวแบบปลื้กตัวหาความเพลิดเพลิน และ นักท่องเที่ยวที่ใช้ชีวิตแบบคนท้องถิ่นจำนวน 92 คน (ร้อยละ 24) รองลงมาคือ นักท่องเที่ยวมุ่งหาประสบการณ์จำนวน 47 คน (ร้อยละ 12) รองลงมาคือ นักท่องเที่ยวแบบนันทนาการและ นักท่องเที่ยวแบบชอบทดลอง จำนวน 37 คน (ร้อยละ 10) รองลงมาคือนักท่องเที่ยว

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ประเภทเดินทางระหว่างวันหยุด จำนวน 27 (ร้อยละ 7) รองลงมาคือ นักท่องเที่ยวแบบประหยัด จำนวน 26 คน (ร้อยละ 7) รองลงมาคือ นักท่องเที่ยวชอบผจญภัยจำนวน 22 คน (ร้อยละ 6) และไม่มีนักท่องเที่ยวในกลุ่มตัวอย่างที่เดินทางมาท่องเที่ยวในรูปแบบของนักท่องเที่ยวแบบชอบเดินทางโดยใช้ระยะเวลาเดินทางยาวนาน

ตารางที่ 4-13 แหล่งข้อมูลการเดินทางมาท่องเที่ยว

แหล่งข้อมูล	ลำดับที่		
	1	2	3
1.เว็บไซต์	257	57	46
2.เพื่อน/บุคคลในครอบครัว	112	126	63
3.หนังสือท่องเที่ยว/นิตยสาร	18	109	156
4.โทรศัพท์ /วิทยุ	6	38	9
5.Social Network	6	66	119
รวม	399	396	393

จากตารางที่ 4-13 นักท่องเที่ยวเดินทางมาเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่จากแหล่งข้อมูลทางด้านเว็บไซต์มากที่สุดจำนวน 257 คน ซึ่งมากถึงร้อยละ 64 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ในส่วนของแหล่งข้อมูลการเดินทางมาท่องเที่ยวที่สำคัญลำดับถัดมาคือ เพื่อน/บุคคลในครอบครัว และ หนังสือท่องเที่ยว/นิตยสาร ตามลำดับ

ตารางที่ 4-14 ชั่วโมงการใช้อินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์

ชั่วโมงการใช้อินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 5 ชั่วโมง	55	14.25
6-10 ชั่วโมง	78	20.21
11-15 ชั่วโมง	58	15.03
16-20 ชั่วโมง	53	13.73
21-30 ชั่วโมง	44	11.4
31-40 ชั่วโมง	30	7.77
41-50 ชั่วโมง	26	6.74
มากกว่า 50 ชั่วโมง	42	10.88
Total	386	100

จากตารางที่ 4-14ความถี่ในการใช้งานอินเทอร์เน็ตของนักท่องเที่ยวกกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่คือ 6-10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จำนวน 78 คน (ร้อยละ 20) รองลงมาคือ 11-15 ชั่วโมง

ต่อสัปดาห์ จำนวน 58 คน (ร้อยละ 15) รองลงมาคือ น้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จำนวน 55 คน (ร้อยละ 14) และค่าเฉลี่ยของการทำงานชั่วโมงอินเตอร์เน็ตน้อยที่สุดคือ 41-50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จำนวน 26 คน (ร้อยละ 7)

4.2.4 การรับรู้บริการของแพทย์ฉุกเฉิน

ตารางที่ 4-15 การรับรู้บริการของแพทย์ฉุกเฉิน

ประเด็นการรับรู้การแพทย์ฉุกเฉิน	จำนวน		รวม	ร้อยละ		รวม
	ทราบ	ไม่ทราบ		ทราบ	ไม่ทราบ	
1. เบอร์โทร 1669 ใช้เพื่อแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินรวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	95	304	399	23.81%	76.19%	100%
2. ประเทศไทยมี application EMS 1669 เพื่อใช้ในการแจ้งเหตุและช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งรวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	78	321	399	19.55%	80.45%	100%
3. หน่วยกู้ชีพหรือการแจ้งเหตุผ่าน 1669 เรียกใช้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง	87	312	399	21.80%	78.20%	100%
4. สามารถขอคำแนะนำการช่วยเหลือผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนนจากเบอร์ 1669 ได้	90	308	398	22.61%	77.39%	100%
5. หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมี 2	101	298	399	25.31%	74.69%	100%

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ประเด็นการรับรู้การแพทย์ฉุกเฉิน	จำนวน		รวม	ร้อยละ		รวม
	ทราบ	ไม่ทราบ		ทราบ	ไม่ทราบ	
ระดับ คือ ระดับพื้นฐานและระดับสูง						
6. เจ้าหน้าที่กู้ชีพมีทั้งที่มาจากโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิ ต่างๆ	126	271	397	31.74%	68.26%	100%
7. การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น ณ จุดเกิด เหตุ ก่อนนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเป็นเรื่อง ที่สำคัญมาก	266	133	399	66.67%	33.33%	100%
8. ในรถฉุกเฉิน ต้องมีเจ้าหน้าที่อยู่กับ ผู้ป่วยตลอดเวลา	269	128	397	67.76%	32.24%	100%
9. การนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ต้อง คำนึงถึง ระยะทางเวลาเดินทางและอาการ ผู้ป่วยด้วย	277	122	399	69.42%	30.58%	100%
10. สามารถใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสาร กับหน่วยรับแจ้งเหตุได้	246	151	397	61.96%	38.04%	100%

จากตารางที่ 4-15 ในประเด็นการรับรู้บริการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบว่าทราบ ว่าเบอร์โทร 1669 ใช้เพื่อแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินรวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุทางถนนร้อยละ 24 และ ไม่ทราบร้อยละ 76 กลุ่มตัวอย่างทราบว่าประเทศไทยมี application EMS 1669 เพื่อใช้ในการ แจ้งเหตุและช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งรวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุทางถนนร้อยละ 19 และไม่ทราบร้อยละ 81 กลุ่มตัวอย่างทราบว่าหน่วยกู้ชีพหรือการแจ้งเหตุผ่าน 1669 เรียกใช้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง ร้อยละ 22 และไม่ทราบร้อยละ 78 กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสามารถขอคำแนะนำการช่วยเหลือ ผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนนจากเบอร์ 1669 ได้ร้อยละ 23 และไม่ทราบร้อยละ 77 กลุ่มตัวอย่าง ทราบว่าหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมี 2 ระดับ คือ ระดับพื้นฐานและระดับสูงร้อยละ 25 และ ไม่ทราบร้อยละ 75 กลุ่มตัวอย่างทราบว่าเจ้าหน้าที่กู้ชีพมีทั้งที่มาจากโรงพยาบาล องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิต่างๆร้อยละ 32 และไม่ทราบร้อยละ 68 กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเป็นเรื่องที่สำคัญมากร้อยละ 67 และไม่ทราบร้อยละ 33 กลุ่มตัวอย่างทราบว่าในรถฉุกเฉิน ต้องมีเจ้าหน้าที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ร้อยละ 67 และไม่ทราบร้อยละ 33 กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ต้องคำนึงถึง ระยะทางเวลาเดินทางและอาการผู้ป่วยด้วยร้อยละ 69 และไม่ทราบร้อยละ 31 และกลุ่มตัวอย่างทราบว่าสามารถใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสารกับหน่วยรับแจ้งเหตุได้ร้อยละ 62 และไม่ทราบร้อยละ 38

ตารางที่ 4-16 การรับรู้บริการแพทย์ฉุกเฉินจำแนกตามสัญชาติ

การรับรู้การบริการของการแพทย์ฉุกเฉิน : กลุ่มอาเซียน	จำนวน		รวม	ร้อยละ		รวม
	ทราบ	ไม่ทราบ		ทราบ	ไม่ทราบ	
1. เบอร์โทร 1669 ใช้เพื่อแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินรวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	3	61	64	4.69%	95.31%	100%
2. ประเทศไทยมี application EMS 1669 เพื่อใช้ในการแจ้งเหตุและช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งรวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	4	60	64	6.25%	93.75%	100%
3. หน่วยกู้ชีพหรือการแจ้งเหตุผ่าน 1669 เรียกใช้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง	5	59	64	7.81%	92.19%	100%
4. สามารถขอคำแนะนำการช่วยเหลือผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนนจากเบอร์ 1669 ได้	5	59	64	7.81%	92.19%	100%
5. หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมี 2 ระดับ คือ ระดับพื้นฐานและระดับสูง	9	55	64	14.06%	85.94%	100%
6. เจ้าหน้าที่กู้ชีพมีทั้งที่มาจากโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิต่างๆ	12	52	64	18.75%	81.25%	100%

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

7. การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเป็นเรื่องที่สำคัญมาก	44	20	64	68.75%	31.25%	100%
8. ในรถฉุกเฉิน ต้องมีเจ้าหน้าที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา	45	19	64	70.31%	29.69%	100%
9. การนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ต้องคำนึงถึง ระยะทาง เวลาเดินทางและอาการผู้ป่วยด้วย	51	13	64	79.69%	20.31%	100%
10. สามารถใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสารกับหน่วยรับแจ้งเหตุได้	45	18	63	71.43%	28.57%	100%

จากตารางที่ 4-16 ในประเด็นการรับรู้บริการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มอาเซียนและไม่ใช่กลุ่มอาเซียนตอบว่าทราบเบอร์โทร 1669 ใช้เพื่อแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินรวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุทางถนนร้อยละ 5 และร้อยละ 28 ตามลำดับและไม่ทราบร้อยละ 95 และร้อยละ 72 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มอาเซียนและไม่ใช่กลุ่มอาเซียนทราบว่าประเทศไทยมี application EMS 1669 เพื่อใช้ในการแจ้งเหตุและช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งรวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุทางถนนร้อยละ 6 และร้อยละ 22 ตามลำดับ และไม่ทราบร้อยละ 94 และร้อยละ 77 ตามลำดับ นอกจากนี้ที่กล่าวมา พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มอาเซียนไม่ถึงร้อยละ 10 และไม่ใช้กลุ่มอาเซียนประมาณร้อยละ 25% ที่ทราบว่าหน่วยกู้ชีพหรือการแจ้งเหตุผ่าน 1669 เรียกใช้บริการได้ 24 ชั่วโมง และสามารถขอคำแนะนำการช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนผ่านเบอร์ 1669 ได้

สำหรับความรู้พื้นฐานของการให้บริการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มอาเซียนและไม่ใช่กลุ่มอาเซียนทราบว่าหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมี 2 ระดับ คือระดับพื้นฐานและระดับสูงร้อยละ 14 และร้อยละ 26 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มอาเซียนและไม่ใช่กลุ่มอาเซียนทราบว่าเจ้าหน้าที่กู้ชีพมีทั้งที่มาจากโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิต่างๆร้อยละ 19 และร้อยละ 34 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มอาเซียนและไม่ใช่กลุ่มอาเซียนทราบว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเป็นเรื่องที่สำคัญมากร้อยละ 69 และร้อยละ 66 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มอาเซียนและไม่ใช่กลุ่มอาเซียนทราบว่าในรถฉุกเฉิน ต้องมีเจ้าหน้าที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาร้อยละ 70 และร้อยละ 67 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มอาเซียนและไม่ใช่กลุ่มอาเซียนทราบว่าการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ต้องคำนึงถึง ระยะทางเวลาเดินทางและอาการผู้ป่วยด้วยร้อยละ 80 และร้อยละ 68 ตามลำดับ และท้ายที่สุดกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มอาเซียนและไม่ใช่กลุ่มอาเซียนทราบว่าสามารถใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสารกับหน่วยรับแจ้งเหตุได้ร้อยละ 71 และ ร้อยละ 60 ตามลำดับ

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

4.2.5 รูปแบบความต้องการบริการแพทย์ฉุกเฉินในทัศนะของนักท่องเที่ยว

ตารางที่ 4-17 ความต้องการบริการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการ	Ranking Scale										total	Mean
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
การประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 ให้ทราบอย่างทั่วถึง	25	10	4	3	18	26	25	56	86	145	398	7.94
การประชาสัมพันธ์ Application EMS 1669 ให้ทราบอย่างทั่วถึง	21	14	10	4	26	18	21	59	89	136	398	7.82
มีพยาบาลเฉพาะทางเป็นคนรับบริการแจ้งเหตุ	18	5	10	15	22	21	26	58	92	132	399	7.89
มีแพทย์เป็นคนรับบริการแจ้งเหตุ	16	8	17	7	24	18	36	59	94	120	399	7.79
ควรมีการบังคับให้มีการซื้อประกันการเดินทาง (หรือประกันภัยท่องเที่ยว)	39	7	11	22	58	55	36	29	45	94	396	6.62
ควรมีการบังคับให้มีการซื้อประกันการเดินทาง (หรือประกันภัยท่องเที่ยว) โดยรัฐเป็นผู้ดำเนินการ	23	13	12	11	36	33	48	63	70	89	398	7.20
ผู้รับแจ้งเหตุและผู้ให้บริการในสถานพยาบาลสื่อสารภาษาอังกฤษได้	17	6	7	6	13	27	60	72	70	119	397	7.85
ผู้รับแจ้งเหตุและผู้ให้บริการในสถานพยาบาลสื่อสารภาษาอังกฤษและภาษาอื่นๆได้	24	7	4	9	18	38	50	80	73	96	399	7.55
การใช้ระบบแปลภาษาผ่าน application	19	4	5	6	12	37	50	77	80	109	399	7.83
ในรถกู้ชีพ ต้องมีที่นั่งสำหรับญาติด้วย	23	8	8	5	26	48	60	72	61	88	399	7.33
หน่วยกู้ชีพมาจากโรงพยาบาลเท่านั้น	30	11	14	16	36	65	53	57	42	73	397	6.71
เจ้าหน้าที่กู้ชีพไม่จำเป็นต้องมาจากโรงพยาบาลเท่านั้น อาจจะมาจากรองครูปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิต่างๆ แต่ต้องมีการฝึกอบรมมาอย่างดี	17	6	3	16	23	22	30	55	57	170	399	8.05
โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ควรจะ	19	5	6	6	21	19	31	45	60	186	398	8.209

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

รายการ	Ranking Scale										total	Mean	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
มีหน่วยประกันสำหรับชาวต่างชาติ เพื่ออำนวยความสะดวก													
ควรจะมีการแจ้งระยะเวลาที่รอกับ ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	15	7	7	12	21	24	24	59	70	158	397	8.053	
เลือกโรงพยาบาลในการเข้ารับบริการ ในแผนฉุกเฉินได้	17	4	6	10	23	19	37	55	61	167	399	8.095	
การบริการแพทย์ฉุกเฉินควรมี ช่องทางพิเศษสำหรับผู้ป่วย	16	5	5	14	17	17	29	55	65	176	399	8.201	
หน่วยให้บริการเป็นโรงพยาบาล เอกชน	25	14	22	10	29	20	31	44	62	142	399	7.446	
การเลือกหน่วยให้โรงพยาบาลเป็นไป ตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการ	14	6	6	5	27	31	50	61	49	150	399	7.93	

จากตารางที่ 4-17 ในเรื่องความต้องการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าการประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 ให้ทราบอย่างทั่วถึงมีความสำคัญระดับ 10 (145 คน) หรือร้อยละ 36 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.54 คะแนน การประชาสัมพันธ์ Application EMS 1669 ให้ทราบอย่างทั่วถึงมีความสำคัญระดับ 10 (136 คน) หรือร้อยละ 34 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.82 คะแนน มีพยาบาลเฉพาะทางเป็นคนที่รับแจ้งเหตุมีความสำคัญระดับ 10 (132 คน) หรือร้อยละ 32 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.89 คะแนน มีแพทย์เป็นคนที่รับแจ้งเหตุมีความสำคัญระดับ 10 (120 คน) หรือร้อยละ 30 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.79 คะแนน ควรมีการบังคับให้มีการซื้อประกันการเดินทาง (หรือประกันภัยท่องเที่ยว) มีความสำคัญระดับ 10 (94 คน) หรือร้อยละ 24 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.62 คะแนน ควรมีการบังคับให้มีการซื้อประกันการเดินทาง (หรือประกันภัยท่องเที่ยว) โดยรัฐเป็นผู้ดำเนินการมีความสำคัญระดับ 10 (89 คน) หรือร้อยละ 22 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.20 คะแนน ผู้รับแจ้งเหตุและผู้ให้บริการในสถานพยาบาลสื่อสารภาษาอังกฤษได้มีความสำคัญระดับ 10 (119 คน) หรือร้อยละ 30 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.85 คะแนน ผู้รับแจ้งเหตุและผู้ให้บริการในสถานพยาบาลสื่อสารภาษาอังกฤษและภาษาอื่น ๆ ได้มีความสำคัญระดับ 10 (96 คน) หรือร้อยละ 24 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.55 คะแนน การใช้ระบบแปลภาษาผ่าน application มีความสำคัญระดับ 10 (109 คน) หรือร้อยละ 27 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.83 คะแนน ในรถกู้ชีพ ต้องมีที่นั่งสำหรับญาติด้วยความสำคัญระดับ 10 (88 คน) หรือร้อยละ 22 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.33 คะแนน หน่วยกู้ชีพมาจากโรงพยาบาลเท่านั้นมีความสำคัญระดับ 10 (73 คน) หรือร้อยละ 18 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.71 คะแนน เจ้าหน้าที่กู้ชีพไม่จำเป็นต้องมาจากโรงพยาบาลเท่านั้น อาจจะมาจากรองครุภัณฑ์ท้องถิ่น และมูลนิธิต่างๆ แต่ต้องมีการฝึกอบรมอย่างดีมีความสำคัญระดับ 10 (170 คน) หรือร้อยละ 43 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.05 คะแนน โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ควรมี

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

หน่วยประกันสำหรับชาวต่างชาติเพื่ออำนวยความสะดวกมีความสำคัญระดับ 10 (186 คน) หรือร้อยละ 47 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.209 คะแนน ควรจะมีการแจ้งระยะเวลาที่รอกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอมีความสำคัญระดับ 10 (158 คน) หรือร้อยละ 40 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.053 คะแนน เลือกโรงพยาบาลในการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้มีความสำคัญระดับ 10 (167 คน) หรือร้อยละ 42 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.095 คะแนน การบริการแพทย์ฉุกเฉินควรมีช่องทางพิเศษสำหรับผู้ป่วยมีความสำคัญระดับ 10 (142 คน) หรือร้อยละ 36 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.446 คะแนนและ หน่วยให้บริการเป็นโรงพยาบาลเอกชนการเลือกหน่วยให้โรงพยาบาลเป็นไปตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการมีความสำคัญระดับ 10 (150 คน) หรือร้อยละ 38 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.93 คะแนน

ตารางที่ 4-18 ความต้องการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินจำแนกตามกลุ่มประเทศที่เดินทางมาจังหวัดเชียงใหม่

ความต้องการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน	คะแนนเฉลี่ย		p-value
	กลุ่มประเทศ อาเซียน	ไม่ใช่กลุ่มประเทศ อาเซียน	
การประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 ให้ทราบอย่างทั่วถึง	7.748	8.875	0.002
การประชาสัมพันธ์ Application EMS 1669 ให้ทราบอย่างทั่วถึง	7.558	9.094	0.000
มีพยาบาลเฉพาะทางเป็นคนที่รับแจ้งเหตุ	7.716	8.734	0.003
มีแพทย์เป็นคนที่รับแจ้งเหตุ	7.616	8.594	0.004
ควรมีการบังคับให้มีการซื้อประกันการเดินทาง (หรือประกันภัยท่องเที่ยว)	6.784	5.859	0.018
ควรมีการบังคับให้มีการซื้อประกันการเดินทาง (หรือประกันภัยท่องเที่ยว) โดยรัฐเป็นผู้ดำเนินการ	7.006	8.141	0.002
ผู้รับแจ้งเหตุและผู้ให้บริการในสถานพยาบาลสื่อสารภาษาอังกฤษได้	7.787	8.156	0.248
ผู้รับแจ้งเหตุและผู้ให้บริการในสถานพยาบาลสื่อสารภาษาอังกฤษและภาษาอื่นๆได้	7.408	8.188	0.021
การใช้ระบบแปลภาษาผ่าน application	7.764	8.078	0.320
ในรถกู้ชีพ ต้องมีที่นั่งสำหรับญาติด้วย	7.257	7.594	0.318
หน่วยกู้ชีพมาจากโรงพยาบาลเท่านั้น	6.571	6.571	0.030

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ความต้องการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน	คะแนนเฉลี่ย		p-value
	กลุ่มประเทศ อาเซียน	ไม่ใช่กลุ่มประเทศ อาเซียน	
เจ้าหน้าที่กู้ชีพไม่จำเป็นต้องมาจากโรงพยาบาล เท่านั้น อาจจะมาจากรองครักษ์ส่วน ท้องถิ่น และมูลนิธิต่างๆ แต่ต้องมีการฝึกอบรม มาอย่างดี	7.837	9.047	0.000
โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ควรมีหน่วย ประกันสำหรับชาวต่างชาติเพื่ออำนวยความสะดวก	8.003	9.156	0.001
ควรมีการแจ้งระยะเวลาที่รอกับผู้ป่วยอย่าง สม่ำเสมอ	7.845	9.032	0.000
เลือกโรงพยาบาลในการเข้ารับบริการในแผนก ฉุกเฉินได้	7.909	8.953	0.002
การบริการแพทย์ฉุกเฉินควรมีช่องทางพิเศษ สำหรับผู้ป่วย	8.953	8.797	0.027
หน่วยให้บริการเป็นโรงพยาบาลเอกชน	7.154	8.813	0.000
การเลือกหน่วยให้โรงพยาบาลเป็นไปตามการ ตัดสินใจของผู้ให้บริการ	7.792	8.531	0.021

จากตารางที่ 4-18 พบว่านักท่องเที่ยวที่เป็นอาเซียนและไม่ใช่อาเซียนมีความคิดเห็นต่างกันหลายประเด็นได้แก่ การประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 ให้ทราบอย่างทั่วถึง การประชาสัมพันธ์ Application EMS 1669 ให้ทราบอย่างทั่วถึง มีพยาบาลเฉพาะทางเป็นคนรับการแจ้งเหตุ ควรมีการบังคับให้มีการซื้อประกันการเดินทาง (หรือประกันภัยท่องเที่ยว) ควรมีการบังคับให้มีการซื้อประกันการเดินทาง (หรือประกันภัยท่องเที่ยว) โดยรัฐเป็นผู้ดำเนินการ ผู้รับแจ้งเหตุและผู้ให้บริการในสถานพยาบาลสื่อสารภาษาอังกฤษและภาษาอื่นๆได้ เจ้าหน้าที่กู้ชีพไม่จำเป็นต้องมาจากโรงพยาบาลเท่านั้น อาจจะมาจากรองครักษ์ส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิต่างๆ แต่ต้องมีการฝึกอบรมมาอย่างดี โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ควรมีหน่วยประกันสำหรับชาวต่างชาติเพื่ออำนวยความสะดวก การเลือกหน่วยให้โรงพยาบาลเป็นไปตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการ เป็นต้น

ตารางที่ 4-19 ความเต็มใจจ่ายค่าประกันการเดินทาง

ความเต็มใจจ่าย	จำนวน	ร้อยละ
200 บาทต่อคนต่อครั้ง	73	18.39
300 บาทต่อคนต่อครั้ง	96	24.18

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

400 บาทต่อคนต่อครั้ง	197	49.62
อื่นๆ	31	7.81
รวม	397	100

จากตารางที่ 4-19 ความเต็มใจจ่ายค่าประกันการเดินทางของนักท่องเที่ยวมากที่สุดอยู่ที่ 400 บาทต่อคนต่อครั้งจำนวน 197 คน (ร้อยละ 50) รองลงมาคือ 300 บาทต่อคนต่อครั้งจำนวน 96 คน (ร้อยละ 24) รองลงมาคือ 200 บาทต่อคนต่อครั้งจำนวน 73 คน (ร้อยละ 18) และ อื่นๆ จำนวน 31 คน (ร้อยละ 7.81)

ในส่วนของบทที่ 4 ซึ่งเป็นผลการศึกษาของการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 2 ส่วน สำคัญ คือส่วนการวิจัยทางด้านคุณภาพซึ่งสะท้อนปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการให้บริการทางสุขภาพของกลุ่มผู้ให้บริการทางสุขภาพ และส่วนที่ 2 เป็นส่วนของผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ที่ประกอบไปด้วยนักท่องเที่ยวในประเทศอาเซียนและนอกประเทศอาเซียน เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมการท่องเที่ยว การรับรู้การให้บริการแพทย์ฉุกเฉินในบริบทของประเทศไทย และที่สำคัญคือความต้องการของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติในส่วนการให้บริการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อหาแนวทางการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยและตรงตามความต้องการของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่เป็นผลสะท้อนจากการสำรวจของกรณีนักท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่ต่อไป

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ตลอดระยะเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมา ภาคการท่องเที่ยวของประเทศไทยเป็นภาคส่วนทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจของประเทศไทยมาโดยตลอด จากรายงานล่าสุดของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศไทยในปี 2560 ของสาขาโรงแรมและภัตตาคารมีอัตราการเติบโตเป็นบวกร้อยละ 8.5 แม้ว่าจะน้อยกว่าปี พ.ศ. 2559 เพียงเล็กน้อยก็ตาม (อัตราการเติบโตปี พ.ศ. 2559 เท่ากับ 9.9) และสาขาขนส่งและคมนาคมที่มีการเติบโตเท่ากับ 7.3 ในปี 2560 อย่างไรก็ตามเมื่อเทียบกับสาขาอุตสาหกรรมที่มีอัตราการเติบโตเพียงร้อยละ 2.5 ในปี 2560 และ 2.3 ในปี 2559 สาขาค้าส่งค้าปลีกที่มีอัตราการเติบโตในปี 2560 เท่ากับ 6.3 การเติบโตด้านโรงแรม ภัตตาคาร และการขนส่งก็นับว่ายังมีอัตราการการเติบโตที่มากกว่าสาขาอื่น ๆ ในช่วงเวลาเดียวกัน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) นอกจากนี้รายรับจากนักท่องเที่ยวต่างประเทศของประเทศไทยยังเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2559 ที่มี 1,633.5 พันล้านบาท เพิ่มขึ้นเป็น 1,824 พันล้านบาทในปี 2560 หรือรายรับรวมจากนักท่องเที่ยวต่างประเทศในปี 2559 มีอัตราการเติบโต 12.7 และลดลงมาเล็กน้อยในปี 2560 ที่มีอัตราการเติบโต 11.7 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561)

จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่สำคัญต่อการท่องเที่ยวของประเทศไทยเป็นเวลานาน ทั้งในช่วงเทศกาลและนอกช่วงเทศกาลมีนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและต่างประเทศเดินทางท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่จำนวนมาก จากข้อมูลสถิติที่รวบรวมโดยกรมการท่องเที่ยว และเผยแพร่ในแผนยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวพบว่า เชียงใหม่เป็นจังหวัดที่เป็นอันดับที่ 5 ที่มีจำนวนผู้มาเยี่ยม

เยือนชาวต่างชาติมากที่สุด รองจากกรุงเทพมหานคร ภูเก็ต ชลบุรี และสุราษฎร์ธานี (กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา, 2558) ด้วยความเป็นจังหวัดท่องเที่ยวที่มีนักท่องเที่ยวเดินทางไปเป็นจำนวนมาก อัตราการเกิดอุบัติเหตุในจังหวัดเชียงใหม่จึงมีค่อนข้างสูง ข้อมูลจากการดำเนินป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดเชียงใหม่โดยใช้ข้อมูลการแพทย์ฉุกเฉิน โดย นายแพทย์ ธรณี กาญจนาภิเษก ในช่วงปี พ.ศ. 2555-2558 จังหวัดเชียงใหม่มีอัตราการบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุทางถนนประมาณ 2,000 คนต่อแสนประชากร และได้ลดมาเหลือประมาณ 1,500 คนต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2558 แต่ในส่วนของอัตราการเสียชีวิตนั้นจังหวัดเชียงใหม่มีอัตราการเสียชีวิตไม่ได้ลดลงไปด้วย ซึ่งแสดงถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บที่มีมากขึ้น กล่าวคือ อัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรของปี พ.ศ. 2555 เท่ากับ 17.25 แต่ในปี พ.ศ. 2558 ขึ้นมาถึง 27.93 ด้วยความสำคัญของการท่องเที่ยวและความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ และเป็นที่ยอมรับกันดีว่าการให้บริการทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์ฉุกเฉินเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความมั่นใจในกลุ่มนักท่องเที่ยว โดยเฉพาะนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่จะตัดสินใจเดินทางมาท่องเที่ยว การศึกษาครั้งนี้จึงจัดทำขึ้น 1) เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการทางสุขภาพหลังการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่ 2) เพื่อวิเคราะห์ความต้องการของนักท่องเที่ยว ที่มีต่อการให้บริการทางสุขภาพเมื่อเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในจังหวัดเชียงใหม่ และ 3) เพื่อเสนอแนวทางในการให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้การศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณประกอบกัน การศึกษาเชิงคุณภาพเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้บริการทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบริการแพทย์ฉุกเฉินในสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเชียงใหม่ ในส่วนการวิจัยเชิงปริมาณเป็นการเก็บข้อมูลภาคตัดขวางจากนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติในจังหวัดเชียงใหม่ทั้งในเขตอำเภอเมืองและนอกอำเภอเมือง ครอบคลุมนักท่องเที่ยวที่ใช้ภาษาอังกฤษและภาษาจีนจำนวน 399 คน

5.1 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

5.1.1 การให้บริการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ท่องเที่ยว

จากการลงพื้นที่และการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิพบว่าโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ของภาครัฐที่ให้การบริการแพทย์ฉุกเฉินประกอบไปด้วย โรงพยาบาลศูนย์หรือทั่วไปจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลนครพิงค์ และโรงพยาบาลจอมทอง โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 22 แห่ง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเอกชน องค์การบริการส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิต่างๆ ที่จากการสัมภาษณ์พบว่ามีส่วนช่วยในการช่วยเหลือนักท่องเที่ยว โดยเฉพาะกรณีที่อยู่ไกลๆอย่างมาก นอกจากนี้ยังมีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดเชียงใหม่ (ศูนย์เวียงพิงค์) ที่เป็นหน่วยงานที่สำคัญมากในการรับแจ้งเหตุและช่วยเหลือนักท่องเที่ยวในเบื้องต้น ตลอดจนประสานงานทุกอย่างเพื่อให้การช่วยเหลือนักท่องเที่ยวเป็นไปอย่างทันท่วงที ศูนย์เวียงพิงค์ใช้วิทยุสื่อสารในการประสานงานกับลูกข่าย ซึ่งรวมถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายของแต่ละอำเภอ มูลนิธิสมาคมกู้ภัย และองค์กรบริการส่วนท้องถิ่นในเขตรอบนอกและเขตปริมณฑล

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ระบบการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่เป็นไปอย่างเป็นมาตรฐาน ที่ประกอบไปด้วย การให้บริการทางการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) และการให้บริการทางการแพทย์เมื่อถึงโรงพยาบาล (Hospital setting) โดยการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลเป็นการแจ้งขอความช่วยเหลือผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดเชียงใหม่ (ศูนย์เวียงพิงค์) ผ่านเบอร์ 1669 โดยคนพบเห็น หรือผู้ป่วยเองโทรแจ้งเหตุ การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินเป็นแบบระบบ ระบบคัดกรองผู้ป่วยแตกต่างกันตามประเภทของโรงพยาบาล (ESI หรือ Emergency Security Index และ CTAS หรือ Canadian Triage and Acuity Scale) การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ การลำเลียงขนย้าย และการดูแลระหว่างนำส่งดำเนินการโดยโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิ เช่น มูลนิธิอินทรา

การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุเป็นไปตามมาตรฐานจากการคัดกรองเบื้องต้น และการคัดกรอง ณ จุดให้บริการการลำเลียงของയാ0ยผู้ป่วยและการดูแลระหว่างนำส่งและการนำส่งสถานพยาบาลขึ้นกับสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและการร้องขอของผู้ป่วย โดยเฉพาะนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่ต้องการไปรักษาพยาบาลเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ในเรื่องค่ารักษาพยาบาลนั้น นักท่องเที่ยวชาวไทยใช้สิทธิการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และข้าราชการ ตามนโยบายรักษาทุกที่ที่ดีที่สุดสิทธิ (EMCO) ส่วนนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติส่วนใหญ่จะเป็นจ่ายเงินสด การใช้สิทธิตาม พ.ร.บ. คุ่มครองผู้ประสบภัยทางถนน และจ่ายผ่านระบบประกันที่ได้ทำก่อนหรือในช่วงท่องเที่ยวในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม นอกจากนี้ในส่วนของผู้บัติเหตุหมู่การศึกษาพบว่า เชียงใหม่ได้มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุหมู่ในกลุ่มนักท่องเที่ยว และได้มีการประสานงานเครือข่ายทั้งในระดับพื้นที่เกิดเหตุ และโรงพยาบาลที่มีศักยภาพรองรับผู้ป่วยวิกฤตอย่างเป็นขั้นตอน และมีการซ้อมการเกิดอุบัติเหตุหมู่อย่างสม่ำเสมอ

อย่างไรก็ตามในการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ให้กับนักท่องเที่ยว มีปัญหาและอุปสรรค ด้วยลักษณะเฉพาะของจังหวัดเชียงใหม่ ดังต่อไปนี้

- แหล่งท่องเที่ยวและกิจกรรมท่องเที่ยวที่หลากหลายทำให้เกิดอุปสรรคในการเข้าถึงผู้ป่วย และระบุที่อยู่ชัดเจน ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุในที่ไกลๆ ในการแก้ไขเบื้องต้นจะเป็นความช่วยเหลือจากมูลนิธิที่อยู่ใกล้เคียงที่เกิดเหตุ ให้เป็นหน่วยปฐมพยาบาลหน่วยแรกที่เข้าไปให้ความช่วยเหลือ ตัวอย่างเช่น มูลนิธิอินทราตั้งอยู่บริเวณเส้นทางระหว่างเชียงใหม่และเชียงใหม่ ในพื้นที่อำเภอดอยสะเก็ด ที่เป็นมูลนิธิที่จะเข้าไปถึงที่เกิดเหตุและทำการปฐมพยาบาลเป็นทีมแรก เนื่องจากระยะทางจากโรงพยาบาลดอยสะเก็ดจนถึงพื้นที่ที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งต้องใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 40 นาที ขึ้นไป ดังจะเห็นว่าในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในรูปแบบเครือข่ายแบบภาคีนั้นช่วยในการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุได้รวดเร็วขึ้นในกรณีที่มีข้อจำกัดของการใช้ระยะเวลาในการเดินทางของทีมแพทย์ฉุกเฉิน

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

- พฤติกรรมส่วนตัวและกิจกรรมการท่องเที่ยวมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ กล่าวคือนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่มาเอง (ไม่ได้มากับบริษัททัวร์) และมีวัตถุประสงค์เพื่อมาท่องเที่ยวผจญภัย มีแนวโน้มที่จะเกิดอุบัติเหตุค่อนข้างมาก และจังหวัดเชียงใหม่ก็มีแหล่งท่องเที่ยวในเพื่อรองรับนักท่องเที่ยวกลุ่มนี้
- ผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยค่อนข้างมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ใช้ภาษาอังกฤษ เช่น ภาษาจีน ทั้งในขั้นของการแจ้งเหตุและการรักษา ซึ่งได้มีการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เช่น ให้ผู้นำเที่ยวที่มาด้วยเป็นคนแปลภาษาให้ ใช้เทคโนโลยี google translator เข้ามาช่วย หรือการโทรหาล่ามอาสาสมัครที่เคยให้เบอร์ไว้ ซึ่งข้อจำกัดในด้านนี้ส่งผลต่อการให้บริการรักษาของแพทย์ในเรื่องของความรู้สึกละเลยและไม่ปลอดภัย และ ความไม่มั่นใจในการให้การรักษา
- การแจ้งเหตุยังเป็นการดำเนินการผ่านการโทรศัพท์ จากการสัมภาษณ์ไม่ได้มีการระบุถึงการใช้ application ในการแจ้งเหตุผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุเวียงพิงค์
- ในกรณีที่โรงพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งรับไม่ไหว เช่น การเกิดอุบัติเหตุหมู่ ที่มักจะเกิดขึ้นในเขตภูเขา เช่นในอำเภอดอยสะเก็ด กรณีแบบนี้จะมีการกระจายผู้ป่วยไปให้โรงพยาบาลอื่นๆ เช่น ถ้าผู้ป่วยหนักมาพร้อมกัน 10 คน จะต้องกระจายนักท่องเที่ยวไปที่โรงพยาบาลอื่นๆ ในกรณีที่อาการของผู้ประสบเหตุนั้นรุนแรงเกินความสามารถในการรองรับและรักษาของโรงพยาบาลที่อยู่บริเวณใกล้เคียง ทางทีมแพทย์ฉุกเฉิน จะนำส่งไปยังโรงพยาบาลศูนย์อุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น โรงพยาบาลนครพิงค์ หรือ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เพื่อทำการรักษาในขั้นต่อไป
- เป็นที่สังเกตว่านักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่ทำงานจะขอไปรักษาที่เอกชนเกือบทั้งหมด
- มีการค้างชำระบ้างในกลุ่มนักท่องเที่ยวต่างประเทศ ทั้งนี้บางส่วนเกิดจากการปัญหาการจัดการเพราะเวรตึกไม่มีเจ้าหน้าที่การเงิน
- อัตราค่าส่งของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในแผนกฉุกเฉิน ยังมีปัญหาการขาดแคลนโดยเฉพาะช่วงเทศกาล แม้จะมีการจัดกำลังหลักและกำลังเสริมแล้วแต่ก็ยังมีปัญหาการร้องเรียนบ้าง

5.1.2 ความต้องการของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติต่อการให้บริการแพทย์ฉุกเฉิน

ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการท่องเที่ยวของกลุ่มตัวอย่าง

ในส่วนความต้องการของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่สำรวจมาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน แต่มีแบบสอบถามที่ใช้ไม่ได้จำนวน 1 คน จึงเหลือผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 399 คน เป็นชายและหญิงอย่างละครึ่ง ส่วนใหญ่มีอายุช่วง 21-30 ปี มีระยะเวลาอยู่ในไทยประมาณไม่เกิน 2 สัปดาห์ โดยอยู่ในเชียงใหม่ประมาณ 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีอาชีพเป็นนักเรียน นักศึกษา แม่บ้าน และผู้เกษียณอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นคนจีนประมาณร้อยละ 37 และอเมริการ้อยละ 26 จากการสำรวจพบว่าเกินกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง

มีประกัน มีร้อยละ 40 ที่ไม่ได้มีประกันสุขภาพหรืออุบัติเหตุ โดยสัญชาติที่ซื้อประกันมากคือจีน ญี่ปุ่น และยุโรป และสัญชาติที่ไม่ซื้อประกันคืออเมริกา และประเทศในกลุ่มอาเซียน นักท่องเที่ยวที่มาแบบหมู่คณะหรือมากับทัวร์ ซื้อประกันทั้งหมด ในขณะที่นักท่องเที่ยวที่มาแบบอิสระส่วนหนึ่งจะไม่ซื้อประกันประมาณร้อยละ 40 เพศ สัญชาติ และลักษณะการมาท่องเที่ยวที่แตกต่างกันมีผลต่อการซื้อประกันที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุที่มาเที่ยวที่จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าส่วนใหญ่มาเพื่อการพักผ่อนในวันหยุดเป็นสำคัญ โดยต้องการเดินทางมาจังหวัดเชียงใหม่เพื่อท่องเที่ยวทางวัฒนธรรมและศาสนา ซึ่งรวมถึงการใช้ชีวิตแบบคนท้องถิ่น และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเป็นการมาเที่ยวในลักษณะคนเดียว

การรับรู้ในเรื่องระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย

จากการสำรวจในเรื่องการรับรู้พบว่านักท่องเที่ยวส่วนใหญ่ไม่ได้รับรู้ในเรื่องระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยมากนัก ไม่ว่าจะเป็นเบอร์โทร 1669 หรือการมี application EMS 1669 หรือการมีหน่วยบริการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง และเป็นเบอร์ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินประชาสัมพันธ์และใช้มาก่อนช้านาน และมีประชาชนไทยรู้จักเบอร์ 1669 และแจ้งเหตุผ่านเบอร์นี้มากขึ้น นพ.ภูมินทร์ ศิลาพันธ์ รองเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้เคยให้สัมภาษณ์กับหนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ “จากสถิติในแต่ละปีมีผู้ป่วยฉุกเฉินที่ใช้บริการผ่านสายด่วน 1669 เป็นล้านคน โดยใน 4 ปีที่ผ่านมาสถิติการใช้งานสายด่วน 1669 ก็ยิ่งเพิ่มมากขึ้น โดยในปี.ศ. 2559 ที่ผ่านมาสติผู้ใช้บริการผ่านสายด่วน 1669 ถึง 1,169,136 คน ซึ่งระบบเรากำลังพัฒนาไปได้ด้วยดี ประชาชนก็รู้จักสายด่วนมากขึ้นและเราก็ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินมากขึ้นด้วย” (กรุงเทพธุรกิจ, 2560) อย่างไรก็ตามงานศึกษาเรื่องสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย (กิตติพงศ์ พลเสน และคณะ, 2559) ที่เป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิและสำรวจข้อมูลภาคตัดขวาง พบว่าผู้ป่วยวิกฤตที่แผนกฉุกเฉินและอุบัติเหตุมาด้วยระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินไม่ถึงร้อยละ 20 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร ได้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่มีการรับรู้เรื่องการแพทย์ฉุกเฉินในระดับน้อย (จิตรประไพ สุรชิต, 2560) แสดงให้เห็นว่าแม้ว่าการรู้จัก 1669 จะมามากขึ้นเรื่อยๆ แต่การประชาสัมพันธ์ 1669 โดยเฉพาะในจังหวัดท่องเที่ยวในกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ เป็นเรื่องที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินต้องให้ความสำคัญเป็นลำดับต้นๆ ทั้งนี้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินกรณีที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติมีความรู้อยู่บ้างว่ามีแนวทางปฏิบัติเช่นไร เช่น ต้องมีการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนนำส่งโรงพยาบาล ในรถฉุกเฉิน ต้องมีเจ้าหน้าที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา การนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ต้องคำนึงถึง ระยะทางเวลาเดินทางและอาการผู้ป่วย

ด้วย เมื่อพิจารณาการรับรู้ตามสัญชาติพบว่านักท่องเที่ยวชาวต่างชาติไม่ทราบเรื่องการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยมากกว่านักท่องเที่ยวที่เป็นกลุ่มอาเซียน มีเพียง 5-6% เท่านั้นที่รับทราบเรื่องเบอร์โทร 1669 และ application EMS 1669 ซึ่งจะเป็นข้อเสนอแนะต่อไปถึงการประชาสัมพันธ์ในกลุ่มนักท่องเที่ยวเป้าหมาย

ความต้องการรูปแบบการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย

เมื่อพิจารณาผลสำรวจความต้องการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินพบว่าประชาชนให้ความสำคัญกับ การประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 ให้ทราบอย่างทั่วถึงใกล้เคียงกับการประชาสัมพันธ์ผ่าน application ซึ่งในนัยนี้อาจตีความได้ว่านักท่องเที่ยวมีความต้องการให้ประชาสัมพันธ์ช่องทางการแจ้งเหตุที่ประเทศไทยมีมากขึ้น โดยไม่จำกัดว่าต้องเป็นผ่านหมายเลข 1669 หรือ การแจ้งเหตุผ่าน application ที่พัฒนาโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำหรับที่จะมีพยาบาลหรือแพทย์เป็นคนที่รับแจ้งเหตุนั้นไม่มีความคิดเห็นแตกต่างกันมากนัก ซึ่งสอดคล้องกับบริบทประเทศไทย โดยเฉพาะในส่วนโรงพยาบาลภาครัฐที่การรับแจ้งเหตุเป็นพยาบาลที่มีความคล่องตัวมากกว่า และมีความชำนาญตลอดจนมีอัตรากำลังในจำนวนที่เหมาะสมกว่า ซึ่งในประเทศไทยได้มีการอบรมพยาบาลฉุกเฉินมาหลายปี และมีความเข้มแข็งเป็นอย่างมากจนมีการจัดตั้งสมาคมพยาบาลฉุกเฉินประเทศไทย โดยเป็นการรวมตัวของผู้นำทางการพยาบาลฉุกเฉินทั้งจากสายปฏิบัติการและสายวิชาการ และมีการจดทะเบียนเป็นสมาคมเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2558 (ประเทศไทย) ด้วยความจำกัดของบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ในกรณีของประเทศไทยการใช้พยาบาลที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงนับได้ว่ามีความเหมาะสมแม้จะในจังหวัดท่องเที่ยวที่ชาวต่างชาติอาจจะมีความคาดหวังในการมีแพทย์เป็นผู้รับแจ้งเหตุก็ตาม (Gerard et al., 2004)

แม้ว่านักท่องเที่ยวต้องการให้มีรัฐบาลไทยมีการกำหนดให้มีการประกันในระดับกลางๆ ทั้งนี้นักท่องเที่ยวกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าถ้ารัฐเป็นผู้ดำเนินการมีความต้องการซื้อมากขึ้น ซึ่งในเรื่องนี้ควรจะมีการศึกษาต่อไปถึงรูปแบบการประกันโดยเฉพะในส่วนของการประกันอุบัติเหตุของประเทศไทย ว่าจะดำเนินการโดยเอกชนดังที่เป็นในปัจจุบันหรือภาครัฐควรจะมีส่วนร่วมกับภาคเอกชน หรือภาครัฐดำเนินการเองในลักษณะประกันภาคบังคับ ถ้าประเทศไทยมีการบังคับให้นักท่องเที่ยวทำประกันทุกคน ค่อนข้างเป็นไปได้ยากในช่วงไม่กี่ปีข้างหน้าเนื่องจากมีขั้นตอนทางการออกกฎหมายค่อนข้างมาก แม้ว่าข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะพบว่ากระทรวงสาธารณสุขสูญเสียเงินค่ารักษาพยาบาลจากชาวต่างชาติรวมทั้งนักท่องเที่ยวเป็นหลักพันล้านก็ตาม

การสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษเป็นเรื่องที่นักท่องเที่ยวให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก โดยนักท่องเที่ยวไม่ได้ให้ความคิดเห็นที่แตกต่างกันมากนักระหว่างใช้คนหรือใช้เทคโนโลยีช่วยในการแปลภาษา อีกทั้งในเรื่องการสื่อสารภาษาอื่นๆก็เป็นเรื่องที่นักท่องเที่ยวต้องการเช่นกัน และคิดว่าหน่วยกู้ชีพกู้ภัยไม่ควรมาจากโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยและเชียงใหม่ที่มีหน่วยกู้ชีพจากหลายสถาบัน ได้แก่ โรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสมาคมต่างๆ แต่ประเด็นสำคัญคือคนที่ทำหน้าที่กู้ชีพควรจะมีการฝึกอบรมมาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ที่กล่าวมา นักท่องเที่ยวยังให้ความสำคัญกับการมีหน่วยประกันสำหรับ

ชาวต่างชาติเพื่ออำนวยความสะดวกควรมีการแจ้งระยะเวลาที่รอกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจากงานศึกษาที่ผ่านมาพบว่าในกรณีของจังหวัดภูเก็ตนั้นเป็นกรณีตัวอย่างที่น่าสนใจในการมีหน่วยประกันสำหรับนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติทั้งในบริบทของการอำนวยความสะดวกทั้งกับนักท่องเที่ยวและผู้ให้บริการทางการแพทย์และบริบททั้งทางด้านรายรับของโรงพยาบาลที่จะสามารถเก็บเงินได้อย่างคล่องตัวขึ้น (พุดตาน พันธุณเธร และคณะ, 2559) การมีช่องทางพิเศษสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ตลอดจนไม่ต้องการให้หน่วยรับบริการเป็นโรงพยาบาลภาครัฐเท่านั้น จากการสำรวจข้อมูลเพิ่มเติมพบว่านักท่องเที่ยวมีความเต็มใจจ่ายค่าเบี้ยประกันจำนวน 400 บาทต่อคนต่อครั้งการเดินทางมากที่สุด

5.2 ข้อเสนอแนะ

เมื่อพิจารณาทั้งในส่วนของการให้บริการของหน่วยบริการทางการแพทย์ และความต้องการของนักท่องเที่ยว จึงมีข้อเสนอแนะทางในการให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่

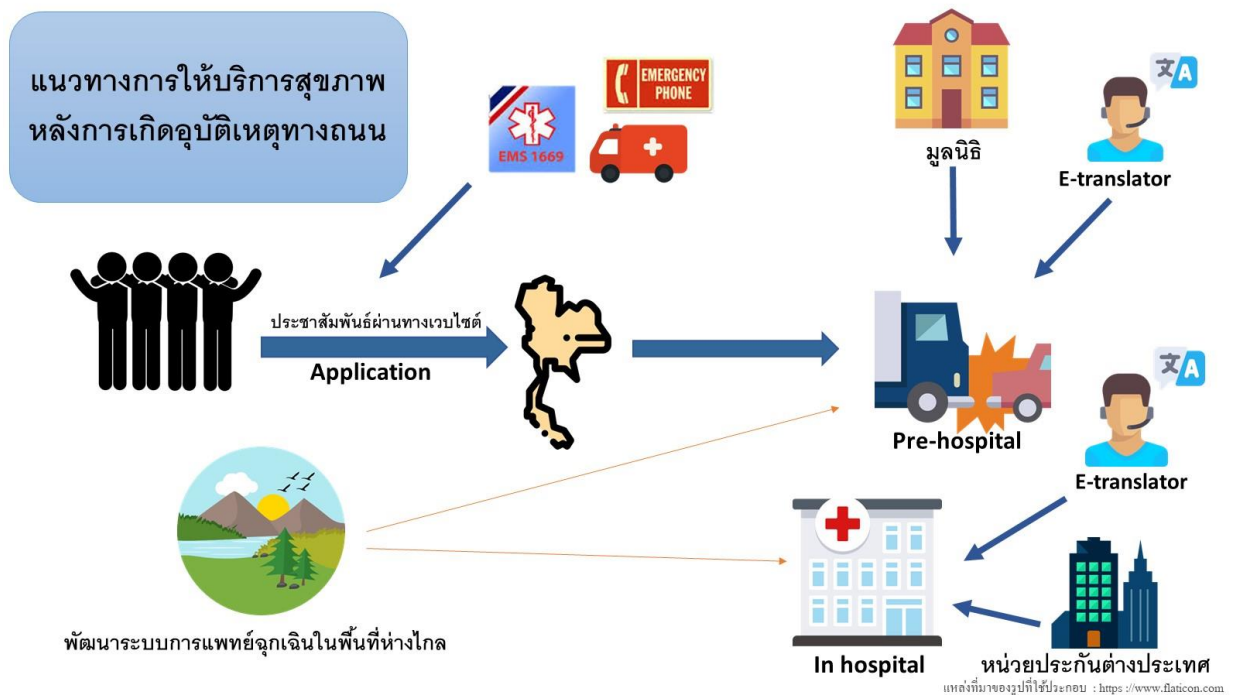
- จากการสำรวจพบว่านักท่องเที่ยวชาวต่างชาติมีความเต็มใจจ่ายเบี้ยประกันมูลค่า 400 บาทต่อครั้ง ซึ่งจากผลการศึกษาที่ผ่านมาจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่เคยทำการคำนวณเบี้ยประกันสำหรับนักท่องเที่ยวไว้แล้วคือ 300 บาทต่อครั้ง จึงเห็นถึงความเป็นไปได้ในการเก็บค่าประกันในมูลค่าที่เหมาะสมทั้งในบริบทของหน่วยประกัน และผู้ทำประกัน ทั้งนี้ถ้าจะทำประกันภาคบังคับจะต้องคำนึงถึงรายรับที่อาจจะเสียไปจากการท่องเที่ยวที่อาจจะลดลง ด้วยจากการสำรวจพบว่าแม้จะเน้นเรื่องความต้องการทำประกันการเดินทางอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น อย่างไรก็ตามถ้ารัฐเป็นหน่วยงานดำเนินการทำประกันทำให้เกิดความต้องการในการทำประกันภาคบังคับมากขึ้น
- ภาษายังเป็นเรื่องที่สำคัญอยู่มาก ซึ่งในจังหวัดท่องเที่ยวดังจังหวัดเชียงใหม่มีนักท่องเที่ยวที่มาจากหลายประเทศ ซึ่งหมายถึงหลายภาษาด้วย ด้วยความจำกัดของบุคลากรทางการแพทย์ การใช้เทคโนโลยีเพื่อช่วยในการแปลภาษาแบบ real time เป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าจะนำมาพิจารณา การพัฒนาระบบ E-translator และการศึกษาความเป็นไปได้ของการนำระบบนี้ไปใช้ในศูนย์รับแจ้งเหตุ และการให้บริการในห้องฉุกเฉิน ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเวียงพิงค์ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินควรพิจารณาการใช้เทคโนโลยีนี้เป็นทางเลือกหนึ่ง เพื่อให้การดำเนินการรับแจ้งเหตุและการให้บริการในโรงพยาบาลมีความสะดวก รวดเร็ว และป้องกันปัญหาการไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
- ควรเร่งประชาสัมพันธ์ช่องทางแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านหมายเลข 1669 หรือ application เพื่อให้นักท่องเที่ยวโดยเฉพาะนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติรู้จักหมายเลข 1669 หรือ application EMS 1669 จากการสัมภาษณ์พบว่าแหล่งข้อมูลที่สำคัญคือเว็บไซต์ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่นักท่องเที่ยวใช้ในการหา

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

- ข้อมูลในการมาเที่ยวเชียงใหม่มากที่สุด การศึกษาครั้งนี้จึงเสนอให้เร่งการประจําชาสัมพันธ์ทางอินเทอร์เน็ต ทั้งในแบบที่มีค่าใช้จ่ายและไม่มีค่าใช้จ่าย
- เพื่อป้องกันปัญหาการค้างชำระและการอำนวยความสะดวกในเรื่องการรักษาพยาบาลที่ประกอบไปด้วยผู้ป่วยฉุกเฉิน และไม่ฉุกเฉินชาวต่างประเทศ โรงพยาบาลอาจจะพิจารณาการจัดตั้งหน่วยประกันสุขภาพต่างประเทศ ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้พบว่านักท่องเที่ยวมีความต้องการให้มีศูนย์นี้เป็นอย่างมาก และในประเทศไทยก็มีตัวอย่างในกรณีของโรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต โดยอาจจะเริ่มต้นจากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม หรือศึกษาดูงานกรณีของโรงพยาบาลป่าตองก่อน
 - การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกลหรือพื้นที่เฉพาะที่มีแหล่งท่องเที่ยวที่ไม่อยู่ในชุมชน ยังเป็นเรื่องที่เป็นความท้าทายของระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ ทั้งนี้ทางเลือกในการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานในพื้นที่เช่นมูลนิธิเป็นทางเลือกหนึ่งที่เป็นไปได้ หรืออีกแนวทางคือการอบรมให้กับผู้เกี่ยวข้องกับแหล่งท่องเที่ยวที่มีความเสี่ยงในการเกิดเหตุ

จากข้อเสนอแนะดังกล่าวมาสามารถเขียนเป็นแผนภาพแสดงแนวทางการให้บริการสุขภาพกรณีการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในส่วนการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นผลการศึกษากรณีจังหวัดเชียงใหม่ ได้ดังต่อไปนี้ (แผนภาพที่ 5-1)

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่



แผนภาพที่ 5-1 แนวทางการให้บริการสุขภาพกรณีการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในส่วนการให้บริการแพทย์ฉุกเฉิน จากการศึกษากรณีจังหวัดเชียงใหม่

จากแผนภาพที่ 5-1 ในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับบริการทางสุขภาพหลังการเกิดอุบัติเหตุ งานวิจัยครั้งนี้เสนอให้มีการบังคับให้ทำประกันก่อนเข้าประเทศ โดยเฉพาะทำกับภาครัฐบาล และควรมีการประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 หรือ application EMS 1669 ผ่านช่องทาง website หรือ social media โดยอาจจะให้มีการ ดาวโหลด application EMS 1669 ก่อนที่จ000จะเข้าประเทศ ผ่านการเชิญชวนหรือการประชาสัมพันธ์ในหลายๆช่องทาง รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ที่โรงพยาบาล เมื่อมาถึงประเทศไทยแล้วนักท่องเที่ยวประสบอุบัติเหตุทางถนน จากการสัมภาษณ์พบว่ามูลนิธิหรือสถาบันอื่นที่ไม่ได้เป็นของภาครัฐควรเข้ามาเกี่ยวข้องมากขึ้น เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและหน่วยงานอื่นๆในพื้นที่ที่มีความเข้าใจเส้นทางและบริบทพื้นที่ตัวเองค่อนข้างมาก จากปัญหาการสื่อสารโดยเฉพาะภาษาที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษเป็นเรื่องที่สำคัญของพื้นที่ท่องเที่ยวที่รองรับการมาของนักท่องเที่ยวต่างชาติจากหลายประเทศ การใช้ E-translator เป็นเรื่องที่เป็นอีกหนึ่งข้อเสนอแนะของงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งควรจะใช้ทั้ง ณ จุดที่เกิดเหตุ และที่โรงพยาบาล เมื่อมาถึงโรงพยาบาลในพื้นที่ที่มีแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญอาจจะพิจารณาจัดตั้งหน่วยประกันต่างประเทศ เพื่ออำนวยความสะดวกให้ทั้งนักท่องเที่ยวและบุคลากรที่ทำงานของโรงพยาบาลในพื้นที่ นอกจากนี้ที่กล่าวมาในการวิจัยครั้งต่อไปควรจะศึกษาเพิ่มเติมถึงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกล ดังเช่นกรณีของ

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

จังหวัดเชียงใหม่ที่แหล่งท่องเที่ยวหลายแหล่งอยู่ในพื้นที่ห่างไกลและเป็นที่สูง ทำให้ยากต่อการไปให้บริการเมื่อเกิดอุบัติเหตุ00หตุอย่างทันที่วงที่

00เอกสารอ้างอิง

- Bamrungkhet, W., Chimnoi, S., & Srithamrongsawat, S. . (2014). การรับรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยในการใช้บริการรักษาพยาบาลตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่ทั่วถึงทุกคน”.
- Carey, M. J., & Aitken, M. E. (1996). Motorbike injuries in Bermuda: a risk for tourists. *Ann Emerg Med*, 28(4), 424-429.
- Cohen, E. (1972). TOWARD A SOCIOLOGY OF INTERNATIONAL TOURISM *Social Research*, 39(1), 164-182.
- Coltman, M. M. (1989). *Tourism Marketing*, . New York: Van Nostrand Reinhold.
- Davidson., R. (1995). *Tourism* (2nd ed. ed.). Longman London
- Dickman, S. (1997). *Tourism : an introductory text*. Sydney : Hodder Headline.
- Gerard, K., Lattimer, V., Turnbull, J., Smith, H., George, S., Brailsford, S., & Maslin-Prothero, S. (2004). Reviewing emergency care systems 2: measuring patient preferences using a discrete choice *Emerg Med J* 21, 692–697.
- GT, D. M. (2006). *Road traffic injury prevention training manual*.
- Holloway, J. C., & Taylor, N. (2006). *The Business of Tourism*: Financial Times Prentice Hall.
- Mill, R. C. (2011). *Tourism The International Business*. New Jersey: Prentice Hall College Div
- TourismOfWorld. (2017). วัตถุประสงค์ของการท่องเที่ยว. Retrieved 13 มิถุนายน, 2560, from <https://tourismatbuu.wordpress.com/>
- WorldTourismOrganization. (2016). UNWTO Tourism Highlights 2016 Edition. Retrieved 15 June, 2016, from www.unwto.org/annualreports
- WorldTouristOrganization. (1981). *International Tourism in Figures*. Madrid.
- เสาวณี จันทะพงษ์ และ กัมพล พรพัฒนาไพศาลกุล. (2558). ภาคบริการท่องเที่ยวไทย: ความสำคัญ ความท้าทาย และความยั่งยืน ตอนที่ 2. บทวิเคราะห์ทางเศรษฐกิจ, 10 พ.ย. 2558.
- กมลรัตน์ ศักดิ์สมบูรณ์ และ ศุภาพิชญ์ มณีสาคร. (ม.ป.ป.). พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของชาวต่างชาติในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน, 2560, จาก <https://tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/9816> กรมการกงสุล. (2557). ประเภทและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการตรวจลงตราประเภทต่างๆ สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน, 2560, จาก <http://www.consular.go.th/main/th/services/1287>

- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ฝ่ายเลขานุการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. (2554).
แผนที่นำทางเชิงกลยุทธ์ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2554-2563: ศูนย์
อำนวยการความปลอดภัยทางถนน และ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย.
- กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. (2558). ยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวไทย พ.ศ. 2558 - 2560 (หน้า.
21). สืบค้นจาก http://www.mots.go.th/ewt_dl_link.php?nid=7114
- กรุงเทพธุรกิจ. (2560). สายด่วน 1669 พร้อมช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน, กรุงเทพธุรกิจ. สืบค้นจาก
<http://www.bangkokbiznews.com/news/detail/742019>
- กฤษฎา นาคี จาริก พุทธรักษา พิพัฒน์ ทองทา และ ทวีศักดิ์ เตชะกระโทก. (2556). สถานการณ์การ
เกิดอุบัติเหตุทางถนนของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติช่วงเทศกาลสงกรานต์ ปี พ.ศ. 2556
สืบค้นเมื่อ 20 มิ.ย., 59, จาก http://ncce12.eng.nu.ac.th/eng2012/work/file2-2014_03_11_15_26_27.pdf
- กัญญา วังศรี. (2556). การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. *Srinagarind Med.*, 28, 69-72.
- การท่องเที่ยวและกีฬา. (2559). รายงานภาวะเศรษฐกิจท่องเที่ยว (Vol. 4).
- กิตติพงศ์ พลเสน และคณะ. (2559). สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการการแพทย์
ฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน.
- ข้อมูลจากสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ. (ม.ป.ป.). ข้อมูลจำนวนโรงพยาบาล. จาก
<http://gishealth.moph.go.th/healthmap/gmap.php#result>
- จิตติรัตน์ แสงเลิศอุทัย. (2558). เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. *วารสารบัณฑิตศึกษา*, 12(58), 13-24.
- จิตรประไพ สุรชิต. (2560). การรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาล
ปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร. *วารสารวิชาการแพทย์เขต* 11, 3(2), 271 - 278.
- ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล บริบูรณ์ เชนธนาภิก และ บวร วิทย์ชำนานกุล. (2555). เหตุใดคนเชียงใหม่
เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุจึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน. *วารสารวิจัย
ระบบสาธารณสุข*, 6(2), 268-277.
- ธรรณี กายี. (2559). การดำเนินป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดเชียงใหม่โดยใช้ข้อมูล
การแพทย์ฉุกเฉิน. สืบค้นเมื่อ 18 มิถุนายน, 2560,
- บุญเลิศ จิตตั้งวัฒนา. (2548). อุตสาหกรรมการท่องเที่ยว. กรุงเทพฯ: บริษัทแพรนต์ แอนด์ ดีไซน์
จำกัด.
- ประเทศไทย, ส. สมาคมพยาบาลฉุกเฉิน ประเทศไทย สืบค้นเมื่อ 1 มิ.ย., 2561, จาก
<https://ena.or.th/history.php>
- ประสพชัย พสุนนท์. (2557). การกำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวทาง Kreicic and Morgan (1970)
ในการวิจัยเชิงปริมาณ *วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์*, กรกฎาคม-ธันวาคม 2557. จาก
http://www.arts.kmutnb.ac.th/file_article/1442473417.pdf

- ประสพชัย พสุนนท์. (2558). ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามสำหรับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ปีที่ 18 ฉบับเดือนมกราคม-ธันวาคม 2558., 375-396.
- พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551
- พุดตาน พันธเนตร และคณะ. (2559). การจัดสรรกำลังคนทางสุขภาพเพื่อการดูแลนักท่องเที่ยว. ภาวณิ เอี่ยมตระกูล ภูริเชษฐ์ กฤตยานุกูล และ ทัดเทพ หนูสุข. (2558). พฤติกรรมและทัศนคติของนักท่องเที่ยวต่างชาติที่ส่งผลต่อความปลอดภัยทางถนนสำหรับการท่องเที่ยวในประเทศไทย. วารสารการบริการและการท่องเที่ยวไทย, 10(1), 88-105.
- มัชฌิมา อุดมศิลป์ และ นรินทร์ สังข์รักษา. (2559). การจัดการความปลอดภัยด้านการเดินทางท่องเที่ยวทางบกด้วยรถยนต์และรถสาธารณะในภูมิภาคตะวันตก: ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวสู่ประชาคมอาเซียน. *Veridian E-Journal Silpakorn University*, 9(3), 248-259.
- วาริษฐ์ มัชฌิมบุรุษ. (2556). การตลาดการท่องเที่ยวสำหรับนักท่องเที่ยวชาวญี่ปุ่นที่พำนักระยะยาวในจังหวัดเชียงใหม่. วารสารการบริการและการท่องเที่ยวไทย, 8(2), 48-61.
- วารานัย ยูวะนะเตมีย์. (2559). การรับรู้ความเสี่ยงของนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เดินทางมาท่องเที่ยวในประเทศไทย. (ศิลปศาสตร์มหาบัณฑิต วิทยานิพนธ์), มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, กรุงเทพมหานคร.
- วุฒิพันธ์ สันติมิตร (2557). การจัดการความเสี่ยงด้านการท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะช้าง จังหวัดตราด. (รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยานิพนธ์), มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2556). คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามเกณฑ์ที่ กพฉ.กำหนด. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2559). แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 - 2564 สืบค้นจาก http://www.niems.go.th/th/Upload/File/255909261057001800_jhiufoX5n8G1OBLW.pdf
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). แนวทางปฏิบัติการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ตามนโยบาย "เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ มีสิทธิทุกที่". จาก http://www.niems.go.th/th/Upload/File/256104091000232914_EtLeXFtU5mKNUd49.pdf
- สมาคมประกันวินาศภัยไทย. (2560). การประกันรถยนต์. สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน, 2560, จาก <https://www.tgia.org/insurance/motor>
- สายพัฒนา., ฉ. ป. แ. อ. (2556). ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น. สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2561, จาก www.watpon.com/Elearning/validity.pdf
- สำนักงานการท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัดเชียงใหม่. (2559). รู้จักเชียงใหม่. สืบค้นเมื่อ 17 มิถุนายน 2560, จาก <http://www.cm-mots.com/aboutus/index/1346643608.html>

- สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.). (2560). การประกันภัยรถยนต์กับพระราชบัญญัติประกันภัยรถยนต์. สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน, 2560, จาก <http://www.oic.or.th/th/consumer/>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2558). ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12: เอกสารประกอบการระดมความคิดเห็นทิศทางแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 สืบค้นจาก http://www.nesdb.go.th/article_attach/Book_Plan12.pdf
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). GDP ไตรมาสที่ 4 ทั้งปี 2560 และแนวโน้มปี 2561. สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย., 2561, จาก http://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=5165
- สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่. (2560). ข้อมูลทั่วไปจังหวัดเชียงใหม่. สืบค้นเมื่อ 18 มิถุนายน, 2560, จาก <http://www.chiangmai.go.th/managing/public/D8/8D01Feb2017150134.pdf>
- สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่. (ม.ป.ป.). บรรยายสรุปจังหวัดเชียงใหม่. Retrieved 8 มิ.ย., 2559, from <http://103.28.101.10/briefprovince/filedoc/50000000.pdf>
- สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร. (2558). รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2557. สืบค้นจาก <http://www.otp.go.th/uploads/files/1471501633-dgyrs-3z11i.pdf>
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). อุบัติเหตุทางถนนของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ. 6(14). จาก <http://wops.moph.go.th/ops/thp/thp/userfiles/file/Issue%2014.pdf>
- สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. (2559). รายงานภาวะเศรษฐกิจท่องเที่ยว ฉบับที่ 3 ม.ค. - มี.ค. 2559. กรุงเทพฯ: กรมการท่องเที่ยว กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา สืบค้นจาก https://www.mots.go.th/ewt_dl_link.php?nid=7622.
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2551). ท่องเที่ยวอย่างรู้ “รักษ์” ธรรมชาติ สืบค้นเมื่อ 13 มิถุนายน, 2560, จาก <http://www.royin.go.th/>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). การท่องเที่ยว. สืบค้นเมื่อ 17 มิถุนายน, 2560, จาก <http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries23.html>
- สิริรัตน์ นาคแป้น. (2555). พฤติกรรมและแรงจูงใจของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติในการมาท่องเที่ยวเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต วิทยานิพนธ์), มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, กรุงเทพมหานคร.
- องค์การอนามัยโลก. (2558). การตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุ การช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ประสบอุบัติเหตุจากการจราจรทางบก.
- องค์การอนามัยโลก. (2559). สถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2558.

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

อัศรัฎฐ์ รินโธสง. (2557). การหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา Content validity index. จาก <https://sites.google.com/site/stats2researchs/student-of-the-month/johndoe>

ภาคผนวก ก

บทสนทนาจากการเก็บข้อมูล

บทสนทนาจากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มเป้าหมายของงานวิจัย

บทสนทนา
<p>โรงพยาบาล สันกำแพง เทป 54 นาที</p> <p>นักท่องเที่ยว ระบบการ ecalm ในแผนงานจะมี 5 โครงการ ของอาจารย์สุภชัย เป็นข้อมูล รูปแบบที่ควรจะเป็นของการบริการนักท่องเที่ยวของชาวไทยและต่างประเทศ โรงพยาบาลจะมีมาตรฐานของ er ในรูปแบบนักท่องเที่ยวต้องมีอะไรเพิ่มเติมอีกบ้าง และมีปัญหาอะไรบ้าง นิยามนักท่องเที่ยว ไม่รวมต่างดาว ต่างอำเภอมาท่องเที่ยวก็ถือว่าเป็นนักท่องเที่ยว ในพื้นที่ปัญหาการให้บริการ นักท่องเที่ยวจะมีปัญหา ระบบ insurance ประกันสุขภาพ อุบัติเหตุ ส่วนมากจะเป็นปัญหาชาวต่างชาติมาแต่งงานกับคนไทย มาเข้าบ้านที่สันกำแพงและไม่มีประกันสุขภาพ จะมีปัญหาเรื่องต ตัวอย่าง วันเสาร์ อุบัติเหตุนักท่องเที่ยวชาวญี่ปุ่น ให้ส่งตัว เชียงใหม่ราม ราชเวช แต่ราชเวชไม่รับเนื่องจากเป็น multiple coma เป็น head injury อุบัติเหตุรถยนต์ การติดต่อเป็นไปได้ยาก ทั้งทางด้านภาษา เมื่อประสบอุบัติเหตุนักท่องเที่ยว จะไม่พูดภาษาไทย โรงพยาบาลลานนาต้องรอขออนุญาตญาติ ในเวลา รออีกครั้งชั่วโมง ญาติตัดสินใจให้ส่งไปเอกชน แต่ค่าใช้จ่ายประมาณห้าแสนบาท เนื่องจากประสบอุบัติเหตุทางหัว สุดท้ายจึงส่งไปนครพิงค์นครพิงค์มีระบบจัดเก็บ ก็ปฐมพยาบาลเบื้องต้นไปก่อน</p> <p>นักท่องเที่ยวส่วนมากจะมีระบบประกันสุขภาพ นักท่องเที่ยวบางรายมาเที่ยวกันและเช่ามอเตอร์ไซค์มา แล้วเกิดอุบัติเหตุ จะมีระบบประกันอุบัติเหตุ ถ้าเป็นมาเที่ยวไม่แน่ใจว่าแต่ละประเทศมีระบบบังคับให้ทำประกันรึเปล่า แต่ละประเทศไม่ได้บังคับแต่ประเทศเราน่าจะบังคับจึงมีหนี้ค้ำชำระประมาณก็ร้าย ! หนี้ค้ำชำระจะโอนไปทางคลัง แต่ละเดือนจะไม่ค่อยเยอะ ประมาณ ! นักท่องเที่ยวที่เที่ยวในเชียงใหม่ส่วนมากมาพำนักอยู่ยาวทำสัญญาเช่าบ้าน สองปี มาเฝ้าลูกเรียนนานาชาติ ส่วนใหญ่เป็นคนจีน ส่วนมากติดต่อมาทาง 1669 ส่วนใหญ่เป็นผู้ประสบเหตุเป็นคนโทรละให้กู้ภัยไปรับหรือโรงพยาบาลไปรับ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้มเห็นเป็นผู้แจ้งมา การสื่อสารของที่โรงพยาบาล</p>

บทสนทนา

ไม่มีปัญหาทางการสื่อสาร ส่วนใหญ่ที่มากพูดภาษาอังกฤษได้ บางราย มีชาวญี่ปุ่น เกาหลี พูดภาษาอังกฤษไม่ได้จะมีปัญหานิดหน่อย ชาวจีนพูดภาษาอังกฤษได้ ส่วนมากซื้อหม้อบ้านจัดสรรเยอะ ต่างชาติซื้อแต่คอนโด ต่างชาติจึงให้ต่างชาติเช่า ชาวจีนจะนำลูกมาศึกษาที่เชียงใหม่ บาง case ให้กู้ภัยไปส่งในเมือง ถ้าอาการไม่หนัก อุบัติเหตุแก่นักท่องเที่ยวส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ส่วนใหญ่ โรงพยาบาลแม่ฮ่องสอน เนื่องจากมีสถานที่ท่องเที่ยว adventure การปีนเขา แต่บางรายก็มาที่นี่ พนักงานที่นั่นมาส่งเนื่องจากมีระบบประกันอุบัติเหตุของเค้า ถ้าคนมีประกันจะไม่มีปัญหา อุบัติเหตุทางรถส่วนใหญ่จะไม่มีประกันเนื่องจากเช่ารถมอเตอร์ไซค์มาขี่เล่น ผู้ประสบภัยก็ต้องมาเอง จ่ายเป็นเงินสดถ้าไม่มีก็ค้างไว้ แต่ยังไงก็รับทุกกรณี บางcase นักท่องเที่ยวชาวเกาหลี พูดภาษาไทยไม่ได้ให้เบอร์โทรของรถเช่า น่าจะมีบังคับ ทำประกันไม่เหมือนเมืองนอก อย่างที่ญี่ปุ่นจะมีการเรียกเก็บ เห็นน้องเขาว่าให้ไปรวมกับต่างดาว แล้ว พรบ สาม ให้การคุ้มครองรีปาว !

ปัญหาการรักษา

โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลชุมชนจะรักษาจะอยู่ในระดับหนึ่ง ถ้ามี case หนักจะส่งไปนครพิงค์ ถ้าเต็มจะไปมหาราช

ขั้นตอนการรักษา

ผู้ประสบเหตุโทร 1669 ถ้าไปcase ที่ไม่หนักจะมีกู้ภัยไปรับ ถ้าหนักกู้ภัยจะรับทราบข้อมูลและให้รถโรงพยาบาลไปรับ การติดต่อไม่มีปัญหาอะไรสามารถสื่อสารกันได้ พอมาถึงโรงพยาบาล ขั้นตอนการรักษาเป็นไปตามมาตรฐาน ถ้าเอกซเรย์ ก็เอกซเรย์ และสอบถามว่ามีประกันไหม จะให้ส่งตัวไปที่ไหน

ตอนแรกมีโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม ที่มีประกันทุกราย ตอนนี้อยู่ไม่มีแล้ว ศูนย์ call center ไม่รับแล้ว ต้องสอบถามเรื่องค่าใช้จ่ายก่อน ระบบ emco เข้าที่ไหนก็ได้ในเจ็ดสิบสองชั่วโมง แต่มีการเข้าที่นี้ก่อนก็จะไม่รับแล้ว แต่ทางโรงพยาบาลจะมีการสอบถามคนไข้ก่อน ถ้าให้ไปส่งก็ไป เพราะระบบ 1669 ไปรับผู้ป่วยเสร็จ ผู้ป่วยสามารถเลือกโรงพยาบาลได้โดยที่โรงพยาบาลนั้นไม่มีสิทธิในการ ปฏิเสธได้ ถ้ามันไกลจะมีต้นทุนค่าน้ำมัน กู้ภัยจะได้ case ละสามร้อยถึงห้าร้อยบาท บางครั้งไม่ไปเนื่องจากไม่คุ้ม ก็จะมาส่งที่นี้ก่อน และส่งตัวออกไปถ้าโรงพยาบาลเอกชนเค้ามีสิทธิไม่รับ แต่ถ้าเป็นโรงพยาบาลแรกต้องรับหมดภายใน 72 ชั่วโมง อยากให้รัฐบาลบังคับให้ทุกคนที่เข้ามาในประเทศไทยมีระบบประกันอย่างก็ก้ออุบัติเหตุ ถ้าพวก case อื่นที่เข้ามาที่ไม่เกี่ยวกับอุบัติเหตุ ก็จะมีการจ่ายเงินไม่เป็นปัญหา พวกที่อยู่ระยะยาว บางทีจะพบ ปัญหาเรื่องเขตแดน ถ้าโทร 1669 จะไปติดลำพูนแต่ผู้ประสบอุบัติเหตุจะไปโรงพยาบาลที่เชียงใหม่ถ้าเป็น case หนักก็ไป ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ในปีหนึ่ง จะมีประมาณ 10 ที่เป็นนักท่องเที่ยวต่างชาติ อาการ ปะปนกัน บางรายหนักและไม่หนัก อัตราส่วนแบบครึ่ง ส่วน นักท่องเที่ยวไทยในช่วงเทศกาล ในช่วงเจ็ดวันอันตราย ประมาณ 10-15 รายต่อวัน ในช่วงนี้ผมพวกเขาเข้ามาด้วยเนื่องจากมาเป็นแรงงานทำบ้านจัดสรร ในช่วงเทศกาล ทรัพยากรในการ support พอ

บทสนทนา

บุคคลกร เพียงพอมีความสามารถในการเรียกเสริมได้ นักท่องเที่ยวชาวไทยไม่มีปัญหาเนื่องจากมีประกันรักษาสุขภาพถ้วนหน้า แต่อุบัติเหตุทางรถก็มีปัญหาบางเนื่องจากไม่ยอมทำ พ.ร.บ ประกันสังคมสุขภาพถ้วนหน้า จะไม่รับผิดชอบ ในสามหมื่นแรก ถ้าเกี่ยวกับรถที่ไม่มี พ.ร.บ การรักษาก็เป็นไปตามมาตรฐาน เวรตีก การเงินจะไม่มี หน้าที่พยาบาลก็ต้องทำ พวกฉุกเฉินก็จะทำการรักษาไปก่อน แล้วส่งต่อให้การเงินจัดการ ก็จะค้างชำระไว้ก่อน แล้วปล่อยคนไข้กลับบ้านหรือเปล่าถ้าคนไข้เจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ถ้ายังไม่มีการชำระเงิน? - ปล่อยกลับมีใบค้างชำระให้ไปแต่ไม่ทราบว่าคุณไข้ได้กลับมาจ่ายเงินหรือเปล่า ถ้าเจ็บเล็กน้อยอยู่ในช่วงสี่เซียวัยพอรักษาได้แต่ถ้าเป็นสีแดงจะไม่ได้แล้ว แรงงานมันรวมหลายอย่างแรงงานต่างด้าวอย่างคนจีนก็มาทำประกันสุขภาพ30บาทได้แต่ไม่ทราบว่ามาอยู่นานแล้วหรือเปล่า มีคนไข้ที่เป็นต่างด้าวมาเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะก็เสียครั้งละ 30 บาท บางทีก็มีชาวต่างชาติมารับบริการซึ่งคิดว่าคนเหล่านี้มีเงินจ่าย จริงๆ แล้วคิดว่ามันไม่คุ้มอย่างเสาร์อาทิตย์ก็มาตรวจจ่ายแค่30 บาท มันคุ้มมากเกินไปรัฐบาลจ่ายรายหัวแล้ว แล้วบุคลากรพอสำหรับการบริการหรือไม่- มีการจัดเวรพออยู่แต่ก็ได้ข้อร้องเรียนเรื่องความล่าช้า พยาบาลไม่ขาดแคลน มีการจ้างงานพยาบาลแบบpart time ทำเป็นโอที 600 บาท/เวร 8 ชั่วโมง

พยาบาลER ยังมีมากอยู่หรือเปล่า ยังมีแต่ก็จะเหนื่อยมากมีความท้อเพราะเจอประชาชนยื่นข้อร้องเรียนมาเยอะ จะมีชาวต่างชาติที่มีแฟนเป็นคนไทยเรื่องกิริยาการทำตัวไม่ค่อยดีนักเคยเกือบทำร้ายเจ้าหน้าที่ด้วย แต่บางคนก็ดีจ่ายเงินครบ ชาวต่างชาติแถวนี้ส่วนใหญ่มาจากเยอรมันเยอะ ชาวต่างชาติที่มาทำงานบริษัทจะมีประกันให้เลยไม่ค่อยมีปัญหา จะมีปัญหากับนักท่องเที่ยวที่เดินทางมา ถ้าเป็นcase ที่หนักก็จะต้องส่งต่อเลยทำให้ตามหาไม่ได้มีปัญหาเรื่องการจ่ายเงิน ไม่มีปัญหาเรื่องไม่ได้รับการรักษาเพราะมั่นใจ ชาวต่างชาติทุกคนมั่นใจในการรักษาของเรา กรณีที่นักท่องเที่ยวไม่ให้ความร่วมมือในการรักษามีวิธีการอย่างไร? - ก็จะมีการพูดคุยในระดับหนึ่งแต่ถ้าไม่ให้ความร่วมมือก็จะไม่รักษาให้เพราะมันจะเป็นอันตรายต่อตัวเรา มีปัญหาเรื่องภาษา? - มีปัญหา ก็จะใช้แอปพลิเคชัน แต่ส่วนใหญ่จะใช้ภาษามือมากกว่า ถ้าคนไข้พูดภาษาอังกฤษได้ก็ใช้ภาษาอังกฤษ

ในกรณีเกิดเหตุ ถ้าการสื่อสารชาวต่างชาติใช้ภาษาอังกฤษไม่ได้และมีอาการแพ้ยาก็ไม่สามารถบอกเราได้จะพูดคุยถ้าเกิดกรณีฉุกเฉินจะต้องทำอย่างไร? - ก็ต้องรักษาตามอาการไปก่อน อย่างถ้าคนไข้เป็นโรคหัวใจก็ต้องให้ยาที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ ถ้าไม่รู้ว่าคุณไข้แพ้ยาก็มีโรคประจำตัวอะไรมาก่อนก็จะไม่ให้ยาที่อันตราย อย่างเช่นยาละลายลิ่มเลือดหัวใจ จะรักษาเบื้องต้นไปก่อน เรื่องการสื่อสารทำให้การทำงานล่าช้าแต่ไม่มากเท่าไรแต่ในเวลานั้นก็ต้องช่วยก่อน ไม่ทราบว่าผู้หญิงที่นี้จู้จุกจิกหรือป่าว อยู่กับเพศ แต่ก็เห็นว่าบางรายไปอยู่กับเวชปฏิบัติ ที่เป็นหัวหน้ามากกว่า ก็ใช้เวชฉุกเฉินแต่พยาบาลที่นี้ก็แข็งแรงพอถึงมาอยู่erได้ จะทนต่อผู้ป่วยและทนต่อหัวหน้าเพราะว่าหัวหน้าก็จะดูบางที่พี่ก็เห็นใจ การครองเวรห้ามเกินสองรอบ เข้าต่อบ่าย จะไม่ให้เกิน2เวร เข้าบ่ายสองครั้งสองรอบ ห้ามตีกต่อบ่าย ตึกไม่เกินสองตึกมีระเบียบที่วางไว้ กำลังผลที่พอ ไม่มีหน่วยประกันต่างประเทศ ใช้หน่วยประกันปกติ ถ้ามีปัญหาอุบัติเหตุผลมา ก็จะโทรไปบอกจะมีคนตรวจสอบ พ.ร.บ ถ้ามีหมายเลขเค้าก็จะเครมให้ไม่ต้องเสียเงิน ประกันสังคมด้วยก็จะมีการlink หากัน ที่นี้มีปัญหาการ

บทสนทนา

ยืนยันตัวตนด้วย เป็นคนไทยที่เป็นต่างดาวที่มายุ่งตั้งแต่เกิด ก็จะทำให้ทีมงานประกันดู ส่วนของพี่จะเป็นการรักษา ของโรงเรียนก็จะมีประกันโรงเรียน ที่เป็นเด็กต่างดาว ประเทศเราจะรับการรักษาหมด ไม่แน่ใจว่าประเทศเรามีหน่วยงานที่จะเรียกเก็บผู้ประสบภัยไหม เราไม่มีระบบชัดเจน ถ้าต่างประเทศจะมีการบังคับการซื้อประกันเลย เจ็บป่วยอุบัติเหตุ ชาวจีน ชาวเยอรมันบอกว่าประเทศไทยมีสี่แยกเยอะไปและอันตรายมาก เป็นรองอันดับสองรองจากตาปีนี และอันดับสามคืออิตาลี case จักรยานสองสามมีภรรยาที่มายุ่ง

โรงพยาบาลนครพิงค์

เทพ17 นาที

มีระบบเกิดขึ้นเดิมทีเดียวเกิดจากตัวใครตัวมัน ก็พบว่ามีทะเลาะตีกันแย่งกันใช้ คนใช้หนึ่งคนมีคนแย่งกันเข้าไปดูแล บางจุดก็ไม่มีใครดูแล ดังนั้น เราจึงมารวมตัวกันตั้งแต่ปี 2536 ประมาณ 24 ปี ต่อมาปี 41 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.) เริ่มก่อตั้งขึ้นแต่โครงการเสร็จโดยอีก 5 ปี ต่อมา นั้นหมายความว่าศูนย์กู้ชีพเวียงพิง เชียงใหม่เริ่มขึ้นก่อนที่สถาบันของประเทศไทยจะเกิดขึ้น ศูนย์กู้ชีพเวียงพิง จึงกลายเป็นศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉินของจังหวัดเชียงใหม่ อยู่ภายใต้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน โดยรองรับเหตุฉุกเฉินทั้งหมด (ป่วย หลอดเลือด หัวใจวาย) เมื่อก่อนเป็นอุบัติเหตุแต่ต่อมาพบว่าอุบัติเหตุป้องกันได้ แต่อาการป่วยฉุกเฉินมากขึ้น ช่วงหลังมากกว่าอุบัติเหตุ โดยในปัจจุบันประมาณวันละ 100 ปละ 36,000 ที่ศูนย์บริการที่ศูนย์ดูแลทั้งหมด 215 หน่วย ทั่วจังหวัดเชียงใหม่ จาก 211 ตำบล โดยที่ตำบลใกล้เคียงกันจะช่วยเหลือกัน

ประเด็นเรื่องของนักท่องเที่ยว ระบบไม่ได้แยกตามสัญชาติเป็นชาติไหนก็ได้ โดยแต่เดิม สบสช. บอกให้รับเฉพาะบัตรทอง แต่ในทางปฏิบัติแยกไม่ได้(เสียเวลาในการถามหาบัตร) ดังนั้นเงินที่ให้กับศูนย์ดำเนินการ ปีละ ประมาณ 10 ล้านบาท ศูนย์ได้เอามาใช้กับหน่วยบริการ ซึ่งมี อยู่ 3 ระดับ คือระดับสูง Advance life support หรือ ALS หน่วยอาการหนัก เป็นอะไรได้หมด เช่น อาการช็อก ชัก มีอุปกรณ์ครบ เป็นรถ ambulance ค่าบริการ 1000 บาท แต่ว่าคนป่วยไม่ต้องจ่าย เพราะใช้งบประมาณที่ได้มาจาก สบสช. ในส่วนของprehospital care (ไม่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล) ถ้าต่างประเทศจะไม่เสียค่าใช้จ่าย ระดับกลาง basic life support หรือ BLS เป็นระดับที่อุปกรณ์ไม่ครบเหมือนกันระดับสูง (เป็นระดับที่ผู้ปวดยุติชีวิต) ค่าบริการ 500 ระดับ first responder หรือ FR เป็นเครื่องมือที่แก้ปัญหาเฉพาะหน้า โดยที่ศูนย์จะมีหน้าที่ในการแยกระดับ เพื่อประหยัดงบประมาณรวมทั้งรถ ambulance มีจำนวนจำกัด 39 คัน ทั่วจังหวัด ส่วน basic จะใช้รถกู้ชีพที่เรียน 2 ปี (อาการเบื้องต้นโดยปรึกษาแพทย์ในการช่วยเหลือคนไข้) first ใช้กู้ชีพที่เรียน 1 เดือน (การปฐมพยาบาลทั่วไป จะเชี่ยวชาญในการพุงชีพเบื้องต้น) 350 บาท เป็นระดับที่ให้บริการมากที่สุด (ตัวเลขมีในรูปที่ถ่ายไว้) ดังนั้นนักท่องเที่ยวต้องเข้าใจว่า รถ ambulance ของเรามีไม่พอ ส่วนใหญ่จะต้องใช้หน่วยระดับล่างไป เนื่องจากนักท่องเที่ยวส่วนใหญ่ของเชียงใหม่จะได้รับอุบัติเหตุในที่ไกล เช่น ตามป่าเขา เพราะนักท่องเที่ยวส่วนใหญ่จะเลือกท่องเที่ยวเชิงธรรมชาติ แบบ ผจญภัย เดินป่า

บทสนทนา
<p>ชมธรรมชาติ</p> <p>อุบัติเหตุในเมืองของนักท่องเที่ยวในส่วนของ อุบัติเหตุทางยานพาหนะมีมาก เมื่อก่อน อุบัติเหตุจะประมาณ 70 เปอร์เซนต์ แต่ในปัจจุบันอยู่ที่ ประมาณ 30 เปอร์เซนต์ ใน 3 คนจะเป็นอุบัติเหตุ ใน 1 คนที่เหลือเป็นเจ็บป่วย เช่น เบาหวาน แต่ stroke มีทุกวัน (เป็นคนไทยไม่ใช่ต่างชาติ) ผู้สูงอายุก็มีแต่ส่วนใหญ่ที่ไปให้บริการจะอยู่ในเขตเมือง เพราะถ้าอยู่นอกเมืองจะไม่ค่อยมีคนโทรแจ้งเนื่องจากไม่ให้ความสำคัญถือว่าถึงเวลาที่ต้องเสียชีวิตเพราะชราภาพ และเรื่องขอรายได้ด้วย</p> <p>เรียกบริการให้ช่วยจะให้ช่วยกลับไปบอกในเรื่องของให้นักท่องเที่ยว หมายเลข 1669 เป็น บริการฟรีทุกคน ทุกที่ ทุกเวลา น่าจะให้มีประกาศไว้ที่สนามบิน (นักท่องเที่ยวไม่รู้) คือถ้าเป็น case หนักที่ตอนแรก ระดับล่างไปแล้วระดับสูงก็ตามไปอีก โดยที่ค่าใช้จ่าย ก็จะเป็น 1350 (คือจ่าย ทั้ง 2 หน่วย ด้วยงบประมาณของ สปสช.)</p> <p>คำถาม การดูแลเหมาะสมตามมาตรฐานหรือไม่</p> <p>ตอบ มาตรฐาน มี 3 ระดับและคนที่มาปฏิบัติงานทุกคน ได้รับการฝึก ละรับรองมาตรฐาน ทุกคนต้องขึ้นทะเบียน มีบัตรผ่านการฝึก ถ้าไม่มีบัตรหรือไม่ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบถือว่าผิดกฎหมาย มีมาตรฐานมานานกว่า 10 ปี</p> <p>เทป 29.17</p> <p>เราได้ภาษาอังกฤษได้แต่ภาษาจีนยังไม่ได้ภาษาจีนต้องใช้ล่าม ภาษาอังกฤษเรามีได้อะลอก จะมีสูตรในการถาม เป็นแพลนที่วางไว้ให้เป็นคำถามปลายปิด yes or no ไม่ให้คำตอบยาวเกินไปเป็นได้อะลอกที่ออกไป แต่ถ้าคนไหนพูดภาษาเยอรมัน จีน อินเดีย จะมีปัญหา แต่อาเซียนพอไว้ แต่เท่าที่พบเจอส่วนคนไทยที่มาจากเมืองไทยจะพูดภาษาอังกฤษกันได้ แต่พวกจีนต้องใช้ล่ามจากคนข้างเคียงถามว่าเจ็บที่ไหนเป็นอะไร ตอนนี้นักท่องเที่ยวที่มาเรียกใช้บริการ ก็จะมีมาทุกวันแต่ไม่เยอะมา มีมา แค่ 1-2 เปอร์เซนต์แต่ไม่เป็นปัญหาอะไร สัญชาติที่เป็นปัญหาคือพวกยิว อิสราเอล ชอบไปโหดเอนกันอยู่ในป่าพากันมา บางที่ต้องเอาเฮลิคอปเตอร์ไปรับมา ค่าใช้จ่ายประมาณ สองหมื่นบาท ระบบก็ต้องจ่าย บางทีก็จะมีประกันมาช่วยบาง และเราไม่มีเฮลิคอปเตอร์เป็นของตัวเอง ต้องไปขอความช่วยเหลือจากทหาร พาณิช หรือขอที่แมริมซึ่งมีสัญญากันว่าตกลงว่ามีอุบัติเหตุจริงๆเช่นไปตกดอยเราต้องเรียกเมื่อก่อนยกตัวที่สี่หมื่น แต่เดี๋ยวนีลดลงมาเหลือสองหมื่น แต่ไม่เกิน 250 กิโลเมตร ค่าน้ำมันก็แพง ถ้าเป็นนักท่องเที่ยวเราก็จะไม่คิดตั้งใครสักคน ยกเว้นเรื่องเฮลิคอปเตอร์ต้องรับภาระเป็นกรณีแต่ว่าระบบพร้อมจ่ายช่วยได้ก็จะดีหน่อย แต่ทางรถยนต์ไม่ต้องเสียอยู่แล้ว case เฮลิคอปเตอร์นานๆจะเกิดปีหนึ่งก็สองสามครั้งไม่เยอะมาก กรณีที่เอาศพขึ้นมาไม่ได้พวกกู้ภัย</p> <p>พวกนี้ไม่ได้เรียนเรื่องการแพทย์กู้ภัยจะเป็น ออกปร จะนำคนขนส่งผู้ป่วยออกมาเนื่องจากมีเครื่องมือที่พร้อมเพียงกว่า เช่นรถเกิดไฟไหม้เราเข้าไม่ได้หลักของการแพทย์ฉุกเฉินเราต่อเซฟตัวเราก่อนแต่หลักของกู้ภัย เราต้อง hero คนละอย่าง ระบบมาตรฐานในโรงพยาบาลจะมีการขึ้นทะเบียนหมอ การขึ้น</p>

บทสนทนา

ทะเบียนไปปรับคนไข้แล้วเราทำอะไรไม่ได้เราจะต้องรู้ขีดความสามารถของโรงพยาบาล เช่นกันว่าโรงพยาบาลที่โรงไม่ได้เก่งเท่านครพิงค์ เท่าสวนดอก บางโรงต้องดีเซนฟาย ทำหน้าหน้าที่ในอินซีล แคร่ เช่นเติมน้ำเกลือ สเตปีโล คนไข้ ทำให้คนไข้ฟุ้งซิงให้คนไข้ที่อยู่มก้อย ดอยเต่า ผาง ต้องให้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง ใส่เครื่องช่วยหายใจเพราะคนไข้หายใจเองไม่ได้ หายใจลำบาก ที่สำคัญคือต้องรักษาให้คนไข้หายใจพร้อมที่จะส่งต่อ โรงพยาบาลของเราทั้งหมด 25 โรง

ประเด็นปัญหาของนักท่องเที่ยว ปัญหาที่พบคือ นักท่องเที่ยวไม่เรียกบริการเองส่วนใหญ่จะเป็นการที่บุคคลอื่น

มีข้อตกลงพอมมาถึงโรงพยาบาลต้องทำให้คนไข้เสถียรมากที่สุดแล้วค่อยส่งต่อ ถ้าเกิดเหตุทางหน่วยกู้ชีพจะส่งให้โรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดเพื่อทำการช่วยเหลือให้คนไข้เสถียรก่อนแล้วค่อยส่งต่อ ซึ่งในกรณีส่งต่อคือคนไข้ต้องมีอาการหนักมากถึงจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น แต่ถ้าแผลตื้นไม่เกี่ยวข้องกับเส้นเลือด อวัยวะภายในไม่ฉีกขาดก็จะดูแลรอดูอาการหนึ่งคืนแล้วค่อยส่งต่อหรือกลับบ้าน

ยกตัวอย่างเช่น ถ้ามีคนไข้ที่หวักระแทกพื้นแต่ไม่มีบาดแผลก็ต้องดูอาการหนึ่งคืนเพื่อให้แน่ใจว่าจะมีอาการอะไร ปี59 ที่เชียงใหม่อายุต่ำกว่า 4 ขวบเสียชีวิตเพราะอุบัติเหตุไม่ต่ำกว่า 13 คน มีคนตายบนท้องถนนทั้งหมด 656 คน มีประมาณห้าร้อยคนตายเพราะไม่สวมหมวกกันน็อก เกิดการกระทบกระเทือนในสมองซึ่งไม่สามารถรักษาได้ ที่เหลือรถยนต์อย่างอื่นการตายไม่ถึงร้อยคน ส่วนใหญ่จะเป็นจักรยานยนต์ งานวิจัยล่าสุดออกมา49% ไม่ใส่หมวกกันน็อกเมื่อชาวต่างชาติมาเห็นว่าคนไทยไม่สวมหมวกกันน็อกก็ทำตามบ้าง และ51%ที่สวมหมวกกันน็อกมีเปอร์เซ็นต์การใส่หมวกมากกว่าที่อื่น อยากให้การวิจัยได้ประโยชน์กับประเทศไทยหลังจากที่การวิจัยออกมาต่างประเทศจะดูแลเรื่องนี้ก็กันอย่างดีแต่ประเทศไทยประชาชนบางคนยังไม่รู้เลยว่า

หมายเลข 1669 คืออะไร ทั้งที่เป็นบริการที่ดีและบริการที่ฟรีรวดเร็วมีหน่วยบริการมากมายเพราะคนไทยมีนิสัยชอบช่วยเหลือคนมีใจมาช่วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่ต้องบังคับสมัครใจมาเป็น ยกตัวอย่างเช่นFR อาสาสมัคร เงินเดือนก็ไม่มีแต่ใจรักที่จะช่วยเหลือ พวกก็ักัยบอกว่ามีความสุขที่จะช่วยเหลือ ได้ช่วยชีวิตคน ถ้าจะวิเคราะห์วิจัยจะบอกว่าคนไทยมีนิสัยชอบช่วยเหลือคิดว่าเป็นที่1ในโลก เริ่มแรกที่ไม่มีการจ่ายให้350บาทแต่ก็ยังอยากช่วยเหลือแต่เมื่อก่อน20กว่าปีที่แล้วยังไม่มีความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และอีกเรื่องที่เขาารู้สึกอยากเป็นอาสาสมัครก็เพราะว่าสังคมยกย่องขอบคุณ แต่ยังไงก็ต้องรักษามาตรฐานจะต้องมีการถามก่อนห้ามส่งโรงพยาบาล ต้องมี spine boardล็อกคนไข้ไม่ให้เคลื่อนที่หรือขยับแต่ทุกหน่วยก็ักัยจะต้องมีทั้งหมดเพื่อไม่ให้ผิดมาตรฐาน มีปัญหาเรื่องนักท่องเที่ยวที่มาแล้วเจ็บป่วยอาจจะไม่ใช่เพราะอุบัติเหตุอย่างเดียวมาอยู่เมืองไทยประเทศไทยดูแลดีมีปัญหาระค่าใช้จ่ายกับบ้านเมืองเราพอสมควร? – ไม่ต้องกังวลเพราะเวลาเข้าโรงพยาบาลมันจะ full charge ระบบที่พาคคนไข้เข้าสู่โรงพยาบาลมันฟรีแต่เมื่อแอดมิดแล้วแอดมิดที่โรงพยาบาลไม่มีการขาดทุนเพราะเมื่อมีการแอดมิดนั่นคือรายได้ของโรงพยาบาล และตามหลักแล้วเกิดเหตุตรงไหนเราต้องไปโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดหรือถ้าคนไข้ยังรู้ตัวดีมีความดันดีหัวใจดีต้องการ

บทสนทนา

ไปโรงพยาบาลที่ตนเองไว้ใจก็อนุญาตได้โดยต้องประเมินว่าคนไข้สามารถออกนอกเขตไกล ๆ ได้หรือไม่ แต่จริง ๆ แล้วมีปัญหาเรื่องนี้สักเท่าไรคนไข้ไม่เรื่องมาก มากสุดที่ขอย้ายโรงพยาบาลจะมีวันละ 1-2 รายเท่านั้น

ระบบนี้จะบริการสำหรับกรณีเร่งด่วนฉุกเฉินเท่านั้นจะไม่พาไปโดยที่อาการไม่ฉุกเฉินเร่งด่วน มีเกิดปัญหาความไม่เข้าใจว่าระบบนี้ไม่ใช่รถรับส่ง ไม่ใช่บริการไปโดยไม่เร่งด่วนฉุกเฉินเป็นปัญหาที่ยากให้คนรู้ว่าไม่ควรใช้บริการพำเรือเพราะครั้งที่ไปรับส่งเรามีต้นทุน และการบริการให้คนป่วยจริง ๆ มันโดนแย่งด้วยคนที่ไม่เร่งด่วนแต่อยากสะดวกสบายมีรถมารับถึงบ้าน แบบนี้คือไม่ได้ มีการคัดกรองโดยการคุยกัน บอกอาการจากคนเจอเหตุการณ์และคนไข้ แต่เรื่องอุบัติเหตุจะไม่ถามมากส่วนใหญ่จะไปรับหมดเพราะไม่รู้ว่าจะภายนอกไม่เป็นไรแต่อวัยวะภายในเป็นอย่างไรบ้างแค่บอกตำแหน่งให้ถูกต้องมั่นใจว่า 5-10 นาทีจะไปถึงแน่นอน โดยส่วนใหญ่คนที่โทรเข้ามาจะเป็นคนที่อยู่และเห็นในเหตุการณ์มีปัญหาเรื่องการสื่อสารกับชาวต่างชาติบางหรือเปล่า – ส่วนใหญ่ไม่ได้มีปัญหาเรื่องภาษาอังกฤษแต่ภาษาอื่นนอกเหนือจากนั้นจะมีปัญหาแต่เรื่องการจำล่ำมแปลภาษาอย่างไกลตัวเกินไปเนื่องจากค่าใช้จ่ายมาก เทป 7.14

ภาษาถ้านักท่องเที่ยวเข้ามาจะมีล่ามเข้ามาด้วย และส่วนอุบัติเหตุทางถนน ส่วนมากจะไม่ค่อยเจอนักท่องเที่ยวที่เข้ามาส่วนใหญ่จะมีประกันภัยมาด้วยส่วนมากจะไปเอกชนทั้งหมด นักท่องเที่ยวมีประกันภัยกัน กู้ภัยจะถามนักท่องเที่ยว ว่ามีประกันไม่ โรงพยาบาลเอกชนจะพูดภาษาอังกฤษคล่องของเราก็พอคุยได้ ช่วงเทศกาลชาวไทยก็จะมีบ้าง ส่วนใหญ่จะเกิดเหตุในเมืองต้องไปถามที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม จะเป็นโซนสีแดง ฉุกเฉินมาก ถ้ามามากก็เป็นโซนสาม ช่วงเทศกาลเตียงก็จะไม่ค่อยพอ แน่นไปหมด ที่น้อยมาก บุคลากร เพียงพอมีหมอนที่เรียนจบอุบัติเหตุโดยตรงและไม่ต้องเข้าไปอยู่ข้างในเหมือนเมื่อก่อน มีการประจำตลอด 24 ชั่วโมง สับเปลี่ยนกันไปทั้งหมด 8 คน เป็นระบบที่เสถียรดีมาก ถ้าระบบไม่ไหวจริงจะมีการกระจาย เช่น มาพร้อมกัน 10 รายขึ้นไป เราไม่สามารถรับได้อยู่แล้ว ระบบจะทำการกระจายผู้ประสบอุบัติเหตุ ไปในโรงพยาบาลในละแวกนั้นในระดับเดียวกัน เฉลี่ยที่ละ 2-3 คนเท่านั้น สีแดง นะถ้าสีเหลืองจะ 4-5 คนเพราะไม่เร่งด่วน โดยปกติจะรับแค่คนเดียวที่นี้เพราะต้องใจแพทย์ 4-5 คนและมีเตียงแค่สองเตียงใน case เร่งด่วน ต่วนปานกลาง ก็มีสองเตียง ส่วนไม่ด่วน 3-4 เตียงก็ได้ไม่ด่วนบางที่ได้เยอะกว่านั้น ถ้าเราไม่มั่นใจก็จะไว้ห้อง observes เพราะไม่ทราบว่าจะต่วนหรือไม่ต่วนจะกลับหรือไม่กลับก็ไม่แน่ ก็จะพักอยู่ห้องนี้สักพักหนึ่ง ถ้าดูท่าทางแยกลงก็จะขึ้นข้างบน ถ้าดีขึ้นก็ให้กลับบ้าน ไม่เปลืองแอดมิด ตึกมีการออกแบบที่ดีทุกอย่าง คอมแพคอยู่ที่นี่หมด มี x-ray ขอโท มีเลือด มีทุกอย่าง ที่อย่างมีหมอนไม่ต้องไปไกล ระบบของตึกอุบัติเหตุต้องให้เสียเวลาน้อยที่สุด แต่ก่อนบริเวณตึสบายๆ แต่ปัจจุบันแน่นไปหมด มี icu มาอยู่ด้านหลัง พอขึ้นข้างบนจะเป็นห้องผ่าตัด ห้องแอดมิด บางเจ็บห้องอุบัติเหตุ ข้างบนสุดเป็นห้องพิเศษเป็นตึกที่เหมาะสมเพราะเป็นตึกอุบัติเหตุโดยเฉพาะ แต่ก่อนต้องประสมปนเปลงอยู่ ต่อมาประเทศไทยบอกว่าไม่ได้เนื่องจากอุบัติเหตุมันเยอะต้องให้มีตึกแบบนี้เกิดขึ้นทุกโรงพยาบาล ระบบเอกสารไม่ใช้คนวิ่งเหมือนแต่ก่อน ใช้ระบบท่อนในการส่งเอกสารสามารถใช้ส่งเลือด ผลตรวจ เพื่อความรวดเร็ว

บทสนทนา
<p>ขึ้นอยู่ตรงไหน หลายครั้งมีตำรวจท่องเที่ยวที่อยู่หน้าห้องฉุกเฉิน ช่วยเพราะคนที่เข้ามาส่วนใหญ่เป็นคดีอยู่แล้ว (และเมื่อรู้ว่าตำรวจมานักเที่ยวจะสบายใจมากขึ้น) ใช้งบการจ้างแต่ก็ไม่สามารถหาถามให้ได้ทุกภาษา</p>
<p>อุบัติเหตุหมู่มียี่?</p>
<p>ในจังหวัดเชียงใหม่มี แต่ที่เกิดเหตุบริเวณโรงพยาบาลมหาราชไม่ค่อยมี ส่วนใหญ่จะเป็นเส้นสันทราย ดอยสะเก็ด ดังนั้นจึงจะเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลในพื้นที่ โรงพยาบาลที่ตอบสนองเป็นหลัก เช่น โรงพยาบาลดอยสะเก็ด</p>
<p>รพสต. มีส่วนร่วมเยอะหรือไม่ในส่วนอุบัติเหตุ</p>
<p>-ถ้าตามความคาดหวังต้องการให้รถ First order ลงไปทุกอบต (ไม่ค่อยทราบข้อมูล) และรพสต.ไม่ได้เปิดตลอด 24 ชั่วโมง อาจจะไม่รับได้ไม่ทั่วถึง จะเป็นที่หน่วย อบต มากกว่า</p>
<p>การคัดกรองอาการของผู้ป่วยฉุกเฉิน</p>
<p>-จะคัดกรองตั้งแต่โทรเข้ามา และหน่วยที่ออกไปเมื่อถึงที่เกิดเหตุมีผู้ป่วยมากกว่า 1 รายจะคัดกรองอีกทีว่าจะเอาใครมาก่อน จะแจ้งศูนย์นครพิงค์เพื่อขอกำลังเสริม และเมื่อถึงโรงพยาบาลทางโรงพยาบาลจะคัดแยกที่ครั้งหนึ่ง ของโรงพยาบาลจะใช้ CTAS สีในการแยก 5 ระดับ ที่โรงพยาบาลมหาราช ใช้ สีน้ำเงินเป็นระดับ 1(รับรักษา) แดง ระดับ 2 เหลือง ระดับ 3 เขียว ระดับ 4 ขาว ระดับ 5 (สบาย OPD ได้) สีจะแตกต่างกันไปตามแต่ละโรงพยาบาล แต่สีจะคล้ายๆกัน ปัญหาการร้องเรียนของญาตินักท่องเที่ยว</p>
<p>-ที่มีส่วนใหญ่มักจะเป็นเรื่องรอนาน เนื่องจากปัญหาด้านการสื่อสารต่อกัน และในประเทศเค้าระบบอาจจะไม่เหมือนเรา ก็เลยทำให้นักท่องเที่ยวไม่เข้าใจ แต่ถ้าสื่อสารกันได้เข้าก็จะเข้าใจและนักท่องเที่ยวก็โอเค เช่น เราบอกว่าจะพาไปเอกซเรย์ แต่ต้องรอนักงานแปล เค้าก็จะไม่เข้าใจว่าทำไมถึงต้องรอนาน เรื่องใหญ่สุดคือการสื่อสาร แต่ถ้าเป็นภาษาอังกฤษก็จะมีปัญหา</p>
<p>มีขอไปโรงพยาบาลเอกชนหรือไม่ ?</p>
<p>-มี ถ้ามีประกันจะขอไปเอกชน และที่สวนดอกจะรอนาน ถ้าไม่यरกรอนานก็จะไปเอกชน</p>
<p>ถ้ามีการทำประกันตั้งแต่ต้นทางจะช่วยแก้ปัญหาเกี่ยวกับภาระของกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่</p>
<p>-คือประกันอาจจะช่วยอำนวยความสะดวกแต่ทางการแพทย์ไม่มีผล แต่ถ้าต้องแอดมินต้องมีค่าใช้จ่าย ถ้ามีประกันก็จะเป็นการเพิ่มทางเลือกของเค้า ไม่ต้องสำรองจ่าย เห็นด้วยว่ามีทางเลือกก็จะดี แต่ไม่มีผลขึ้นขึ้นนักท่องเที่ยวโอกาส</p>
<p>ในตัวระบบการรักษาทางการแพทย์ของระบบฉุกเฉินคิดว่ามีข้อเสนอแนะอะไรเพิ่มเติมในการพัฒนา</p>

บทสนทนา

และปรับปรุงให้ดีขึ้นเพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยบาดเจ็บในด้านไหน

-บุคคลกรขาดแคลนอยู่แล้ว(หมุนตามเวรที่รับผิดชอบ) ด้านทักษะความสามารถ มีมาตรฐานของประเทศอยู่แล้ว ถ้ามีเทรนนิ่งและอุปกรณ์มาตรฐานก็โอเค แต่บางครั้งอุปกรณ์ก็จะไม่เพียงพอ ถ้ามีมากกว่านี้ก็จะทำงานได้เร็วขึ้น ของมหาราชจะมีการแบ่งทีมแยกไว้ คนละทีมกันแต่หน่วย โดยปกติ จะมีอาจารย์แพทย์ 2 คน (เวรเข้ากับเวรบาย) แพทย์ประจำบ้าน 2-3 คนต่อเวร แพทย์ใช้ทุน 2-3 คนต่อเวร(เฉพาะที่อยู่ใน ER ตลอดเวลา ไม่รวมที่เรียกมาเสริม) ถ้าเวรตึกจะมีอาจารย์ 1 แพทย์ประจำบ้าน 1-2 แพทย์ใช้ทุน 2 โดยเฉลี่ยปกติ ต่อวันจะผู้ป่วยจะประมาณ 100 คน ถ้าช่วงเทศกาลจะเพิ่มที่เวรบายแต่ก็ยังไม่ถึงประมาณ 100 กว่าๆ โดยประมาณ ส่วนใหญ่ อาการจะเป็นตีสิด 40% เทามา 40% 20% ที่เหลือจะเป็นเด็ก ตั๊กครรค์ และอื่นๆ เด็กจมน้ำมีบ้างแต่ไม่มีมาก เมาแล้วขับอุบัติเหตุ ไม่ใส่หมวกกันน็อก เล่นโทรศัพท์ ไม่คาดเข็มขัด แต่เราไม่ได้วัดปริมาณ แต่จากการสังเกตมีเยอะมาก

ตั้งแต่แพทย์ฉุกเฉินใช้ระบบเอ็มโค เคสเยอะขึ้นมียะ- ส่วนใหญ่จะเป็นที่เอกชนมากกว่า ที่เยอะจะเป็นพวกที่มาเองมากกว่า เคสที่มาเองจะมีบางแต่ไม่เยอะจะเป็นพวกที่ไม่เจ็บมาก ขับรถเองได้เป็นผลถลอก ส่วนที่มาเองไม่ได้จะไปเอกชนมากกว่า

การให้บริการที่เหมาะสมสำหรับคนไทยใน er ที่เป็นระบบสั่งการ ควรเป็นยังไง โดยเฉพาะกับนักท่องเที่ยวต่างประเทศ คือเคยทำเฟสแรกแล้ว นักท่องเที่ยวคนไทยก็ยังมีระบบประกันสุขภาพแต่พอเป็นต่างประเทศ นักท่องเที่ยวยิ่งเข้าเป็นผู้ป่วยในบางคนไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ทำประกันมา เลยมาปรึกษาว่าระบบการให้บริการสุขภาพเป็นยังไง?

- คือโดยส่วนใหญ่ถ้าเป็นของโรงพยาบาลก็ถามก่อนเลยว่ามียประกันหรือเปล่า เพราะโดยปกติถ้าเป็นชาวต่างชาติที่ทำประกันมาเขาจะไม่ค่อยแสบปีที่อยู่ในโรงพยาบาลของรัฐ เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐมันผ่าตามความแรงด่วน บางครั้งเขาเป็นเคสที่ไม่ได้รับผ่าทันที ยกตัวอย่างเช่น suture filmer แต่เป็น close เขาก็ไม่ได้ผ่าคินนนั้นจะผ่าวันรุ่งขึ้น คือจะแอดมิทเข้าไปแล้วก็ค่อยผ่าแต่เค้าจะเก็บ open fractures ก่อน พุดง่ายๆก็คือเคสพวกนี้บางครั้งไม่ได้เป็นเคสที่เร่งด่วนผ่าเป็นเคสแรกก็จะเริ่มมีปัญหาไว้วายว่าทำไมไม่ทำอะไรเขาซักทีเอาเขามาอนเล่น ถ้าเกิดคนไข้มีประกันส่วนใหญ่เขาแสบปีไปเอกชนมากกว่า คือรักษาตามความเร่งด่วนไม่ว่าจะคนไทยหรือต่างชาติก็เข้าระบบเดียวกันจัดอันดับความเร่งด่วนของการตรวจรักษาเหมือนกันไม่มีความแตกต่าง แต่พอว่าตามความเร่งด่วนพวกที่พอมียาก็จะเริ่มไม่แสบปี เมื่อสภาพเขาไม่เร่งด่วนเขาก็ต้องรอและเริ่มไว้วายว่าทำไมไม่ทำอะไรซักที แต่ส่วนใหญ่จะถามเขาก่อนเลยคือถ้ามีประกันแล้วเป็นชาวต่างชาติส่วนใหญ่พวกนี้ต้องการความรวดเร็วในเรื่องของการจัดการ ก็จะแนะนำเขาว่าอยู่ที่นี้อาจจะไม่ได้ได้รับความสะดวกสบายความรวดเร็วอย่างที่เขาคือต้องการ คือความจริงตั้งแต่ไปรับคนไข้ขึ้นนี่ไม่เกี่ยวกับต่างชาติหรือคนไทยคือถ้ามีประกันก็จะแจ้งว่าอยากไปที่ไหนทางกู้ภัยจะไปส่งให้เอง อันนี้ในกรณีไม่คุกคามชีวิตถ้าคุกคามชีวิตก็ต้องเข้าโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดเพื่อรักษาเร่งด่วน แต่ถ้าเกิดไม่เร่งด่วนมีประกัน

บทสนทนา
<p>ก็จะเลือกได้ว่าจะไปที่ไหนแล้วแต่เลือก แต่ถ้าเกิดว่ามาถึงโรงพยาบาลแล้วเพิ่งแจ้งว่ามีประกันแล้ว อยากไปไหนเราก็จะประสานติดต่อทางโรงพยาบาลให้เพราะทางเอกชนเขาเต็มใจที่จะมารับอยู่แล้ว อันนี้ถ้ากรณีที่ไม่มีประกัน? - รักษาตามปกติ ก็ต้องอยู่ที่นี้ตามศัลยกรรม ก็คือโดนปกติแล้วถ้าเข้า โรงพยาบาลไหน โรงพยาบาลนั้นก็ไปเช็คเขารับได้ไหม ถ้ารับได้ก็จะเก็บไป แต่ถ้าเกิดว่าอยู่ในกลุ่มที่ เกินศัลยกรรมของเขาก็จะส่งมาที่นี้ก็ต้องรักษาอยู่นั้นแหละ</p> <p>มีการแยกเป็นเขียวเหลืองแดง? - ใช่ ถ้าแดงมานี้หมด</p> <p>แสดงว่าที่แยกประเภทภาวะของผู้ป่วยคือแยกมาตั้งแต่ต้นเหตุแล้ว? - ถูกต้อง มาถึงนี่ก็ยังมี การคัด กรองซ้ำอีกทีเพราะว่าที่แยกมาจากทางนั้นมาถึงที่นี้อาจจะเปลี่ยนต้องมาคัดกรองที่หน้าห้องฉุกเฉินอีก ที่หนึ่ง</p> <p>เยอะไหมคะนักท่องเที่ยวต่างชาติที่มาก่ออุบัติเหตุทางถนน? -เยอะพอสมควร แต่เป็นทัวร์บาง ทัวร์เขาจะมีประกันอยู่แล้วเขาก็จะพาเข้าเอกชนเลย ทางคนที่ดูแลทัวร์พอเกิดเหตุปุ๊บก็จะพาไป เอกชนได้เลย</p> <p>ไม่มีประกันเยอะไหม? -เยอะ โรงพยาบาลภูเก็ตเก็บเงินได้เป็นสิบล้าน - ถือว่าเป็นเรื่องปกติ ที่นี้ก็เป็น อย่างพม่าที่หนีมาทำในเมืองไทย ป่วยต้องรักษาตามข้อบ่งชี้</p>
<p>กรณีที่เป็นนักท่องเที่ยวที่ไม่มีประกันเยอะไหม? แล้วก็มาเป็นภาระ -มีบ้างประปราย ส่วนใหญ่ จะมีประกัน แต่คนที่อยู่นาน ๆ มีครอบครัวเป็นคนไทยเขามักจะไม่ทำ จะมีทัวร์ที่ low quality หน่อย บางทีก็ไม่ทำมีบ้างประปรายแต่ส่วนใหญ่จะมีโดยเฉพาอุบัติเหตุทำหมด แต่เรื่องสุขภาพอาจจะไม่ ทำ? - ไม่แน่ใจเพราะไม่เคยเก็บข้อมูลเหมือนกันว่าประกันอุบัติเหตุมีที่เปอร์เซ็นต์แต่ส่วนใหญ่ประกัน อุบัติเหตุจะมีเยอะกว่าในกลุ่มของประกันสุขภาพ แต่โดยส่วนใหญ่ประกันที่เขาทำมันจะครอบคลุมทั้ง อุบัติเหตุทั้งสุขภาพแต่อันนี้ไม่แน่ใจ มันจะแบ่งเป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกพวกประกันพวกนี้แต่ที่มา หาทางนี้จะมีอุบัติเหตุเป็นส่วนใหญ่ แต่ที่มีปัญหาก็คือพวกที่เข้ามาอยู่หรือประเภทที่มาแล้วไม่ทำ ประกันเป็นประมาณพวกทัวร์ low quality หรือพวกแบล็คแพ็ค อะไรพวกนี้</p> <p>แล้วจะจัดการยังไงเรื่องค่าใช้จ่าย? - ต้องเป็นเรื่องของโรงพยาบาลหมดไม่ได้เข้าไปยุ่ง เป็นเรื่อง ของอีกแผนกหนึ่ง หน้าที่ผมก็รักษาอย่างเดียว</p> <p>ถ้าเป็นโรงพยาบาลรัฐเรารักษาเต็มที่ ไม่เคยถามสิทธิอยู่แล้ว รักษาอย่างเท่าเทียมที่เหลืองก็แล้วแต่ ทางโรงพยาบาล มันจะต่างกับทางเอกชน เอกชนจะทำอะไรซักอย่างต้องคุยเรื่องค่าใช้จ่ายต้อง</p>

บทสนทนา

เซ็นต์ก่อน อันนี้คือจำเป็นต้องทำ ถ้าไม่รักษาไม่ทำก็จะตามมาถึงเรื่อง NGO ก็จะมาเล่นงานอีก ไม่รักษาก็เป็นเรื่อง รักษาก็เป็นเรื่อง ยังก็ต้องทำตามหน้าที่เป็นแบบนี้ทั่วประเทศโดนเหมือนกัน ก็จะเป็นค่าใช้จ่ายที่จ่ายไปแบบขาดทุนแน่ ๆ ปีๆนึงถ้าจังหวัดไหนเป็นจังหวัดท่องเที่ยวคนไปเที่ยวเยอะก็จะโดนเยอะหน่อย จังหวัดไหนไม่ค่อยมีนักท่องเที่ยวก็จะโดนน้อยหน่อย ที่เจอโดนเยอะก็คือพวกที่หนีเข้ามาทำงานพวกนี้เป็นประจำ

กรณีนักท่องเที่ยวที่เข้ามาที่เป็นคนต่างชาติเกิดเป็นเคส กรณีที่เยอะมากมีอุปสรรคทางด้านภาษาหรือเปล่า – ถ้าพูดภาษาอังกฤษได้ก็ไม่มีปัญหา แต่พอเป็นจีนหรืออะไรก็จะยากแล้วก็ต้องติดต่อทางกงสุลเรื่องล่ามแต่ก็ไม่ได้สะดวกเพราะล่ามจีนก็เป็นล่ามอาสาที่จะเข้า เพราะฉะนั้น cpr บีม หัวใจ มันไม่ได้คุยอะไรอยู่แล้วก็คือทำเต็มที่

บางอย่างต้องมีรอให้ญาติเซ็นต์หรือเปล่า? – ถ้าฉุกเฉินถึงแก่ชีวิตไม่มีญาติก็ไม่รอ แต่ถ้าไม่ฉุกเฉิน อันนี้รอได้ก็รอ รอไคต์ทัวร์จะเริ่มวิ่งเข้ามา ก็จะเป็นล่ามให้เราได้ แต่ถ้าเป็นแบล็คแพ็คเกอร์อันนี้ยากพอไม่มีล่ามส่วนใหญ่จะพูดสื่อสารภาษาอังกฤษได้ในระดับหนึ่ง

มีข้อจำกัดอื่นจากนักท่องเที่ยวในแต่ละประเภทถ้าเกิดเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินกรู๊ปทัวร์และแบล็คแพ็คที่เราพอเข้าใจว่าเขาพอสื่อสารได้ มีข้อจำกัดอะไรใหม่ในการรักษา? – ต้องรักษาก็คือรักษา เวลารักษาประวัติไม่ใช่สิ่งแรกที่เรอยากรู้ มาถึงตรวจตามลำดับความเร่งด่วน อะไรคุกคามชีวิตก็ต้องรักษาก่อน ประวัติตามมาญาติมาทีหลังก็ค่อยว่ากันอีกที

แสดงว่าปัญหาด้านการสื่อสารก็ไม่ใช่ปัญหามาก? – ในกรณีที่คุกคามชีวิตการสื่อสารอาจจะใช้น้อย อาจจะไม่มีมากนัก แต่ถ้าเกิดไม่คุกคามชีวิตอันนี้การสื่อสารต้องใช้เยอะมากแต่ว่าเนื่องจากเคสพวกนี้คือรอได้อาจจะรอพวกไคต์ทัวร์ต่าง ๆ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเป็นล่ามก็จะง่ายขึ้นแต่ก็จะช้านิดนึงกว่าเขาจะมาถึง

มันเคยมีกรณีที่มาเป็นกรู๊ปทัวร์มาเป็นรถบัสแล้วประสบอุบัติเหตุ ในกรณีที่ห้องฉุกเฉินหนาแน่นมาก สมมติจัดโซนแล้วเป็นสีแดงจะอย่างไร? – โดยหลักการถ้าเป็นกรู๊ปใหญ่ ๆ โดยระบบแล้วจะมีการกระจาย ยกตัวอย่างที่ต๋อยสะเก็ดที่เกิดรถคว่ำบ่อย ๆ พอเกิดเหตุปั๊บเขาจะแจ้งทางแพทย์อำนวยการจังหวัดว่ามีเหตุที่นี่ แพทย์อำนวยการจังหวัดก็จะทราบกันทุกคน ก็จะเริ่มมีการดูแลตั้งแต่ตรงนั้นว่ามีจำนวนผู้บาดเจ็บกี่คน ถ้ามีผู้บาดเจ็บไม่มากสามารถดูแลที่โรงพยาบาลต๋อยสะเก็ดที่เป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอได้ก็จบ แต่ถ้าเกิดผู้บาดเจ็บมากก็จะตรวจสอบว่ามีสีแดงกี่คนก็จะมีการแจ้งจังหวัดก็จะช่วยกันว่าแต่ละโรงพยาบาลรับได้กี่เตียง พาคนทีนั้นมารักษาแต่ละที่อันที่เลย อันที่ยังไม่คุกคามชีวิต สมมติว่าต้องเร่งผ่าตัดมีเคสที่เลือดออกในท้องต้องผ่าตัดก็เคสมีโรงพยาบาลไหนผ่าได้บ้างเอกชนที่ไหนผ่าได้ก็จะช่วยกัน ก็คือสถานการณ์แบบนี้ที่จุดเกิดเหตุรับได้ไหมถ้าอยู่ในจุดที่รับไม่ได้ก็จะเริ่มประสานและกระจายผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพใกล้เคียงกันที่สามารถรับผู้ป่วยได้

บทสนทนา

ที่นี่เป็นเขตสุขภาพหรือเปล่า? – เป็นเขตสุขภาพที่ 1 ถ้าเคสหนักมากก็จะมาที่นี้กับสวนดอก

โรงพยาบาลชุมชนจะรับเคสประมาณไหน? – เคสที่ไม่หนักมาก สีเขียว สีเหลืองนิดหน่อย แต่ถ้าเกิดพวกกระดูกหักหรืออะไรต่าง ๆ ก็ต้องส่งอยู่ดี ต้องมีการตรวจเบื้องต้นคร่าว ๆ คือ ณ จุดเกิดเหตุจะมีการตรวจที่นั่นเลยแล้วก็เริ่มกระจายเลย อย่างเคสนี้โรงพยาบาลนี้รับไม่ได้แน่เลยก็จะส่งเลยกระจายตั้งแต่จุดเหตุ ต้องมีการร้องขอความช่วยเหลือแล้วก็เริ่มระดมทีมไป หรือถ้าการณั้เข้าไปถึงโรงพยาบาลก็ประเมินคร่าว ๆ โรงพยาบาลนี้รับไม่ได้แน่นอนก็ส่งเลย

เทศกาลเป็นไงบ้าง? – เทศกาลส่วนใหญ่ก็จะหยุดเยอะหน่อย มีเรื่องของสภาพจราจร คนเยอะ สภาพแอลกอฮอล์กินเหล้าเยอะ จะเป็นสองระลอก ระลอกแรกก็อุบัติเหตุ ระลอกหลังจากแอลกอฮอล์ เช่น กินหนักหรือซักรสามสี่วันก็เริ่มออกอาการ เป็นทั้งช่วงปีใหม่และสงกรานต์แต่โดยส่วนใหญ่จากสถิติอุบัติเหตุจะเยอะขึ้น คนเยอะรถเยอะแอลกอฮอล์เยอะโอกาสเกิดอุบัติเหตุก็เยอะขึ้นตามมาด้วย

ที่นี่แบ่งเวรกันยังไง? – แปดชั่วโมง แพทย์โดยปกติถ้าเป็นเวรเช้าก็จะสลับกันมาอยู่ เวรบ่ายจะเป็นสตาฟหนึ่ง อินเทินสอง แต่เวรตึกจะเป็นสตาฟหนึ่ง อินเทินหนึ่งหรือ แพทย์พี่เลี้ยงหนึ่ง อินเทินหนึ่ง

ตอนนี้มีปัญหาเรื่องคน อุปกรณ์ บุคลากรทางหน่วยฉุกเฉินไหม? – ปัจจุบันมีปัญหาเรื่องของ paramedic คือปัจจุบันนี้มันมีการผลิต paramedic เข้ามาแต่ว่าระบบของสาธารณสุขยังไม่มีกรอบตำแหน่งของ paramedic ชัดเจน อย่างจะทำเรื่องบรรจุคนในกลุ่มนี้ ก็บอกมาว่ายังมีตำแหน่งนี้ไม่มีแต่เวชกิจฉุกเฉิน แต่เวชกิจไม่มีการผลิตเพิ่มแล้วก็มี paramedic ที่ผลิตเข้ามาเรียน 4 ปี ปัญหาคือในช่วงนี้เป็นช่วงตำแหน่งเริ่มเข้ามาในกระทรวงแต่ไม่แน่ใจว่าเริ่มบรรจุได้แล้วหรือยัง

คิดว่านอกจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างจังหวัดท่องเที่ยวเชียงใหม่จำเป็นต้องมีล่ามไหม? – ถ้ามีล่ามจะดีขึ้น แต่จริง ๆ นักท่องเที่ยวต่างชาติก็ไม่ได้มีเยอะขนาดแทบทุกวันเป็นช่วง ๆ เท่านั้นเอง โดยส่วนใหญ่แล้วนักท่องเที่ยวส่วนใหญ่พูดภาษาอังกฤษได้ก็สามารถสื่อสารกันได้โดยไม่ยากนัก จะมีนักท่องเที่ยวที่พูดภาษาอังกฤษไม่ได้เลย เช่น นักท่องเที่ยวจีน ส่วนนักท่องเที่ยวชาติอื่น ๆ ไม่เคยเจออย่างเช่นได้วันพูดภาษาอังกฤษได้ ญี่ปุ่นมีบ้างแต่น้อยนาน ๆ จะมีมาซักครั้ง

การแยกเขียว เหลือง แดง แต่ละแห่งเป็นยังไง – โดยระบบของสพฉ.กำหนดให้การแยกใช้ระบบ esi emergency security index ในการแยกเป็น 5 ระดับ ใช้ระบบเดียวกัน แต่ว่าแล้วแต่ที่ยกตัวอย่างเช่น มหาราชก็ได้ใช้ระบบนี้ มหาราชเป็นของกระทรวงศึกษาก็เป็นอีกแบบหนึ่ง แยกออกมาก็คล้ายๆกัน

เคสที่ไม่หนักมากยังสื่อสารกันได้นักท่องเที่ยวต่างชาติมีรีเควสอะไรแปลกๆบ้างหรือเปล่า- ส่วนใหญ่ไม่มี อยากให้จัดการเขารวดเร็ว ของเราเคสมันล้นในขณะที่เอกชนเคสไม่ล้น ต้องเลือกเคสที่หนักก่อน

บทสนทนา

ถ้าเกิดเขาเป็นเคสที่ไม่หนักก็ต้องรอ แต่เขาก็จะโวยวายไม่เข้าใจ

ถ้ากรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินหลังจากผ่านกระบวนการช่วยรักษาชีวิตไว้ได้แล้วแต่ก็ยังไปไหนไม่ได้ ถ้าเกิดในกรณีทีเคสสั้นมีกระบวนการยังง่หลังจากรักษา - รอแอดมิท

เสียชีวิตเยอะไหม?- ไม่ค่อยเยอะ ส่วนใหญ่ไม่ได้ชนกันแบบจุดชน แต่ก็มีบ้างที่เสียชีวิต

อุบัติเหตุจากมอเตอร์ไซค์เป็นยังไง - ส่วนใหญ่เป็นมอเตอร์ไซค์เยอะ ตายเยอะกว่าเยอะเลย หมวกกันน็อกไม่ค่อยใส่ ถ้าสังเกตดูจะใส่หมวกกันน็อกกันแค่ครึ่งหนึ่งของทั้งหมด การใส่หมวกเป็นอะไรที่ยากนะถึงแม้เราจะใช้ในเรื่องของeducationก็มีผลระดับหนึ่ง แต่จุดที่คิดว่าได้ผลดีที่สุดก็คือการจัดการของตำรวจ เองง่าย ๆ เทียบกันระหว่างกม.กับเชียงใหม่ พบว่าการใส่หมวกกันน็อกต่างกันมาก กรุงเทพฯไม่education แต่ถ้าไม่ใส่หมวกกันน็อกออกไปก็โดนจับ แต่ในเชียงใหม่เขาไม่มีตรงนี้ที่รุนแรง พอไปคุยในระดับจังหวัดก็บอกตำรวจไม่พอจะให้ทำไง ถ้าตำรวจจับตลอดแน่นอนว่าใส่กันแน่

ต่างชาติใส่หมวกกันน็อกกันไหม? - ก็มีใส่บ้างไม่ใส่บ้างเหมือนกัน ถ้าตำรวจไม่จับก็ไม่ใส่ แต่ก็มีโดนจับเหมือนกัน มันเป็นเรื่องของการตรวจจับแต่ไม่รู้เขาอยู่ในเมืองไทยมานานหรือว่ามาเที่ยว

มีประกันอุบัติเหตุครอบคลุมค่าใช้จ่ายได้ทั้งหมด? - ไม่รู้ เพราะถ้ามีประกันก็จะให้ไปเอกชนเลย ถ้าเขาไม่ไปก็ต้องคุยกับเขาว่าความสะดวกสบายไม่เท่ากันให้เขาตัดสินใจว่าโอเคหรือเปล่า เพราะมันมีผลพอเข้าไปแล้วมีปัญหาโวยวายเยอะมาก เช่น ให้นอนทำไมไม่ได้ทำอะไรซักที เพราะโรงพยาบาลต้องเร่งตามความเร่งด่วน ถ้าเป็นเอกชนภายในหนึ่งถึงสองชั่วโมงก็ได้ผ่าแล้ว คือถ้ามีประกันเขาก็ไม่แอบปีที่จะมาโรงพยาบาลรัฐเท่าไรด้วยปัญหาจำนวนเคสมันเยอะการที่จะไปให้บริการเขาก็ยากอยู่อย่างไปดูเรื่องของเคสหนัก ๆ ในห้องฉุกเฉินปี58ไป59 เพิ่มขึ้นประมาณ 24% ปี59ไป60 เพิ่มขึ้นอีกประมาณ 36% จากหกพันชิ้นเป็นแปดพันชิ้นเป็นหมื่น ในขณะที่total caseไม่เพิ่ม ปี58ไป59 เพิ่มขึ้นนิดหน่อย ปี59ไป60ลดลงเล็กน้อยด้วยซ้ำ แต่สัดส่วนของเคสหนัก ๆ ถ้าr กับe คิดเป็น 40% ของเคสทั้งหมดที่เข้ามา

ตั้งแต่มีระบบ emcoiเข้ามาเคสเยอะขึ้นไหม?- ไม่ได้เพิ่มขึ้น ไม่ได้เปลี่ยนแปลงอะไร ไม่มีผลกับการบริการเพราะว่าอาการหนักมากก็ต้องรักษา ก่อน ทางนี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการเงินเพราะฉะนั้นมาถึงก็ต้องรักษาตามความเร่งด่วนที่ต้องทำ

ไม่ได้มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องนักท่องเที่ยวต่างชาติเท่าไร? - ไม่เยอะมากส่วนใหญ่ถ้านักท่องเที่ยวพูดภาษาอังกฤษได้ก็จะไม่ยุ่งยากมาก

แล้วในกรณีโวยวายมา อย่างภูเก็ตที่มีต๋อยเวทิจฉุกเฉิน - ก็มีถ้ามาโวยวายดันไปมาถ้ามีญาติมาด้วยก็ให้ญาติไปคุย ถ้าไม่มีญาติก็จับมัดเลย มันเป็นเรื่องความปลอดภัยของเราด้วย ก็คุยไม่รู้เรื่อง แต่คุยไม่รู้เรื่องนี้assumeไว้ก่อนว่ามีปัญหาที่หัวหรือเปล่า ต้องมัดก่อนแล้วค่อยตรวจ

บทสนทนา

มีสถิติจำนวนการเกิดอุบัติเหตุ? - มีแต่ไม่ได้แยกชาวต่างชาติ เป็นสถิติแบบรวมไม่ได้แยกนักท่องเที่ยว แต่ส่วนใหญ่ที่เห็นก็จะเป็นคนในพื้นที่กับชาวต่างด้าวที่มาทำงานในไทยเยอะ ถ้ามองแล้วชาวต่างด้าวในประเทศเยอะกว่า อย่างเช่นแผนกอายุรกรรมไม่ใช่ชาวไทยประมาณ 20%

วันไหนในสัปดาห์ที่ย่างสุด - แล้วแต่ไม่แน่นอน แต่ว่าจริง ๆ แล้วมีแต่ยุ่งกับยุ่งมาก สมัยก่อนแค่หมอหนึ่งคนต่อเวรอยู่ได้แล้ว หลัง ๆ มันเริ่มไม่ได้ไหวตรวจไม่ทันก็เลยต้องเพิ่มเป็นสตาฟหนึ่งอินเทินสอง สมัยก่อนเวรตึกอยู่คนเดียวก็ได้เคสประมาณ 20 แต่เดี๋ยวนี้อย่างต่ำ 40 มันเปลี่ยนไป สมัยก่อนเคสจะไม่เยอะมากแต่พอมีเรื่องของบัตรทองเข้ามาเริ่มเปลี่ยนเลย ข้อดีคือคนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ดีขึ้น ข้อเสียคือรัฐบาลขายนโยบายประชานิยมแต่ไม่ได้เตรียมเรื่องของทรัพยากรรองรับตรงนี้ไว้ พอคนเข้าถึงบริการได้ดีขึ้นในเมื่อเขาไม่ต้องจ่ายทุกอย่างก็สู้เต็มที่ถ้าเป็นสมัยก่อนดูแล้วไม่รอดแน่เขาก็เอากลับ ทั้งที่จริง ๆ ก็แล้วยังไงก็ไม่รอดแต่ไม่ต้องจ่าย คนระวังตัวลดลง ไม่ได้มองในแง่ของการป้องกันเพราะยังงักรักษาฟรี แต่ถ้าเปลี่ยนเป็นระบบร่วมจ่ายแต่คงไม่ยอม ในส่วนตรงนี้ก็กินภาษีของประเทศเยอะมาก บางทีรัฐประชาสัมพันธ์ทำให้คนรู้สึกดีตัวเองแต่ไม่มีความรับผิดชอบหลายครั้งคนไข้ก็จะโวยวายมากกว่าที่ควรจะเป็นเลยทำให้การรักษายุ่งยากมากขึ้นกระทบหมดเลยเรียกร้องมาก ความไวใจสูง การฟ้องร้องก็ปรับเปลี่ยนรูปแบบการรักษาไปพอสมควรอย่างเช่น กรณีเคสผ่าตัดไส้ติ่งแล้วเสียชีวิตศาลตัดสินว่าโรงพยาบาลที่รักษาไม่มีความพร้อม ไม่มีหมอดมยา โรงพยาบาลเลยบอกว่าตั้งแต่นี้ต่อไปก็ปิดห้องผ่าตัดเพราะไม่มีหมอดมยา ทีนี้ก็จะเฮโลมาโรงพยาบาลในจังหวัดทีนี้ก็ผ่าตัดไม่ทัน โรงพยาบาลจังหวัดปกติจะมีหมอดมยาหนึ่งคนต่อหนึ่งเวรก็ผ่าไปสมมติมีคนไข้ผ่าตัดไส้ติ่งมาเรียงกันก็ผ่าไปทันก็ทันไม่ทันก็แตก เคสนี้ทำให้เปลี่ยนทั่วประเทศแต่มองในเรื่องญาติคนไข้จะว่าญาติเขาก็ไม่ได้ หมอที่ผ่าตัดก็ตั้งใจช่วยแต่มันเหตุสุดวิสัย เปลี่ยนทั้งระบบทั่วประเทศในปัจจุบันก็เลยเล่นมุกว่าโรงพยาบาลไหนไม่มีหมอดมยาปิด or พอปิดก็ส่งเข้าโรงพยาบาลที่ทำได้ แต่ปัญหาคือส่งเข้าไปเคสมันจะออ หมอที่ผ่าตัดตามคิววันไปเรื่อย ๆ แต่ก็แตกทำไงได้ มันเป็นปัญหาอันหนึ่ง แต่พอดีของเชียงใหม่จะมีหมอระดับเอ็มคือกระจายได้เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับใหญ่ มันมีอย่างเช่น สันทราย จอมทอง สันป่าตอง ผาง ช่วยก็เลยระบายไปกันได้

รพ.สต.รองรับอุบัติเหตุที่นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติหรือคนไทยเยอะไหม? - ถ้าเป็นเคสไม่รุนแรงได้ แต่ถ้าหนักเขาก็จัดการไม่ได้ ส่วนใหญ่แล้วรพ.สต. ถ้าเกิดกำลังเขาจะส่งโรงพยาบาลอำเภอ แล้วโรงพยาบาลอำเภอก็ดูอีกทีเกินรับไม่ได้ก็ส่งเข้าโรงพยาบาลประจำจังหวัดหมด ก็คือโดยปกติการส่งต่อคนไข้ส่งต่อตามข้อบ่งชี้ทั้งหมด แต่ถ้าจบได้ที่รพ.สต. ก็ไม่ส่งเขาส่งตามข้อบ่งชี้ เป็นรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศ

การแก้ไขได้ดีที่สุดก็คือการทำให้เรียบร้อย? - จริง ๆ ถ้าทำประกันจะช่วยได้เยอะเลย ยกตัวอย่างเคสสอบต.ไปเที่ยวไต้หวันแล้วเส้นเลือดสมองแตกต้องผ่าตัดที่นั่นแล้วไม่ได้ทำประกัน วุ่นวายกันมากต้องเรียกรอเงินกัน ค่าผ่าตัดที่นั่นเป็นล้านไหนจะต้องส่งคนไข้มาอีก ทำประกันแค่หลักพันแต่ครอบคลุมทุกอย่าง ชื้อทิ้งแต่ถ้าเกิดเหตุขึ้นมาคือคุ้มมากเพราะประกันจ่ายให้หมด เพราะงั้นถ้า

บทสนทนา

ไปเที่ยวต่างประเทศก็ซื้อไว้ ถ้าไม่เกิดเหตุอะไรก็ถือว่าซื้อความเสี่ยงไป แต่ก็สบายใจ แต่บางคนไม่คิดแบบนี้เพราะเสียตายนเงิน

จริง ๆ กระทรวงาก็พยายามจะให้เกิดระบบประกันแต่ไม่รู้ถึงไหนแล้ว ก็ให้ทำตั้งแต่ต้นทางเพราะโรงพยาบาลรัฐเสียเงินเยอะมาก - ของประเทศไทย อย่างของเชียงใหม่ก็มีพวกแรงงานต่างชาติ พยายามจะขายประกันให้ถูกมาก ของสจจ (ฟิงไม่ชัดไม่แน่ใจ) ขายประมาณห้าร้อย คือแค่ให้เขาจ่ายบ้าง อย่างคนต่างด้าวซื้อประกันได้แต่เป็นประกันสมัครใจก็ช่วยแต่ก็ไม่เยอะ แล้วพวกนี้เขารู้เขาจะมาก็ต่อเมื่อหนักจริง คือถ้าไม่หนักเขาก็ไม่ค่อยยอมมารักษาตามเรื่องตามราว ถ้าไม่มีประกันจะรู้เลยมาแต่ละครั้งโอกาสแอดมิดสูงมาก ถ้าจะมาโรงพยาบาลคือหนักจริง เชียงใหม่ต่างด้าวเยอะมาเยอะมาก บางทีไอซียูคนไทยแอดมิดไม่ได้เพราะต่างด้าวกินเตียงอยู่เพราะเขาหนักจริงหนักกว่าให้เขาออกไม่ได้ มันจำเป็น เล่นตามความรุนแรงไม่ได้เลือกตามเชื้อชาติ ถามว่าไม่รักษาได้ไหมถ้าไม่รักษา NGO เล่นแน่นอนตอนนั้นที่เคยเจอคนไข้เกิดอุบัติเหตุมีเลือดออกในหัวต้องผ่าตัดตอนนั้นโรงพยาบาลไม่มีเตียง ก็คุยกับญาติว่าต้องส่งออกไปเอกชนเพราะโรงพยาบาลไม่มีเตียงผ่าไม่ได้แล้ว เขาก็บอกไม่มีตังค์นี้ไม่ผ่าแล้ว แล้วก็กลับปรากฏว่าตายเสร็จ NGO มาเล่นทำไมทำไมไม่รักษา ไร้มนุษยธรรมฟ้องโรงพยาบาล คุณสื่อสารยังง้ออธิบายยังง้อญาติเขาก็สามารถกลับคำให้การได้ เขาเซ็นดีไว้แต่เขาก็บอกว่าเขาอ่านไม่รู้เรื่องกลับคำให้การได้หมอบให้เซ็นดีก็เซ็นดีโรงพยาบาลก็ต้องจ่ายค่าชดใช้ให้ อันนี้เป็นรายได้ของ NGO อีกส่วนหนึ่งเพราะพอจบเคสที่ไปไล่ตามญาติก็ได้ไปก่อนนี่ NGO ก็เอาไปก่อนนี่บอกว่าเป็นค่าจัดการ คือไม่ว่าจะเล่นมุกไหนรักษาไม่รักษาโดนหมด หลัง ๆ พอเริ่มมีเรื่องก็ไปร้องศูนย์ดำรงธรรม บางทีไม่ได้สอบสวนมากกรรมากรไม่ได้สอบสวนมากทางนี้ก็จ่ายเงินให้พอจ่ายเงินเสร็จปั๊บมีเงินก็ตั้งทนายมาฟ้องต่อ หมอบางคนก็เลิกทำแล้วลาออกถ้าเกิดขึ้นกับตัวจริง ๆ แล้วโรงพยาบาลไม่มีระบบรองรับดี ๆ จบคดีนี้ก็ออกเลย ไปเอกชนหาเงินเองเลยสบายกว่าทำไมต้องมาทำงานหนักขนาดนี้เคสเยอะ แต่ละเคสก็ไม่สามารถประณีตได้เพราะมีเคสอยู่อีกเยอะ แล้วหลายครั้งมันเป็นความเร่งด่วนที่หนัก ๆ เข้ามาชนกันหลาย ๆ เคสจนเครียด แต่เอกชนถ้าโดนก็เล่นตามเงินอยู่แล้วเคสที่ จะหลุดกำแพงมาได้ก็คือมีเงิน เพราะงั้นเคสจะน้อยแต่เคสเขาจะมีคุณภาพมีเงินทำประณีตได้แค่เรื่องเงินอย่างเดียวว่ามีเงินพอไหมจะทำไหม ถ้าไม่ทำก็ไปรัฐบาลเลย

เดี๋ยวนี้ยังมีหรือเปล่า NGO ที่เข้ามาแทรกแซงอยู่หรือเปล่า? - หลัง ๆ พอโรงพยาบาลมีครบทุกอย่างก็ง่ายขึ้น ยิ่งมีบุคลากรมากขึ้นส่วนใหญ่ก็เก็บให้ได้ทั้งหมด จริง ๆ ปัจจุบันก็มีเตียงล้น ถ้าจะเอาคุณภาพก็ต้องจำกัดเตียงที่จะแอดมิดทำให้การรักษาคุณภาพมากขึ้น กับอันที่สองก็คือถ้าไม่จำกัดเตียงที่แอดมิดเพราะงั้นพวกที่อยู่ในวอร์ดก็จะเหมือนสลัม เต็มไปหมด มันมีผลจริง ๆ พอดีของโรงพยาบาลทางวอร์ดเขาก็บอกว่าเขาไม่ไหวก็จะจำกัดเกินกว่านี้ไม่ได้ให้ระบายออก แต่โรงพยาบาลที่พอจะรับได้ก็มีจำกัด ถ้าไม่มีก็ต้องนอนรอ ถ้าเป็นหมอบหน้างานเป็นผมผมก็ส่ง ไม่ส่งก็โดนคุยกับญาติแล้วญาติให้ทำแต่การส่งหมายถึงต้องมีทีมมากับคนไข้แต่เคสแบบนี้ไม่มีเยอะ

คอยสะเกต

บทสนทนา

ศูนย์สั่งการ pre hospital inhospital ควรจะเป็นยังไงทุกโรงพยาบาลแนะนำมา ให้มาถามที่นี่ เนื่องจากเคสเยอะมากในเรื่องท่องเที่ยวจะมีเทศกาล มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร โดยเฉพาะคนพูดภาษาอังกฤษไม่ได้ ทัวจิ้นจะผ่านเส้นทางนี้บ่อยๆ เป็นเส้นเชียงลาย มักจะขี่มอเตอร์ไซด์ ข้าม มา มา ประสบอุบัติเหตุ เนื่องจากถนนลูกรัง อุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นรถทัว ตั้งแต่ปี 54 57 แต่ครั้งจะเกิดตายค่อนข้างเยอะ อุบัติเหตุหมู่จัดการยังงัยการบริหารจัดการ ในครั้งแรกไม่มีการจัดการรองรับ 55 ครั้งที่รุนแรงที่สุดปลายปี 59 รถทัวของจิ้น เสียที่เกิดเหตุ 14 ราย มีการรวมกลุ่ม กัน การแก้ไข มีการติดตั้งเลดาความเร็ว มีการ จัดการเรื่องถนน ทำลูกคลื่นบนถนน แต่ก็เกิดขึ้นอีก มีการใช้ตุ้งแดง มา ติด แต่สุดท้ายก็แก้ไขไม่ได้ บริเวณเกิดเหตุ ปากทางเขื่อนแม่กวงไปจนถึงลอมต่อจังหวัดเชียงราย ได้ แฉ่งไปที่กรมทางหลวง แต่ถึงปิดความรับผิดชอบว่า สาเหตุการเกิด เกิดทั้ง คน รถ ถนน ขนานฝนตก คนขับเร็ว ทุกครั้งที่มีฝนตก จะเกิดอุบัติเหตุประมาณ 5-6 ครั้งต่อวัน แต่เป็นอุบัติเหตุ ไม่รุนแรงมาก

การแก้ไข

จากครั้งแรกเรามีการซ้อมแผน ของเราทุกปี และมีการขอความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย ในช่วงแรกห้องฉุกเฉินอยู่ในจุดเดิมค่อนข้างคับแคบ ไม่มีการแบ่งโซนเจ้าหน้าที่ไม่รู้ว่าต้องทำอะไรบ้าง หลังจากนั้นต่อมาก็มีการซ้อมแผน ว่าทุกคนมีหน้าที่ทำอะไร ส่วนใหญ่จะเกิดนอกเวลาราชการ ซึ่งกำลังพลเราค่อนข้างน้อย จะมีการกำหนดว่าหน้าที่ของตนต้องทำอะไร จะมีการโทรหาบุคคลกรตามลำดับความเหมาะสม ทั้งฝ่ายบริหาร ดูแลทรัพย์สินของคนไข้การแจ้งเหตุจะโทรผ่านศูนย์ ในตอนแรกเราไม่มีกุ๊ยกัยในพื้นที่ หลวงพ่อก็ได้ตั้งศูนย์วัดพระบาท เห็นมีอุบัติเหตุเยอะ มูลนิธิอินทรา ตั้งอยู่ด้านบน คือระยะเวลา ในตอนแรกเราต้องใช้เวลาไปจุดเกิดเหตุค่อนข้างนานประมาณ 40 นาที แต่มีการตั้งมูลนิธิขึ้นด้านบนถ้าเกิด อุบัติเหตุ ก็สามารถไปถึงที่เกิดเหตุได้อย่างรวดเร็ว โดยได้รับข่าวจาก 1669 ถ้าเหตุอุบัติเหตุใหญ่ ก็จะ ทำการประสานกับหน่วยต่างๆโดย ไปประเมินเขตพื้นที่ก่อน ถ้าเป็นอุบัติเหตุใหญ่ เช่น รถทัว หรือรถโดยสารก็จะ ส่งทีมขึ้นไปช่วยเหลือ เพราะมาการสแตนบาย 1669 อยู่แล้วตอนแรกเราส่งไปหนึ่งทีม ปัจจุบันได้ส่งไปสองทีม เพื่อคอยประเมินอยู่ทุกสถานที่ เมื่ออีกทีมกำลังเคลื่อนย้ายคนเจ็บฉุกเฉินไปโรงพยาบาล อุปกรณ์ต่างๆแต่เวลาเกิดอุบัติเหตุใหญ่ที่ศูนย์จะทำการเตรียมพร้อม เพราะว่ามีคนบาดเจ็บมาก ศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนจะไม่มีหมอเฉพาะทาง เพราะฉะนั้นในเคสที่จำเป็นต้องใช้หมอเฉพาะทาง ไม่ว่าจะ เป็น กระดูก ระบบประสาท ศัลยกรรม เราต้องส่งไปโรงพยาบาลใหญ่ทั้งหมด ในตอนแรกๆทุกเคสต้องมากองอยู่ที่นี่ก่อน แล้วกว่าจะส่งต่อ ก็จะเกิดการเสียเวลา ปัจจุบันก็ให้ผ่านไปแล้วไม่ต้องมาโรงพยาบาล ก็จะมีอาจารย์หมอคอยมาประเมิน แต่จะทำการแวะเพื่อประเมินอาการ ที่โรงพยาบาล เนื่องจากมีการขนส่งมา เมื่อทำการปฐมพยาบาลจนอาการคงที่ก็จะส่งตัวต่อไปเลย โรงพยาบาลชุมชนก็จะมีข้อจำกัดเยอะ เอกเลไม่พร้อม เลือดก็ไม่พร้อม ส่วนมากอุบัติเหตุก็จะกระดูกหัก ในตอนแรกหมอลงมาดูแล้ว ก็ทำการส่งต่อไปเอกเล คนไข้ก็ต้องรอคิวเอกเล เนื่องจากมีเครื่องเดียว คนจัดคิวก็ไม่ทราบเพราะไม่ได้ผ่านการอบรม บางทีเอ็กที่ไม่สำคัญ คนไข้ที่ฉุกเฉินจริงๆก็ทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ปัจจุบัน ได้ทำการเปลี่ยนระบบให้พยาบาลเป็นคนสั่ง

บทสนทนา

การเอง ทำการกระจายพยาบาลที่อยู่ตรงทุกจุดประสบการณ์ทำงานเยอะไม่ต่ำกว่า5ปี อย่างเคสปี59 ไปที่นู่นปั๊บก็จะมีทีมที่นู่นอีกทีมึงคอยดู แล้วก็เอาคนที่ป่วยหนักมาที่นี้ก่อน แล้วค่อยทยอยลงมาแต่ ยิ่งไงทุกทีมต้องมาที่คอยสะกิดก่อน ต้องมีมาดูปั๊บแล้วก็พาไปเลย ลงมาเสร็จก็จะประเมินอาการบนรถให้อาจารย์ที่อยู่จุด แต่ถ้าอาการหนักก็ต้องเอาลงมาเพื่อใช้เหลือก่อนเพราะบนรถถึงแม้อุปกรณ์จะพร้อมแต่ก็ยังไม่ได้ครบหมด ส่งไปที่สวนดอกและนครพิงค์ ตอนนี้มีเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชน ส่วนใหญ่แล้วต่างชาติเขามีประกันเขาก็จะรีควสเอกชน แต่อุบัติเหตุที่เราจัดการไม่ได้เยอะสุดคือจีน เพราะว่าจีนภาษาอังกฤษเขาก็ไม่ได้ เราก็ไม่ค่อยก็เหมือนกัน กว่าจจะรู้เรื่องกันกันนาน

ไกด์ช่วยไม่ได้เลยเหรอ? - คือไกด์หนึ่งคนต่อคนจีนหลาย ๆ คน บางทีเราอธิบายเขาแล้วแล้วเหมือนเขายังไม่เข้าใจ ก็เกิดการโวยวายทำไม่หมอบไม่มาทั้งที่หมอบดูอาการไปแล้วไกด์ก็บอกแล้วด้วยความกังวลของคนไข้ ด้วยพฤติกรรมของเขาเขาจะพูดตลอดเวลาเสียงดัง รอบหลังสุดทีมใหญ่ลงมาแล้วเสียชีวิตในที่เกิดเหตุก็เลยไม่ค่อยมีส่วนของโรงพยาบาลมาก 14 คนจาก 70 คน หลัง ๆ มากี่จะเป็นรถตู้ทัวร์จีน รถบรรทุก แต่รถตู้ก็จะมีแค่ 7-8 คนแต่หนักเหมือนกันเพราะทุกคนผ่าตัดหมดทุกคน คัดเข้มชัดแล้วกระแทก มีได้ผ่าตัดช่องท้อง 4 คน แต่ไม่มีเสียชีวิต แต่ที่เสียชีวิตก็จะมีรถบรรทุกชนข้าวเสียหลักพลิกเพียงเสียไปล่าสุดเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ 1 แล้วนำส่งไปนครพิงค์ไปเสียที่นครพิงค์อีก 1 มากันสามคนเป็นตายายหลาน แล้วสุดท้ายหลานก็มีเลือดออกในสมองอีก

ตำรวจท่องเที่ยวมีเข้ามาช่วยไหม? - เวลาเป็นเรื่องก็มา ถ้าอยู่ในเหตุการณ์ที่สำคัญก็ทุกทีมก็จะมาหมด มีทีมมูลนิธิ ทีมใหญ่ โรงพยาบาล พยาบาลของจังหวัดของพื้นที่ 24คนแต่เสียชีวิต 14 คน แต่ละคนกองกันอยู่หลังคาชั้น 2 เปิดรถเสียหลักลงข้างทางแล้วเป็นกอไม้ไฟทำให้หลังคาเปิด กองทับอยู่ตามเก้าอี้ ไม่แน่ใจว่าคาดเข็มขัดกันหรือเปล่าเพราะสภาพแต่ละคนไม่รู้เรื่องแล้วกองทับกันไปหมด

ถ้าเป็นเคสฉุกเฉินแบบนี้ เรื่องของการใช้สิทธิ์การรักษามีเคสที่แบบจ่ายเงินไม่ได้ค้างชำระบ้างไหม? - ส่วนใหญ่ทัวร์นักท่องเที่ยวต่างชาติก็จะทำประกันแล้ว ก็จะไม่ค่อยมีปัญหาอะไร

มีนักท่องเที่ยวที่มาอยู่นานไหม? - ไม่รู้ ตอนนี้อาจจะมีให้เขามาทำประกันคล้ายๆเหมือนถือเป็นต่างดาวที่เข้ามาใช้แรงงาน เหมือนเขาก็จะซื้อสิทธิ์ตรงนี้ ก็มีเหมือนกันที่เขาไม่กลับแล้วอยู่ที่นี้จนตายก็มีมาอยู่แถวบ้านเช่าซื้อสิทธิ์พวกนี้ก็มีรักษาพยาบาลที่เรา เบิกจ่ายแบบกองทุน แต่เราก็รับภาระอยู่ดี เพราะเขามาแบบมีความเสี่ยงสูง ภาระบางทีก็ที่เกิดเหตุเราใช้ของเต็มที่แต่เวลาเราตั้งเบิกมันก็มีเหมือนกันที่หลุดไป

มีคนไม่จ่ายเงินไหมเกี่ยวกับอุบัติเหตุพรบ.? - ก็มีเหมือนกัน เพราะของเราส่วนใหญ่เป็นเส้นเดินทางบางที่เกิดอุบัติเหตุกระเป่าหล่นหายเราก็ตรวจไม่รู้แล้วว่าตัวคนไข้ชื่ออะไร เป็นหนี้ขึ้นมาค้างชำระขึ้นมาแต่เป็นใครไม่รู้ระบุตัวตนไม่ได้ บางทีกระเป่าสตางค์หายไม่มีเงินจ่าย รอคุณกรณีบ้าง มันก็เป็นปัญหาของโรงพยาบาลเหมือนกันที่ไม่ใช่คนต่างชาติ ต่างชาตินี้ไม่มีปัญหาเพราะต่างชาตินี้เราตั้งเคลม สมมติว่าในแต่ละที่เราก็จะเขียนค่าใช้จ่ายของเราเอาไว้ว่าเท่าไรตรงนู่นเขาก็จะเอาไว้ให้ การ

บทสนทนา

ตั้งเคลมของต่างชาติไม่แน่ใจว่าเป็นพรบ.รถหรือเปล่าเพราะเขามาใช้รถของประเทศเรา ส่วนใหญ่แล้ว ก็บริษัทกลางก็จะให้ตั้งเบิกจากบริษัทกลางก่อนสามหมื่นบาทแรก แล้วหลังจากนั้นถ้าพรบ. ส่วนใหญ่แล้วคือหักถดถอยส่วนใหญ่แล้วไม่เกิดสามหมื่นอยู่แล้ว ถ้าทางโรงพยาบาลใหญ่ที่เราส่งไปเขาบล็อกไว้ให้ ยิ่งไงต่อคนไม่เกิดสามหมื่นบาทอยู่แล้ว สูงสุดก็หักหมื่นเพราะไม่มีอุปกรณ์อะไรใหญ่ๆที่ต้องใช้ส่วนใหญ่เราจะเน้นให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแล้วย้ายเข้าโรงพยาบาลใหญ่ การซีทีสแกน เปิดห้องผ่าตัด หรือไอซียู มันอยู่ที่โรงพยาบาลใหญ่อยู่แล้ว สูงสุดของเราคือแอดมิต เพราะว่าบางทีมันมีบางส่วนที่เรายังดูแลได้ก็จะแอดมิตก่อน

ที่นี่เห็นมีรับเคสสีแดงได้ด้วย? - เคสสีแดงของเราแต่ศักยภาพสีแดงของแต่ละโรงพยาบาลมันก็จะไม่เหมือนกัน ของเราถ้า score น้อยกว่า 13 ตีพิวัดไม่ได้ หายใจเริ่มมีปัญหา ก็คือถ้ามีปัญหาตั้งแต่สองระบบขึ้นไปเราถือว่าเป็น emergency สำหรับเรา

มีหมอผ่าตัดหรือเปล่า? - ไม่มี ไม่มีหมอเฉพาะทางเลยไม่ว่าจะเป็นหมอศัลยกรรมหรืออะไร โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่เป็นหมอทั่วไปก็จะปัญหา เดียวนี้ก็ปิดห้องผ่าตัดกันหมดแล้วเพราะเหตุการณ์โดนฟ้อง หมอเองยังซีพีอาร์คนไข้ไปแล้วไม่ขึ้นจะเป็นอะไรไหม เกิดความเครียด โรงพยาบาลชุมชนหมอ 1 คนจะต้องอยู่เวรเช้า บ่าย ดึก แล้วก็ตอนเช้าถึงจะได้นอน ของที่เราจะให้ตรวจได้ถึงเที่ยงคืนเพราะว่าที่นั่นมันใกล้เมืองการริเวสความต้องการของคนไข้ ก็ต้องทนรับสภาพกันไป

แล้วพยาบาล? - พยาบาลมีผลัดกันทุก 8 ชั่วโมง แต่หมอส่วนใหญ่กลางคืนแยกตอนเช้าก็หยวน ๗ กันให้พักบ้าง

หมอไม่พอ? - ระบบก็เป็นแบบนี้มานานแล้ว แต่ถ้าอยู่โรงพยาบาลที่ไม่ค่อยมีคนไข้ก็จะได้พักยาวหน่อย เลยเป็นสาเหตุว่าหมอบางคนทำไม่ไปอยู่ต่างอำเภอแต่ของดอยสะเก็ดก็บังคับให้มา

แต่โรงพยาบาลชุมชนบางที่ก็มีหมอเฉพาะทาง? - ตอนนี้ของเชียงใหม่จะแบ่งโรงพยาบาลออกเป็น 3 ระดับ F M และโรงพยาบาลใหญ่ไปเลย ของดอยสะเก็ดตอนนี้เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 คือยังไม่มีหมอเฉพาะทาง แต่ระดับ M เขากำลังผลักดันให้มีหมอเฉพาะทางเลยกลายเป็นว่าต้องรีเฟอไป ตามไหนดประจำสาย F สามารถรีเฟอไปยัง M ได้ ไป M ก่อนก่อนที่จะไปสวนดอกหรือนครพิงค์ แต่ M ตอนนี้ก็มีการพัฒนาศักยภาพมากขึ้นโดยการให้มีแพทย์เฉพาะทางหรือเครื่องมือบางส่วน

เวลาจะเลือกรีเฟอไปนครพิงค์หรือสวนดอกต้องทำยังไง? - คือระบบไหนอยู่ แล้วก็มีการประสาน แพศของแต่ละสายอยู่ แล้วแต่ละทีมการรีเฟอเข้าโรงพยาบาลใหญ่แต่ละสายความใกล้ไกลมันต่างกัน แบ่งตามไหนดไหนดสันทราย สันป่าตอง จอมทอง ดอยสะเก็ดเองอยู่ระหว่างกึ่งกลาง ส่วนใหญ่แล้วถ้าเคสที่เป็น emergency แต่ไม่ได้ต้องให้ความช่วยเหลือเร่งด่วนเขาก็จะไปไหนดสันป่าตอง ซึ่งจากเราไปสันป่าตองก็ใช้เวลา 40 นาทีแต่เป็นเคสที่ไม่หนักมาก ที่ไม่ใช่เคส Trauma

บทสนทนา
<p>พวก Trauma ? - มีนครพิงค์ กับมหาราชเขาก็จะแบ่งกันอีก อันนี้ต้องเรียนถามอาจารย์อีกรอบ เขาก็จะแบ่งว่าศักยภาพนครพิงค์ได้แค่ไหน ช่วงก่อน ๆ พวกเป็นเกี่ยวกับหลอดเลือดนครพิงค์ก็ยังมีหมอกก็จะให้ไปสวนดอก แต่ตอนนี้ไม่แน่ใจว่าแบ่งสายกันยังไง แล้วแต่หมอทางนั้นอีกบางที่หมอกก็ไม่มีติดประชุมบ้าง</p> <p>รพ.สต. ได้จัดการอะไรบ้างเวลาเกิดอุบัติเหตุทบาทคือ? - จะไปช่วยที่จุดเกิดเหตุ รพ.สต. จะให้ความรู้ เรื่องการฟื้นคืนชีพหมายถึงว่าให้เขาฝึกทุกปี</p> <p>แล้วเขาไปช่วยในลักษณะไหน ผู้ช่วยพยาบาล? - ก็ใช่แต่เขาก็จะต้องมีบทบาทหน้าที่ที่ต้องที่จุดเกิดเหตุก่อนเพราะเขาไปถึงก่อน ไปช่วยกู้ชีพกู้ภัยในการคัดกรองคนไข้ คือเกิดเหตุปั๊บ รพ.สต. ก็จะได้รับ 1669 เหมือนกัน เขาก็จะรู้เรื่องศูนย์สั่งการแต่ว่าโดยไม่ใช้หน้าที่ก็จะชี้รถไปดูแลแต่ไม่ใช้ว่าโดยหน้าที่ต้องไป รพ.สต. ส่วนใหญ่ทำงานในเวลาราชการแต่อุบัติเหตุมันอยู่นอกเวลาอยู่แล้ว เพราะฉะนั้นบทบาทของ รพ.สต. จริง ๆ แล้วไม่มีเท่าไร ยกเว้นว่ามันใหญ่จริง ๆ เขาก็ต้องไปถึงที่เกิดเหตุก่อนแล้วก็ให้การปฐมพยาบาลก่อน เป็นทีมเสริมไม่ใช่หน่วยหลัก หน่วยหลักก็จะมีกู้ภัย ศูนย์สั่งการและโรงพยาบาล</p> <p>ระบบ emcco ตั้งแต่มีมาเป็นยังไง? - ไม่แน่ใจเพราะที่นี้ปกติแล้ว โรงพยาบาลเราติดลบสถานการณ์ทางการเงินไม่ค่อยดีถ้าคนไข้มีกำลังทรัพย์ที่จะจ่ายเราก็จะให้จ่ายก่อน ติดลบเป็นทั้งจังหวัดมีแค่ไม่มีโรงพยาบาลที่ไม่เป็น</p>
<p>ดอยสุเทพ</p> <p>ตอนแรกยังไม่ได้เข้าระบบเป็นรถรับส่งผู้ป่วยอย่างเดียวอยู่ด้านหลังโดนนำรถตู้เกามาดัดแปลง ต่อมาได้งบประมาณสองคัน และมีการรับสมัครบุคลากรเข้ามาทำงาน ทำให้เรียนรู้อีก ปัจจุบันมีเวชกิจฉุกเฉินอยู่สองคน บางคนยอมทำงานต่ำกว่าวุฒิไปก่อน มีคนนักท่องเที่ยวบาง นักท่องเที่ยวส่วนใหญ่พูดไม่รู้เรื่อง มีปัญหาทางภาษา ถ้าเป็นเงินมีลมมาด้วย ก็จะปฐมพยาบาลเท่าที่ได้</p> <p>ขั้นตอน</p> <p>เมื่อนครพิงค์แจ้งเหตุมา เมื่อเราได้รับเหตุจาก 1669 เราจะดูความนิ่งก่อนเป็นเกณฑ์ที่เรียนว่า ถ้าเป็นสีแดงเราจะเข้าใกล้ที่สุด ถ้าเป็นคนไข้ที่รอได้ ก็จะให้รอส่งไปสวนดอกบ้างนครพิงค์บ้าง มาที่บ้างแต่น้อย บางเคสก็มาอนามัยเอง ส่วนมากที่เรียกรถคือช่วยเหลือตัวเองไม่ค่อยได้ จะการแบ่งเขต วันที่เฉพาะ 1669 ก็ไปสามเคส แล้วแต่วัน ช่วงเทศกาล ก็จะไปโรงพยาบาล เรายังจะมีสองทีม 1669 ทีมรับส่งผู้ป่วยอีก 1 ทีม จะคอยรับส่งผู้ป่วย แบบคนไข้ติดเตียง จะมีการนัดล่วงหน้า ทางทีมงานก็จะไปส่งและไปรับจากโรงพยาบาล รพ.สต. ส่งกตกระทรวงสาธารณสุข ส่วนมากจะเป็นท้องถิ่น แยกเป็นโซนๆ ไป ไม่มีรถ 1669 ไปส่ง รพ.สต. การแพทย์ฉุกเฉินก็ให้เทศบาลสามารถจัดตั้งได้</p> <p>ก็มีการเตรียมรถ คน อุปกรณ์ ที่ได้รับการอบรม fr ให้นครพิงค์ไปประเมิน</p>

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม และ แบบสัมภาษณ์

แนวคำถามเชิงลึก(In-depth interview)

สำหรับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสุขภาพ

- แนวทางการให้บริการทางสุขภาพหลังการเกิดอุบัติเหตุทางถนนแก่นักท่องเที่ยวเป็นอย่างไร (สถานการณ์การท่องเที่ยว สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนของพื้นที่ แนวทางการดำเนินงาน ตัวชี้วัด)
- ท่านพบปัญหาหรืออุปสรรคเกี่ยวกับขั้นตอน/กระบวนการในการให้บริการทางสุขภาพหลังการเกิดอุบัติเหตุทางถนนหรือไม่อย่างไร
 - 1) การดูแลผู้บาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital care)
 - ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
 - ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามมาตรฐาน (การช่วยเหลือทางเดินหายใจ การหยุดห้ามเลือด การตามและการให้สารน้ำ)
 - การเคลื่อนย้าย (วิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การดูแลรักษาระหว่างการเคลื่อนย้าย)
 - 2) สถานที่การรักษา (Hospital care)
 - คัดกรอง ตรวจโรค ขึ้นทะเบียน
 - การรับตัวผู้ป่วย การดูแลรักษาในหน่วยฉุกเฉิน การย้ายออกจากห้องฉุกเฉิน การดูแลรักษาผู้ป่วย
 - 3) การติดตามผลการรักษา
 - Rehabilitation เช่น การทำกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด
 - ท่านคิดว่าควรมีวิธีการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวอย่างไรบ้าง
 - ท่านคิดว่ามีสาเหตุและปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลต่อการให้บริการทางสุขภาพหลังการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (เช่น ข้อจำกัดด้านภาษา ความล่าช้า ความเพียงพอของจำนวนบุคลากรและอุปกรณ์ สิทธิการรักษาของผู้ป่วย) และท่านคิดว่ามีวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างไรบ้าง

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่



รหัสแบบสอบถาม

แบบสอบถามโครงการ
การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่
 (Healthcare services for tourists manifesting road traffic accidents in
 Chiang Mai)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการทางสุขภาพหลังการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว
2. เพื่อวิเคราะห์ความต้องการของนักท่องเที่ยว ที่มีต่อการให้บริการทางสุขภาพเมื่อเกิดอุบัติเหตุ
3. เพื่อเสนอแนวทางในการให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว

แบบสอบถามชุดนี้ประกอบไปด้วย 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) พฤติกรรมการท่องเที่ยว 3) การรับรู้ในเรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน 4) การบริการแพทย์ฉุกเฉินที่ต้องการ และ 5) แบบสอบถามทางเลือกในลักษณะ Discrete Choice Experiment

ส่วนที่ A ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมคำลงในช่องว่างตามข้อมูลของท่าน

A1. เพศ 1.ชาย 2.หญิง 3.อื่นๆ

(ระบุ.....)

A2. อายุ ปี

A3. ระยะเวลาในการพำนักในประเทศไทย วัน

A4. ระยะเวลาในการพำนักในจังหวัดเชียงใหม่ วัน

A5. การศึกษา 1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษาตอนต้น 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

ส่วนที่ B พฤติกรรมการท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมคำลงในช่องว่างตามข้อมูลของท่าน

B1. ท่านมาท่องเที่ยวเพื่อวัตถุประสงค์ใด (เรียงลำดับ 3 ลำดับแรก)

- 1. การท่องเที่ยวเพื่อพักผ่อนในวันหยุด
- 2. การท่องเที่ยวเพื่อวัฒนธรรมและศาสนา
- 3. การท่องเที่ยวเพื่อการศึกษา
- 4. การท่องเที่ยวเพื่อการกีฬาและบันเทิง
- 5. การท่องเที่ยวเพื่อประวัติศาสตร์และความสนใจพิเศษ
- 6. การท่องเที่ยวเพื่อเยี่ยมญาติมิตร
- 7. การท่องเที่ยวเพื่อธุรกิจ
- 8. การท่องเที่ยวเพื่อประชุมสัมมนา
- 9. การท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ
- 10. การท่องเที่ยวสัมผัสผืนชาติพันธ์และวัฒนธรรมพื้นถิ่น
- 11. การท่องเที่ยวแบบพำนักยาว

B2. ลักษณะของการเดินทางท่องเที่ยว (ตอบได้ข้อเดียว)

- 1. การท่องเที่ยวแบบหมู่คณะ เช่น กรุ๊ปเหมาและกรุ๊ปจัด
- 2. การท่องเที่ยวแบบอิสระคนเดียว
- 3. การท่องเที่ยวแบบอิสระแบบคู่
- 4. การท่องเที่ยวแบบอิสระมาเป็นกลุ่ม (มากกว่า 2 คน)

B3. องค์ประกอบของทรัพยากรท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่ที่ทำให้ท่านตัดสินใจเดินทางมา (เรียงลำดับ 3 ลำดับแรก)

- 1. ทรัพยากรท่องเที่ยวมีสิ่งดึงดูดใจ
- 2. ทรัพยากรท่องเที่ยวมีเส้นทางการเข้าถึง
- 3. ทรัพยากรท่องเที่ยวมีสิ่งอำนวยความสะดวก
- 4. การมีที่พักที่เพียงพอและหลากหลายสำหรับนักท่องเที่ยว
- 5. การมีกิจกรรมต่างๆที่น่าสนใจ
- 6. การมีระบบการให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นมาตรฐาน
- 7. ความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินที่ได้มาเที่ยว

B4. ถ้าท่านนิยามตนเอง ท่านเป็นนักท่องเที่ยวแบบใด (ตอบได้ข้อเดียว)

- 1. นักท่องเที่ยวแบบนันทนาการ
- 2. นักท่องเที่ยวแบบปลุกตัวหาความเพลิดเพลิน
- 3. นักท่องเที่ยวมุ่งหาประสบการณ์
- 4. นักท่องเที่ยวที่ใช้ชีวิตแบบคนท้องถิ่น
- 5. นักท่องเที่ยวแบบประหยัด

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

- 6. นักท่องเที่ยวชอบผจญภัย
- 7. นักท่องเที่ยวประเภทเดินทางระหว่างวันหยุด
- 8. นักท่องเที่ยวแบบชอบเดินทางโดยใช้ระยะเวลาเดินทางยาวนาน

B5. ก่อนจะมาเที่ยวประเทศไทยท่านได้หาข้อมูลด้วยช่องทางใด (เรียงลำดับ 3 ลำดับแรก)

- 1. เว็บไซต์
- 2. เพื่อน/บุคคลในครอบครัว
- 3. หนังสือท่องเที่ยว/นิตยสาร
- 4. โทรศัพท์ /วิทยุ
- 5. Social Network

B6. ปัจจุบันท่านใช้เวลาในการท่องเที่ยวอินเทอร์เน็ต ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ตอนที่ C การรับรู้การบริการของแพทย์ฉุกเฉิน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือตามการรับรู้ข้อมูลของท่าน
ท่านทราบเกี่ยวกับประเด็นเหล่านี้หรือไม่

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	การรับรู้	
	1.ทราบ	2.ไม่ทราบ
C1. เบอร์โทร 1669 ใช้เพื่อแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินรวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุทางถนน		
C2. ประเทศไทยมี application EMS 1669 เพื่อใช้ในการแจ้งเหตุและช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งรวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุทางถนน		
C3. หน่วยกู้ชีพหรือการแจ้งเหตุผ่าน 1669 เรียกใช้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง		
C4. สามารถขอคำแนะนำการช่วยเหลือผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนนจากเบอร์ 1669 ได้		
C5. หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมี 2 ระดับ คือ ระดับพื้นฐานและระดับสูง		
C6. เจ้าหน้าที่กู้ชีพมีทั้งที่มาจากโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและมูลนิธิต่างๆ		
C7. การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเป็นเรื่องที่สำคัญมาก		
C8. ในรถฉุกเฉิน ต้องมีเจ้าหน้าที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา		
C9. การนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ต้องคำนึงถึง ระยะทางเวลาเดินทางและอาการผู้ป่วยด้วย		

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	การรับรู้	
	1.ทราบ	2.ไม่ทราบ
C10. สามารถใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสารกับหน่วยรับแจ้งเหตุได้		

ตอนที่ D ความต้องการบริการของแพทย์ฉุกเฉิน

คำชี้แจง ท่านมีความต้องการระดับใด และ อย่างไรต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่าน และให้อธิบายเหตุผลเพิ่มเติม

ความต้องการต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ระดับความคิดเห็น									
	น้อยที่สุด <----->มากที่สุด									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D1.การประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 ให้ทราบอย่างทั่วถึง										
D2.การประชาสัมพันธ์ Application EMS 1669 ให้ทราบอย่างทั่วถึง										
D3.มีพยาบาลเฉพาะทางเป็นคนรับการแจ้งเหตุ										
D4.มีแพทย์เป็นคนรับการแจ้งเหตุ										
D5.ควรมีการบังคับให้มีการซื้อประกันการเดินทาง (หรือประกันภัยท่องเที่ยว)										
D6.ควรมีการบังคับให้มีการซื้อประกันการเดินทาง (หรือประกันภัยท่องเที่ยว) โดยรัฐเป็นผู้ดำเนินการ										
D7.ผู้รับแจ้งเหตุและผู้ให้บริการในสถานพยาบาลสื่อสารภาษาอังกฤษได้										
D8.ผู้รับแจ้งเหตุและผู้ให้บริการในสถานพยาบาลสื่อสารภาษาอังกฤษและภาษาอื่นๆได้										
D9.การใช้ระบบแปลภาษาผ่าน application										
D10.ในรถกู้ชีพ ต้องมีที่นั่งสำหรับญาติด้วย										
D11.หน่วยกู้ชีพมาจากโรงพยาบาลเท่านั้น										
D12.เจ้าหน้าที่กู้ชีพไม่จำเป็นต้องมาจากโรงพยาบาลเท่านั้น อาจจะมาจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิต่างๆ แต่ต้องมีการฝึกอบรมมาอย่างดี										
D13.โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ควรมีหน่วยประกันสำหรับชาวต่างชาติเพื่ออำนวยความสะดวก										
D14.ควรมีการแจ้งระยะเวลาที่รอกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ										
D16.ผู้ป่วยสามารถหรือญาติเลือกโรงพยาบาลในการเข้ารับบริการ										

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ความต้องการต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ระดับความคิดเห็น									
	น้อยที่สุด <----->มากที่สุด									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ในแผนฉุกเฉินได้										
D17. การบริการแพทย์ฉุกเฉินควรมีช่องทางพิเศษสำหรับผู้ป่วย										
D18. หน่วยให้บริการเป็นโรงพยาบาลเอกชน										
D19. การเลือกโรงพยาบาลเป็นไปตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการ										

D20. ถ้ามีการบังคับให้ทำประกันการเดินทาง ท่านคิดว่าอัตราค่าเบี้ยประกันที่ท่านเต็มใจจ่ายคืออัตราใด

- 1. 200 บาทต่อคนต่อครั้ง
- 2. 300 บาทต่อคนต่อครั้ง
- 3. 400 บาทต่อคนต่อครั้ง
- 4. อื่นๆ (ระบุ.....)

หมายเหตุ การทำประกันการเดินทางครอบคลุมการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ค่ารักษาพยาบาล ค่าเคลื่อนย้ายฉุกเฉิน

ตอนที่ E ทางเลือกการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้เงื่อนไขต่างๆ

คำถามต่อไปนี้ ให้ท่านเลือกหนึ่งทางเลือกระหว่างกรณีสมมติเหล่านี้ 1 กรณี ท่านจะเลือกกรณีใด คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือตามกรณีที่ท่านเลือก

การติดต่อ	กรณี A		กรณี B			ทางเลือก	
	การประกัน	หน่วยให้บริการ	การติดต่อ	การประกัน	หน่วยให้บริการ	A	B
โทรศัพท์	บังคับประกันการเดินทาง	รัฐบาล	ผ่าน Application	ไม่เต็มใจจ่ายเงินประกัน	เอกชน		
โทรศัพท์	บังคับประกันการเดินทาง	เอกชน	ผ่าน Application	ไม่เต็มใจจ่ายเงินประกัน	รัฐบาล		
โทรศัพท์	ไม่เต็มใจจ่ายเงิน	รัฐบาล	ผ่าน Application	บังคับประกัน	เอกชน		

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

กรณี A			กรณี B			ทางเลือก	
การติดต่อ	การ ประกัน	หน่วย ให้บริการ	การติดต่อ	การ ประกัน	หน่วย ให้บริการ	A	B
	ประกัน			การ เดินทาง			
โทรศัพท์	ไม่เต็มใจ จ่ายเงิน ประกัน	เอกชน	ผ่าน Application	บังคับ ประกัน การ เดินทาง	รัฐบาล		
ผ่าน Application	บังคับ ประกัน การ เดินทาง	รัฐบาล	โทรศัพท์	ไม่เต็มใจ จ่ายเงิน ประกัน	เอกชน		
ผ่าน Application	บังคับ ประกัน การ เดินทาง	เอกชน	โทรศัพท์	ไม่เต็มใจ จ่ายเงิน ประกัน	รัฐบาล		
ผ่าน Application	ไม่เต็มใจ จ่ายเงิน ประกัน	รัฐบาล	โทรศัพท์	บังคับ ประกัน การ เดินทาง	เอกชน		
ผ่าน Application	ไม่เต็มใจ จ่ายเงิน ประกัน	เอกชน	โทรศัพท์	บังคับ ประกัน การ เดินทาง	รัฐบาล		

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....



Healthcare services for tourists after road traffic accidents in Chiang Mai

The survey is conducted for the purposes of;

- 1) studying a procedure of healthcare service for tourists when accident occurred to them
- 2) analyzing demand of tourists for healthcare service when accident occurred to them
- 3) collecting suggestions that would be beneficial for developing healthcare services for tourists in the future

This survey consists of 5 parts; (A) general information (B) behavior of tourists (C) tourist awareness of emergency medical service (D) tourist requirement for emergency medical service (E) discrete choice experiment

Part A: General Information

Put this ✓ into the box or fill the blank

A1. Sex 1. Male 2. Female 3. Other (please specify).....

A2. Age

A3. Period of Stay in **Thailand**

A4. Period of Stay in **Chiang Mai**

A5. Education 1. Primary school 2. Secondary school 3. High School

4. Diploma 5. Bachelor degree 6. Master or PhD. 7. Other (please specify)

A6. Occupation 1. Unemployed or economically inactive (e.g. students, retired officer)

2. Skilled employed (e.g. mechanic, hairdresser)

3. Agricultural work (e.g. farmer, fisher)

4. Officer (e.g. accountant, banker, secretary)

5. Business owner

6. Professional work (e.g. doctor, dentist, lawyer, engineer, architect)

7. Other (please specify)

A7. Income per month (please specify your currency e.g. THB, USD)

.....

A8. Country of Birth 1. China 2. Japan 3. European countries

4. USA 5. Australia 6. ASEAN countries

7. Other (please specify)

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

- 2. Travelling on your own
- 3. Travelling with your partner
- 4. Travelling with friends and family

B3. Reasons for choosing **Chiang Mai** as your destination (please indicate your top 3 reasons, ranked from 1 to 3)

- Many tourist attractions
- Tourist attractions are conveniently accessible
- Good facilities and services provided
- Variety of accommodation
- Many interesting activities available
- Good medical service available
- Safety

B4. What is your style of travel? (Please choose one)

- 1. Recreational travel
- 2. Relaxation travel
- 3. Experience seekers travel
- 4. Cultural travel
- 5. Budget travel
- 6. Adventure travel
- 7. Holiday break travel
- 8. Long term, slow travel

B5. Before arrival, where did you get an information of Thailand? (please rank your answer from 1st to 3rd of your choices)

- Website
- Family / friend
- Book / magazine
- Telephone / radio
- Social network website (e.g. Facebook, Instagram)

B6. Time spent on surfing Internet hr/week

Part C: Awareness of Thailand Emergency Medical Service (EMS)

Put this ✓ into the box or fill the blank

Emergency Medical Service System	Are you aware of this Information ?	
	Yes	No
C1. "1669" is an emergency number to notify any injury of accidents		
C2. Thailand provides an application "EMS 1669" for notify any injury or accident		
C3. Emergency medical service team is available 24 hours via number "1669"		
C4. Medical advice for road accident is also available 24 hours via number "1669"		
C5. 2 types of medical services are available, a standard service and advance service		
C6. EMS medical teams are from local hospital or local rescue foundations		
C7. After an accident, first aid service is very important		
C8. In an ambulance, there must be medical staffs with patient all the time		
C9. Patient conditions and duration of traveling should be concerned when taking patients to the hospital		
C10. English speaking medical staff are available for foreign patients		

Part D: Tourist requirement for Emergency Medical Service in Thailand Please give the level of your requirement for EMS by putting ✓ into the box below

Emergency Medical Service (EMS) requirements	Ranking Scale minimum <-----> maximum									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D1. Information about emergency number '1669'										
D2. Information about application 'EMS 1669'										
D3. Any accident occurred should be initially notified to a nurse practitioner										

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

D4. Any accident occurred should be initially notified to a doctor																				
D5. travel insurance should be strictly purchased																				
D6. travel insurance should be strictly purchased and the government is a main operator.																				
D7. Medical staffs are able to communicate in English																				
D8. Medical staffs are able to communicate in different languages other than English																				
D9. Languages translation on Application should be provided																				
D10. Extra seats for relatives/friends of patient should be provided in an ambulance																				
D11. Rescue team should be from hospital only																				
D12. Rescue team can be any well trained team from local community or any local rescue foundations, not necessary to be only from the hospital																				
D13. Insurance section for foreign tourists should be available at the hospital in Chiang Mai																				
D14. Waiting time should be regularly informed to patients. -\																				
D16. Patients or their family members can choose the hospital for their emergency service																				
D17. There should be a 'fast lane' for patients who need emergency care																				
D18. Emergency medical services should be provided by private hospitals																				
D19. Healthcare providers (e.g. nurses and doctors) should have the right to choose any hospital for their patients																				

D20. if travel insurance is required, how much are you willing to pay for?

1. 200 THB / person / trip

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

- 2. 300 THB / person / trip
- 3. 400 THB / person / trip
- 4. Other (please specify)Note:

Travel insurance covers any expenses occurred from death, medical service etc.

Part E: Tourists preferences for Emergency Medical Services (EMS) in Chiang Mai
Please indicate with ✓ for your preferred choice between EMS plan “A” and Plan “B”

EMS plan ‘A’		
communication channel when accident occur	Travel Insurance	Medical care services provided by
Phone	required	public
Phone	required	private
Phone	not required	public
Phone	not required	private
Application	required	public
Application	required	private
application	not required	public
application	not required	private

EMS plan ‘B’			your choice	
communication channel when accident occur	Travel Insurance	Medical care services provided by	A	B
application	not required	private		
application	not required	public		
application	required	private		
application	required	public		
phone	not required	private		
phone	not required	public		
phone	required	private		
phone	required	public		

Suggestion

.....

.....

.....

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

.....
.....
.....



调查问卷表

-关于外国游客在清迈道路交通事故后急救服务

调查目的：

- 1.研究事故发生时游客医疗服务流程
- 2.分析事故发生时游客对医疗服务需求
- 3.收集对游客有益的医疗服务发展建议

调查问卷分五部分，A.基本信息，B.游客行为，C.游客对紧急医疗服务的认知，D.游客对紧急医疗服务需求，E.清迈游客对急诊医疗服务的偏好。

第一部分A：基本信息

将✓填写在方框或者虚线处

A1.性别 1.男 2.女 3.其他 (请注明.....)

A2.年龄..... 岁

A3.停留泰国时间..... 天

A4.停留清迈时间..... 天

A5.教育程度 1.小学 2.初中 3.高中
 4.大专 5.本科 6.硕士及以上
 7.其他 (请注明.....)A6.职业 (退休者) 1.无经济能力或失业 (中学生、大学生、无业者或 2.技工 (电工、木工、理发师等) 3.农业 (农民、牧民、渔民) 4.公司职员或销售人员 (会计、银行职员、秘书) 5.企业主或董事长 (个体户、董事长、企业家) 6.专家 (医生、牙医、律师、工程师、设计师) 7.其他

A7.月薪..... (请注明你的货币)

A8.国籍 1.中国 2.日本 3.欧洲 4.美国 5.澳大利亚 6.东盟 7.其他 请注明

A9.您是否购买了医疗保险，哪种类型：

 1. 已购买 (请选择您购买的类型) 1.1 健康保险 1.2 交通事故保险 1.3 国际旅行保险 1.4 健康和交通事故保险 (个人) 1.5 健康和交通事故保险 (团体) 2. 未购买

A10.您在您的国家拥有哪些健康服务保障

 1. 社保

- 2. 医保
- 3. 国企健康医疗保障
- 4. 个人商业医疗保险
- 5. 其他

第二部分B：来清迈游客行为

请您将 ✓ 填写在方框或者虚线处

B1. 您来清迈旅游的目的 (请选择三个目的, 并排序1、2、3)

- 1. 度假
- 2. 文化
- 3. 求学
- 4. 体育或娱乐
- 5. 历史或其他特殊兴趣
- 6. 探亲
- 7. 商业
- 8. 会议
- 9. 求医
- 10. 民俗或传统文化
- 11. 长期居住

B2. 旅行方式 (单选)

- 1. 跟团
- 2. 个人
- 3. 结伴
- 4. 家庭或朋友 (超过两人)

B3. 选择清迈作为您的目的地的理由 (选择三个并排序) :

- 1. 旅游景点众多
- 2. 旅游景点交通方便
- 3. 设施和服务优
- 4. 多种经济住宿类型
- 5. 众多有吸引力的活动
- 6. 良好的医疗服务
- 7. 安全

B4. 您的旅行行为类型 (单选题)

- 1. 娱乐型

- 2.放松型
- 3.体验型
- 4.文化型
- 5.经济型
- 6.探险型
- 7.假期放松型
- 8.长期居住，慢游型

B5. 来泰旅游前您用哪些方式收集信息 (请选择三个，并排序1、2、3)

- 1.网络
- 2.亲友
- 3.书籍杂志
- 4.电话广播
- 5.社交网络

B6. 目前您使用网络时间 小时/周

第三部分C: 对紧急医疗救助的认知

请您将 ✓ 填写在方框中

紧急医疗救助系统	是否知道	
	1.知道	2.不知道
C1. 1669是紧急交通事故救助电话		
C2. 泰国有EMS1669紧急交通事故救助软件		
C3. 1669紧急医疗团队全天24小时服务		
C4. 1669道路交通事故医疗建议全天24小时服务		
C5. 有两种医疗服务等级：普通和高级		
C6. 紧急医疗救助队来自于当地医院或者救援基金会		
C7. 事故发生后，急救服务非常重要		
C8. 在救护车里，必须有医疗人员全程陪护病人		
C9. 当将患者送医院时，必须考虑患者的情况和逗留时间		
C10. 会为外国患者配备会英语的医疗人员		

第四部分D: 游客对紧急医疗服务需求

请将您的需求等级用 ✓ 填写在方框中

对紧急医疗服务的需求	需求等级 最低 <-----> 最高
------------	-----------------------

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D1.关于急救电话“1669”的信息										
D2.关于急救软件“EMS1669”的信息										
D3.事故发生时，第一时间有专业护士到场										
D4.事故发生时，第一时间有专业医生到场										
D5.购买旅游人身与意外事故保险										
D6.政府应强制游客购买意外事故保险										
D7.医疗救护人员应英语交流流利										
D8.医疗救护人员应能用其他外语交流										
D9.提供软件翻译功能										
D10.为患者的亲友在救护车中提供座位										
D11.救援团队应仅限医院										
D12.救援团队可以来自于受过良好训练的社区或救援基金会，不仅限于医院										
D13.外国游客的保险应能在医院使用										
D14.应定期告知患者等待时间										
D15.患者或家属应能自由选择治疗医院										
D16.应为急救患者提供快速通道										
D17.紧急医疗救助应来自于私立医院										
D18.紧急救助人员（护士或医生）应有权利为患者选择合适的治疗医院										

D19. 如果对旅游保险有需求，你希望为此支付多少？

- 1. 200 铢/人次
- 2. 300 铢/人次
- 3. 400 铢/人次
- 4. 其他 (请注明.....)

注：旅行保险涵盖任何因医疗服务、死亡而发生的费用。

第六部分E:清迈游客对急诊医疗服务的偏好

请注明您在急诊医疗服务“A”和“B”之间的优先选择，用 ✓ 填写在方框中。

A方案			B方案			选择	
联系方式	保险	服务提供者	联系方式	保险	服务提供者	A	B
电话	需要	政府	软件	不需要	私立		
电话	需要	私立	软件	不需要	政府		

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

A方案			B方案			选择	
联系方式	保险	服务提供者	联系方式	保险	服务提供者	A	B
电话	不需要	政府	软件	需要	私立		
电话	不需要	私立	软件	需要	政府		
软件	需要	政府	电话	不需要	私立		
软件	需要	私立	电话	不需要	政府		
软件	不需要	政府	电话	需要	私立		
软件	不需要	私立	电话	需要	政府		

建议

.....

.....

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ภาคผนวก ค

การวัดความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ผลการ
ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเฉลี่ยรายข้อจำนวน 43 ข้อ มีค่า 1.00 จำนวน 42 และมีค่า 0.67 จำนวน 1 ข้อ จากที่มีผู้เชี่ยวชาญต่ำสุดจำนวน 3 คน ข้อคำถามที่ควรได้รับการประเมินว่ามีความสอดคล้องควรเป็นความเห็น 2 ใน 3 คน ดังนั้นค่าที่ได้ จะมีค่าเท่ากับ $2/3 = 0.67$ จึงเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ซึ่งแสดงถึงข้อคำถามระดับดี และดีเยี่ยม เมื่อมีค่าเท่ากับ 1.0 โดยค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งหมด มีค่า 0.99 แสดงว่าแบบสอบถามทั้งหมดมีความตรงเชิงเนื้อหาดีเยี่ยม รายละเอียดแสดงดังตาราง

ตารางที่ ค-1 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามการให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่

ข้อที่	ข้อคำถาม/ข้อสอบ สำหรับการวิจัย	ค่า I - CVI	ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
ส่วนที่ A ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม			
A1	เพศ	1	สอดคล้อง
A2	อายุ	1	สอดคล้อง
A3	ระยะเวลาในการพำนักในประเทศไทย	1	สอดคล้อง
A4	ระยะเวลาในการพำนักในจังหวัดเชียงใหม่	1	สอดคล้อง
A5	การศึกษา	1	สอดคล้อง
A6	อาชีพ	1	สอดคล้อง
A7	รายได้ต่อเดือน	1	สอดคล้อง
A8	ภูมิลำเนา	1	สอดคล้อง

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ข้อที่	ข้อความ/ข้อสอบ สำหรับการวิจัย	ค่า I - CVI	ผลการตรวจสอบ ความตรงเชิง เนื้อหา
A9	ท่านได้ซื้อประกันภัยมาหรือไม่ ประเภทใด	1	สอดคล้อง
A10	สิทธิการรักษาพยาบาลในประเทศของท่าน	1	สอดคล้อง
ส่วนที่ B พฤติกรรมการท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่			ผลการตรวจสอบ ความตรงเชิง เนื้อหา
B1	ท่านมาท่องเที่ยวเพื่อวัตถุประสงค์ใด (เรียงลำดับ 3 ลำดับแรก)	1	สอดคล้อง
B2	ลักษณะของการเดินทางท่องเที่ยว (เลือกตอบ 1 ข้อ)	1	สอดคล้อง
B3	องค์ประกอบของทรัพยากรท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่ที่ทำให้ท่านตัดสินใจเดินทางมา (เรียงลำดับ 3 ลำดับแรก)	1	สอดคล้อง
B4	ถ้าท่านนิยามตนเอง ท่านเป็นนักท่องเที่ยวแบบใด (ตอบได้ข้อเดียว)	1	สอดคล้อง
B5	ก่อนจะมาเที่ยวประเทศไทยท่านได้หาข้อมูลด้วยช่องทางใด	1	สอดคล้อง
	(เรียงลำดับ 3 ลำดับแรก)		สอดคล้อง
B6	ปัจจุบันท่านใช้เวลาในการท่องเที่ยวอินเทอร์เน็ต ชั่วโมงต่อสัปดาห์	1	สอดคล้อง
ส่วนที่ C การรับรู้การบริการของแพทย์ฉุกเฉิน			ผลการตรวจสอบ ความตรงเชิง เนื้อหา
C1	เบอร์โทร 1669 ใช้เพื่อแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินรวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	1	สอดคล้อง

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ข้อที่	ข้อความ/ข้อสอบ สำหรับการวิจัย	ค่า I - CVI	ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
C2	ประเทศไทยมี application EMS 1669 เพื่อใช้ในการแจ้งเหตุและช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งรวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	1	สอดคล้อง
C3	หน่วยกู้ชีพหรือการแจ้งเหตุผ่าน 1669 เรียกใช้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง	1	สอดคล้อง
C4	สามารถขอคำแนะนำการช่วยเหลือผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนนจากเบอร์ 1669 ได้	1	สอดคล้อง
C5	หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมี 2 ระดับ คือ ระดับพื้นฐานและระดับสูง	1	สอดคล้อง
C6	เจ้าหน้าที่กู้ชีพมีทั้งที่มาจากโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิต่างๆ	1	สอดคล้อง
C7	การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเป็นเรื่องที่สำคัญมาก	1	สอดคล้อง
C8	ในรถฉุกเฉิน ต้องมีเจ้าหน้าที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา	1	สอดคล้อง
C9	การนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ต้องคำนึงถึง ระยะทางเวลาเดินทางและอาการผู้ป่วยด้วย	1	สอดคล้อง
C10	สามารถใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสารกับหน่วยรับแจ้งเหตุได้	1	สอดคล้อง
ส่วนที่ D ความต้องการบริการของแพทย์ฉุกเฉิน			ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
D1	การประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 ให้ทราบอย่างทั่วถึง	1	สอดคล้อง

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ข้อที่	ข้อความ/ข้อสอบ สำหรับการวิจัย	ค่า I - CVI	ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
D2	การประชาสัมพันธ์ Application EMS 1669 ให้ทราบอย่างทั่วถึง	1	สอดคล้อง
D3	มีพยาบาลเฉพาะทางเป็นคนที่รับแจ้งเหตุ	1	สอดคล้อง
D4	มีแพทย์เป็นคนที่รับแจ้งเหตุ	0.67	ยอมรับ
D5	ควรมีการบังคับให้มีการซื้อประกันการเดินทาง (หรือประกันภัยท่องเที่ยว)	1	สอดคล้อง
D6	ควรมีการบังคับให้มีการซื้อประกันการเดินทาง (หรือประกันภัยท่องเที่ยว) โดยรัฐเป็นผู้ดำเนินการ	1	สอดคล้อง
D7	ผู้รับแจ้งเหตุและผู้ให้บริการในสถานพยาบาลสื่อสารภาษาอังกฤษได้	1	สอดคล้อง
D8	ผู้รับแจ้งเหตุและผู้ให้บริการในสถานพยาบาลสื่อสารภาษาอังกฤษและภาษาอื่นๆได้	1	สอดคล้อง
D9	การใช้ระบบแปลภาษาผ่าน application	1	สอดคล้อง
D10	ในรถกู้ชีพ ต้องมีที่นั่งสำหรับญาติด้วย	1	สอดคล้อง
D11	หน่วยกู้ชีพมาจากโรงพยาบาลเท่านั้น	1	สอดคล้อง
D12	เจ้าหน้าที่กู้ชีพไม่จำเป็นต้องมาจากโรงพยาบาลเท่านั้น อาจจะมาจากรองครูปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิต่างๆ แต่ต้องมีการฝึกอบรมมาอย่างดี	1	สอดคล้อง
D13	โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ควรมีหน่วยประกันสำหรับชาวต่างชาติเพื่ออำนวยความสะดวก	1	สอดคล้อง
D14	ควรมีการแจ้งระยะเวลาที่รอกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	1	สอดคล้อง

ข้อที่	ข้อความ/ข้อสอบ สำหรับการวิจัย	ค่า I - CVI	ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
D16	เลือกโรงพยาบาลในการเข้ารับบริการในแผนฉุกเฉินได้	1	สอดคล้อง
D17	การบริการแพทย์ฉุกเฉินควรมีช่องทางพิเศษสำหรับผู้ป่วย	1	สอดคล้อง
D18	อัตราค่าเบี้ยประกันการเดินทางที่นักท่องเที่ยวเต็มใจจ่ายมากที่สุด	1	สอดคล้อง
ค่า S-CVI/Ave		0.99	สอดคล้องดีเยี่ยม

ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

การทดสอบความเชื่อมั่นของข้อมูล (Reliability) ของแบบสอบถามในงานวิจัยนี้ ได้ใช้ Cronbach's Alpha เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของข้อมูล (Reliability test) ของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha) มีเงื่อนไขว่าหากค่าที่ได้จากการวิเคราะห์มีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป แสดงว่าแบบสอบถามนั้นมีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้ในกระบวนการวิจัยต่อไปได้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต้นแบบร่วมกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่มาท่องเที่ยวในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 คน ผลที่ได้ของค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ได้ค่าความน่าเชื่อถือเท่ากับ 0.753 และ 0.799 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า เครื่องมือหรือแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับที่ดี ดังแสดงในตารางด้านล่างต่อไปนี้

ตาราง ค-2 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวแปร	Cronbach's Alpha if Item Deleted	ความน่าเชื่อถือ
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน		
C1. เบอร์โทร 1669 ใช้เพื่อแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินรวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	0.689	เชื่อถือได้
C2. ประเทศไทยมี application EMS 1669 เพื่อใช้ในการแจ้งเหตุและช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งรวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	0.721	เชื่อถือได้
C3. หน่วยกู้ชีพหรือการแจ้งเหตุผ่าน 1669 เรียกใช้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง	0.699	เชื่อถือได้
C4. สามารถขอคำแนะนำการช่วยเหลือผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนนจากเบอร์ 1669 ได้	0.695	เชื่อถือได้
C5. หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมี 2 ระดับ คือ ระดับพื้นฐานและระดับสูง	0.704	เชื่อถือได้
C6. เจ้าหน้าที่กู้ชีพมีทั้งที่มาจากโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิต่างๆ	0.734	เชื่อถือได้
C7. การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเป็นเรื่องที่สำคัญมาก		เชื่อถือได้
C8. ในรถฉุกเฉิน ต้องมีเจ้าหน้าที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา	0.775	เชื่อถือได้
C9. การนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ต้องคำนึงถึง ระยะทางเวลาเดินทางและอาการผู้ป่วยด้วย		เชื่อถือได้
C10. สามารถใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสารกับหน่วยรับแจ้งเหตุได้	0.768	เชื่อถือได้

จากตารางที่ ค-2 ค่าความน่าเชื่อถือของตัวแปรแบบสอบถามด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีค่าความน่าเชื่อถือของตัวแปรรวม 0.753 นอกจากนี้ยัง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ของ Cronbach ที่ได้จากการวิเคราะห์มีค่าอยู่ระหว่าง $0.7 \leq \alpha < 0.8$ ทุกค่าทุกตัวแปร แสดงว่าแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยมีความ น่าเชื่อถือ สามารถนำมาใช้ในการวิจัยได้ และยังพบข้อสังเกตอีกว่า หากตัดตัวแปรตัดตัวแปรหนึ่งออก จะมีผลทำให้ ค่าความเชื่อมั่นของการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม แต่ก็ยังอยู่ในค่าที่สามารถนำแบบสอบถามมาดำเนินการวิจัยได้เป็นอย่างดี

ตาราง ค-3 ความต้องการต่อบริการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวแปร	Cronbach's Alpha if Item Deleted	ความน่าเชื่อถือ
ความต้องการต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน		
1.การประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 ให้ทราบอย่างทั่วถึง	0.805	เชื่อถือได้
2.การประชาสัมพันธ์ Application EMS 1669 ให้ทราบอย่างทั่วถึง	0.788	เชื่อถือได้
3.มีพยาบาลเฉพาะทางเป็นคนที่รับแจ้งเหตุ	0.765	เชื่อถือได้
4.มีแพทย์เป็นคนที่รับแจ้งเหตุ	0.806	เชื่อถือได้
5.ควรมีการบังคับให้มีการซื้อประกันการเดินทาง (หรือประกันภัยท่องเที่ยว)	0.804	เชื่อถือได้
6.ควรมีการบังคับให้มีการซื้อประกันการเดินทาง (หรือประกันภัยท่องเที่ยว) โดยรัฐเป็นผู้ดำเนินการ	0.758	เชื่อถือได้
7.ผู้รับแจ้งเหตุและผู้ให้บริการในสถานพยาบาลสื่อสารภาษาอังกฤษได้	0.802	เชื่อถือได้
8.ผู้รับแจ้งเหตุและผู้ให้บริการในสถานพยาบาลสื่อสารภาษาอังกฤษและภาษาอื่น ๆ ได้	0.78	เชื่อถือได้
9.การใช้ระบบแปลภาษาผ่าน application	0.802	เชื่อถือได้
10.ในรถกู้ชีพ ต้องมีที่นั่งสำหรับญาติด้วย	0.785	เชื่อถือได้
11.หน่วยกู้ชีพมาจากโรงพยาบาลเท่านั้น	0.775	เชื่อถือได้
12.เจ้าหน้าที่กู้ชีพไม่จำเป็นต้องมาจากโรงพยาบาลเท่านั้น อาจจะมาจากรองครุส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิต่างๆ แต่ต้องมีการฝึกอบรมมาอย่างดี	0.806	เชื่อถือได้
13.โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ควรมีหน่วยประกันสำหรับชาวต่างชาติเพื่ออำนวยความสะดวก	0.796	เชื่อถือได้
14.ควรมีการแจ้งระยะเวลาที่รอกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	0.782	เชื่อถือได้

ตัวแปร	Cronbach's Alpha if Item Deleted	ความน่าเชื่อถือ
15.เลือกโรงพยาบาลในการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้	0.802	เชื่อถือได้
16.การบริการแพทย์ฉุกเฉินควรมีช่องทางพิเศษสำหรับผู้ป่วย	0.776	เชื่อถือได้
17. หน่วยให้บริการเป็นโรงพยาบาลเอกชน	0.799	เชื่อถือได้
18. การเลือกหน่วยให้โรงพยาบาลเป็นไปตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการ	0.761	เชื่อถือได้

จากตารางที่ ค-3 ค่าความน่าเชื่อถือของตัวแปรแบบสอบถามด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีค่าความน่าเชื่อถือของตัวแปรรวม 0.799 นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ของ Cronbach ที่ได้จากการวิเคราะห์มีค่าอยู่ระหว่าง $0.7 < \alpha < 0.8$ ทุกค่าทุกตัวแปร แสดงว่าแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ สามารถนำมาใช้ในการวิจัยได้ และยังพบข้อสังเกตอีกว่า หากตัดตัวแปรตัดตัวแปรหนึ่งออก จะมีผลทำให้ ค่าความเชื่อมั่นของการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม แต่ก็ยังอยู่ในค่าที่สามารถนำแบบสอบถามมาดำเนินการวิจัยได้เป็นอย่างดี

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิเคราะห์ความต้องการ บริการทาง
การแพทย์

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานอธิการบดี กองบริหารการวิจัย งานบริหารมาตรฐานและเครือข่าย โทร.8642

ที่ ศธ 0527.01.33(1)/NU-IRB 1013 วันที่ 8 พฤษภาคม 2561

เรื่อง ผลการประเมินด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พุดตาน พันธูณเร : คณะบริหารธุรกิจ เศรษฐศาสตร์และการสื่อสาร

ตามที่ ท่านได้เสนอโครงการวิจัย เรื่อง การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่ (หมายเลขโครงการ : 0219/61) มายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอรับพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าวแล้ว และมีมติ รับรอง การยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย ซึ่งมีเอกสารที่รับรองดังนี้

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2561
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2561
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2561
4. สรุปรูปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2561
5. แบบเสนอโครงการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2561
6. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2561
7. แบบสอบถาม (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2561
8. งบประมาณที่ได้รับโดยย่อ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2561

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนาวลัย ดาดี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่

COE No. 040/2018
IRB No. 0219/61



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
NARESUAN UNIVERSITY INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

เอกสารรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP) และ 45CFR 46.101(b)

ชื่อโครงการ : การให้บริการทางสุขภาพหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยว จังหวัดเชียงใหม่
Study Title : Healthcare services for tourists manifesting road traffic accidents in Chiang Mai
ผู้วิจัยหลัก : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พุดตาน พันธุเนตร
สังกัดหน่วยงาน : คณะบริหารธุรกิจ เศรษฐศาสตร์และการสื่อสาร

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2561
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2561
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2561
4. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2561
5. แบบเสนอโครงการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2561
6. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2561
7. แบบสอบถาม (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2561
8. จบประมาณที่ได้รับโดยย่อ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2561

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนาวัลย์ คาคี)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรม : 8 พฤษภาคม 2561
Date of Exemption : May 08, 2018

หมายเหตุ 1. ไม่ต้องส่งส่วนแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย (Amendment) รายงานความก้าวหน้า (Progress Report) และรายงานสรุปผลการวิจัย (Final Report)
2. หากมีการแก้ไขโครงการวิจัยภายหลังการรับรอง ให้ผู้วิจัยดำเนินการจัดทำเป็นโครงการวิจัยใหม่