



# รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านการช่วยเหลือ  
ผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

จัดทำโดย

นางพัชราภาญจน์ คงทวีพันธ์  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

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

ชื่อวิจัย: โครงการการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

ISBN: 978-616-398-551-4

ผู้วิจัย: นางพัชรากาญจน์ คงทวีพันธ์

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

ออกแบบและพิมพ์: นางสาวอรุณวดี กรรมสิทธิ์

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

พิมพ์ครั้งแรก: มีนาคม 2564

พิมพ์ที่: บริษัทสยามพิมพ์นานาชาติ จำกัด โทรศัพท์ 0 5321 6962

สนับสนุนโดย: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

# สารบัญ

	หน้า
สารบัญตาราง	ข
สารบัญภาพ	ค
บทคัดย่อ	ง
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
1.3 คำถามการวิจัย	5
1.4 ขอบเขตการวิจัย	5
1.5 นิยามศัพท์	5
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
2.1 แนวคิดการมีส่วนร่วม	7
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และทักษะที่จำเป็นของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น	12
2.3 การบริหารจัดการระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินระดับจังหวัด	17
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	28
2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	32
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	33
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	34
3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	36
3.4 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	36
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	37
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	55
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล	56
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	56
การอภิปรายผล	70
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	73
เอกสารอ้างอิง	77
ภาคผนวก	79

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 โครงสร้างการอบรมหลักสูตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น	13
ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่ในระดับตำบล	33
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และบทบาทในชุมชน (n =308)	57
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์การช่วยเหลือ ผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น (n =308)	58
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น (n =308)	59
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมีหน่วยงาน/กลุ่มบุคคล ดำเนินงานเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน (n =308)	59
ตารางที่ 7 รายละเอียดแผนการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือ ผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่	61
ตารางที่ 8 ระดับคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นของ กลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n = 308)	66
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน เบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n = 308)	66
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมีส่วนร่วมในกิจกรรม การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 308)	67
ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจต่อกิจกรรม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 308)	69



## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 การปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น	15
ภาพที่ 2 โครงสร้างการเสริมความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติการฉุกเฉิน	16
ภาพที่ 3 โครงสร้างและกลไกบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	17
ภาพที่ 4 เวทีประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของตำบลเป้าหมายด้าน การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน ห้องประชุม อบต.ท่าตอน ต.ท่าตอน อ.แม่เมาะ จ.เชียงใหม่ วันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2563	40
ภาพที่ 5 เวทีประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของตำบลเป้าหมายด้าน การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลเวียง ต.เวียง อ.พร้าว จ.เชียงใหม่	43
ภาพที่ 6 เวทีประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของตำบลเป้าหมายด้าน การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน ณ ห้องประชุม รพ.สต.แม่ปูคา ต.แม่ปูคา อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่	47
ภาพที่ 7 เวทีประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของตำบลเป้าหมายด้าน การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน ณ ศูนย์โซโย ต.บ้านแหวน อ.หางดง จ. เชียงใหม่	49
ภาพที่ 8 เวทีประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของตำบลเป้าหมายด้าน การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน ณ คริสตจักรบ้านตุงลอย ต.อมก๋อย อ.อมก๋อย จ.เชียงใหม่	52
ภาพที่ 9 เวทีประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของตำบลเป้าหมายด้าน การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน ณ ห้องประชุม อบต.บ่อสลี ต.บ่อสลี อ.ฮอด จ.เชียงใหม่	54

## บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุดกิจกรรมการเรียนรู้ของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ กระบวนการในการพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล ผู้เข้าร่วมการศึกษาคือกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ในพื้นที่ 6 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 308 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน และความพึงพอใจ มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการทดสอบที่แบบกลุ่มสัมพันธ์

การศึกษานี้ทำให้ได้ชุดกิจกรรมการเรียนรู้ของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรมย่อย คือ 1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 2 ทักษะการประเมินสถานการณ์ 3 ทักษะการประเมินสภาพผู้ป่วย และ 4 ทักษะการห้ามเลือดและทำแผล ผลลัพธ์จากการนำชุดกิจกรรมไปใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -23.893$ ,  $p < 0.01$ ) และมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.27, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.47)

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินประมาณ 4 ล้านคนต่อปี ซึ่งในจำนวนนี้มีประมาณ 6,000 คน ที่เสียชีวิตนอกโรงพยาบาล ดังนั้น ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital Emergency Medical Service: Pre-hospital EMS) จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากช่วงเวลาก่อนนำส่งโรงพยาบาลเป็นช่วงเวลาทอง (Golden hour) ของการรักษาพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวตั้งแต่กลางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) จึงได้ประกาศให้งานการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบาย 1 ใน 4 ประการของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อผลักดันให้เกิดการดำเนินงานครอบคลุมทั่วทั้งประเทศอย่างจริงจัง ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2544-2549) แต่หน่วยงานต่าง ๆ ก็ยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2551 ได้มีการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นมาเพื่อเป็นหน่วยงานรับผิดชอบการบริหารจัดการในระดับประเทศ โดยทำหน้าที่ในการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2557)

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องภายใต้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ต่อมาในปี พ.ศ. 2554 ได้มีข้อกำหนดว่าด้วยสถานพยาบาลที่ระบุตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินปี พ.ศ. 2554 มีสาระสำคัญ คือ มุ่งการปฏิบัติการอำนวยการ มีความหมายครอบคลุมถึงการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ไม่ได้กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย การจัดการ การประสาน การควบคุมดูแล และการติดต่อสื่อสาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการแพทย์ที่ถูกต้องและทันทั่วถึง เพื่อลดและป้องกันความสูญเสียจากอวัยวะที่อาจทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรือการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควรทั้งในภาวะปกติและสาธณภัย ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้จัดระบบการสื่อสารและการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว ระบบการแพทย์ฉุกเฉินสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่ผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลให้มีความปลอดภัย

ในปี พ.ศ. 2556 คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินได้กำหนดวิสัยทัศน์ตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556 – 2559 ไว้ว่า “ประเทศไทยมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานซึ่งบุคคลเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมทั้งในภาวะปกติและสาธณภัย โดยมีการจัดการอย่างมีส่วนร่วม” และกำหนดเป้าหมายข้อ 1 คือ การทำให้ทุกท้องถิ่นและพื้นที่มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน

บุคคลเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยกลยุทธ์ที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการฉุกเฉินทั้งก่อนชุดปฏิบัติการไปถึงก่อนถึงสถานพยาบาล ณ สถานพยาบาลและการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ในทุกท้องถิ่นและพื้นที่ด้วยการส่งเสริมให้มีกลไกการพัฒนาความรู้ทักษะ และประสบการณ์ของบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องทุกระดับ กลยุทธ์ที่ 7 กำหนดวัตถุประสงค์ประการหนึ่งว่าเพื่อให้ทุกภาคีมีส่วนร่วมในการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นมีเป้าหมาย คือ การสร้างเสริมความตระหนัก รวมทั้งเผยแพร่ความรู้และสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉินสู่กลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุมด้วยการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และบุคคลทั่วไปมีความสามารถแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินร้องขอความช่วยเหลือและให้การปฐมพยาบาลแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินได้โดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมเชิงรุกของภาคีชุมชนและครอบครัว ให้มีอาสาฉุกเฉินชุมชนอย่างน้อย 1 คนต่อ 1 ครัวเรือน

ปัจจุบัน ภายใต้แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562 – 2564 ได้มีการทบทวนปรับปรุงจากแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 - 2564 โดยวิเคราะห์เงื่อนไขจากสถานการณ์ภายใต้กระแสโลกในปัจจุบัน จนถึงแนวโน้มความท้าทายในอนาคต สถานการณ์และบริบทของสังคมไทยที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยแผนหลักมีความสอดคล้องและเชื่อมโยงสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) เป็นไปตามแนวทางของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี นโยบายรัฐบาล นโยบายประเทศไทย 4.0 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข การปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉิน และแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การบริการในห้องฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน และการจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งแผนหลักฉบับนี้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินระยะปานกลาง ที่มุ่งเน้นให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดที่ต้องการคือ ลดการเสียชีวิตและความพิการจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ยุทธศาสตร์ 5 ด้านที่สำคัญคือ 1) พัฒนามาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน 2) พัฒนาระบบบริหารจัดการผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 3) พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 4) พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ และ 5) การสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562)

ดังนั้น การสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงมีความสำคัญอย่างมากในงาน ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุข รวมถึงสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้ดำเนินการส่งเสริมการมีส่วนร่วมเชิงรุกของภาคีชุมชนและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ และการให้ความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินและสามารถเรียกใช้บริการเมื่อบาดเจ็บหรือป่วยฉุกเฉิน โดยเนื้อหาของการประชาสัมพันธ์ที่สำคัญ คือ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินมีเรื่องอะไรบ้างที่สามารถเรียกใช้บริการได้ การโทรแจ้งเหตุทางโทรศัพท์หมายเลข 1669 แจ้งอย่างไรเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องและทันท่วงที ซึ่งสามารถประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ประชาชน ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ สติกเกอร์ หอกระจายข่าว วิหุ

ชุมชน ป้ายริมทาง การฝึกอบรม การประชาสัมพันธ์ เป็นต้น รวมถึงการส่งเสริมให้อาสาสมัครในชุมชนมีความรู้ และทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นและการโทรแจ้งเหตุเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในทุกครัวเรือนเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองและครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินและช่วยสนับสนุน งานด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2557ก) สอดคล้อง กับนโยบายในการปฏิรูประบบการบริหารจัดการกำหนดนโยบายและวางแผนจัดบริการด้านสาธารณสุขของ กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความสำคัญในการป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิ และตติยภูมิ มีการกำหนดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ภายใต้หลักการ “เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพแบบไร้รอยต่อ” ปีงบประมาณ 2556 เน้นการพัฒนา ประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ เพื่อการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เป็นสำคัญ 10 สาขา ได้แก่ 1) หัวใจ 2) มะเร็ง 3) อุบัติเหตุ 4) ทารกแรกเกิด 5) สุขภาพจิตและจิตเวช 6) ตาและไต 7) 5 สาขาหลัก 8) ทันตกรรม 9) บริการปฐมภูมิ ทูติยภูมิ และสุขภาพองค์รวม 10) โรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ (Non Communicable Disease: NCD) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ โดยจัดให้มีระบบ Fast Track Trauma สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีภาวะวิกฤต เพิ่มขึ้นทุกจังหวัด และมีระบบการส่งต่อสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บทางสมอง (Head Injury) และการ บาดเจ็บหลายระบบ (Multiple Trauma) (กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินนับเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของ ระบบบริการทางสาธารณสุขในยุคปัจจุบัน เนื่องจากปัจจุบันการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในชุมชนและ ครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทั้งจากอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยโรคอันตรายหรือโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง และโรคเบาหวาน รวมทั้งสถานการณ์ของการเกิดภัยพิบัติหรือสา ธารณภัยมีความถี่และรุนแรงมากขึ้นที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุอย่างทันท่วงที เพื่อนำส่งสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐานอย่างรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ ซึ่งการเจ็บป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่มักจะ เกิดขึ้นที่บ้าน ที่ทำงาน สถานที่ท่องเที่ยวและชุมชน ผู้พบเหตุก่อนจึงมักเป็นบุคคลใกล้ชิดและผู้ที่อยู่ใน เหตุการณ์ ซึ่งเป็นประชาชนทั่วไปในแต่ละชุมชน แม้แต่ในครัวเรือน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีผู้ที่มีความรู้ ความสามารถที่จะให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้ ประกอบกับในช่วงที่ผ่านมาแนวโน้มการใช้ บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น ดังเห็นจากรายงานสถิติการออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่เพิ่มสูงขึ้นจาก จำนวน 1,362,030 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2558 เป็นจำนวน 1,488,815 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2559 และ 1,568,952 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2560 หรือคิดเป็นอัตรา 2,406.19 ครั้ง ต่อประชากรแสนคน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน แห่งชาติ, 2561)

จังหวัดเชียงใหม่ เป็นจังหวัดที่มีจำนวนการเจ็บป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานสถิติ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (2562) พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่เจ็บป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจาก จำนวน 39,103 ราย ในปี พ.ศ. 2560 เป็นจำนวน 43,232 ราย ในปี พ.ศ. 2561 และ 47,857 ราย ในปี พ.ศ. 2562 อีกทั้ง มีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่เสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 749 ราย ในปี พ.ศ. 2560

เป็น 886 ราย ในปี พ.ศ. 2561 และ 1,151 ราย ในปี พ.ศ. 2562 จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวนี้ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนทีมให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินไปถึงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง หากประชาชนผู้พบเหตุสามารถประเมินอาการและให้การปฐมพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และทันเวลา และหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่มารับช่วงต่อ สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลให้ลดการบาดเจ็บ ภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง ลดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตลงได้

ในปี พ.ศ. 2563 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชน ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น เพื่อให้แกนนำชุมชนมีความรู้ความสามารถและมีทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็ว กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยตัวแทนแกนนำชุมชน ประชาชน ของจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 25 อำเภอ ๆ ละ 50 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 1,250 คน มีการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการปฐมพยาบาลและช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในโครงการนี้คือ ทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติเกี่ยวกับการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ ทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน แกนนำชุมชนที่ผ่านการอบรมมีความรู้ ความสามารถและมีทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุและได้รับการนำส่งโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและทันเวลา เกิดกลไกพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต่อเนื่อง ลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน ลดความสูญเสียและผลกระทบที่เกิดกับครอบครัว ชุมชน และเกิดการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุอย่างมีคุณภาพ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2563)

จากผลการดำเนินงานตามโครงการดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด จึงเล็งเห็นความสำคัญของการวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อพัฒนากิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือฉุกเฉิน และศึกษาผลการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ในจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาการทำงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระดับชุมชนให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ประชาชนมีความรู้และทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา สามารถให้การช่วยเหลือผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชนหรือในครัวเรือนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีเครือข่ายในการสื่อสารแจ้งข่าวให้คนในชุมชนสามารถป้องกันตัวเองจากอุบัติเหตุและอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างครอบคลุมซึ่งจะช่วยลดความรุนแรง ความพิการและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป



## 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นของคนในชุมชน ก่อนและหลังการใช้ชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน

## 1.3 คำถามการวิจัย

1. ชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ มีลักษณะเป็นอย่างไร
2. คะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นของคนในชุมชน ก่อนและหลังการอบรมโดยใช้ชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นอย่างไร

## 1.4 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการนำชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ไปใช้ในพื้นที่ 6 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ อำเภอแม่เมาะ อำเภอสันกำแพง อำเภออมก๋อย อำเภอพร้าว อำเภอหางดง และอำเภอฮอด ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563

## 1.5 นิยามศัพท์

**การมีส่วนร่วม** หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชน กลุ่มคน หรือองค์กรประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการคิดริเริ่มพิจารณา ตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ และร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคลหรือของกลุ่มอันมีผลกระทบต่อประชาชนเอง รวมทั้งการประเมินผลโครงการและการแบ่งปันผลประโยชน์

**ผู้ป่วยฉุกเฉิน** หมายถึง ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยกะทันหันซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญจำเป็นต้องได้รับการประเมินจัดการและบำบัดรักษาอย่างทันทีทันด่วนที่เพื่อป้องกันการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยของโรคนั้น ๆ

**ชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน** หมายถึง การจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์

ฉุกเฉิน กิจกรรมที่ 2 ทักษะการประเมินสถานการณ์ กิจกรรมที่ 3 ทักษะการประเมินสภาพผู้ป่วย และ กิจกรรมที่ 4 ทักษะการห้ามเลือดและทำแผล

**ความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น** หมายถึง ความรู้ความเข้าใจ และการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของคนในชุมชน ประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้น การเตรียมอุปกรณ์สำหรับการห้ามเลือดและทำแผล การเตรียมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง การปฏิบัติกรห้ามเลือด และการดูแลบาดแผลเฉพาะ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

**การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน** หมายถึง การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผน 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน/ทำกิจกรรม และ 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลและการนำไปใช้ประโยชน์ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

- 2.1 แนวคิดการมีส่วนร่วม
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และทักษะที่จำเป็นของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น
- 2.3 การบริหารจัดการระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินระดับจังหวัด
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### 2.1 แนวคิดการมีส่วนร่วม

##### 2.1.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

แนวคิดการมีส่วนร่วมในปัจจุบันได้รับการยอมรับและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในงานพัฒนาการมีส่วนร่วมนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับการริเริ่มหรือการวางแผนโดยรัฐแต่ความสำเร็จที่แท้จริงนั้นเกิดจากการที่คนในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นอิสระที่เน้นการทำงานในรูปของกลุ่มหรือองค์กรชุมชนที่มีวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน เกิดเป็นพลังกลุ่มซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้งานพัฒนาต่าง ๆ บรรลุความสำเร็จตามความมุ่งหมาย (จินตนา สุจจานันท์, 2556) ดังนั้น การมีส่วนร่วมจึงเป็นการรับฟังความคิดเห็นและการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมและขั้นตอนต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพราะจะทำให้ลดความขัดแย้งและผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต และสร้างให้เกิดพลังของทุกฝ่ายในการร่วมกันคิดร่วมกันทำและร่วมกันรับผิดชอบต่อผลการกระทำนั้นที่จะนำไปสู่การพัฒนาที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

จากการศึกษาพบว่า มีผู้ให้ความหมายคำว่า “การมีส่วนร่วม” ที่หลากหลายและแตกต่างกันไปตามความเข้าใจและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งพอสรุปได้ดังต่อไปนี้

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2549) ให้คำจำกัดความของการมีส่วนร่วมของประชาชน ว่าหมายถึง การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการและควบคุมการใช้และกระจายทรัพยากรและปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคม ตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกสังคม

ปารีชาติ วลัยเสถียร (2554) ได้สรุปความหมายของ “การมีส่วนร่วม” ไว้ 2 ลักษณะ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนาโดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากร และเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยโครงการพัฒนาดังกล่าว จะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

2. การมีส่วนร่วมในนัยทางการเมือง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) การส่งเสริมสิทธิและพลังอำนาจของพลเมืองโดยประชาชน หรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการ เพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่มควบคุมการใช้และการกระจายทรัพยากรของชุมชน อันจะก่อให้เกิดกระบวนการและโครงสร้างที่ประชาชนในชนบทสามารถแสดงออกซึ่งความสามารถของตนและได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนาและ 2) การเปลี่ยนแปลงกลไกการพัฒนาโดยรัฐ มาเป็นการพัฒนาที่ประชาชนมีบทบาทหลัก โดยการกระจายอำนาจในการวางแผนจากส่วนกลางมาเป็นส่วนภูมิภาค เพื่อให้ภูมิภาคมีลักษณะเป็นเอกเทศให้มีอำนาจทางการเมือง การบริหาร มีอำนาจต่อรองในการจัดสรรทรัพยากรอยู่ในมาตรฐานเดียวกัน โดยประชาชนสามารถตรวจสอบได้ อาจกล่าวได้ว่าเป็นการคืนอำนาจ (Empowerment) ในการพัฒนาให้แก่ประชาชนให้มีส่วนร่วมในการกำหนดอนาคตของตนเอง ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงการพัฒนาความเท่าเทียมกันของชายและหญิง (Gender) ในการดำเนินงานพัฒนาด้วย

จินตนา สุขจรรย์ (2556) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การให้อำนาจในการตัดสินใจที่เน้นเรื่องอำนาจและการควบคุม โดยการมีกิจกรรมร่วมกันของประชาชนที่ไม่เคยมีส่วนเกี่ยวข้องในทางปฏิบัติ คำว่า การมีส่วนร่วมนั้นเป็นผลมาจากการต่อสู้ในทางรัฐธรรมนูญและการขัดแย้งทางสังคม หรือโดยความพยายามที่จะปรับความหมายให้ใกล้เคียงกับสภาพของสังคมที่เป็นจริง กระบวนการดังกล่าวจึงมีแนวโน้มไปในลักษณะแนวประชาชน หรือการเรียกร้องในลักษณะที่เป็นประชาธิปไตยและมีการปลดปล่อยให้มีอิสรภาพมากขึ้น

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชน กลุ่มคน หรือองค์กรประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการคิดริเริ่มพิจารณา ตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ และร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคลหรือของกลุ่มอันมีผลกระทบต่อประชาชนเอง รวมทั้งการประเมินผลโครงการและการแบ่งปันผลประโยชน์ ซึ่งกระบวนการที่ชุมชนกระทำออกมาในลักษณะของการทำงานร่วมกัน เพื่อแสดงให้เห็นถึงความต้องการร่วมความสนใจร่วมและการดำเนินการร่วมกัน เพื่อเพิ่มอำนาจการต่อรองทางการเมืองและเศรษฐกิจ ปรับปรุงสภาพทางสังคมในชุมชน โดยร่วมมือกันดำเนินกิจกรรมนั้นให้ลุล่วงไปเพื่อประโยชน์ของชุมชนและช่วยสร้างความรู้สึกรับผิดชอบและความเป็นเจ้าของให้เกิดขึ้นกับประชาชนทำให้การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนไปสู่จุดหมายปลายทางได้และมีผลให้ประชาชนช่วยตนเองได้ในระยะยาว

โดยไม่ต้องคอยพึ่งพาความช่วยเหลือจากภาครัฐ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางตามความต้องการของสมาชิกในชุมชน

## 2.1.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน

ปารีชาติ วลัยเสถียร (2554) ได้สรุปรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน ออกเป็น 5 รูปแบบ ดังนี้

1. การรับรู้ข่าวสาร (Public information) การมีส่วนร่วมในรูปแบบนี้ ประชาชนในพื้นที่โครงการและผู้จะได้รับผลกระทบจะต้องได้รับแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการ และผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้การรับรู้ข่าวสารดังกล่าวต้องได้รับก่อนการตัดสินใจดำเนินโครงการ

2. การปรึกษาหารือ (Public consultation) เป็นรูปแบบของการมีส่วนร่วมในลักษณะของการปรึกษาหารือระหว่างผู้ดำเนินโครงการกับประชาชนที่มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง ทั้งนี้เพื่อเป็นการรับฟังความคิดเห็นและตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการให้ประชาชนได้ทราบ และรับข้อเสนอแนะ เพื่อประกอบการ ตัดสินใจ

3. การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public meeting) เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่ผู้ดำเนินโครงการกับประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะได้ทำความเข้าใจร่วมกันด้วยเหตุผล ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนในรูปแบบนี้สามารถทำได้ใน 2 ลักษณะ คือ การประชุมในระดับชุมชน (Community meeting) ซึ่งจัดประชุมในชุมชนที่จะได้รับผลกระทบจากโครงการโดยผู้ดำเนินการจะส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุม และการประชุมรับฟังความคิดเห็นทางวิชาการ (Public hearing) การประชุมลักษณะนี้จำเป็นสำหรับโครงการขนาดใหญ่ที่มีเรื่องของเทคนิค และวิชาการที่เกี่ยวข้อง การประชุมลักษณะนี้ต้องเปิดกว้างสำหรับสาธารณะ

4. การร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) การมีส่วนร่วมในรูปแบบนี้ ถือเป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชนในทางปฏิบัติจริง การดำเนินโครงการซึ่งมักดำเนินการในรูปของคณะกรรมการจะต้องมีตัวแทนของประชาชนร่วมเป็นคณะกรรมการด้วย

5. การใช้กลไกทางกฎหมายรูปแบบนี้แม้จะไม่ใช่วิธีการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยตรง แต่เป็นลักษณะของการเรียกร้องสิทธิหรือการใช้สิทธิของประชาชนเมื่อเห็นว่าเกิดความไม่โปร่งใสหรือความไม่เป็นธรรมเกิดขึ้นในการดำเนินโครงการ

United Nations (2010) ได้รวบรวมรูปแบบของการมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมแบบเป็นไปเองหรือโดยความสมัครใจ เกิดขึ้นเองโดยมิได้มีการแทรกแซงเป็นลักษณะการร่วมที่ผู้ร่วมเต็มใจ ซึ่งเป็นไปโดยการอาสาสมัครหรือการรวมตัวกันขึ้นเองเพื่อแก้ไขปัญหาของกลุ่มของตนเอง โดยเน้นการกระทำที่มีได้รับการช่วยเหลือจากภายนอก ซึ่งมีรูปแบบที่เป็นเป้าหมาย

2) การมีส่วนร่วมแบบชักจูง/ชักจูง ซึ่งเป็นการเข้าร่วมโดยต้องการความเห็นชอบหรือสนับสนุน โดยรัฐบาลเป็นรูปแบบโดยทั่วไปของประเทศที่กำลังพัฒนา

3) การมีส่วนร่วมแบบบังคับ ซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมภายใต้การดำเนินนโยบายของรัฐบาลภายใต้การจัดการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือโดยการบังคับโดยตรง รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่ผู้กระทำได้รับผลทันที แต่จะไม่ได้รับผลระยะยาว และจะมีผลเสียคือไม่ได้รับการสนับสนุนจากประชาชนในที่สุด

จินตนา สุจิตานนท์ (2549) แบ่งรูปแบบของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง (Genuine Participation) เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งจบโครงการ เริ่มตั้งแต่ร่วมศึกษาปัญหาและความต้องการร่วมหาวิธีแก้ปัญหา ร่วมวางนโยบายและแผนงาน ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่และร่วมปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้และร่วมประเมินผลโครงการ

2) การมีส่วนร่วมที่ไม่แท้จริง (Non-genuine Participation) เป็นการมีส่วนร่วมเพียงบางส่วน โดยเฉพาะเข้าร่วมในการปฏิบัติตามโครงการที่ได้มีการกำหนดไว้แล้ว เช่น การเข้าเป็นสมาชิก หรือการร่วมเสียสละแรงงาน

### 2.1.3 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

Cohen and Unhoff (อ้างถึงใน ปารีชาติ วลัยเสถียร, 2554) กล่าวว่า การให้ประชาชนมีบทบาทในการมีส่วนร่วมนั้นต้องเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วย การริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานขอความช่วยเหลือ

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ประกอบด้วย ผลประโยชน์ทางวัตถุ ผลประโยชน์ทางด้านสังคม และส่วนบุคคล

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) เป็นการควบคุม ตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วม

อดิน รพีพัฒน์ (2553) ได้ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา ซึ่งมี 4 ประการด้วยกัน

1. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการระบุปัญหาและสาเหตุของปัญหา ซึ่งเป็นกระบวนการมีส่วนร่วมที่สำคัญมากที่สุดเพราะถ้าประชาชนไม่มีบทบาทในการระบุปัญหาและความต้องการของเขาแล้วโครงการต่าง ๆ ที่วางออกมาก็ไร้ประโยชน์ เพราะโครงการที่วางออกมามีได้ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชน อีกทั้งประชาชนจะมองไม่เห็นความสำคัญของกิจกรรมและการดำเนินกิจกรรมก็จะไม่ประสบความสำเร็จบรรลุเป้าหมายตามที่วางไว้ ดังนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งเข้ามามีส่วนร่วมในการ



ระบุปัญหา วิเคราะห์ปัญหาด้วยตนเอง ทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของซึ่งสามารถสนองตอบความต้องการหรือปัญหาของพวกเขาได้

2. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการวางแผนการดำเนินกิจกรรม เมื่อประชาชนในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วม เข้ามามีบทบาทในการระบุปัญหาแล้ว ขึ้นต่อไปก็คือ การร่วมกันวางแผนการดำเนินโครงการเพื่อสนองตอบความต้องการหรือแก้ปัญหาของพวกเขาด้วยตัวของเขาเอง แต่อย่างไรก็ตามนักพัฒนาหรือผู้ที่มีความรู้ในการวางแผนควรมีส่วนร่วมเข้าไปร่วมในการวางแผนด้วย เพื่อคอยให้คำแนะนำประชาชนในการวางแผนกำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา แต่มีใช้ว่านักพัฒนาเหล่านั้นจะเป็นผู้วางแผนแนวทางการแก้ไขเสียเอง แต่เป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำเท่านั้น

3. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการปฏิบัติงาน เมื่อประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกิจกรรมแล้ว ผลที่ตามมาก็คือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมที่วางไว้ นอกจากนั้นแล้วนักพัฒนาควรจะกระตุ้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการลงทุนในรูปแบบของทรัพยากรที่ประชาชนในชุมชนที่มีอยู่ตามกำลังความสามารถแทนที่จะใช้ทรัพยากรหรือปัจจัยจากภายนอกเสียทั้งหมด การกำหนดการดำเนินกิจกรรมร่วมกันนี้เป็นการเสริมสร้างให้ประชาชนรู้จักการทำงานร่วมกัน

4. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการติดตามและประเมินผล กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในขั้นตอนนี้ทำให้ประชาชนได้มีการประเมินว่าผลงานที่ตัวเองดำเนินการไปนั้นได้รับผลดีหรือได้รับผลประโยชน์มากน้อยเพียงไรและมีอุปสรรคอะไรบ้างที่เกิดจากการดำเนินงานนั้น การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการประเมินผลนี้ จึงทำให้ประชาชนรู้แจ้งเห็นจริงว่า กิจกรรมที่พวกเขาทำไปนั้นดีหรือไม่ดีอย่างไรซึ่งพวกเขาจะได้นำไปใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาในโอกาสต่อไป

International Association for Public Participation (2010) แบ่งระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 การให้ข้อมูล (Inform) การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนและเสริมสร้างความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับประเด็นปัญหา ทางเลือก และทางแก้ไข ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการรับฟังข้อมูล รับรู้ข้อมูลข่าวสาร

ระดับที่ 2 การรับฟังความคิดเห็น (Consult) การรับข้อมูลและความคิดเห็นของประชาชน เกี่ยวกับสภาพปัญหา ทางเลือก และแนวทางแก้ไข เช่น การสำรวจความเห็น การประชุมกลุ่มย่อย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ๆ

ระดับที่ 3 การเข้ามาเกี่ยวข้อง (Involve) เข้าร่วมประสานการทำงานกับประชาชนสร้างความมั่นใจว่าความคิดเห็น ความจำเป็นของประชาชนจะได้รับการตอบสนอง พิจารณาและหาแนวทางแก้ไข เช่น การประชุมปฏิบัติการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสนใจเข้ามามีส่วนร่วม สมัครใจเข้ามาเป็นอาสาสมัครในการค้นหาทางเลือกร่วมวางแผนแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อการแก้ไขปัญหาและดำเนินกิจกรรม

ระดับที่ 4 การให้ความร่วมมือ (Collaboration) การเข้ามาเป็นหุ้นส่วนกับประชาชนในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา ร่วม เช่น การเข้าเป็นคณะที่ปรึกษา คณะกรรมการของชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแผน ไม่ว่าจะ เป็น มีส่วนร่วมด้านแรงงาน ทุน ทรัพยากร สถานที่ ฯลฯ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

ระดับที่ 5 การเสริมพลังอำนาจประชาชน (Empowerment) การให้ประชาชนมีอำนาจในการตัดสินใจต่อการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของชุมชน เช่น การลงประชามติ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นเจ้าของปัญหา สามารถลุกขึ้นมาดำเนินการกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหา และพัฒนาสุขภาพ สุขภาวะของชุมชนเอง

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และทักษะที่จำเป็นของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

### 2.2.1 หลักการสำคัญของการให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

จากยุทธศาสตร์การดำเนินงานของระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติระบุให้มีการพัฒนาทรัพยากร พัฒนาศักยภาพบุคลากรและการสร้างการจัดการองค์ความรู้เป็นองค์ประกอบในแผนหลักที่สำคัญ โดยมุ่งเน้นให้มีการส่งเสริมพัฒนาให้ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับมีความรู้และทักษะตรงตามสมรรถนะแต่ละระดับเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยผู้บาดเจ็บได้ถูกต้องเหมาะสมเกิดความปลอดภัย โดยความรู้และทักษะที่จำเป็นของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการช่วยเหลือผู้ป่วย ณ ที่เกิดเหตุ สำหรับผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น ตามเกณฑ์มาตรฐานของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้กำหนดการอบรมหลักสูตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder Curriculum) ให้มีความรู้และทักษะ 3 ด้าน คือ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556)

1. ด้านสติปัญญา (Cognitive Domain) ด้านความรู้ความเข้าใจ และความคิด ความจำ สิ่งต่าง ๆ นำไปใช้วิเคราะห์ สังเคราะห์และประเมินค่าในสิ่งนั้น
2. ด้านเจตคติ (Affective Domain) คือ การเน้นความรู้สึกการรับรู้การตอบสนองและการสร้างคุณค่าในสิ่งที่รับรู้และการจัดรวบรวมเปรียบเทียบสิ่งต่าง ๆ เพื่อเลือกสิ่งที่ดีปลอดภัยหรือหลีกเลี่ยง
3. ด้านทักษะ (Psychomotor Domain) เน้นการลงมือปฏิบัติที่รวดเร็วถูกต้องและปลอดภัย ใช้ระยะเวลาการอบรม 24 ชั่วโมงโดยทีมวิทยากรระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่รับรองโดยคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

### 2.2.2 วัตถุประสงค์ของหลักสูตรเมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรม

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2556) ได้ระบุวัตถุประสงค์ของหลักสูตรเมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรมของผู้เข้ารับการฝึกอบรมไว้ 6 ประการ คือ

1. จำแนกผู้ป่วยฉุกเฉินจากผู้ป่วยปกติได้
2. ประเมินสถานการณ์และประเมินสภาพผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นได้ถูกต้อง
3. การดูแลขั้นต้น ณ จุดเกิดเหตุได้ถูกต้องในเรื่องการดูแลทางเดินหายใจ การห้ามเลือด การตามกระดูกและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน
4. ลำเลียง ขนย้ายผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้ถูกวิธี
5. การติดต่อสื่อสารและประสานงานการขอสนับสนุนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงกว่า
6. ทำการคัดแยกผู้บาดเจ็บฉุกเฉินขั้นต้นในสถานการณ์สาธารณภัยและอุบัติเหตุ

### 2.2.3 โครงสร้างการอบรมหลักสูตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

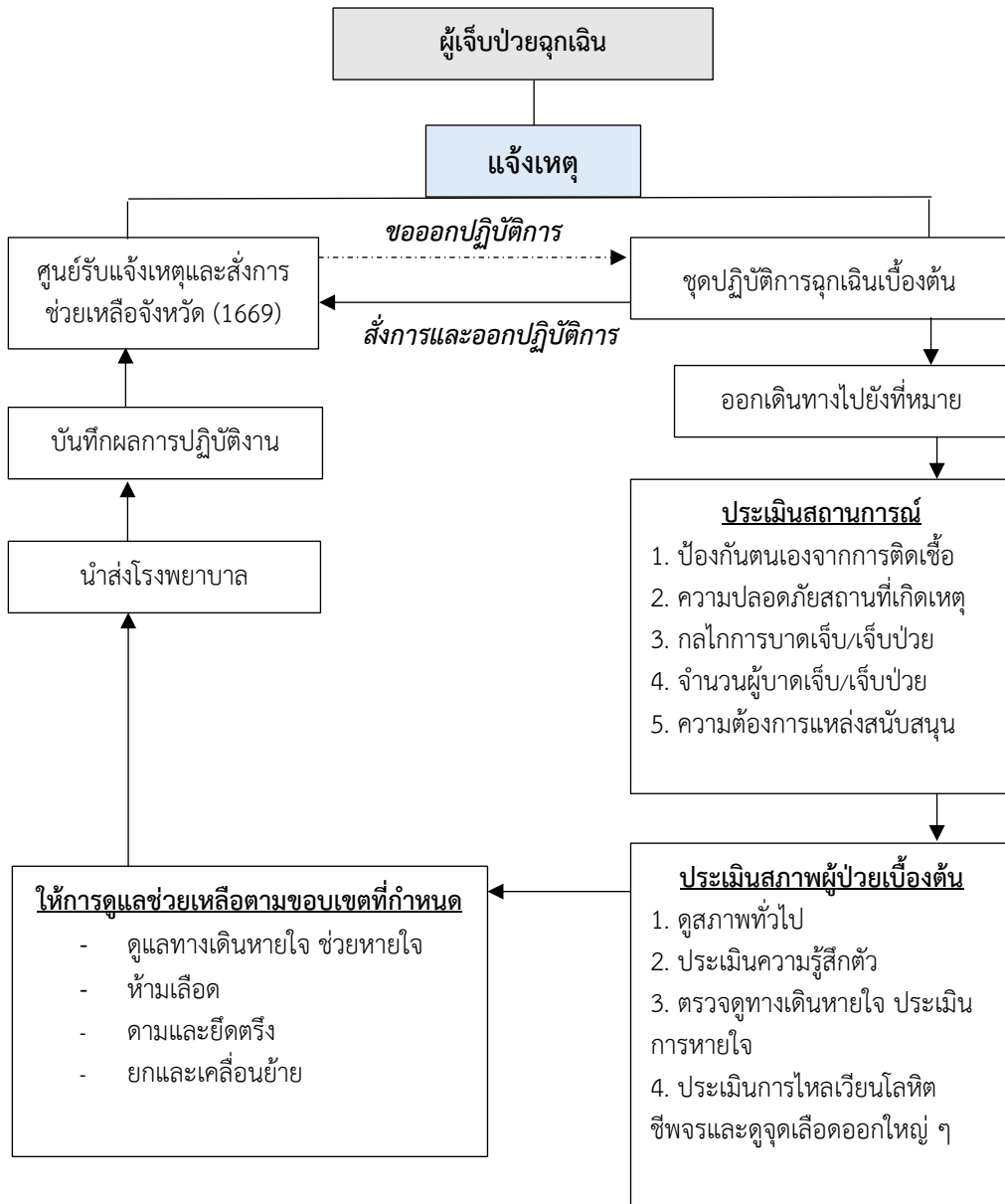
การจัดอบรมให้ความรู้และทักษะของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นตามเกณฑ์มาตรฐานที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินได้กำหนดไว้มีดังแสดงในตารางที่ 1 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556)

ตารางที่ 1 โครงสร้างการอบรมหลักสูตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

หน่วยที่	บทเรียน	ทฤษฎี (ชั่วโมง/นาทีก)	ปฏิบัติ (ชั่วโมง/นาทีก)
หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 ความรู้พื้นฐาน	บทที่ 1 ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	1	-
	บทที่ 2 ร่างกายมนุษย์	1	-
	บทที่ 3 การประเมินสถานการณ์การประเมินสภาพผู้ป่วย	1	1
	บทที่ 4 การใช้วิทยุสื่อสาร	0.30	1
	<b>รวม</b>	<b>3.30</b>	<b>2</b>
หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	บทที่ 1 การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	1	2
	<b>รวม</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์	บทที่ 1 ภาวะฉุกเฉินทั่วไป	1	0.30
	บทที่ 2 การเสียเลือดและการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูก	0.30	1.30
	<b>รวม</b>	<b>1.30</b>	<b>2</b>
หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 การยกและเคลื่อนย้าย	บทที่ 1 การยกและเคลื่อนย้ายหลักการลำเลียงทางอากาศยาน	1	3
	<b>รวม</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

หน่วยที่	บทเรียน	ทฤษฎี (ชั่วโมง/นาที)	ปฏิบัติ (ชั่วโมง/นาที)
หน่วยการเรียนรู้ 5 การเตรียมความพร้อม ในสถานการณ์ สาธารณสุขภัย	บทที่ 1 บทบาทผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นใน สถานการณ์สาธารณสุขภัย	1	-
	บทที่ 2 การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น	1	2
	<b>รวม</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
หน่วยการเรียนรู้ 6 ปฏิบัติการฉุกเฉิน สถานการณ์จำลอง	บทที่ 1 ปฏิบัติการฉุกเฉินในสถานการณ์ จำลองและการเขียนรายงาน	-	4
	<b>รวม</b>	<b>-</b>	<b>4</b>
<b>รวมชั่วโมงในหลักสูตร</b>		<b>9</b>	<b>15</b>

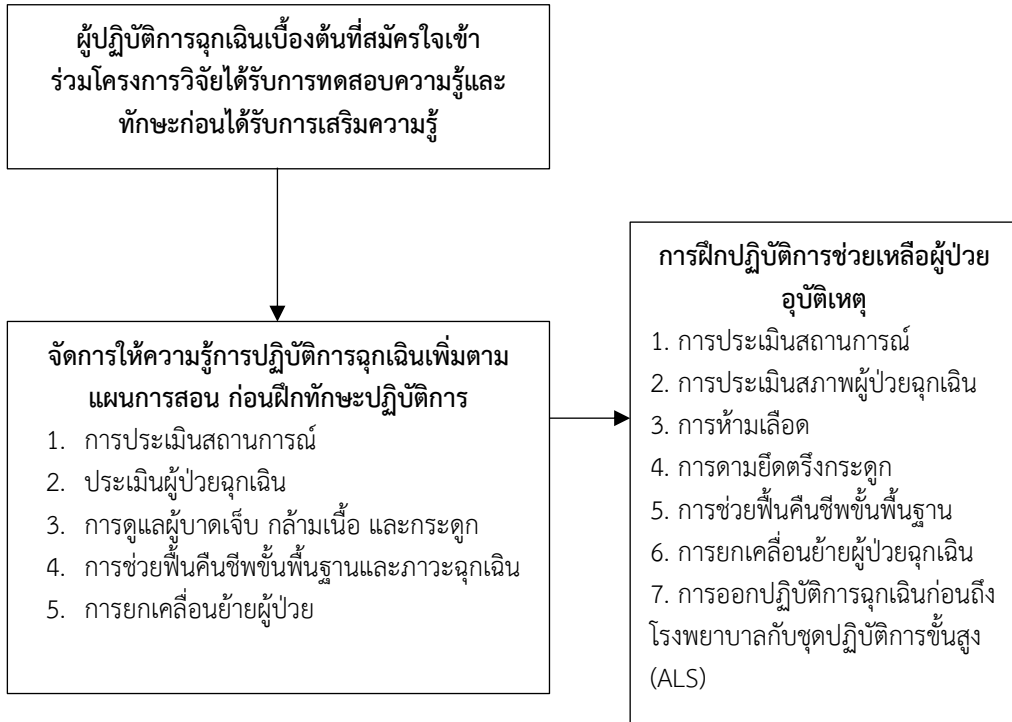
การประเมินผลการฝึกอบรมให้ความรู้และทักษะของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ตามเกณฑ์มาตรฐานที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน มีการประเมินผลใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการฝึกอบรม 2) ทดสอบภาคทฤษฎีและปฏิบัติก่อนและหลังการอบรม (pre-post) โดยต้องมีความรู้หลังอบรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และ 3) การทดสอบในสถานการณ์จำลองได้ผ่านเกณฑ์ตามการลงความเห็นของวิทยากร เป็นต้น ทั้งหลักประเมินดังกล่าวควรมีการปรับให้เหมาะสมแต่ละหลักสูตร การอบรมของแต่ละพื้นที่ หรือบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยอิงโครงสร้างของการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ดังแสดงในภาพที่ 1 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556)



ภาพที่ 1 การปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น  
ที่มา: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2556)

## 2.2.4 การจัดการรูปแบบการเสริมความรู้ของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

การอบรมหรือการสอนให้ความรู้และทักษะผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2556) ได้เสนอการจัดการรูปแบบการเสริมความรู้ของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ดังแสดงในภาพที่ 2



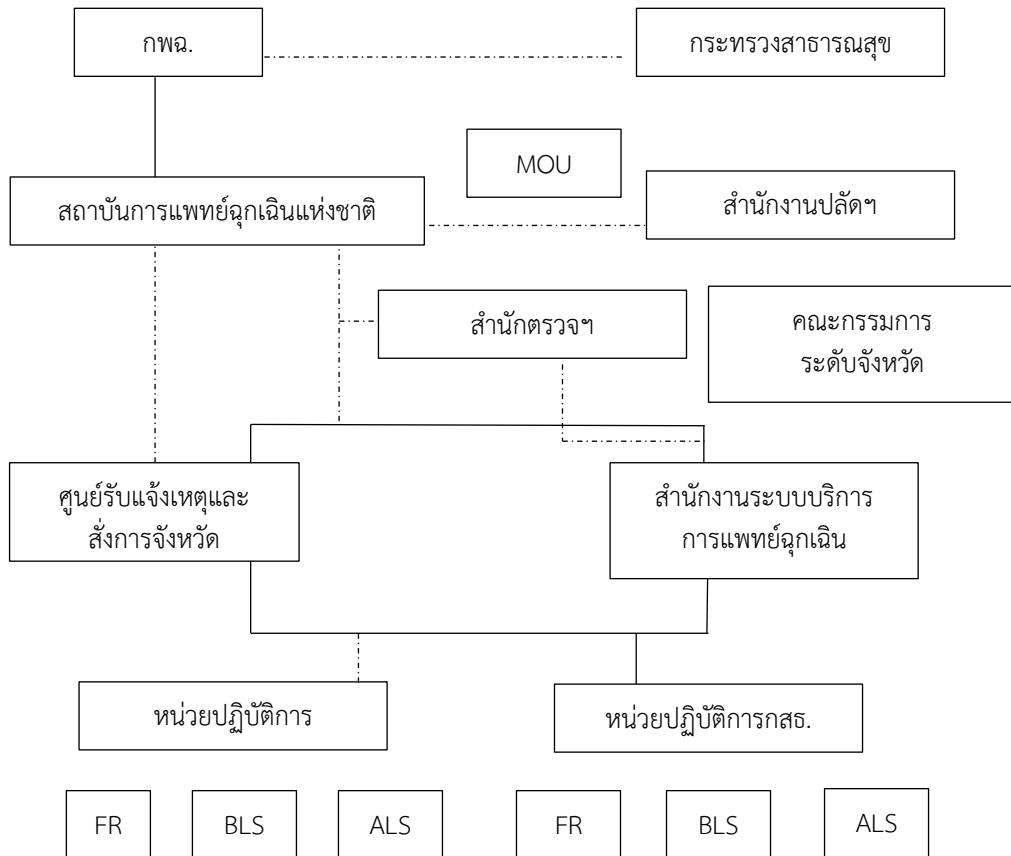
ภาพที่ 2 โครงสร้างการเสริมความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติการฉุกเฉิน  
ที่มา: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2556)



## 2.3 การบริหารจัดการระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินระดับจังหวัด

### 2.3.1 โครงสร้างและกลไกบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ทำบันทึกข้อตกลงกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อดำเนินงานและบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีโครงสร้างและกลไกบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นเป็นส่วนของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนระบบที่ต้องมีการพัฒนาส่งเสริมให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 โครงสร้างและกลไกบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน  
ที่มา: กมลทิพย์ แซ่เล่า (2553)

การบริหารจัดการระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินระดับจังหวัด มีสำนักระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้สำนักตรวจราชการและสำนักระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือส่วนงานอื่นในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้มอบหมายประสานกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ดำเนินการ ดังนี้ (กมลทิพย์ แซ่เล่า, 2553)

1. จัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามขอบเขตความรับผิดชอบภายในจังหวัดหรือเขตพื้นที่โดยให้มีหน่วยปฏิบัติการที่จัดชุดปฏิบัติการที่ได้มาตรฐานให้ครอบคลุมพื้นที่ที่รับผิดชอบ ทั้งนี้ให้จัดการแบ่งพื้นที่ในการบริการของหน่วยปฏิบัติการหรือชุดปฏิบัติการให้เหมาะสมตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด
2. จัดหาโรงพยาบาลเพื่อรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ตรวจสอบมาตรฐาน และพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร หน่วยปฏิบัติการและพาหนะฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด รวมทั้งจัดทำทะเบียน
3. ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน อนุมัติการเบิกจ่ายเงินเพื่ออุดหนุนหรือชดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามกฎหมายข้อบังคับ ระเบียบประกาศที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน
4. รายงานข้อมูลและติดตามการดำเนินการการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด
5. สนับสนุนส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด

### 2.3.2 ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

การทำงานของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งรักษาต่อในสถานพยาบาล ต้องมีศูนย์รับแจ้งเหตุสั่งการเป็นศูนย์กลาง ตั้งแต่รับแจ้งเหตุ โดยรับข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินจากญาติหรือผู้ที่อยู่กับผู้ป่วย ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ จะรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบและประเมินสถานการณ์ อาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรง ตำแหน่งหรือสถานที่ที่อยู่ของผู้ป่วยฉุกเฉิน จากนั้นจะทำการตรวจสอบค้นหาชุดปฏิบัติการที่มีทักษะความรู้ เหมาะสมกับระดับความรุนแรง และอยู่ใกล้จุดที่เกิดเหตุหรือสถานที่ที่ผู้ป่วยฉุกเฉินอาศัยอยู่ เพื่อบริการภารกิจให้ เมื่อชุดปฏิบัติการมีปัญหาลักษณะออกปฏิบัติงาน ตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือไม่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินได้ ก็สามารถติดต่อขอคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการและมีหน้าที่ในการติดตามการปฏิบัติงานของชุดปฏิบัติการต่าง ๆ ตั้งแต่ได้รับคำสั่งให้ออกปฏิบัติการเดินทางออกจากที่ตั้งหน่วยจนพบผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นจนปลอดภัย และนำส่งจนถึงสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสมกับความรุนแรงหรือโรคของผู้ป่วยฉุกเฉิน มีการจัดตั้งชุดปฏิบัติการฉุกเฉินมีความเหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินในแต่ละเหตุการณ์ หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล จึงต้องมีการจัดตั้งชุดปฏิบัติการที่มีอำนาจหน้าที่ขอบเขตขีดความสามารถที่เหมาะสม

เพื่อให้การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ จนถึงสถานพยาบาล ตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ไพศาล โชติกล่อม และ วสันต์ เวียนเสี้ยว, 2553) ประกอบด้วย

1. มาตรฐานด้านผู้ปฏิบัติการผู้ปฏิบัติการซึ่งเป็นประเภทต่าง ๆ ได้แก่ ผู้ปฏิบัติการโดยตรงกับผู้ช่วยฉุกเฉินในชุดปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ผู้ปฏิบัติการที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ ผู้ปฏิบัติการในภาวะภัยพิบัติ/สาธารณภัย ผู้ปฏิบัติการอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด
2. มาตรฐานการลำเลียงและการขนส่งยานพาหนะ ได้แก่ พาหนะที่ใช้สำหรับลำเลียงและขนส่งปฏิบัติการฉุกเฉินในพื้นที่ทางบก เช่น รถยนต์ รถจักรยานยนต์ เป็นต้น พื้นที่ทางน้ำ เช่น เรือยนต์ และพาหนะด้านอากาศยานในพื้นที่เฉพาะพิเศษ เกาะ ภูเขา กรณีภัยพิบัติหรือสาธารณภัย
3. มาตรฐานเครื่องมืออุปกรณ์ สำหรับการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ อุปกรณ์ทางการแพทย์และเวชภัณฑ์อุปกรณ์สื่อสาร อุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยของการปฏิบัติในสถานการณ์ต่าง ๆ
4. มาตรฐานหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการปฏิบัติ ทั้งที่เป็นลายลักษณ์อักษรและไม่เป็นลายลักษณ์อักษรในผู้ปฏิบัติการชุดปฏิบัติการในระดับต่าง ๆ ในลักษณะรูปแบบ ระเบียบ คู่มือ แนวทางเกณฑ์วิธีปฏิบัติ มาตรฐานการปฏิบัติเรื่องต่าง

### 2.3.3 หลักเกณฑ์เงื่อนไขการจัดชุดปฏิบัติการ

หลักเกณฑ์เงื่อนไขชุดปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาล สามารถจัดชุดปฏิบัติการ เพื่อให้การปฏิบัติการเกิดความเหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งแบ่งได้ 4 ระดับ ประกอบด้วย (ไพศาล โชติกล่อม และ วสันต์ เวียนเสี้ยว, 2553)

1. ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder unit: FR)
2. ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (Basic Life Support unit: BLS)
3. ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (Intermediate Life Support unit: ILS)
4. ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advanced Life Support unit: ALS)

หลักเกณฑ์มาตรฐานชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน จำแนกตามประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ขอบเขตความรับผิดชอบ หรือศักยภาพในการให้ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน แต่ละประเภทมีองค์ประกอบดังนี้

1. ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder unit: FR) เป็นชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีขีดความสามารถในการประเมินและให้การปฐมพยาบาล ได้แก่ การตามกระตุก การห้ามเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นต้น และการบริหารยาสามัญประจำบ้าน รวมทั้งการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี สื่อสารประสานงานกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด และร่วมปฏิบัติงานกับหน่วยปฏิบัติการในระดับที่สูงกว่า โดยไม่มีการปฏิบัติที่จัดอยู่ในขอบเขตของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมและอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์หรือพยาบาลประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดตามที่กฎหมายกำหนดตลอดจนมีทักษะการสื่อสารและประสานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อการจัดการภาวะฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพหรือส่งกักต้อยใน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมายให้ดำเนินการอย่างเป็นทางการหรือหน่วยงานของรัฐอื่น ๆ (เช่น ตำรวจ ดับเพลิง อุทยานแห่งชาติ) หรือองค์กรอื่นที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติรับรองโดยขึ้นทะเบียนกับสำนักระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสามารถปฏิบัติงานได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ด้านบทบาทหน้าที่ ปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานและหลักเกณฑ์ ระเบียบวิธีปฏิบัติที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติประกาศ ประเมินสถานการณ์เบื้องต้น จำแนกประเภทผู้ป่วย (Triage) ประเมินสภาพผู้ป่วยสื่อสารประสานงานและขอความช่วยเหลือเมื่อเกินขีดความสามารถ ให้การปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี ให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินขณะนำส่ง ส่งมอบผู้ป่วย ณ สถานพยาบาลตามการประสานงานกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ บันทึกรายงานการปฏิบัติงาน ทำความสะอาดรถและเก็บอุปกรณ์ หัวหน้าชุดปฏิบัติการเป็นผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder: FR) และทีมปฏิบัติการที่เป็นผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น รวมอย่างน้อย 3 คน

ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder-FR) คือ ผู้ที่สมัครใจและได้รับรองคุณสมบัติจากหน่วยงานต้นสังกัดว่ามีความเหมาะสมและได้เข้ารับการอบรมความรู้การช่วยเหลือผู้ป่วยผู้บาดเจ็บ จุดเกิดเหตุ จากทีมวิทยากรของระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินตามหลักสูตรเดิมคือ 16 ชั่วโมงหรือ 24 ชั่วโมง ในปัจจุบันแล้วได้รับการรับรองโดยขึ้นทะเบียนจากสำนักระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัด ส่วนใหญ่มาจากประชาชนทั่วไป องค์กรส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่กู้ภัย หรืออาสาสมัครกู้ภัยต่าง ๆ โดยเป็นทีมแรกที่เข้าไปดูอาการของผู้ป่วย และรายงานข้อมูลให้ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการถึงภาวะผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือ เช่น ถ้าไม่หายใจ ก็จะทำ CPR ถ้ามีอาการบาดเจ็บก็จะทำการปฐมพยาบาลตามขอบเขตที่กำหนด ในประเทศไทย มีอาสาสมัคร ชุดปฏิบัติการขั้นต้น ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมาก ครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศ โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครจะมีอาสาสมัครหน่วยแพทย์กู้ชีพจำนวนมากคอยทำหน้าที่ตรงนี้อยู่ สถาบันการฉุกเฉินแห่งชาติมีนโยบายการจัดอบรมให้มีครอบคลุมทุกพื้นที่และอบรมพื้นฐานความรู้ทุก 2 ปี โดยทีมวิทยากร โดยเนื้อหาหลักสูตรจะครอบคลุม การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น ผู้อบรมมีมาจากหลายหน่วยงาน เช่น ตำรวจจราจรโครงการพระราชดำริอาสาสมัครกู้ภัย และเจ้าหน้าที่กู้ภัย จากทั้งมูลนิธิร่วมกตัญญู และมูลนิธิปอเต็กตึ๊ง ส่วนใหญ่สามารถนำไปใช้ได้ดี แม้ว่าจะประสบปัญหาว่าอาสาสมัครบางส่วนไม่ได้ใช้ความรู้ที่เรียนมา เนื่องจากสาเหตุต่าง ๆ หรือไม่สามารนำไปใช้อย่างถูกต้อง บุคลากรกลุ่มนี้เป็นกำลังสำคัญในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่จุดเกิดเหตุ พบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุส่วนใหญ่ที่ได้รับการช่วยเหลือในระดับ Basic แล้วรีบนำส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว และถูกวิธี ผู้ได้รับบาดเจ็บจะได้ประโยชน์มากกว่ารอความช่วยเหลือระดับสูง (Advance Life Support) ซึ่งจะใช้เวลาในจุดเกิดเหตุมากกว่าด้วย โดยความช่วยเหลือระดับสูงจะเหมาะกับผู้ป่วยฉุกเฉินจากสาเหตุอื่น ๆ มากกว่า

2. **ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (Basic Life Support unit: BLS)** เป็นชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่สามารถประเมินสถานการณ์และสภาพผู้ป่วยฉุกเฉินให้การปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี สื่อสารประสานงานกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด ร่วมปฏิบัติงานกับหน่วยปฏิบัติการในระดับที่สูงกว่า และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยขึ้นทะเบียนกับสำนักระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด และสามารถปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง

ด้านบทบาทหน้าที่ ปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานและหลักเกณฑ์ ระเบียบวิธีปฏิบัติที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติประกาศ ประเมินสถานการณ์ และควบคุมสถานการณ์จนกว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมาถึง จำแนกประเภทผู้ป่วย (Triage) ประเมินสภาพผู้ป่วย รวมถึงสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท สื่อสารประสานงานไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเมื่อเกินขีดความสามารถช่วยเหลือภาวะคุกคามต่อชีวิต ได้แก่ จัดทำเปิดทางเดินหายใจ ดูดเสมหะ ใส่ Oropharyngeal Airway ห้ามเลือด ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทำการปฐมพยาบาล ทำแผล ตามกระดูก ช่วยคลอดฉุกเฉิน ยึดตรึงและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น ส่งมอบผู้ป่วย ณ สถานพยาบาลตามการประสานงานกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ บันทึกรายงานการปฏิบัติงาน ทำความสะอาดรถและเก็บอุปกรณ์หัวหน้าชุดปฏิบัติการเป็นเวชกรฉุกเฉินระดับต้น (Emergency Medical Technician-Basic: EMT-B) และทีมปฏิบัติการที่เป็นเวชกรฉุกเฉินระดับต้นหรือผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น รวมอย่างน้อย 3 คน

3. **ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (Intermediate Life Support unit: ILS)** เป็นชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่สามารถประเมินสถานการณ์และสภาพผู้ป่วยฉุกเฉินเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี ช่วยเหลือภาวะคุกคามต่อชีวิตขั้นพื้นฐาน สื่อสารประสานงานกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด และร่วมปฏิบัติงานกับหน่วยปฏิบัติการในระดับที่สูงกว่าและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยขึ้นทะเบียนกับสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสามารถปฏิบัติงานได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ด้านบทบาทหน้าที่ปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานและหลักเกณฑ์ ระเบียบวิธีปฏิบัติที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติประกาศประเมินสถานการณ์ และควบคุมสถานการณ์จนกว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมาถึงจำแนกประเภทผู้ป่วย (Triage) ประเมินสภาพผู้ป่วยขั้นต้น ประเมินสภาพผู้ป่วยในลำดับต่อมาให้การช่วยเหลือภาวะคุกคามต่อชีวิตขั้นพื้นฐาน ได้แก่ จัดทำเปิดทางเดินหายใจ ดูดเสมหะ ใส่ Oropharyngeal Airway ห้ามเลือด ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ให้อาและสารน้ำ และประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สื่อสารประสานงานไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเมื่อเกินขีดความสามารถทำการปฐมพยาบาล ทำแผล ตามกระดูก ช่วยคลอดฉุกเฉิน ยึดตรึงและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ส่งมอบผู้ป่วย ณ สถานพยาบาลตามการประสานงานกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ บันทึกรายงานการปฏิบัติงานทำความสะอาดรถและเก็บอุปกรณ์ หัวหน้าชุดปฏิบัติการเป็นเวชกรฉุกเฉินระดับกลาง (Emergency Medical Technician Intermediate: EMT-I) และทีมปฏิบัติการที่เป็นเวชกรฉุกเฉิน ระดับกลาง เวชกรฉุกเฉินระดับต้น หรือผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น รวมอย่างน้อย 3 คน

4. **ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advanced Life Support unit: ALS)** เป็นชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่สามารถประเมินสถานการณ์และสภาพผู้ป่วยฉุกเฉิน เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี ช่วยเหลือภาวะคุกคามต่อชีวิตขั้นสูง สื่อสารประสานงานกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด และร่วมปฏิบัติกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยขึ้นทะเบียนกับสำนักกระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด สามารถปฏิบัติงานได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ด้านบทบาทหน้าที่ปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานและหลักเกณฑ์ ระเบียบวิธีปฏิบัติที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติประกาศ ประเมินสถานการณ์และควบคุมสถานการณ์จนกว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมาถึงจำแนกประเภทผู้ป่วย (Triage) ประเมินสภาพผู้ป่วยขั้นต้น ประเมินสภาพผู้ป่วยในลำดับต่อมา ให้การช่วยเหลือภาวะคุกคามต่อชีวิตขั้นสูง ได้แก่ ดูดเสมหะ จัดท่าเปิดทางเดินหายใจ ใส่ Oropharyngeal Airway ใส่ท่อช่วยหายใจ ห้ามเลือด ให้ยาและสารน้ำ เป็นต้น ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สื่อสารประสานงานไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเมื่อเกินขีดความสามารถ ทำการปฐมพยาบาล ทำแผล ตามกระดูก ช่วยคลอดฉุกเฉิน ยึดตรึงและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ส่งมอบผู้ป่วย ณ สถานพยาบาล ตามการประสานงานกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ บันทึกรายงานการปฏิบัติงานทำความสะอาดและเก็บอุปกรณ์ หัวหน้าชุดปฏิบัติการเป็นเวชกรฉุกเฉินระดับสูง (Emergency Medical Technician-Paramedic: EMT-P) หรือพยาบาลกู้ชีพ (Pre Hospital Emergency Nurse: PHEN) หรือ แพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Physician: EP) หรือ แพทย์ (Physician) และทีมปฏิบัติการที่เป็นเวชกรฉุกเฉินระดับกลาง เวชกรฉุกเฉินระดับต้น หรือผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น รวมอย่างน้อย 3 คน

### 2.3.4 มาตรฐานพาหนะใช้เพื่อการลำเลียงหรือขนส่ง

เพื่อให้การลำเลียงหรือขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉินจากจุดเกิดเหตุ หรือจากสถานที่ให้การบำบัดรักษาพยาบาลเบื้องต้นนอกสถานพยาบาลมายังสถานพยาบาลอย่างรวดเร็วและปลอดภัย โดยระหว่างการลำเลียงหรือขนส่งนั้น ผู้ป่วยฉุกเฉินจะได้รับการดูแล บำบัดรักษา ตามขอบเขตความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ จนเต็มขีดความสามารถอันจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน พาหนะเพื่อการลำเลียงหรือขนส่งของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินในพื้นที่ปฏิบัติการทางบกให้ใช้ “รถปฏิบัติการฉุกเฉิน” (Emergency Medical Service Ambulance: EMS Ambulance) โดยเป็นรถยนต์ที่ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการลำเลียงหรือขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน ยานพาหนะดังกล่าวให้แสดงสัญลักษณ์บ่งบอกการเป็นรถปฏิบัติการฉุกเฉินตามที่กำหนดไว้ในส่วนของมาตรฐานการแสดงสัญลักษณ์และเครื่องหมาย โดยหน่วยปฏิบัติการมีหน้าที่ในการตรวจดูแลบำรุงรักษาให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานเสมอ

รถยนต์ที่นำมาใช้เป็นรถปฏิบัติการฉุกเฉิน จะต้องผ่านการจดทะเบียนรถ ตรวจสอบสภาพรถต่อใบอนุญาตประจำปีของกรมการขนส่งทางบก มีการประกันภัยตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกำหนดผู้ขับพาหนะ



ฉุกเฉินจะต้องได้รับอนุญาตให้นำรถปฏิบัติการฉุกเฉินมาใช้ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจาก “ชุดปฏิบัติการ” อย่างถูกต้อง รวมทั้งมีใบอนุญาตขับซึ่งรถที่ถูกต้อง รถปฏิบัติการฉุกเฉินนั้นจะต้องมีข้อกำหนดมาตรฐานตามลักษณะการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินดังนี้รถปฏิบัติการฉุกเฉินสำหรับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น รถปฏิบัติการฉุกเฉินสำหรับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง นอกจากนี้การลำเลียงทางอากาศและทางน้ำเป็นบริการหนึ่งของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ประชาชนสามารถใช้บริการได้เมื่อจำเป็นโดยติดต่อผ่านระบบ 1669 รถปฏิบัติการฉุกเฉิน สำหรับสนับสนุนการปฏิบัติการฉุกเฉิน (ไพศาล โชติกล่อมและวสันต์ เวียนเสี้ยว, 2553)

### 2.3.5 มาตรฐานด้านอุปกรณ์สารสนเทศและการสื่อสาร

เพื่อให้การติดต่อสื่อสารสามารถดำเนินการได้มีประสิทธิภาพ ซึ่งถือเป็นหัวใจหลักอย่างหนึ่งในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน เนื่องจากการรับแจ้งเหตุของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจากผู้ประสบเหตุหรือตัวผู้ป่วยฉุกเฉินเองจะทำให้ผู้ปฏิบัติการสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ การแจ้งเหตุที่ถูกต้อง ครบถ้วน กระชับ ทำให้การตัดสินใจของหัวหน้าศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในการประสานงานส่งชุดปฏิบัติการให้ออกปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นไปได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว แม้ว่าในปัจจุบันอุปกรณ์สื่อสารที่ใช้กันอย่างแพร่หลายจะมีการพึ่งพาระบบเครือข่ายโทรศัพท์โดยเฉพาะระบบโทรศัพท์เคลื่อนที่ แต่ระบบโทรศัพท์พื้นฐานและระบบวิทยุสื่อสารต่าง ๆ ก็ยังมีความจำเป็นในกรณีเมื่อเหตุที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเหตุการณ์ที่เป็นสาธารณภัยขนาดใหญ่ โทรศัพท์ระบบต่าง ๆ อาจไม่สามารถรองรับการใช้งานหรือไม่สามารถให้บริการได้

นอกจากนี้ ควรพิจารณาถึงสถานที่ที่จัดเป็นศูนย์สื่อสารและสั่งการ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการต้องมีพื้นที่เฉพาะเพียงพอสำหรับปฏิบัติการ และจัดวางอุปกรณ์ต่าง ๆ ควรมีผนังกันเสียงจากภายนอก เข้ารบกวน มีระบบไฟฟ้าและไฟฟ้าสำรองที่เหมาะสมกับการปฏิบัติการตลอด 24 ชั่วโมงและระบบการสื่อสารของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (ระดับจังหวัด) ต้องมีระบบโทรศัพท์พื้นฐาน หมายเลขโทรศัพท์พื้นฐานจำนวนไม่น้อยกว่า 2 คู่สาย และจะต้องทำการจัดทำหมายเลขกลุ่ม (Hunting Group) โดยใช้เลขนำกลุ่ม 1669 โดยทำการประสานกับบริษัทผู้ให้บริการโทรศัพท์เคลื่อนที่ในแต่ละพื้นที่ในการโอนสายเรียกเข้า 1669 จากโทรศัพท์ทุกระบบที่มีการโทรที่มีต้นทางจากภายในจังหวัดด้วยหมายเลข 1669 ให้มาติดที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ระบบโทรศัพท์จะต้องแสดงหมายเลขที่เรียกเข้า และหากใช้ผู้สาขาโทรศัพท์ก็จะต้องสามารถแสดงเลขหมายของผู้แจ้งเหตุ และสามารถจัดทำรายงานการใช้โทรศัพท์ เพื่อตรวจสอบในภายหลังได้ นอกจากนี้ ควรติดตั้งเครื่องบันทึกเสียงสนทนาโทรศัพท์ที่รับแจ้งเหตุไว้กับหมายเลขที่รับแจ้งเหตุและสั่งการระบบสื่อสาร เครื่องวิทยุโทรคมนาคมสำหรับสถานีฐาน (Base Station) มีกำลังรับ-ส่งไม่เกิน 44 Watt มีสายต่อกับเสารับ-ส่งสัญญาณ เครื่องวิทยุโทรคมนาคมชนิดมือถือ (Handheld Portable station) มีกำลังรับ-ส่งไม่เกิน 5 Watt สำหรับให้ผู้ใช้บริการ ประสานงานเหตุการณ์ นำไปใช้ในการติดต่อ

ประสานงานกับศูนย์สื่อสารสั่งการ เครื่องวิทยุโทรคมนาคมผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (E-Radio) เพื่อเชื่อม การติดต่อประสานงานระบบวิทยุสื่อสารโดยใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ต ผ่านเครื่องคอมพิวเตอร์ที่อยู่ในศูนย์ รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด เครื่องคอมพิวเตอร์และระบบเครือข่าย (LAN) และระบบอินเทอร์เน็ต เพื่อ สืบค้นข้อมูลติดต่อประสานงานระหว่างเครื่องคอมพิวเตอร์ภายในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด เครื่องโทรสาร เพื่อใช้ในการรับ ส่งข้อมูลเอกสาร ระหว่างศูนย์รับแจ้งเหตุ และสั่งการกับหน่วยงานอื่น ๆ เครื่องรับวิทยุและโทรทัศน์ เพื่อติดตามสถานการณ์จากสถานีวิทยุ AM และ FM และสถานีโทรทัศน์ทุก ช่อง ทั้งในประเทศและต่างประเทศ (ไพศาล โชติกล่อมและวสันต์ เวียนเสี้ยว, 2553)

### 2.3.6 การแจ้งขอความช่วยเหลือ

การแจ้งขอความช่วยเหลือใช้เบอร์ฉุกเฉิน 1669 พร้อมใช้เบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาลที่ใกล้ที่ เกิดเหตุหรือศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด เมื่อเกิดเหตุแจ้งข้อมูล ดังนี้ เกิดเหตุอะไร สถานที่ เกิดเหตุ จำนวนผู้บาดเจ็บ อาการผู้บาดเจ็บ ผู้ป่วย และชื่อผู้แจ้ง เบอร์ผู้แจ้งเพื่อติดต่อกลับและมีทีม ช่วยเหลืออยู่หรือไม่ระหว่างรอทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน ให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ จนกว่าทีมจะมาถึงที่เกิด เหตุ (ไพศาล โชติกล่อมและวสันต์ เวียนเสี้ยว, 2553)

### 2.3.7 ลักษณะการทำงานของระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน

ลักษณะการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 6 ระยะ ได้ดังนี้ (ไพศาล โชติกล่อมและวสันต์ เวียนเสี้ยว, 2553)

1. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) เป็นการทำให้มีผู้ที่มีความรู้ในการตัดสินใจ แจ้งเหตุเมื่อพบเหตุ ซึ่งผู้นั้นอาจเป็นผู้เจ็บป่วยเองหรือคนข้างเคียงจะสามารถทำให้กระบวนการช่วยเหลือ มาถึงได้รวดเร็ว

2. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็ว โดยระบบการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ และมีหมายเลขที่จำได้ง่าย เป็นการเข้าไปสู่การช่วยเหลือที่เป็นระบบโดย ผู้แจ้งเหตุมีความรู้ ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความสามารถในการให้การดูแลขั้นต้นตามความเหมาะสม

3. การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) หน่วยปฏิบัติการซึ่งโดยทั่วไป จะแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับ Advanced Life Support กับระดับ Basic Life Support จะต้องมีความ พร้อมเสมอที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่ง และจะต้องมีมาตรฐานกำหนดระยะเวลาในการออกตัว ระยะเวลาเดินทาง โดยศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยกกระตือรือร้นหรือความต้องการของเหตุและ สั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

4. การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) หน่วยปฏิบัติการจะทำการ ประเมินสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของตน และคณะประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเพื่อให้การดูแลรักษา

ตามความเหมาะสมและให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ควบคุมระบบ โดยมีหลักในการดูแลรักษาว่าจะไม่เสียเวลา ณ จุดที่เกิดเหตุจนจนเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย กล่าวคือ ในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะเน้นความรวดเร็วในการนำส่งมากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉิน

5. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) หลักที่สำคัญยิ่งในการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยเจ็บป่วย คือ การไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้ป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีมาเป็นอย่างดี ในขณะที่ขนย้ายจะต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วยเจ็บป่วยเป็นระยะ ๆ ปฏิบัติการบางอย่างอาจกระทำบนรถในขณะที่ลำเลียงนำส่งได้ เช่น การให้สารน้ำ การตามสวนที่มีความสำคัญ

6. การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care) มีผลต่อผู้ป่วย การนำส่งจะต้องใช้ดุลยพินิจว่าโรงพยาบาลที่จะนำส่งสามารถรักษาผู้ป่วยรายนั้น ๆ ได้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยเพราะความไม่พร้อมของสถานพยาบาลจะทำให้เกิดการเสียชีวิตพิการ หรือปัญหาในการรักษาพยาบาล

### 2.3.8 เกณฑ์การพิจารณาในการออกปฏิบัติการ

เมื่อได้รับการแจ้งเหตุจากประชาชน ผู้ประสบอุบัติเหตุ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผ่านทางระบบสื่อสารต่าง ๆ จะมีการซักถามรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วย และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ในการตัดสินใจออกคำสั่ง การออกปฏิบัติการโดยมีบุคลากร และรถพยาบาลฉุกเฉินประจำตลอด 24 ชั่วโมง โดยประเมินความรุนแรงของอาการผู้บาดเจ็บเพื่อเป็นแนวทางเบื้องต้นก่อนการตัดสินใจในการออกปฏิบัติการ ดังนี้ (ไพศาล โชติกล่อมและวสันต์ เวียนเสี้ยว, 2553)

1. การเจ็บป่วยเล็กน้อย ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นที่อยู่ใกล้เคียงจะให้การช่วยเหลือและนำส่งโรงพยาบาล
2. การเจ็บป่วยฉุกเฉินปานกลาง ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลางที่อยู่ใกล้เคียงจะให้การช่วยเหลือและนำส่งโรงพยาบาล
3. การเจ็บป่วยฉุกเฉินมาก ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงจะปฏิบัติร่วมกับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นอย่างรีบด่วน
4. กรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินหลายรายชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันช่วยเหลือโดยศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเป็นผู้ประสานงานทีมช่วยเหลือและสถานพยาบาลที่จะรับผู้ป่วย

### 2.3.9 การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

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

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้ปฏิบัติการและชุดปฏิบัติการอย่างน้อย 2 คน ในการออกปฏิบัติการแต่ละครั้ง มีการแต่งกายตามมาตรฐานกำหนดใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองเพื่อความปลอดภัย มีอุปกรณ์สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เช่น วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ ยานพาหนะ มีอุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัย อุปกรณ์ทั่วไป อุปกรณ์ทางการแพทย์ตามมาตรฐานที่ระบุ

ขั้นตอนที่ 2 ออกปฏิบัติการเมื่อได้รับการร้องขอจากประชาชนทั่วไป ตำรวจ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งออกปฏิบัติหน้าที่พร้อมยานพาหนะทันทีเมื่อได้รับแจ้งหรือประสานงานด้วยความระมัดระวัง โดยมีการแจ้งศูนย์สั่งการก่อนทุกครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินสถานการณ์และจุดเกิดเหตุซึ่งต้องทำเป็นสิ่งแรก วัตถุประสงค์ เพื่อความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติ ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์และผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน และเพื่อวางแผนเตรียมการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ หลักสำคัญของการประเมินสถานการณ์ ณ จุดเกิดเหตุ ได้แก่ การใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง เช่น ถุงมือ แวนตา ผ้าปิดปาก การประเมินความปลอดภัยของสถานที่เกิดเหตุ การประเมินหลักการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน การประเมินจำนวนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน และการขอแหล่งสนับสนุนเพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินสภาวะการเจ็บป่วย การประเมินสภาพผู้ป่วยผู้บาดเจ็บ เป็นกิจกรรมการปฏิบัติที่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ต้องทำทุกครั้งก่อนช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ และต้องมีการประเมินตามความหมายของผู้ปฏิบัติการ สำหรับหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder) มี 2 ลักษณะการประเมินเบื้องต้น (Initial Assessment) เป็นการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นขั้นต้นทันทีไม่เกิน 60 วินาที เพื่อดูภาวะคุกคามชีวิตโดยประเมินระบบที่สำคัญ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิตและระบบประสาท โดยมีขั้นตอนในการปฏิบัติ ดังนี้

1. การลงความเห็นการเจ็บป่วย (General Impression) โดยการประเมินสภาพแวดล้อมและอาการสำคัญของผู้ป่วยโดยเร็วแยกให้ได้ว่าเป็นการเจ็บป่วยทั่วไปหรือได้รับบาดเจ็บ เพศ อายุ
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้บาดเจ็บ โดยการเรียกผู้บาดเจ็บถ้าผู้บาดเจ็บไม่รู้สีกตัวหรือพูดคุยสับสน ไม่สามารถบอกรายละเอียดของการบาดเจ็บได้ให้สงสัยว่ามีการบาดเจ็บที่ศีรษะหรือสมอง และต้องประเมินการหายใจต่อ
3. ประเมินทางเดินหายใจเป็น การประเมินทางเดินหายใจว่ามีสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจหรือไม่ ซึ่งสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจนั้น ได้แก่ ลิ้นของผู้บาดเจ็บ ฟันปลอม เลือด และเศษอาหาร กรณีที่ผู้บาดเจ็บ

ไม่รู้สีกตัวผู้ปฐมพยาบาลต้องป้องกันภาวะทางเดินหายใจถูกอุดกั้นและช่วยเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง โดยใช้มือทั้งสองข้างยกขากรรไกรล่างขึ้น

4. ประเมินการหายใจโดยการสังเกตดูการกระเพื่อมขึ้นลงของทรวงอก การหายใจเร็วหรือช้ากว่าปกติหรือไม่มีบาดแผลเปิดบริเวณทรวงอกหรือไม่

5. ประเมินการไหลเวียนเลือด สามารถประเมินได้จากการจับชีพจรที่ข้อมือ (Radial Pulse) ถ้าไม่พบให้คลำหลอดเลือดแดงใหญ่ข้างคอ (Carotid artery) การจับชีพจรจะดูความแรงและความสม่ำเสมอของชีพจร

6. ประเมินภาวะช็อคจากอาการแสดงของผู้บาดเจ็บคืออาการกระสับกระส่ายผิวหนังซีดเย็น ชีพจรเบาเร็ว หรือไม่สามารถจับชีพจรได้ ถ้าหากภาวะช็อครุนแรงผู้บาดเจ็บจะมีอาการซีดลง ไม่รู้สึกตัว ปลายมือปลายเท้ามีสีคล้ำขึ้นและเย็นหัวใจหยุดเต้นและหยุดหายใจ

7. ประเมินการหักของกระดูก ในผู้บาดเจ็บที่มีกระดูกหักจะพบว่า อวัยวะนั้น ๆ จะผิดรูป มีเสียงดังกรูกรับ ปวด และมีอาการบวม กดเจ็บ นอกจากนี้อาจพบว่ามีแผลเปิดและมีกระดูกแทงออกมาข้างนอก

8. ประเมินดูบาดแผล ลักษณะและขนาดของบาดแผล จำนวนเลือดออกและมีอวัยวะภายในยื่นออกมาหรือไม่

9. การประเมินความรุนแรงของการป่วยฉุกเฉิน/บาดเจ็บเนื่องจากผู้บาดเจ็บจะมีความรุนแรงต่างกัน ผู้ปฐมพยาบาลต้องสามารถประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บได้ เพื่อพิจารณาให้การปฐมพยาบาลตามลำดับความรุนแรงการประเมินความรุนแรงของผู้บาดเจ็บได้ ดังนี้

9.1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้แก่ผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยกะทันหันมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีหรือช่วยเหลืออย่างรีบด่วนเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาท ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตหรือพิการอย่างถาวร ผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้สัญลักษณ์สีแดง

9.2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนได้แก่ผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในเวลาไม่กี่ชั่วโมงหรือเป็นภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือโดยเร็วจัดเป็นอันดับรองจากกลุ่มแรกใช้สัญลักษณ์สีเหลือง

9.3 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงได้แก่ผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรงอาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในระยะหนึ่งหรือเดินทางไปปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเอง แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ กลุ่มนี้ใช้สัญลักษณ์สีเขียว

9.4 ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (ผู้ป่วยทั่วไป) ได้แก่ บุคคลที่เจ็บป่วยแต่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งอาจรอรับหรือเลือกสรรการบริการสาธารณสุขในเวลาทำการตามปกติได้โดยไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้นหรือภาวะแทรกซ้อนตามมาใช้สัญลักษณ์สีขา

9.5 ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่นได้แก่บุคคลซึ่งมารับบริการรับบริการสาธารณสุขหรือบริการเพื่อผู้อื่นโดยมากจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรใช้สัญลักษณ์สีดำ

ขั้นตอนที่ 5 แจ้งอาการการเจ็บป่วยสถานการณ์ ต่อศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (1669) การแจ้งอาการความเจ็บป่วยมายังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หลังจากที่ประเมินการเจ็บป่วยว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยอย่างไรแจ้งความพร้อมศักยภาพของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินและขอกำลังสนับสนุนเพื่อการตัดสินใจจัดส่งชุดปฏิบัติการที่เหมาะสมหรือกำลังสนับสนุน

ขั้นตอนที่ 6 ให้การปฐมพยาบาลตามสภาวะของผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บที่ประเมินได้ การให้การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ หรือการปฐมพยาบาลตามอาการเจ็บป่วยที่ประเมินได้

จากแนวทางการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า มีการดำเนินงานตามขั้นตอนอย่างมีระบบและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจุดประสงค์และมีวิสัยทัศน์เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินทุกคนในประเทศไทยได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาตรฐานมีประสิทธิภาพอย่างรวดเร็วเกิดความปลอดภัยลดความรุนแรงลดภาวะเสี่ยงต่อความพิการและเสียชีวิต

## 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ศึกษา ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ดังนี้

**สุพรรณวดี ภิญโญ และคณะ (2554)** ศึกษาการรับรู้และความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี พบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีการเรียกใช้บริการผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการด้วย หมายเลข 1669 เพียงร้อยละ 30 สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนในพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี ยังไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แม้ว่าผู้ป่วยและญาติจะให้ความสำคัญกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินรับรู้ว่าการนำส่งจะมีความปลอดภัยมากกว่าได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นที่เหมาะสมและสามารถเรียกใช้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง แต่ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ทราบว่าเป็นการบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่าย ไม่แน่ใจว่าระบบสามารถให้บริการได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ไม่มั่นใจถึงความรวดเร็วในการให้บริการและขาดข้อมูลการติดต่อเรียกใช้บริการจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ ดังนั้น ควรจะมีการประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น เพื่อให้ประชาชนรับรู้ข้อมูลและเข้าถึงช่องทางการเรียกใช้บริการเปลี่ยน

ทัศนคติความเชื่อที่มีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อีกทั้ง ประชาชนยังมีความคาดหวังในการใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินว่า เจ้าหน้าที่ที่ทีมบุคลากรจะมีความสามารถในการช่วยชีวิตเบื้องต้นขณะนำส่งและนำส่ง โรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัย ไม่มีอาการแทรกซ้อนหรือความผิดปกติที่มีสาเหตุมาจากการนำส่ง โรงพยาบาล ประชาชนได้รับการบริการที่มีมาตรฐาน ได้รับความสะดวกรวดเร็ว ดังนั้นการจัดอบรมให้ทีม บุคลากรในหน่วยงานให้มีความรู้ความสามารถในการช่วยชีวิตเบื้องต้นจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อประโยชน์ของ ผู้ใช้บริการ ลดความเสี่ยงที่จะเกิดการเสียชีวิตและความพิการระหว่างการนำส่ง

**จารุณี สุธีร์, สุรชา อมรพันธ์ และนิพนธ์ มานะสถิตพงศ์ (2555)** ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพ ระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น พัฒนาและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และแบบประเมินคุณภาพการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินในการ ปฏิบัติการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการเก็บข้อมูลก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา ผลการศึกษา พบว่า ด้านความรู้ ด้านเจตคติและด้านการปฏิบัติงาน การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิด เหตุของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น หลังการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติการ ฉุกเฉินเบื้องต้นมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง และมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

**ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล และคณะ (2555)** ได้ศึกษาสาเหตุของการไม่เรียกใช้บริการแพทย์ ฉุกเฉินของผู้มาใช้บริการในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ โดยพบว่า ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่มีรถส่วนตัว สามารถมาโรงพยาบาลเองได้ แม้ว่าจะรู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การขาดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากบางรายที่มาด้วยรถส่วนตัวถูก คัดแยกเป็นผู้ป่วยระดับที่ 1 (Resuscitation) และระดับที่ 2 (Emergency) ซึ่งเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงหาก ไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที บางรายไม่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ทราบว่าจะติดต่ออย่างไร อาจจะเป็นเพราะการประชาสัมพันธ์ยังไม่เพียงพอบางรายอยู่ในภาวะตกใจทำให้ไม่ได้นึกถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉินบางรายเห็นว่าการบาดเจ็บของตนเองนั้นไม่ฉุกเฉิน หรือเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องเรียกใช้บริการและบางรายไม่ไว้วางใจในระบบบริการ เนื่องจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินมี หลายระดับตั้งแต่อาสาสมัครจนถึงทีมเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญ ดังนั้น การได้รับการยอมรับและความ ไว้วางใจจากประชาชนในบริการทุกระดับจึงเป็นไปได้ยาก ต้องใช้ระบบในการควบคุมคุณภาพไม่ว่าจะเป็น การอบรมเจ้าหน้าที่ทั้งความรู้และพฤติกรรมบริการ ระบบการสุ่มตรวจขณะปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนไว้วางใจ สำหรับผู้ที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นญาติ คนรู้จัก ตำรวจ หรือผู้พบเห็นที่บังเอิญผ่านมาให้ข้อมูลสื่อจากป้ายโฆษณา ป้ายข้างทาง โทรทัศน์และวิทยุ ทำให้พวกเขา รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินและสามารถเรียกใช้บริการได้ ดังนั้น ควรมีการเพิ่มการประชาสัมพันธ์สื่อ เหล่านี้ อีกทั้งยังเสนอแนะว่า ควรมีหมายเลขโทรศัพท์ 1669 บนบัตรประจำตัวประชาชน เพราะเป็นบัตร ที่พกติดตัวตลอดเวลาและสามารถนำมาใช้ในสถานการณ์ฉุกเฉินได้

**จารุวรรณ ธาตาเดช (2557)** ได้ทำการศึกษาการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินของไทย สรุปได้ว่า จุดเด่นของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คือการพัฒนาอย่างไม่หยุดนิ่ง ดำเนินการแบบค่อยเป็นค่อยไป เข้าถึงบริการฟรีเกือบทั้งหมด โดยรัฐสนับสนุนด้วยกลไก นโยบายด้านกฎหมายและการเงินการคลังในระดับมหภาค อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินนโยบายที่ฝ่าม้ายังพบปัญหาอุปสรรค เช่น หน่วยกู้ชีพยังมีปัญหาในด้านคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการประชาชนเกิดความสับสนกับหมายเลขเรียกบริการกู้ชีพที่มีมากกว่า 5 หมายเลข การบริการฉุกเฉินก่อนโรงพยาบาลยังเป็น Multiple tires system ซึ่งต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้วที่มักจะเป็น Single tires system การจัดทำมาตรฐานการบริการ ทั้งยานพาหนะ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ ยังไม่พบหลักฐานการตรวจสอบคุณภาพ และที่สำคัญมีข้อจำกัดด้านข้อมูลสารสนเทศและงานวิจัยเชิงระบบเป็นอย่างมาก ทำให้ขาดข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนนโยบายเพื่อควบคุมกำกับและติดตามคุณภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

**กิตติพงษ์ พลเสน และคณะ (2559)** ได้ทำการศึกษาและสำรวจแล้วพบว่า ผู้ป่วยที่บ้านมีรถยนต์รถจักรยานยนต์ จะมีโอกาสไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มี มากเป็น 1.8 เท่า และเมื่อพิจารณาเหตุผลของการไม่ใช้บริการ พบว่า ร้อยละ 76.0 ระบุว่ามาด้วยรถส่วนตัว สะดวกกว่า รวมไปถึงเหตุผลต่อมาที่ระบุว่าเป็นช่วงภาวะคับขัน ตกใจ ไม่นึกถึงโรงพยาบาลหรือเหตุผลไม่ยอมเสียเวลารอ รวมทั้งการสำรวจทัศนคติที่ระบุว่าไม่มีร้อยละ 78 หากมีอาการเจ็บป่วยต้องรีบมาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด จึงมีโอกาที่ผู้ป่วยกลุ่มนั้นจะเลือกมาโรงพยาบาลด้วยรถส่วนตัวเพราะสะดวกกว่าคิดว่าถึงโรงพยาบาลเร็วกว่า ดังนั้นการมีรถยนต์และรถจักรยานยนต์ในครอบครัวจึงเป็นอุปสรรคขัดขวางในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอีกประการหนึ่งซึ่งอาจมาจากการไม่รู้ผลเสียหรือภาวะคุกคามที่จะเกิดขึ้นหากนำส่งผู้ป่วยผิดวิธีที่เสี่ยงต่อการเกิดความพิการหรือเสียชีวิตในระหว่างนำส่งจากการขาดออกซิเจนหรือการช่วยฟื้นคืนชีพที่ถูกต้อง อีกทั้งไม่รู้ผล ประโยชน์ที่เกิดขึ้นหากเรียนใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงทำให้ตัดสินใจมาด้วยตนเอง

**วิไลภรณ์ ศิริกา, ศศิธร พิมพ์ขายน้อย และทิพานัน นามวิจิตร (2559)** ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือน จำนวน 203 คน โดยอาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือนส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้และทักษะในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุก่อนดำเนินการอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 55.7 คะแนนเฉลี่ย 11.9/20 คะแนน หลังดำเนินการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.2 คะแนนเฉลี่ย 16.1/20 คะแนน โดยก่อนดำเนินการมีจำนวนการให้บริการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (หน่วยกู้ชีพ) เฉลี่ย 24 ครั้งต่อเดือน การแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669 ร้อยละ 81.1 หลังดำเนินการมีจำนวนการให้บริการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (หน่วยกู้ชีพ) เฉลี่ย 38 ครั้งต่อเดือน การแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669 ร้อยละ 98.2 ตามลำดับ



**รัชชัย อามาทยบัณฑิต (2560)** ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ผลจากการสังเคราะห์งานวิจัย 31 เรื่อง พบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียกใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยเร่งด่วน ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้อง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้และการมีพาหนะส่วนตัวและปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติการเรียกใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยเร่งด่วน ได้แก่ การเคยใช้บริการฉุกเฉิน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้บริการ การเข้าถึงข้อมูลบริการ ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยเร่งด่วนที่ต้องใช้บริการและความเชื่อมั่นในตัวเองต่อการใช้บริการ

**แสงอาทิตย์ วิชัยยา (2561)** ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤติในโรงพยาบาลต่าง พบว่า ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤติมีการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในอัตราที่ต่ำ ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ประโยชน์คือ ควรประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยทราบตั้งแต่การรับรู้ถึงอาการภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติที่ต้องใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การปรับทัศนคติการรับรู้อุปสรรคที่ถูกต้อง รวมทั้งสื่อสารขั้นตอนการให้บริการ การเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการใช้บริการกับไม่ใช้บริการและควรมีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการติดต่อสื่อสาร รวมทั้งควรมีการสร้างชุมชนสื่อสารออนไลน์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการในระดับชุมชนระหว่างผู้ให้บริการและประชาชนในพื้นที่

**ยุภาวดี คงดำ (2562)** ได้ทำการศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาพบว่าผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน รู้ว่าหน่วยงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดพัทลุงมีความพร้อมครบถ้วนมากที่สุดด้านยานพาหนะ วัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ และด้านนโยบายและการบริหารจัดการ ร้อยละ 100 การรับรู้การปฏิบัติงานตามระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด พิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินมีการรับรู้ด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ การรับรู้ระดับมากด้านการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ และด้านการรับแจ้งเหตุและคำสั่งปฏิบัติ ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้การปฏิบัติงานตามระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดพัทลุงมีการรับรู้การปฏิบัติตามระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานในเทศบาลมีการรับรู้ด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมแตกต่างจากผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานในองค์กรบริหารส่วนตำบลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุรภา ขุนทองแก้ว (2562) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดราชบุรี พบว่า การที่ประชาชนเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้น การรับรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งสำคัญ หน่วยกู้ชีพทุกแห่งต้องมีการประชาสัมพันธ์และสร้างความไว้วางใจในบริการของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพราะผู้ป่วยจะตัดสินใจเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจากสิ่งที่ได้รับรู้ นอกจากนี้ยังพบว่า ความคาดหวังผลจากบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้ผู้ป่วยเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หน่วยกู้ชีพทุกแห่งต้องมีการสร้างระบบความมั่นใจเพราะหากศักยภาพของบุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์รวมถึงระบบบริการที่ดีจะสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

## 2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กระบวนการวิจัยและการพัฒนาร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วม แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล โดยประเมินความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่อื่นต่อไป

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนาชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563

#### 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ตำบลต่าง ๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 204 ตำบล จาก 25 อำเภอ (สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่, 2562)

**กลุ่มตัวอย่าง** ประกอบด้วยผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน จำนวน 308 คน จากพื้นที่ 6 อำเภอที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ (ตารางที่ 2) คัดเลือกเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

1. ชายหรือหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
3. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่ในระดับตำบล

อำเภอในสาย	อำเภอ	ตำบล	จำนวน (คน)
สายเหนือ	อำเภอแม่เมาะ	ตำบลท่าตอน	56
	อำเภอพร้าว	ตำบลเวียง	54
สายกลาง	อำเภอสันกำแพง	ตำบลแม่ปูคา	51
	อำเภอหางดง	ตำบลบ้านแหวน	46
สายใต้	อำเภออมก๋อย	ตำบลอมก๋อย	50
	อำเภอฮอด	ตำบลบ่อสสี	51
รวม			308

### 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน (ภาคผนวก ข) คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ บทบาทในชุมชน ประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ 1) การประเมินสถานการณ์ 2) การประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้น 3) การเตรียมอุปกรณ์สำหรับการห้ามเลือดและทำแผล 4) การเตรียมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง 5) การปฏิบัติกรห้ามเลือด และ 6) การดูแลบาดแผลเฉพาะ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ ก ข ค และ ง เกณฑ์การพิจารณาคะแนนคือ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 2 แบบ ดังนี้

1) คะแนนดิบความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	0 – 7	หมายถึง	มีความรู้และทักษะในระดับต่ำ
คะแนน	8 – 14	หมายถึง	มีความรู้และทักษะในระดับปานกลาง
คะแนน	15 – 20	หมายถึง	มีความรู้และทักษะในระดับสูง

2) คะแนนเฉลี่ยของภาพรวมความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

$$\text{ช่วงชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\text{ช่วงชั้น} = \frac{20 - 0}{3} = 6.66$$

ค่าเฉลี่ย	0.00 – 6.66	หมายถึง	มีความรู้และทักษะในระดับน้อย/ต่ำ
ค่าเฉลี่ย	6.67 – 13.32	หมายถึง	มีความรู้และทักษะในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	13.33 – 20.00	หมายถึง	มีความรู้และทักษะในระดับมาก/สูง

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผน 3) การมีส่วนร่วม

ร่วมในการดำเนินงาน/ทำกิจกรรม และ 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลและการนำไปใช้ประโยชน์ จำนวนรวมทั้งหมด 14 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน	1	หมายถึง	มีส่วนร่วมน้อยที่สุด
คะแนน	2	หมายถึง	มีส่วนร่วมน้อย
คะแนน	3	หมายถึง	มีส่วนร่วมปานกลาง
คะแนน	4	หมายถึง	มีส่วนร่วมมาก
คะแนน	5	หมายถึง	มีส่วนร่วมมากที่สุด

การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

$$\text{ช่วงชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\text{ช่วงชั้น} = \frac{5 - 1}{5} = 0.80$$

คะแนนเฉลี่ย	4.21 – 5.00	หมายถึง	มีส่วนร่วมในระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	3.41 – 4.20	หมายถึง	มีส่วนร่วมในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย	2.61 – 3.40	หมายถึง	มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.81 – 2.60	หมายถึง	มีส่วนร่วมในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.80	หมายถึง	มีส่วนร่วมในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	1	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อยที่สุด
คะแนน	2	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อย
คะแนน	3	หมายถึง	มีความพึงพอใจปานกลาง
คะแนน	4	หมายถึง	มีความพึงพอใจมาก
คะแนน	5	หมายถึง	มีความพึงพอใจมากที่สุด

การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

$$\text{ช่วงชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\text{ช่วงชั้น} = \frac{5 - 1}{5} = 0.80$$

คะแนน	4.21 – 5.00	หมายถึง	มีความพึงพอใจมากที่สุด
คะแนน	3.41 – 4.20	หมายถึง	มีความพึงพอใจมาก
คะแนน	2.61 – 3.40	หมายถึง	มีความพึงพอใจปานกลาง
คะแนน	1.81 – 2.60	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อย
คะแนน	1.00 – 1.80	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

### 3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ และชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านชุมชน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จำนวน 2 ท่าน (ภาคผนวก ก) ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา ความเหมาะสมของกิจกรรมการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของการนำไปใช้ จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

### 3.4 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างวิจัยขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (เลขที่ 09/2563) หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มเป้าหมายตามคุณสมบัติที่กำหนดเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนในการศึกษาและรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระและมีเวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย หากยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มการวิจัย (ภาคผนวก ค) ซึ่งในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการจะถอนตัวออกจากงานวิจัยก่อนที่การดำเนินการจะสิ้นสุดก็สามารถกระทำได้ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใด ๆ

### 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลการวิจัย ตามขั้นตอนดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการและวางแผน** ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้เริ่มกระบวนการวางแผนและเตรียมการ โดยเฉพาะการดำเนินการด้านการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1.1 พัฒนาโครงร่างวิจัยเพื่อขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

1.2 ทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดถึงนายอำเภอและนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ความสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การจัดกิจกรรมมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ รวมถึงการขอความร่วมมือในการทำวิจัย และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยในพื้นที่ทั้ง 6 อำเภอ

1.3 ผู้วิจัยประชุมวางแผนงานร่วมกับผู้ช่วยวิจัย เพื่อวางแผนการดำเนินงานการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และจัดเตรียมสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดำเนินกิจกรรม

2. **ขั้นดำเนินการวิจัย** แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

#### ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

2.1.1 ผู้วิจัยศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับแนวคิดการมีส่วนร่วม การอบรมหลักสูตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นตามเกณฑ์มาตรฐานของคณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉิน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2557ข) และโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2563) เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่

2.1.2 ผู้วิจัยพัฒนาชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ และแบบสอบถามในการประเมินผลลัพธ์ในการจัดอบรมโดยใช้ชุดกิจกรรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นและความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

2.1.3 ผู้วิจัยนำชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ และแบบสอบถามที่ได้พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และนำมาปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

2.1.4 ผู้วิจัยประชุมวางแผนงานร่วมกับผู้ช่วยวิจัย เพื่อจัดหาวิทยากร และวางแผนการดำเนินตามกิจกรรมที่กำหนดไว้

## ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

2.2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือ คนในชุมชนจำนวน 308 คน จากพื้นที่ 6 ตำบล ของจังหวัดเชียงใหม่

2.2.2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมโดยนำชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้พัฒนาขึ้นไปใช้ในการให้ความรู้และฝึกทักษะคนในพื้นที่ตำบลเป้าหมาย ซึ่งในกระบวนการจัดกิจกรรมนี้ ผู้วิจัยได้ร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการจัดกิจกรรมและร่วมทำกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งการแบ่งปันประสบการณ์ในการทำงานด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำกิจกรรมกับวิทยากร นักพัฒนา และแกนนำชุมชน เพื่อก่อให้เกิดการสะท้อนคิดและอภิปราย ความคิดรวบยอด และการทดลอง/การประยุกต์แนวคิดในเหตุการณ์จำลอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถนำไปประยุกต์ใช้กรณีพบเจอผู้ป่วยฉุกเฉิน และให้การช่วยเหลือในเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยแบ่งออกเป็นสายเหนือ สายกลาง และสายใต้ ดังนี้

- 1) สายเหนือ ได้แก่ ตำบลท่าตอน อำเภอแม่เมาะ ในวันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ณ ห้องประชุม อบต.ท่าตอน ต.ท่าตอน อ.แม่เมาะ จ.เชียงใหม่ และตำบลเวียง อำเภอพร้าว ในวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ณ ห้องประชุม ทต.เวียง ต.เวียง อ.พร้าว จ.เชียงใหม่ (ภาพที่ 4 – ภาพที่ 5)









ภาพที่ 4 เวทีประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของตำบลเป้าหมายด้านการช่วยเหลือผู้ป่วย  
ฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน ห้องประชุมอบต.ท่าตอน ต.ท่าตอน อ.แม่เมาะ จ.เชียงใหม่ วันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2563









ภาพที่ 5 เวทีประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของตำบลเป้าหมายด้านการช่วยเหลือผู้ป่วย  
ฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลเวียง ต.เวียง อ.พร้าว จ.เชียงใหม่ วันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2563

2) สายกลาง ได้แก่ ตำบลแม่ปучา อำเภอสันกำแพง ในวันที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ณ ห้องประชุม รพ.สต.แม่ปучา ต.แม่ปучา อ.สันกำแพง จ. เชียงใหม่ และตำบลบ้านแหวน อำเภอหางดง ณ ศูนย์ใจโย ต.บ้านแหวน อ.หางดง จ. เชียงใหม่ (ดังภาพที่ 6 – ภาพที่ 7)













ภาพที่ 6 เวทีประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของตำบลเป้าหมายด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน  
ขั้นพื้นฐาน ณ ห้องประชุม รพ.สต.แม่ปูกา ต.แม่ปูกา อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ วันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2563





ภาพที่ 7 เวทีประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของตำบลเป้าหมายด้านการช่วยเหลือผู้ป่วย  
ฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน ณ ศูนย์โฮโย ต.บ้านแหวน อ.หางดง จ. เชียงใหม่ วันที่ 18 กันยายน 2563



3) สายใต้ ได้แก่ ตำบลอมก๋อย อำเภออมก๋อย ในวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ณ คริสตจักรบ้านตุงลอย ต.อมก๋อย อ.อมก๋อย จ.เชียงใหม่ และตำบลบ่อสลี อำเภอสอด ในวันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ณ ห้องประชุม อบต.บ่อสลี ต.บ่อสลี อ.สอด จ.เชียงใหม่ (ดังภาพที่ 8 – ภาพที่ 9)







ภาพที่ 8 เวทีประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของตำบลเป้าหมายด้านการช่วยเหลือผู้ป่วย  
ฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน ณ คริสตจักรบ้านตุลลอย ต.อมก๋อย อ.อมก๋อย จ.เชียงใหม่ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563









ภาพที่ 9 เวทีประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของตำบลเป้าหมายด้านการช่วยเหลือผู้ป่วย  
ฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน ณ ห้องประชุม อบต.บ่อสลี ต.บ่อสลี อ.ฮอด จ.เชียงใหม่ วันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2563



2.2.3 ผู้วิจัยสรุปบทเรียนจากการดำเนินการวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่

### ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

2.3.1 ประเมินความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประเมินก่อนและหลังการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

2.3.2 ประเมินการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประเมินภายหลังการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

2.3.3 ประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประเมินภายหลังการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

2.3.4 นำเสนอผลการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างยั่งยืนต่อไป

## 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน และความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ก่อนและหลังการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบกลุ่มสัมพันธ์ (Paired sample t-test)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
- 4.2 ชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่
- 4.3 ผลการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่
- 4.4 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่

#### 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 64.0 และเพศชายร้อยละ 36.0 ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 30.5 รองลงมาคือ อายุ 51- 60 ปี ร้อยละ 25.3 และอายุ 41 – 50 ปี ร้อยละ 20.5 ตามลำดับ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.4 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 27.6 และมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 21.8 สำหรับการประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 42.2 รองลงมาคือ พนักงานของรัฐ ร้อยละ 21.4 เกษตรกร ร้อยละ 15.9 และธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 12.7 และมีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ที่ 5,001 – 7,000 บาท ร้อยละ 38.0 รองลงมาคือ รายได้ 3,001 – 5,000 บาท ร้อยละ 16.6 และรายได้ 11,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 14.0 ทั้งนี้ บทบาทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 64.3 และผู้นำชุมชน ร้อยละ 15.9

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และบทบาทในชุมชน (n =308)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	111	36.0
หญิง	197	64.0
<b>อายุ</b>		
ต่ำกว่า 20 ปี	2	0.6
20 - 30 ปี	29	9.4
31 - 40 ปี	94	30.5
41 - 50 ปี	63	20.5
51 - 60 ปี	78	25.3
60 ปีขึ้นไป	42	13.6
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	106	34.4
มัธยมต้น	67	21.8
มัธยมปลาย	85	27.6
อนุปริญญา	12	3.9
ปริญญาตรี	38	12.3
<b>อาชีพ</b>		
รับจ้างทั่วไป	130	42.2
ข้าราชการ	13	4.2
พนักงานของรัฐ	66	21.4
เกษตรกร	49	15.9
ธุรกิจส่วนตัว	39	12.7
อื่น ๆ ได้แก่ แม่บ้าน ค้าขาย อาชีพอิสระ	11	3.6
<b>เกษียณ</b>		
<b>รายได้ต่อเดือน</b>		
1000 - 3,000 บาท	40	13.0
3,001 - 5,000 บาท	51	16.6
5,001 - 7,000 บาท	118	38.3
7,001 - 9,000 บาท	29	9.4

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
9,001 - 11,000 บาท	27	8.8
11,001 บาทขึ้นไป	43	14.0
<b>บทบาทในชุมชน</b>		
ผู้นำชุมชน	49	15.9
ผู้นำท้องถิ่น	7	2.3
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	198	64.3
จิตอาสา	21	6.8
ผู้นำศาสนา	1	0.3
อื่น ๆ ได้แก่ ข้าราชการท้องถิ่น	32	10.4
คณะกรรมการหมู่บ้าน หัวหน้ากลุ่มสตรี		

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยอบรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ร้อยละ 72.1 และเคยช่วยเหลือคนในครอบครัว หรือ คนในชุมชน ร้อยละ 5.8 และ 4.5 ตามลำดับ มีเพียงร้อยละ 14.6 ที่ไม่เคยได้รับการอบรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น (n =308)

ประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น	จำนวน	ร้อยละ
เคยอบรม	222	72.1
ไม่เคยอบรม	45	14.6
เคยช่วยเหลือคนในครอบครัว	18	5.8
เคยช่วยเหลือคนในชุมชน	14	4.5
ไม่มีทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น	9	2.9

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ร้อยละ 83.1 โดยแหล่งข้อมูลที่ได้รับส่วนใหญ่มาจากการประชุมหรือการอบรมในชุมชนหรือหน่วยงาน ร้อยละ 83.1 รองลงมาคือ จากอินเทอร์เน็ต/สื่อสังคมออนไลน์ และวิทยุ/โทรทัศน์ ร้อยละ 16.9 และ 14.9 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น (n =308)

การได้รับข้อมูลข่าวสาร	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	52	16.9
เคย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	256	83.1
- เสียตามสายในชุมชน	28	9.1
- การประชุม/อบรมในชุมชนหรือหน่วยงาน	154	50.0
- วิทยุ/โทรทัศน์	46	14.9
- ป้ายประกาศต่าง ๆ	20	6.5
- อินเทอร์เน็ต/สื่อสังคมออนไลน์	52	16.9

จากตารางที่ 6 กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชนว่า ส่วนใหญ่มีหน่วยงานหรือกลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นร้อยละ 71.1

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมีหน่วยงาน/กลุ่มบุคคลดำเนินงานเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน (n =308)

การมีหน่วยงาน/กลุ่มบุคคลดำเนินงานเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน	จำนวน	ร้อยละ
มี	219	71.1
ไม่มี	89	28.9

#### 4.2 ชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับแนวคิดการมีส่วนร่วม การอบรมหลักสูตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นตามเกณฑ์มาตรฐานของคณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉิน และโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้พัฒนาชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะคนในชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นตามเกณฑ์มาตรฐานของคณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้ เนื้อหาในชุดกิจกรรมประกอบด้วย 4 กิจกรรมย่อย ดังนี้

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

**กิจกรรมที่ 2 :** ทักษะการประเมินสถานการณ์ (Scene Size Up) เป็นการตรวจสอบว่าสถานที่เกิดเหตุปลอดภัยสำหรับการช่วยเหลือหรือไม่ โดยให้ความรู้และฝึกทักษะในการประเมินเกี่ยวกับการป้องกันตนเองโดยใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง เช่น mask แว่นตา และรองเท้าบูท ความปลอดภัยของที่เกิดเหตุ กลไกการเกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ จำนวนผู้บาดเจ็บ และการขอความช่วยเหลือที่ต้องการเพิ่มเติม เช่น ตำรวจ และกู้ภัย โดยใช้ระยะเวลาในการให้ความรู้และฝึกทักษะ 1 ชั่วโมง 30 นาที

**กิจกรรมที่ 3 :** ทักษะการประเมินสภาพผู้ป่วย (Primary Assessment) เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะในการประเมินสภาพผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ประกอบด้วยการประเมินลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (general impression) การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness: LOC) การประเมินทางเดินหายใจ (airway) และจัดทำเพื่อทำทางเดินหายใจให้โล่ง การประเมินการหายใจ (breathing) และช่วยหายใจโดยปากเป่าผ่านหน้ากาก (mouth to mask include mouth to mouth, pocket mask) การประเมินการไหลเวียน (circulation) การแจ้งศูนย์สั่งการเพื่อเรียกชุดปฏิบัติการระดับสูงและตามเครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (automated external defibrillator: AED) ภายใต้การขอคำสั่งจากศูนย์ การยึดตรึงศีรษะ (manual in line) ในกรณีที่สงสัยมีการบาดเจ็บที่กระดูกคอ และการจัดทำพนักผู้ป่วย ในกรณีที่กลับมามีชีพจรและหายใจเองได้ โดยใช้ระยะเวลาในการให้ความรู้และฝึกทักษะ 1 ชั่วโมง 45 นาที

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

โดยสรุปใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 6 ชั่วโมง 30 นาที และในแต่ละกิจกรรมมีแผนการจัดกิจกรรม และสื่อประกอบการสอน ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 รายละเอียดแผนการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัด เชียงใหม่

องค์ประกอบการเรียนรู้	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ระยะเวลา
<b>กิจกรรมที่ 1 : ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน</b>			
1) การให้ความรู้และประสบการณ์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วิทยากรตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์รับแจ้งเหตุ และการแจ้งขอความช่วยเหลือ 1669 พร้อม แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้เข้าอบรม</li> <li>- วิทยากรให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน</li> </ul> </li> <li>- ศูนย์รับแจ้งเหตุและการแจ้งขอความช่วยเหลือ 1669</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PowerPoint</li> <li>- แบบบันทึกแสดงความคิดเห็นต่อกิจกรรมที่ 1</li> </ul>	30 นาที
2) สะท้อนคิดและอภิปราย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็น</li> </ul>		15 นาที
3) ความคิดรวบยอด/บททวน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมสรุปความรู้พื้นฐานที่ได้รับ</li> <li>- วิทยากรสรุปเนื้อหาเพิ่มเติม</li> </ul>		15 นาที
4) การทดลองประยุกต์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบ่งกลุ่มผู้เข้าอบรมเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 4-5 คน</li> <li>- วิทยากรให้แต่ละกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีในพื้นที่</li> <li>- ฝึกจำลองเหตุการณ์การแจ้งขอความช่วยเหลือจากศูนย์แจ้งเหตุ และการใช้เบอร์โทรศัพท์ 1669</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กระดาษพรุฟ</li> <li>- ปากกาเคมี</li> </ul>	30 นาที
<b>กิจกรรมที่ 2 : ทักษะการประเมินสถานการณ์</b>			

องค์ประกอบการเรียนรู้	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ระยะเวลา
1) การให้ความรู้และประสบการณ์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วิทยากรตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นผู้เข้าอบรม แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์ ณ จุดเกิดเหตุ พร้อมแลกเปลี่ยนประสบการณ์</li> <li>- วิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์ (Scene Size Up) ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ การใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง</li> <li>➢ ประเมินความปลอดภัยของสถานการณ์</li> <li>➢ ประเมินกลไกการบาดเจ็บ</li> <li>➢ ประเมินจำนวนผู้บาดเจ็บ</li> </ul> </li> <li>- ประเมินเพื่อขอความช่วยเหลือเพิ่มเติม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PowerPoint</li> <li>- แบบบันทึก แสดงความคิดเห็นต่อกิจกรรมที่ 2</li> </ul>	30 นาที
2) สะท้อนคิดและอภิปราย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็น</li> </ul>		15 นาที
3) ความคิดรวบยอด/ทบทวน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมสรุปความรู้ที่ได้รับ</li> <li>- วิทยากรสรุปเนื้อหาเพิ่มเติม</li> </ul>		15 นาที
4) การทดลองประยุกต์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบ่งกลุ่มผู้เข้าอบรมเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 4-5 คน</li> <li>- วิทยากรให้แต่ละกลุ่มฝึกปฏิบัติการประเมินสถานการณ์</li> </ul>		30 นาที
<b>กิจกรรมที่ 3 : ทักษะการประเมินสภาพผู้ป่วย</b>			
1) การให้ความรู้และประสบการณ์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วิทยากรตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นผู้เข้าอบรม แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินสภาพผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ พร้อมแลกเปลี่ยนประสบการณ์</li> <li>- วิทยากรบรรยายให้ความรู้เรื่องการประเมินสภาพผู้ป่วย (Primary Assessment) ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การประเมินลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย</li> <li>2. การยึดตรึงศีรษะ ในกรณีที่สงสัยมีการบาดเจ็บที่กระดูกคอ</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PowerPoint</li> <li>- แบบบันทึก แสดงความคิดเห็นต่อกิจกรรมที่ 3</li> </ul>	45 นาที



องค์ประกอบการเรียนรู้	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ระยะเวลา
	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. การประเมินระดับความรู้สึกตัว</li> <li>4. การแจ้งศูนย์สั่งการเพื่อเรียกชุดปฏิบัติการระดับสูงและตามเครื่อง AED (ภายใต้การขอคำสั่งจากศูนย์)</li> <li>5. การตรวจชีพจรที่คอพร้อมกับการประเมินการหายใจอย่างรวดเร็ว (ตามหูฟัง แก้มสัมผัส ไม่เกิน 10 วินาที)</li> <li>6. การกดหน้าอก 30 ครั้ง (อัตรา 100-120 ครั้ง/นาที) <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ วาง 2 มือลงบนครึ่งล่างของกระดูกหน้าอก (lower half of the sternum)</li> <li>➢ ทำทางในการวางเข้าเหยียดแขนตั้ง ตรง ในลักษณะตั้งฉากกับลำตัวผู้ป่วย</li> <li>➢ ความลึกในการกด 2-2.4 นิ้ว (5-6 ซม.)</li> <li>➢ ปลดปล่อยให้มีการขยายของทรวงอกกลับคืนจนสุด (Fully recoil)</li> </ul> </li> <li>7. จัดทำเปิดทางเดินหายใจและดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง</li> <li>8. ช่วยหายใจโดยปากเป่าผ่านหน้ากากติดต่อกัน 2 ครั้ง (ครั้งละ 1 วินาที)</li> <li>9. สังเกตการเคลื่อนไหวของหน้าอกขณะช่วยหายใจ</li> <li>10. ทำการกดหน้าอกต่อ (อัตราการกดหน้าอกต่อการช่วยหายใจ 30: 2)</li> <li>11. เมื่อกดหน้าอกและช่วยหายใจครบ 5 รอบ ทำการตรวจชีพจรที่คอถ้าไม่มีชีพ</li> </ol>		

องค์ประกอบการเรียนรู้	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ระยะเวลา
	จรหรือไม่แน่ใจให้กดหน้าอกเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพรอบต่อไป 12. หากผู้ป่วยอุกเงินกลับมามีชีพจรและหายใจเองได้ ให้จัดทำพักฟื้น (ไม่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ)		
2) สะท้อนคิดและอภิปราย	- เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็น		15 นาที
3) ความคิดรวบยอด/ทบทวน	- วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมสรุปความรู้ที่ได้รับ - วิทยากรสรุปเนื้อหาเพิ่มเติม		15 นาที
4) การทดลองประยุกต์	- แบ่งกลุ่มผู้เข้าอบรมเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 4-5 คน - วิทยากรประจำกลุ่มให้ผู้เข้าอบรมแต่ละคนฝึกปฏิบัติการประเมินสภาพผู้ป่วย		30 นาที
<b>กิจกรรมที่ 4 : ทักษะการห้ามเลือดและทำแผล</b>			
1) การให้ความรู้และประสบการณ์	- วิทยากรตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการห้ามเลือดและการทำแผล พร้อมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ - วิทยากรทบทวนความรู้การประเมินสถานการณ์และการประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้น - วิทยากรบรรยายให้ความรู้เรื่องการห้ามเลือดและทำแผล ได้แก่ 1. การเตรียมอุปกรณ์สำหรับการห้ามเลือดและทำแผล 2. การเตรียมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง 3. วิธีการห้ามเลือด ➢ ห้ามเลือดโดยวิธีกดแผลโดยตรง ➢ ห้ามเลือดโดยใช้วัสดุรัดแน่น (Pressure)	- PowerPoint - อุปกรณ์สำหรับการห้ามเลือดและทำแผล - แบบบันทึกแสดงความคิดเห็นต่อทักษะการห้ามเลือดและทำแผล	45 นาที

องค์ประกอบการเรียนรู้	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ระยะเวลา
	4. วิธีการดูแลบาดแผลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ แผลเปิดบริเวณทรวงอก</li> <li>➢ แผลเปิดบริเวณช่องท้อง</li> <li>➢ แผลวัสดุหักคา</li> <li>➢ แผลอวัยวะตัดขาด</li> <li>➢ แผลถูกความร้อน ไฟไหม้</li> <li>➢ แผลบริเวณศีรษะ</li> </ul>		
2) สะท้อนคิดและอภิปราย	- เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็น พร้อมทั้งอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น		15 นาที
3) ความคิดรวบยอด/ทบทวน	- วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมสรุปความรู้ที่ได้รับ - วิทยากรสรุปเนื้อหาเพิ่มเติม		15 นาที
4) การทดลองประยุกต์	- แบ่งกลุ่มผู้เข้าอบรมเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 4-5 คน - วิทยากรประจำกลุ่มให้ผู้เข้าอบรมแต่ละคนฝึกปฏิบัติการห้ามเลือดและการทำแผล	- ชุดอุปกรณ์ทำแผล	30 นาที

#### 4.3 ผลการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่

ภายหลังจากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมโดยนำชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้นไปใช้ในพื้นที่ตำบลเป้าหมาย พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.1 รองลงมาในระดับ สูง ร้อยละ 35.4 และระดับต่ำ ร้อยละ 6.5 และภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.0 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ระดับคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n = 308)

ระดับคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (15 – 20 คะแนน)	109	35.4	268	87.0
ระดับปานกลาง (8 – 14 คะแนน)	179	58.1	40	13.0
ระดับต่ำ (0 – 7 คะแนน)	20	6.5	-	-

จากตารางที่ 9 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -23.893, p < 0.01$ ) โดยคะแนนความรู้และทักษะภายหลังการจัดกิจกรรมสูงกว่าก่อนการจัดกิจกรรม

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n = 308)

คะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	P-value
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	12.78	3.08	-23.893	0.000
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	17.16	2.18		

เมื่อประเมินผลการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน ภายหลังจากจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรมโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.66) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในด้านการดำเนินงาน/ทำกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.34) ด้านการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ และการติดตามประเมินผลและการนำไปใช้ประโยชน์อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.04 และ 3.81 ตามลำดับ) ในขณะที่การมีส่วนร่วมในด้านการวางแผนอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.35) ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 308)

การมีส่วนร่วม	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
<b>ด้านการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ</b>	<b>4.04</b>	<b>0.81</b>	<b>มาก</b>
ท่านได้เสนอปัญหา อุปสรรค หรือจำกัดของชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น	4.25	0.83	มากที่สุด
ท่านได้ร่วมวิเคราะห์ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่/ชุมชน	3.95	0.93	มาก
ท่านได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น	3.84	1.05	มาก
ท่านเสนอความต้องการของชุมชน เพื่อให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขเข้ามาสนับสนุนในเรื่องการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น	4.13	0.92	มาก
<b>ด้านการวางแผน</b>	<b>3.35</b>	<b>1.05</b>	<b>ปานกลาง</b>
ท่านเสนอและจัดทำโครงการ หรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน	3.37	1.16	ปานกลาง
ท่านได้ร่วมคิด วางแผนการแนวทางการทำกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น	3.33	1.17	ปานกลาง
<b>ด้านการดำเนินงาน/ทำกิจกรรม</b>	<b>4.34</b>	<b>0.75</b>	<b>มากที่สุด</b>
ท่านมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และขั้นตอนการแจ้งเหตุเมื่อมีผู้ป่วยฉุกเฉิน	4.34	0.90	มากที่สุด
ท่านมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติการประเมินสถานการณ์ เมื่อพบเจอผู้ป่วยฉุกเฉิน	4.29	0.90	มากที่สุด
ท่านมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติการประเมินอาการผู้ป่วย การช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (CPR) และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ AED	4.41	0.79	มากที่สุด
ท่านมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติการห้ามเลือดและทำแผล	4.31	0.84	มากที่สุด

การมีส่วนร่วม	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
<b>ด้านการติดตามประเมินผลและการนำไปใช้ ประโยชน์</b>	<b>3.84</b>	<b>0.86</b>	<b>มาก</b>
ท่านมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ข้อมูลต่าง ๆ ในการ ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน เช่น การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน สมาชิกในชุมชน การแจ้ง ผ่านเสียงตามสาย การประชุมหมู่บ้าน เป็นต้น	3.79	0.96	มาก
ท่านนำความรู้ ประสบการณ์ และการฝึกทักษะ การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินไปใช้ประโยชน์ได้ใน ชุมชน	3.93	0.94	มาก
ท่านได้ให้ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะการปรับปรุง และพัฒนาการทำกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วย ฉุกเฉินเบื้องต้น	3.82	0.95	มาก
ท่านได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนมีการ รวมกลุ่มเครือข่าย ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกัน ดำเนินงานหรือกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วย ฉุกเฉินเบื้องต้น	3.82	0.95	มาก

นอกจากนี้ เมื่อประเมินผลความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.47) เมื่อพิจารณาในแต่ละประเด็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ต่อการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ของวิทยากร รองลงมาคือ ความชัดเจนและเข้าใจง่ายของเนื้อหาการบรรยายและสาธิต การตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นผู้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็น การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็น การฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ทั้งในเรื่อง การแจ้งเหตุ การประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้ป่วย การห้ามเลือดและทำแผล และความเหมาะสมของสถานที่ในการจัดประชุม (ค่าเฉลี่ย = 4.50 4.46 4.38 4.39 และ 4.26 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 308)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1. วันและเวลาในการจัดประชุม (1 วัน)	4.19	0.69	มาก
2. ความเหมาะสมของสถานที่ในการจัดประชุม	4.26	0.66	มากที่สุด
3. การถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ของวิทยากร	4.50	0.53	มากที่สุด
4. ความชัดเจนและเข้าใจง่ายของเนื้อหาการบรรยายและสาธิต	4.46	0.58	มากที่สุด
5. การฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นทั้งในเรื่อง การแจ้งเหตุ การประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้ป่วย การห้ามเลือดและทำแผล	4.39	0.62	มากที่สุด
6. การตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นผู้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็น	4.42	0.61	มากที่สุด
7. การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็น	4.38	0.67	มากที่สุด
8. การพูดคุย ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และการเป็นที่เลื่อมใ้กทักษะการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น	4.05	0.73	มาก
9. การประชาสัมพันธ์โครงการ หรือกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน	4.06	0.81	มาก
10. ความรู้ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในชุมชน	4.00	0.83	มาก

#### 4.4 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ดังนี้

1. ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการดำเนินกิจกรรมการฝึกอบรมให้ความรู้ การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อทบทวนความรู้
2. ควรให้การสนับสนุนงบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์สำหรับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นแก่ชุมชน
3. หน่วยงานสาธารณสุข ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการจัดกิจกรรม โครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นอย่างทั่วถึงและ เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วม
4. ควรขยายระยะเวลาการอบรมให้เพิ่มมากขึ้น อาจเป็น 2 – 3 วัน
5. ควรมีการฝึกอบรมในสถานการณ์จริง เช่น ห้องอุบัติเหตุของ รพ.สต. โรงพยาบาล เป็นต้น
6. ควรมีการจัดกิจกรรมฝึกอบรม โดยมีกลุ่มเครือข่ายภาคีที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้ป่วย ฉุกเฉินเบื้องต้น เช่น หน่วยกู้ชีพกู้ภัยเอกชน หรือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

## การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับแนวคิดการมีส่วนร่วม การอบรมหลักสูตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในเรื่องความรู้พื้นฐาน การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ การยกและเคลื่อนย้าย การเตรียมความพร้อมในสถานการณ์ สาธารณสุข ปฏิบัติการฉุกเฉิน และสถานการณ์จำลอง ตามเกณฑ์มาตรฐานของคณะกรรมการแพทย์ ฉุกเฉินและแนวทางการดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ทำให้ได้ชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วย ฉุกเฉินที่ประกอบด้วย 4 กิจกรรมย่อย คือ 1) ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 2) ทักษะการ ประเมินสถานการณ์ 3) ทักษะการประเมินสภาพผู้ป่วย และ 4) ทักษะการห้ามเลือดและทำแผล โดยกระบวนการทำกิจกรรมมุ่งเน้นการให้ความรู้และประสบการณ์ การสะท้อนคิดและอภิปราย ความคิด รวบรวม/การทบทวนและการทดลองประยุกต์แนวคิด/การปฏิบัติจริงในเหตุการณ์จำลอง ซึ่งเมื่อเสร็จสิ้น การทำกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างในตำบลพื้นที่เป้าหมายที่ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าจะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ ที่ได้รับจากกิจกรรมไปต่อยอดขยายผลการดำเนินกิจกรรมด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน ทั้งใน ด้านการทำกิจกรรม ได้แก่ การดูแลรักษา การปฏิบัติต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแก่ประชาชนทั่วไป การปฐม พยาบาลเบื้องต้น ด้านการแพทย์ฉุกเฉินพัฒนาศักยภาพของ อสม. การประชาสัมพันธ์หน่วยให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ในชุมชน ตลอดจนการจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน เบื้องต้นในชุมชนที่ได้มาตรฐานและเพียงพอ เป็นต้น

ผลจากการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัด เชียงใหม่ พบว่า คະแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างก่อนและ



หลังการเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และทักษะอยู่ในระดับปานกลาง แต่ภายหลังจากได้ทำกิจกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และทักษะอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการวิจัยของ จารุณี สุธีร์, สุรชา อมรพันธ์ และนิพนธ์ มานะสถิตพงศ์ (2555) ซึ่งได้พัฒนากิจกรรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น พบว่า หลังการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง และมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ วิไลภรณ์ ศิริกา, ศศิธร พิมพ์ชายน้อย และทิพานัน นามวิจิตร (2559) ที่ได้ดำเนินการพัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า อาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือนส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้และทักษะในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับต่ำ และหลังดำเนินการอยู่ในระดับสูงที่ขึ้น

สำหรับผลด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรมโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในด้านการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด ลำดับต่อมา คือ การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการอยู่ในระดับมาก โดยกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหา อุปสรรค หรือข้อจำกัดของชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในระดับมากที่สุด ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล และการนำไปใช้ประโยชน์อยู่ในระดับมาก โดยกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการนำความรู้ ประสบการณ์และการฝึกทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินไปใช้ประโยชน์ได้ในชุมชนได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ การปรับปรุงและพัฒนาการทำการกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นได้ในระดับมาก ขณะเดียวกัน การมีส่วนร่วมในการวางแผนอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถเสนอและจัดทำโครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน และการร่วมคิดยังอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากในปัจจุบันแต่ละชุมชนยังคงมีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณ และความพร้อมของชุมชนในการจัดทำโครงการ ดังนั้น ที่ผ่านมามีการทำโครงการด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น หน่วยงานสาธารณสุขจะเป็นหน่วยงานหลักในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนกิจกรรมในด้านนี้มาโดยตลอด และแนวทางการกำหนดกิจกรรมนั้นมักจะกำหนดตามหลักเกณฑ์มาตรฐานการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ตามมาตรฐานของคณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งการจัดกิจกรรมนี้ ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน หรือต้องเป็นบุคลากรทางด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉินเท่านั้น จึงส่งผลให้ชุมชนต่าง ๆ ต้องประสานงานขอความช่วยเหลือ สนับสนุนจากทีมวิทยากรที่มาจากระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นจึงส่งผลให้กระบวนการวางแผนของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ของ

วิทยากร ความชัดเจนและเข้าใจง่ายของเนื้อหาการบรรยายและสาธิต การตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นผู้เข้าร่วม กิจกรรมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็น ฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นอยู่ในระดับมากที่สุด ดังนั้น จากการพัฒนากิจกรรมการมีส่วนร่วมของ ชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ที่มุ่งเน้นกระบวนการพัฒนาโดยการให้ความรู้และ ประสบการณ์ การสะท้อนคิดและอภิปราย ความคิดรวบยอด/การทบทวน และการทดลองประยุกต์ ส่งผล ให้ชุมชนสามารถนำองค์ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่ได้รับจากกิจกรรมไปพัฒนาต่อยอดขยายผลใน ชุมชนได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนส่งผลให้ชุมชนเป้าหมายมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น และนำมาสู่ความพึงพอใจที่ได้รับกิจกรรมด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ กระบวนการในการพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ในพื้นที่ 6 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ อำเภอแม่สาย อำเภอสันกำแพง อำเภออมก๋อย อำเภอพร้าว อำเภอหางดง และอำเภอฮอดจำนวนทั้งสิ้น 308 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน และความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติการทดสอบที่แบบกลุ่มสัมพันธ์ (Paired sample t-test)

การศึกษาครั้งนี้ได้ชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรมย่อย คือ กิจกรรมที่ 1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์รับแจ้งเหตุ และการแจ้งขอความช่วยเหลือ 1669 กิจกรรมที่ 2 ทักษะการประเมินสถานการณ์ (Scene Size Up) ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินการป้องกันตนเองโดยใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง ความปลอดภัยของที่เกิดเหตุ กลไกการเกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ จำนวนผู้บาดเจ็บ และการขอความช่วยเหลือที่ต้องการเพิ่มเติม กิจกรรมที่ 3 ทักษะการประเมินสภาพผู้ป่วย (Primary Assessment) ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (general impression) การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness: LOC) การประเมินทางเดินหายใจ (airway) และจัดทำเพื่อทำทางเดินหายใจให้โล่ง การประเมินการหายใจ (breathing) และช่วยหายใจโดยปากเป่าผ่านหน้ากาก (mouth to mask include mouth to mouth, pocket mask) การประเมินการไหลเวียน (circulation) การแจ้งศูนย์สั่งการเพื่อเรียกชุดปฏิบัติการระดับสูงและตามเครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (automated external defibrillator: AED) การยืดตึงสี่ระยะ (manual in line) และการจัดทำพนักฟื้นผู้ป่วย และ กิจกรรมที่ 4 ทักษะการห้ามเลือดและทำแผล ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการเตรียมอุปกรณ์สำหรับการห้ามเลือดและทำแผล การเตรียมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง การปฏิบัติการห้ามเลือด และการดูแลบาดแผลเฉพาะ ซึ่งใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมรวม 6 ชั่วโมง 30 นาที

ภายหลังจากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมโดยนำชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้นไปใช้ในพื้นที่ทั้ง 6 อำเภอ พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -23.893, p < 0.01$ )

2. กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในด้านการดำเนินงาน/ทำกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด และด้านการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ และการติดตามประเมินผลและการนำไปใช้ประโยชน์อยู่ในระดับมาก ในขณะที่การมีส่วนร่วมในด้านการวางแผนอยู่ในระดับปานกลาง

3. กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาในแต่ละประเด็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ต่อการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ของวิทยากร รองลงมาคือ ความชัดเจนและเข้าใจง่ายของเนื้อหาการบรรยายและสาธิต การตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นผู้เข้าร่วมกิจกรรม แสดงความคิดเห็น การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็น การฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นทั้งในเรื่อง การแจ้งเหตุ การประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้ป่วย การห้ามเลือดและทำแผล และความเหมาะสมของสถานที่ในการจัดประชุม

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างจะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากการทำกิจกรรมไปเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมนำร่องการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ดังนี้

1. ตำบลท่าตอน อำเภอแม่เมาะ จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปพัฒนาและดำเนินกิจกรรมในด้านการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลรักษาการปฏิบัติต่อผู้เจ็บป่วยแก่ประชาชนทั่วไป การดูแลผู้ป่วยในครอบครัว และการประชาสัมพันธ์หน่วยให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669

2. ตำบลเวียง อำเภอพร้าว จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปพัฒนาและดำเนินกิจกรรมการเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานราชการ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติงาน รวมถึงการจัดอบรมผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จัดอาสาเพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3. ตำบลแม่ปูกา อำเภอสันกำแพง จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปพัฒนาและดำเนินกิจกรรมการประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่และการให้ความรู้แก่ญาติและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วทันเวลาและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

4. ตำบลบ้านแหวน อำเภอหางดง จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปพัฒนาและดำเนินกิจกรรมการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน การขับเคลื่อนนโยบายและการให้ความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพด้านฉุกเฉิน สำหรับ อสม. และผู้นำชุมชน

5. ตำบลอมก๋อย อำเภออมก๋อย จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปพัฒนาและดำเนินกิจกรรมการพัฒนาผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินให้เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ให้เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น และได้รับการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

6. ตำบลปอสลี อำเภอฮอด จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปพัฒนาและดำเนินกิจกรรมการจัดหาเครื่อง AED ให้ครบทุกหมู่บ้าน การจัดหาอุปกรณ์ที่ทันสมัย เช่น กล้องติดห้องผู้ป่วยหลังรถ EMS แบบเรียลไทม์ การจัดหาเครื่องมือการสื่อสารที่ทันสมัย การฝึกอบรมด้านภาษาต่างประเทศ แก่เจ้าหน้าที่กู้ชีพกู้ภัยเพื่อสื่อสารกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ

## ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ ดังนี้

### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรส่งเสริมให้ระดับตำบลมีการจัดทำแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น โดยมีการประสานงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ร่วมกันจัดทำแผน เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติการบริหารจัดการด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในระดับตำบลที่มีประสิทธิภาพ

2. ควรกำหนดให้มีแผนงานด้านการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพในระดับชุมชน เช่น จัดหลักสูตรอบรมอย่างต่อเนื่องปีละ 1 ครั้ง เพื่อทบทวนความรู้ ทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น พร้อมทั้งมีงบประมาณรองรับแผนงานอย่างเพียงพอและเหมาะสม

3. ควรพิจารณาปรับปรุงและพัฒนาระบบสวัสดิการให้แก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพในระดับชุมชนอย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน รวมถึงสามารถปฏิบัติงานด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ควรมีการจัดทำสื่อวีดิทัศน์ เรื่องสั้น หนังสือคู่มือสำหรับชุมชนในการนำไปศึกษาเรียนรู้เพิ่มเติมได้ด้วยตนเอง

5. ควรกำหนดให้มีทีมวิทยากรระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัดที่สามารถประสานงานร่วมกับหน่วยงานระดับอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นได้อย่างต่อเนื่อง

6. ควรจัดสรรอุปกรณ์ เครื่องมือการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในระดับตำบลให้อย่างทั่วถึง

## 2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ในกรณีที่ชุมชนมีความพร้อมและต้องการได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข หรือกลุ่มเครือข่ายชุมชน ควรร่วมกันจัดทำโครงการเสนอต่อหน่วยงานสาธารณสุขในระดับตำบล อำเภอ ได้แก่ รพ.สต. โรงพยาบาลอำเภอ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขอการสนับสนุนงบประมาณ ทีมวิทยากรในการให้ความรู้ทักษะในเรื่องการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

2. ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ที่ผ่านการฝึกอบรมให้ความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ควรให้ความสำคัญในการถ่ายทอดความรู้และทักษะให้แก่คนในครอบครัว หรือคนในชุมชน ทั้งในเวทีประชุมหมู่บ้าน ประกาศเสียงตามสาย เพื่อให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญของการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

3. ในระดับชุมชนควรมีการจัดตั้งทีมช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นที่สามารถทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษา แนะนำ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นให้แก่ประชาชนในชุมชนได้ พร้อมกันนี้สามารถประสานความร่วมมือกับองค์กร เครือข่ายภายนอกชุมชนในการดำเนินงานช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าสู่กระบวนการทางการแพทย์ที่รวดเร็ว เป็นระบบ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน

4. ควรมีการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นอย่างต่อเนื่องและทั่วถึงเพื่อให้ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครในชุมชนอื่น ๆ มีความรู้และทักษะที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ แซ่เล่า. (2553). *แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2553-2555*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดกรีฑิมพ์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติพงษ์ พลเสน, พรทิพย์ วชิรติลก, อีระ ศิริสมุด, นายสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, และณัฐวุฒิ คำนวนฤกษ์. (2559). *สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย*. รายงานการวิจัยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- จารุณี สุธีร์, สุรชา อมรพันธ์ และนิพนธ์ มานะสถิตพงศ์. (2555). *การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น*. รายงานการวิจัยงาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จารุวรรณ ธาดาเดช. (2557). *การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทย*. รายงานการวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลจินดนา สุจจานันท์. *การศึกษและการพัฒนาชุมชน*. เชียงใหม่: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล, บิรุภรณ์ เชนธนากิจ และบวร วิทยชำนาญกุล. (2555). *เหตุใดคนเชียงใหม่เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุจึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 6(2): 268-277.
- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. (2549). *การพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วม*. กรุงเทพฯ: แสงแดด.
- ธงชัย อามาตย์บัณฑิต. (2560). *การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 11(1): 37-46.
- ปาริชาติ วลัยเสถียร. (2554). *กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- เพ็ญรุ่ง บุญรักษา และสุนิสา สุวรรณรักษ์. (2557). *ตำราประกอบกรอบอบรมหลักสูตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์*. สมุทรสาคร: บริษัท บอร์น ทู ปี พับลิชซิ่ง จำกัด.
- ไพศาล โชติกล่อม และวสันต์ เวียนเสี้ยว. (2553). *มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน.
- ยุภาวดี คงคำ. (2562). *ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุง*. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- วิไลภรณ์ ศิริกา, ศศิธร พิมพ์ขายน้อย และทิพานัน นามวิจิตร. (2559). *การพัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเขตองค์การบริหาร*

ส่วนตำบลท่าพระ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. รายงานการวิจัย สถาบันการแพทย์  
ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2556). *แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556 – 2559*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2557ก). *การดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของ  
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. นนทบุรี: อาร์ตควอลิไฟท์.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2557ข). *เอกสารโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการวิทยากร (ครู ก)  
หลักสูตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2558). *เอกสารโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการวิทยากร (ครู ก) หลักสูตร  
ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2562). *แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562 – 2564 (ฉบับปรับปรุงจากแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564)*.  
นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่. (2562). *บรรยายสรุปข้อมูลทั่วไปจังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่: กลุ่มงาน  
ยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2562). *สถานการณ์จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ปี  
2562*. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2563). *โครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วย  
ฉุกเฉินเบื้องต้น จังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่.

สุพรรณวดี ภิญญา, ธัญดา แยมโรจน์, กันยารัตน์ เกิดแก้ว, กลอยใจ ศรีสาคร. (2554). *การรับรู้และความ  
คาดหวังต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติ*. รายงานการวิจัยงานอุบัติเหตุและ  
ฉุกเฉินโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.

สุรภา ขุนทองแก้ว. (2562). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน  
จังหวัด ราชบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*. 2(1): 40-42.

แสงอาทิตย์ วิชัยยา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของป่วยฉุกเฉิน  
เร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลต่าง. *เชียงใหม่เวชสาร*. 10(1): 93-102.

อดิน รัตพันธ์. (2553). *การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่องานพัฒนา*. ขอนแก่น: สถาบันวิจัยและพัฒนา  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

International Association for Public Participation. (2010). *public participation processes*.  
New York: International Association for Public Participation.

United Nations.(2010).*Department of Economic and Social Affairs Community Development  
and Related Service*. New York: United Nation Republication.



ภาคผนวก

**ภาคผนวก ก**  
**รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ**

- 1) นายวีรัญญ์ จำนงประสาทร นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)  
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
- 2) นายสาคร ไชยอำมาตย์ สาธารณสุขอำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่
- 3) นายประภาส ปาลี สาธารณสุขอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
- 4) นายเกรียงไกร ยอดเรื่อน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ  
สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
- 5) นางโปรดปราน ชำสุวรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรค  
ไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

## ภาคผนวก ข

### แบบสอบถาม

การวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่

#### คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมฯ ความพึงพอใจต่อกิจกรรมฯ ของประชาชน แก่นำชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ โดยแบบสอบถามมี 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  หน้าข้อความ โดยเลือกข้อความที่ตรงกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเพียงคำตอบเดียว และเติมข้อความในช่องว่างให้สมบูรณ์

- เพศ :  ชาย  หญิง
- อายุ :  
 ต่ำกว่า 20 ปี  20 - 30 ปี  31 - 40 ปี  
 41 - 50 ปี  51 - 60 ปี  60 ปีขึ้นไป
- ระดับการศึกษา  
 ประถมศึกษา  มัธยมต้น  มัธยมปลาย  
 อนุปริญญา  ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญา  
 อื่น ๆ ระบุ.....
- อาชีพ  
 รับจ้าง  นักเรียน/นักศึกษา  ข้าราชการ  
 พนักงานของรัฐ  เกษตรกร  ธุรกิจส่วนตัว  
 อื่น ๆ ระบุ.....

5. รายได้ต่อเดือน

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1,000 - 3,000 บาท  | <input type="checkbox"/> 3,001 - 5,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 5,001 - 7,000 บาท  | <input type="checkbox"/> 7,001 - 9,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 9,001 - 11,000 บาท | <input type="checkbox"/> 11,001 บาทขึ้นไป  |

6. บทบาทในชุมชน

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ผู้นำชุมชน | <input type="checkbox"/> ผู้นำท้องถิ่น    |
| <input type="checkbox"/> อสม.       | <input type="checkbox"/> จิตอาสา          |
| <input type="checkbox"/> ผู้นำศาสนา | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... |

7. ประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> เคยอบรม               | <input type="checkbox"/> เคยช่วยเหลือคนในครอบครัว                      |
| <input type="checkbox"/> เคยช่วยเหลือคนในชุมชน |  |
| <input type="checkbox"/> ไม่เคยอบรม            | <input type="checkbox"/> ไม่มีทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....      |  |

8. ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่เคย |  |
| <input type="checkbox"/> เคย    | แหล่งที่มา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)                           |
|                                 | <input type="checkbox"/> เสียงตามสายในชุมชน                |
|                                 | <input type="checkbox"/> การประชุม/อบรมในชุมชนหรือหน่วยงาน |
|                                 | <input type="checkbox"/> วิทยุ/โทรทัศน์                    |
|                                 | <input type="checkbox"/> ป้ายประกาศต่าง ๆ                  |
|                                 | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....                  |

9. ในชุมชนที่ท่านอยู่มีการฝึกอบรม/ทักษะเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

- |                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
|-----------------------------|--------------------------------|

10. ในชุมชนที่ท่านอยู่มีหน่วยงาน/กลุ่มบุคคล ดำเนินเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

- |                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
|-----------------------------|--------------------------------|

ความคิดเห็นด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

.....

.....

.....

## ส่วนที่ 2 ความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

คำชี้แจง: จงเลือกคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว และให้ทำเครื่องหมาย (x) ลงในกระดาษคำตอบ

### 1. การปฐมพยาบาลเบื้องต้นหมายถึง

- ก. ช่วยเหลือผู้ได้รับบาดเจ็บ ณ สถานที่นั้น ๆ โดยใช้อุปกรณ์เท่าที่มีในตอนนั้น
- ข. ช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ
- ค. ช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางอากาศ
- ง. ช่วยให้ผู้ป่วยไม่เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น

### 2. ข้อใดคือการปฐมพยาบาลอาการเป็นลมหรือหมดสติ

- ก. นำเข้าพักในที่ร่ม มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ให้นอนราบ และคลายเสื้อผ้าให้หลวม
- ข. ให้ผู้ป่วยบาดเจ็บอยู่นิ่ง ๆ ประคองและจับส่วนที่บาดเจ็บอย่างมั่นคง
- ค. ชะล้างแผลและทำความสะอาดรอบ ๆ แผล ถ้าแผลสกปรกมากควรล้างด้วยน้ำสะอาดและสบู่
- ง. ใช้น้ำแข็งหรือถุงน้ำเย็นประคบ

### 3. การปฐมพยาบาลเบื้องต้นใช้ไม่ได้กับคนสภาพใด

- ก. คนสูงอายุ
- ข. คนพิการ
- ค. คนตาย
- ง. คนต่างชาติ

### 4. ข้อใดคือการปฐมพยาบาลบาดแผลสด

- ก. ใช้น้ำแข็งหรือถุงน้ำเย็นประคบ
- ข. ให้ผู้ป่วยบาดเจ็บอยู่นิ่ง ๆ ประคองและจับส่วนที่บาดเจ็บอย่างมั่นคง
- ค. ชะล้างแผลและทำความสะอาดรอบ ๆ แผล ถ้าแผลสกปรกมาก ควรล้างด้วยน้ำสะอาดและสบู่
- ง. ถ้าผู้ป่วยหยุดหายใจ ให้ทำการเป่าปาก ช่วยหายใจทันที

### 5. ข้อใดต่อไปนี้ เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน

- ก. นายบุญช่วย ถูกลึงกัดที่นิ้วก้อยมือขวามาแล้ว 2 วัน
- ข. บุญชู เป็นอัมพาตมา 1 ปี มีแผลที่ก้น วันนี้อยากนอนดิให้ไปตรวจที่โรงพยาบาล
- ค. นายบุญเชย มีอาการหายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้
- ง. นายบุญเชิญ มีอาการปวดฟัน นอนไม่หลับ

6. บุคคลใดต่อไปนี้ เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ท่านคิดว่าต้องนำส่งโรงพยาบาล โดยทีมกู้ชีพในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

- ก. สมทรง มีอาการปวดท้องประจำเดือนเป็นประจำทุกเดือน
- ข. สมหมาย ถูกมีดพร้าบาดมือ เลือดไหลพุ่งไม่หยุด
- ค. สมหวัง ถูกสุนัขกัดที่น่องซ้าย มีเลือดซึม ๆ
- ง. สมศรีเป็นอัมพาตมา 3 ปี มีแผลกดทับที่ก้น วันนี้แพทย์นัดให้ไปตรวจที่โรงพยาบาล แต่ไม่มีรถไปส่ง

7. ขณะที่ท่านกำลังขับรถอยู่ แล้วพบเห็นอุบัติเหตุรถชนกัน มีผู้บาดเจ็บ ท่านจะปฏิบัติอย่างไร

- ก. ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น พร้อมทั้งโทรแจ้ง 1669
- ข. โทรแจ้งตำรวจเพราะเป็นคดีความ
- ค. โทรแจ้งตำรวจทางหลวง เพราะเหตุเกิดบนทางหลวง
- ง. ให้การช่วยเหลือและรีบนำส่งโรงพยาบาล

8. เมื่อท่านต้องแจ้งเหตุ เพื่อขอความช่วยเหลือจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (1669) ข้อใดต่อไปนี้เป็นข้อมูลที่จำเป็นต้องแจ้ง

- ก. ชื่อ-นามสกุล, เบอร์โทรศัพท์ ของผู้แจ้งเหตุ
- ข. จุดที่เกิดเหตุ และสถานที่ใกล้เคียงที่สังเกตเห็นได้ง่าย
- ค. ประเภทเหตุการณ์ หรืออาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ผู้ป่วยเป็น, ประมาณจำนวนผู้ป่วย (ถ้ามีหลายราย)
- ง. ต้องแจ้งข้อมูลทั้งข้อ ก, ข และ ค

9. อาการใดต่อไปนี้ ที่ไม่ถือว่าเป็นการป่วยฉุกเฉิน ที่ต้องขอความช่วยเหลือจากระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

- ก. มีดบาดข้อมือ เลือดออกมาก
- ข. หายใจเหนื่อยหอบ
- ค. เป็นไข้หวัดมา 3 วัน
- ง. เจ็บครรภ์ใกล้คลอด

10. ข้อใดคือการปฐมพยาบาลผู้บาดเจ็บมีแผลฟกช้ำและบวม

- ก. ใช้น้ำแข็งหรือถุงน้ำเย็นประคบ
- ข. ใช้ถุงน้ำร้อนประคบ
- ค. ใช้ยานวดทาบริเวณที่ฟกช้ำและบวม
- ง. ใช้สมุนไพรร้อนทาที่ฟกช้ำและบวม

11. หากพบผู้ได้รับอุบัติเหตุแขนหักควรปฐมพยาบาลอย่างไร

- ก. ไม่ต้องทำอะไร แจ้งญาติพาไปหาหมอ
- ข. ใส่ยาที่แผล
- ค. รีบพาไปหาหมอทันที
- ง. ตามชั่วคราวด้วยอุปกรณ์ที่มีอยู่

12. บาดแผลมี 2 ชนิด ได้แก่

- ก. บาดแผลถลอก และบาดแผลฉีกขาด  
ข. บาดแผลฟกช้ำ และบาดแผลตัดขาด  
ค. บาดแผลภายนอก และบาดแผลภายใน  
ง. บาดแผลเปิด และบาดแผลปิด

13. ถ้าพบคนถูกของมีคมบาด แผลฉีกขาด ยาว ๑ คืบ และเลือดไหลตลอด ท่านจะช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างไร

- ก. ใช้เชือกรัดเหนือบาดแผล เพื่อทำการห้ามเลือด  
ข. ใช้ยาเส้นอุดปากแผลไว้ เพื่อมิให้เลือดออก  
ค. ใช้ผ้ามือกดปากแผลไว้ เพื่อห้ามเลือด  
ง. ใช้ผ้าสะอาดปิดทับ และพันแผลไว้ให้แน่น

14. การช่วยเหลือคนถูกแทงบริเวณหน้าท้อง จนเห็นลำไส้ทะลักออกมา ท่านจะปฏิบัติอย่างไร

- ก. รีบโทรแจ้งเหตุที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 และให้ผู้ป่วยกุมส่วนของลำไส้ไว้ไม่ให้ทะลักออกมา  
ข. รีบโทรแจ้งเหตุที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 และหาผ้าสะอาดชุบน้ำปิดส่วนของลำไส้ที่ไหลออกมา  
ค. รีบโทรแจ้งเหตุที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 และรีบนำส่งโรงพยาบาล  
ง. รีบโทรแจ้งเหตุที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 และหาผ้าสะอาดดันลำไส้ส่วนที่ไหลออกมาให้กลับเข้าไป

15. หากผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยสำลักน้ำลาย ควรให้ผู้ป่วยนอนลักษณะใด

- ก. นอนคว่ำ  
ข. นอนหงาย  
ค. นอนตะแคง  
ง. นอนใกล้ ๆ หน้าต่าง

16. ข้อใดคือความหมายของการช่วยฟื้นคืนชีพ

- ก. การช่วยเหลือผู้ที่หยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้น  
ข. การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว  
ค. การช่วยเหลือโดยการผายปอด  
ง. การช่วยเหลือโดยการเป่าปาก

17. ผู้ป่วยประเภทใดบ้าง มีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น

- ก. จมน้ำ, สูดดมควันไฟเข้าไปมาก  
ข. ไฟฟ้าช็อต, กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน  
ค. มีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ, ได้รับยาเกินขนาด  
ง. ถูกทุกข้อ

**18. ข้อใดคือการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน**

- ก. ต้องทำการเป่าปาก จำนวน 2 ครั้ง และกดหน้าอกจำนวน 30 ครั้ง เสมอ
- ข. ทำการกดหน้าอกเพียงอย่างเดียวก็ได้ ด้วยอัตราความเร็วอย่างน้อย 100 ครั้ง/นาที
- ค. การกดหน้าอก สามารถกดด้วยมือเพียงข้างเดียวก็ได้
- ง. การกดหน้าอก ให้วางมือบริเวณหน้าอกด้านซ้ายตรงตำแหน่งหัวใจ

**19. หากท่านพบผู้ป่วยหมดสติ และจำเป็นต้องทำการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ข้อใดเป็นลำดับการปฏิบัติที่ถูกต้อง**

- ก. ตรวจสอบความรู้สึกตัวแล้วพบว่า ไม่ตอบสนอง ไม่หายใจ หรือหายใจเฮือก เรียกขอความช่วยเหลือ กดนวดหัวใจ เปิดทางเดินหายใจ ช่วยการหายใจ
- ข. ตรวจสอบความรู้สึกตัวแล้วพบว่า ไม่ตอบสนอง ไม่หายใจ หรือหายใจเฮือก เปิดทางเดินหายใจ กดนวดหัวใจ ช่วยการหายใจ เรียกขอความช่วยเหลือ
- ค. เรียกขอความช่วยเหลือ, ตรวจสอบความรู้สึกตัวแล้วพบว่าไม่ตอบสนอง ไม่หายใจ หรือหายใจเฮือก เปิดทางเดินหายใจ กดนวดหัวใจ
- ง. ตรวจสอบความรู้สึกตัวแล้วพบว่าไม่ตอบสนอง ไม่หายใจ หรือหายใจเฮือก เรียกขอความช่วยเหลือ เปิดทางเดินหายใจ กดนวดหัวใจ ช่วยการหายใจ

**20. การช่วยฟื้นคืนชีพจะต้องทำทันทีหลังจากผู้ป่วยหยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้นภายในเวลาไม่เกินกี่นาที**

- ก. 4 นาที
- ข. 6 นาที
- ค. 8 นาที
- ง. 10 นาที

**เฉลยคำถามความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น**

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



ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่

คำชี้แจง: โปรดอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  หน้าข้อความระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ดังนี้

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>1) การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา</b>					
1.1 ท่านได้เสนอปัญหา อุปสรรค หรือจำกัดของชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น					
1.2 ท่านได้ร่วมวิเคราะห์ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่/ชุมชน					
1.3 ท่านได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น					
1.4 ท่านเสนอความต้องการของชุมชนเพื่อให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขเข้ามาสนับสนุนในเรื่องการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น					
<b>2) การมีส่วนร่วมในการวางแผน</b>					
2.1 ท่านเสนอและจัดทำโครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน					
2.2 ท่านได้ร่วมคิด วางแผนการแนวทางการทำกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น					
<b>3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน/กิจกรรม</b>					
3.1 ท่านมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และขั้นตอนการแจ้งเหตุเมื่อมีผู้ป่วยฉุกเฉิน					

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือ ผู้ป่วยฉุกเฉิน	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
3.2 ท่านมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติการ ประเมินสถานการณ์ เมื่อพบเจอผู้ป่วย ฉุกเฉิน					
3.3 ท่านมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติการ ประเมินอาการผู้ป่วย เช่น การช่วยฟื้นคืน ชีพผู้ป่วยฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (CPR), การใช้ เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ AED					
3.4 ท่านมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติการ ห้ามเลือดและทำแผล					
<b>4) การมีส่วนร่วมในการติดตาม ประเมินผลและการนำไปใช้ประโยชน์ใน ชุมชน</b>					
4.1 ท่านมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ข้อมูล ต่าง ๆ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน เบื้องต้นในชุมชน เช่น การพูดคุยกับเพื่อน บ้าน สมาชิกในชุมชน การแจ้งผ่านเสียง ตามสาย การประชุมหมู่บ้าน เป็นต้น					
4.2 ท่านนำความรู้ ประสบการณ์ และ การฝึกทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ไปใช้ประโยชน์ได้ในชุมชน					
4.3 ท่านได้ให้ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ การปรับปรุงและพัฒนาการทำกิจกรรม การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น					
4.4 ท่านได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชน มีการรวมกลุ่มเครือข่าย ภาควิชาที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันดำเนินงานหรือกิจกรรมการ ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น					

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน

คำชี้แจง: โปรดอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  หน้าข้อความระดับความพึงพอใจของท่านที่มีต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ดังนี้

ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. วันและเวลาในการจัดประชุม (1 วัน)					
2. ความเหมาะสมของสถานที่ในการจัดประชุม					
3. การถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ของวิทยากรในกิจกรรมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้ป่วย การห้ามเลือดและทำแผล					
4. ความชัดเจนและเข้าใจง่ายของเนื้อหาการบรรยายและสาธิต เรื่องความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะการประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้ป่วย การห้ามเลือดและทำแผล					
5. การฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ทั้งในเรื่อง การแจ้งเหตุ การประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้ป่วย การห้ามเลือดและทำแผล					
6. การตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นผู้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็น					
7. การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็น					
8. การพูดคุย ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และการเป็นที่เลี้ยงฝึกทักษะการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น					

ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วม ร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วย ฉุกเฉิน	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
9. การประชาสัมพันธ์โครงการ หรือ กิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการ ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน					
10. ความรู้ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการ ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้ในชุมชน					

ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ

.....  
 .....

-ขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสอบถามเป็นอย่างสูง ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนี้-

**ภาคผนวก ค**  
**เอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ  
.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์  
..... ได้รับฟังคำอธิบายจาก นางพัชราภากาญจน์ คงทวีพันธ์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข  
ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติดเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครใน  
โครงการวิจัยเรื่องรูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น จังหวัด  
เชียงใหม่

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบถึง  
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่าง  
ละเอียดตลอดจนให้เวลาในการซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ จนเข้าใจ

ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากข้าพเจ้าโดยขอให้ เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการโครงการวิจัยเรื่องการมี  
ส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไป ศึกษาพัฒนาการมี  
ส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินจังหวัดเชียงใหม่ได้รับ  
การช่วยเหลือโดยชุมชน ผู้วิจัยอาจมีความจำเป็นต้องแสดงข้อมูลรูปภาพของข้าพเจ้าแก่สาธารณะโดยผู้วิจัยจะ  
นำเสนอเฉพาะในภาพรวมของผลการวิจัยและใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจและข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการเป็นอาสาสมัคร  
โครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าต้องการโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางพัชราภากาญจน์ คงทวีพันธ์ ตำแหน่งนักวิชาการ  
สาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ได้ที่ กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ 083-625-4444

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ  
(ลงนาม).....อาสาสมัคร (ลงนาม).....พยาน  
( ) ( )  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

### เอกสารแบบแสดงความยินยอมของอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น จังหวัดเชียงใหม่ ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างหรืออาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้ร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจและไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม .....ผู้ยินยอม  
(.....)

ลงนาม .....พยาน  
(.....)

ลงนาม .....ผู้ทำวิจัย  
(.....)

