

ผลของโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรู้และ
ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนตำบลป่าหุ่ง อำเภอ
พาน จังหวัดเชียงราย

บรรจง กาวีละมูล

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

23 กรกฎาคม 2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยพะเยา



2394836863

UP_Thesis_59059547_independent_study / recv: 23072561_23:00:23 / seq: 4

ผลของโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรู้และทักษะด้าน
การแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

บรรจง กาวิละมูล

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
23 กรกฎาคม 2561
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยพะเยา



2394836863

UP iThesis 59059547 independent study / rev: 23072561 23:00:23 / seq: 4

EFFECTS OF THE EMERGENCY MEDICAL NETWORKING PROGRAM ON KNOWLEDGE AND
SKILLS OF EMERGENCY MEDICINE IN COMMUNITY EMERGENCY VOLUNTEERS AT PHA-
HUNG SUBDISTRICT, PHAN DISTRICT, CHIANGRAI PROVINCE.

BANJONG KHAWELAMOON

An Independent Study in Partial Fulfillment of Requirements
for the Master of Public Health in Public Health
July 23 2018

Copyright of University of Phayao



2394836863

UP ThesIs 59059547 independent study / recv: 23072561 23:00:23 / seq: 4

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรู้และทักษะด้าน
การแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชนตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

ของ บรรจง กาวิละมูล

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรสาขาวิชาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

ของมหาวิทยาลัยพะเยา

..... ประธานที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วย
ตนเอง

(ดร. เทียนทอง ต๊ะแก้ว)

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นายแพทย์ วิชัย เทียนถาวร)



2394836863

- เรื่อง:** ผลของโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย
- ผู้ศึกษาค้นคว้า:** บรรจง กาวิละมูล การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ส.ม. มหาวิทยาลัยพะเยา 2560
- อาจารย์ที่ปรึกษา:** ดร. เทียนทอง ต๊ะแก้ว
- คำสำคัญ** โปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, อาสาฉุกเฉินชุมชน

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-test, post-test Design) กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนจำนวน 40 คน ใช้เกณฑ์คัดเข้าคัดออก และกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนสุ่มโดยวิธีจับสลาก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane ได้จำนวน 352 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาฉุกเฉินชุมชน แบบทดสอบความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชนในตัวแทนหลังคาเรือน แบบบันทึกเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon signed ranks test และ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาฉุกเฉินชุมชน ความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินและความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชนในตัวแทนหลังคาเรือน สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง หลังและก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value = 0.001, 0.001, 0.001, 0.001, 0.005 ตามลำดับ)

Title: Effects of the Emergency Medical Networking Program on Knowledge and Skills of Emergency Medicine in Community Emergency Volunteers at Pha-hung Subdistrict,Phan District,ChiangRai Province.

Author: Banjong Khawelamoon Independent Study M.P.H. University of Phayao 2017

Advisor: Tienthong Takaew

Keyword The Emergency Medical Networking Program, Community Emergency Volunteers

ABSTRACT

Research Effects of the Emergency Medical Networking Program on Knowledge and Skills of Emergency Medicine in Community Emergency Volunteers at Pha-Hung Subdistrict, Phan District, Chiang Rai Province. Quasi-experimental research was conducted in two groups: pre-test and post-test. The sample is divided into two groups , volunteer groups, community emergency groups number is 40 people into screening criteria exclude and Representative households randomized by lottery the sample size was determined using the Taro Yamane formula have number 352 people. The instruments used for data collection were the Knowledge test and Emergency Medical Skills Assessment for Community Emergency Volunteers, Knowledge of emergency illness and job satisfaction of community emergency volunteers. Recording of emergency response time from response time in simulation scenario. Descriptive statistics average are conservative at Wilcoxon signed ranks test and Mann-Whitney U test.

The results showed that the knowledge and skills of the volunteer emergency medical community, Knowledge of emergency and satisfaction with the work of volunteer emergency community representative households , Timeline of recording emergency response time in simulation scenario. After the program is different from the first program to create a network of emergency medical services are statistically significant at 0.05 (p-value. = 0.001, 0.001, 0.001, 0.001, 0.005, respectively).

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ดร.เทียนทอง ต๊ะแก้ว ที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่จนการศึกษาวิจัยสำเร็จสมบูรณ์ได้ ผู้ศึกษาวิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณนายกองค์การบริหารส่วนตำบลป่าหุ่ง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ประชาชนในตำบลป่าหุ่งและหน่วยกู้ชีพป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและการดำเนินกิจกรรมต่างในด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการศึกษาวิจัยฉบับนี้ ผู้ศึกษาวิจัยขออุทิศแต่ผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่าน

บรรจง กาวิละมูล

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1.....	1
บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย	7
กรอบแนวคิด	8
บทที่ 2	9
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
เครือข่าย.....	9
บริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....	10
อาสาฉุกเฉินชุมชน	12
การอบรมและกระบวนการฝึกอบรม	13



2394836863

UP :Thesis 59059547 independent study / recv : 23072561 23:00:23 / seq : 4

ปิงปองจรรยาจริยิต 7 สี 15
 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 16
 บทที่ 3 22
 วิธีดำเนินการวิจัย 22
 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 22
 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 23
 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 24
 การเก็บรวบรวมข้อมูล 25
 การวิเคราะห์ข้อมูล 27
 บทที่ 4 28
 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 28
 ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาสมัครเงินชุมชนและ
 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน..... 28
 ส่วนที่ 2 ผลคะแนนความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสา
 สมัครเงินชุมชน..... 32
 ส่วนที่ 3 ผลคะแนนความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินและความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสา
 สมัครเงินชุมชนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน 39
 ส่วนที่ 4 ผลการบันทึกสัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response
 time) ในสถานการณ์จำลอง..... 45
 ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่ม
 ตัวอย่างกลุ่มอาสาสมัครเงินชุมชน 46
 ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่ม
 ตัวแทนหลังคาเรือน..... 49
 ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการทำงานของกลุ่มตัวอย่างกลุ่ม
 อาสาสมัครเงินชุมชน ในตัวแทนหลังคาเรือน..... 52



2384836863

ส่วนที่ 8 การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้ง
ถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง.....55

บทที่ 559

บทสรุป59

 สรุปผลการวิจัย60

 อภิปรายผลการวิจัย62

 ข้อเสนอแนะ.....63

ภาคผนวก64

 ภาคผนวก ก แบบสอบถามงานวิจัย65

 ภาคผนวก ข แบบบันทึกเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุ69

 ภาคผนวก ค แบบประเมินการทดสอบภาคปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (BCLS)..... 70

 ภาคผนวก ง แบบประเมินการปฐมพยาบาล 71

 ภาคผนวก จ แบบทดสอบสำหรับผู้สมัครเพื่อเป็นอาสาฉุกเฉินชุมชน (อฉช.)72

บรรณานุกรม76

ประวัติผู้วิจัย79



2334836863

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาสมัครเงินชุมชน.....	29
ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน.....	30
ตาราง 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาสมัครเงินชุมชนที่ตอบถูก ก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	32
ตาราง 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาสมัครเงินชุมชนที่ตอบถูก ก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....	34
ตาราง 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาสมัครเงินชุมชนที่ตอบถูก หลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....	36
ตาราง 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาสมัครเงินชุมชนที่ตอบถูก หลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....	38
ตาราง 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนที่ตอบถูก ก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	40
ตาราง 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนที่ตอบถูก หลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....	41
ตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ย ระดับความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครเงินชุมชนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน ก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....	43
ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ย ระดับความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครเงินชุมชนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน หลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....	44
ตาราง 11 แสดงที่กัลด์ส่วนเวลาปฏิบัติการณ์ฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลองก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	45

ตาราง 12 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 46

ตาราง 13 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชน ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน..... 47

ตาราง 14 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชน ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน..... 48

ตาราง 15 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน..... 49

ตาราง 16 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน..... 50

ตาราง 17 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน..... 50

ตาราง 18 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน..... 51

ตาราง 19 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน..... 52

ตาราง 20 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน..... 52

ตาราง 21 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครชุมชน
 ของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนในกลุ่มทดลองก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้าง
 เครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....53

ตาราง 22 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครชุมชน
 ของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้าง
 เครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....54

ตาราง 23 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครชุมชน
 ของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจัด
 โปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....54

ตาราง 24 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างสัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้ง
 ถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน
 จัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน55

ตาราง 25 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างสัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้ง
 ถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังจัดโปรแกรม
 การสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน56

ตาราง 26 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างสัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิด
 เหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังจัดโปรแกรมการ
 สร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....57

ตาราง 27 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างสัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้ง
 ถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลัง
 จัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน57

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 กรอบแนวคิด8



2394836863

UP Theses 59059547 independent study / recv: 23072561 23:00:23 / seq: 4

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายลำดับต้นและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศด้านอื่น ๆ ของประเทศไทย ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงเป็นระบบบริการสุขภาพหนึ่งที่จะช่วยลดผลกระทบดังกล่าวทั้งเชิงป้องกัน ลดความสูญเสียต่อชีวิตลดความพิการ (กิตติพงศ์ พลเสน และคณะ, 2559) ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยได้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่มีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2551 และจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 1 จนกระทั่งปัจจุบันได้จัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาประเทศทางด้านสุขภาพด้วยการยกระดับการบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความยั่งยืนในระยะยาว (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2559) แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 3 นี้ ถือเป็นความท้าทายอย่างยิ่งของกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและภาคีเครือข่ายทั้งสองส่วนกลาง ภูมิภาค ท้องถิ่นและในพื้นที่ ด้วยการตั้งเป้าหมายสูงสุดของแผนมุ่งที่จะลดการตายและความพิการจากการคุกคามของโรคและภัย มียุทธศาสตร์การขับเคลื่อนให้ภาคีเครือข่ายภาคประชาชนร่วมเรียนรู้และร่วมมือสร้างระบบป้องกันและช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน มุ่งพัฒนากำลังพลผู้ปฏิบัติและผู้ขับเคลื่อนงานโดยปรับปรุงเครื่องมือสนับสนุนทั้งกลไกด้านงบประมาณ ด้านการศึกษา ด้านความรู้ งานวิจัยสารสนเทศพร้อมทั้งประสานความร่วมมือการพัฒนากับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ ดังวิสัยทัศน์ประเทศไทยมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ซึ่งทุกคนเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง และเท่าเทียมทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย ด้วยความร่วมมือ จากทุกภาคส่วน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2559)

ปัจจุบันแม้ว่าการดำเนินการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย ได้ดำเนินการตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมาตั้งแต่ พ.ศ. 2553 มีการประชาสัมพันธ์ หมายเลขโทรศัพท์ 1669 อย่างต่อเนื่องและแพร่หลาย แต่สถิติการเรียกใช้บริการในผู้ป่วยระดับวิกฤติหรือผู้ป่วยในกลุ่มสีแดง (ผู้ป่วยในระดับวิกฤติ) ยังอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับผู้ป่วยวิกฤติที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน จากข้อมูลเกณฑ์ชี้วัดด้านการแพทย์ฉุกเฉินรายงาน



2394836863

ติดตามผลต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยระดับวิกฤติหรือผู้ป่วยในกลุ่มสีแดงมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมด 1,373,597 ครั้ง มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 166,990 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 12.16 พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยระดับวิกฤติหรือผู้ป่วยในกลุ่มสีแดงมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมด 1,500,285 ครั้ง มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 192,548 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 12.83 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2559) ในจังหวัดเชียงรายมีผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤติในปี พ.ศ. 2558 และ 2559 จำนวน 21,632 และ 24,428 ครั้ง ตามลำดับ มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 2,183 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2558 คิดเป็นร้อยละ 10.09 และ ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 2,423 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9.92 ซึ่งลดลงร้อยละ 0.17 สำหรับอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เป็นอำเภอขนาดใหญ่มี 15 ตำบล จำนวนประชากรทั้งหมด 123,711 คน (พ.ศ. 2559) สถิติโรงพยาบาลพานในปี พ.ศ. 2559 พบว่า มีผู้ป่วยในระดับวิกฤติทั้งหมด 7,236 ครั้ง มาโรงพยาบาลโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 727 ครั้ง ร้อยละ 10.04 นำส่งโดยไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 6,247 ครั้ง ข้อมูลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลพาน พบว่า มีการออกปฏิบัติการรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ใน พ.ศ.2559 ผู้ป่วยทั้งหมด 2,910 ครั้ง มีผู้ป่วยฉุกเฉินในระดับวิกฤติที่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 727 ครั้ง แต่มีการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินในระดับปานกลางอยู่ที่ 2,183 ครั้ง จากข้อมูลดังกล่าวส่งผลกระทบต่อให้การดำเนินการช่องทางด่วนในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินโรคเรื้อรังระบบหัวใจและหลอดเลือด (Fast tract STEMI and STROKE) ใน พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วย STEMI จำนวน 33 คน มีผู้ป่วยที่ทันเวลาเข้าระบบ Fast tract STEMI จำนวน 8 ราย มาด้วยระบบ EMS จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.06 สำหรับผู้ป่วย STROKE ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยจำนวน 211 คน มีผู้ป่วยที่ทันเวลาเข้าระบบ Fast tract STROKE จำนวน 36 คน มาด้วยระบบ EMS จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 8.53 แสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยฉุกเฉินในระดับวิกฤติจำนวนมากที่ไม่ได้ใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในระดับประเทศและในระดับพื้นที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพานมีการติดตามดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองจากการรวบรวมข้อมูลพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้ไม่ทราบเรื่องการประเมินอาการ ไม่ทราบว่าเป็นโรคที่รุนแรงส่งผลต่อชีวิตและผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา ไม่ทราบว่ามีช่องทางด่วนในระบบการดูแลรักษา กลุ่มโรคดังกล่าวที่สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในด้านการรับรู้และความเชื่อเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย (จงชัย อามาตยบัณฑิต และคณะ, 2559)

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจึงสนับสนุนและริเริ่มพัฒนา ให้ประชาชนทั่วไปหรือ



2394836863

UP-Thesis 59059547 independent study / recv: 23072561 23:00:23 / seq: 4

ผู้ที่มีจิตอาสาได้รับการฝึกอบรมหรือให้ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น โดยสมัครเข้าร่วมเป็น “อาสาฉุกเฉินชุมชน (อฉช.)” ให้เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรอาสาฉุกเฉินชุมชนมาตั้งแต่ พ.ศ. 2556 เพื่อช่วยเหลือและปฐมพยาบาลให้ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน แต่ผลการศึกษาเชิงลึกในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556-2559 พบว่า การเชื่อมต่อกับเครือข่ายภาคประชาชนอาสาฉุกเฉินชุมชนไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร การอบรมไม่มีการวางแผนการดำเนินงานให้ประชาชนเข้าถึงอย่างเป็นระบบ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2559) สอดคล้องกับผลการดำเนินงานการอบรมอาสาฉุกเฉินชุมชนในจังหวัดเชียงราย ซึ่งรูปแบบการอบรมเดิมจัดอบรมเป็นระยะเวลา 3 ชั่วโมง บรรยายและฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ให้ทำข้อสอบตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 20 ข้อ ได้คะแนน 16 คะแนนขึ้นไปสามารถขึ้นทะเบียนเป็นอาสาฉุกเฉินชุมชน แต่ไม่ได้มีการติดตามผลหลังการขึ้นทะเบียนและการนำไปใช้กับชุมชนในส่วนของอำเภอพาน จังหวัดเชียงรายได้ดำเนินการอบรมและขึ้นทะเบียนอาสาฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขตั้งแต่ พ.ศ. 2556-2559 จำนวน 798 คน จากจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมด 3,312 คน แต่ไม่ได้มีการติดตามผลด้านการนำไปใช้งานจริง แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 นี้ มุ่งเน้นความสำคัญของการขยายความครอบคลุมระบบปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีมาตรฐานและคุณภาพทั้งในพื้นที่ปกติพื้นที่พิเศษรวมไปถึงกลุ่มด้อยโอกาสทางสังคมทั้งผู้สูงอายุผู้พิการหรือแม้แต่ชาวต่างชาติ ควบคู่ไปกับการพัฒนาบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและประชาชนทั่วไปให้มีขีดความสามารถทั้งในด้านความรู้ ทักษะและเจตคติให้สามารถช่วยเหลือและคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ตลอดจนการจัดให้มีกลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพด้วยการร่วมกันเพิ่มขีดความสามารถและการมีส่วนร่วมของหน่วยจัดการในจังหวัดท้องถิ่นและชุมชนเพื่อให้สามารถจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพ รวมถึงการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสำคัญคือลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัย (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2559) ผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้ประสานงานเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินในท้องถิ่น และในจังหวัดเชียงราย จึงได้ศึกษาค้นคว้าแนวทางการจัดการอบรมและการสร้างเครือข่าย อาสาฉุกเฉินชุมชนโดยประยุกต์ใช้นาฏยปฏิบัตินาฏยศาสตร์ 7 สี เพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองแบบเฉียบพลัน ร่วมกับการจัดรูปแบบการอบรมอาสาฉุกเฉินชุมชนของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และ

สร้างเครือข่ายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน เพื่อให้เกิดความรู้และทักษะด้านการปฐมพยาบาลแก่อาสาสมัครฉุกเฉินชุมชนและให้อาสาสมัครฉุกเฉินนำความรู้ที่ได้ไปเผยแพร่ให้แก่ละแวกเรือน เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และการรับรู้ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤติโดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองแบบเฉียบพลันเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่รวดเร็วโดยใช้ระบบ Home ward 4G smart life (ระบบนำทาง Home ward อัจฉริยะ ยุค 4G) ของโรงพยาบาลพาน มีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างมีระยะเวลาที่ชัดเจน ทดสอบอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะ ตลอดจนการเชื่อมต่อเครือข่ายอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อความยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน ตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในตัวแทนหลังคาเรือน
4. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน ในตัวแทนหลังคาเรือน
5. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนเวลาปฏิบัติภารกิจฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. ความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน
2. ความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน



3. ความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน

4. ความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาฉุกเฉินชุมชนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

5. ความรู้ด้านเจ็บป่วยฉุกเฉินและระดับความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน

6. ความรู้ด้านเจ็บป่วยฉุกเฉินและระดับความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

7. ความรู้ด้านเจ็บป่วยฉุกเฉินและระดับความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน

8. ความรู้ด้านเจ็บป่วยฉุกเฉินและระดับความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

9. สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการจัดโปรแกรมสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน

10. สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลองในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการจัดโปรแกรมสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

11. สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลองในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ไม่แตกต่างกัน

12. สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการจัดโปรแกรมสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน



238436863

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหาการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research.) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาฉุกเฉินชุมชน ความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินของตัวแทนหลังคาเรือน ความพึงพอใจของตัวแทนหลังคาเรือนต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชนและสัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในทีมการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลพาน โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการอาสาฉุกเฉินชุมชนวัดผลก่อนและหลังการอบรม จัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินวัดผลจากตัวแทนหลังคาเรือนก่อนและหลัง จัดกิจกรรมสถานการณ์จำลองเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุวัด (Response time) ผลก่อนและหลังศึกษาในพื้นที่ตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

2. ขอบเขตด้านประชากรที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม

2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน หมู่ที่ 1 และ หมู่ที่ 10 ตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

2.2 ตัวแทนหลังคาเรือนหมู่ที่ 1 และ หมู่ที่ 10 ตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

3. ขอบเขตด้านระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2560-พฤษภาคม 2561

นิยามศัพท์เฉพาะ

อาสาฉุกเฉินชุมชน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนที่สมัครใจเข้ารับการอบรมหลักสูตรอาสาฉุกเฉินชุมชน

เครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หมายเลข 1669 ประจำจังหวัด โรงพยาบาล หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ ผู้นำชุมชน ประชาชนทั่วไป อาสาฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) กลุ่มผู้สูงอายุหรือกลุ่มคน ชุมชนต่าง ๆ ในท้องถิ่น สถานศึกษา สถานประกอบการอาชีพในพื้นที่ตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ความเข้าใจเรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินช่องทางการเรียกใช้บริการหน่วยบริการระดับต่าง ๆ การเจ็บป่วยฉุกเฉิน ขั้นตอนการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพ

ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การปฏิบัติในด้านการควบคุมสถานการณ์ การประเมินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน การแจ้งเหตุฉุกเฉินและขอความช่วยเหลือจากหมายเลข 1669 ปฏิบัติการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน



ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของตัวแทนหลังคาเรือน หมายถึง ความเข้าใจ อาการป่วยฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือบริการการแพทย์ฉุกเฉินและบอกแนวทางการดูแลตนเองเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง

ความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชน หมายถึง ความรู้สึกหรือความชอบที่มีต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชนในตัวแทนครัวเรือนด้านความรู้ความสามารถของอาสาฉุกเฉินชุมชน การช่วยเหลือประสานงานเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ทันสมัยสอดคล้องเหมาะสมกับสถานการณ์และพื้นที่

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. ระบบการรับแจ้งเหตุและสั่งการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความถูกต้องและรวดเร็ว
2. ประชาชนเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้มากขึ้น
3. มีเครือข่ายการให้ข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉินและการแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินในระดับหมู่บ้านที่ยั่งยืน
4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐและเอกชน มีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างยั่งยืน



2334836863

กรอบแนวคิด

โปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1. รับสมัครอาสาสมัครและจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้อาสาสมัครที่เข้ารับการอบรมอาสาฉุกเฉินชุมชน
 - 1.1 กิจกรรมการอบรมโดยการบรรยายและสาธิตจากทีมวิทยากรโรงพยาบาลพาน
 - 1.2 กิจกรรมฝึกทักษะแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉิน
2. ตั้งเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินในหมู่บ้าน
3. กิจกรรมแผนที่ชุมชนบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงลงระบบนำทาง Home ward 4G smart life ของโรงพยาบาลพาน
4. กิจกรรมอาสาฉุกเฉินชุมชนเพื่อให้ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ อย่างเดือนละ 1 ครั้ง ประชุมเครือข่ายรับฟังปัญหา ข้อเสนอแนะแจ้งข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉิน
5. สถานการณ์จำลองเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุ(Response time)

ก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่าย บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1. ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสา
ฉุกเฉินชุมชน
2. ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสา
ฉุกเฉินชุมชน
3. ความรู้ด้านเจ็บป่วยฉุกเฉินของตัวแทน
หลังคาเรือน
4. ความพึงพอใจของตัวแทนหลังคาเรือน
ต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชน
5. สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับ
แจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time)

หลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่าย บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1. ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสา
ฉุกเฉินชุมชน
2. ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสา
ฉุกเฉินชุมชน
3. ความรู้ด้านเจ็บป่วยฉุกเฉินของ
ตัวแทนหลังคาเรือน
4. ความพึงพอใจของตัวแทนหลังคาเรือน
ต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชน
5. สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่
รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time)

ภาพ 1 กรอบแนวคิด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการจัดโปรแกรมสร้างเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชน ตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการในการ ดังนี้

1. เครือข่าย
2. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
3. อาสาฉุกเฉินชุมชน
4. การอบรมและกระบวนการฝึกอบรม
5. ปึงปองจรรยาชีวิต 7 สี
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เครือข่าย

เครือข่าย หมายถึง ขบวนการทางสังคม อันเกิดจากการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล องค์กร สถาบันโยมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ความต้องการบางอย่างร่วมกัน ร่วมกันดำเนินกิจกรรมบางอย่างโยที่สมาชิกของเครือข่ายบังคับความเป็นเอกเทศไม่ขึ้นต่อกัน อีกประการหนึ่ง หมายถึง วัฒนธรรมองค์กร เป็นกระบวนการที่ใหม่ที่ทำให้มีการจัดความสัมพันธ์ภายในองค์กรหนึ่ง ระหว่างคนในองค์กร และระหว่างองค์กรนั้นกับองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยการเปลี่ยนจากการจัดการแบบลำดับชั้น มาเป็นการสร้างเครือข่าย (เสรี พงศ์พิศ, 2555)

องค์ประกอบของเครือข่าย ประกอบด้วย สมาชิกเครือข่าย เป็นบุคคล กลุ่มบุคคล องค์กรหรือชุมชนขนาดต่าง ๆ ตามระดับเมื่อมีสมาชิกเป็นองค์ประกอบพื้นฐานแล้วสมาชิกของเครือข่ายต้องมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกันเพื่อให้การดำเนินการบรรลุเป้าหมาย ระบบความสัมพันธ์ของเครือข่ายสมาชิกมาดำเนินการร่วมกันด้วยความสมัครใจเป็นอิสระต่อกันเท่าเทียมกันในการดำเนินกิจกรรม มีระบบเชื่อมโยงความสัมพันธ์กันของสมาชิกอย่างยั่งยืน มีการบริหารจัดการและการประสานงานเครือข่ายมีผู้ประสานงานที่คัดเลือกโดยสมาชิกอาจมีศูนย์การประสานงานศูนย์เดียวหรือหลายศูนย์ก็ได้ มีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันการรวมพลัง



2384836863

ของสมาชิกสนับสนุนส่งเสริมซึ่งกันและกัน มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ผลงานของเครือข่ายคือ องค์ประกอบที่เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของเครือข่าย (เสรี พงศ์พิศ, 2555)

ประเภทของเครือข่ายมีการจำแนกออกเป็น 6 ประเภท (น้ำทิพย์ วิภาวิน, 2558)

1. เครือข่ายทางกายภาพ (Physical networks) เป็นระบบทางธรรมชาติที่ซับซ้อน เช่น ระบบนิเวศน์ ถนน แม่น้ำ และเส้นทางต่าง ๆ

2. เครือข่ายระบบเส้น (Organic networks) เป็นกลไกในร่างกาย เช่น ระบบประสาท ในร่างกายมนุษย์สื่อสารกันเองผ่านสมองซึ่งเป็นตัวควบคุมการทำงาน ระบบไหลเวียนโลหิต และ DNA ในเซลล์

3. เครือข่ายประสาทเทียม (Neuronal networks) เป็นระบบความคิด การเชื่อมโยงของ จิตและแผนผังความคิด

4. เครือข่ายสังคม (Social networks) เป็นระบบสังคมที่เชื่อมโยงกันด้วยความสัมพันธ์

5. เครือข่ายเทคนิคหรือเทคโนโลยี (Technical networks) ประกอบด้วยเครือข่าย โทรคมนาคม เครือข่ายระบบคอมพิวเตอร์ การขนส่ง 1.3.6 เครือข่ายของสื่อ (Media networks) เป็นการเชื่อมโยงระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสารโดยมีสัญลักษณ์และสารสนเทศ

บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การแพทย์ฉุกเฉินหมายถึงการปฏิบัติการฉุกเฉิน การฝึกอบรม การค้นคว้า การวิจัย การป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉินและเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการบำบัดรักษาผู้ป่วย ฉุกเฉินนับตั้งแต่การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน จำแนกเป็นการปฏิบัติการในชุมชน การปฏิบัติการต่อผู้ป่วย ฉุกเฉินทั้งนอกและในโรงพยาบาล (พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2551, 2551) ดังนั้นบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงหมายถึงบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน

องค์ประกอบของบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ได้แก่

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นสถาบันที่จัดตั้งขึ้นตาม พระราชบัญญัติ การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 เป็นองค์กรรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่าง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชน รวมถึงการส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้า มามีบทบาทในการบริหารจัดการการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินระบบการแพทย์ฉุกเฉินใน ประเทศไทย



2. มาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(Emergency Medical System Standard) หมายถึง ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่กรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดเพื่อให้เป็นหลักว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพ โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์

3. ผู้ปฏิบัติการ (Emergency Medical Personnel) หมายถึง บุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตามที่กรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด ให้รวมถึงบุคคลใดที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน นับตั้งแต่บุคคลผู้พบเห็นเหตุการณ์ ผู้ช่วยเหลือ ตลอดจนผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยฉุกเฉิน

4. ชุดปฏิบัติการ (Emergency Medical Unit) หมายถึง ชุดที่จัดตั้งขึ้นเพื่อปฏิบัติการฉุกเฉินประกอบด้วยผู้ปฏิบัติ พาหนะ เวชภัณฑ์ เครื่องมือต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ประเภทของชุดปฏิบัติการต่าง ๆ ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนดมี ดังนี้

4.1 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Response Unit : FR) หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ประกอบด้วยพาหนะกู้ชีพระดับเบื้องต้นที่ขึ้นทะเบียนพาหนะกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติแล้วพร้อมอุปกรณ์กู้ชีพระดับเบื้องต้นและผู้ปฏิบัติการเป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

4.2 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (Basic Life Support Unit: BLS) หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ประกอบด้วยพาหนะกู้ชีพระดับพื้นฐานที่ขึ้นทะเบียนพาหนะกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติแล้ว พร้อมอุปกรณ์กู้ชีพระดับพื้นฐานและผู้ปฏิบัติการต่าง ๆ อย่างน้อยต้องเป็นพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ระดับต้นเป็นหัวหน้าชุดที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

4.3 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (Intermediate Life Support Unit ILS) หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ประกอบด้วยพาหนะกู้ชีพระดับกลางที่ขึ้นทะเบียนพาหนะกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติแล้วพร้อมอุปกรณ์กู้ชีพระดับกลางและผู้ปฏิบัติการต่าง ๆ อย่างน้อยต้องเป็นเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์เป็นหัวหน้าชุดที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

4.4 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advanced Life Support Unit: ALS) หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ประกอบด้วยพาหนะกู้ชีพระดับสูงที่ขึ้นทะเบียนพาหนะกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติแล้วพร้อมอุปกรณ์กู้ชีพระดับสูงและผู้ปฏิบัติการต่าง ๆ อย่างน้อยต้องเป็น

แพทย์พยาบาลกู้ชีพหรือนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic) เป็นหัวหน้าชุดที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

5. ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (Dispatch Center DC) หมายถึง ศูนย์หรือหน่วยปฏิบัติการที่มีระบบเครือข่ายการสื่อสารและความเหมาะสมของทรัพยากรในพื้นที่ มีหน้าที่รับแจ้งเหตุจากประชาชนโดยตรง รับแจ้งผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินอื่น ๆ หรือรับแจ้งเหตุฉุกเฉินจากแหล่งอื่น ๆ เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อสื่อสาร ประสานการช่วยเหลือ แนะนำการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและหรือผู้พบผู้ป่วยฉุกเฉิน สั่งการและกำกับการปฏิบัติการของหน่วยปฏิบัติการ และชุดปฏิบัติการบันทึกข้อมูลการรับแจ้งเหตุและสั่งการ ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

6. อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (First Medical Responder : FR) หมายถึง ผู้ได้รับประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ โดยผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรหลักจากองค์กรหรือสถาบันการฝึกอบรมที่คณะกรรมการรับรององค์กรและหลักสูตรการศึกษา และฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการ และการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม

อาสาฉุกเฉินชุมชน

ปัจจุบันการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งจากอุบัติเหตุและจากเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยโรคอันตรายหรือโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจโรคหลอดเลือดในสมองโรคเบาหวานที่อาจจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุอย่างทันที่วงที่เพื่อนำส่งสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐานอย่างรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ จากความสำคัญดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแต่ละชุมชน จำเป็นต้องมีผู้ที่มีความรู้ความสามารถที่จะให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้ในทุกครัวเรือนซึ่งถือเป็นความคาดหวังในอนาคตตั่งนั้นสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) จึงสนับสนุนและริเริ่มพัฒนาให้ประชาชนทั่วไป หรือผู้ที่มีจิตอาสาช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ได้รับการฝึกอบรมหรือให้ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้นโดยสมัครเข้าร่วมเป็น “อาสาฉุกเฉินชุมชน (อฉช.)” เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชนเบื้องต้นให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป โดยเข้ารับการฝึกอบรมซึ่งจะช่วยป้องกันและลดการสูญเสียชีวิตของประชาชนโดยมีบทบาทเพื่อประเมินและรับรู้อาการฉุกเฉินที่จะต้องแจ้งเหตุเพื่อขอความช่วยเหลือกรณีมีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุผ่านสายด่วน 1669 ช่วยเหลือปฐมพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น รวมทั้งสื่อสารแจ้งข่าวให้คนในชุมชนสามารถป้องกันตัวเองและคนใกล้ตัวจากอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้คุณสมบัติและสิทธิประโยชน์ของอาสาฉุกเฉินชุมชน



เป็นประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 7 ปีขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ตาม สพฉ. กำหนดสิทธิประโยชน์ ส่งเสริมคนทำดีอาสาชุกฉินชุมชน (อฉช.) มีสิทธิเข้าร่วมโครงการสร้างหลักประกันชีวิตในการ เป็นอาสาในระบบการแพทย์ชุกฉินได้รับเข็มเชิดชูเกียรติ “คนทำดี” ตามเกณฑ์ที่สถาบัน การแพทย์ชุกฉินแห่งชาติกำหนดมี สิทธิเข้ารับการอบรมต่อเนื่องเป็นผู้ปฏิบัติการในระบบ การแพทย์ชุกฉิน ในระดับที่สูงขึ้น (สถาบันการแพทย์ชุกฉินแห่งชาติ, 2556)

การอบรมและกระบวนการฝึกอบรม

กระบวนการฝึกอบรมมีขั้นตอนที่สำคัญ 5 ขั้นตอน ซึ่งผู้รับผิดชอบจัด โครงการ ฝึกอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากรแต่ละโครงการควรจะต้องดำเนินการในแต่ละขั้นตอน อย่างครบถ้วน เพื่อให้เป็นการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบ มีความสมบูรณ์ และเกิดผลสำเร็จตรง ตามเป้าหมาย ซึ่งอาจให้ความหมายและคำอธิบายย่อ ๆ สำหรับแต่ละขั้นตอน ของกระบวนการ ฝึกอบรมได้ ดังนี้

1. การหาความจำเป็นในการฝึกอบรม หมายถึง การค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นในองค์กร หรือในหน่วยงาน ว่ามีปัญหาคือเรื่องใดบ้าง ที่จะสามารถแก้ไขให้หมดไปหรืออาจทำให้ทุเลาลง ได้ด้วยการฝึกอบรม โดยรวมไปถึงการพยายาม หาข้อมูลด้วยว่า กลุ่มบุคลากร เป้าหมายที่ จะต้องเข้ารับการอบรมเป็นกลุ่มใด ตำแหน่งงานอะไร มีจำนวนมากน้อยเพียงใด ควรจะจัด เป็น โครงการฝึกอบรมให้ หรือเพียงแต่ส่งไปเข้ารับการอบรมภายนอกองค์กรเท่านั้น มีภารกิจใดบ้างที่ควรจะต้องแก้ไขปรับปรุงด้วยการฝึกอบรม พฤติกรรมประเภทใดบ้างที่ควร จะต้องเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ ทักษะทัศนคติหรือประสบการณ์ ทั้งนี้สภาพการณ์ที่เป็น ปัญหาและแสดงถึงความจำเป็นในการฝึกอบรมอาจมีทั้งที่ปรากฏชัดแจ้งและเป็นสภาพการณ์ ที่ซับซ้อนจำเป็น ต้องวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาเพื่อค้นหาวิธีการที่ใช้ในการวิเคราะห์หา ความจำเป็นในการฝึกอบรมมีหลายหลายวิธี เช่น การสำรวจ การสังเกตการณ์ การทดสอบ และการประชุม เป็นต้น

2. การสร้างหลักสูตรฝึกอบรม หมายถึง การนำเอาความจำเป็นในการฝึกอบรม ซึ่งมีอยู่ชัดเจนแล้วว่า มีปัญหาใดบ้าง ที่ จะ สามารถ แก้ไขได้ด้วยการฝึกอบรม กลุ่มเป้าหมาย เป็นใครและพฤติกรรมการเรียนรู้ที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงเป็นด้านใดนั้น มาวิเคราะห์ เพื่อกำหนดเป็นหลักสูตร โดยอาจประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรม หมวดวิชา หัวข้อวิชา วัตถุประสงค์ ของแต่ละ หัวข้อวิชา เนื้อหาสาระหรือแนวการอบรม เทคนิคหรือ วิธีการอบรม ระยะเวลา การเรียงลำดับหัวข้อวิชาที่ควรจะเป็น ตลอดจนการ กำหนดลักษณะ ของวิทยากรผู้ดำเนินการฝึกอบรม ทั้งนี้ เพื่อจะทำให้ผู้เข้าอบรมได้เกิดการเรียนรู้

อย่างมีขั้นตอน และเกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมจนทำให้สิ่งที่เป็นปัญหาได้รับการแก้ไข ลุล่วงไปได้ หรืออาจทำให้ผู้เข้ารับ การอบรมทำงานที่ได้รับมอบหมาย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเต็มใจยิ่งขึ้น

3. การกำหนดโครงการฝึกอบรม คือ การวางแผนการดำเนินการฝึกอบรม อย่างเป็นขั้นตอนด้วยการเขียนออกมาเป็น ลายลักษณ์อักษร ดังที่เรียกว่า “โครงการฝึกอบรม” เป็นการระบุรายละเอียดที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ตั้งแต่เหตุผลความเป็นมา หรือความ จำเป็นในการ ฝึกอบรม หลักสูตร หัวข้อวิชาต่าง ๆ วิทยากร คุณสมบัติของผู้ที่จะเข้ารับการอบรม วันเวลา สถานที่อบรม ประเมินการ ค่าใช้จ่าย ตลอดจนรายละเอียดด้านการบริหารและธุรการต่าง ๆ ของการฝึกอบรม ทั้งนี้ เนื่องจากการฝึกอบรม เป็นกิจกรรม ที่มี ผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย นับตั้งแต่ ผู้ที่จะเข้ารับการฝึกอบรม ผู้บังคับบัญชา ในหน่วยงานต้นสังกัดของผู้เข้ารับ การ ฝึกอบรม วิทยากร และที่สำคัญคือ ผู้บริหารซึ่งมีอำนาจอนุมัติโครงการและค่าใช้จ่าย จำเป็น จะต้องเข้าใจถึงรายละเอียดต่าง ๆ ของการฝึกอบรม โดยใช้โครงการฝึกอบรมที่เขียนขึ้นเป็นสื่อ นั้นเอง

4. การบริหารโครงการฝึกอบรม สำหรับขั้นตอนนี้ ในตำราการบริหารงานฝึกอบรม บางเล่มระบุเป็นขั้นของ “การดำเนินการ ฝึกอบรม” แต่เนื่องจากผู้เขียนพิจารณาเห็นว่า ถึงแม้จะดูเหมือนว่าการดำเนินการฝึกอบรมเป็นหัวใจสำคัญ ของการจัดโครงการฝึกอบรม หากแท้ที่จริงแล้วการดำเนินการฝึกอบรมเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการบริหารโครงการ ฝึกอบรม เพราะการดำเนินการ ฝึกอบรมที่มี ประสิทธิภาพ และสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ ได้นั้น นอกจากมาจาก วิทยากร ที่มีความรู้ความสามารถ และหลักสูตร ฝึกอบรมที่เหมาะสม แล้ว ยังจำเป็นต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดการฝึกอบรม ซึ่งเข้าใจหลักการบริหารงาน ฝึกอบรม พอที่จะสามารถวางแผนและดำเนินงานธุรการทั้งหมดในช่วง ทั้งก่อน ระหว่าง และ หลังการอบรมได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย จึงได้กำหนดขั้นตอนนี้เป็นการบริหาร โครงการ ฝึกอบรมเพื่อให้ ครอบคลุมเนื้อหา ที่ผู้จัดโครงการฝึกอบรมควรทราบทั้งหมดส่วนในการ ดำเนินการฝึกอบรม เจ้าหน้าที่ผู้จัดโครงการอบรมจะต้องมีบทบาทหลัก ที่จะช่วยอำนวยความสะดวก ให้กับ วิทยากรในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้แก่ผู้เข้าอบรม ทั้งในด้านสถานที่ สไลด์ทัศนูปกรณ์ วัสดุอุปกรณ์ ยานพาหนะ การเงิน ฯลฯ และในขณะเดียวกัน ยังต้องดำเนินงาน ในฐานะผู้อำนวยการโครงการ ทำหน้าที่ควบคุมให้การฝึกอบรมดำเนินไปตามกำหนดการ จัดให้มีกิจกรรมละลายพฤติกรรมและกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ ในระหว่างผู้เข้าอบรม อันจะ อันจะ ช่วยสร้างบรรยากาศ ในการฝึกอบรม ให้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้สำหรับผู้เข้าอบรมได้เป็น



234836863

อย่างดี มิฉะนั้น อาจไม่สามารถทำให้การฝึกอบรมดำเนินไปตามที่ระบุไว้ใน โครงการอย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุประสิทธิผลเท่าที่ควร

5. การประเมินและติดตามผลการฝึกอบรม ในขั้นตอนของการกำหนดโครงการฝึกอบรม ผู้รับผิดชอบจะต้องคำนึง ถึงการประเมินผลการฝึกอบรมไว้ด้วยว่า จะดำเนินการประเมินผลด้วยวิธีการใดบ้าง โดยใช้เครื่องมืออะไร และจะดำเนินการติดตาม ผลการฝึกอบรมหรือไม่ เมื่อใด ทั้งนี้ เพราะเมื่อการฝึกอบรมเสร็จสิ้นลงแล้ว ผู้รับผิดชอบโครงการควรจะต้องทำการสรุปประเมิน ผลการฝึกอบรมและจัด จัดทำรายงานเสนอให้ผู้บังคับบัญชาได้พิจารณาถึงผลของการฝึกอบรม ส่วนผู้รับผิดชอบโครงการ เองก็จะต้อง นำเอาผลการประเมินโครงการฝึกอบรมทั้งหมดมาเป็น ข้อมูลย้อนกลับหรือ Feedback ใช้พิจารณาประกอบ ในการจัดฝึกอบรม หลักสูตรเช่นเดียวกัน ในครั้ง/รุ่นถัดไปในขั้นตอนของการหาความจำเป็นในการฝึกอบรมว่า ควรจะต้องมีการพัฒนา หรือปรับปรุง หลักสูตร หรือการดำเนินการในการบริหารงานฝึกอบรมอย่างไรบ้าง เพื่อจะทำให้การฝึกอบรมเกิด สัมฤทธิ์ผลตรงตามวัตถุประสงค์ ของโครงการเพิ่มขึ้น

ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี

ป้องกันจรรยา 7 สี เป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพ โดยใช้สีทั้ง 7 สี บอกความรุนแรงของโรคและวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังนี้

สีขาว (กลุ่มปกติ) หมายถึง กลุ่มที่ไม่มีอาการแสดงถึงการเป็นโรคเบาหวาน โดยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 ml/dL โดยมีวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ทำอารมณ์ให้สงบ แจ่มใส ลดภาวะอ้วน ลดบุหรีและสุรา

สีเขียวยอ่อน (กลุ่มเสี่ยง) หมายถึง กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เช่น ผู้สูงอายุ คนอ้วน กินอาหารไม่ระวัง แต่ยังไม่แสดงอาการเป็นโรค โดยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 100-125 ml/dL โดยมีวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่หวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ทำอารมณ์ให้สงบ แจ่มใส ลดภาวะอ้วน ลดบุหรีและสุรา ตรวจวัดเบาหวานทุก 1-3 เดือน

สีเขียวยเข้ม (กลุ่มป่วยที่ควบคุมอาการได้) หมายถึง กลุ่มที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ โดยต้องรับประทานยาคุมอาการและเป็นกลุ่มป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีจะมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 125 ml/dL โดยมีวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่หวาน มัน



2394836863

เค็ม ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ทำอารมณ์ให้สงบ แจ่มใส ลดภาวะอ้วน ลดบุหรีและสุรา รับประทานยาต่อเนื่อง พบแพทย์ตามนัดทุก 1-3 เดือน

สีเหลือง (กลุ่มป่วยระดับ 1) หมายถึง กลุ่มที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่แสดงอาการของโรคอยู่ในระยะอ่อน ต้องรับประทานยาเพื่อคุมอาการ จะมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 125-154 ml/dL ค่า HbA1c < 7 โดยมีวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่หวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ทำอารมณ์ให้สงบ แจ่มใส ลดภาวะอ้วน ลดบุหรีและสุรา รับประทานยาต่อเนื่อง พบแพทย์ตามนัดทุก 1-3 เดือน

สีส้ม (กลุ่มป่วยระดับ 2) หมายถึง กลุ่มที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่แสดงอาการของโรคอยู่ในระยะปานกลาง ต้องรับประทานยาเพื่อคุมอาการ จะมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 155-182 ml/dL ค่า HbA1c 7 - 7.9 โดยมีวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่หวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ทำอารมณ์ให้สงบ แจ่มใส ลดภาวะอ้วน ลดบุหรีและสุรา รับประทานยาต่อเนื่อง พบแพทย์ตามนัดทุก 1 เดือนหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ

สีแดง (กลุ่มป่วยระดับ 3) หมายถึง กลุ่มที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่แสดงอาการของโรคอยู่ในระยะรุนแรง ต้องรับประทานยาเพื่อคุมอาการ จะมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าหรือเท่ากับ 183 ml/dL ค่า HbA1c มากกว่า 8 โดยมีวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่หวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ทำอารมณ์ให้สงบ แจ่มใส ลดภาวะอ้วน ลดบุหรีและสุรา รับประทานยาต่อเนื่อง พบแพทย์ตามนัดทุก 1 เดือนหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ

สีดำ (กลุ่มป่วยมีโรคแทรกซ้อน) หมายถึง กลุ่มที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานระดับรุนแรง หากควบคุมไม่ได้จะมีอาการแสดงของโรคแทรกซ้อนและเป็นเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตในท้ายสุด โรคแทรกซ้อนที่สำคัญ โรคไตเรื้อรัง ตาบอด แผลดำ เนื้อตาย โดยมีวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารตามแพทย์แนะนำ ออกกำลังกายต่อเนื่อง ทำจิตใจให้แจ่มใส ลดภาวะอ้วน ลดบุหรีและสุรา รับประทานยาต่อเนื่อง พบแพทย์ตามนัดทุก 1 เดือนหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รัตนิษฐ์ ภูมิวิเศษ (2555) ได้ศึกษารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลในการเสริมความรู้ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การจัดรูปแบบการเสริมความรู้ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดสุพรรณบุรี สามารถทำให้ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน



เบื้องต้นมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการฉุกเฉินมากขึ้นเหมาะสมนำไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างมั่นใจและผู้รับบริการปลอดภัย ลดภาวะเสี่ยง

สุพรรณวดี ภิญโญ และคณะ (2555) ได้ศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่คิดว่า การนำส่งโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นและปลอดภัยกว่านำส่งเอง เรียกใช้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง แต่มีมากกว่าร้อยละ 60 ไม่ทราบหมายเลขฉุกเฉินไม่แน่ใจในระบบ ความรวดเร็วและหน่วยบริการที่จะไปรับว่าเป็นหน่วยใด ดังนั้นจึงควรมีการประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจกับผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง ความคาดหวังของผู้รับบริการมีความคาดหวังการได้รับบริการที่สะดวก ช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตามมาตรฐาน และนำส่งโรงพยาบาลอย่างปลอดภัยเพื่อประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการจึงควรมีการพัฒนาที่มบุคคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ความสามารถเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน

นริสสา พัฒนปรีชาวงศ์, รัญชนา สินธวาลัย, and นภิสพร มีมงคล (2555) ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยการศึกษานวปฏิบัติในพื้นที่กรณีศึกษา คือ จังหวัดขอนแก่น อุบลราชธานี ภูเก็ต แลสงขลา รวมทั้งวิเคราะห์ประสิทธิภาพระบบงานด้วยเทคนิคคุณภาพผลการศึกษาพบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นสาเหตุหลักมาจากการไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจังจากผู้บริหารในองค์กรที่เกี่ยวข้อง ทำให้การดำเนินงานไม่ได้รับการพัฒนาคุณภาพเท่าที่ควรจากการวิเคราะห์ Critical-to-Quality ในมุมมองของผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้ให้ความสำคัญในประเด็นที่หลากหลาย เช่น ความพร้อมใช้งานของอุปกรณ์ทางการแพทย์ และรปฏิบัติการ รวมทั้งความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่การวิเคราะห์ Service Quality Model พบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยฉุกเฉินกับบริการที่ได้รับจริง เนื่องจากไม่มีการศึกษาความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารท้องถิ่น และไม่มีการควบคุมคุณภาพปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างจริงจัง

รุจิวรรณ ยมศรีเคน แสงสุน (2559) ได้ศึกษาการประเมินผลการพัฒนาศักยภาพอาสาฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (AMI) อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น โดยการพัฒนาลักษณะการอบรมอาสาฉุกเฉินชุมชน ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แบบกลุ่มเดี่ยวจำนวน 36 คน เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีการพัฒนาศักยภาพสูงสุด คือ การเรียนรู้ผ่านการฝึกฝน ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงหลังจากอบรมภาคทฤษฎีเสร็จสิ้นโดยใช้กระบวนการเรียนรู้



2334836863

ที่เรียกว่า “อฉช. Rally” พบว่า ผลรวมทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน กลุ่มทดลองอยู่ในระดับมาก กลุ่มควบคุม อยู่ในระดับปานกลางเสนอแนะให้อบรมภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติการณ์ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

วิไลภรณ์ ศิริกา และคณะ (2559) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วยกลุ่มผู้นำชุมชนข้าราชการ และตัวแทนหมู่บ้านละ 3 คนรวม 203 คน พบว่า อาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือนส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้และทักษะในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน จุดเกิดเหตุก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับต่ำหลังดำเนินการ อยู่ในระดับสูง ก่อนดำเนินการมีจำนวนการใช้บริการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (หน่วยกู้ชีพ) เฉลี่ย 24 ครั้งต่อเดือน การแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669 ร้อยละ 81.1 หลังดำเนินการ มีจำนวนการใช้บริการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (หน่วยกู้ชีพ) เฉลี่ย 38 ครั้งต่อเดือน การแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669 ร้อยละ 98.2 ตามลำดับสรุปผลการประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการพัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือน จากการประชุม พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยส่วนใหญ่มีความประทับใจกิจกรรมในรูปแบบ walk rally และการฝึกปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการตามสถานการณ์จำลอง มีความตื่นตัวกระตือรือร้นในทุกขั้นตอน เข้าใจการทำงานของหน่วยกู้ชีพมากขึ้น

ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล และคณะ (2556) ได้ศึกษาเรื่อง เหตุใดคนเชียงใหม่ เมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุจึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสรุปได้ว่า เกิดจากการไม่ทราบถึงบริการไม่เห็นถึงความสำคัญ และไม่ไว้วางใจบริการ

กิตติพงศ์ พลเสน และคณะ (2559) ได้ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทยสรุปได้ว่า สถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเฉพาะในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ในปีงบประมาณ 2558 เท่ากับ ร้อยละ 19.1 หรือแสดงได้ว่ามีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตส่วนใหญ่ ยังมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยตนเองหรือวิธีอื่น (ร้อยละ 80.9) การรู้จักและโทรศัพท์แจ้งเหตุหมายเลข 1669 การประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 นอกจากการประชาสัมพันธ์ให้เกิดความรู้จักและในวงกว้าง จะต้องมีการประชาสัมพันธ์เชิงพื้นที่ควบคู่ในหลากหลายรูปแบบ และหลากหลายกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เข้าใจระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น เข้าใจวิธีการแจ้งเหตุ การเตรียมข้อมูล



การประเมินและสังเกตอาการผู้ป่วยเบื้องต้น ให้มากยิ่งขึ้นการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยตนเองหรือวิธีอื่นและเหตุผลการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่า เหตุผลที่ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในครั้งนี้อย่างมากเนื่องจากส่วนใหญ่เห็นว่ามาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า (ร้อยละ 76) ไม่อยากเสียเวลารอ (ร้อยละ 31) อยู่ในช่วงภาวะคับขัน ตกใจ ไม่นึกถึงโรงพยาบาล เหตุผลเหล่านี้ชี้ได้ว่าผู้ป่วยหรือญาติต้องการมาที่โรงพยาบาลให้เร็วที่สุด ไม่อยากรอ แสดงถึงความไม่เข้าใจต่อประโยชน์ที่จะได้รับของการมาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่นอกเหนือจากความเร็วเรื่องระยะเวลาแล้ว ยังมีการช่วยเหลือเบื้องต้นระหว่างนำส่ง การประสานความร่วมมือเพื่อช่วยเหลือระหว่างศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน และโรงพยาบาลที่นำส่ง ซึ่งความสำคัญของการปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) การช่วยเหลือระหว่างนำส่ง และการนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว จะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยวิกฤติไม่ให้เสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุได้กว่า ร้อยละ 98 ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การศึกษาเชิงปริมาณและการศึกษาเชิงคุณภาพสะท้อนข้อมูลได้ว่า มีทัศนคติหลายประเด็นที่แสดงให้เห็นว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับของการมาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ยังไม่ดีเท่าที่ควรเช่น คิดว่าเมื่อมีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง มียาหรืออุปกรณ์บรรเทาอาการอยู่แล้วจะไม่อยากใช้โรงพยาบาลฉุกเฉิน สามารถมาเองได้ (ร้อยละ 79.6) คิดว่าหากเจ็บป่วยฉุกเฉินต้องรีบมาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด ไม่อยากรอ (ร้อยละ 78.4) คิดว่าโรงพยาบาลมีน้อย อยากให้ไปรับคนเจ็บป่วยที่อาการหนักกว่า (ร้อยละ 63.4) คิดว่าเมื่อถึงภาวะคับขันหรือตกใจ จะไม่นึกถึงโรงพยาบาลฉุกเฉิน (ร้อยละ 57.8) ตามหลักแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model: HBM) เชื่อว่าบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและจัดการกับปัญหานั้น ๆ ต้องเกิดจากการตระหนัก รับรู้และกลัวภาวะคุกคามที่จะเกิดขึ้นกับตัวเอง โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ ดังนั้นหากพิจารณาจากแบบแผนความเชื่อดังกล่าวนี้ ถึงแม้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะต้องใช้เวลานาน แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ที่ใกล้ชิดและเข้าใจบริบททางสังคมของประชาชน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำให้ประชาชนสร้างความรู้ ความเข้าใจ ส่งเสริมให้เกิดทัศนคติที่ดี ลักษณะผู้ป่วยและครอบครัว สังคมสิ่งแวดล้อม ลักษณะการเจ็บป่วยและสถานที่เกิดเหตุ การศึกษานี้พบหลายปัจจัยที่พบโอกาสการใช้และไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยหญิง กลุ่มอายุน้อย (5-14 ปี) ผู้ป่วย non-trauma ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็น COPD, Asthma เหตุเกิดที่เขตเทศบาลตำบล และเหตุเกิดอยู่นอกเขตเทศบาล เหตุเกิดที่บ้านและสถานที่/บริเวณอื่น ๆ ผู้ป่วยที่ในบ้านมี



2394836863

UP-Thesis 59059547 independent study / recv: 23072561 23:00:23 / seq: 4

รถยนต์จักรยานยนต์ อยู่ในพื้นที่สัญญาณโทรศัพท์มีปัญหา เป็นปัจจัยที่พบโอกาสการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่หากเป็นผู้ป่วยที่อาศัยในย่านรถติด การจราจรคับคั่ง และผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือรู้ว่าตนเองเป็นโรคหลอดเลือดสมอง กลับเป็นปัจจัยที่มีโอกาสใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่า

ธงชัย อามาตย์บัณฑิต และคณะ (2559) ได้ศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล โดยได้ทำการศึกษาทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลที่ดีพิมพ์บทความเกี่ยวกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินฉบับเต็มระหว่างปี พ.ศ. 2550–2559 และสืบค้นย้อนหลังถึงปีพ.ศ. 2530 ในกรณีที่ไม่มีบทความหรือเหตุการณ์ในช่วงดังกล่าว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนได้ จำนวน 38 เรื่อง นำมาวิเคราะห์ความถูกต้องเหมาะสมด้านระเบียบวิธีและความเกี่ยวข้องด้านเนื้อหาคงเหลือ 31 เรื่อง ทั้งในและต่างประเทศ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านประชากรเพศหญิงมีการเรียกใช้บริการมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ เพศหญิงมีการใช้บริการการมากกว่าเพศชาย 1.34 เท่า สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นและออสเตรเลีย อายุที่เพิ่มขึ้นจะมีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าคนอายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไต้หวัน ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย อังกฤษและสหรัฐอเมริกา ระดับการศึกษาสถานภาพการสมรส สรุปได้ว่า ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำรวมทั้งผู้มีสถานภาพสมรสโสดมีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าผู้มีการศึกษาสูง หรือมีสถานภาพสมรสอย่างมีนัยสำคัญผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำจะเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าผู้มียาหนี้สูง การมียานพาหนะส่วนตัวเป็นปัจจัยสำคัญ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่มียานพาหนะส่วนตัวเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่าผู้ไม่มียานพาหนะอย่างมีนัยสำคัญการอยู่ในเขตเมืองจะมีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่านอกเมือง ระยะห่างจากสถานบริการ มีผลทำให้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยลง ปัจจัยทางจิตวิทยาทัศนคติเชิงบวกต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะมีผลทำให้ใช้บริการมากขึ้น อย่างไรก็ตามทัศนคตินั้นเกิดขึ้นผ่านกระบวนการเรียนรู้ รับรู้ และสั่งสมประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระยะเวลาพอสมควรจึงจะเกิดขึ้นได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมของมนุษย์ที่สำคัญผ่านวงจรการเรียนรู้การรับรู้อุปสรรคในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเพิ่มการเรียนรู้ที่ถูกต้องรวมทั้งลดขั้นตอนและเพิ่มความรวดเร็วในบริการจะสามารถลดอุปสรรคต่อการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการเรียกใช้ที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ประสบการณ์ ความพึงพอใจต่อการใช้บริการเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการตัดสินใจเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินปัจจัยด้านสังคม การเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมจะ



เพิ่มการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นและเหมาะสม ถ้ามีผู้สนับสนุนให้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะส่งผลให้ผู้ป่วยหรือผู้เห็นเหตุการณ์เรียกใช้มากยิ่งขึ้น ปัจจัยด้านการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ถ้าผู้รับบริการได้รับการประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุมทั้งวัตถุประสงค์รูปแบบราคาค่าใช้จ่ายและสถานที่ จะส่งผลต่อการรับรู้และทัศนคติและแรงจูงใจให้ผู้ป่วยหรือผู้เห็นเหตุการณ์เรียกใช้มากยิ่งขึ้น ปัจจัยด้านการรับรู้และความเชื่อเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยผู้ป่วยหรือผู้เห็นเหตุการณ์ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินและเข้าใจกระบวนการรักษาจะมีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าผู้ที่ขาดความรู้ความเข้าใจหรือผู้ที่เข้าใจคลาดเคลื่อนได้ ปัจจัยด้านความเชื่อมั่นในตนเองต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การรับรู้ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติของตนเองหรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นอีกปัจจัยทางจิตวิทยาในกลุ่มการเรียนรู้ทางสังคม เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลนั้นเกิดจากการเรียนรู้ต่อเนื่องแบบอัตโนมัติเพื่อดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม การเรียนรู้ผ่านการลองผิดลองจนบรรลุเป้าหมาย บุคคลจะเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะส่งผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้นและเหมาะสม

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2557) ได้ศึกษาประสิทธิผลและความคุ้มค่าของปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันที่ พบว่า การลดเวลาดังแต่รับแจ้งเหตุจนถึงจุดเกิดเหตุและช่วงเวลาปฏิบัติการทั้งหมดจนถึงนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ถ้ามีระบบการจัดการที่เหมาะสมสามารถลดระยะเวลาดังกล่าวได้ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตและการบาดเจ็บลดลง

วุฒิชัย ก้อนแปง (2560) โดยผู้จัดทำนวัตกรรม Home ward 4G smart life ได้จัดทำนวัตกรรมต่อยอดจากโครงการ calling care ของโรงพยาบาลพาน อำเภอบ้านฝาง จังหวัดเชียงราย เพื่อให้การเดินทางไปดูแลผู้ป่วย Home ward แม่นยำ ถูกต้องปลอดภัย ลดการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายรวดเร็วต่อการดูแลและรักษาผู้ป่วย จึงได้คิดค้นและประยุกต์การใช้ระบบนำทางอัจฉริยะผ่านระบบ google Map เกิดเป็นนวัตกรรม Home ward 4G smart life (ระบบนำทาง Home ward อัจฉริยะ ยุค 4G) เพื่อให้การเดินทางไปดูแลผู้ป่วย Home ward แม่นยำ ถูกต้องปลอดภัย ลดการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย รวดเร็วต่อการดูแลและรักษาผู้ป่วย ผลการดำเนินงานทำให้ลดระยะเวลาในการเดินทางเข้าไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จาก 15 นาที เหลือ 10 นาที สามารถวางแผนเรื่องการเดินทางรวมถึงความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ได้ การสิ้นเปลืองงบประมาณด้านพลังงาน ไม่พบปัญหาในด้านการเดินทางเวียนหรือหาบ้านผู้ป่วยไม่เจอ



234836863

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน ตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงรายเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีการอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน และจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินวัดผลจากตัวแทนหลังคาเรือนและสัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉิน ตั้งแต่รับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุ (Response time)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนหมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 10 ตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย จำนวน 40 คน

กลุ่มที่ 2 ตัวแทนหลังคาเรือนในตำบลป่าหุ่ง เพื่อตอบแบบสอบถามความรู้ด้านเจ็บป่วยฉุกเฉินและความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน ตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย กลุ่มประชากรในหมู่ที่ 1 จำนวน 270 คน และหมู่ที่ 10 จำนวน 257 คน

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มอาสาสมัครเพื่อเข้ารับการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน คัดเลือกจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนประจำหมู่บ้านละ 20 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาทั้งหมด

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุ 20-65 ปี
2. ไม่มีความบกพร่องทางการรับรู้และการสื่อสาร
3. สมัครใจเข้ารับการอบรม
4. เป็นประชากรในพื้นที่ศึกษาจริง
5. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน



238486863

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ทำแบบทดสอบวัดความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินหลังการอบรมได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 80
2. ร่วมกิจกรรมจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ครบตามกำหนด 2 ครั้ง

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 คือ ตัวแทนหลังคาเรือน สุ่มโดยวิธีจับสลาก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตัวแทนหลังคาเรือนกลุ่มละ 160 คน ผู้วิจัยเพิ่มร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตัวแทนหลังคาเรือนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 176 คน รวม 352 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุ 20–65 ปี
2. ไม่มีความบกพร่องทางการรับรู้และการสื่อสาร
3. เป็นตัวแทนหลังคาเรือนในพื้นที่ศึกษาจริง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้เข้ารับการอบรมอาสาฉุกเฉินในการจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนครั้งนี้
2. พักอาศัยอยู่ในหลังคาเรือนเดียวกันกับผู้เข้ารับการอบรมอาสาฉุกเฉินโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบทดสอบความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 20 ข้อ ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ เลือกตอบข้อที่ถูกต้องโดยใช้แบบทดสอบของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน
2. แบบทดสอบทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 26 ข้อ มีคำตอบ 2 คำตอบ คือ ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ ประเมินและสังเกตโดยผู้วิจัยและทีมวิทยากร
3. แบบทดสอบความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินของตัวแทนครัวเรือนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ มีคำตอบ 2 คำตอบ คือ ถูกหรือผิด
4. แบบสอบถามระดับความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชน จำนวน 8 ข้อคำถาม เลือกตอบ 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่พึงพอใจ
5. แบบบันทึกบันทึกเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุและชุดปฏิบัติการฉุกเฉินถึงที่เกิดเหตุ

(Response time) ในสถานการณ์จำลอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบทดสอบความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำคะแนนที่ได้มาคำนวณดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่า IOC = 0.967

หาค่าความเชื่อมั่น โดยนำแบบทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตร KR.21 (Kuder-Richardson สูตร KR.21) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.769

2. แบบประเมินทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำคะแนนที่ได้มาคำนวณดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่า IOC = 1

หาค่าความเชื่อมั่น โดยนำแบบทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตร KR.21 (Kuder-Richardson สูตร KR.21) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.786

3. แบบทดสอบความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินของตัวแทนหลังคาเรือนตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.978

หาค่าความเชื่อมั่น โดยนำแบบทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตร KR.21 (Kuder-Richardson สูตร KR.21) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.737

4. แบบสอบถามระดับความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชนตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำคะแนนที่ได้มาคำนวณดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่า IOC = 0.877

หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชน โดยนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับประชากรจริง จำนวน 30 ราย โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์ครอนบาชแอลฟา (Cronbachs' alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.811

5. แบบบันทึกบันทึกสัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการศึกษาวิจัย 12 สัปดาห์

1. ประสานงานผู้นำชุมชน เพื่อขอประชาสัมพันธ์การจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาสมัครชุมชนตำบลป่าหุง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

2. รับสมัครอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) เพื่อเข้ารับการอบรม

3. สอบวัดความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินก่อนการอบรม ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง

4. อบรมเชิงปฏิบัติการอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) โดยอ้างอิงเนื้อหาตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยทีมวิทยากรจากอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพานที่ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advanced Life Support Unit: ALS) โดยการบรรยายประกอบสื่อคอมพิวเตอร์เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉินการประเมินระดับความรุนแรงขั้นตอนการแจ้งเหตุฉุกเฉินทั้งโรคทางอายุรกรรมและอุบัติเหตุ ประกอบด้วยกลุ่มอาการต่างดังนี้ อาการหมดสติ ช็อค เรียกไม่รู้สติตัวอาการเจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ มีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ กลุ่มอาการปากเปี้ยว พุดไม่ชัด อ่อนแรงครึ่งซีกฉับพลันชักเกร็ง ชักกระตุกอาการปวดท้องรุนแรงตกเลือด เลือดออกทางช่องคลอดเจ็บท้องคลอด คลอดฉุกเฉินผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เช่น อุบัติเหตุจลาจล ตกจากที่สูง จมน้ำ ไฟฟ้าช็อต ไฟไหม้ ได้รับสารพิษ สัตว์มีพิษกัดต่อยการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนโดยมีเนื้อหาคือ การประเมินอาการ การเรียกขอความช่วยเหลือ การโทรศัพท์แจ้งเหตุฉุกเฉิน 1669 การตรวจชีพจรและการหายใจการกดหน้าอกที่ถูกต้องใช้เวลา 3 ชั่วโมง

5. สาทิตและฝึกปฏิบัติ การประเมินอาการระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยขั้นตอนการโทรศัพท์แจ้งเหตุฉุกเฉิน การปฐมพยาบาลช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนใช้เวลา 2 ชั่วโมง

6. สอบวัดความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินหลังการอบรม ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง

7. ผู้วิจัยประชุมร่วมกับผู้เข้ารับการอบรม เพื่อร่วมหาแนวทางการจัดตั้งเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนและการนำความรู้ และทักษะที่ได้รับจากการอบรมนำไป

เผยแพร่ให้ประชาชนในชุมชน ในสัปดาห์ที่ 1

8. นำแบบทดสอบความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินและความพึงพอใจต่ออาสาฉุกเฉินชุมชนให้ตัวแทนหลังคาเรือนประเมินก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสัปดาห์ที่ 1

9. จัดกิจกรรมสถานการณ์จำลองเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุ (Response time) โดยให้ประชาชนแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านหมายเลข 1669 และให้หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลออกปฏิบัติการรับผู้ป่วยฉุกเฉิน บันทึกเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนกระทั่งเริ่มประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวน 20 ครั้ง โดยแบ่งเป็นพื้นที่ในกลุ่มทดลอง 10 ครั้ง และกลุ่มควบคุม 10 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2

10. จัดกิจกรรมจัดทีมอาสาฉุกเฉินชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบให้ครอบคลุมทุกหลังคาเรือน ในสัปดาห์ที่ 2

11. จัดกิจกรรมแผนที่ฉุกเฉินชุมชนให้อาสาฉุกเฉินชุมชนรู้จักผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ เพื่อสร้างสัญลักษณ์ในแผนที่โดยให้จัดทำข้อมูลโดยการนำแนวคิดป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี และลงข้อมูลกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในโปรแกรม Home ward 4G smart lifeของโรงพยาบาลเพื่อให้แล้วเสร็จภายในสัปดาห์ที่ 2

12. จัดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669 ให้ตัวแทนและสมาชิกครัวเรือนในพื้นที่รับผิดชอบ ในสัปดาห์ที่ 3

13. ผู้วิจัยนัดหมายอาสาสมัครเดือนละ 1 ครั้งใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง เพื่อรับทราบข้อมูลและติดตามความก้าวหน้า ตอบข้อซักถาม รับฟังอุปสรรคปัญหาและแจ้งข่าวด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระดับต่าง ๆ โดยนัดหมายสัปดาห์สุดท้ายของเดือน ในหมู่บ้านป่าหุ่ง หมู่ที่ 1 ตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงรายในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12

14. จัดกิจกรรมอาสาฉุกเฉินชุมชนแจ้งข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉินและข้อมูลการเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ ในสัปดาห์ที่ 5, 7, 9

15. นำแบบสอบถามความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและความพึงพอใจต่ออาสาฉุกเฉินชุมชนให้ตัวแทนหลังคาเรือนประเมินหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสัปดาห์ที่ 12

16. จัดกิจกรรมสถานการณ์จำลองเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุ (Response time) โดยสุ่มจากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินให้แจ้งเหตุฉุกเฉินผ่าน



2334836863

หมายเลข 1669 และให้หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลพานออกปฏิบัติการรับผู้ป่วยฉุกเฉิน บันทึกเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนกระทั่งเริ่มประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวน 20 ครั้ง โดยแบ่งเป็นพื้นที่ในกลุ่มทดลอง 10 ครั้ง และกลุ่มควบคุม 10 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 12

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed ranks test



2394836863

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน ตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยได้นำเสนอในรูปของตารางประกอบการบรรยาย แบ่งออกเป็น-ส่วนตามลำดับ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชนและกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน

ส่วนที่ 2 ผลคะแนนความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน

ส่วนที่ 3 ผลคะแนนความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินและความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน

ส่วนที่ 4 ผลการบันทึกสัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน

ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน ในตัวแทนหลังคาเรือน

ส่วนที่ 8 การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชนและกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน

การวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชนประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การอบรมหลักสูตรอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน



238486863

UP-Thes1s 59059547 independent study / recv: 23072561 23:00:23 / seq: 4

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาสมัครเงินชุมชน

รายการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
1) ชาย	9	45	7	35
2) หญิง	11	55	13	65
รวม	20	100	20	100
2. อายุ				
1) 20-35 ปี	2	10	2	10
2) 36-50 ปี	11	55	13	65
3) 51-65 ปี	7	35	5	25
รวม	20	100	20	100
3. ระดับการศึกษา				
1) ประถมศึกษา	7	35	6	30
2) มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	12	60	12	60
3) ปริญญาตรี	1	5	2	10
รวม	20	100	10	100
4. เคยผ่านการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครเงินชุมชน				
1) เคย	16	80	15	75
2) ไม่เคย	4	20	5	25
รวม	20	100	20	100

จากตาราง 1 พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 55 และ 65 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 60 ทั้งสองกลุ่ม อายุระหว่าง 36-50 ปี เคยได้รับการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครเงินชุมชน ร้อยละ 80 และ 75 ตามลำดับ

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน

รายการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
1) ชาย	69	39.20	74	42.04
2) หญิง	107	60.80	102	57.96
รวม	176	100.00	176	100.00
2. อายุ				
1) 20-35 ปี	59	33.52	58	32.95
2) 36-50 ปี	80	45.45	83	47.15
3) 51-65 ปี	37	21.03	35	19.90
รวม	176	100.00	176	100.00
3. สถานภาพ				
1) โสด	43	24.43	39	22.16
2) สมรส	128	72.72	133	75.56
3) หม้าย	2	1.14	2	1.14
4) หย่าร้าง	3	1.71	2	1.14
รวม	176	100.00	176	100.00
4. ระดับการศึกษาสูงสุด				
1) ประถมศึกษา	45	25.57	48	27.27
2) มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	87	49.43	89	50.57
3) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	28	15.90	26	14.77
4)ปริญญาตรี	16	9.10	13	7.39
รวม	176	100.00	176	100.00
5. อาชีพหลัก				
1) นักเรียน/นักศึกษา	27	15.34	25	14.20
2) เกษตรกรรม	108	61.36	114	64.77
3) รับจ้างทั่วไป	6	3.41	2	1.14
4) พนักงานบริษัท	5	2.84	8	4.55

ตาราง 2 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างภาครัฐ	12	6.82	13	7.38
6) ค้าขาย	14	7.95	11	6.25
7) ว่างาน	4	2.28	3	1.70
รวม	176	100.00	176	100.00
6. จำนวนสมาชิกในหลังคาเรือน				
1) 1-2 คน	38	21.59	33	18.75
2) 2-4 คน	92	52.27	104	59.09
3) 4-6 คน	31	17.61	28	15.91
4) มากกว่า 6 คน	15	8.52	11	6.25
รวม	176	100.00	176	100.00
7. รายได้ในหลังคาเรือนต่อปีโดยประมาณ				
1) ต่ำกว่า 1 แสนบาท	38	21.59	35	19.89
2) 1 แสนบาท ถึง 3 แสนบาท	87	49.44	91	51.70
3) 3 แสน ถึง 5 แสนบาท	36	20.45	37	21.02
4) มากกว่า 5 แสนบาท	15	8.52	13	7.38
รวม	176	100.00	176	100.00
8. แหล่งความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน				
1) อาสาฉุกเฉินชุมชน	31	17.61	28	15.91
2) สื่อประชาสัมพันธ์ทางโทรทัศน์	65	36.93	53	30.11
3) จากอินเทอร์เน็ต	59	33.52	62	35.22
4) จากหน่วยกู้ชีพในพื้นที่	152	86.36	157	89.20
5) จากสื่อ สิ่งพิมพ์ ป้ายโฆษณา	136	77.27	132	75.00
9. ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน				
เคยใช้	47	26.70	43	24.43
ไม่เคยใช้	129	73.30	133	75.57
รวม	176	100.00	176	100.00

ตารางข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน พบว่า ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายร้อยละ 60.80 และ 57.96 ตามลำดับ อายุระหว่าง 36–50 ปี ร้อยละ 45.45 และ 47.15 ตามลำดับ ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 72.72 และ 75.56 ตามลำดับ ด้านการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 49.43 และ 50.57 ส่วนน้อยอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 9.10 และ 7.39 อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 61.36 และ 64.77 0 จำนวนสมาชิกในหลังคาเรือนส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิก 2–4 คน ร้อยละ 52.27 และ 59.09 รายได้หลังคาเรือนต่อปี ส่วนใหญ่มีจำนวนระหว่าง 100,000–300,000 บาท ร้อยละ 49.49 และ 51.70 แหล่งความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ได้รับจากหน่วยกู้ชีพในพื้นที่ ร้อยละ 86.36 และ 89.20 แหล่งความรู้จากสื่อสิ่งพิมพ์ บ่ายโฆษณา ร้อยละ 77.27 และ 75.00 ด้านประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ไม่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 73.30 และ 75.57

ส่วนที่ 2 ผลคะแนนความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน

การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินก่อนการทดลอง

ตาราง 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชนที่ตอบถูก ก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านคุณสมบัติอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน				
1) คุณสมบัติของอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน	15	75	16	80
2) บทบาทของอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน	13	65	12	60
3) สิทธิประโยชน์ของอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน	12	60	12	60

ตาราง 3 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน				
4) หมายเลขโทรศัพท์เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน	20	100	20	100
5) ช่องทางการใช้บริการ	16	80	15	75
6) ระบบศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด	15	75	15	75
7) ข้อมูลสำคัญที่ต้องแจ้งเพื่อขอรับการช่วยเหลือจากหมายเลข 1669	12	60	12	12
ด้านการประเมินภาวะฉุกเฉินและการปฐมพยาบาล				
8) การประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป	14	70	14	70
9) บาดแผลและการห้ามเลือด	14	70	13	65
10) อวัยวะถูกตัดขาด	14	70	14	70
11) ผู้บาดเจ็บตกจากที่สูง	12	60	13	65
12) บาดแผลจากการสัมผัสความร้อน	8	40	8	40
13) บาดแผลจากการถูกแทงที่มีวัตถุคาอยู่ที่แผล	10	50	9	45
14) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	14	70	13	65
15) ระบบทางเดินหายใจ	13	65	11	55
16) ผู้ป่วยชัก	9	45	10	50
ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน				
17) การปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยหมดสติ	14	70	13	65
18) การตรวจระดับความรู้สึกตัว	13	65	13	65
19) การตัดสินใจเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพ	13	65	13	65
20) การกวดหัวใจที่ถูกต้อง	10	50	11	55

จากตาราง 3 พบว่า ก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คะแนนความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนด้านคุณสมบัติอาสาฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มทดลองจำนวน 3 ช้อ ได้ร้อยละ 75, 65 และ 60 ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมได้ร้อยละ 80, 60 และ 60 ตามลำดับ

ด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้มากที่สุดเรื่องหมายเลขโทรศัพท์เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินร้อยละ 100

ด้านการประเมินภาวะฉุกเฉินและการปฐมพยาบาลก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้มากที่สุดเรื่องการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป บาดแผล และการห้ามเลือด อวัยวะถูกตัดขาด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ร้อยละ 70 ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า มีความรู้มากที่สุดเรื่องการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป และอวัยวะถูกตัดขาดร้อยละ 70 รองลงมา ได้แก่ บาดแผลและการห้ามเลือด ตกจากที่สูงและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร้อยละ 65 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้ที่น้อยที่สุดคือ เรื่องบาดแผลจากการสัมผัสความร้อน ร้อยละ 40

ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้ที่น้อยที่สุดเรื่องการกดนวดหัวใจที่ถูกต้องร้อยละ 50 และ 55 ตามลำดับ

ตาราง 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนที่ตอบถูก ก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะด้านการปฐมพยาบาล				
1) การประเมินความปลอดภัยของสถานที่เกิดเหตุ	9	45	8	40
2) การป้องกันตนเอง	9	45	9	45
3) การควบคุมสถานการณ์	8	40	8	40
4) ประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วย	10	50	11	55
5) เรียกขอความช่วยเหลือ	11	55	12	60
6) กตหมายเลข 1669	13	65	12	60

ตาราง 4 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7) รายงานชื่อผู้แจ้งเหตุ	9	45	10	50
8) รายงานเหตุการณ์ จำนวนผู้ป่วย/ บาดเจ็บ	11	55	10	50
9) แจ้งสถานที่เกิดเหตุ	14	70	12	60
10) จัดทำเปิดทางเดินหายใจ	9	45	10	50
11) ประเมินและระวังการบาดเจ็บที่ ศีรษะ/คอ/สันหลัง	10	50	9	45
12) คลำชีพจรได้ถูกต้อง	12	60	11	55
13) ประเมินบาดแผล	9	45	10	50
14) ห้ามเลือดได้ถูกต้อง	10	50	11	55
15) การตามกระดูกได้ถูกต้อง	13	65	12	60
16) การยกและเคลื่อนย้ายถูกวิธี	12	60	12	60
รวม	169	52.81	164	52.18
ทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้น พื้นฐาน				
17) ตำแหน่งการวางมือถูกต้อง	10	50	11	55
18) ท่าทางถูกต้อง	9	45	10	50
19) ความลึกของการกดหน้าอก 2 นิ้ว	8	40	8	40
20) ความเร็ว 100-120 ครั้ง/นาที	8	40	8	40
21) มีการกลับคืนของทรวงอกเต็มที่ทุกครั้ง	5	25	4	20
22) เปิดทางเดินหายใจระหว่างกด หน้าอก	5	25	5	25
23) ช่วยหายใจได้ถูกต้อง	4	20	5	25
24) กดหน้าอกครบ 5 รอบ	6	30	4	20
25) ความสัมพันธ์ของการช่วยฟื้นคืนชีพ	6	30	6	30
26) หยุดปั๊มหัวใจ น้อยกว่า 10 วินาที	8	40	9	45
รวม	69	34.5	70	35

จากตาราง 4 การประเมินทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาฉุกเฉินกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทักษะด้านการปฐมพยาบาลคะแนนรวมร้อยละ 52.81 และ 52.18 ตามลำดับ ส่วนทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 34.5 และ 35 ตามลำดับ

ตาราง 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนที่ตอบถูก หลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านคุณสมบัติอาสาฉุกเฉินชุมชน				
1) คุณสมบัติของอาสาฉุกเฉินชุมชน	20	100	16	80
2) บทบาทของอาสาฉุกเฉินชุมชน	20	100	14	70
3) สิทธิประโยชน์ของอาสาฉุกเฉินชุมชน	19	95	13	65
ด้านระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน				
4) หมายเลขโทรศัพท์เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน	20	100	20	100
5) ช่องทางการใช้บริการ	19	95	15	75
6) ระบบศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด	19	95	15	75
7) ข้อมูลสำคัญที่ต้องแจ้งเพื่อขอรับการช่วยเหลือจากหมายเลข 1669	19	95	13	65
ด้านการประเมินภาวะฉุกเฉินและการปฐมพยาบาล				
8) การประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป	19	95	14	70
9) บาดแผลและการห้ามเลือด	19	95	14	70
10) อวัยวะถูกตัดขาด	19	95	14	70
11) ผู้บาดเจ็บตกจากที่สูง	19	95	13	65
12) บาดแผลจากการสัมผัสความร้อน	18	90	10	50

ตาราง 5 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
13) บาดแผลจากการถูกแทงที่มีวัตถุคา อยู่ที่แผล	20	100	10	50
14) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	19	95	14	70
15) ระบบทางเดินหายใจ	18	90	12	60
16) ผู้ป่วยชัก	18	90	12	60
ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน				
17) การปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยหมดสติ	19	95	15	75
18) การตรวจระดับความรู้สึกตัว	20	100	14	70
19) การตัดสินใจเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพ	19	95	14	70
20) การกวดหัวใจที่ถูกต้อง	20	100	12	60

จากตาราง 5 หลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองด้านคุณสมบัติของอาสาฉุกเฉิน ชุมชน ด้านบริการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านการประเมินภาวะฉุกเฉินและการปฐมพยาบาลและ ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีร้อยละ 90-100 ส่วนในกลุ่มควบคุมด้านคุณสมบัติของอาสาฉุกเฉินชุมชนมีร้อยละ 65 - 80 ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 65-100 ซึ่งใน ข้อสอบข้อที่ 4 หมายเลขโทรศัพท์ เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้สูงที่สุด ร้อยละ 100 ด้านการประเมินภาวะฉุกเฉินและการปฐมพยาบาล ร้อยละ 50-70 ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานร้อยละ 60-75

ตาราง 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสา
 ฉุกเฉินชุมชนที่ตอบถูก หลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์
 ฉุกเฉิน

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะด้านการปฐมพยาบาล				
1) การประเมินความปลอดภัยของสถานที่เกิดเหตุ	19	95	13	65
2) การป้องกันตนเอง	19	95	14	
3) การควบคุมสถานการณ์	18	90	11	55
4) ประเมินระดับความรู้สึกรู้สึกตัวผู้ป่วย	19	95	12	60
5) เรียกขอความช่วยเหลือ	18	90	11	50
ทักษะด้านการปฐมพยาบาล				
6) กศหมายเลข 1669	20	100	10	50
7) รายงานชื่อผู้แจ้งเหตุ	19	95	10	50
8) รายงานเหตุการณ์ จำนวนผู้ป่วย/บาดเจ็บ	19	95	9	45
9) แจ้งสถานที่เกิดเหตุ	18	90	12	60
10) จัดทำเปิดทางเดินหายใจ	18	90	12	60
11) ประเมินและระวังการบาดเจ็บที่ศีรษะ/คอ/สันหลัง	18	90	12	60
12) คลำชีพจรได้ถูกต้อง	20	100	10	50
13) ประเมินบาดแผล	18	90	12	60
14) ห้ามเลือดได้ถูกต้อง	19	95	14	70
15) การตามกระดูกได้ถูกต้อง	19	95	10	50
16) การยกและเคลื่อนย้ายถูกวิธี	18	90	10	50
รวม	299	93.44	182	56.87
ทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน				
17) ตำแหน่งการวางมือถูกต้อง	20	100	10	50

ตาราง 6 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
18) ท่าทางถูกต้อง	18	90	10	50
19) ความลึกของการกดหน้าอก 2 นิ้ว	16	80	8	40
20) ความเร็ว 100-120 ครั้ง/นาที	16	80	8	40
21) มีการกลับคืนของทรวงอกเต็มที่ ทุกครั้ง	18	90	8	40
22) เปิดทางเดินหายใจระหว่างกด หน้าอก	18	90	8	40
23) ช่วยหายใจได้ถูกต้อง	18	90	8	40
24) กดหน้าอกครบ 5 รอบ	20	100	6	30
25) ความสัมพันธ์ของการช่วยฟื้นคืนชีพ	18	90	6	30
26) หยุดปั๊มหัวใจ น้อยกว่า 10 วินาที	20	100	10	50
รวม	182	91	82	41

จากตาราง 6 ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มทดลองหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ทักษะด้านการปฐมพยาบาลและทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมี ร้อยละ 93.44 และ 91 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีร้อยละ 56.87 และ 41 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ผลคะแนนความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินและความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน

ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน ได้จากแบบทดสอบซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ความรู้ด้านการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและหมายเลข 1669 ความรู้ด้านความสำคัญของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ความรู้การประเมินอาการและการปฐมพยาบาล

ตาราง 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนที่ตอบถูก ก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่าย
บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 176)		กลุ่มควบคุม (n = 176)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ด้านการระบบริการ				
การแพทย์ฉุกเฉินและหมายเลข 1669				
1) มีความรู้เรื่องสายด่วน 1669	137	77.84	140	79.54
2) ประเมินสถานการณ์ก่อนโทรศัพท์	71	43.34	69	39.20
3) ระบุสถานที่เกิดเหตุฉุกเฉินได้	112	63.63	114	64.77
รวม	322	60.98	323	61.17
ความรู้ด้านความสำคัญของการ				
เจ็บป่วยฉุกเฉิน				
4) มีความรู้เรื่องเจ็บป่วยฉุกเฉินส่งผล ให้ความเจ็บป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิต	128	72.72	130	73.86
5) มีความรู้เรื่องการป้องกันตนเองใน สถานการณ์ฉุกเฉิน	116	65.90	113	64.20
รวม	244	69.31	243	69.03
ความรู้การประเมินอาการและการ				
ปฐมพยาบาล				
6) การห้ามเลือดที่ถูกต้อง	84	47.72	85	48.29
7) อุบัติเหตุจากรถและตกจากที่สูง	85	48.29	83	47.15
8) บาดแผลที่เกิดจากความร้อน	79	44.88	82	46.59
9) โรคโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	124	70.45	122	69.31
เจ็บปพลัน				
10) โรคหลอดเลือดสมองแบบ	126	71.59	127	72.16
เจ็บปพลัน				
11) ผู้ป่วยชัก	57	32.38	58	32.95
12) การเปิดทางเดินหายใจ	87	49.43	84	47.72

ตาราง 7 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 176)		กลุ่มควบคุม (n = 176)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
14) การช่วยหายใจ	94	53.41	92	52.27
15) ความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพ	135	76.70	137	77.84
รวม	940	53.40	942	53.46

จากตาราง 7 ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและหมายเลข 1669 ความรู้ด้านความสำคัญของการเจ็บป่วยฉุกเฉินและความรู้การประเมินอาการและการปฐมพยาบาล พบว่า ในกลุ่มทดลองมีร้อยละ 60.98, 69.31 และ 53.40 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีร้อยละ 61.17, 69.03 และ 53.46 ตามลำดับ

ตาราง 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนที่ตอบถูก หลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 176)		กลุ่มควบคุม (n = 176)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ด้านการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและหมายเลข 1669				
1) มีความรู้เรื่องสายด่วน 1669	176	100	151	85.79
2) ประเมินสถานการณ์ก่อนโทรศัพท์	169	96.02	72	40.91
3) ระบุสถานที่เกิดเหตุฉุกเฉินได้	170	96.59	123	69.88
รวม	515	97.53	346	65.53

ตาราง 8 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 176)		กลุ่มควบคุม (n = 176)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ด้านความสำคัญของการ เจ็บป่วยฉุกเฉิน				
4) มีความรู้เรื่องเจ็บป่วยฉุกเฉินส่งผล ให้ความเจ็บป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิต	171	97.16	134	76.13
5) มีความรู้เรื่องการป้องกันตนเองใน สถานการณ์ฉุกเฉิน	170	96.50	116	65.91
รวม	341	96.87	250	70.10
ความรู้การประเมินอาการและการ ปฐมพยาบาล				
6) การห้ามเลือดที่ถูกต้อง	164	93.18	88	60.00
7) อุบัติเหตุจากรถและตกจากที่สูง	168	95.45	83	47.16
8) บาดแผลที่เกิดจากความร้อน	165	93.75	84	47.72
9) โรคโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	167	94.88	132	75.00
เฉียบพลัน				
10) โรคหลอดเลือดสมองแบบ	165	93.75	138	79.54
เฉียบพลัน				
11) ผู้ป่วยชัก	163	92.61	60	34.66
12) การเปิดทางเดินหายใจ	149	84.66	81	48.30
13) การกดหน้าอกเมื่อทำการช่วยฟื้น คืนชีพ	155	88.07	76	46.59
คืนชีพ				
14) การช่วยหายใจ	156	88.64	93	52.84
15) ความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพ	168	95.45	144	81.82
รวม	1,620	92.04	979	57.36

จากตาราง 8 ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน
แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและหมายเลข 1669 ความรู้
ด้านความสำคัญของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และความรู้การประเมินอาการและการปฐมพยาบาล

พบว่า ในกลุ่มทดลองมีร้อยละ 97.53, 96.87 และ 92.04 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีร้อยละ 65.53, 70.10 และ 57.36 ตามลำดับ

ความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครเงินชุมชนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด = 5, มาก = 4, ปานกลาง = 3, น้อย = 2, น้อยที่สุด = 1

ตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ย ระดับความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครเงินชุมชนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน ก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 176)		กลุ่มควบคุม (n = 176)	
	\bar{x}	ระดับ	\bar{x}	ระดับ
1) ความรู้ของอาสาสมัครเงินชุมชนด้านการประเมินอาการและการปฐมพยาบาล	2.42	น้อย	2.40	น้อย
2) ทักษะของอาสาสมัครเงินชุมชนด้านการประเมินอาการและการปฐมพยาบาล	2.41	น้อย	2.41	น้อย
3) การประสานงานกับประชาชน	2.42	น้อย	2.42	น้อย
4) เต็มใจให้บริการประชาชน	2.40	น้อย	2.39	น้อย
5) การถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน	2.43	น้อย	2.42	น้อย
6) สื่อสารแจ้งข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ	2.43	น้อย	2.43	น้อย
7) ค้นหาความเสี่ยงด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ	2.40	น้อย	2.38	น้อย
8) ป้องกันตนเองและคนใกล้ตัวจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้	2.33	น้อย	2.32	น้อย

จากตาราง 9 ความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครเงินชุมชนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า

ในกลุ่มทดลองระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยมีคะแนนเฉลี่ย 2.33–2.43 ส่วนกลุ่มควบคุมระดับความพึงพอใจก็อยู่ในระดับน้อยมีคะแนนเฉลี่ย 2.32–2.43

**ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ย ระดับความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครเงินชุมชน
ของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน หลังจัดโปรแกรมการสร้าง
เครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน**

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 176)		กลุ่มควบคุม (n = 176)	
	\bar{X}	ระดับ	\bar{X}	ระดับ
1) ความรู้ของอาสาสมัครเงินชุมชน ด้านการประเมินอาการและการปฐม พยาบาล	4.55	มาก	2.42	น้อย
2) ทักษะของอาสาสมัครเงินชุมชน ด้านการประเมินอาการและการปฐม พยาบาล	4.56	มาก	2.42	น้อย
3) การประสานงานกับประชาชน	4.53	มาก	2.42	น้อย
4) เต็มใจให้บริการประชาชน	4.56	มาก	2.43	น้อย
5) การถ่ายทอดความรู้ด้าน การแพทย์ฉุกเฉิน	4.40	มาก	2.39	น้อย
6) สื่อสารแจ้งข่าวสารด้านการแพทย์ ฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ	4.53	มาก	2.44	น้อย
7) ค้นหาความเสี่ยงด้านการเจ็บป่วย ฉุกเฉินในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ	4.63	มาก	2.38	น้อย
8) ป้องกันตนเองและคนใกล้ตัว จากการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้	3.94	มาก	2.32	น้อย

จากตาราง 10 ความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครเงินชุมชน ของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าในกลุ่มทดลองระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากคะแนนเฉลี่ย 3.94–4.63 คะแนนความพึงพอใจสูงสุด ในด้านการค้นหาความเสี่ยงด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ คะแนนเฉลี่ย 4.63 ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่าระดับความพึงพอใจก็อยู่ในระดับน้อยมี

คะแนนเฉลี่ย 2.32–2.44

ส่วนที่ 4 ผลการบันทึกสัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง

ตาราง 11 แสดงที่กสัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลองก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการทดสอบครั้งที่	กลุ่มทดลอง (n = 10)		กลุ่มควบคุม (n = 10)	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
1	10.20	7.40	10.10	10.40
2	11.40	7.30	10.40	10.50
3	10.10	7.30	11.30	10.40
4	12.10	8.10	10.00	9.50
5	10.35	8.10	10.10	10.10
6	9.50	7.10	12.20	9.50
7	9.00	7.20	10.30	10.40
8	11.10	7.20	9.50	9.50
9	10.40	7.40	9.40	9.00
10	10.00	7.10	10.40	11.10

หมายเหตุ: *เวลาเฉลี่ยเป็นนาทีต่อ 10 กิโลเมตร (หลังจุดตัดนิคมหน่วยเป็นวินาที)

จากตาราง 11 สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง จำนวน 10 ครั้ง ในกลุ่มทดลองจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า หลังรับแจ้งเหตุฉุกเฉินจนถึงที่เกิดเหตุในระยะทาง 10 กิโลเมตร ความเร็วไม่เกิน 90 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ใช้เวลาน้อยที่สุด 9 นาที มากที่สุด 12 นาที 10 วินาที เวลาเฉลี่ย 10 นาที 34 วินาที หลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ใช้เวลาน้อยที่สุด 7 นาที 10 วินาที มากที่สุด 8 นาที 10 วินาที เวลาเฉลี่ย 7 นาที 34 วินาที ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า ใช้เวลาน้อยที่สุด 9 นาที 40 วินาที มากที่สุด 12 นาที

(p-value = 0.530)

ตาราง 13 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชน ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการ	\bar{X}	Z	p-value
ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาฉุกเฉินชุมชน			
ก่อนทดลอง	13.50	-3.994	< 0.001
หลังทดลอง	19.05		
ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาฉุกเฉินชุมชน			
ก่อนทดลอง	11.58	-3.947	< 0.001
หลังทดลอง	23.45		

หมายเหตุ: * ใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

จากตาราง 13 ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังจัดโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (\bar{X} = 19.05, 13.55 ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001)

ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาฉุกเฉินชุมชน ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังจัดโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (\bar{X} = 11.85, 23.45 ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001)

ตาราง 14 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชน ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการ	\bar{X}	Z	p-value
ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาฉุกเฉินชุมชน			
ก่อนทดลอง	12.74	-1.508	< 0.132
หลังทดลอง	13.00		
ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาฉุกเฉินชุมชน			
ก่อนทดลอง	11.50	-1.265	< 0.206
หลังทดลอง	11.75		

หมายเหตุ: * ใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มควบคุม พบว่าหลังจัดโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($\bar{X} = 12.74, 13.00$ ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบความแตกต่างพบว่าความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.132)

ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มควบคุม พบว่าหลังจัดโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($\bar{X} = 11.50, 11.75$ ตามลำดับ) ใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบความแตกต่างพบว่า ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.206)

ตาราง 15 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างอาสาฉุกเฉินชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการ	Mean Rank	Z	p-value
ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาฉุกเฉินชุมชน			
หลังทดลอง กลุ่มทดลอง	30.48	- 5.473	< 0.001
กลุ่มควบคุม	10.53		
ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาฉุกเฉินชุมชน			
หลังทดลอง กลุ่มทดลอง	30.50	- 5.492	< 0.001
กลุ่มควบคุม	10.50		

หมายเหตุ: * ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชน หลังการจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่ากลุ่มควบคุม (Mean Rank = 30.48, 10.53 ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001)

ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชน หลังการจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่ากลุ่มควบคุม (Mean Rank = 30.50, 10.50 ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001)

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน

การเปรียบเทียบความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน โดยนำคะแนนจากแบบทดสอบมาวิเคราะห์ เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังจัดโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($\bar{X} = 14.75, 8.57$ ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินของกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value < 0.001)

ตาราง 18 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการ	\bar{X}	Z	p-value
ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของตัวแทนหลังคาเรือน			
ก่อนทดลอง	8.57	-11.612	< 0.001
หลังทดลอง	14.15		

หมายเหตุ: * ใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

ความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินของกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนในกลุ่มควบคุม พบว่า หลังจัดโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($\bar{X} = 8.68, 8.99$ ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินของกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001)

ตาราง 19 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการ	Mean Rank	Z	p-value
ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของตัวแทนหลังคาเรือน			
หลังทดลอง กลุ่มทดลอง	264.50	- 16.579	< 0.001
กลุ่มควบคุม	88.50		

หมายเหตุ: * ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน หลังการจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินของกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนมากกว่ากลุ่มควบคุม (Mean Rank = 264.50, 88.50 ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินของกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.001)

ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน ในตัวแทนหลังคาเรือน

ตาราง 20 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน ของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการ	Mean Rank	Z	p-value
ความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน ของตัวแทนหลังคาเรือน			
ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง	179.34	- .533	0.594
กลุ่มควบคุม	173.66		

หมายเหตุ: * ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครชุมชนในกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนก่อนการจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครชุมชนในกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนมากกว่ากลุ่มควบคุม (Mean Rank = 179.34, 173.66ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครชุมชนในกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.594)

ตาราง 21 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครชุมชนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนในกลุ่มทดลองก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการ	\bar{X}	Z	p-value
ความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครชุมชน ของตัวแทนหลังคาเรือน			
ก่อนทดลอง	2.421	-11.531	< 0.001
หลังทดลอง	4.429		

หมายเหตุ: * ใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

ความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครชุมชนในกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนกลุ่มทดลอง พบว่า หลังจัดโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (\bar{X} = 4.43, 2.42 ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครชุมชนในกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001)

ตาราง 22 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสา
 ฉุกเฉินชุมชนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนในกลุ่มควบคุมก่อน
 และหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการ	\bar{X}	Z	p-value
ความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉิน ชุมชน ของตัวแทนหลังคาเรือน			
ก่อนทดลอง	2.410	-0.891	< 0.313
หลังทดลอง	2.391		

หมายเหตุ: * ใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

ความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน
 กลุ่มควบคุม พบว่า หลังจัดโปรแกรมมีคะแนนต่ำกว่าก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่าย
 บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (\bar{X} = 2.39, 2.41 ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test
 เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชน
 ในกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์
 ฉุกเฉิน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.313)\

ตาราง 23 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสา
 ฉุกเฉินชุมชน ของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน ระหว่างกลุ่ม
 ทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการ
 การแพทย์ฉุกเฉิน

รายการ	Mean Rank	Z	p-value
ความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉิน ชุมชน ของตัวแทนหลังคาเรือน			
หลังทดลอง กลุ่มทดลอง	264.50	-16.293	< 0.001
กลุ่มควบคุม	88.50		

หมายเหตุ: * ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน หลังการจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชน ในกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน มากกว่ากลุ่มควบคุม (Mean Rank = 264.50, 88.50 ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชน ในกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$)

ส่วนที่ 8 การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง

ในสถานการณ์จำลองทั้งหมดจำนวน 40 ครั้ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครั้ง แบ่งเป็นก่อนและหลังทดลองอีกกลุ่มละ 10 ครั้ง ให้ตัวแทนหลังคาเรือนแจ้งเหตุฉุกเฉินทางโทรศัพท์ถึงศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการรายงานข้อมูล เพื่อขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยเริ่มบันทึกเวลาในแบบบันทึกสัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉิน ตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ตั้งแต่หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินรับแจ้งเหตุจนกระทั่งถึงที่เกิดเหตุ และนำระยะทางเป็นกิโลเมตรต่อนาทีโดยแปลงให้เป็นอัตราส่วน 10 กิโลเมตรต่อนาที

ตาราง 24 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างสัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการ	Mean Rank	Z	p-value
สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง			
ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง	10.00	- 0.401	0.739
กลุ่มควบคุม	11.00		

หมายเหตุ: * ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์

การณ์จำลอง หลังการจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ในกลุ่มทดลองใช้เวลาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Mean Rank = 10.00, 11.00 ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.739)

ตาราง 25 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างสัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการ	\bar{x}	Z	p-value
สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง			
ก่อนทดลอง	10.45	-2.830	< 0.005
หลังทดลอง	7.34		

หมายเหตุ: * ใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลองในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังจัดโปรแกรมใช้เวลาน้อยกว่าก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (\bar{x} = 7.34 , 10.45 ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง ก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.005)

ตาราง 26 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างสัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการ	\bar{x}	Z	p-value
สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง			
ก่อนทดลอง	10.34	-1.479	0.139
หลังทดลอง	10.14		

หมายเหตุ: * ใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

ในกลุ่มควบคุม พบว่า หลังจัดโปรแกรมใช้เวลาน้อยกว่าก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($\bar{x} = 10.14, 10.34$ ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติเมื่อใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่าสัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง ก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.139)

ตาราง 27 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างสัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการ	Mean Rank	Z	p-value
สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง			
หลังทดลอง กลุ่มทดลอง	5.50	- 3.795	< 0.001
กลุ่มควบคุม	15.50		

หมายเหตุ: * ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง หลังการจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าในกลุ่มทดลองใช้เวลาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Mean Rank = 5.50, 15.50 ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = < 0.001$)



2394836863

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรู้ และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชนตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผล ก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-test, post-test Design) กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชนจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ใช้เกณฑ์คัดเข้าคัดออก อายุ 20 ถึง 62 ปี ไม่มีความบกพร่องทางการรับรู้และการสื่อสาร เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนซึ่งเป็นประชากรในพื้นที่ศึกษาจริง สมัครใจเข้ารับการอบรม และกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนสุ่มโดยวิธีจับสลาก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane ได้จำนวน 352 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 176 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 31 พฤษภาคม 2561 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน แบบทดสอบความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชนในตัวแทนหลังคาเรือน แบบบันทึกเวลาปฏิบัติภารกิจฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลองที่ผู้ศึกษาวิจัยสร้างขึ้นและปรับปรุงมาจากข้อสอบอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชนของ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2557) และการแข่งขันทักษะการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติประจำปี 2559 ของกรมกษมณธ์ อร่ามวาณิชย์ และคณะ (2559) ตามแนวคิดการสร้างเครือข่ายกระบวนการฝึกอบรมและการสร้างเครือข่าย แบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการสร้างอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน ขั้นตอนการสร้างเครือข่ายอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชนกับชุมชน โดยวัดผลจากความรู้และความพึงพอใจของตัวแทนหลังคาเรือน และขั้นตอนการทดสอบในสถานการณ์จำลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon signed ranks test และ Mann-Whitney U test



2384836863

UP-Thesisis 59059547 independent study / recv: 23072561 23:00:23 / seq: 4

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาสมัครเงินชุมชน ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายร้อยละ 55 และ 65 ตามลำดับ ด้านระดับ การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 60 ทั้งสองกลุ่ม อายุระหว่าง 36-50 ปี เคยได้รับการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครเงินชุมชนร้อยละ 80 และ 75 ตามลำดับ กลุ่มตัวแทน หลังคาเรือน พบว่า ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 60.80 และ 57.96 ตามลำดับ อายุระหว่าง 36-50 ปี ร้อยละ 45.45 และ 47.15 ตามลำดับ ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพสมสร้อยละ 72.72 และ 75.56 ตามลำดับ ด้านการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 49.43 และ 50.57 ส่วนน้อยอยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 9.10 และ 7.39 อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมร้อยละ 61.36 และ 64.77 จำนวนสมาชิกในหลังคาเรือนส่วนใหญ่มีจำนวน สมาชิก 2-4 คน ร้อยละ 52.27 และ 59.09 รายได้หลังคาเรือนต่อปี ส่วนใหญ่มีจำนวนระหว่าง 100,000-300,000 บาท ร้อยละ 49.49 และ 51.70 แหล่งความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่ได้รับจากหน่วยกู้ชีพในพื้นที่ ร้อยละ 86.36 และ 89.20 แหล่งความรู้จากสื่อสิ่งพิมพ์ ป้ายโฆษณา ร้อยละ 77.27 และ 75.00 ด้านประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ไม่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 73.30 และ 75.57

ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาสมัครเงินชุมชนในกลุ่มทดลอง หลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ผลคะแนนความรู้ ด้านการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ที่ร้อยละ 90-100 มีคะแนนสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมการสร้าง เครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (\bar{x} = 19.05, 13.55 ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติเมื่อใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) และมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม (Mean Rank = 30.48, 10.53 ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบ ความแตกต่าง พบว่า ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครเงินชุมชนในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 (p-value < 0.001)

ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาสาสมัครเงินชุมชนในกลุ่มทดลอง หลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ทักษะด้านการ ปฐมพยาบาลและทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีร้อยละ 93.44 และ 91 ตามลำดับ มีคะแนนสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (\bar{x} = 11.85,

23.45 ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.001) และมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม (Mean Rank = 30.50, 10.50 ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.001)

ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและหมายเลข 1669 ความรู้ด้านความสำคัญของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และความรู้การประเมินอาการและการปฐมพยาบาลหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ในกลุ่มทดลองมีร้อยละ 97.53, 96.87 และ 92.04 ตามลำดับ มีคะแนนสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (\bar{X} = 14.75, 8.57 ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินของกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P -value < 0.001) และมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม (Mean Rank = 264.50, 88.50 ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินของกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.001)

ความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชน ของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ในกลุ่มทดลองระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.94-4.63 คะแนน มีคะแนนสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (\bar{X} = 4.43, 2.42 ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน ก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.001) และมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม (Mean Rank = 264.50, 88.50 ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ความพึงพอใจต่อ การทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.001)



สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลองในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ใช้เวลาน้อยที่สุด 7 นาที 10 วินาที, มากที่สุด 8 นาที 10 วินาที, เวลาเฉลี่ย 7 นาที 34 ใช้เวลาน้อยกว่าก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($\bar{X} = 7.34, 10.45$ ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง ก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.005) และใช้เวลาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Mean Rank = 5.50, 15.50 ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = < 0.001)

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังจัดโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($\bar{X} = 19.05, 23.45$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิไลภรณ์ ศิริกา และคณะ (2559) ศึกษาเรื่องการพัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า คะแนนความรู้ในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉินหลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนพัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือน ($\bar{X} = 16.1, 20$)

ความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินของตัวแทนหลังคาเรือนในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังจัดโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($\bar{X} = 14.75, 8.57$ ตามลำดับ) เมื่อใช้สถิติเมื่อใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินของตัวแทนหลังคาเรือนก่อนและหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = < 0.001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2558) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ภายหลังจากเข้ารับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแบบมี

ส่วนร่วม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้ มีความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.001)

ความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชนในกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือน พบว่าหลังจัดโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (\bar{X} = 4.43, 2.42 ตามลำดับ) ซึ่งอยู่ในระดับพอใจมาก เมื่อใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบความแตกต่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.001) อาจเป็นเพราะการให้ความรู้และการประสานงานการช่วยเหลือจากเครือข่ายอาสาฉุกเฉินชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา วังศรี และคณะ (2559) ได้ศึกษาเรื่องการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุจรรยา ฌ จุดเกิดเหตุของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้หลักสูตรอาสาฉุกเฉินชุมชนพบว่าคะแนนความพึงพอใจมากที่สุดในระดับร้อยละ 100

สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง กลุ่มทดลองเวลาเฉลี่ย 7.43 นาที ใช้เวลาน้อยกว่ามาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่กำหนดไว้ไม่เกิน 8 นาที (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2559) อาจเป็นเพราะการกำหนดจุดหมายที่ชัดเจนและผู้รับบริการสามารถแจ้งเหตุฉุกเฉินได้ถูกต้องส่งผลให้การเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เพื่อความยั่งยืนของการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงควรนำเสนอผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเป็นนโยบาย
2. จากการศึกษา พบว่า อาสาฉุกเฉินชุมชนมีส่วนสำคัญในการเชื่อมต่อเครือข่ายระหว่างหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงและประชาชน การให้ข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉินและการดำเนินกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอกับอาสาฉุกเฉินชุมชนจึงมีส่วนสำคัญต่อการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาสัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลองในครั้งนี้จัดกิจกรรมในพื้นที่ราบสภาพการจราจรปกติ ระยะทางจากหน่วยปฏิบัติการถึงที่เกิดเหตุฉุกเฉินอยู่ภายในระยะทางไม่เกิน 15 กิโลเมตร ควรจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในสภาพภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกันหรือในพื้นที่การจราจรติดขัด

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก แบบสอบถามงานวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม			
-----------------	--	--	--

แบบสอบถามงานวิจัย
เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของตัวแทนหลังคาเรือน
ในตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

ผู้สัมภาษณ์.....

วัน/เดือน/ปี ทำแบบสอบถาม.....

คำชี้แจง

การเก็บรวบรวมข้อมูลนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนและตัวแทนหลังคาเรือน ตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย มีเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนและตัวแทนครัวเรือนในตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยอธิบายรายละเอียดให้ตัวแทนหลังคาเรือนได้และสามารถตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ได้ด้วยตัวท่านเองหรือผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยอ่านข้อความแล้วให้ท่านเลือกตอบ การตอบแบบสอบถามฉบับนี้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที เพื่อให้ได้ประเด็นคำถามครบถ้วน

แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ภูมิสำเนาและสภาพพื้นที่ที่อยู่อาศัย จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้นสำหรับตัวแทนหลังคาเรือน จำนวน 15 ข้อแบบเลือกตอบถูกและผิดตามข้อความที่ท่านได้อ่านหรือรับฟัง

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการทำงานอาสาฉุกเฉินชุมชนในหมู่บ้านแบบเลือกตอบ 5 ระดับ

คำตอบของท่านไม่มีผลใดๆต่อการสิทธิการรักษาและการพยาบาล ให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้ ความเข้าใจของท่านที่มีต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินและอาสาฉุกเฉินชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม และชุมชน

ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย/(ถูก)ลงในช่อง (.....) ที่ตรงตามความเป็นจริงและความเข้าใจของผู้ถูกสัมภาษณ์หรือเติมข้อความลงในช่องว่างบางข้อให้สมบูรณ์

1. เพศ(.....)ชาย (.....)หญิง
2. อายุของผู้ให้สัมภาษณ์.....ปี
3. สถานภาพ(.....) โสด(.....) คู่(.....)หม้าย (.....)หย่าร้าง (.....)ไม่ได้อยู่ด้วยกัน
4. ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ให้สัมภาษณ์
 (.....) ประถมศึกษา (.....)มัธยมศึกษา (.....)ปริญญาตรี
 (.....) สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป (.....)ไม่ได้รับการศึกษา
5. อาชีพหลัก
 (.....)นักเรียน นักศึกษา (.....)เกษตรกรรวม (.....)รับจ้าง
 (.....)พนักงานบริษัท (.....)ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างภาครัฐ
 (.....)ว่างงาน (.....)อื่น ๆ ระบุ.....
6. จำนวนสมาชิกที่อาศัยในบ้าน.....คน
7. รายได้ในหลังคาเรือนต่อปีโดยประมาณ
 (.....)ต่ำกว่า 1 แสนบาท (.....)1 แสนบาท-3 แสนบาท
 (.....)3 แสน-5 แสนบาท (.....)5 แสนบาทขึ้นไป
8. มีรถยนต์ส่วนตัวและมีคนขับ
 (.....)มี (.....)ไม่มี
9. การรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
 (.....)อาสาฉุกเฉินชุมชน (.....)จากสื่อประชาสัมพันธ์ทางโทรทัศน์
 (.....)จากอินเทอร์เน็ต (.....)จากการประชาสัมพันธ์โดยตรงของหน่วยกู้ชีพ
 (.....)จากสื่อ สิ่งพิมพ์ ป้ายโฆษณา (.....)อื่น ๆ ระบุ
10. ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
 (.....)เคยใช้ (.....)ไม่เคยใช้

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้นสำหรับประชาชนให้ท่านอ่าน
ข้อความในตารางแล้วเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ถูกหรือผิดตาม
ความคิดเห็นของท่าน

ลำดับ	ข้อความ	ถูก	ผิด
1	เมื่อท่านต้องการขอความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินให้โทรสายด่วน 1669		
2	เมื่อพบผู้ป่วยหมดสติให้โทร 1669 ทันที		
3	ไม่จำเป็นต้องเป่าปากเมื่อท่านไม่แน่ใจด้านความปลอดภัยให้กดหน้าอกในอัตรา 100-120 ครั้งต่อนาที รอบละ 2 นาที		
4	การกดหน้าอกจะต้องรีบทำภายใน 10 นาที		
5	หัวใจของการช่วยชีวิตสำหรับประชาชนคือ ปลุก โทร บีบ		
6	การปฐมพยาบาลแผลที่มีเลือดออกมากให้ใช้เชือกรัดเหนือแผลเพื่อห้ามเลือด		
7	การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรหรือตกจากที่สูงต้องรีบนำส่งโรงพยาบาล ไม่จำเป็นต้องรอหน่วยกู้ชีพ		
8	อาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ เจ็บแน่น ทุกลายมีของทับ ปีบรัดที่อกซ้าย ร้าวไปที่ลำคอใบหน้า แขนบางรายเจ็บบริเวณลิ้นปี่มีอาการนานมากกว่า 20 นาที		
9	อาการปากเปี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีกในทันทีเป็นอาการสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองแบบเฉียบพลัน		
10	เมื่อพบผู้ป่วยชักให้ทำการปฐมพยาบาลด้วยการใช้ช้อนหรือวัสดุที่แข็งใส่เข้าไปในปากเพื่อป้องกันผู้ป่วยกัดลิ้น		
11	ปัจจุบันการโทรสายด่วน 1669 ไม่จำเป็นต้องบอกสถานที่เนื่องจากสามารถค้นหาได้จากสัญญาณโทรศัพท์		
12	การเปิดทางเดินหายใจในผู้ป่วยหมดสติที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุทำได้โดยกดหน้าผากและเขยคางผู้ป่วยขึ้น		
13	การปฐมพยาบาลแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกให้ใช้ยาสีฟันทาที่แผลเพื่อลดความเจ็บปวด แสบ ร้อน		
14	สิ่งสำคัญที่สุดในสถานการณ์ฉุกเฉินคือ ตัวผู้ช่วยเหลือต้องปลอดภัย		
15	การเจ็บป่วยฉุกเฉินคือการได้รับบาดเจ็บหรือป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตหรืออวัยวะสำคัญ ต้องได้รับการจัดการบำบัดรักษาอย่างทันทีทัน่วงเพื่อป้องกันความรุนแรงหรือเสียชีวิต		

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชนในหมู่บ้าน

ข้อ	คุณสมบัติและบทบาทของอาสา ฉุกเฉินชุมชน	ระดับความพึงพอใจ				
		ไม่พึง พอใจ	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1	ความรู้ด้านการประเมินภาวะฉุกเฉิน การปฐมพยาบาล					
2	ทักษะการปฏิบัติ การประเมินภาวะ ฉุกเฉิน การปฐมพยาบาล					
3	การประสานงานกับประชาชนใน หมู่บ้าน					
4	การถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์ ฉุกเฉิน					
5	ให้บริการด้วยความเต็มใจ					
6	สามารถป้องกันตนเองและคนใกล้ตัว จากการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้					
7	สื่อสารแจ้งข่าวสารด้านการแพทย์ ฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง					
8	ติดตามและค้นหาความเสี่ยงด้าน การเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชนอย่าง สม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง หรือเมื่อมีภัยพิบัติ					



2394836863

ภาคผนวก ข แบบบันทึกเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุ

แบบบันทึกเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุ

วันที่ เดือน พ.ศ.

รายการ	บันทึกข้อมูล	หมายเหตุ
1) เวลารับแจ้งเหตุ		
2) ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย (ผู้แจ้งเหตุฉุกเฉิน)		
3) เหตุการณ์ อาการผู้ป่วย		
4) สถานที่เกิดเหตุ		
5) เวลาส่งการ		
6) เวลาออกปฏิบัติการ		
7) หมายเลขกิโลเมตร		
9) เวลาถึงที่เกิดเหตุ		
10) หมายเลขกิโลเมตร		
11) เวลาออกจากที่เกิดเหตุ		
12) เวลาถึงโรงพยาบาล		
13) หมายเลขกิโลเมตร		

จำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ..... คน

1).....

2).....

3).....

ภาคผนวก ค แบบประเมินการทดสอบภาคปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (BCLS)

แบบประเมินการทดสอบภาคปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (BCLS)

คนที่.....ชื่อ-สกุล.....			
เกณฑ์การประเมิน	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
1. ตำแหน่งการวางมือถูกต้อง lower haft of sternum			
2. ท่าทางถูกต้อง กดด้วยสันมือ แขนตั้งตั้งฉาก จุดหมุนเป็นเอว			
3. ความลึกของการกดหน้าอก 2-2.5 นิ้ว (5-6 cms.)			
4. ความเร็ว 100-120 ครั้ง/นาที			
5. fully recoil มีการกลับคืนของทรวงอกเต็มที่ทุกครั้ง			
6. ทำ head tilt chin lift ระหว่างรอกดหน้าอก			
7. การช่วยหายใจ 2 ครั้ง ถูกต้องทุกครั้งและมากกว่าหรือเท่ากับ 1 วินาที หน้าอกขยายตัว			
8. ทำการรอกดหน้าอก ครบ 5 cycle			
9. สลับกันทำ CPR ของแบบ 2 คน จนครบ 5 cycle			
10. หยุดปั๊มหัวใจ น้อยกว่า 10 วินาที			
รวม			
เกณฑ์การประเมินต้อง ได้ คะแนน 8 ข้อขึ้นไปผ่าน		
ไม่ผ่าน		



2394836863

TP :Thesis 59059547 independent study / recv : 23072561 23:00:23 / seq : 4

ภาคผนวก ง แบบประเมินการปฐมพยาบาล

แบบประเมินการปฐมพยาบาล

ผู้ประเมิน.....

ผู้ถูกประเมิน ชื่อ.....นามสกุล.....

รายการ	ผลการประเมิน	
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. การประเมินความปลอดภัยของสถานที่เกิดเหตุ		
2. การป้องกันตนเอง		
3. การควบคุมสถานการณ์		
4. ประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วย		
5. เรียกขอความช่วยเหลือ		
6. กด 1669		
7. รายงานชื่อผู้แจ้งเหตุ		
8. รายงานเหตุการณ์ จำนวนผู้ป่วย/บาดเจ็บ		
9. แจ้งสถานที่เกิดเหตุ		
10. จัดทำเปิดทางเดินหายใจ		
11. ประเมินและระวังการบาดเจ็บที่ศีรษะ/คอ/สันหลัง		
12. คำชีพจร		
13. ประเมินบาดแผล		
14. ห้ามเลือด		
15. ตามกระดุก		
16. การยกและเคลื่อนย้าย		

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก จ แบบทดสอบสำหรับผู้สมัครเพื่อเป็นอาสาสมัครเงินชุมชน (อฉช.)

แบบทดสอบสำหรับผู้สมัครเพื่อเป็นอาสาสมัครเงินชุมชน (อฉช.) จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง จงเลือกคำตอบที่ถูกต้อง และให้ทำเครื่องหมาย กากบาท (X) ลงในกระดาษคำตอบ

1. ข้อใด ไม่ใช่คุณสมบัติของ อาสาสมัครเงินชุมชน (อฉช.)
 - ก. ต้องทำแบบทดสอบถูก อย่างน้อย 12 ข้อ ขึ้นไป
 - ข. ต้องมีอายุ 7 ปีขึ้นไป
 - ค. ต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป
 - ง. ต้องมีจิตอาสา
2. การขอความช่วยเหลือจากทีมแพทย์ฉุกเฉินผ่านสายด่วน
 - ก. หมายเลข 1 6 6 9
 - ข. หมายเลข 1 9 9 6
 - ค. หมายเลข 1 6 9 9
 - ง. หมายเลข 1 9 6 6
3. ข้อใด ไม่ใช่ บทบาทของอาสาสมัครเงินชุมชน (อฉช.) ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
 - ก. แจ้งเหตุเพื่อขอความช่วยเหลือ
 - ข. นำส่งผู้บาดเจ็บสาหัสได้โดยไม่ต้องรอทีมแพทย์ฉุกเฉิน
 - ค. ช่วยเหลือให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้
 - ง. แจ้งข่าวให้คนในชุมชนป้องกันตัวเอง จากอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้
4. ข้อใดเป็นประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ เมื่อเป็นอาสาสมัครเงินชุมชน (อฉช.)
 - ก. มีสิทธิได้รับเข็มเชิดชูเกียรติ “คนทำดี” ตามหลักเกณฑ์ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด
 - ข. เข้าโรงพยาบาลเอกชน รักษาพยาบาลฟรี
 - ค. สามารถเปิดคลินิก รักษา/จ่ายยา ได้
 - ง. ถูกทุกข้อ
5. ข้อใด ถูกต้อง เกี่ยวกับหมายเลขขอความช่วยเหลือ สายด่วน 1669
 - ก. โทรฟรีเฉพาะ จากโทรศัพท์สาธารณะ
 - ข. โทรฟรีเฉพาะ จากโทรศัพท์บ้าน
 - ค. โทรฟรีจากโทรศัพท์ทุกระบบ
 - ง. โทรฟรีเฉพาะ จากโทรศัพท์มือถือทุกเครือข่าย

6. ข้อใดเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน
- ปวดท้องรุนแรง, อุจจาระร่วงหลายครั้ง
 - เลือดออกทางช่องคลอด, เจ็บท้องใกล้คลอด
 - ได้รับสารพิษ, ยาพิษ, ลัทธิมีพิษกัดต่อย, ตกจากที่สูง, บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร
 - ถูกทุบข้อ
7. ข้อใดต่อไปนี้เป็นผู้ต้องเกี่ยวกับศูนย์รับแจ้งเหตุประจำจังหวัด สายด่วน1669
- เป็นศูนย์ที่รับแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือผู้ป่วย เจ็บป่วยฉุกเฉิน มีอยู่ประจำทุกจังหวัด
 - ตั้งอยู่ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เท่านั้น
 - เป็นศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ทุกประเภท เช่น หมาหาย แมวตกท่อ ภูเขาบ้าน รถเสีย เป็นต้น
 - เป็นศูนย์รับแจ้งเพื่อขอใช้บริการ รับผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด
8. ข้อใดเป็นการปฐมพยาบาล กรณีมีบาดแผลและมีเลือดไหล
- ไม่ต้องทำอะไร เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
 - ไม่ต้องทำอะไร รีบนำส่งโรงพยาบาล
 - ใช้ผ้าสะอาดปิดบาดแผลไว้ถ้าเลือดออกมากให้ใช้ผ้ายึดพันทับอีกชั้น
 - ถูกทุกข้อ
9. ข้อใดเป็นการดูแลผู้บาดเจ็บ กรณีอวัยวะถูกตัดขาด
- ไม่ต้องทำอะไร รีบนำส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด
 - นำอวัยวะใส่ถุงพลาสติกรัดปากถุง ใส่ภาชนะที่เย็น/มีน้ำแข็งรอบ ๆ ห้ามแช่อวัยวะในน้ำแข็งโดยตรง
 - นำอวัยวะถูกตัดขาดแช่ในน้ำแข็งโดยตรง
 - ถูกทุกข้อ
10. ถ้าท่านพบเด็กตกต้นไม้ขาปวดบวมผิดรูป หลังจากแจ้งขอความช่วยเหลือ ท่านจะให้การช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างไร
- ทา-นวดน้ำมัน
 - พยายามตัดขาที่บวมผิดรูปเข้าที่
 - ให้นอนนิ่ง ๆ หากไม่มาตามไว้ประคบด้วยน้ำแข็งถ้าปวดมาก
 - ตามหมอพื้นบ้านมาบีบนวด เพื่อจัดกระดูกให้



239486863

11. ท่านจะแจ้งเหตุเพื่อขอความช่วยเหลือจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ข้อมูลที่ท่านต้องแจ้ง คือ
- ชื่อ-นามสกุล เบอร์โทรศัพท์ติดต่อกลับ ของผู้แจ้งเหตุ
 - จุดที่เกิดเหตุและสถานที่ใกล้เคียงที่สังเกตเห็นได้ง่าย
 - ประเภทเหตุการณ์หรืออาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่ผู้ป่วยเป็น จำนวนผู้ป่วย (กรณีมีหลายราย)
 - ต้องแจ้งข้อมูลทุกข้อ
12. นาย ก. ถูกน้ำแกงลวก ขณะกำลังทำกับข้าว ท่านจะให้การช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างไร
- ล้างด้วย น้ำธรรมดาหรือน้ำเย็น ที่สะอาด
 - ใช้ยาสีฟัน ทา
 - ใช้น้ำปลา ล้างแผล
 - ทำตุ่มน้ำที่พองให้แตก
13. อาการใดต่อไปนี่ที่มีความเสี่ยงจะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
- เจ็บแน่นหน้าอก เหมือนมีอะไรมาทับหรือบีบรัด
 - เจ็บหน้าอกนานกว่า 20 นาทีบางที่มีปวดร้าวไปที่แขน
 - มีอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้เหงื่อออก ใจสั่น
 - ถูกทุกข้อ
14. การปฐมพยาบาล ผู้ป่วยเด็ก ชักจากไข้สูง คือ ข้อใด
- โทรสายด่วน 1669 และใช้ช้อนหรือนิ้วมือ งดปากผู้ป่วยขณะชัก
 - โทรสายด่วน 1669 และเช็ดตัวลดไข้รอทีมแพทย์ฉุกเฉิน
 - โทรสายด่วน 1669 และจับยัด เพื่อป้องกันบาดเจ็บในขณะที่ชักอยู่
 - โทรสายด่วน 1669 ไม่ต้องทำอะไร รอทีมแพทย์ฉุกเฉิน
15. ข้อใดต่อไปนี้เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ต้องขอความช่วยเหลือ ผ่านสายด่วน 1669
- นายบุญชัย หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้
 - นายบุญช่วย มีไข้สูงและชักเกร็ง
 - นายบุญชูเจ็บแน่นหน้าอก นานกว่า 20 นาทีเหงื่อออก ใจสั่น
 - ถูกทุกข้อ



2394836863

16. การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) จะทำเมื่อใด
- ผู้ป่วย เหนื่อย อ่อนเพลีย
 - ผู้ป่วย หยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้น
 - ผู้ป่วย นอนนิ่ง ๆ แต่ยังมีหายใจ
 - ผู้ป่วย บอกว่าแน่นหน้าอก
17. ถ้าพบผู้ป่วยหมดสติควรปฏิบัติอย่างไร
- ทำการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ทันทีเสมอ
 - ไม่ต้องทำอะไร รีบนำส่งโรงพยาบาล
 - ปลุกเรียกไม่ตอบสนอง โทร 1669 ตรวจสอบไม่หายใจ ทำการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ทันที
 - ตรวจสอบไม่หายใจ รีบนำส่งโรงพยาบาล
18. การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) โดยการกดนวดหัวใจที่ถูกต้องทำอย่างไร
- กดหน้าอก 100 ครั้งต่อนาที
 - ให้ใช้สันมือเพียงข้างเดียวในการกดนวดหัวใจ
 - กดนวดหัวใจ 5 นาทีหยุดพัก 5 นาที
 - เป็นหน้าที่เฉพาะ แพทย์และพยาบาลเท่านั้น ที่ทำได้
19. วิธีที่ถูกต้องในการตรวจสอบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวหรือไม่คือ ข้อใด
- เขย่าศีรษะ/ตบหน้า ผู้ป่วยแรง ๆ
 - เขย่าบริเวณหัวไหล่ พร้อมเรียกผู้ป่วยดัง ๆ
 - ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำหรืออาหาร
 - โดยการกดนวดหัวใจ (CPR)
20. การปฐมพยาบาล ผู้ป่วยที่มีแผลจากวัตถุแทงหักคาคือ ข้อใด
- ห้ามดึง วัตถุที่หักคานั้นออก
 - ยึดวัตถุที่หักคาคาบอวัยวะนั้นให้อยู่นิ่ง
 - ห้ามเลือด โดยใช้ผ้าแห้งสะอาดปิดแผลหนา ๆ ปิดบริเวณรอบวัตถุนั้น
 - ถูกทุกข้อ



บรรณานุกรม

- กษมณท์ อร่ามวาณิชย์ และคณะ. (2559). **การแข่งขันทักษะการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ ประจำปี 2559** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ปัญญามิตร การพิมพ์.
- กัญญา วังศรี และคณะ. (2559). การจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร ณ จุดเกิดเหตุของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. **ศรีนครินทร์เวชสาร**, 32(4), 106–113.
- กิตติพงศ์ พลเสน และคณะ. (2559). **สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.).** สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2560, จาก <https://www.niems.go.th/th/Upload/File/256009151223199109vuel3zxcgLuQ2tpyG.pdf>.
- ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล และคณะ. (2556). เหตุใดคนเชียงใหม่เมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุจึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินบริการ. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**, 6(2), 268–277.
- ธงชัย อามาตย์บัณฑิต และคณะ. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานีเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**, 11(1), 37–46.
- นริสสา พัฒนปรีชาวงศ์, รัญชนา สิ้นธวาลัย และนภิสพร มีมงคล. (2555). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล. **วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น**, 17(6), 911–932.
- น้ำทิพย์ วิภาวิน. (2558). เครือข่ายสังคมในสังคมเครือข่าย. **ว. วิจัยสมาคมห้องสมุดฯ**, 8(2), 120–126.
- พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2551.** (2551). สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2560. จาก <http://www.niems.go.th/th/View/Page.aspx?PageId=25560110092228962>.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2558). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. **วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก**, 27(2), 85–99.

- รัตน์นทร์ ภูมิวิเศษ. (2555). **รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลในการเสริมความรู้ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดสุพรรณบุรี**. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยศรีสคาลัยน, กรุงเทพฯ.
- รุจิวรรณ ยมศรีเคน แสงลุน. (2559). **การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพอาสาฉุกเฉินชุมชนกลุ่ม อสม.ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (AMI)อำเภอช้างสูง จังหวัดขอนแก่น**. รายงานโครงการวิจัย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สืบค้นเมื่อ 29 พฤษภาคม 2560, จาก [:http://www.niems.go.th/th/Upload/File/255911291513128919_HHAJSpzpBnJkJjn.pdf](http://www.niems.go.th/th/Upload/File/255911291513128919_HHAJSpzpBnJkJjn.pdf).
- วิไลภรณ์ ศิริกา และคณะ. (2559). **การพัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น**. รายงานโครงการวิจัยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. สืบค้นเมื่อ 29 พฤษภาคม 2560, จาก: <http://www.niems.go.th/>.
- วุฒิชัย ก้อนแปง. (2560). **Home ward 4G smart life (ระบบนำทาง Home ward อัจฉริยะยุค 4G)**. โรงพยาบาลพาน. สืบค้นเมื่อ 12 กันยายน 2560 จาก <http://phanhospital.go.th/phanhospital/>.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2556). **คู่มืออาสาฉุกเฉินชุมชน**. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2560 http://www.niems.go.th/th/Upload/File/255608011613371971_jbvgecEoaqYSIvaX.pdf.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2557). **การดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (พิมพ์ครั้งที่ 2)**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อาร์ตควอลิตี้ไฟท์.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2559). **แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 (พิมพ์ครั้งที่ 1)**. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น.
- สุพรรณวดี ภิญโญ และคณะ. (2555). **การรับรู้และความคาดหวังของต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี**. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2560 http://www.niems.go.th/th/Upload/File/255608011613371971_jbvgecEoaqYSIvaX.pdf.

เสวี พงศ์พิศ. (2555). เอกสารประกอบปาฐกถาำในการสัมมนาทางวิชาการการพัฒนา
ชุมชน/สังคม ครั้งที่ 4. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2560. [http://www.phongphit.com/
/2013/index.php/2012-12-06-11-46-30/item/69](http://www.phongphit.com/2013/index.php/2012-12-06-11-46-30/item/69).



2394836863

UP iThesis 59059547 independent study / recv: 23072561 23:00:23 / seq: 4

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	บรรจง กาวิละมูล
วัน เดือน ปี เกิด	15 กรกฎาคม 2521
สถานที่เกิด	ลำปาง
วุฒิการศึกษา	พ.ศ.2543 วทบ.(พยาบาลศาสตรบัณฑิต)วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลำปาง,ลำปาง
ที่อยู่ปัจจุบัน	225/1 หมู่ 9 ตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย
ผลงานตีพิมพ์	บรรจง กาวิละมูล. (ผู้บรรยาย). (17 มิถุนายน 2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชน ตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. ใน การประชุมวิชาการบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 3 (หน้า 144-158). พะเยา: กองบริหารงานวิจัยและประกันคุณภาพการศึกษา มหาวิทยาลัยพะเยา



2394836863