



แบบแสดงรายละเอียดการเสนอผลงาน
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่องที่ ๒

การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
เทศบาลตำบลกุตไผ่ อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร

ของ

นางสาวกาเหว่า คำโคตร
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ตำแหน่งเลขที่ ๕๖-๒-๐๑-๓๖๐๒-๐๐๑

งานบริหารงานสาธารณสุข สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลกุตไผ่
อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร
พ.ศ. ๒๕๖๕

ชื่อเรื่อง : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไฮ

อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร.

ชื่อผู้ศึกษา : กาเหว่า คำโคตร.

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ. งานบริหารงานสาธารณสุข สำนักปลัดเทศบาล

เทศบาลตำบลกุดไฮ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร.

ปีที่ศึกษา. : 2565.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และเพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไฮ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการ ภายใต้บริบทของชุมชน ระยะเวลาศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 – เมษายน 2565 โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลักคือ กลุ่มที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และหาแนวทางการพัฒนาบริการ เสร็จแล้วนำแนวทางไปปฏิบัติ และประเมินผล กลุ่มที่ 2 คือผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลกุดไฮในระยะเวลาการศึกษา รายละเอียด กลุ่มที่ 1 ได้คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ จำนวน 50 คน โดยใช้กระบวนการพัฒนาตามแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เน้นการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้เห็นความชัดเจนของการสร้างองค์ความรู้ใหม่โดยมีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้ 1) ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินตำบลกุดไฮ เก็บข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่ม 2) นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาวางแผนการพัฒนาและตัดสินใจเลือกแนวทาง ปฏิบัติร่วมกัน 3) ปฏิบัติตามแผน สะท้อน และปรับปรุงการปฏิบัติ 4) ประเมินผลการปฏิบัติภาพรวม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการคิด วางแผนดำเนินกิจกรรม และประเมินผล มีความรู้และทักษะในการดูแลด้านการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน และมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกคน หน่วยงานปฏิบัติด้านการแพทย์ฉุกเฉิน มีแนวทางในการปฏิบัติในชุมชนที่ตรงตามปัญหาและความต้องการของชุมชน

คำสำคัญ: การแพทย์ฉุกเฉิน, การพัฒนา

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหลายๆ ฝ่าย ขอขอบพระคุณ นายกเทศมนตรีตำบลลุดไห หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลลุดไห เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค้อน้อย และบ้านกลาง เจ้าหน้าที่หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลลุดไห โดยเฉพาะอย่างยิ่งขอขอบคุณ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนชาวตำบลลุดไห ผู้เข้าร่วมในโครงการที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาเป็นอย่างดี อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษา

กาเหว่า คำโคตร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำ	
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
3. ขอบเขตของการศึกษา	3
4. คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา	3
5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา	5
2. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของไทย	11
3. แนวคิดเกี่ยวกับกฎหมายและอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เกี่ยวกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	24
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	31
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	
1. พื้นที่ในการศึกษา	36
2. กลุ่มเป้าหมาย	36
3. เครื่องมือการศึกษา	37
4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและความน่าเชื่อถือของข้อมูล	39
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล	40
6. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	42
7. การวิเคราะห์ข้อมูล	44
8. จริยธรรมในการศึกษา	45

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษาและอภิปรายผล	
1. สถานการณ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	46
2. วางแผนการพัฒนาและตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ	58
3. ปฏิบัติตามแผน สะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติ	59
4. ประเมินผลการพัฒนาระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินตำบลกุตไผ่	68
5. อภิปรายผลการศึกษา	69
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	
1. สรุปผลการศึกษา	77
2. บทเรียนที่ได้จากการศึกษา	79
2. ข้อเสนอแนะ	79
เอกสารอ้างอิง	80
ภาคผนวก	84
ภาคผนวก ก	84
ภาคผนวก ข	89
ภาคผนวก ค	90
ภาคผนวก ง	92

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แผนการจัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุตไผ่	60
ตารางที่ 2 ผลคะแนนการฝึกทักษะการช่วยเหลือ ณ.จุดเกิดเหตุของทีมเทศบาลตำบลกุตไผ่	61
ตารางที่ 3 รายละเอียดแผนการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือ ผู้ป่วยฉุกเฉิน	63
ตารางที่ 4 สรุปผลการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุตไผ่ เดือน ตุลาคม 2564 - เมษายน 2565	66
ตารางที่ 5 สรุปผลการปฏิบัติการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน	67

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ประกาศใช้เมื่อวันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2551 โดยบัญญัติให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้าน การแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงเท่าเทียม และมีคุณภาพโดยได้รับการช่วยเหลือ และรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2551) ซึ่งถือเป็นการวางรากฐานที่ มั่นคงให้กับระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้ จัดระบบการสื่อสารและการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนผ่าน หมายเลขโทรศัพท์ 1669 เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้รวดเร็ว ระบบการแพทย์ฉุกเฉินสามารถตอบสนองความต้องการ การดูแลสุขภาพเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้แก่ผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลให้มีความปลอดภัย (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562) ตาม แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ปี พ.ศ. 2560 - 2564 ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบการแพทย์ฉุกเฉินไว้ 5 ยุทธศาสตร์ คือพัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พัฒนาระบบ บริหารจัดการบุคลากรในระบบ พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พัฒนาศักยภาพและ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งในและต่างประเทศ และการสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ ฉุกเฉินสู่ประชาชนโดยทุกยุทธศาสตร์ จะมีเป้าหมายและ ตัวชี้วัด พร้อมทั้งกลไกการทำงานเพื่อให้ บรรลุยุทธศาสตร์ที่ตั้งไว้ในส่วนของยุทธศาสตร์ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาผู้ปฏิบัติการในระบบ การแพทย์ฉุกเฉินคือ ยุทธศาสตร์พัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินและยุทธศาสตร์พัฒนาระบบ บริหารจัดการบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (กฤษฎณา สังขมณีจินดา และคณะ, 2560)

จากข้อมูลสรุปสถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลภูเก็ต ปี 2562-2564 พบว่า การให้บริการเพิ่มขึ้นทุกปี 368, 374 และ 504 ครั้ง ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยทางด้าน อายุรกรรม รองลงมาเป็นอุบัติเหตุ การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลภูเก็ต ยังมี หลายปัญหาที่พบ หลายๆ ด้าน เช่น ขาดแคลนบุคลากรด้านการสาธารณสุข หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน เบื้องต้น (First Responder) ขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติการ มีการเรียกใช้รถพยาบาลฉุกเฉิน ผิดประเภท อุปกรณ์เครื่องมือ ไม่ทันสมัยและยังมีไม่เพียงพอ อาสาสมัครกู้ชีพ (FR) ขาดขวัญ และ กำลังใจ เรื่องค่าตอบแทน พบข้อร้องเรียน ออกรับผู้ป่วยช้า ปัญหาการติดต่อสื่อสาร ผู้รับบริการขาด ความเข้าใจในการเรียกใช้บริการ หน่วยส่งการขาดความชัดเจนในการส่งการ ด้านงบประมาณมีข้อ จำกัดในการบริหารงบประมาณ (สรุปผลงานประจำปีเทศบาลตำบลภูเก็ต, 2563) โรงพยาบาลแม่ข่าย ขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้การจัดบริการระบบการแพทย์

ฉุกเฉินขึ้นอยู่กับความพร้อม และศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ และขณะเดียวกัน ในทางปฏิบัติ การบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่มีการประเมินในส่วนของการดำเนินการในโรงพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึงการประเมินการบริหารจัดการที่ดำเนินงานโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อีกทั้งในพื้นที่ขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ยังมีจัดบริการไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ และเป็นพื้นที่ที่หน่วยบริการภาครัฐยังมีข้อจำกัด ดังนั้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานตามนโยบาย และตอบสนองต่อความต้องการของพื้นที่ และเพื่อให้ทราบข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้น การสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงมีความสำคัญอย่างมากในงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนร่วมเชิงรุกของภาคีชุมชนและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพคณะทำงานและภาคีเครือข่าย ให้บริการ ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาและออกแบบการจัดระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (National Institute for Emergency Medicine, 2013)

ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ ที่ประสบเหตุวิกฤติฉุกเฉินได้รับการรักษาพยาบาลและส่งต่ออย่างรวดเร็วเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล การพัฒนาการทำงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระดับชุมชนให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ประชาชนมีความรู้และทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องทันเวลา สามารถให้การช่วยเหลือผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชนหรือในครัวเรือนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีเครือข่ายในการสื่อสารแจ้งข่าวให้คนในชุมชนสามารถป้องกันตัวเองจากอุบัติเหตุและอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างครอบคลุมซึ่งจะช่วยลดความรุนแรง ความพิการและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำผลที่ได้ไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีคุณภาพเท่าเทียม และมีประสิทธิภาพเพื่อนำไปสู่การจัดบริการสาธารณะที่เป็นประโยชน์ต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไห อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไห อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร

3. ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาสถานการณ์ และพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไห อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 – เมษายน 2565 โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลัก พนักงานที่ปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไห จำนวน

6 คน ผู้ให้บริการสุขภาพ 4 คน ผู้บริหาร 2 คน ผู้นำชุมชน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 11 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 11 คน ประชาชน 16 คน รวม 50 คน

4. คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษาการฝึกอบรม การค้นคว้า การวิจัย การป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน และเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัด รักษาผู้ป่วยฉุกเฉินนับแต่ การรับรู้ถึงภาวะการณ์ เจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน จำแนกเป็นการปฏิบัติการในชุมชน การปฏิบัติการต่อผู้ป่วย ฉุกเฉินทั้งนอกโรงพยาบาล และในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วย กะทันหัน ซึ่งเป็นภัยอันตราย ต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมินการจัดการและ การบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรือ อาการป่วยนั้น

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service system) หมายถึง การจัดให้มีการให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มีความรวดเร็ว โดยนำเอาทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่มา พัฒนาเพื่อให้เกิดการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มีความรวดเร็วทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพในพื้นที่หนึ่งๆ ซึ่งประกอบด้วยการจัดให้มีการประชาสัมพันธ์มีระบบการรับแจ้งเหตุ และส่งการมีหน่วยปฏิบัติการที่มี คุณภาพและเหมาะสมต่อพื้นที่บริการมีการให้การดูแลผู้เจ็บป่วย ณ ที่เกิดเหตุ มีการให้การดูแลผู้เจ็บ ป่วยในระหว่างนำส่งและมีการนำส่งยังโรงพยาบาลที่เหมาะสม

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 5.1 ประชาชนตำบลกุดไฮ ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ทั่วถึง
- 5.2 เกิดการพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล
- 5.3 เกิดการประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับประชาชน และชุมชนเพิ่มมากขึ้น
- 5.4 สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน และชุมชนในการพัฒนางาน

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุตไผ่ อำเภอ
กุตบาก จังหวัดสกลนคร ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็น
แนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา
2. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของไทย
3. แนวคิดเกี่ยวกับกฎหมายและอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับงานการแพทย์
ฉุกเฉิน
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา

ประกอบด้วย แนวคิดพื้นฐานของการพัฒนา แนวคิดการพัฒนาศักยภาพและทฤษฎีการเรียนรู้
ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 แนวคิดพื้นฐานของการพัฒนา

ความหมายจากศัพท์

การพัฒนา โดยศัพท์ การพัฒนา มาจากคำภาษาอังกฤษว่า Development แปลว่า
การเปลี่ยนแปลงที่ละเล็กละน้อย โดยผ่านลำดับขั้นตอนต่างๆ ไปสู่ระดับที่สามารถขยายตัวขึ้น เติบโต
ขึ้น มีการปรับปรุงให้ดีขึ้นและเหมาะสมกว่าเดิมหรืออาจก้าวหน้าไปถึงขั้นที่อุดมสมบูรณ์เป็นที่น่าพอใจ
(ปกรณัม ปรียากร, 2538)

การพัฒนา หมายถึง การทำความเจริญ การเปลี่ยนแปลงในทางที่เจริญขึ้น การคลี่คลายไป
ในทางที่ดี ถ้าเป็นกริยา ใช้คำว่า พัฒนา หมายความว่า ทำให้เจริญ คือ ทำให้เติบโตได้ งอกงาม เช่น
เจริญทางไมตรี (พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2538)

ความหมายโดยทั่วไป

การพัฒนา มีความหมายใกล้เคียงกับความหมายจากศัพท์ หมายถึง การทำให้เกิดการ
เปลี่ยนแปลงจากสภาพหนึ่งไปสู่อีกสภาพหนึ่งที่ดีกว่าเดิมอย่างเป็นระบบ หรือการทำให้ดีขึ้นกว่าสภาพ
เดิมที่เป็นอยู่อย่างเป็นระบบ (ยุวัฒน์ วุฒิเมธี, 2534) เป็นการเปรียบเทียบทางด้านคุณภาพระหว่าง
สภาพการณ์ของสิ่งใดสิ่งหนึ่งในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ถ้าในปัจจุบันสภาพการณ์ของสิ่งนั้นดีกว่า
สมบูรณ์กว่าก็แสดงว่าเป็นการพัฒนา (ปกรณัม ปรียากร, 2538)

การพัฒนาในความหมาย โดยทั่วไปจึงหมายถึงการเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เกิดคุณภาพ
ดีขึ้นกว่าเดิม

ความหมายทางพัฒนบริหารศาสตร์

นักพัฒนบริหารศาสตร์ ได้ให้ความหมายของ การพัฒนา เป็น 2 ระดับ คือ ความหมาย

อย่างแคบและความหมายอย่างกว้าง ความหมายอย่างแคบ การพัฒนา หมายถึง การเปลี่ยนแปลงใน
 ตัวระบบการกระทำทำให้ดีขึ้น อันเป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านคุณภาพเพียงด้านเดียว ส่วน
 ความหมายอย่างกว้างนั้น การพัฒนา เป็นกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงในตัวระบบการกระทำทั้ง
 ด้านคุณภาพ ปริมาณและสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นไปพร้อมๆกัน ไม่ใช่ด้านใดด้านหนึ่งเพียงด้านเดียว
 การพัฒนา ในความหมายของนักพัฒนบริหารศาสตร์จะมีขอบข่ายกว้างขวางกว่าความหมายจาก
 รูปศัพท์ ความหมายโดยทั่วไป และที่กล่าวมาแล้ว เพราะหมายถึง การเปลี่ยนแปลงของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง
 ทั้งในด้านคุณภาพ (ดีขึ้น) ปริมาณ (มากขึ้น) และสิ่งแวดล้อม (มีความเหมาะสม) ไม่ใช่การเปลี่ยน
 แปลงด้านใดด้านหนึ่งเพียงด้านเดียว (สนธยา พลศรี, 2547)

ความหมายทางการวางแผน

การพัฒนา เป็นเรื่องเกี่ยวกับการชักชวน การกระตุ้นเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วยการ
 ปฏิบัติ ตามแผนและโครงการอย่างจริงจัง เป็นไปตามลำดับขั้นตอนต่อเนื่องกันเป็นวงจร โดยไม่มีการ
 สิ้นสุด (นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์, 2534) ซึ่งองค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ
 (The United National Educational, Scientific and cultural Organization : NESCO. 1982,
 p.305, อ้างถึงในอัจฉรา โพธิยานนท์ (2539, หน้า 11) สรุปได้ว่า การพัฒนาเป็นหน้าที่ (Function)
 ของการวางแผนและการจัดการดังนี้

$$D = f (P+M)$$

เมื่อ D = Development คือ การพัฒนา

P = Planning คือ การวางแผน

M = Management คือ การบริหารงานหรือการจัดการ

ดังนั้น การพัฒนา จะเกิดขึ้น ได้ด้วยการวางแผนที่ดี มีการบริหารงานและการจัดการอย่างเป็นระบบ
 ทำให้การดำเนินการเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพการพัฒนา ในความหมายของนักวางแผน
 จะนำไปอีกแนวทางหนึ่ง โดยอาจสรุป หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากการเตรียมการของ
 มนุษย์ไว้ล่วงหน้า ในลักษณะของแผนและโครงการ แล้วบริหารหรือจัดการให้เป็นไปตามแผนและ
 โครงการจนประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้ จะเห็นได้ว่าความหมายของ
 การพัฒนาทางการวางแผน กำหนดให้การพัฒนาเป็นกิจกรรมของมนุษย์และเกิดขึ้น จากการเตรียม
 การไว้ล่วงหน้าเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงที่ไม่ได้เกิดจากการวางแผนโดยมนุษย์ ไม่ใช่การพัฒนาใน
 ความหมายนี้ (สนธยา พลศรี, 2547)

ความหมายเกี่ยวกับการปฏิบัติ

ขั้นของการปฏิบัติการพัฒนา หมายถึง การชักชวนหรือการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
 โดยการปฏิบัติตามแผนและโครงการอย่างจริงจังและเป็นลำดับขั้นตอนต่อเนื่องกันในลักษณะที่เป็น
 วงจรไม่มีการสิ้นสุด การพัฒนา ในความหมายของการปฏิบัติ เป็นความหมายต่อเนื่องจากความหมาย
 ทางการวางแผนโดยมุ่งเน้นถึงการนำแผนและโครงการไปดำเนินการอย่างจริงจังและอย่างต่อเนื่อง
 เพราะถึงจะมีแผนและโครงการแล้วแต่ถ้าหากไม่มีการนำไปปฏิบัติการพัฒนา ก็ไม่สามารถเกิดขึ้นได้
 (สนธยา พลศรี, 2547)

ความหมายทางการพัฒนาชุมชน

นักพัฒนาชุมชนได้ให้ความหมายของ การพัฒนา ไว้ว่า หมายถึง การที่คนในชุมชนและสังคม โดยส่วนรวมได้ร่วมกันดำเนินกิจกรรมเพื่อปรับปรุงความรู้ความสามารถของตนเอง และร่วมกัน เปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของตนเองชุมชนสังคมให้ดีขึ้นการพัฒนาเป็นเสมือนกลวิธีหรือมรรควิธี (Mean) ที่ทำให้เกิดผล (Ends) ที่ต้องการ คือ คุณภาพชีวิต ชุมชน และสังคมดีขึ้น (ยุวัฒน์ วุฒิเมธี, 2534) นักพัฒนาชุมชนมุ่งเน้นที่มนุษย์ในชุมชนต้องร่วมกันดำเนินงานและได้รับผลจากการพัฒนา ร่วมกัน

จากความหมายในด้านต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่า การพัฒนา มีความหมายที่ คล้ายคลึงกันและแตกต่างการออกไปบ้าง สรุปได้ว่า การพัฒนา หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลง ของสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้ดีขึ้น ทั้งทางด้านคุณภาพ ปริมาณ และสิ่งแวดล้อม ด้วยการวางแผนโครงการและ ดำเนินงานโดยมนุษย์ เพื่อประโยชน์แก่ตัวของมนุษย์เอง

การพัฒนาบุคคล (Individual development) หมายถึง การให้การศึกษาในสิ่งที่ส่งเสริม ความรู้ความสามารถ ความถนัดและทักษะบุคคล ทั้งนี้มีความมุ่งหมายที่จะพัฒนาศักยภาพของคนใน องค์กรให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้นทั้งในด้านความรู้ ความสามารถ ความชำนาญและ ประสบการณ์ นอกจากนี้ การพัฒนาบุคคลยังมีความหมายที่จะพัฒนาทัศนคติหรือเจตคติของการ ปฏิบัติงานให้เป็นไปในทางที่ดีมีกำลังใจในการทำงานและมีความคิดที่จะปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น อีกด้วย การพัฒนาบุคคลจะนำมาใช้กับบุคลากรระดับบริหารเพื่อเสริมสร้างความรู้ ประสบการณ์ตลอดจนแนวคิดต่างๆ ให้บุคลากรในระดับนี้สูงขึ้น เพื่อรองรับความเจริญเติบโตด้าน เศรษฐกิจความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีที่พัฒนาไปอย่างรวดเร็วตลอดจนการขยายตัวขององค์กรและการ ปรับโครงสร้างของระบบงานด้วยเหตุผลดังกล่าว องค์กรจึงจำเป็นต้องมีผู้บริหารระดับต่าง ๆ ให้มีความพร้อมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ที่จะปฏิบัติงานในระดับสูง ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จากการพัฒนาบุคคลที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ศึกษาสรุปได้ ดังนี้ ในการพัฒนาบุคคลเป็นการพัฒนาเพื่อเสริมสร้างความรู้ประสบการณ์รวมทั้งแนวคิดและยังเป็น กระบวนการให้บุคคลเจริญในหน้าที่การงานมีทักษะในการทำงานดีขึ้นทำให้เกิดความชำนาญในหน้าที่ ที่ตนเองรับผิดชอบอยู่ทั้งในปัจจุบันและอนาคตเพราะองค์กรมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาจึง จำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรให้ ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (ศุภชัย ยาวะประภาส, 2548)

1.2 แนวคิดการพัฒนาศักยภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับศักยภาพ เริ่มจากการนำเสนอบทความทางวิชาการของ เดวิด แมคเคลแลนด์ (David C. McClelland) นักจิตวิทยาแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด เมื่อปี ค.ศ.1960 ซึ่งกล่าวถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะที่ดีของบุคคล (Excellent performer) ในองค์กรกับระดับทักษะ ความรู้ความสามารถ โดยกล่าวว่า การวัดความฉลาดทางด้านสติปัญญา (Intelligence Quotient) และการทดสอบบุคลิกภาพยังไม่เหมาะสมในการทำนายความสามารถหรือสมรรถนะของบุคคลได้ เพราะ ไม่ได้สะท้อนความสามารถที่แท้จริงออกมาได้

ปี ค.ศ. 1970 กระทรวงการต่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (US State Department) ได้ติดต่อ บริษัท McBer ที่เดวิด แมคเคลแลนด์เป็นผู้บริหาร เพื่อให้หาเครื่องมือชนิดใหม่ที่สามารถทำนายผล การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ได้อย่างแม่นยำแทนแบบทดสอบเก่าซึ่งไม่สัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน เนื่องจากคนได้คะแนนดี แต่ปฏิบัติงานไม่ประสบผลสำเร็จ จึงต้องเปลี่ยนแปลงวิธีการใหม่ แมคเคล

แลนด์ ได้เขียนบทความ Testing for competence rather than for intelligence” ในวารสาร American Psychologist เพื่อเผยแพร่แนวคิดและสร้างแบบประเมินแบบใหม่ที่เรียกว่า Behavioral Event Interview (BEI) เป็นเครื่องมือประเมินที่ค้นหาผู้ที่มีผลการปฏิบัติงานดี หรือที่เรียกว่า สมรรถนะ (Competency) (SCICMULIB’S blog, ม.ป.ป.)

ปี ค.ศ. 1994 แกรี่ แฮเมล และ ซีเค.พรฮาธาต (Gary Hamel และ C.K.Prahalad) ได้เสนอแนวคิดความสามารถหลัก (Core competencies) ว่าเป็นความสามารถหลักของธุรกิจ ซึ่งถือว่าในการประกอบธุรกิจนั้นจะต้องมีเนื้อหา สาระหลัก เช่น พื้นฐานความรู้ ทักษะและความสามารถในการทำงานอะไรได้บ้าง และอยู่ในระดับใด จึงทำงานได้มีประสิทธิภาพสูงสุดตรงตามความต้องการขององค์กร ในปัจจุบันองค์กรของเอกชนชั้นนำได้นำแนวคิดสมรรถนะไปใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารงานมากขึ้น และยอมรับว่าเป็นเครื่องมือสมัยใหม่ที่ต้องการต้องได้รับความพึงพอใจอยู่ใน ระดับต้นๆ มีการสำรวจพบว่ามี 708 บริษัททั่วโลก นำแนวคิดความสามารถหลัก เป็น 1 ใน 25 เครื่องมือที่ได้รับความนิยมเป็นอันดับ 3 รองจาก Corporate Code of Ethics และ Strategic Planning ความสามารถหลักจะมีบทบาทสำคัญที่จะเข้าไปช่วยให้งานบริหารประสบความสำเร็จ จึงมีผู้สนใจศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการนำหลักการของสมรรถนะมาปรับให้เพิ่มมากขึ้น

องค์ประกอบของสมรรถนะ มี 5 ส่วน ดังนี้

1. ความรู้ (knowledge) คือ ความรู้เฉพาะในเรื่องที่ต้องรู้เป็นความรู้ที่เป็นสาระสำคัญ เช่น ความรู้ด้านเครื่องยนต์ หรือความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน
2. ทักษะ (Skill) คือ สิ่งที่ต้องการให้ทำได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่น ทักษะทางคอมพิวเตอร์ และทักษะการถ่ายทอดความรู้ ซึ่งทักษะที่เกิดขึ้นนั้นมาจากพื้นฐานทางความรู้และสามารถปฏิบัติได้อย่างแคล่วคล่องว่องไว
3. ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง (Self – concept) คือเจตคติ ค่านิยม และความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนหรือสิ่งที่บุคคลเชื่อว่าตนเองเป็น เช่น ความมั่นใจในตนเอง
4. บุคลิกลักษณะประจำตัวของบุคคล (Traits) เป็นสิ่งที่อธิบายถึงบุคคลนั้น เช่น คนที่น่าเชื่อถือและไว้วางใจได้ หรือมีลักษณะเป็นผู้นำ เป็นต้น
5. แรงจูงใจหรือเจตคติ (Motives or attitude) เป็นแรงขับภายใน ซึ่งทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่เป้าหมายหรือมุ่งสู่ความสำเร็จ

1.3 ทฤษฎีการเรียนรู้

การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลได้พยายามปรับพฤติกรรมของตนเพื่อเข้ากับสภาพแวดล้อมตามสถานการณ์ต่างๆ จนสามารถบรรลุถึงเป้าหมาย ตามที่แต่ละบุคคลได้ตั้งไว้ โดยเกิดจากการฝึกฝนและประสบการณ์ของตนเอง รวมถึงปัจจัยด้านประสบการณ์ทางสังคม และอารมณ์ที่มีผลต่อทัศนคติ ค่านิยม ของตนเองและผู้อื่น ซึ่งจะมีผลกระทบต่องานสนใจในการเรียนรู้ (วิจารณ์ พานิช, 2557)

แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ตามทฤษฎีของบลูม (Bloom’s Taxonomy) แบ่งการเรียนรู้ออกเป็น 3 ด้าน (ปริยาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2535) คือ

1. ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับสติปัญญา ความรู้ ความคิด ความเฉลียวฉลาด ความสามารถในการคิดเรื่องราวต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็น ความสามารถทางสติปัญญาพฤติกรรมทางพุทธิพิสัย 6 ระดับ ได้แก่

1.1 ความรู้ ความจำเป็น ความสามารถในการเก็บและจดจำประสบการณ์ต่าง ๆ จากการที่ได้รับรู้ไว้ และระลึกสิ่งนั้นได้ เมื่อต้องการเปรียบเทียบเรื่องราวต่าง ๆ ในภายหลัง

1.2 ความเข้าใจ เป็นความสามารถในการจับใจความสำคัญของสื่อและสามารถแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความคาดคะเน ขยายความ หรือ การกระทำอื่น ๆ

1.3 การนำความรู้ไปใช้ เป็นขั้นที่ผู้เรียนสามารถนำความรู้ประสบการณ์ไปใช้ในการแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ซึ่งจะต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดีจึงจะสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหานั้นได้

1.4 การวิเคราะห์ ผู้เรียนสามารถคิด หรือ แยกแยะ เรื่องราวสิ่งต่าง ๆ ออกเป็นส่วนย่อย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญได้ และมองเห็นความสัมพันธ์ของส่วนที่เกี่ยวข้องกัน ซึ่งความสามารถในการวิเคราะห์จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความคิดของแต่ละคน

1.5 การสังเคราะห์ ความสามารถในการที่จะผสมผสานส่วนย่อย ๆ รวบรวมเป็นเรื่องราวเดียวกันอย่างมีระบบ เพื่อให้เกิดสิ่งใหม่ที่สมบูรณ์และดีกว่าเดิม อาจเป็นการถ่ายทอดความคิดออกมาให้ผู้อื่นเข้าใจได้ง่าย การกำหนดวางแผนวิธีการดำเนินงานขึ้นใหม่ หรืออาจจะเกิดความคิดแนวใหม่ที่จะสร้างความสัมพันธ์ของสิ่งที่เป็นนามธรรมขึ้นมาในรูปแบบก็ได้

1.6 การประเมินค่า เป็นความสามารถในการตัดสินใจ ตีราคาหรือสรุปเกี่ยวกับคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ ออกมาในรูปของคุณธรรมอย่างมีกฎเกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นไปตามเนื้อหาสาระในเรื่องนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎเกณฑ์ที่สังคมยอมรับก็ได้

2. จิตพิสัย (Affective Domain) เป็นพฤติกรรมด้านจิตใจที่ประกอบด้วย ค่านิยม ความรู้สึก ความซาบซึ้ง ทศณคติ ความเชื่อความสนใจและคุณธรรม พฤติกรรมด้านนี้อาจไม่เกิดขึ้นทันที ดังนั้นในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนจึงจำเป็นต้องมีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและสอดคล้องสิ่งที่ตั้งตามอยู่ตลอดเวลาจะทำให้พฤติกรรมของผู้เรียนเปลี่ยนไปในแนวทางที่พึงประสงค์ตามที่ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ได้ ซึ่งจะประกอบด้วยพฤติกรรมย่อย ๆ 5 ระดับ ได้แก่

2.1 การรับรู้ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น ต่อปรากฏการณ์ หรือสิ่งเร้า อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นไปในลักษณะของการแปลความหมายของสิ่งเร้านั้นว่าคืออะไร แล้วจะแสดงออกมาในรูปของความรู้สึกที่เกิดขึ้น

2.2 การตอบสนอง เป็นการกระทำที่แสดงออกมาในรูปของความเต็มใจ ยินยอม และพอใจต่อสิ่งเร้านั้น ซึ่งเป็นการตอบสนองที่เกิดจากการเลือกสรรในสิ่ง ๆ นั้นแล้ว

2.3 การเกิดค่านิยม การเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เป็นที่ยอมรับกันในสังคม การยอมรับนับถือในคุณค่านั้น ๆ หรือปฏิบัติตามในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จนกลายเป็นความเชื่อ แล้วจึงเกิดทัศนคติที่ดีในสิ่งนั้น

2.4 การจัดระบบ การสร้างแนวคิด จัดระบบของค่านิยมที่เกิดขึ้นโดยอาศัยความสัมพันธ์ถ้าเข้ากันได้ก็จะยึดถือต่อไป แต่ถ้าขัดกันอาจไม่ยอมรับอาจจะยอมรับค่านิยมใหม่โดยยกเลิกค่านิยมเก่า

2.5 บุคลิกภาพ การนำค่านิยมที่ยึดถือมาแสดงพฤติกรรมที่เป็นนิสัยประจำตัวให้ ประพฤติปฏิบัติแต่สิ่งที่ถูกต้องดีงามพฤติกรรมด้านนี้ จะเกี่ยวกับความรู้สึกและจิตใจ ซึ่งจะเริ่มจากการ ได้รับรู้จากสิ่งแวดล้อมแล้วจึงเกิดปฏิกิริยาโต้ตอบ ขยายกลายเป็นความรู้สึกด้านต่าง ๆ จนกลายเป็น ค่านิยมและพัฒนาต่อไปเป็นความคิด อุดมคติ ซึ่งจะเป็นควบคุมทิศทางพฤติกรรมของคน

3. ทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) พฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถในการปฏิบัติงานได้ อย่างคล่องแคล่ว ชำนาญ ซึ่งแสดงออกมาได้โดยตรงโดยมีเวลาและคุณภาพของงานเป็นตัวชี้ระดับของ ทักษะพฤติกรรมด้านทักษะพิสัย ประกอบด้วย พฤติกรรมย่อย ๆ 5 ขั้นดังนี้

3.1 การรับรู้ เป็นการให้ผู้เรียนได้รับรู้หลักการปฏิบัติที่ถูกต้องหรือเป็นการเลือกหา ตัวแบบที่สนใจ

3.2 กระทำตามตัวแบบ เป็นพฤติกรรมที่ผู้เรียนพยายามฝึกตามตัวแบบที่ตนเองสนใจ และพยายามทำซ้ำ ๆ เพื่อที่จะให้เกิดทักษะตามแบบที่ตนเองสนใจให้ได้หรือสามารถปฏิบัติงานได้ตาม ข้อแนะนำตามตัวแบบ

3.3 การหาความถูกต้อง พฤติกรรมที่ผู้เรียนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้อง อาศัยเครื่องชี้แนะเมื่อผู้เรียนพยายามกระทำซ้ำ ๆ เพื่อหาความถูกต้องในการปฏิบัติ

3.4 การกระทำอย่างต่อเนื่องหลังจากตัดสินใจเลือกรูปแบบที่เป็นของตนเองจะ กระทำตามรูปแบบนั้นอย่างต่อเนื่องจนปฏิบัติงานที่ย่างยากซับซ้อนได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง คล่องแคล่ว การที่ผู้เรียนจะเกิดทักษะนั้นได้ต้องอาศัยการฝึกฝน และการกระทำอย่างสม่ำเสมอ

3.5 การกระทำได้อย่างเป็นธรรมชาติ พฤติกรรมที่ผู้เรียนได้จากการฝึกอย่างต่อเนื่อง จนสามารถปฏิบัติได้คล่องแคล่วว่องไวโดยอัตโนมัติ เป็นไปอย่างธรรมชาติซึ่งถือเป็นความสามารถของ การปฏิบัติในระดับสูง

2. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของไทย

2.1 การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย

การจัดบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินนั้นพัฒนามาจากการจัดบริการช่วยเหลือผู้ประสบภัย ควบคู่กับการเก็บศพผู้เสียชีวิตซึ่งดำเนินการโดย มูลนิธิปอเต็กตึ๊งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2480 และมูลนิธิร่วม กตัญญูตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 ซึ่งเป็นการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและนำส่งโรงพยาบาล แต่มีปัญหาการ ขาดองค์ความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการให้ความช่วยเหลือ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินของภาครัฐเริ่มต้นในเขตกรุงเทพมหานครกว่าสามสิบปีที่ผ่านมาจากความพยายามของ โรงพยาบาลรัฐร่วมกับศูนย์ส่งกลับของกรมตำรวจ โดยพัฒนาเครือข่ายวิทยุสื่อสารระหว่างโรงพยาบาล ซึ่งมีสังกัดต่างกัน ซึ่งก็ไม่ประสบความสำเร็จ ต่อมากระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์ได้จัดทำ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นที่โรงพยาบาลราชวิถีและเริ่มเปิดดำเนินการในปี พ.ศ. 2536 และมี การบรรจุแผนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 7(2535-2539) เป็นต้นมา ทำให้มีการเปิดศูนย์กู้ชีพในโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งในเขต กรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดซึ่งต่อมาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (2545- 2549) ได้กำหนดแผนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินลงไปยังระดับชุมชน และได้มีการจัดตั้ง สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น (ศูนย์นเรนทรกระทรวงสาธารณสุข) ต่อมาในปีพ.ศ.2549

บริการนำส่งโรงพยาบาลได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในอัตรา 10 บาทต่อหัวประชากร เพื่อพัฒนาและสนับสนุนการดำเนินการจัดการบริการแก่หน่วยปฏิบัติการต่างๆ ในขณะที่บริการห้องฉุกเฉิน บริการจำเพาะโรค (definitive care) ก็ได้รับการพัฒนาคู่ขนานกัน โดย การสนับสนุนทางการเงินส่วนใหญ่มาจาก สปสช. ร่วมกับการสนับสนุนทางวิชาการจากสมาคมวิชาชีพ เฉพาะทางต่างๆ จนเมื่อมีการออกพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 เมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2551 และมีการก่อตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้น จึงได้มีการโอนภารกิจในการ ตั้งงบประมาณและการบริหารระบบมายังสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาตินับแต่นั้นเป็นต้นมา

2.2 การอภิบาลและการขึ้นาระบบบริการการแพทย์

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นสถาบันที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติ การแพทย์ฉุกเฉินปี พ.ศ. 2551 เป็นองค์กรของรัฐ เป็นนิติบุคคลในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุขทั้งนี้ เพื่อเป็นองค์กรรับผิดชอบการบริหารจัดการระบบฯ การประสานงานระหว่าง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชน รวมถึงการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามา มีบทบาทในการบริหารจัดการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในยามปกติและภัยพิบัติ ระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินของไทยยังคงมีลักษณะการบริหารจัดการแบบรวมศูนย์และมีการกระจาย อำนาจบางส่วนของการจัดการไปยังหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค มีโครงสร้างแบ่ง การจัดการเป็น 3 ระดับ คือ ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค (จังหวัด) และระดับท้องถิ่น (ตำบล) ซึ่งใน ส่วนกลางจะมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำกับดูแล โดยมีเลขาธิการสถาบันฯบริหารจัดการ ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานและมีผู้แทนจากหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ผู้ทรงคุณวุฒิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ภาคเอกชนร่วมอยู่ในคณะกรรมการในระดับจังหวัดได้มีความพยายามจัดตั้งคณะอนุกรรมการ การแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดให้ทำหน้าที่ในการกำกับดูแล โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานร่วมกับ หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยมีนายแพทย์สาธารณสุขเป็นเลขานุการ อย่างไรก็ตามยังไม่ปรากฏหลักฐานรองรับว่ามีผลในทางปฏิบัติ ทั้งนี้ ภายใต้แนวคิดนี้คาดหวังให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ดูแลศูนย์สื่อสารสั่งการ จัดระบบบริการในพื้นที่ และสนับสนุนด้านต่างๆ ในระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินในขณะที่หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมีทั้งที่เป็นของโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น และมูลนิธิที่จดทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ซึ่งรายละเอียดอาจแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ ดังเช่นใน กทม. มีศูนย์เอร์วีนกำกับดูแลในส่วนระบบบริการฯในระดับท้องถิ่น หน่วยปฏิบัติการ เบื้องต้น (First Responder: FR) รับผิดชอบโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการแบ่งการจัดการบริการ ในระดับนี้ตามเขตการปกครองของท้องถิ่นเป็นหลักไม่ได้แบ่งตามความหนาแน่นของประชากรหรือ ความต้องการของประชาชนตามสัดส่วนหรือบริบททางกายภาพของพื้นที่ ส่วนการแบ่งเขตรับผิดชอบ (Zoning) มีเฉพาะในเขตชุมชนเมืองเพื่อแก้ไขปัญหากรณีที่มีหน่วยปฏิบัติการหลายหน่วยเข้าซ้อนอยู่ ในพื้นที่เดียวกัน สพฉ. ได้จัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในช่วงระยะเวลา 3 ปีแรกเพื่อใช้ เป็นแนวทางในการพัฒนาเป้าหมายหลักตามยุทธศาสตร์ของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2553-2555 โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับบริการที่มีมาตรฐาน สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่า เทียมกัน และป้องกันให้การเจ็บป่วยเกิดขึ้นน้อยที่สุด มีการกำหนดตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ต่างๆ เพื่อใช้ในการบริหารจัดการระบบให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ ภายใต้ยุทธศาสตร์หลัก

ห้าด้านคือ 1) การสร้างและการจัดการความรู้และการพัฒนาระบบสารสนเทศ 2) การพัฒนาระบบการเงินการคลัง 3) การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน 4) การส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วม 5) การพัฒนาโครงสร้าง กลไกการจัดการและการอภิบาลซึ่งจากการประเมินแผนหลักฯ พบว่า ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านต่างๆ ยังมีจำกัดและบทบาทการขับเคลื่อนยังจำกัดอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุขและ สผ. เป็นหลัก และการบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดทำได้เพียงในระดับผลผลิตยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายเชิงผลลัพธ์และผลกระทบ (สันต์ หัตถิรัตน์, 2555)

2.3 กลไกการคลัง

การสนับสนุนงบประมาณสำหรับการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Prehospital care) เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี 2546 โดยมีการตั้งงบประมาณในลักษณะรายหัวประชากร (10 บาท) และมีการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการจัดให้มีหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้น แต่หลังจากมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินและมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ การสนับสนุนงบประมาณจากระบบ

2.4 ความหมายเกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความหมายถึงการจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้อาศัยในพื้นที่ได้มีโอกาสขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติได้โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้บาดเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้ายและการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง ปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องขยายบริการครอบคลุมทุกจังหวัด ทั่วประเทศโดย ประชาสัมพันธ์ผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 ให้ประชาชนรับรู้และสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่ผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลให้มากยิ่งขึ้นและระบบดังกล่าวนี้ควรจะเป็นการรับผิดชอบ และดำเนินการโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลท้องถิ่นนั้นๆ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ และประชาชนในพื้นที่เป็นระบบที่ต้องมีการดูแลรับผิดชอบโดยแพทย์หรือระบบทางการแพทย์และควรเป็นระบบที่ไม่มีผลประโยชน์เป็นที่ตั้งหรือแอบแฝง

การรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาล (Prehospital care) คือกระบวนการรักษาพยาบาล ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในระยะเวลาตั้งแต่เกิดการเจ็บป่วยจนกระทั่งถึงโรงพยาบาล

ความหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน (สันต์ หัตถิรัตน์, 2555)

Emergency Medical Responder (EMR) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรอบรมบุคลากรอาสาสมัครกู้ภัย โดยเนื้อหาหลักสูตรจะครอบคลุมการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น ประกอบด้วย ตำรวจจราจร พนักงานดับเพลิง เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย เจ้าหน้าที่กู้ภัย หรืออาสาสมัคร กู้ภัยต่างๆ

Emergency Medical Technician Basic (EMT-B) หมายถึง เจ้าหน้าที่กู้ชีพขั้นพื้นฐานที่มีความสามารถระดับสูงกว่า EMR ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรที่ได้รับรองจำนวน 110 ชั่วโมงแล้ว มีการปูพื้นฐานทางด้านการแพทย์ด้านกายวิภาค และศึกษาระบบต่าง ๆ ในร่างกายการอบรมการช่วย

เหลือต่าง ๆ ที่กระทำภายนอกร่างกาย (Basic Life Support - BLS) สามารถให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน โดยสามารถใช้อุปกรณ์ในการยึดตรึงผู้บาดเจ็บ (Immobilization) และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยวิธีต่าง ๆ มีการฝึกภาคปฏิบัติในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลภายใต้การกำกับของแพทย์และพยาบาล และทราบขั้นตอนของ EMT-I Paramedic พยาบาลกู้ชีพ รวมทั้งการช่วยทำคลอด ในการให้การช่วยเหลือขั้นสูง (Advance Life Support - ALS) ได้เพื่อให้สามารถช่วยเหลือบุคลากรขั้นสูงเตรียมอุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal Intubation) ให้น้ำเกลือ (Starting IV) ได้

AEMT (Advanced Emergency Medical Technician) หรือชื่อเดิม คือ EMT- I (Emergency Medical Technician Intermediate) หมายถึง นักเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง หรือเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินที่สามารถให้การดูแลการช่วยชีวิตระดับกลาง (intermediate life support) รวมถึงการให้ยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตรวจสอบการเต้นของหัวใจขั้นพื้นฐาน การใช้อุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจและการบริหารยาเพิ่มเติมบางอย่างที่สูงกว่า ระดับ EMT โดยเรียนหลักสูตร 2 ปี เมื่อจบการศึกษาจะได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (ปวส.ฉพ.)

Paramedic หมายถึง นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมฉุกเฉินบนรถพยาบาล ประเมินผู้ป่วย และรายงานแพทย์ให้ทราบ สามารถให้การรักษาและให้การช่วยเหลือฉุกเฉินภายใต้คำสั่งการรักษาของแพทย์อำนวยการ เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจ ให้น้ำเกลือ เป็นต้น ให้การดูแลนับตั้งแต่จุดเกิดเหตุไปจนถึงนำส่งโรงพยาบาล (Pre hospital care) หลักสูตรนี้เป็นหลักสูตรปริญญาตรี เมื่อเรียนจบแล้วจะได้วุฒิเป็นปริญญาตรี (วท.บ)

รถพยาบาล เป็นรถตู้สีขาวตลอดคัน มีเปลขนย้ายผู้ป่วยที่สามารถยึดตรึงกับรถได้ ภายในมีกระจกปิดกั้นระหว่างห้องคนขับกับห้องผู้ป่วยและมีเครื่องระบายอากาศระบบไฟฟ้าบนหลังคา ไฟสีแดง-น้ำเงิน หรือน้ำเงินเป็นไฟราวด์หรือไฟโປ (ห้ามใช้หลอดไฟหยดน้ำ) ซึ่งตัวรถมีการติดตั้งอุปกรณ์เพิ่มเติม และ เวชภัณฑ์ ดังนี้

- ท่อบรรจุออกซิเจน (O₂ Cylinder) ขนาด G size ขึ้นไป มีลิ้นปิด - เปิด ที่ได้มาตรฐาน มอก. และอุปกรณ์ปรับความดัน (Regulator) มีระบบ Pipe line ที่มีเอกสารรับรองว่าใช้กับระบบก๊าซทางการแพทย์
- ท่อบรรจุออกซิเจน (O₂ Cylinder) ขนาด D size อุปกรณ์ปรับความดัน (Regulator) พร้อม O₂ flow meter ขนาด 1-15 L. และกระบอกน้ำ
- ตู้ยาเก็บเวชภัณฑ์ และเครื่องมือแพทย์
- อุปกรณ์ช่วยชีวิตขั้นสูงสภาพพร้อมใช้ ได้แก่ เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้า กระดานปั๊มหัวใจ อุปกรณ์ช่วยหายใจชนิดมือปั๊ม (Self-inflating bag) สำหรับเด็กเล็ก เด็กโต ผู้ใหญ่ ชุดดูดเสมหะระบบไฟฟ้า อุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจสำหรับเด็กเล็ก เด็กโต ผู้ใหญ่ อุปกรณ์ให้สารน้ำ
- ฉีดยา อุปกรณ์ในการให้ O₂ ต่าง ๆ และหน้ากากพ่นยา
- ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็น สำหรับช่วยชีวิต/แก้ไขภาวะวิกฤต
- อุปกรณ์การตามและเคลื่อนย้ายลำเลียง ได้แก่ Spinal board พร้อมสายรัดตัวและที่ยึดตรึงศีรษะ หรือเบลตัก เปือกคอชนิดแข็ง 3 ขนาด อุปกรณ์ตาม (Splint) ขาและแขน KED สำหรับตามลำตัว และคอ และเก้าอี้สำหรับเคลื่อนย้าย

- กระเป๋าชุดปฐมพยาบาลและเวชภัณฑ์ยาชนิดต่าง ๆ เช่น อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อและถังขยะ ติดเชื้อ

- เข็ม/สิ่งแหลมคม อุปกรณ์

- น้ำยาทาแผล อุปกรณ์ทำคลอดฉุกเฉิน

- เครื่อง monitor ต่างๆ เช่น EKG วัดระดับO2 saturation วัดความดัน เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด

- คู่มือปฏิบัติงานที่มีมาตรฐาน

2.5 บทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

1. แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1) รับข้อมูลการออกปฏิบัติงานจาก ศูนย์สั่งการ หรือผู้รับข้อมูล

2) พิจารณาและตัดสินใจในการออกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน

3) แจ้งพยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อมอบหมายหน้าที่แก่ทีมในการเตรียมออกปฏิบัติงาน

4) ให้คำปรึกษา ควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานของทีมบริการแพทย์ฉุกเฉิน

5) ประเมินความปลอดภัยของสถานการณ์ ความรุนแรงของผู้ป่วยและให้การรักษาเบื้องต้นเพื่อลดความรุนแรง การบาดเจ็บ/อาการของโรค ที่อันตรายอาจเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ

6) ปฏิบัติงานร่วมกับทีมโดยให้การดูแลผู้ป่วย/บาดเจ็บขณะนำส่งผู้ป่วยจนถึง รพ.ที่นำส่ง

7) ส่งมอบผู้ป่วย ข้อมูลการรักษา ณ จุดเกิดเหตุ และสิ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ต่อทีมแพทย์/พยาบาล โรงพยาบาลที่รับรักษาต่อเนื่อง

2. พนักงานสื่อสาร มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1) รับวิทยุ/โทรศัพท์ แจ้งจากศูนย์สั่งและจัดบันทึกรายละเอียดการสอบถามข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ อาการสำคัญ สาเหตุการบาดเจ็บ จำนวนผู้ป่วยเจ็บ/ตาย สถานที่เกิดเหตุ/ลักษณะที่เกิดเหตุ/จุดสังเกตสถานที่เกิดเหตุ เส้นทางสถานที่เกิดเหตุ หมายเลขโทรศัพท์ผู้แจ้งเหตุที่สามารถติดต่อโทรกลับได้

2) หากทีมปฏิบัติการพร้อมพนักงานสื่อสารตอบกลับไปที่ศูนย์ทันทีว่า “รับปฏิบัติการ” พร้อมทั้งแจ้งหัวหน้าทีมปฏิบัติการให้ออกปฏิบัติการทันที

3) รับประสานรายงานสถานการณ์เลขไมล์เวลากับทางศูนย์ขณะปฏิบัติการ

3. พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1) หลังรับแจ้งจากพนักงานสื่อสารรับออกจากฐานภายใน 1 นาที และถึงที่หมายอย่างรวดเร็วและปลอดภัยที่สุด

- เมื่อถึงที่เกิดเหตุ นำอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ เช่น กระเป๋าอุปกรณ์ เคลื่อนย้าย ลงรถไปยังที่เกิดเหตุ ช่วยแพทย์/พยาบาล ทำการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น เช่น ห้ามเลือด รััดตรึงอวัยวะที่ผิดรูป เก็บ รักษาอวัยวะที่ขาด/หลุดอย่างถูกวิธี ยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย/บาดเจ็บ

2) ช่วยแพทย์/พยาบาล เตรียมอุปกรณ์/เวชภัณฑ์ เพื่อทำหัตถการในที่เกิดเหตุ

3) ช่วยทำการกวดหน้าอก/ช่วยหายใจ ตามงานที่ได้รับมอบหมาย

4) ช่วยเหลือผู้ป่วยขณะนำส่งตามที่ได้รับมอบหมายเมื่อถึงหน่วยรับบริการ ช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย/บาดเจ็บ ลงจากรถพยาบาลป้องกันอุบัติเหตุ/ภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนย้าย

5) ถึงฐาน (ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน) ดูแลความสะอาดอุปกรณ์ในกระเป๋ากู้ชีพ อุปกรณ์ เคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วย ความสะอาดบนรถ แยกทั้งขยะตามประเภทขยะ เช็ดคราบสกปรก ตรวจสอบเช็คความพร้อมใช้ เติมน้ำในปฏิบัติการครั้งต่อไป

6) ตรวจสอบเช็คความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ภายในตัวรถระบบไฟฟ้าภายในตัวรถถังออกซิเจน เป็นต้น (ตามในบันทึกการตรวจความพร้อมใช้อุปกรณ์บนรถพยาบาล) เติมน้ำที่ต้องใช้บนรถ

2.6 ลักษณะการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งออกเป็น 6 ระยะดังนี้ (เอกภักดิ์ ระหว่างบ้าน, 2564)

2.6.1 การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถ คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ ถึงแม้ว่าจะสามารถป้องกันได้ก็ตาม การเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเกิดได้กับทุกคน โดยผู้นั้นอาจเป็นผู้ป่วยเองหรือคนรอบข้าง ดังนั้นการจัดการความรู้ให้ประชาชนมีความรู้และสามารถ ตัดสินใจในการแจ้งเหตุเมื่อพบเหตุจึงเป็นเรื่องจำเป็นมาก เพราะสามารถทำให้กระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยมาถึงได้เร็ว ซึ่งตรงกันข้ามหากล่าช้า นานที่สำคัญต่อชีวิตของผู้เจ็บป่วยจะหมดไปเรื่อยๆ จนกระทั่งสายเกินแก้ไขได้

2.6.2 การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และมีหมายเลขที่จำได้ง่ายเป็นเรื่องที่จำเป็นมากเช่นกัน เพราะว่าเป็นประตูเข้าไปสู่การช่วยเหลือที่เป็นระบบ แต่ผู้แจ้งเหตุอาจจะต้องมีความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความสามารถในการให้การดูแลขั้นต้นตามความเหมาะสมอีกด้วย

2.6.3 การออกปฏิบัติการของหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

- หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง Advanced life support
- หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง Intermediate life Support
- หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น Basic life support
- หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First responder)

โดยทุกหน่วยจะต้องมีความพร้อมเสมอที่จะออกปฏิบัติการ ตามคำสั่งและจะต้องมีมาตรฐาน กำหนดระยะเวลาในการออกตัว ระยะเวลาเดินทาง โดยศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยกระดับความรุนแรงหรือความต้องการของเหตุ และสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

2.6.4 การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินจะประเมินสภาพแวดล้อม และจัดการความปลอดภัยสำหรับตนและทีมผู้ปฏิบัติงาน จากนั้นเขาประเมินสภาพผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสมและให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ควบคุมระบบ โดยมีหลักในการดูแล รักษาว่าจะไม่เสียเวลา ณ จุดเกิดเหตุนานมากจนเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย กล่าวคือถ้าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จะเน้นความรวดเร็วในการนำส่ง มากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินทางอายุรกรรม

2.6.5 การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) หลักที่สำคัญยิ่งในการลำเลียง ขนย้ายผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน คือ การไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้เจ็บป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีมาเป็นอย่างดี ในขณะที่ขนย้ายจะต้องมีการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะๆ ปฏิบัติการบางอย่างอาจกระทำบนรถในขณะที่กำลังลำเลียงนำส่งได้ เช่นการให้สารน้ำ การตามส่วนที่มีความสำคัญลำดับรองลงมา เป็นต้น

2.6.6 การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to Definitive care) การนำส่งไปยังสถานที่ใดเป็นการชี้ชะตาชีวิตและมีผลต่อผู้เจ็บป่วยได้เป็นอย่างมาก การนำส่งจะต้องใช้ดุลยพินิจว่าโรงพยาบาลที่จะนำส่งสามารถรักษาผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินรายนั้นๆ ได้เหมาะสมหรือไม่นั้น ต้องคำนึงถึงเวลาที่เสียไปกับความสามารถไม่ถึง และความไม่พร้อมของสถานพยาบาลนั้นๆ จะทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการ หรือ มีปัญหาในการรักษาพยาบาลอย่างไม่ควรจะเกิดขึ้น

การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องพิจารณาองค์ประกอบ สำคัญได้แก่

1. ระบบการแจ้งเหตุ คือ การจัดให้มีระบบบริการ แจ้งเหตุที่ง่ายต่อการแจ้งต่อการเรียกรถพยาบาล การถ่ายทอดข้อมูล ง่ายต่อการได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นเพียงคำแนะนำการจัดหน่วย บริการการแพทย์ฉุกเฉินไปดูแล หรือ การจัดหยานพาหนะเพื่อการลำเลียงนำส่งอย่างเดียว ดังนั้นในแต่ละพื้นที่ควรมีศูนย์รับแจ้งเหตุสามารถ รับแจ้งเหตุ จากประชาชนได้ด้วยหมายเลขที่จำง่าย คือ 1669 โดยผู้แจ้งสามารถใช้ระบบโทรศัพท์ระบบใดก็ได้ในการแจ้งเมื่อแจ้งเหตุในพื้นที่หนึ่งควรตรงไปที่ศูนย์รับแจ้งเหตุของพื้นที่นั้น หากมีข้อผิดพลาดในการแจ้งจะต้องมีระบบเชื่อมโยงต่อให้ศูนย์รับผิดชอบของพื้นที่ได้รับทราบโดยเร็วที่สุดศูนย์นี้ จะต้องทำงาน 24 ชั่วโมง มีเจ้าหน้าที่ซึ่งมีความรู้ในระดับให้คำแนะนำดำเนินการรักษาพยาบาลขั้นต้นได้ประจำการ และมีการตัดสินใจสั่งการและรับผิดชอบทางการแพทย์ (แพทย์ผู้ควบคุมระบบประจำการหรือติดต่อได้ทันที) ตลอดเวลา

2. ระบบการสื่อสาร ได้แก่ การจัดให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานระหว่างผู้ให้บริการระบบควบคุมทางการแพทย์ และโรงพยาบาลที่จะนำส่งควรมีความสามารถในการส่งข้อมูลได้ทันทีและมีช่องทางเลือกที่ใช้สำรองในกรณีที่ช่องสัญญาณหลักมีผู้ใช้งานอยู่ระบบนี้ควรครอบคลุมในพื้นที่ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ไม่ว่าอยู่ในหุบเขา ในอาคารใหญ่ หรือในเมืองที่มีอาคารสูงจำนวนมาก ปัจจุบันใช้ระบบการ สื่อสารชนิด VHF ซึ่งในศูนย์รับแจ้งเหตุจะทำหน้าที่เป็นสถานีแม่ข่ายไปในตัว ระบบนี้เป็นการสื่อสารชนิดเปิดที่ผู้อยู่ในเครือข่ายสามารถรับฟังได้ตลอดเวลาพร้อมกับระบบโทรศัพท์ซึ่งสามารถสื่อสารรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละรายได้

3. หน่วยปฏิบัติการ ปัจจุบันแบ่ง 4 ระดับ ตามความเหมาะสมของเหตุการณ์ที่แจ้งเหตุเข้ามา ได้แก่ หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น และหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ซึ่งเป็นหน่วยที่ดำเนินการโดยชุมชนในระดับตำบลหรือเทศบาล

4. การจัดแบ่งพื้นที่ (Zoning) แต่ละพื้นที่ควรมีการจัดแบ่งพื้นที่โดยพิจารณาถึงจำนวนประชากร ขนาดและระยะ ทางและระยะ เวลาในการเดินทางเพื่อให้เกิดการกระจายของหน่วยปฏิบัติการที่จะเข้าถึงผู้รับบริการ มีเกณฑ์เฉลี่ยจากการ คำนวณพบว่าในสัดส่วนประชากร 100,000 คนต่อหน่วย ปฏิบัติการระดับพื้นฐาน 1 หน่วย และสัดส่วนประชากร 200,000 คนต่อ

หน่วยปฏิบัติการระดับสูง 1 หน่วย เป็น เกณฑ์ที่เหมาะสม แต่ต้องคำนึงถึงระยะเวลาในการเข้าถึง หากช้าเกินไปก็อาจเกิดผลเสียแก่ผู้รับบริการได้ ในปัจจุบันอนุโลมว่า ในเขตเมืองควรมีระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที และในเขตนอกเมืองไม่ควรเกิน 30 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อจำกัดของแต่ละพื้นที่

5. บุคลากรและการอบรม การออกแบบระบบ ควรคำนึงถึงบุคลากรที่จะกำหนดให้ใครทำหน้าที่อะไร ควรคำนึงถึงบุคลากรที่มีอยู่เป็นหลัก และมองไปในอนาคตเพื่อหาความเหมาะสมที่ดีกว่าในประเทศไทยระยะเริ่มแรก มีการพิจารณาบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบ ดังนี้

- A แพทย์ ทำหน้าที่ควบคุมระบบเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นมีสถานะเหมือนกับที่แพทย์ได้เป็นผู้ให้บริการเอง นอกจากนั้นยังมียุทธศาสตร์ในการฝึกอบรม การจัดทำมาตรฐานระบบ และการประเมินผลบทบาทนี้เป็นบทบาทที่คล้ายคลึงกันในระบบทั่วโลก

- B พยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการการในระดับสูง (ALS) เป็นผู้ช่วยในระบบควบคุมทางการแพทย์ เป็นผู้สอนและพัฒนาหลักสูตรเจ้าหน้าที่ในระดับต่างๆ รวมทั้งประชาชน เป็นผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสม พยาบาลที่จะทำหน้าที่นี้ต้องได้รับการอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตรประมาณ 10 วัน ที่ว่าด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและ ACLS ซึ่งปัจจุบันได้มีการพัฒนาหลักสูตร Thai Advanced Life Support ขึ้นโดยคณะกรรมการหลักสูตรและสอบด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินของแพทย์สภาซึ่งควรจะเป็นหลักสูตร ที่เหมาะสมที่สุดในการปฏิบัติการของหน่วยบริการในระดับ ALS

- C เวชกรฉุกเฉิน ในประเทศไทยในขณะนี้ไม่มีเวชกรฉุกเฉินอยู่ 2 ระดับคือ เวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (EMT-Basic) และ เวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง (EMT-Intermediate) หลักสูตรหลักสูตรนี้พัฒนามาจาก EMT-Basic ของสหรัฐอเมริกา หลักสูตรเวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง หรือเรียกว่า เจ้าพนักงานกู้ชีพ เป็นหลักสูตรเทียบเท่า EMT-Intermediate ของสหรัฐอเมริกา แต่ปรับให้เข้ากับระบบการศึกษาของประเทศไทย ทำเป็น หลักสูตร 2 ปี บุคลากร 2 ระดับนี้สามารถให้การรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานได้ และมี บทบาทสำคัญในการช่วยหน่วยปฏิบัติการระดับสูง ในอนาคตจะมีการพัฒนาเพื่อให้เกิดขั้นบันไดสายวิชาชีพนี้ให้ สามารถให้การดูแลรักษาในระดับ ALS ได้ซึ่งเรียกเป็นระดับ EMT-Paramedic และมีการเรียนการสอนระดับมหาวิทยาลัย ที่ได้รับปริญญาเวชกรฉุกเฉินที่เทียบเท่าปริญญาตรี และสามารถปฏิบัติในระดับ ALS ได้เช่นเดียวกันกับ EMT Paramedic

- D ชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาล (First Responder) โดยทั่วไปหมายถึงเจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัย อาสาสมัครเจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิง หรือกลุ่มบุคคลากรที่แสดงตนว่าพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและบริการประชาชน มักจะเป็นเจ้าหน้าที่ชุดแรกไปถึงที่เกิดเหตุ จึงควรมีความรู้พื้นฐานหลักสูตรการอบรม 20 ชม. เป็นขั้นต่ำ สามารถให้การประเมินสภาพผู้ป่วย และสามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยต้องการการรักษาพยาบาล ในระดับใด หากแน่ใจว่ามีความรุนแรงน้อยสามารถดำเนินการลำเลียงขนย้ายเอง แต่หากพบว่าความรุนแรงสูงหรือไม่แน่ใจ ให้เรียกหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาสนับสนุน

- E ประชาชนทั่วไป ควรมีความรู้ความสามารถในการบอกได้ว่าผู้เจ็บป่วยที่พบเห็นเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ หรือไม่ รู้จักวิธีป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายจากการเข้าช่วยเหลือผู้อื่น รู้จักการแจ้งเหตุ และการให้ข้อมูลที่เพียงพอ รู้จักการช่วยเหลือขั้นต้นตามพื้นฐานของตน เพื่อให้

การดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินไปพลางก่อน หลักสูตรในการอบรมประชาชน ไปไม่ควรต่ำกว่า 1 วัน เรียกหลักสูตรอาสาฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) ซึ่งควรมีทุกครัวเรือน

6. กฎและระเบียบ ควรมีกฎและระเบียบรองรับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ และการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นเรื่องที่จะต้องทำให้เกิดขึ้นเพื่อให้รักษาพยาบาลฉุกเฉินนี้ สามารถเรียกได้ว่าเป็น “ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” กฎและระเบียบบังคับต่างๆ อาจอยู่ภายใต้บทบาทและหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข แต่ในระยะยาวควรมีพระราชบัญญัติรองรับ

7. การเงินการคลังการจัดระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องใช้งบประมาณในการจัดตั้ง และดำเนินการซึ่งแหล่งงบประมาณอาจมองได้ 2 มุมมองคือ ส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น งบประมาณส่วนกลางได้มาจากภาษีอากรของประเทศระบบประกันสุขภาพต่างๆ ระบบประกันภัย และภาษีอากรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่นภาษีเหล้า ภาษีบุหรี่ ภาษีทะเบียนรถ เป็นต้น ควรมีส่วนการสนับสนุน การสร้างระบบในแต่ละท้องถิ่นตามลักษณะและปริมาณงาน งบประมาณส่วนท้องถิ่นนั้นได้มาจากภาษีท้องถิ่นและงบประมาณสนับสนุนขององค์กรส่วนท้องถิ่น ควรมีบทบาทในการลงทุน

8. การประชาสัมพันธ์ มีความสำคัญช่วยให้ประชาชน ที่จะเรียกใช้บริการสามารถเรียกใช้บริการได้อย่างถูกต้องตามความจำเป็นและเหมาะสมกับคุณค่า ไม่ทำให้เกิดการใช้งานในด้านฟุ่มเฟือยเกินกว่าเหตุ มีความเข้าใจในระบบงาน และเป้าหมายของการทำงาน รวมทั้งมีความรู้สึกเป็นเจ้าของระบบร่วมกัน

9. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระบบที่จัดทำเพื่อชุมชนโดยโครงสร้างขององค์กรทุกภาคี ชุมชนควรมีส่วนร่วมที่จะจัดให้มีการทำความเข้าใจของสมาชิกในชุมชนถึงประโยชน์ที่จะได้รับการจัดกลุ่มอาสาสมัครภายในชุมชนการส่งเสริมความรู้ การเตรียมความพร้อม และการซ้อมแผนปฏิบัติการในกรณีฉุกเฉินต่างๆที่เกิดขึ้นกับชุมชนเองเป็นต้น ตัวแทนของชุมชนควรมีส่วนร่วมในคณะกรรมการ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของท้องถิ่น

10. มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ไม่จำเป็นจะต้องมีรูปร่าง มาตรฐาน และโครงสร้างเหมือนกันทั้งหมด แต่ควรมีหลักการใหญ่หรือเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำเป็นอันเดียวกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเชิงผลลัพธ์ ในขณะเดียวกันคณะกรรมการท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ควรมีบทบาทในการปรับปรุงรายละเอียดของแต่ละท้องถิ่นเอง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพภูมิประเทศศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของท้องถิ่น โดยให้มีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการดำเนินงานที่เทียบเท่าเกณฑ์มาตรฐานกลาง

11. ระบบข้อมูล ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั่วประเทศ ควรมีระบบข้อมูลเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีการกำหนดตัวแปรขึ้นต่ำร่วมกัน สามารถเชื่อมโยงกันได้ อย่างเป็นปัจจุบัน ยกเว้นในบางพื้นที่ ซึ่งไม่อาจสื่อสารกับพื้นที่อื่นได้เนื่องจากการขาดแคลนระบบสื่อสารที่จำเป็น ปัจจุบันการพัฒนาาระบบข้อมูลโดยใช้ฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตเป็นฐานข้อมูลร่วมกันทั่วประเทศใช้ชื่อว่าโปรแกรม ITEMS

12. การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล แต่ละพื้นที่ควรมีการกำหนดโรงพยาบาลสำหรับนำส่งผู้ป่วยในกรณีสภาพต่างๆ เพื่อการจัดสนใจที่ทันการณ์ และเกิดความเป็นธรรมระหว่างสถานพยาบาล กับหน่วยปฏิบัติการและสะดวกต่อระบบควบคุมทางการแพทย์

ที่ดูแลพื้นที่ป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดจากการนำส่งผู้เจ็บป่วยไปยังโรงพยาบาล ที่ไม่เหมาะสม และอาจทำให้เกิดการเสียชีวิต พิจารณาหรือปัญหาด้านการรักษาพยาบาลได้

13. การรับผิดชอบโดยระบบควบคุมทางการแพทย์ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระบบที่ใช้บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ออกไปทำหน้าที่รักษาพยาบาลแทนแพทย์ จำเป็นจะต้องมีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบการรับผิดชอบดังกล่าวอาจทำได้โดยตรง คือการควบคุมสั่งการโดยตรงผ่านวิทยุสื่อสาร หรือโทรศัพท์ (Online or Direct) หรือทางอ้อม (Offline or Indirect) โดยการผ่านเอกสารมอบหมาย หรือเรียกว่า Protocol และ Standing order ระบบควบคุมทางการแพทย์ ดังกล่าว อาจกระทำโดยแพทย์ที่ได้รับมอบหมาย ที่เรียกว่า Medical Director

14. การประเมินผลการประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญมากเนื่องจากเกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณภาพการรักษาพยาบาล และสวัสดิภาพของผู้ป่วย มีส่วนช่วยให้ระบบมีการเฝ้าดูจากภายนอกและจากประชาชนในพื้นที่เนื่องจากการใช้ทรัพยากรผิด และมีผลประโยชน์ส่วนบุคคลเกิดขึ้นได้

สรุป การบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสำคัญต่อการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่ก่อนมาถึงโรงพยาบาลเป็นปฏิบัติการช่วยให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นที่จำเป็นที่ถูกต้องตอบสนองได้รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ ต้องประสานและร่วมงานกับ หน่วยงานอื่น ผู้ปฏิบัติการของหน่วยบริการสามารถเข้าถึง ผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุเป็นทีมแรกๆ ได้เห็นกลไกการบาดเจ็บ ให้การดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีความเอื้ออาทร เมตตา รักและเอาใจใส่ ตระหนักรู้ในหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง การปฏิบัติงานเน้นความปลอดภัยของตนเองและผู้อื่น มีการใช้ทักษะการประเมิน และการช่วยเหลือที่รวดเร็วถูกต้อง การเคลื่อนย้ายที่ถูกต้อง รวมถึงมีการสื่อสารที่กระชับฉับไว และการบันทึกที่ครบถ้วน ซึ่งจะทำให้การดูแลผู้บาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาลมีคุณภาพที่ดี และเป็นหัวใจไว้วางใจของประชาชนต่อไป

2.7 ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน

ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) คือ ระบบงานที่นำเอาเทคโนโลยีทางสารสนเทศมาใช้ สนับสนุนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยเริ่มใช้งานทั่วประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 จนถึงปัจจุบัน โดยได้รับการปรับปรุงและพัฒนาระบบงานเพื่อเสริมศักยภาพและความสามารถของระบบมาอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายของการพัฒนาระบบ คือ การพัฒนาระบบสารสนเทศของระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้รองรับและสนับสนุนการทำงานของบุคลากรที่อยู่ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้มีความสะดวกในการทำงานครบวงจรตั้งแต่การรับแจ้งการแพทย์ฉุกเฉิน การคัดแยกผู้ป่วยด้วยชุดคำถามตามเกณฑ์การคัดแยกและจัดลำดับผู้ป่วยฉุกเฉินตามอาการนำ จำนวน 25 อาการนำหลัก (criteria based dispatch: CBD) (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556) การออกคำสั่งปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยและนำส่ง การติดตามผลการปฏิบัติการ การเบิกจ่ายค่าตอบแทน จนกระทั่งถึงการนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในระบบไปบริหารจัดการภายในองค์กร อีกทั้งสามารถจัดการกับทรัพยากรที่มีได้อย่างเหมาะสมและคุ้มค่า

2.8 การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

ขั้นตอนการปฏิบัติการก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital care) หรือ ณ จุดเกิดเหตุ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ (เพ็ญรุ่ง บุญรักษ์ และสุนิสา สุวรรณรักษ์, 2557)

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้ปฏิบัติการและชุดปฏิบัติการอย่างน้อย 2 คน ในการออกปฏิบัติการแต่ละครั้ง มีการแต่งกายตามมาตรฐานกำหนดใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง เพื่อความปลอดภัยมีอุปกรณ์สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เช่น วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ ยานพาหนะ มีอุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัยอุปกรณ์ทั่วไป อุปกรณ์ทางการแพทย์ตามมาตรฐานที่ระบุ

ขั้นตอนที่ 2 ออกปฏิบัติการเมื่อได้รับการร้องขอจากประชาชนทั่วไป ตำรวจ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งออกปฏิบัติหน้าที่พร้อมยานพาหนะทันทีเมื่อได้รับแจ้งหรือประสานงานด้วยความระมัดระวัง โดยมีการแจ้งศูนย์สั่งการก่อนทุกครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินสถานการณ์และจุดเกิดเหตุซึ่งต้องทำเป็นสิ่งแรก วัตถุประสงค์เพื่อความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติ ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์และผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน และเพื่อวางแผนเตรียมการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ หลักสำคัญของการประเมินสถานการณ์ จุดเกิดเหตุ ได้แก่ การใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง เช่น ถุงมือ แว่นตา ผ้าปิดปาก การประเมินความปลอดภัยของสถานที่เกิดเหตุ การประเมินหลักการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน การประเมินจำนวนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน และการขอแหล่งสนับสนุนเพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินสภาวะการเจ็บป่วย การประเมินสภาพผู้ป่วยผู้บาดเจ็บ เป็นกิจกรรมการปฏิบัติที่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ต้องทำทุกครั้งก่อนช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ และต้องมีการประเมินตามความหมายของผู้ปฏิบัติการ สำหรับหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder) มีการประเมินเบื้องต้น (Initial Assessment) เป็นการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นขั้นตอนทันทีไม่เกิน 60 วินาทีเพื่อดูภาวะคุกคามชีวิตโดยประเมินระบบที่สำคัญ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิตและระบบประสาท โดยมีขั้นตอนในการปฏิบัติ ดังนี้

1) การลงความเห็นการเจ็บป่วย (General Impression) โดยการประเมินสภาพแวดล้อมและอาการสำคัญของผู้ป่วยโดยเร็วแยกให้ดูว่าเป็นการเจ็บป่วยทั่วไปหรือได้รับบาดเจ็บ เพศ อายุ

2) ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้บาดเจ็บ โดยการเรียกผู้บาดเจ็บถ้าผู้บาดเจ็บไม่รู้สีกตัวหรือพูดคุ้ยสับสน ไม่สามารถบอกรายละเอียดของการบาดเจ็บได้ให้สงสัยว่ามีการบาดเจ็บที่ศีรษะหรือสมองและต้องประเมินการหายใจต่อ

3) ประเมินทางเดินหายใจเป็น การประเมินทางเดินหายใจว่ามีสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจหรือไม่ซึ่งสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจนั้น ได้แก่ ลิ้นของผู้บาดเจ็บ ฟันปลอม เลือด และเศษอาหาร กรณีที่ผู้บาดเจ็บไม่รู้สีกตัวผู้ปฐมพยาบาลต้องป้องกันภาวะทางเดินหายใจถูกอุดกั้นและช่วยเปิดทางเดินหายใจให้โล่งโดยใช้มือทั้งสองข้างยกขากรรไกรล่างขึ้น

4) ประเมินการหายใจโดยการสังเกตการกระพือขึ้นลงของทรวงอก การหายใจเร็วหรือช้ากว่าปกติหรือไม่มีบาดแผลเปิดบริเวณทรวงอกหรือไม่

5) ประเมินการไหลเวียนเลือด สามารถประเมินได้จากการจับชีพจรที่ข้อมือ (Radial Pulse) ถ้าไม่พบให้คลาหลอดเลือดแดงใหญ่ข้างคอ (Carotid artery) การจับชีพจรจะดูความแรงและความสม่ำเสมอของชีพจร

6) ประเมินภาวะช็อคจากการแสดงของผู้บาดเจ็บคืออาการกระสับกระส่าย ผิวหนังซีดเย็น ชีพจรเบาเร็ว หรือไม่สามารถจับชีพจรได้ ถ้าหากภาวะช็อครุนแรงผู้บาดเจ็บจะมีอาการซึมลง ไม่รู้สึกตัวปลายมือปลายเท้ามีสีคล้ำขึ้นและเย็น หัวใจหยุดเต้นและหยุดหายใจ

7) ประเมินการหักของกระดูก ในผู้บาดเจ็บที่มีกระดูกหักจะพบว่า อวัยวะนั้น ๆ จะผิดรูปมีเสียงดังกรูบกรับ ปวด และมีอาการบวม กดเจ็บ นอกจากนี้อาจพบว่ามีแผลเปิดและมีกระดูกแทงออกมาข้างนอก

8) ประเมินดูบาดแผล ลักษณะและขนาดของบาดแผล จำนวนเลือดออก และมีอวัยวะภายในยื่นออกมาหรือไม่

9) การประเมินความรุนแรงของการป่วยฉุกเฉิน/บาดเจ็บเนื่องจากผู้บาดเจ็บจะมีความรุนแรงต่างกัน ผู้ปฐมพยาบาลต้องสามารถประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บได้ เพื่อพิจารณาให้การปฐมพยาบาลตามลำดับความรุนแรงการประเมินความรุนแรงของผู้บาดเจ็บได้ดังนี้

9.1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้แก่ผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยกะทันหันมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับการปฏิบัติการแพทย์ทันทีหรือช่วยเหลืออย่างรีบด่วนเพื่อแก้ไขระบบการหายใจระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาท ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตหรือพิการอย่างถาวร ผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้สัญลักษณ์สีแดง

9.2) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนได้แก่ผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในเวลาไม่กี่ชั่วโมงหรือเป็นภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือโดยเร็วจัดเป็นอันดับรองจากกลุ่มแรกใช้สัญลักษณ์สีเหลือง

9.3) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงได้แก่ผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรงอาจรอรับการปฏิบัติการแพทย์ได้ในระยะหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองแต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ กลุ่มนี้ใช้สัญลักษณ์สีเขียว

9.4) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (ผู้ป่วยทั่วไป) ได้แก่ บุคคลที่เจ็บป่วยแต่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งอาจรอรับหรือเลือกสรรการบริการสาธารณสุขในเวลาทำการตามปกติได้โดยไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้นหรือภาวะแทรกซ้อนตามมาใช้สัญลักษณ์สีขาว

9.5) ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่นได้แก่บุคคลซึ่งมารับบริการรับบริการสาธารณสุขหรือบริการเพื่อผู้อื่นโดยมากจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรใช้สัญลักษณ์สีดำ

ขั้นตอนที่ 5 แจ้งอาการการเจ็บป่วยสถานการณ์ ต่อศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (1669) การแจ้งอาการความเจ็บป่วยมายังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หลังจากที่มีประเมินการเจ็บป่วยว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยอย่างไรแจ้งความพร้อมศักยภาพของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินและขอกำลังสนับสนุนเพื่อการตัดสินใจจัดส่งชุดปฏิบัติการที่เหมาะสมหรือกำลังสนับสนุน

ขั้นตอนที่ 6 ให้การปฐมพยาบาลตามสภาวะของผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บที่ประเมินได้จากการให้การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ หรือการปฐมพยาบาลตามอาการเจ็บป่วยที่ประเมินได้จากแนว

ทางการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า มีการดำเนินงานตามขั้นตอนอย่างมีระบบ และมีพัฒนาอย่างต่อเนื่องจุดประสงค์และมีวิสัยทัศน์เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินทุกคนในประเทศไทยได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาตรฐานมีประสิทธิภาพอย่างรวดเร็วเกิดความปลอดภัยลดความรุนแรงลดภาวะเสี่ยงต่อความพิการและเสียชีวิต

3. แนวคิดเกี่ยวกับกฎหมายและอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับงานการแพทย์ฉุกเฉิน

3.1 อำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (พิเชษฐ์ หนองช้างและคณะ, 2557)

กฎหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่สนับสนุนหรือกำหนดให้การแพทย์ฉุกเฉินเป็นภารกิจและอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีดังนี้

1) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 (19) กำหนดให้เทศบาลเมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบล มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง เรื่อง การสาธารณสุขการอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล และมาตรา 17 (19) กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจหน้าที่ในการจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงสามารถทำการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินได้ ไม่ว่าจะเป็นในสถานพยาบาลหรือนอกสถานพยาบาล

2) พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2542 ฉบับที่ 3 มาตรา 15 (9) กำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบล ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ทางราชการมอบหมาย โดยจัดสรรงบประมาณหรือบุคลากรให้ตามความจำเป็นและสมควร

3) พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 มาตรา 50 (9) กำหนดให้เทศบาลตำบล มีหน้าที่ต้องทำหน้าที่อื่นตามที่กฎหมายบัญญัติให้เป็นหน้าที่เทศบาล, มาตรา 51 (6) กำหนดให้เทศบาลตำบล อาจจัดทำกิจการใดๆ ในเขตเทศบาล ให้มีและบำรุงรักษาที่ทำการพิทักษ์และรักษาคนไข้ เป็นหน้าที่ของเทศบาล, มาตรา 53 (4) กำหนดให้เทศบาลเมืองมีหน้าที่ต้องทำให้มีและบำรุงรักษาที่ทำการพิทักษ์และรักษาคนไข้, มาตรา 54 (7) กำหนดให้เทศบาลเมือง อาจจัดทำกิจการใดๆ ในเขตเทศบาล ให้จัดทำกิจการที่จำเป็นเพื่อการสาธารณสุข มาตรา 56 (1) กำหนดให้เทศบาลนคร มีหน้าที่ต้องทำตาม มาตรา 53 (4) ให้มีและบำรุงรักษาที่ทำการพิทักษ์และรักษาคนไข้ และมาตรา 56 (3) กำหนดให้เทศบาลนคร มีหน้าที่ต้องทำกิจการอย่างอื่นซึ่งจำเป็นเพื่อการสาธารณสุข

4) พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2552 มาตรา 45 กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินกิจการภายในเขตขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ดังต่อไปนี้ (3) สนับสนุนสภาตำบลและราชการส่วนท้องถิ่นอื่นในการพัฒนาท้องถิ่น (4) ประสานและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติหน้าที่ของสภาตำบลและราชการส่วนท้องถิ่นอื่น (9) จัดทำกิจการอื่นใดตามที่กำหนดในพระราชบัญญัตินี้ หรือกฎหมายอื่นให้เป็นอำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

5) พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2528 มาตรา 89 (16) กำหนดให้กรุงเทพมหานคร มีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการ เรื่อง การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล

6) พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการเมืองพัทยา พ.ศ. 2542 มาตรา 62(14) กำหนดให้เมืองพัทยา มีอำนาจหน้าที่อื่นตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นของเทศบาลนครหรือของเมืองพัทยา

7) พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 มาตรา 20 กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งพื้นที่ที่มีหน้าที่ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในเขตท้องถิ่นของตน โดยมีผู้บริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งพื้นที่นั้นเป็นผู้รับผิดชอบในฐานะ ผู้อำนวยการท้องถิ่น และมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้อำนวยการจังหวัดและผู้อำนวยการอำเภอตามที่ได้รับมอบหมายในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้อำนวยการท้องถิ่นตามวรรคหนึ่ง ให้ผู้อำนวยการท้องถิ่นมีอำนาจสั่งการควบคุม และกำกับดูแลการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าพนักงานและอาสาสมัครให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้ให้ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งพื้นที่นั้นเป็นผู้ช่วยผู้อำนวยการท้องถิ่น รับผิดชอบและปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในเขตท้องถิ่นของตนและมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้อำนวยการท้องถิ่นตามที่ได้รับมอบหมายพระราชบัญญัติดังกล่าว ได้ให้อำนาจหน้าที่แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในท้องถิ่น ซึ่งงานการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นส่วนหนึ่งในการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินงานอยู่แล้ว จึงเป็นการสนับสนุนการทำงานร่วมกัน เพื่อพัฒนาท้องถิ่นและคุณภาพชีวิตของประชาชนในท้องถิ่น

8) พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 เมื่อมีการตราพระราชบัญญัตินี้ ออกมาบังคับใช้โดยในมาตรา 33 วรรค 2 บัญญัติไว้ว่า “เพื่อส่งเสริมการมีบทบาทตามความพร้อม ความเหมาะสม และความจำเป็นของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) สนับสนุนและประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยอาจได้รับการอุดหนุนจากกองทุน” ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการตามหน้าที่ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินและการแพทย์ฉุกเฉิน ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และหลักเกณฑ์ที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้

3.2 บทบาทและหน้าที่การดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

นับตั้งแต่มีการตราพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ขึ้น มีผลบังคับใช้ในวันที่ 7 มีนาคม 2551 งานการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องเป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้ ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) ขึ้น เพื่อกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนกำหนดให้มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้น เป็นหน่วยงานรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบ

การแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ถูกกำหนดบทบาทและหน้าที่ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 33 วรรค 2 ที่บัญญัติไว้ว่าเพื่อส่งเสริมการมีบทบาทตามความพร้อม ความเหมาะสม และความจำเป็นของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน สนับสนุนและประสานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยอาจได้รับการอุดหนุนจากกองทุน ดังนั้น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา มีหน้าที่เรื่องการสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลเพื่อประโยชน์ของประชาชนตามบทบาทและหน้าที่ ที่กฎหมายกำหนด “การแพทย์ฉุกเฉิน” เป็นประเภทหนึ่งของการสาธารณสุขและการรักษาพยาบาล ได้ถูกกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในฐานะหน่วยปฏิบัติการ ในการดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉิน ให้เป็นไปตามมาตรา 29 ที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน กำหนด ดังนี้

- (1) ประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ หรือข้อจำกัดของผู้ปฏิบัติการหน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล
- (2) หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล
- (3) มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน
- (4) หลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการประสานงานและการรายงานของหน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาลในการปฏิบัติการฉุกเฉิน รวมทั้งความพร้อมเกี่ยวกับบุคลากรพาหนะ สถานที่ และอุปกรณ์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินและการรับผู้ป่วยฉุกเฉินหน่วยปฏิบัติการซึ่งปฏิบัติการฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐาน ที่ กพฉ.กำหนด ตามวรรคหนึ่ง อาจได้รับการรับรองมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินหรือมีสิทธิได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากกองทุนในกรณีที่หน่วยปฏิบัติการใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐาน ที่ กพฉ.กำหนดตามวรรคหนึ่ง กพฉ. อาจสั่งไม่รับรองมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินหรือสั่งจำกัดสิทธิขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติการฉุกเฉินตาม (1) หรือจะสั่งงดการสนับสนุนด้านการเงินก็ได้

3.3 หลักเกณฑ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 33 วรรค 2 คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินได้กำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามประกาศสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การสนับสนุนการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินท้องถิ่น พ.ศ. 2553 ลงวันที่ 11 สิงหาคม 2553 เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

1) นิยามศัพท์ตามประกาศ

“องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น” หมายถึง องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล

องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น ที่กฎหมายกำหนด

“ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่” หมายถึง ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ดำเนินงานและบริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2) วัตถุประสงค์ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

2.1) เพื่อจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ประชาชน ได้เข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

2.2) เพื่อการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ทั้งในภาวะปกติ และสาธารณภัยหรือภัยพิบัติ รวมถึงการดำเนินงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายต่างๆ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และการกู้ภัย

2.3) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน หรือองค์กรภาคีอื่น

3) การดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สามารถดำเนินการได้ ดังนี้

3.1) การสร้างความรู้ ความเข้าใจ และประชาสัมพันธ์ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน

3.2) ส่งเสริมการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

3.3) การเฝ้าระวังเหตุและการแจ้งเหตุ เช่น โทร 1669 หรือระบบการสื่อสารอื่น

3.4) ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในชุมชนหรือพื้นที่

3.5) การศึกษา ค้นคว้า วิจัย ฝึกอบรมแก่บุคลากร หน่วยงาน หรือประชาชน

3.6) ส่งเสริมและพัฒนาระบบการสื่อสาร เพื่อสนับสนุนการแพทย์ฉุกเฉิน

3.7) การประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน

3.8) การปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยจัดชุดปฏิบัติการ ร่วมหรือสนับสนุนการดำเนินงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หรือมอบให้หน่วยงาน มูลนิธิ องค์กรการกุศล หรือ องค์กรเอกชน เป็นหน่วยปฏิบัติการจัดชุดปฏิบัติการดำเนินการเพื่อปฏิบัติการฉุกเฉิน ภายใต้การส่งเสริม สนับสนุน และดูแลขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น โดยต้องมีผู้ปฏิบัติการ พาหนะฉุกเฉิน และอุปกรณ์ตามมาตรฐาน ที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด พร้อมทั้งขึ้นทะเบียน และให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง ออกปฏิบัติการฉุกเฉินตามที่ได้รับแจ้งจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ รวมทั้งสนับสนุนเครือข่ายระหว่างพื้นที่ ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัยหรือภัยพิบัติ

3.9) เพื่อให้การดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เป็นไปตามภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ดำเนินงานบริหารจัดการ และการเงินการคลัง เป็นไปตามกฎหมายหรือระเบียบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น หรืออาจดำเนินงานและบริหารจัดการในรูปแบบอื่นๆ ตามที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นเหมาะสมกับท้องถิ่น เช่น การนำร่องเพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยจัดตั้งชมรมอาสาสมัครกู้ชีพตำบล หรือ

บูรณาการกับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ทั้งนี้โดยแยกบัญชีรับ-จ่าย หรือจัดตั้งกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

3.10) ภารกิจอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินหรือสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด

4) การสนับสนุนการดำเนินงานและการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

โดยมีการสนับสนุน อุดหนุน และค่าชดเชยการดำเนินงานและการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้เป็นไปตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ต้องการรับการสนับสนุน อุดหนุนหรือค่าชดเชย ต้องดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามมาตรฐาน หลักเกณฑ์ แนวทาง และคู่มือที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินหรือสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ประกาศกำหนดในกรณีที่ยังมิได้มีการประกาศกำหนด ให้การดำเนินการและการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปตามมาตรฐาน หลักเกณฑ์ แนวทางหรือคู่มือที่ใช้อยู่เดิมไปพลางก่อน และในกรณีที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใดมีเหตุผล และความจำเป็นไม่อาจดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามมาตรฐาน หลักเกณฑ์ แนวทาง หรือคู่มือ อาจขอผ่อนผันต่อสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติหรือหน่วยงานที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินมอบหมาย เมื่อได้รับการผ่อนผันแล้ว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีสิทธิได้รับการสนับสนุน อุดหนุนหรือค่าชดเชย

โดยสรุปเพื่อให้เกิดความชัดเจนในทางปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการแพทย์ฉุกเฉินตามกฎหมายหรือไม่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้จัดทำหนังสือหรือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และได้รับการตอบข้อหารือเรื่องการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจหน้าที่สามารถให้การรักษายาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินได้ ทั้งเป็นการรักษายาบาลในสถานพยาบาลหรือนอกสถานพยาบาลขึ้นอยู่กับความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ ทั้งนี้ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 (19) กำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล และเมืองพัทยา มีอำนาจและหน้าที่ในเรื่องการสาธารณสุข การอนามัย ครอบครัว และการรักษายาบาล และมาตรา 17 (19) กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษายาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และต้องดำเนินการตามหน้าที่ในการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ตามหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนที่สุด ที่ มท 0891.3/658 ลงวันที่ 25 มกราคม 2553 และนอกจากนี้ได้ให้คณะกรรมการกระจายอำนาจ พิจารณากำหนดบทบาทภารกิจการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ได้นำเรื่องเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการวินิจฉัยเกี่ยวกับกฎหมายกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครั้งที่ 1/2557 เมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2557 ที่ประชุมมีความเห็นว่า การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการถ่ายโอนภารกิจจากราชการส่วนกลางและราชการส่วนภูมิภาคไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่สำหรับภารกิจการแพทย์ฉุกเฉินนั้นถือว่า เป็นภารกิจด้านสาธารณสุข

ประเภทหนึ่ง ซึ่งกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่แล้ว ดังนั้นภารกิจดังกล่าวจึงไม่ใช่งานที่รัฐต้องกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นกับการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินนั้น ให้ถือปฏิบัติตามหนังสือสั่งการของกระทรวงมหาดไทยที่ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติดังกล่าวไว้แล้ว (ตามหนังสือสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ นร 0107/2989 ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2557)

สรุป การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสำคัญต่อการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินตั้งแต่ก่อนมาถึงโรงพยาบาล เป็นปฏิบัติการที่ช่วยให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นที่จำเป็นที่ถูกต้องตอบสนองได้รวดเร็ว ทันการณ์ ต้องประสานและร่วมงานกับหน่วยงานอื่น ผู้ปฏิบัติการของหน่วยบริการสามารถเข้าถึงผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุเป็นทีมแรก ๆ ได้เห็นกลไกการบาดเจ็บ ให้การดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีความเอื้ออาทร เมตตา รักและเอาใจใส่ ตระหนักรู้ในหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง การปฏิบัติงานเน้นความปลอดภัยของตนเองและผู้อื่น มีการใช้ทักษะการประเมินผู้บาดเจ็บ การช่วยเหลือที่รวดเร็ว ถูกต้อง การเคลื่อนย้ายที่ถูกต้อง รวมถึงมีการสื่อสารที่กระชับฉับไว และการบันทึกที่ครบถ้วน ซึ่งคุณสมบัติที่กล่าวมานี้จะทำให้การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาลมีคุณภาพที่ดี และเป็นที่ยอมรับของประชาชนต่อไป

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ (2552) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนเป็นการวิจัยและพัฒนาโดยผสมผสานระหว่างเชิงปริมาณและคุณภาพใช้แบบประเมินทักษะขีดความสามารถ ส่วนเชิงคุณภาพใช้วิธีการสนทนากลุ่มการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสัมภาษณ์กลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมการประชุมระดมความคิด แบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านขีดความสามารถของบุคลากรในการบริการการแพทย์ ฉุกเฉินในชุมชนในประเทศไทยยังมีความรู้ที่ขาดทักษะและความชำนาญเพราะไม่ได้รับการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะเรื่องการห้ามเลือด การตามกระดูกที่หัก การช่วยฟื้นคืนชีพ การประเมิน สภาพผู้ป่วยและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การไม่ชำนาญในการใช้อุปกรณ์ และมีความล่าช้าในการออกรับผู้ป่วย 2) ด้านผลการสร้างรูปแบบการฝึกอบรมภาคทฤษฎี และการฝึกอบรมภาคปฏิบัติและได้นำมาใช้ในประเทศไทย ผลการประเมิน พบว่า หลังการฝึกอบรมบุคลากรในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน เข้าใจกระบวนการการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ผู้ป่วย สามารถตัดสินใจในการทำงานได้อย่างรวดเร็วสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี มีการดูแล ผู้ป่วยฉุกเฉินได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น และสามารถนำไปถ่ายทอดความรู้ให้กับบุคลากรให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนอื่นได้และด้านการประเมินโดยใช้แบบประเมินทักษะการปฏิบัติงาน พบว่า คะแนนก่อนอบรมและหลังอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

กฤษฎี โพธิ์ศรี, อุดมศักดิ์ มหาวิ วัฒน และ จุฬารณย์โสตะ (2555) ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครกู้ชีพ ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐาน อำเภอ

เมือง จังหวัดมหาสารคาม เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครกู้ชีพในการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐาน โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ร่วมกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครกู้ชีพ ของหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐานจำนวน 4 หน่วย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม จำนวน 50 คน ผลการวิจัย พบว่าภายหลังการพัฒนา กลุ่มทดลองมีความรู้ในการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินและทักษะการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จารุณี สุธีร์, สุรชา อมรพันธ์ และนิพนธ์ มานะสถิตพงศ์ (2555) ได้ศึกษาการพัฒนา คุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น พัฒนาและเก็บ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และแบบประเมินคุณภาพการนำส่ง ผู้ป่วยฉุกเฉินในการปฏิบัติการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการเก็บข้อมูลก่อนการพัฒนาและหลัง การพัฒนา ผลการศึกษาพบว่า ด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติงาน การพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น หลังการพัฒนาคุณภาพระบบ การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง และมากกว่าก่อน การพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล และคณะ (2555) ได้ศึกษาสาเหตุของการไม่เรียกใช้บริการแพทย์ ฉุกเฉินของผู้มาใช้บริการในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ โดย พบว่าผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่มีรถส่วนตัว สามารถมาโรงพยาบาลเองได้ แม้ว่าจะรู้จักบริการ การแพทย์ฉุกเฉินการขาดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากบางราย ที่มาด้วยรถส่วนตัวถูกคัดแยกเป็นผู้ป่วยระดับที่ 1 (Resuscitation) และระดับที่ 2 (Emergency) ซึ่ง เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที บางรายไม่รู้จักบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน ไม่ทราบว่าจะติดต่ออย่างไรอาจจะเป็นเพราะการประชาสัมพันธ์ยังไม่เพียงพอบางรายอยู่ใน ภาวะตกใจทำให้ไม่ได้นึกถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน บางรายเห็นว่าการบาดเจ็บของตนเองนั้นไม่ ฉุกเฉิน หรือเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องเรียกใช้บริการ และบางรายไม่ไว้วางใจในระบบ บริการ เนื่องจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีหลายระดับตั้งแต่อาสาสมัครจนถึงทีมเจ้าหน้าที่ที่มีความ เชี่ยวชาญ ดังนั้นการได้รับการยอมรับและความไว้วางใจจากประชาชนในบริการทุกระดับจึงเป็นไปได้ ยาก ต้องใช้ระบบในการควบคุมคุณภาพไม่ว่าจะเป็นการอบรมเจ้าหน้าที่ทั้งความรู้และพฤติกรรม บริการ ระบบการสุ่มตรวจขณะปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนไว้วางใจ สำหรับผู้ที่ ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นญาติ คนรู้จัก ตำรวจหรือผู้พบเห็นที่บังเอิญผ่านมาให้ข้อมูลสื่อ จากป้ายโฆษณา ป้ายข้างทาง โทรทัศน์และวิทยุ ทำให้พวกเขาารู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินและ สามารถเรียกใช้บริการได้ ดังนั้น ควรมีการเพิ่มการประชาสัมพันธ์ในสื่อเหล่านี้ อีกทั้งยังเสนอแนะว่า ควรมีหมายเลขโทรศัพท์ 1669 บนบัตรประจำตัวประชาชน เพราะเป็นบัตรที่พกติดตัวตลอดเวลาและ สามารถนำมาใช้ในสถานการณ์ฉุกเฉินได้

จารุวรรณ ธาตาเดช (2557) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทย สรุปได้ว่า จุดเด่นของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คือการพัฒนาอย่างไม่หยุดนิ่ง ดำเนินการแบบค่อยเป็น ค่อยไปเข้าถึงบริการฟรีเกือบทั้งหมด โดยรัฐสนับสนุนด้วยกลไก นโยบายด้านกฎหมายและการเงิน

การคลังในระดับมหภาค อย่างไรก็ตามในการดำเนินนโยบายที่ผ่านมายังพบปัญหาอุปสรรค เช่น หน่วยกู้ชีพยังมีปัญหาในด้านคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการประชาชนเกิดความสับสนกับหมายเลขเรียกบริการกู้ชีพที่มีมากกว่า 5 หมายเลข การบริการฉุกเฉินก่อนโรงพยาบาลยังเป็น Multiple tiers system ซึ่งต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้วที่มีจะเป็น Single tiers system การจัดทำมาตรฐานการบริการ ทั้งยานพาหนะอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ ยังไม่พบหลักฐานการตรวจสอบคุณภาพ และที่สำคัญมีข้อจำกัดด้านข้อมูลสารสนเทศและงานวิจัยเชิงระบบเป็นอย่างมาก ทำให้ขาดข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนนโยบายเพื่อควบคุมกำกับและติดตามคุณภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

วิไลภรณ์ ศิริกา, ศศิธร พิมพ์ชายน้อย และทิพานัน นามวิจิตร (2559) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือน จำนวน 203 คน โดยอาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือนส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้และทักษะในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนดำเนินการอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 55.7 คะแนนเฉลี่ย 11.9/20 คะแนน หลังดำเนินการอยู่ในระดับสูงร้อยละ 56.2 คะแนนเฉลี่ย 16.1/20 คะแนน โดยก่อนดำเนินการมีจำนวนการใช้บริการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (หน่วยกู้ชีพ) เฉลี่ย 24 ครั้งต่อเดือน การแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669 ร้อยละ 81.1 หลังดำเนินการมีจำนวนการใช้บริการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (หน่วยกู้ชีพ) เฉลี่ย 38 ครั้งต่อเดือนการแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669 ร้อยละ 98.2 ตามลำดับ

ธงชัย อามาตย์บัณฑิต (2560) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ผลจากการสังเคราะห์งานวิจัย 31 เรื่องพบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียกใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยเร่งด่วน ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้อง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้และการมีพาหนะส่วนตัวและปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติการเรียกใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยเร่งด่วน ได้แก่ การเคยใช้บริการฉุกเฉินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้บริการ การเข้าถึงข้อมูลบริการ ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยเร่งด่วนที่ต้องใช้บริการและความเชื่อมั่นในตัวเองต่อการใช้บริการ

แสงอาทิตย์ วิชัยยา (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤติในโรงพยาบาลต่าง พบว่า ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤติมีการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในอัตราที่ต่ำ ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ประโยชน์คือ ควรประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยทราบตั้งแต่การรับรู้ถึงอาการภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติที่ต้องใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การปรับทัศนคติการรับรู้อุปสรรคที่ถูกต้อง รวมทั้งสื่อสารขั้นตอนการให้บริการการเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการใช้บริการกับไม่ใช้บริการและควรมีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการติดต่อสื่อสาร รวมทั้งควรมีการสร้างชุมชนสื่อสารออนไลน์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการในระดับชุมชนระหว่างผู้ให้บริการและประชาชนในพื้นที่

ยุภาวดี คงดา (2562) ได้ทำการศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามการรับรู้ของ

ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน ระบุว่าหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุงมีความพร้อมครบถ้วนมากที่สุดด้านยานพาหนะ วัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ และด้าน นโยบายและการบริหารจัดการ ร้อยละ 100 การรับรู้การปฏิบัติงานตามระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด พิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินมี การรับรู้ด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ การรับรู้ระดับมากด้านการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ และด้านการรับแจ้งเหตุและคำสั่งปฏิบัติ ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้การปฏิบัติงานตามระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำแนกตาม สถานที่ปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุงมีการรับรู้การปฏิบัติตามระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่พบว่า ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินที่ ปฏิบัติงานในเทศบาลมีการรับรู้ด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมแตกต่างจาก ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนตำบลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

สุรภา ขุนทองแก้ว (2562) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินจังหวัดราชบุรี พบว่า การที่ประชาชนเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วย ฉุกเฉินนั้นการรับรู้ระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งสำคัญ หน่วยกู้ชีพทุกแห่งต้องมีการ ประชาสัมพันธ์และสร้างความไว้วางใจในบริการของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพราะผู้ป่วยจะตัดสินใจ เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจากสิ่งที่ได้รับรู้ นอกจากนี้ยังพบว่า ความคาดหวังผลจากบริการ การแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้ผู้ป่วยเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หน่วยกู้ชีพทุกแห่งต้องมีการสร้าง ระบบความมั่นใจเพราะหากศักยภาพของบุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์รวมถึงระบบบริการที่ดีจะ สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ธนกฤต จินดาภักดิ์ (2564) ได้ทำโครงการการพัฒนาระบบการดูแลการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ ครบวงจรในระดับตำบล ชุมชนชาติพันธุ์พื้นที่สูง อำเภอฝางจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อพัฒนาระบบการดูแล การเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ครบวงจรในพื้นที่ดอยอ่างขางจังหวัดเชียงใหม่ กระบวนการในการพัฒนาระบบ แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล ผลการศึกษานี้ทำให้ได้ระบบการดูแลการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ครบวงจรในพื้นที่ดอยอ่างขาง จังหวัด เชียงใหม่ ซึ่งประกอบด้วย 1) โปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการขอความช่วยเหลือ สำหรับแกนนำชุมชน และ 2) สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่จำนวน 3 ชิ้น โดยใช้ภาษา 3 ภาษา ได้แก่ ภาษาดารอั้ง ภาษาลาหู่และภาษาจีนยูนนาน ผลลัพธ์จากการนำ ระบบไปใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพและการขอความ ช่วยเหลือ ก่อนและหลังการนำระบบไปใช้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.433, p < .01$) และผลความเป็นไปได้ในการนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100.0 มีความ คิดเห็นว่าระบบการดูแลการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ครบวงจรที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับพื้นที่ดอย อ่างขางและมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติในระดับมาก

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้ใช้กระบวนการพัฒนาตามแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไฮ อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการภายใต้บริบทของชุมชนเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตรวมถึงการใช้แบบสอบถาม มีรายละเอียดของการศึกษาดังนี้

1. พื้นที่ในการศึกษา

ผู้ศึกษาเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบตำบลกุดไฮ 11 หมู่บ้าน โดยมีระยะการศึกษา 6 เดือน ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2564 – เมษายน 2565

2. กลุ่มเป้าหมาย

ในการศึกษานี้ แบ่งกลุ่มเป้าหมาย เป็น 2 ส่วนคือ กลุ่มที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และหาแนวทางการพัฒนาบริการ เสร็จแล้วนำแนวทางไปปฏิบัติ และประเมินผล กลุ่มที่ 2 คือผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลกุดไฮในระยะเวลาการศึกษา รายละเอียด กลุ่มที่ 1 ได้คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ จำนวน 50 คน ประกอบด้วย

กลุ่มผู้ให้บริการ

2.1 พนักงานที่ปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไฮ จำนวน 6 คน

2.2 ผู้ให้บริการสุขภาพ 4 คน ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค้อน้อย 2 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลาง 2 คน

กลุ่มผู้บริหาร

2.3 ผู้บริหาร 2 คน คือ นายกเทศมนตรีตำบลกุดไฮ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลกุดไฮ

กลุ่มประชาชน

2.4 ผู้นำชุมชน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 11 คน

2.5 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 11 คน

2.6 ประชาชน 16 คน มีคุณสมบัติ เป็นผู้ป่วยหรือญาติที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลกุดไฮ

3. เครื่องมือในการวิจัย

3.1 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

ใช้ 3 วิธีการหลัก คือ

1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

- 2) การสนทนากลุ่ม (focus group)
- 3) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม

3.1.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In – depth Interview)

โดยผู้ศึกษาใช้แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้บริหาร และกลุ่มผู้ปฏิบัติ โดยเน้นการสัมภาษณ์เป็นการสนทนาแบบไม่เป็นทางการ (Non – Structural Interview) เป็นคำถามปลายเปิด (Open-end) เพื่อให้ได้ข้อมูลและประเด็น ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับประสบการณ์ บทบาทหน้าที่ ปัญหา ความต้องการ เพื่อนำมาวิเคราะห์ให้เห็นความคิดหรือเหตุผลของแต่ละกลุ่ม เพื่อหารูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่เหมาะสมเป็นไปได้ในชุมชน

3.1.1.1 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลกุดไท่ เป็นคำถามปลายเปิด (Open-end) ประกอบด้วยประเด็นดังต่อไปนี้

- 1) ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้/เดือน ประสบการณ์ทำงานการแพทย์ฉุกเฉิน ตำแหน่งหน้าที่ ประสบการณ์การฝึกอบรมเกี่ยวกับงาน
- 2) ชุดคำถามการวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้
 - (1) ลักษณะงานที่ท่านรับผิดชอบ บทบาทหน้าที่ในการทำงาน เป็นอย่างไร อธิบายรายละเอียดงาน
 - (2) ท่านมีบทบาทในการพัฒนางานของท่านหรือไม่อย่างไร
 - (3) ปัญหาอุปสรรคในการทำงานของท่านมีหรือไม่ เป็นอย่างไร
 - (4) ท่านเคยได้รับการร้องเรียนในการปฏิบัติงานหรือไม่ ท่านมีแนวทางการแก้ไขปัญหาร้องเรียนนี้อย่างไร
 - (5) ท่านมีการพัฒนาสมรรถนะการทำงานของท่านหรือไม่ อย่างไร
 - (6) ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผน และพัฒนางานในองค์กรของท่านหรือไม่อย่างไร
 - (7) ค่าตอบแทนในการออกปฏิบัติงานแต่ละครั้งเป็นอย่างไร
 - (8) ผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติงานเป็นอย่างไร

3.1.1.2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารอปท. , เป็นคำถามปลายเปิด (Open-end) ประกอบด้วยประเด็นดังต่อไปนี้

- 1) ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่ง และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน
- 2) ชุดคำถามเกี่ยวกับการวิจัยดังนี้
 - (1) นโยบาย/แนวทางการบริหารงานในการจัดบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในตำบลกุดไท่ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร
 - (2) ภาระและบทบาทของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง กับการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้านจัดสรรงบประมาณ ด้านบุคลากร รถพยาบาล และเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ ด้านระบบสารสนเทศและการประสานงาน เป็นอย่างไร
 - (3) รูปแบบบริการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่หน่วยงานท่าน เป็นอย่างไร

(4) แนวทางการสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอย่างไร

(5) ปัญหา ข้อจำกัด ข้อเสนอแนะ และความต้องการการ การแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรของท่านเป็นอย่างไร

3.1.2 การสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่ม เป็นการรวบรวมข้อมูลและข้อคิดเห็นจากกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้นำชุมชน อสม. ประชาชน ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลกุตไผ่ โดยเปิดโอกาสให้แสดงทัศนคติ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างหลากหลาย ตามกรอบประเด็นคำถามดังนี้

- 1) การรับรู้เรื่อง นโยบายและแผนปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลกุตไผ่เป็นอย่างไร
- 2) ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน หรือไม่อย่างไร
- 3) มุมมองของคนในชุมชนต่องานบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลกุตไผ่เป็นอย่างไร
- 4) ความพึงพอใจต่องานบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลกุตไผ่เป็นอย่างไร
- 5) ภาระและบทบาทขององค์กรทางสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมาเป็นอย่างไร
- 6) แนวทางการสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลกุตไผ่เป็นอย่างไร
- 7) การบริการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินที่จัดทำขึ้นเป็นอย่างไร
- 8) ปัญหา ข้อจำกัด และความต้องการการบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน และ องค์กรทางสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาครัฐเป็นอย่างไร
- 9) รูปแบบ หรือการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุมชนท้องถิ่นในอดีต และปัจจุบันเป็นอย่างไร
- 10) รูปแบบ หรือแนวทางการ ด้านการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุมชนท้องถิ่นที่เหมาะสม เป็นไปได้จริงตามบริบทควรเป็นอย่างไร

3.1.3 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม

เป็นการสังเกตขณะร่วมกิจกรรมการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุม การร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชน

3.1.4 การบันทึกภาคสนาม ผ่านการได้รับอนุญาตจากผู้ร่วมกิจกรรม โดยใช้การสังเกต การสัมภาษณ์ การสอบถาม ประชาชน ผู้นำชุมชน โดยมีอุปกรณ์ดังนี้ 1) สมุดจดบันทึก นำมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกตามความเป็นจริงที่ได้จากการ สังเกต การพูดคุย พฤติกรรมการแสดงออก ข้อเสนอแนะ และบรรยากาศขณะ ดำเนินกิจกรรมร่วมกันตลอดโครงการของกลุ่มเป้าหมาย โดยจดบันทึกภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ข้อมูลมีความเที่ยงตรงและมีความสมบูรณ์ ป้องกันการลืม

2) กล้องถ่ายภาพ ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการอ้างอิง และ 3) เทปบันทึกเสียง เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลขณะสัมภาษณ์ สันทนากลุ่ม ใช้ตรวจสอบบทสนทนาทำให้เกิดความแม่นยำตรงของข้อมูล

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

4.1 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดกิจกรรมในชุมชนเสนอให้ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและทำงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลกุดบาก พยาบาลผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลกุดบาก เพื่อพิจารณาตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความครอบคลุมทางเนื้อหาความถูกต้องเหมาะสมทางภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนจัดลำดับเนื้อหา จากนั้นผู้ศึกษานำมาแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปทดลองใช้กับผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตพื้นที่ใกล้เคียงเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้กับกลุ่มเป้าหมายและระยะเวลาของแต่ละกิจกรรมอีกครั้ง

4.2 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพจำเป็นต้องมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังนี้

4.2.1 ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษากับผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีสติสัมปชัญญะที่ดี เข้าใจในวัตถุประสงค์ กระบวนการศึกษา และมีเป้าหมายร่วมกัน มีการสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองระหว่างสัมภาษณ์มีการย้อนถามกลับเพื่อยืนยันความถูกต้องก่อนการจบสัมภาษณ์ มีการสรุปประเด็นในการสนทนากลุ่ม ก่อนการจบการสนทนากลุ่มมีการบันทึกข้อมูลทันทีหลังการสัมภาษณ์เสร็จ

4.2.2 ความเหมาะสมของข้อมูล โดยใช้การเก็บข้อมูลที่หลากหลายคือการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกต การตีความ การวิเคราะห์ข้อมูล

4.2.3 ความถูกต้องของข้อมูล โดยการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) โดย 1) การตรวจสอบข้อมูลเรื่องเดียวกันจากกลุ่มคนที่ต่างกัน เช่น การถามข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีอาการปวดท้อง วิงเวียน อุบัติเหตุ และมีการตรวจสอบข้อมูลจากอสม. ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือกลุ่มผู้นำชุมชน 2) การตรวจสอบในเวลาที่แตกต่างกัน เป็นการถามประเด็นเดียวกัน แต่ถามคนละช่วงเวลาแล้วประเมินจากคำตอบว่าเหมือนกันหรือต่างกันอย่างไร และ 3) การใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ต่างกัน เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การสนทนากลุ่ม นำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกัน

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 ระยะเตรียมการ

5.1.1 ทบทวนเอกสารตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1.2 เก็บรวบรวมสถิติงานการแพทย์ฉุกเฉิน จากฐานข้อมูลการบริการ

5.1.3 เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ปฏิบัติ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คัดลอกรายชื่อ เพื่อประสานการเข้าร่วมในการศึกษา

5.1.4 เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียง 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสามารถในการบันทึกรายละเอียดการสนทนา เข้าใจภาษาอีสาน มีการซักซ้อมรายละเอียดในการจดบันทึก จนมีความเข้าใจและสามารถจดบันทึกได้โดยจดบันทึกขณะสนทนากลุ่ม

5.1.5 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

5.1.6 ขออนุญาตพื้นที่ในการทำการศึกษานี้ โดยทำหนังสือแจ้ง ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลและดำเนินการศึกษาในพื้นที่และประสานกับชุมชน

5.1.7 ประสานงานกับ ผู้ปฏิบัติงาน ผู้นำชุมชน อสม. ผู้บริหาร และผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อประชาสัมพันธ์ การเข้าร่วมโครงการโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา การปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษา รวบรวมจำนวนผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

5.1.8 ก่อนดำเนินการสัมภาษณ์ หรือ สนทนากลุ่ม ผู้ศึกษาได้ส่งหนังสือนัดหมาย วัน เวลา ที่กลุ่มเป้าหมาย สะดวก

5.2 ระยะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ 2 ส่วนคือ

5.2.1 การศึกษาบริบทชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลของชุมชน วิถีชีวิตความเป็นอยู่ สังคม และเศรษฐกิจของชุมชน ที่สามารถใช้เป็นฐานเชื่อมโยงไปถึงการวิเคราะห์สถานการณ์ ภาพการณ์เจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต สัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม กำหนดการเก็บรวบรวมข้อมูล เดือน ตุลาคม 2564 โดยก่อนการออกเก็บข้อมูล ผู้ศึกษา ได้ติดต่อประสานงานส่งหนังสือนัดหมาย วัน เวลา ที่ผู้ให้ข้อมูลหลัก สะดวก พิจารณาสถานที่ผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา ขออนุญาต สัมภาษณ์ จดบันทึกข้อมูล บันทึกเสียง และบันทึกภาพ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนการนำเสนอข้อมูลจะเสนอในภาพรวมไม่ได้มีการระบุชื่อผู้ให้สัมภาษณ์และให้ความมั่นใจในการเก็บข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นความลับ

5.2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับสถานการณ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีขั้นตอนรายละเอียดการเก็บข้อมูลดังต่อไปนี้

5.2.2.1 สัมภาษณ์เจาะลึก พนักงานที่ปฏิบัติงานการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไผ่ จำนวน 6 คน ผู้บริหาร เก็บข้อมูลที่สำนักงาน ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณคนละ 45- 60 นาที โดยออกสัมภาษณ์เชิงลึก ในช่วงเดือน ตุลาคม 2564 ผู้ศึกษาขออนุญาตสัมภาษณ์ จดบันทึกข้อมูล บันทึกเสียงและบันทึกภาพ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูลจะเสนอในภาพรวมไม่ได้มีการระบุชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ และให้ความมั่นใจในการเก็บข้อมูลเป็นความลับ หลังการสัมภาษณ์ ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สรุปประเด็นให้แล้วเสร็จในแต่ละวัน หากมีข้อมูลบางส่วนที่ไม่ครบถ้วน สัมภาษณ์เพิ่มในวันถัดไปจนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

5.2.2.2 สนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เป็นการรวบรวมข้อมูลและข้อคิดเห็นจากกลุ่มเป้าหมาย คือ พนักงานที่ปฏิบัติงาน ผู้นำชุมชน อสม. ผู้บริหาร และผู้ให้บริการสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเปิดโอกาสให้แสดงทัศนคติ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่าง

หลากหลาย ตามกรอบประเด็นคำถามที่เตรียมไว้ โดยใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 90 นาที ตั้งแต่เวลา 09.30 น.-11.00 น. สนทนากลุ่มในเดือนตุลาคม 2564 สถานที่ในการสนทนากลุ่มคือ ห้องประชุมเทศบาลตำบลกุดไผ่ มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ครั้งละ 50 คน คณะทุกกลุ่มเป้าหมาย ผู้ศึกษาอธิบายขั้นตอนการสนทนากลุ่ม แบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบผู้ช่วยในการสนทนากลุ่ม ในกระบวนการสนทนากลุ่ม ผู้ศึกษาขออนุญาตจดบันทึก บันทึกเสียง บันทึกภาพขณะสนทนากลุ่ม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อประโยชน์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนการนำเสนอข้อมูลจะเสนอในภาพรวม ไม่ได้มีการระบุชื่อผู้สนทนา ผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนา ขั้นแรกผู้ศึกษาแนะนำตัวเองและผู้ช่วยจดบันทึก 1 คน ผู้สังเกตการณ์ 1 คน และบันทึกภาพ 1 คน ชี้แจงวัตถุประสงค์พร้อมทั้งให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ก่อนนำเข้าสู่ประเด็น การสนทนาตามแนวทางที่กำหนดไว้ กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีโอกาสพูดคุยนแสดงความคิดเห็น มีการสรุปประเด็นการสนทนา ก่อนนำเข้าสู่ประเด็นอื่นทุกครั้ง พร้อมกับสรุปประเด็นการสนทนากลุ่มในภาพรวมโดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเพิ่มเติมในประเด็นที่ขาด การสนทนากลุ่มใช้เวลา 90 นาที โดยรักษาเวลาให้ได้ตามที่กำหนด เมื่อปิดการสนทนากลุ่มผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ร่วมสนทนาที่ให้ความร่วมมือ และภายหลังเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยทำการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล

6. ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 2) วางแผน และตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ 3) ปฏิบัติตามแผน สะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติ และ 4) ประเมินผลการปฏิบัติ

6.1 วิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตำบลกุดไผ่

ศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์ การบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ปฏิบัติ ผู้นำชุมชน อสม. ประชาชน ผู้บริหาร และผู้ให้บริการสุขภาพ โดยการสังเกต สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม เพื่อให้ทราบสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปัจจุบัน และปัญหาที่พบรวมทั้งความต้องการในการพัฒนาแนวทางการ จัดบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล นำข้อมูลที่ศึกษามาวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งของชุมชน ปัญหาที่พบและการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา ความต้องการการพัฒนา

6.2 วางแผนการพัฒนาและตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติร่วมกัน

จัดเวทีประชาคม เพื่อให้เป็นเวทีแห่งการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยมีผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ดังต่อไปนี้ ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน อสม. ประชาชน และผู้บริหาร เดือน ตุลาคม 2564 เวลา 08.30 น.- 16.30 น. ณ. หอประชุมเทศบาลตำบลกุดไผ่ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

6.2.1 ส่งหนังสือนัดหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและส่งหนังสือให้ผู้ใหญ่บ้านประชาสัมพันธให้ประชาชนที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตามวันเวลาที่นัดหมาย

6.2.2 ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ ในการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1) นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน 2) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการใช้บริการ ปัญหาที่พบรวมทั้งความต้องการการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาใน

มุมมองของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน อสม.ประชาชน และผู้บริหาร เพื่อใช้ข้อมูลในการวางแผนพัฒนาการจัดการบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตำบลฤๅษี

6.2.3 ผู้ศึกษานำเข้าสู่กระบวนการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ดังนี้

1) บริบทของชุมชนตำบลฤๅษีที่ส่งผลกระทบต่อบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 2) ข้อมูลสถิติการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลฤๅษี 3) สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินของตำบลฤๅษีหลังจากนั้นให้ชุมชนยืนยันความถูกต้องโดยเปิดโอกาสให้ ชุมชนตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและเพิ่มเติมข้อมูลส่วนที่ขาดให้ครบถ้วน

6.2.4 แบ่งกลุ่มเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน โดยมีหัวข้อในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ดังต่อไปนี้ 1) สมาชิกกลุ่มเล่าเรื่อง ประสบการณ์ในการประสบเหตุฉุกเฉิน การช่วยเหลือ 2) สมาชิกกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์และอภิปรายถึงความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากข้อ 1 ว่าเกิดขึ้นได้เพราะอะไร 3) สมาชิกในกลุ่มบอกถึงความคาดหวังของตนเองในการที่จะพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนให้ประสบผลสำเร็จ 4) ออกแบบกระบวนการปฏิบัติในการที่จะทำให้สำเร็จตามความคาดหวัง 5) ตัวแทนแต่ละกลุ่มออกมานำเสนอผลของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตามรายละเอียดจาก ข้อ 1-4 6) ให้สมาชิกทุกคนร่วมกันวางแผนกิจกรรมตามการออกแบบของแต่ละกลุ่มเอามาผนวกเข้าด้วยกันผ่านการวิเคราะห์เหตุผลที่นำมาใช้ในการตัดสินใจเลือกแนวทางการพัฒนาวางแผนเพื่อการพัฒนาการบริการการแพทย์ฉุกเฉินและตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ภายใต้บริบทของชุมชน โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรมชัดเจน

6.2.5 ผู้ศึกษา สรุปแผนงานที่ได้มาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

6.3 ปฏิบัติตามแผน สะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติ

ดำเนินการพัฒนาตามแผนที่กำหนดไว้ โดยดำเนินการให้กลุ่มเป้าหมายทุกคนปฏิบัติตามแผนที่วางไว้หลังจากนั้นสะท้อนผลการปฏิบัติเป็นระยะๆ โดยร่วมกันวิเคราะห์เกี่ยวกับผลการปฏิบัติกิจกรรมว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ แก้ไขปัญหาได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่เหมาะสม จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในส่วนใดบ้างเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และปรับปรุงการปฏิบัติให้เหมาะสมที่สุด หลังจากนั้นนำมาลงมือปฏิบัติ และติดตามประเมินผลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมทุกครั้ง ขั้นตอนนี้ช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้ร่วมกันและสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง

6.4 ประเมินผลการปฏิบัติ

ประเมินผลการปฏิบัติตามกลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษา คือ 1) ผู้ปฏิบัติ 2) ผู้บริหาร 3) ผู้นำชุมชน 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ,ประชาชน และ 5) ผู้ให้บริการสุขภาพ โดยมีรายละเอียดในการประเมินผลแต่ละกลุ่ม ดังนี้

6.4.1 ผู้ปฏิบัติ เปรียบเทียบก่อนหลังดำเนินการ ประเมินความรู้และทักษะ ความพึงพอใจ ร่วมกับการสังเกต การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ

6.4.2 ผู้บริหาร ประเมิน ผลความพึงพอใจ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับการสังเกต

6.4.3 กลุ่มผู้นำชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผลความพึงพอใจในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ โดยแบบประเมินความพึงพอใจ ร่วมกับการสังเกต

6.4.4 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน,ประชาชน ผลความพึงพอใจ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ โดยแบบประเมินความพึงพอใจ ร่วมกับการสังเกต

6.4.5 ผู้ให้บริการสุขภาพ ผลความพึงพอใจ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ โดยแบบประเมินความพึงพอใจ ร่วมกับการสังเกต

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 **ข้อมูลเชิงปริมาณ** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยการแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

7.2 **ข้อมูลเชิงคุณภาพ** เป็นข้อมูลที่ได้ที่ได้จากกลุ่มเป้าหมาย และจากการดำเนินกิจกรรม ตลอดการศึกษานำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และทำการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนสมบูรณ์ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data triangulation) โดยการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ต่างกัน เก็บข้อมูลจากผู้ร่วมศึกษาที่ต่างกัน และเก็บข้อมูลด้วยวิธีที่ต่างกัน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้ความเป็นเหตุเป็นผลในการวิเคราะห์ ผู้ศึกษาจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งจะต้องทำการวิเคราะห์ให้ตรงประเด็นในการศึกษา มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ทบทวนข้อมูล ติดตามความเป็นจริง มีความซื่อสัตย์ ไม่ใช้ความรู้สึกส่วนตัวในการวิเคราะห์ข้อมูล และวิธีการตรวจสอบสุดท้ายคือการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเสนอต่อผู้ร่วมศึกษาอีกครั้ง เพื่อยืนยันความถูกต้องและค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมตลอดการศึกษา

การกำหนดรหัสข้อมูล ดังนี้

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	รหัส
ผู้ปฏิบัติ	A
ผู้บริหาร	B
อาสาสมัครสาธารณสุข/ประชาชน	C
ผู้นำชุมชน	D
ผู้ให้บริการสุขภาพ	E

0-00/วัน เดือน ปี แปลผลรหัสได้ดังนี้

รหัส 0	ตำแหน่งที่ 1	หมายถึง	รหัสของผู้ให้ข้อมูล
รหัส 00	ตำแหน่งที่ 2	หมายถึง	ลำดับของผู้ให้ข้อมูล

8. จริยธรรมในการศึกษา

ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาคำนึงถึงหลักจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์ โดยให้ความสำคัญและตระหนักถึงจริยธรรมในการศึกษา และสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้เป็นที่สุด เพื่อไม่ให้เกิดผลเชิงลบต่อผู้ที่เข้าร่วมการศึกษา ส่งผลกระทบต่อสภาพทางจิตใจหรือเกิดการละเมิดต่อสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการศึกษา ผู้ศึกษา จึงกำหนดแนวทางจริยธรรมในการศึกษาในมนุษย์ไว้ดังนี้

8.1 ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้กลุ่มเป้าหมายทราบ อธิบายรายละเอียดขั้นตอนของการศึกษาทั้งหมด โดยไม่มีการปิดบังและเปิดโอกาสให้ซักถามและทำความเข้าใจกับโครงการการศึกษาครั้งนี้ พร้อมทั้งให้เวลาสำหรับการตัดสินใจเพื่อให้การเข้าร่วมโครงการเป็นไปด้วยความเต็มใจอย่างแท้จริง

8.2 หลักความเคารพในบุคคล ผู้ศึกษาเคารพการตัดสินใจและตระหนักในสิทธิของผู้ร่วมศึกษา ผู้ศึกษาได้แนะนำตนเอง พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การทำโครงการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา การจัดกระบวนการ และขั้นตอนของการศึกษา ต้องไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนทั้งทางร่างกาย และจิตใจของผู้เข้าร่วมการศึกษาโดยผู้ศึกษาไม่บังคับให้กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมหากไม่สมัครใจ การรักษาความลับของผู้ร่วมศึกษา ให้โอกาสและสิทธิตัดสินใจในการเข้าร่วมศึกษา ซึ่งได้ทำการยินยอมด้วยวาจาแทนการลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร การบันทึกเสียงและการถ่ายภาพต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ร่วมศึกษาหรือผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้ง

8.3 หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย ผู้ศึกษาให้ข้อมูลอย่างชัดเจนในกระบวนการและขั้นตอนการดำเนินโครงการ การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล คำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน โดยหลีกเลี่ยงการจัดกิจกรรมที่รบกวนวิถีชีวิต ไม่รบกวนเวลาส่วนตัวหรือเวลาประกอบอาชีพ หารายได้ โดยผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตหมายวัน เวลา สถานที่ ในการทำกิจกรรมตลอดการศึกษา โดยยึดตามความสะดวกของผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นสำคัญ

8.4 หลักยุติธรรม ผู้ศึกษาปฏิบัติต่อผู้ร่วมศึกษาแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม ผู้ศึกษาให้ความเคารพสิทธิของผู้ร่วมศึกษาแต่ละคนอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งความเป็นส่วนตัว การปกปิดความลับ ให้เกียรติทุกคน ผู้ศึกษาเน้นย้ำให้ผู้ร่วมศึกษาทราบถึงความเคร่งครัดในการพิทักษ์สิทธิและการรักษาความลับเพื่อช่วยให้ผู้ร่วมศึกษา มีอิสระ รู้สึกปลอดภัยในการให้ข้อมูล

บทที่ 4

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ และพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุสุมาลย์ อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร

1. สถานการณ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.2 สถานการณ์และความต้องการการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตำบลกุสุมาลย์

2. วางแผนการพัฒนาและตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติร่วมกัน
3. ปฏิบัติตามแผน สะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติ
4. ประเมินผลการพัฒนาระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินตำบลกุสุมาลย์
5. อภิปรายผล

1. สถานการณ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน

ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน 6 คน เพศชาย ร้อยละ 100 ช่วงอายุ 30-54 ปี อายุเฉลี่ย 45 ปี อายุน้อยสุด 30 ปี อายุมากที่สุด 54 ปี สถานภาพสมรส คู่ 3 คน ร้อยละ 50 โสด 3 คน ร้อยละ 50 การศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น 1 คน ร้อยละ 16.7 มัธยมศึกษาตอนปลาย 4 คน ร้อยละ 66.6 อนุปริญญา 1 คน ร้อยละ 16.7 อาชีพ จ้างเหมาบริการ 6 คน ร้อยละ 100 รายได้ต่อเดือน 6,500 บาท ร้อยละ 100

ข้อมูลด้านประสบการณ์ทำงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ตำแหน่ง ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น 6 คน ร้อยละ 100 มี 2 คนที่ปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่งหัวหน้าชุดปฏิบัติการและคนขับยานพาหนะ อายุงานสูงสุด 13 ปี น้อยสุด 2 ปี อายุงานเฉลี่ย 8.5 ปี ประสบการณ์ฝึกอบรม ผ่านการอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและเคลื่อนย้ายพื้นฐาน 3 วัน

1.1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการสุขภาพ

ผู้ให้บริการสุขภาพ 4 คน เพศหญิง 3 คน ร้อยละ 75.0 ชาย 1 คน ร้อยละ 25.0 ช่วงอายุ ต่ำกว่า 50 ปี 4 คน ร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 35 ปี อายุน้อยสุด 25 ปี อายุมากที่สุด 49 ปี สถานภาพสมรส คู่ 2 คน ร้อยละ 50 โสด 2 คน ร้อยละ 50 การศึกษา ปริญญาตรี 4 คน ร้อยละ 100 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ร้อยละ 50 นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน ร้อยละ 50 ระยะเวลาปฏิบัติงาน เฉลี่ย 12 ปี สูงสุด 27 ปี น้อยสุด 5 ปี ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง 2 คน ร้อยละ 50 ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 50

1.1.3 ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหาร

(1) นายกเทศมนตรีตำบลลูกใต้ เพศ ชาย อายุ 63 ปี สถานภาพสมรส คู่
การศึกษาปริญญาตรีโท เอกบริหาร ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง 1 ปี

(2) หัวหน้างานหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลลูกใต้ เพศหญิง
อายุ 48 ปี สถานภาพสมรสโสด การศึกษา ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต ระยะเวลารับราชการ
27 ปี ประสบการณ์ทำงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 15 ปี ผ่านการอบรมหลักสูตร Advanced CPR
/Integrated Mini mert

1.1.4 ข้อมูลทั่วไปของผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชน 11 คน เป็นผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 100 เพศชาย และมี อายุ อยู่ในช่วง
50 - 59 ปี ร้อยละ 100 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.7
สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 100 ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่ง น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 63.6
มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 36.4

1.1.5 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) /ประชาชน

อสม. 11 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50 เพศชาย ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีอายุ
ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 81.8 อายุมากที่สุด 65 ปี น้อยที่สุด 45 ปี อายุเฉลี่ย 53 ปี สถานภาพสมรส
คู่ ร้อยละ 100 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.8 ระยะเวลาการเป็น อสม. ส่วนใหญ่อยู่
ในช่วง 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 81.8 อายุการเป็น อสม. มากที่สุด 25 ปี น้อยที่สุด 5 ปี

ประชาชนที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลลูกใต้ 16 คน เป็นเพศ
หญิง ร้อยละ 62.5 เพศชาย ร้อยละ 37.5 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 50 - 59 ปี ร้อยละ 56.2
สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.5 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.0

1.2 สถานการณ์และความต้องการการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบล ลูกใต้

จากการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม ถึง สถานการณ์ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการ
พัฒนาระบบการดูแลการเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ตำบลลูกใต้มีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 การรับรู้เรื่อง นโยบายและแผนปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบล ลูกใต้

จากบทสัมภาษณ์นายกเทศมนตรีตำบลลูกใต้ เทศบาลตำบลลูกใต้ มีนโยบายการบริการ
การแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบายหลักในการที่จะดำเนินการเมื่อเริ่มเข้ารับตำแหน่งนายกเทศมนตรี และ
ให้ความสำคัญในการช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นการดีที่สามารถช่วยเหลือชีวิตประชาชนเมื่อ
พบกับภาวะวิกฤติที่ส่งผลต่อความอยู่รอดปลอดภัยของเน้นการทำงานเชิงรุกของภาคีชุมชนและ
ครอบครัว รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพคณะทำงานและภาคีเครือข่าย ให้บริการ ซึ่งจำเป็นต้องมีการ
พัฒนาและออกแบบการจัดระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินให้สามารถ
เข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

“ผมชูนโยบายด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบายหลักในการหาเสียงเลือกตั้ง เมื่อได้รับเลือก
มาผมจึงพยายามที่จะพัฒนางานด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพที่สุดเพื่อประโยชน์ของพ่อแม่
พี่น้องประชาชนตำบลลูกใต้” (B-01/25 ต.ค. 64)

ในกระบวนการจัดทำนโยบายและแผนเกี่ยวกับกาบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุตไผ่ มีระเบียบและข้อบังคับทางกฎหมายให้สามารถจัด บริการได้ตามพรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และพรบ. การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2551 แม้ว่ากฎหมายไม่ได้ครอบคลุมการรับส่งผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ แต่ เป็นนโยบายจากนายกเทศมนตรีที่ต้องการช่วยเหลือประชาชน จึงได้มีการบรรจุการรับส่งกรณีไม่ฉุกเฉินในแผนปฏิบัติของงานการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งย่อยออกมาเพื่อให้หน่วยงานรับผิดชอบ

“นโยบายการรับส่งผู้ป่วย หรือประชาชนที่นอกเหนือจากเหตุฉุกเฉิน เช่น การนำส่งผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง ส่งโรงพยาบาลเพื่อการรักษาตามนัด หรือการรับศพมาจากจุดเกิดเหตุหรือโรงพยาบาล เป็นต้น” (B-01/ 25 ต.ค. 64)

“หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเรามีการวางแผนและแนวทางปฏิบัติในการทำงานในทุกๆ ปี โดยระบุแผนการรับส่งผู้ป่วยในกรณีไม่ฉุกเฉินหรือกรณีอื่นๆเข้าไปด้วยตามนโยบายของผู้บริหาร” (B-02/ 25 ต.ค. 64)

การรับรู้ถึงนโยบายการบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ของเทศบาลตำบลกุตไผ่ ในส่วนของประชาชน ผู้นำชุมชน รับรู้ว่เทศบาลมีนโยบายในการช่วยเหลือรับส่งประชาชนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินผ่านทางหนังสือราชการ การประชาสัมพันธ์ผ่านทางไลน์ ประกาศทางหอกระจายข่าว

“ผมรู้ว่เทศบาลมีบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพราะได้ยินผู้ใหญ่บ้านพื้นประกาศเสียงตามสายบ่อยๆ” (C-10/ 28 ต.ค. 64)

1.2.2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

ในการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ตำบลกุตไผ่ การมีส่วนร่วมน้อยจากหน่วยงานอื่นหรือประชาชน ส่วนใหญ่จะเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการของเทศบาลวางแผนและแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ เช่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน โรงเรียน โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว หรือหนังสือราชการ

“โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตตำบลกุตไผ่ ไม่ได้ร่วมทำแผนด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับเทศบาล แต่ทางเทศบาลจะส่งแผนมาให้เป็นการประชาสัมพันธ์และการประสานงานเมื่อเกิดเหตุ” (E-01/ 27 ต.ค. 64)

“ผมไม่ได้เข้าประชุมทำแผนกับเทศบาล เทศบาลจะส่งหนังสือประชาสัมพันธ์มาให้ และผมก็ประชาสัมพันธ์ผ่านทางหอกระจายข่าวให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบ” (D-04/ 28 ต.ค. 64)

1.2.3 บทบาทของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.2.3.1 ด้านจัดสรรงบประมาณ ผลการศึกษาพบว่า เทศบาลตำบลกุตไผ่ มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้งบประมาณจากเทศบัญญัติ มีการวางแผนโครงการและกำหนดงบประมาณสำหรับค่าใช้จ่ายซึ่งระบุรายละเอียดอยู่ในโครงการ ได้แก่ ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง ค่าวัสดุอุปกรณ์ค่าตอบแทนบุคลากรโดยงบประมาณสำหรับบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเหล่านั้นซึ่งผู้บริหารอปท. มีการวางแผนค่าใช้จ่ายโดยเปรียบเทียบจากการจัดบริการให้ปีก่อนหน้า และการศึกษาพบว่า มีปัญหางบประมาณไม่เพียงพอเนื่องจากเมื่อเสนอโครงการผ่านคณะกรรมการสภาผู้บริหารอปท. จะมีการตัดทอนงบประมาณที่มีจำกัดเพื่อเกลี้ยให้ได้ตามความจำเป็นจึงทำให้

บางครั้งงบประมาณไม่เพียงพอการดำเนินงานจึงไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ สำหรับการวางแผนจัดสรรงบประมาณ มี 2 ส่วน ได้แก่ งบประมาณรายจ่าย และงบประมาณรายรับ โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) งบประมาณรายจ่าย ใช้งบประมาณจากเทศบัญญัติ เรื่องงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ ในการบริหารจัดการอยู่ในแผนงานสาธารณสุข งานบริหารงานทั่วไป เกี่ยวกับสาธารณสุข หมวดค่าใช้จ่ายเพื่อจัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ระบุไว้ในโครงการ โดยส่วนใหญ่จะมีการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายแบ่งได้เป็น 4 ส่วน ได้แก่ ค่าใช้สอย ค่าซ่อมบำรุงรถกู้ชีพ ค่าตอบแทนบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน และงบประมาณสำหรับพัฒนาบุคลากร ดังนี้

1) ค่าใช้สอย ประกอบด้วยค่าน้ำมันเชื้อเพลิงและหล่อลื่น ค่าซ่อมแซมครุภัณฑ์และทรัพย์สิน ค่าจัดหาวัสดุอุปกรณ์ประจำรถกู้ชีพ

2) ค่าซ่อมบำรุงรถกู้ชีพ มีการวางแผนงบประมาณในส่วนนี้ปีละ 30,000 บาท ถ้าการซ่อมบำรุงเกินงบประมาณที่ตั้งไว้ สามารถโยกงบประมาณจากส่วนอื่นของสำนักปลัดเทศบาลตำบลลูกต้อมาใช้ได้

3) ค่าตอบแทนบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน มีการบริหารงบประมาณสำหรับค่าตอบแทนบุคลากรในการปฏิบัติงาน เป็นการจ้างเหมาบริการรายปี และจ่ายค่าตอบแทนรายเดือน เดือนละ 6,000 - 6,500 บาท

4) งบประมาณสำหรับพัฒนาบุคลากร มีโครงการเพื่อของงบประมาณในการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ปีละ 20,000 บาท

(2) งบประมาณรายรับ เป็นค่าตอบแทนเฉพาะการออกปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินไม่ครอบคลุมในกรณีรับส่งผู้ป่วยจากบ้านไปยังโรงพยาบาลที่ไม่ฉุกเฉินผลการศึกษาพบว่าหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลลูกต้อ เป็นหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) มีการเปิดบัญชีไว้เพื่อขอรับเงินค่าตอบแทนเมื่อออกปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินโดยอปท. จะได้รับเงิน 350 บาท / ครั้ง โดยเงินจะถูกโอนเข้าเป็นรายได้ของเทศบาล ถ้าต้องการใช้เงินในส่วนนี้สามารถเขียนโครงการเสนอเข้าเทศบัญญัติจึงจะนำมาใช้ได้ ซึ่งรายได้แต่ละปีไม่มาก ทางหน่วยงานจึงไม่ได้เขียนโครงการเพื่อขอใช้เงินในส่วนนี้

1.2.3.2 ด้านบุคลากร ผลการศึกษา พบว่า เทศบาลตำบลลูกต้อ บริหารบุคลากรใน 3 ลักษณะ ได้แก่ การวางแผนการจัดสรรอัตรากำลัง การวางแผนพัฒนาศักยภาพของบุคลากร และการกำหนดระเบียบการแต่งกายในการปฏิบัติงาน ดังนี้

(1) การจัดสรรอัตรากำลัง อัตรากำลังของบุคลากรในหน่วยงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้มีการจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรเพื่อพร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีการจัดผลัดการทำงาน เป็นเวร ปฏิบัติการเป็นผลัด ผลัดละ 12 ชั่วโมง (กลางวัน-กลางคืน) แบ่งเป็นผลัดละ 3 คน สำหรับลักษณะการปฏิบัติงานแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการเบื้องต้น (FR) 2) คนขับรถและ 3) เจ้าหน้าที่สื่อสาร เนื่องจากมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานแค่ผลัดละ 3 คน บุคลากรหนึ่งคนจึงจำเป็นต้องปฏิบัติงานหลายหน้าที่โดยการปฏิบัติงานหนึ่งชุดประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการเบื้องต้น (FR) 3 คน 1 คนทำหน้าที่ขับรถด้วย อีก 2 คน เป็นคนรับแจ้งเหตุ ในกรณีรับส่งผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินไม่จำเป็นต้องไปครบชุดอาจมีเพียงพนักงานขับรถ 1 คนและเจ้าหน้าที่อีก 1 คน (ออกร่วมกับ

งานป้องกันสาธารณภัยเพื่อบริการประชาชนในพื้นที่ แต่เป็นส่วนน้อยที่ได้ออก นอกจากจำเป็นจริงๆ หน่วยบรรเทาสาธารณภัยจะขอความช่วยเหลือให้ออกร่วมกัน

(2) การวางแผนพัฒนาศักยภาพของบุคลากร หัวหน้าหน่วยงาน (พยาบาลวิชาชีพ) จัดทำโครงการเพื่อส่งบุคลากรเข้าอบรมหรือพัฒนาศักยภาพและทักษะเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) ซึ่งทั้ง 6 คน ได้ผ่านการอบรมและมีประกาศนียบัตรการอบรมชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder: FR) ซึ่งเป็นการอบรมพัฒนาความรู้ความสามารถและฝึกทักษะให้กับผู้ปฏิบัติการให้สามารถช่วยเหลือปฐมพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินอุบัติเหตุ ได้อย่างถูกวิธีและทันทั่วทั้งรวมทั้งการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินระยะเวลาในการฝึกอบรม 40 ชั่วโมง ในส่วนพนักงานขับรถ (FR 2 คนทำหน้าที่ขับรถ) มีการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพให้มีเอกสารการผ่านการอบรมหลักสูตรพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน ซึ่งทำให้มีความรู้เรื่องกฎหมายเกี่ยวกับรถพยาบาลฉุกเฉินเช่น ขับรถด้วยความเร็ว 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง มีความรู้และทักษะในการใช้สัญญาณเสียงและสัญญาณไฟไซเรน ในกรณีทางร่วมหรือทางแยกสามารถขับและจอดรถพยาบาลในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ถูกต้องปลอดภัย และพบว่าคนขับรถทุกคน เป็นคนในพื้นที่ทำให้มีความชำนาญในเส้นทางเข้าใจบริบทพื้นที่ทำให้สามารถเลือกใช้เส้นทางที่ไปถึง จุดเกิดเหตุได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็วที่สุด นอกจากนี้ยังมีความสามารถในการตรวจสอบและบำรุงรักษารถพยาบาลซึ่งถือเป็นอีกหน้าที่หนึ่ง ได้แก่ การตรวจเช็ครถให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้ปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัยหรือแก้ไขเบื้องต้นได้ เมื่อเกิดเหตุรถขัดข้องขณะปฏิบัติงาน ดังนั้นเมื่อตรวจพบว่ามีรถขัดข้องที่ต้องใช้เวลาในการซ่อมแซมแก้ไขทางหน่วยปฏิบัติการสามารถแจ้งขอรถ ออกปฏิบัติหน้าที่ต่อศูนย์รับแจ้งเหตุได้ นอกจากนี้ในสถานการณ์ปัจจุบันที่เผชิญกับการระบาดของโรคไวรัส โควิด-19 ผู้ปฏิบัติทุกคนต้องได้อบรมเพิ่มความรู้และทักษะในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ (Infection Control) เพื่อป้องกันตนเองไม่ให้ติดโรคโควิด-19 จากการออกปฏิบัติงานภาคสนามได้

(3) การกำหนดระเบียบการแต่งกายในการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่า หน่วยบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลกุตไผ่ มีระเบียบการแต่งกาย โดยบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเมื่อมีการปฏิบัติงานจะมีการแต่งเครื่องแบบเป็นเสื้อแขนสั้น สีนํ้าเงิน และติดสัญลักษณ์ของการแพทย์ฉุกเฉิน สวมกางเกงขาสั้นสีนํ้าเงิน พร้อมติดแถบสะท้อนแสงสวมรองเท้าหุ้มส้น

1.2.3.3 รถพยาบาลและเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ จากการศึกษาพบว่าเทศบาลตำบลกุตไผ่ มีการจัดซื้อรถพยาบาลเป็นแบบรถกระบะดัดแปลง วัสดุและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ตามแผนที่วางไว้ โดยผ่านการเสนอของคณะกรรมการหรือตัวแทนผู้ปฏิบัติงานซึ่งมี 2 ส่วน ได้แก่ การจัดซื้อรถพยาบาลและการจัดซื้อวัสดุและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ให้เพียงพอต่อความต้องการใช้งาน ในการจัดซื้อรถพยาบาลมีการกำหนดคุณลักษณะเป็นไปตามมาตรฐานรถพยาบาล รวมไปถึงอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ เป็นอุปกรณ์ที่ติดตั้งมากับตัวรถพยาบาลด้วย ได้แก่ เปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยแบบมีล้อเซ็น 1 ตัว แผ่นรองหลังผู้ป่วย 1 แผ่น ชุดล็อก ศีรษะ 1 ชุด เครื่องวัดความดันแบบสปริง 1 เครื่อง ถังออกซิเจนและกระเป๋าทําแผล 1 ชุด รถพยาบาลมีอายุการใช้งานมากกว่า 10 ปี เครื่องมือทางการแพทย์มีการชำรุดบางรายการ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต ระบบออกซิเจน เป็นต้น โดยทางอปท. เป็นฝ่ายดำเนินการในการจัดซื้อเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดพกพาใช้แทน การจัดซื้อวัสดุและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า ในกรณีบุคลากรผู้ปฏิบัติงานจะเป็นผู้ตรวจสอบ

จำนวน ที่ใช้ประจำรถ และส่งรายการเพื่อให้ผู้บริหารพิจารณาอนุมัติซื้อต่อไป วัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้แล้วหมดไปต้องซื้อใหม่มาทดแทนโดยวัสดุและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ซึ่งใช้ประจำประกอบด้วยถุงมือผ้าก๊อช สำลี น้ำเกลือล้างแผล ผ้ายัด ซึ่งส่วนใหญ่มีจำนวนเพียงพอที่สามารถปฐมพยาบาลผู้บาดเจ็บได้ประมาณ 4 ถึง 5 คน มีการตรวจสอบวัสดุและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ตามรายการดังกล่าว สัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการตรวจสอบวันหมดอายุเป็นประจำ นอกเหนือจากนี้ยังมีการจัดซื้ออุปกรณ์อื่น ๆ ซึ่งเป็นอุปกรณ์สำหรับช่วยให้การปฏิบัติงานมีความคล่องตัวและปลอดภัยเช่น ไฟสปอร์ตไลท์ (sport light) กรวยสายยูโรกันเขตพื้นที่ เครื่องมือช่างเบื้องต้น (ประแจคีมไขควง)

1.2.3.4 ด้านระบบสารสนเทศและการประสานงาน ผลการศึกษาพบว่า ในด้านระบบสารสนเทศและการประสานงาน เทศบาลตำบลกุดไท่ มีการสนับสนุนเครื่องมือสื่อสาร สำหรับใช้ในการรับแจ้งเหตุมี 2 ลักษณะ ได้แก่ โทรศัพท์มือถือและวิทยุสื่อสารโดย รับแจ้งเหตุทางโทรศัพท์เป็นหลัก ซึ่งผู้บริหารอปท. และผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการใช้โทรศัพท์มือถือมีความสะดวกรวดเร็วพกพาได้และสามารถรับเรื่องแจ้งเหตุจากประชาชนได้โดยตรง ส่วนการใช้วิทยุสื่อสารมักจะใช้สื่อสารกับทีมงาน ข้อดีคือสามารถส่งต่อข้อมูล ได้อย่างรวดเร็วสะดวกและศูนย์รับแจ้งเหตุสามารถรับส่งข้อมูลไปยังผู้ปฏิบัติงานทุกคนได้พร้อมกันในครั้งเดียว แต่มีข้อจำกัด คือผู้ที่ใช้วิทยุสื่อสารจะต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมการใช้วิทยุสื่อสารคมนาคม เพื่อนำไปใช้ในระบบบริการทางการแพทย์ด้านการประสานงาน ผลการศึกษาพบว่า การประสานงานสำหรับการรับส่งผู้ป่วยของเทศบาลตำบลกุดไท่ มีการประสานงานใน 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การประสานงานภายในอปท. และ 2) การประสานงานกับหน่วยงานภายนอก ซึ่งการประสานงานภายในอปท. เป็นการติดต่อเพื่อดำเนินงานระหว่างอปท.และหน่วยบริการรับส่งผู้ป่วยเช่นการประสานงานเพื่อเบิกจ่ายงบประมาณการประสานงานเพื่อส่งเอกสารรายงานต่าง ๆ หรือการรับแจ้งเหตุที่ประชาชนโทรเข้าไปยังที่ทำการอปท. จึงต้องรับแจ้งเหตุและประสานงานไปยังหน่วยบริการเพื่อออกให้บริการส่วนการประสานงานกับหน่วยงานภายนอกเป็นการประสานงานระหว่างหน่วยบริการและหน่วยบริการของอปท. ข้างเคียงในกรณีโรงพยาบาลไม่เพียงพอหรือติดภารกิจจำเป็นต้องประสานหน่วยบริการข้างเคียงในการให้บริการแทนนอกเหนือจากนั้นมีการประสานงานระหว่างหน่วยบริการและหน่วยงานต่าง ๆ ที่ประสานงานมาเพื่อขอรับบริการ ได้แก่ รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน โรงเรียน เป็นต้น

1.2.4 บทบาทหน้าที่ของ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้นำชุมชน และ ประชาชน กับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.2.4.1 บทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

(1) ด้านการค้นหาปัญหา หน่วยบริการได้รวบรวมปัญหาและความต้องการของประชาชนจากหลายๆ ส่วนจากการสรุปผลการดำเนินงานประจำปี รายงานโครงการ รายงานการสะท้อนการดำเนินงานจากประชาชน แล้วเสนอให้ผู้บริหารรับทราบข้อมูลบางส่วนได้มาจากผู้บริหารเทศบาลตำบลกุดไท่ได้มาจากการเยี่ยมประชาชน และการพบปะประชาชนในหมู่บ้าน เช่น การประชุมหมู่บ้านการร่วมวงสนทนาในงานบุญ งานศพ เมื่อผู้บริหารรับรู้ปัญหาและความต้องการของประชาชนในแต่ละชุมชนได้แล้วนำไปเสนอแก่หน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อหาแนวทางแก้ไขและจัดทำแผนพัฒนาชุมชนต่อไป

(2) ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) จากการศึกษาพบว่า ในปีที่ผ่านมา มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินและคนที่พบเหตุ ส่วนใหญ่จะเป็นญาติโทรแจ้งเหตุ และส่วนใหญ่อำเภอโทรแจ้ง 1669 และศูนย์รับแจ้งเหตุจังหวัดจะแจ้งเข้าหน่วยบริการออกมารับผู้ป่วย มีส่วนน้อยที่โทรแจ้งเข้าเบอร์ผู้ปฏิบัติงานโดยตรง ส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลที่สนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ปฏิบัติงาน ลักษณะเหตุการณ์ที่พบมากที่สุดคือ วิ่งเวียน/เหนื่อยเพลีย รองลงมา คือ ใช้/ปวดท้อง/ถ่ายเหลว และอุบัติเหตุทางท้องถนนตามลำดับ ความรุนแรงของเหตุพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ประสบเหตุกลุ่มสีเขียว

(3) ด้านการแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) จากการศึกษาพบว่า ประชาชนมีการแจ้งเหตุที่รวดเร็ว โดยส่วนใหญ่โทรเบอร์ 1669 เพราะจำได้ง่าย และเป็นเบอร์ที่มีการประชาสัมพันธ์ผ่านหลายช่องทาง เช่น ทางโซเชียลต่างๆ การแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หอกระจายข่าว อสม. ผู้นำชุมชน เป็นต้น การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ เป็นเรื่องที่สำคัญมากเช่นกัน เพราะว่าเป็นประตูเข้าไปสู่การช่วยเหลือที่เป็นระบบ ความล่าช้าจากการแจ้งเหตุ ส่วนใหญ่พบว่า ผู้โทรแจ้งเหตุ แจ้งข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรับแจ้งเหตุ ต้องใช้เวลาในการซักถามรายละเอียดเพิ่มขึ้น ระยะเวลารับแจ้งเหตุ เฉลี่ยอยู่ที่ 1-2 นาที เมื่อรับแจ้งเหตุ ผู้ปฏิบัติวิทยุแจ้งศูนย์สกลนครขอลำดับที่ออกปฏิบัติการ ใช้เวลา 2 นาที ในส่วนของผู้แจ้งเหตุ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลหรือปฐมพยาบาลเบื้องต้นค่อนข้างน้อย บางคนให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น แบบภูมิปัญญา คือ ใช้หญ้าดอกขาวฉีกให้เป็นชิ้นเล็กๆ แล้วกดปิดแผลไว้ การใช้ผ้ามัดบาดแผลที่เลือดไหลการหยาตามยาหม่องมานวดตอนผู้ประสบเหตุเป็นลมหรือ วิ่งเวียน เป็นต้น บางสถานการณ์ที่ผู้แจ้งเหตุไม่รู้ว่าจะต้องดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างไร เช่น เมื่อเจอเหตุการณ์กระดูกหักผิดรูป ปล่อยไว้ในท่าเดิมไม่มีการตามหรือประคองอวัยวะให้นิ่งหรือพองไว้ เป็นต้น

(4) การบริการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) จากการศึกษาพบว่า หน่วยบริการมีมาตรฐานการประกันเวลา ออกปฏิบัติการ ถึงจุดเกิดเหตุ ไม่เกิน 8 นาที หน่วยบริการสามารถรักษามาตรฐานนี้ได้คือเฉลี่ยที่ 7.6 นาที เร็วสุด 5 นาที ช้าสุด 15 นาที ซึ่งในกรณีที่ล่าช้า เนื่องจากจุดเกิดเหตุอยู่ในสวน หรือไร่นา ที่รถพยาบาลไม่สามารถขับเข้าไปถึง ต้องลำเลียงโดยการเดินเท้ามาที่รถ จุดเกิดเหตุบางที่เป็นทางลูกรัง ซับซ้อน จน GPS ไม่สามารถจับเส้นทางได้ถูกต้องเดินทางลำบาก ทำให้การเดินทางถึงจุดหมายใช้เวลานาน ระยะทางในเขตตำบลกุดโง้ง รัศมีไกลสุด 10 กิโลเมตร ข้อได้เปรียบของหน่วยบริการคือ ผู้ปฏิบัติงานทั้ง 6 คน เป็นคนในพื้นที่ทำให้ชำนาญ และสามารถทราบเส้นทางได้ดี ทำให้รักษาระยะเวลาให้เป็นไปตามมาตรฐาน อีกปัจจัยที่ทำให้ระยะเวลาการออกปฏิบัติการเป็นไปตามมาตรฐานคือ ผู้ปฏิบัติมีการเตรียมพร้อม ด้านความรู้ ร่างกาย และจิตใจก่อนออกปฏิบัติการฉุกเฉิน จัดเตรียมอุปกรณ์ในรถปฏิบัติการฉุกเฉินให้พร้อมใช้งาน บำรุงรักษา รถ อุปกรณ์ และวิทยุสื่อสาร ประจําารถให้พร้อมใช้อยู่เสมอ ในการออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยกระดับความรุนแรงหรือความต้องการของเหตุ และสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการเตรียมตัวออกปฏิบัติการได้อย่างเหมาะสม

(5) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) จากการศึกษาพบว่า หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินจะประเมินสถานการณ์ (Scene Size Up) สภาพแวดล้อม และจัดการความปลอดภัยสำหรับทีมผู้ปฏิบัติงานเป็นลำดับแรก จากนั้น ประเมินเบื้องต้น (Initial

Assessment) เป็นการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นขั้นตอนขั้นต้นที่ไม่เกิน 60 วินาที เพื่อดูภาวะคุกคามชีวิต โดยประเมินระบบที่สำคัญ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิตและระบบประสาท โดยมีขั้นตอนในการปฏิบัติ ดังนี้ 1) การลงความเห็นการเจ็บป่วย โดยการประเมินสภาพแวดล้อมและอาการสำคัญของผู้ป่วยโดยเร็ว แยกให้ได้ว่าเป็นการเจ็บป่วยทั่วไปหรือได้รับบาดเจ็บ เพศ อายุ 2) ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้บาดเจ็บ 3) ประเมินทางเดินหายใจ ว่ามีสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจหรือไม่ 4) ประเมินการหายใจ การหายใจเร็วหรือช้ากว่าปกติหรือไม่มีบาดแผลเปิดบริเวณทรวงอกหรือไม่ 5) ประเมินการไหลเวียนเลือด จากการจับชีพจรที่ข้อมือหรือ หลอดเลือดแดงใหญ่ข้างคอ 6) ประเมินภาวะช็อคจากการแสดงของผู้บาดเจ็บจนถึงหัวใจหยุดเต้นและหยุดหายใจ 7) ประเมินการหักของกระดูกในผู้บาดเจ็บที่กระดูก 8) ประเมินดูบาดแผล ลักษณะและขนาดของบาดแผล จำนวนเลือดออกและมีอวัยวะภายในยื่นออกมาหรือไม่ หลังจากประเมินผู้ประสบเหตุแล้ว คัดแยก (Triage) ประเภทผู้ป่วย ประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ เพื่อพิจารณาให้การปฐมพยาบาลตามลำดับความรุนแรง การประเมินความรุนแรงของผู้บาดเจ็บได้ ดังนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยกะทันหันมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ถ้าไม่ช่วย มีโอกาสเสียชีวิตหรือพิการอย่างถาวร สัญลักษณ์สีแดงผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงจำเป็น ต้องดูแลเร่งด่วน สัญลักษณ์สีเหลือง ผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่รุนแรง สัญลักษณ์สีเขียว เพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสมและให้การรักษายาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ควบคุมระบบ โดยมีหลักในการดูแล รักษาว่าจะไม่เสียเวลา ณ จุดเกิดเหตุนานมากจนเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย กล่าวคือถ้าเป็นผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จะเน้นความรวดเร็วในการนำส่ง มากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินทางอายุรกรรม ในส่วนของพนักงานขับรถ ควบคุมการจอดรถปฏิบัติการฉุกเฉินได้เหมาะสม ตามสภาพของเหตุการณ์ และพื้นที่ประสบเหตุ ระยะเวลาในการรักษายาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ เฉลี่ย 5 นาที ผู้ประสบเหตุส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยจากโรคทางอายุรกรรม ทำให้ไม่มีการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เมื่อไปถึงจุดเกิดเหตุ นำผู้ป่วยขึ้นรถและนำส่งโรงพยาบาลต่อไป มีบางส่วนที่เกิดจากอุบัติเหตุต้องมีการปฐมพยาบาลเบื้องต้นก่อนนำส่งโรงพยาบาล ในกรณีนี้ใช้เวลาเฉลี่ย 10.5 นาที

(6) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) หลักสำคัญในการลำเลียง ขนย้ายผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน คือ การไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้เจ็บป่วย ทิມปฏิบัติการเป็นผู้ลำเลียงขนย้ายที่ ผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีมาเป็นอย่างดี มีการทบทวนความรู้และทักษะอยู่ประจำ ในขณะที่ขนย้ายจะต้องมีการประเมิน สภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะๆ ปฏิบัติการบางอย่างอาจกระทำบนรถในขณะที่กำลังลำเลียงนำส่งได้ เช่น การตามส่วนที่มีความสำคัญลำดับรองลงมา การให้ออกซิเจน การวัดความสัญญาณชีพ เป็นต้น

“การลำเลียงผู้ป่วยเป็นอีกช่วงที่สำคัญเพราะการลำเลียงที่ผิดวิธีทำให้ผู้ป่วยการทรุดหรือบาดเจ็บเพิ่มขึ้นได้ จึงต้องระวังเป็นพิเศษ” (A-01/28 ต.ค. 64)

(7) การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care) การนำส่งไปยังสถานพยาบาลคำนึงถึงความเหมาะสมด้านระยะทาง และศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่จะนำส่งยังโรงพยาบาลกุดบาก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ บางส่วนที่เป็นเขตติดต่ออำเภอนิคมน้ำอูน นำส่งโรงพยาบาลนิคมน้ำอูน ขณะนำส่งมีการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตามปัญหาที่พบ ถ้าเกินความสามารถโทรขอคำปรึกษาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ปฏิบัติตามคำแนะนำให้ได้ดีที่สุด เพื่อส่งผู้ป่วยให้ถึงโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม

(8) ส่งมอบผู้ป่วยฉุกเฉิน เลือกใช้อุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม ประสานงานกับแอมบิวเลนซ์เพื่อช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉิน พร้อมรายงานเจ้าหน้าที่ที่รับผู้ป่วย เกี่ยวกับอาการผู้ป่วย การให้การช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีอาการหนัก กลับสำนักงาน กรณีสีเขียว แพทย์ตรวจแล้วอาการไม่หนักมาก ให้การรักษาและให้กลับบ้านได้ ผู้ปฏิบัติรอรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลส่งกลับถึงบ้าน รายงานผลการปฏิบัติงานไปยังศูนย์สั่งการพร้อมกับบันทึก รายงานการปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการวิเคราะห์ข้อมูลการปฏิบัติงาน นำไปวางแผนการดำเนินงานในครั้งต่อไปได้ ระยะเวลาที่ครอบคลุมการปฏิบัติการทั้งหมดตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงการนำผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล (Operation time) แต่ละครึ่ง เฉลี่ย 25.40 นาที

1.2.4.2 บทบาทของผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้นำชุมชน อสม.และ ประชาชน กับ การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

(1) บทบาทของผู้ให้บริการ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้บริการสุขภาพให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยในเขตหมู่บ้านรับผิดชอบ กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน จากรพ.สต. จะโทร 1669 และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลตำบลกุดใหญ่จะมารับผู้ป่วยนำส่งโรงพยาบาล ถ้าเป็นผู้ป่วยที่อาการหนัก ขึ้นสีแดง จะเป็น EMS จากโรงพยาบาลกุดใหญ่มารับผู้ป่วย ขณะรอรถมารับมีการประเมินอาการผู้ป่วย และให้การรักษาเบื้องต้นตามโศกฏีไลน์ของแต่ละโรคที่เจอ เมื่อรถพยาบาลมาถึง รายงานอาการผู้ป่วยพร้อมการช่วยเหลือเบื้องต้น โดยเขียนรายละเอียดในกระดาษโน้ตส่งให้จนท.ที่มารับผู้ป่วย กรณีมีเหตุฉุกเฉินในชุมชน ถ้าประชาชนโทรแจ้งจนท.รพ.สต.จะออกไปประเมินสภาพผู้ป่วย ถ้ารักษาได้ให้การรักษาทันที แต่ถ้าเกินความสามารถโทร 1669 และปฏิบัติตามขั้นตอนที่กล่าวมาขั้นต้น

“รพ.สต.เรามี CPG ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ถ้าเกินความสามารถก็จะโทร 1669 ให้รถพยาบาลมารับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลกุดใหญ่”

“บางครั้งญาติมาตามให้ไปดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่อาการไม่มี พอเราไปตรวจแล้วอาการไม่ดีจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ก็โทร 1669 เข้าระบบ EMS” (E-03/27 ต.ค. 64)

(2) บทบาทของผู้นำชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมกับเทศบาลตำบลกุดใหญ่ในการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ข่าวสารต่างๆ แต่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน มีบางโอกาสที่เป็นผู้ประสบเหตุ และโทร 1669 บางครั้งก็โทรหาผู้ปฏิบัติงานโดยตรงเพื่อให้การช่วยเหลือรวดเร็วขึ้น

(3) บทบาทของอสม. ผลการศึกษาพบว่า อสม.มีบทบาทโดยการกระจายข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน หลังได้รับการอบรม หรือเรียนจากโรงเรียน อสม.ที่มีการเปิดสอนความรู้เรื่องทางสุขภาพเดือนละ 1 ครั้ง ได้รับการอบรมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จากโรงพยาบาลกุดใหญ่ ปีละ 1 ครั้ง บางครั้งมีบทบาทเป็นผู้ประสบเหตุ และเป็นคนแจ้งเหตุ มีการปฐมพยาบาลเบื้องต้นบางครั้ง เช่น การห้ามเลือด การทำแผล การตามกระดูก เป็นต้น

(4) ประชาชน ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่จะเป็นผู้ประสบเหตุหรือเป็นผู้เห็นเหตุการณ์ และเป็นคนโทรแจ้ง 1669 ส่วนใหญ่มีความรู้ในการปฐมพยาบาล

เบื้องต้นน้อยมาก เมื่อพบเหตุการณ์ฉุกเฉิน หลังโทรแจ้ง 1669 แล้ว ไม่ได้ช่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้น ขณะรอรถพยาบาลมารับ เนื่องจากไม่มั่นใจและไม่มีความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ส่วนใหญ่จะเป็นคนในครอบครัว หรือญาติเป็นคนโทรแจ้ง 1669 บางครั้งก็ไปแจ้งที่รพ.สต. เจ้าหน้าที่ออกมาตรวจให้ถึงบ้าน เกินความสามารถ จนท.จะโทร 1669 ให้ รอจนส่งผู้ป่วยขึ้นรถจึงแยกย้ายกัน

1.2.4 ความต้องการการพัฒนางานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.2.4.1 ด้านผู้ปฏิบัติ

จากการวิเคราะห์สถานะแวดล้อมและศักยภาพ(SWOT Analysis) พบว่า

(1) จุดแข็งหรือข้อได้เปรียบ (Strengths)

- 1) มีหน่วยงานรับผิดชอบด้านสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่งานบริหารงานสาธารณสุข สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลกุตไผ่
- 2) มีนโยบายในการบริหารงานชัดเจน
- 3) มีงบประมาณที่สามารถดำเนินการได้ในขอบเขตกฎหมายกำหนด โดยจัดทำเป็นข้อบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี โดยกระบวนการประชาคม
- 4) ผู้บริหารให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชน
- 5) มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชุมชนที่มีความพร้อมในการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง

(2) จุดอ่อนหรือข้อเสียเปรียบ (Weaknesses)

- 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดแคลนบุคลากรด้านการสาธารณสุข
- 2) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น(First Responder) ขาดความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการ
- 3) มีการเรียกใช้รถพยาบาลฉุกเฉินผิดประเภท
- 4) อุปกรณ์เครื่องมือ ไม่ทันสมัยและยังมีไม่เพียงพอ
- 5) อาสาสมัครกู้ชีพ (FR) ขาดขวัญ และกำลังใจ เรื่องค่าตอบแทน

(3) ปัจจัยที่เป็นโอกาส (Opportunities)

- 1) มีชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) ในระดับชุมชน
- 2) อาสาสมัครกู้ชีพ (FR) เป็นคนในพื้นที่
- 3) ประชาชนในพื้นที่ตำบลกุตไผ่และพื้นที่ใกล้เคียงเข้าถึงและเรียกใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินได้
- 4) มีช่องทางในการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองมากขึ้น
- 5) มีหน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงานด้านEMS
- 6) มีเครือข่ายงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

(4) ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ขัดจำกัด (Threats)

- 1) พบข้อร้องเรียน ออกรับผู้ป่วยช้า
- 2) พบข้อร้องเรียนปัญหาการติดต่อสื่อสาร

- 3) ผู้บริหารขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ตามกฎหมาย
- 4) ผู้รับบริการขาดความเข้าใจในการเรียกใช้บริการ
- 5) โรงพยาบาลแม่ข่ายขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น

- 6) หน่วยสั่งการขาดความชัดเจนในการสั่งการ
- 7) ด้านการเงิน การเบิกจ่ายจาก สพฉ. มีความล่าช้า ไม่ครบถ้วน
- 8) ด้านงบประมาณมีข้อจำกัดในการบริหารงบประมาณ

ความต้องการพัฒนาของหน่วยปฏิบัติการ คือการพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน การพัฒนาระบบบริการให้ดียิ่งขึ้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ชัดเจน คุ่มค่า คุ่มทุน อีกทั้งสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนางานบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้แบบครบวงจร ครอบคลุมทุกกลุ่ม

1.2.4.2 ด้านผู้ให้บริการสุขภาพ

ปัญหาอุปสรรคที่พบ ส่วนใหญ่จะเป็นจำนวนเจ้าหน้าที่มีน้อย การออกให้บริการในกรณีฉุกเฉินในพื้นที่ทำไม่ได้ไม่ครอบคลุม บางกรณีที่เกิดอันตรายจริงๆญาติจะนำผู้ป่วยมาที่รพ.สต.ก่อน ไม่ได้โทร 1669 ทันที ทำให้ระยะเวลาในการจัดการดูแลแก้ไขปัญหาล่าช้าเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว ผู้ให้บริการมีวิชาชีพที่แตกต่างกันการรับรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินแตกต่างกัน ขาดการมีส่วนร่วมระหว่าง รพ.สต.กับหน่วยบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลไม่ว่าจะเป็นการวางแผนการปฏิบัติหรือประเมินผลด้านต่างๆ

ต้องการพัฒนาการทำงาน ให้มีระบบและมีแนวทางที่ชัดเจน มีแนวปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยฉุกเฉินสำหรับแต่ละวิชาชีพ เพื่อให้สามารถดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของตนเองได้ดียิ่งขึ้น มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง มีการซ้อมแผนรับมืออุบัติเหตุฉุกเฉิน อุบัติเหตุหมู่ การจัดกิจกรรม EMS Rally สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและอปท.ในการพัฒนางานการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง

1.2.4.3 ด้านผู้นำชุมชน/อสม. และประชาชน

ปัญหาอุปสรรค พบว่า ประชาชนในพื้นที่ตำบลกุดไผ่ บางส่วนยังไม่เข้าใจกระบวนการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ยังไม่มีจิตอาสากู้ชีพชุมชนที่ปฏิบัติหน้าที่ตามชุมชนต่าง ๆ อสม.ไม่ได้รับการฟื้นฟูความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ขาดการมีส่วนร่วม ระหว่างผู้นำชุมชน อสม. ประชาชนกับหน่วยงานภาครัฐเช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลกุดไผ่ ส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารแบบทางเดียว ไม่มีเวทีประชาคมในการหาปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ต้องการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องการอบรมโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการขอความช่วยเหลือสำหรับแกนนำชุมชน อสม.และประชาชนทั่วไป โดยส่งตัวแทนบ้านละ 2 คน เป็นตัวแทนเข้าอบรม จัดเวทีประชาคมเพื่อให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนางานการแพทย์ฉุกเฉิน

“อยากให้เทศบาลเชิญทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้าไปร่วมทำแผนด้วยกันจะได้ช่วยกันหาช่องโหว่และพัฒนาไปด้วยกัน ประชาชนจะได้รับการดูแลครอบคลุมขึ้น” (D-03/28 ต.ค. 64)

2. วางแผนการพัฒนาและตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติร่วมกัน

เมื่อศึกษาสถานการณ์การภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชนเสร็จแล้ว ผู้ศึกษานำข้อมูลมาวิเคราะห์และจัดทำข้อมูลเพื่อส่งคืนข้อมูลกลับสู่ชุมชน จัดเวทีประชาคม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เป็นเวทีแห่งการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยคืนข้อมูลสถานการณ์ที่ศึกษาให้แก่กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบ ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประชาชน หลังจากนั้นร่วมกับภาคีเครือข่ายระดมสมองจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อแก้ไขปัญหาที่พบในวันที่ 8 พฤศจิกายน 2564 เวลา 08.30 น.- 16.30 น. ณ หอประชุมเทศบาลตำบลลูกใต้ ได้แผนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

ด้านผู้บริหาร

1. เข้าร่วมประชุมรับทราบนโยบายและแนวทางการดำเนินงานของท้องถิ่นระดับจังหวัด
2. ศึกษาข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการบริหารงานการแพทย์ฉุกเฉิน
3. สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนางานบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้หน่วยงานเสนอแผนพัฒนาการจัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ ภายใน 5 ปี เข้าแผนเทศบัญญัติเพื่อดำเนินการต่อไป

ด้านผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน

1. ทำแผนพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงาน ทั้งด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน มีการจัดอบรมและประเมินผลทักษะการปฏิบัติงานทุก 3 เดือน โดยหัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้ประเมินและกำกับติดตาม
2. ปรับปรุงระบบการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามมาตรฐาน มีการประเมินผลการปฏิบัติงานทุก 3 เดือน

3. เข้าร่วมกับการซ้อมแผนรับมืออุบัติเหตุหมู่ EMS Rally ของตำบล/อำเภอ/จังหวัด

ด้านผู้ให้บริการสุขภาพ

1. วางแผนปฏิบัติงานโดยมีส่วนร่วมและประสานงานกับเทศบาลให้เป็นไปในทางเดียวกัน
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยการเข้าร่วมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับบุคลากร รพ.สต. การเข้าร่วมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง สำหรับพยาบาลวิชาชีพ
3. ปรับปรุงแนวปฏิบัติการบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

ด้านผู้นำชุมชน/อสม./ประชาชน

1. ร่วมทำแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับเทศบาลตำบลลูกใต้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. เข้าร่วมการอบรมแกนนำอาสาสมัครด้านการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน โดยเน้นการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการขอความช่วยเหลือเบื้องต้น
3. ประชาสัมพันธ์และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพประชาชนด้านการแพทย์ฉุกเฉิน
4. สร้างการรับรู้เรื่องขอความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน

3. ปฏิบัติตามแผน สะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติ

3.1 จัดทำแผนการซื้อรถพยาบาลและวัสดุครุภัณฑ์ ทางรถพยาบาล เพื่อนำเข้าเทศบาลบุญดี
รายละเอียดตาม ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แผนการจัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลลูกใต้

ที่	แผนงาน	หมวด	ประเภท	เป้าหมาย (ผลผลิตของ ครุภัณฑ์)	งบประมาณ (บาท)
					ปี 2566 - 2570
1	สาธารณสุข	ค่าครุภัณฑ์	เครื่องผลิตออกซิเจนแบบ พกพา yuwell ขนาด 3 ลิตร 1 เครื่อง	เพื่อใช้ผลิตออกซิเจน	15,000
2	สาธารณสุข	ค่าครุภัณฑ์	ครุภัณฑ์	รถเข็น จำนวน 2 คัน	10,000
3	สาธารณสุข	ค่าครุภัณฑ์	ชุดช่วยหายใจมือบีบ (Ambu bag) 2 เครื่อง เด็ก/ผู้ใหญ่	เพื่อช่วยหายใจกรณี ปัมหัวใจ	5,000
4	สาธารณสุข	ค่าครุภัณฑ์	เตียงนอนผู้ป่วยปรับระดับ ได้ 1 เตียง	สำหรับผู้ป่วยนอนพัก สังเกตอาการ	20,000
5	สาธารณสุข	ค่าครุภัณฑ์	ตู้เก็บเอกสารแบบบาน เลื่อน	เพื่อเก็บแฟ้มเอกสาร	10,000
6	สาธารณสุข	ค่าครุภัณฑ์	รถพยาบาลฉุกเฉิน (รถตู้) 1 คัน	เพื่อรับส่งผู้ป่วย ฉุกเฉิน	2,000,000
7	สาธารณสุข	ค่าครุภัณฑ์	คอมไฟฟ้ตัดฐาน 3 แฉก ตั้งพื้น มีล้อ หมุน 1 ตัว	เพื่อใช้ในการทำ หัตถการ	2,000
8	สาธารณสุข	ค่าครุภัณฑ์	เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้า อัตโนมัติ (AED) 1เครื่อง	เพื่อใช้กระตุกหัวใจ	55,000

3.2 พัฒนาความรู้และทักษะผู้ปฏิบัติงานบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินโดยอบรมฟื้นฟูให้
ความรู้แก่ FR ในเรื่อง การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น (อบรมพร้อมแกนนำในชุมชนรายละเอียด
ตามตารางที่ 3

ประเมินและฝึกปฏิบัติทักษะโดยการเข้าร่วมกิจกรรม EMS Rally ที่อำเภอภูพานจัดขึ้น
มีสมาชิก หน่วยบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินเข้าร่วม 8 หน่วยงาน จัดขึ้นเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2565
มีกิจกรรมดังต่อไปนี้

การจัดการแข่งขัน EMS Rally มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพของทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน
ในการให้บริการ ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โดยใช้รูปแบบการจำลองสถานการณ์เพื่อให้ฝึก
ปฏิบัติในสถานการณ์ที่มีความกดดัน และเพื่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องและมี

ประสิทธิภาพ จึงได้จัดให้คณะกรรมการประจำฐานมาอภิปราย ผลการแข่งขันว่าทีมผู้แข่งขันแต่ละทีม มีจุดแข็งจุดอ่อนอย่างไร ในระหว่างการแข่งขันผลการแข่งขัน

สมาชิก ทีม จะประกอบด้วย สมาชิกทีม 4 คน (ลงแข่งขัน 3 คน และสำรอง 1 คน) การแข่งขันทีมผู้เข้าแข่งขันจะต้องเข้าเก็บคะแนนการแข่งขันทุกฐาน โดยฐานการแข่งขันมีจำนวน 8 ฐาน ดังนี้ 1) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ใหญ่ (CPR) 2) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) 3) ผู้บาดเจ็บที่กระดูกและข้อ 4) การบริหารจัดการสาธารณภัย (Disaster) 5) การดูแลผู้ป่วยหอบหืด 6) คนเดินถนนถูกรถชน (Trauma) 7) การช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด -19 8) กิจกรรมนันทนาการและการทำงานเป็นทีม

ตารางที่ 2 ผลคะแนนการฝึกทักษะการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุของทีมเทศบาลตำบลภูเก็ต

ฐาน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
1) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ใหญ่ (CPR)	100	90	90.0
2) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	100	70	70.0
3) ผู้บาดเจ็บที่กระดูกและข้อ	100	85	85.0
4) การบริหารจัดการสาธารณภัย (Disaster)	100	75	75.0
5) การดูแลผู้ป่วยหอบหืด	100	82	82.0
6) คนเดินถนนถูกรถชน (Trauma)	100	85	85.0
7) การช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด-19	100	65	60.0
8) กิจกรรมนันทนาการและการทำงานเป็นทีม	100	90	90.0
รวมคะแนน	800	642	80.3

จากตารางพบว่า คะแนนรวมทักษะการปฏิบัติของทีมเทศบาลตำบลภูเก็ต อยู่ในระดับดีมาก คือ ร้อยละ 80.3 คะแนนรายฐานพบว่า ฐานที่ทีมปฏิบัติงานมีทักษะมากที่สุดคือ ฐาน กิจกรรมนันทนาการและการทำงานเป็นทีม มีคะแนนสูงถึง ร้อยละ 90 เป็นเพราะว่าผู้ปฏิบัติงานทำงานร่วมกันมากกว่า 10 ปี ทำให้มีความเข้าใจและรับรู้การตัดสินใจและปฏิบัติร่วมกัน ร่วมแรงร่วมใจกัน แสดงให้เห็นถึงความรักความสามัคคีของทีม รองลงมาคือ ฐาน ผู้บาดเจ็บที่กระดูกและข้อ และ คนเดินถนนถูกรถชน (Trauma) คะแนนร้อยละ 85 ซึ่งจากการปฏิบัติงานที่เจอผู้ป่วยในลักษณะการบาดเจ็บแบบนี้บ่อยๆ ทำให้เกิดความชำนาญในการให้การดูแลผู้ป่วยลักษณะเดียวกัน ฐานที่ได้คะแนนต่ำที่สุดคือ ฐานการช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด คะแนนร้อยละ 65 เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ ทำให้ผู้ปฏิบัติยังไม่มี ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ขั้นตอนการใส่และถอดชุดอุปกรณ์ป้องกันเช่น PPE Mask Face Shield รองเท้า ถุงมือ หมวกคลุมผม เป็นต้น ซึ่งทางผู้บริหารหน่วยงานมีแผนการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเพิ่มมากขึ้นเพื่อเตรียมพร้อมในการรับมือกับผู้ป่วยโควิด -19 ที่มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

3.3 ชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินตำบลภูเก็ต

โครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ผู้ศึกษาได้พัฒนาชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินโดยมี วัตถุประสงค์เพื่อให้

ความรู้และฝึกทักษะคนในชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นตามเกณฑ์มาตรฐานของ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้ เนื้อหาในชุดกิจกรรมประกอบด้วย 4 กิจกรรมย่อยดังนี้

กิจกรรมที่ 1 : ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์รับแจ้งเหตุ และการแจ้งขอความช่วยเหลือ 1669 โดยใช้ระยะเวลาในการให้ความรู้ 1 ชั่วโมง 30 นาที

กิจกรรมที่ 2 : ทักษะการประเมินสถานการณ์ (Scene Size Up) เป็นการตรวจสอบว่า สถานที่เกิดเหตุปลอดภัยสำหรับการช่วยเหลือหรือไม่ โดยให้ความรู้และฝึกทักษะในการประเมิน เกี่ยวกับ การป้องกันตนเองโดยใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง เช่น Mask แว่นตา และรองเท้าบูท ความปลอดภัยของที่เกิดเหตุ กลไกการเกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ จำนวนผู้บาดเจ็บ และการขอความช่วยเหลือที่ต้องการเพิ่มเติม เช่น ตำรวจ และกู้ภัย โดยใช้ระยะเวลาในการให้ความรู้และฝึกทักษะ 1 ชั่วโมง 30 นาที

กิจกรรมที่ 3 : ทักษะการประเมินสภาพผู้ป่วย (Primary Assessment) เป็นการให้ความรู้ และฝึกทักษะในการประเมินสภาพผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ประกอบด้วยการประเมินลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness: LOC) การประเมินทางเดินหายใจ และจัดทำเพื่อทำทางเดินหายใจให้โล่ง การประเมินการหายใจ การประเมินการไหลเวียน การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การยึดตรึงศีรษะ ในกรณีที่สงสัยมีการบาดเจ็บที่กระดูกคอ และการจัดทำพนักผู้ป่วย ในกรณีที่กลับมามีชีพจรและหายใจเองได้ โดยใช้ระยะเวลาในการให้ความรู้และฝึกทักษะ 1 ชั่วโมง 45 นาที

กิจกรรมที่ 4 : ทักษะการห้ามเลือดและทำแผล เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะในการห้ามเลือดและการทำแผลเฉพาะ ประกอบด้วย การเตรียมอุปกรณ์สำหรับการห้ามเลือดและทำแผล การเตรียมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง การปฏิบัติการห้ามเลือด และการดูแลบาดแผลเฉพาะ โดยใช้ระยะเวลาในการให้ความรู้และฝึกทักษะ 1 ชั่วโมง 45 นาที

โดยสรุปใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 6 ชั่วโมง 30 นาที และในแต่ละกิจกรรม มีแผนการจัดกิจกรรม และสื่อประกอบการสอน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

จัดอบรมในวันที่ 18 พฤศจิกายน 2564 มีผู้เข้าร่วมอบรมดังนี้ ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน (FR) 6 คน ผู้นำชุมชน 11 คน อสม. 33 คน ประชาชนทั่วไป 10 คน รวม 60 คน

ตารางที่ 3 รายละเอียดแผนการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน

องค์ประกอบการเรียนรู้	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ระยะเวลา
กิจกรรมที่ 1 : ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	วิทยากรตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์รับแจ้งเหตุ และการแจ้งขอความช่วยเหลือ 1669 พร้อมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้เข้าอบรม	-PowerPoint -แบบบันทึก -แสดงความ -ความคิดเห็นต่อ	1 ชั่วโมง 30 นาที

	- วิทยากรให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน - ศูนย์รับแจ้งเหตุและการแจ้งขอความช่วยเหลือ 1669 - เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็น - แบ่งกลุ่มผู้เข้าอบรมเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 4-5 คน - ให้แต่ละกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีในพื้นที่	กิจกรรมที่ 1	
--	--	--------------	--

ตารางที่ 3 รายละเอียดแผนการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน (ต่อ)

องค์ประกอบการเรียนรู้	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ระยะเวลา
กิจกรรมที่ 2 : ทักษะการประเมินสถานการณ์	- วิทยากรกระตุ้นผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์ ณ จุดเกิดเหตุ พร้อมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ - วิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์ (Scene Size Up) ได้แก่ - การใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง - ประเมินความปลอดภัยของสถานการณ์ - ประเมินกลไกการบาดเจ็บ - ประเมินจำนวนผู้บาดเจ็บ - ประเมินเพื่อขอความช่วยเหลือเพิ่มเติม - แบ่งกลุ่มผู้เข้าอบรมเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 4-5 คน ฝึกภาคปฏิบัติ	-PowerPoint -แบบบันทึกแสดงความคิดเห็นต่อกิจกรรมที่ 2	1 ชั่วโมง 30 นาที
กิจกรรมที่ 3 :	- วิทยากรกระตุ้นผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็น	-PowerPoint	1 ชั่วโมง

ทักษะการประเมินสภาพผู้ป่วย	พร้อมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ - วิทยากรบรรยายให้ความรู้เรื่องการประเมินสภาพผู้ป่วย (Primary Assessment) ได้แก่ 1. การประเมินลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย 2. การยึดตรึงศีรษะ ในกรณีที่สงสัยมีการบาดเจ็บที่กระดูกคอ 3. การประเมินระดับความรู้สึกตัว 4. การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 5. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย แบ่งกลุ่ม ฝึกปฏิบัติ	-แบบบันทึก แสดงความ คิดเห็นต่อ กิจกรรมที่ 3	45 นาที
----------------------------	---	--	---------

ตารางที่ 3 รายละเอียดแผนการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน (ต่อ)

องค์ประกอบการเรียนรู้	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ระยะเวลา
กิจกรรมที่ 4 : ทักษะการห้ามเลือดและทำแผล	- วิทยากรกระตุ้นผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการห้ามเลือดและการทำแผล พร้อมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ - วิทยากรบรรยายให้ความรู้เรื่องการห้ามเลือดและทำแผล ได้แก่ 1. การเตรียมอุปกรณ์สำหรับการห้ามเลือดและทำแผล 2. การเตรียมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง 3. วิธีการห้ามเลือด - ห้ามเลือดโดยวิธีกดแผลโดยตรง - ห้ามเลือดโดยใช้วัสดุรัดแน่น (Pressure) 4. วิธีการดูแลบาดแผลเฉพาะ แผลเปิดบริเวณทรวงอก,ช่องท้อง แผลวัสดุหักคา,แผลอวัยวะตัดขาด แผลถูกความร้อน ไฟไหม้,แผลบริเวณศีรษะ 5. แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติ	PowerPoint - อุปกรณ์ สำหรับการห้ามเลือด และทำแผล	1 ชั่วโมง 45 นาที

ผลการอบรม ผู้เข้าอบรมมีความรู้ในทุกหัวข้อที่สอน โดยสังเกตจากการตอบคำถามวิทยากรได้หลังจากการสอน ผู้เข้าร่วมอบรมทุกคนให้ความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละฐานเป็นอย่างดี มีการซักถามวิทยากรในเรื่องที่ไม่เข้าใจ หรือสงสัย การสรุปบทเรียนจากการอบรม ผู้เข้ารับการอบรม

ได้บอกเล่าประสบการณ์ที่ได้รับจากการอบรมครั้งนี้ มีการแสดงความคิดเห็น ความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะเพื่อประโยชน์ในการจัดอบรมในครั้งต่อไป

ความคิดเห็นต่อการอบรม สถานที่จัดการอบรม มีความเหมาะสม ใกล้บ้านเดินทางสะดวก ระยะเวลาการจัดการอบรม เหมาะสม วิทยากร มีความรู้ ความสามารถในการเรื่องที่ตนเองสอนเป็นอย่างดี ยึดมั่นเป็นกันเอง ผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจในการอบรมและเสนอให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3.4 การจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลตำบลกุตไผ่ผ่านหอกระจายข่าว โซเชียลต่างๆ กลุ่มไลน์ เฟสบุ๊ก กลุ่มแกนนำประชาสัมพันธ์บอกต่อปากต่อปาก การทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์ แจกไปทุกครัวเรือน พร้อมสติ๊กเกอร์เบอร์โทร 1669

3.5 กลุ่มแกนนำที่ผ่านการอบรม ปฏิบัติงานดูแลและช่วยเหลือคนในหมู่บ้านตัวเองโดยประชาสัมพันธ์การดำเนินงานผ่านหอกระจายข่าว และไลน์กลุ่มต่างๆ เมื่อเกิดเหตุออกปฏิบัติงานร่วมกับทีมเทศบาลตำบลกุตไผ่ หรือออกปฏิบัติหน้าที่ ณ.จุดเกิดเหตุก่อนที่ทีมปฏิบัติการจะเดินทางถึงเป็นการช่วยลดระยะเวลา ณ.จุดเกิดเหตุได้ดี

3.6. ผู้ให้บริการสุขภาพมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยการเข้าร่วมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับบุคลากร รพ.สต. การเข้าร่วมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ที่โรงพยาบาลกุตบากจัดขึ้น ในวันที่ 20 มกราคม 2565 โดยมีเจ้าหน้าที่ 2 รพ.สต.ในเขตตำบลกุตไผ่เข้าร่วมอบรม 15 คน

3.7 มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติการบริการการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและเทศบาลตำบลกุตไผ่ โดยทำเป็นภาพรวมของอำเภอ

3.8 สรุปผลการปฏิบัติงานของหน่วยบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลกุตไผ่

ตารางที่ 4 สรุปผลการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลกุตไผ่

เดือน ตุลาคม 2564 - เมษายน 2565

ลำดับที่	อาการ	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
1	วิงเวียน/เหนื่อยเพลีย	55	25.7
2	ไข้/ปวดท้อง/ถ่ายเหลว	42	19.6
3	อุบัติเหตุ/MCA	38	17.8
4	หายใจลำบาก/หอบหืด	32	15.0
5	อื่นๆ/สุนัขกัด	21	9.8
6	ตกจากที่สูง/กระแทก	20	9.3
7	ปวดท้องคลอด	3	1.4
8	Stroke	3	1.4
รวม		214	100.0

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยที่เรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินสูงสุด คือ วิ่งเวียน/ เหนื่อยเพลีย ร้อยละ 25.7 รองลงมา ใช้/ปวดท้อง/ถ่ายเหลว ร้อยละ 19.6 และ อุบัติเหตุ/MCA ร้อยละ 17.8 ซึ่ง 2 ลำดับแรกเป็นโรคทางอายุรกรรม ส่วนลำดับ 3 เป็นการได้รับบาดเจ็บอุบัติเหตุ ตารางที่ 5 สรุปผลการปฏิบัติการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการประเมิน	จำนวน	ผลงาน	ร้อยละ
1.ร้อยละของการรับแจ้งเหตุ ทาง 1669	240	214	89.2
2.รับแจ้ง-สั่งการ ≤ 2 นาที	214	195	91.1
3.สั่งการ-ออกจากฐาน ≤ 60 วินาที	214	145	67.8
4.ออกจากฐานถึงที่เกิดเหตุ Response Time ≤ 10 นาที	214	178	83.2
5.เวลา ณ จุดเกิดเหตุ On Scene Time ≤ 10 นาที	214	165	77.1
6.จากที่เกิดเหตุถึงโรงพยาบาล ≤ 10 นาที	214	178	83.2
7. ระยะเวลารวมทุกขั้นตอน ตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึง ส่งมอบผู้ป่วย/ผู้ประสบเหตุ ≤ 33 นาที	214	173	80.8
7.ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลที่ เหมาะสม ตามความจำเป็นในเรื่องการดูแลทางเดิน หายใจ การห้ามเลือด และการตามกระดูก	40	35	87.5
8. ร้อยละของผู้บาดเจ็บในเขตตำบลกุดโง้งมา ER รพ.กุดบาก ด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	240	214	89.2
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(ระดับมากขึ้นไป)	214	200	93.5

จากตารางที่ 5 พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ผ่านตามเกณฑ์ประกันเวลา สูงที่สุดคือ รับแจ้ง-สั่งการ ≤ 2 นาที ร้อยละ 91.1 รองลงมา ออกจากฐานถึงที่เกิดเหตุ Response Time ≤ 10 นาที และการเดินทางจากที่เกิดเหตุถึงโรงพยาบาล ≤ 10 นาที ร้อยละ 83.2 การประกัน เวลาต่ำที่สุด สั่งการ-ออกจากฐาน ≤ 60 วินาที ร้อยละ 67.8 และ เวลา ณ จุดเกิดเหตุ On Scene Time ≤ 10 นาที ร้อยละ 77.1 ระยะเวลารวมทุกขั้นตอน ตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงส่งมอบผู้ป่วย/ผู้ ประสบเหตุ ≤ 33 นาที ร้อยละ 80.8 ประชาชนใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงถึงร้อยละ 89.2 สูง กว่าปี 2564 ที่มีอัตราการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 70.5 อัตราความพึงพอใจของ ผู้รับบริการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 93.5 เพิ่มจากปี 2564 มีอัตราความพึงพอใจ ร้อยละ 79.8

จากการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เห็นได้ชัดเจนว่า การบริการด้าน ต่างๆ เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจากการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ช่วยกันประชาสัมพันธ์และกลุ่มแกนนำที่ผ่านการอบรมสามารถปฏิบัติการปฐม

พยาบาลดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ก่อนที่ทีมปฏิบัติงานจะไปถึงเหตุ ทำให้ลดระยะเวลา ณ.จุดเกิดเหตุได้ดีขึ้น การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้นส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น

สะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงการปฏิบัติ

หลังจากดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน ทีมปฏิบัติการ และภาคีเครือข่ายจะนัดประชุมเพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคที่พบ และแนวทางแก้ไขปัญหา และปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้นทุก 3 เดือน โดยครั้งแรก ประชุม วันที่ 24 มกราคม 2565 ครั้งที่ 2 วันที่ 18 เมษายน 2565 โดยเนื้อหาโดยสรุปมีดังนี้

1. ติดตามการจัดซื้อวัสดุครุภัณฑ์ตามแผนที่วางไว้ ซึ่งยังไม่ได้มีการจัดซื้อต้องรอการประกวดราคาและจัดซื้อโดยทีมบริหารเห็นชอบแล้วในบางส่วน เนื่องจากงบประมาณยังมีไม่เพียงพอ จะได้ครุภัณฑ์บางส่วน
2. ทบทวนการดูแลผู้ป่วย ณ.จุดเกิดเหตุ ของกลุ่มแกนนำ อุปสรรคในการทำงาน ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องความชำนาญในการดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่ไม่ค่อยได้เจอบ่อย ทำให้ลืมน้องมีการทบทวนบทเรียนเพิ่มขึ้น
3. ทบทวนการปฏิบัติงานของทีมปฏิบัติการ ยังมีอุปสรรคในเรื่องระยะทาง ความยากลำบากในการเข้าถึงตัวผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยอยู่ นา สวน ซึ่งทางซับซ้อนทำให้ใช้เวลาเดินทางถึงจุดเกิดเหตุล่าช้า การลำเลียงผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลล่าช้าเช่นกัน แก้ไขปัญหาโดยให้แกนนำช่วยนำทางกรณีที่อยู่ในพื้นที่ของแต่ละหมู่บ้าน
4. ผู้ให้บริการสุขภาพ ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีแกนนำในการดูแลเบื้องต้นได้ เจ้าหน้าที่เดินทางไปถึงปฐมพยาบาลได้เร็วก่อนที่ทีมปฏิบัติการเดินทางมาถึง
5. ระบบการประสานงานระหว่างหน่วยงานและชุมชนมีมากขึ้น การทำงานเป็นระบบมีการติดต่อประสานงานผ่านไลน์กลุ่ม และโทรศัพท์ ทำให้ทุกคนเห็นความก้าวหน้าและอุปสรรคในการทำงาน ร่วมกันแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วทั้งผ่านไลน์กลุ่ม และนำมาสรุปตอนประชุม
6. ทบทวนผลการแข่ง EMS Rally ทีมปฏิบัติการมีคะแนนทักษะดีขึ้นกว่าปีก่อนๆ ทำให้ทุกคนมีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น
7. รายงานความก้าวหน้าให้ผู้บริหารทราบทุก 3 เดือน ผู้บริหารสนับสนุนงบประมาณและให้รางวัลเป็นขวัญกำลังใจให้กับทีมปฏิบัติงาน

4. ประเมินผลการพัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตำบลกุดโง้ง

4.1 ด้านผู้ปฏิบัติ

มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นจากการสังเกตการณ์ทำกิจกรรม และการประเมินทักษะในการปฏิบัติงานในทุกเดือน การถาม - ตอบ ผลการปฏิบัติงานจากการรายงานผลปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในระดับดีมาก ร้อยละ 100

4.2 ผู้บริหาร

มีความพึงพอใจในการดำเนินงานของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่มีผลการปฏิบัติงานดีขึ้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เช่นการวางแผนงาน การประชุมประชาคม การประชุมติดตามผลการดำเนินงาน

4.3 กลุ่มผู้นำชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผลความพึงพอใจในการปฏิบัติงานร่วมกัน อยู่ในระดับดีมาก การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการร่วมปฏิบัติงานในจุดเกิดเหตุ การประชาสัมพันธ์การทำงาน และการให้ข้อเสนอแนะทีมงานในการพัฒนางาน

4.4 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชาชน ผลความพึงพอใจ อยู่ในระดับดีมาก การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เพิ่มขึ้น ทุกคนมีบทบาทในการดูแลตนเองและคนในครอบครัว รวมถึงประชาชนในหมู่บ้าน มีกิจกรรมร่วมกับทีมในการปฏิบัติงานในจุดเกิดเหตุ และมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์และวางแผนดำเนินงาน ระดมความคิดในการพัฒนางานให้ดีขึ้น

4.5 ผู้ให้บริการสุขภาพ ผลความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ มีเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการประสานงานระหว่างรพ.สต.กับเทศบาล รพ.สต.กับชุมชน มีความสะดวก รวดเร็วมมากขึ้น ทำให้การดำเนินงานไม่สะดุด มีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น

5. อภิปรายผล

5.1 สถานการณ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉินตำบลลูกุดไ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 6 คน เพศชาย ร้อยละ 100 ช่วงอายุ 30-54 ปี อายุเฉลี่ย 45 ปี อายุน้อยสุด 30 ปี อายุมากที่สุด 54 ปี สถานภาพสมรส คู่ 3 คน ร้อยละ 50 โสด 3 คน ร้อยละ 50 การศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น 1 คน ร้อยละ 16.7 มัธยมศึกษาตอนปลาย 4 คน ร้อยละ 66.6 อนุปริญญา 1 คน ร้อยละ 16.7 อาชีพ จ้างเหมาบริการ 6 คน ร้อยละ 100 รายได้ต่อเดือน 6,500 บาท ร้อยละ 100 ข้อมูลด้านประสบการณ์ทำงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ตำแหน่งผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น 6 คน ร้อยละ 100 มี 2 คนที่ปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่งหัวหน้าชุดปฏิบัติการ และคนขับยานพาหนะ อายุงานสูงสุด 13 ปี น้อยสุด 2 ปี อายุงานเฉลี่ย 8.5 ปี ประสบการณ์ฝึกอบรม ผ่านการอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและเคลื่อนย้ายพื้นฐาน 3 วัน

สถานการณ์และความต้องการการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลลูกุดไ

ผลการศึกษาพบว่า เทศบาลตำบลลูกุดไ มีนโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบายหลักในการที่จะดำเนินการเมื่อเริ่มเข้ารับตำแหน่งนายกเทศมนตรี และให้ความสำคัญในการช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นการดีที่สามารถช่วยเหลือชีวิตประชาชนเมื่อพบกับภาวะวิกฤติที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของเนื้องานการทำงานเชิงรุกของภาคีชุมชนและครอบครัว รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพคณะทำงานและภาคีเครือข่าย ให้บริการ ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาและออกแบบการจัดระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการให้ความสำคัญของผู้บริหารองค์กรที่มีความเกี่ยวข้องกับการจัดบริการการแพทย์ โดยเป็นกำลังสำคัญให้การสนับสนุนและขับเคลื่อนนโยบายขององค์กร ส่งผลการมีนโยบายด้านการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นลายลักษณ์อักษร สอดคล้องกับการศึกษาของ วิริยญา ลาโซโรจน์ (2008) พบว่า ปัจจัยด้านนโยบายองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ หากมีการนำระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากำหนดเป็นนโยบายขององค์กรที่ชัดเจน จะทำให้องค์กรและผู้บริหารสนับสนุนการดำเนินงานและสามารถขับเคลื่อนนโยบายอย่างต่อเนื่อง (Suriyapantri &

Chimkul,2008) ส่วนการมีงบประมาณในการสนับสนุนการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดปทุมธานี พบว่า งบประมาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ (Lacharojn, 2008)

ในกระบวนการจัดทำนโยบายและแผนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบล กุดไท มีระเบียบและข้อบังคับทางกฎหมายให้สามารถจัด บริการได้ตามพรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และพรบ. การแพทย์ฉุกเฉิน แห่งชาติ พ.ศ. 2551 แม้ว่ากฎหมายไม่ได้ครอบคลุมการรับส่งผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ แต่เป็นนโยบายจากนายกรัฐมนตรีที่ต้องการช่วยเหลือประชาชน จึงได้มีการบรรจุการรับส่งกรณีไม่ฉุกเฉินในแผนปฏิบัติของงานการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งย่อยออกมาเพื่อให้หน่วยงานรับผิดชอบการรับรู้ถึงนโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของเทศบาลตำบลกุดไท สอดคล้องกับงานวิจัยของ นุสรินา บินสะแหละหมั่น, ประณิต ส่งวัฒนา, วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย (2561) ศึกษาสถานการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชายแดนภาคใต้และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การให้ความสำคัญของผู้บริหารองค์กร การมีนโยบายด้านการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร และมีงบประมาณสนับสนุนการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีองค์ประกอบด้านการให้ความสำคัญของผู้บริหาร การมีนโยบายด้านการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นลายลักษณ์อักษร และการมีงบประมาณในการสนับสนุนการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะเพิ่มโอกาสในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ สอดคล้องกับการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขท้องถิ่น (Local Health Governance) ที่สามารถสะท้อนให้เห็นความพร้อมและศักยภาพทางด้านสุขภาพของท้องถิ่นในมิติความพร้อมองค์กรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Institutional Capacity of Local Administrative Organizations) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ และคณะ (2552) ที่ได้ศึกษาระบบบริการขององค์การบริหารส่วนตำบลวังแสง จังหวัดมหาสารคาม ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเข้ามาเป็นส่วนร่วมในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้เกิดความพร้อมสามารถให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพ ออกปฏิบัติการครอบคลุมทุกพื้นที่ทำให้ประชาชนได้รับบริการการทั่วถึง

ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน

ในการจัดทำแผนปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไท การมีส่วนร่วม น้อยจากหน่วยงานอื่นหรือประชาชน ส่วนใหญ่จะเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการของเทศบาลวางแผนและแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ เช่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน โรงเรียน โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว หรือหนังสือราชการ อบต. มีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำแผนพัฒนาชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของประชาชนและขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญในกระบวนการจัดทำแผนคือการมีส่วนร่วมของประชาชน (สุวดี ถี ไกรสกุลและ จุฑาภรณ์ศรีรักษ์วิน, 2558) โดยการจัดทำแผนที่สมควรเป็นแผนที่แก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของประชาชนใน

ชุมชนควรอาศัยเวทีประชาคมในการนำเสนอปัญหาความต้องการและข้อเสนอแนะอื่น ๆ รวมไปถึงการมีส่วนร่วมใน การกำหนดโครงการและกิจกรรมต่างๆ

บทบาทของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ด้านจัดสรรงบประมาณ ผลการศึกษาพบว่า เทศบาลตำบลกุดโง้ง มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้งบประมาณจากเทศบัญญัติ มีการวางแผนโครงการและกำหนดงบประมาณสำหรับค่าใช้จ่ายซึ่งระบุรายละเอียดอยู่ในโครงการ ได้แก่ ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าตอบแทนบุคลากรโดยงบประมาณสำหรับบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเหล่านี้ซึ่งผู้บริหารอปท. มีการวางแผนค่าใช้จ่ายโดยเปรียบเทียบจากการจัดบริการให้ปีก่อนหน้า และการศึกษาพบว่า มีปัญหางบประมาณไม่เพียงพอต้องวางแผนของงบประมาณระยะ 5 ปี ด้านความพร้อมของยานพาหนะ อุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ ไม่มีความพร้อม เนื่องจากใช้งานมาระยะเวลานานเครื่องมือชำรุด สอดคล้องกับการศึกษาของ นริสสา พัฒนปรีชาวงศ์ และคณะ (2555) พบว่า ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินให้ความสำคัญในเรื่องของความพร้อมในด้านนโยบายและการบริหารจัดการที่จะต้องมีการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ประจำหน่วยตลอด 24 ชั่วโมง และรถพยาบาลต้องมีอุปกรณ์ในการป้องกันเชื้อโรค มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้นและฟื้นคืนชีพ ซึ่งหากมีความพร้อมดังกล่าวข้างต้น จะสามารถออกปฏิบัติงานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วถึง อีกทั้งในมุมมองของผู้ป่วยฉุกเฉิน จะให้ความสำคัญกับความพร้อมของรถพยาบาล ความพร้อมใช้งานของอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายในรถ และความพร้อมของผู้ปฏิบัติงานที่มีความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จะทำให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น (สุรภา ขุนทองแก้ว, 2562) ดังนั้น หน่วยงานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรประสานความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญเฉพาะในการวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมของยานพาหนะ วัสดุ และอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ให้ได้ครบถ้วนตามมาตรฐานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (มมตาส มีระมาน และคณะ, 2563)

ด้านบุคลากร ผลการศึกษา พบว่า อัตรากำลังของบุคลากรในหน่วยงานบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ได้มีการจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรเพื่อพร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีการจัดผลัดการทำงานเป็นเวร ปฏิบัติการเป็นผลัด ผลัดละ 12 ชั่วโมง แบ่งเป็นผลัดละ 3 คน สำหรับลักษณะการปฏิบัติงานแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการเบื้องต้น (FR) 2) คนขับรถและ 3) เจ้าหน้าที่สื่อสาร เนื่องจากมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานแค่ผลัดละ 3 คน บุคลากรหนึ่งคนจึงจำเป็นต้องปฏิบัติงานหลายหน้าที่ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) ซึ่งทั้ง 6 คน ได้ผ่านการอบรมและมีประกาศนียบัตรการอบรมชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder: FR) นอกจากนี้ในสถานการณ์ปัจจุบันที่เผชิญกับการระบาดของโรคไวรัส โควิด-19 (โควิด-19) ผู้ปฏิบัติทุกคนต้องได้อบรมเพิ่มความรู้และทักษะในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ (Infection Control) เพื่อป้องกันตนเองไม่ให้ติดโรคโควิด-19 จากการออกปฏิบัติงานภาคสนามได้

ด้านระบบสารสนเทศและการประสานงาน ในด้านระบบสารสนเทศและการประสานงาน เทศบาลตำบลกุดโง้ง มีการสนับสนุนเครื่องมือสื่อสาร สำหรับใช้ ในการรับแจ้งเหตุมี 2 ลักษณะ ได้แก่ โทรศัพท์มือถือและวิทยุสื่อสารโดย รับแจ้งเหตุทางโทรศัพท์เป็นหลัก ซึ่งผู้บริหารอปท. และผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการใช้โทรศัพท์มือถือมีความสะดวกรวดเร็วพกพาได้ และสามารถรับเรื่องแจ้งเหตุจากประชาชนได้โดยตรง ส่วนการใช้วิทยุสื่อสารมักจะใช้สื่อสารกับ

ทีมงาน ข้อดีคือสามารถส่งต่อข้อมูล ได้อย่างรวดเร็วสะดวกและศูนย์รับแจ้งเหตุสามารถรับส่งข้อมูลไปยังผู้ปฏิบัติงานทุกคนได้พร้อมกันในครั้งเดียว แต่มีข้อ จำกัด คือผู้ที่ใช้วิทยุสื่อสารจะต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมการใช้วิทยุสื่อสาร คมนาคมเพื่อนำไปใช้ในระบบบริการการแพทย์

ด้านการประสานงาน การประสานงานสำหรับการรับส่งผู้ป่วยของเทศบาลตำบล กุดไผ่ มีการประสานงานใน 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การประสานงานภายในอปท. และ 2) การประสานงานกับหน่วยงานนอกเหนือจากนั้นมีการประสานงานระหว่างหน่วยบริการและหน่วยงานต่าง ๆ ที่ประสานงานมาเพื่อขอรับบริการ ได้แก่ รพ. สต. โรงพยาบาลชุมชน โรงเรียน เป็นต้น

บทบาทหน้าที่ของ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้นำชุมชนและประชาชน กับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

บทบาทหน้าที่ของ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หน่วยบริการได้รวบรวมปัญหาและความต้องการของประชาชนจากหลายๆส่วน จากการสรุปผลการดำเนินงานประจำปี รายงานโครงการ รายงานการสะท้อนการดำเนินงานจากประชาชน แล้วเสนอให้ผู้บริหารการดำเนินงาน

1) ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) ในปีที่ผ่านมา มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินและคนที่พบเหตุ ส่วนใหญ่จะเป็นญาติโทรแจ้งเหตุ และส่วนใหญ่จะโทรแจ้ง 1669 2) ด้านการแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) ประชาชนมีการแจ้งเหตุที่รวดเร็ว โดยส่วนใหญ่โทรเบอร์ 1669 ความล่าช้าจากการแจ้งเหตุ ส่วนใหญ่พบว่า ผู้โทรแจ้งเหตุ แจ้งข้อมูลไม่ครบถ้วน เมื่อรับแจ้งเหตุ ผู้ปฏิบัติวิทยุแจ้งศูนย์สกลนครขอลำดับที่ออกปฏิบัติการ ใช้เวลา 2 นาที การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) มาตรฐานการประกันเวลาออกปฏิบัติการถึงจุดเกิดเหตุ ไม่เกิน 8 นาที หน่วยบริการสามารถรักษามาตรฐานนี้ได้คือเฉลี่ยที่ 7.6 นาที เร็วสุด 5 นาที ช้าสุด 15 นาที ซึ่งในกรณีที่ล่าช้า เนื่องจากจุดเกิดเหตุอยู่ในสวน หรือไร่นา ที่รถพยาบาลไม่สามารถขับเข้าไปถึง ต้องลำเลียงโดยการเดินเท้ามาที่รถ เดินทางลำบาก ทำให้การเดินทางถึงจุดหมายใช้เวลานาน ข้อได้เปรียบของหน่วยบริการคือ ผู้ปฏิบัติงานทั้ง 6 คน เป็นคนในพื้นที่ ทำให้ชำนาญและสามารถทราบเส้นทางได้ดีทำให้รักษาระยะเวลาให้เป็นไปตามมาตรฐาน อีกปัจจัยที่ทำให้ระยะเวลาการ ออกปฏิบัติการเป็นไปตามมาตรฐานคือ ผู้ปฏิบัติมีการเตรียมพร้อม ด้านความรู้ร่างกายและจิตใจก่อน ออกปฏิบัติการฉุกเฉิน จัดเตรียมอุปกรณ์ในรถปฏิบัติการฉุกเฉินให้พร้อม ใช้งานบำรุงรักษา รถ อุปกรณ์ และวิทยุสื่อสาร ประจํารถให้พร้อมใช้อยู่เสมอ สอดคล้องกับ แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และพรบ. การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2551 (พิเชษฐ์ หนองช้าง และคณะ, 2557) อภิปรายได้ ว่าการรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีระเบียบและข้อบังคับที่ชัดเจนจะเป็นบันไดไปสู่การจัดบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วปลอดภัยและได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสม 3) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินจะประเมิน สถานการณ์ (Scene Size Up) สภาพแวดล้อม และจัดการความปลอดภัยสำหรับทีมผู้ปฏิบัติงานเป็นลำดับแรก จากนั้น ประเมินเบื้องต้น ระยะเวลาในการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ เฉลี่ย 5 นาที 4) นำผู้ป่วยขึ้นรถและนำส่งโรงพยาบาลต่อไป ใช้เวลาเฉลี่ย 10.5 นาที 5) การนำส่ง ไปยังสถานพยาบาล 6) ส่งมอบผู้ป่วยฉุกเฉิน ระยะเวลาที่ครอบคลุมการปฏิบัติการทั้งหมดตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงการนำผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล (Operation time) แต่ละครั้งเฉลี่ย 25.40 นาที

บทบาทของ ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้นำชุมชน อสม.และ ประชาชน กับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

บทบาทของผู้ให้บริการ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้บริการสุขภาพให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยในเขตหมู่บ้านรับผิดชอบ กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน จากรพ.สต. จะโทร 1669 และหน่วยบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลตำบลกุดไท จะมารับผู้ป่วยนำส่งโรงพยาบาล ด้านผู้นำชุมชน มีส่วนร่วมกับเทศบาลตำบลกุดไทในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข่าวสารต่างๆ แต่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน มีบางโอกาสที่เป็นผู้ประสบเหตุ และโทร 1669 บางครั้งก็โทรหาผู้ปฏิบัติงานโดยตรงเพื่อให้การช่วยเหลือรวดเร็วยิ่งขึ้น ด้านอสม. มีบทบาทโดยการกระจายข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน บางครั้งมีบทบาทเป็นผู้ประสบเหตุ และเป็นคนแจ้งเหตุ มีการปฐมพยาบาลเบื้องต้นบางครั้ง เช่น การห้ามเลือด การทำแผล การตามกระดูก เป็นต้น ด้านประชาชน ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ประสบเหตุ หรือเป็นผู้เห็นเหตุการณ์ และเป็นคนโทรแจ้ง 1669 ส่วนใหญ่มีความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นน้อยมาก เมื่อพบเหตุการณ์ฉุกเฉิน หลังโทรแจ้ง 1669 แล้ว ไม่ได้ช่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้น ขณะรอรถพยาบาลมารับ เนื่องจากไม่มั่นใจและไม่มีความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ส่วนใหญ่จะเป็นคนในครอบครัว หรือญาติ เป็นคนโทรแจ้ง 1669 บางครั้งก็ไปแจ้งที่รพ.สต. เจ้าหน้าที่ออกมาตรวจให้ถึงบ้าน เกินความสามารถ จนท.จะโทร 1669 ให้ รอจนส่งผู้ป่วยขึ้นรถจึงแยกย้ายกัน

5.2 ผลการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไท

จากการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เห็นได้ชัดเจนว่า การบริการด้านต่างๆเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจากการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ช่วยกันประชาสัมพันธ์และกลุ่มแกนนำที่ผ่านการอบรมสามารถปฏิบัติการปฐมพยาบาลดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ก่อนทีมปฏิบัติงานจะไปถึงเหตุ ทำให้ลดระยะเวลา ณ.จุดเกิดเหตุได้ดีขึ้น การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้นส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ จารุณี สุธีร์, สุรชา อมรพันธ์ และนิพนธ์ มานะสถิตพงศ์ (2555) ซึ่งได้พัฒนากิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น พบว่า หลังการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูงและมากกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ วิไลภรณ์ ศิริกา, ศศิธร พิมพ์ชายน้อย และทิพานัน นามวิจิตร (2559) ที่ได้ดำเนินการพัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า อาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือนส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้และทักษะในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับต่ำ และหลังดำเนินการอยู่ในระดับสูงที่ขึ้นสำหรับผลด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรมโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะ ในด้านการดำเนินงานกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด ลำดับต่อมา คือ การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการอยู่ในระดับมาก โดยกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหา อุปสรรค หรือข้อจำกัดของชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในระดับมากที่สุด ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลและการนำไปใช้

ประโยชน์อยู่ในระดับมาก โดยกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการนำความรู้ ประสบการณ์และการฝึกทักษะ การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินไปใช้ประโยชน์ได้ในชุมชนได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะการปรับปรุง และพัฒนาการทำกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นได้ในระดับมาก ขณะเดียวกันการมีส่วนร่วมในการวางแผนอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถเสนอและจัดทำโครงการหรือ กิจกรรมที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน และการร่วมคิดยังอยู่ในระดับ ปานกลาง

สำหรับความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน เบื้องต้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือ ผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดความรู้และ ประสบการณ์ของวิทยากร ความชัดเจนและเข้าใจง่ายของเนื้อหาการบรรยายและสาธิต /การทบทวน และการทดลองประยุกต์ ส่งผลให้ชุมชนสามารถนำองค์ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่ได้รับจาก กิจกรรมไปพัฒนาต่อยอดขยายผลในชุมชนได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนส่งผลให้ชุมชนเป้าหมายมีส่วนร่วม ในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นและนำมาสู่ความพึงพอใจที่ได้รับกิจกรรมด้านการช่วยเหลือ ผู้ป่วยฉุกเฉิน

ผลการศึกษา ในด้านผู้ปฏิบัติ มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น รวมทั้งการรับรู้บทบาทและหน้าที่ ของตนเองชัดเจน มีการฝึกทักษะอยู่เสมอ จนสามารถพัฒนาศักยภาพตนเองได้ดีขึ้น สอดคล้อง กับงานวิจัยของ มุมตาส มีระมาน และคณะ (2563) พบว่า ระดับการรับรู้เกี่ยวกับกระบวนการ ปฏิบัติงานตามระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นจังหวัดพัทลุง ผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวมมีการรับรู้ในระดับมากที่สุด ($M = 4.55, SD = .76$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ได้รับการฟื้นฟูและอบรมความรู้เพิ่มเติมในการช่วยเหลือเบื้องต้น เป็นประจำทุกปี สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาควัฒน์ วีระจร, สุรีย์ จันทรมณี, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และมยุนา ศรีสุภานันต์ (2560) พบว่า ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ จังหวัด ชายแดนใต้มีความสามารถต่อการปฏิบัติการฉุกเฉินโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.89, SD = .37$) และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ เมธาวิ ชุมทอง (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินตามการรับรู้ของอาสาสมัครกู้ชีพฉุกเฉินเบื้องต้น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ส่วนผล การรับรู้โดยรวมเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสกลนครอยู่ในระดับสูงมากที่สุด เนื่องจากประสบการณ์ผู้ปฏิบัติงาน การแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานระหว่าง 4-5 ปี และได้รับการฝึกอบรมเป็นประจำ ทำให้มี ความพร้อมในการรับรู้ เข้าใจในสิ่งที่รับรู้ถูกต้อง ทุกคนผ่านการอบรมฟื้นฟูความรู้การช่วยเหลือ ณ จุด เกิดเหตุมา 24 ชั่วโมง มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 3-8 ปี (ร้อยละ 54.20) ซึ่งต้องได้รับการฟื้นฟูความรู้ เกี่ยวกับมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกปี ทำให้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการมากขึ้น เกิดความเข้าใจ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ได้ง่ายเข้าใจถูกต้อง สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ที่กล่าว ว่าการเรียนรู้ในปัจจุบันมีผลต่อการรับรู้ครั้งใหม่ เนื่องจากความรู้ ความจำ จะช่วยแปลความหมายให้ ถูกต้อง และการรับรู้สัมพันธ์กับอายุ ระยะเวลาความถี่ในการรับรู้ จะช่วยให้เกิดความจำรับรู้ได้ดีขึ้น การเรียนรู้ถือว่าเป็นพฤติกรรมเริ่มต้นของบุคคลที่แสดงออกรวมทั้งความรู้สึกนึกคิด ความรู้ความเข้าใจ ตอบสนองต่อสิ่งเร้า

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการพัฒนาตามแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไท อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการ ภายใต้บริบทของชุมชน ระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 – เมษายน 2565 โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลักคือ กลุ่มที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ และหาแนวทางการพัฒนาบริการ เสร็จแล้วนำแนวทางไปปฏิบัติ และประเมินผล กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไท ในระยะเวลาการศึกษา รายละเอียด กลุ่มที่ 1 ได้คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ จำนวน 50 คน ประกอบด้วยพนักงานที่ปฏิบัติงานการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไท จำนวน 6 คน ผู้ให้บริการสุขภาพ 4 คน ผู้บริหาร 2 คน ผู้นำชุมชน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 11 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 11 คน ประชาชน 16 คน รวม 50 คน พื้นที่ในการศึกษาผู้ศึกษาเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบตำบลกุดไท 11 หมู่บ้าน และได้แนวทางการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน นำไปปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต รวมถึงการใช้แบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนในการศึกษาดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2) วางแผนแผนการปฏิบัติ 3) ลงมือปฏิบัติ สะท้อนการปฏิบัติ/ประเมินผล การปฏิบัติ และนำผลการประเมินย้อนกลับไปปรับปรุงแก้ไขการทำงาน 4) ประเมินผลภาพรวม ข้อมูลเชิงปริมาณได้จากแบบสัมภาษณ์วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต วิเคราะห์เชิงเนื้อหา สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

1. สรุปผลการศึกษา

1.1 สถานการณ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไท

ผลการศึกษาพบว่า เทศบาลตำบลกุดไท มีนโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นนโยบายหลักในการที่จะดำเนินการเมื่อเริ่มเข้ารับตำแหน่งนายกเทศมนตรี และให้ความสำคัญในการช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นการดีที่สามารถช่วยเหลือชีวิตประชาชนเมื่อพบกับภาวะวิกฤติที่ส่งผลต่อความอยู่รอดปลอดภัยของเน้นการทำงานเชิงรุกของภาคีชุมชนและครอบครัว รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพคณะทำงานและภาคีเครือข่าย ให้บริการ ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาและออกแบบการจัดระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีการจัดทำแผนปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไท การมีส่วนร่วมน้อยจากหน่วยงานอื่นหรือประชาชน ส่วนใหญ่จะเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการของเทศบาลวางแผนและแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ ด้านจัดสรรงบประมาณ มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้งบประมาณจากเทศบัญญัติ ด้านความพร้อมของยานพาหนะ อุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ ไม่มีความพร้อม เนื่องจากใช้งานมาระยะเวลานาน เครื่องมือชำรุด อัตรากำลังคน ได้มีการจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรเพื่อพร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีการจัด

ผลัดการทำงาน เป็นเวร ปฏิบัติการเป็นผลัด ผลัดละ 12 ชั่วโมง แบ่งเป็นผลัดละ 3 คน ด้านระบบสารสนเทศและการประสานงาน มีการสนับสนุนเครื่องมือสื่อสาร สำหรับใช้ ในการรับแจ้งเหตุด้านการประสานงาน ประสานงานทั้งภายในองค์กรและภายนอกองค์กร บทบาทหน้าที่ของ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ 1) ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ 2) ด้านการแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) 3) การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) 4) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) 5) เคลื่อนย้ายและนำส่งโรงพยาบาล 6) ส่งมอบผู้ป่วยฉุกเฉิน ระยะเวลาที่ครอบคลุมการปฏิบัติการทั้งหมดตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงการนำผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล (Operation time) แต่ละครั้ง เฉลี่ย 25.40 นาที

1.2 การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุสุมาลย์

วางแผนการพัฒนาและตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติร่วมกัน การวางแผน เป็นกระบวนการขั้นแรกในการพัฒนาโดยการร่วมคิด ร่วมวางแผน ของภาคีเครือข่ายในชุมชนไม่ว่าจะเป็นผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ ผู้นำชุมชน อสม. รวมถึงกลุ่มองค์กรต่างๆในชุมชน ปฏิบัติตามแผน สะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติ ร่วมปฏิบัติ ประเมินผล และปรับปรุงการปฏิบัติ โดยพัฒนา 4 ด้าน คือ ด้านผู้ปฏิบัติงาน มีการอบรมและฝึกทักษะการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินผ่านการแข่งขัน EMS Rally การเตรียมความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น รถพยาบาลพร้อมใช้งานอยู่เสมอ การประเมินผลการปฏิบัติงานทุกครั้ง เมื่อพบปัญหาหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับ ผู้ให้บริการสุขภาพ ด้านภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชน มีการเพิ่มศักยภาพโดยการอบรมเพิ่มพูนความรู้และการฝึกปฏิบัติตามโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ผ่านชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะคนในชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นตามเกณฑ์มาตรฐานของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.3 ผลการพัฒนา

จากการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เห็นได้ชัดเจนว่า การบริการด้านต่างๆ เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจากการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนชุมชนเกิด การขับเคลื่อนโดยตัวของชุมชนเอง สามารถดูแลกันและกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ช่วยกันประชาสัมพันธ์และกลุ่มแกนนำที่ผ่านการอบรมสามารถปฏิบัติการปฐมพยาบาลดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ก่อนทีมปฏิบัติงานจะไปถึงเหตุ ทำให้ลดระยะเวลา ณ.จุดเกิดเหตุได้ดีขึ้น การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้นส่งผลให้ผู้รับบริการ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ มีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น

2. บทเรียนที่ได้จากการศึกษา

2.1 การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ทำให้ผู้ศึกษามีโอกาสพัฒนาตนเองในเรื่องความรู้และทักษะการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

2.2 ได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีมทุกคนมีส่วนร่วม คือผู้ศึกษา ผู้ปฏิบัติ ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชน ทำงานประสานกันด้วยความเข้าใจ ทุกคนมีความเท่าเทียมและเป็นทีมเดียวกันเป็นครอบครัวเดียวกัน ต่างคนต่างเรียนรู้จากกัน งานจึงประสบผลสำเร็จได้

2.3 การลบเส้นแบ่งแห่งความแตกต่างระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน เปลี่ยนเป็นความสัมพันธ์แบบเครือญาติทำให้เป็นเหมือนครอบครัวเดียวกัน ประชาชนเกิดความไว้วางใจ สามารถพูดคุยปรึกษากันได้ทุกฝ่าย ทำให้ได้รับการดูแลครอบคลุมและทั่วถึง

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ผู้ศึกษา ควรนำเสนอผลสำเร็จการดำเนินงานครั้งนี้ แก่ผู้บริหารทราบเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายการบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นไปอย่างยั่งยืน

3.2 ควรมีการเผยแพร่ผลงานสู่สาธารณะเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาให้กับผู้ที่สนใจและสามารถนำไปเป็นต้นแบบเพื่อประยุกต์ใช้ให้เกิดพัฒนาต่อยอดระบบการดูแลการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ครบวงจรในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

3.3 ควรศึกษาต่อยอดโดยศึกษาเชิงลึก ครอบคลุมมิติหรือเนื้อหาสาระเพิ่มเติมจากเดิม อาทิ
- การศึกษาประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพงศ์ พลเสน, พรทิพย์ วชิรติลก, อีระ ศิริสมุด, และณัฐวุฒิ คำนวนฤกษ์. (2559). สถานการณ์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- กฤษณา สังขมณีจินดาและคณะ.(2560). การพัฒนาเครื่องมือและแนวปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- จารุณี สุธีร์, สุรสา อมรพันธ์ และนิพนธ์ มานะสถิตพงศ์. (2555). การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น. รายงานการวิจัยงาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จารุวรรณ ธาดาเดช. (2557). การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทย. รายงานการวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- จรัญญา ปานเจริญ. (2550). การรับรู้ และการเรียนรู้ (Perception and Learning). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจ และบวร วิทย์ชำนาญกุล. (2555). เหตุใดคนเชียงใหม่เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุจึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 6(2): 268-277
- ณัชชาภัทร ชันสาคร, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, วิธณีย์ กิตติพิชัย และอุมาวดี เหลาทอง. (2559). การศึกษาแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- ธนกฤต จินดาภัทร.(2564). โครงการพัฒนาระบบการดูแลการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ครบวงจรในระดับตำบล ชุมชนชาติพันธุ์พื้นที่สูง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่.เชียงใหม่:บริษัทสยามพิมพ์นานาชาติ จำกัด.
- อีระ ศิริสมุด, กิตติพงศ์ พลเสน, และพรทิพย์ วชิรติลก. (2561). ความรู้ ทศนคติ และเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(4), 668-680.
- ธงชัย อามาตย์บัณฑิต. (2560). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 11(1): 37-46
- นุสรินา บินสะหะละหมัน, ประณีต ส่งวัฒนา, วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย (2561) สถานการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชายแดนภาคใต้และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2561.
- นริสสา พัฒนปรีชาวงศ์, รัฐนา สันธวาลัย, และณภิสพร มีมงคล. (2555).การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล,วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 17(6), 911-932

- ปกรณ ปรียากร. (2538). ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนา ใน การบริหารการพัฒนา
หน้า 18 – 65. อุทัย เลาหวิเชียร. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิช.
- ประคอง กรรณสูต. (2535). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2535). จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล . กรุงเทพฯ : ศูนย์ส่งเสริม
กรุงเทพ.
- ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ และ ศิวพล ศีรแก้ว. (2557). การพัฒนาความรู้และทักษะการบริการ
การแพทย์ฉุกเฉินของ อาสาสมัครกู้ชีพ องค์การบริหารส่วนต าบลวังแสง อำเภอกำแพง
จังหวัดมหาสารคาม.วารสารพยาบาลกระทรวง สาธารณสุข. 24(3), 132-142.
- พิเชษฐ์ หนองช้าง และทรงศักดิ์ ภูมิสายตร (บรรณาธิการ). (2554). การดำเนินงานระบบการแพทย์
ฉุกเฉิน ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร:นิเวศรรดาการพิมพ์.
- พิเชษฐ์ หนองช้าง และสุรศักดิ์ แป้นงาม และจำเริญยุทธนา ตาบ้านคู (บรรณาธิการ).(2557). หลัก
วิธีการปฏิบัติงานและการบริหารจัดการงบประมาณการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น. ส กรุงเทพมหานคร: พิจิตรการพิมพ์.
- พิเชษฐ์ หนองช้าง (บรรณาธิการ). (2557). การดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์
ฉุกเฉิน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี :บริษัท อาร์ตควอลิตี้ จำกัด.
- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. (2538). พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ:อักษรเจริญ
ทัศน์.
- เพ็ญรุ่ง บุญรักษ์ และสุนิสา สุวรรณรักษ์. (2557). ตำราประกอบการอบรมหลักสูตรพนักงาน
ฉุกเฉิน การแพทย์. สมุทรสาคร: บริษัทบอร์นทูปีพับลิชชิงจำกัด.
- มูมตาส มีระมาน และคณะ.(2563). ค ความพร้อมการให้บริการและการรับรู้การปฏิบัติการ
ตามมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน
ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุง.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2563.
- เมธาวี ขุมทอง. (2556). ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามการรับรู้ของอาสาสมัครกู้ชีพฉุกเฉิน
เบื้องต้น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ยุภาวดี คงดา. (2562).ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานการแพทย์
ฉุกเฉิน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุง.วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต,สาขาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
- ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. (2534). การพัฒนาชุมชน : จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : บากกอกบลิ้อก.
วิจารณ์ พานิช. (2557). การเรียนรู้เกิดขึ้นอย่างไร. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เอส.อาร์.พรินติ้ง.
วิไลภรณ์ ศิริกา, ศศิธร พิมพ์ชายน้อย และทิพานัน นามวิจิตร. (2559). การพัฒนาอาสาฉุกเฉิน
ชุมชน ประจำครัวเรือน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเขตองค์การ
บริหาร .ส่วนตำบลท่าพระ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. รายงานการวิจัย
สถาบันการแพทย์ ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)
- ศุภชัย ยาวะประภาช. (2548). การบริหารงานบุคคลภาครัฐไทย: กระแสใหม่และสิ่งท้าทาย.

กรุงเทพ ฯ: จุฑาทอง.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2554). การดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี:บริษัท นิวัตรมดาการพิมพ์ จำกัด

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2551). พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. สถาบัน
การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, นนทบุรี.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2562). แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ.

2562 – 2564 (ฉบับปรับปรุงจากแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ 2560-
2564). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

สุรภา ขุนทองแก้ว. (2562). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
จังหวัดราชบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2(1): 40-42.

สุวดี ไกรสกุลและจุฑาภรณ์ คงรักษ์กวิน. (2558). รายงานการวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนในการจัดทำแผนพัฒนาองค์การบริหารส่วนตำบลบางไผ่อำเภอเมืองจังหวัด
นนทบุรี .มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์.

สุรภา ขุนทองแก้ว. (2562). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
จังหวัดราชบุรี.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีที่ 3 ฉบับที่ 2
พฤษภาคม – สิงหาคม 2563

แสงอาทิตย์ วิชัยยา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วย
ฉุกเฉิน เร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลฝาง. เชียงรายเวชสาร. 10(1): 93-102.

สนธยา พลศรี. (2547). ทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
สันต์ หัตถิรัตน์(2555). **คู่มือกู้ชีพ : สำหรับแพทย์ พยาบาล และเวชกรฉุกเฉินทุกระดับ.**กรุงเทพฯ:
หมอชาวบ้าน

อัจฉรา โพธิยานนท์. (2539). การศึกษากับการพัฒนาชุมชน (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : คณะครุ
ศาสตร์ สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา.

เอกภักดิ์ ระหว่างบ้าน บรรณาธิการ.(2564). **เกณฑ์วิธีและแนวปฏิบัติตามคำสั่งการแพทย์และการ
อำนวยการสำหรับหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน เขตสุขภาพที่ 8 พ.ศ. 2564.** กลุ่มงาน
เวช ศาสตร์ฉุกเฉินโรงพยาบาลอุดรธานี:อุดรธานี.

Lacharohn, W. (2008). The Relationship Factor of Participation of Local Authorities
or Organization forEmergency Medical System in Pathumthani Province.

Khon Kaen Hospital Medical Journal, 32(7),68-77. (in Thai).

National Institute for Emergency Medicine. (2013). **Annual Report 2012 National
Institute of Emergency Medicine.** Bangkok: So.Pichit Printing. (in Thai).

Suriyapantri, M. & Chimkul, L. (2008). **Local Government Participation in Emergency
Medical Services inNangrong District, Buriram Province.** Research Results
2008 Provincial Health Office. Buriram: Provincial Health Office. (in Thai).

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบเก็บข้อมูล

- แบบสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน
- แนวทางสนทนากลุ่ม
- แนวทางสัมภาษณ์ผู้บริหาร

**แบบสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุตไผ่
อำเภอกุตบาก จังหวัดสกลนคร**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

วันที่สัมภาษณ์.....เวลาเริ่มต้น.....เวลาสิ้นสุด.....

1. เพศ () 1 ชาย () 2 หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ
() 1 โสด () 2 คู่ () 3 หม้าย หย่า แยก
4. การศึกษา
() 1 ไม่ได้เรียน () 2 ประถมศึกษา () 3 สูงกว่าประถมศึกษา
5. ตำแหน่ง.....ประสบการณ์ทำงาน.....ปี
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท สถานภาพสมรส.....
7. ประสบการณ์ฝึกอบรมเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน.....
.....

ส่วนที่ 2 ประเด็นการสัมภาษณ์

1. ลักษณะงานที่ท่านรับผิดชอบ บทบาทหน้าที่ในการทำงาน เป็นอย่างไร
อธิบายรายละเอียดงาน
2. ท่านมีบทบาทในการพัฒนางานของท่านหรือไม่อย่างไร
3. ปัญหาอุปสรรคในการทำงานของท่านมีหรือไม่ เป็นอย่างไร
4. ท่านเคยได้รับการร้องเรียนในการปฏิบัติงานหรือไม่ ท่านมีแนวทางการ
แก้ไขปัญหาร้องเรียนนี้อย่างไร
5. ท่านมีการพัฒนาสมรรถนะการทำงานของท่านหรือไม่ อย่างไร
6. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผน และพัฒนางานในองค์กรของท่านหรือไม่
อย่างไร
7. ค่าตอบแทนในการออกปฏิบัติงานแต่ละครั้งเป็นอย่างไร
8. ผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติงานเป็นอย่างไร

แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม

1. การรับรู้เรื่อง นโยบายและแผนปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบล
กุดไห เป็นอย่างไร
2. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน หรือไม่อย่างไร
3. มุมมองของคนในชุมชนต่องานบริการการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลกุดไหเป็น
อย่างไร
4. ความพึงพอใจต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไหเป็นอย่างไร
5. ภาระและบทบาทขององค์กรทางสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กร
ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมาเป็นอย่างไร
6. . แนวทางการสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการแพทย์
ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไหเป็นอย่างไร
7. การบริการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินที่จัดทำขึ้นเป็นอย่างไร
8. ปัญหา ข้อจำกัด และความต้องการการบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน
และ องค์กรทางสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาครัฐเป็นอย่างไร
9. รูปแบบ หรือการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุมชนท้องถิ่นในอดีต และ
ปัจจุบันเป็นอย่างไร
10. รูปแบบ หรือแนวทางการ ด้านการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุมชนท้องถิ่นที่เหมาะสม
เป็นไป ได้จริงตามบริบทควรเป็นอย่างไร

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างผู้บริหาร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ..... 2. อายุ.....ปี
3. วุฒิการศึกษา.....สถานภาพสมรส.....
4. ตำแหน่ง.....
5. ประสบการณ์การทำงาน.....ปี.....เดือน
6. ท่านเคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน หรือไม่
[] ไม่เคย [] เคย ถ้าเคย ได้รับการอบรมเรื่องอะไรบ้าง
7. หน่วยงานที่จัดและได้รับการอบรมเมื่อใด
 - 7.1 เรื่อง.....
 - ผู้จัดการอบรม.....ได้รับการอบรมเมื่อ.....
 - 7.2 เรื่อง.....
 - ผู้จัดการอบรม.....ได้รับการอบรมเมื่อ.....

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้บริหาร

- 1) ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่ง และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน
- 2) ชุดคำถามเกี่ยวกับการวิจัยดังนี้
 1. นโยบาย/แนวทางการบริหารงานในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเทศบาลตำบลกุดไผ่ ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร
 2. ภาระและบทบาทของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การภาครัฐที่เกี่ยวข้อง กับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านจัดสรรงบประมาณ ด้านบุคลากร รถพยาบาลและเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ ด้านระบบสารสนเทศและการประสานงาน เป็นอย่างไร
 3. รูปแบบบริการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่หน่วยงานท่าน เป็นอย่างไร
 4. แนวทางการสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอย่างไร
 5. ปัญหา ข้อจำกัด ข้อเสนอแนะ และความต้องการการแพทย์ฉุกเฉิน ขององค์กรของท่านเป็นอย่างไร

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงเพื่ออธิบายแก่กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษา

คำชี้แจงเพื่ออธิบายแก่กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษา ตามโครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไผ่ อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร.

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้เข้าร่วมโครงการจะได้พิทักษ์สิทธิ โดยการยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ หลังจากผู้ศึกษาได้แนะนำตัวและบอกวัตถุประสงค์ในการศึกษา ดังนี้

ดิฉันนางสาวกาเหว่า คำโคตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไผ่ กำลังทำการศึกษา เรื่อง การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไผ่ อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ โดยท่านจะได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 – เมษายน 2565 ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากแบบสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มของท่านจะถือเป็นความลับ และจะนำมาใช้ในการศึกษาเท่านั้น ท่านมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษานี้ได้ ตามความต้องการ ซึ่งไม่มีผลต่อการได้รับการดูแลรักษาที่ท่านเคยได้รับอยู่แต่อย่างใด และหากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามจากผู้ศึกษาได้โดยตรงที่ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลกุดไผ่ อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร หรือโทร 087-8611414

ภาคผนวก ค

แบบประเมินความพึงพอใจหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน กู้ชีพ เทศบาลตำบลกุสุมาลย์
อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร

คำชี้แจง แบบประเมินฉบับนี้มีทั้งหมด ๒ ตอน ขอให้ผู้ตอบแบบประเมินตอบให้ครบทั้ง ๒ ตอน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย

ตอนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล

๑.๑ เพศ

- ☐ หญิง
☐ ชาย

๑.๒ อายุ

- ☐ อายุต่ำกว่า 30 ปี
☐ อายุ 31-40 ปี
☐ อายุ 41-50 ปี
☐ มากกว่า 50 ปี

๑.๓ วุฒิการศึกษา

- ☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี
☐ ปริญญาตรี
☐ สูงกว่าปริญญาตรี
☐ อื่นๆ

๑.๔ สถานภาพการทำงาน

- ☐ รับราชการ
☐ พนักงานของรัฐ
☐ เกษตรกร
☐ อื่นๆ



<https://forms.gle/P5Kq5pTcjVWM5Nji9>

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
๑. ความพึงพอใจต่อขั้นตอนการให้บริการ					
๑.๑ มีขั้นตอนการให้บริการอย่างชัดเจน					
๑.๒ การนำส่งผู้ป่วยเป็นไปตามขั้นตอน					
๑.๓ มีการช่วยเหลือได้รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์					

๑.๔ มีการดำเนินการอย่างเท่าเทียมกัน	.....	.....	.....	.....	.....
๑.๕ การดำเนินการถูกต้อง โปร่งใส ไม่มีการเรียกรับผลประโยชน์	.....	.....	.....	.....	.....
รวม					
๒. ความพึงพอใจต่อช่องทางการให้บริการ					
มีช่องทางการให้บริการที่หลากหลาย					
๒.๑ การติดต่อผ่านทางเจ้าหน้าที่	.....	.....	.....	.....	.....
๒.๒ การติดต่อทางโทรศัพท์สายด่วน	.....	.....	.....	.....	.....
๒.๓ การติดต่อผ่านผู้บริหาร	.....	.....	.....	.....	.....
รวม					
๓. ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ					
๑.๑ เจ้าหน้าที่แต่งกายเหมาะสม	.....	.....	.....	.....	.....
๑.๒ เจ้าหน้าที่ใช้วาจาต่อผู้รับบริการอย่างสุภาพ	.....	.....	.....	.....	.....
๑.๓ เจ้าหน้าที่มีอัธยาศัยดี	.....	.....	.....	.....	.....
๑.๔ เจ้าหน้าที่เอาใจใส่เป็นอย่างดี	.....	.....	.....	.....	.....
๑.๕ เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถในการให้บริการ	.....	.....	.....	.....	.....
๑.๖ เจ้าหน้าที่มีความคล่องตัวในการให้บริการ	.....	.....	.....	.....	.....
๑.๗ เจ้าหน้าที่มีความเต็มใจในการปฏิบัติหน้าที่	.....	.....	.....	.....	.....
รวม					
๔. ความพึงพอใจต่อความอำนวยความสะดวก					
๒.๑ มีความอำนวยความสะดวก ในการช่วยชีวิตอย่างเพียงพอ	.....	.....	.....	.....	.....
๒.๒ อุปกรณ์เครื่องมือ ที่ใช้ทันสมัย มีประสิทธิภาพ	.....	.....	.....	.....	.....
๒.๓ มีพาหนะในการรับผู้ป่วยที่ได้มาตรฐาน	.....	.....	.....	.....	.....
รวม					

ภาคผนวก ง

แนวทางการดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลกุสุมาลย์
แผนผังลำดับขั้นตอนการรับแจ้งเหตุออกปฏิบัติหน้าที่จากศูนย์สั่งการและทางหมายเลข
โทรศัพท์ 096-706-1595 ตลอด 24 ชั่วโมง ขั้นตอนดังนี้

