

ผลของโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม
โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
พฤษภาคม 2559
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร


วิทยานิพนธ์ เรื่อง “โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม
โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก”

ของณัฐภรณ์ แซ่มซ้อย

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

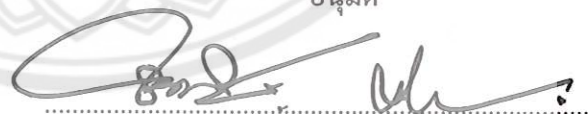
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี)


.....ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงคานนท์)


.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปกรณ์ ประจันบาน)

อนุมัติ


.....
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตนะ บัวสนธ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

10 พฤษภาคม 2559

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงคานนท์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่าให้คำแนะนำ กำลังใจตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่าง สมบูรณ์ และทรงคุณค่า

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังสี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ปกรณัม ประจันบาน คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ได้ ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณนายแพทย์กิตติ ตันตระวิวัฒน์ รองศาสตราจารย์ ดร.จรรยา สันตยากร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรองไฉ อุณหสูต อาจารย์จิรวัฒน์ หรือตระกูล และนางเนตรญา วิโรจนวานิช ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อปรับปรุง ให้เครื่องมือวิจัยมีความตรงมากยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรที่ กรุณารับรองจริยธรรมในมนุษย์เพื่อดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร และคณะกรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ ที่เห็นชอบให้ดำเนินการวิจัย และ ที่สำคัญยิ่ง ต้องขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

กราบขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลพิจิตรที่ได้กรุณาเป็นผู้ประสานงาน และ อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ครอบครัว และเพื่อนร่วมงานของผู้วิจัย ที่ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆด้านอย่างดีเสมอมา

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ ผู้มี พระคุณทุกๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหาร ทางการพยาบาล ทุกระดับที่จะมีการพัฒนาภาวะผู้นำและความคิดสร้างสรรค์ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่องค์กรและ วิชาชีพพยาบาลต่อไป

ณัฐภรณ์ แซ่มซ้อย

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก
ผู้วิจัย	ณัฐภรณ์ แซ่มซ้าย
ประธานที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงคานนท์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ พย.ม. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2558
คำสำคัญ	ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบ การแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ ในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ เรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก 3) เพื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งการเข้าถึง ตามระบบระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ของผู้ใช้บริการ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก เป็นอย่างไร

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลวงษ์ อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน ที่มีการคัดเลือกแบบสุ่มตัวร่วมกับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือประกอบการตรวจสอบความเที่ยงโดยวิธีของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Procedure) หรือ KR20 ได้ค่าความเที่ยง 0.92 แบบสอบถามเจตคติ ตรวจสอบความเที่ยงโดยวิธี คำนวณหาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเจตคติ เท่ากับ 0.86

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรู้ในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังการใช้โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม มีความรู้เพิ่มขึ้นส่งผลให้ 2) เจตคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมมีในทางบวกมากขึ้น 3) เปรียบเทียบความรู้ เจตคติ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมมีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 4) การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินหลังการใช้โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.01



Title THE EFFECTS OF PARTICIPATORY ACCESSIBILITY
MANAGEMENT IN EMERGENCY MEDICAL SYSTEM
PROGRAM IN PHROMPHIRAM HOSPITAL PHITSANULOK
PROVINCE

Author Natthaporn Chamchoy

Advisor Associate Professor Poonsuk Hingkanont, Ph.D.

Academic Paper Thesis M.N.S. in Nursing Administration,
Naresuan University, 2015

Keywords Participatory Emergency Administration Program, Health
Volunteers

ABSTRACT

The purpose of this quasi- experiment research one group pre and post intervention was to examine 1) knowledge, attitudes in Emergency Medical System of health volunteer in Phromphiram Hospital Phitsanulok Province pre and post Participatory Emergency Administration system Program 2) to compare knowledge, attitude in Emergency Medical System of health volunteer in Phromphiram Hospital Phitsanulok Province pre and post Participatory Emergency Administration System Program. 3) to compare access time in Emergency Medical System Phromphiram Hospital Phitsanulok Province pre and post Participatory Emergency Administration System Program. The 30 samples were selected for Cluster Random Sampling 1 in 2 Tambol in Phromphiram district and simple random sampling by specific criteria. The research tool was comprised of two parts 1) the experimental tool was Participatory Emergency Administration System Program 2) the data collection tool was a questionnaire to assess the knowledge, attitude in Emergency Medical System. They were tested for reliability and validity knowledge questionnaire K-R 20 was 1.00 and the Cronbach's alpha coefficient of the attitude and skill questionnaire was 0.86 respectively. Data collection was by researcher. Statistical device used for data analysis was frequency, mean, standard deviation pair t test and Chi Square

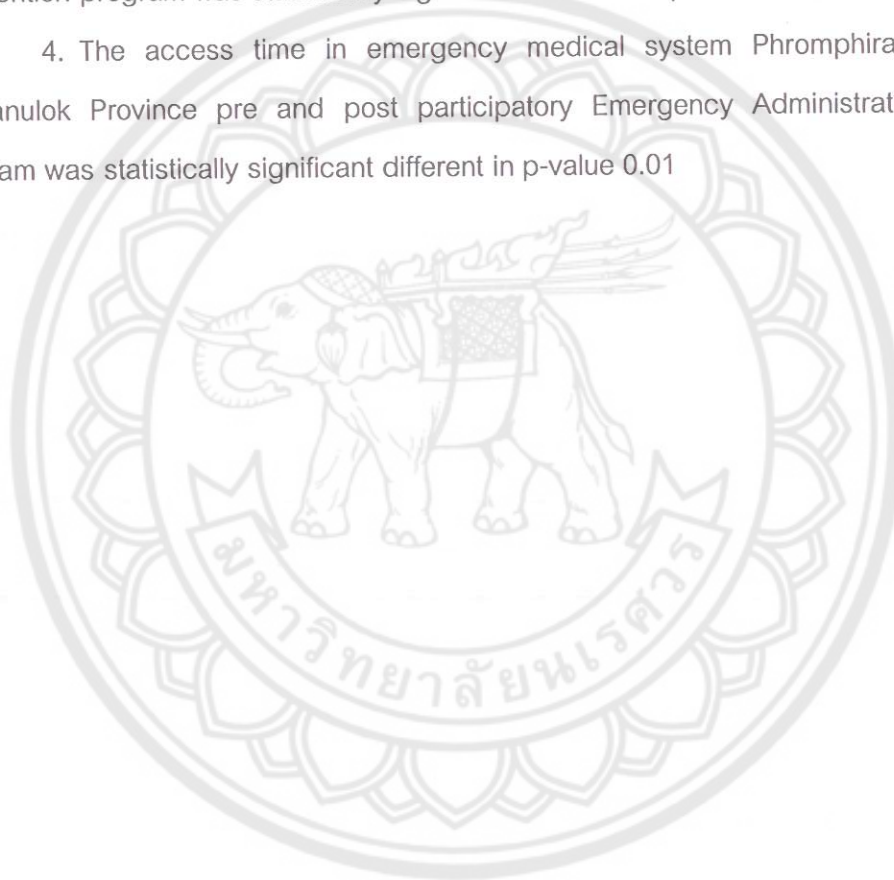
The results showed that:

1. Health volunteer had knowledge of emergency medical system before and after program at medium high level

2. Health volunteer had an attitude in emergency medical system before program at moderate level and after had intervention in program was high level.

3. Knowledge, attitude in medical emergency system before and after intervention program was statistically significant different in p-value 0.01

4. The access time in emergency medical system Phromphiram Hospital Phitsanulok Province pre and post participatory Emergency Administration system program was statistically significant different in p-value 0.01



สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
จุดมุ่งหมายของวิจัย.....	7
ความสำคัญของการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์.....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน.....	11
การบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพิษณุโลก.....	21
แนวคิดทฤษฎีระบบจุลภาคคลินิก.....	25
แนวคิดการมีส่วนร่วม.....	30
บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข.....	34
แนวคิดการเรียนรู้และการสอน.....	37
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	48
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	50
วิธีดำเนินการวิจัย.....	51
ขั้นตอนในการวิจัย.....	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55
การตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ.....	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	58

สารบัญ (ต่อ)

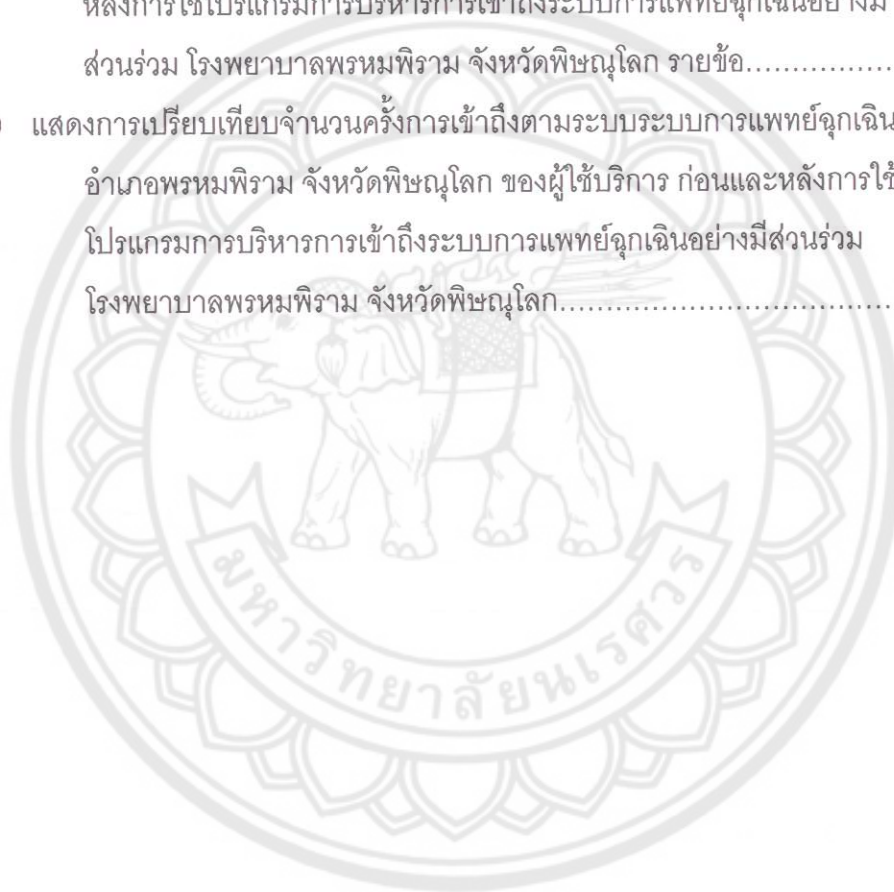
บทที่	หน้า
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	58
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	61
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบ ความรู้ เจตคติ ในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกก่อนและหลังการดำเนินการตามโปรแกรม การบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก.....	62
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนการเข้าถึงตามระบบของระบบการแพทย์ ฉุกเฉิน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกของผู้ใช้บริการ ก่อนและหลังการดำเนินการตามโปรแกรมการบริหาร การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก.....	63
5 บทสรุป.....	66
สรุปผลการวิจัย.....	67
อภิปรายผล.....	67
ข้อเสนอแนะ.....	72
บรรณานุกรม.....	74
ภาคผนวก.....	79
ประวัติผู้วิจัย.....	109

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงแบบแผนการทดลองการทดลอง.....	51
2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป (n = 30).....	61
3 แสดงการเปรียบเทียบ ความรู้ ในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกก่อน และหลังการดำเนินการตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก.....	62
4 แสดงการเปรียบเทียบเจตคติในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกก่อน และหลังการดำเนินการตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก.....	63
5 แสดงจำนวนการเข้าถึงตามระบบระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ของผู้ใช้บริการ ก่อนและหลังการดำเนินการตามโปรแกรม การบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาล พรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก.....	64
6 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนครั้งการเข้าถึงตามระบบระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกของผู้ใช้บริการ ก่อนและหลัง การดำเนินการตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก.....	64
7 แสดงการเปรียบเทียบ ความรู้ ในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ก่อนและ หลังการใช้โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมี ส่วนร่วม โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก รายข้อ.....	87

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
8 แสดงการเปรียบเทียบ เจตคติ ในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ก่อนและ หลังการใช้โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมี ส่วนร่วม โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก รายชื่อ.....	89
9 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนครั้งการเข้าถึงตามระบบระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ของผู้ใช้บริการ ก่อนและหลังการใช้ โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก.....	91



สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 แสดงขั้นตอนระบบปฏิบัติการและการประสานงานที่ศูนย์สื่อสารสั่งการ โทร 1669.....	21
2 แสดงโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขและระบบจุลภาคคลินิกการสร้าง ความตระหนักรู้ในงาน.....	26
3 แสดงรูปแบบการจำลอง "A microsystem's self-awareness journey".....	30
4 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย.....	49



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ลงไปสู่ระดับชุมชนโดยเน้นการครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ นับตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมาประกอบกับในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11(2555-2559) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาและเฝ้าระวัง เตือนภัยและการจัดการภัยพิบัติอุบัติเหตุและภัยสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมในการรับภัยพิบัติ และการเฝ้าระวัง การจัดการและการฟื้นฟูภายหลัง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2555) ส่งผลให้หน่วยงานส่วนภูมิภาคต้องจัดบริการเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ในทุกภูมิภาค สามารถเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานอย่างครอบคลุมและทั่วถึง (ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2556) ทั้งนี้ การให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้บาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาล เป็นขั้นตอนหนึ่งในการรักษาพยาบาลที่มีความสำคัญอย่างมากซึ่งผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรุนแรงจำเป็นต้องได้รับนำส่งไปโรงพยาบาล เพื่อลดการสูญเสียชีวิตหรืออวัยวะ บรรเทาความรุนแรง การบาดเจ็บหรืออาการป่วย ก่อนเข้าถึงการบำบัดรักษา โดยหากมีการดูแลรักษาเบื้องต้นอย่างถูกวิธีและมีกระบวนการนำส่งที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้อัตราการรอดชีวิตเพิ่มสูงขึ้น (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551)

จากการสำรวจข้อมูลการใช้บริการห้องฉุกเฉินทั่วประเทศ จากสถิติพบผู้เจ็บป่วยเกิดอุบัติเหตุจำนวน 13,259 ล้านครั้ง/ปี (สำนักอำนวยการความปลอดภัยทางหลวง, 2557) และมีผู้บาดเจ็บและเร่งด่วนประมาณร้อยละ 30 ซึ่งคาดว่าผู้จำเป็นต้องได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรักษาชีวิต อวัยวะ หรือการทำงานของระบบอวัยวะที่สำคัญที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตประมาณปีละ 4 ล้านครั้ง ในจำนวนนี้มีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลประมาณ 60,000 คน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2557) และจากรายงานสถานการณ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (การเสียชีวิตก่อนไปถึง, รักษา และเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ, รักษาและเสียชีวิตระหว่างนำส่ง) ปี 2555 - 2557 ร้อยละ 0.67-0.68 ของผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมด แต่เมื่อพิจารณาเป็นจำนวนแล้วพบว่าตัวเลขผู้ป่วยฉุกเฉินที่เสียชีวิตนอกโรงพยาบาลมีจำนวนไม่น้อย โดยในปี 2555, 2556 และ 2557 เสียชีวิตเท่ากับ 7,699 คน, 8,140 คน และ 8,161 คน ตามลำดับ ในจำนวนดังกล่าว

เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่เสียชีวิตก่อนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินจะไปถึงจุดเกิดเหตุมากกว่าร้อยละ 80 จากสถานการณ์ดังกล่าว หากประเทศไทยมีการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถช่วยรักษาชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินดังกล่าวได้ถึงประมาณร้อยละ 15-20 หรือประมาณ ปีละ 9,000 -12,000 คน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2551) ประกอบกับการศึกษาคุณภาพ การปฏิบัติงานจากตัวชี้วัดบริการที่ห้องฉุกเฉิน พบว่าสถิติข้อมูลเสียชีวิตผู้ป่วย ที่เสียชีวิตระหว่าง นำส่ง โรงพยาบาล โดยการนำส่งของญาติ อันดับหนึ่งคือผู้ป่วยที่เสียชีวิตกะทันหัน (Sudden Cardiac arrest) ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ในระยะแรก หากได้รับการประเมินและ มีการ ดูแลรักษาเบื้องต้นอย่างถูกวิธี มีกระบวนการนำส่งที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้อัตราการรอด ชีวิตเพิ่มสูงขึ้น (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551)

การบริหารจัดการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่จำเป็นและเร่งด่วนได้อย่างทันท่วงทีและปลอดภัย ถือเป็นบริการขั้นพื้นฐานที่ประชาชน พึ่งได้รับ แต่การให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพต้องอาศัยระบบบริการที่เชื่อมโยงกัน ตั้งแต่การทราบอาการ ขณะอยู่ในชุมชน การวินิจฉัยของหน่วยบริการปฐมภูมิ และการส่งต่อตลอดจนการจัดระบบบริหาร จัดการ ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นพบว่ามีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการใน ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพียงร้อยละ 8.04 ของจำนวนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการบริการ ซึ่งผู้ที่ช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้ได้รับการบริการที่ทันท่วงทีได้ดีที่สุดคือ ผู้ที่อยู่ใกล้พบเห็น เหตุการณ์หรืออยู่ในเหตุการณ์ ณ จุดเกิดเหตุ นั้น ซึ่งเกือบทั้งหมดจะเป็นประชาชนทั่วไป (ไม่ใช่ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ) (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2557) สอดคล้อง กับรายงานสถานการณ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี พ.ศ. 2557 พบรายงานข้อมูลส่วนหนึ่งว่า ประชาชนทั่วไปยังมีการรับรู้และตระหนักถึงภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการเข้าถึงบริการ เหมาะสมอย่างทันท่วงทีในระดับน้อย เพียงร้อยละ 13.40 เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่มารับบริการ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2557)

โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกได้เปิดให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินใน ปี พ.ศ 2549 จากข้อมูลการใช้บริการห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพรหมพิรามจังหวัดพิษณุโลก 3 ปี ย้อนหลัง พบผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 5,654 ครั้ง, 5,403 ครั้ง, 5,214 ครั้ง (ต่อปี) และมีผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เกิดนอกโรงพยาบาล จำนวน 4,011 ครั้ง, 3,711 ครั้ง, 3,527 ครั้ง เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรจำนวน 918 ครั้ง, 947 ครั้ง, 897 ครั้ง แต่มีผู้เจ็บป่วยวิกฤติและเร่งด่วนที่มาโรงพยาบาลโดยผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาล พรหมพิราม เพียงจำนวน 269 ครั้ง, 289 ครั้ง, 333 ครั้ง ร้อยละ 4.76, 5.35, 6.39 ของผู้เจ็บป่วย

ฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามลำดับ ในจำนวนนี้ มีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน เสียชีวิตระหว่างนำส่งโรงพยาบาลจำนวน 27, 17, 22 ราย ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2555, 2556, 2557 พบว่า มีอัตราการแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669 ของโรงพยาบาลพระหมพิราม ต่ำกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 48.33, ร้อยละ 49.12, ร้อยละ 56.98 ตามลำดับในปี พ.ศ. 2555, 2556, 2557 (ข้อมูล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระหมพิราม, 2558) ซึ่งการเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวนี้สะท้อนให้เห็นว่าการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินนั้นไม่บรรลุเป้าหมาย เป็นการเกิดเหตุการณ์นอกโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่และไม่ผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามสายงานที่กำหนด การนำส่งไม่ถูกต้องและการช่วยเหลือที่ไม่ถูกวิธี จึงเป็นเหตุแห่งการสูญเสียดังกล่าว

จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในเขตอำเภอพระหมพิราม พบว่า ร้อยละ 87.12 ไม่ทราบว่าเมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉินนั้นมีช่องทางการแจ้งเหตุผ่านหมายเลขฉุกเฉิน 1669 เพื่อโทรศัพท์เรียกระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และไม่ทราบว่าให้บริการฟรี ไม่มีค่าใช้จ่ายที่หน่วยงาน รัฐบาลและเอกชนจัดเตรียมไว้ให้บริการผู้ป่วยที่เกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (ข้อมูล งานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระหมพิราม, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณวดี ภิญญ และคณะ (2554) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผลวิจัยพบว่า ร้อยละ 60 ไม่ทราบหมายเลขฉุกเฉินในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินว่าเป็น หมายเลขใด และณัชชา หาญสุทธิเวชกุล และคณะ (2554) ศึกษาเหตุใดคนเชียงใหม่เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเกิดอุบัติเหตุจึงไม่เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการวิจัยพบว่า สาเหตุที่ไม่เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอันดับแรกร้อยละ 64.1 ให้เหตุผลว่ามีรถส่วนตัว สามารถมาโรงพยาบาลเองได้ อันดับ 2 ร้อยละ 50 ไม่รู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อันดับ 3 ร้อยละ 25 รู้สึกว่าการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยนั้นเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องเรียกรถพยาบาลมารับ

จากข้อมูลและปัญหาดังกล่าวจะเห็นว่าการดำเนินการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระหมพิรามนั้น ประชาชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตัวชี้วัดคุณภาพการปฏิบัติงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งควิน (Quinn, 1992) เสนอว่า การทำงานในหน่วยงานนั้นจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์องค์การว่าสามารถบริหารจัดการเพื่อให้บริการที่ดีเลิศหรือเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงงาน โดยเสนอทฤษฎีระบบ จุลภาคคลินิก เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการบริหารงานคุณภาพบริการของหน่วยงาน โดยเสนอว่าหน่วยงานสุขภาพนั้น ทำงานเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกันในหลายส่วนของระบบต่างๆ โดยมีผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง เมื่อพบว่าผลการปฏิบัติไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ต้องมีการปรับปรุง

พัฒนาให้ดีขึ้นบนพื้นฐานของการใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ให้เกิดผลลัพธ์โดยรวมที่ดีขึ้น โดยเสนอขั้นตอนในการนำไปปรับปรุงการบริหารงานและพัฒนาคุณภาพบริการ ดังนี้ 1) การสร้างความตระหนักรู้ในงานให้กับผู้เกี่ยวข้อง 2) การทำความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 3) การประสานงานเพื่อปรับปรุงงานและสร้างเป้าหมายร่วมกัน 4) การลองเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงงาน และ 5) การสร้างผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน ซึ่งการดำเนินการปรับปรุงการบริหารงานของโรงพยาบาลพรหมพิราม ตามแนวคิดระบบจุลภาคคลินิกในงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้น จะส่งผลการพัฒนาสมรรถนะและความสำเร็จของหน่วยงานเพื่อให้ บริการโดยตรงกับ ผู้ใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ สันต์ หัตถิรัตน์ (2555) ได้เสนอว่าพยาบาล และบุคลากรทางสาธารณสุข อาสาสมัครอื่นๆ ต้องรณรงค์ประชาชนทั่วไปและผู้ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน / ผู้ป่วย เช่น ญาติและผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่บรรเทาสาธารณภัย คนขับรถสาธารณะที่มีโอกาสประสบเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินให้ทราบข้อมูล เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่หน่วยงานรัฐจัดไว้เพื่อช่วยเหลือประชาชนจากภาวะฉุกเฉินต่างๆ ทั้งในภาวะปกติและเกิดภัยพิบัติภายนอกโรงพยาบาล ตลอดจนฝึกอบรบบุคคลเหล่านั้น ให้มีความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้นกู้ชีพขั้นต้น ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนที่กู้ชีพขั้นสูงจะไปถึง ซึ่งในบริบทของชุมชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนนั้น มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานภายในโรงพยาบาลมากกว่าที่จะไปปฏิบัติงานในชุมชน ซึ่งหาก จะพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินดังกล่าว เพื่อให้ประชาชนได้รับทราบและเข้าใจในการดำเนินการของการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลนั้น จำเป็นต้องใช้กลุ่มผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมที่จะช่วยดำเนินการในเชิงรุก ซึ่งในการให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินนั้นหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องคือ องค์กรบริหารส่วนตำบล หน่วยกู้ชีพขององค์กรการกุศล และหน่วยกู้ชีพของโรงพยาบาลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ แต่การดำเนินการของหน่วยดังกล่าวเป็นการ รับผู้ป่วยในจุดเกิดเหตุ ในเชิงการบริการเชิงรับมากกว่า (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2557)

ในส่วนของกรให้ความรู้ในเรื่องการขอรับบริการและการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นของประชาชนนั้น ยังไม่มีหน่วยงานที่เป็นแกนในเรื่องนี้โดยตรง จึงเป็นหน้าที่ของหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ ดังเช่นโรงพยาบาลพรหมพิราม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียงนั้น จะมีพยาบาลวิชาชีพผลัดเปลี่ยนกันมารับผิดชอบในการปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และมีอัตรากำลังในเวร ช: บ: ด เท่ากับ 3: 2: 1 คน ตามลำดับ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ให้บริการที่มาถึง ณ โรงพยาบาล ไม่มีการจัดหน่วยงานเฉพาะเพื่อการให้ความรู้ในด้านดังกล่าว ในระหว่างที่ยังไม่เกิดเหตุกับประชาชน มีเพียงการติดโปสเตอร์เพื่อการประชาสัมพันธ์ขั้นตอน

การการแจ้งเหตุอุบัติเหตุฉุกเฉินที่โรงพยาบาล (โรงพยาบาลพรหมพิราม, 2558) ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินในทางรุกได้นั้น จำเป็นต้องมีการดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการให้เป็นการบริการเชิงรุก ซึ่งลำพังพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนั้น ไม่สามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้ และยังมีกรณีการสูญเสียเกิดขึ้นจากการที่ผู้ใช้บริการไม่รู้ข้อมูลที่จะขอรับความช่วยเหลือการบริการสุขภาพ จึงจำเป็นต้องปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ โดยการทำงานในชุมชนกับชุมชน (วัลลา ตันตโยทัย, 2551) และการสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชน นั้นต้องให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเลือกวิธีการปฏิบัติ

พูลสุข หิงคานนท์ (2545) ได้เสนอกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนา ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทั้งนี้ในการให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ ของโรงพยาบาลนั้น อาสาสมัครสาธารณสุข ในทุกชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ประสาน และสื่อสารกับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากกว่า 900,000 คน กระจายอยู่ครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ มีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือประชาชนทางด้านสุขภาพและ เป็นกำลังสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขมานานกว่า 30 ปี และมีบทบาทหน้าที่ให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนเชิงรุกอย่างเป็นระบบ สร้างระบบความร่วมมือ เน้นการทำงานเป็นที่ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยใช้แผนสุขภาพตำบลในการแก้ไขปัญหา ผ่านเวทีชุมชนหรือทำข้อตกลงในการจัดการสุขภาพชุมชนร่วมกัน สร้างมาตรการทางสังคม มีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันของคนในชุมชน ในเรื่องการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552) ดังนั้นการที่จะพัฒนาการบริหารจัดการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องที่สำคัญที่เข้ามามีส่วนร่วมซึ่งโรงพยาบาลต้องพัฒนา เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ สร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนในเขตรับผิดชอบ และสามารถนำความรู้ไปถ่ายทอดกับประชาชนในชุมชนได้ (วัลลา ตันตโยทัย, 2551)

จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร ในการช่วยดำเนินการในด้านสุขภาพนั้น พบว่า เมื่อให้ความรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขแล้ว อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถปฏิบัติงานในเรื่อง ที่ให้ความรู้ได้ดี ดังเช่น การศึกษาของ อัมพร ศรี โยธา (2554) ศึกษารูปแบบการพัฒนาการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าหลังการสร้างพลังอำนาจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านตามแนวคิดของคานเตอร์ ส่งผลต่อความรู้ เจตคติ และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในระดับมากกว่าก่อนการได้รับการสร้างพลังอำนาจ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการตรวจคัดกรอง ศีรษะเรื้อรัง เรื่องหน่วย (2557) ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ เจตคติและทักษะ ในการประเมินพัฒนาการของเด็ก วัย 2 เดือน ถึง 2 ขวบครึ่ง โดยใช้แบบอนามัย 55 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่าความรู้ เจตคติและ ทักษะในการประเมินพัฒนาการของเด็กวัย 2 เดือนถึง 2 ขวบครึ่ง โดยใช้แบบอนามัย 55 ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งจะเห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขนั้น เมื่อได้รับการส่งเสริมความรู้แล้ว สามารถปฏิบัติงานในสิ่งที่ได้เรียนรู้ ดีขึ้นและสามารถปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการดำเนินงานบริหารจัดการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลพรหมพิราม ที่ผ่านมานั้น ไม่เคยนำอาสาสมัครสาธารณสุขมาเป็นผู้ร่วมงานในทีม ซึ่งในการบริหารจัดการ ในระบบสุขภาพนั้นจำเป็นที่จะต้องมีการปรับระบบบริการให้สามารถเอื้อต่อประสิทธิภาพ ของงาน การสร้างการมีส่วนร่วมโดยผู้เกี่ยวข้องจึงมีความจำเป็นเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการใน ระบบให้ดีขึ้น (สันต์ หัตถิรัตน์, 2555) ทั้งนี้การมีส่วนร่วมในระบบบริการ ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมต้องมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการดำเนินการด้วย ดังนั้นเพื่อให้เกิดรูปแบบการบริหารจัดการที่มี ประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการบริหารจัดการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงระบบ การแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกได้ครอบคลุมมากขึ้น โดยสร้าง โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก โดยให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมและ เป็นตัวกลางเชื่อมความรู้ ไปสู่ ประชาชน โดยประยุกต์แนวความคิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพคลินิก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ในผู้ป่วยในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

คำถามการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ ในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกก่อนและหลังการดำเนินการตาม โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก เป็นอย่างไร

2. จำนวนครั้งการเข้าถึงตามระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ของผู้ให้บริการก่อนและหลังการดำเนินการตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก เป็นอย่างไร

จุดมุ่งหมายของวิจัย

1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ ในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกก่อนและหลังการดำเนินการตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนการเข้าถึงตามระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกของผู้ให้บริการก่อนและหลังการดำเนินการตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

ความสำคัญของการวิจัย

1. ประชาชนในอำเภอพรหมพิรามจะได้รับข้อมูลในการเข้ารับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ครอบคลุมมากขึ้น

2. ประชาชนจะได้รับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสม ลดความสูญเสียชีวิตและความพิการจากการเหตุฉุกเฉิน

ขอบเขตของการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group Pretest-Post-test Design)

2. ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน 12 ตำบล อำเภอพรหมพิราม จำนวน 2,197 คน

3. กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอพรหมพิราม จำนวน 30 คน โดยเลือกแบบสุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้

3.1 มีอายุ 30 - 50 ปี

3.2 มีเวลาในการปฏิบัติงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข โดยไม่กระทบงานประจำในช่วงทำการทดลองตามโปรแกรม

3.3 สามารถอ่าน เขียน พูดยภาษาไทยได้

- 3.4 มีความสามารถในการติดต่อโดยใช้ line กลุ่มได้
- 3.5 ยินดีเข้าร่วมโครงการ
4. ระยะเวลาการเก็บข้อมูล พฤศจิกายน 2558 ถึงกุมภาพันธ์ 2559
5. โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ดำเนินการตามแนวคิดทฤษฎีระบบจุลภาคคลินิกของ ควินน์ และคณะ (Quinn, et al., 2004) คือ

- 5.1 การสร้างความตระหนักรู้ในงานให้กับผู้เกี่ยวข้อง
- 5.2 การทำความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- 5.3 การประสานงานเพื่อปรับปรุงงานและสร้างเป้าหมายร่วมกัน
- 5.4 การลองเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงงาน และ
- 5.5 การสร้างผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน

และแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วม (พูลสุข หิงคานนท์, 2545) ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

นิยามศัพท์

1. การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชาชนรับรู้ว่ามีเหตุฉุกเฉินแล้วสามารถไปรับบริการได้ที่หน่วยบริการใด โดยวิธีการติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานใด และความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสมก่อนนำส่งหน่วยบริการเพื่อการรักษาพยาบาลต่อไป โดยวัดเป็นจำนวนครั้งที่มีประชาชนมาขอรับบริการจากหน่วยบริการของโรงพยาบาลพรหมพิราม

2. ความรู้เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินหมายถึง ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับการให้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในเรื่อง การเจ็บป่วยฉุกเฉิน ลักษณะการให้บริการ ประเภทผู้รับบริการที่สามารถโทรขอใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การสื่อสารเพื่อการขอใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ลักษณะการเจ็บป่วย ช่วงเวลาในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สถานที่ตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุ

3. เจตคติเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้สึกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีต่อการให้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ลักษณะการให้บริการ ประเภทผู้รับบริการที่สามารถขอใช้บริการ การสื่อสารเพื่อการขอใช้บริการในระบบ

การแพทย์ฉุกเฉิน ลักษณะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ช่วงเวลาในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สถานที่ตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

4. โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม หมายถึง ชุดของกระบวนการปฏิบัติการในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ทำให้ ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการได้อย่างถูกต้อง โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล การดำเนินการในขั้นตอนนี้

4.1 การสร้างความตระหนักรู้ในงานให้กับผู้เกี่ยวข้อง หมายถึง การที่ผู้วิจัยดำเนินการให้ความรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลพรหมพิราม และการค้นหาปัญหาอุปสรรคเพื่อกำหนดความต้องการในการเข้ารับบริการของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในเขตรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านมา

4.2 การทำความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หมายถึง การที่ผู้วิจัยดำเนินการให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้ดำเนินการค้นหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อประชาชนมีการรับรู้การเข้ารับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมและประโยชน์ของชุมชนต่อการเข้าถึงบริการ

4.3 การประสานงานเพื่อปรับปรุงงานและสร้างเป้าหมายร่วมกัน หมายถึง การที่ผู้วิจัยดำเนินการให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายในการดำเนินการร่วมกับทีมงานในโรงพยาบาล และการประเมินผลเพื่อการพัฒนาการเข้าถึงบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

4.4 การลองเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงงาน หมายถึง การที่ผู้วิจัยดำเนินการให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้ทดลองดำเนินการเพื่อการประชาสัมพันธ์ ถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนในเขตรับผิดชอบและประเมินผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

4.5 การสร้างผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มตัวอย่างสามารถขยายการดำเนินงานตามที่ได้รับตามขั้นตอน 1-4 แล้วประเมินความพึงพอใจของการดำเนินงานเพื่อการเข้าถึงบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

อาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบอำเภอพรหมพิรามที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบสุ่มตามคุณสมบัติที่กำหนด

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ เรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิรามจังหวัดพิษณุโลกหลังการใช้โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม
2. จำนวนการเข้าถึงบริการของผู้ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก หลังการใช้โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ในครั้งนี้ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
2. การบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพิษณุโลก
3. แนวคิดทฤษฎีระบบสุขภาพคลินิก
4. แนวคิดการมีส่วนร่วม
5. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข
6. แนวคิดการเรียนรู้และการสอน
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

1. ความหมาย

สำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์นเรนทร (2547) ให้ความหมายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services System: EMS) หมายถึง การจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้อยู่อาศัยในพื้นที่ได้มีโอกาสขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติได้ โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดที่เกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้ายและการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสม ได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชม.

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์นเรนทร (2548) ให้ความหมายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้อยู่อาศัยในพื้นที่ได้มีโอกาสขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติได้โดยจัดให้มีระบบการแจ้งเหตุ ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้าย และการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสม ได้อย่างมีคุณภาพตลอด 24 ชั่วโมง

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์นเรนทร (2549) ให้ความหมายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหมายถึง การจัดการให้มีการดูแลรักษาผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์ ซึ่งมีส่วนร่วมทุกภาค ทุกองค์กรในชุมชนทุกระดับเน้นหนักในด้านความเร็ว วิธีการดูแลรักษาที่ถูกต้องการขนย้ายและการนำส่งที่เหมาะสมโดยจัดให้มีระบบการแจ้งเหตุ หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่มีคุณภาพและทั่วถึงตลอดจนเครือข่ายโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

กรกฎ อภิตนวารากุล (2556) ให้ความหมายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความหมายถึงการจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้อาศัยในพื้นที่ได้มีโอกาสขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วย ฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติ และในภาวะภัยพิบัติได้โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุระบบการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้ายและการส่งผู้เจ็บป่วย ฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างมีคุณภาพ และรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน (2551) ได้ให้ความหมายว่าการแพทย์ฉุกเฉินหมายถึงการปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้าและการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน

วิภาดา วัฒนนามกุล (2551) ได้ให้ความหมายการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services :EMS) หมายถึง การให้บริการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โดยมีบุคลากรที่มีความรู้ ออกปฏิบัติการพร้อมรถพยาบาลที่มีเครื่องมือ ในการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานและขั้นสูง หลังการรักษาแล้ว มีการนำส่งโรงพยาบาล โดยมีการประสานงานอย่างเป็นระบบ กิจกรรมทั้งหมดอยู่ภายใต้การกำกับของแพทย์ ให้บริการ 24 ชั่วโมง

สรุปการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services: EMS) หมายถึง บริการที่มีการเตรียมพร้อมด้านทรัพยากร (ยานพาหนะเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์) และบุคลากร เพื่อที่จะให้บริการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ แก่ผู้บาดเจ็บและป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและภัยพิบัติ ครอบคลุมตั้งแต่การรับแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน การให้คำแนะนำปรึกษาฉุกเฉิน ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดที่เกิดเหตุ การลำเลียงขนย้าย การนำส่งผู้บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่สถานพยาบาลที่เหมาะสม ตลอดจนมีการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในสถานพยาบาล จนกระทั่งพ้นภาวะฉุกเฉิน ได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชม.

2. นโยบายของการจัดตั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) แต่กระทรวงประกาศเป็นนโยบายในการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศในแผนฯ 9 (พ.ศ. 2544-2545) โดยในปี 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบายของกระทรวงและได้จัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์เฝ้าระวังกระทรวงสาธารณสุข) เป็นหน่วยงานระดับกอง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้รับบสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นงบประมาณดำเนินการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในอัตรา 10 บาท ต่อหัวประชากร แต่ยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างรอบด้าน ด้วยข้อจำกัดด้านกำลังคนและงบประมาณ การดำเนินการที่ผ่านมาพบว่ายังขาดระบบบริหารจัดการด้านต่างๆ เช่น ด้านบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งยังขาดหน่วยงานที่รับผิดชอบ ประสานการปฏิบัติการ ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต เสียอวัยวะ หรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะที่สำคัญรวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2555) เพื่อลดและป้องกันความสูญเสียดังกล่าว จึงกำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นเพื่อกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจน ได้กำหนดให้มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคลในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีรูปแบบการบริหารจัดการที่มีความคล่องตัวและสามารถบริหารงานตามนโยบายบริหารงานของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินฟรี โดยไม่มีค่าใช้จ่าย อย่างทั่วถึงเท่าเทียม มีคุณภาพและได้มาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น จึงเป็นที่มาของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน 2551 และได้ถือเอาวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2551 ซึ่งเป็นวันที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงลงพระปรมาภิไธยในพระราชบัญญัติ เป็นวันกำเนิดของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2557)

ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 หมวด 3 (11-12) การปฏิบัติการฉุกเฉิน มาตรา 28 เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้ชุดปฏิบัติการ สถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามหลักการดังต่อไปนี้

1. ตรวจสอบคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน

2. ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของชุดปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้น

3. การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีให้นำสิทธิการประกัน การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใดๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันทีทันใด

ชุดปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลต้องควบคุมและดูแลผู้ปฏิบัติการให้ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินไปตามหลักการตามวรรคหนึ่ง มาตรา 29 เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินให้เป็นไปตามหลักการตามมาตรา 28 กพช. มีอำนาจประกาศกำหนดในเรื่อง ดังต่อไปนี้

1. ประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ หรือข้อจำกัดของผู้ปฏิบัติการชุดปฏิบัติการ และสถานพยาบาล

2. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการ ชุดปฏิบัติการ และสถานพยาบาล

3. มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน

4. หลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการประสานงานและรายงานของชุดปฏิบัติการและสถานพยาบาลในการปฏิบัติการฉุกเฉิน รวมทั้งความพร้อมเกี่ยวกับบุคลากร พาหนะ และอุปกรณ์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินและการรับผู้ป่วยฉุกเฉิน

ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐาน โดยเป็นหน้าที่ของหน่วยบริการและเครือข่ายภายใต้มาตรการและกลไกการจัดการที่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นผู้กำหนด รวมทั้งตามเจตนารมณ์ของการประกาศใช้ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพและมาตรฐานโดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2555)

สรุประบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical System) ได้พัฒนาขึ้นด้วยเหตุผลเพื่อลดจำนวนการตาย การทุพพลภาพ และการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายอันเกิดจากความล่าช้าในการดูแลรักษาการลำเลียงเคลื่อนย้ายไม่ถูกวิธี รวมถึงการนำส่งสถานพยาบาลที่ไม่เหมาะสม โดยการจัดระบบรับแจ้งเหตุที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีการดำเนินงานที่อาศัยความรู้ความเข้าใจในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การมีส่วนร่วมของผู้นำท้องถิ่นและชุมชน และการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นร่วมกัน ภายใต้หลักเกณฑ์และมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับจากหน่วยงานหรือองค์กรที่รับผิดชอบเฉพาะ เพื่อให้มีปฏิบัติการฉุกเฉินถูกวิธี ทันทีที่ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ให้สูญเสียชีวิต และลดความพิการลงได้ โดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทยมีจุดเด่นคือ มีพัฒนาแบบค่อยเป็นค่อยไป แต่ไม่เคยหยุดนิ่ง การเข้าถึงบริการฟรีทั้งหมด และองค์การบริหารการปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทชัดเจนในการจัดบริการกู้ชีพ โดยมีรัฐสนับสนุนการพัฒนาด้วยกลไกนโยบายด้านกฎหมาย และการเงินการคลังเป็นหลัก (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2557)

3. องค์ประกอบแนวทางในการดำเนินการตามระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

สมชาย กาญจนสุด (2551, หน้า 48) กล่าวถึง การจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินแต่ละพื้นที่ ควรจะต้องพิจารณาถึง 12 องค์ประกอบหลักเหล่านี้ ได้แก่

1. ระบบการแจ้งเหตุ คือ การจัดให้มีระบบบริการแจ้งเหตุที่ง่ายต่อการแจ้งต่อ การเรียก ง่ายต่อการถ่ายทอดข้อมูล ง่ายต่อการได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมซึ่งอาจเป็นเพียงคำแนะนำ การจัดหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปดูแล หรือการจัดหายานพาหนะเพื่อการลำเลียงนำส่งอย่างเดียว ดังนั้นในแต่ละพื้นที่ควรมีสุนัขรับแจ้งเหตุซึ่งสามารถรับแจ้งเหตุจากประชาชนได้ด้วยหมายเลขที่จำง่าย ได้แก่ หมายเลข 1669 โดยผู้แจ้งสามารถใช้ระบบโทรศัพท์ระบบใดก็ได้ในการแจ้ง เมื่อแจ้งเหตุในพื้นที่หนึ่งควรตรงไปที่ศูนย์รับแจ้งเหตุของพื้นที่นั้น หากมีข้อผิดพลาดในการแจ้งจะต้องมีระบบเชื่อมโยงต่อให้ศูนย์ที่รับผิดชอบของพื้นที่ได้รับทราบโดยเร็วที่สุด ศูนย์นี้จะต้องทำงาน 24 ชั่วโมง มีเจ้าหน้าที่ซึ่งมีความรู้ในระดับให้คำแนะนำด้านการรักษาพยาบาลขั้นต้นได้ ประจําการ และมีผู้ตัดสินใจสั่งการและรับผิดชอบทางการแพทย์ (แพทย์ผู้ควบคุมระบบประจําการหรือติดต่อได้ทันที) ตลอดเวลา

2. ระบบการสื่อสาร ได้แก่การจัดให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ระหว่างผู้ให้บริการ ระหว่างผู้ให้บริการและระบบควบคุมทางการแพทย์ และโรงพยาบาลที่จะนำส่ง ควรมีความสามารถในการส่งผ่านข้อมูลได้ทันทีและมีช่องทางเลือกที่ใช้สำรองในกรณีที่ช่องสัญญาณหลักมีผู้ใช้งานอยู่ ระบบนี้ควรครอบคลุมในพื้นที่ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ ไม่ว่าจะอยู่ในหุบเขา ในอาคารใหญ่ หรือในเมืองที่มีอาคารสูงจำนวนมาก ในปัจจุบันใช้ระบบการสื่อสารชนิด VHF ซึ่งในศูนย์รับแจ้งเหตุจะทำหน้าที่เป็นสถานีแม่ข่ายไปในตัว ระบบนี้เป็นการสื่อสารชนิดเปิดที่ผู้อื่นในเครือข่าย

สามารถรับฟังได้ตลอดเวลา ร่วมกับระบบโทรศัพท์เซลลูลาร์ซึ่งสามารถสื่อสารรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละรายได้ดี

3. บุคลากรและการอบรม ควรคำนึงถึงบุคลากรที่จะปฏิบัติงานในระบบว่าจะกำหนดให้ใครทำหน้าที่อะไร ควรคำนึงถึงบุคลากรที่มีอยู่เดิมเป็นหลักและมองไปในอนาคตเพื่อหาความเหมาะสมที่ดีกว่าในประเทศไทยในระยะเริ่มแรก ได้มีการพิจารณาบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบ ดังนี้

3.1 แพทย์ ทำหน้าที่ควบคุมระบบ เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นมีสถานะเหมือนกับที่แพทย์ได้เป็นผู้ให้เอง นอกจากนั้นยังมีบทบาทในการฝึกอบรม การจัดทำมาตรฐานระบบ และการประเมินผลบทบาทนี้เป็นบทบาทที่คล้ายคลึงกันในระบบทั่วโลก

3.2 พยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการในระดับสูง (ALS) เป็นผู้ช่วยในระบบควบคุมทางการแพทย์ เป็นผู้สอน และพัฒนาหลักสูตรเจ้าหน้าที่ในระดับต่างๆ รวมทั้งประชาชนเป็นผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมมาก พยาบาลที่จะทำหน้าที่นี้ควรได้รับการอบรมเพิ่มเติม ในหลักสูตรประมาณ 10 วันว่าด้วยการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การบริหารจัดการการลำเลียงขนย้ายการสื่อสารและ ACLS

3.3 เวชกรฉุกเฉิน ในประเทศไทยขณะนี้มีเวชกรฉุกเฉินอยู่ 2 ระดับ คือ เวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (EMT-basic) และเวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง (EMT-intermediate) หลักสูตรในการผลิตเวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐานเป็นแนวทางที่กรมการแพทย์ได้ทำการทดลองในโรงพยาบาล 3 แห่ง รวม 6 รุ่น มีผู้ผ่านการอบรมไปแล้ว 120 คน จากทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค หลักสูตรนี้พัฒนามาจากหลักสูตร EMT-basic ของสหรัฐอเมริกา หลักสูตรเวชกรฉุกเฉินขั้นกลางหรือเรียกว่า เจ้าพนักงาน กู้ชีพเป็นหลักสูตรเทียบเท่า EMT-intermediate ของสหรัฐอเมริกา แต่ปรับให้เข้ากับระบบการศึกษาของประเทศไทย ทำเป็นหลักสูตร 2 ปี โดยเริ่มต้นที่ วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (วสส.ขอนแก่น) ขณะนี้ กำลังผลิตรุ่นละ 60 คน ใน วสส. และวิทยาลัยพยาบาลหลายแห่ง บุคลากร 2 ระดับนี้ สามารถให้การรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานได้ และมีบทบาทสำคัญในการช่วยในหน่วยปฏิบัติการระดับสูง ในปัจจุบันมีการพัฒนาเพื่อให้เกิดขั้นบันไดในสายวิชาชีพนี้ โดย มีการเรียนการสอนระดับมหาวิทยาลัยที่เรียกว่าเวชการฉุกเฉินขั้นสูงหรือ EMT-paramedic ที่เทียบเท่าปริญญาตรี และมีใบประกอบโรคศิลป์ได้ สามารถให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินในระดับ ALS ได้

3.4 ชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาล (First responder) โดยทั่วไปหมายถึงเจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัย อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิง หรือกลุ่มบุคคลที่ที่แสดงตนว่าพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและบริการประชาชน มักจะเป็นเจ้าหน้าที่ชุดแรกที่ไปถึงที่เกิดเหตุ ควรมีความรู้พื้นฐานหลักสูตรการอบรม 20 ชม.เป็นขั้นต่ำ (หลักสูตรปฐมพยาบาลสำหรับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร ของกรมการแพทย์) สามารถให้การประเมินสภาพผู้ป่วยที่บอกได้ว่าผู้ป่วยต้องการการรักษาพยาบาลในระดับใด หากแน่ใจว่ามีความรุนแรงน้อยสามารถดำเนินการลำเลียงขนย้ายเอง แต่หากพบว่า มีความรุนแรงสูงหรือไม่แน่ใจให้เรียกหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาสนับสนุน

3.5 ประชาชนทั่วไป ควรมีความรู้ความสามารถในการบอกได้ว่าผู้เจ็บป่วยที่พบเห็นเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือหรือไม่ รู้จักวิธีป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายจากการเข้าช่วยเหลือผู้อื่น รู้จักการแจ้งเหตุและการให้ข้อมูลที่เพียงพอ รู้จักการช่วยเหลือขั้นต้นตามพื้นฐานของตนเพื่อให้การดูแลผู้เจ็บป่วยไปพลางก่อน หลักสูตรในการอบรมประชาชนทั่วไปนี้ควรมีต่ำกว่า 1 วัน

4. กฎและระเบียบ ควรมีกฎและระเบียบรองรับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ และการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นเรื่องที่จะต้องทำให้เกิดขึ้นเพื่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉินนี้สามารถเรียกได้ว่าเป็น “ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” กฎและระเบียบข้อบังคับต่างๆ อาจอยู่ภายใต้บทบาทและหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข แต่ในระยะยาวควรมีพระราชบัญญัติรองรับ

5. การเงินการคลัง การจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งที่จำเป็น ต้องใช้งบประมาณในการจัดตั้งและดำเนินการ ซึ่งแหล่งของงบประมาณอาจมองได้ 2 มุมมอง คือ ส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น งบประมาณส่วนกลางอันได้มาจากภาษีอากรของประเทศ ระบบประกันสุขภาพต่างๆ ระบบประกันภัยและภาษีอากรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเช่นภาษีเหล้า ภาษีบุหรี่ ภาษีทะเบียนรถ เป็นต้น ควรมีส่วนในการสนับสนุนการสร้างระบบในแต่ละท้องถิ่นและให้งบประมาณสนับสนุนการดำเนินการในลักษณะการซื้อบริการแก่ท้องถิ่นตามลักษณะและปริมาณงาน งบประมาณส่วนท้องถิ่นอันได้มาจากภาษีท้องถิ่นและงบประมาณสนับสนุนองค์กรท้องถิ่น ควรมีบทบาทในการลงทุนในส่วนใหญ่ของระบบในแต่ละท้องถิ่นทั้งในด้านครุภัณฑ์ บุคลากรและระบบ

6. การประชาสัมพันธ์ มีความสำคัญในการทำให้ประชาชนรู้จักบทบาทหน้าที่ของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และพร้อมที่จะเรียกใช้บริการได้อย่างถูกต้องตามความจำเป็นและสมควรค่า ไม่ทำให้เกิดการใช้งานในด้านฟุ่มเฟือยเกินกว่าเหตุ มีความเข้าใจในระบบงานและเป้าหมาย การทำงานรวมทั้งมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ

7. การมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่จัดทำเพื่อชุมชน โดยโครงสร้างขององค์กรทุกภาคี ชุมชนควรมีส่วนร่วมที่จะจัดให้มีการทำความเข้าใจของสมาชิกในชุมชนถึงประโยชน์ที่จะได้รับ การจัดกลุ่มอาสาสมัครภายในชุมชน การส่งเสริมความรู้ การเตรียมความพร้อมและการซ้อมแผนปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินต่างๆ ที่อาจเกิดกับชุมชนเอง เป็นต้น ตัวแทนของชุมชนควรมีส่วนร่วมในคณะกรรมการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของท้องถิ่น

8. มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ไม่จำเป็นต้องมีรูปร่าง มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมือนกันหมด แต่ควรมีหลักการใหญ่หรือเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำเป็นอันเดียวกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเชิงผลลัพธ์ การกำหนดมาตรฐานกลางควรจะต้องมีขึ้นในคณะกรรมการที่หน่วยงานและองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วม ในขณะเดียวกัน คณะกรรมการของท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ควรมีบทบาทในการปรับปรุงรายละเอียดของแต่ละท้องถิ่นเองเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพภูมิศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของท้องถิ่นโดยให้มีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการดำเนินงานที่เทียบเท่าเกณฑ์มาตรฐานกลาง

9. ระบบข้อมูล ระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศควรมีระบบข้อมูลเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีการกำหนดตัวแปรขั้นต่ำร่วมกัน สามารถที่จะเชื่อมโยงกันได้อย่างเป็นปัจจุบัน ยกเว้นในบางพื้นที่ซึ่งไม่อาจสื่อสารกับพื้นที่อื่นได้เนื่องจากการขาดแคลนระบบสื่อสารที่จำเป็น

10. การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล ในแต่ละพื้นที่ควรมีการกำหนดโรงพยาบาลสำหรับนำส่งผู้เจ็บป่วยในกรณีสภาพต่างๆ เพื่อการตัดสินใจที่ทันการณ์ และเกิดความเป็นธรรมระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยปฏิบัติการ และสะดวกต่อระบบควบคุมทางการแพทย์ที่ดูแลพื้นที่ป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการนำส่งผู้เจ็บป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสมและอาจทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการหรือปัญหาในการรักษาพยาบาลได้

11. การรับผิดชอบโดยระบบควบคุมทางการแพทย์ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่ใช้บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ออกไปทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาลแทนแพทย์ จำเป็นจะต้องมีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ การรับผิดชอบดังกล่าวอาจทำได้โดยตรงคือการควบคุมสั่งการโดยตรงผ่านวิทยุสื่อสารหรือโทรศัพท์ (Online or Direct) หรือ ทางอ้อม (Offline or Indirect) โดยการผ่านเอกสารมอบหมายที่เรียกว่า Protocol และ Standing order ระบบควบคุมทางการแพทย์ดังกล่าวอาจกระทำโดยแพทย์ที่ได้รับมอบหมายที่เรียกว่า Medical Director หรือโดยคณะกรรมการที่มีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ

12. การประเมินผล การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญมากเนื่องจากเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับคุณภาพการรักษาพยาบาลและสวัสดิภาพของผู้ป่วย ระบบนี้ไม่สามารถให้บริการโดยไม่มี การเฝ้าดูจากภายนอกและจากประชาชนในพื้นที่ได้ เนื่องจากอาจทำให้เกิดการใช้ทรัพยากร ผิดและมีผลประโยชน์ส่วนบุคคลเกิดขึ้นได้

กรอบแนวคิดหลักในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน(Chain of survival and star of life) สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข (2551, หน้า 52) กล่าวว่า กระบวนการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยในระยะวิกฤติ ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 6 ขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

1. Detection การสำรวจตรวจพบว่ามีคนคนหนึ่งกำลังอยู่ในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในระยะวิกฤติ เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญยิ่ง หาไม่แล้วห่วงโซ่การช่วยชีวิตในขั้นตอนถัดมาจะไม่ถูกกระตุ้น ให้เกิดการขับเคลื่อนต่อไป การจัดวางระบบของการสำรวจ ค้นหาคนที่กำลังประสบเหตุหรือกำลังอยู่ในภาวะวิกฤติ จึงต้องออกแบบให้ครอบคลุมทุกๆพื้นที่และครอบคลุมเหตุวิกฤติทุกประเภท

2. Report โดยเมื่อมีผู้พบเห็นเหตุการณ์ ว่ามีคนเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ขั้นตอนต่อไป คือ จะต้องมีการแจ้งเหตุองค์ประกอบสำคัญในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย

2.1 ศูนย์รับแจ้งเหตุที่พร้อมรับแจ้งเหตุตลอด 24 ชั่วโมง

2.2 เครื่องมือสื่อสารที่สะดวกต่อการแจ้งเหตุ

2.3 ความรู้ของผู้แจ้งเหตุว่าจะแจ้งไปที่ใด แจ้งอย่างไรให้มีประสิทธิภาพ

3. Response การสั่งการให้หน่วยกู้ชีพออกปฏิบัติงาน ในขั้นตอนนี้จะต้องมีหน่วยกู้ชีพที่ได้รับการจัดตั้ง จำนวนมาก กระจายอยู่ ณ สถานที่สำคัญ ครอบคลุมทุกพื้นที่ หน่วยกู้ชีพเหล่านี้จะต้องมีอุปกรณ์สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ที่สามารถติดต่อเพื่อรับคำสั่งให้ออกปฏิบัติงาน

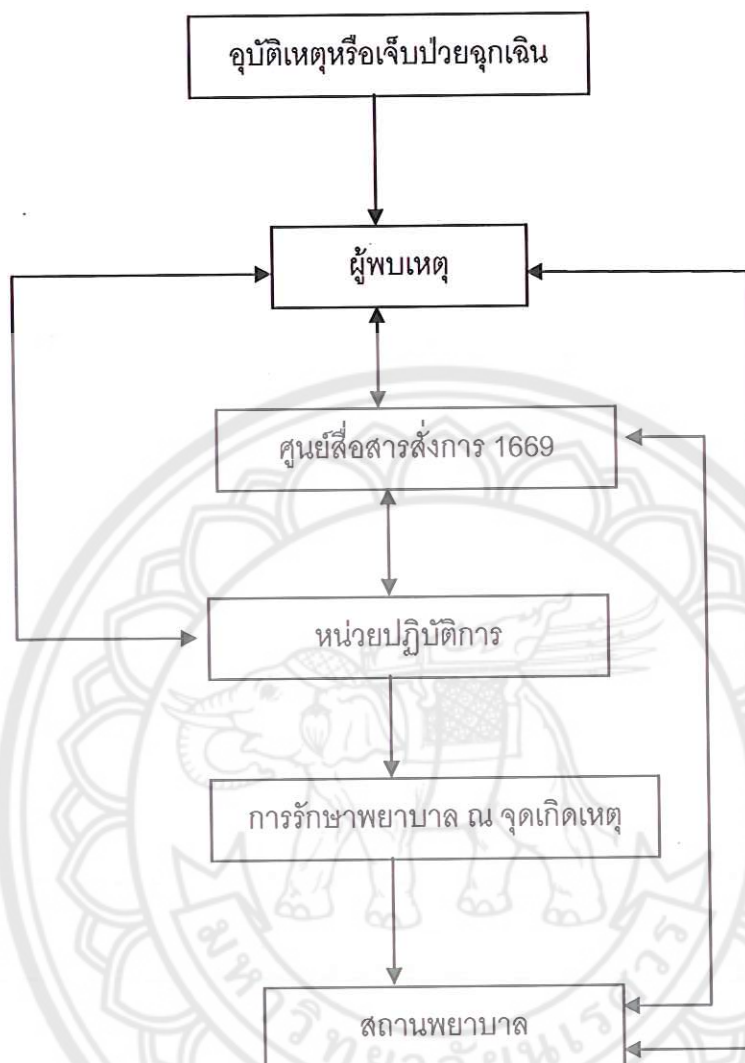
4. On Scene Care การดูแลปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในขั้นตอนนี้ผู้ป่วย จะได้รับการดูแลอย่างถูกต้องด้วยประสิทธิภาพที่ดี ทีมบุคลากรจะต้องมีความรู้ที่ดี มีประสบการณ์ มีความมุ่งมั่นตั้งใจ และมีเจตคติที่ดี ทีมบุคลากรจะต้องมีความรู้ที่ดี มีประสบการณ์ มีความมุ่งมั่นตั้งใจ และมีเจตคติที่ดีในการช่วยเหลือผู้ป่วย

5. Care in transit การดูแลและการนำส่งด้วยทีมงาน โดยเฉพาะรถพยาบาลระดับต่างๆ ที่เหมาะสม

6. Transfer to definitive care การนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล โดยทีมแพทย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญ พร้อมด้วยอุปกรณ์การรักษายาบาลที่เหมาะสม และพอเพียง ห่วงใ้การช่วยชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉิน คือสัญลักษณ์ของระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินที่เรียกว่า Star of Life

สิ่งสำคัญที่ผู้แจ้งเหตุจะต้องให้ข้อมูลกับผู้รับแจ้งเหตุในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คือ

1. เมื่อพบผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือผู้ประสบอุบัติเหตุให้ตั้งสติ และโทรแจ้งสายด่วน 1669
 2. ให้ข้อมูลลักษณะเหตุการณ์ ว่าเกิดอุบัติเหตุอะไร ประเภทใด หรือเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ในลักษณะใด เช่น คนถูกรถชน รถชนกัน รถคว่ำ คนตกจากที่สูง มีบาดแผลขนาดใหญ่ ลึก มีเลือดออกมาก ห้ามเลือดไม่อยู่ ไฟฟ้าช็อต ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ได้รับสารพิษ ยาพิษ สัตว์มีพิษกัด ต่อย หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น หมดสติ มีอาการของภาวะช็อค เช่น หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพลง ชักเกร็ง ชักกระตุก เป็นไข้สูง ตัวร้อนจัด หนาวสั่น ตกเลือด เจ็บท้องคลอดฉุกเฉิน มีสิ่งแปลกปลอม อุดกั้นทางเดินหายใจ เจ็บหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย ถูกทำร้ายร่างกาย มีอาการทางจิตเวช เป็นต้น
 3. บอกสถานที่เกิดเหตุ จุดเกิดเหตุหรือจุดเด่นที่สำคัญที่สามารถเห็นชัด และเส้นทาง ที่สามารถไปถึงที่เกิดเหตุได้
 4. บอกเพศ ช่วงอายุ จำนวนผู้บาดเจ็บ อาการรุนแรงของแต่ละคน
 5. บอกระดับความรู้สึกตัวของผู้บาดเจ็บ
 6. บอกความเสี่ยงซ้ำ เช่น อยู่กลางถนน เพราะอาจเกิดกรณีรถเหยียบซ้ำได้
 7. ชื่อผู้แจ้งหรือผู้ให้การช่วยเหลือหรือเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้
 8. แจ้งอาการผู้ป่วยเพิ่มเติม และช่วยเหลือตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ตามอาการผู้ป่วยฉุกเฉิน
 9. รอชุดปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินมารับผู้ป่วยเพื่อนำส่งโรงพยาบาล
- (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข, 2551)



ภาพ 1 แสดงขั้นตอนระบบปฏิบัติการและการประสานงานที่ศูนย์สื่อสารสั่งการ โทร 1669

หมายเหตุ: สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข, 2551

การบริหารจัดการระบบการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพิษณุโลก

1. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดพิษณุโลก

จังหวัดพิษณุโลกดำเนินการจัดตั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เริ่มดำเนินการในจังหวัดพิษณุโลกเมื่อ เดือนเมษายน พ.ศ.2547 ใช้ชื่อว่าศูนย์สั่งการชินราชพิษณุโลก เป็นศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการผ่านหมายเลข 1669 มีเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์เพื่อรับแจ้งและตัดสินใจสั่งการให้เครือข่ายกู้ชีพทั้งภาครัฐและเอกชนจังหวัดพิษณุโลกออกปฏิบัติการ ตลอด 24 ชั่วโมง เป็นภาระงานของกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกมีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมดำเนินงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก และโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดพิษณุโลก เป็นหน่วยปฏิบัติการกู้ชีพขั้นสูง และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกู้ชีพ กู้ภัยเอกชน เป็นหน่วยปฏิบัติการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน

2. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลพรหมพิราม

อำเภอพรหมพิรามเป็น 1 ใน 9 อำเภอของจังหวัดพิษณุโลก มีเนื้อที่ประมาณ 832.67 ตารางกิโลเมตร ประชากรจำนวนประมาณ 87,271 คน ประกอบด้วย 12 ตำบล 120 หมู่บ้าน ห่างจาก ตัวจังหวัดประมาณ 23 กิโลเมตรโดยทางรถยนต์ และ 26 กิโลเมตรโดยทางรถไฟ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม พื้นที่ทางทิศตะวันออกเป็นภูเขาไม่สูงมากนัก มีแม่น้ำน่านไหลผ่านกลาง ถูกแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนตะวันออกและฝั่งตะวันตก การคมนาคมมีทางรถไฟสายเหนือกรุงเทพ-เชียงใหม่ พาดผ่าน มีถนนรถยนต์ทางหลวงหมายเลข 11 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมพิราม, 2558)

โรงพยาบาลพรหมพิรามเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงจังหวัดพิษณุโลก สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปี 2549 เริ่มดำเนินการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและพัฒนาเครือข่ายไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการให้บริการได้ครอบคลุมและทั่วถึงตามนโยบายของจังหวัด การให้บริการเริ่มแรกส่วนใหญ่ให้บริการผู้ป่วยที่อุบัติเหตุทางการจราจร ด้านบุคลากรที่ออกปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ยานพาหนะใช้ร่วมกับระบบส่งต่อของโรงพยาบาล ต่อมาให้บริการผู้ป่วยทั้งประเภทเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุต่างๆ แต่การประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ประชาชนน้อย เพราะมีขีดจำกัดเรื่องยานพาหนะและบุคลากรที่จะออกให้บริการ จึงได้มีรูปแบบการประชาสัมพันธ์เฉพาะในผู้มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังและการประชาสัมพันธ์โดยประสานงานผ่านอาสาสมัครมูลฐานและผู้นำชุมชนร่วมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนได้รับรู้และเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีหมายเลขเฉพาะไว้ รับแจ้งเหตุและประสานงานจากศูนย์สั่งการชินราชเพื่อสะดวกและรวดเร็วในการออกปฏิบัติงาน

การดำเนินงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลมีการดำเนินงานตาม 12 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1. ระบบการแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669 มีศูนย์ชินราชเป็นศูนย์รับแจ้งเหตุทำงาน

24 ชั่วโมง

2. ระบบการสื่อสาร มีหมายเลข 055 - 369468 เป็นหมายเลขไว้รับคำสั่งจากศูนย์สั่งการชินราชเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการปฏิบัติการออกกู้ชีพ
3. บุคลากรและการอบรม ในระบบมีดังนี้
 - 3.1 แพทย์ ทำหน้าที่ควบคุมระบบเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นมีสถานะเหมือนกับที่แพทย์ได้เป็นผู้ให้การดูแลเอง
 - 3.2 พยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการในระดับสูง (ALS) เป็นผู้ช่วยในระบบควบคุมทางการแพทย์
 - 3.3 เวชกรฉุกเฉิน มีเวชกรฉุกเฉินอยู่ 2 ระดับ คือ เวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (EMT-basic) และเวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง (EMT-intermediate)
 - 3.4 บุคลากรให้บริการด้านหน้า (First Responder) ได้แก่ พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานขับรถ
4. ประชาชนทั่วไป มีหน้าที่ในการแจ้งเหตุเมื่อพบเห็นบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน และเป็นผู้รับบริการในฐานะถ้าตกอยู่ในสถานะผู้ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน จึงควรมีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รู้จักวิธีป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายจากการเข้าช่วยเหลือผู้อื่น รู้จักการแจ้งเหตุและการให้ข้อมูลที่เพียงพอ รู้จักการช่วยเหลือขั้นต้นตามพื้นฐานของตน เพื่อให้การดูแลผู้เจ็บป่วยไปก่อนที่กู้ชีพไปถึง
5. กฎและระเบียบ มีกฎและระเบียบรองรับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ และการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย โดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลพหลพิริยพัฒน์มีบุคลากรสวมเสื้อสีขาวชุดปฏิบัติงาน มีรถตู้พยาบาลฉุกเฉิน สีขาว 3 คัน หลังคาทรงสูง พร้อมด้วยอุปกรณ์ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด(ไฟสัญญาณวับวาบสีแดง-สีน้ำเงินติดบนหลังคาเหนือห้องคนขับสีแดงอยู่ด้านขวา(กรณีพวงมาลัยขวา)และสีน้ำเงินอยู่ด้านซ้าย มีไฟกระพริบหน้า ไฟด้านข้าง สัญญาณไฟถอย ไฟตัดหมอก ติดแถบสะท้อนแสง ในห้องโดยสาร มีไฟส่องสว่างเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน มีเปลขนย้ายยึดตรึงติดกับรถพยาบาล) การเงิน การคลัง ในการเบิกค่าตอบแทน โดยการศึยข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้ข้อมูลเป็น Real time และรวบรวมแบบบันทึกการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกทุกสิ้นเดือน ได้รับค่าตอบแทนอยู่ 3 ระดับในกรณีออกให้บริการระดับพื้นฐาน ได้ค่าตอบแทน 500 บาท ออกให้บริการระดับกลาง ได้ค่าตอบแทน 750 บาท และออกให้บริการระดับสูง ได้ค่าตอบแทน 1,000 บาท และกรณีออกปฏิบัติงานภายใต้คำสั่งศูนย์รับแจ้งเหตุและไม่พบเหตุสามารถเบิก

ค่าตอบแทนได้ 200 บาท ค่าตอบแทนที่ได้จัดเก็บเข้าเป็นงบบำรุงโรงพยาบาล และเป็นบริการฟรีไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชน ผู้เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

6. การประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลพรหมพิรามมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในคลินิกโรคเรื้อรัง จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ไว้ที่ประตูหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เครือข่ายโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพระดับตำบล และผ่านอาสาสมัครมูลฐานประจำหมู่บ้าน จัดทำทะเบียนสมาชิก EMS Member club ใน PCU ตำบลพรหมพิราม

7. การมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลพรหมพิรามมีเครือข่ายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมออกให้บริการประชาชนในพื้นที่ของตนเอง 8 แห่ง มี 1 แห่ง ที่สามารถออกให้บริการได้ ตลอด 24 ชั่วโมงและมีผลงานให้บริการในระบบแพทย์ฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังมีกู้ชีพ กู้ภัยและข่าวภาพร่วมออกปฏิบัติงานในระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินรับผิดชอบในถนนทางหลวงหมายเลข 11 (พิษณุโลก-พรหมพิราม) โดยกู้ชีพกู้ภัยออกปฏิบัติงานในวันคู่ และข่าวภาพออกปฏิบัติงานในวันคี่

8. มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม

9. ระบบข้อมูล มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินตามแบบฟอร์มของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (เมื่อรับแจ้งเหตุจากศูนย์สั่งการ หลังจากออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะกลับมาบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการตามแบบฟอร์มของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินและรายงานผลการปฏิบัติงานแต่ละครั้งให้กับศูนย์สั่งการพระราชเพื่อขอเลขปฏิบัติการ) และคีย์ข้อมูลในระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEM) ในฐานะข้อมูลเชื่อมโยงระดับประเทศ

10. การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล โรงพยาบาลพรหมพิรามมีการเตรียมความพร้อมต่อเนื่องเพื่อความพร้อมในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติ โดยเฉพาะช่วงเทศกาลสำคัญได้แก่ เทศกาลวันสงกรานต์ และปีใหม่ โดยการซ้อมแผนปฏิบัติในกรณีเกิดสาธารณภัยฉุกเฉินต่างๆ ปีละ 1 ครั้ง ร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพระดับตำบล กู้ชีพ กู้ภัยในพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำรวจและคนในชุมชน

11. การรับผิดชอบโดยระบบควบคุมทางการแพทย์ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่ใช้บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ออกไปทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาลแทนแพทย์ จึงต้องมีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ มีการควบคุมและสั่งการรักษา 2 ทางได้แก่ ทางตรงผ่านโทรศัพท์และจัดทำ Protocol และ Standing order รองรับการทำงาน

12. การประเมินผล มีการเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานและส่งข้อมูลรายงานทุกเดือนให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกทุกเดือน และสรุปผลการดำเนินและประเมินผลการปฏิบัติงาน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน นำเสนอปัญหาและอุปสรรคร่วมกับจังหวัดปีละ 1 ครั้ง

แนวคิดทฤษฎีระบบจุลภาคคลินิก

ทฤษฎีระบบจุลภาคคลินิก (Clinical Microsystem Theory) พัฒนามาจากแนวคิดในกลุ่มทฤษฎีระบบ เพื่อนำการคิดเชิงระบบมาใช้ในการจัดการคุณภาพทั้งองค์การในสถานพยาบาลบริการสาธารณสุข ทฤษฎีนี้ได้รับการพัฒนามาไม่นานแต่ก็ได้รับความสนใจอย่างมาก ในการนำมาใช้ในงานประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพของสถานบริการสาธารณสุข ทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ โคโซโว นอร์เวย์ และสวีเดน (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2555) แนวคิดหลักในทฤษฎีระบบจุลภาคคลินิก มีพื้นฐานมาจากผลงานการวิเคราะห์ห้องค์การที่ให้บริการดีเลิศที่สุดในโลก โดยเจมส์ เบรน ควินน์ (Jame Brain Quinn) (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2555) ศาสตราจารย์ด้านการบริหารธุรกิจ ซึ่งเน้นการพิจารณาองค์ประกอบที่ทำให้ห้องค์การประสบความสำเร็จ มีคุณภาพสูง มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว มีกำไรสุทธิที่ดี และมีชื่อเสียงในกลุ่มผู้ให้บริการ สิ่งสำคัญที่พบคือ ความสำเร็จนั้นเกิดจากสมรรถนะหลักของหน่วยงานที่ให้บริการโดยตรงแก่ผู้ให้บริการ ควินน์ เรียกหน่วยงานนี้ว่า "Smallest replicable unit" หรือ "Minimum replicable unit" หน่วยงานนี้เป็นกุญแจสำคัญของการประกอบธุรกิจอย่างชาญฉลาด ที่มีกลยุทธ์ของการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ การใช้เทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนาด้านต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อองค์การ (Foster, et al., 2007 อ้างอิงใน เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2555)

ความหมาย

ความหมายของทฤษฎีระบบจุลภาคคลินิก

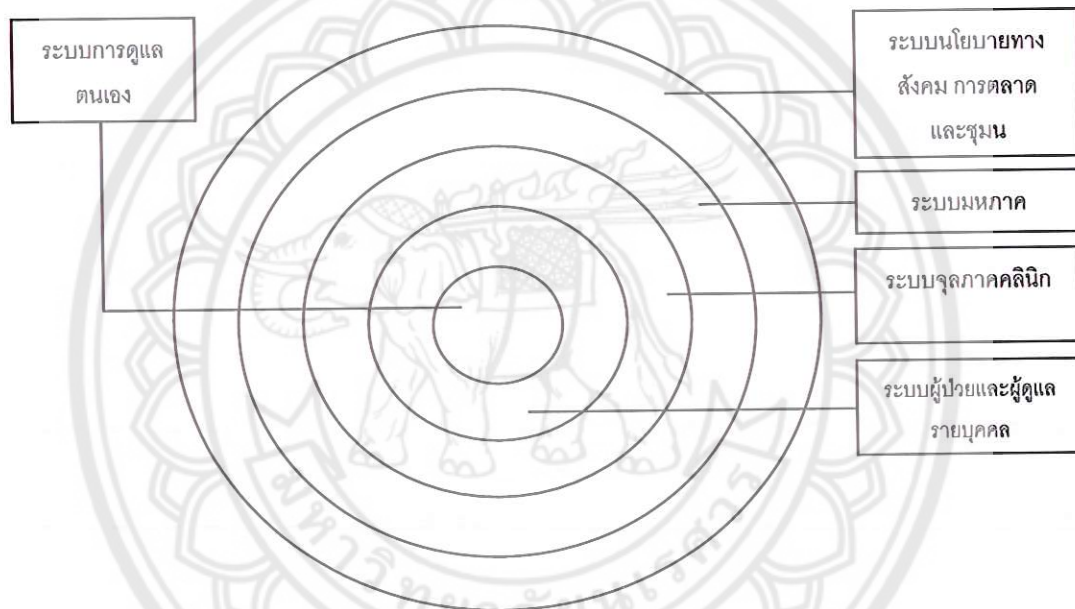
ควินน์ (Quinn, 1992 อ้างอิงใน เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2555) ให้ความหมายของทฤษฎีระบบจุลภาคคลินิก ในระบบบริการสาธารณสุข (Clinical Micro system) ว่าหมายถึง กลุ่มบุคคลขนาดเล็กที่ทำงานร่วมกันในการให้การดูแลผู้ให้บริการความหมายของทฤษฎีระบบจุลภาคคลินิกนี้มีความหมายในทางคลินิกและธุรกิจ มีกระบวนการปฏิบัติงานที่เชื่อมโยงกันมีการแลกเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมข้อมูลข่าวสารและมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลและให้บริการสาธารณสุขที่สามารถวัดผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นได้

ตามความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ระบบจุลภาคคลินิกเป็นหน่วยงานขนาดเล็กที่ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนภายในระบบจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล

ข่าวสารและระบบจุลภาคคลินิกจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพถ้าสมาชิกในระบบเรียนรู้วิธีการที่ระบบจะสามารถเติบโตและมีการปรับตัวและปรับปรุงเพื่อสิ่งที่ดีขึ้นตลอดเวลา

โครงสร้างและหน้าที่ของทฤษฎีระบบจุลภาคคลินิก

ระบบจุลภาคคลินิก มีโครงสร้างเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขและระบบต่างๆในสังคม ระบบบริการสาธารณสุขประกอบด้วย ระบบการดูแลตนเอง ระบบผู้ป่วยและผู้ดูแลรายบุคคล ระบบจุลภาคคลินิก ระบบมหภาคและระบบนโยบายทางสังคม การตลาด และชุมชน ดังภาพ 2



ภาพ 2 แสดงโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขและระบบจุลภาคคลินิกการสร้าง
ความตระหนักรู้ในงาน

หมายเหตุ: Godfrey, 2004 อ้างอิงใน เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2555

หน้าที่ของระบบจุลภาคคลินิก

ระบบจุลภาคคลินิก เป็นระบบที่ซับซ้อน ประกอบด้วย สิ่งมีชีวิตที่มีศักยภาพในการปรับตัว ระบบจุลภาคคลินิกมีหน้าที่ ดังนี้ (Foster, et al., 2007 อ้างอิงใน เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2555)

1. ทำงานร่วมกัน
2. สนองตอบความต้องการของสมาชิกในระบบ ทั้งผู้ให้บริการและผู้ปฏิบัติ

3. มีหน้าที่ของหน่วยบริการที่ชัดเจน ได้แก่ การให้บริการทางสุขภาพกับผู้ใช้บริการ โดยตรง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายของระบบจุลภาคคลินิกและระบบมหภาค

ระบบจุลภาคคลินิกมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับระบบต่างๆ ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ระบบมหภาค ประกอบด้วย ระบบหลายระบบที่มีขนาดเล็ก ระบบจุลภาคคลินิก ถือเป็นแนวหน้าในการให้บริการโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ มีความสำคัญในการให้การดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และมีคุณค่า ระบบจุลภาคคลินิก มองว่าผู้ปฏิบัติงานสามารถปรับเปลี่ยนปัญหาบางอย่างได้เองโดยไม่ต้องขออนุญาตผู้ใด การปรับปรุงการปฏิบัติงานควรอยู่บนพื้นฐานของการใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และข้อค้นพบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งจะทำให้งานบรรลุผลตามเป้าหมายของหน่วยงาน และเกิดผลลัพธ์ของการทำงานที่ดีขึ้น ซึ่งผลรวมของผลลัพธ์ของการทำงานที่เกิดขึ้นในระบบจุลภาคคลินิกหลายๆ ระบบรวมกัน จะมีความหมายและคุณค่ามากกว่าผลลัพธ์ที่เกิดจากระบบมหภาคโดยภาพรวม (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2555)

ความสำคัญของทฤษฎีจุลภาคคลินิก

ทฤษฎีระบบจุลภาคคลินิกมีความสำคัญต่อผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการและองค์กร ดังนี้ (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2555)

1. ความสำคัญต่อผู้ใช้บริการ การให้บริการในระบบจุลภาคคลินิก จะต้องให้ความสำคัญกับผู้ใช้บริการในระบบจุลภาคคลินิกเป็นลำดับแรกโดยที่การตอบสนองปัญหา ความต้องการ และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ เพื่อสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้บริการ เป็นเป้าหมายหลักของตน กลุ่มผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีปัญหา ความต้องการ และความคาดหวังต่อการให้บริการอย่างไร จะปรับปรุงระบบจุลภาคคลินิกอย่างไร เพื่อให้สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ จนสามารถสร้างความประทับใจและความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้บริการ จนสามารถสร้างความประทับใจและความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้บริการ

2. ความสำคัญต่อผู้ให้บริการ แนวคิดระบบจุลภาคคลินิกเน้นความสำคัญผู้ให้บริการ ดังนี้

2.1 แนวคิดระบบจุลภาคคลินิก เน้นความสำคัญของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ทั้งในบทบาทของการเป็นผู้ปฏิบัติงาน ผู้นำการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร เพื่อให้การดูแลที่มีคุณภาพและนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศ

2.2 ทฤษฎีระบบจุลภาคคลินิก ช่วยทำให้บุคลากรสาธารณสุขเข้าใจการทำงานของระบบบริการสาธารณสุขธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงที่เดินขึ้นได้ตลอดเวลาทำให้เกิดการตระหนักรู้สภาพแวดล้อมทั้งภายในภายนอกที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของหน่วยบริการสาธารณสุข ช่วยให้

สมาชิก ในระบบยอมรับการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นใน
อนาคต

2.3 ส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดีของหน่วยบริการสาธารณสุขกับระบบต่างใน
ภาพรวม ทำให้มีการประเมินงานที่ดี มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลข่าวสารที่จะส่งเสริมให้สมาชิกใน
หน่วยบริการสาธารณสุขเกิดการพัฒนาตนเอง เรียนรู้วิธีการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ มีความคิด
ริเริ่มสร้างสรรค์ สามารถนำความรู้ ข้อค้นพบใหม่ๆ (Best evidence) มาใช้ในการปรับปรุง
การปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ใช้

3. ความสำคัญต่อองค์กร การพัฒนาทฤษฎีระบบจุลภาคคลินิก มีเป้าหมายเพื่อนำมา
ประยุกต์ใช้ในระบบบริการสาธารณสุขโดยตรง และเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในระบบบริการพยาบาล
เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติการพยาบาล (High performance) ที่สนองต่อความ
ต้องการของผู้ใช้บริการ ความสำเร็จของหน่วยบริการสาธารณสุขในการให้บริการที่มีคุณภาพแก่
สังคม

แนวทางในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบจุลภาคคลินิกมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ
บริการ

ระบบจุลภาคคลินิก เป็นระบบที่ซับซ้อน ประกอบด้วย สิ่งมีชีวิตที่มีศักยภาพในการ
ปรับตัว ระบบจุลภาคคลินิกมีหน้าที่ ดังนี้ (Foster, et al., 2007 อ้างอิงใน เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย,
2555)

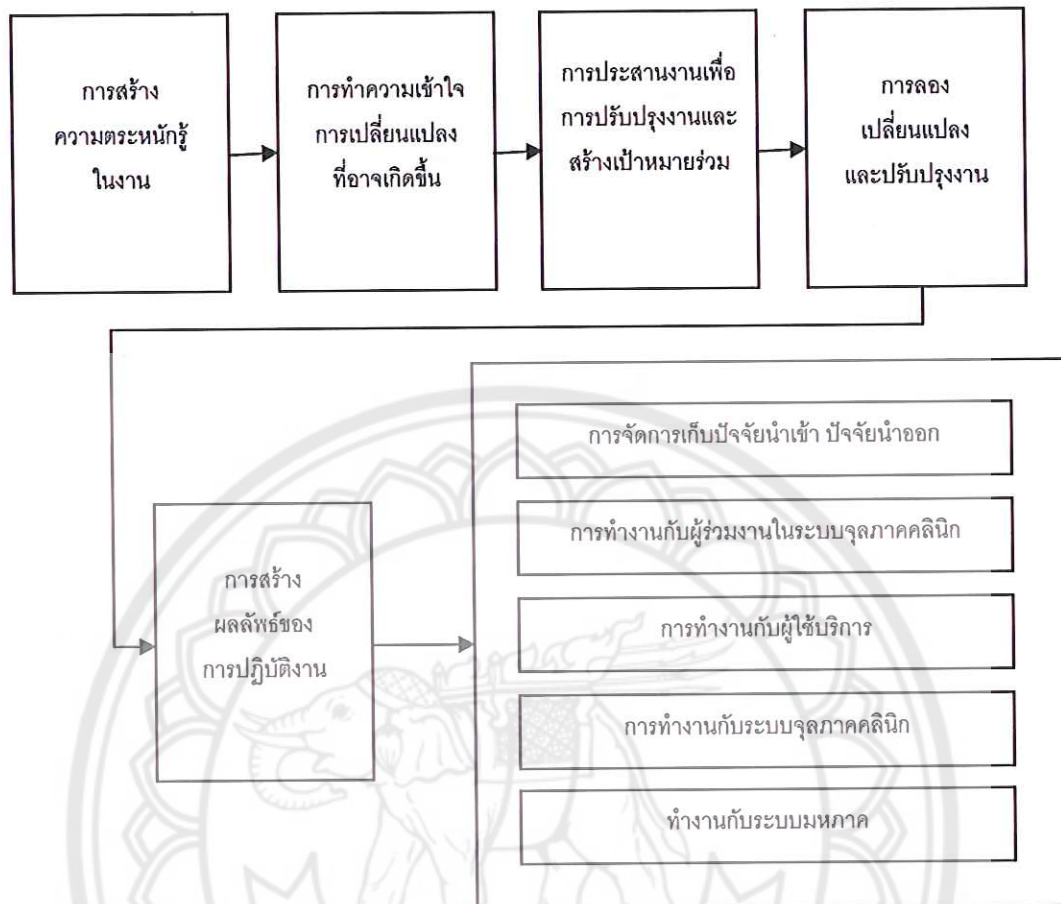
1. ทำงานร่วมกัน
2. สนองความต้องการของสมาชิกภายในระบบ ทั้งผู้ให้บริการและผู้ปฏิบัติงาน
3. มีหน้าที่ของหน่วยงานบริการที่ชัดเจน ได้แก่ การให้บริการทางสุขภาพกับผู้ให้บริการ
โดยตรง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายของระบบจุลภาคคลินิก และระบบมหภาค

ระบบจุลภาคคลินิกมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับระบบต่างๆ ทั้งโดยตรง และโดยอ้อมโดยมีผู้ป่วย
เป็นศูนย์กลาง ระบบมหภาคประกอบด้วย ระบบหลายระบบที่มีขนาดเล็ก ระบบจุลภาคคลินิกถือ
เป็นแนวหน้าในการให้บริการโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ มีความสำคัญในการให้การดูแลที่มีคุณภาพ
ปลอดภัย และมีคุณค่าระบบจุลภาคคลินิก มองว่าผู้ปฏิบัติจะสามารถปรับการแก้ไขปัญหบางสิ่ง
ได้โดยไม่ต้องขออนุญาตผู้ใด การปรับปรุงการปฏิบัติงานควรอยู่ตรงพื้นฐานของการใช้ความรู้ทาง
วิทยาศาสตร์และข้อค้นพบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งจะทำงานบรรลุตามเป้าหมายของ
หน่วยงานแลเกิดผลลัพธ์ของการทำงานที่ดีขึ้น ซึ่งผลรวมของผลลัพธ์ของการทำงานที่เกิดขึ้นใน
ระบบจุลภาคคลินิกหลายๆระบบรวมกันจะมีความหมายและมีคุณค่ามากกว่าผลลัพธ์ที่เกิดจาก
มหภาคโดยภาพรวม

นอกจากระบบจุลภาคคลินิก จะมีหน้าที่ในการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการแล้ว ยังมีหน้าที่ในการปฏิบัติงานตามแผนกลยุทธ์ขององค์การโดยระบบจุลภาคคลินิกจะเป็นตัวชักนำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) ในระบบมหภาค ถ้าแต่ระบบคลินิกปฏิบัติงานได้เต็มศักยภาพ จะเคื้อต่อการแปรสภาพของระบบมหภาคไต่ทุกระดับของระบบ ดังนั้นในการวางแผนกลยุทธ์ขององค์กร นอกจากจะต้องสนับสนุน พันธกิจ วิสัยทัศน์ และค่านิยมขององค์การแล้ว ยังต้องวางเป้าหมายของแผนกลยุทธ์ไปที่ทุกระบบจุลภาคคลินิกและทุกระดับของระบบ

ระบบจุลภาคคลินิก จึงมีเป้าหมายการดำเนินงานทั้งหน่วยบริการเองและขององค์การธุรกิจ ระบบจุลภาคคลินิกที่มีประสิทธิภาพ จะมีคุณสมบัติที่ดีคล้ายกันในด้านภาวะผู้นำ วัฒนธรรม การสนับสนุนขององค์การ การให้ความสำคัญกับผู้ใช้บริการและการพัฒนาบุคลากร การช่วยเหลือกันในทีม การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี กระบวนการปรับปรุงงานและรูปแบบการปฏิบัติงาน

แนวทางการนำทฤษฎีระบบจุลภาคคลินิกมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการ การนำทฤษฎีระบบจุลภาคคลินิกมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการจะต้องดำเนินการตามขั้นตอนการนำไปประยุกต์ใช้ เพื่อปรับปรุงระบบการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นที่มาของรูปแบบจำลองที่เรียกว่า "A microsystem's self-awareness journey" เป็นรูปแบบจำลองที่แสดงกระบวนการนำทฤษฎีระบบจุลภาคคลินิก มาใช้ในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนักรู้ในงาน 2) การทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น 3) การประสานงานเพื่อการปรับปรุงงานและสร้างเป้าหมายร่วม 4) การลองเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงงาน 5) การสร้างผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน ซึ่งมีความสัมพันธ์กันดังภาพ 3



ภาพ 3 แสดงรูปแบบการจำลอง "A microsystem's self-awareness journey"

หมายเหตุ: Godfrey, 2004 อ้างอิงใน เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2555

จากภาพ 3 มีรายละเอียดการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ดังนี้ (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2555)

1. การสร้างความตระหนักรู้ในงาน การสร้างความตระหนักรู้ในงานของจุลภาคคลินิก เป็นขั้นตอนแรกของการปรับปรุงงานในระบบจุลภาคคลินิก นำมาสู่การปฏิบัติ การเรียนรู้ การปรับปรุง และการเปลี่ยนแปลง เพื่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมการปฏิบัติ ที่เป็นเลิศ การสร้างความตระหนักรู้อาจเริ่มจากการตั้งคำถามว่า ระบบจุลภาคคลินิกมีการทำงาน เป็นอย่างไรตามมุมมองของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน แล้วสร้างเป็นภาพของงานหรือบรรยายละเอียด ของงาน ค้นว่าอะไรไม่ถูกต้องหรือไม่ฉลาดที่จะทำต่อไป

2. การทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น อาจตั้งต้นจากคำถามว่าใครจะ
ได้ประโยชน์ และประโยชน์นั้นคืออะไร หากมีการเปลี่ยนแปลงแล้วอะไรจะเกิดขึ้นใครบ้างจะได้รับ
ผลประโยชน์ ใครบ้างจะเสียประโยชน์ หรือได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม

3. การประสานงานเพื่อการปรับปรุงงานและสร้างเป้าหมายร่วม เป็นการนำ
คำตอบที่ได้จากขั้นตอนที่ผ่านมา มากำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนของระบบจุลภาคคลินิก และ
จะนำมาสู่การประสานงานกับผู้อื่น และการสร้างความรู้สึกร่วมกับผู้อื่นจากการมีเป้าหมายร่วมกัน

4. การลองเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงงาน อาจเริ่มจากที่ตนรับผิดชอบอยู่ และศึกษา
ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

5. การสร้างผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน ได้แก่ การกำหนดผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน
การจัดการกับปัจจัยนำเข้า ปัจจัยนำออก ผู้ร่วมงานภายในระบบจุลภาคคลินิกของตนเอง ระบบ
จุลภาคคลินิกอื่นๆ และระบบมหภาค เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น

ขั้นตอนต่างๆ เหล่านี้ไม่จำเป็นต้องดำเนินการไปตามลำดับ ดังเช่นในแบบจำลองบางครั้ง
อาจย้อนกลับไปขั้นตอนก่อนหน้าได้ เช่น เมื่อลองเปลี่ยนแปลงปรับปรุงงานและวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
แล้ว อาจต้องย้อนกลับไปทบทวนทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอีกครั้งว่า เกิดผลลัพธ์
ตามที่คาดหวังหรือไม่ และใครเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์หรือผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงบ้าง
เป็นต้น

สรุป

แนวคิดระบบจุลภาคคลินิก เชื่อว่าความสำเร็จขององค์กรเกิดจากสมรรถนะหลักของ
หน่วยงานที่ให้บริการโดยตรงแก่ผู้ใช้บริการที่มีการประสานการทำงานเป็นอย่างดีกับหน่วยงาน
สนับสนุนต่างๆ โดยรวมด้วยการจัดการที่ลงตัวอย่างเป็นระบบและการปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง
เพื่อมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการแนวคิดระบบจุลภาคคลินิก เสนอกระบวนการ
ปรับปรุงระบบการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพและเครื่องมือสำคัญสำหรับนำมาประเมินตนเอง
เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้ในงานนำไปสู่การวางแผนงานการประสานงานและการปรับปรุงระบบ
จุลภาคคลินิก เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติการพยาบาลและระบบบริการสาธารณสุขที่
สนองตอบ ตรงต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ แนวคิดพื้นฐานของระบบจุลภาคคลินิกเชื่อว่าทุก
คนในระบบจุลภาคคลินิก เป็นผู้มีความสามารถ สามารถเรียนรู้ และพัฒนาตนเองได้ทุกคนในหน่วยงาน
หรือสมาชิกในระบบ มีหน้าที่ในการปฏิบัติงาน มีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกันในการปรับปรุง
ประสิทธิภาพของการทำงานให้ดีขึ้น เพื่อให้การดูแลที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และสร้างความพึงพอใจ
แก่ผู้ใช้บริการ

แนวคิดการมีส่วนร่วม

ความหมาย

การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในระดับต่างๆ ทางการบริหารจัดการ (Wertheim, 1981 อ้างอิงใน พูลสุข หิงคานนท์, 2545)

การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในกลไกการพัฒนา จากการพัฒนาโดยรัฐ มาเป็นการพัฒนาที่ประชาชนมามีส่วนในการดำเนินการ และเป็นการคืนอำนาจในการกำหนด การพัฒนาให้กับประชาชนและอย่างน้อยประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนิน กิจกรรม (สายทิพย์ สุคติพันธ์, 2534)

การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ประสานงาน กำหนดพัฒนาในด้านสุขภาพอนามัย สิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ คักยภาพของ ประชาชน (พูลสุข หิงคานนท์, 2545)

สรุป การมีส่วนร่วม หมายถึง การดำเนินการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และดำเนินงานในกิจกรรมเพื่อประโยชน์ของชุมชน

กระบวนการมีส่วนร่วม

การพัฒนาทางด้านสุขภาพในชุมชน มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนได้มีสุขภาพที่ดี โดยเน้น การพัฒนาสุขภาพผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการดูแล รักษา ดังนั้นการที่จะส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชน/ อาสาสมัครได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา อนามัยชุมชนนั้น จะต้องให้บุคคลที่เกี่ยวข้องได้ตัดสินใจในการเข้ามามีส่วนร่วมโดยไม่เป็นการ บังคับ ให้เสรีภาพและสิทธิที่จะคิดและแสดงความคิดเห็นเต็มที่ ให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ตั้งแต่เริ่มต้นของโครงการจนเสร็จสิ้นโครงการ ซึ่งกระบวนการของการมีส่วนร่วมมีขั้นตอน ดังนี้ (พูลสุข หิงคานนท์, 2545)

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการ

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการ การกำหนดความต้องการของ ชุมชน เป็นขั้นตอนที่สำคัญของการมีส่วนร่วม ในการที่ประชาชนในชุมชนร่วมกันค้นหาปัญหาและ สาเหตุของปัญหาสุขภาพในชุมชน ประชาชนจะต้องเข้าใจปัญหาและค้นหาสาเหตุของปัญหาด้วย ตัวเขาเอง เพราะประชาชนเผชิญอยู่กับปัญหาและรู้จักสภาพของปัญหา พยาบาลชุมชนเป็นเพียง

ผู้ช่วยเหลือและผู้ให้คำปรึกษา เพื่อให้ประชาชนได้มองเห็นภาพของปัญหา และตระหนักว่าสิ่งนั้น เป็นปัญหาที่เขาต้องร่วมกันแก้ไข ซึ่งให้เห็นการลำดับความสำคัญของปัญหาและกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา และกำหนดแผนงานโครงการ กิจกรรมที่จะแก้ปัญหาต่อไป ซึ่งพยาบาลชุมชนต้อง พิจารณาศักยภาพของชุมชนทั้งในด้านความสามารถ ภูมิปัญญา ทรัพยากรและเวลาในการ ดำเนินการในการแก้ปัญหา ด้วย

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ เป็นขั้นที่ ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการตามที่ได้วางแผนไว้ เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาที่ กำหนดไว้ โดยที่การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนนี้ ประชาชนต้องได้รับการกระตุ้นให้ใช้ความคิด ในการวางแผนการดำเนินการอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอนโดยใช้ศักยภาพของชุมชนเป็นหลัก การ วางแผนงานอาจจะดูว่าเป็นสิ่งยากสำหรับประชาชน แต่มีได้หมายความว่าประชาชน จะวางแผน ของชุมชนของตนเองไม่ได้ พยาบาลชุมชนต้องเป็นผู้ที่แนะนำให้คำปรึกษาในการวางแผนงานพัฒนา ออนามัยชุมชนของชุมชน โดยมีพื้นฐานความเชื่อว่า ประชาชนสามารถเรียนรู้การวางแผน การ ดำเนินงานของชุมชนตนเองได้ หากเขาได้มีโอกาสได้ปฏิบัติจริงและมีประสบการณ์ ซึ่งการได้ ปฏิบัติจริงและวางแผนงาน พัฒนาอนามัยชุมชนให้กับประชาชน ประชาชนก็จะไม่สามารถ พึ่งตนเองได้ในที่สุด

นอกจากการจัดทำแผนงานแล้ว การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานนั้น พยาบาลชุมชนต้อง กระตุ้นให้ประชาชนเกิดการร่วมแรงร่วมใจในการปฏิบัติตามแผนงาน โครงการตามที่กำหนดไว้ ในแผนงาน ในลักษณะของการประสานประโยชน์ร่วมกัน สร้างแนวทางในการดำเนินงานร่วมกัน มีพันธสัญญาต่อกันที่จะพัฒนางานไปสู่จุดหมายเดียวกัน

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ การดำเนินการในการพัฒนาอนามัย ชุมชนผู้ได้รับผลประโยชน์คือประชาชนในชุมชนนั้น การดำเนินการตามโครงการต่างๆ จะต้อง พิจารณาให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการลงทุน ไม่ว่าจะเป็นทุนด้านทรัพยากรหรือแรงงานก็ ตาม การลงทุนเพื่อการพัฒนางานดังกล่าว ประชาชนจะรู้สึกในความเป็นเจ้าของโครงการ และเห็น ประโยชน์ในการพัฒนามากขึ้น มีความรักและหวงแหนในงานที่เขาทำและเขาเห็นประโยชน์ที่ เกิดขึ้นซึ่งตกเป็นของเขาเอง การเห็นผลที่เกิดขึ้นจากโครงการ เช่น การชุดบ่อน้ำบาดาล การสร้าง ส้วม การกำจัดขยะในหมู่บ้าน เป็นประโยชน์ที่ได้จากโครงการซึ่งเป็นได้ในเชิงรูปธรรม แต่ผลประโยชน์ที่เป็นด้านความรู้สึกนั้น แม้ไม่เป็นที่เห็นได้ทันทีแต่จะเห็นจากความตระหนัก ในการรักษาดูแล เป็นเจ้าของ ร่วมรับผิดชอบให้สิ่งนั้นได้รับการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การประเมินผลกิจกรรมโครงการต่างๆ ที่ได้ดำเนินการไปนั้น ประชาชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินผลด้วยจึงจะครบวงจรในการมีส่วนร่วม เพราะประชาชนจะได้ทราบว่าสิ่งที่ดำเนินการไปแล้วนั้น ส่งผลอย่างไรกับเขา มีผลดีผลเสียอย่างไร ซึ่งจะทำให้ประชาชนได้มองเห็นคุณค่าของการพัฒนาโครงการที่ได้จัดทำขึ้น และเห็นแนวทางในการปรับโครงการต่อไปในอนาคต ซึ่งพยาบาลชุมชนจะต้องมีบทบาทในการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจในการประเมินผลงานอย่างง่าย ไม่ซับซ้อนในลักษณะที่เป็นผลเชิงรูปธรรม ตัวเลขที่สามารถเปรียบเทียบได้ชัดเจน เป็นระบบให้กับประชาชน ไม่ใช่ใช้ความรู้สึกในการตัดสินและประเมินผลของงานที่ได้โดยความไม่เข้าใจ นอกจากนี้การประเมินผลยังสร้างให้ประชาชนรู้จักการเปรียบเทียบผลงานของหมู่บ้านอื่น เผยแพร่ความรู้สู่ชุมชนอื่นได้ด้วยเช่นกัน

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และพัฒนาสาธารณสุข จึงได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนา ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520-2524) เป็นต้นมา โดยสนับสนุนให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ และส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเอง ซึ่งมีตัวจักรสำคัญในการดำเนินงาน คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อมาในปี 2535 ได้มีการยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีเพียงระดับเดียวคือ อสม. ที่ต่างก็เสียสละแรงกายแรงใจ เวลา และทุนทรัพย์ ในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้สามารถพึ่งตนเองได้ โดยมีได้รับค่าตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้น

ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของคนกลุ่มนี้ และยอมรับว่าอาสาสมัครสาธารณสุข คือ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน และสามารถช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ทางกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามทุกวิถีทางที่จะให้การยกย่องเชิดชูเกียรติ เสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน โดยเริ่มให้มีการประกวด ผสส. อสม. ครั้งแรกตั้งแต่ปี 2530 โดยในช่วงแรกนี้ได้จัดการประกวดขึ้นแบบปีเว้นปีจนถึงปี 2536 ต่อมาภายหลังก็ได้ผลักดันให้มีวันสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศ โดยเลือกวันที่ 20 มีนาคม เป็น "วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ" ซึ่งถือได้ว่าเป็นวันสำคัญของวงการสาธารณสุขที่คณะรัฐมนตรีสมัย "พลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์" ได้มีการอนุมัติให้บรรจุ "โครงการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ" เข้าเป็นโครงการหนึ่งในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ และได้ลงมติอนุมัติให้เปลี่ยนคำว่า "สาธารณสุขเบื้องต้น" เป็น "การสาธารณสุขมูลฐาน" จากเหตุการณ์สำคัญ

ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขออนุมัติจากคณะรัฐมนตรีให้วันที่ 20 มีนาคมของทุกปีเป็น "วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ" และคณะรัฐมนตรีให้การอนุมัติเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2536 ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เริ่มต้นจัดงานเฉลิมฉลองในนามวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ 20 มีนาคม 2537 เป็นต้นมา

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เราเรียกย่อๆ ว่า อสม. นั้น เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา อสม. จึงเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับจนครอบคลุมหมู่บ้านในชนบทและชุมชนเมืองกว่า 8 แสนคน แม้ว่าพลังของ อสม. อาจจะถูกเล็กน้อยตั้งแต่เกิดกวัดเม็ดทรายเมื่อยามกระจายอยู่ตามหมู่บ้านและชุมชนต่างๆ แต่เมื่อมีการรวมตัวเป็นกลุ่มก้อนเป็นชมรมฯ พลังเหล่านี้ก็มีความมั่นคงตั้งภูมာพร้อมที่จะต่อสู้และก้าวนำไปสู่การพัฒนาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของภาคประชาชน

อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่างๆ รับข่าวสารแล้ว จดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

2. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภค

ด้านสาธารณสุข การจัดหาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

3. เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคล็ดอื่น ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

4. หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศูนย์อาสาสมัครชุมชน (ศสมช.) โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่

- 4.1 จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน
- 4.2 ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน
- 4.3 ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

5. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาลูกขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

6. เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่นๆ

7. เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่างๆ

8. ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของ

จากบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขดังกล่าวจะเห็นว่ามียุทธศาสตร์ในการช่วยในการพัฒนางานด้านสุขภาพ เป็นตัวเชื่อมระหว่างหน่วยงานบริการของรัฐกับประชาชนหากเข้ามามีส่วนร่วมในงานมากขึ้นจะส่งผลต่อเป้าหมายของงานที่กำหนดมากขึ้น

แนวคิดการเรียนรู้และการสอน

แครทวอล บลูม และมาเรีย (Krathwohl, Boom and Marsia, 1956 อ้างอิงใน ทิศนา แคมมณี, 2551, หน้า 237) จำแนกจุดมุ่งหมายทางการเรียนการสอน เป็น 3 ด้าน คือ ด้านความรู้หรือด้านพุทธิสัย (Cognitive Domain) ด้านจิตพิสัยหรือด้านเจตคติหรือด้านความรู้สึก (Affective Domain) และด้านทักษะพิสัยหรือด้านทักษะ (Psycho-motor Domain) ดังนี้

ด้านความรู้หรือด้านพุทธิสัย (Cognitive Domain)

ด้านความรู้ หรือด้านพุทธิสัย (Cognitive Domain) บลูม จัดระดับจุดมุ่งหมายระดับความรู้จากต่ำไปสูงไว้ 6 ระดับ คือ ระดับความรู้ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์และการประเมินผล (Boom, 1956 อ้างอิงใน ทิศนา แคมมณี, 2551, หน้า 400-405) ซึ่งผู้สอนสามารถนำไปใช้เป็นแนวในการตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความคิดที่สูงขึ้นไป พฤติกรรมทางพุทธิพิสัย 6 ระดับ ได้แก่

1. ความรู้ความจำ ความสามารถในการเก็บรักษามวลประสบการณ์ต่างๆ จากการที่รับรู้ไว้ และระลึกสิ่งนั้นได้เมื่อต้องการเปรียบดั่งเทปบันทึกเสียงหรือวีดิทัศน์ ที่สามารถเก็บเสียงและภาพของเรื่องราวต่างๆ ได้ สามารถเปิดฟังหรือ ดูภาพเหล่านั้นได้เมื่อต้องการ
2. ความเข้าใจเป็นความสามารถในการจับใจความสำคัญของสื่อ และสามารถแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความ คาดคะเน ขยายความ หรือ การกระทำอื่นๆ
3. การนำความรู้ไปใช้ เป็นขั้นที่ผู้เรียนสามารถนำความรู้ ประสบการณ์ไปใช้ในการแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้ ซึ่งจะต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ จึงจะสามารถนำไปใช้ได้
4. การวิเคราะห์ ผู้เรียนสามารถคิด หรือ แยกแยะเรื่องราวสิ่งต่างๆ ออกเป็นส่วนย่อยเป็นองค์ประกอบที่สำคัญได้ และมองเห็นความสัมพันธ์ของส่วนที่เกี่ยวข้องกัน ความสามารถในการวิเคราะห์ จะแตกต่างกันไปแล้วแต่ความคิดของแต่ละคน
5. การสังเคราะห์ ความสามารถในการที่ผสมผสานส่วนย่อยๆ เข้าเป็นเรื่องราวเดียวกันอย่างมีระบบ เพื่อให้เกิดสิ่งใหม่ที่สมบูรณ์และดีกว่าเดิม อาจเป็นการถ่ายทอดความคิดออกมาให้ผู้อื่นเข้าใจได้ง่าย การกำหนดวางแผนวิธีการดำเนินงานขึ้นใหม่ หรือ อาจเกิดความคิดในอันที่จะสร้างความสัมพันธ์ของ สิ่งที่เป็นนามธรรมขึ้นมาในรูปแบบ หรือ แนวคิดใหม่
6. การประเมินค่า เป็นความสามารถในการตัดสินใจ ตีราคา หรือ สรุปลักษณะคุณค่าของสิ่งต่างๆ ออกมาในรูปของคุณธรรมอย่างมีกฎเกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นไปตามเนื้อหาสาระในเรื่องนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎเกณฑ์ที่สังคมยอมรับก็ได้

ด้านจิตพิสัยหรือด้านเจตคติหรือด้านความรู้สึก (Affective Domain)

ด้านจิตพิสัยหรือด้านเจตคติหรือด้านความรู้สึกเครทวอล บลูม และมาเซีย (Krathwohl, Boom and Marsia, 1956 อ้างอิงใน ทิศนา แชมมณี, 2551, หน้า 237-239) จัดลำดับขั้นของการเรียนรู้ ประกอบด้วยพฤติกรรมย่อยๆ 5 ระดับ ได้แก่

1. การรับรู้ (Receiving or Attending) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อปรากฏการณ์ หรือสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งเป็นไปในลักษณะของการแปลความหมายของสิ่งเร้านั้นว่าคืออะไร แล้วจะแสดงออกมาในรูปของความรู้สึกที่เกิดขึ้น
2. การตอบสนอง (Responding) เป็นการกระทำที่แสดงออกมาในรูปของความเต็มใจยินยอม และพอใจต่อสิ่งเร้านั้น ซึ่งเป็นการตอบสนองที่เกิดจากการเลือกสรรแล้ว
3. การเกิดค่านิยม (Valuing) การเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เป็นที่ยอมรับกันในสังคม การยอมรับนับถือ ในคุณค่านั้นๆ หรือปฏิบัติตามในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จนกลายเป็นความเชื่อ แล้วจึงเกิดเจตคติที่ดีในสิ่งนั้น
4. การจัดระบบ (Organization) การสร้างแนวคิด จัดระบบของค่านิยมที่เกิดขึ้นโดยอาศัยความสัมพันธ์ถ้าเข้ากันได้ก็จะยึดถือต่อไป
5. บุคลิกภาพ (Characterization) การนำค่านิยมที่ยึดถือมาแสดงพฤติกรรมที่เป็นนิสัยประจำตัว ค่านิยม ความรู้สึก ความซาบซึ้ง ทศนคติ ความเชื่อ ความสนใจและคุณธรรม พฤติกรรมด้านนี้อาจไม่เกิดขึ้นทันที ดังนั้น การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และสอดแทรกสิ่งที่ดีงามอยู่ตลอดเวลา จะทำให้พฤติกรรมของผู้เรียนเปลี่ยนไปในแนวทางที่พึงประสงค์ได้

ทักษะพิสัย (Psychomotor Domain)

พฤติกรรมที่บ่งถึงความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างชำนาญ ซึ่งแสดงออกมาได้โดยตรงโดยมีเวลาและคุณภาพของงานเป็นตัวชี้ระดับของทักษะ พฤติกรรมด้านทักษะพิสัยประกอบด้วย พฤติกรรม 5 ชั้น ดังนี้ (Boom, 1956 อ้างอิงใน ทิศนา แชมมณี, 2551)

1. การรับรู้ เป็นการให้ผู้เรียนได้รับรู้หลักการปฏิบัติที่ถูกต้องหรือเป็นการเลือกหาตัวแบบที่สนใจ
2. กระทำตามแบบหรือเครื่องชี้แนะ เป็นพฤติกรรมที่ผู้เรียนพยายามฝึกตามแบบที่ตนสนใจและพยายามทำซ้ำ เพื่อที่จะให้เกิดทักษะตามแบบที่ตนสนใจให้ได้ หรือ สามารถปฏิบัติงานได้ตามข้อแนะนำ
3. การหาความถูกต้อง เป็นพฤติกรรมสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องชี้แนะ เมื่อได้กระทำซ้ำแล้ว ก็พยายามหาความถูกต้องในการปฏิบัติ

4. การกระทำอย่างต่อเนื่องหลังจากตัดสินใจเลือกรูปแบบที่เป็นของตัวเองจะกระทำตามรูปแบบนั้นอย่างต่อเนื่อง จนปฏิบัติงานที่ย่างยากซับซ้อนได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง คล่องแคล่ว การที่ผู้เรียนเกิดทักษะได้ ต้องอาศัยการฝึกฝนและกระทำอย่างสม่ำเสมอ

5. การกระทำได้อย่างเป็นธรรมชาติ เป็นพฤติกรรมที่ได้จากการฝึกอย่างต่อเนื่อง จนสามารถปฏิบัติ ได้คล่องแคล่วว่องไวโดยอัตโนมัติ เป็นไปอย่างธรรมชาติ ซึ่งถือเป็นความสามารถของการปฏิบัติ ในระดับสูง

รูปแบบการสอน การถ่ายทอดความรู้

ประสิทธิผลของการเรียนนอกจากจะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบในตัวผู้เรียนเองแล้ว กระบวนการเรียนการสอนที่ผู้สอนจัดให้ก็เป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียน วิธีการสอนมีหลากหลายวิธี ได้แก่ วิธีการสอนแบบบรรยาย (Lecture Method) วิธีการสอนแบบสาธิต (Demonstration Method) วิธีการสอนโดยการทดลอง (Experimental Method) การสอนการประยุกต์ใช้ในกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยวิธีการสอน มีรายละเอียด ดังนี้ (ทีศนา เขมมณี, 2551, หน้า 325 – 332)

วิธีการสอนแบบสาธิต (Demonstration Method)

เป็นวิธีสอนที่ให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ใกล้เคียงกับประสบการณ์ตรงมากที่สุด ซึ่งเป็นการสอนที่ผู้สอนแสดงให้ดูหรือผู้เรียนมีโอกาสได้กระทำด้วยตนเอง ทำให้การเรียนรู้บรรลุวัตถุประสงค์

ขั้นตอนการสอน

1. ผู้สอนแสดงการสาธิต ผู้เรียนสังเกตการสาธิต
2. ผู้สอนและผู้เรียนอภิปรายและสรุปการเรียนรู้ที่ได้จากการสาธิต
3. ผู้สอนประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียน

เทคนิคการสอนด้วยวิธีสาธิต

1. ก่อนการสาธิต มีขั้นตอนปฏิบัติ ดังนี้

- 1.1 การกำหนดวัตถุประสงค์ ของการสาธิตให้ชัดเจน
- 1.2 การเตรียมการ ผู้สอนต้องเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ในการสาธิต เตรียมขั้นตอนการสาธิตซึ่งวิธีการเตรียมที่ถูกต้องคือ ต้องลองสาธิตดูก่อน เป็นการตรวจสอบว่าขั้นตอนเหล่านั้นถูกต้องหรือไม่ หากเกิดปัญหาใดๆ ขึ้นก็มีโอกาสแก้ไขได้ก่อน

2. ขณะทำการสาธิต

ผู้สอนควรอธิบายหรือบรรยายให้ผู้เรียนเข้าใจวัตถุประสงค์ของการสาธิต หลังจากนั้นจึงนำเข้าสู่การสาธิต โดยการอธิบายให้ฟังหรือใช้สื่อต่างๆ อาจจะเป็นสไลด์ประกอบคำบรรยาย

หรือวิธีทัศน์หรือวิธีการที่ผู้สอนทั่วไปใช้คือ การให้ผู้เรียนได้ศึกษามาก่อน โดยให้ไปอ่านเอกสาร หนังสือ หรือค้นคว้าเรื่องราวที่สาธิตนั้นก่อน ก็จะทำให้การสาธิตดำเนินไปได้อย่างรวดเร็วและ ผู้เรียนเข้าใจได้ชัดเจน ในขณะที่สาธิตผู้สอนต้องดำเนินการสาธิตไปตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ อาจจะสามารถด้วยการบรรยายแล้วสาธิต วิธีที่จะทำให้บรรยายภาคการสาธิตเป็นไปด้วยความตื่นเต้น ควรเปิด โอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการสาธิตตลอดเวลา อาจจะเป็นการถามนำ กระตุ้น หรือให้ผู้เรียน ช่วยสาธิตเรื่องราวบางเรื่องที่มีความสลับซับซ้อนหรือมีขั้นตอนยุ่งยาก ผู้สาธิตก็ต้องสาธิตหลายๆ ครั้ง หรือให้ผู้เรียนทำตามไปด้วยเป็นขั้นๆ ผู้สอนจะต้องชี้แนะหรือเน้นย้ำในส่วนที่สำคัญตลอดเวลา ดังนั้นการวางแผนสาธิตจำเป็นต้องเตรียมตัวมาเป็นอย่างดี

3. ภายหลังการสาธิต

เมื่อการสาธิตจบลงแล้ว การย้ำเน้นเรื่องราวที่สาธิต ไม่ว่าจะเป็นการสาธิต กระบวนการหรือสาธิตผู้สอนก็ต้องให้มีการสรุป ทั้งนี้ผู้เรียนเป็นผู้สรุปเอง โดยมีการอภิปราย แลกเปลี่ยนกัน หรือบางครั้งการจัดอาจจบลงด้วยการสรุปโดยวิธีทัศน์ หรือสไลด์ประกอบเสียง โดยการสอบถาม แจกแบบสอบถาม แบบทดสอบ ทั้งนี้อยู่ที่ระยะเวลาที่เหลือ

การวัดและประเมินผล

การสอนแบบสาธิตส่วนใหญ่ผู้สอนหรือผู้สาธิตจะมีบทบาทในการประเมิน อาจจะได้ โดยการสังเกต วิเคราะห์คำตอบว่าผู้เรียนเข้าใจหรือไม่เพียงใด แต่การประเมินที่ดีคือการให้ผู้เรียนได้ทำ แบบทดสอบหรือแบบสอบถาม

ข้อดีและข้อจำกัด

ข้อดี

1. ทำให้ผู้เรียนได้ประสบการณ์ตรง
2. ทำให้ผู้เรียนเข้าใจง่ายและจดจำเรื่องที่สาธิตได้นาน
3. ทำให้ผู้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง
4. ทำให้ประหยัดเงินและประหยัดเวลา
5. ทำให้ผู้เรียนเกิดความคิดสร้างสรรค์

ข้อจำกัด

1. หากผู้เรียนมีจำนวนมากเกินไปก็อาจทำให้การสังเกตไม่ทั่วถึง
2. ถ้าผู้เรียนเตรียมการมาไม่ดีเมื่อเวลาสาธิตวนไปวนมาหรือสาธิตไม่ชัดเจนก็ทำให้ ได้ผลไม่ดี

3. ถ้าการสาธิตนั้นเน้นที่ผู้สอนโดยผู้เรียนไม่มีโอกาสได้ปฏิบัติเลย ผู้เรียนก็อาจจะได้ประสบการณ์น้อย

4. บางครั้งการสาธิตที่เยิ่นเย้อก็ทำให้เสียเวลา

วิธีการสอนแบบบรรยาย (Lecture Method)

คือ กระบวนการเรียนรู้ที่ผู้สอนเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้เรียนโดยการพูดบอกเล่า อธิบายเนื้อหาเรื่องราวที่ผู้สอนได้เตรียมการศึกษาค้นคว้ามาเป็นอย่างดี ผู้เรียนเป็นฝ่ายรับฟัง อาจจะมีการจดบันทึกสาระสำคัญในขณะที่ฟังการบรรยายหรืออาจมีโอกาสซักถามแสดงความ คิดเห็นได้บ้างถ้าผู้สอนเปิดโอกาส วิธีนี้เหมาะกับผู้ฟังจำนวนมาก และผู้บรรยายมีความชำนาญใน เรื่องนั้นๆ ต้องการนำเสนอเนื้อหาสาระจำนวนมากในลักษณะคมชัดลึก โดยใช้เวลาไม่มากนักจึง เป็นการเรียนรู้ที่ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เรียนที่มีจำนวนมากได้เรียนรู้เนื้อหาสาระหรือความรู้จำนวนมาก ในลักษณะ คม ชัด ลึก พร้อมๆ กันในเวลาจำกัด
2. เพื่อให้ความรู้ประสบการณ์ให้แก่ผู้เรียน ซึ่งเป็นความรู้ที่ค้นหาหรือเป็น ประสบการณ์เฉพาะของผู้สอนเอง

องค์ประกอบ

การจัดการเรียนรู้แบบบรรยายมีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1. เนื้อหาสาระหรือข้อความที่ต้องการให้เรียนรู้
2. การบรรยาย
3. ผลการเรียนรู้ของผู้เรียน

การที่จะให้การสอนโดยวิธีการบรรยายเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดก็ต้องมี ขั้นตอนในการสอน ซึ่ง ทิศนา ขัมมณี (2550, หน้า 327) ได้กล่าวว่าขั้นตอนสำคัญของการสอน แบบบรรยาย ควรมีดังนี้

1. ผู้สอนเตรียมเนื้อหาสาระที่จะบรรยาย
2. ผู้สอนบรรยาย (พูด บอก เล่า อธิบาย) เนื้อหาสาระที่ต้องการให้ผู้เรียนได้เรียนรู้
3. ผู้สอนประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียน

วิธีสอนโดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ (Role Playing)

การจัดการเรียนการสอนในปัจจุบัน ได้ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้รู้และเข้าใจได้ด้วยตนเอง โดยเน้นกิจกรรมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง การสอนโดยใช้การแสดงบทบาท สมมติ เป็นอีกวิธีสอนหนึ่งที่จะให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียน ให้ผู้เรียนได้แสดงออก ทั้งทางด้าน

ความคิดและท่าทางการแสดง ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ได้เกิดความสุขสนทนและ
เพลิดเพลิน

จุดมุ่งหมาย ทิศนา แชมมณี (2550, หน้า 358) กล่าวว่า วิธีสอนโดยใช้การแสดงบทบาท
สมมติ เป็นวิธีการที่มุ่งช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้การเอาใจเขามาใส่ใจเรา เกิดความเข้าใจในความรู้สึก
และพฤติกรรมทั้งของตนเองและผู้อื่น หรือเกิดความเข้าใจในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับบทบาทสมมติ
ที่ตนแสดง

องค์ประกอบของการสอนแบบบทบาทสมมติ

ทิศนา แชมมณี (2550, หน้า 358) กล่าวถึง องค์ประกอบสำคัญ (ที่ขาดไม่ได้) ของวิธีสอน
แบบบทบาทสมมติ ไว้ดังนี้

1. มีผู้สอนและผู้เรียน
2. มีสถานการณ์สมมติและบทบาทสมมติ
3. มีการแสดงบทบาทสมมติ
4. มีการอภิปรายเกี่ยวกับความรู้ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออกของ
ผู้แสดง และสรุปการเรียนรู้ที่ได้รับ

5. มีผลการเรียนรู้ของผู้เรียน

ขั้นตอนของการสอนโดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ

ทิศนา แชมมณี (2550, หน้า 358-359) อธิบายขั้นตอนสำคัญของการสอนไว้ ดังนี้

1. ผู้สอน / ผู้เรียน นำเสนอสถานการณ์สมมติและบทบาทสมมติ
2. ผู้สอน / ผู้เรียนเลือกผู้แสดงบทบาท
3. ผู้สอนเตรียมผู้สังเกตการณ์
4. ผู้เรียนแสดงบทบาท และสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก
5. ผู้สอนและผู้เรียน อภิปรายเกี่ยวกับความรู้ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่
แสดงออกของผู้แสดง
6. ผู้สอนและผู้เรียนสรุปการเรียนรู้ที่ได้รับ
7. ผู้สอนประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุพรรณิ ธรากุล (2547) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินผลกู่ชีพในชุมชน เป็นการศึกษาจาก
ข้อมูลย้อนหลังแบบกึ่งทดลอง (quasi experiment research) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ
จำนวน 49 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 33 คน (67.35%) และ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 16 คน (32.65%) เครื่องมือในการศึกษาคือ แบบประเมินความรู้ก่อนเข้าร่วมโครงการกิจกรรมโครงการประกอบด้วยการสอบแบบบรรยาย การชมวีดิทัศน์ สาธิตการกู้ชีพ ตามลำดับ เครื่องชี้วัดความสำเร็จในโครงการประกอบด้วยคะแนนความรู้การกู้ชีพก่อนและหลังเข้าโครงการเปรียบเทียบกัน ผลโครงการได้รับแบบประเมินความรู้หลังโครงการคืนมา 45 ชุด คิดเป็นร้อยละ 91.84 พบคะแนนเฉลี่ยก่อนสอบสำหรับ อสม.เท่ากับ 3.21 (S.D. = 1.32) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เท่ากับ 6.88 (S.D. = 1.09) และคะแนนเฉลี่ยหลังสอบ อสม.เท่ากับ 4.73 (S.D. = 0.94) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เท่ากับ 8.38 (S.D. 1.09) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (paired t-test, p value < 0.001) อย่างไรก็ตามมีผู้เข้าร่วมสาธิตกลับเพียง 20 คน (40.82%) โดยเป็น อสม.จำนวน 15 คน จาก 33 คน (45.45%) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 6 คน จาก 13 คน จาก (31.25%) อัตราส่วนระหว่างอสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการสาธิตกลับเท่ากับ 3: 1 (75% ต่อ 25%) สรุปโครงการกู้ชีพขั้นต้นในชุมชนทำให้ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามจำนวนผู้เข้าร่วมสาธิตกลับน้อยกว่าร้อยละ 50 จำเป็นต้องหาวิธีที่จะทำให้ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนร่วมสาธิตกลับเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจในการกู้ชีพขั้นต้นอย่างถูกต้องและนำมาซึ่งความปลอดภัยผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บและคุณภาพการบริการในภาวะฉุกเฉิน

อุบล ยี่เสง (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ (Return of spontaneous circulation, ROSC) ในการช่วยชีวิตขั้นสูง (Advance Life Support, ALS) ของผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (Out-of-Hospital cardiac arrest: OHCA) ของศูนย์กู้ชีพบนเรณูร โรงพยาบาลราชวิถีเป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยใช้แบบบันทึกรายงานผู้ป่วย จำนวน 55 ราย และศึกษาไปข้างหน้าจำนวน 18 ราย รวม 73 ราย พบว่า มีปัจจัย 3 ตัว ได้แก่ การมีผู้พบเห็นผู้ป่วยหยุดหายใจทันทีทันใด (Witnessed arrest) , Response time (RT) คือ ระยะเวลารวมทั้งตั้งแต่ศูนย์รับแจ้งเหตุได้รับการรับแจ้งเหตุจนกระทั่งรถพยาบาลมาถึงที่เกิดเหตุ and bystander Cardiopulmonary resuscitation (CPR) คือ การที่ผู้พบเห็นผู้ป่วยหยุดหายใจคนแรกและให้การทำการกดหน้าอกช่วยฟื้นคืนชีพทันที มีผลต่อการกลับมามีชีวิตหลังช่วยชีวิต (Return of spontaneous circulation, ROSC) ในการช่วยชีวิตขั้นสูง อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.01

สุทนต์ ทังศิริ (2550) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอศรีสังขาลย์ จังหวัดสุโขทัย โดยโรงพยาบาลศรีสังขาลย์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 10 แห่งแห่งละ 12 คน 2) เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลศรีสังขาลย์จำนวน 30 คน 3) ประชาชนที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาล

ศรีสะเกษ 3 กลุ่ม มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ วางแผน และปฏิบัติการของการพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัยนั้นต้องมีองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ 3 ส่วน คือ 1) โรงพยาบาลศรีสะเกษเป็นองค์ประกอบที่มีบทบาทหลักต้องอาศัยความร่วมมือของ 2) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนต่างๆตลอดจนการมีส่วนร่วมของ 3) ประชาชนในอำเภอ ซึ่งการประสานบทบาทและหน้าที่ทั้ง 3 ส่วนนี้ทำให้อำเภอศรีสะเกษมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำชุมชนอยู่ในทุกตำบลครบ 10 ตำบล ประสานกันเป็นเครือข่ายกู้ชีพประจำในชุมชนเป็นส่วนสำคัญทำให้การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอศรีสะเกษมีประสิทธิภาพ มั่นคงและสามารถให้บริการประชาชนในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมและรวดเร็ว

กาญจนา เขื่อนนันท์, อรพรรณ ไตสิงห์ และศิริอร สินธุ (2551, หน้า 26-39) ศึกษาการช่วยชีวิตของผู้บาดเจ็บในระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน: การวิเคราะห์วรรณกรรม โดยการวิเคราะห์วรรณกรรมที่ได้จากการสืบค้นและทบทวนหลักฐานเชิง ประจักษ์ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และห้องสมุดของมหาวิทยาลัยมหิดลที่เป็นแหล่งอ้างอิงมาตรฐาน ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาวิเคราะห์จำนวน 41 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัย 19 เรื่อง บทความที่ไม่ใช่ งานวิจัย 21 เรื่อง และงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 1 เรื่อง ผลการวิเคราะห์พบว่า 1) ความสำเร็จในการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บระยะเร่งด่วนฉุกเฉินประกอบด้วยบุคลากรที่ทำการช่วยเหลือต้องมีความรู้ มีการตัดสินใจที่รวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสม ต้องมีความเชี่ยวชาญมีทักษะที่ผสมผสาน มีความหลากหลายในองค์ความรู้ ใช้แนวปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บมีกลยุทธ์ในการพัฒนาต่อเนื่อง มีการทำงานเป็นทีม และมีการฝึกอบรมหรือฝึกซ้อมในสถานการณ์จำลองที่เสมือนจริง 2) เกณฑ์ที่ใช้ประเมินผลลัพธ์หลักของการช่วยชีวิต คือ อัตราการรอดชีวิต อัตราการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บ 3) หัวหน้าที่ทีมการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บต้องมีภาวะผู้นำ มีสมรรถนะทางคลินิก มีการตัดสินใจที่รวดเร็ว สามารถทำงานหลายด้านในเวลาเดียวกัน ทนต่อภาวะกดดันได้ดี จึงจะทำให้กระบวนการช่วยชีวิตประสบความสำเร็จ สมาชิกในทีมต้องเข้าใจบทบาทของตนเองในทีม มีความรู้ มีประสบการณ์และทักษะ มีความรับผิดชอบงานโดยที่พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการจัดการและให้การดูแลการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บในระยะเร่งด่วนฉุกเฉินส่วนผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงนอกจากนี้มีบทบาทและสมรรถนะเช่นเดียวกับพยาบาลวิชาชีพแล้วต้องมีความเชี่ยวชาญทางคลินิก มีการสื่อสารที่ดี เป็นผู้สอนที่ได้รับการยอมรับ และทุกคนที่อยู่ในทีมต้องผ่านการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บในระยะเร่งด่วนและต้องมีการอบรมซ้ำทุก 1-2 ปี

สุพรรณวดี ภิญญา และคณะ (2554) ศึกษาถึงการรับรู้และความคาดหวังต่อการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัด เพชรบุรี โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติ จำนวน 800 คน ที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ด้วยวิธีส่งแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูล ทั่วไปของผู้ป่วยที่มารับบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นผู้ป่วยชาย ร้อยละ 54.0 เป็น ผู้ป่วยหญิง ร้อยละ 46.0 เป็นผู้ป่วยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 38.0 วุฒิมัธยมศึกษาสูงสุดระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 67.0 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย พบว่า เป็นญาติหญิง ร้อยละ 64.3 เป็นญาติชาย ร้อยละ 35.7 โดยเป็นกลุ่มอายุ 40-49 ปี มากที่สุด ร้อยละ 30.0 การศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.3 การรับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับ การบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่า ร้อยละ 60.0 ระดับการรับรู้พบว่า ร้อยละ 51.0 มีระดับการรับ รู้อยู่ในระดับน้อย รองลงมา ร้อยละ 25.2 และร้อยละ 23.8 มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับดีและระดับ ปานกลาง ญาติผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 61.0 - 73.0 มีระดับ การรับรู้ ในระดับน้อยและระดับปานกลาง ความคาดหวังผลลัพธ์ของการใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉิน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคาดหวังผลลัพธ์ของการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 60.0 - 67.0 ระดับความคาดหวัง พบว่า ร้อยละ 59.3 มีความคาดหวังอยู่ในระดับปานกลางและ ร้อยละ 40.7 มีความคาดหวังอยู่ในระดับดี ญาติมีความคาดหวังผลลัพธ์ของการใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 60.0- 68.0 ระดับความคาดหวัง พบว่า ร้อยละ 59.0 มีความคาดหวัง ในระดับดี รองลงมา ร้อยละ 40.5 และ ร้อยละ 0.5 มีความคาดหวังอยู่ในระดับปานกลางและ ระดับน้อย

เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้และความคาดหวังผลลัพธ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่าง ตัวแปรที่ศึกษาพบว่าญาติมีการรับรู้และความคาดหวังดีกว่าผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยและญาติที่เป็นผู้ชาย กับผู้หญิง ทุกช่วงอายุ ทุกระดับการศึกษาที่มีการรับรู้ไม่แตกต่างกัน การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่คิดว่า การนำส่งโดยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะปลอดภัยกว่าการนำส่งเอง ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น และสามารถเรียกบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง แสดงว่า ผู้ป่วยและญาติ มีความเชื่อมั่นในบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้ผลการวิจัย มากกว่าร้อยละ 60 ยังไม่ทราบหมายเลขฉุกเฉินในการเรียกใช้บริการว่าเป็นหมายเลขใด และ ไม่ทราบว่าเป็นบริการฟรีที่ไม่มีค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน โดยไม่แน่ใจถึงระบบว่า จะให้บริการได้ทุกพื้นที่ ความรวดเร็วของรถที่จะไปรับ และเมื่อเรียกใช้บริการและไม่ทราบว่า จะได้รับบริการจากหน่วยงานใด

พัชรภรณ์ อุ้นเต๊ะ และศิริอร สิ้นธุ (2554) ได้ศึกษาเรื่องโครงการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอส ที ยกสูง (STEMI) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย STEMI จำนวน 540 ราย ที่มารับบริการในศูนย์ตติยภูมิโรคหัวใจระดับ 4 จำนวน 18 แห่ง ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่ายจากภูมิภาคต่างๆ ทั่วประเทศไทย และกลุ่มตัวอย่างบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสบการณ์ดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI จำนวน 90 ราย จากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการเจ็บป่วย และแบบสอบถามการใช้บริการสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษา (onset to door time \leq 3 hr) ร้อยละ 41.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการเข้าถึงการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบด้วย การจัดการตนเองเบื้องต้น การให้การช่วยเหลือโดยผู้พบเหตุ และความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการเข้าถึงการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .169$) (all $p < .05$) ปัจจัยการได้รับการดูแลในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 18.01$, $df = 1$, $p < .001$) ในขณะที่ปัจจัยอายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา กิจกรรมการออกกำลังกาย และประวัติเป็นโรคหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงการรักษา ส่วนปัจจัยในระบบการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระยะเริ่มต้นยังต้องกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต่างๆ สำหรับผู้ป่วย STEMI ทรัพยากรการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบข้อมูลสารสนเทศ และเครือข่ายปฏิบัติการที่ชัดเจน

ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล และคณะ (2554) ศึกษาเรื่องเหตุใดคนเชียงใหม่เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือ เกิดอุบัติเหตุจึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในผู้นำส่งหรือผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า มีผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 102 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มที่มาโรงพยาบาลด้วยตัวเอง 64 ราย และกลุ่มที่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 38 ราย โดยปัจจัยทางด้านเพศ ระดับการศึกษา และอาชีพไม่มีผลต่อการเรียกใช้ สาเหตุที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอันดับแรกให้เหตุผลว่ามีรถส่วนตัว สามารถมาโรงพยาบาลเองได้ ร้อยละ 64.1 อันดับ 2 ไม่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 50 อันดับ 3 คือรู้สึกว่าการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยนั้นเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องเรียกรถพยาบาลมารับ ร้อยละ 25 สื่อที่ทำให้รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินอันดับแรกคือ ป้ายโฆษณา หรือป้าย

ข้างทาง รongลงมา คือ โทรทัศน์และวิทยุตามลำดับ โดยสรุปสาเหตุที่คนเชียงใหม่ไม่เรียกบริการ การแพทย์ฉุกเฉินเกิดจากไม่ทราบถึงบริการ ไม่เห็นความสำคัญ และไม่ไว้วางใจในบริการ

ดวงทิพย์ บินไทยสงศ์ และคณะ (2556) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลา มาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยใช้ กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จำนวน 76 ราย ที่มารับการรักษา ในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลรามาริบัติเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล ส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการมาโรงพยาบาล แบบประเมิน การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ เฉียบพลันเร็วไม่เกิน 180 นาที โดยใช้เวลาเฉลี่ย 95.29 นาที กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง และมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับ ปานกลาง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่ม ตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ อายุ ระดับ การศึกษา รายได้ของกลุ่มตัวอย่าง และระบบนำส่งผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึง โรงพยาบาลหลังเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

เสกสรร มานวิโรจน์ (2557) ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาสำหรับ อาสาสมัคร ประเภทผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยการ วิจัยครั้งนี้ โดยใช้ กรอบแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบ ของ Ludwig Von Bertalffy ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการผลิตและสิ่งแวดล้อมมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัด การศึกษา โดยการสอบถามผู้รับผิดชอบงานด้านการจัดการศึกษาสำหรับอาสาสมัครประเภท ผู้ปฏิบัติ การฉุกเฉินเบื้องต้น จากสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดและ หัวหน้า ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ประจำจังหวัด ทั่วประเทศจำนวน 154 คน ได้รับแบบสอบถาม กลับมา จำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 94.06 นำผลที่ได้มาสังเคราะห์เป็นรูปแบบการจัด การศึกษาสำหรับอาสาสมัครประเภทผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น และนำไปตรวจสอบ ยืนยัน รูปแบบโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการศึกษาในระบบการแพทย์ ฉุกเฉิน จากจังหวัดที่ผลการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินดีเด่น ระดับประเทศ 3 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี ยะลา และสุพรรณบุรี จากนั้นนำรูปแบบที่ได้จากขั้นตอนการสัมภาษณ์ ไปตรวจสอบยืนยันรูปแบบ

โดยการสัมมนากลุ่ม (Focus Group) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 11 ท่าน เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาเหมาะสมและเป็นไปได้ ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการจัดการศึกษาสำหรับอาสาสมัครประเภท ผู้ปฏิบัติ การฉุกเฉินเบื้องต้น ควรเป็นรูปแบบผสมผสานระหว่างองค์ประกอบ ดังนี้ ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย ทรัพยากรมนุษย์ได้แก่วิทยากรผู้เข้ารับการอบรม ทรัพยากรทางกายภาพ ได้แก่ อาคาร และวัสดุสำหรับการจัดการศึกษา ทรัพยากรการเงิน และระบบสารสนเทศ กระบวนการ ประกอบด้วย กระบวนการเรียนการสอน กระบวนการบริการ และ กระบวนการบริหารผลผลิต และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า สภาพ ปัจจุบันและสภาพปัญหาของการจัดการศึกษา ที่ควรพัฒนารูปแบบเพิ่มเติม ประกอบด้วย 1) การกำหนดจำนวน ผู้เข้าอบรมต่อรุ่น 2) ความเพียงพอของเอกสารสำหรับการศึกษาค้นคว้า 3) การสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ 4) การสนับสนุนงบประมาณอย่างทันเวลา 5) การจัดเก็บข้อมูลของวิทยากรผู้สอน 6) การจัดทำรายวิชาด้านการฝึกปฏิบัติการด้าน ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน 7) การจัดทำแผนการสอน 8) การประเมินผลการสอนของวิทยากร 9) การบันทึกข้อมูลในการให้คำปรึกษา 10) การกำหนดวัตถุประสงค์ในการจัดทำแผนการศึกษา 11) การประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร 12) การติดตามผลการปฏิบัติ งานของผู้สำเร็จการศึกษา และ 13) การจัดทำแผนการจัดการศึกษาโดยกระบวนการ มีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

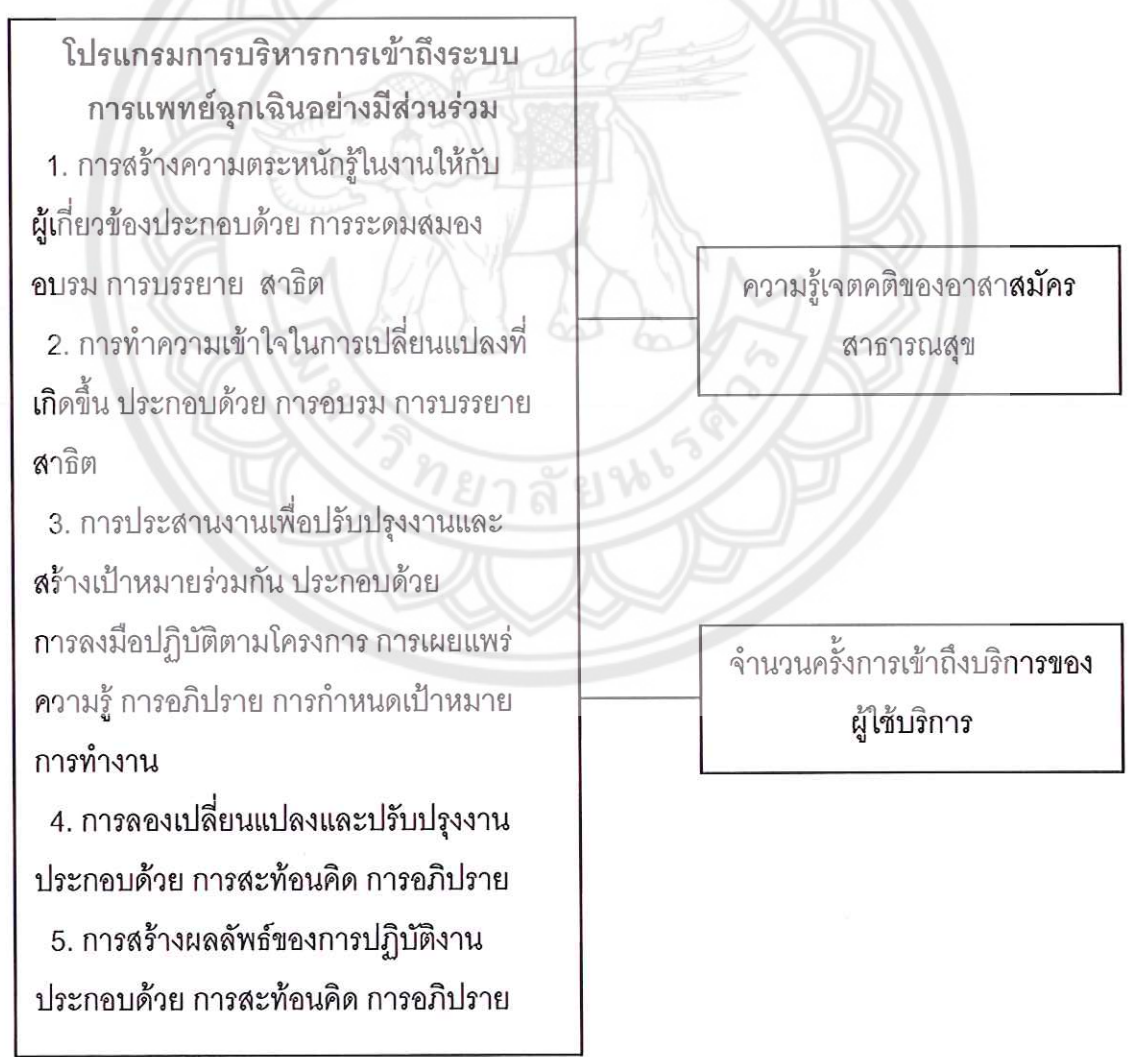
กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว จะเห็นว่าประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน โดยเป็นหน้าที่ของหน่วยบริการและเครือข่ายภายใต้มาตรการและกลไก การจัดการที่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นผู้กำหนด รวมทั้งตามเจตนารมณ์ของการประกาศใช้ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพและมาตรฐานโดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2555) จำเป็นที่จะต้องมีการมีประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการที่จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการบริหารจัดการ ตามทฤษฎีระบบจุลภาคคลินิกมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการ ซึ่งต้องดำเนินการตามขั้นตอน เพื่อปรับปรุงระบบการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนักรู้ในงาน 2) การทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลง ที่อาจเกิดขึ้น 3) การประสานงานเพื่อการปรับปรุงงานและสร้างเป้าหมายร่วม 4) การลองเปลี่ยนแปลง

และปรับปรุงงาน 5) การสร้างผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน (Godfrey, 2004 อ้างอิงใน เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2555) ประกอบกับแนวคิดการมีส่วนร่วมซึ่ง พูลสุข หิงคานนท์ (2545) เสนอไว้ว่าการมีส่วนร่วมมีขั้นตอน ดังนี้

- ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการ
- ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ
- ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
- ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

เป็นแนวคิดในการดำเนินการสร้างโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีส่วนร่วม โดยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังภาพ 4



ภาพ 4 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบศึกษาหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group Pretest-Posttest Design) มีขอบเขตศึกษาโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก มีวิธีการดำเนินการวิจัยรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก และอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลพรหมพิราม เขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 2,197 คน

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอพรหมพิราม จำนวน 30 คน ได้มาโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ได้ 1 ตำบลจาก 12 ตำบล ในอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก คือตำบล วงษ์อ้อม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 30 คน เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ทั้งนี้โดยใช้เกณฑ์ของสุวิมล ว่องวานิช และนางลักษณ วิรัชชัย (2546) ซึ่งกำหนดไว้ว่า การวิจัยเชิงทดลอง อย่างน้อยควรมีก่อนมีกลุ่มละ 20 คน ในการศึกษาค้นคว้านี้ กำหนดขนาดของกลุ่มทดลอง 30 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างดำเนินการทดลอง

เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีอายุ 30 - 50 ปี
2. มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขไม่น้อยกว่า 2 ปี
3. มีเวลาในการปฏิบัติงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข โดยไม่กระทบงานประจำในช่วงทำการทดลองตามโปรแกรม
4. สามารถอ่าน เขียน พูดภาษาไทยได้คล่อง

5. มีความสามารถในการติดต่อโดยใช้ Line กลุ่มได้

6. ยินดีเข้าร่วมโครงการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group Pretest-Post-test Design) มีการออกแบบการวิจัย ดังนี้

ตาราง 1 แสดงแบบแผนการทดลองการทดลอง

สัปดาห์	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
กลุ่ม	1X	2X		3x	-	-		4x	-	-	-	5x
ทดลอง												
ประเมิน	O1	-	-	T1	-	-	-	T2	-	-	-	O4
				Line								line

หมายเหตุ: สัญลักษณ์

1X	แทน	โปรแกรมการดำเนินการครั้งที่ 1
2X	แทน	โปรแกรมการดำเนินการครั้งที่ 2
3X	แทน	โปรแกรมการดำเนินการครั้งที่ 3
4X	แทน	โปรแกรมการดำเนินการครั้งที่ 4
5X	แทน	โปรแกรมการดำเนินการครั้งที่ 5
O1- O4	แทน	การประเมินความรู้ เจตคติ ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมตามรูปแบบ
T1- T2	แทน	การประเมินปัญหา อุปสรรค ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมตามรูปแบบ

ขั้นตอนในการวิจัย

ขั้นเตรียมการ

1. เตรียมคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและประชุมนัดหมายเพื่อการดำเนินการตามโปรแกรม
2. เตรียมตัวผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพรหมพิรามในการให้ความรู้ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

3. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวรและหนังสือขอความร่วมมือ ไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก สาธารณสุขอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังฆ้อง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล

4. เมื่อได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมพิราม รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ

5. ดำเนินการศึกษาข้อมูลการเข้าถึงบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนการเริ่มการดำเนินการตามโปรแกรมในช่วง 12 สัปดาห์ (1 สิงหาคม 2558-1 พฤศจิกายน 2558) จากบันทึกข้อมูลการรับบริการตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลพรหมพิรามในตำบลที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การดำเนินการทดลองตามโปรแกรม ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 (9.00-12.00 น.)

- 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยดำเนินการ แนะนำตนเองอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำการศึกษ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรักษาความลับ และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ลงนามยินดีเข้าร่วมวิจัย เมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วถ้ากลุ่มตัวอย่างต้องการหยุดการเข้าร่วมการวิจัยก็สามารถออกจากโครงการวิจัยดังกล่าวได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข จากนั้นผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

- 1.2 การตอบแบบสอบถามก่อนการดำเนินการตามโปรแกรม หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมและเข้าใจการดำเนินการตามโครงการแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามเพื่อวัดความรู้ เจตคติ ก่อนการทดลอง โดยผู้วิจัย และเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วให้บรรจุใส่ซองที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ ปิดผนึกแล้วจึงส่งให้ผู้วิจัยรวบรวมต่อไป

1.3 กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้เกมส์กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

1.4 การนัดหมายครั้งต่อไป ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด จำนวน 5 ครั้ง เพื่อดำเนินการตามโปรแกรมที่กำหนด

2. การดำเนินการทดลองตามโปรแกรมครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่สอง 9.00-16.00 น.

วัตถุประสงค์ เพื่อการสร้างความตระหนักรู้ในงานให้กับผู้เกี่ยวข้อง และการทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการกำหนดความต้องการ ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการจัดการอบรมให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอนของทฤษฎี คือ การสร้างความตระหนักรู้ในงาน การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการกำหนดความต้องการ

2.1.1 การระดมสมอง ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมประชุมระดมสมองหาปัญหา อุปสรรค ในการรับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลในการดำเนินการหาปัญหาและการแก้ไขร่วมกัน

2.1.2 การอบรม ผู้วิจัยบรรยายประกอบกับการใช้สื่อการสอน คือ power point คู่มือการรับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โปสเตอร์ เกี่ยวกับบทบาทสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุข การดำเนินการตามโครงการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การให้บริการ การติดต่อเพื่อขอรับการช่วยเหลือ และการสาธิตวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในเบื้องต้นก่อนการนำส่งโรงพยาบาล

2.1.3 การวางแผนการดำเนินงานและการกำหนดเป้าหมายหลัก ภายหลังจากการอบรมแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันจัดทำแผนการดำเนินงานเพื่อให้การบริการแพทย์ฉุกเฉินเข้าถึงผู้ใช้บริการมากขึ้น โดยกำหนดโครงการ เป้าหมายหลักในการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ให้กับประชาชนในชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบ และดำเนินการแก้ไขปัญหาที่จะทำให้บริการดีขึ้นครบคลุมมากขึ้น

2.1.4 การสะท้อนคิด ผู้วิจัยใช้วิธีการสะท้อนคิดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนความรู้สึกว่าเมื่อดำเนินการตามโครงการวิจัยนี้แล้วจะได้ประโยชน์อย่างไร เพื่อย้ำความเข้าใจ และการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

2.1.5 มอบหมายงานให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการโครงการที่กำหนด ตามที่ได้กำหนดไว้สู่ประชาชนในชุมชนของตน และบันทึกลงในสมุดการปฏิบัติงานตามที่ผู้วิจัยจัดให้ และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาพบในครั้งต่อไป

3. การดำเนินการทดลองตามโปรแกรมครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 (เวลา 9.00-12.00 น.) วัตถุประสงค์เพื่อ

1. การประสานงานเพื่อการปรับปรุงและสร้างเป้าหมายร่วมกันและ
2. การลองเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงงาน
3. การสร้างการมีส่วนร่วมในการร่วมตัดสินใจในการดำเนินงาน

ดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องอื่น คือ ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล หน่วยกู้ชีพ และผู้บริหารโรงพยาบาล มาร่วมพูดคุย เพื่อการสอบถามปัญหาอุปสรรคตามที่กลุ่มตัวอย่างได้ไปดำเนินงานตามโครงการ และนำมาอภิปรายเพื่อการปรับปรุงการดำเนินงาน โดยเน้นที่การประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเพิ่มขึ้น โดยลองปรับเปลี่ยนและปรับปรุงโดยให้กลุ่มร่วมกันตัดสินใจในการดำเนินการตามโครงการ เพื่อให้ได้ผลที่ดีขึ้นในประเด็นต่างๆ ที่เป็นปัญหา เพื่อการปรับปรุงระบบบริการของโรงพยาบาลให้ดีขึ้น

2. ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างไปดำเนินการตามโครงการจนเสร็จสิ้นตามโครงการ โดยให้ประสานกับผู้วิจัยทาง Line กลุ่มต่อไป

4. การดำเนินการทดลองตามโปรแกรมครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 (เวลา 9.00-12.00 น.) วัตถุประสงค์เพื่อ

1. การประสานงานเพื่อการปรับปรุงและสร้างเป้าหมายร่วมกันและ
2. การลองเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงงาน
3. การสร้างการมีส่วนร่วมในการร่วมตัดสินใจในการดำเนินงาน

ดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ คือ ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล หน่วยกู้ชีพ และผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อร่วมกันสรุปสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างได้ไปดำเนินงานตามโครงการ ปัญหาอุปสรรคการประสานงาน และทดลองปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานตามคู่มือการปฏิบัติที่กำหนดไว้แล้ว และร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ปัญหา และนำมาอภิปรายเพื่อการปรับปรุงการดำเนินงาน โดยเน้นที่การประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเพิ่มขึ้น โดยลองปรับเปลี่ยนและปรับปรุงโดยให้กลุ่มร่วมกันตัดสินใจในการดำเนินการตามโครงการ เพื่อให้ได้ผลที่ดีขึ้นในประเด็นต่างๆ ที่เป็นปัญหา เพื่อการปรับปรุงระบบบริการของโรงพยาบาลให้ดีขึ้น

2. ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างไปดำเนินการตามโครงการ และแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่ได้จากการประชุมในข้อ 1 และผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขทาง Line กลุ่มต่อไป

5. การดำเนินการทดลองตามโปรแกรมครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 12 (1 วัน เวลา 9.00-12.00 น.)

วัตถุประสงค์

เพื่อการสร้างผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน และการสร้างส่วนร่วมในการประเมินผลงาน การดำเนินการ ดังนี้

1. การประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมผลงานและปัญหาอุปสรรค ตามที่กลุ่มตัวอย่างได้ไปดำเนินงานตามโครงการ และบันทึกในสมุดการปฏิบัติงานและ ให้กลุ่มตัวอย่างอภิปราย การวิเคราะห์ความสำเร็จของการดำเนินการ ความพึงพอใจของประชาชน จากการทำผู้วิจัยได้ดำเนินงานมา จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างสรุปแนวทางที่ควรจะเป็นในการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมมากขึ้น ผลดี ผลเสียจากการดำเนินการตามโครงการวิจัย เพื่อการปรับปรุงการดำเนินการต่อไปของโรงพยาบาลพหลม ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เชิญผู้เกี่ยวข้องคือผู้อำนวยการโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมารับฟังผลการดำเนินงานตามที่กลุ่มตัวอย่างได้ไปดำเนินการเพื่อการปรับปรุงระบบบริการของโรงพยาบาลต่อไป

2. ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความรู้ เจตคติ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแจก และปิดโครงการวิจัย และขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยรวบรวมผลการรับบริการของผู้ใช้บริการฉุกเฉินในระหว่างช่วงก่อนการวิจัย และหลังการวิจัยในระหว่างดำเนินการตามโปรแกรมผู้วิจัยมีการติดต่อสื่อสารทาง LINE กับกลุ่มตัวอย่างในระหว่างสัปดาห์ที่ 4 ถึงสัปดาห์ที่ 12 เพื่อติดตามการดำเนินการและให้คำปรึกษาตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากทฤษฎีระบบจุลภาคคลินิกของควิน และคณะ (Quinn, J.B., et al., 2004 อ้างอิงใน เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2555) คือ

1. การสร้างความตระหนักรู้ในงานให้กับผู้เกี่ยวข้อง
2. การทำความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
3. การประสานงานเพื่อปรับปรุงงานและสร้างเป้าหมายร่วมกัน
4. การลองเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงงาน และ
5. การสร้างผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบประเมิน ความรู้ เจตคติในระบบ

บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 ความรู้ เกี่ยวกับ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ลักษณะของข้อคำถามเป็นคำถาม
ปลายเปิดให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ เพียงคำตอบเดียว

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ คำตอบที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน คำตอบที่ตอบผิดได้
0 คะแนน

แปลผลระดับความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มตัวอย่าง จากค่าร้อยละของ
คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ (Bloom, Benjamin, S., 1975) ดังนี้

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หรือคะแนนมากกว่า 12 คะแนนจาก 15 คะแนน หมายถึง
มีความรู้ อยู่ในระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60-79 หรือคะแนนระหว่าง 9-11 คะแนน จาก 15 คะแนน หมายถึง
มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หรือคะแนนน้อยกว่า 9 คะแนน จาก 15 คะแนน หมายถึง
มีความรู้ อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 เจตคติในการปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ลักษณะของข้อคำถาม
เป็นคำถามปลายเปิดแบบประเมินค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

ลักษณะคำถามมีในลักษณะเชิงบวกและเชิงลบ
กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

		ข้อความเชิงบวก (Positive Statement)	ข้อความเชิงลบ (Negative Statement)
เจตคติระดับสูงมากที่สุด	มีค่าคะแนน	5	1
เจตคติระดับสูงมาก	มีค่าคะแนน	4	2

เจตคติระดับปานกลาง	มีค่าคะแนน	3	3
เจตคติระดับต่ำ	มีค่าคะแนน	2	4
เจตคติระดับต่ำมาก	มีค่าคะแนน	1	5

แปลผลระดับเจตคติในการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มตัวอย่าง ตามมาตรฐานค่า 5 ระดับ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราฎร, 2547, หน้า 502) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00	หมายถึง	มีเจตคติระดับสูงมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49	หมายถึง	มีเจตคติระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49	หมายถึง	มีเจตคติระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49	หมายถึง	มีเจตคติระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49	หมายถึง	มีเจตคติระดับต่ำมาก

3. เครื่องมือประกอบการวิจัย คือคู่มือการปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สมุดบันทึกการปฏิบัติงานแบบบันทึกข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

การตรวจสอบความตรง และความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการนำไปหาความตรงตามเนื้อหา ดังนี้

1. การตรวจสอบหาความตรงในเนื้อหา (Content validity) โดยการนำเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความรู้ เจตคติ และโปรแกรมการบริหารการบริการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วยคู่มือการปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และแผนการจัดกิจกรรมเพื่อตามโปรแกรม เพื่อหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (IOC: Index of Item objective congruence) ซึ่งพบว่าผู้ทรงคุณวุฒิ ประเมินความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาของโปรแกรมในทุกกิจกรรมมีค่าคะแนนระหว่าง 0.6-1.00 ส่วนการประเมินความตรงของแบบสอบถามความรู้ เจตคตินั้น ค่า IOC รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.6-1.00 ซึ่งไม่มีการตัดข้อคำถามออก ทั้งนี้ตามที่บุญใจ ศรีสถิตยัณราฎร (2547) เสนอว่าเกณฑ์การยอมรับในค่าIOC ของข้อคำถามนั้นอยู่ระหว่าง 0.6-1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำไป

ปรับข้อคำถามให้สมบูรณ์มากขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาแลจากนั้นนำไปใช้ในการดำเนินการวิจัยต่อไป

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) หลังจากตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ความรู้ เจตคติ ไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ทั้งนี้แบบวัดความรู้ ตรวจสอบความเที่ยงโดยวิธีของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Procedure) หรือ KR20 ได้ค่าความเที่ยง 0.92 แบบสอบถามเจตคติ ตรวจสอบความเที่ยงโดยวิธี คำนวณหาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเจตคติ เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การดำเนินการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยได้รับแบบสอบถามคืนครบ 100%

2. การดำเนินการ รวบรวมข้อมูลการเข้าถึงบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนการเริ่มโปรแกรมนั้น ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนและสถิติการเข้ารับบริการในรายที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินและนำส่งโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลพรหมพิราม เฉพาะตำบลที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มตัวอย่าง เท่านั้นในช่วง 12 สัปดาห์ ก่อนการดำเนินการเริ่มโปรแกรม (1 สิงหาคม 2558-1 พฤศจิกายน 2558) และบันทึกข้อมูลหลังสิ้นสุดการดำเนินการตามโปรแกรมซึ่งใช้เวลา 12 สัปดาห์ (2 พฤศจิกายน 2558- 1 กุมภาพันธ์ 2559) ซึ่งข้อมูลจะเป็นช่วงระยะเวลา 12 สัปดาห์ ก่อนและหลังการดำเนินการตามโปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ขออนุมัติดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการ เกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

2. กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายรายละเอียดถึงขั้นตอนการทำวิจัย การปฏิบัติตนระหว่างดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. เมื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยยินดียอมรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการทุกราย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

4. การรวบรวมข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลจะกระทำโดยเคร่งครัดดีศรี และความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลรวมทั้งผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาเก็บเป็นความลับ โดยใช้เลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ-สกุล นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ความรู้ เจตคติ วิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ

Paired Sample t-test

4. เปรียบเทียบเจตคติของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ

Paired Sample t-test

5. เปรียบเทียบจำนวนการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ใช้บริการก่อนใช้โปรแกรม และหลังโปรแกรมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบศึกษาหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมทดลอง (one group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบ ความรู้ เจตคติ ในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก รวมถึงเปรียบเทียบจำนวนการเข้าถึงตามระบบตามของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกของผู้ใช้บริการก่อนและหลังการดำเนินการตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกเป็น กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลวังฆ้อง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบ ความรู้ เจตคติในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกก่อนและหลังการดำเนินการตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนครั้งการเข้าถึงตามระบบของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกของผู้ใช้บริการ ก่อนและหลังการดำเนินการตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป (n = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	13.33
หญิง	26	86.73
อายุ (X = 42.43 ปี, S.D. = 7.45, สูงสุด 50 ปี, ต่ำสุด = 25 ปี)		
20-25 ปี	1	3.33
26-30 ปี	2	6.67
31-35 ปี	2	6.67
36-40 ปี	4	13.33
41-45 ปี	8	26.73
46 ปีขึ้นไป	13	43.33
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	4	13.33
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	10.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	19	63.33
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	2	6.67
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	1	3.33
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.33
ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข		
(X = 10.03 ปี, S.D. = 4.5, สูงสุด 20 ปี, ต่ำสุด = 4 ปี)		
2-6 ปี	9	30.33
7-11 ปี	11	36.67
12-16 ปี	5	16.67
17-21 ปี	5	16.67

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.73 เพศชายร้อยละ 13.33 ส่วนใหญ่มีอายุ 46 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 43.33 รองลงมา ระหว่าง 41-45 ปี ร้อยละ 26.73 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 63.33 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ระหว่าง 7-11 ปี ร้อยละ 36.67 รองลงมา 2-6 ปี ร้อยละ 30.33

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบ ความรู้ เจตคติ ในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกก่อนและหลังการดำเนินการตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบ ความรู้ ในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกก่อนและหลังการดำเนินการตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

คะแนนความรู้ (n = 30)	\bar{x}	S.D.	ระดับ	Paired t-test
ก่อนทดลอง	12.67	1.52	สูง	-5.39**
หลังทดลอง	14.43	0.77	สูง	

**p-value = 0.01

จากตาราง 3 พบว่า ความรู้ในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการดำเนินการตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 12.67$, S.D. = 1.52) และหลังการได้รับการดำเนินการตามโปรแกรม อยู่ในระดับอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 14.43$, S.D. = 0.77) และเมื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการได้รับการดำเนินการตามโปรแกรม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าหลังจากที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการดำเนินการตามโปรแกรมแล้วมีค่าเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการได้รับการดำเนินการตามโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบเจตคติในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัคร
 สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกก่อน
 และหลังการดำเนินการตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์
 ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

คะแนนความเจตคติ (n = 30)	\bar{x}	S.D.	ระดับ	Paired t-test
ก่อนทดลอง	3.17	0.37	ปานกลาง	-9.00**
หลังทดลอง	4.16	0.40	สูง	

**p-value = 0.01

จากตาราง 4 พบว่า เจตคติในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุข
 ประจำหมู่บ้าน ก่อนการดำเนินการตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่าง
 มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.17$, S.D. = 0.37) และหลังการดำเนินการตามโปรแกรม
 อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.16$, S.D. = 0.40) และเมื่อเปรียบเทียบเจตติก่อนและหลังการดำเนินการ
 ตามโปรแกรม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังจากทีอาสาสมัครสาธารณสุข
 ประจำหมู่บ้านได้รับการดำเนินการตามโปรแกรมแล้วมีค่าเฉลี่ยเจตคติสูงกว่าก่อนการได้รับ
 การดำเนินการตามโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนการเข้าถึงตามระบบของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอ
 พรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกของผู้ให้บริการ ก่อนและหลังการดำเนินการตามโปรแกรม
 การบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลพรหมพิราม
 จังหวัดพิษณุโลก

ตาราง 5 แสดงจำนวนการเข้าถึงตามระบบระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอพรหมพิราม
จังหวัดพิษณุโลก ของผู้ใช้บริการ ก่อนและหลังการดำเนินการตามโปรแกรม
การบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาล
พรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

จำนวนการเข้าถึงตามระบบระบบ การแพทย์ฉุกเฉิน (ครั้ง)	1 ส.ค. - 1 พ.ย. 2558	2 พ.ย. 58 - 1 ก.พ. 59
ก่อนดำเนินการตามโปรแกรม	8	-
หลังดำเนินการตามโปรแกรม	-	61

จากตาราง 5 พบว่า จำนวนการเข้าถึงตามระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอพรหมพิราม
จังหวัดพิษณุโลก ของผู้ใช้บริการ 12 สัปดาห์ ก่อนการดำเนินการตามโปรแกรมการบริหาร
การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก
มี 8 ราย และจำนวนการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นเป็น 61 ราย ใน 12 สัปดาห์ นับจาก
วันเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม
โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกจนถึงสิ้นสุดการดำเนินการตามโปรแกรมการบริหาร
การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

ตาราง 6 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนครั้งการเข้าถึงตามระบบระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกของผู้ใช้บริการ ก่อนและหลัง
การดำเนินการตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
อย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	f	%	X ²	df	Sig
ก่อนดำเนินการตามโปรแกรม (12 สัปดาห์)	8	1.5	39.77	1	0.00
หลังการดำเนินการตามโปรแกรม (12 สัปดาห์)	61	98.5			

กำหนด p-value 0.01

ตาราง 6 จำนวนครั้งการเข้าถึงของประชาชนตามระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอ
พรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก หลังการดำเนินการตามโปรแกรมพบว่า การเข้าถึงระบบการแพทย์
ฉุกเฉินของประชาชน สูงกว่าก่อนการดำเนินการตามโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.01



บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบศึกษาหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ ในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ เรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก 3) เพื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งการเข้าถึงตามระบบระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกของผู้ใช้บริการ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน 12 ตำบล อำเภอพรหมพิราม จำนวน 2,197 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยใช้วิธี การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ได้ 1 ตำบลจาก 12 ตำบล คือ ตำบลลงฆ้อง ในอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก และสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากทฤษฎีระบบจุลภาคคลินิกของควิน และคณะ (Quinn, J .B, et al., 2004 อ้างอิงใน เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2555) และเครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบประเมิน ความรู้ เจตคติในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย 3 ส่วน จำนวน 35 ข้อ เครื่องมือผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงโดยแบบสอบถามเจตคติมีค่าความเที่ยง 0.89 รวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติไคสแควร์ (Chi-Square)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.73 เพศชาย ร้อยละ 13.33 ส่วนใหญ่ มีอายุ 46 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 43.33 รองลงมา ระหว่าง 41-45 ปี ร้อยละ 26.73 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 63.33 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ระหว่าง 7-11 ปี ร้อยละ 36.67 รองลงมา 2-6 ปี ร้อยละ 30.33

2. ความรู้ในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการดำเนินการตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 12.67$, S.D. = 1.52) และหลังการได้รับการดำเนินการตามโปรแกรม อยู่ในระดับอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 14.43$, S.D. = 0.77) และเมื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการได้รับการดำเนินการตามโปรแกรม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าหลังจากที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการดำเนินการตามโปรแกรมแล้วมีค่าเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการได้รับการดำเนินการตามโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

3. เจตคติในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการดำเนินการตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.17$, S.D. = 0.37) และหลังการดำเนินการตามโปรแกรม อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.16$, S.D. = 0.40) และเมื่อเปรียบเทียบเจตติก่อนและหลังการดำเนินการตามโปรแกรม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าหลังจากที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการดำเนินการตามโปรแกรมแล้วมีค่าเฉลี่ยเจตคติสูงกว่าก่อนการได้รับการดำเนินการตามโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

4. จำนวนครั้งการเข้าถึงของประชาชนตามระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก หลังการดำเนินการตามโปรแกรมพบว่า การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน สูงกว่าก่อนการดำเนินการตามโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกผู้วิจัยมีประเด็นในการอภิปราย ดังนี้

1. ความรู้ ในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงและหลังการได้รับโปรแกรมฯ อยู่ในระดับสูง และอธิบายได้ว่าในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมานั้น ในทุก

โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมีการเผยแพร่ความรู้ การบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ได้แก่ แผ่นโปสเตอร์ เอกสารแผ่นพับ รายการวิทยุชุมชนในท้องถิ่น ซึ่งจากการดำเนินการตามโปรแกรม โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ เริ่มจากการให้กลุ่มทดลองเล่าประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างไร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับหนึ่ง จากการได้รับข้อมูลข่าวสาร จากสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ได้แก่ ป้ายโฆษณาตามถนน จากสถานีโทรทัศน์ รายการวิทยุชุมชนในท้องถิ่น แผ่นโปสเตอร์ เอกสารแผ่นพับ จึงมีความรู้อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการวิจัยของณัชชา หาญสุทธิเวชกุล (2555) ที่ได้ศึกษาเหตุใดคนเชียงใหม่ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุจึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่าสื่อ ที่ทำให้รู้จัก บริการการแพทย์ฉุกเฉินอันดับแรกคือป้ายโฆษณา หรือป้ายข้างทาง รองลงมาคือโทรทัศน์และวิทยุ ซึ่งทำให้ประชาชนมีความรู้ในเรื่องนั้น ซึ่งแสดงว่าการรับรู้ของอาสาสมัครนั้นส่วนหนึ่งมาจาก ข่าวสารรอบตัว แต่ภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ตามโปรแกรมแล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูงขึ้นโดย มีค่าเฉลี่ยของความรู้เพิ่มขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการได้รับการดำเนินการตาม โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ามีภายหลังการดำเนินการตามโปรแกรมแล้วอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ สูงกว่าก่อนการได้รับการดำเนินการตามโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 เป็นไปตาม สมมติฐานที่กำหนด อธิบายได้ว่า โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมี ส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้นส่งผลต่อความรู้ในเรื่องการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่ม ตัวอย่างได้มีการแสดงความคิดเห็นร่วมกันมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน วิธีการ ขั้นตอนการขอรับบริการ และแนวทางในการช่วยเหลือ ผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งการเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่างได้แสดง ความมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการของตนได้ แสดงความคิดเห็นในสิ่งที่ตนมี ประสบการณ์ได้ ซึ่งสมชาย กาญจนสุต (2551) ได้เสนอองค์ประกอบที่จะทำให้ระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินประสบความสำเร็จนั้นประชาชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชนใน ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่จัดทำเพื่อชุมชน โดยโครงสร้างของ องค์กรทุกภาคี ชุมชนควรมีส่วนร่วมที่จะจัดให้มีการทำความเข้าใจของสมาชิกในชุมชนถึง ประโยชน์ที่จะได้รับ การจัดกลุ่มอาสาสมัครภายในชุมชน การส่งเสริมความรู้ การเตรียมความ

พร้อมและการซ่อมแผนปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินต่างๆ ที่อาจเกิดกับชุมชนเองทั้งนี้การมีส่วนร่วมจะส่งผลต่อประสิทธิภาพของงาน และพูลสุข หิงคานนท์ (2545) เสนอว่า การพัฒนางานด้านสุขภาพในชุมชน มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนได้มีสุขภาพที่ดี ดังนั้นการที่จะส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชน/อาสาสมัครได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาอนามัยชุมชนนั้น จะต้องให้บุคคลที่เกี่ยวข้องได้ตัดสินใจในการเข้ามามีส่วนร่วมโดยไม่เป็นการบังคับ ให้เสรีภาพและสิทธิที่จะคิดและแสดงความคิดเห็นเต็มที่ ให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นของโครงการจนเสร็จสิ้นโครงการ ซึ่งการดำเนินงานตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในครั้งนี้ ได้ดำเนินการโดยให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขได้มีโอกาสในการเข้ามามีส่วนร่วมโดยสมัครใจ มีโอกาสการตัดสินใจในกระบวนการให้ความรู้จนเสร็จสิ้น การประเมินผล จึงส่งผลต่อการเรียนรู้ ได้ตามความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างแท้จริง

นอกจากนี้ในการดำเนินการของโปรแกรมผู้วิจัยใช้วิธีการของการแสดงบทบาทสมมุติฝึกปฏิบัติในขั้นตอนการแจ้งเหตุผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการผ่านหมายเลขสายด่วน 1669 ซึ่งเป็นสิ่งที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ลงมือปฏิบัติจริง ตามสถานการณ์จำลองที่กำหนดจึงเกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้น ซึ่งทิสนา แคมมณี (2551) เสนอว่า การที่ผู้เรียนเห็นการปฏิบัติจริงตามสถานการณ์จำลอง จะเกิดการรับรู้ได้อย่างชัดเจนมากขึ้น สามารถปฏิบัติได้มากขึ้นกว่าการเรียนรู้จากการบรรยายเพียงอย่างเดียว ประกอบกับการดำเนินการตามโปรแกรมนั้นผู้วิจัยมีการสร้างกลุ่ม Line ไว้เพื่อเป็นช่องทางการติดต่อสื่อสารเพื่อรับทราบปัญหา อุปสรรคในช่วงระหว่างการดำเนินงานถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชน เมื่อพบปัญหาสามารถปรึกษาผ่านช่องทางไลน์ได้ตลอดเวลาทำให้ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างติดต่อกันได้ตลอดเวลาอย่างรวดเร็วและทันต่อสถานการณ์ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการในการดำเนินการตามสิ่งที่ได้รับการอบรม ทั้งนี้พรอสเตอร์ และคณะ (Foster, et al., 2007 อังอิงโน เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2555) กล่าวว่า การดำเนินการที่ต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงนั้น จำเป็นจะต้องจัดให้กลุ่มที่ต้องการเปลี่ยนแปลงนั้นทำงานร่วมกัน สมาชิกได้รับการสนองความต้องการ ทั้งผู้ให้บริการและผู้ปฏิบัติงานโดยตรง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายของระบบ นอกจากนี้ทิสนา แคมมณี (2551) กล่าวว่า การที่บุคคลจะเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นนอกจากจะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบในตัวผู้เรียนเองแล้ว กระบวนการเรียนการสอนที่ผู้สอนจัดให้ก็เป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียน การใช้วิธีการสอนอย่างหลากหลายที่เป็นไปตามกลุ่มบุคคล นั้นสามารถส่งเสริมความรู้ความสามารถของผู้เรียนได้ ซึ่งในการจัดการเรียนการสอนในเรื่องการแพทย์ฉุกเฉินนั้นผู้วิจัย

ดำเนินการตามโปรแกรม โดยการถ่ายทอดความรู้ในหลายวิธีอาทิ การบรรยาย การอภิปรายและการสาธิตวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อความรู้ในเรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มขึ้นหลังการได้รับโปรแกรมส่งผลต่อความรู้ที่สูงขึ้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังการได้รับการดำเนินการตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. เจตคติ ในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงและหลังการได้รับโปรแกรมฯ อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีเจตคติที่ดีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพราะในการปฏิบัติงานประจำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น เห็นการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่แล้ว จึงมั่นใจว่าหากผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบริการจากทีมการแพทย์ฉุกเฉินจะปลอดภัย ทั้งนี้เจตคติเป็นการรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อปรากฏการณ์ หรือสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งเป็นไปในลักษณะของการแปลความหมายของสิ่งเร้านั้นว่าคืออะไร แล้วจะแสดงออกมาในรูปของความรู้สึกที่เกิดขึ้นและพอใจต่อสิ่งเร้านั้น ซึ่งเป็นการตอบสนองที่เกิดจากการเลือกสรรแล้วและการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เป็นที่ยอมรับกันในสังคม การยอมรับนับถือในคุณค่านั้นๆ หรือปฏิบัติตามในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จนกลายเป็นความเชื่อ แล้วจึงเกิดเจตคติที่ดีในสิ่งนั้น (Boom, 1956 อ้างอิงใน ทิศนา แคมมณี, 2551) ดังนั้น การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิ่งเร้าที่เป็นการทำงานของทีมสุขภาพในโรงพยาบาลพรหมพิราม จึงส่งผลต่อการมีเจตคติที่ดีก่อนการได้รับโปรแกรม และเมื่อเข้ารับการอบรมตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม ที่ส่งเสริมการเรียนรู้เพิ่มขึ้นจึงส่งผลต่อการมีเจตคติที่ดีขึ้นตามมาอีกด้วย

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติก่อนและหลังการดำเนินการตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า มีภายหลังการดำเนินการตามโปรแกรมแล้วอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีเจตคติสูงกว่าก่อนการได้รับการดำเนินการตามโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนด เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของศิริเนตร เรืองหน่าย (2557) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบความรู้ เจตคติและทักษะ ในการประเมินพัฒนาการของเด็กวัย 2 เดือน ถึง 2 ขวบครึ่ง โดยใช้แบบอนามัย 55 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า

ความรู้ เจตคติและทักษะในการประเมินพัฒนาการของเด็กก่อนและหลังการใช้โปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งจะเห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขนั้น เมื่อได้รับการส่งเสริมความรู้แล้ว ก็จะมีเจตคติที่ดีขึ้นด้วย ทั้งนี้ เครทวอล บลูม และมาเซีย (Krathwohl, Boom and Marsia, 1956 อ้างอิงใน ทิศนา แคมมณี, 2551, หน้า 237-239) เสนอว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ (Receiving or Attending) จะเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อปรากฏการณ์ หรือสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นไปในลักษณะของการแปลความหมายของสิ่งเร้านั้นว่าคืออะไร แล้วจะแสดงออกมาในรูปของความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากนั้นจะการตอบสนอง (Responding) เป็นการกระทำที่แสดงออกมาในรูปของความเต็มใจ ยินยอม และพอใจต่อสิ่งเร้านั้น ซึ่งเป็นการตอบสนองที่เกิดจากการเลือกสรรแล้วและจะเกิดเกิดค่านิยม (Valuing) การเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เป็นที่ยอมรับกันในสังคม การยอมรับนับถือในคุณค่านั้นๆ หรือปฏิบัติตามในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จนกลายเป็นความเชื่อ แล้วจึงเกิดเจตคติที่ดีในสิ่งนั้น ซึ่งในประเด็นที่พบว่ากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมีเจตคติที่ดีขึ้นหลังการได้รับโปรแกรม คือความคิดที่ว่าการรับแจ้งเหตุของโรงพยาบาลไม่มีความรวดเร็ว ค่าเฉลี่ยก่อนการเข้าร่วมแรมแกรมอยู่ในระดับต่ำแต่เมื่อรับมทราบข้อมูลแล้วพบว่าเจตคติอยู่ในระดับสูงมากที่สุด เป็นต้น ดังนั้นในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในเรื่องการแพทย์ฉุกเฉินในระดับสูงจึงส่งผลต่อเจตคติที่สูงขึ้นหลังการดำเนินการตามโปรแกรมตามไปด้วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. เมื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งการเข้าถึงตามระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกของผู้ใช้บริการก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกพบว่าหลังจากที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการดำเนินการตามโปรแกรมแล้วได้นำความรู้ไปถ่ายทอดให้กับประชาชนในกลุ่มที่รับผิดชอบส่งผลให้มีประชาชนเข้ามาใช้บริการตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจากก่อนการดำเนินการตามโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.00 อธิบายได้ว่าภายหลังจากที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากการอบรมตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมไปแล้ว ได้ไปทำหน้าที่ตามบทบาท เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้าน ในเรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตามบทบาทสำคัญของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านคือ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี พัฒนาบทบาทประชาชน องค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำหลักในการจัดทำแผนสุขภาพตำบล และขับเคลื่อนร่วมกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน และดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพที่ถูกต้อง(กระทรวงสาธารณสุข,2556)ประกอบกับผู้วิจัยจัดชุดเอกสารเพื่อการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์การดำเนินการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัด พิษณุโลก ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคน เพื่ออำนวยความสะดวกในการทำ หน้าที่ตามบทบาท โดยเฉพาะการกำหนดกิจกรรมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไป ถ่ายทอดวิธีการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและนำสติ๊กเกอร์ซึ่งแสดงขั้นตอนการขอรับ บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลไปติดทุกบ้านที่อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านรับผิดชอบ ซึ่งทำให้ประชาชนในชุมชน ที่อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง รับทราบข้อมูลในการรับบริการมากขึ้น โดยเฉพาะการโทรศัพท์ผ่านหมายเลขสายด่วน 1669 ไปยัง ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเพื่อให้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบกับการดำเนินการตาม โปรแกรมนั้น ผู้วิจัยดำเนินการจัดทำ Line กลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างได้ติดต่อสื่อสารกับผู้วิจัยได้ ทำให้ กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการนำความรู้ที่ได้ไปถ่ายทอดให้กับประชาชนได้ดีเมื่อพบปัญหา สามารถสอบถาม ได้อย่างรวดเร็วและเป็นปัจจุบัน เมื่อประชาชนได้รับความรู้ มีความเข้าใจใน ระบบ มีสติ๊กเกอร์เป็นคู่มือไว้ประกอบการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เกิดการบาดเจ็บหรือ เจ็บป่วยฉุกเฉินจึงสามารถโทรเรียกใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินผ่านสายด่วน หมายเลข 1669ได้อย่างเป็นระบบเพิ่มจำนวนมากขึ้น ทั้งนี้สอดคล้องกับสุพรรณวดี ภิญญา และคณะ (2554) ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยและญาติรับรู้ต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดที่ถูกต้องมากขึ้นส่งผลต่อความมั่นใจและ การใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินของโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำผลวิจัยไปใช้

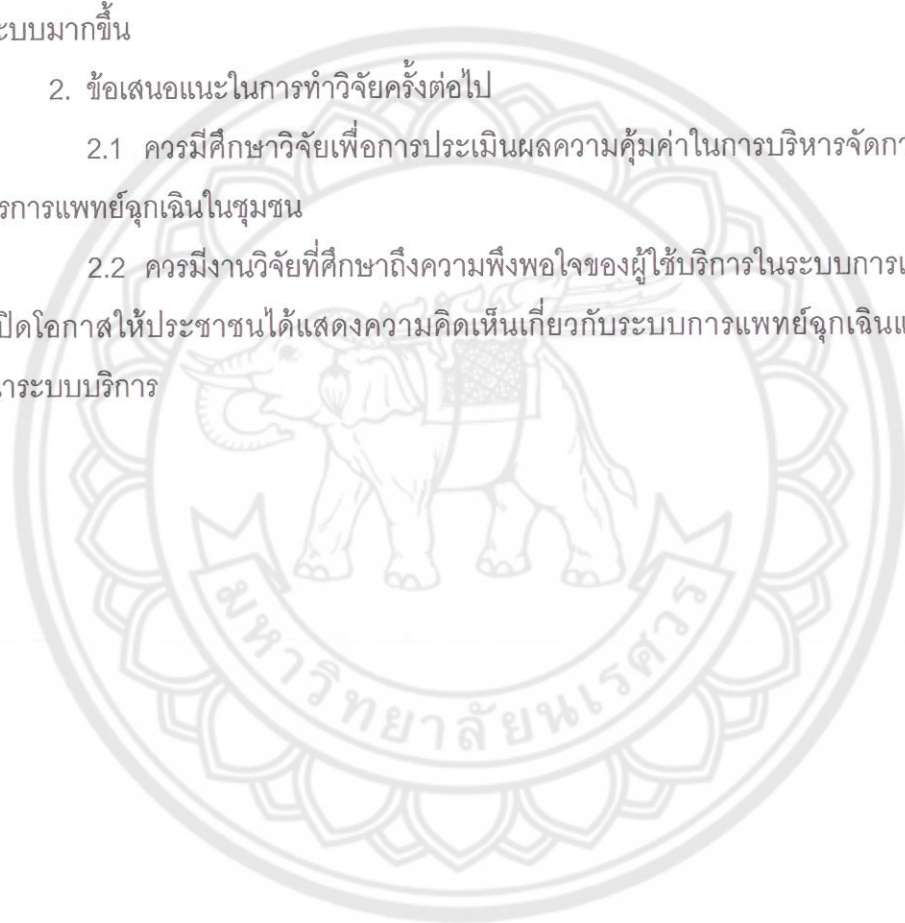
1.1 จากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก เพิ่มความรู้ ทัศนคติให้กับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ และสาธารณสุขสามารถนำความรู้ที่ได้ไปถ่ายทอดให้กับประชาชน ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ประชาชนมีความรู้และความเข้าใจในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อเกิดอาการ เจ็บป่วยฉุกเฉินทำให้รู้จักใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งผลทำให้จำนวนครั้งการเข้าถึงระบบ การแพทย์ฉุกเฉินมีจำนวนครั้งเพิ่มขึ้น จึงควรส่งเสริมให้มีการกระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านได้มีความรู้ เจตคติที่ดีอย่างต่อเนื่อง

1.2 สามารถนำไปประกอบการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกไปเป็นแนวทางในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อื่นๆ ให้มีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจกับประชาชนในพื้นที่เพื่อให้มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินในทางที่ดีและมั่นใจในการใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้นเมื่อเกิดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินผ่านสายด่วนหมายเลข 1669 ได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีศึกษาวิจัยเพื่อการประเมินผลความคุ้มค่าในการบริหารจัดการเพื่อให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน

2.2 ควรมีงานวิจัยที่ศึกษาถึงความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินและนำมาพัฒนาระบบบริการ





บรรณานุกรม

- กรกฎ อภิตนวรากล. (2556). The EMS system in Thailand and ASEAN. สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2558, จาก http://www.md.kku.ac.th/library/main/e proceeding/Lec_64_68.pdf
- กาญจนา เขื่อนนันท์, อรพรรณ โตสิงห์ และศิริอร สินธุ. (2551). การช่วยชีวิตของผู้บาดเจ็บในระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน: การวิเคราะห์วรรณกรรม. วารสารสภาการพยาบาล, 23(3), 26-39.
- ณัชชา หาญสุทธิกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจ และบวร วิทย์ชำนานุกุล. (2554). เหตุใดคนเชียงใหม่เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือเกิดอุบัติเหตุจึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2558, จาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3592?locale-attribute=th>
- ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, อรสา พันธภักดี, พิศสมัย อรทัย และดิษยา รัตนากร. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารเกื้อการุณย์, 20(1), 126-127.
- ทีศนา เขมมณี. (2551). รูปแบบการเรียนการสอน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธานีศ เกศพิทักษ์. (2554). สิทธิการรักษาพยาบาล: ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2558, จาก http://www.senate.go.th/lawdatacenter/includes/FCKeditor/upload/Image/b/IN37_jul_8_3.pdf
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากล. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนดไอ์ อินเตอร์มีเดีย.
- เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. (2555). แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพประมวลสาระชุดวิชาการจัดการคุณภาพการพยาบาล. นนทบุรี: สำนักพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ผานิตา พงษ์เสวต. (2551). การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุอำเภอเนินมะดึก จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.
- พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. (2556). รักษาฉุกเฉินมาตรฐานเดียวกัน. HSRIFORUM, 2(2), 12-14.

- พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. (6 มีนาคม 2551). ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา. 125(44 ก). หน้า 11-12.
- พูลสุข หิงคานนท์. (2545). การพัฒนาอนามัยชุมชน หน่วย 9. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลชุมชนและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น. นนทบุรี: สำนักพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2556). รายงานประจำปี 2556 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2558, จาก [http://www.niems.go.th/th/View/ DataService.aspx?CatId= 119](http://www.niems.go.th/th/View/DataService.aspx?CatId= 119)
- วัลลา ตันตโยทัย. (2551). การทบทวนบทบาทพยาบาล (ชุมชน) ผู้การเป็นภาคร่วมพัฒนาสุขภาพชุมชน. นนทบุรี: แผนงานสร้างพยาบาลของชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชน.
- ศุภณีนเรนทร กระทรวงสาธารณสุข. (2547). คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ: เอล.ที. เพรส.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2555). แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2556-2559. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2558, จาก <http://www.niems.go.th/th/DefaultTH.aspx>
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2557). การดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี: อาร์ตควอลิไฟท์.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2557). ช่องว่างการแพทย์ฉุกเฉิน รายงานสถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2557. กรุงเทพฯ: ปณณามิตรการพิมพ์.
- สมชาย กาญจนสุด. (2551). หลักการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2555). คู่มือคู่มือสำหรับแพทย์ พยาบาลและเวชกรฉุกเฉินทุกระดับ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สายทิพย์ สุคติพันธ์. (2534). อุดมการณ์พัฒนากับการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยในปัญหาผู้นำกับการกำหนดนโยบายแห่งชาติกรุงเทพฯ. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2558, จาก <http://www.niems.go.th/th/DefaultTH.aspx>
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2558, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/

- สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. (2547). คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.
กรุงเทพฯ: L .T. Press CO.
- สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. (2548). คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: L .T. Press CO.
- สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. (2551). หลักการพัฒนาระบบบริการการแพทย์
ฉุกเฉิน. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
กรุงเทพฯ: คัลเลอร์บุ๊กส์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). คู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: ศรีเมือง.
- สุทนต์ ทังศิริ. (2550). ศึกษาการพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบมี
ส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการสาธารณสุข,
27(2), 534-536.
- สุพรรณวดี ภิญโญ, ธัญดา แยมโรจน์, กันยารัตน์ เกิดแก้ว และกลอยใจ ศรีสาคร. (2554). การรับรู้
และความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. สืบค้นเมื่อ
1 กรกฎาคม 2558, จาก <http://www.phrachomklao.go.th/hrd /reseaech/54/4.pdf>
- สุพรรณณี ธวากุล, เฉลิมศรี นันทวรรณ และสุพิชญา หวังปิติพาณิชย์. (2552). การประเมินผล
การกู้ชีพในชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 18(4), 597- 605.
- สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และถาวร สกมลพาณิชย์. (2555). ระบบหลักประกันสุขภาพไทย.
กรุงเทพฯ: ศรีเมือง การพิมพ์.
- สุรางศรี ศีตมโนชญ์, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และสาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. (2547). ปัจจัยการเข้าถึง
บริการสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต.
วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2548). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544 – 2547. กรุงเทพฯ:
องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุวิมล ว่องวานิช และนางลักษณ์ วิรัชชัย. (2546). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์
และสังคมศาสตร์. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2558, จาก
<http://www.udru.ac.th/website/attachments/elearning/01/07.pdf>

เสกสรร มานวิโรจน์. (2557). การพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาสำหรับอาสาสมัครประเภท
ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย.

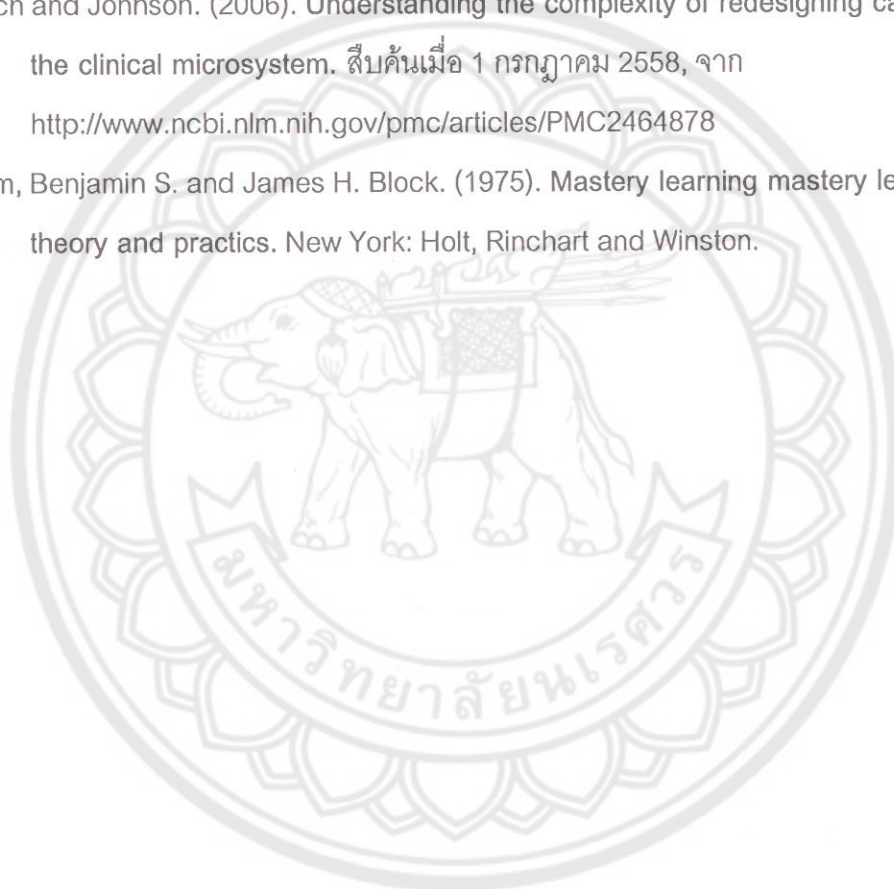
วารสารสุทธิปริทัศน์, 27(2), 8.

อุบล ยี่เฮง. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการช่วยชีวิตขั้นสูงของผู้ป่วยฉุกเฉิน

ณ จุดเกิดเหตุของศูนย์กู้ชีพเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี. วารสารกรมการแพทย์,
33(1), 68-77.

Barach and Johnson. (2006). Understanding the complexity of redesigning care around
the clinical microsystem. สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2558, จาก
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464878>

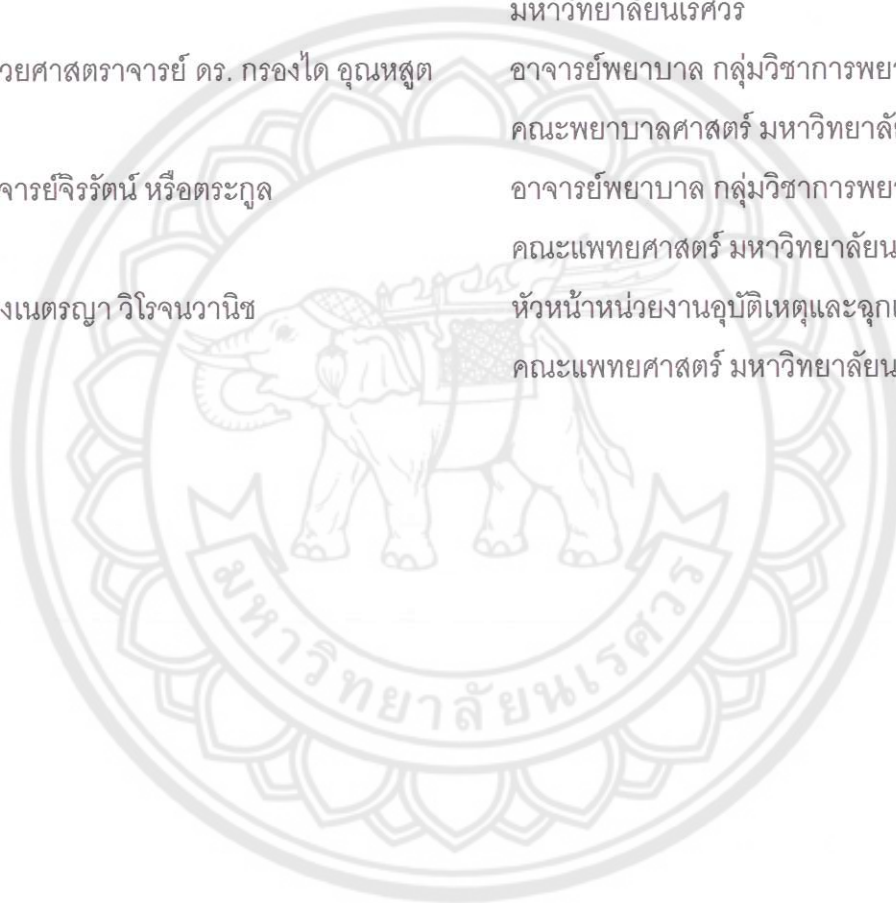
Bloom, Benjamin S. and James H. Block. (1975). Mastery learning mastery learning
theory and practices. New York: Holt, Rinchart and Winston.






ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

- | | |
|---|--|
| 1. นายแพทย์กิตติ ตันตระวิวัฒน์ | อาจารย์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.จรรยา สัตยากร | อาจารย์พยาบาล กลุ่มวิชาการบริหาร
การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรองไฉ่ อุณหสูต | อาจารย์พยาบาล กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 4. อาจารย์จิรวรัตน์ หรือตระกูล | อาจารย์พยาบาล กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 5. นางเนตรญา วิโรจนวนิช | หัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |



ภาคผนวก ข เอกสารที่ใช้สำหรับกรวิจัย

COA No. 343/2015
ฉบับ No. 447/58



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
๗๗ หมู่ ๘ ตำบลท่าใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร ๓5000 โทร (๐๖๖๔) ๐๕๕๙๔ ๘๔๔๒

เอกสารใบขอโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ สืบค้นการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : โปรแกรมการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอมโนรมย์ โรงพยาบาลพนมสนั่น จังหวัดพิจิตร

Study Title : Program of Collaboration Emergency Medical System Management in Phromphiram Hospital Phitsanulok Province.

ผู้วิจัยหลัก : นางณัฐกรณ์ แซ่มะน้อย

ผู้วิจัย : คณะพยาบาลศาสตร์

ชื่อหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

ชื่อผู้ร่วมวิจัย : นางณัฐกรณ์ แซ่มะน้อย


วิธีบทบรรณ : แบบเร่งรัด (Expedited Review)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าจำนวน 1 ครั้ง/ปี หรือ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากผ่านโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารประกอบ

1. AF 01-10 เร่งรัด 1.0 วันที่ 29 กันยายน 2558
2. AF 02-10 เร่งรัด 1.0 วันที่ 29 กันยายน 2558
3. AF 03-10 เร่งรัด 1.0 วันที่ 29 กันยายน 2558
4. AF 04-10 เร่งรัด 1.0 วันที่ 29 กันยายน 2558
5. AF 05-10 เร่งรัด 1.0 วันที่ 29 กันยายน 2558
6. โครงการวิจัยฉบับเดิม เร่งรัด 1.0 วันที่ 29 กันยายน 2558
7. โครงการวิจัยฉบับแก้ไข เร่งรัด 2.0 วันที่ 28 ตุลาคม 2558
8. เปรียบเทียบวิจัย เร่งรัด 1.0 วันที่ 29 กันยายน 2558
9. ขงพร้อมฉบับแก้ไข เร่งรัด 1.0 วันที่ 29 กันยายน 2558
10. แบบสอบถาม เร่งรัด 1.0 วันที่ 29 กันยายน 2558

ฉบับลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน


วันที่รับทราบ : 04 พฤศจิกายน 2558
Date of Approval : November 04, 2015

วันหมดอายุ : 04 พฤศจิกายน 2559
Approval Expiry Date : November 04, 2016

(ผู้ดำเนินการวิจัยในคน) : นางณัฐกรณ์ แซ่มะน้อย (ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัยในคน)

ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง

โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาล
พรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามประกอบการศึกษาวิจัยปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยการศึกษาดังกล่าวเป็น
การศึกษาเพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริหารจัดการการเข้าถึงบริการ
การแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งไม่ส่งผลเสียต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด ขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม
ตามความเป็นจริงและครบถ้วนทุกข้อคำถามเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. เพศ หญิง ชาย
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา
 - ประถมศึกษา
 - มัธยมศึกษาตอนต้น
 - มัธยมศึกษาตอนปลาย
 - ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช)
 - ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส)
 - อนุปริญญา
 - ปริญญาตรี
 - สูงกว่าปริญญาตรี
4. ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข.....ปี
5. ประสบการณ์ในการใช้ line กลุ่ม
 - มี
 - ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงตามความรู้ของท่าน

ข้อความ		
1.การเจ็บป่วยฉุกเฉินหมายถึงการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้	<input type="radio"/> ถูก	<input type="radio"/> ผิด
2.ระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะให้บริการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถแท็กซี่	<input type="radio"/> ถูก	<input type="radio"/> ผิด
3.ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินคือระบบการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาล	<input type="radio"/> ถูก	<input type="radio"/> ผิด
4.โทรศัพท์ที่ใช้เรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ 1669	<input type="radio"/> ถูก	<input type="radio"/> ผิด
5.ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง	<input type="radio"/> ถูก	<input type="radio"/> ผิด
6.ศูนย์รับแจ้งของระบบการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก	<input type="radio"/> ถูก	<input type="radio"/> ผิด
7.ระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล	<input type="radio"/> ถูก	<input type="radio"/> ผิด
8.การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย		
9.ระหว่างการรอการช่วยเหลือจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินท่านสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้โดยไม่ผิดกฎหมาย	<input type="radio"/> ถูก	<input type="radio"/> ผิด
10.หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก ทีมกู้ชีพสามารถนำส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดที่มีขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลได้	<input type="radio"/> ถูก	<input type="radio"/> ผิด
11.ระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลเท่านั้น	<input type="radio"/> ถูก	<input type="radio"/> ผิด
12.ระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะให้บริการเฉพาะผู้ที่มีภูมิลำเนาในเขตที่เกิดเหตุฉุกเฉินเท่านั้น	<input type="radio"/> ถูก	<input type="radio"/> ผิด
13.เจ้าหน้าที่ทุกคนที่ร่วมทีมแพทย์ฉุกเฉินไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ ต้องได้รับการอบรมก่อนการปฏิบัติหน้าที่	<input type="radio"/> ถูก	<input type="radio"/> ผิด
14.อาสาสมัครในทีมบริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถส่งการให้รถพยาบาลไปรับผู้ประสบเหตุได้ตลอดเวลา	<input type="radio"/> ถูก	<input type="radio"/> ผิด
15.การบริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะทำงานประสานเป็นเครือข่ายเพื่อให้การช่วยเหลือ โดยพิจารณาจากพื้นที่ของโรงพยาบาลเป็นหลัก	<input type="radio"/> ถูก	<input type="radio"/> ผิด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการอยู่ในปัจจุบันได้มาตรฐานในระดับที่ท่านพึงพอใจ					
2. ท่านเชื่อว่าหากมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้ท่านปลอดภัยมากที่สุด					
3. ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นบริการที่มีประโยชน์มาก					
4. ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถให้บริการได้ครอบคลุมอย่างทั่วถึงทุกพื้นที่					
5. ท่านรู้สึกมั่นใจในการบริการของบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน					
6. ท่านคิดว่าการรับแจ้งเหตุในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่รวดเร็วพอ					
7. ท่านคิดว่าการติดต่อใช้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก					
8. ท่านคิดว่าช่องทางกรรับแจ้งเหตุในการขอใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีน้อยเกินไป					
9. ท่านเชื่อว่ายานพาหนะที่ใช้ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความปลอดภัย					
10. ท่านคิดว่าสื่อประชาสัมพันธ์ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันเพียงพอ					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
11. ท่านเชื่อว่าทุกครั้งที่ที่มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินออกไปปฏิบัติงานต้องมีแพทย์พยาบาลไปด้วยทุกครั้ง					
12. ท่านคิดว่าการนำส่งผู้บาดเจ็บฉุกเฉินนั้นควรเป็นหน้าที่ของประชาชนที่พบเหตุการณ์ทุกคน					
13. ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้นต้องเป็นระบบที่มีความพร้อมของอุปกรณ์การช่วยเหลือมากกว่าที่เป็นในปัจจุบันที่ไม่สามารถช่วยผู้ป่วยให้รอดชีวิตได้					
14. ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้นไม่สามารถดำเนินการโดยองค์กรของรัฐได้เพียงฝ่ายเดียวต้องอาศัยอาสาสมัครช่วย					
15. ท่านรู้สึกไม่มั่นใจในการบริการของบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ พยาบาล เวชกิจฉุกเฉิน ในการนำส่งผู้ป่วยในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน					

ตาราง 7 แสดงการเปรียบเทียบ ความรู้ ในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ก่อนและหลัง
การใช้โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม
โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก รายข้อ

ข้อความ	ก่อน		หลัง		Paired t-test
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
1. การเจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายถึง การเจ็บป่วยที่ ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้	0.70	0.46	1.00	0.00	3.52**
2. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะให้บริการ ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรเท่านั้น	0.67	0.47	1.00	0.00	3.80**
3. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ ระบบ การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาล	0.83	0.37	1.00	0.00	2.40*
4. โทรศัพท์ที่ใช้เรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ 1699	0.13	0.34	0.97	0.18	12.04**
5. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการ ตลอด 24 ชั่วโมง	0.70	0.46	1.00	0.00	3.52**
6. ศูนย์รับแจ้งของระบบการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ที่ โรงพยาบาลพรหมพิราม	0.73	0.45	1.00	0.00	3.24**
7. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการทั้งใน โรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล	0.63	0.49	0.97	0.18	3.80**
8. การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ฟรีไม่มี ค่าใช้จ่าย	0.70	0.00	1.00	0.00	3.52**
9. ระหว่างการรอการช่วยเหลือจากระบบ การแพทย์ฉุกเฉินท่านสามารถให้การช่วยเหลือ เบื้องต้นได้โดยไม่ผิดกฎหมาย	0.77	0.37	1.00	0.00	2.97**
10. หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก ทีมกู้ชีพ สามารถนำส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดที่มีขีด ความสามารถในการรักษาพยาบาลได้	0.77	0.43	1.00	0.00	2.97**

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อน		หลัง		Paired t-test
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
11. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะประกอบด้วย แพทย์พยาบาลเท่านั้น	0.70	0.00	1.00	0.00	2.11*
12. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะให้บริการเฉพาะ ผู้ที่มีภูมิฐานะในเขตที่เกิดเหตุฉุกเฉินเท่านั้น	0.87	0.35	1.00	0.00	2.11*
13. เจ้าหน้าที่ทุกคนที่ร่วมทีมแพทย์ฉุกเฉินที่ ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ ต้องได้รับการอบรมก่อน การปฏิบัติหน้าที่	0.83	0.37	1.00	0.00	2.40*
14. อาสาสมัครในทีมบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถส่งการให้รถพยาบาลไปรับผู้ประสบ เหตุได้ตลอดเวลา	0.43	0.50	1.00	0.00	6.15**
15. การบริการในระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินจะทำงานประสานเป็นเครือข่ายเพื่อให้ การช่วยเหลือ โดยพิจารณาจากพื้นที่ของ โรงพยาบาลเป็นหลัก	0.63	0.49	0.97	0.18	3.34**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตาราง 8 แสดงการเปรียบเทียบ เจตคติ ในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ก่อนและหลัง
การใช้โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม
โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก รายข้อ

ข้อความ	ก่อน		หลัง		Paired t-test
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
1. ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการอยู่ในปัจจุบันได้มาตรฐานในระดับที่ท่านพึงพอใจ	3.53	0.73	4.20	0.60	4.325**
2. ท่านเชื่อว่าการเจ็บป่วยฉุกเฉินการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้ท่านปลอดภัยมากที่สุด	4.10	0.60	4.83	0.46	5.117**
3. ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นบริการที่มีประโยชน์มาก	4.20	0.66	4.93	0.36	4.853**
4. ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถให้บริการได้ครอบคลุมอย่างทั่วถึงทุกพื้นที่	3.70	0.95	4.27	0.69	2.811**
5. ท่านรู้สึกมั่นใจในการบริการของบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	3.80	0.66	4.60	0.85	3.607**
6. ท่านคิดว่าการรับแจ้งเหตุในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่รวดเร็วพอ	2.73	0.74	3.87	0.81	4.852**
7. ท่านคิดว่าการติดต่อใช้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก	2.67	0.88	4.80	0.61	9.133**
8. ท่านคิดว่าช่องทางกรรับแจ้งเหตุในการขอใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีน้อยเกินไป	2.93	0.94	3.93	0.98	3.746**
9. ท่านเชื่อว่ายานพาหนะที่ใช้ในบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความปลอดภัย	3.87	0.62	3.90	0.54	.254
10. ท่านคิดว่าสื่อประชาสัมพันธ์ในบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันเพียงพอ	2.63	1.27	2.90	0.67	1.278

ตาราง 8 (ต่อ)

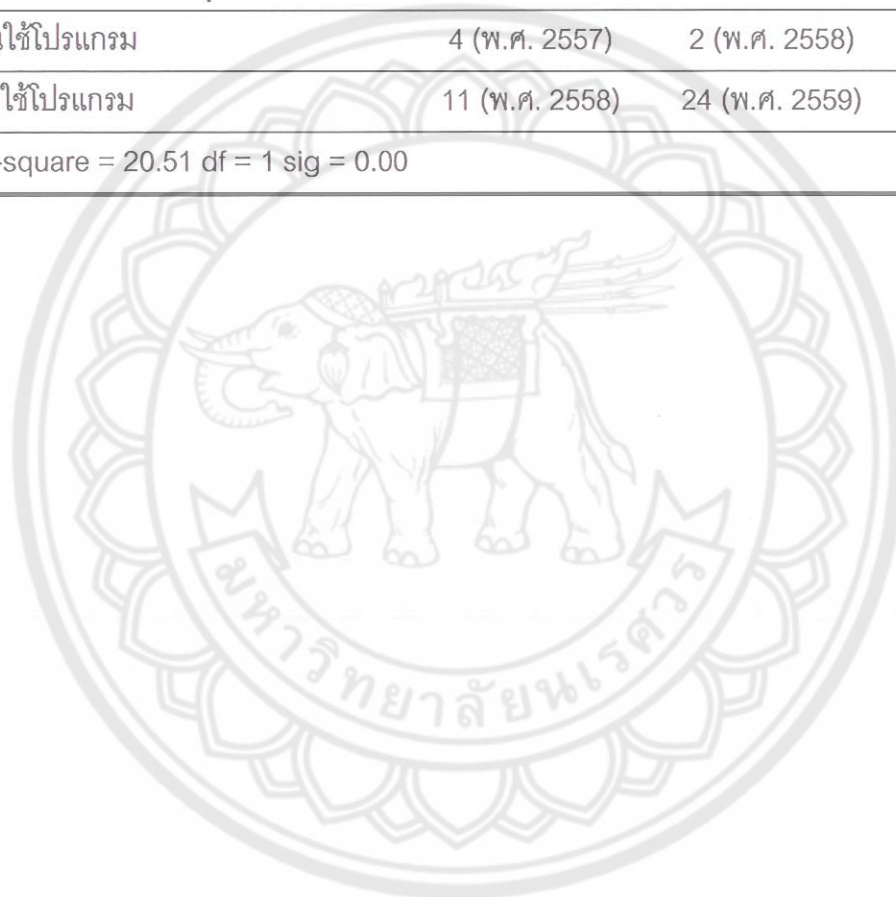
ข้อความ	ก่อน		หลัง		Paired t-test
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
11. ท่านเชื่อว่าทุกครั้งที่ที่มีบริการการแพทย์ ฉุกเฉินออกไปปฏิบัติงานต้องมีแพทย์ และ พยาบาลไปทุกครั้ง	1.77	0.85	3.97	9.2	7.823**
12. ท่านคิดว่าการนำส่งผู้บาดเจ็บฉุกเฉินนั้น ควรเป็นหน้าที่ของประชาชนที่พบเหตุการณ์ ทุกคน	2.67	0.92	4.23	0.85	7.560**
13. ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน นั้นต้องเป็นระบบที่มีความพร้อมของอุปกรณ์ การช่วยเหลือมากกว่าที่เป็นในปัจจุบันที่ไม่ สามารถช่วยผู้ป่วยให้รอดชีวิตได้	2.03	0.89	3.20	1.27	4.168**
14. ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน นั้นไม่สามารถดำเนินการโดยองค์กรของรัฐได้ เพียงฝ่ายเดียวต้องอาศัยอาสาสมัครช่วย	3.77	0.67	4.23	1.00	2.536**
15. ท่านรู้สึกไม่มั่นใจในการบริการของ บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ พยาบาล เภสัชกรฉุกเฉิน ในการนำส่งผู้ป่วยในระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน	3.13	1.04	4.50	0.82	5.761**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตาราง 9 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนครั้งการเข้าถึงตามระบบระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ของผู้ใช้บริการ ก่อนและหลังการใช้
โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม
โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

จำนวนครั้งการเข้าถึงตามระบบ การแพทย์ฉุกเฉิน	ธันวาคม	มกราคม	รวม
ก่อนใช้โปรแกรม	4 (พ.ศ. 2557)	2 (พ.ศ. 2558)	6
หลังใช้โปรแกรม	11 (พ.ศ. 2558)	24 (พ.ศ. 2559)	35
Chi-square = 20.51 df = 1 sig = 0.00			



โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม

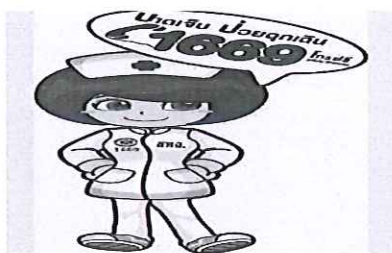
โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

Program of Collaboration Emergency Medical System Management in Phromphiram

Hospital Phitsanulok Province

โปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม หมายถึง ชุดของกระบวนการปฏิบัติการในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ทำให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการได้อย่างถูกต้อง โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล การดำเนินการในขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการให้ความรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลพรหมพิราม และการค้นหาปัญหาอุปสรรคเพื่อกำหนดความต้องการในการเข้ารับบริการของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในเขตรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยดำเนินการให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้ดำเนินการค้นหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อประชาชนมีการรับรู้การเข้ารับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมและประโยชน์ของชุมชนต่อการเข้าถึงบริการ
3. ผู้วิจัยดำเนินการให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายในการดำเนินการร่วมกับทีมงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลวงษ์สงและการประเมินผลเพื่อการพัฒนาการเข้าถึงบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
4. การที่ผู้วิจัยดำเนินการให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้ทดลองดำเนินการเพื่อการประชาสัมพันธ์ถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนในเขตรับผิดชอบและประเมินผลผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด
5. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มตัวอย่างสามารถขยายการดำเนินงานตามที่ได้รับตามขั้นตอน 1-4 แล้วประเมินผลการดำเนินงานหลังดำเนินการตามโปรแกรมรวมทั้งตอบแบบสอบถามหลังการเข้าโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม



วัตถุประสงค์ของโปรแกรมเพื่อให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

โดยจะกล่าวถึงรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

1. บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และพัฒนาสาธารณสุข จึงนำการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็น กลวิธีหลักในการพัฒนา ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520-2524) เป็นต้นมา โดยสนับสนุนให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ และ ส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเอง ซึ่งมีตัว จักรสำคัญในการดำเนินงาน คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ต่อมาในปี 2535 ได้มีการยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีเพียงระดับเดียวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือเรียกย่อ ๆ ว่า อสม. เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่าน กระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อ ประชาชนในหมู่บ้าน และมีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และ คุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ที่ บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยในโปรแกรม การบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัด พิษณุโลก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะมีหน้าที่ช่วยประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

1. ความเป็นมาของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
2. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดพิษณุโลก
3. ขั้นตอนการให้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลพรหมพิราม

4. สิ่งสำคัญที่ผู้แจ้งเหตุจะต้องให้ข้อมูลกับผู้รับแจ้งเหตุ
5. ขั้นตอนหลักในการปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน
6. ลักษณะผู้ป่วยฉุกเฉินที่ออกให้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
7. ลักษณะผู้ป่วยฉุกเฉินที่ออกให้บริการตามศักยภาพหน่วยปฏิบัติการ
8. ลักษณะผู้ป่วยฉุกเฉินที่ออกให้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
9. ลักษณะผู้ป่วยฉุกเฉินที่ออกให้บริการตามศักยภาพหน่วยปฏิบัติการ
10. ผลลัพธ์ในการให้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเน้น ถึงความสำเร็จต่างๆ 6 ด้าน

1. ความเป็นมาของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินพุทธศักราช 2551

หลักการ เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินฉบับนี้คือการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันยังขาดระบบการบริหารจัดการด้านบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งยังขาดหน่วยงานรับผิดชอบ

2. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดพิษณุโลก

การพัฒนา ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีเป้าหมายหลัก คือ การป้องกันให้การเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นน้อยที่สุด การจัดการ ให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้เข้าถึงบริการและได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานจนพ้นภาวะฉุกเฉิน หรือได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะ อย่างทันท่วงที โดยมีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถแจ้งเหตุได้หมายเลขเดียวกันทั่วประเทศคือ 1669 จังหวัดพิษณุโลกสัญญาณแจ้งเหตุ 1669 จะไปติดที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการที่ตั้งอยู่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จะมีเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อรับแจ้งเหตุ โดยศูนย์สั่งการจะสอบถามผู้แจ้งถึงลักษณะเหตุที่เกิด ความรุนแรงและสถานที่เกิดเหตุ เพื่อจะได้มีคำสั่งแจ้งไปยังชุดปฏิบัติการที่มีขีดความสามารถ เพียงพอ และใกล้จุดเกิดเหตุ เช่น รถพยาบาลระดับสูงสุด (Advance life support - ALS) จะเป็นรถของโรงพยาบาลของโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดพิษณุโลกทั้งภาครัฐบาลและเอกชน รถพยาบาลระดับกลาง (Basic life support - BLS) หรือชุดปฏิบัติการระดับพื้นฐาน (First responder - FR) จะเป็นอาสาสมัคร จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิเพื่อการกุศลต่างๆ ซึ่งผ่านการอบรมแล้วเรื่อง การช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ จุดเกิดเหตุ

ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน สิ่งสำคัญที่สุด คือระบบของการให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น ที่จะต้องมีกระบวนการที่ทำให้เจ้าหน้าที่รับเหตุสามารถประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้การช่วยเหลือได้ ด้วยเพราะเจ้าหน้าที่รับแจ้งเหตุไม่ได้อยู่ในที่เกิดเหตุ และอาจ

ไม่สามารถประเมินอาการของผู้ป่วยได้ ดังนั้นหากผู้พบเหตุไม่แจ้งอาการของผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างครบถ้วน โอกาสที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้ทันกาลก็ยากตามไปด้วย

3. สิ่งสำคัญที่ผู้แจ้งเหตุจะต้องให้ข้อมูลกับผู้รับแจ้งเหตุ

ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ

1. เมื่อพบผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือผู้ประสบอุบัติเหตุให้ตั้งสติ และโทรแจ้งสายด่วนหมายเลข 1669

2. ให้ข้อมูลลักษณะเหตุการณ์ ว่าเกิดเหตุการณ์อะไร เช่น คนถูกรถชน รถชนกัน รถคว่ำ คนตกจากที่สูง มีบาดแผลขนาดใหญ่ ลึก มีเลือดออกมาก ห้ามเลือดไม่อยู่ ไฟฟ้าช็อต ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ได้รับสารพิษ ยาพิษ สัตว์มีพิษกัดต่อย หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น หหมดสติ มีอาการของภาวะช็อค เช่น หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจร ชักเกร็ง ชักกระตุก เป็นไข้สูง ตัวร้อนจัด หนาวสั่น ตกเลือด เจ็บท้องคลอฉุกเฉิน มีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ เจ็บหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย ถูกทำร้ายร่างกาย มีอาการทางจิตเวช เป็นต้น

3. บอกสถานที่เกิดเหตุ จุดเกิดเหตุ หรือจุดเด่นที่สามารถเห็นชัด และเส้นทางที่สามารถไปถึงที่เกิดเหตุได้

4. บอกเพศ ช่วงอายุ จำนวนผู้บาดเจ็บ อาการรุนแรงของแต่ละคน

5. บอกระดับความรู้สึกตัวของผู้บาดเจ็บ

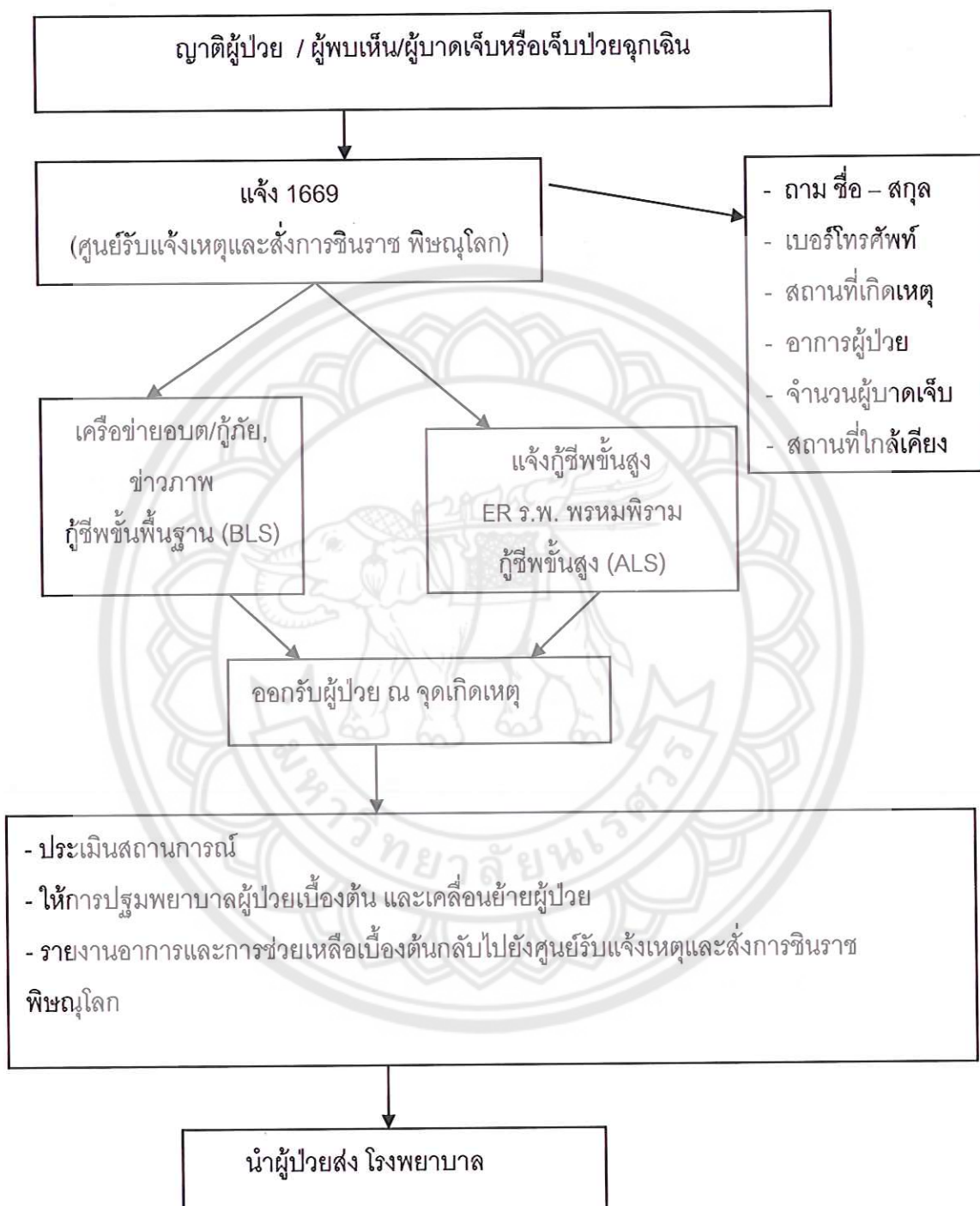
6. บอกความเสี่ยงซ้ำ เช่น อยู่กลางถนน เพราะอาจเกิดกรณีรถเหยียบซ้ำได้

7. ชื่อผู้แจ้งหรือผู้ให้การช่วยเหลือหรือเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

8. แจ้งอาการผู้ป่วยเพิ่มเติม และช่วยเหลือตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ตามอาการผู้ป่วยฉุกเฉิน

9. รอชุดปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินมารับผู้ป่วยเพื่อนำส่งโรงพยาบาล

4. ขั้นตอนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน



5. ขั้นตอนหลักในการปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินแต่ละครั้ง ดังนี้

5.1 เมื่อเกิดเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ต้องการความช่วยเหลือ/หรือการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ผู้เกี่ยวข้อง (ผู้ป่วย/ผู้พบเห็นเหตุการณ์/ญาติ) โทรศัพท์แจ้ง 1669

5.2 ศูนย์รับแจ้งเหตุซักถามเหตุการณ์การบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยและอาการ เพื่อประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วยหรือความรุนแรงการบาดเจ็บ พร้อมทั้งสถานที่ที่เกิดเหตุชื่อผู้แจ้งเบอร์โทรศัพท์

5.3 ศูนย์รับแจ้งเหตุ ประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน พร้อมให้คำแนะนำแก่ผู้แจ้ง และสั่งการตามโซนของหน่วยให้บริการนั้นๆ (ALS or BLS) ตั้งแต่รับแจ้งถึงสั่งการ

5.4 หน่วยปฏิบัติการเมื่อได้คำสั่งจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (Command and Control Center) พร้อมข้อมูลผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บ ประเภทเหตุการณ์ อาการผู้ป่วยที่ได้รับแจ้ง และสถานที่เกิดเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินหน่วยให้บริการต้องออกให้บริการไม่เกิน 5 นาที

5.5 สตีกเกอร์สื่อประชาสัมพันธ์เครื่องมือที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำไปแจกจ่ายให้ประชาชนในความรับผิดชอบ



6. หลักเกณฑ์ในการแบ่งพื้นที่ในการให้บริการ

6.1 เกณฑ์ประชากร 2 แสนคนต่อหน่วยบริการระดับสูงหนึ่งหน่วยและประชากร 1 แสนคนต่อหน่วยบริการระดับพื้นฐาน

6.2 ในเขตเมือง พื้นที่ให้บริการจะต้องมีรัศมีในการให้บริการไม่เกิน 10 กิโลเมตร หรือใช้เวลาในการไปถึงที่เกิดเหตุไม่เกิน 8 นาที

6.3 ในชนบทเมือง พื้นที่ให้บริการจะต้องมีรัศมีในการให้บริการไม่เกิน 20 กิโลเมตรหรือใช้เวลาในการไปถึงที่เกิดเหตุไม่เกิน 20 นาที

6.4 ในพื้นที่ทุรกันดาร และห่างไกล พื้นที่มากกว่า 30 กิโลเมตรและ/หรือใช้ระยะเวลาไปถึงที่เกิดเหตุเกินกว่า 30 นาที หรืออาจจะให้หน่วยบริการออกไปตั้งจุดอยู่ในบริเวณพื้นที่ที่มีบริเวณกว้างใหญ่

7. บทบาทและหน้าที่ของหน่วยปฏิบัติการและศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

หน่วยปฏิบัติการ	ศูนย์รับแจ้งเหตุ
<p>เริ่มออกปฏิบัติการเมื่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - รับคำสั่งจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการพร้อมอาการเบื้องต้นและสภาพที่เกิดเหตุ - อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ พร้อมใช้งาน 	<p>รับแจ้งเหตุและสั่งการผ่านสายด่วนหมายเลข 1669 ให้หน่วยปฏิบัติการกู้ชีพออกปฏิบัติตามความเหมาะสม</p>
<p>ถึงที่เกิดเหตุประเมินสถานการณ์/ความปลอดภัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - เตรียมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ - ประเมินสภาพผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บ - ตรวจร่างกายเบื้องต้นพร้อมให้การช่วยเหลือตามสภาพผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บ 	<p>สั่งการตามสภาพผู้ป่วยและให้รายละเอียดเกี่ยวกับอาการ สถานที่เกิดเหตุ ชื่อและเบอร์โทรศัพท์ผู้แจ้ง</p>
<p>ออกจากที่เกิดเหตุแจ้งอาการผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาพยาบาลมายังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเพื่อประสานงานให้หน่วยงานรับบริการ(โรงพยาบาลที่นำส่ง) ทราบอาการและเตรียมรับผู้ป่วยอย่างถูกต้อง 	<p>รับรายงานอาการจากกู้ชีพ ที่ส่งออกปฏิบัติการ</p>

หน่วยปฏิบัติการ	ศูนย์รับแจ้งเหตุ
<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องถ้าอาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นแจ้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเพื่อประสานแพทย์ด้านการรักษาเพิ่มเติมและให้การรักษาตามคำสั่งแพทย์ - ลงบันทึกเวลาและการรักษา - เผื่อระวังอาการและดูแลผู้ป่วย/บาดเจ็บอย่างใกล้ชิดจนถึงโรงพยาบาล 	
<ul style="list-style-type: none"> - นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสม ใกล้เคียง รักษาได้ - รายงานอาการให้กับโรงพยาบาลที่นำผู้ป่วยส่งไปรักษา - ขอเลขออกปฏิบัติการให้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 	<p>ออกเลขปฏิบัติการให้แก่กู้ชีพที่ออกปฏิบัติการ</p>

8. ลักษณะผู้ป่วยฉุกเฉินที่ออกให้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินสำหรับระดับกู้ชีพขั้นสูง	
หอบรุนแรง	มีอาการหายใจเร็วและรุนแรง นอนราบไม่ได้บางครั้งต้อง อ้าปากช่วยหายใจ
ชักเกร็ง	มีอาการชัก กล้ามเนื้อ แขนขาหรือใบหน้ามีอาการเกร็งผิดปกติ โดยเฉพาะเด็กอาจเกิดพร้อมที่ไข้สูง
หมดสติกะทันหัน	เรียกไม่รู้สีกตัวแม้กระตุ้นด้วยความเจ็บ
เจ็บหน้าอก รุนแรง	เจ็บบริเวณหน้าอกแบบถูกบีบรัด แน่นๆหนักๆ
หยุดหายใจ	ไม่รู้สีกตัว ปลุกไม่ตื่น
กระดูกหักแผลเปิด	มีอาการผิดรูปของอวัยวะและแผลบริเวณที่ผิดรูป
อุบัติเหตุติดภายในรถ	อุบัติเหตุจากรถที่ผู้บาดเจ็บติดในรถไม่สามารถออกจากรถมาเองได้
บาดเจ็บกระดูกสันหลัง	เกิดอุบัติเหตุแล้วมีอาการปวดต้นคอ หลังและขาแขน ขา
บาดเจ็บตกเลือดภายใน	มีประวัติอุบัติเหตุแล้วมีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกและปวดแน่นอวัยวะที่ถูกกระแทกโดยตรงเช่น ท้อง ออก

ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินสำหรับระดับกู้ชีพขั้นสูง	
ตกจากที่สูงมากกว่า 5 เมตร	ตกจากที่สูงทุกประเภทมากกว่า 5 เมตร
ใกล้คลอด คลอดฉุกเฉิน	ครบกำหนดคลอด เจ็บครรภ์ มีน้ำเดิน มีมูก เลือดออกทางช่องคลอด เด็กคลอดแล้วสายสะดือยังไม่ได้ตัดหรือรกยังไม่คลอด
เหตุความเสียหายสูง	เหตุการณ์ที่มีแนวโน้มจะทำให้เกิดความรุนแรงได้ในเวลาต่อมาเช่น ใจตัวประกัน

9. ลักษณะผู้ป่วยฉุกเฉินที่ออกให้บริการตามศักยภาพหน่วยปฏิบัติการ

ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินสำหรับระดับกู้ชีพขั้นสูง	
หอบรุนแรง	มีอาการหายใจเร็วและรุนแรง นอนราบไม่ได้บางครั้งต้องอำปากช่วยหายใจ
ชักเกร็ง	มีอาการชัก กล้ามเนื้อ แขนขาหรือใบหน้ามีอาการเกร็งผิดปกติ โดยเฉพาะ เด็กอาจเกิดพร้อมที่ไข้สูง
หมดสติกะทันหัน	เรียกไม่รู้สีกตัวแม้กระตุ้นด้วยความเจ็บ
เจ็บหน้าอก รุนแรง	เจ็บบริเวณหน้าอกแบบถูกบีบรัด แน่นๆหนักๆ
หยุดหายใจ	ไม่รู้สีกตัว ปลุกไม่ตื่น
กระดูกหักแผลเปิด	มีอาการผิดรูปของอวัยวะและแผลบริเวณที่ผิดรูป
อุบัติเหตุติดภายในรถ	อุบัติเหตุจากรถที่ผู้บาดเจ็บติดในรถไม่สามารถออกจากรถมาเองได้
บาดเจ็บกระดูกสันหลัง	เกิดอุบัติเหตุแล้วมีอาการปวดต้นคอ หลังและขาแขน ขา
บาดเจ็บตกลือดภายใน	มีประวัติอุบัติเหตุแล้วมีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกและปวดแน่นอวัยวะที่ถูกกระแทกโดยตรงเช่น ท้อง อก
ตกจากที่สูงมากกว่า 5 เมตร	ตกจากที่สูงทุกประเภทมากกว่า 5 เมตร
ใกล้คลอด คลอดฉุกเฉิน	ครบกำหนดคลอด เจ็บครรภ์ มีน้ำเดิน มีมูก เลือดออกทางช่องคลอด เด็กคลอดแล้วสายสะดือยังไม่ได้ตัดหรือรกยังไม่คลอด
เหตุความเสียหายสูง	เหตุการณ์ที่มีแนวโน้มจะทำให้เกิดความรุนแรงได้ในเวลาต่อมาเช่น ใจตัวประกัน

ประเภทผู้ป่วยสำหรับกฐีพุกฐีพระดับพื้นฐาน	
หอบเล็กน้อย	หายใจเร็วและแรงสามารถนอนราบได้
ไข้ทุกระดับ	ไม่มีอาการชักเกร็ง
ซีมี สลิม สลือ	ระดับความรู้สึกตัวลดลง ง่วงนอนตลอดเวลา ปลูกตื่น ตอบคำถามได้ แต่สับสน อาจมีอุบัติเหตุหรือประวัติโรคประจำตัวทางระบบประสาท
เจ็บปวดทั่วไป	เจ็บปวดอื่นนอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้ว
หมดสติปลูกตื่น	ผู้ป่วยอาจหลับตลอดเวลาหรือหลับเป็นส่วนใหญ่ ต้องปลุกแรงๆจึงจะตื่น เมื่อหยุดปลุกหลับต่อ
บาดเจ็บเล็กน้อย	เกิดอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บเล็กน้อยเช่นแผลถลอก
มือ เท้า แขนขาที่อ่อนล้า กระดูกปลาร้าหัก แผลปิด	อวัยวะดังกล่าวมีอาการ บวม ผิดรูปแต่ไม่มีบาดแผลบริเวณนั้น
เลือดออกภายใน สามารถห้ามเลือดได้	มีแผลแต่สามารถห้ามเลือดได้
ตกจากที่สูงต่ำกว่า 5 เมตร	ตกจากที่สูงทุกประเภทต่ำกว่า 5 เมตร
อาละวาด	อะละไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
เหตุความรุนแรงต่ำ	เหตุการณ์ที่มีแนวโน้มไม่เกิดความรุนแรงต่อมาเช่นชุนนุมประท้วงแบบสงบและสันติ
เจ็บครรภ์ระยะแรก	อาจครบกำหนดคลอด เจ็บท้องนานๆครั้งไม่มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด

10. ผลลัพธ์ในการให้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเน้น ถึงความสำเร็จต่างๆ 6 ด้าน
ได้แก่

- 10.1 ลดอัตราการตาย
- 10.2 ลดความรุนแรงของโรค
- 10.3 ลดความพิการ
- 10.4 ลดความทุกข์ทรมาน
- 10.5 ลดความไม่พอใจ
- 10.6 ลดค่าใช้จ่าย

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. (2547). คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.

กรุงเทพฯ: L .T. Press CO.

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. (2548). คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: L .T. Press CO.

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. (2551). หลักการพัฒนาระบบบริการการแพทย์

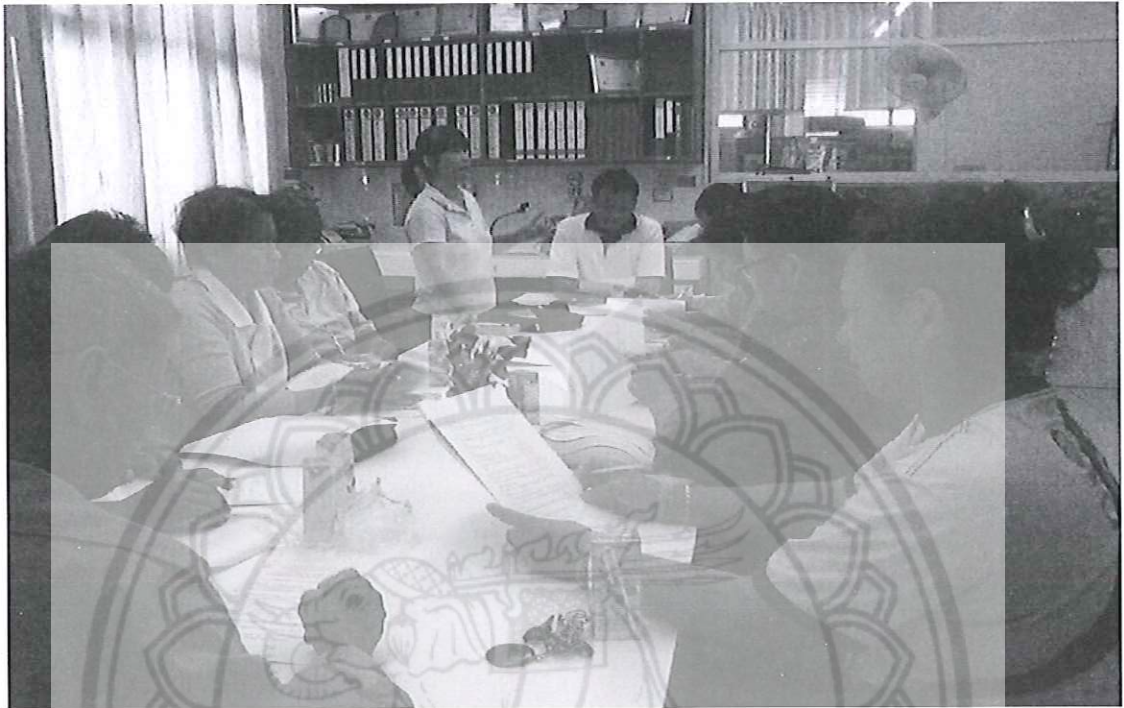
ฉุกเฉิน. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.



ตัวอย่างภาพกิจกรรม



ตัวอย่างภาพกิจกรรม



ตัวอย่างภาพกิจกรรม



ตาราง กำหนดการดำเนินงานทำให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
 อย่างมีส่วนร่วม วิธีปฏิบัติ ผู้วิจัยดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบ
 การแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	ประเมินผล	หมายเหตุ
1. เพื่อแนะนำตนเองและ สร้างสัมพันธ์ภาพกับ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน	ผู้วิจัยแนะนำตนเองโดยกล่าวทักทายคำว่า สวัสดีค่ะ หลังจากนั้นแนะนำเกี่ยวกับชื่อ นามสกุล อาชีพ สถานที่ทำงาน นิสิต ปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์จาก มหาวิทยาลัยนเรศวร	- สร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน - ให้อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านแนะนำตนเอง	15 นาที	- ความสนใจของ อาสาสมัครสา ธารณ สุขประจำ หมู่บ้าน	สัปดาห์ที่ 1
2. เพื่อให้อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าใจเป้าหมายและขั้นตอน การเข้าไปรณรงค์	- อธิบายวัตถุประสงค์ ในการทำวิจัยการเก็บรวบรวมข้อมูล - การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	- กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม เข้าร่วมวิจัย	15 นาที	- จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างลงนาม ยินยอม เข้าร่วมวิจัย	สัปดาห์ที่ 1
3. เพื่อให้อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าใจระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	- แจกแบบสอบถามเพื่อวัดความรู้เจตคติ ก่อนเข้าไปรณรงค์การบริหารการเข้าถึง ระบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบ มีส่วนร่วม	- กลุ่มตัวอย่างทำ แบบทดสอบ 30 นาที	30 นาที	- จากการจัดถาม และตอบคำถาม	สัปดาห์ที่ 1

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	ประเมินผล	หมายเหตุ
4. สร้างความตระหนักรู้ในงานที่เกี่ยวข้อง	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน - บรรยายตามสไลด์ประกอบการบรรยาย 	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มตัวอย่างแสดงความความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน - กิจกรรมกลุ่มโดยผู้วิจัยเปิดสไลด์ประกอบบรรยาย 	30 นาที		สัปดาห์ที่ 1
5. การทำความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> - การแสดงบทบาทสมมติ - จำลองสถานการณ์การบาดเจ็บฉุกเฉิน 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุ - กลุ่มตัวอย่างทำหน้าที่แจ้งเหตุผ่านสายด่วน 1669 	1.30 ชม.	- จากการเข้าร่วมแสดงบทบาท	สัปดาห์ที่ 1
6. ดำเนินงานตามโปรแกรมครั้งที่ 2 การประสานเพื่อการปรับปรุงและสร้างเป้าหมายร่วมกัน	<ul style="list-style-type: none"> - ประสานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - ทัศนศึกษาในพื้นที่จากมูลนิธิต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและกู้ชีพในพื้นที่เพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกัน 	3 ชม.	- การยอมรับการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง - การร่วมแสดงความความคิดเห็น	สัปดาห์ที่ 2

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	ประเมินผล	หมายเหตุ
7. ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมครั้งที่ 3 การลงเบรียนแบบปรับปรุง	- ดำเนินงานเช่นเดียวกับครั้งที่ 2	- กลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและตู้ซีพีในพื้นที่เพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรคการดำเนินงาน ตามที่กลุ่มตัวอย่างไปดำเนินการตามโปรแกรมมา	3 ชม.	- จากการร่วมแสดงความคิดเห็น	สัปดาห์ที่ 3
8. การสร้างผลลัพธ์ของงานปฏิบัติงาน	- สรุปผลการดำเนินงาน - แจกแบบสอบถามเพื่อวัดความรู้เจตคติ หลังเข้าโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วม	- ผู้วิจัยสรุปผลการดำเนินงาน - กลุ่มตัวอย่างสะท้อนเกี่ยวกับผลการดำเนินงานตามโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน - ทำแบบทดสอบหลังเข้าโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วม	3 ชม.	- จากการตอบแบบสอบถามและการซักถาม	สัปดาห์ที่ 8