



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการการพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเข้าถึง
บริการการแพทย์ฉุกเฉินในเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น



ผู้วิจัย

นิตกร สอนชา

โรงพยาบาลขอนแก่น

สุริดา จันทรจรัส

โรงพยาบาลขอนแก่น

นิตยากรณ์ สีหาบัว

โรงพยาบาลขอนแก่น

มงคล อัสวภูมิ

โรงพยาบาลขอนแก่น

ศรัณยา พันธุ์โยธา

โรงพยาบาลขอนแก่น

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

ชื่อวิจัย: การพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเข้าถึงบริการการแพทย์
ฉุกเฉินในเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

ISBN: 978-616-398-773-0

ผู้วิจัย: นายแพทย์นิติกร สอนชา
สุธิดา จันทร์จรัส
นิตยาภรณ์ สีหาบัว
มงคล อัครภูมิ
ศรัณยา พันธุ์โยธา

บรรณาธิการ: รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ บุญเชียง
ดร.เสาวลักษณ์ เศรษฐีกุล
สุรณี ทานเคหาสน์
สุณิสา เสนาหวาน

ออกแบบและพิมพ์: อรุณวดี กรรมสิทธิ์

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

พิมพ์ครั้งแรก: ตุลาคม 2565

พิมพ์ที่: บริษัทสยามพิมพ์นานา จำกัด
โทรศัพท์ 0 5321 6962

สนับสนุนโดย: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

กิตติกรรมประกาศ

โครงการงานวิจัย การพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ได้ดำเนินการเสร็จสิ้น ด้วยการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยแห่งชาติ และได้รับการสนับสนุนจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ภายใต้ทุนอุดหนุนแผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคม แผนงานระบบบริการสุขภาพ : การพัฒนาระบบบริการเพื่อการดูแลภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างครบวงจร และให้โอกาสจังหวัดขอนแก่นได้มีการพัฒนางานวิจัยระบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่น เพื่อหารูปแบบ และนวัตกรรม ในการพัฒนาต่อยอดแก่จังหวัดอื่น

โดยโครงการวิจัยนี้จะเกิดขึ้นไม่ได้ ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุน การส่งเสริมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น หัวหน้าศูนย์แพทย์ชุมชน วัดหนองแวงพระอารามหลวง ศูนย์แพทย์ชาตะผดุง ศูนย์แพทย์มิตรภาพ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร ศูนย์บริการสุขภาพที่ 1 ศูนย์บริการสุขภาพที่ 3 ศูนย์บริการสุขภาพที่ 5 เทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และที่สำคัญขอขอบคุณแกนนำชุมชน อสม.เทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่ร่วมคิด ร่วมทำ และเสนอแนะวิธีการแก้ไขปัญหา การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จนเกิดเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่เทศบาลนครขอนแก่น คือ การสร้างแกนนำชุมชน อสม. ร่วมรับรู้ปัญหา เสนอแนะการแก้ปัญหา และดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยชุมชน จนมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ซึ่งสามารถเป็นต้นแบบให้หน่วยงานอื่น สามารถพัฒนาต่อยอดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป

คณะวิจัย
ตุลาคม 2565

บทคัดย่อ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตหากได้รับการช่วยเหลือที่ทันท่วงทีจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ ประเทศไทยมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพัฒนาอย่างต่อเนื่องและประชาชนสัมพันธ์ผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 จากสถิติการออกปฏิบัติการปีงบประมาณ 2560-2562 พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 8.47, 8.63 และ 9.24 ตามลำดับ โดยพบว่า ประชาชนในพื้นที่ขาดความรู้ ความเชื่อมั่น และความเข้าใจในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ไม่ตระหนักและมองเห็นถึงความจำเป็นในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านหมายเลข 1669 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) วิธีการดำเนินงาน ระยะเวลาที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ และวางแผนการพัฒนา ระยะเวลาที่ 2 การดำเนินการพัฒนา ระยะเวลาที่ 3 การติดตามประเมินผลและถอดบทเรียน

ผลการดำเนินงานได้รูปแบบการสร้างแกนนำชุมชน อสม. เป็นตัวแทนให้มีส่วนร่วมรับรู้ แก้ไขติดตามปัญหาในชุมชนของตนเองโดยมีศูนย์แพทย์ชุมชนเป็นที่ปรึกษา ปรับสื่อประชาสัมพันธ์ของส่วนกลางตามปัญหาของชุมชน เป็น “ผู้ป่วยฉุกเฉิน พบอุบัติเหตุเรียก 1669 ให้บริการฟรี ทุกที่ ทุกเวลา” นำไปใช้ในชุมชนและติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีการให้กลุ่มเป้าหมายทำแบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้กิจกรรมต่าง ๆ ถึงระดับความเป็นไปได้ในความสำเร็จของการดำเนินโครงการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง สรุปผลจากการติดตามการดำเนินโครงการ พบว่าผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจากเดิมเป็นร้อยละ 13 และมีการเพิ่มบทบาทการดำเนินงานของ อสม. และการมีส่วนร่วมภาคประชาชนให้มากขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, กระบวนการมีส่วนร่วม, ชุมชน , การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, จังหวัดขอนแก่น

Abstract

Emergency illness is a life crisis. If prompt assistance is given, the mortality rate can be reduced. Thailand has emergency medical services system which is continuously developed and publicized via telephone number 1669. From the statistics of the fiscal year 2017-2019, it was found that 8.47, 8.63, and 9.24 percent of critical patients had called for emergency medical services respectively. It was also found that the residents of the area lacked knowledge, confidence, and understanding of emergency medical system, causing them to see no need in calling for emergency medical services via 1669. This project aimed to study the development of a model of community engagement process for accessing emergency medical services in Khon Kaen Municipality, Khon Kaen Province, using participatory action research approach. The process included 1) situational analysis and development planning, 2) developing process, and 3) evaluation and review.

The project resulted in a community leadership model; volunteers were the community representatives for following up and solving problems in the community while community medical center acted as their consultant. Central advertising media was changed to “Be it emergency or accident, call 1669. Available anywhere, anytime” and was publicized in every community. The target group was asked to do a practicability assessment of various activities as well as the probability of success of the project implementation. Most of them were evaluated to be at a high level. After monitoring the implementation, the summary of results showed that there was a 13 percent increase in the amount of patient calling for emergency medical services. There was also an increase in the role of volunteers and public sector engagement.

Keywords: model development, engagement process, community, access to emergency medical services, Khon Kaen Province

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
Abstract	ค
สารบัญ	ง
สารบัญรูปภาพ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	3
1.3 ขอบเขตการวิจัย	4
1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ	4
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	6
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	6
2.2 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดขอนแก่น	11
2.3 แนวคิดการมีส่วนร่วม	12
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
กรอบแนวคิดในการวิจัย	18
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	19
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	19
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	21
3.3 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	21
3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	21
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	22
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล	23
4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	23
4.2 อภิปรายผล	36
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	37
เอกสารอ้างอิง	39
ภาคผนวก	43
ภาคผนวก ก	44
ภาคผนวก ข	45
ภาคผนวก ค	50
ภาคผนวก ง	51

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 โครงสร้างการบริหารงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดขอนแก่น	11
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	18
ภาพที่ 3 สื่อโปสเตอร์	29
ภาพที่ 4 สื่อสติ๊กเกอร์ประชาสัมพันธ์	30
ภาพที่ 5 สื่อแผ่นพับ	31
ภาพที่ 6 สื่อ Line group	32
ภาพที่ 7 สื่อ Facebook	32
ภาพที่ 8 กิจกรรม Door To Door โดย อสม.ในชุมชน	33
ภาพที่ 9 กิจกรรมประชาสัมพันธ์ณรงค์ในชุมชน	34

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ที่เคยเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 88)	24
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ที่เคยเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามรูปแบบการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (n = 88)	25
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ที่เคยเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามการรับรู้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n = 88)	25
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของปัจจัยที่มีผลต่อการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n = 88)	25
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลขอนแก่น จำแนกตามเดือนที่เข้ารับการรักษา	35

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที อาจทำให้เกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญและนำไปสู่การสูญเสียของชีวิตได้ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2557) ปัจจุบัน ประเทศไทยมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นการบริการและการจัดการจากภาครัฐเพื่อดูแลประชาชน โดยทำการขยายบริการในทุกจังหวัดพื้นที่ของประเทศไทยอย่างทั่วถึง ผ่านการใช้หมายเลขโทรศัพท์ 1669 เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างสะดวกและได้รับการรักษารวดเร็วตามหลักการการพัฒนาย่างยั่งยืน โดยวิสัยทัศน์ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้กำหนดไว้ในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564 คือ ประเทศไทยมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ประชาชนทุกคนเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัยด้วยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2559) สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์อย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น (พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551)

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันได้มีหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญในการดำเนินงานร่วมกันได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งในแต่ละหน่วยงานต้องทำงานเชื่อมประสานกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีและได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน ให้เป็นไปตามแนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่ต้องการให้บรรลุตามเป้าหมาย 5 ค. ได้แก่ 1) ครอบคลุม เป็นการบริการผู้ป่วยวิกฤติที่เป็นปัญหาหลักทั้งอุบัติเหตุและโรคฉุกเฉินทั่วไป 2) คล่องแคล่ว โดยการเพิ่มจำนวนหน่วยกู้ชีพให้ครอบคลุมในทุกพื้นที่เพื่อให้สามารถไปถึงผู้รับบริการอย่างปลอดภัยภายใน 8 นาที ของการแจ้งเหตุ 3) ครบ 24 ชั่วโมง ซึ่งเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินจะพร้อมสาธารณภัยเล็กและใหญ่ ทั้งเวลากลางวันและกลางคืนตลอด 24 ชั่วโมง 4) คุณภาพ มีการประเมินตนเองและการดำเนินการตามวงจรการพัฒนาของหน่วยบริการสู่มาตรฐานและความปลอดภัยและ 5) คุ้มครอง ป้องกันผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินและสังคมรอบข้างที่เกี่ยวข้องกับเหตุฉุกเฉิน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2557)

ระบบศูนย์สั่งการเป็นส่วนหนึ่งในองค์ประกอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญมากในการรับแจ้งเหตุให้ความช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการของแต่ละจังหวัดส่วนใหญ่จะตั้งอยู่ในโรงพยาบาลจังหวัด เนื่องจากศูนย์สั่งการเป็นศูนย์กลางในการประสานงานกับภาคีเครือข่ายในทุกหน่วยงานที่อยู่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบอื่น ๆ อาทิ หน่วยกู้ภัย ตำรวจ สถานีพยาบาล เป็นต้น โดยการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชนนั้นสามารถแบ่งขั้นตอนหลัก ๆ ได้ดังนี้ 1) รับแจ้งอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินจากผู้แจ้งเหตุ 2) สั่งการให้หน่วยปฏิบัติการออกปฏิบัติการ 3) ส่งผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาที่สถานพยาบาล และ 4) แพทย์ให้การรักษาผู้ป่วยจนพ้นภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน (วรวิทย์ พันธุ์ปัญญาเทพ, 2551)

จากรายงานสถานการณ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2557 พบว่า ความครอบคลุมบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบคลุมร้อยละ 71.8 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด ซึ่งยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดของประเทศ ประชาชนจะได้รับบริการเฉพาะในเขตที่ใกล้โรงพยาบาลและพื้นที่เขตเมือง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการจัดบริการของโรงพยาบาลและมูลนิธิ ทำให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลหรือชนบทไม่สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ และพบว่าประชาชนแจ้งเหตุผ่าน 1669 ร้อยละ 80.06 ของการแจ้งเหตุทั้งหมด เพื่อขอรับความช่วยเหลือและรับคำปรึกษา โดยมีการออกปฏิบัติการฉุกเฉินเพิ่มขึ้น และมีผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2555 ถึง 99,526 ครั้ง หรือร้อยละ 8.57 เมื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินในการส่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ส่วนใหญ่เป็นระดับความฉุกเฉินเร่งด่วน รองลงมาเป็นระดับความฉุกเฉินไม่รุนแรง และระดับความฉุกเฉินวิกฤต พบว่ามีแนวโน้มผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเพิ่มมากขึ้น ส่วนข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การเสียชีวิตก่อนไปถึง รักษาและเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ รักษาและเสียชีวิตระหว่างนำส่ง ปี พ.ศ. 2555 – 2557 ร้อยละ 0.67 – 0.68 ของผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมด อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเป็นจำนวนพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2555-2557 เท่ากับ 7,699 คน 8,140 คน และ 8,161 คน ตามลำดับ ซึ่งเป็นจำนวนไม่น้อย และยังพบว่าในจำนวนดังกล่าวเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่เสียชีวิตก่อนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินไปถึงจุดเกิดเหตุมากกว่าร้อยละ 80 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการ 19 หมดสติ ไม่ตอบสนอง และหมดสติชั่วคราว นอกจากนี้ผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วเสียชีวิตในโรงพยาบาลและกลับไปเสียชีวิตที่บ้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2558)

จากรายงานสถานการณ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2558 พบว่า ความครอบคลุมบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบคลุมร้อยละ 50.17 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด ซึ่งประจักษ์ให้เห็นว่ายังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั้งหมดของประเทศ และพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีแนวโน้มในการขึ้นทะเบียนเข้าร่วมการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ลดลงจากเดิม โดยปี 2557 ความครอบคลุมบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 3805 แห่ง ร้อยละ 71.80 และปี 2558 ความครอบคลุมบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 2,659 แห่ง ร้อยละ 50.17 เมื่อเทียบระหว่างปี 2557 กับปี 2558 พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการขึ้นทะเบียนเข้าร่วมการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ลดลง จำนวน 1,146 แห่ง ร้อยละ 21.63 โดยประชาชนส่วนมากที่ได้รับบริการจะอยู่ในเขตพื้นที่เมืองและใกล้โรงพยาบาล และเป็นการจัดบริการของโรงพยาบาลและมูลนิธิ ทำให้ประชาชนในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ห่างไกลไม่สามารถเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ และพบว่าประชาชนแจ้งเหตุผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 ร้อยละ 77.30 ของช่องทางการแจ้งเหตุทั้งหมด เพื่อขอรับความช่วยเหลือและรับคำปรึกษา และเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2557 พบว่า ประชาชนแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669 ลดลงจากเดิมร้อยละ 2.76 สำหรับการออกปฏิบัติการฉุกเฉินแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีโดยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2555 ถึง 164,498 ครั้ง ร้อยละ 14.16 และเมื่อพิจารณาคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่ประเมินจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นระดับความฉุกเฉินในระดับเร่งด่วน รองลงมาเป็นระดับไม่รุนแรง และระดับวิกฤต ส่วนข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน ปี 2555–2558 อยู่ระหว่าง 7,699–8,594 คน ส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตก่อนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินไปถึงมากกว่าร้อยละ 80 และพบมากในกลุ่มที่มีระยะเวลาปฏิบัติการฉุกเฉิน มากกว่า 8 นาที สำหรับกลุ่มอาการนำที่ผู้ป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลมากที่สุดคือ กลุ่ม อาการนำที่ 19 หมดสติ ไม่ตอบสนอง หมดสติชั่วคราว รองลงมาเป็นกลุ่มอาการนำที่ 25 อุบัติเหตุยานยนต์ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2559)

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้มีการพัฒนาและจัดตั้งขึ้นครั้งแรกในประเทศไทยที่จังหวัดขอนแก่น โดยได้เริ่มโครงการศูนย์อุบัติเหตุ ณ โรงพยาบาลขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2536 และเริ่มดำเนินการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2537 ช่องทางการแจ้งเหตุผ่านทางหมายเลข 1669 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการช่วยเหลือผู้ป่วยในจุดเกิดเหตุให้มีประสิทธิภาพลดอัตราการตายและความพิการของผู้บาดเจ็บได้ ซึ่งเริ่มต้นให้บริการในเขตเทศบาลนครขอนแก่น และผลักดันให้ดำเนินงานในทุกอำเภอและขยายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ตำบลในจังหวัดขอนแก่น (งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัดโรงพยาบาลขอนแก่น, 2554) จากสถิติการออกปฏิบัติการฉุกเฉินของชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน พบว่า จังหวัดขอนแก่นเป็นพื้นที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินมากที่สุดในประเทศ ในระยะเวลา 3 ปีติดต่อกัน โดยปี 2560 จำนวน 103,852 ครั้ง ปี 2561 จำนวน 106,552 ครั้ง และปี 2562 จำนวน 103,138 ครั้ง ตามลำดับ โดยการเรียกใช้บริการผ่านหมายเลข 1669 ร้อยละ 77.06, 78.84 และ 79.84 ตามลำดับ ซึ่งคัดแยกระดับความฉุกเฉินในการส่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาจากด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 8.47, 8.63 และ 9.24 ตามลำดับ 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนร้อยละ 83.75, 83.95 และ 84.30 ตามลำดับ 3) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน ร้อยละ 6.78, 6.07 และ 5.71 และ 4) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ณ ห้องฉุกเฉิน ที่มาจากด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 7.43, 7.49 และ 9.53 ตามลำดับ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562) จากข้อมูล 3 ปีย้อนหลังพบว่า ประชาชนมีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเฉลี่ยร้อยละ 78.58 ผู้ป่วยที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) เฉลี่ยร้อยละ 84.00 ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ที่ญาติหรือผู้พบเห็นเรียกใช้บริการเฉลี่ยร้อยละ 8.78 พบว่า ประชาชนบางส่วนยังไม่ให้ความสำคัญในการเรียกใช้บริการผ่านหมายเลข 1669 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤต ถ้ามาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้ลดอัตราการตายและความพิการของผู้บาดเจ็บและป่วยฉุกเฉินได้ และยังพบว่าประชาชนในพื้นที่ขาดความรู้ ความเชื่อมั่น และความเข้าใจในระบบการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งประชาชนในพื้นที่มีทางเลือกอื่นทำให้ไม่ตระหนักและมองเห็นถึงความจำเป็นในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านหมายเลข 1669

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่นเพื่อจะได้นำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาต่อยอดการทำงานของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพและพัฒนาระบบการทำงานของหน่วยงานในการวางแผน สนับสนุนและส่งเสริมการให้บริการให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพในหน่วยงานอื่นต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลนครขอนแก่น
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลนครขอนแก่น
- 3) เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลนครขอนแก่น

1.3 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โดยทำการศึกษาในกลุ่มประชาชนที่อาศัยอยู่ในเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น และเป็นผู้ที่มารับบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564

1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ

การแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า การวิจัย การป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน และเกี่ยวข้องกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินให้พ้นภาวะฉุกเฉินพร้อมทั้งการนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสม

ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินในการบริการความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความพร้อมทั้งในด้านทรัพยากรและบุคลากร

การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนหรือผู้แทนชุมชนอันประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. และประชาชน ในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อเพิ่มอัตราการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านหมายเลข 1669 รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการวางแผนและการปฏิบัติเพื่อประโยชน์ในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

ปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่การรับรู้ถึงสถานะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉินซึ่งรวมถึงการประเมิน การจัดการ การควบคุมดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่ง ผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล

ผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีความอันตรายรุนแรงจนถึงชีวิตหรือต่อการทำงานของอวัยวะที่สำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการ

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลที่ได้รับการบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ใช้สัญลักษณ์ “สีแดง” (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556)

ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ได้แก่ บุคคลที่ได้รับการบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน หากไม่ได้รับการรักษาทันท่วงทีอาจ

ทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิต หรือพิการในระยะต่อมาได้ ใช้สัญลักษณ์ “สีเหลือง (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556)

ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ และหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควร จะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ใช้สัญลักษณ์ “สีเขียว” (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556)

ผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่ บุคคลที่เจ็บป่วยแต่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งอาจมารับบริการสาธารณสุขในเวลาทำการปกติได้ โดยไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้นหรือภาวะแทรกซ้อนตามมา ใช้สัญลักษณ์ “สีขาว” (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556)

ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น ได้แก่ บุคคลซึ่งมารับบริการสาธารณสุขหรือบริการอื่น ใช้สัญลักษณ์ “สีดำ” (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556)

ประชาชน หมายถึง บุคคลอาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น และมารับบริการซึ่งอาจเป็นผู้บาดเจ็บที่ประสบอุบัติเหตุหรือผู้ป่วยฉุกเฉินมาใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่น

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยครอบคลุมเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2.2 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดขอนแก่น
- 2.3 แนวคิดการมีส่วนร่วม
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

2.1.1 ความหมายของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้ให้ความหมายหรือคำจำกัดความเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินไว้ดังนี้

วิทยา ซาติบัญญัติชาชัย (2545) ได้กล่าวว่า ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ระบบบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ประกอบด้วยระบบการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

วิภาดา วัฒนนามสกุล (2547) ได้กล่าวว่า ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน ที่มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้มีโอกาสขอความช่วยเหลือในภาวะที่เกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือในภาวะที่เกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้มีการจัดให้มีระบบต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวก ได้แก่ การรับแจ้งเหตุ การเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุและการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินจนถึงโรงพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพตลอด 24 ชั่วโมง

วิภาดา วัฒนนามสกุล (2550) ได้กล่าวว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึงระบบการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อการประเมิน การจัดการ การรักษาพยาบาล โดยครอบคลุมตั้งแต่การดูแลรักษาออกโรงพยาบาล การแจ้งเหตุฉุกเฉิน การให้คำแนะนำปรึกษาฉุกเฉิน การจัดหน่วยเคลื่อนที่เร็วไปช่วยเหลือดูแล การนำส่งโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย รวมทั้งการบริการที่โรงพยาบาลตลอดจนการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสมจนผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะฉุกเฉิน

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน (2551) ได้กล่าวว่า การแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้าและการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน

กัญญา วังศรี (2556) กล่าวว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การนำเอาทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่มาพัฒนาจัดบริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มีความรวดเร็วทันที่และมีประสิทธิภาพในพื้นที่หนึ่ง ๆ ประกอบด้วยการจัดให้มีการประชาสัมพันธ์การรับแจ้งเหตุและสั่งการ มีหน่วยปฏิบัติการที่มีคุณภาพและเหมาะสมในการให้การดูแลผู้เจ็บป่วย ณ ที่เกิดเหตุมีการให้การดูแลผู้เจ็บป่วยในระหว่างนำส่ง และมีการนำส่งยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมและอย่างมีคุณภาพ

กล่าวโดยสรุป ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระบบบริการที่สามารถให้ความช่วยเหลือ คำปรึกษา และรักษาผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วทั้งในภาวะการณปกติและภัยพิบัติ ได้อย่างถูกต้องตาม มาตรฐานในการให้บริการและครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และการ ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ณ จุดเกิด เหตุ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในระหว่างการนำส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและเหมาะสมได้อย่าง ทันเวลาและมีประสิทธิภาพ

2.1.2 การจัดตั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) วันที่ 21 ธันวาคม 2552 และผ่านมติคณะรัฐมนตรี (ครม.) วันที่ 29 มิถุนายน 2553 เพื่อใช้เป็น แนวทางพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยให้ครอบคลุมทุกมิติ ประกอบด้วย การป้องกันการ เจ็บป่วยฉุกเฉินให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดทั้งภายในและนอกโรงพยาบาลทั้งในภาวะปกติและภัยพิบัติเพื่อให้ ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึง เท่าเทียม ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีเป้าหมายหลักที่สำคัญ ได้แก่ 1) การป้องกันให้การเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นน้อยที่สุด และ 2) การจัดการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการ ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานจนพ้นภาวะฉุกเฉินอย่างทันท่วงที (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ , 2553) โดยได้กำหนดองค์ประกอบหลักในระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การพัฒนาทรัพยากร 2) กลไกการจัดการทางการเงิน 3) การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน 4) การจัด องค์กรในการให้บริการ และ 5) กลไกการจัดการและอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

2.1.3 แนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

มาตรฐานระบบการแพทย์ หมายถึง มาตรฐานระบบการแพทย์ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กำหนดเพื่อให้เป็นหลักว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่าง ทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพ โดยได้รับความช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อ เหตุการณ์

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2553) ได้กำหนดให้สถานพยาบาล หน่วยงานภาครัฐและ เอกชนที่จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีหลักเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วย 14 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1.3.1 ระบบศูนย์สั่งการ หมายถึง ศูนย์หรือหน่วยปฏิบัติการบริการฉุกเฉินที่มีระบบเครือข่ายการ สื่อสารที่มีคุณภาพและเหมาะสม มีทีมแพทย์ พยาบาล และนักปฏิบัติฉุกเฉินการแพทย์ในการสั่งการและ ออกเหตุ 24 ชั่วโมง โดยมีหน้าที่ในการรับแจ้งเหตุจากประชาชนโดยตรงและรับแจ้งผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุ ฉุกเฉินอื่นที่เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อสื่อสาร สั่งการ ประสานการช่วยเหลือแนะนำ การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยหรือผู้พบผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งการประสานหน่วยปฏิบัติการหรือชุด ปฏิบัติการออกปฏิบัติการให้การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ร่วมกับหน่วยงานองค์กรอื่น ๆ และบันทึกข้อมูล ต่าง ๆ ด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบเอกสารและข้อมูลคอมพิวเตอร์ซึ่งระบบศูนย์สั่งการมีบทบาทสำคัญ ในการดำเนินงานต่าง ๆ ตั้งแต่การรับข้อมูลข่าวสาร การประมวลผล และจัดส่งความช่วยเหลือที่ ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ ยานพาหนะ และเครื่องมืออุปกรณ์ ที่สามารถตัดการเหตุฉุกเฉินตาม ข้อมูลที่ได้รับแจ้ง เพื่อเดินทางไปที่เกิดเหตุอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่อาจจะ นำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิตหากได้รับความช่วยเหลือล่าช้า มีการกำหนดมาตรฐานองค์ประกอบ ดังนี้

1) ด้านสถานที่ ต้องมีสถานที่ที่จำเพาะแยกเป็นสัดส่วนออกจากส่วนบริการห้องอื่น ซึ่งมีพื้นที่ ที่เพียงพอและมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการปฏิบัติงานตามความเหมาะสม

2) ด้านผู้ปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย 1) แพทย์หัวหน้าศูนย์สั่งการ 1 คนโดยปฏิบัติงานในเวลาราชการและเวลานอกราชการให้มีการจัดเวรให้มีแพทย์ประจำการพร้อมที่จะรับทราบและให้คำปรึกษารวมทั้งรับผิดชอบทางการแพทย์ในการปฏิบัติการของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ออกปฏิบัติการตามการสั่งการของศูนย์และอยู่ในกรอบการมอบหมายของแพทย์ 2) พยาบาลประจำศูนย์สั่งการจังหวัด ปฏิบัติงานในเวรราชการ 1 คน โดยเป็นผู้รับผิดชอบการปฏิบัติการตลอดจนการให้บริการของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับต่าง ๆ และให้คำปรึกษาในด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินแก่ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินและประชาชน รวมถึงการประสานงาน การแก้ปัญหาในการปฏิบัติการและตรวจสอบความถูกต้องของระบบข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต 3) เจ้าหน้าที่สื่อสารและข้อมูล ซึ่งปฏิบัติการในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ เวิร์ด 2 คน โดยทำหน้าที่ในการรับโทรศัพท์ ประสานงานวิทยุสื่อสารทุกระบบ บันทึกข้อมูลทั้งในระบบเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์

2.3.1.2 ระบบการแจ้งเหตุและสื่อสาร หมายถึง ระบบบริการแจ้งเหตุที่ง่ายต่อการแจ้งและการเรียกใช้บริการ ได้แก่หมายเลข 1669 ซึ่งเป็นมาตรฐานในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในทุก ๆ จังหวัด โดยสามารถใช้ระบบโทรศัพท์ใดก็ได้ในการแจ้งเหตุโดยให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถในการให้คำแนะนำในการรักษาพยาบาลขั้นต้นได้ และเมื่อมีการแจ้งเหตุในจังหวัดใดก็จะต้องไปในศูนย์ของจังหวัดนั้น ๆ โดยระบบศูนย์สั่งการจะมีระบบการสื่อสารที่ครอบคลุมทุกพื้นที่กับลูกข่ายในแต่ละอำเภอของทุกจังหวัด รวมถึงการสื่อสารระหว่างชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ออกให้ปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุกับโรงพยาบาลที่นำส่งผู้บาดเจ็บและเครือข่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีมาตรฐานองค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบโทรศัพท์ 2) ระบบสื่อสาร และ 3) เครื่องรับวิทยุและโทรศัพท์

2.3.1.3 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดที่จัดตั้งขึ้นเพื่อปฏิบัติการฉุกเฉินประกอบด้วยผู้ปฏิบัติการ พานะ เวชภัณฑ์ เครื่องมือต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการฉุกเฉินของชุดปฏิบัติการต่าง ๆ ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนดออกเป็น 4 ชุดปฏิบัติการ ดังนี้

1) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นเป็นชุดปฏิบัติการกู้ชีพระดับเบื้องต้นที่ได้ทำการขึ้นทะเบียนพานะ อุปกรณ์กู้ชีพระดับเบื้องต้น พร้อมทั้งอาสาสมัครผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

2) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น เป็นชุดปฏิบัติการที่ประกอบด้วยพานะกู้ชีพระดับพื้นฐานพร้อมอุปกรณ์กู้ชีพระดับพื้นฐานและผู้ปฏิบัติการต่าง ๆ ที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติแล้วและต้องเป็นเวชกรฉุกเฉินระดับต้น ซึ่งจะเป็นหัวหน้าชุดที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

3) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง เป็นชุดปฏิบัติการที่ประกอบด้วยพานะกู้ชีพระดับกลางที่ขึ้นทะเบียนพานะพร้อมอุปกรณ์กู้ชีพระดับกลางและผู้ปฏิบัติการต่าง ๆ กับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติแล้วและต้องเป็นเวชกรฉุกเฉินระดับกลาง ซึ่งเป็นหัวหน้าชุดที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

4) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง เป็นชุดปฏิบัติการที่ประกอบด้วย พานะกู้ชีพระดับสูงที่ขึ้นทะเบียนพานะพร้อมอุปกรณ์กู้ชีพระดับสูงและผู้ปฏิบัติการต่าง ๆ กับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแล้วโดยต้องเป็นแพทย์พยาบาลกู้ชีพหรือเวชกรฉุกเฉินระดับสูงเป็นหัวหน้าชุดที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

2.3.1.4 การจัดพื้นที่ หมายถึง การจัดแบ่งพื้นที่ให้ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินรับผิดชอบเพื่อให้สามารถกระจายเข้าถึงผู้รับบริการโดยระยะเวลาเดินทางที่เหมาะสมและทันที่ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมีการกำหนดเกณฑ์พื้นที่และขนาดประชากร ดังนี้

- 1) สัดส่วนประชากร 100,000 คน/ 1 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น
- 2) สัดส่วนประชากร 200,000 คน/ 1 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง
- 3) มาตรฐานด้านระยะเวลาในการเดินทางไปถึงจุดเกิดเหตุ (Response time) ภายใน

8-10 นาที

2.3.1.5 บุคลากรและการอบรม หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด คือ บุคคลใดที่ปฏิบัติการฉุกเฉินนับตั้งแต่ผู้พบเห็นเหตุการณ์ ผู้ช่วยเหลือ ตลอดจนผู้ประกอบการวิชาชีพด้านการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้บาดเจ็บ โดยมีการกำหนดมาตรฐาน ดังนี้

- 1) ผู้ปฏิบัติการที่ปฏิบัติการฉุกเฉินโดยตรงและอยู่ในชุดปฏิบัติการฉุกเฉินนอกสถานพยาบาล ตั้งแต่การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ จนถึงการลำเลียงขนส่งผู้บาดเจ็บ โดยทำหน้าที่ประเมิน วินิจฉัย และบำบัดรักษาพยาบาลกับผู้บาดเจ็บโดยตรง โดยผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินจะต้องมีหลักเกณฑ์และมาตรฐานในการปฏิบัติงานฉุกเฉิน

- 2) ผู้ปฏิบัติการที่ปฏิบัติการในศูนย์สั่งการ ซึ่งในการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกสถานพยาบาล นั้น ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในศูนย์สั่งการระดับจังหวัดจะทำหน้าที่ในการรับแจ้งเหตุและรับรู้ถึงสภาวะการณ์ของการบาดเจ็บ โดยจะทำการประเมิน จัดการ และประสานงานเพื่อดำเนินการส่งชุดปฏิบัติการฉุกเฉินลงพื้นที่ไปให้ความดูแล ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ รวมถึงการลำเลียงส่งผู้บาดเจ็บไปยังสถานพยาบาลอย่างเหมาะสมและประสิทธิภาพซึ่งต้องมีหลักเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำการปฏิบัติงานฉุกเฉิน

2.3.1.6 กฎและระเบียบ หมายถึง ข้อบังคับที่รองรับในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในระดับต่าง ๆ รวมถึงการคุ้มครองสิทธิของผู้บาดเจ็บ โดยมีการกำหนดมาตรฐาน ดังนี้

- 1) มาตรฐานด้านการแต่งกาย ของผู้ปฏิบัติการ
- 2) มาตรฐานการแสดงเครื่องหมายและตราสัญลักษณ์ของผู้ปฏิบัติการเพื่อแสดงหรือติดไว้กับเครื่องแต่งกาย

- 3) มาตรฐานการแสดงเครื่องหมายตราสัญลักษณ์ของยานพาหนะการแพทย์ฉุกเฉินที่ใช้เพื่อลำเลียงหรือขนส่งผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน

2.3.1.7 การเงินการคลัง หมายถึง งบประมาณในการจัดตั้งการดำเนินการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งค่าตอบแทนให้กับผู้ปฏิบัติงาน หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลที่ดำเนินการเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งค่าตอบแทนจะได้มาจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน และส่วนท้องถิ่น

2.3.1.8 การประชาสัมพันธ์ หมายถึง การทำให้ประชาชนรู้บทบาทหน้าที่ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และสามารถเรียกใช้บริการได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วตามความจำเป็น และมีความเข้าใจในระบบงานและเป้าหมายของการทำงานอย่างครอบคลุมและทั่วถึง

2.3.1.9 การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการที่จะจัดให้มีสร้างความรู้และความเข้าใจถึงประโยชน์ที่จะได้รับ ตลอดจนมีการจัดกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน มีการส่งเสริมความรู้ เตรียมความพร้อม และการซ้อมแผนปฏิบัติการฉุกเฉินต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับชุมชนได้ และตัวแทนของชุมชนควรมีส่วนร่วมในคณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของท้องถิ่นในการปฏิบัติงานฉุกเฉินผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ที่มีส่วนร่วมของชุมชนในการแจ้งเหตุ ช่วยเหลือเบื้องต้น ที่จะให้มีการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บเป็นไปในทางสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง และมีคุณภาพ มีการกำหนดมาตรฐาน ดังนี้

1) ประชาชนในชุมชนต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินรวมถึงประโยชน์ที่ตนเองและชุมชนจะได้รับ และสามารถใช้บริการได้อย่างถูกต้องรู้จักวิธีการในการแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669 รวมถึงการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

2) กลุ่มอาสาสมัครในชุมชนมีการเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ การเตรียมความพร้อมและการซ้อมแผนปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินต่าง ๆ ที่อาจเกิดกับชุมชนเอง

3) มีคณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับของท้องถิ่น

2.3.1.10 มาตรฐานโครงสร้างที่เหมาะสม หมายถึง การกำหนดเป้าหมายหรือนโยบายที่ชัดเจนในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บนอกโรงพยาบาล และมีการกำหนดบทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการอย่างชัดเจน รวมทั้งมีการจัดการทรัพยากรในการให้ความสนับสนุนการดำเนินการของบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลทุกแห่งและหน่วยงานอื่น ๆ ให้ได้มาตรฐานที่ตั้งไว้โดยมีการกำหนดมาตรฐานกลางเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำในการดำเนินการ ซึ่งหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องจะต้องมีการกำหนดมาตรฐานโดยคณะกรรมการของหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องและคณะกรรมการของท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ควรมีบทบาทในการปรับปรุงรายละเอียดแต่ละท้องถิ่นเองเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้น

2.3.1.11 ระบบข้อมูล หมายถึง ระบบข้อมูลที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันทั่วประเทศ มีการกำหนดตัวแปรขั้นต่ำและสามารถที่จะเชื่อมโยงกันได้อย่างเป็นปัจจุบัน ซึ่งในปัจจุบันได้มีการใช้ระบบการบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มของสำนักงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยเมื่อชุดปฏิบัติการฉุกเฉินได้รับแจ้งเหตุจะต้องโทรศัพท์แจ้งศูนย์สั่งการเพื่อขอรหัสการออกปฏิบัติการหลังจากออกให้บริการต้องบันทึกข้อมูลของผู้บาดเจ็บตามแบบฟอร์มของสำนักงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างครบถ้วนและรายงานผลการปฏิบัติงานแก่ศูนย์สั่งการเพื่อบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตมีการเก็บรวบรวมข้อมูลส่งรายงานและทำการเบิกจ่ายค่าตอบแทน

2.3.1.12 การเตรียมพร้อมจัดหมวดหมู่โรงพยาบาล หมายถึง การกำหนดชุดปฏิบัติการฉุกเฉินสำหรับการออกให้บริการในแต่ละพื้นที่ กำหนดสถานพยาบาลสำหรับการนำส่งผู้บาดเจ็บในกรณีต่าง ๆ เพื่อการตัดสินใจ และความเป็นธรรมระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยปฏิบัติการ และสะดวกต่อการควบคุมทางการแพทย์และป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดจากการนำส่งผู้บาดเจ็บไปยังโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสม

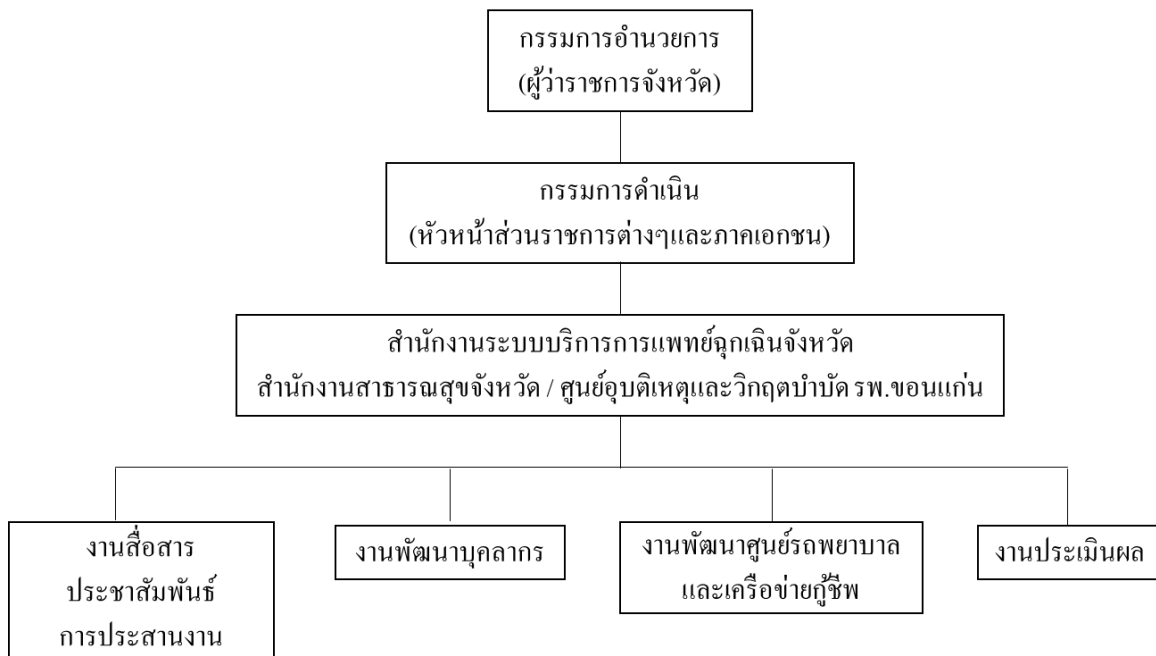
2.3.1.13 การรับผิดชอบระบบทางการแพทย์ หมายถึง ระบบควบคุมทางการแพทย์ในการออกปฏิบัติการฉุกเฉินโดยมีแพทย์เป็นผู้รับรองมีการควบคุมและสั่งการ คือ ทางตรงโดยการควบคุมและสั่งการโดยตรงผ่านวิทยุสื่อสารหรือโทรศัพท์ และทางอ้อมโดยการผ่านเอกสารมอบหมายคือคู่มือปฏิบัติงานหรือคำสั่งการรักษาของแพทย์เป็นระเบียบปฏิบัติในการดำเนินงานโดยคณะกรรมการที่มีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ เช่น เกณฑ์ที่ใช้ในการแยกผู้บาดเจ็บในการนำส่งโรงพยาบาลการดูแลผู้บาดเจ็บในสถานที่เกิดเหตุในภาวะต่าง ๆ เป็นต้น

2.3.1.14 การประเมินผล หมายถึง การประเมินผลการปฏิบัติการฉุกเฉินของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในด้านคุณภาพการรักษาพยาบาลและสวัสดิภาพของผู้บาดเจ็บ โดยการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติการฉุกเฉินในทุกปีและด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

กล่าวโดยสรุป มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย 14 องค์ประกอบ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานของบุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน และการดูแลผู้บาดเจ็บทั้งในภาวะปกติและภัยพิบัติ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มี มาตรฐานอย่างทั่วถึง เท่าเทียม อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดขอนแก่น

จังหวัดขอนแก่นได้มีการเริ่มโครงการศูนย์อุบัติเหตุ ณ โรงพยาบาลขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2536 และ เริ่มดำเนินการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นครั้งแรกของ ประเทศไทย เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 โดยได้ตระหนักถึงความสำคัญในการจัดระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ขานรับกฎหมายรัฐธรรมนูญและพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ต้องการให้ประชาชนทุกคนได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุให้มีประสิทธิภาพลดอัตราการตาย ความพิการของผู้ได้รับบาดเจ็บ โดยเริ่มต้นให้บริการในเขตเทศบาลนครขอนแก่นและผลักดันให้มีการ ดำเนินงานในทุกอำเภอและได้ขยายระบบบริการให้ครอบคลุมพื้นที่ในเขตอำเภอเมืองครอบคลุมทุกตำบล และขยายไปยังตำบลในอำเภอต่าง ๆ ในจังหวัดขอนแก่น โดยเชื่อว่าการมีเครือข่ายจะทำให้การดูแล ผู้บาดเจ็บอย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงระยะเวลาในการไปถึงเกิดเหตุได้เร็วขึ้นและนำส่งผู้บาดเจ็บไปยัง สถานพยาบาลที่มีศักยภาพและเหมาะสมซึ่งถือเป็นดัชนีที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้รอดชีวิตลดการสูญเสียและความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้ (งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์อุบัติเหตุและ วิกฤติบำบัดโรงพยาบาลขอนแก่น, 2554) โดยมีโครงสร้างการบริหารงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด ขอนแก่นได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 โครงสร้างการบริหารงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดขอนแก่น
ที่มา งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัดโรงพยาบาลขอนแก่น, 2554

2.3 แนวคิดการมีส่วนร่วม

ในสังคมปัจจุบันการดำเนินงานต่าง ๆ ของหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชน จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้อง เนื่องจากประชาชนเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชน ในฐานะผู้รับบริการจากหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนในด้านต่าง ๆ โดยการดำเนินงานใด ๆ ที่มีภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมจะทำให้การดำเนินงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ได้มีผู้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้

2.3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

เฉลิม บุรีภักดี, เฉียบ ไทยยิ่ง, ภัทรามน จาปาเงิน, บุญเรือง ศรีเหรียญ, ลือชา ธรรมวินัย สติต, มยุรี วัดแก้ว, วันทนา กลิ่นงาม, รวิวงศ์ ศรีทองรุ่ง, ทรงจิต พูนลาภ และประพิร์พร อักษรศรี (2545) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมอย่างแท้จริงของกลุ่มคนที่มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกกระบวนการขั้นตอนของโครงการพัฒนา โดยการมีส่วนร่วมต้องเป็นไปในรูปแบบการพัฒนาการเข้ามามีส่วนกระทำให้เกิดการพัฒนา ไม่ใช่เป็นผู้รับการพัฒนาตลอดไป ทั้งนี้เป็นการเกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริงและถาวร การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ได้หมายความว่าเพียงการดึงประชาชนเข้ามาทำกิจกรรมตามที่ผู้นำท้องถิ่นคิดหรือจัดทำขึ้น ซึ่งแท้จริงแล้วหมู่บ้านหรือชุมชนต่าง ๆ มีกิจกรรมวิธีการดำเนินงานของตนอยู่แล้วโดยพยายามสร้างสิ่งใหม่ ๆ ขึ้นมาเพื่อให้ได้ชื่อว่าเป็นความคิดหรือโครงการของตน

สมยศ นาวิการ (2545) การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการของการให้ผู้ได้บังคับบัญชาได้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ (Participative Management) เน้นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของบุคคล PM ใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของพวกเขาในการแก้ปัญหาของการบริหาร

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2546) ได้กล่าวว่าการมีส่วนร่วมคือการที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่ไม่เคยได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ หรือเข้าร่วมการตัดสินใจหรือเคยเล็กน้อยได้เข้าร่วมด้วยมากขึ้นเป็นไปอย่างมีอิสรภาพเสมอภาคมิใช่เพียงมีส่วนร่วมอย่างผิวเผิน แต่เข้าร่วมด้วยแท้จริงยิ่งขึ้นและการเข้าร่วมโครงการนั้นตั้งแต่ขั้นแรกถึงขั้นสุดท้ายของโครงการ

พัชรี สีโรรส, พิสิฐ ศุภริยพงศ์, สมศักดิ์ สามัคคีธรรม, โสภารัตน์ จารุสมบัติ, เรวดีประเสริฐ เจริญสุข, และรัชฎาภรณ์ แก้วสนิท (2546) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจของรัฐซึ่งกระบวนการดังกล่าวสามารถกระทำได้หลายรูปแบบ คือ 1. การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับรู้รับทราบข้อมูลข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโครงการที่มีผลกระทบต่อชุมชน 2. การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น ประกอบด้วย 2.1) การร่วมปรึกษาหารือ และ 2.2) การให้อำนาจประชาชนตัดสินใจ

ถวิลวดี บุรีกุล (2548) ได้กล่าวว่า ในการพัฒนาชนบทการมีส่วนร่วม หมายถึง การให้ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจและกระบวนการดำเนินการ ตลอดจนร่วมรับผลประโยชน์ในโครงการพัฒนาและยังเกี่ยวข้องกับการประเมินโครงการนั้น ๆ

โกวิทย์ พวงงาม (2553) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนเข้ามารวมกลุ่มกันดำเนินงานในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อผลประโยชน์ร่วมกัน และเป็นการเกี่ยวข้องกันทางด้านจิตใจ ซึ่งความรู้สึกร่วมกันของแต่ละคนที่มีต่อกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งของกลุ่มจะเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้กิจกรรมนั้น ๆ ประสบความสำเร็จ และเกิดความรับผิดชอบร่วมกัน ด้วยการเข้าไปเกี่ยวข้อง (Involvement) เข้าไปช่วยเหลือ (Contribution) และมีความรับผิดชอบ (Responsibility) ร่วมกัน

อภิศักดิ์ ธีระวิสิทธิ์ (2553) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การสร้างความร่วมมือ ร่วมใจในการทำงาน ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะต้องบูรณาการความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้เสียและหน่วยงานในภาคที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมพัฒนานั้น ๆ และหัวใจสำคัญของการนำไปสู่ความสำเร็จในงานพัฒนาที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การสร้างความเป็นเจ้าของหรือกิจกรรมการพัฒนา

กล่าวโดยสรุป การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินการต่าง ๆ หรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น มีความสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริงและถาวรและการดำเนินงานต่าง ๆ จะสำเร็จด้วยดีต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกภาคส่วน ตั้งแต่การรับรู้ปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล เนื่องจากประชาชนเป็นคนที่อยู่ในพื้นที่ที่จะทราบถึงปัญหาและความต้องการที่จะนำไปสู่การแก้ไขที่ดีขึ้นและอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.2 ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

พรทิพย์ คำพอ (2544) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนประกอบด้วย 9 ข้อ และมีความสำคัญ ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานอันชอบธรรมของทุกคนที่ต้องเคารพให้การยอมรับและยกย่องโดยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงออกเกี่ยวกับการปรับปรุงวิถีชีวิตของเขา 2) การพัฒนาเป็นงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับประชาชนเป็นจำนวนมากจำเป็นต้องให้คนหมู่มากเหล่านี้เข้ามามีสิทธิ์มีเสียงในการแสดงออก 3) คุณอายุทั้งหลายในการพัฒนาที่ผ่านมาซึ่งไม่สามารถส่งผลถึงกลุ่มประชาชนผู้ได้ออกาสและยากจนและในทางตรงกันข้ามกลับส่งผลให้กลุ่มคนผู้ได้เปรียบมีโอกาสมากขึ้น จึงจำเป็นต้องปรับปรุงกลยุทธ์ในการ พัฒนาใหม่โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนมากขึ้น 4) ประสบการณ์ที่ผ่านมา พบว่า โครงการจำนวนไม่น้อยที่ประสบความสำเร็จโดยอาศัยวิธีให้ประชาชนมีส่วนร่วมในรูปของการรวมกลุ่มและการจัดตั้งองค์กรประชาชนในขณะเดียวกันก็มีตัวอย่างของโครงการที่ล้มเหลวจำนวนมากเนื่องจากไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม 5) การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องของการปฏิบัติงานเป็นกลุ่มหรือของกลุ่ม อันเป็นผลมาจากความรู้สึกผูกพันของสมาชิกแต่ละคนที่เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อพิทักษ์ประโยชน์ของเขา และในขณะเดียวกันก็ได้ประโยชน์แก่ส่วนรวมด้วยการมีส่วนร่วมจริง เป็นสิ่งจำเป็น 6) การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นตัวชี้วัดของการพัฒนาชุมชนยิ่งประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากเท่าใดยิ่งแสดงว่าประชาชนจะได้รับประโยชน์จากการพัฒนามากยิ่งขึ้น 7) ประชาชนย่อมรู้ดีว่าตนเองนั้นต้องการอะไร มีปัญหาอะไร และอยากแก้ไขปัญหายังไร ถ้าให้โอกาสประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาย่อมช่วยให้โครงการต่าง ๆ สนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชนได้ดีกว่า 8) การมีส่วนร่วมของประชาชน ช่วยให้การปฏิบัติการทางสังคมเป็นไปอย่างสงบ สันติ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีระเบียบเป็นระบบและเป็นที่ยอมรับทุกฝ่าย และ 9) นโยบายของรัฐบาลในปัจจุบันที่ให้ทุกโครงการลงสู่ชนบท ต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นตามปรัชญาของการพัฒนา

อรทัย ก๊กผล (2552) ได้กล่าวว่า หลักการการมีส่วนร่วมของประชาชนจะต้องมีลักษณะของการเข้าร่วมอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุด ซึ่งประกอบด้วย 6 ข้อ ได้แก่ 1) เริ่มตั้งแต่การเกิดจิตสำนึกในตัวเองและถือเป็นการกระทำที่ของตนเองที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม 2) ร่วมคิดด้วยกันอะไรคือปัญหาของชุมชนที่แท้จริง 3) ร่วมวางแผนการดำเนินงาน 4) ร่วมดำเนินงาน 5) ร่วมติดตามและประเมินผล และ 6) ร่วมรับประโยชน์

โกวิท พวงงาม (2553) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นหัวใจสำคัญของการเสริมสร้างพลังการทำงานรวมกัน ทำให้ผู้ที่มีส่วนร่วมสามารถเข้าใจถึงสถานการณ์ของงานโดยภาพรวมทั้งหมด โดยเฉพาะการทำให้ผู้มีส่วนร่วมรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์การ ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการของการมีส่วนร่วมของ

องค์การ ทำให้เกิดการอุทิศตนในการปฏิบัติงานนั้น ๆ มากยิ่งขึ้น เพื่อให้งานบรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์การที่ตั้งไว้

อภิศักดิ์ ธีระวิศิษฐ์ (2553) ได้กล่าวว่า ความสำคัญของการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 7 ข้อ ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสิทธิพื้นฐานอันชอบธรรมของทุกคนที่เราเคารพ โดยให้การเคารพและยกย่อง ซึ่งประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงออกเกี่ยวกับการปรับปรุงวิถีชีวิตของเขา 2) งานพัฒนาเป็นงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับประชาชนโดยตรงจำนวนมาก จึงจำเป็น อย่างมากให้คนหนุ่มมากได้มีสิทธิออกเสียงในการแสดงออก 3) การปรับกลยุทธ์ในการพัฒนาใหม่จำเป็นต้องมีให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ 4) โครงการจำนวนมากที่ประสบความสำเร็จนั้นล้วนอาศัยวิถีให้ประชาชนมีส่วนร่วมในรูปแบบของการรวมกลุ่มและจัดตั้งองค์กรประชาชน 5) การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องของการปฏิบัติการเป็นกลุ่มและเป็นความรู้สึก ผูกพันของสมาชิกแต่ละคนที่เข้ามาร่วมพิทักษ์ประโยชน์ของตนและในขณะเดียวกันได้ผลประโยชน์ของส่วนรวมด้วย 6) การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นการชี้วัดการพัฒนาสิ่งที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ยิ่งประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากเท่าไรประชาชนจะได้รับผลประโยชน์มากเท่านั้น และ 7) ประชาชนย่อมรู้ดีว่าต้องการอะไร ปัญหาคืออะไรและแก้ไขอย่างไร ซึ่งการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาจะทำให้โครงการต่าง ๆ สนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง

กล่าวโดยสรุป ในการพัฒนางาน หรือการดำเนินงานในเกือบทุกโครงการล้วนแล้วเกี่ยวข้องกับประชาชน ไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาครัฐหรือเอกชนเช่น วัด โรงเรียน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนางาน และการดำเนินการต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จ

2.3.3 การมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา

บัณฑร อ่อนคำ และสามารถ ศรีจันทน์, 2544 ได้กล่าวว่า ในกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ของนักพัฒนาตนเองและการเรียนรู้ร่วมกับองค์กรชุมชนหลักการสำคัญในการปฏิบัติร่วมกับประชาชนที่สำคัญ ๆ มีดังนี้

1) การจัดความสัมพันธ์ที่เสมอภาคเท่าเทียมกัน การจัดความสัมพันธ์ด้านบทบาทระหว่างนักพัฒนากับชุมชนที่เท่าเทียมกัน ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมโดยต่างฝ่ายควรมีความตระหนัก ความต้องการของตนเองและสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้ รวมทั้งองค์กรชุมชนควรตระหนักในความเป็นเจ้าของต้องการคิดเองทำเองกำหนดเองซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นส่วนที่คอยกำกับกำหนดให้เกิดบทบาทการทำงานที่เหมาะสมตามศักยภาพและเป็นที่พอใจร่วมกันทั้งสองฝ่าย

2) การมีอิสระไม่ครอบงำความเชื่อมั่นในความเป็นมนุษย์ควรอยู่บนฐานของการไม่ครอบงำการให้อิสระภาพในการคิดและการแสดงออกโดยไม่มีอคติและไม่นำความคิดความเชื่อของคนมาวัดหรือตีคุณค่าหรือชักจูงครอบงำให้เปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะความเชื่อมั่นในศักยภาพฐานความรู้ ภูมิปัญญา และประวัติศาสตร์ วัฒนธรรมดั้งเดิมของชุมชนที่จะเป็นฐานพลังสำคัญในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองต่อไป โดยที่นักพัฒนาต้องมีวิสัยทัศน์ที่เปิดกว้างพร้อมจะยอมรับฟังความแตกต่างเคารพในความเป็นคนของทุกคน

3) การมีส่วนร่วมของทุกกลุ่มในสังคมในชุมชนหนึ่ง ๆ ย่อมประกอบด้วยความแตกต่างหลากหลายทั้งด้านฐานะเพศวัยสถานะทางสังคม ฯลฯ การสร้างโอกาสเปิดพื้นที่ทางสังคมอย่างเท่าเทียมในการให้ทุกส่วนได้มีส่วนร่วมในการแสดงออกทางความคิดศักยภาพความรู้และร่วมมีบทบาทดำเนินการอย่าง

ต่อเนื่องซึ่งจะทำให้งานที่ดำเนินไปนั้นไม่จุกตัวอยู่ที่กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งและส่งผลกระทบไปสู่ทุกคนทุกส่วนในชุมชนในสังคมอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

4) การมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการทุกขั้นตอนการดำเนินงานพัฒนาตามโครงการพัฒนาหนึ่ง ๆ นั้นมีกระบวนการขั้นตอนที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงกันหลายครั้งที่เราพบว่าแผนงานโครงการพัฒนาต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่ขั้นตอนการศึกษาข้อมูลและการรับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเมื่อถึงขั้นดำเนินการแล้วมักเกิดปัญหาความขัดแย้งและสร้างผลกระทบต่อชุมชนมากมายตามมารวมทั้งการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมที่ขาดความเข้าใจอย่างแท้จริงซึ่งหน่วยงานทั้งหลายที่ได้เข้ามาดำเนินการร่วมกับชุมชนมักอ้างเสมอว่าได้เปิดโอกาสการมีส่วนร่วมของชุมชนแล้วโดยการเชิญตัวแทนของชุมชนเข้าร่วมประชุมและร่วมกิจกรรม ในขณะที่โครงการดำเนินการไปนั้นผ่านการวางแผนและตัดสินใจมาแล้วโดยที่ชุมชนไม่มีโอกาสได้รับรู้มาก่อน แต่เป็นเพียงผู้ร่วมบางส่วนในการกำหนดโดยเจ้าของโครงการนั้น

การมีส่วนร่วมที่แท้จริงจึงควรให้องค์กรชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การรับรู้ข้อมูลข่าวสารการวิเคราะห์ปัญหาการวางแผนกำหนดเป้าหมายการตัดสินใจการปฏิบัติการตรวจสอบติดตามประเมินผลการสรุปบทเรียนการแก้ไขปรับปรุงรวมทั้งการขยายผลและเผยแพร่สู่สาธารณะเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมที่ประชาชนจะเข้าร่วมในกิจกรรมพัฒนาชุมชนนั้นจะต้องมีเงื่อนไขอย่างน้อย 3 ประการ ประกอบด้วย 1) ประชาชนจะต้องมีอิสระที่จะมีส่วนร่วม 2) ประชาชนต้องสามารถที่จะมีส่วนร่วม และ 3) ประชาชนต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม

พรทิพย์ คำพอ, วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี, เบญจา มุกตพันธุ์, จารุวรรณ โชคคณาพิทักษ์, วรางคณา สังสิทธิสวัสดิ์ และจุฬาร ใสตะ (2543) ได้กล่าวว่า เงื่อนไขของการมีส่วนร่วมที่ประชาชนจะเข้าร่วมในกิจกรรมการพัฒนาชุมชนมีเงื่อนไขอย่างน้อย 3 ประการ ดังนี้ 1) ประชาชนต้องมีสภาพที่เข้าร่วม 2) ประชาชนต้องสามารถที่จะมีส่วนร่วม และ 3) ประชาชนต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม

ถวิลวดี บุรีกุล (2548) ได้กล่าว เงื่อนไขพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนมี 3 ประการคือ 1) ต้องมีสภาพหมายถึงมีอิสระที่จะเข้าร่วมหรือไม่ก็ได้การเข้าร่วมต้องเป็นด้วยความสมัครใจ 2) ต้องมีความเสมอภาคหมายถึงประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมใดจะต้องมีสิทธิเท่าเทียมกับผู้เข้าร่วมทุกคน และ 3) ต้องมีความสามารถประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมายจะต้องมีความสามารถพอที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมนั้น ๆ

2.3.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กมล สุตประเสริฐ (2540, 8-9) ได้กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAR) ว่ามาจากความเชื่อดังนี้

1. เชื่อว่า PAR เป็นกระบวนการที่เอนเอียงไปทางประชาธิปไตย เพราะ PAR เป็นกระบวนการทำงานร่วมกัน

2. PAR เชื่อว่า คนต้องพัฒนาตนเอง และ PAR เกิดจากประชาชนต้องการแสวงหาความรู้ในการแก้ปัญหาของตนเอง เป็นเครื่องมือหนึ่งในการช่วยคนยากจนและด้อยโอกาส ด้วยการวางพื้นฐานร่วมกันระหว่างหน่วยงานพัฒนาทั้งหลายกับชุมชน

3. PAR เน้นหนักการเรียนรู้จากประสบการณ์ เพราะ PAR อาศัยการยอมรับของประชาชนได้สัมผัสต่อเนื้อเรื่องเป็นประสบการณ์หลากหลาย

วรรณดี สุทธิสาร (2556) ได้กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ กระบวนการที่สะท้อนผลของการแก้ไขปัญหาโดยตัวผู้ปฏิบัติงานหรือเจ้าของปัญหา เพื่อก้าวไปสู่การปรับปรุงหรือสร้างสรรค์สิ่งที่ดีกว่า บางครั้งใช้ในการแนะแนวทางในการพัฒนาองค์กรหรือสถาบันโดยใช้นักวิจัยมืออาชีพ เป้าหมายเพื่อปรับปรุงกลยุทธ์ การปฏิบัติ และสร้างองค์ความรู้ในวิถีทางของการทำงาน

Yang yun et al. (2013) ได้กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ การร่วมกันดำเนินกระบวนการวิจัยโดยผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ทั้งชาวบ้านและนักพัฒนารวมถึงผู้วิจัยภายนอก เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสภาพตามความจริงของสังคมที่มีการร่วมมือซึ่งกันและกัน เพื่อให้เห็นคุณลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เด่นชัด

Ngoenprasoetsi (2014) ได้กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกลยุทธ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงการเดินทางไปสู่การพัฒนา โดยมีมีการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เป็นอย่างไปสู่อะไรที่คาดหวังว่าสามารถเป็นไปได้ ทั้งในระดับบุคคลและระดับสังคม ซึ่งหัวใจสำคัญของการเปลี่ยนแปลงนั้นอยู่ที่กระบวนการวิจัย โดยใช้แนวทางความร่วมมือระหว่างนักวิจัยกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

2.3.5 ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

ทัศนีย์ ลักษณะภิชนชัช (2545) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) ร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
- 2) ร่วมดำเนินการตามแผนการพัฒนาที่ได้กำหนดไว้หรือแผนการแก้ไขปัญหาที่ได้ร่วมกัน

คิดไว้

- 3) ร่วมติดตามประเมินผลความสำเร็จหรือล้มเหลวเป็นระยะเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้

ทันทั่วทั้ง

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2546) ได้กล่าวว่า ระดับการมีส่วนร่วมทั่วไปมี 5 ระดับคือ

- 1) การมีส่วนร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลของตน / ครอบครัว / ชุมชน
- 2) การมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
- 3) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- 4) การมีส่วนร่วมทำ และ
- 5) การมีส่วนร่วมสนับสนุน

Cohen & Uphoff (1980) ได้จำแนกขั้นตอนการมีส่วนร่วมเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision-making) กระบวนการของการตัดสินใจประการแรกที่สำคัญที่สุดที่จะต้องดำเนิน คือ การกำหนดความต้องการ การกำหนดกำหนดนโยบาย และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา จากนั้นร่วมตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น ในช่วงการดำเนินการ และในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) เป็นการดำเนินงานโครงการ โดยการเข้าไปมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารงาน การประสานงานและการขอความช่วยเหลือ

3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit) เป็นการร่วมกันรับผิดชอบผลประโยชน์ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการดำเนินงานทั้งทางด้านลบ คือ ผลเสียของโครงการ หรือทางด้านบวก คือ ผลประโยชน์ขององค์กร

4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluating) เป็นการร่วมกัน ติดตาม ควบคุม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงาน เมื่อเกิดปัญหาสามารถแก้ไขได้ทันที

กล่าวโดยสรุป การมีส่วนร่วมของประชาชน ได้มีการแบ่งขั้นตอนเป็นหลายขั้นตอน เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ความชัด และสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นมี

ความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการสนับสนุนและส่งเสริมกระบวนการการมีส่วนร่วมของประชาชนตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการดำเนินงาน

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุรภา ขุนทองแก้ว (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดราชบุรี พบว่า การไม่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากความสะดวกในการใช้รถยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 57.54 และอยู่ภาวะตกใจจึงไม่ได้นึกถึงรถพยาบาลฉุกเฉิน ร้อยละ 26.88 และพบว่าภาพรวมระดับของการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.34 (S.D. = 0.71) และระดับความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.52 (S.D. = 0.71)

ธีระ ศิริสมุด, กิตติพงษ์ พลเสน และพรทิพย์ วชิรดิถ (2561) ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยในประเทศไทย พบว่า โรงพยาบาลรัฐและเอกชน 45 แห่งใน 9 จังหวัด ช่วงเดือนธันวาคม 2558 ถึง กุมภาพันธ์ 2559 มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 2,028 คน พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉิน 646 คน มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และมาด้วยตนเองหรือวิธีอื่น 1,382 คน เหตุผลที่มาด้วยตนเองหรือวิธีอื่น คือ โดยกลุ่มที่มาด้วยตนเองให้เหตุผลว่า มาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า ร้อยละ 76 ไม่ได้คิดถึงรถพยาบาล ร้อยละ 31 เพราะเป็นช่วงคับขัน ตกใจ ร้อยละ 28.9

จิตรประไพ สุรชิต (2560) ศึกษาการรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 474 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ระดับน้อย ร้อยละ 82.70 ญาติผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับน้อย ร้อยละ 73.00

เจริญ ปราบปรี (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพัทลุง พบว่า การใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 27.10 ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 72.90 ด้วยเหตุผลด้านความสะดวกที่จะใช้รถยนต์ส่วนบุคคลมากที่สุด ร้อยละ 79.00 และพบว่าภาพรวมระดับการรับรู้ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.62 (S.D.= 0.61) และระดับความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมากที่สุดที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.68 (S.D. = 0.62)

อรธณพ สุขไพบูลย์ (2559) ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี พบว่า ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บ ที่เป็นผู้พบเห็นเหตุมากที่สุด ร้อยละ 65.7 รองลงมาคือ เป็นญาติและเป็นผู้ป่วยเอง ร้อยละ 29.5 ระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการจนถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมากกว่า 20 นาที ร้อยละ 71.9 สภาวะการเจ็บป่วยและบาดเจ็บเป็นผู้ป่วยโรคฉุกเฉิน ร้อยละ 57.7 และเป็นผู้ประสบอุบัติเหตุ ร้อยละ 42.3 ซึ่ง ภาพรวมความพึงพอใจต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับมากที่สุด

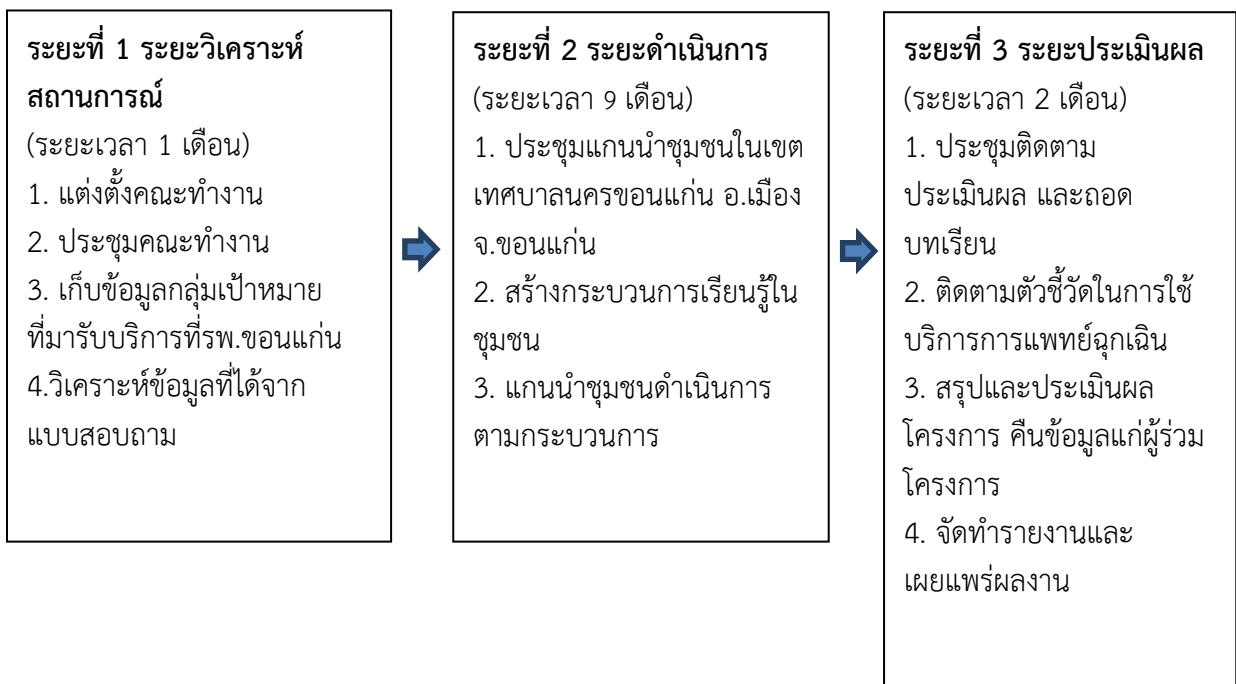
แสงอาทิตย์ วิชัยยา (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤติในโรงพยาบาลผาง พบว่า มีการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 38.8 และมีความสัมพันธ์กับการเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤติ ค่าเฉลี่ย 18.1 (p-value < 0.001)

พัชรพร นิลนวล, วรพจน์ พรหมสัถยพรต และนันทวรรณ ทิพยเนตร (2563) ศึกษาการพัฒนาบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการองค์การบริหารส่วน ตำบลกุดไสิ้จ้อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า กลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่มมีระดับที่แตกต่างกัน ดังนี้ ภาคประชาชนมีความรู้

เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนและหลังการพัฒนามีความที่แตกต่างกัน ร้อยละ 51.69 และ ร้อยละ 52.00 และค่าเฉลี่ย 52.00 (S.D. = 0.28) กลุ่มวิชาการก่อนและหลังการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ความรู้สูง ร้อยละ 50.00 และ 83.33 ตามลำดับ และในกลุ่มภาคการเมืองก่อนและหลังการพัฒนาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 66.67 และ 100.00 ตามลำดับ ระดับการมีส่วนร่วมในระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มวิชาการก่อนและหลังการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.00 และ 66.67 ตามลำดับ และกลุ่มภาคการเมืองก่อนและหลังการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.00 และ 66.67 ตามลำดับ ส่วนระดับความคิดเห็นต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มภาค การเมืองก่อนและหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลนคร ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา แบ่งการพัฒนาเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะ วิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล โดยประเมินผลการนำรูปแบบการ เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในชุมชน (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในเขตพื้นที่เทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกตามกระบวนการในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. แกนนำชุมชนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จาก 7 ศูนย์แพทย์ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น 4 แห่ง แห่งละ 2 คนและ ประธานชุมชนหรือแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 4 แห่ง จำนวน 44 ชุมชน ชุมชนละ 2 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 96 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ

1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2) อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

- 3) มีประสบการณ์การทำงานในชุมชน
- 4) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

2. ผู้ป่วยหรือญาติที่เคยรับบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่น ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2) อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

3) เคยเข้ารับบริการหรือเป็นญาติผู้ป่วยที่เคยเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่น

- 4) ยินดีเข้าร่วมวิจัยในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

- 1) ผู้ตอบแบบสอบถามไม่สามารถอ่าน ออก เขียนภาษาไทยได้
- 2) ผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ และไม่มีญาติ

หรือผู้ใกล้ชิดติดตาม

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร กรณีไม่ทราบขนาดประชากรที่แน่นอน (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2552)

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P (1-P)}{e^2}$$

เมื่อ n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% หรือ ($Z_{\alpha/2}$ หรือ $Z_{0.025} = 1.96$)

P = ค่าสัดส่วนของเหตุการณ์จากการศึกษาการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการองค์การบริหารส่วนตำบลกุ๊ดไ้จ้อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เท่ากับ 0.66 (พัชรพร นิลนวล, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, และนันทวรรณ ทิพยเนตร, 2563)

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ยอมให้เกิดขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนของค่าเฉลี่ยที่ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากค่าเฉลี่ยของประชากร เท่ากับ 0.05

$$\text{แทนค่าในสูตร} \quad n = \frac{1.96^2 \times 0.66(1-0.66)}{(0.05)^2}$$

$$= 351.8$$

ดังนั้น ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 352 คน

ระยะที่ 2 และ 3 ระยะดำเนินการและการประเมินผล

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำชุมชนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จาก 7 ศูนย์แพทย์ ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น 4 แห่ง แห่งละ 2 คนและประธานชุมชนหรือแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 4 แห่ง จำนวน 44 ชุมชน ชุมชนละ 2 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 96 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ

1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

2) อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ไม่น้อย

กว่า 6 เดือน

- 3) มีประสบการณ์การทำงานในชุมชน
- 4) มีความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้
2. แนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามโดยการนำข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณที่พบปัญหาแล้วนำประเด็นปัญหามาใช้สนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมและรายละเอียดด้านความคิด (Exploring Opinions) โดยแนวคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด (ภาคผนวก ก)
3. แบบสอบถามการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา และนำมาประยุกต์เป็นชุดคำถาม โดยลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับรูปแบบการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินจำนวน 1 ข้อ การรับรู้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการจำนวน 1 ข้อ และปัจจัยที่มีผลต่อการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ลักษณะคำตอบเป็นแบบปรนัย 2 ตัวเลือก ดังแสดงในภาคผนวก
4. แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังแสดงในภาคผนวก

3.3 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างการวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลขอนแก่น ดังแสดงในภาคผนวก

3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลขอนแก่นแล้ว โดยแบ่งขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิจัยถึงโรงพยาบาลขอนแก่น
2. จัดเตรียมแบบสอบถาม โดยบรรจุแบบสอบถามในซองจดหมายพร้อมจำหน่ายซองจดหมายถึงผู้วิจัย เพื่อกลุ่มตัวอย่างสะดวกในการส่งแบบสอบถามกลับ
3. เข้าพบผู้รับผิดชอบงานกลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการเป็นผู้ประสานงานและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการ ณ กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่น
4. นัดวันสนทนากลุ่มตัวอย่างทั้ง 96 คน ล่วงหน้า พร้อมทั้งส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเข้าร่วมสนทนากลุ่มและแจ้งแนวทางการสนทนากลุ่มให้กลุ่มตัวอย่างทราบ
5. จัดประชุมสนทนากลุ่มตัวอย่างตามวันและเวลาที่กำหนด เพื่อประเมินสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่เขตเทศบาล โดยใช้

แนวคำถามที่พัฒนาขึ้น ทั้งนี้ ก่อนดำเนินการสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้ขออนุญาตฉบับที่กและใช้เครื่องบันทึกเสียงในขณะที่ทำการสนทนากลุ่ม

6. นำประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่มไปพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่เขตเทศบาล ประกอบด้วย

รูปแบบการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน

1. การพัฒนาสื่อ ให้เข้าถึงประชาชนมากขึ้น ประกอบด้วย โปสเตอร์ สติกเกอร์ แผ่นพับ สปอตเสียงตามสาย วิทยุทัศน์ ให้ใช้สื่อสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือหน่วยงานอื่น
2. การพัฒนาช่องทางในการสื่อสารกับประชาชน โดยการสร้างไลน์กลุ่มในแต่ละชุมชน
3. กิจกรรมประชาสัมพันธ์ รณรงค์ในชุมชน Door To Door โดย อสม.ในชุมชน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

โดยหลังจากที่ได้มีการเก็บข้อมูลในระยะที่ 1 ทางทีมผู้ทำวิจัยได้มีการประชุมกันทีมทำงาน และร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อวางแผนในการคืนข้อมูลที่ได้ ให้กลุ่มเป้าหมาย ที่มีความเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรในพื้นที่ที่ทำการศึกษามากที่สุด โดยเลือกเป็นกลุ่ม ผู้นำชุมชน แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ศึกษา

ซึ่งได้มาดังนี้ แกนนำชุมชนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จาก 7 ศูนย์แพทย์ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น 4 แห่ง แห่งละ 2 คนและ ประธานชุมชนหรือแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 4 แห่ง จำนวน 44 ชุมชน ชุมชนละ 2 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 96 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ

- 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 2) อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 3) มีประสบการณ์การทำงานในชุมชน4) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

1. ประเมินผลการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลขอนแก่น ภายหลังจากใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เดือนที่ 1 และ 2
2. ประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยจัดระเบียบและจำแนกข้อมูลแต่ละส่วน แล้วนำมาสรุปเป็นประเด็นต่าง ๆ
2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้มีการนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 3 รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลนครขอนแก่น

ส่วนที่ 4 ผลการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลนครขอนแก่น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มตัวอย่างในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย

1.1 แกนนำชุมชนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จำนวน 96 คน ประกอบด้วย คือ แกนนำชุมชนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จาก 7 ศูนย์แพทย์ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น 4 แห่ง แห่งละ 2 คนและ ประธานชุมชนหรือแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 4 แห่ง จำนวน 44 ชุมชน ชุมชนละ 2 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ

1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

2) อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

3) มีประสบการณ์การทำงานในชุมชน

4) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

1.2 ผู้ป่วยหรือญาติที่เคยเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 88 คน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 51.1 เป็นเพศชายจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 58.0 มีอายุระหว่าง 31-60 ปี จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 46.6 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 55.7 ส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริษัทเอกชน/ลูกจ้าง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 29.5 และส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,000 – 30,000 จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ที่เคยเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 88)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ให้ข้อมูล		
ผู้ป่วย	45	51.1
ญาติ	43	48.9
เพศ		
ชาย	51	58.0
หญิง	37	42.0
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 18 ปี	5	5.7
18 - 30 ปี	32	36.4
31 - 60 ปี	41	46.6
มากกว่า 60 ปี	10	11.4
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	49	55.7
ปริญญาตรี	29	33.0
ปริญญาโท	10	11.4
อาชีพ		
ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	14	15.9
พนักงานบริษัทเอกชน / ลูกจ้าง	26	29.5
ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย	23	26.1
นักเรียน / นักศึกษา	7	8.0
อื่น ๆ	18	20.5
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	20	22.7
10,000 – 30,000	40	45.5
30,001 – 50,000	27	30.7
50,001 – 100,000	1	1.1

2. กลุ่มตัวอย่างในระยะดำเนินการและประเมินผล ประกอบด้วยแกนนำชุมชนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จาก 7 ศูนย์แพทย์ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น 4 แห่ง แห่งละ 2 คนและ ประธานชุมชนหรือแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 4 แห่ง จำนวน 44 ชุมชน ชุมชนละ 2 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 96 คน

ส่วนที่ 2 สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2.1 การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการส่งแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 352 ชุด ได้รับการตอบกลับมา 88 ชุด คิดเป็นร้อยละ 25 ของแบบสอบถามทั้งหมด ผลจากการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 รองลงมาคือ ญาติพามาจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 38.6 และมาเองจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 15.9 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ที่เคยเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามรูปแบบการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (n = 88)

รูปแบบการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล		
มาเอง	14	15.9
ญาติพามา	34	38.6
ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	40	45.5

เมื่อประเมินการรับรู้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือเบอร์โทรศัพท์สายด่วน 1669 จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 89.8 และไม่รู้จักร้อยละ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 10.2 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ที่เคยเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามการรับรู้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n = 88)

การรับรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	จำนวน	ร้อยละ
รู้จัก	79	89.8
ไม่รู้จัก	9	10.2

เมื่อพิจารณาตามปัจจัยที่มีผลต่อการไม่เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่ามาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่าคิดเป็นร้อยละ 63.6 ไม่ได้คิดถึงรถพยาบาลเพราะเป็นช่วงคับขัน ตกใจ คิดเป็นร้อยละ 47.7 มีความเข้าใจผิดว่าต้องเป็นผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุร้อยละ 37.5 คิดว่ามีค่าใช้จ่ายร้อยละ 35.2 และไม่รู้จักร้อยละ 1669 จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 10.2 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของปัจจัยที่มีผลต่อการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n = 88)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	จำนวน (ร้อยละ)	
	ใช่	ไม่ใช่
มาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า	56 (63.6)	32 (36.4)
ไม่ได้คิดถึงรถพยาบาล เพราะเป็นช่วงคับขัน ตกใจ	42 (47.7)	46 (52.3)
มีความเข้าใจผิดว่าต้องเป็นผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	33 (37.5)	55 (62.5)
คิดว่ามีค่าใช้จ่าย	31 (35.2)	57 (64.8)
ไม่รู้จักร้อยละ 1669	9 (10.2)	79 (89.8)

2.2 ปัญหาในการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการประชุมแกนนำชุมชนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น ซึ่งเป็นตัวแทนของอสม. แต่ละชุมชนมาทำการสนทนากลุ่มในแต่ละศูนย์แพทย์จำนวน 7 ศูนย์แพทย์ ทำให้ทราบถึงปัญหาการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละศูนย์แพทย์ ดังนี้

1. โทร 1669 ไม่ติด ไม่มีสัญญาณตอบรับ
2. ไม่มีเจ้าหน้าที่รับสาย
3. เจ้าหน้าที่ใช้เวลาานานกว่าจะมาถึงจุดเกิดเหตุ
4. เจ้าหน้าที่ไม่ทราบพิกัดสถานที่เกิดเหตุ ทั้งที่ก่อนหน้าแจ้งพิกัดไปอย่างละเอียดแล้ว
5. รถกู้ชีพไม่เข้าถึงพิกัดตำแหน่งผู้ป่วยฉุกเฉินตามที่แจ้งเหตุแต่กลับให้ผู้ป่วยออกมา รอในจุดอื่นที่ไม่ใช่จุดแจ้งเหตุ
6. เจ้าหน้าที่รถฉุกเฉิน 1669 หาสถานที่เกิดเหตุไม่เจอ ทำให้ อสม.ต้องไปยื่นที่ปากซอยเพื่อแจ้งพิกัด
7. รอรถกู้ชีพนาน และมาบริการช้าซ้อน เช่น Case เดียว แต่รถกู้ชีพมา 2 คัน
8. เจ้าหน้าที่มีการซักประวัติข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินนานมาก
9. การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้แจ้งเหตุมีการใช้คำถามที่ทำให้ผู้แจ้งเหตุตกใจ และสับสนในการแจ้งข้อมูล
10. มีคำถามจากเจ้าหน้าที่ 1669 ว่าท่านเป็นเจ้าของบ้านไหม? ทำให้ประชาชนไม่กล้าโทรเอง จึงแจ้งเหตุผ่าน อสม.เป็นหลักหรือประสานผ่านเจ้าหน้าที่ให้เรียกรถพยาบาลให้
11. ประสานงานและเจ้าหน้าที่ทำงานล่าช้าทำให้ประชาชนสะดวกนำรถส่วนตัวไปเองมากกว่าการรอรับบริการ
12. เจ้าหน้าที่รถกู้ชีพใช้ความเร็วมากในการขับขี่ยานพาหนะทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความกลัวและความไม่ปลอดภัยในการเรียกใช้บริการ 1669
13. ประชาชนส่วนมากความเข้าใจว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการโทรเรียกบริการ 1669
14. รู้สึกไม่ปลอดภัยและมีการบริการที่ล่าช้า จึงให้ผู้นำชุมชน อสม. หรือเครือข่ายตึกพามาโรงพยาบาลแทนการเรียกใช้บริการ
15. ขาดความเชื่อมั่นในความปลอดภัยของรถฉุกเฉิน (EMS) เนื่องจากเคยเห็นรถฉุกเฉินไฟฟ้าแดงซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจจะส่งผลให้มีความเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้น
16. รถกู้ชีพเวลากลางคืนวิ่งรวดเร็วกว่าตอนกลางวัน
17. ปัญหาสมรรถนะ ความว่องไวของการปฏิบัติการออกหน่วยกู้ชีพเพื่อมารับผู้ป่วย
18. ไม่รู้จักระบบ 1669 และวิธีการเรียกใช้บริการ
19. ไม่ทราบถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ฉุกเฉิน ขณะที่รอหน่วยกู้ชีพภายใต้การแนะนำของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการฯ (1669)
20. ไม่เข้าใจเรื่องอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ควรเรียก 1669
21. ยังขาดความรู้-ความเข้าใจในการเรียกใช้ระบบบริการ 1669
22. มีความรู้ความเข้าใจในระบบ EMS ยังไม่เพียงพอ
23. คิดว่า 1669 ไม่มีการให้บริการช่วงกลางคืน
24. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่รู้จัก 1669 เนื่องจากจำเบอร์โทรศัพท์ไม่ได้

25. คิดว่ามีค่าใช้จ่ายในการโทร 1669 ไม่ทราบว่าการโทร 1669 คือการโทรฟรี
26. เมื่อเกิดเหตุจะมีถึงศูนย์แพทย์หนองแขงโดยการโทรแจ้งหมอในพื้นที่เพื่อดำเนินการต่อไป มากกว่าโทรแจ้งเอง
27. มีการจ้างเหมารถกันเองเพื่อนำส่งมาโรงพยาบาล
28. ประชาชนที่เป็นคนต่างถิ่นมาเข้าบ้านอยู่ไม่กล้าโทรแจ้ง 1669 ต้องให้ผ่าน อสม. แจ้งให้
29. โปสเตอร์ ป้ายประชาสัมพันธ์ 1669 มีขนาดที่เล็กยากต่อการมองเห็น
30. สื่อประชาสัมพันธ์มีน้อย ไม่ทั่วถึง

2.3 ความต้องการในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการสนทนากลุ่ม ทำให้ทราบถึงความต้องการและข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลนครขอนแก่น ดังนี้

1. ควรจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจน เช่น หอกระจายข่าว (ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย) วิทยุชุมชน ช่องทาง Online Line, Facebook ป้ายประชาสัมพันธ์ สติกเกอร์ แผ่นพับ Spot โฆษณา
2. ควรทำโปสเตอร์ ป้ายประชาสัมพันธ์ 1669 ให้ชัดเจน มีรูปภาพแสดงอาการเจ็บป่วยลงในป้ายประชาสัมพันธ์
3. ควรมีการระบุในป้ายประชาสัมพันธ์ว่าบริการฟรี เพื่อให้ทุกคนมีความรู้และความเข้าใจที่เพิ่มมากขึ้น และติดตั้งในบริเวณที่มองเห็นได้ง่าย
4. ควรจัดทำป้ายสติกเกอร์ ใส่รูปภาพ แสดงข้อมูลรายละเอียดอาการฉุกเฉินที่ควรเรียกใช้ 1669 และโทรฟรีไม่เสียค่าใช้จ่ายให้ชัดเจน ปะติดที่หมอบครุฑและแต่ละครัวเรือน
5. ควรติดสติกเกอร์ตามบ้าน, Spot วิทยุ ช่วงเวลาเช้า-เย็นตามความเหมาะสม
6. ควรมีการจัดเสียงตามสายในการประชาสัมพันธ์ความรู้ข้อมูล EMS (1669)
7. ต้องการชุดความรู้เรื่องระบบการใช้บริการ 1669 อาการผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเรียกใช้ วิธีการเรียกใช้ที่มีแหล่งอ้างอิงชัดเจน เพื่อประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย
8. ควรมีการจัดทำคลิป VDO สั้นๆ ใน Applications เช่น Tiktok, Facebook, Line เพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์
9. ควรทำคลิป VDO สั้นๆ เพื่อใช้ประชาสัมพันธ์แบบร่วมสมัย ไทยลาว/ข่า ๆ ตลก
10. ควรมีชุดความรู้ในการเรียกใช้บริการ 1669 เพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจและให้ความสำคัญในการเรียกใช้บริการ 1669 เช่น แผ่นพับ
11. จัดทำ Spot การประชาสัมพันธ์ 1669 หรือทำสื่อ Online ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทาง Line Group ของชุมชน
12. ควรมีการใช้ Line Groups ในการประชาสัมพันธ์
13. อสม. ในพื้นที่ควรมีการใช้ Line Groups ในการประชาสัมพันธ์ข้อมูล
14. รถฉุกเฉินควรมี Group line ในการสื่อสารประชาสัมพันธ์และส่งข้อมูลพิกัด (GPS) ในการเกิดเหตุให้กัน
15. ควรมีการจัดตั้ง Group Line แต่ละศูนย์แพทย์ในการแจ้งรายงานผู้ป่วยของ อสม. กับ เจ้าหน้าที่ 1669 เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถเข้าถึงพื้นที่ที่เกิดเหตุได้รวดเร็วขึ้น

16. ควรมี LINE group ในการปิกหมดสถานที่เกิดเหตุฉุกเฉินเพื่อแจ้งสถานที่เกิดเหตุที่ชัดเจนต่อ จนท.ระบบ 1669
17. ควรมีการให้ข้อมูลความรู้ในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 กับประชาชนในชุมชน โดยสโลแกน “การเคาะประตูเยี่ยมบ้าน”
18. ควรให้ทีมงาน 1669 ลงพื้นที่ในการเคาะประตูเยี่ยมบ้านร่วมกันกับ อสม.
19. ควรพัฒนาความรู้ของ อสม. ในการประเมินอาการคนไข้เบื้องต้นก่อนเรียกรถฉุกเฉิน ถ้าให้ข้อมูลถูกต้องชัดเจนก็มาเร็วขึ้น
20. ควรให้ อสม.มีการอบรมการให้ความรู้กับประชาชน
21. ควรมีระบบรายงานผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน
22. ควรมีการประเมินสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ EMS 1669 หรือผลการปฏิบัติงานเพื่อการบริการที่เป็นเลิศหรือที่น่าพึงพอใจ
23. ควรประเมินความพึงพอใจในการเรียกใช้ระบบบริการ 1669 หรือทั้งระบบ Pre hospital care ในการทำงานงานของ จนท. EMS
24. พัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่บริการดี สะดวก รวดเร็ว
25. การรับสายแจ้งเหตุฉุกเฉินของ จนท. และประชาชน ควรสื่อสารให้ชัดเจน ทั้งระบุอาการป่วย สถานที่เกิดเหตุและการติดต่อกลับ “ผู้เข้า ๆ ชัด ๆ”
26. การส่งคนไข้ที่เสี่ยงคนไข้โควิด ข้อมูลต้องชัดเจนควรแจ้งเจ้าหน้าที่ให้รายละเอียดชัดเจนไม่ปกปิดข้อมูล
27. ควรเพิ่มรถฉุกเฉินให้มีจำนวนมากขึ้น

ส่วนที่ 3 รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลนครขอนแก่น

จากประเด็นปัญหาและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้จัดประชุมหัวหน้าศูนย์แพทย์ฯ และนักวิชาการประจำศูนย์แพทย์ ในเขตเทศบาลนครขอนแก่นเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาและร่วมกันพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ดังนี้

1. พัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ในชุมชน ประกอบด้วย

1.1 สื่อโปสเตอร์

1. การได้คำขวัญในการประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีความแตกต่างที่มีการประชาสัมพันธ์กันในระดับประเทศ

“ป่วยฉุกเฉิน/พบอุบัติเหตุ โทร 1669 ให้บริการฟรี ทุกที่ ทุกเวลา ” โดยมีความหมายดังนี้

1.1 ป่วยฉุกเฉิน/พบอุบัติเหตุ เป็นการสื่อสารเพื่อตอบปัญหาเรื่องความเข้าใจว่า 1669 ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยจากอุบัติเหตุเท่านั้น เลยปรับเอา ป่วยฉุกเฉิน ขึ้นก่อน เพื่อประชาชนได้ตระหนักถึงการเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถใช้บริการได้

1.2 ให้บริการฟรี เป็นการสื่อสารเพื่อตอบปัญหาเรื่อง การคิดว่าใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแล้ว มีค่าใช้จ่าย

1.3 ทุกที่ เป็นการสื่อสารเพื่อตอบปัญหาเรื่อง การให้บริการได้ทั่วประเทศ เมื่อมีการป่วยฉุกเฉิน และพบอุบัติเหตุที่รุนแรง

1.4 ทุกเวลา เป็นการสื่อสารเพื่อตอบปัญหาเรื่อง การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง ไม่ใช่เฉพาะในเวลาราชการ

1.5 การใส่ความหมายของภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

1.6 เพิ่มข้อมูลในสื่อ เช่น อาการฉุกเฉิน รูปภาพในกลุ่มอาการฉุกเฉิน ข้อควรรู้ก่อนโทรศัพท์แจ้ง 1669 เหตุผลในการเรียกใช้บริการ 1669 ที่ตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการฯ (1669) จังหวัดขอนแก่น คำขวัญการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้จากการเสนอความคิดเห็นของกลุ่มการติดตั้งป้ายประชาสัมพันธ์ ให้ติดบริเวณผู้คนสัญจร ไปมา สามารถมองเห็นได้ง่าย ตามข้อเสนอของกลุ่ม

อาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน คืออะไร?
หมายถึง การได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหันที่มีผลต่อชีวิต หรือการทำงานของอวัยวะสำคัญจำเป็นต้องได้รับการตรวจและรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิต หรืออาการเจ็บป่วย บาดเจ็บรุนแรงขึ้น

ให้บริการฟรี ทุกที่ ทุกเวลา

ลักษณะอาการฉุกเฉิน ที่ควรโทรแจ้ง 1669

- หมดสติเฉียบ**
สับสน สับสน เรียกไม่รู้สึกตัว
- เจ็บหน้าอก**
หายใจเหนื่อย
- สิ่งแปลกปลอม**
อุดต้นทางเดินหายใจ
- ปากเบี้ยว**
อ่อนแรงดับพลัน
- ชักเกร็ง**
ชักกระตุก
- ปวดท้องรุนแรง**
- ตกเลือด**
เลือดออกทางช่องคลอด
- เจ็บท้องคลอด**
คลอดฉุกเฉิน
- บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ**
เช่น รถชน จมน้ำ ไฟฟ้าช็อต ไฟไหม้ สัตว์มีพิษกัดต่อย

ป่วยฉุกเฉิน / อุบัติเหตุ โทร 1669
ข้อมูลจาก : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ภาพที่ 3 สื่อโปสเตอร์

1.2 สื่อวีดิทัศน์ แนะนำการใช้บริการ 1669

1.2.1 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.(16 มิถุนายน 2563).SOS ตอนที่ 1 การโทรแจ้ง 1669 สืบค้นจาก <https://youtu.be/BRfDHoH1WMI>

1.2.2 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.(7 ตุลาคม 2558).เจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร 1669 โทรฟรีแต่อย่าโทรเล่น สืบค้นจาก <https://www.youtube.com/watch?v=aMqjCG775Ko>

1.2.3 โครงการวิจัยพัฒนาระบบความปลอดภัยและความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินสำหรับนักวิ่ง.(6 พ.ย.2563). สายฉุกเฉิน 1669 รู้ไว้ก่อนโทร. สืบค้นจาก <https://youtu.be/WD7B9-h-ywU>

1.3 สติกเกอร์ประชาสัมพันธ์

ลักษณะอาการฉุกเฉินที่ควร โทรแจ้ง 1669

ข้อปฏิบัติก่อนโทร

1. ตั้งสติ
2. แจ้งว่าเกิดเหตุอะไร
3. บอกสถานที่เกิดเหตุให้ชัดเจน
4. บอกอาการ เพศ อายุ จำนวนผู้ป่วย
5. บอกระดับความรู้สึกตัว
6. บอกความเสี่ยงที่อาจเกิดซ้ำ
7. บอกชื่อผู้แจ้ง เบอร์โทรศัพท์
8. ช่วยเหลือเบื้องต้นตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่มารับนำส่งโรงพยาบาล

1669 โทรฟรีแต่อย่าโทรเล่น

ข้อมูลจาก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ป่วยฉุกเฉิน / อุบัติเหตุ โทร 1669 บริการฟรี ทุกที่ ทุกเวลา

จัดทำโดย โครงการวิจัยการดำเนินงานแบบบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ในเทศบาลนครขอนแก่น จัดหาระบบออนไลน์ *งบประมาณ สถาบันการวิจัยแห่งชาติ / คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาพที่ 4 สื่อสติกเกอร์ประชาสัมพันธ์

1.4 แผ่นพับ



ภาพที่ 5 สื่อแผ่นพับ

1.5 ประชาสัมพันธ์การใช้บริการ 1669 เสียงตามสาย

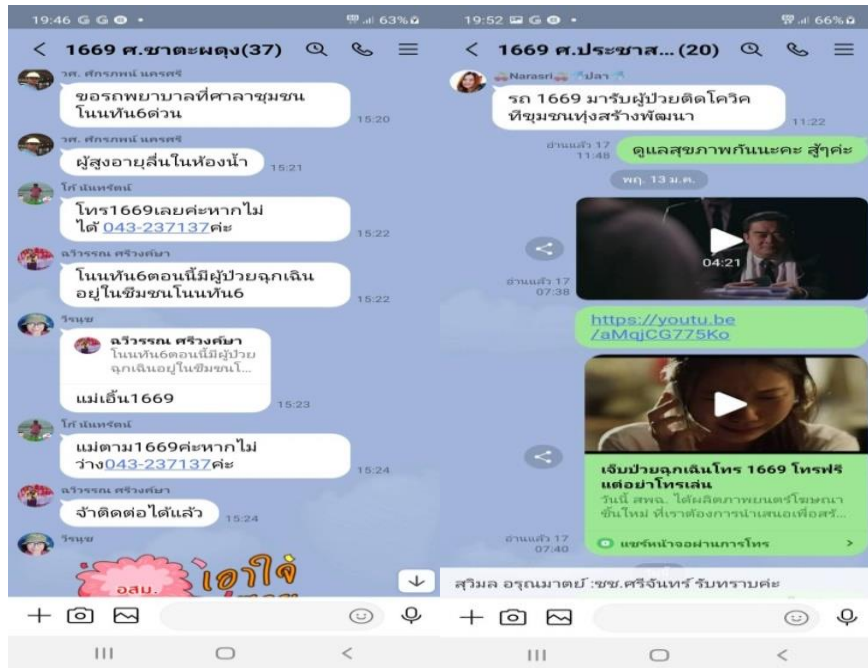
จัดสปอต ประชาสัมพันธ์เสียงตามสายตามปัญหาของชุมชน

- ลิงค์เสียงตามสาย https://soundcloud.com/natthira-daengpronwana/voice-112124?utm_source=clipboard&utm_medium=text&utm_campaign=social_sharing
- QR Code เสียงตามสาย

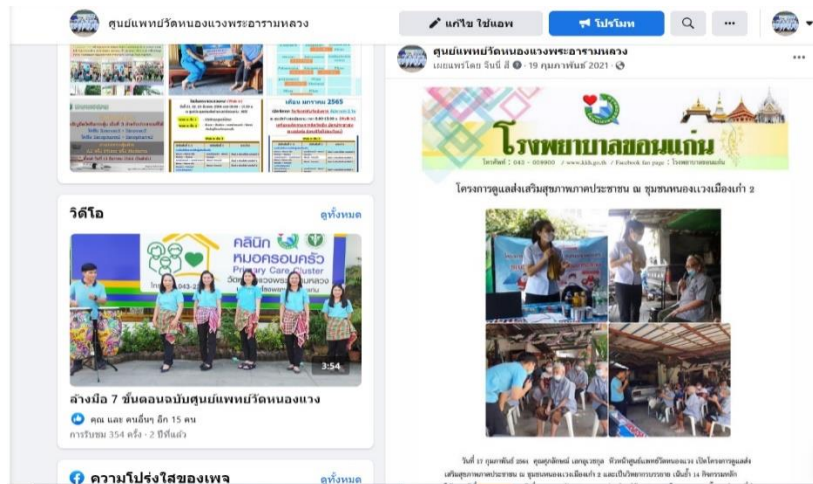


2. พัฒนาช่องทางการสื่อสารระหว่างแกนนำชุมชน

มีการสร้างไลน์ กลุ่มแกนนำ อสม. แต่ละชุมชนในแต่ละศูนย์แพทย์ ตามข้อเสนอของกลุ่มเพื่อติดตาม และให้คำปรึกษาในการปฏิบัติงาน โดยมีคณะผู้วิจัยเป็น Administrator การพัฒนาช่องทางการสื่อสารกับประชาชน



ภาพที่ 6 สื่อ Line group



ภาพที่ 7 สื่อ Facebook

3. ธรรมชาติให้ความรู้ตามบ้าน

มีรูปแบบในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ให้ชุมชน เขตเทศบาลนครขอนแก่น ด้วยวิธีการ “เคาะประตูบ้าน” โดยอสม.ที่รับผิดชอบแต่ละชุมชนจำนวน 96 ชุมชน นำสื่อประชาสัมพันธ์ที่ได้ให้ข้อมูล ทุกหลังคาเรือน ทั้งด้านสื่อออนไลน์ สื่อประชาสัมพันธ์แผ่นพับ สติกเกอร์

ในการติดตามเยี่ยมบ้านของ อสม.ในชุมชนเขตเทศบาลนครขอนแก่น โดยจัดทำสมุด บ้านที่กักการใช้เรียกใช้บริการ พร้อมปัญหา ข้อเสนอแนะในการเรียกใช้บริการแต่ละครั้งให้กับแกนนำ อสม. ในแต่ละชุมชนมีหัวหน้าศูนย์แพทย์หรือนักวิชาการแต่ละศูนย์แพทย์ เป็นพี่เลี้ยงของแต่ละชุมชน 3 กิจกรรมประชาสัมพันธ์ในชุมชน



ภาพที่ 8 กิจกรรม Door To Door โดย อสม.ในชุมชน





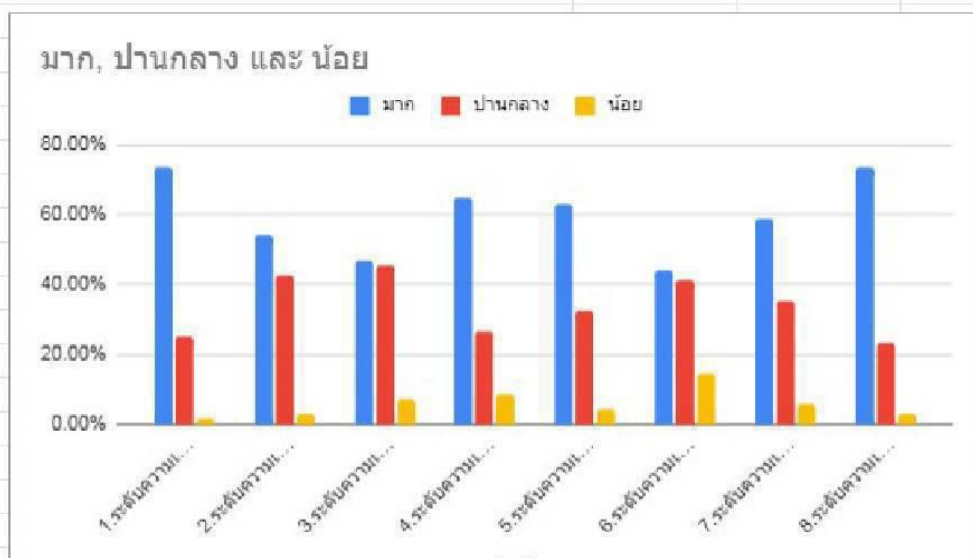
ภาพที่ 9 กิจกรรมประชาสัมพันธ์รณรงค์ในชุมชน

ได้มีการติดตามประเมินความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย ถึงระดับความเป็นไปได้ในความสำเร็จของการดำเนินการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในรูปแบบของกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้โดยจะมีระดับความเป็นไปได้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. “มาก”
2. “ปานกลาง”
3. “น้อย”

ซึ่งการประเมิน มีการจัดทำแบบสอบถาม ให้ลงความคิดเห็น ทาง Google Form โดยมีการแยกเป็นแต่ละกิจกรรม โดย จากกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 96 คน มีผู้ตอบแบบประมาณทั้งสิ้น 69 ราย ดังนี้

ระดับเวลา	มาก	ปานกลาง	น้อย
1.ระดับความเป็นไปได้รูปแบบกิจกรรม "โปสเตอร์"	73.50%	25.00%	1.50%
2.ระดับความเป็นไปได้รูปแบบกิจกรรม "สติ๊กเกอร์"	54.40%	42.60%	2.90%
3.ระดับความเป็นไปได้รูปแบบกิจกรรม "วีดีโอ"	47.10%	45.60%	7.40%
4.ระดับความเป็นไปได้รูปแบบกิจกรรม "เสียงตามสาย"	64.70%	26.50%	8.80%
5.ระดับความเป็นไปได้รูปแบบกิจกรรม "ไลน์กลุ่ม"	63.20%	32.40%	4.40%
6.ระดับความเป็นไปได้รูปแบบกิจกรรม "เฟซบุ๊ก"	44.10%	41.20%	14.70%
7.ระดับความเป็นไปได้รูปแบบกิจกรรม "เกาะประชุมบ้าน"	58.80%	35.30%	5.90%
8.ระดับความเป็นไปได้รูปแบบกิจกรรม "รณรงค์ในชุมชน"	73.50%	23.50%	2.90%



ส่วนที่ 4 ผลการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลนครขอนแก่น

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (เคสสีแดง) ที่มารับบริการ ณ กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครเชียงใหม่ ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 จำนวน 2,127 2,095 และ 1,025 รายตามลำดับ โดยเป็นเคสผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 14.39 13.08 และ 13 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลขอนแก่น จำแนกตามเดือนที่เข้ารับการรักษา

เดือน / ปี	จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยที่มาด้วยระบบ EMS	ร้อยละผู้ป่วยที่มาด้วยระบบ EMS
ธ.ค. 2564	2,127	306	14.39
ม.ค. 2565	2,095	274	13.08
ก.พ. 2565	1,025	133	13

4.2 อภิปรายผล

การประเมินสถานการณ์ จากการศึกษา ประชาชนมีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เฉลี่ยที่ต่ำ ทั้งในผู้ป่วยที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) และผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ประชาชนบางส่วนยังไม่ให้ความสำคัญในการเรียกใช้บริการผ่านหมายเลข 1669 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤต (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562) สอดคล้องกับการเก็บข้อมูลในการศึกษาที่ได้จากการเก็บข้อมูลผู้มารับบริการ กลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 45.5 เท่านั้นเอง ซึ่งเมื่อได้มีการ เก็บข้อมูลต่อไปพบว่าปัญหาที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรภา ขุนทองแก้ว (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดราชบุรี และ อีระ ศิริสมุด, กิตติพงษ์ พลเสน และพรทิพย์ วชิรติลล (2561) ศึกษาความรู้ ทักษะ และเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยในประเทศไทย โดยกลุ่มที่มาด้วยญาตินำส่งและมาเองให้เหตุผลว่า มาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า ไม่ได้คิดถึงโรงพยาบาล เพราะเป็นช่วงคับขัน ตกใจ เหมือนกัน และยังมีความรู้ความเข้าใจในระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรประไพ สุรชิต (2560) ศึกษาการรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

หลังจากได้เก็บรวบรวมข้อมูลการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทางทีมผู้วิจัยได้ มีการคืนข้อมูล และร่วมประชุมหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น กับทีมตัวแทนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กมล สุดประเสริฐ (2540, 8-9) ได้กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAR) และ วรณดี สุทธินรากร (2556) ได้กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ กระบวนการที่สะท้อนผลของการแก้ไขปัญหาโดยตัวผู้ปฏิบัติงานหรือเจ้าของปัญหาเพื่อก้าวไปสู่การปรับปรุงหรือสร้างสรรค์สิ่งที่ดีกว่า Yang yun et al. (2013) ได้กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ การร่วมกันดำเนินกระบวนการวิจัยโดยผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ทั้งชาวบ้านและนักพัฒนา โดยใช้บุคคลที่มีความเป็นตัวแทนของชุมชนในด้านการดูแลสุขภาพ โดยใช้ขั้นตอนการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับ ทศนีย์ ลักษณะากิชน ชัช (2545) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 2) ร่วมดำเนินการตามแผนการพัฒนาที่ได้กำหนดไว้หรือแผนการแก้ไขปัญหาที่ได้ร่วมกันคิดไว้ 3) ร่วมติดตามประเมินผลความสำเร็จหรือล้มเหลวเป็นระยะ เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วถึง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ความซัด และสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการสนับสนุนและส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการดำเนินงาน ซึ่งผลสรุปที่ได้ จากการจากผลการสนทนากลุ่ม เพื่อหารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่นพบปัญหาและข้อเสนอแนะในภาพรวม นำไปสู่การผลิตสื่อต่าง ๆ รูปแบบในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนเพื่อเพิ่มการรับรู้ของมูลของประชาชนในพื้นที่ให้มากขึ้น

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเป็นวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในพื้นที่เทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 กระบวนการในการพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย แกนนำชุมชนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จาก 7 ศูนย์แพทย์ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น 4 แห่ง แห่งละ 2 คนและ ประธานชุมชนหรือแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 4 แห่ง จำนวน 44 ชุมชน ชุมชนละ 2 คน จำนวน 96 คน

จากผลการสนทนากลุ่ม เพื่อหารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่นพบปัญหาและข้อเสนอแนะในภาพรวม ดังนี้

1. ประชาชนยังมีบางส่วนที่ไม่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 คาดว่าให้บริการเฉพาะด้านอุบัติเหตุ ให้บริการเฉพาะเวลาราชการ ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล และพึ่งพา อสม. ในการแจ้งเหตุ
2. การประชาสัมพันธ์ 1669 ค่อนข้างน้อย ไม่เข้าใจหรือเข้าใจไม่ถูกต้อง
3. เข้าใจระบบบริการไม่ถูกต้องคิดว่าศูนย์สั่งการฯ มีอยู่ทุกอำเภอ
4. เจ้าหน้าที่ศูนย์สั่งการฯ ซักถามมากเกินไปก่อนออกเหตุรับผู้ป่วย
5. รถพยาบาลมารับช้าโดยเฉพาะผู้ป่วยสีแดงสีเหลือง บริการไม่ทันใจ เกินกว่าผู้ป่วยอาการแย่งลงขณะรอ จึงรีบพากันมาโรงพยาบาลเอง

ความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย ถึงระดับความเป็นไปได้ในความสำเร็จของการดำเนินการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในรูปแบบของกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้ โดยส่วนใหญ่มีความเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในระดับปานกลางถึงมาก

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรเริ่มจากความต้องการและปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง (Start with the Community) ในเรื่องของการเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. ควรหาวิธีการทำให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมและเกิดการความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Encourage Local Ownership) ต่อกิจกรรม
3. ควรส่งเสริมและเพิ่มศักยภาพให้ชุมชนสามารถบริหารจัดการโครงการเอง (Provide Training Supports) และดำเนินการต่อยอดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
4. ควรส่งเสริม แนะนำการหาแหล่งทุนต่อยอดในการดำเนินโครงการจาก พื้นที่ เช่น การบริจาค การเรียไกรการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Measure the Success)

5. การดำเนินงานของชุมชนที่ประสบความสำเร็จและยั่งยืนล้วนมีการดำเนินงานตามนโยบายการมีส่วนร่วมของชุมชน สมาชิกของชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เปรียบเสมือนฟันเฟืองที่สำคัญของเครือข่ายชุมชน

6. ในด้านการประเมินผล ชุมชนควรมีนโยบายแต่งตั้งคณะกรรมการชุมชนหรือ ประชาชน เข้ามาประเมินผลแผนงาน/โครงการ หรือแต่งตั้งให้เป็นตัวแทนของชุมชนใน การดำเนินการจัดโครงการพัฒนาของชุม

2. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ควรให้ความสำคัญกับการดำเนินงานในมิติพื้นที่ ทั้งในเรื่องของการ กำหนด แผนพัฒนาหมู่บ้าน และการสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน ให้สามารถ ขับเคลื่อนโครงการในระดับพื้นที่ได้

2. ควรกำหนดรูปแบบโครงการให้ประชาชนพิจารณาว่า โครงการตรงตามความ ต้องการแค่ไหน เพราะถ้าประชาชนมีส่วนร่วม จะเกิดความรู้สึกรักอยากดูแลรักษา และประกอบกับได้ใช้ประโยชน์จากโครงการ จะทำให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชน อันเป็นรากฐานของการพัฒนาอย่างมั่นคง และนำไปสู่การสร้าง ความมั่นคงยั่งยืนต่อไป

3. ควรส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน ให้เข้าใจบริบทของปัญหาในการดำเนินกิจกรรม

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานระหว่างชุมชนแต่ละแห่ง โดยนำผลการศึกษาที่ได้มาปรับใช้ในชุมชนของอื่น ๆ ต่อไป

2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงาน ชุมชนที่ประสบความสำเร็จเป็นที่ยอมรับระดับประเทศ เพื่อเป็นต้นแบบในการดำเนินงาน ชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการที่มาจากนโยบาย ประชาชนิยมด้านอื่น ๆ ของรัฐบาล เพื่อสะท้อนผลการศึกษาวิจัยในการจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย ที่เหมาะสม คุ่มค่าต่อประชาชนอย่างยั่งยืน

4. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานโครงการขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นเพื่อนำผลการศึกษาวิจัยมาจัดทำเป็นแผนงานบูรณาการทำงานร่วมกันทั้งภาครัฐและ เอกชน เพื่อให้มีการใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่า ลดความซ้ำซ้อน เกิดประโยชน์ต่อประชาชนและชุมชน อย่างยั่งยืน เพื่อที่จะขยายรูปแบบการเข้าถึงบริการนี้ไปยังชุมชนอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

- กมล สุดประเสริฐ. (2540). *การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน*. กรุงเทพฯ :สำนักงานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ . กระทรวงศึกษาธิการ.
- กัญญา วังศรี. (2556). *การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย The EMS system in Thailand*. Sringarind Med J, 28(suppl), 69-73.
- โกวิท พวงงาม. (2553). *การจัดการตนเองของชุมชนและท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ : บพิธการพิมพ์.
งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัดโรงพยาบาลขอนแก่น. (2554). *รายงานประจำปี 2554 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : บริษัทเพ็ญพรินติ้ง จำกัด
- จิตรประไพ สุรชิต.(2560). *การรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลปากน้ำ* หลังสวน จังหวัดชุมพร. *วารสารวิชาการแพทย์*. 31(2), 271-278.
- เจริญ ปราบปรี.(2563). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพัทลุง* *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*. 2(2), 199-212.
- เฉลียว บุรีภักดี, เฉียบ ไทยยิ่ง, ภัทรามน จาปาเงิน, บุญเรือง ศรีเหรียญ, ลือชา ธรรมวินัยสถิต, มยุรี วัดแก้ว, วันทนา กลิ่นงาม, รวิวงศ์ ศรีทองรุ่ง, ทรงจิต พูนลาภ และประไพร์พร อักษรศรี. (2545). *ชุดวิชาการวิจัยชุมชน*. นนทบุรี: เอส. อาร์. พรินติ้ง แมสโปรดักส์.
- ถวิลวดี บุรีกุล. (2548). *การมีส่วนร่วม : แนวคิด ทฤษฎีและกระบวนการ*. กรุงเทพฯ : สถาบันพระปกเกล้า.
- ทัศนีย์ ลักขณาภิกชนชัย. (2545). *การสังเคราะห์ที่ชุมชน : มรรควิธีสู่ชุมชนเข้มแข็ง*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธีระ ศิริสมุด, กิตติพงษ์ พลเสน และพรทิพย์ วชิรดิลก. (2561). *ความรู้ ทักษะ และเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 12(4), 668-680.
- นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2546). *การมีส่วนร่วม: หลักการพื้นฐานเทคนิคและกรณีตัวอย่าง*. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: สิริลักษณ์การพิมพ์.
- บัณฑิต อ่อนคำ และสามารถ ศรีจ้านง. (2544). *การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม*. เชียงใหม่: ปิเอสการพิมพ์.
- พรทิพย์ คำพอ, วิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี, เบญจา มุกตพันธุ์, จารุวรรณ โชคคณาพิทักษ์, วรางคณาสังสิทธิสวัสดิ์ และจุฬาร ไสตะ. (2543). *โครงการบทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์การบริหารส่วนตำบลในการบริหารจัดการพัฒนางานสาธารณสุข*. ขอนแก่น : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรทิพย์ คำพอ. 2544. *บทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์การบริหารส่วนตำบลในการใช้การแพทย์แผนไทยเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองในชุมชน*. ขอนแก่น: ภาควิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พัชรพร นิลนวล, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และนันทวรรณ ทิพยเนตร.(2563). *การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการองค์การบริหารส่วน ตำบลกุดไสิ้จ้อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม*. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*. 6(3), 97-108.

- พัชรี สีโรรส, พิสิฐ ศุกรियพงษ์, สมศักดิ์ สามัคคีธรรม, โสภารัตน์ จารุสมบัติ, เรวดี ประเสริฐเจริญสุข, รัชฎาภรณ์ แก้วสนิท (2546). *คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน*. กรุงเทพฯ : มูลนิธิปริญญาโทนักบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วรวิทย์ พันธุ์ปัญญาเทพ. (2551). *หลักการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2551*. (หน้า 206-213). พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : หจก.ขอนแก่นการพิมพ์.
- วิทยาชาติบัญชาชัย. (2545). *ยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาอุบัติเหตุจราจร*. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์
- วิภาดา วัฒนนามสกุล.(2550). *มาตรฐานการปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพ. เอกสารประกอบการสัมมนา ระดับชาติเรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครั้งที่ 1 : Measuring and improving EMS performance*, สำนักงานบริหารโครงการวิจัยและตำรา จังหวัดขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วิภาดา วัฒนนามสกุล.(บรรณาธิการ).(2547). *การจัดการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชกิจฉุกเฉิน*. ขอนแก่น : วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2551). *พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ 2551 ราชกิจจานุเบกษา*, 125 (ตอนที่ 44 ก), 1-17.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2557). *การดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : บริษัท อาร์ตควอลิตี้ จำกัด.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2557). *สรุปภาพรวมการจัดทำมาตรฐาน หลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : บริษัท อัลทิเมท พรินติ้ง จำกัด.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2558). *ช่องว่างการแพทย์ฉุกเฉินไทย : รายงานสถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2557*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บจก.ปัญญามิตร การพิมพ์.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2559). *ช่องว่างการแพทย์ฉุกเฉินไทย : รายงานสถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2558*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บจก.ปัญญามิตร การพิมพ์.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2559). *แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2560 – 2564*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท ยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.(2553). *มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สมยศ นาวิการ. (2545). *การบริหาร*. กรุงเทพฯ: ชาลววิทย์เซ็นเตอร์.
- สุรภา ขุนทองแก้ว.(2562). *การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดราชบุรี.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2(1), 30-44.*
- แสงอาทิตย์ วิชัยยา. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤติในโรงพยาบาลผ่าง. วารสารเชียงใหม่เวชศาสตร์. 10(1). 93-102.*
- อภิศักดิ์ ธีระวิสิษฐ์. (2553). *หลักการพัฒนาชุมชน*. ขอนแก่น : คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรทัย กักพล. (2552). *คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชนสำหรับนักบริหารท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ : สถาบันพระปกเกล้า.

- อรุณพ สุชีพบุลย์.(2559). *ความพึงพอใจของผู้รับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี*. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 3 ก้าวสู่ทศวรรษที่ 2: บูรณาการงานวิจัย ไขข้อสงสัย สู่ความยั่งยืน.(หน้า 417-425). นครราชสีมา : วิทยาลัย นครราชสีมา.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2552). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ : บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด. ยุภาวดี คงดา, มุมตาส มีระมาน และกัลยา ต้นสกุล. การศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุง [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://www.hu.ac.th/conference/conference2019/proceedings2019/FullText.pdf>.
- จิตรประไพ สุรชิต.การรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลปากน้ำ หลังสวน จังหวัดชุมพร [ออนไลน์].2560 [เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://srth.go.th/region11_journal/document/Y31N2/7.pdf
- นริสสา พัฒนปรีชาวงศ์, รัชชานา สีนธวาลัย, นภิสพร มีมงคล.การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล [ออนไลน์].2555 [เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/255605311328169575_LJmfqeW7iX5l4gO.pdf.
- เมธาวิณี ขุมทอง.การศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามการรับรู้ของอาสาสมัครกู้ชีพฉุกเฉินเบื้องต้น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร [ออนไลน์].2556 [เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/53921110.pdf.
- ธีระ ศิริสมุด,กิตติพงษ์ พลเสน,พรทิพย์ วชิรดิถก.ความรู้ ทักษะคติ และเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย[ออนไลน์].2561 [เข้าถึงเมื่อ 7 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4997/hsri-journal-v12n4-p668-680.pdf?sequence=1>.
- กัญญา วังศรี.การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย [ออนไลน์].2556 [เข้าถึงเมื่อ 7 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก http://202.28.95.4/library/main/e proceeding/Lec_69_73.pdf.
- นางสุติมา วรชีนา.ความคิดเห็นของประชาชนต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ขององค์การบริหารส่วนตำบลสว่าง อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด [ออนไลน์].2560 [เข้าถึงเมื่อ 7 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://so02.tci-thaijo.org/index.php/Lawpol_Journal/article/view/245115.
- สุรภา ขุนทองแก้ว.การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดราชบุรี [ออนไลน์].2562 [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2020/EBook/49286_20200129102420.pdf.
- Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1981). *Rural Development Participation: Concept and Measure for Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development Committee Center for international Studies*. New York: Cornell University Press.go.th.

- Ngoenprasoetsi, N. (2014). Participatory action research. *Journal of Social Science*, 27, 61-73.
- National Economic and Social Development Board, Office. (2017). Development Plan of the Society and National Society no. 12 (2017-2021). Retrieved from <http://www.nesdb>.
- Yangyn, S. et al. (2013). Participatory Research in Waste Bank Management of Baan Hua Nong, Tambon Khamruen, Kantharawichai District Mahasarakham province. *KKU Journal for Public Health Research*, 6(3). 45-52.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามโดยการนำข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณที่พบปัญหาแล้วนำประเด็นปัญหามาใช้สนทนากลุ่ม เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมและรายละเอียดด้านความคิด (Exploring Opinions) โดยแนวคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ดังภาคผนวก ก

ตารางที่ 1 แสดงแนวคำถามในการสนทนากลุ่มแกนนำ อสม. 7 ศูนย์แพทย์ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น

ลำดับ	แนวคำถาม	หมายเหตุ
1	กล่าวทักทาย/สร้างสัมพันธภาพ แนะนำคณะผู้วิจัย	
2	ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม	
3	เปิดโอกาสให้กลุ่มได้มีการแนะนำตัวเอง	
4	นำข้อมูลจากการสอบถามผู้ป่วย หรือญาติที่มาใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น	นำเสนอด้วย Power point
5	นำประเด็นปัญหาของการวิจัย เข้าสู่กระบวนการสนทนากลุ่ม 5.1 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินคืออะไร 5.2 ในชุมชนมีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างไร 5.3 อาการเจ็บป่วยอย่างไรถึงจะเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และเรียกใช้บริการเมื่อใด 5.4 ปัญหาในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 5.5 โอกาสพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนคืออะไร	มีการขออนุญาตจัดประเด็นลงในกระดาษฟลิปชาร์ต หรือ Note Book ขึ้นกับความพร้อมแต่ละพื้นที่
6	สรุปประเด็นที่ได้จากการสนทนา	
7	แจ้งการนัดในครั้งต่อไป	
8	กล่าวขอบคุณ	

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา และนำมาประยุกต์เป็นชุดคำถาม โดยลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็น คำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้เติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริง ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ลักษณะคำถามเป็น คำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้เติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริง ได้แก่ ท่านมารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างไร

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการ ลักษณะคำถามเป็น คำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้เติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริง ได้แก่ ท่านรู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ 1669 หรือไม่

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ลักษณะคำถามเป็น ลักษณะคำตอบเป็นแบบปรนัย 2 ตัวเลือก ได้แก่ มาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า ไม่ได้คิดถึงรถพยาบาล เพราะเป็นช่วงคับขันตกใจ มีความเข้าใจผิดว่าต้องเป็นผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ คิดว่ามีค่าใช้จ่าย ไม่รู้จัก 1669 และอื่น ๆ ระบุ ดังแสดงในภาคผนวก ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง : การพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของโครงการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตลอด ได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้วิจัยเรียบร้อยแล้วโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับทั้งในปัจจุบันและต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวที่ได้รับจากการวิจัย โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

หากมีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของข้าพเจ้าที่เกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ข้าพเจ้าจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด

หากข้าพเจ้ามีข้อคำถามเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้าข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับชื่อ นายแพทย์นิติกร สอนชา เบอร์โทรศัพท์ 081-5927020

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ได้ที่ “สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น ชั้น 3 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลขอนแก่น ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000 โทร.043-009900 ต่อ 1602 หรือโทร 090-2153803”

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้ โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(.....)
วันที่.....

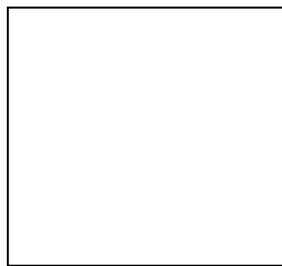
ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม
(.....)
วันที่.....

**** ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือ / ลงลายมือชื่อได้ ให้ใช้การประทับลายมือนิ้ว แทนดังนี้**

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมวิจัย คือ.....จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
วันที่.....

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านเขียนหนังสือได้แต่มีผู้อ่านข้อความในแบบคำยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจน เข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงพิมพ์ลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบคำยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



พิมพ์ลายนิ้วมือขวาของ นาย / นาง / นางสาว.....(ผู้เข้าร่วมวิจัย)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
วันที่.....

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

“การพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ในเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น”

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบบริการเพื่อการดูแลภาวะฉุกเฉินด้าน
การแพทย์และสาธารณสุขอย่างครบวงจร โดยจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วม
ของชุมชนในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ซึ่งจะเป็น
ประโยชน์ต่อการนำผลที่ได้รับไปพัฒนา/ปรับปรุงการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดขอนแก่นต่อไป

2. แบบสอบถามนี้ แบ่งเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 รูปแบบการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

ส่วนที่ 3 การรับรู้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

3. กรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ผู้ให้ข้อมูล

1. ผู้ป่วย 2.ญาติ 3. อื่น ๆ

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

2. อายุ

1. ต่ำกว่า 18 ปี 2. 18 – 30 ปี

3. 31 – 60 ปี 4. 60 ปี ขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

1. ต่ำกว่าปริญญาตรี 2. ปริญญาตรี

3. ปริญญาโท 4. สูงกว่าปริญญาโท

4. อาชีพ

1. ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ 2. พนักงานบริษัทเอกชน / ลูกจ้าง

3. ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย 4. นักเรียน / นักศึกษา

5. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

5. รายได้ต่อเดือน

1. ต่ำกว่า 10,000 บาท 2. 10,000 – 30,000 บาท

3. 30,001 – 50,000 บาท 4. 50,001 – 100,000 บาท

5. มากกว่า 100,000 บาท

ส่วนที่ 2 รูปแบบการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความอย่างละเอียดและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์พิจารณาแต่ละระดับ ดังนี้

ท่านมารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างไร

- 1. มาเอง
- 2. ญาติพามา
- 3. ใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉิน

ส่วนที่ 3 การรับรู้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความอย่างละเอียดและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์พิจารณาแต่ละระดับ ดังนี้

ท่านรู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ 1669 หรือไม่

- 1. รู้จัก
- 2. ไม่รู้จัก

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความอย่างละเอียดและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์พิจารณาแต่ละระดับ ดังนี้

เหตุผลในการเรียกหรือไม่เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของท่าน

	ใช่	ไม่ใช่
มาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า		
ไม่ได้คิดถึงรถพยาบาล เพราะเป็นช่วงคับขัน ตกใจ		
มีความเข้าใจผิดว่าต้องเป็นผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ		
คิดว่ามีค่าใช้จ่าย		
ไม่รู้จัก 1669		
อื่น ๆ ระบุ.....		

ขอขอบคุณทุกท่านที่สละเวลาตอบแบบสอบถาม

ภาคผนวก ค

แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้มีการประยุกต์ และสร้างแบบประเมินความเป็นไปได้ของกิจกรรม ในการเพิ่มความรู้ในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น มีผลดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงแบบประเมินความเป็นไปได้ของกิจกรรม ในการเพิ่มความรู้ในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รูปแบบกิจกรรม	ระดับความเป็นไปได้		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
โปสเตอร์			
สติ๊กเกอร์			
วิดีโอ			
เสียงตามสาย			
ไลน์กลุ่ม			
เฟซบุ๊ก			
เคาะประตูบ้าน			
รณรงค์ในชุมชน			

ภาคผนวก ง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงการวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลขอนแก่น ดังแสดงในภาคผนวก ง

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลขอนแก่นแล้วเท่านั้น ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ในกรณีแบบสอบถาม ดำเนินการ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามด้วยตัวเอง โดยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิจัยให้กับโรงพยาบาลขอนแก่น ในจังหวัดขอนแก่น โดยจ่ายแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 352 คน ให้ผู้รับผิดชอบงานของกลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นผู้ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รวมทั้งนัดหมาย วัน เวลา ในการส่งแบบสอบถามกลับคืนเมื่อครบกำหนด 30 วัน โดยผู้วิจัยเตรียมซองจดหมายและจำหน่ายซองจดหมายถึงผู้วิจัยเพื่อให้ผู้เก็บข้อมูลสะดวกในการส่งกลับแบบสอบถาม เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นและส่งถึงผู้วิจัยโดยตรง

1.2 เมื่อครบกำหนดนัดหมายส่งคืนแบบสอบถาม 30 วัน ผู้วิจัยจะไปเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง ถ้าได้แบบสอบถามกลับคืนมาไม่ครบตามจำนวนที่ต้องการ ผู้วิจัยจะส่งแบบสอบถามซ้ำจนครบ หลังจากได้แบบสอบถามกลับคืนมาผู้วิจัยจะส่งหนังสือขอบคุณหน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินงาน

2. ในกรณีแนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณดำเนินการต่อเนื่อง 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นตอนเตรียมการ

- 1) ผู้วิจัยนัดวันสนทนากลุ่มตัวอย่างทั้ง 96 คน ล่วงหน้า
- 2) ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเข้าร่วมสนทนากลุ่มและแจ้งแนวทางการสนทนากลุ่มให้กลุ่มตัวอย่างทราบ
- 3) ก่อนทำการสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้ทบทวนความเข้าใจรายละเอียดของแนวทางการสนทนากลุ่มโดยละเอียดทุกครั้ง

2.2 ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

- 1) ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม
- 2) ผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่ม ตัวอย่างทั้ง 96 คน
- 3) การสนทนากลุ่มผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเองกับผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเพื่อสร้างความไว้วางใจเพื่อประโยชน์ในการให้ข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริงมากที่สุด
- 4) การนัดวันการสนทนากลุ่มจะเลือกวันที่ผู้ร่วมการสนทนากลุ่มสะดวก

2.3 ขั้นตอนการบันทึกผล

บันทึกผลการสนทนากลุ่มโดยการขออนุญาตจดบันทึกและใช้เครื่อง บันทึกเสียงในขณะที่ทำการสนทนากลุ่ม หลังจากนั้นให้บันทึกผลการสนทนากลุ่มในภายหลัง เพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างครบถ้วน

2.4 ขั้นตอนปิดการสนทนากลุ่ม

- 1) ทบทวนความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อนปิดการสนทนากลุ่ม
- 2) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ร่วมสนทนากลุ่มที่ให้ความอนุเคราะห์
- 3) ผู้วิจัยทำหนังสือขอบคุณส่งถึงผู้ร่วมการสนทนากลุ่มทุกราย

