



# รายงานฉบับสมบูรณ์

การพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน  
ในพื้นที่ทุรกันดารอำเภออมก๋อย

Development of Emergency care service accessibility  
in remoted area ,Omkoi District

จัดทำโดย

นายแพทย์จักรชัย ติตตะบุตร  
นางอารีรัตน์ ตั้งพิชฐานสกุล  
เจ้าหน้าที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โรงพยาบาลอมก๋อย  
โรงพยาบาลอมก๋อย  
โรงพยาบาลอมก๋อย

สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย แผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead)  
ด้านสังคม : แผนงานระบบบริการสุขภาพ โดย สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ชื่อวิจัย: โครงการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารอำเภออมก๋อย  
Development of Emergency care service accessibility in remoted area,  
Omkoï District

ISBN: 978-616-398-544-6

ผู้วิจัย: อารีรัตน์ ตังพิษฐานสกุล  
นายแพทย์จักรชัย ติตตะบุตร  
เจ้าหน้าที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอมก๋อย

บรรณาธิการ: รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง  
ดร.เสาวลักษณ์ เศรษฐีกุล  
นางสาวสุรณี ทานเคหาสน์  
นางสาวสุนิสา เสนาหวาน

ออกแบบและพิมพ์: นางสาวอรุณวดี กรรมสิทธิ์

เจ้าของและผู้จัดพิมพ์: หน่วยบริหารจัดการและส่งเสริมผลลัพธ์ (ODU)  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
239 ถ.ห้วยแก้ว ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่  
โทรศัพท์ 0 5394 2504

พิมพ์ครั้งแรก: มีนาคม 2564

พิมพ์ที่: บริษัทสยามพิมพ์นานา จำกัด โทรศัพท์ 0 5321 6962

สนับสนุนโดย: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

## คำนำ

การวิจัยโครงการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร อำเภออมก๋อย ดำเนินการวิจัยโดยได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากทุนอุดหนุนแผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย ด้านสังคม แผนงานระบบบริการสุขภาพ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร อำเภออมก๋อย เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร อำเภออมก๋อย

เนื้อหาในรายงานวิจัยฉบับนี้ประกอบด้วย บทนำ การทบทวนวรรณกรรม วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย อภิปรายสรุปและข้อเสนอแนะ หวังว่าเนื้อหาในรายงานการวิจัยฉบับนี้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญ และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร อำเภออมก๋อย เพื่อเตรียมความพร้อมในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับความต้องการและสภาพปัญหาสุขภาพของประชาชนที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นต่อไป

คณะผู้วิจัย

## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญตาราง	ง
บทคัดย่อ	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์การวิจัย	3
3. คำถามการวิจัย	4
4. นิยามศัพท์	4
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	6
1. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	6
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม	8
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	11
4. กรอบแนวคิด	13
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	14
1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	14
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	15
3. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	18
4. ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล	18
5. การวิเคราะห์ข้อมูล	21
บทที่ 4 ผลการดำเนินการวิจัย	23
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	39
1. ข้อจำกัดของการวิจัย	40
2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้	40
3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป	41
เอกสารอ้างอิง	42
ภาคผนวก	44
ภาคผนวก ก แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับ เจ้าหน้าที่กู้ชีพ	45

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก ข แบบประเมินความรู้ในการใช้วิทยุสื่อสารสำหรับเจ้าหน้าที่กู้ชีพ และบุคลากรทางการแพทย์	50
ภาคผนวก ค แบบประเมินความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับ จิตอาสาทางการแพทย์	54
ภาคผนวก ง แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับ บุคลากรทางการแพทย์	59
ภาคผนวก จ แบบสอบถามเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการพัฒนา การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร อำเภออมก๋อย	65
ภาคผนวก ฉ รูปภาพประกอบกิจกรรม	66

## สารบัญตาราง

	หน้า	
ตารางที่ 1	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของเจ้าหน้าที่กู้ชีพ ก่อนและหลังการอบรม (n = 62)	35
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของจิตอาสาทางการแพทย์ จำแนกตามคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ก่อนและหลังการเข้าอบรม (n = 350)	35
ตารางที่ 3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของจิตอาสาทางการแพทย์ ก่อนและหลังการอบรม (n = 295)	36
ตารางที่ 4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ก่อนและหลังการอบรม (n = 57)	36
ตารางที่ 5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการใช้เครื่องวิทยุสื่อสารของเจ้าหน้าที่กู้ชีพ และเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ก่อนและหลังการอบรม (n = 63)	37
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่กู้ชีพและเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล (n = 50)	37
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละของความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบไปใช้ของเจ้าหน้าที่กู้ชีพ และเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล (n = 50)	38

## บทคัดย่อ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายและเป็นปัญหาสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร ของอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ กระบวนการในการพัฒนาระบบ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบ การแพทย์ฉุกเฉิน 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลอมก๋อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 30 คน 2) เจ้าหน้าที่กู้ชีพจำนวน 70 คน 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 350 คน และ 4) เจ้าหน้าที่ ทางพยาบาลจำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่กู้ชีพ แบบประเมินความรู้ใน การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับจิตอาสาทางการแพทย์ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นสูงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้ชุดโปรแกรมพัฒนา ศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการนำโปรแกรมไปใช้โดยใช้สถิติทดสอบทีที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

การศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร ประกอบด้วย 2 หลักสำคัญ ได้แก่ 1) ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในพื้นที่ทุรกันดาร ซึ่งมี 4 โปรแกรม คือ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่กู้ชีพในการให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร โปรแกรมอบรมให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจิตอาสา ทางการแพทย์ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ทุรกันดาร และโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่กู้ชีพและเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในการใช้เครื่องวิหุค มนาคมนแบบสังเคราะห์ความถี่ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร และ 2) สื่อวีดิทัศน์ เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยใช้ภาษากระเหรี่ยงโปและสะกอ

ผลลัพธ์จากการนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ พบว่า เจ้าหน้าที่กู้ชีพ จิตอาสาทางการแพทย์ และ เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = -10.658, p < 0.001$ ;  $t = -20.344, p < 0.001$ ;  $t = -14.203, p < 0.001$  ตามลำดับ) และผลความเป็นไปได้ในการนำชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในทางปฏิบัติ พบว่ามีความเป็นไปได้อยู่ใน ระดับมากถึงร้อยละ 66.0

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน การเจ็บป่วยฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั้งจากอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยอันตรายหรือโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง และโรคเบาหวาน ทำให้การเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายในอันดับต้น ๆ และเป็นปัญหาสาธารณสุขอย่างมากในประเทศไทย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2557) ที่ผ่านมามีการช่วยเหลือส่วนใหญ่มักไม่ทันการณ์และไม่เหมาะสมตามหลักวิชาการ มีวิธีการดูแลการเคลื่อนย้ายอย่างผิดวิธี และขาดระบบการนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสม ทำให้มีจำนวนผู้เสียชีวิตและผู้พิการเพิ่มมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายส่งเสริมให้มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกจังหวัดในประเทศไทยเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการในผู้ป่วยฉุกเฉินลง (สุพรรณวดี ภิญโญ, 2554) การช่วยเหลือเบื้องต้นที่ดีมีการเคลื่อนย้ายที่รวดเร็วและถูกต้องจะทำให้มีโอกาสรอดชีวิตและลดความพิการลงได้ (กรองโต อุณหสูต, 2549) ซึ่งการพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) ให้มีประสิทธิภาพครอบคลุมน่าเชื่อถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ประชาชนเรียกใช้ระบบฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม (กิตติพงศ์ พลเสน และคณะ, 2559) อย่างไรก็ตาม ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันได้มีหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องในการร่วมดูแลรับผิดชอบหลายส่วนงาน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งแต่ละหน่วยงานต้องทำงานเชื่อมประสานกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีและได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐานตามเป้าหมาย 5 ค. ได้แก่ ความครอบคลุม คล่องแคล่ว ครบพร้อม 24 ชั่วโมง คุณภาพ และคุ้มครอง (ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย และ ภูมินทร์ ศิลาพันธ์, 2556)

จากรายงานสถานการณ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (2557) พบว่า การบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความครอบคลุมร้อยละ 71.80 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด ซึ่งยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดของประเทศ ประชาชนจะได้รับบริการเฉพาะในเขตที่ใกล้โรงพยาบาลและพื้นที่เขตเมือง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการจัดบริการโดยโรงพยาบาลและมูลนิธิ ทำให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลหรือชนบทไม่สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ โดยพบว่าประชาชนแจ้งเหตุผ่าน 1669 ร้อยละ 75.82 ของการแจ้งเหตุทั้งหมด เมื่อคัดแยกกระดับความฉุกเฉินในการสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ส่วนใหญ่เป็นระดับความฉุกเฉินเร่งด่วน รองลงมาเป็นระดับความฉุกเฉินไม่รุนแรง และระดับความฉุกเฉินวิกฤต อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2555 2556 และ 2557 มีจำนวนผู้เสียชีวิตเท่ากับ 7,699 8,140 และ 8,161 คน ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนดังกล่าวเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่เสียชีวิต



ก่อนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินไปถึงจุดเกิดเหตุ มากกว่าร้อยละ 80 โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการหมดสติ ไม่ตอบสนอง หรือหมดสติชั่วคราว นอกจากนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วเสียชีวิตในโรงพยาบาลและกลับไปเสียชีวิตที่บ้านก็ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ณิชชาภัทร ชันสาครและคณะ, 2559)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อุปสรรคของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตนอกโรงพยาบาล ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ขาดความรู้ความเข้าใจในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ประชาชนในพื้นที่มีทางเลือกอื่นทำให้ไม่มีความจำเป็นในการใช้บริการ ประชาชนขาดความเชื่อมั่นเชื่อใจในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เขตพื้นที่ดูแลมีขนาดใหญ่และมีระยะห่างกันมาก ผู้บริหารบางสถานพยาบาลไม่ให้ความสำคัญ และไม่มีการประเมินปฏิบัติและการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบสำหรับหน่วยงานระดับท้องถิ่น ดังนั้น หน่วยงานระดับชาติและหน่วยงานระดับท้องถิ่นจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญ พร้อมทั้งพัฒนาและปรับปรุงกลยุทธ์ในการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ให้มีความครอบคลุม รวดเร็ว และทั่วถึง ไปพร้อม ๆ กับการเพิ่มการประชาสัมพันธ์เชิงรุกให้แก่ประชาชนในพื้นที่ให้มีความรู้ความเข้าใจและเชื่อมั่นในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น (ณิชชาภัทร ชันสาครและคณะ, 2559)

อำเภออมก๋อยตั้งอยู่ทางใต้สุดของจังหวัดเชียงใหม่ สูงจากระดับน้ำทะเลประมาณ 1,000 เมตร มีพื้นที่ทั้งหมด 2,099.831 ตารางกิโลเมตรหรืออยู่ห่างจากตัวจังหวัดเชียงใหม่ 179 กิโลเมตร และห่างจากกรุงเทพมหานคร 875 กิโลเมตร มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 62,317 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีเชื้อชาติปกากะญอ ประกอบอาชีพ ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์ รับจ้างทั่วไป และทอผ้าพื้นเมือง เนื่องจากระยะทางห่างไกลจากศูนย์กลางความเจริญ พื้นที่ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 80 เป็นภูเขาสลับซับซ้อน มีอากาศค่อนข้างเย็นตลอดทั้งปี ระบบสุขภาพอำเภออมก๋อยประกอบด้วย หน่วยบริการสุขภาพทั้งหมด 12 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ในเขตตำบลยางเปียง จำนวน 2 แห่ง รพ.สต. ในเขตตำบลแม่ตื่นจำนวน 3 แห่ง รพ.สต. ในเขตตำบลม่อนจองจำนวน 2 แห่ง รพ.สต. ในเขตตำบลสบโขงจำนวน 1 แห่ง รพ.สต. ในเขตตำบลนาเกียนจำนวน 2 แห่ง รพ.สต. ในเขตตำบลอมก๋อยจำนวน 1 แห่ง และโรงพยาบาลอมก๋อย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอขนาด 30 เตียง โดยที่โรงพยาบาลอมก๋อยมีพื้นที่รับผิดชอบประกอบด้วย 1 เทศบาลและ 6 องค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งมีหน่วยกู้ชีพเบื้องต้น 6 หน่วย และอีกหนึ่งหน่วยอยู่ในช่วงดำเนินการจัดตั้งและมีเจ้าหน้าที่กู้ชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder) 115 คน ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในเทศบาลอมก๋อย 12 คน องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ตื่น 14 คน องค์การบริหารส่วนตำบลนาเกียน 20 คน องค์การบริหารส่วนตำบลม่อนจอง 17 คน องค์การบริหารส่วนตำบลยางเปียง 19 คน องค์การบริหารส่วนตำบลสบโขง 19 คน และองค์การบริหารส่วนตำบลอมก๋อย 14 คน

อำเภออมก๋อยเริ่มมีการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 แต่ในปัจจุบัน ยังมีการเรียกใช้บริการในจำนวนน้อย เนื่องจากการสื่อสารระหว่างประชาชนและโรงพยาบาลในพื้นที่เป็นไปด้วยความยากลำบาก สัญญาณโทรศัพท์ไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ทำให้ไม่สามารถติดต่อได้ รวมถึงสภาพ

พื้นที่ที่รถเข้าไปถึงลำบาก ทुरกันดาร จึงทำให้เกิดความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วย มาส่งโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง จากข้อมูลของโรงพยาบาลอมก๋อย พบว่า มีจำนวนผู้รับบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่นำส่งโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในปี 2559-2561 จำนวน 159 ราย 318 รายและ 324 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 8.55 5.36 และ 2.72 ของจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมด ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย ส่วนใหญ่จะเข้ามาใช้บริการโดยไม่ผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งทำให้ผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยนั้นไม่ได้รับการรักษาภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นก่อนที่จะนำส่งโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านั้นเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล หรือเกิดการบาดเจ็บแทรกซ้อนทำให้เกิดความพิการ ดังนั้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภออมก๋อย เพื่อช่วยให้ประชาชนที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าถึงการรักษาที่สะดวก รวดเร็ว และถูกต้อง รวมถึงสามารถเข้าถึงระบบบริการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับสภาพเดิมหรือมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม ไม่เกิดความพิการหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร อำเภออมก๋อย
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของเจ้าหน้าที่กู้ชีพก่อนและหลังการใช้ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ก่อนและหลังการใช้ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของจิตอาสาทางการแพทย์ก่อนและหลังการใช้ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร
5. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการใช้วิทยุสื่อสารของเจ้าหน้าที่กู้ชีพและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการใช้ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร
6. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร

### 3. คำถามการวิจัย

1. รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร อำเภอมก๋อยมีลักษณะเป็นอย่างไร
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของเจ้าหน้าที่กู้ชีพก่อนและหลังการใช้ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารเป็นอย่างไร
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารเป็นอย่างไร
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของจิตอาสาทางการแพทย์ก่อนและหลังการใช้ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารเป็นอย่างไร
5. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการใช้วิทยุสื่อสารของเจ้าหน้าที่กู้ชีพและเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลก่อนและหลังใช้ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารเป็นอย่างไร
6. รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร มีความเป็นไปได้หรือไม่ อย่างไร

### 4. นิยามศัพท์

**บริการการแพทย์ฉุกเฉิน** หมายถึง การให้การดูแลรักษาอาการป่วยนอกโรงพยาบาลและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีอาการป่วยหรือบาดเจ็บเฉียบพลัน ณ ที่เกิดเหตุ และมีการให้การดูแลผู้ป่วยในระหว่างนำส่งไปยังโรงพยาบาลในพื้นที่

**รูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน** หมายถึง การจัดให้มีการให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน โดยนำเอาทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่มาพัฒนาเพื่อให้เกิดการรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว ทันท่วงที และมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอมก๋อยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร การจัดอบรมหลักสูตรการใช้เครื่องวิทยุคมนาคมแบบสังเคราะห์ความถี่สำหรับเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับอำเภอ และสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

**พื้นที่ทุรกันดาร** หมายถึง พื้นที่ห่างไกลความเจริญ มีความยากลำบากในการคมนาคมเป็นพื้นที่ป่าเขา ขาดแคลนสาธารณูปโภคพื้นฐานในการดำรงชีวิต และการเข้าถึงการสาธารณสุขล่าช้า

**เจ้าหน้าที่กู้ชีพ** หมายถึง คำที่ใช้เรียกกลุ่มคนผู้มีความเสียสละทั้งทางกายและทางใจ เพื่ออุทิศให้แก่สังคมและเพื่อนร่วมโลก โดยไม่คำนึงถึงชนชั้น วรรณะ เชื้อชาติ หรือศาสนา และเป็นผู้ซึ่งยอม

เสียสละเวลาส่วนตัว เพื่อช่วยเหลือสังคมโดยที่ไม่หวังผลตอบแทนใด ๆ เจ้าหน้าที่กู้ชีพมีหลายประเภทมาจากหลายสายงาน กระจายอยู่ทั่วทุกสารทิศ ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่กู้ชีพของมูลนิธิต่าง ๆ รวมถึงหน่วยงานทางราชการ แต่ทุกคนมีจุดประสงค์เดียวกันคือต้องการช่วยเหลือผู้ซึ่งกำลังประสบกับปัญหาไม่ทางใดก็ทางหนึ่งให้พ้นจากวิกฤตินั้น ๆ ไปได้ด้วยดี (เกศินี สราญฤทธิ์ชัย, 2546) เจ้าหน้าที่กู้ชีพในพื้นที่อำเภออมก๋อย ประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 7 แห่ง จาก 7 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลยางเปียง องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ตื่น องค์การบริหารส่วนตำบลม่อนจอง องค์การบริหารส่วนตำบลนาเกียน องค์การบริหารส่วนตำบลสบโขง องค์การบริหารส่วนตำบลอมก๋อย และเทศบาลตำบลอมก๋อย

**จิตอาสาทางการแพทย์** หมายถึง ผู้ที่สมัครใจและอาสาเข้ามาเพื่อช่วยเหลือ เยียวยา และทำงานที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชนและสังคม โดยสมัครใจ เพื่อการดูแล ป้องกัน ปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยไม่หวังผลตอบแทนเป็นเงิน หรือสิ่งอื่นใด ผลตอบแทนที่อาสาสมัครได้รับคือ ความสุข ความภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชน สังคม และประเทศชาติ

**เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล** หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลอมก๋อย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายในอำเภออมก๋อย ซึ่งมีลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติโดยผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อชีวิต สุขภาพ และอนามัยของประชาชน ทั้งในสถานบริการสุขภาพและในชุมชน ปฏิบัติงานส่งเสริมและพัฒนาบริการการพยาบาล ปฏิบัติงานตรวจวินิจฉัยให้การพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามกฎหมายวิชาชีพ

## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาค้นคว้าเป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล ศึกษาในพื้นที่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ การทบทวนวรรณกรรมจะครอบคลุมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
  - 1.1 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
  - 1.2 บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน
2. แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
4. กรอบแนวคิด

#### 1. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service System)

##### 1.1 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติ (พรบ.) การแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อ 6 มีนาคม 2551 โดยมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการกำหนดมาตรฐานหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติงานการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน ซึ่งเป็นช่องทางที่จะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และมีคุณภาพ ในปัจจุบันการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างเป็นระบบมากขึ้น โดยมีการพัฒนาทั้งในเรื่องขององค์ความรู้ของบุคลากร การจัดการศึกษา และการฝึกอบรม เพื่อให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีประสิทธิภาพมากขึ้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556)

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การให้บริการรักษาพยาบาลทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยนำเอาทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่มาพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ที่ประสบอุบัติเหตุหรือมีภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถรับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วทันเวลา และมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย การจัดทำมีการประชาสัมพันธ์ การรับแจ้งเหตุและสั่งการ มีหน่วยปฏิบัติการที่มีคุณภาพ และเหมาะสมต่อพื้นที่บริการ มีการให้การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ มีการให้การ

ดูแลผู้ป่วยระหว่างนำส่ง และมีการนำส่งยังโรงพยาบาลที่เหมาะสม ทั้งนี้ ประชาชนสามารถใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินผ่านทางโทรศัพท์หมายเลข 1669 โดยไม่เสียค่าบริการ ซึ่งเมื่อประชาชนพบเห็น เหตุการณ์หรือประสบเหตุในภาวะฉุกเฉินสามารถโทรแจ้งเพื่อขอรถพยาบาลรับผู้ป่วยฉุกเฉินนำส่ง โรงพยาบาลได้ทั่วประเทศตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีการแจ้งเหตุการณ์สถานที่เกิดเหตุ อาการผู้ป่วย ชื่อ และ หมายเลขโทรศัพท์ผู้แจ้งไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดนั้น ๆ (พื้นที่ที่เกิดเหตุ) ซึ่งจะมี เจ้าหน้าที่รับข้อมูลข่าวสารภายใต้การควบคุมและดูแลของแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพในการให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ เพื่อรอทีมการแพทย์ฉุกเฉินไปให้ความช่วยเหลือ และรับผู้ป่วย ภายในระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที หลังได้รับแจ้งเหตุและประสานโรงพยาบาลที่เหมาะสมในการรับผู้ป่วย ดูแลอย่างต่อเนื่อง (สถาบันการแพทย์ ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2554)

## 1.2 บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน

การดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นภารกิจและอำนาจหน้าที่ในการ จัดบริการสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการในการ พัฒนาท้องถิ่นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน โดยจัดตั้งชุดปฏิบัติการฉุกเฉินของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขึ้น และขึ้นทะเบียนตามระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อมุ่งหวังที่จะให้ประชาชน ทุกคนในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับบริการเมื่อประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าถึง สถานพยาบาลที่มีศักยภาพได้อย่างทั่วถึง แต่ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ในการให้บริการประชาชน และประสบ ปัญหาการเบิกจ่ายงบประมาณ รวมทั้งการบริหารจัดการไม่มีรถพยาบาลหรือมีรถพยาบาลที่ไม่ได้ มาตรฐาน ขาดแคลนอุปกรณ์ ทั้งนี้การพัฒนาชุดปฏิบัติการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ได้คุณภาพ ตามมาตรฐาน ต้องการสนับสนุนในเชิงนโยบาย และแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน

### บทบาทและหน้าที่การดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตาม พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

นับตั้งแต่มีการตราพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ขึ้น มีผลบังคับใช้ในวันที่ 7 มีนาคม 2551 ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) ขึ้นเพื่อกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตลอดจนกำหนดให้มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ขึ้นเป็นหน่วยรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการ เข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐานโดยได้รับการช่วยเหลือและ รักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ถูก

กำหนดบทบาทและหน้าที่ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 33 วรรคสอง ที่บัญญัติไว้ว่าเพื่อส่งเสริมการมีบทบาทตามความพร้อม ความเหมาะสมและความจำเป็นของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินสนับสนุนและประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยอาจได้รับการอุดหนุนจากกองทุน ดังนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์กรบริหารส่วนตำบล กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา มีหน้าที่จัดระบบบริหารสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนและดำเนินกิจการที่พัฒนาท้องถิ่นตามบทบาทและหน้าที่ที่กฎหมายกำหนด “การแพทย์ฉุกเฉิน” เป็นหนึ่งในระบบบริการสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนได้ถูกกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในฐานะหน่วยปฏิบัติการในการดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินให้ เป็นไปตามมาตรา 29 ที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด ดังนี้

(1) ประเภท ระดับ อำนาจ หน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ หรือข้อจำกัดของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล

(2) หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาล

(3) มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน

(4) หลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการประสานงานและการรายงานของหน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาลในการปฏิบัติการฉุกเฉิน รวมทั้ง ความพร้อมเกี่ยวกับบุคลากร พาหนะ สถานที่ และอุปกรณ์ ในการปฏิบัติการฉุกเฉินและการรับผู้ป่วยฉุกเฉิน

หน่วยปฏิบัติการซึ่งปฏิบัติการฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานที่ กพฉ. กำหนดตามวรรคหนึ่ง อาจได้รับการรับรองมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินหรือมีสิทธิได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากกองทุนในกรณีที่หน่วยปฏิบัติการใดไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานที่ กพฉ. กำหนดตามวรรคหนึ่ง กพฉ. อาจสั่งไม่รับรองมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินหรือสั่งจำกัดสิทธิขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติการฉุกเฉินตาม (1) หรือจะสั่งงดการสนับสนุนด้านการเงินก็ได้

## 2. แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม

แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการบริหารงานของบุคลากรที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นทฤษฎีที่มีส่วนเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับการมีส่วนร่วม (อดินันท์ บัวภักดี, 2552) เป็นทฤษฎีการจูงใจที่เกี่ยวข้องและสามารถโยงไปสู่กระบวนการมีส่วนร่วมได้ เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้ปฏิบัติงานจะปฏิบัติงานได้ผลดีมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานเพราะเขาจะเพิ่มความสนใจในงานและมีความรับผิดชอบกระตือรือร้นที่จะทำงาน ซึ่งเป็น

การเพิ่มผลผลิตของงานให้มากขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากผู้ปฏิบัติงานไม่พึงพอใจในการทำงานจะเกิดความท้อถอยในการทำงานและทำให้ผลงานออกมาไม่มีประสิทธิภาพ ทฤษฎีดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของบุคลากรในองค์กร กล่าวคือถ้าบุคลากรได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานได้ร่วมคิดตัดสินใจจะส่งผลให้บุคลากรในองค์กรเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของในกิจกรรมมากขึ้น ทำให้ประสบผลสำเร็จในการพัฒนาได้ นอกจากนี้ ทฤษฎีการสร้างผู้นำก็มีความสำคัญ คือ ผู้มีอำนาจที่ดี (Positive Leader) มักจะนำการเคลื่อนไหวในการทำงานอยู่เสมอ ในขณะที่ผู้มีอำนาจที่ไม่ดี (Negative Leader) จะไม่มีผลงานที่สร้างสรรค์เลย การสร้างผู้มีอำนาจหรือผู้นำจะช่วยจูงใจให้บุคลากรเต็มใจที่จะทำงานเพื่อให้งานบรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน เนื่องจากผู้นำเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการจูงใจและรวมกลุ่มคน ดังนั้นทฤษฎีสองปัจจัยนี้จึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร เพราะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือร่วมมือร่วมแรงกันในการทำงานอย่างมีคุณภาพ แสดงให้เห็นถึงการมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของบุคลากรและผู้นำร่วมกัน ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมจะต้องมีผู้นำที่ดีอันจะนำไปสู่ความสำเร็จขององค์กรได้

#### ความหมายของการมีส่วนร่วม

ประพันธ์พงศ์ ชิดพงษ์ (2551) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า การมีส่วนร่วมเป็นผลมาจากความเห็นพ้องต้องกันในเรื่องของความต้องการและทิศทางการเปลี่ยนแปลง ความเห็นพ้องต้องกันนั้นจะมีมากพอจนเกิดความคิดริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติการ กล่าวคือต้องเป็นการเห็นพ้องต้องกันของคนส่วนใหญ่ที่จะเข้าร่วมปฏิบัติการนั้น และเหตุผลที่คนมาร่วมปฏิบัติการได้จะต้องตระหนักว่าการปฏิบัติการทั้งหมดโดยกลุ่ม หรือในนามของกลุ่มหรือกระทำการผ่านองค์กร ดังนั้น องค์กรจะต้องเป็นเสมือนตัวที่ทำให้การปฏิบัติการบรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงที่ต้องการ

สันติชัย เอื้องประสิทธิ์ (2551) ได้กล่าวถึงสาระสำคัญของการมีส่วนร่วมของบุคลากรว่า หมายถึง การเปิดโอกาสให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดริเริ่มตัดสินใจในการปฏิบัติงานและการร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบบมาถึงตัวของบุคลากรเอง การที่จะสามารถทำให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหา และนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ของบุคลากรให้ดีขึ้นนั้นผู้นำจะต้องยอมรับในปรัชญาการพัฒนาว่า มนุษย์ทุกคนมีความปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุขได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม เป็นที่ยอมรับของผู้อื่นและพร้อมที่จะอุทิศตนเพื่อกิจกรรมของส่วนรวมในองค์กร



## ลักษณะของการมีส่วนร่วม

มณฑล จันทรแจ่มใส (2551) ได้กล่าวถึงลักษณะของการมีส่วนร่วมไว้ว่าการมีส่วนร่วมของบุคคลจะต้องมีและเกิดขึ้นมาโดยตลอด ทั้งนี้เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการ การบริหารจัดการ ดำเนินการตามแผน การเสียสละกำลัง แรงงานของบุคคล ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์ กำลังเงินหรือทรัพยากรที่มีอยู่

ประชุม สุวดี (2551) ได้กล่าวถึงลักษณะเงื่อนไขพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของบุคคลว่าเกิดจากพื้นฐาน 4 ประการ คือ

1. เป็นบุคคลที่จะต้องมีความสามารถที่จะเข้าร่วม กล่าวคือ จะต้องเป็นผู้มีศักยภาพที่จะเข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เช่น จะต้องมีความสามารถในการค้นหาความต้องการ วางแผนการบริหารจัดการ การบริการองค์กรตลอดจนการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า
2. เป็นบุคคลที่มีความพร้อมที่เข้ามามีส่วนร่วม กล่าวคือ ผู้นั้นจะต้องมีสภาพทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และกายภาพที่เปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมได้
3. เป็นบุคคลที่มีความประสงค์จะเข้าร่วม กล่าวคือ เป็นผู้ที่มีความเต็มใจสมัครใจที่จะเข้าร่วม เล็งเห็นผลประโยชน์ของการเข้าร่วม จะต้องไม่เป็นการบังคับหรือผลักดันให้เข้าร่วม โดยที่ตนเองไม่ประสงค์จะเข้าร่วม
4. เป็นบุคคลที่ต้องมีความเป็นไปได้ที่จะเข้าร่วม กล่าวคือ เป็นผู้มีโอกาสที่จะเข้าร่วมซึ่งถือว่าเป็นการกระจายอำนาจให้กับบุคคลในการตัดสินใจและกำหนดกิจกรรมที่ตนเองต้องการในระดับที่เหมาะสม บุคคลจะต้องมีโอกาสและมีความเป็นไปได้ที่จะจัดการด้วยตนเอง

สำหรับลักษณะการมีส่วนร่วมของบุคคลโดยทั่วไปแล้ว ยังมีปัจจัยอีกหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับ การมีส่วนร่วม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพครอบครัว ระดับการศึกษา สถานภาพทางสังคม อาชีพและรายได้ เป็นต้น

ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม และพรรณทิพย์ เพชรมาก (2551) ได้กล่าวถึงลักษณะการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนไว้ในเอกสารประกอบการสอนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเมืองและชนบท โดยได้ข้อสรุปลักษณะการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 6 ลักษณะ ได้แก่

- 1) การรับรู้ข่าวสาร (Public Information) การมีส่วนร่วมแบบนี้ ประชาชนเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการ รวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้ การแจ้งข่าวสารดังกล่าวจะต้องเป็นการแจ้งก่อนที่ จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ
- 2) การปรึกษาหารือ (Public Consultation) เป็นรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหารือระหว่างผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและการ

ตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม นอกจากนี้ ยังเป็นช่องทางการกระจายข่าวารข้อมูลไปยังประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดความเข้าใจ และเพื่อให้มีการให้ข้อเสนอแนะเพื่อประกอบทางเลือกการตัดสินใจ

3) การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนและฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมและผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจ การประชุมรับฟังความคิดเห็นมีหลายวิธีการ เช่น การประชุมระดับชุมชน (Community Meeting) การประชุมรับฟังความคิดเห็นเชิงวิชาการ (Technical Meeting)

4) การประชาพิจารณ์ (Public Hearing) เป็นการประชุมที่มีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นระบบ และมีความชัดเจนมากขึ้น เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบังของผู้ที่มีส่วนได้และส่วน  
ของโครงการ การประชาคมและคณะกรรมการจัดประชุมจะต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ยอมรับมีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจน และมีการแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบอย่างชัดเจน

5) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชนให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจต่อประเด็นปัญหานั้น ๆ ซึ่งอาจจะดำเนินการโดยการเลือกตัวแทนเข้าไปเป็นกรรมการที่มีอำนาจการตัดสินใจ

6) การใช้กลไกทางกฎหมาย รูปแบบนี้ไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยตรงในเชิงการป้องกันและแก้ไขแต่เป็นลักษณะของการเรียกร้องและการป้องกันสิทธิของตนเองอันเนื่องมาจากการไม่ได้รับความเป็นธรรมเพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์ที่ตนเองควรจะได้รับ ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้ให้หลักเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้หลายประการและประชาชนสามารถใช้สิทธิตามรัฐธรรมนูญทั้งในรูปแบบของปัจเจกหรือในรูปแบบกลุ่ม องค์กร ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้

### 3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ และศิวพล ศรีแก้ว (2557) ได้ศึกษาการพัฒนาความรู้และทักษะการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครกู้ชีพ โดยใช้แบบประเมินทักษะการปฏิบัติงานและแบบทดสอบความรู้ ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครกู้ชีพขาดทักษะการบริการการแพทย์ฉุกเฉินและความชำนาญ เนื่องจากไม่ได้รับฝึกอบรมทักษะอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การเคลื่อนย้ายและการนำส่งผู้ป่วย

Meara (2003) ได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นก่อนถึงโรงพยาบาล โดยอาสาสมัครชุมชนในเขตชนบทประเทศออสเตรเลีย พบว่า หลักการสำคัญของรูปแบบการรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาล โดยอาสาสมัครชุมชน คือ การใช้กระบวนการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในการจัดบริการ ณ จุดเกิดเหตุ องค์ประกอบหลัก คือ ความรู้และพลังชุมชน การส่งข่าวอย่างฉับไวในท้องถิ่น การมีทรัพยากรอย่างเพียงพอ ระบบงานพื้นฐานของอาสาสมัครและการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขในท้องถิ่น ความเจริญทางเทคโนโลยี กฎหมาย กฎระเบียบปฏิบัติ และนโยบายไม่สามารถสนับสนุนระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครชุมชนให้ยั่งยืนได้ ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครชุมชนที่ประสบความสำเร็จจำเป็นต้องผสมผสานระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในท้องถิ่นร่วมไปด้วย

ณิชชาภัทร ชันสาคร และคณะ (2559) ได้ศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ โดยสุ่มตัวอย่างจังหวัดที่มีสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินต่อประชากรแสนคนในเกณฑ์สูงและต่ำ กลุ่มละ 2 จังหวัด ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาจนถึงวันเก็บข้อมูล จังหวัดละ 120-180 คน รวม 600 คน และ 2) ผู้รับผิดชอบหลักในหน่วยงานที่ดำเนินการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 36 คน จาก 35 หน่วยงาน พบว่า 1) พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 1 ครั้ง โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ เวลาเกิดเหตุส่วนใหญ่เกิดในเวลากลางวัน (08.00-17.59 น.) 2) การรับรู้และความเข้าใจของผู้สูงอายุต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับมากร้อยละ 85.0 3) ความต้องการของผู้สูงอายุต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินภาพรวมอยู่ในระดับมากร้อยละ 52.3

ลักษณะ ชูติธรรมานันท์ และคณะ (2561) ได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การวิจัยกระตุกสะโพกหักในผู้สูงอายุและการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้สูงอายุกระตุกสะโพกหัก จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 60 คน และผู้สูงอายุกระตุกสะโพกหักจำนวน 19 คน เก็บข้อมูลโดยใช้ 1) แบบบันทึกโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ 2) แบบประเมินความสามารถในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ณ ห้องฉุกเฉิน 3) แบบประเมินความสามารถในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ณ ศูนย์สั่งการ จังหวัดแพร่ และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการของหน่วยอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์กลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีผลลัพธ์ดีขึ้นกว่ากลุ่มก่อนพัฒนาระบบทุกด้าน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีความสามารถในการปฏิบัติงาน ณ ห้องฉุกเฉิน และ ณ ศูนย์สั่งการจังหวัดสูงขึ้นทุกด้าน และผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการการแพทย์ฯ โดยรวมมากที่สุด

กิตติพงศ์ พลเสน, ธีระ ศิริสมุด, และ พรทิพย์ วชิรดิถ (2561) ได้ศึกษาสถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทยเป็น

การศึกษาเชิงพรรณนาเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากโรงพยาบาล 40 แห่ง พบว่า ส่วนใหญ่มาด้วยรบบปฏิบัติการ การแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 44.9) และในกลุ่มที่มาด้วยตัวเองจะมาด้วยรถยนต์เป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 83.8) ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ได้ใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน

#### 4. กรอบแนวคิด

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร ในอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ กระบวนการในการพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภออมก๋อย เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากระยะวิเคราะห์สถานการณ์มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร ประกอบด้วย 1) ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร ซึ่งมี 4 โปรแกรม คือ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่กู้ชีพในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร โปรแกรมอบรมให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจิตอาสาทางการแพทย์ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร และโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่กู้ชีพและบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้เครื่องวิทยุคมนาคมแบบสังเคราะห์ความถี่ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร และ 2) สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยใช้ภาษากะเหรี่ยงโปและสะกอ และระยะที่ 3 ระยะประเมินผล โดยประเมินความรู้ของเจ้าหน้าที่กู้ชีพ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และจิตอาสาทางการแพทย์ ก่อนและหลังการใช้ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร และประเมินความเป็นไปได้การนำรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารไปใช้

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร ในอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกตามกระบวนการในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

##### ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

**ประชากร** คือ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลอมก๋อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่อำเภออมก๋อย จำนวน 200 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลอมก๋อย รพ.สต. และ อปท. ในพื้นที่อำเภออมก๋อย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 30 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
2. ทำงานในสังกัดโรงพยาบาลอมก๋อย รพ.สต. หรือ อปท. ในพื้นที่อำเภออมก๋อย
3. สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ดี
4. สามารถติดตามเยี่ยมการทำงานได้
5. ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

##### ระยะที่ 2 และ 3 ระยะดำเนินการและระยะประเมินผล

**ประชากร** แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. เจ้าหน้าที่กู้ชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภออมก๋อย
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออมก๋อย
3. เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของโรงพยาบาล และ รพ.สต. ในพื้นที่อำเภออมก๋อย

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. เจ้าหน้าที่ที่กู้ชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอมก๋อย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง อปท.ละ 10 คน จำนวน 70 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
- 2) สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ดี
- 3) สามารถติดตามเยี่ยมการทำงานได้
- 4) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอมก๋อย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 350 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอมก๋อยตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
- 2) สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ดี
- 3) สามารถติดตามเยี่ยมบ้านได้
- 4) ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลและ รพ.สต. ในพื้นที่อำเภอมก๋อย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 50 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

- 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพ
- 2) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมก๋อย หรือ รพ.สต. ในเขตอำเภอมก๋อยตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
- 3) สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ดี
- 4) ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ และระดับการศึกษา

2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อประเมินสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารอำเภอมก๋อย

3. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่กู้ชีพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก เกณฑ์การพิจารณาคะแนน

คือ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน (ภาคผนวก ก) กำหนดเกณฑ์การประเมิน คือ

คะแนนร้อยละ 80-100	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดีมาก
คะแนนร้อยละ 70-79	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดี
คะแนนร้อยละ 60-69	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 50-59	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับควรปรับปรุง

4. แบบประเมินความรู้ในการใช้วิทยุสื่อสารสำหรับเจ้าหน้าที่กู้ชีพและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับระบบวิทยุสื่อสารเบื้องต้น ระบบโครงข่ายวิทยุสื่อสารที่จะใช้งานรวมถึงการใช้งานผ่านเครื่องทวนสัญญาณวิทยุสื่อสาร วิธีการดูแลรักษาเครื่องมือสื่อสาร และระเบียบว่าด้วยการการใช้และการบริหารวิทยุคมนาคมรวมถึงระเบียบคณะกรรมการกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก เกณฑ์การพิจารณาคะแนน คือ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน (ภาคผนวก ข) กำหนดเกณฑ์การประเมิน คือ

คะแนนร้อยละ 80-100	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดีมาก
คะแนนร้อยละ 70-79	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดี
คะแนนร้อยละ 60-69	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 50-59	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับควรปรับปรุง

5. แบบประเมินความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับจิตอาสาทางการแพทย์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับวิธีการแจ้งเหตุฉุกเฉินการปฐมพยาบาลขั้นพื้นฐาน และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก เกณฑ์การพิจารณาคะแนน คือ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน (ภาคผนวก ค) กำหนดเกณฑ์การประเมิน คือ

คะแนนร้อยละ 80-100	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดีมาก
คะแนนร้อยละ 70-79	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดี
คะแนนร้อยละ 60-69	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 50-59	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับควรปรับปรุง

6. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจขั้นพื้นฐาน และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก เกณฑ์การพิจารณาคะแนนคือ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 19 ข้อ คะแนนเต็ม 19 คะแนน (ภาคผนวก ง) กำหนดเกณฑ์การประเมิน คือ

คะแนนร้อยละ 80-100	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดีมาก
คะแนนร้อยละ 70-79	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดี
คะแนนร้อยละ 60-69	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 50-59	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50	หมายถึง มีความรู้ในระดับควรปรับปรุง

7. แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความง่ายในการนำไปใช้ 2) ความชัดเจนของเนื้อหา 3) ความเหมาะสม และ 4) การนำไปใช้ในทางปฏิบัติ ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scale) เลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ โดยใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างที่กำหนดและต้องตอบให้ครบทุกข้อ (ภาคผนวก จ) ซึ่งแบ่งระดับคะแนนตามรายด้านดังนี้

ระดับคะแนนด้านความง่ายในการนำไปใช้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ชุดความรู้ มีความง่ายในการนำไปใช้ อยู่ในระดับน้อย
- 2 คะแนน หมายถึง ชุดความรู้ มีความง่ายในการนำไปใช้ อยู่ในระดับปานกลาง
- 3 คะแนน หมายถึง ชุดความรู้ มีความง่ายในการนำไปใช้ อยู่ในระดับมาก

ระดับคะแนนด้านความชัดเจนของเนื้อหาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ชุดความรู้ มีความชัดเจนของเนื้อหา อยู่ในระดับน้อย
- 2 คะแนน หมายถึง ชุดความรู้ มีความชัดเจนของเนื้อหา อยู่ในระดับปานกลาง
- 3 คะแนน หมายถึง ชุดความรู้ มีความชัดเจนของเนื้อหา อยู่ในระดับมาก

ระดับคะแนนด้านความเหมาะสม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ชุดความรู้ มีความเหมาะสม อยู่ในระดับน้อย
- 2 คะแนน หมายถึง ชุดความรู้ มีความเหมาะสม อยู่ในระดับปานกลาง
- 3 คะแนน หมายถึง ชุดความรู้ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก



ระดับคะแนนด้านการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ชุดความรู้ฯ สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติ อยู่ในระดับน้อย
- 2 คะแนน หมายถึง ชุดความรู้ฯ สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง
- 3 คะแนน หมายถึง ชุดความรู้ฯ สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก

### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างวิจัยขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลอมก๋อย หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนในการศึกษา และรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระและมีเวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมได้มีการขอลงนามเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มการวิจัย ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการจะถอนตัวออกจากงานวิจัยก่อนที่การดำเนินการจะสิ้นสุดก็สามารถกระทำได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใด ๆ

### 4. ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์แล้ว ตามขั้นตอน ดังนี้

#### 1. ขั้นตอนเตรียมการดำเนินการวิจัย

1. ทำหนังสือจากโรงพยาบาลอมก๋อยถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภออมก๋อยและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อขออนุญาตเข้าดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง
2. ภายหลังจากได้รับการอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภออมก๋อย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดต่าง ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย
3. จัดเตรียมสถานที่ วัสดุ และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นในการวิจัย ได้แก่ สมุด ดินสอ ปากกา ลูกกลิ้งปากกาเคมี กระดาษบุรูป เครื่องบันทึกเสียง และกล้องถ่ายรูป

#### 2. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้และนัดพบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน
2. ผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มที่ได้พัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด และใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งมีการบันทึกเสียงด้วยเครื่องบันทึกเสียง
3. ผู้วิจัยทำการสรุปประเด็นที่ได้หลังจากการสนทนากลุ่ม และนำเสนอข้อมูลย้อนกลับให้แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วย ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร และการผลิตวีดิทัศน์เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 4 ชิ้น เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยใช้ภาษากะเหรี่ยงโปและสะกอ
4. จัดประชุมกลุ่มตัวอย่างเพื่อร่วมกันพัฒนาชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารซึ่งประกอบด้วย 4 โปรแกรมหลัก คือ 1) โปรแกรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่กู้ชีพในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร 2) โปรแกรมอบรมให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจิตอาสาทางการแพทย์ 3) โปรแกรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร และ 4) โปรแกรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่กู้ชีพและบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้เครื่องวิทยุคมนาคมแบบสังเคราะห์ความถี่ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร โดยกำหนดเนื้อหาสาระ รูปแบบการจัดการเรียนการสอน กิจกรรมและสื่อการเรียนรู้และวิธีการประเมินผลการเรียนรู้

## ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้และนัดพบกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็นเจ้าหน้าที่กู้ชีพบุคลากรทางการแพทย์ และจิตอาสาทางการแพทย์
2. จัดอบรมหลักสูตรการใช้เครื่องวิทยุคมนาคมแบบสังเคราะห์ความถี่สำหรับเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับอำเภอมาก่อนให้แก่เจ้าหน้าที่กู้ชีพและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลอมก๋อย รพ.สต. และ อปท. ในพื้นที่อำเภออมก๋อย จำนวน 64 คน ใช้ระยะเวลาในการอบรม 2 วัน โดยมีวิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นวิทยากร เนื้อหาสาระการอบรมประกอบด้วย ระบบวิทยุสื่อสารเบื้องต้น ระบบโครงข่ายวิทยุสื่อสารที่จะใช้งานรวมถึงการใช้งานผ่านเครื่องทวนสัญญาณวิทยุสื่อสาร วิธีการดูแลรักษาเครื่องมือสื่อสาร ระเบียบฯ ว่าด้วยการการใช้และการบริหารวิทยุคมนาคมรวมถึงระเบียบคณะกรรมการกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ การตั้งปรับเปลี่ยนความถี่วิทยุสื่อสารในระบบที่ได้รับอนุญาตเพื่อใช้งานการติดต่อสื่อสาร การใช้อุปกรณ์เครื่องวิทยุคมนาคมและ

การดูแลรักษา สอนวิธีการปฏิบัติใช้กับวิทยุสื่อสารของจริง และระบบที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบจ่ายไฟ ระบบไฟโซลาร์เซลล์ แบตเตอรี่การคำนวณระบบไฟที่ใช้

3. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่กู้ชีพจำนวน 70 คน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้โดยใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่กู้ชีพในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ใช้ระยะเวลาในการอบรม 2 วัน แบ่งเป็นภาคทฤษฎี 1 วัน และภาคปฏิบัติ 1 วัน โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉินและแพทย์จาก รพ.อมก๋อย เป็นวิทยากร เนื้อหาสาระการอบรมภาคทฤษฎี ประกอบด้วย การฟื้นคืนชีพ (CPR) การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการคลอดฉุกเฉิน สำหรับภาคปฏิบัติได้มีการผู้เข้าอบรมเพื่อเข้าฝึกทักษะตามฐานทั้งหมด 7 ฐาน ประกอบด้วย ฐานช่วยเหลือผู้ถูกไฟฟ้าช็อต ฐานการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการยกเคลื่อนย้าย ฐานปฐมพยาบาลเพื่อช่วยเหลืออุบัติเหตุหมู่ ฐานปฐมพยาบาลเพื่อช่วยเหลือคนไข้ถูกแทง ฐานปฐมพยาบาลเมื่อรถจักรยานยนต์ชน ฐานปฐมพยาบาลเพื่อช่วยเหลือเด็กชกจากใช้สูง และฐานช่วยเหลือการคลอดฉุกเฉิน

4. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาลจำนวน 50 คน โดยใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ใช้ระยะเวลาในการอบรม 2 วัน โดยมีวิทยากรอายุรแพทย์จากโรงพยาบาลหางดงมาเป็นวิทยากร เนื้อหาสาระการอบรมประกอบด้วย ห่วงโซ่ของการรอดชีวิต (Chain of survival) การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (basic life support) ทางเดินหายใจ (airway) คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ขั้นพื้นฐานสำหรับการช่วยชีวิตขั้นสูง (ACLS) แนวทางการช่วยชีวิตเมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น (pulseless arrest) แนวทางการช่วยชีวิตเมื่อผู้ป่วยหัวใจเต้นช้า (Bradycardia) และการฟื้นคืนชีพในเด็ก (Pediatric CPR) ยาที่ต้องใช้ใน ACLS การดูแลหลังมีภาวะหัวใจหยุดเต้น (Post-cardiac arrest care) แนวทางและวิธีการคัดกรอง (Triage) ผู้ป่วย และการฝึกปฏิบัติตามแนวทางการช่วยชีวิตขั้นสูง (Practice algorithm)

5. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 350 คน โดยใช้โปรแกรมอบรมให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจิตอาสาทางการแพทย์ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ใช้ระยะเวลาในการอบรม 1 วัน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งการอบรมออกเป็น 7 รุ่น รุ่นละ 50 คน โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉินจาก รพ.อมก๋อย เป็นวิทยากร เนื้อหาสาระการอบรมประกอบด้วย การฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic CPR) การใช้เครื่องเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (Automated external defibrillator: AED) และการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพและการใช้เครื่อง AED

### ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของเจ้าหน้าที่กู้ชีพ โดยใช้แบบสอบถามประเมินความรู้ก่อนและภายหลังการใช้ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร

2. ประเมินความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของจิตอาสาทางการแพทย์ โดยใช้แบบสอบถาม ประเมินความรู้ก่อนและภายหลังการใช้ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร

3. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ โดยใช้แบบสอบถาม ประเมินความรู้ก่อนและภายหลังการใช้ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร

4. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องวิทยุสื่อสารของเจ้าหน้าที่กู้ชีพและบุคลากรทางการแพทย์ โดยใช้แบบสอบถาม ประเมินความรู้ก่อนและภายหลังการใช้ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร

5. ประเมินความเป็นไปได้ของการใช้ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารของเจ้าหน้าที่กู้ชีพและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ซึ่งประเมินผลหลังจากนำรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารไปทดลองใช้เป็นระยะเวลา 6 เดือน

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยจัดระเบียบและจำแนกข้อมูลแต่ละส่วนแล้วนำมาสรุปเป็นประเด็นต่าง ๆ

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้มีการนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วย

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความเป็นไปได้ของการใช้ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ของเจ้าหน้าที่กู้ชีพก่อนและภายหลังการใช้ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร โดยใช้สถิติทดสอบทีที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

2.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนด้านความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของจิตอาสาทางการแพทย์ ก่อนและภายหลังการใช้ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร โดยใช้สถิติทดสอบทีที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

2.4 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ก่อนและภายหลังการใช้ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร โดยใช้สถิติทดสอบทีที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

2.5 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องวิทยุสื่อสารของเจ้าหน้าที่กู้ชีพ และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์บาลก่อนและภายหลังการใช้ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร โดยใช้สถิติทดสอบที่ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

## บทที่ 4

### ผลการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร อำเภอมก๋อย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร

ส่วนที่ 2 รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร อำเภอมก๋อย

ส่วนที่ 3 ผลของการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร

#### ส่วนที่ 1 สถานการณ์ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร อำเภอมก๋อย

จากการสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลอมก๋อย รพ.สต. และ อปท. ในพื้นที่อำเภอมก๋อย จำนวน 30 คน พบ ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร ดังนี้

1. ระบบสัญญาณที่ใช้ในการประสานงานไม่เสถียร โดยพบว่า ระบบสัญญาณที่ใช้ในการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่ายหน่วยงานกู้ชีพไม่เชื่อมต่อโดยตรงและไม่ชัดเจน แม้ว่าในปัจจุบันจะมีระบบสัญญาณวิทยุเข้ามาเป็นสัญญาณหลักในการประสานงานเพื่อความสะดวกในการติดต่อประสานงานก็ตาม ส่งผลให้การประสานงานข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างเจ้าหน้าที่มีความเข้าใจไม่ตรงกัน ใช้เวลาในการติดต่อประสานงานหลายครั้ง ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการ

2. บางพื้นที่ไม่มีสัญญาณโทรศัพท์ ทำให้การติดต่อสื่อสารซักถามอาการผู้ป่วยไม่ได้ โดยเฉพาะพื้นที่อมก๋อยที่สัญญาณไฟฟ้าดับบ่อย ทำให้บางครั้งไม่สามารถติดต่อสื่อสารกันได้

3. ภาษาที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างคนใช้กับเจ้าหน้าที่ เนื่องจากร้อยละ 90 ของประชากรในอำเภอมก๋อยเป็นชาวไทยเชื้อสายกะเหรี่ยง ส่วนใหญ่ประชาชนในพื้นที่จึงมักนิยมใช้ภาษาท้องถิ่น โดยเฉพาะภาษากะเหรี่ยงโปและสะกอ ทำให้ไม่สามารถสื่อสารให้เกิดความเข้าใจตรงกันทั้งสองฝ่าย

4. ความยากลำบากในการเข้าถึงพื้นที่ในการออกเหตุ อำเภอมก๋อยเป็นที่ราบภูเขาสูงทำให้พื้นที่แต่ละแห่งมีการคมนาคมไม่สะดวก โดยเฉพาะในฤดูฝน พบว่า ไม่สามารถออกไปรับผู้ป่วยได้เนื่องจากพื้นที่ที่ต้องเข้าถึงไม่ปลอดภัย เช่น เกิดดินถล่ม หรือถนนขาด

5. การประชาสัมพันธ์การให้บริการ 1669 ไม่ทั่วถึง โดยพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่รู้จักเบอร์สายด่วน 1669 ทำให้ผู้มารับบริการฉุกเฉินส่วนใหญ่มักเข้ามาใช้บริการด้วยตนเองมากกว่าการโทรศัพท์สายด่วน 1669

6. ประชาชนขาดความรู้และทักษะการประเมินสถานการณ์ฉุกเฉินและการให้การพยาบาลเบื้องต้น โดยพบว่า ประชาชนไม่เข้าใจในการแจ้งเหตุ 1669 ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น ขอรถกู้ชีพไปส่งตามนัด ขอให้ไปรับคนไข้กลับมาส่งที่บ้าน อีกทั้งยังมีทัศนคติต่อการเรียกรถพยาบาลฉุกเฉินว่าจำเป็นต้องใช้ในกรณีที่เป็นอุบัติเหตุหรือสาหรับผู้ป่วยที่มีอาการหนักเท่านั้น

7. การบริหารจัดการเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินของ อปท. ไม่เหมาะสม โดยพบว่า เจ้าหน้าที่กู้ชีพบางคนถูกเปลี่ยนสายงาน มีการจัดเวรเจ้าหน้าที่กู้ชีพไม่ชัดเจน อุปกรณ์ภายในรถกู้ชีพไม่ครบถ้วน

8. ทักษะในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าหน้าที่กู้ชีพไม่เพียงพอ โดยพบว่า เจ้าหน้าที่กู้ชีพบางคนใช้อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพไม่คล่อง มีการช่วยเหลือในที่เกิดเหตุไม่ถูกต้องเนื่องจากมีประสบการณ์การออกเหตุน้อย เมื่อเกิดกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนทำให้เกิดความประหม่า กลัว และกดดัน

จากประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ดังนี้

1. ควรมีการพัฒนาาระบบการสื่อสารทั้งระบบวิทยุสื่อสาร การโทรศัพท์ มีการจัดซื้ออุปกรณ์สื่อสารเพิ่มเติม รวมทั้ง มีการจัดอบรมการใช้เครื่องมือสื่อสารอย่างถูกต้องให้แก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ

2. ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่กู้ชีพ เพื่อให้สามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพได้ถูกต้อง และเกิดทักษะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ และการมีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและขั้นสูงอย่างมีระบบ

3. ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนที่จิตอาสา เช่น นักเรียน ครู อสม.

4. ควรพัฒนากลไกอาสาสมัครฉุกเฉิน โดยอบรมอาสาสมัครในพื้นที่เรื่องการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จัดตั้งเครือข่ายและช่องทางการสื่อสารระหว่างเครือข่ายอาสาสมัคร

5. ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพได้ถูกต้อง

6. ควรพัฒนาสื่อวิทัศน์ในการแจ้งเหตุ 1669 เป็นภาษาท้องถิ่น ได้แก่ ภาษากะเหรี่ยงโปว์ และสกอ เพื่อประชาสัมพันธ์และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น

## ส่วนที่ 2 รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร อำเภออมก๋อย

จากข้อมูลสถานการณ์ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร ทำให้ได้รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารของอำเภออมก๋อย ประกอบด้วย 2 หลักสำคัญ ได้แก่

2.1 ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร ซึ่งมี 4 โปรแกรม คือ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่กู้ชีพในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร โปรแกรมอบรมให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจิตอาสาทางการแพทย์ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร และโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่กู้ชีพและบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้เครื่องวิทยุคมนาคมแบบสังเคราะห์ความถี่ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่กู้ชีพในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่กู้ชีพสามารถปฏิบัติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภออมก๋อยได้อย่างประสิทธิภาพ ประกอบด้วยการจัดอบรมให้ความรู้ ฝึกทักษะ และการนิเทศน์ติดตามการทำงานในพื้นที่ ดังนี้



องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์	เนื้อหาสาระ	ระยะเวลา/สื่อที่ใช้
1. อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่กู้ชีพมีความรู้ในการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 2. เพื่อจัดตั้งเครือข่ายและช่องทางการสื่อสารระหว่างเครือข่ายอาสาสมัคร	1. การฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) และการใช้เครื่อง AED 1.1 บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญและขั้นตอนการ CPR 1.2 สาธิตขั้นตอนการ CPR พร้อมให้ผู้เข้าอบรมปฏิบัติย้อนกลับ 1.3 สาธิตขั้นตอนการใช้เครื่อง AED พร้อมให้ผู้เข้าอบรมปฏิบัติย้อนกลับ	- ระยะเวลา 90 นาที - Power Point - วิดีโอการ CPR - สาธิตวิธีการ CPR - หุ่น CPR - เครื่อง AED
		2. การปฐมพยาบาลเบื้องต้น โดยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฐมพยาบาลเบื้องต้น	- ระยะเวลา 90 นาที - Power Point - วิดีโอการให้การดูแลผู้ป่วย
		3. การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 3.1 บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 3.2 สาธิตวิธีการใช้อุปกรณ์ยกเคลื่อนย้าย	- ระยะเวลา 90 นาที - Power Point และการ - อุปกรณ์ยกเคลื่อนย้าย
		4. การช่วยคลอดตุ๊กเงิน 4.1 บรรยายให้ความรู้การช่วยคลอดตุ๊กเงิน 4.2 สาธิตการช่วยคลอดตุ๊กเงิน	- ระยะเวลา 90 นาที - Power Point - หุ่นทารก - อุปกรณ์ช่วยคลอดตุ๊กเงิน

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์	เนื้อหาสาระ	ระยะเวลา/สื่อที่ใช้
2. ฝึกทักษะเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น	1. เพื่อฝึกทักษะเจ้าหน้าที่กู้ชีพให้สามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในสถานการณ์ฉุกเฉินได้	1. แบ่งผู้เข้าอบรมเป็นกลุ่ม 6 กลุ่ม เพื่อเข้าฝึกปฏิบัติในฐาน โดยแต่ละฐานจะมีวิทยากรกลุ่มสาธิตพร้อมให้ผู้เข้าอบรมฝึกปฏิบัติย้อนกลับ หน้าที่ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ฐานช่วยเหลือผู้ถูกไฟฟ้าช็อต การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการยกเคลื่อนย้าย</li> <li>- ฐานอุบัติเหตุหมู่</li> <li>- ฐานช่วยเหลือผู้ป่วยถูกแทง</li> <li>- ฐานช่วยเหลือเมื่อเกิดรถจักรยานยนต์ชน</li> <li>- ฐานช่วยเหลือเด็กชกจากใช้สูง</li> <li>- ฐานช่วยเหลือการคลอดฉุกเฉิน</li> </ul> โดยแต่ละฐานใช้ระยะเวลา 60 นาที	- ระยะเวลา 6 ชั่วโมง - ทุน CPR - เครื่อง AED - อุปกรณ์ยกเคลื่อนย้าย - ทุนทารก - อุปกรณ์ช่วยคลอดฉุกเฉิน
3. นิเทศน์ติดตามการทำงานในพื้นที่	1. เพื่อติดตามการพัฒนาการดำเนินงาน 2. เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น อุปสรรคปัญหา และนวัตกรรมใหม่ ๆ ของหน่วยกู้ชีพ 3. เพื่อเยี่ยมเยียนและสร้างสัมพันธ์ภาพกับองค์กรเครือข่ายหน่วยกู้ชีพ	1. สรุปผลการดำเนินงาน และรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน ของแต่ละกู้ชีพ ให้แก่ผู้นำและเจ้าหน้าที่กู้ชีพรับทราบ 2. สร้างความสำคัญของผู้บริหารให้เล็งเห็นถึงความสำคัญและหน้าที่ของเจ้าหน้าที่กู้ชีพ โดยชี้แจงถึงบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับอำเภอ และระดับตำบล ในเรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน พร้อมรายงานกิจกรรมที่ได้ดำเนินงานในปีงบประมาณ 2563 ของงานการแพทย์ฉุกเฉินในส่วนของท้องถิ่นให้แก่ผู้นำและเจ้าหน้าที่กู้ชีรับทราบ	- ระยะเวลา 6 ชั่วโมง

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์	เนื้อหาสาระ	ระยะเวลา/สื่อที่ใช้
		<p>3. เจ้าหน้าที่กู้ชีพรายงานให้ผู้บริหารรับทราบกรณีตัวอย่างการออกปฏิบัติงานที่น่าภูมิใจ</p> <p>4. เสนอปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะร่วมกันระหว่างผู้บริหารและเจ้าหน้าที่กู้ชีพเพื่อการพัฒนา งานต่อไป</p> <p>5. ติดตามเจ้าหน้าที่กู้ชีพในการประเมินตนเองตาม การตรวจประเมินและรับรองคุณภาพระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย (Thai Emergency Medical Service Accreditation: TEMSA) และตรวจสภาพอุปกรณ์ ประจำรถ (ตามแบบ สพฉ FR)</p>	

2) โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพจิตอาสาทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้จิตอาสาทางการแพทย์สามารถให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอหมอก้อยได้ ประกอบด้วยการจัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะ ดังนี้

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์	เนื้อหาสาระ	ระยะเวลา/สื่อที่ใช้
1. อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลและการ CPR ขั้นพื้นฐาน	1. เพื่อให้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการปฐมพยาบาล 2. สามารถขอความช่วยเหลือจากระบบบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ได้	1. บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญและขั้นตอนการ CPR และขั้นตอนการใช้เครื่อง AED 2. บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญและขั้นตอนการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	- ระยะเวลา 180 นาที - Power Point - วิดีโอการ CPR - อุปกรณ์การยกเคลื่อนย้าย
2. ฝึกทักษะการ CPR ขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่อง AED	1. เพื่อให้ผู้ที่เข้ารับการอบรมสามารถให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพได้ถูกต้อง 2. เพื่อสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัวและผู้อื่นได้สาระสำคัญ	1. สาธิตการช่วยฟื้นคืนชีพและการใช้เครื่อง AED 2. ให้ผู้เข้าอบรมฝึกปฏิบัติการ CPR และการใช้เครื่อง AED	- ระยะเวลา 120 นาที - หุ่น CPR - เครื่อง AED

### 3) โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร

เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์สามารถดูแลผู้ป่วยและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงได้ถูกต้อง และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัว และผู้อื่นได้ ประกอบด้วยเนื้อหาสาระ ดังนี้

เนื้อหาสาระ	กิจกรรม	ระยะเวลา/สื่อที่ใช้
ห่วงโซ่ของการรอดชีวิต การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน และทางเดินหายใจ	1. วิทยากรบรรยายเพื่อสร้างความตระหนักและให้ความรู้เกี่ยวกับห่วงโซ่ของการรอดชีวิต และทางเดินหายใจ (airway) 2. วิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (basic life support: BLS)	- ระยะเวลา 90 นาที - Power Point
คลื่นไฟฟ้าหัวใจขั้นพื้นฐานสำหรับการช่วยชีวิตขั้นสูง	1. วิทยากรบรรยายให้ความรู้ในการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram: EKG) ขั้นพื้นฐาน สำหรับการช่วยชีวิตขั้นสูง (advanced cardiovascular life support: ACLS)	- ระยะเวลา 90 นาที - Power Point
แนวทางการช่วยชีวิตเมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น (pulseless arrest)	1. วิทยากรบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทาง (Algorithm) การช่วยชีวิตเมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น เช่น การช่วยชีวิตเมื่อประเมิน EKG พบว่ามี VF VT Asystole และ pulseless electrical activity (PEA)	- ระยะเวลา 60 นาที - Power Point
แนวทางการช่วยชีวิตเมื่อผู้ป่วยหัวใจเต้นช้า และการฟื้นคืนชีพในเด็ก	1. วิทยากรบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการช่วยชีวิตเมื่อผู้ป่วยหัวใจเต้นช้า (Bradycardia) แต่คลำชีพจรได้ และการฟื้นคืนชีพในเด็ก (Pediatric CPR)	- ระยะเวลา 90 นาที - Power Point
ยาที่ต้องใช้ในการช่วยชีวิตขั้นสูง	1. วิทยากรบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับยาฉุกเฉินที่ใช้จริงใน ACLS	- ระยะเวลา 90 นาที - Power Point
การดูแลหลังมีภาวะหัวใจหยุดเต้น	1. วิทยากรบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลหลังมีภาวะหัวใจหยุดเต้น (Post-cardiac arrest care)	- ระยะเวลา 60 นาที - Power Point

เนื้อหาสาระ	กิจกรรม	ระยะเวลา/สื่อที่ใช้
วิธีการคัดกรองผู้ป่วย	1. วิทยากรบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางและวิธีการคัดกรอง (Triage) ผู้ป่วย 2. วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมฝึกปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย	- ระยะเวลา 60 นาที - Power Point
การฝึกปฏิบัติตามแนวทางการช่วยชีวิตขั้นสูง	1. แบ่งผู้เข้าร่วมอบรมเป็นกลุ่ม 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน ให้เข้าฝึกปฏิบัติตามฐานโดยมีวิทยากรประจำฐานทำหน้าที่ในการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ดังนี้ - ฐานการจัดการกับทางเดินหายใจ (airway management) - ฐาน BLS - ฐาน ACLS	- ระยะเวลา 120 นาที โดยฝึกปฏิบัติฐานละ 40 นาที - Power Point - ทู่นฝึก CPR และเครื่อง Defibrillation

ทั้งนี้ ภายหลังจากที่ผู้เข้าอบรมได้รับความรู้แลฝึกทักษะแล้วจะมีการประเมินความรู้โดยให้ผู้เข้าอบรมตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นวิทยากรจะเฉลยพร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เป็นระยะเวลา 60 นาที

4) โปรแกรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่คู่มือและบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้เครื่องวิทยุคมนาคมแบบสังเคราะห์ความถี่ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่คู่มือและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการทำงานและการใช้งานระบบวิทยุสื่อสารเบื้องต้น รวมทั้งได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ รวมทั้งเสนอปัญหาอุปสรรคและวิธีการแก้ไข และเพื่อให้ทราบถึงวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้เครื่องวิทยุคมนาคม ตลอดจนการบำรุงรักษาเครื่องได้อย่างถูกต้อง โดยใช้ระยะเวลาในการอบรม 12 ชั่วโมง ประกอบด้วยเนื้อหาสาระ ดังนี้

องค์ประกอบ	เนื้อหาสาระ	ระยะเวลา/สื่อที่ใช้
1. การใช้ความรู้เกี่ยวกับระบบวิทยุสื่อสาร วิธีการใช้ และวิธีการดูแลรักษา	1) วิทยากรบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบวิทยุสื่อสารเบื้องต้น</li> <li>- ระบบโครงข่ายวิทยุสื่อสารที่จะใช้งาน รวมถึงการใช้งานผ่านเครื่องทวนสัญญาณวิทยุสื่อสาร</li> <li>- วิธีการดูแลรักษาเครื่องมือสื่อสาร</li> <li>- ระเบียบฯ ว่าด้วยการการใช้และการบริหารวิทยุคมนาคมรวมถึงระเบียบคณะกรรมการกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ</li> <li>- การตั้งปรับเปลี่ยนความถี่วิทยุสื่อสารในระบบที่ได้รับอนุญาตเพื่อใช้งานการติดต่อสื่อสาร</li> <li>- การใช้อุปกรณ์เครื่องวิทยุคมนาคมและการดูแลรักษา</li> <li>- ระบบที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบจ่ายไฟ ระบบไฟโซล่าเซลล์ แบตเตอรี่การคำนวณระบบไฟที่ใช้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะเวลา 8.5 ชั่วโมง</li> <li>- Power Point</li> <li>- เครื่องวิทยุสื่อสาร</li> <li>- ระบบจ่ายไฟ</li> <li>- ระบบไฟโซล่าเซลล์</li> <li>- แบตเตอรี่</li> </ul>
2. ฝึกปฏิบัติการใช้วิทยุสื่อสาร	1. วิทยากรสาธิตใช้วิทยุสื่อสาร 2. ผู้เข้าร่วมอบรมฝึกปฏิบัติการใช้วิทยุสื่อสาร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะเวลา 90 นาที</li> <li>- เครื่องวิทยุสื่อสาร</li> </ul>

2.2 สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้ผลิตสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยใช้ภาษากะเหรี่ยงโปและสะกอ จำนวน 4 ชิ้น ได้แก่

1) สื่อวีดิทัศน์การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เสียงกะเหรี่ยงโปฉบับไทย เป็นวีดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ขั้นตอนของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และอาการหรือโรคที่ต้องนำส่งโรงพยาบาล โดยนำเสนอด้วยภาษากะเหรี่ยงโป และซับไทยบรรยายได้ภาพ ใช้ระยะเวลา 3 นาที 45 วินาที

2) สื่อวีดิทัศน์การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เสียงกะเหรี่ยงสะกอฉบับไทย เป็นวีดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ขั้นตอนของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และอาการหรือโรคที่ต้องนำส่งโรงพยาบาล โดยนำเสนอด้วยภาษากะเหรี่ยงสะกอ และซับไทยบรรยายได้ภาพ ใช้ระยะเวลา 3 นาที 45 วินาที


3) สื่อวีดิทัศน์สายด่วน 1669 เสียงกะเหรี่ยงโปฉบับไทย เป็นวีดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการโทรแจ้งเหตุแก่สายด่วน 1996 และอาการที่ต้องโทรแจ้งสายด่วน 1669 โดยนำเสนอด้วยภาษากะเหรี่ยงโป และซับไทยบรรยายได้ภาพ ใช้ระยะเวลา 3 นาที 30 วินาที

4) สื่อวีดิทัศน์สายด่วน 1669 เสียงกะเหรี่ยงสะกอฉบับไทย เป็นวีดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการโทรแจ้งเหตุแก่สายด่วน 1996 และอาการที่ต้องโทรแจ้งสายด่วน 1669 โดยนำเสนอด้วยภาษากะเหรี่ยงสะกอ และซับไทยบรรยายได้ภาพ ใช้ระยะเวลา 3 นาที 30 วินาที





แก้ไข



## งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอมก๋อย

สร้าง @ชื่อผู้ใช้ · บริการในท้องถิ่น

แก้ไข ส่งข้อความ


หน้าหลัก
งาน
เพิ่มเติม ▾

ไปโปรไฟล์

ดูในมุมมองของผู้เยี่ยมชม

🔍

⋮



เคล็ดลับประจำสัปดาห์ที่ 7

**เข้าถึงผู้คนที่น่าสนใจธุรกิจของคุณได้มากขึ้น**

สร้างโฆษณาจากเพจของคุณได้โดยตรงและง่ายดายเพียงไม่กี่คลิก และยังเป็นวิธีที่ดีเยี่ยมในการเพิ่มกลุ่มเป้าหมายของคุณ เข้าถึงผู้คนใหม่ๆ และกระตุ้นผลลัพธ์ทางธุรกิจที่แท้จริง

ดูเคล็ดลับ

**ข้อมูลเชิงลึก** ดูทั้งหมด


28 วันที่ผ่านมา: 1 ต.ค. - 28 ต.ค. ▾

1457

**สร้างโพสต์**

รูปภาพ/วิดีโอ
รับข้อความ
ความรู้สึก/กิจกรรม

สร้าง 📷 📅 🏠 📊 ⋮


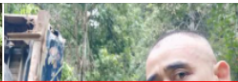


**งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอมก๋อย**

2 วัน · 🌐

⋮

อุบัติเหตุเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่อยากจะเกิดขึ้น แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วเราจัดการกับมันอย่างไร อดมก๋อย...เป็นพื้นที่ห่างไกล การคมนาคมยากลำบาก เมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้น การบริการด้านการฉุกเฉิน ถือว่ามีส่วนสำคัญยิ่ง แต่ด้วยความห่างไกล และถนนที่ไร้สัญญาณค่อนข้างยากลำบาก จึงทำให้ระยะเวลาในการลำเลียงใช้เวลานาน การลำเลียงทางอากาศยานจึงมีส่วนสำคัญในการลำเลียงผู้ป่วย แต่ด้วยข้อจำกัดของการลำเลียงทางอากาศยาน คืออากาศปิดหมอกหนา ฝนตก จึงไม่สามารถลำเลียงทางอากาศยานได้ ทำให้ต้องลำเลียงทางพื้นดิน ไซ... ดูเพิ่มเติม

### ส่วนที่ 3 ผลของการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร

ภายหลังจากนำรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารไปใช้ในในกลุ่มเจ้าหน้าที่กู้ชีพ จิตอาสาทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล ได้มีการประเมินผลก่อนและหลังการอบรมแต่ในกลุ่มเจ้าหน้าที่กู้ชีพ และจิตอาสาทางการแพทย์มีบางคนที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ทำให้ผลการประเมินสามารถประเมินได้เฉพาะผู้ที่อ่านออกเขียนได้ โดยมีผลประเมินผลดังนี้

#### 1. ความรู้จากการนำชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารไปใช้

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากอบรมโดยใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่กู้ชีพในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร เจ้าหน้าที่กู้ชีพมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ( $t = -10.658, p < 0.001$ )

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของเจ้าหน้าที่กู้ชีพก่อนและหลังการอบรม ( $n = 62$ )

ระดับคะแนน	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		ค่าสถิติ t	P-value
	ก่อนการอบรม	หลังการอบรม		
ความรู้เกี่ยวกับ BLS	11.16 (4.05)	15.34 (3.16)	-10.658	< 0.001

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการจัดอบรมโดยใช้โปรแกรมอบรมให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจิตอาสาทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยความรู้ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 45.7 รองลงมาคือ พอใช้ ร้อยละ 22.2 และภายหลังจากเข้าร่วมอบรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยความรู้ในระดับดีมาก ร้อยละ 34.2 รองลงมาคือ ดี ร้อยละ 23.7

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของจิตอาสาทางการแพทย์ จำแนกตามคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ก่อนและหลังการเข้าอบรม ( $n = 350$ )

กลุ่ม	ควรปรับปรุง		พอใช้		ปานกลาง		ดี		ดีมาก	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ก่อนอบรม	160	45.7	78	22.2	68	19.4	36	10.2	8	2.2
หลังอบรม	53	15.1	46	13.1	48	13.7	83	23.7	120	34.2

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ภายหลังกการอบรมโดยใช้โปรแกรมอบรมให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจิตอาสาทางการแพทย์ จิตอาสาทางการแพทย์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = -20.344$ ,  $p < 0.001$ )

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของจิตอาสาทางการแพทย์ ก่อนและหลังการอบรม ( $n = 295$ )

ระดับคะแนน	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		ค่าสถิติ t	P-value
	ก่อนการอบรม	หลังการอบรม		
ความรู้เกี่ยวกับ BLS	9.71 (3.23)	13.37 (3.66)	-20.344	< 0.001

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ภายหลังกการอบรมโดยใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = -14.203$ ,  $p < 0.001$ )

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล ก่อนและหลังการอบรม ( $n = 57$ )

ระดับคะแนน	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		ค่าสถิติ t	P-value
	ก่อนการอบรม	หลังการอบรม		
ความรู้เกี่ยวกับ ACLS	10.42 (3.36)	16.07 (2.02)	-14.203	< 0.001

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ภายหลังกการอบรมโดยใช้พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่กู้ชีพและบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้เครื่องวิทยุคมนาคมแบบสังเคราะห์ความถี่ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องวิทยุสื่อสารสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = -20.299$ ,  $p < 0.001$ )

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการใช้เครื่องวิทยุสื่อสารของเจ้าหน้าที่กู้ชีพและเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ก่อนและหลังการอบรม (n = 63)

ระดับคะแนน	ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		ค่าสถิติ t	P-value
	ก่อนการอบรม	หลังการอบรม		
ความรู้ในการใช้เครื่องวิทยุสื่อสาร	9.70 (2.62)	16.16 (1.89)	-20.299	< 0.001

## 2. ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร

ได้มีการประเมินผลความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารไปใช้ในกลุ่มเจ้าหน้าที่กู้ชีพและเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลจำนวน 50 คน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 64.0 มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 62.0 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50.0 และมีอาชีพรับราชการร้อยละ 39.6 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่กู้ชีพและเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล (n = 50)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	32	64.0
หญิง	18	36.0
<b>อายุ (ปี)</b>		
<20	1	2.0
21-30	31	62.0
31-40	13	26.0
41-50	4	8.0
51-0	1	2.0
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	1	2.0
มัธยมศึกษา/ ปวช.	21	42.0
อนุปริญญา/ ปวส.	3	6.0
ปริญญาตรี	25	50.0
<b>อาชีพ</b>		
รับราชการ	21	39.6
พนักงานจ้างทั่วไป	20	37.7
พนักงานภาครัฐ	7	13.2
ลูกจ้างหน่วยงานรัฐ	2	3.8

เมื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า ร้อยละ 56.0 ของกลุ่มตัวอย่าง มีความคิดเห็นว่ารูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้ง่าย อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการนำชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารไปใช้ พบว่า มีความชัดเจนของเนื้อหาด้านการใช้ภาษาเข้าใจง่าย อยู่ในระดับปานกลาง และมาก เท่ากันร้อยละ 50.0 มีความชัดเจนของเนื้อหาด้านเสียงชัดเจน อยู่ในระดับมากร้อยละ 56.0 มีความชัดเจนของเนื้อหาด้านการใช้สื่อประกอบที่เข้าใจง่าย อยู่ในระดับมากร้อยละ 52.0 และเจ้าหน้าที่กู้ชีพจิตอาสาทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล คิดว่า ตนสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ต่อยอดได้ อยู่ในระดับมากร้อยละ 72.0 นอกจากนี้ ยังมีความคิดเห็นว่ารูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมที่สามารถนำไปใช้ได้และมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติอยู่ในระดับมากร้อยละ 58.0 และร้อยละ 66.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบไปใช้ของเจ้าหน้าที่กู้ชีพและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล (n = 50)

ข้อคำถาม	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. รูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร อำนวยความสะดวกสามารถนำไปใช้ได้ง่าย	0 (0.0)	28 (56.0)	22 (44.0)
2. ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร มีความชัดเจนของเนื้อหา			
2.1 มีความชัดเจนของเนื้อหาการใช้ภาษาเข้าใจง่าย	0 (0.0)	25 (50.0)	25 (50.0)
2.2 มีความชัดเจนของเนื้อหาเสียงชัดเจน	0 (0.0)	22 (44.0)	28 (56.0)
2.3 มีความชัดเจนของเนื้อหาการใช้สื่อประกอบที่เข้าใจง่าย	0 (0.0)	24 (48.0)	26 (52.0)
3. รูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร มีความเหมาะสมที่สามารถนำไปใช้ได้	0 (0.0)	21 (42.0)	29 (58.0)
4. เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยกู้ชีพ ประชาชนจิตอาสา และบุคลากรทางการแพทย์ สามารถที่นำความรู้ที่ได้ไปใช้ต่อยอดได้	0 (0.0)	14 (28.0)	36 (72.0)
5. รูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ	0 (0.0)	17 (34.0)	33 (66.0)

นอกจากนี้ ผลจากการเผยแพร่วีดิทัศน์เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางช่องทาง Facebook งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลอมก๋อย YouTube และการนำสื่อไปเปิดตามทีประชุมต่าง ๆ ภายในอำเภออมก๋อย พบว่า ประชาชนในพื้นที่ให้ความสนใจเกี่ยวกับสื่อที่จัดทำ เนื่องจากใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และใช้เวลาไม่นาน ทางผู้วิจัยได้มีแผนดำเนินการเผยแพร่สื่อให้แก่ประชาชนในพื้นที่ต่อไป

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and development) พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร ของอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ กระบวนการในการพัฒนาระบบแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล ผู้เข้าร่วมการศึกษาคือกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลอมก๋อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 30 คน 2) เจ้าหน้าที่กู้ชีพจำนวน 70 คน 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 350 คน และ 4) เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่กู้ชีพ แบบประเมินความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับจิตอาสาทางการแพทย์ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องวิทยุสื่อสาร และแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการนำโปรแกรมไปใช้โดยใช้สถิติทดสอบทีที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการศึกษา พบว่า

1. รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร ประกอบด้วย 2 หลักสำคัญ ได้แก่ 1) ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร ซึ่งมี 4 โปรแกรม คือ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่กู้ชีพในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร โปรแกรมอบรมให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจิตอาสาทางการแพทย์ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร และโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่กู้ชีพและบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้เครื่องวิทยุคมนาคมแบบสังเคราะห์ความถี่ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร และ 2) สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยใช้ภาษากะเหรี่ยงโปและสะกอ

2. ภายหลังจากการนำรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารไปใช้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของเจ้าหน้าที่กู้ชีพและจิตอาสาทางการแพทย์ภายหลังการอบรม สูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -10.658, p < 0.001$ ;  $t = -20.344, p < 0.001$  ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ภายหลังการอบรม สูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

( $t = -14.203, p < 0.001$ ) นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่กู้ชีพและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรมการใช้เครื่องวิทยุสื่อสาร มีความรู้ในการใช้เครื่องวิทยุสื่อสาร ระหว่างก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = -20.299, p < 0.001$ )

3. ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า ร้อยละ 56.0 ของกลุ่มตัวอย่าง มีความคิดเห็นว่ารูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้ง่าย อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการนำชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารไปใช้ พบว่า มีความชัดเจนของเนื้อหาด้านการใช้ภาษาเข้าใจง่าย อยู่ในระดับปานกลาง และมาก เท่ากันร้อยละ 50 มีความชัดเจนของเนื้อหาด้านเสียงชัดเจน อยู่ในระดับมากร้อยละ 56.0 มีความชัดเจนของเนื้อหาการใช้สื่อประกอบที่เข้าใจง่าย อยู่ในระดับมากร้อยละ 52.0 และเจ้าหน้าที่กู้ชีพจิตอาสาทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ คิดว่าตนสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ต่อยอดได้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 72.0 นอกจากนี้ ยังมีความคิดเห็นว่ารูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมที่สามารถนำไปใช้ได้และมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติอยู่ในระดับมากร้อยละ 58.0 และร้อยละ 66.0 ตามลำดับ

## 1. ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ทำให้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงกับกลุ่มประชากรทั้งหมดของผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภออมก๋อย

## 2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากการศึกษาข้างต้น ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ดังนี้

1. การนำชุดโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารอำเภออมก๋อยไปใช้ ควรให้ความสำคัญกับทุกขั้นตอน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ถูกพัฒนา ได้แก่ เจ้าหน้าที่กู้ชีพจิตอาสาทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ควรทำความเข้าใจแก่กลุ่มผู้ถูกพัฒนา ถึงวัตถุประสงค์การนำการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดารอำเภออมก๋อยไปใช้ และชี้แจงบทบาทแก่เจ้าหน้าที่ให้ชัดเจนเพื่อสามารถดำเนินการพัฒนารูปแบบได้ตามช่วงเวลาที่กำหนด

2. การใช้โปรแกรมนี้มีผลลัพธ์ที่ดีจึงควรนำไปใช้ในหน่วยงานเพื่อให้มีการพัฒนาคุณภาพงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงาน

3. ควรมีการนำเสนอนโยบายต่อผู้บริหาร ทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล และผู้นำชุมชนให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสนับสนุนการนำชุดโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วย

ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร อำเภอมก๋อย ไปใช้ในงานประจำอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่อำเภอมก๋อย

4. ควรมีการแจ้งข้อมูลย้อนกลับให้กับหน่วยบริการเพื่อการพัฒนา ระบบ
5. ควรมีการนำชุดโปรแกรม ไปขยายพื้นที่ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ตำบลก้าวกาโลของอำเภอมก๋อย

### 3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป คือ

1. ควรประเมินประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย ทั้งกลุ่มจิตอาสาทาง การแพทย์เจ้าหน้าที่กู้ชีพและบุคลากรทางแพทย์เพื่อจะได้ข้อมูลที่เป็นคำแนะนำจากกลุ่มตัวอย่างครบ
2. ควรศึกษาถึงประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาองค์ประกอบของการให้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินตามข้อมูลการศึกษาครั้งนี้



## เอกสารอ้างอิง

- กรองไต่ อุณหสูต. (2549). *เครือข่ายพยาบาลอุบัติเหตุ ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาล หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน*. 2549. วันที่ค้นข้อมูล 9 กันยายน 2563, เข้าถึงได้จาก <http://www.thaitraumanurse.com/download.htm>
- กิตติพงษ์ พลเสน, พรทิพย์ วชิรติลก และคณะ. (2559). *สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ใช้ บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย (รายงานการวิจัย)*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2559.
- เกศินี สราญฤทธิชัย, ดวงชีวัน บุรณะกิจ และคณะ. (2546). *การรับรู้ของชุมชน ต่อการบริการผู้ป่วย ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุโรงพยาบาลขอนแก่น*. ขอนแก่น: สำนักงานบริหารโครงการวิจัยและ ดำรง โรงพยาบาล ขอนแก่น; 2546.
- ณิชชาภัทร ชันสาคร และคณะ. (2559). *การศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
- นายลักษณ์ ชูติธรรมานันท์, นายนิกร จันภิลิม และคณะ. (2561). *การพัฒนารูปแบบการให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินในผู้สูงอายุ กระดุกสะโพกหัก จังหวัดแพร่*; 2561.
- ประทีน ทับไทร. ระบบการสื่อสารข้อมูล. (2558). วันที่ค้นข้อมูล 9 กันยายน 2563, เข้าถึงได้จาก [https://sites.google.com/a/kts.ac.th/it\\_kts/unit3/subunit3-1](https://sites.google.com/a/kts.ac.th/it_kts/unit3/subunit3-1)
- ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, ศิวพล ศีร์แก้ว. (2557). *การพัฒนาความรู้และทักษะการบริการ การแพทย์ ฉุกเฉินของอาสาสมัครกู้ชีพ องค์การบริหารส่วนตำบลวังแสง อำเภอแกดำ จังหวัด มหาสารคาม*. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*; 2557; 24(3): 132-42.
- ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย, ไพศาล โชติกล่อม และคณะ. (2554). *การดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินใน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: นิเวศมตา การพิมพ์; 2554.
- ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย, ภูมินทร์ ศิลพันธ์ และคณะ. (2557). *การดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินใน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2557.
- เมธาวินี ชุมทอง. (2556). *การศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามการรับรู้ของอาสาสมัครกู้ชีพ ฉุกเฉินเบื้องต้น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร*; 2556.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. *ช่องว่างการแพทย์ฉุกเฉินไทย: รายงานสถานการณ์ระบบการแพทย์ ฉุกเฉินปี 2557*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ปัญญามิตร กาพิมพ์; 2558: 32-3.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *เอกสารประกอบการประชุมจัดทำแผน ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)*; 2559.

- สุพรรณวดี ภิญโญ, ธัญดา แยมโรจน์ และคณะ. (2554). การรับรู้และความคาดหวังต่อการบริการ  
การแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระจอม  
เกล้าเพชรบุรี. รายงานการวิจัย; 2554
- อุรา สุวรรณรักษ์, สุนิสา สุวรรณรักษ์, พรธิดา แยมพยนต์, และคณะ. (2559). ช่องว่างการแพทย์ฉุกเฉิน:  
รายงานสถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2558 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ  
นนทบุรี: บจก.ปญญมิตรการพิมพ์; 2559
- Meara, P. O. (2003). The hospital community – Volunteer model has a place in rural  
Australia. Retrieved September 9, 2020. From <http://www.jephc.com>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่กู้ชีพ

แบบทดสอบ จงเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุด

1. ระดับความรุนแรงและสัญญาณที่ถูกต้องตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2556 คือ
  - ก. ผู้ป่วยทั่วไป สีเขียว
  - ข. ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง สีเหลือง
  - ค. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สีแดง
  - ง. ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนสีขาว
  
2. ข้อใด ไม่ถูกต้อง ในเรื่องการป้องกันตนเองของอาสาสมัครฉุกเฉินทางการแพทย์
  - ก. ล้างมือครบทุกขั้นตอน
  - ข. หลังการส่งผู้ป่วยทุกครั้ง เก็บขยะเปื้อนสารคัดหลั่งในถุงแดง
  - ค. เปลี่ยนถุงมือทุกครั้งเมื่อต้องสัมผัสผู้ป่วยรายใหม่
  - ง. ล้างถุงมือทุกครั้งก่อนถอดทิ้งขยะ
  
3. หัวใจของมนุษย์ มีหน้าที่อะไร
  - ก. แลกเปลี่ยนออกซิเจน
  - ข. สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย
  - ค. ส่งการให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้
  - ง. ถูกต้องทุกข้อ
  
4. ข้อใดเป็นอาการแพ้ยา
  - ก. ง่วง ซึม
  - ข. ปากแห้ง คอแห้ง
  - ค. แน่นหน้าอก ร่วมกับมีผื่นตามตัว
  - ง. เวียนศีรษะ

5. ข้อใด **ไม่ใช่** อาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด
- ก. เป็นลม หน้าซีด
  - ข. เหงื่อออก ตัวอุ่น
  - ค. ชีพจรเบาเร็ว ใจสั่น
  - ง. กระสับกระส่าย หายใจหอบลึก
6. ขณะออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ ข้อมูลใดไม่ควรแจ้งกลับมาที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ
- ก. อาการ/สภาพผู้ป่วยฉุกเฉิน
  - ข. ปัญหาที่สำคัญหรือความผิดปกติของร่างกายที่ตรวจพบ
  - ค. การขอความช่วยเหลือหรือให้หน่วยงานที่รับเตรียมการ
  - ง. ชื่อและนามสกุลผู้ป่วยฉุกเฉิน
7. การเปิดทางเดินหายใจโดยการกดหน้าผากเขยคาง ไม่ควรทำในผู้ป่วยรายใด
- ก. สำลักอาหาร หมดสติ
  - ข. ตกจากที่สูง 5 เมตร
  - ค. หอบเหนื่อยจนหมดสติ
  - ง. ผู้ป่วยหมดสติจากโรคเบาหวาน
8. ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับการตรวจการไหลเวียนของหลอดเลือดฝอย
- ก. สีของเล็บผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติน้อยกว่า 2 วินาที ถือว่าปกติ
  - ข. สีของเล็บผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติมากกว่า 2 วินาที ถือว่าปกติ
  - ค. สีของเล็บผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติน้อยกว่า 2 วินาที ถือผิดว่าปกติ
  - ง. ผิดทุกข้อ
9. ผู้ป่วยหมดสติ หายใจอยู่ น้ำลายฟุ้งปาก จะจัดท่านอนอย่างไรให้เหมาะสม
- ก. จัดท่านอนหงายศีรษะสูง
  - ข. จัดท่ายกศีรษะสูงให้ศีรษะต่ำ
  - ค. จัดท่านอนตะแคง
  - ง. จัดท่านอนหงายราบ

10. ท่านจะทราบได้อย่างไรว่าท่านช่วยหายใจได้เพียงพอ
- ก. ผู้ป่วยมีอัตราเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น
  - ข. มีแรงต้านขณะเป่าช่วยหายใจ
  - ค. การขยับขึ้นของหน้าอก
  - ง. ไม่ได้ยินเสียงผู้ป่วยหายใจออก
11. ผู้ป่วยรายใดมีความเร่งด่วนในการแจ้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเพื่อขอชุดปฏิบัติการระดับสูง
- ก. ผู้ป่วยหอบหืดหลังพ่นยาเอง 3 ครั้ง ปลายมือปลายเท้าเขียว
  - ข. ผู้ป่วยหายใจเร็วมือสับสนเกร็ง
  - ค. ผู้ป่วยหายใจเร็ว 30 ครั้ง/นาที หลังวิ่งแข่ง 100 เมตรเข้าเส้นชัย
  - ง. เด็กอายุ 5 ปี หกล้มข้อมือผิดปกติ หายใจ 30 ครั้ง/นาที
12. เมื่อท่านได้รับการสั่งการให้ออกไปรับผู้ป่วยที่ถูกยิงด้วยอาวุธปืน การปฏิบัติในข้อใดต่อไปนี่ที่ท่านคิดว่าต้องกระทำเป็นลำดับแรกเมื่อไปถึงที่เกิดเหตุ
- ก. ดูว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวหรือไม่
  - ข. ประเมินสถานการณ์
  - ค. เตรียมความพร้อมอุปกรณ์
  - ง. ประสานงานตำรวจในพื้นที่
13. ข้อใดเป็นการดูแลบาดแผลที่ถูกต้อง
- ก. ผู้บาดเจ็บถูกมีดตัดนิ้วก้อยขาด เก็บอวัยวะที่ขาดแช่น้ำแข็งแห้งแล้วห้ามเลือด
  - ข. ผู้บาดเจ็บที่ซี่โครงยานยนต์ล้มถูกเหล็กเสียบขาให้รีบดึงออกและห้ามเลือดทันที
  - ค. ผู้บาดเจ็บถูกน้ำร้อนลวกที่แขนขวา ใช้น้ำสะอาดล้างใช้ผ้าก๊อชสะอาดปิดทับไว้
  - ง. ผู้บาดเจ็บถูกมีดฟันลำคอกมีเลือดออกมาก ปิดแผลไว้แล้วใช้ผ้ายืดพันรอบคอให้แน่น
14. ข้อใด ไม่ถูกต้อง ในการช่วยฟื้นคืนชีพ
- ก. ประเมินให้เร็วและกดหน้าอกทันที
  - ข. หลังใช้เครื่อง AED ไม่ต้องกดหน้าอกต่อ
  - ค. กดหน้าอกในอัตรา 100-120 ครั้ง/นาที
  - ง. ชัดขวางการกดหน้าอกให้น้อยที่สุด ไม่เกิน 10 วินาที

15. ข้อใดปฏิบัติ **ไม่ถูกต้อง** หลังการช่วยฟื้นคืนชีพแล้วพบผู้ป่วยมีชีพจร
- ก. ทำการกดหน้าอกต่อไป
  - ข. **ดูแลระบบทางเดินหายใจ**
  - ค. เตรียมยกและเคลื่อนย้าย
  - ง. ทำการประเมินซ้ำ
16. ข้อใดเป็นการปฐมพยาบาลที่ถูกต้องเพื่อลดการกระจายของพิษเมื่อถูกงูกัด
- ก. ปิดแผล ใช้เชือกรัดเหนือแผล 2 นิ้ว
  - ข. ปิดแผล ตามอวัยวะที่ถูกกัดให้อยู่นิ่ง
  - ค. ล้างแผลด้วยน้ำเกลือล้างแผล ทานน้ำยาฆ่าเชื้อ
  - ง. **ใช้ยาเส้นพอกแผล**
17. ผู้บาดเจ็บรุนแรงที่ยึดตรึงบนกระดานรองหลังยาวมีเลือดออกในปากและจมูก ท่านควรแก้ไขอย่างไร เพื่อป้องกันการสำลักสิ่งแปลกปลอม
- ก. เปิดทางเดินหายใจด้วยวิธีแหงหน้าเซยคาง แล้วล้างสิ่งแปลกปลอมออก
  - ข. ประคองผู้ป่วยลุกนั่งแล้วให้อาเจียนเอาสิ่งแปลกปลอมออก
  - ค. ตะแคงหน้าผู้ป่วยเพื่อไม่ให้สำลักสิ่งแปลกปลอม
  - ง. **ใช้ลูกสูบล้างเลือดออก พร้อมตะแคงเปลให้สิ่งแปลกปลอมออก**
18. ข้อใดถูกต้องในสถานการณ์อุบัติเหตุหมู่
- ก. จะออกปฏิบัติการเมื่อมีการร้องขอจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ
  - ข. **รีบออกปฏิบัติการทันทีเมื่อรู้ข่าว**
  - ค. นำรถเข้าไปจอดบริเวณที่ใกล้ที่สุด
  - ง. เข้าไปช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและยกเคลื่อนย้ายนำส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด
19. บทบาทของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในสถานการณ์สาธารณภัย ทีมแรกที่เข้าไปถึงควรปฏิบัติอย่างไร
- ก. **เข้าไปคัดแยกผู้บาดเจ็บ**
  - ข. ประเมินสถานการณ์และรายงานงาน METHANE ไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ
  - ค. ให้การปฐมพยาบาลและรักษาเบื้องต้น
  - ง. รีบนำผู้บาดเจ็บออกมาจากจุดเกิดเหตุให้เร็วที่สุด

20. ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการได้รับแจ้งเหตุเวลา 08.00 น. สั่งการให้ท่านออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เวลา 08.01 น. ท่านออกจากฐานเวลา 08.04 น. ถึงที่เกิดเหตุเวลา 08.10 น. ออกจากที่เกิดเหตุเวลา 08.20 น. ถึงโรงพยาบาล เวลา 08.28 น. จากข้อมูลที่ได้ ท่านคิดว่าเวลาตอบสนองต่อเหตุ Response time ของเหตุการณ์นี้เป็นเท่าใด

ก. 6 นาที

ข. 10 นาที

ค. 20 นาที

ง. 28 นาที

เฉลยแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่กู้ชีพ Basic CPR

1. ง    2. ง    3. ก    4. ค    5. ค    6. ก    7. ค    8. ง    9. ก    10. ค  
11. ข    12. ง    13. ค    14. ก    15. ข    16. ง    17. ง    18. ข    19. ก    20. ค



## ภาคผนวก ข

### แบบประเมินความรู้ในการใช้วิทยุสื่อสารสำหรับเจ้าหน้าที่กู้ชีพและบุคลากรทางการแพทย์

จงเลือกคำตอบที่ถูกต้อง (ข้อละ 1 คะแนน) ให้เขียนวงกลมล้อมรอบตัวอักษรหน้าคำตอบที่ถูกต้อง

1. วิทยุคมนาคมแบบส่งเคราะห์ความถี่ ชนิดมือถือ (Handy) ที่ใช้งานสำหรับบริการทางการแพทย์ อนุญาตให้ใช้กำลังส่งได้ไม่เกินกี่วัตต์  
ก. 5 วัตต์      ข. 10 วัตต์      ค. 30 วัตต์      ง. 50 วัตต์
2. วิทยุคมนาคมแบบส่งเคราะห์ความถี่ ชนิดเคลื่อนที่ (Mobile) ที่ใช้งานสำหรับบริการทางการแพทย์ อนุญาตให้ใช้กำลังส่งได้ไม่เกินกี่วัตต์  
ก. 5 วัตต์      ข. 10 วัตต์      ค. 30 วัตต์      ง. 50 วัตต์
3. วิทยุคมนาคมแบบส่งเคราะห์ความถี่ ชนิดประจำที่ (Base) ที่ใช้งานสำหรับบริการทางการแพทย์ อนุญาตให้ใช้กำลังส่งได้ไม่เกินกี่วัตต์  
ก. 5 วัตต์      ข. 10 วัตต์      ค. 30 วัตต์      ง. 50 วัตต์
4. การติดต่อสื่อสาร โดยวิธีผลัดกันส่ง-รับข่าวและใช้ความถี่เดียว เรียกว่าการติดต่อแบบ  
ก. ซิมเพล็กซ์ (Simplex)      ข. ฟูลดูเพล็กซ์ (Full Duplex)  
ค. ฮาล์ฟดูเพล็กซ์ (Half Duplex)      ง. เซมิดูเพล็กซ์ (Semi Duplex)
5. ข้อใดต่อไปนี้เป็นไม่ใช่คุณสมบัติของคลื่นวิทยุ  
ก. เดินทางเป็นเส้นตรง      ข. สามารถสะท้อนได้  
ค. เกิดการหักเห      ง. ยิ่งเดินทางไกลยิ่งมีกำลังสูง
6. สายอากาศของเครื่องส่งวิทยุทำหน้าที่  
ก. เปลี่ยนสัญญาณไฟฟ้าความถี่วิทยุจากเครื่องส่งวิทยุให้เป็นคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าแพร่กระจายออกอากาศ  
ข. เพื่อให้สถานีรับได้รู้ตำแหน่งและหันสายอากาศรับไปทิศทางที่ถูกต้อง  
ค. เป็นอุปกรณ์ที่ขยายสัญญาณเสียงแพร่อากาศ  
ง. ถูกทุกข้อ

7. หน้าที่หลักของสถานีทวนสัญญาณ (Repeater) คือ
- ก. บันทึกข้อความการติดต่อสื่อสารของสถานีวิทยุต่าง ๆ
  - ข. เพิ่มระยะทางการติดต่อให้ไกลขึ้น
  - ค. เป็นสถานีพยากรณ์อากาศเพื่อให้ทราบความสูงของชั้นบรรยากาศในการติดต่อสื่อสาร
  - ง. เป็นสถานที่ช่วยเหลือและให้คำแนะนำนักวิทยุสมัครเล่น
8. การใช้คลื่นความถี่และเครื่องวิทยุคมนาคม จะต้องเป็นไปตามกฎหมายในข้อใด
- ก. พระราชบัญญัติวิทยุกระจายเสียงและวิทยุโทรทัศน์ พ.ศ. 2498
  - ข. พระราชบัญญัติวิทยุคมนาคม พ.ศ. 2498
  - ค. พระราชบัญญัติการประกอบกิจการโทรคมนาคม พ.ศ. 2544
  - ง. พระราชบัญญัติการประกอบกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ พ.ศ. 2551
9. พนักงานวิทยุสื่อสารของหน่วยงานของรัฐที่ไม่ได้เป็นพนักงานวิทยุสมัครเล่น สามารถปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานวิทยุ ประจำสถานีวิทยุสมัครเล่นควบคุมข่ายได้หรือไม่
- ก. ไม่ได้เพราะผู้ใช้ความถี่นั้นจะต้องมีใบอนุญาตพนักงานวิทยุสมัครเล่นเท่านั้น
  - ข. ไม่ได้เพราะใช้รหัสคิวไม่เป็น
  - ค. ได้เพราะเป็นพนักงานวิทยุมืออาชีพอยู่แล้ว
  - ง. ได้เพราะเป็นการแลกเปลี่ยนกัน
10. ข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจจะใช้เครื่องวิทยุคมนาคมได้ต่อเมื่อได้รับอนุญาตจากหน่วยงานต้นสังกัดของตน หมายความว่าไม่อยู่ในการกำกับดูแลของ กสทช. ใช่หรือไม่
- ก. ใช่ เพราะต้องได้รับอนุญาตจากหน่วยงานต้นสังกัดเท่านั้น
  - ข. ใช่ เพราะสามารถซื้อเครื่องวิทยุคมนาคมที่ไม่มีทะเบียนวิทยุคมนาคมได้
  - ค. ใช่ เพราะหน่วยงานมีอำนาจเหนือกว่า กสทช.
  - ง. ไม่ใช่ เพราะ กสทช. กำกับดูแลการใช้เครื่องวิทยุคมนาคมในภาพรวมโดยเป็นการกำกับผ่านหน่วยงาน
11. เครื่องวิทยุคมนาคมที่นำมาใช้ในกิจการหรือปฏิบัติงานสามารถขออนุญาตนำเข้าได้นั้น จะต้องมีคุณสมบัติสำคัญอย่างไร
- ก. ความถี่ต่ำ
  - ข. กำลังส่งต่ำ
  - ค. เป็นเครื่องที่ผ่านการตรวจสอบรับรองมาตรฐานจาก กสทช.
  - ง. เป็นเครื่องที่ผ่านการตรวจสอบรับรองมาตรฐานจาก กพท.

12. การทดสอบสัญญาณ (ว.16) เพื่ออะไร
- ก. ทดสอบว่าเจ้าหน้าที่อยู่ทำงานหรือไม่  
 ข. ทดสอบความพร้อมของวิทยุคมนาคม  
 ค. ทดสอบความชัดเจนของการสื่อสาร  
 ง. ข้อ ข. และ ค.
13. ว.3 หมายความว่า
- ก. ได้ยิน รับได้  
 ข. ทวนข้อความซ้ำ  
 ค. ความลับ  
 ง. ติดต่อทางวิทยุ
14. ว.7 หมายความว่า
- ก. ขอความช่วยเหลือ  
 ข. มีเหตุฉุกเฉิน  
 ค. เลิกงาน  
 ง. เสร็จภารกิจ
15. วิทยุคมนาคมแบบสังเคราะห์ความถี่แบ่งได้กี่ประเภท
- ก. 1 ประเภท  
 ข. 2 ประเภท  
 ค. 3 ประเภท  
 ง. กี่ประเภทก็ได้ตามแต่การใช้งาน
16. ความถี่ใช้งานในกิจการทางการแพทย์อยู่ในย่านใด
- ก. 138.000 – 143.000 MHz  
 ข. 144.000 – 146.00 MHz  
 ค. 150.000 – 160.000 MHz  
 ง. แล้วแต่จะกำหนด
17. ไฟฟ้ากระแสตรง (DC) คือ
- ก. ไฟฟ้าที่มีทิศทางการไหลทางเดียว  
 ข. ไฟฟ้าที่มีค่าแรงดันสม่ำเสมอ  
 ค. ไฟฟ้าที่มีการเปลี่ยนชั่วและแรงดันไฟฟ้าตลอดเวลา  
 ง. ถูกทั้งข้อ ก. และข้อ ข.
18. ข้อใดต่อไปนี้เป็นหน้าที่จ่ายไฟฟ้ากระแสตรง (DC)
- ก. มอเตอร์  
 ข. แบตเตอรี่รถยนต์  
 ค. ไดนาโม  
 ง. โรงไฟฟ้า

19. กระแสไฟฟ้าที่ได้จากภาคจ่ายไฟเพาเวอร์ซัพพลาย (Power Supply) ของเครื่องรับ-ส่งวิทยุโดยทั่วไป เป็นกระแสไฟฟ้าชนิดใด

ก. ไฟฟ้ากระแสตรง

ข. ไฟฟ้ากระแสสลับ

ค. ไฟฟ้าสถิต

ง. ไฟฟ้ากระแสตรงและกระแสสลับ

20. เครื่องรับ-ส่งวิทยุเครื่องหนึ่งใช้กับแรงดันไฟฟ้าขนาด 12 VDC ถ้าป้อนแรงดันไฟฟ้าขนาด 36V.DC เข้าไปจะทำให้

ก. เครื่องชำรุดเสียหาย

ข. เครื่องมีกำลังส่งมากขึ้น

ค. เครื่องรับสัญญาณได้ดีขึ้น

ง. เครื่องมีอายุการใช้งานมากขึ้น

เฉลยแบบประเมินความรู้ในการใช้วิทยุสื่อสารสำหรับเจ้าหน้าที่กู้ชีพและบุคลากรทางการแพทย์

1. ก    2. ค    3. ง    4. ก    5. ง    6. ก    7. ข    8. ข    9. ก    10. ง  
11. ค    12. ง    13. ข    14. ก    15. ข    16. ค    17. ง    18. ข    19. ก    20. ก

ภาคผนวก ค  
แบบประเมินความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับจิตอาสาทางการแพทย์

ให้เขียนวงกลมล้อมรอบตัวอักษรหน้าคำตอบที่ถูกต้อง

1. ท่านมีวิธีตรวจสอบผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินว่าหายใจหรือไม่อย่างไร
  - ก. จับชีพจร
  - ข. ดูบริเวณท้องว่ากระเพื่อมหรือไม่
  - ค. เขย่าให้รู้สึกตัว แล้วกดตรงกระดูกกลางหน้าอก
  - ง. ด้วยวิธี ตา ดู หู ฟัง แก้มสัมผัส
  
2. การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะชักข้อใดถูก
  - ก. ผูกหรือมัดผู้ป่วย
  - ข. ป้อนยากันชัก
  - ค. นวดเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
  - ง. จัดท่าที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย
  
3. ถ้าท่านพบผู้บาดเจ็บมีอาการเป็นลมหมดสติ หน้าซีด ควรปฐมพยาบาลอย่างไร
  - ก. นอนหัวต่ำ ยกเท้าสูง ให้อยู่ในอากาศที่ถ่ายเท
  - ข. นอนหัวสูง แล้วกดตรงกระดูกหน้าอก
  - ค. นอนศีรษะราบ ชันเข่า ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย
  - ง. นอนหนุนหมอน
  
4. ถ้าท่านพบผู้บาดเจ็บถูกควายขวิด บริเวณหน้าท้อง มีลำไส้ทะลักออกมา ท่านจะช่วยเหลืออย่างไร
  - ก. วิ่งไปเรียกคนอื่นมาช่วย
  - ข. ล้างแผลด้วย NSS แล้วใส่ยาฆ่าเชื้อบริเวณบาดแผล
  - ค. ใช้ผ้าที่สะอาดปิดคลุมอวัยวะที่โผล่ออกมา
  - ง. ดันลำไส้กลับเข้าไป

5. ท่านพบผู้บาดเจ็บโดนน้ำร้อนลวกบริเวณใบหน้า ลำตัว ท่านจะช่วยเหลืออย่างไร

- ก. นำผู้บาดเจ็บส่งรพ.ที่ใกล้ที่สุด
- ข. ทาด้วยยาสีฟัน
- ค. ใช้ผ้าชุบน้ำเย็นประคบ
- ง. ใช้เข็มเจาะเอาน้ำออก

6. สิ่งแรกที่ต้องตรวจดูเมื่อพบผู้บาดเจ็บ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ต้องทำอะไร

- ก. ดูว่ารู้สึกตัวหรือไม่
- ข. ดูว่าหัวใจเต้นหรือไม่
- ค. ดูว่าหายใจหรือไม่
- ง. ดูว่าบาดเจ็บมากน้อยเพียงใด

7. ผู้บาดเจ็บถูกแทงที่หน้าอกมีดปักคาไว้ ท่านจะช่วยเหลืออย่างไร

- ก. ดึงมีดออกแล้วทำการห้ามเลือด
- ข. ดึงมีดออกแล้วรีบนำส่งรพ.ใกล้ที่สุด
- ค. ไม่ต้องดึงมีดออก และยึดตรึงมีดให้อยู่ตำแหน่งเดิมไม่ให้เคลื่อนไหว
- ง. ไม่ต้องดึงมีดออก กดห้ามเลือดไว้

8. ท่าเหมาะสมในการเปิดทางเดินหายใจ ในรายที่ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง คือข้อใด

- ก. Head Tile – Chin lift
- ข. Head Tile
- ค. Chin lift
- ง. Jaw Thrust

9. ท่าที่เหมาะสมในการเปิดทางเดินหายใจในรายที่ไม่ได้รับการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง คือข้อใด

- ก. Head Tile – Chin lift
- ข. Head Tile
- ค. Chin lift
- ง. Jaw Thrust

10. เมื่อท่านพบเด็กตกต้นไม้กระดุกขาซ้ายหัก มีกระดูกโผล่ออกมาบริเวณผิวหนัง มีเลือดไหลออกมาก ท่านจะป้องกันตัวเองและช่วยเหลืออย่างไร

- ก. ใช้ผ้าสะอาดปิดบาดแผลไว้ แล้วใช้ไม้ที่หาได้ตามขาไว้
- ข. ผู้ช่วยเหลือใส่ถุงพลาสติก กดบาดแผลไว้ แล้วใช้ไม้ที่หาได้ตามขาไว้
- ค. ผู้ช่วยเหลือใส่ถุงพลาสติก ใช้ผ้าสะอาดปิดบาดแผลไว้ แล้วใช้ไม้ที่หาได้ตามขาไว้
- ง. ผู้ช่วยเหลือใส่ถุงพลาสติก ใช้ผ้าสะอาดปิดบาดแผลไว้ ดันกระดูกเข้าที่เดิม แล้วใช้ไม้ที่หาได้ตามขาไว้

11. ท่านได้รับแจ้งว่ามีอุบัติเหตุคว่ำมีอุบัติเหตุบนทางด่วน รถยนต์หกกระเจาดมีผู้บาดเจ็บ 4 ราย เมื่อท่านพบเห็นท่านจะให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บโดยเรียงลำดับความสำคัญการช่วยเหลืออย่างไร

- รายชื่อ 1 มีแผลถลอกบริเวณแขนขา พุดคุยรู้เรื่อง
- รายชื่อ 2 ถูกไฟไหม้ เดินออกมาจากรถ มีแผลพุพองตามตัว ขอน้ำดื่ม
- รายชื่อ 3 ปวดบริเวณท้องมา เหงื่อออก ตัวเย็น มีท้องแข็ง
- รายชื่อ 4 ปวดแขนมาก ข้อศอกงอผิดปกติ

- ก. 2, 3, 4, 1
- ข. 3, 2, 4, 1
- ค. 2, 4, 3, 1
- ง. 4, 3, 2, 1

12. การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เราจะช่วยหายใจ และกดหน้าอกในอัตราเท่าใด

- ก. เป่าปาก 1 ครั้ง กดหน้าอก 15 ครั้ง
- ข. เป่าปาก 2 ครั้ง กดหน้าอก 15 ครั้ง
- ค. เป่าปาก 1 ครั้ง กดหน้าอก 30 ครั้ง
- ง. เป่าปาก 2 ครั้ง กดหน้าอก 30 ครั้ง

13. เมื่อท่านพบเห็นผู้ป่วยหยุดหายใจ หัวใจหยุดเต้น ควรรีบช่วยฟื้นคืนชีพภายในกี่นาที

- ก. 2 นาที
- ข. 3 นาที
- ค. 4 นาที
- ง. 5 นาที

14. ข้อใดคือตำแหน่งวางมือที่ถูกต้องในการกดหน้าอก

- ก. วางสันมือข้างหนึ่ง บนครึ่งล่างของกระดูกสันหน้าอก อีกวางทางด้านบน
- ข. วางสันมือไว้ที่หน้าอกข้างซ้าย แล้วใช้อีกมือวางทับด้านบน
- ค. วางสันมือที่ถนัดไว้ที่หน้าอกข้างขวา แล้วใช้อีกมือวางด้านบน
- ง. วางสันมือไว้ที่หน้าท้อง แล้วใช้มือหนึ่งวางไว้หน้าอก

15. ขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพ ควรทำอย่างไร

- 1. ตรวจสอบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวหรือไม่ ขอความช่วยเหลือ
  - 2. ถ้าไม่หายใจ ช่วยหายใจด้วยการเป่าปาก
  - 3. จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบกับพื้น
  - 4. ตรวจสอบชีพจร ถ้าไม่มีชีพจร หาตำแหน่งกดหน้าอก
  - 5. เปิดทางเดินหายใจและตรวจการหายใจ
- ก. 4, 3, 2, 1, 5
- ข. 1, 3, 5, 2, 4
- ค. 1, 2, 3, 4, 5
- ง. 1, 5, 3, 4, 2

16. ข้อควรระวังในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

- ก. ในการเคลื่อนย้ายแบบหลายคนควรมีหัวหน้าทีมในการให้จังหวะ
- ข. ห้ามทำหลังงอ โดยการก้มลงยกเคลื่อนย้าย
- ค. ไม่ควรออกแรงยกผู้ป่วยนานเกินไป
- ง. ถูกทุกข้อ

17. คุณสมบัติพิเศษของกระดานรองหลังชนิดยาว (Long spinal board) คือข้อใด

- ก. ทำมาจากพลาสติก
- ข. สามารถปรับระดับได้ให้เหมาะกับความเสี่ยงผู้ป่วย
- ค. วัสดุที่ผ่านแสงเอกซเรย์ได้
- ง. มีน้ำหนักเบา ยกได้ง่าย



18. ถ้าผู้บาดเจ็บติดอยู่ในรถยนต์ ท่านควรใช้อุปกรณ์ใดที่เหมาะสมในการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ
- ก. Long spinal board (กระดานรองหลังชนิดยาว)
  - ข. KED (กระดานรองหลังชนิดสั้น)
  - ค. Stair chairs (เปลนั่ง)
  - ง. Scoop (เปลตัก)
19. ในคำถามข้อ 18. ควรใช้อุปกรณ์ใดในการยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนคอ
- ก. Hard Collar
  - ข. Soft Collar
  - ค. Belt
  - ง. Head immobilizer
20. ข้อใดไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้หยุดหายใจและภาวะหัวใจหยุดเต้น
- ก. สิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ
  - ข. ไฟฟ้าดูด ฟ้าม่า
  - ค. เป็นลม หน้ามืดตาลาย หมดสติ
  - ง. รับประทานขนาด กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เฉลย Pre - Post test เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

1. ง    2. ง    3. ก    4. ค    5. ค    6. ก    7. ค    8. ง    9. ก    10. ข  
11. ข    12. ง    13. ค    14. ก    15. ข    16. ง    17. ง    18. ข    19. ก    20. ค

**ภาคผนวก ง**  
**แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์**

คำชี้แจง

- แบบทดสอบมีทั้งหมด 19 ข้อ ใช้เวลาในการทำ 30 นาที
  - แบบทดสอบนี้เป็นแบบทดสอบชนิดเลือกตอบ ให้เลือกตัวเลือกที่ถูกต้องที่สุด 1 ตัวเลือกเท่านั้น
1. ข้อใดกล่าวถูกต้องเกี่ยวกับการกดหน้าอกในการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่ไม่มีชีพจร
    - A. กดต่อเนื่องด้วยอัตราเร็ว 80 ครั้งต่อนาที
    - B. กดให้ความลึกอย่างน้อย 2 นิ้ว หรือ 5 เซนติเมตร
    - C. ตำแหน่งการกด คือ วางมือทั้งสองข้าง ประสานกันบนกระดูกซี่โครงบนของกระดูกอก
    - D. หากมีการขัดจังหวะการกดหน้าอก ไม่ควรขัดจังหวะเกิน 30 วินาที
  
  2. ข้อใดกล่าวถูกต้องเกี่ยวกับการเปิดทางเดินหายใจ
    - A. กรณีที่สงสัยมีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอให้ใช้วิธี Head tilt-chin lift เป็นวิธีแรก
    - B. กรณีที่ยังไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจอัตราการกดหน้าอกต่อการช่วยหายใจคือ 30:2
    - C. หากใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว ให้ช่วยหายใจ 1 ครั้ง ทุก 10 วินาที
    - D. ควรใช้นิ้วล้วงหาสิ่งแปลกปลอมในปากของผู้ป่วยทุกรายเพื่อให้การช่วยเปิดทางเดินหายใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น
  
  3. ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับการช่วยหายใจและให้ออกซิเจนระหว่างการช่วยชีวิต
    - A. ระหว่างการช่วยชีวิต ออกซิเจนที่ไปยังหัวใจและสมอง จะขึ้นกับออกซิเจนในเลือดแดง มากกว่า ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะ(blood flow)
    - B. การช่วยหายใจเป็นสิ่งสำคัญและควรกระทำเป็นสิ่งแรกก่อนการกดหน้าอกเสมอ
    - C. การให้ออกซิเจนระหว่างการช่วยชีวิต จะเป็นการช่วยเพิ่ม Deoxyhemoglobin
    - D. หลังจากผู้ป่วยกลับมา มีสัญญาณชีพ ควรให้ออกซิเจนที่ความเข้มข้นที่ทำให้ Oxygen saturation  $\geq 94\%$

4. ระหว่างการช่วยชีวิต ควรมีการหาสาเหตุของภาวะCardiac arrest ร่วมด้วยเสมอ ข้อใดต่อไปนี้ไม่ใช่สาเหตุ

- A. Hypothermia
- B. Myocardial infarction
- C. Hypoxemia
- D. Hyperglycemia

5. การหาสาเหตุของ Cardiac arrest สามารถกระทำได้โดยวิธีต่อไปนี้ ยกเว้น ข้อใด

- A. Arterial blood gas
- B. Electrocardiogram
- C. Body temperature measurement
- D. Blood serum for Liver function test

6. ข้อใดกล่าวถูกต้องเกี่ยวกับเครื่อง AED

- A. เครื่อง AED จะทำการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจโดยอัตโนมัติ และจะแจ้งว่าต้องทำการช็อกหรือไม่
- B. ระหว่างที่เครื่องทำการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ให้ทำการกดหน้าอกอย่างต่อเนื่อง
- C. เมื่อเครื่องทำการวิเคราะห์แล้วพบว่าต้องทำการช็อก เครื่องจะแจ้งให้ทราบ แล้วผู้ช่วยเหลือทำการกดชาร์จพลังงานก่อนกดปล่อยกระแสไฟฟ้า
- D. หลังทำการช็อกเสร็จแล้ว ให้รอเครื่องทำการวิเคราะห์ผลการช็อกประมาณ 10 วินาทีแล้วจึงทำการกดหน้าอกต่อ

สำหรับคำถามข้อ 7 – 8



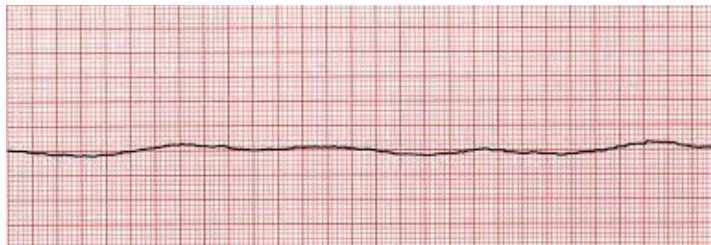
7. หากท่านช่วยชีวิตผู้ป่วยในโรงพยาบาลหลังติด Monitoring ECG แล้วพบลักษณะคลื่นหัวใจดังนี้ ภาวะนี้มีชื่อเรียกว่า อะไร

- A. Atrial Fibrillation
- B. Polymorphic ventricular tachycardia
- C. Ventricular fibrillation
- D. Asystole

8. จากลักษณะคลื่นหัวใจดังกล่าว ข้อใดกล่าวถูกต้อง

- A. เป็นคลื่นหัวใจชนิดที่ช็อกไฟฟ้าไม่ได้
- B. พยากรณ์โรคแย่กว่า Asystole โอกาสรอดชีวิตน้อย
- C. สาเหตุที่เป็นไปได้มากที่สุดคือภาวะ Myocardial infarction
- D. ต้องมีการให้ยาทางหลอดเลือดโดยใช้ Adenosine เป็นตัวแรก

9. คลื่นไฟฟ้าหัวใจดังกล่าว มีชื่อเรียกว่าอะไร



- A. Stand still ( Asystole)
- B. Pulseless Electrical Activity ( PEA)
- C. Torsade de points
- D. Atrial flutter 4:1

10. ยาใดที่ควรให้ร่วมเสมอในระหว่างทำการช่วยชีวิตผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น

- A. Norepinephrine
- B. Dopamine
- C. Magnesium sulfate
- D. Adrenaline

11. วิธีการให้ยาระหว่างการช่วยชีวิต คือวิธีเหล่านี้ ยกเว้น
- A. Intraosseous administration
  - B. Rectal suppository
  - C. Intravenous administration
  - D. Endotracheal tube administration
12. ยาใดสามารถให้ทาง Endotracheal tube ในกรณีที่เปิดเส้น IV access ไม่ได้
- A. Naloxone
  - B. Adrenaline
  - C. Atropine
  - D. All of above
13. ในการให้ยาทาง Endotracheal tube ข้อใดถูกต้อง
- A. ให้ผสมยาโดยเพิ่มขนาดยาเป็น 2-2.5 เท่าของขนาดปกติ
  - B. ให้ Dilute เป็น 30 ml
  - C. Push ยาลง endotracheal tube ได้เลยแล้ว Flush น้ำตามลงไป 30 ml
  - D. มีประสิทธิภาพเทียบเท่าการให้ทาง IV administration
14. การประเมินการช่วยหายใจและให้ออกซิเจน สามารถประเมินได้จากข้อต่อไปนี้ ยกเว้น
- A. หน้าอกขยาย
  - B. Capnography
  - C. Electrocardiogram
  - D. Pulse oxymetry
15. ช่วงเฝ้าการรอดชีวิต ในโรงพยาบาลประกอบด้วยข้อต่อไปนี้ ยกเว้น
- A. การขอความช่วยเหลือจาก Rapid response team
  - B. การรับรู้และขอความช่วยเหลือจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
  - C. การเฝ้าระวังภาวะหัวใจหยุดเต้น
  - D. การช่วยชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพทันที

16. หากท่านพบว่าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเรียกไม่รู้สติตัว คลำชีพจรไม่ได้ เรียกทึม Rapid response มาแล้วทำการติด ECG พบว่ามีลักษณะเป็น Pulseless ventricular tachycardia สิ่งที่ท่านต้องทำคือ
- A. ทำการกดหน้าอก ให้ยา Adrenaline และทำการช็อกไฟฟ้าหัวใจ
  - B. ทำการกดหน้าอก และให้ยา Adrenaline โดยไม่ต้องทำการช็อก
  - C. ทำการกดหน้าอก ช็อกไฟฟ้าหัวใจ และให้ยา Magnesiumsulfate ควบคู่กับ Adrenaline ทุก 3-5 นาที
  - D. ทำการกดหน้าอก ช็อกไฟฟ้าหัวใจ สืบค้นหาสาเหตุของ Cardiac arrest ควบคู่ไปด้วย
17. ในผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นเร็วมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ที่มีภาวะ Unstable หรืออาการไม่คงที่ ควรมองหาภาวะบ่งชี้ต่อไปนี้ ยกเว้น
- A. Hypotension
  - B. Acute altered mental status
  - C. Ischemic chest discomfort
  - D. High graded fever
18. ในผู้ป่วยหัวใจเต้นเร็ว ชนิด Supraventriculartachycardia ( SVT) ผู้ให้การรักษารักษาควรกระทำข้อใดต่อไปนี้
- A. ให้ออกซิเจนเสมอทุกราย และให้การช่วยเหลือการหายใจในรายที่จำเป็น
  - B. มองหาภาวะที่บ่งชี้ถึงอาการไม่คงที่ ซึ่งจะบ่งชี้ว่าต้องให้การรักษาด้วยการใช้ asynchronized cardioversion หรือไม่
  - C. หากไม่มีอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะอาการไม่คงที่ ให้ทำ Vagal manuever โดยต้องฟัง Carotid bruit ก่อน
  - D. หากไม่มีอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะอาการไม่คงที่ สามารถให้ยา Amiodarone โดยวิธีการ Double syringe technique
19. ข้อใดต่อไปนี้กล่าวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับสิ่งที่ควรทำในการดูแลผู้ป่วยภาวะ post cardiac arrest หลังจากช่วยชีวิตจนผู้ป่วยมี ROSC แล้ว
- A. Optimized Ventilation and oxygenation โดยการ keep SpO2  $\geq$ 94% , advance airway
  - B. Bolus Intravenous fluid if hypotension ในผู้ป่วยทุกราย
  - C. ประเมิน ECG 12 leads ในผู้ป่วยที่สงสัย เพื่อสืบหาภาวะ acute myocardial infarction
  - D. ให้การรักษาโดยการลดอุณหภูมิภายในกรณีที่มีข้อบ่งชี้เช่น ภาวะหัวใจหยุดเต้นใน รพ ทุกชนิด

**ឆ្លើយ Pre – Post test BLS, ACLS**

1. C    2. B    3. D    4. D    5. D    6. A    7. C    8. C    9. A    10. D  
11. B    12. D    13. A    14. C    15. B    16. A    17. D    18. C    19. B

ภาคผนวก จ

แบบสอบถามเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการ  
การแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร อำเภออมก๋อย

โปรดทำเครื่องหมาย ( / ) ลงในช่องว่างตามความคิดเห็นที่ท่านเห็นว่าถูกต้องตรงตามความจริงมากที่สุด  
ซึ่งแต่ละข้อให้ตอบเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น หากท่านมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติม สามารถเพิ่มเติมได้ในช่อง  
ความเห็นอื่นๆ เกี่ยวกับชุดโปรแกรมการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร  
อำเภออมก๋อย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ  1. ชาย  2. หญิง
2. อายุ..... ปี
3. ระดับการศึกษา.....
4. อาชีพ.....
5. หน่วยงาน.....

คำถาม	ความคิดเห็น		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. รูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ทุรกันดาร อำเภออมก๋อยสามารถนำไปใช้ได้ง่าย			
2. ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วย ฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร มีความชัดเจนของเนื้อหา			
2.1 มีความชัดเจนของเนื้อหาด้านการใช้ภาษาเข้าใจง่าย			
2.2 มีความชัดเจนของเนื้อหาด้านเสียงชัดเจน			
2.3 มีความชัดเจนของเนื้อหาด้านการใช้สื่อประกอบที่เข้าใจง่าย			
3. รูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ทุรกันดาร มีความเหมาะสมที่สามารถนำไปใช้ได้			
4. เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยกู้ชีพ ประชาชนจิตอาสา และบุคลากร ทางการแพทย์ สามารถที่นำความรู้ที่ได้ไปใช้ต่อยอดได้			
5. รูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ทุรกันดาร มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ			







**ภาคผนวก ฉ**  
**รูปภาพประกอบกิจกรรม**

การวิเคราะห์สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉิน ระดับอำเภออมก๋อย  
โครงการฝึกอบรมหลักสูตรการใช้เครื่องวิทยุคมนาคมแบบสังเคราะห์ความถี่  
สำหรับเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

วันที่	ชื่อเรื่องการดำเนินงาน	ภาพกิจกรรม
15 ตุลาคม 2562	จัดประชุมเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการวิจัยกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ปฏิบัติการทั้ง 7 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลอมก๋อย อบต.อมก๋อย อบต.ยางเปียง อบต.สบโขง อบต.ม่อนจอง อบต.แม่ต๋น อบต.นาเกียน รวมทั้งพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งด้วย ร่วมกันศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินที่ได้ดำเนินการไปในพื้นที่อำเภออมก๋อย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนในการทำงานต่อไป ข้อมูลบางส่วนทำให้ได้ประเด็นปัญหาของระบบบริการการดูแลภาวะฉุกเฉินของอำเภออมก๋อย	   

วันที่	ชื่อเรื่องการดำเนินงาน	ภาพกิจกรรม
<p>23-24 ธันวาคม 2562</p>	<p>มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการอบรมหลักสูตรการใช้เครื่องวิทยุคมนาคมแบบสังเคราะห์ความถี่สำหรับเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการทํางาน และการใช้งานระบบวิทยุสื่อสารเบื้องต้น รวมทั้งได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ รวมทั้งเสนอปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไขและเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทราบถึงวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้เครื่องวิทยุคมนาคมตลอดจนการบำรุงรักษาเครื่องได้อย่างถูกต้อง ได้รับการอนุเคราะห์วิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน</p> <p>เจ้าหน้าที่ที่เข้ารับการอบรม มีความรู้เกี่ยวกับการใช้วิทยุสื่อสาร และมีการมอบวิทยุให้แต่ละ อปท. รพ.สต รพ.อมก๋อยและ รพ.อมก๋อยสาขาแม่ต๋ืน จำนวน 22 เครื่อง</p>	   

โครงการจัดทำสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยใช้ภาษากะเหรี่ยงโปและสะกอ

วันที่	ชื่อเรื่องการดำเนินงาน	ภาพกิจกรรม
3-6 สิงหาคม พ.ศ 2563	<p>มีการดำเนินการ ผลิตวีดิทัศน์เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยใช้ภาษากะเหรี่ยงโปและสะกอ</p> <p>ชั้นที่ 1 CPR เสียงกะเหรี่ยงโปฉบับไทย</p> <p>ชั้นที่ 2 CPR เสียงกะเหรี่ยงสะกอฉบับไทย</p> <p>ชั้นที่ 3 1669 เสียงกะเหรี่ยงโปฉบับไทย</p> <p>ชั้นที่ 4 1669 เสียงกะเหรี่ยงสะกอฉบับไทย</p> <p><b>ผลผลิตที่ได้</b></p> <p>ได้สื่อวีดิทัศน์จำนวน 4 ชิ้น คือ ชั้นที่ 1 CPR เสียงกะเหรี่ยงโปฉบับไทย ชั้นที่ 2 CPR เสียงกะเหรี่ยงสะกอฉบับไทย ชั้นที่ 3 1669 เสียงกะเหรี่ยงโปฉบับไทยและชั้นที่ 4 1669 เสียงกะเหรี่ยงสะกอฉบับไทย ปัจจุบันอยู่ในช่วงระหว่างการดำเนินการเผยแพร่สื่อการสอน</p>	   

# OMKOI EMS RALLY ครั้งที่ 1



วันที่ 13-14 กุมภาพันธ์ 2563 ที่ผ่านมา ทางโรงพยาบาลอมก๋อย ได้จัดทำโครงการ Omkoi EMS Rally ครั้งที่ 1 ระดับอำเภออมก๋อย ขึ้น มีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยตัวแทนเจ้าหน้าที่กู้ชีพจาก 7 อปท. สมาคมกุศลสงเคราะห์จุดอมก๋อย. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอมก๋อย จำนวน 65 คน เพื่อประชุมเจ้าหน้าที่กู้ชีพในพื้นที่เรื่องการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จัดตั้งเครือข่ายและช่องทางการสื่อสารระหว่างเครือข่ายอาสาสมัคร และเพื่อมีการฝึกซ้อมเจ้าหน้าที่กู้ชีพให้สามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในสถานการณ์ฉุกเฉินได้

ผู้เข้าร่วมการอบรมได้รับความรู้และประสบการณ์ และวางแผนที่จะมีการจัดกิจกรรมแบบนี้ทุกปี เป็นการพัฒนาทักษะทางการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อสามารถให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ต่อไป

โครงการนิเทศติดตามการดำเนินงานของเครือข่ายหน่วยกู้ชีพ กู้ภัย อำเภอมวก้อย จังหวัดเชียงใหม่

วันที่	ชื่อเรื่องการดำเนินงาน	ภาพกิจกรรม
- หน่วยกู้ชีพ อบต. ม่อนจอง วันที่ 5 มิถุนายน 2563	ได้มีการจัดโครงการนิเทศและเยี่ยมเยียนเครือข่ายหน่วย กู้ชีพ อำเภอมวก้อยขึ้น เพื่อเป็นการติดตามการดำเนินงานของหน่วยกู้ชีพทุกแห่งเป็นหลักและเป็นการเยี่ยมเยียนเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างเครือข่าย เพื่อการพัฒนาาระบบบริการการแพทย์ของอำเภอมวก้อยอย่างยั่งยืน อันจะเป็นผลดีต่อประชากรในพื้นที่อำเภอมวก้อยต่อไปในอนาคต	
- หน่วยกู้ชีพ อบต.นาเกียน วันที่ 9 มิถุนายน 2563		
- หน่วยกู้ชีพ อบต.สบโขง วันที่ 15 มิถุนายน 2563		
- หน่วยกู้ชีพ อบต.อมก๋อย วันที่ 17 มิถุนายน 2563		
- หน่วยกู้ชีพ อบต.ยางเปียง วันที่ 18 มิถุนายน 2563		
- หน่วยกู้ชีพ อบต.แม่ตั้น วันที่ 1 กรกฎาคม 2563		
- หน่วยกู้ชีพ เทศบาลตำบลอมก๋อย วันที่ 2 กรกฎาคม 2563		

โครงการพัฒนาศักยภาพจิตอาสาทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร

วันที่	ชื่อเรื่องการดำเนินงาน	ภาพกิจกรรม
วันที่ 16 กรกฎาคม 2563 ณ องค์การบริหารส่วนตำบลนาเกียน	การจัดกิจกรรมในครั้งนี้ มีกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สำหรับจิตอาสาด้านการแพทย์ ทั้งหมด	
วันที่ 22 กรกฎาคม 2563 ณ องค์การบริหารส่วนตำบลม่อนจอง	350 คน ประกอบด้วยประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล 6 แห่งและในเขต	
วันที่ 24 กรกฎาคม 2563 ณ องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ต๋น	รับผิดชอบเทศบาลอมก๋อย รวมจำนวน 350 คน ผู้เข้าอบรมได้รับความรู้ที่ถูกต้องและได้รับการฝึกฝนอย่างชำนาญ	
วันที่ 30 กรกฎาคม 2563 ณ องค์การบริหารส่วนตำบลสบโขง	สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้อื่นได้	
วันที่ 5 สิงหาคม 2563 ณ หอประชุมที่ว่าการอำเภออมก๋อย		
วันที่ 6 สิงหาคม 2563 ณ โบสถ์คริสต์จักรตุงลอย		
วันที่ 7 สิงหาคม 2563 ณ หอประชุมหมู่บ้านหลวง		

โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ทุรกันดาร

วันที่	ชื่อเรื่องการดำเนินงาน	ภาพกิจกรรม
<p>รุ่นที่ 1 20-21 สิงหาคม 2563 ณ ศูนย์การเรียนรู้ภูฟ้า</p> <p>รุ่นที่ 2 27-28 สิงหาคม 2563 ณ ศูนย์การเรียนรู้ภูฟ้า</p>	<p>หลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นสูง แบ่งเป็น 2 รุ่น แต่ละ รุ่นมีการฝึกอบรมรุ่นละ 2 วัน โดยเชิญวิทยากรอายุรแพทย์ จากโรงพยาบาลทางดง มีการ เรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ที่เข้า รับการอบรมสามารถดูแล ผู้ป่วยและการช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นสูงได้ถูกต้องและสามารถ นำความรู้ที่ได้รับไปใช้ ประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัวและผู้อื่นได้</p>	   

