



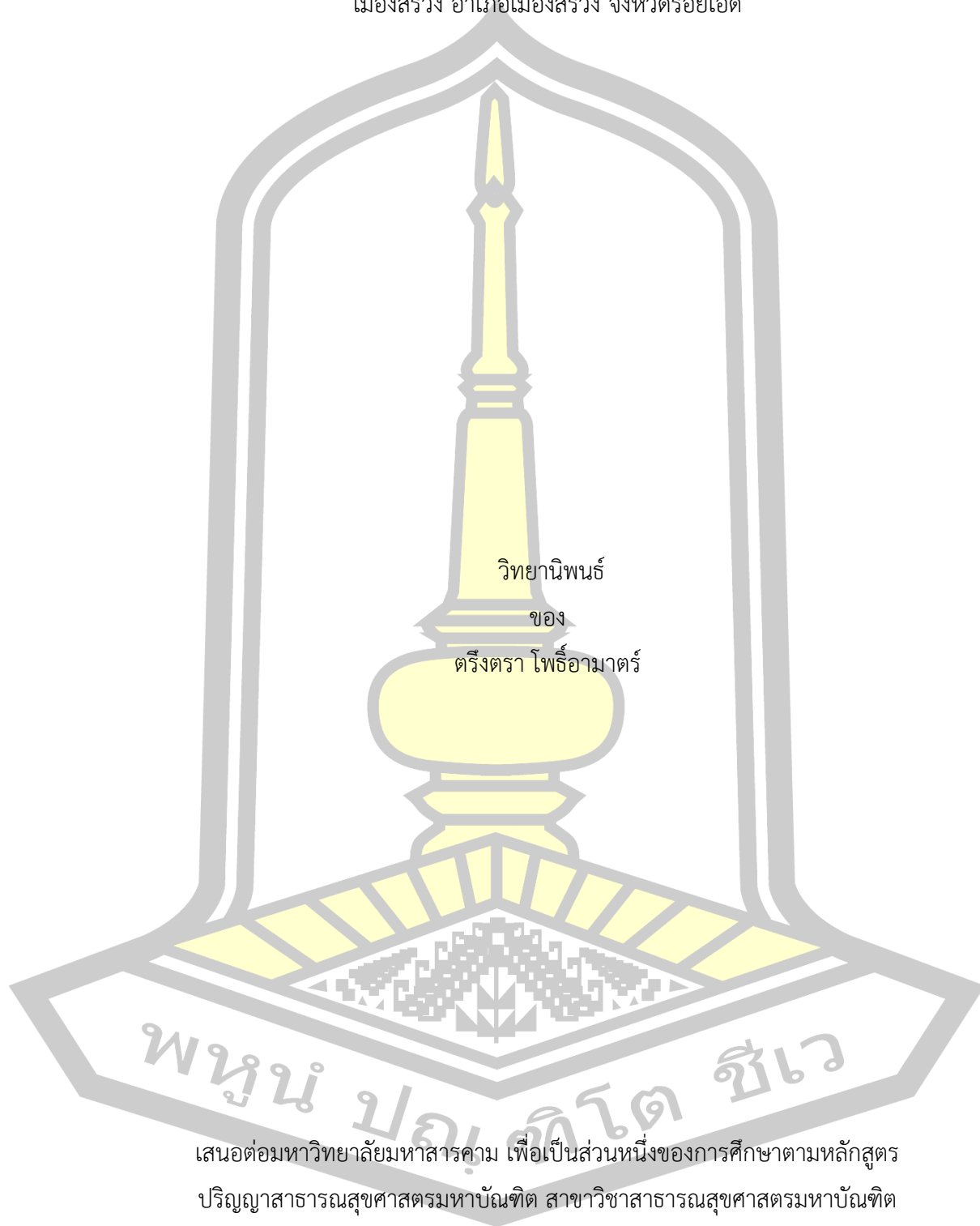
การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ตำบล
เมืองสรวง อำเภอมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

วิทยานิพนธ์
ของ
ตริงตรา โพธิ์อำมาตร์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
พฤษภาคม 2562

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ตำบล
เมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

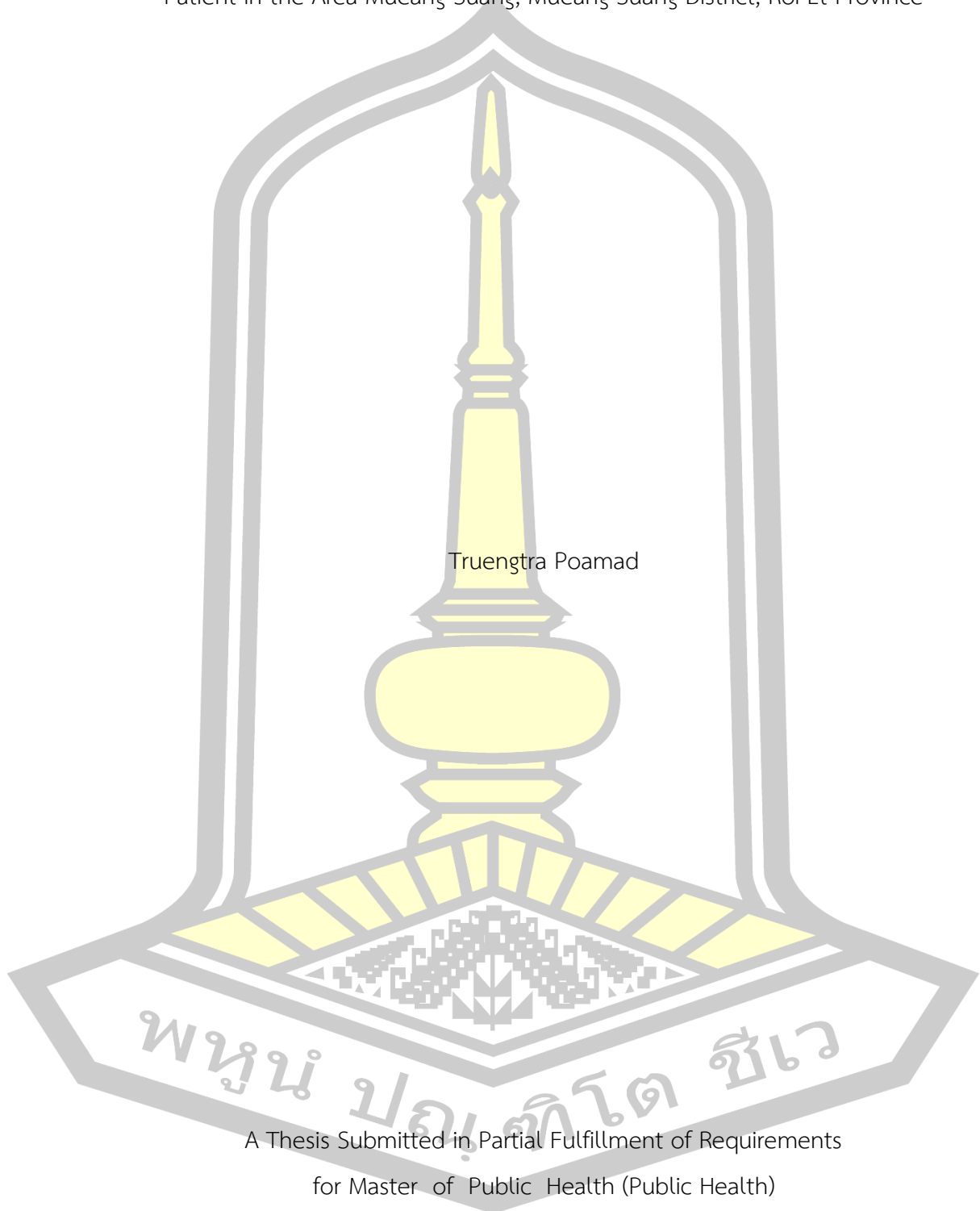


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤศจิกายน 2562

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Model Development for Emergency Medical Service Accessibility among Stroke
Patient in the Area Mueang Suang, Mueang Suang District, Roi Et Province



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health)

November 2019

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวตริงตรา โพธิ์อำ
มาตร์ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. นิรุวรรณ เทิร์นโบล์)

.....กรรมการ

(อ. ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(อ. ดร. เสฐียรพงษ์ ศิวินา)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทาลัย
มหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. วิทยา อยู่สุข)

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีคณะสาธาณสุขศาสตร์

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด		
ผู้วิจัย	ตรีงตรา โพธิ์อำมาตร์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิรุวรรณ เทรินโบล์		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	บัณฑิต	ปีที่พิมพ์	2562

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความจำเป็นในการเข้าถึงบริการด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้ระยะเวลาที่ชัดเจน รวดเร็วและได้มาตรฐาน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 21 คน ในการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการและสนทนากลุ่ม เพื่อหารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน และสัมภาษณ์ด้านความรู้ ทัศนคติด้านโรคหลอดเลือดสมองและการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเมืองสรวง จำนวน 91 คน ด้วยเครื่องมือที่ทดสอบคุณภาพด้านความเชื่อมั่น ด้านความรู้ ทัศนคติ และความพึงพอใจกับกิจกรรมที่ดำเนินการ ที่ระดับ 0.83, 0.84, 0.88 ตามลำดับ โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในการทดสอบ

ผลการวิจัยพบว่า จากการประชุมเชิงปฏิบัติการและสนทนากลุ่ม รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในส่วนของนอกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลได้กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีการใช้เครื่องมือแบบประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้น Cincinnati และปรับปรุงแบบประเมิน LAPSS มาใช้ในการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินรวมถึงการดูแลในชุมชนของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการนำสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นแนวทางสำหรับการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล รวมถึงปรับปรุงการประชาสัมพันธ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉินและภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนให้มีความต่อเนื่อง และจากการทำกิจกรรมในคลินิกโรคเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและความรู้

เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนพัฒนาอยู่ในระดับต่ำ หลังพัฒนาอยู่ในระดับสูง มีทัศนคติและความเชื่อก่อนพัฒนาอยู่ในระดับพอใช้ หลังพัฒนาอยู่ในระดับดี และมีความพึงพอใจกับกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินทำให้การปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินมีความชัดเจนและมีมาตรฐาน โดยคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ที่เกิดเหตุเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาด้วยระบบทางด่วนพิเศษอย่างทันท่วงที สร้างความเชื่อมั่นในบริการทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และควรมีการประชาสัมพันธ์เพื่อสื่อสารข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความตระหนักรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

คำสำคัญ : บริการการแพทย์ฉุกเฉิน, โรคหลอดเลือดสมอง



TITLE	The Model Development for Emergency Medical Service Accessibility among Stroke Patient in the Area Mueang Suang, Mueang Suang District, Roi Et Province		
AUTHOR	Truengtra Poamad		
ADVISORS	Assistant Professor Niruwan Turnbull , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2019

ABSTRACT

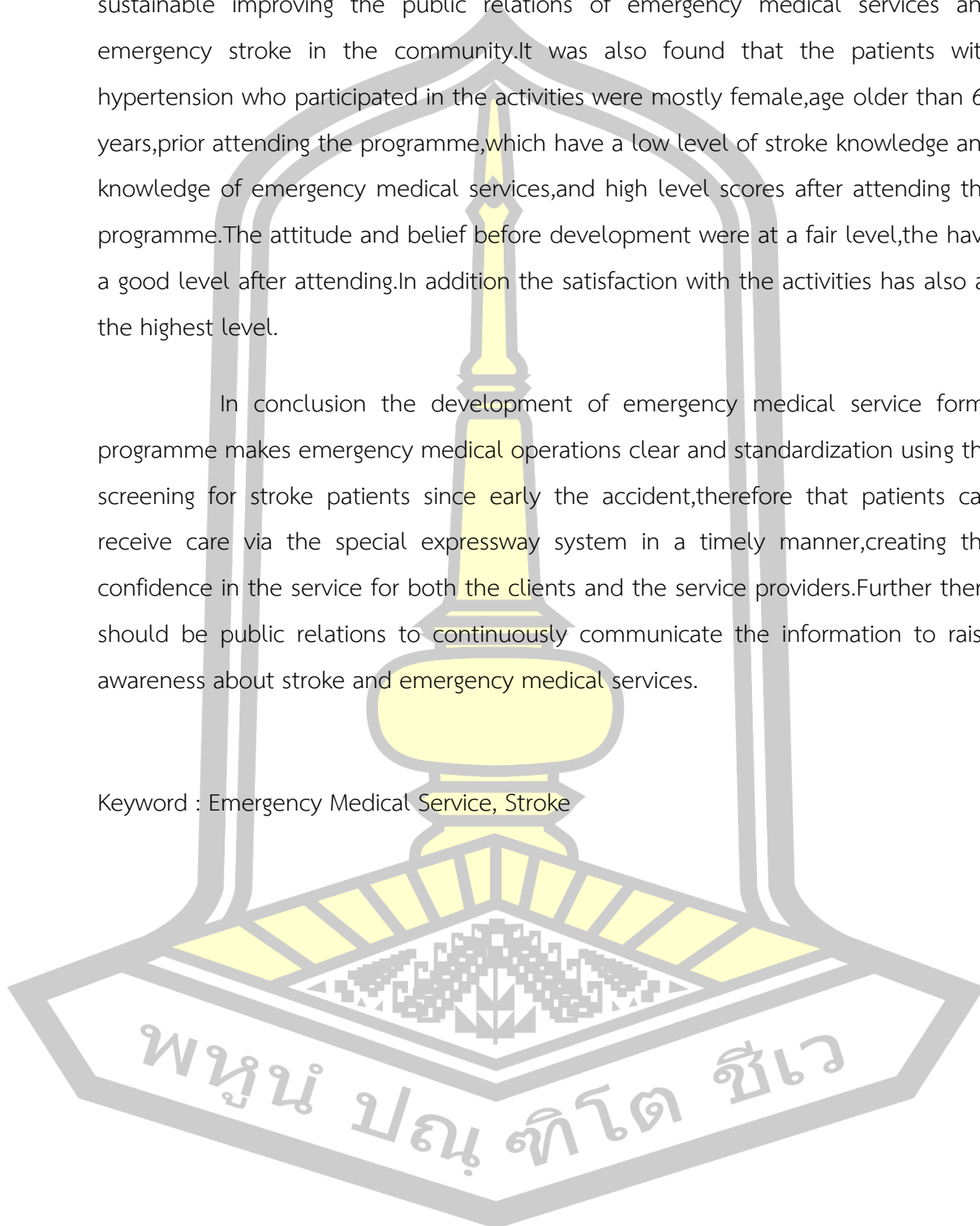
Stroke patients are required to access the service through the emergency medical service system because the care for stroke patients required a clear duration of the standardization. This research is an action research aims to develop a model for accessing emergency medical services for stroke patients in the area Mueang Suang subdistrict Mueang Suang District, Roi Et. The sample group consisted of 21 stakeholders and caregivers of stroke patients participating in the workshops and group discussions to find the forms of access to emergency medical services together with the knowledge and attitude interview of 91 hypertension patients about stroke and emergency medical service of Chronic Disease Clinic Mueang Suang Hospital. Using the structured interviews with the quality of confidence for knowledge, attitude and satisfaction for the activities after participation the programme with score 0.83, 0.84, 0.88 respectively.

The results of the study showed that the emergency medical service access model, for the practice of emergency medicine outside the hospital, has established guidelines for caring for stroke patients testing by the Cincinnati Basic Stroke Assessment tool and the LAPSS assessment form to evaluation of the emergency medicine operations, including the care from healthcare professional in local community and out-patients who suspected the stroke, including regulation the

guideline of screening and care for outpatients at the hospital as well as for sustainable improving the public relations of emergency medical services and emergency stroke in the community. It was also found that the patients with hypertension who participated in the activities were mostly female, age older than 60 years, prior attending the programme, which have a low level of stroke knowledge and knowledge of emergency medical services, and high level scores after attending the programme. The attitude and belief before development were at a fair level, they have a good level after attending. In addition the satisfaction with the activities has also at the highest level.

In conclusion the development of emergency medical service forms programme makes emergency medical operations clear and standardization using the screening for stroke patients since early the accident, therefore that patients can receive care via the special expressway system in a timely manner, creating the confidence in the service for both the clients and the service providers. Further there should be public relations to continuously communicate the information to raise awareness about stroke and emergency medical services.

Keyword : Emergency Medical Service, Stroke



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากท่าน อาจารย์ที่ปรึกษา ขอขอบคุณท่าน ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ ให้การช่วยเหลือและเป็นกำลังใจในการดำเนินงานตลอดการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณผู้บังคับบัญชา ขอขอบคุณท่าน นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายูหะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองสรวง นางดวงเดือน ศรีมาตี หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล นางสะอาด กองทุ่งมน หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ที่สนับสนุน ให้คำแนะนำและคอยช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ตั้งแต่เริ่มดำเนินการ

ขอขอบคุณท่าน ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด นางสาวศุภลักษณ์ ต้นทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดร้อยเอ็ด นางปิยะนุช บุญวิเศษ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมืองสรวง ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้คำแนะนำทางวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชทุกท่าน เจ้าหน้าที่งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เจ้าหน้าที่รพ.สต. เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ชีพ อาสาสมัครครอบครัว แกนนำชุมชนตำบลเมืองสรวง ผู้รับบริการคลินิกพิเศษโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในพื้นที่ทำให้งานสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

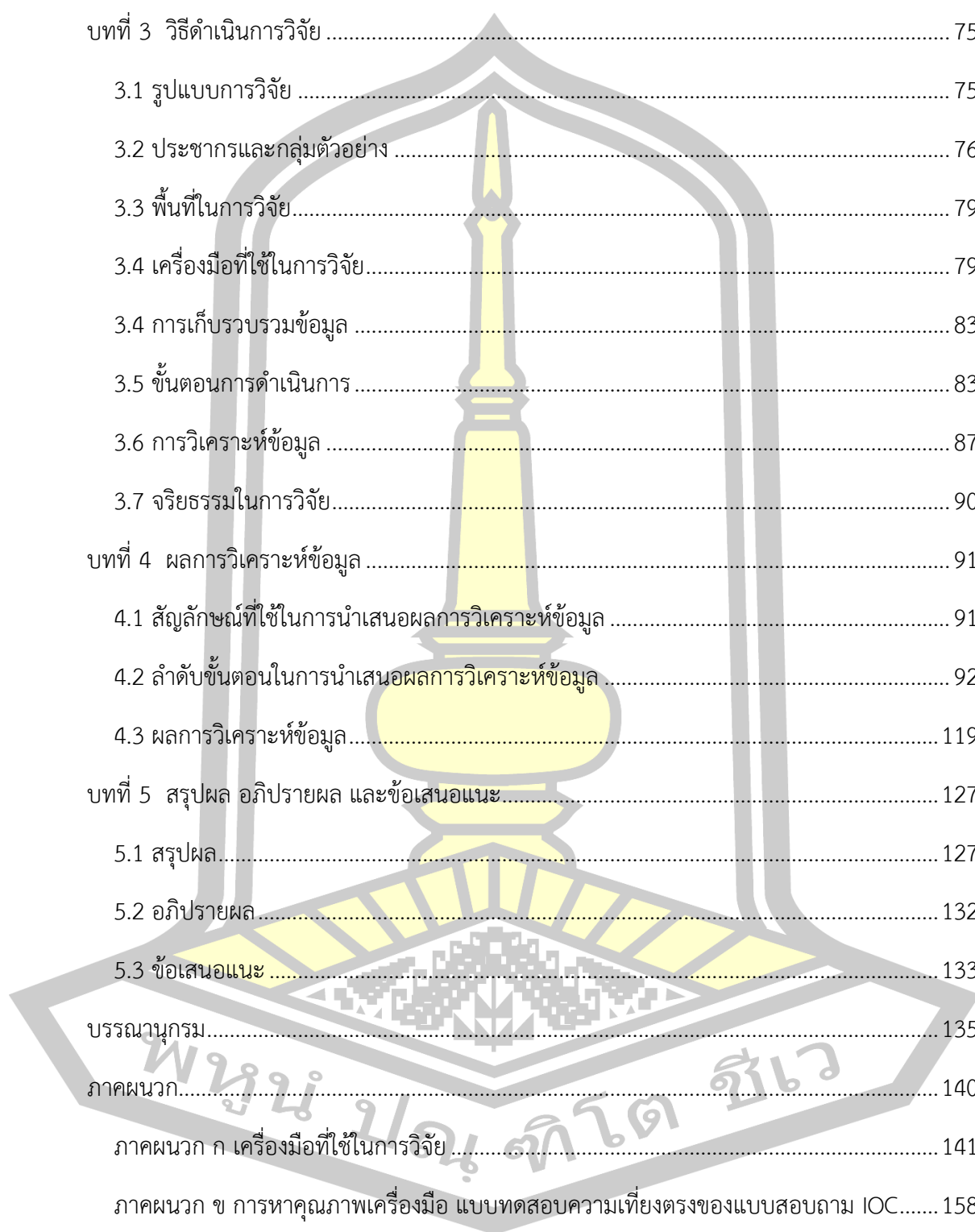
ตริังตรา โพธิ์อำมาตย์

พหุ อนุ ทิโต ชีเว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 คำถามของการวิจัยความมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	4
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล	7
2.1 การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....	7
2.2 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	8
2.3 โรคหลอดเลือดสมอง.....	33
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้.....	41
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติและความเชื่อ	45
2.6 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบ.....	50
2.7 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	52
2.8 การมีส่วนร่วมในชุมชน.....	66
2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	68

2.10 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	73
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	75
3.1 รูปแบบการวิจัย	75
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	76
3.3 พื้นที่ในการวิจัย.....	79
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	79
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	83
3.5 ขั้นตอนการดำเนินการ	83
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	87
3.7 จริยธรรมในการวิจัย.....	90
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	91
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	91
4.2 ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	92
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	119
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	127
5.1 สรุปผล.....	127
5.2 อภิปรายผล.....	132
5.3 ข้อเสนอแนะ	133
บรรณานุกรม.....	135
ภาคผนวก.....	140
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	141
ภาคผนวก ข การหาคุณภาพเครื่องมือ แบบทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม IOC.....	158
ประวัติผู้เขียน.....	166



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	93
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม (n = 91).....	96
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายข้อ	97
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม (n = 91)...	99
ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นรายข้อ.....	99
ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละและระดับทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n =91 Missing 1)	100
ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินรายข้อ	101
ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละและระดับความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม (n =91).	101
ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินราย ข้อ	102
ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	108
ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม (n = 91)....	111
ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายข้อ.....	111
ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม (n = 91)114	114
ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นรายข้อ.....	114
ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละ..และระดับทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n =91).....	116
ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รายข้อ.....	117
ตารางที่ 17 จำนวน ร้อยละ..และระดับความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม (n =91)	118

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รายชื่อ.....	118
ตารางที่ 19 จำนวนตัวอย่าง (n) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าความคลาดเคลื่อน มาตรฐาน (SE) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ของความแตกต่างในการเปรียบเทียบ ของคะแนนก่อนและหลังการทำกิจกรรม.....	119
ตารางที่ 20 รายงานการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	120
ตารางที่ 21 จำนวน ร้อยละ และระดับความพึงพอใจ โดยรวม (n =91).....	121
ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความพึงพอใจ รายชื่อ	121
ตารางที่ 23 จำนวน ร้อยละ และระดับการมีส่วนร่วม โดยรวม (n =21).....	122
ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการมีส่วนร่วม รายชื่อ	123



บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

จากสถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ได้มีการรายงานจากองค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิงและสูงเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวม ปี พ.ศ. 2557-2559 เท่ากับ 38.63, 43.28 และ 43.54 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้นทุกปีและยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด เป็น 1.5 – 2 เท่าตัว แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยเพราะนอกจากโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ แล้วยังเป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับประชากรทุกคนและทุกวัย อีกทั้งผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการกลายเป็นภาระกับคนในครอบครัว ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จึงเป็นปัญหาที่ทุกคนควรตระหนักและร่วมกันดูแลป้องกัน (ณัฐฉิรวรรณ พันธุ์มุง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ และอาามีนะห์ เจ๊ะปอ, 2561)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงทำให้สมองหยุดทำงานเฉียบพลันส่งผลให้เซลล์สมองตายในที่สุด ทำให้เกิดอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใดเป็นนาทีหรือเป็นชั่วโมงโดยสามารถจำแนกเป็น 2 ประเภทตามลักษณะที่เกิด คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน (Ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ปัจจุบันวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้พัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง วิธีที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันวิธีหนึ่ง คือการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ซึ่งมีข้อจำกัดในการดำเนินการที่สำคัญคือระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมงแรก ดังนั้นเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจึงมีความสำคัญมากในการประเมิน ซึ่งจะช่วยให้ทราบ เวลาเริ่มมีอาการ (Stroke

Onset) ที่ชัดเจนเพื่อพิจารณาเข้าสู่ระบบทางด่วนพิเศษในโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) เพื่อไม่ให้เกิดความสูญเปล่าที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษาที่ดีที่สุด ดังนั้นการจัดการให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพและเข้าถึงระบบการดูแลอย่างรวดเร็วและปลอดภัยจึงเป็นผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยอย่างแน่นอนโดยในส่วนของ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินได้จัดให้มีงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ต่างๆ คือ การออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะเร่งด่วนให้ได้รับการดูแลรักษา การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความสำคัญต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินนอกจากจะทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างทันที่ (นันทวรรณ ทิพยเนตร และวชิร ชนบุตร, 2559)

จากรายงานตัวชี้วัด EMS คุณภาพโรงพยาบาลเมืองสรวงพบว่าผลการปฏิบัติงานด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอเมืองสรวงมีการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี 2559, 2560 และ 2561 (ข้อมูล ณ วันที่ 13 ก.ค. 2561) 36, 27 และ 23 ตามลำดับ โดยในปี 2559 มีผู้ป่วยทุพพลภาพ คิดเป็นร้อยละ 63.88 และมีผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 36.11 ในปี 2560 มีผู้ป่วยทุพพลภาพ คิดเป็นร้อยละ 70.37 และมีผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 11.11 และในปี 2561 (ข้อมูล ณ วันที่ 13 กรกฎาคม 2561) มีผู้ป่วยทุพพลภาพ คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 20.83 โดยมีการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปี 2559 คิดเป็น ร้อยละ 2.77 ในปี 2560 คิดเป็นร้อยละ 48.15 และในปี 2561 (ข้อมูล ณ มิถุนายน 2561) คิดเป็นร้อยละ 58.33 จากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดของพื้นที่อำเภอเมืองสรวง จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวข้างต้น จึงได้ทำการสำรวจข้อมูลการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเมืองสรวง พบว่ามีผู้ป่วยที่ยังไม่รู้จักรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินและผู้ที่ยังไม่รู้จักรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่ไม่ได้เรียกใช้บริการโดยมีเหตุผลสำคัญคือ คิดว่าเป็นอาการที่ไม่ฉุกเฉินสามารถรอได้ มีรถยนต์ส่วนตัว และมีอาการอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองรวมถึงขอความช่วยเหลือลำบาก ทำให้เข้ารับการรักษาที่ล่าช้า ซึ่งเวลาในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญและผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาภายใน 270 นาที หลังจากเริ่มมีอาการ ดังนั้นการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยขั้นตอนในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วย 1. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) 2. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) 3. การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) 4. การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On Scene Care) 5. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in Transit) และ 6. การนำส่งสถานพยาบาลเพื่อรับการรักษา (Transfer to definitive care) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนมีการกำหนดระยะเวลาในการปฏิบัติในแต่ละบริบทพื้นที่เพื่อให้ได้ตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติอย่างชัดเจน โดยในบริบทพื้นที่อำเภอเมืองสรวง ได้มีข้อตกลงในการออกปฏิบัติการคือ ระยะเวลาจากการรับแจ้งเหตุถึงระยะเวลาที่ออกจากฐาน ใช้ระยะเวลาไม่เกิน 4 นาที ระยะเวลา

จากฐานถึงจุดเกิดเหตุและจากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาล นับตามจำนวนระยะทางเป็นกิโลเมตรโดยให้ 2-3 นาที/กิโลเมตร และระยะเวลาที่จุดเกิดเหตุไม่เกิน 10 นาที จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เริ่มตั้งแต่การพบเห็นเหตุการณ์และสามารถตรวจพบความผิดปกติทางการแพทย์ฉุกเฉินแล้วแจ้งเหตุได้อย่างถูกต้อง รวมถึงสามารถติดต่อสื่อสารและใช้บริการการพยาบาลโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายในระยะเวลา 4 นาที มีความจำเป็นต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างยิ่งเนื่องจาก โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ต้องเข้ารับการรักษาโดยมีกำหนดระยะเวลาในการรักษาที่ชัดเจนตั้งแต่เวลาเริ่มมีอาการจนถึงการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดในกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ซึ่งหากทำการรักษาไม่ทันในเวลาที่กำหนดจะทำให้เกิดทุพพลภาพและเสียชีวิต

แนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้วงจร Demming หรือ PDCA ซึ่งเป็นเครื่องมือในการปรับปรุงกระบวนการการทำงานประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) Plan การวางแผน 2) DO ปฏิบัติ 3) Check ตรวจสอบ 4) Act ปรับปรุงดำเนินการให้เหมาะสม มาใช้ในการดำเนินการโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมจากงานวิจัยของ บัญชร แก้วส่อง (2531 อ้างถึงใน ธกฤต จันทรพลงาม, 2558) ที่ได้นำแนวคิดของอकिन ระพีพัฒน์, เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง และคนอื่นๆ มาผสมผสานแนวคิดของ โคะเฮนและอัทซฮอฟ โดยกำหนดขั้นตอนการมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการพัฒนา 3) การมีส่วนร่วมในขั้นตอนดำเนินการ 4) การมีส่วนร่วมในขั้นรับผลที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนาและ 5) การมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผลโครงการพัฒนา โดยผู้วิจัยได้ประมวลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีการดำเนินการ คือ การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการหาแนวทางการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนพื้นที่เทศบาลตำบลเมืองสรวง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธกฤต จันทรพลงาม (2558) และงานวิจัยของ รัตนาภรณ์ ยนต์ตระกูล และคณะ (2558) ที่ได้มีสรุปผลในการวิจัยไว้ว่าระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและตามมาตรฐาน และงานวิจัยของนันทวรรณ ทิพยเนตร และวชิร ชนะบุตร (2559) ที่แสดงให้เห็นว่าความรู้ในอาการนำของโรคมีความจำเป็นเนื่องจากจะทำให้เกิดความตระหนักและทำให้เข้าถึงบริการช่องทางด่วนได้ดีขึ้น

จากสภาพปัญหาและการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินและได้รับการรักษาในระยะเวลาที่กำหนด

1.2 คำถามของการวิจัยความมุ่งหมายของการวิจัย

รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

1.3.1 ความมุ่งหมายทั่วไป เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2 ความมุ่งหมายจำเพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 การวิจัยครั้งนี้ เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยทำการประชุมเชิงปฏิบัติการในการหารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

1.4.2 รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

1.4.3 ด้านพื้นที่ ทำการศึกษาในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วยหมู่บ้านทั้งหมด 7 หมู่บ้าน มีจำนวนประชากรปี 2560 จำนวน 3,546 คน (ข้อมูลจาก HDC)

1.4.4 ด้านประชากร ทำการศึกษาเป็นกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่มคือ กลุ่มบุคลากรด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉินและเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 24 คน กลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากจำนวนประชากรทั้งหมด 3,546 คน

1.4.5 บริบทที่ทำการศึกษา

1.4.5.1 ข้อมูลการดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จ.ร้อยเอ็ด

1.4.5.2 ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการเข้ารับบริการด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

1.4.5.3 รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

1.4.5.4 ความรู้ ทักษะ และความเชื่อ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

การวิจัยในครั้งนี้ใช้นิยามศัพท์เฉพาะดังนี้

1.5.1 การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การพบเห็นเหตุการณ์และสามารถตรวจพบความผิดปกติทางการแพทย์ฉุกเฉินแล้วแจ้งเหตุได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นไปตามขั้นตอนในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วย 1) การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) 2) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) 3) การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) 4) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On Scene Care) 5) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in Transit) และ 6) การนำส่งสถานพยาบาลเพื่อรับการรักษา (Transfer to definitive care)

1.5.2 รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง รูปแบบการเข้าถึงนับตั้งแต่การรับรู้ถึงภาวะการเกิดโรค จนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษา การดำเนินการในการสื่อสารและเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่เทศบาลเมืองสรวง ตำบลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

1.5.3 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ระบบที่มีการเตรียมความพร้อมในด้านทรัพยากรและบุคคลที่จะให้บริการรักษาพยาบาลทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งนอกและในโรงพยาบาล มีการประเมินสภาพและปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉินเฉียบพลัน ให้พ้นจากภาวะวิกฤตนั้นด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง

1.5.4 บุคลากรด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ที่ขึ้นปฏิบัติงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการและได้ออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.5.5 ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองทั่วไป ประกอบด้วย 1) อาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าแขนหรือขาโดยเฉพะอย่างยิ่งซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอย่างทันทีทันใด 2) อาการสับสนพูดลำบากหรือพูดไม่รู้เรื่องทันทีทันใด 3) อาการมองเห็นไม่ชัด ตามัว 1 หรือ 2 ข้างทันทีทันใด 4) อาการเดินเซ เดินลำบากหรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัวและการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขนและขาทันทีทันใด 5) อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุทันทีทันใดและ 6) อาการกลืนน้ำลายไม่ได้หรือกลืนลำบากอย่างมากทันทีทันใด และต้องได้รับการดูแลรักษาภายใน 270 นาทีหลังเริ่มมีอาการ (คู่มือปฏิบัติงาน โรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปรับปรุงจากแนวทางการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองทั่วไป)

1.5.6 การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ หมายถึง การออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินและดูแลรักษาผู้ป่วย ณ จุดที่เกิดเหตุและระหว่างเคลื่อนย้ายนำส่งโรงพยาบาล

1.5.7 การนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุเพื่อนำส่งยังสถานพยาบาลแม่ข่ายของชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.5.8 การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล หมายถึง การเคลื่อนย้ายส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลรักษาสูงกว่าสถานพยาบาลแม่ข่ายของชุดปฏิบัติการ

1.5.9 ความรู้ หมายถึง ความรู้ในภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นและสามารถประเมินอาการนั้นๆ และความรู้ในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินตามภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นโดยจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

1.5.10 ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ภายหลังจากที่บุคคลได้รับประสบการณ์ในสิ่งนั้นอาจเป็นไปในทางบวก คือ เห็นชอบด้วยหรือสนับสนุนพอใจ หรือเป็นไปในทางลบ คือ ไม่ชอบ ไม่สนับสนุน ไม่พอใจหรือคัดค้าน ของประชาชนในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.5.11 ความเชื่อ หมายถึง ความสามารถในการคิดและเข้าใจข้อเท็จจริง ความรู้สึกนึกคิด แนวคิดและความรู้สึกของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การศึกษาการพัฒนากระบวนการการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ทำการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

- 2.1 การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2.2 ระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2.3 โรคหลอดเลือดสมอง
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้
- 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติและความเชื่อ
- 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบ
- 2.7 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
- 2.8 แนวคิดเกี่ยวกับชุมชน
- 2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.10 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ความหมายของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ได้ให้ความหมายของปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายความว่า “การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินนับแต่การรับรู้ถึงภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัด รักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉินซึ่งรวมถึงการประเมิน การจัดการ การประสานงาน การควบคุม ดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่ง การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล”

นิชาภัทร ชันสาคร และคณะ (2559) ได้อธิบายการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินไว้คือจากขั้นตอนปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อพิจารณาตามรูปร่างแสดงระบบการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะปกติและภัยพิบัติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระบวนการจะเริ่มตั้งแต่มีผู้พบเห็นเหตุการณ์และสามารถตรวจพบความผิดปกติทางการแพทย์ฉุกเฉินแล้วแจ้งเหตุได้อย่างถูกต้อง โดยศูนย์สั่งการระดับจังหวัดจะตอบสนองโดยการสั่งให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมกับความรุนแรงออก

รับผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินตามข้อมูลที่ได้รับ และเมื่อหน่วยปฏิบัติการไปถึงยังที่เกิดเหตุจะทำให้การรักษาเบื้องต้นและหากมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาในระดับที่สูงขึ้นก็จะมีขอความช่วยเหลือและนำส่งไปยังสถานพยาบาลระดับสูงขึ้น โดยทั้งนี้ได้มีการรักษาพยาบาลในระหว่างนำส่งเพื่อนำไปยังสถานพยาบาลระดับสูงที่พร้อมให้การรักษา โดยจากรายงานของคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ เรื่อง “ระบบการแพทย์ฉุกเฉินช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล” มีช่องว่างของการแพทย์ฉุกเฉินคือ การรับแจ้งเหตุฉุกเฉินขาดการเข้าถึงของประชาชน ประชาชนยังขาดความรู้และความเข้าใจในเรื่องภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ไม่มีทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ซึ่งการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในช่วงก่อนถึงโรงพยาบาลเป็นขั้นตอนของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความสำคัญที่สุด เพื่อช่วยชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ต้องปฏิบัติงานแข่งกับเวลาโดยเฉพาะในช่วงการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่นับตั้งแต่พบเหตุ แจ้งเหตุ จนถึงที่เกิดเหตุที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการระยะเวลาที่ชัดเจนเพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลโรค

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้สรุปความหมายการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ การพบเห็นเหตุการณ์และสามารถตรวจพบความผิดปกติทางการแพทย์ฉุกเฉินแล้วแจ้งเหตุได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นไปตามขั้นตอนในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วย 1) การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) 2) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) 3) การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) 4) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On Scene Care) 5) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in Transit) และ6)การนำส่งสถานพยาบาลเพื่อรับการรักษา (Transfer to definitive care)

2.2 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2.2.1 ความหมายของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

นิชาภัทร ชันสาคร และคณะ (2559) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service System) หมายถึง ระบบที่มีการเตรียมความพร้อมในด้านทรัพยากรและบุคคลที่จะให้บริการรักษาพยาบาลทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งนอกและในโรงพยาบาล โดยจัดให้มีการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์ ซึ่งมีส่วนร่วมจากทุกภาค ทุกองค์กรในชุมชน ทุกระดับ เน้นหนักในด้านความรวดเร็ว วิธีการดูแลรักษาที่ถูกต้อง การขนย้ายและนำส่งที่เหมาะสม โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและทั่วถึง ตลอดจนเครือข่ายโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพ

ของผู้เจ็บป่วย เพื่อลดการตาย การพิการและความทุกข์ทรมานโดยไม่จำเป็น ลดขั้นตอนและวิธีการรักษา ลดค่าใช้จ่ายและความสูญเสียโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการสร้างความมั่นใจและความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยอาศัยในชุมชนนั้นๆ การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการให้การปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลันให้พ้นภาวะวิกฤต เหตุฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติด้วยความรวดเร็ว ทันที ถูกต้อง เป็นการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีระบบการรับแจ้งเหตุตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อการประเมินจัดการรักษาพยาบาลและการให้คำแนะนำปรึกษาฉุกเฉิน การจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ โดยมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นเพื่อเชื่อมโยงการจัดหน่วยเคลื่อนที่เร็วไปช่วยเหลือ ลำเลียง ขนย้าย และนำส่งผู้ป่วยต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสม จนกระทั่งผู้ป่วยนั้นพ้นจากภาวะฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย การดำเนินการดังกล่าวช่วยลดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ลดภาระของบุคลากรและระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากการช่วยเหลือเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุอย่างมีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรักษาอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการจัดเตรียมบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถเพื่อสามารถบริการการปฐมพยาบาลขั้นพื้นฐานและขั้นสูงแก่ผู้บาดเจ็บ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการให้บริการเชิงรุก ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินจึงเป็นแนวคิดในการให้บริการเชิงรุกที่เน้นการช่วยชีวิตขั้นต้น ซึ่งมีฐานความคิดมาจากความเชื่อที่บุคลากรทางด้านวิชาชีพหรืออาสาสมัครหรือประชาชนจำเป็นต้องมีความรู้ ตัดสินใจในคุณค่าของสิ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินและสามารถตัดสินใจเลือกที่จะให้การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลได้

ธกฤต จันทรพิลงาม (2558) ได้ให้ความหมาย ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ว่า หมายถึงระบบให้การช่วยเหลือรักษาพยาบาลการดูแลผู้บาดเจ็บทุกประเภท ณ จุดเกิดเหตุและขณะนำส่งโรงพยาบาลโดยบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ให้บริการที่มีความสามารถในการช่วยฟื้นคืนชีพและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นโดยมีระบบการรับแจ้งเหตุระบบการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุตลอดจนการลำเลียงขนย้ายการส่งต่อผู้บาดเจ็บไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตความพิการและความทุกข์ทรมานอันไม่สมควรอันเกิดจากการดูแลรักษาที่ล่าช้าวิธีการดูแลรักษาและเคลื่อนย้ายอย่างผิดวิธี ขาดระบบการนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมกระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายบริการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วยระบบการรับแจ้งเหตุ การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ ลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยการให้ความรู้และความร่วมมือจากประชาชนในด้านการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและความสนใจในการดูแลรักษาเบื้องต้นโดยการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนให้สามารถจัดหน่วยบริการเข้าไปดูแลรักษา ณ จุดที่เกิดเหตุได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ

สรุประบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึงระบบที่มีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในและนอกโรงพยาบาลตั้งแต่ระบบการรับแจ้งเหตุให้คำแนะนำ การออกช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ การดูแลรักษาระหว่างนำส่งและการลำเลียงส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่เหมาะสมอย่างมีคุณภาพและรวดเร็วเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและการเกิดทุพพลภาพ

2.2.2 ประวัติความเป็นมาของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

นิชาภัทร ชันสาคร และคณะ (2559) ได้ศึกษาและอธิบายประวัติความเป็นมาไว้ว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เริ่มมีครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ทศวรรษ 1960s โดย Committee on Trauma and Committee on Shock of the National Academy of Science ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในกฎหมายความปลอดภัยบนทางหลวง (The Highway Safety Act 1966) ต่อมาในช่วงทศวรรษ 1990s ประเทศในสหภาพยุโรปประมาณหนึ่งในสามได้กำหนดให้มีกฎหมายเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงประมาณทศวรรษ 2000s มีจำนวนประเทศในสหภาพยุโรปเกือบครึ่งหนึ่งที่มีกฎหมายเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากรายงานการทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศ ในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ได้สรุปประเด็นของรูปแบบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของและบทเรียนสำหรับประเทศไทยว่ามีความหลายหลากและขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ประวัติความเป็นมาของการพัฒนาระบบ บริบทของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยทางการเมือง ซึ่งจะกำหนดว่าหน่วยงานใดจะเป็นหน่วยงานหลัก ในการกำกับดูแลให้บริการ โดยวิวัฒนาการของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระยะแรกนั้น จะเน้นการจัดบริการสำหรับผู้บาดเจ็บ (Trauma) โดยเฉพาะจากอุบัติเหตุการจราจร ต่อมาจึงมีการขยายบริการฉุกเฉินทางการแพทย์อื่นๆ ที่ไม่ใช่การบาดเจ็บ (Non-Trauma) และได้ขยายความครอบคลุมไปยังกิจกรรมด้านสาธารณสุขในชุมชน เช่น การป้องกันการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย และการเฝ้าระวัง ซึ่งหากสามารถจัดการให้บริการในระดับนี้ได้อย่างทั่วถึงแล้วจะนับเป็นระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความเข้มแข็ง เพราะสามารถที่จะป้องกันการบาดเจ็บและเป็นการเฝ้าระวังโรคต่างๆ ซึ่งสามารถให้การบริการด้านสาธารณสุขที่ครอบคลุมและสมบูรณ์

ปัจจุบันแนวคิดการแพทย์ฉุกเฉินมีสองโมเดลที่นำมาอ้างอิงการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประเทศที่พัฒนาแล้ว คือ 1) Anglo-American Model (AAM) และ 2) Franco-German สำหรับประเทศไทยพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้วยรูปแบบ Anglo-American Model (AAM) โดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยมีวิวัฒนาการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 จนถึง พ.ศ. 2556 สรุปได้เป็น 4 ยุค ดังนี้

1) ยุคบุกเบิก ก่อน พ.ศ. 2537 ช่วงต้นของยุคนี้เป็นบริการนำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลด้วยอาสาสมัครจากมูลนิธิต่างๆ เช่น มูลนิธิปอเต็กตึ๊ง บุคลากรทำงานด้วยจิตอาสาในการกู้ชีพผู้บาดเจ็บให้ การดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล และต่อมาภาครัฐได้เข้ามารับผิดชอบโดยจัดหน่วยบริการ “ศูนย์ส่งกลับโรงพยาบาลตำรวจ” ต่อมา พ.ศ. 2532 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสร้างอาคาร EMS ที่โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อเป็นศูนย์กลางด้านการฝึกอบรม และการบริหารระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยต่อมาได้มีการพัฒนาความร่วมมือระหว่างกรมการแพทย์ และ กรุงเทพมหานคร มีการแบ่งพื้นที่ในการให้บริการออกเป็น 7 พื้นที่ และมีหมายเลขแจ้งเหตุ 2 หมายเลขคือ 1669 ในส่วนของกรมการแพทย์ และ 1554 ในส่วนของพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่การให้บริการยังไม่ทั่วถึงจนกระทั่ง ปี พ.ศ. 2536 มีการบรรจุแผนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) และกระทรวงสาธารณสุขได้รับความช่วยเหลือทางเทคนิค จาก Japan International Cooperation Agency (JICA) ในการจัดตั้งศูนย์อุบัติเหตุ ณ โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งครอบคลุมการให้บริการช่วยเหลือก่อนถึงโรงพยาบาล ต่อ มาสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยโรงพยาบาลวชิรพยาบาลได้เปิดหน่วยแพทย์กู้ชีพขึ้นเป็นทางการเมื่อเดือนธันวาคม 2537 ให้บริการแก่ผู้บาดเจ็บโดยเน้นอุบัติเหตุจราจรและอุบัติเหตุต่างๆ โดยใช้ชื่อว่า SMART (Surgico-Medical Ambulance and Rescue Team)

2) ยุคต้นแบบ Trauma Care (TC) (พ.ศ. 2537-2547) ได้จัดตั้ง “Trauma Center” ที่จังหวัด ขอนแก่นที่นับเป็นต้นแบบระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทย มีการเพิ่มหน่วยกู้ชีพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เชื่อมประสานการทำงานกับศูนย์กู้ชีพนเรนทร ขยายพื้นที่ให้บริการไปยังเขตภาคกลางบางจังหวัด มีการจัดทำหลักสูตรผลิตบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินหลักสูตรแรก และบรรจุแผนงานอุบัติเหตุและ งานสาธารณสุขไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7

3) ยุคขยายผล Trauma care (พ.ศ. 2548 - 2551) การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลได้ขยายบริการไปยังส่วนกลางส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่นอย่างก้าวกระโดด โดยมีชุดปฏิบัติการครอบคลุมบุคลากรทั้ง 4 ระดับ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เริ่มปรากฏ บริการฉุกเฉินด้านอายุรกรรมบางกลุ่มโรคได้เริ่มขึ้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพัฒนาระบบรองรับบริการด้วยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข กล่าวได้ว่าการขยายบทบาทของรัฐในการพัฒนาระบบมากขึ้น ด้วยจำนวนเงินมากขึ้น แผนพัฒนาและการดำเนินแผนเป็นระบบมากขึ้น

4) ยุคหลังประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้จัดตั้งขึ้นเพื่อดูแลและพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยโดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิเพื่อเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงเท่าเทียมมีคุณภาพมาตรฐานขององค์ประกอบต่างๆ ของระบบบริการมีความชัดเจนขึ้นทั้งในด้าน

กำลังคน ด้านครุภัณฑ์และอุปกรณ์ให้บริการ และด้านเงินอุดหนุนบริการและพัฒนาระบบสนับสนุน ส่งผลให้งานด้านนี้ขยายตัวอย่างต่อเนื่องในทางปริมาณ

สรุป องค์ประกอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามระยะเวลาวิวัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นหน่วยงานในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบการบริหารจัดการและประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการการบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในยามปกติและภัยพิบัติ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันอันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงเท่าเทียมมีคุณภาพมาตรฐาน ได้รับการช่วยเหลือ และรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น โดยมีการพัฒนาระบบนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน (EMS) ระดับจังหวัดการอบรมหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder: FR) การจัดหาอุปกรณ์ลำเลียง การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร การจัดหาครุภัณฑ์ และการสนับสนุนค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ การรับ - ส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน การบริหารระบบบริการ และการพัฒนาคุณภาพบริการรวมทั้งสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

2.2.3 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย

การรักษาพยาบาลฉุกเฉินจะไม่เกิดผลดีหากมีความล่าช้าผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจะเสียโอกาสในการอยู่รอดทุกนาทีที่ผ่านไปและเป็นที่ทราบกันดีอีกว่าการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมทำอันตรายซ้ำเติมให้แก่ผู้บาดเจ็บและยังมีหลักฐานแน่ชัดว่าการนำส่งโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างมากอีกด้วยความพยายามในการจัดระบบบริการที่เหมาะสมจึงได้เกิดขึ้นเรื่อยมาในอดีตเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องดังกล่าวระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความหมายถึงการจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่ให้สามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในพื้นที่ได้มีโอกาสขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติได้โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดที่เกิดเหตุระบบการลำเลียงขนย้ายและการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมงระบบดังกล่าวนี้ควรเป็นการรับผิดชอบและดำเนินการโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลท้องถิ่นนั้นๆ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ และประชาชนในพื้นที่เป็นระบบที่ต้องมีการดูแลรับผิดชอบโดยแพทย์หรือระบบทางการแพทย์และควรเป็นระบบที่ไม่มีผลประโยชน์เป็นที่ตั้งหรือแอบแฝงในประเทศไทยมีการช่วยเหลือในลักษณะสังคมสงเคราะห์และการกู้ภัยโดยควบคู่กับการเก็บศพผู้เสียชีวิตในกรณีต่างๆ ดำเนินการเช่น มูลนิธิป่อเต็กตึ๊งได้กระทำมาตั้งแต่ พ.ศ. 2480 และมูลนิธิร่วมกตัญญูตั้งแต่ พ.ศ. 2513 ได้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยขั้นต้นและลำเลียงนำส่งโรงพยาบาลโดยที่ยังไม่ค่อยมีบุคลากรที่มีความรู้

ความสามารถและอุปกรณ์ที่ทันสมัยเพียงพอภายหลังจากมีการปฏิบัติภายใต้การนำของพลเอกอาทิตย์ กำลังเอก ได้พัฒนากองกำลังรักษาพระนครและจัดให้มีโทรศัพท์สายด่วนหมายเลข 123 เพื่อบริการเหตุด่วนแก่ประชาชนได้รู้จักให้มีหน่วยรถพยาบาลฉุกเฉินขึ้นมีจำนวนประมาณ 40 คัน ให้บริการประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานครแต่ได้ให้บริการไปไม่นานก็ยุติลงด้วยเหตุผลทางอำนาจและการเมือง

กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบให้การช่วยเหลือนี้ โดยกรมการแพทย์รับงบประมาณสนับสนุนให้จัดทำระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่โรงพยาบาลราชวิถีตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2532 จำนวน 150 ล้านบาท ได้ทำการก่อสร้างอาคาร EMS แล้วเสร็จและเปิดดำเนินการบางส่วนในปี พ.ศ. 2536 ต่อมาได้บรรจุแผนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – 2539) ได้เริ่มมีการจัดตั้งโครงการ ศูนย์อุบัติเหตุที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเมื่อ พ.ศ. 2536 ซึ่งมีความครอบคลุมถึงการให้การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุด้วยเมื่อเดือนธันวาคม 2537 กรุงเทพมหานคร โดยวชิรพยาบาลได้เปิดหน่วยแพทย์กู้ชีพขึ้นเป็นทางการให้บริการแก่ผู้บาดเจ็บโดยเน้นอุบัติเหตุจราจรและอุบัติเหตุต่างๆ ในส่วนกรมการแพทย์ได้เปิดศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร” อย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2538 ให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินและขนย้ายทั้งผู้บาดเจ็บและผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ระยะเวลาไม่เกิน 15 นาทีโดยรอบโรงพยาบาลราชวิถีและต่อมากรมการแพทย์ได้ขยายพื้นที่บริการโดยจัดตั้งศูนย์กู้ชีพเลิศสินและศูนย์กู้ชีพนพรัตนราชธานีขึ้นในปีต่อมาและได้พัฒนาความร่วมมือระหว่างกรมการแพทย์และกรุงเทพมหานครให้มีการแบ่งพื้นที่ในการให้บริการออกเป็น 7 พื้นที่และมีหมายเลขแจ้งเหตุ 2 หมายเลขคือ 1669 ในส่วนของกรมการแพทย์และ 1554 ในส่วนของพื้นที่กรุงเทพมหานครแต่การให้บริการยังไม่ทั่วถึงยังขาดงบประมาณที่เหมาะสมในการดำเนินการโรงพยาบาลหลายแห่งต้องระดมเงินจากมูลนิธิของโรงพยาบาลและขอความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอกระบบราชการ การทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบ่งออกเป็น 6 ระยะ ตามความหมายของสัญลักษณ์การแพทย์ฉุกเฉินสากล ซึ่งมีลักษณะคล้ายดาว 6 แฉก หรือเรียกว่า “Star of Life” คือ การพบเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ การปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ และการลำเลียงขนย้าย และการดูแลระหว่างนำส่ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้แม้ว่าจะสามารถเตรียมการป้องกันได้ก็ตามการจัดให้มีผู้ที่มีความรู้ในการตัดสินใจแจ้งเหตุเมื่อพบเหตุซึ่งผู้นั้นอาจเป็นผู้เจ็บป่วยเองหรือคนข้างเคียงเป็นเรื่องที่จำเป็นมากเพราะว่าจะสามารถทำให้กระบวนการช่วยเหลือมาถึงได้รวดเร็วตรงกันข้ามหากล่าช้า นาทีที่สำคัญต่อชีวิตของผู้เจ็บป่วยจะหมดไปเรื่อยๆ จนกระทั่งสายเกินแก้ไขได้

2) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยมีระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีศูนย์รับแจ้งเหตุที่มีเจ้าหน้าที่ทำงานประจำตลอด 24 ชั่วโมง ให้คำแนะนำการช่วยเหลือเบื้องต้น ที่สำคัญผู้แจ้งเหตุควรต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความสามารถในการดูแลขั้นต้นอย่างเหมาะสมเพราะว่าเป็นประตูเข้าสู่การช่วยเหลือที่เป็นระบบแต่ผู้แจ้งเหตุอาจจะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องรวมทั้งมีความสามารถในการให้การดูแลขั้นต้นตามความเหมาะสมอีกด้วย

3) การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) หน่วยปฏิบัติการซึ่งโดยทั่วไปแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

- (1) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advanced life support)
- (2) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (Intermediate life support)
- (3) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (Basic life support)
- (4) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First responder)

ซึ่งจะต้องมีความพร้อมเสมอที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่งและจะต้องมีมาตรฐานกำหนดระยะเวลาในการออกตัวระยะเวลาเดินทางโดยศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยกกระตือรือร้นหรือความต้องการของเหตุและสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

4) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On Scene Care) หน่วยปฏิบัติการจะทำการประเมินสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของตนและคณะประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสมและให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ควบคุมระบบโดยมีหลักในการดูแลรักษาว่าจะไม่เสียเวลา ณ จุดที่เกิดเหตุ nạnชนเป็นผลเสียแก่ผู้ป่วยกล่าวคือ ผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะเน้นความรวดเร็วการนำส่ง มากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินทางอายุรกรรม

5) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in Transit) หลักที่สำคัญยิ่งในการลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วยคือการไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมแก่ผู้เจ็บป่วยผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีการมาเป็นอย่างดีในขณะที่ขนย้ายจะต้องมีการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะๆ ปฏิบัติการบางอย่างอาจกระทำบนรถในขณะที่ลำเลียงขนส่งได้ เช่น การให้สารน้ำ การตามส่วนที่มีความสำคัญลำดับรองลงมา เป็นต้น

6) การนำส่งสถานพยาบาลเพื่อรับการรักษา (Transfer to definitive care) การบริหารจัดการให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละประเทศเป็น 2 แบบใหญ่ ๆ คือ

(1) ระบบที่ออกปฏิบัติการโดยแพทย์ (Doctor in the field system) ระบบนี้จะมีแพทย์ออกไปสั่งการรักษาพยาบาลเองในที่เกิดเหตุ ข้อดี คือ มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญออกไปดูแล

ผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุ ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยตรงจากแพทย์ ข้อดีคือต้องมีแพทย์จำนวนมากเตรียมความพร้อมตลอดเวลาและมีค่าใช้จ่ายสูงกว่า

(2) ระบบที่ออกปฏิบัติการโดยผู้ช่วยแพทย์ (EMT/Paramedic base system) ระบบนี้ แพทย์จะไม่ได้ออกไปด้วยเพียงส่งบุคลากรที่ผ่านการศึกษหรือฝึกอบรมไปแทนโดยมีแพทย์คอยกำกับอยู่ในที่ตั้งหรือสถานพยาบาล ยกเว้น ในบางกรณีที่ผู้ป่วยหนักอาจมีแพทย์ออกปฏิบัติการร่วมด้วยโดยใช้พาหนะอื่นแยกไป จุดเด่น คือใช้แพทย์น้อย ข้อดีคือ ผู้ช่วยแพทย์ที่ออกปฏิบัติการนั้นทำงานได้อย่างมีข้อจำกัดต้องมีระบบการศึกษาหรือฝึกอบรมที่ได้มาตรฐานสูงผู้ป่วยจึงจะได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม มิเช่นนั้นอาจไม่ปลอดภัยได้

นิชาภัทร ชันสาคร และคณะ (2559) ได้อธิบายถึงนโยบายกระทรวงสาธารณสุขไว้ว่า

1) กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายในการดำเนินงาน ดังนี้ ให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินทำหน้าที่ในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นในพื้นที่ทั่วประเทศทั้งในเขตเมืองชนบทและพื้นที่ทุรกันดารห่างไกลให้ได้คุณภาพและมีมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศและให้สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินดำเนินการระบบรับแจ้งเหตุโดยใช้หมายเลข 1669 และให้บริการในพื้นที่ทุรกันดารโดยการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ ควบคุมงบประมาณและการเบิกจ่ายของหน่วยบริการทั่วประเทศในสังกัดต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

2) ให้จัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่ในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายในจังหวัด จัดหาหน่วยบริการควบคุมคุณภาพมาตรฐานในการให้บริการควบคุมการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการภายในจังหวัด

3) ให้หน่วยงานด้านการรักษาพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทุกหน่วยร่วมมือและเข้าเป็นผู้ให้บริการในระดับต่างๆ โดยไม่ซ้ำซ้อน

4) ให้ใช้งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องพร้อมให้บริการทั่วประเทศภายในปี พ.ศ. 2548

สรุปได้ว่า กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในทุกพื้นที่ทั่วประเทศโดยในแต่ละพื้นที่ต้องมีหน่วยควบคุมคุณภาพมาตรฐานในการให้บริการเพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศโดยใช้งบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) ได้มีการบรรจุแผนงานอุบัติเหตุและสาธารณสุขให้มีการจัดตั้งและพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินในทุกจังหวัด โดยเน้นถึงความสามารถในการจัดหน่วยบริการมากกว่าการจัดระบบบริการเมื่อสิ้นแผนฯ พบว่า

โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจำนวนกว่า 90 แห่งได้จัดให้มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินได้แต่มีข้อจำกัดในการให้บริการเนื่องจากยังไม่มี “ระบบ” อย่างเป็นทางการที่มีกฎหมายและระบบการเงินการคลังรองรับในช่วงแผนการพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ลงไปสู่ระดับชุมชนโดยเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีความครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศโดยจัดให้มีระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมรองรับในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้การพัฒนา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบาย 1 ใน 4 ประการของกระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการพัฒนาจัดงบประมาณในส่วนงบลงทุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้จำนวน 10 บาทต่อหัวประชากรที่จดทะเบียน (คาดว่าจะมีประมาณ 42 ล้านคน) จำนวนเงินประมาณ 420 ล้านบาท เพื่อให้เริ่มดำเนินงานในบางพื้นที่และให้แล้วเสร็จขั้นตอนในการพัฒนาในระยะเวลา 3 ปีและในปี พ.ศ. 2546 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบแผนการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรซึ่งเสนอโดยศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนซึ่งในด้านมาตรการด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขโดย ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการขยายผลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยใช้งบประมาณจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านอกจากนั้นยังมีการบูรณาการแผนงบประมาณด้านอุบัติเหตุจราจรเข้าด้วยกันซึ่งจะทำให้งบประมาณในด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นความสำคัญอันดับต้นของการพิจารณางบประมาณประจำปีอีกด้วย

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ลงไปสู่ระดับชุมชนโดยเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีความครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศโดยจัดให้มีระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมรองรับในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้การพัฒนา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบาย 1 ใน 4 ประการของกระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทรกระทรวงสาธารณสุข) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการพัฒนาจัดงบประมาณในส่วนงบลงทุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้จำนวน 10 บาทต่อหัวประชากรที่จดทะเบียน (คาดว่าจะมีประมาณ 42 ล้านคน) จำนวนเงินประมาณ 420 ล้านบาท เพื่อให้เริ่มดำเนินงานในบางพื้นที่และให้แล้วเสร็จขั้นตอนในการพัฒนาในระยะเวลา 3 ปีหลังจากนั้นแล้วจะจัดให้มีระบบงบประมาณในการบริหารจัดการและดำเนินการระบบโดยมีงบประมาณส่วนหนึ่งจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติและจากแหล่งเงินทุนต่างๆ ตามความเหมาะสมในอัตรา 18 บาทต่อหัวประชากรทั้งประเทศซึ่งในแต่ละปีจะต้องมีเงินงบประมาณในการสนับสนุนระบบนี้ปีละ 1,200 บาท (อัตรา 18 บาทต่อหัวประชากรได้มาการศึกษาของคณะวิจัยในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขนาโดยศาสตราจารย์นายแพทย์ สันต์หัตถ์รัตนันในปี พ.ศ. 2543) และในปี พ.ศ. 2546 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบแผนการแก้ไขปัญหา

อุบัติเหตุจากรถซึ่งเสนอโดยศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนซึ่งในด้านมาตรการด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขโดยศูนย์เรนทรกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการขยายผลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยใช้งบประมาณจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านอกจากนั้นยังมีการบูรณาการแผนงบประมาณด้านอุบัติเหตุจากรถเข้าด้วยกันซึ่งจะทำให้งบประมาณในด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นความสำคัญอันดับต้นของการพิจารณางบประมาณประจำปีอีกด้วย

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ประเทศไทยยังคงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ในหลายบริบททั้งที่เป็นโอกาสและข้อจำกัดต่อการพัฒนาประเทศ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของคนและระบบให้สามารถปรับตัวพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคตสร้างภูมิคุ้มกันให้กับทุกภาคส่วนตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้วิสัยทัศน์มุ่งพัฒนาสู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน (Green and Happiness Society) การพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554) กระทรวงสาธารณสุขจึงปรับเปลี่ยนมาให้ความสำคัญพัฒนาสุขภาพเชิงบูรณาการที่เป็นองค์รวมโดยน้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เป็นแนวทางหลักแนวทางที่ว่านี้หมายถึงการพัฒนาสุขภาพทุกด้านทุกมิติให้มุ่งสู่ทิศทางเดียวกันเพื่อสร้าง"ระบบสุขภาพพอเพียง" ให้เกิดขึ้นในสังคมไทยมีการดำเนินการระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเชิงรุกเพื่อป้องกันปัญหาการป่วยและตายด้วยโรคอุบัติใหม่ และระบาดซ้ำในคน การรับมือกับโรคอุบัติใหม่และภัยพิบัติต่างๆ (Public Health Emergency Response) พร้อมทั้งสร้างขีดความสามารถในการเฝ้าระวัง วินิจฉัย และดูแลรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบที่ประสานเชื่อมโยงทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การเตรียมความพร้อมด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งด้านยาและเวชภัณฑ์ระบบเตือนภัยในการรองรับภาวะวิกฤติต่างๆ ทั้งทางธรรมชาติ เช่น อุทกภัยต่างๆ และโรคระบาดที่สำคัญ เช่น โรคซาร์ส ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก วัณโรค ภัยพิบัติสึนามิ เป็นต้น

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 มีแนวคิดที่ต่อเนื่องจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8-10 โดยยังคงยึดหลักการปฏิบัติตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและขับเคลื่อนให้บังเกิดผลในทางปฏิบัติที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในทุกภาคส่วนทุกระดับให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีการพัฒนาทุกภาคส่วนยึดแนวคิดการพัฒนาแบบบูรณาการเป็นองค์รวมที่มีคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา มีการเชื่อมโยงทุกมิติของการพัฒนาอย่างบูรณาการทั้งมิติตัวคนสังคมเศรษฐกิจสิ่งแวดล้อมและการเมืองเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้พร้อมเผชิญการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในระดับปัจเจกครอบครัว ชุมชนสังคมและประเทศชาติขณะเดียวกันให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมในกระบวนการพัฒนาประเทศเพิ่มประสิทธิภาพการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพพัฒนาศักยภาพและความร่วมมือภายในภูมิภาคเพื่อเตรียมพร้อมรับ

ภัยพิบัติทางธรรมชาติและเหตุฉุกเฉินและร่วมมือในการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่และโรคระบาดร้ายแรงระดับการจัดการภัยพิบัติให้มีประสิทธิภาพพัฒนาระบบฐานข้อมูลการสื่อสารโทรคมนาคมส่งเสริมการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีด้านการจัดการภัยพิบัติพัฒนาระบบงานอาสาสมัครของประเทศอย่างจริงจังและให้มีมาตรฐานตามหลักสากลสนับสนุนภาคเอกชนสถานประกอบการ โรงเรียนและท้องถิ่น ให้มีการเตรียมความพร้อมและจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับภัยพิบัติซึ่งในแผนปฏิบัติการราชการ 4 ปี (พ.ศ. 2555- 2558) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีเป้าประสงค์ให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินโดยพัฒนาระบบเครือข่ายการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อให้มีความเชื่อมโยงในทุกระดับบริการสุขภาพทั้งในสถานบริการสุขภาพภาครัฐและภาคเอกชนตลอดจนการพัฒนาระบบการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินให้ครบวงจรอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานรวดเร็วและเป็นธรรม

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) อยู่ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 เป็นแผนพัฒนาระยะ 5 ปี มีแนวคิดคือ การนำยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพไปปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างเป็นรูปธรรมเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศอย่างแท้จริง ยึดหลักการคือ 1) ยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง 2) ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาเพื่อให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี 3) ยึดเป้าหมายอนาคตประเทศไทยปี 2579 ควบคู่กับกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) 4) การปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย 4.0 5) ประเด็นปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข 6) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 7) กรอบแนวทางแผนระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข เพื่อวางรากฐานของระบบสุขภาพในระยะ 5 ปีให้เข้มแข็งเพื่อคนไทยมีสุขภาพแข็งแรงสามารถสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีเป้าประสงค์คือ ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง คนไทยทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี ลดการตายก่อนวัยอันควร เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เหมาะสม มีบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม และมีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนั้นในการดำเนินงานจึงจำเป็นต้องมีกระบวนการหรือขั้นตอนที่จะขับเคลื่อนและการบริหารความเสี่ยงสู่การปฏิบัติที่สำคัญ คือ 1) ดำเนินการสื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ความเข้าใจให้ประชาคมสาธารณสุข องค์กร ภาคีสุขภาพ ได้ตระหนักและเข้าใจในสาระสำคัญของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) 2) สร้างความเชื่อมโยงระหว่างแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) และนโยบายรัฐบาลเข้าสู่แผนการบริหารราชการแผ่นดิน แผนปฏิบัติการ

แผนค่าของงบประมาณ และแผนระดับอื่นๆ โดยวิเคราะห์ให้เห็นความเชื่อมโยงอย่างเป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับทิศทางและสาระหลักของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ 3) ผู้บริหารทุกระดับของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญและใช้ยุทธศาสตร์เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานพัฒนาด้านสุขภาพของหน่วยงาน 4) จัดตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางการขับเคลื่อนแผนเพื่อกำกับการดำเนินงาน ติดตามประเมินผลเป็นระยะและต่อเนื่อง จัดทำระบบการรายงานผลการประเมินให้รวดเร็ว ทันเหตุการณ์เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ 5) จัดให้มีกลไกในการพัฒนาวิธีหรือกระบวนการยกเว้นฉบับต่อไปโดยการศึกษากระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์ระดับชาติระยะยาวหรือระยะปานกลางในการบริหารของประเทศต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางการเตรียมการในการยกเว้นให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของอย่างกว้างขวาง หลากหลาย และได้รับการยอมรับมากที่สุด

2.2.4 แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 3

ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2559) ได้อธิบายไว้คือ “การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา มีการดำเนินงานทางการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นในแผนที่ 3 จึงต้องพัฒนาระบบบริการที่ยั่งยืนโดยเน้นที่มาตรฐานคุณภาพบริการ ศักยภาพบุคลากร และดึงความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายและภาคประชาชน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ คือ ลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัย”

ปัจจุบันทิศทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การดำเนินงานในช่วงแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564 ซึ่งยังคงเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ อาทิ ปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงทั้งจากภายในและภายนอกประเทศอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ความเหลื่อมล้ำทางสังคมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การก่อการร้าย การเกิดภัยธรรมชาติที่รุนแรง การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนอย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งทุกอย่างที่ได้กล่าวมาล้วนมีผลต่อการดำเนินงาน เมื่อพิจารณาจากผลการดำเนินงานของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556 – 2559 ได้สะท้อนว่า กลไกการขับเคลื่อนของระบบการแพทย์ฉุกเฉินสามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์ได้เพิ่มมากขึ้นและมีความครอบคลุมของบริการเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นทิศทางของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564 จึงมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศให้มีมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีบุคลากรในระบบที่ได้มาตรฐานและคุณภาพเพียงพอ มีแหล่งงบประมาณสนับสนุนการจัดระบบที่เหมาะสมยั่งยืน มีระเบียบข้อบังคับและกฎหมายที่จำเป็นในการพัฒนาระบบ มีการนำสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการ บริการและติดตามประเมินผล มีระบบประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนทั้งในและต่างประเทศที่มีประสิทธิภาพ มีการสื่อสารสร้างองค์ความรู้เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และเข้าถึงบริการ

การแพทย์ฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัยได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม เพื่อลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัย ประเทศไทยจึงควรมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานซึ่งทุกคนเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัยด้วยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน และได้แบ่งยุทธศาสตร์ทั้งหมด 5 ยุทธศาสตร์ คือ

1. ยุทธศาสตร์พัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
2. ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
3. ยุทธศาสตร์พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
4. ยุทธศาสตร์พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ
5. ยุทธศาสตร์การสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน

ยุทธศาสตร์ ที่ 1 พัฒนาคูณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุการตายในลำดับต้นๆ ของประเทศไทย และเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตแต่ละบุคคล หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ทันทีที่ อาจจะทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต อวัยวะหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร หรือการตายก่อนถึงวัยอันสมควร หลังการมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการพัฒนาให้มีความครอบคลุมทุกพื้นที่สามารถให้บริการ 24 ชั่วโมง ครอบคลุมจังหวัด และการบริการผู้ป่วยฉุกเฉินมีแนวโน้มที่ดีขึ้นก็ตาม แต่ยังคงพบว่ามีบางกลุ่มโรคอัตราตายต่อแสนประชากรสูง เช่น

1. อุบัติเหตุยานยนต์ (V01 - V99) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพิ่มจากอัตรา 21.6 ต่อประชากรแสนคนในปี 2553 เป็นอัตรา 23.2 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2557
2. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (I 20 - I 25) เพิ่มขึ้น จากอัตรา 20.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2553 เป็นอัตรา 27.8 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2557
3. โรคหลอดเลือดสมอง (I 60 - I 69) เพิ่มขึ้น จากอัตรา 27.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2557 เป็นอัตรา 38.7 ต่อประชากรแสนคนในปี 2557

การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย มีความก้าวหน้าในหลายส่วน อันเกิดจากการส่งเสริมและสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงสถานพยาบาล โดยมีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง ครอบคลุมจังหวัด แม้ว่าในด้านมาตรฐานและคุณภาพของการปฏิบัติการของศูนย์ฯ อยู่ระหว่างการพัฒนามีผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินและหน่วยปฏิบัติการเพิ่มขึ้นก็ตาม แต่ยังไม่ได้พิจารณาในแง่ของการกระจายตัวของหน่วยปฏิบัติการยังมีพื้นที่ประมาณ

ร้อยละ 20 ที่ยังไม่มีหน่วยปฏิบัติการ และพื้นที่อีกส่วนหนึ่งที่จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการแล้วแต่ไม่ได้ดำเนินการ

ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นที่ท้าทาย เนื่องจากสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเทียบกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการห้องฉุกเฉินยังน้อยอยู่ระหว่าง ร้อยละ 10 – 20 คุณภาพของการปฏิบัติงานของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ โดยวัดจากการสั่งการที่เหมาะสม พิจารณาจากความสอดคล้องของการสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินกับระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉิน ปี 2558 พบว่า ระดับความฉุกเฉินวิกฤตสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง ร้อยละ 77.82 การเข้าถึงบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินนั้น ยังมีปัญหาในเรื่องเกณฑ์ของการคัดแยกที่ยังไม่ได้ใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศการประเมินคุณภาพบริการ โดยประเมินจากการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน 4 ด้าน (การดูแลทางเดินหายใจ, การให้สารน้ำ, การห้ามเลือด, การตาม) พบว่า คุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่ประเมินโดยพยาบาล/แพทย์ของโรงพยาบาลที่นำส่ง ทั้ง 4 ด้าน ระหว่างปี 2555 - 2558 แนวโน้มคุณภาพบริการดีขึ้น พบว่า การให้สารน้ำทำได้และเหมาะสมมากกว่าร้อยละ 95 รองลงมาเป็นการดูแลทางเดินหายใจ ทำได้และเหมาะสม ร้อยละ 85 - 95 การห้ามเลือด ทำได้และเหมาะสม ร้อยละ 76 - 93 และการตามกระดูก ทำได้และเหมาะสม 68 - 97 โดยเมื่อพิจารณาชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ไม่ได้ทำหรือดูแลไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่เป็นชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) ร้อยละ 70 จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นช่องว่างของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่จำเป็นต้องพัฒนาต่อไป ทั้งในประเด็นของ

- 1) การกระจายตัวของหน่วยปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียนในหลายจังหวัดยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมทั้งหน่วยปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียนแล้วแต่ปฏิบัติงานจริง ร้อยละ 59
- 2) ประชาชนยังรับรู้และตระหนักถึงภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการเข้าถึงบริการเหมาะสมอย่างทันท่วงที่มีสัดส่วนน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน เพียงร้อยละ 10 - 20
- 3) ผู้ป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตนอกโรงพยาบาล (การเสียชีวิตก่อนไปถึง, รักษาและเสียชีวิตจุดเกิดเหตุ, รักษาและเสียชีวิตระหว่างนำส่ง) ปี 2555 - 2558 แม้ว่าจะมีเพียงร้อยละ 0.67 - 0.68 ของผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมดแต่เมื่อพิจารณาเป็นจำนวนแล้ว พบว่า ตัวเลขผู้ป่วยฉุกเฉินที่เสียชีวิตนอกโรงพยาบาล จำนวนไม่น้อยทีเดียวโดยระหว่างปี 2555 - 2558 เสียชีวิตเท่ากับ 7,699 - 8,594 คน ในจำนวนดังกล่าวเป็นผู้ที่เสียชีวิตก่อนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินไปถึงจุดเกิดเหตุ มากกว่าร้อยละ 80 (กลุ่มอาการ 19 หมดสติ/ไม่ตอบสนอง/หมดสติชั่วคราวและกลุ่มอาการ 25 อุบัติเหตุยานยนต์)

4) ผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วเสียชีวิตในโรงพยาบาลและกลับไปเสียชีวิตที่บ้านแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 1.38 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 1.49 ในปี 2557 ส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตในโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 96 ซึ่งเป็นข้อมูลสะท้อนให้เห็นช่องว่างและโอกาสในการนำมาปรับปรุงและพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินในหลายประเด็น

การพัฒนามาตรฐานและคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความสำคัญและจำเป็นที่ต้องเร่งรัดดำเนินการเพราะเกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีความปลอดภัย ทันเวลา มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผล ความเท่าเทียม ตั้งแต่การรับรู้ รับแจ้งเหตุและการส่งการ การปฏิบัติฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้รับการดูแลจนพ้นภาวะฉุกเฉิน (definitive care) นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นต้องให้คำนึงถึงคุณภาพการปฏิบัติการรายโรคที่มีอุบัติการณ์สูง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke), โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) การบาดเจ็บ (Trauma) โรคติดเชื้อ (Sepsis) รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน จำเป็นต้องได้รับการพัฒนามาตรฐานและคุณภาพในเชิงระบบด้วย เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

ยุทธศาสตร์ ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

การพัฒนาบุคลากรเพื่อให้มีขีดความสามารถในการปฏิบัติการฉุกเฉินเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรา 28 และ 29 แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 นั้น คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 11 (6) ในการออกข้อบังคับเกี่ยวกับการรับรององค์กรและหลักสูตรการศึกษาและฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการ และการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 15 (5) ในการจัดให้มีการศึกษาฝึกอบรมการปฏิบัติการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่ผ่านมาทั้ง 2 ฉบับ ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากร โดยแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553 - 2555) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมศักยภาพของผู้ปฏิบัติการ (capacity building) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ ส่วนแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2556 - 2559) ได้กำหนดเป้าหมายให้มีองค์กรและหลักสูตรการศึกษาหรือฝึกอบรมที่มีขีดความสามารถผลิตและพัฒนาคุณภาพผู้ปฏิบัติการอย่างเพียงพอบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีพัฒนาการมาเป็นลำดับพร้อมๆ กับการพัฒนาหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และระบบส่งต่อ บุคลากรที่เป็นแพทย์และพยาบาลจะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสภาวิชาชีพ ส่วนบุคลากรที่เป็นผู้ปฏิบัติการจะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการรับรององค์กรและหลักสูตรการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการ และการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม (อศป.) ซึ่งปฏิบัติ

หน้าที่คณะกรรมการวิชาชีพและมีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 โดยอนุโลม กพฉ. ได้ประกาศเรื่องการให้ประกาศนียบัตรและการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. 2554 ซึ่งกำหนดประเภทและระดับของประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการให้มี 2 ประเภท และ 9 ระดับ ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติการต้องได้รับปริญญา ประกาศนียบัตร หรือผ่านการฝึกอบรมจากองค์กรที่ อศป. รับรอง และสอบผ่านการประเมินและสอบที่ อศป. กำหนด จึงจะมีสิทธิได้รับประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการการปฏิบัติการฉุกเฉินในช่วงแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ซึ่งมีเป้าหมายให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพนั้น จากการประเมินผลแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติพบว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่ทันเวลาและเข้าถึงอย่างครอบคลุมมีแนวโน้มดีขึ้น แต่การแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยหมายเลข 1669 และการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีแนวทางการปฏิบัติการฉุกเฉินรวดเร็ว (fast track) ยังไม่บรรลุเป้าหมาย สะท้อนให้เห็นว่ายังต้องเน้นการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานชุดปฏิบัติการฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น รวมถึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรและสถาบันการศึกษาหรือฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้เพิ่มมากขึ้นเพื่อการพัฒนาชุดปฏิบัติการให้ได้ทั้งคุณภาพและปริมาณจากการสอบถามผู้มีส่วนได้ส่วนเสียถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำเร็จของการพัฒนาบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบัน พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความคิดเห็นว่าการพัฒนาบุคลากรมีความสำเร็จในระดับปานกลางได้แก่ ด้านหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรที่มีรูปแบบเอื้ออำนวยต่อการเข้าอบรม ($\bar{x} = 3.17$) การมีแผนและการดำเนินการผลิตพัฒนาและธำรงรักษาบุคลากรทุกตำแหน่งในระดับจังหวัดและเขต ($\bar{x} = 2.93$) และการมีเส้นทางอาชีพบุคลากรครอบคลุมตำแหน่งบทบาทความรับผิดชอบและสมรรถนะที่ต้องการ ($\bar{x} = 2.85$) การดำเนินการพัฒนาบุคลากรในช่วงแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 สพฉ. ร่วมกับภาคีเครือข่ายพัฒนาบุคลากรให้มีขีดความสามารถทั้งในด้านความรู้ ทักษะและเจตคติให้สามารถช่วยเหลือและคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแผนแม่บทกำลังคนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 20 ปี (พ.ศ. 2558 - 2577) ที่ กพฉ. เห็นชอบ และแผนผลิตและพัฒนาบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 5 ปี (2558 - 2562) ที่ อศป. เห็นชอบขององค์กรการศึกษาหรือฝึกอบรมที่ได้รับการรับรองจาก อศป. หรือสภาวิชาชีพมีจำนวนเพิ่มขึ้น จึงมีศักยภาพในการผลิตและพัฒนาบุคลากรสูงขึ้น บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน นับตั้งแต่สิ้นแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 1 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน มีการขยายประเภทและจำนวนบุคลากรเพื่อให้สามารถรองรับการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล และการดูแลระหว่างสถานพยาบาลในระบบส่งต่ออย่างไรก็ตาม ยังมี

ความจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากร และสถาบันการศึกษาหรือฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้เพิ่มมากขึ้นเพื่อการพัฒนาชุดปฏิบัติการทั้งคุณภาพและปริมาณอย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ ที่ 3 พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อกำหนดทิศทางนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และให้มี สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ) ทำหน้าที่บริหารจัดการพัฒนามาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการและดำเนินงานเพื่อผู้ป่วยฉุกเฉินทุกรายได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงเท่าเทียมมีคุณภาพมาตรฐาน ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย โดยมีการจัดการอย่างมีส่วนร่วม และต้องดำเนินการอย่างเป็น “ระบบ” ซึ่งหมายถึง การจัดการหรือการดำเนินงานที่เกิดขึ้นมาจากหน่วยงานย่อย องค์กรปกครองย่อย หรือกลไกย่อยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อกันและทำหน้าที่ร่วมกัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ตามความหมายของ “การแพทย์ฉุกเฉิน” ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 กับคำว่า “ระบบ” ดังที่กล่าวข้างต้น จึงอาจมีความหมายว่า การจัดการและดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินอันได้แก่ การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้าและการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน โดยมี สพฉ. เป็นหน่วยงานเจ้าภาพหลักในการประสานความร่วมมือกับกลไกหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน เข้าด้วยกันเพื่อสร้างเสริมพลังร่วมกันในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของหน่วยงานภายในสถาบันและภาคีเครือข่ายทั้งองค์กรภายในประเทศ และระหว่างประเทศ เพื่อไปสู่เป้าหมายสำคัญ นั่นก็คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่อยู่ในประเทศไทยได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อป้องกันความพิการและการเสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉิน และได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ร่วมกันต่อไปที่ผ่านมา สพฉ. ได้พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งภายในสถาบัน และภาคี เครือข่ายทั้งองค์กรภายในประเทศ และระหว่างประเทศ มีการดำเนินงานดังการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 แต่ยังคงพบความท้าทายที่จะต้องพัฒนาให้มากขึ้น ดังนี้

ด้านการเงินการคลัง

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในแผนหลักฯ 1 และ 2 สพฉ. ได้ดำเนินการในการจัดหาแหล่งงบประมาณเพิ่มเติมในการสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถเพิ่มงบประมาณเข้าสู่ระบบได้ เพียงร้อยละ 0.12 % เมื่อเทียบกับงบประมาณที่ได้รับจากสำนักงบประมาณ ในขณะที่งบประมาณที่ต้องใช้เพื่อการพัฒนาและจ่ายค่าชดเชยการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยมีการปฏิบัติการเพิ่มขึ้นทุกปีไม่น้อยกว่าปีละ 15-20 % (ปี 57 = 1.27 ล้านครั้ง

ปี 58 = 1.36 ล้านครั้ง) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องจัดหาแหล่งงบประมาณที่เหมาะสมและยั่งยืนจากภาคส่วนต่างๆ เช่น อปท., กองทุนต่างๆ, ภาคประชาชน, เอกชนที่ต้องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ด้านกฎหมาย

ที่ผ่านมา ได้มีการจัดทำระเบียบ, ข้อบังคับและกฎหมายต่างๆ ตาม พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ได้มากพอสมควร แต่ยังคงขาดระเบียบ, ข้อบังคับและกฎหมาย สำคัญบางอย่าง อาทิ เช่น ระเบียบ, ข้อบังคับและกฎหมายที่ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถเข้าร่วมจัดระบบและให้การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินได้ ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันกฎระเบียบของ อปท. ยังมีความไม่ชัดเจนที่จะเอื้อให้มีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในการช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ได้ เป็นต้น นอกจากนี้ ระเบียบ, ข้อบังคับและกฎหมายบางอย่างที่ออกมาแล้ว ยังไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากไม่มีแนวทางปฏิบัติในการบังคับใช้ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจำเป็นต้องจัดทำร่วมกับหน่วยงานผู้รับผิดชอบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมี พ.ร.บ.สถานพยาบาล, แพทยสภา ซึ่งมี พ.ร.บ. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ซึ่งมีกฎหมายต่างๆ ในการควบคุมการจราจร เป็นต้น

ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่นั้น จำเป็นต้องมีระบบสารสนเทศที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อให้มีข้อมูลในการวิเคราะห์วางแผนและประเมินผลการพัฒนาในแต่ละพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ที่ผ่านมา สพฉ. ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากระบบศูนย์เรนทรเดิม ตั้งแต่ปี 2549 – 2553 และเก็บข้อมูลจากระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS ตั้งแต่ปี 2554 จนถึงปัจจุบัน โดย สพฉ. ได้ทำการสรุปและนำเสนอข้อมูลรอบรายเดือนสำหรับให้ทุกจังหวัดสามารถนำไปใช้งานได้ แต่พบว่าในบางครั้งข้อมูลที่นำเสนออาจไม่สามารถตอบสนองกับความต้องการในบริบทของจังหวัดในทุกด้านได้ จึงควรพัฒนาให้ทุกจังหวัดสามารถสร้างสารสนเทศเพื่อการใช้งานได้ด้วยตนเอง ด้วยการสร้างสารสนเทศสำเร็จรูป เพื่อให้จังหวัดสามารถนำไปปรับใช้งานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้อย่างง่าย สะดวกและรวดเร็ว โดยเน้นให้จังหวัดมีส่วนร่วมในการสร้างรายงาน และพัฒนาระบบรายงานเพื่อการใช้งานได้ด้วยตนเองต่อไป

ด้านงานวิจัยและจัดการความรู้

การพัฒนางานวิจัยและวิชาการเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินในทุกๆ ด้าน ซึ่งที่ผ่านมามีการดำเนินงานในวงจำกัด มีการพัฒนางานวิชาการและมีผลงานวิจัยพอสมควร แต่ส่วนใหญ่เป็นประเด็นการวิจัยในระดับพื้นที่ ขาดการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบอันจะนำไปสู่การพัฒนางานวิชาการและการกำหนดโจทย์วิจัยเชิงระบบเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดในแผนหลักๆ อีกทั้งขาดเครือข่ายนักวิจัยทางการแพทย์

ฉุกเฉินและการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยยังขาดการเชื่อมโยงและบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงสมควรให้มีการพัฒนางานวิชาการและงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ถูกต้องตามหลักวิชาการ ครอบคลุมประเด็นสำคัญอันสอดคล้องกับสภาพปัญหา, สถานการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ และเชื่อมโยงกับทิศทางนโยบายระดับชาติ โดยมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ ที่ 4 พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ

เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ที่มีเป้าหมายการลดความเหลื่อมล้ำในสังคม ในด้านการบริการสังคมมีคุณภาพและการกระจายอย่างทั่วถึงและการพัฒนาด้านสุขภาพ รวมทั้งให้สอดคล้องกับแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ในการจัดการภาวะฉุกเฉิน กลยุทธ์ที่ 2 การพัฒนาระบบ/เครื่องมือสนับสนุนการเผชิญเหตุการณ์สร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย กลยุทธ์ที่ 3 เสริมสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสาธารณภัยของประเทศ และกลยุทธ์ที่ 4 ส่งเสริมบทบาทความเป็นประเทศแกนนำด้านการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ให้มีความครอบคลุม มีคุณภาพมาตรฐานเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาประเทศตามแผนดังกล่าวระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะหลังจากมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา ซึ่งได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งจากในประเทศและต่างประเทศแต่อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่ายังไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ในการป้องกันภาวะฉุกเฉิน หรือการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การให้ความช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (Pre – hospital care) ยังคงต้องมีการพัฒนาทั้งในด้านมาตรฐานของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ที่ในปัจจุบันพบว่าในแต่ละจังหวัดมีการบริหารจัดการค่อนข้างแตกต่างกัน ประกอบกับแนวโน้มของปริมาณงานจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจากผลกระทบที่ประชาชนมีการรับรู้และแจ้งขอความช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้น และการพัฒนาชุดปฏิบัติการฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทั้งพื้นที่ปกติทั่วไป และพื้นที่พิเศษ ที่เข้าถึงยากหรือพื้นที่เฉพาะ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องมา มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้นตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ในมาตรา 33 วรรค 2 การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล (In hospital care) ในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 1 - 2 มีการดำเนินงานในส่วนนี้น้อยมาก ซึ่งโรงพยาบาลทั้งภาครัฐ และเอกชน จะต้องมาร่วมมือกันพัฒนาอย่างจริงจังและต่อเนื่อง การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ยังไม่พ้นภาวะวิกฤติระหว่างโรงพยาบาล (Inter – hospital care) การดำเนินงานที่ผ่านมา มีการกำหนดมาตรฐานของรถปฏิบัติการ และมาตรฐานผู้ปฏิบัติการประจำรถ การฝึกอบรมพนักงานขับรถให้มีการขับขี่อย่างปลอดภัย แต่ยังมีประเด็นงานที่สำคัญอีกมากที่จะต้อง

ดำเนินการให้ต่อเนื่องในแผนหลัก 3 และการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรองรับสถานการณ์เกิดภัยพิบัติ ในการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้รับความร่วมมือจากองค์กร หน่วยงานทุกภาคส่วน ทั้งในและต่างประเทศ แต่ยังคงไม่เพียงพอเนื่องจาก ในกลุ่มประเทศอาเซียน มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีระดับคุณภาพและมาตรฐานที่แตกต่างกัน จำเป็นจะต้องมีการส่งเสริม พัฒนาและมีการประสานความร่วมมือให้ทุกประเทศในอาเซียนมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาตรฐานที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนทั้งคนไทยและต่างชาติได้รับการดูแลด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ดีในทุกพื้นที่และทุกประเทศกลุ่มอาเซียน ซึ่งการดำเนินดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานทุกภาคส่วน ทั้งจากในประเทศและต่างประเทศอีกมาก

ดังนั้น ในการพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วย การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัย เกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉินให้ประสบความสำเร็จ ต้องดำเนินการเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ยั่งยืนของภาครัฐและเอกชนทั้งในและต่างประเทศ ในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และเพื่อเพิ่มขีดความสามารถและการมีส่วนร่วมของหน่วยจัดการในจังหวัด ท้องถิ่นและชุมชน จนสามารถจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพ โดยใช้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) หรือการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) แนวคิดการกระจายอำนาจ (Decentralization) และแนวคิดการประกันสุขภาพแห่งชาติหรือแนวคิดรัฐสวัสดิการ (Social Welfare) รวมถึงการวางระบบการประสานความร่วมมือในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ดีกับหน่วยงานองค์กรทั้งในและต่างประเทศ

ยุทธศาสตร์ ที่ 5 การสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน

ปัจจุบันประเทศไทยได้พัฒนาไปอย่างก้าวหน้าในด้านการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนในด้านสาธารณสุขโดยประชาชนต้องได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลและเข้าถึงการให้บริการด้านสาธารณสุข ตลอดจนการที่ประชาชนจะสามารถมีส่วนร่วม ในการผลักดัน เพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นทั้งในด้านการเข้ารับบริการสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพของบริการ และการสร้างความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพของผู้ที่มีสิทธิอยู่ในหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน ตลอดจนการเตรียมความพร้อมเพื่อรับผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนจากเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยฉุกเฉิน จำเป็นที่จะต้องได้รับประเมินและการรักษา จากการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันท่วงที รวมไปถึงการที่กำหนดให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีหน้าที่ในการเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชนแม้การปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินจะมีการเพิ่มจำนวนขึ้น ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นทุกปีโดยปี 2556 จำนวน 1,227,336 ราย

ปี 2557 จำนวน 1,279,913 รายและปี 2558 จำนวน 1,366,019 ราย เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบ การปฏิบัติการฉุกเฉินช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างปี 2559 กับปี 2558 พบว่า การปฏิบัติการฉุกเฉินช่วยเหลือผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 138,683 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 11.30 สำหรับ การแจ้งเหตุเพื่อการขอรับความช่วยเหลือและคำปรึกษาของประชาชนผ่านหมายเลขฉุกเฉิน 1669 ในปี 2557 - 2558 แม้พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2557 ร้อยละ 75.82 และปี 2558 ร้อยละ 77.87 แต่เมื่อพิจารณาในประเด็นการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ปี 2557 ร้อยละ 14.85 และปี 2558 ร้อยละ 13.25 (เป้าหมายร้อยละ 19) และยังมีความแตกต่างกันมากของแต่ละจังหวัดด้วย จึงจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินงานยุทธศาสตร์ในด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ไปยังประชาชน และดำเนินการตามกลยุทธ์ ผ่านกระบวนการสื่อสารสาธารณะเพื่อให้ประชาชนรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับสถานะฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือผ่านหมายเลขฉุกเฉินที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด การป้องกันดูแลตนเองและผู้อื่น ตลอดจนตระหนักถึงสิทธิในการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนา และผลักดันให้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่เป็นไปอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า ในปัจจุบันการเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุการตายในลำดับต้นๆ ของประเทศไทยและเป็นวิกฤตของชีวิตในแต่ละบุคคล ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมทันทีอาจทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตได้ หลังการมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการพัฒนาให้มีความครอบคลุมทุกพื้นที่และสามารถให้บริการ 24 ชั่วโมงในทุกจังหวัด ถึงแม้ว่าการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะมีการพัฒนาและมีแนวโน้มบริการเพิ่มมากขึ้นก็ยังพบว่ามีกลุ่มโรคอันตรายต้อต่อแสนประชากรที่สูงเพิ่มขึ้นเช่นกัน อาทิ อุบัติเหตุยานยนต์ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน และผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เข้าถึงโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก็ยังมีอัตราส่วนที่น้อย ซึ่งก็ยังคงเป็นปัญหาที่ยังต้องหาทางแก้ไข ไม่ว่าจะเป็นการประชาสัมพันธ์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การกำหนดเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ อาทิ ระบบการคัดแยกประเภทสีในการออกปฏิบัติการฉุกเฉินและเกณฑ์การคัดแยกประเภทสีของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล รวมถึงการกระจายตัวของหน่วยปฏิบัติการในแต่ละพื้นที่ที่ยังไม่ครอบคลุม ทำให้มีผู้ป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินแล้วก็มีจำนวนไม่น้อย (ปี 2558 เสียชีวิตเท่ากับ 8,594 คน)

การพัฒนามาตรฐานและคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความสำคัญและจำเป็นที่ต้องเร่งรัดดำเนินการเพราะเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีความปลอดภัย ทันเวลา มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผลและมีความเท่าเทียมกันตั้งแต่การรับรู้ รับแจ้งเหตุและสั่งการ การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล และดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน

ให้ได้รับการดูแลจนพ้นภาวะฉุกเฉินรวมถึงต้องคำนึงถึงคุณภาพในการปฏิบัติการรายโรคที่มีอุบัติการณ์สูง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคติดเชื้อ และการบาดเจ็บ ซึ่งต้องเป็นการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน เมื่อมีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่เพิ่มมากขึ้นมีการออกปฏิบัติการที่เพิ่มมากขึ้นแล้วจึงต้องมีการพัฒนาในด้านบุคลากรให้เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่ปริมาณแต่คุณภาพของบุคลากรก็ต้องมีด้วยเช่นกัน โดยได้มีการกำหนดมาตรฐานและหลักเกณฑ์สำหรับผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีการแบ่งผู้ปฏิบัติการออกเป็น 2 ประเภทคือ อำนวยการและปฏิบัติการ โดยมีการจัดฝึกอบรมหลักสูตรต่างๆอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถรองรับการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลและการดูแลระหว่างสถานพยาบาลในระบบส่งต่อ ทั้งนี้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ได้กำหนดให้ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทำหน้าที่บริหารจัดการพัฒนามาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการและดำเนินงานเพื่อผู้ป่วยฉุกเฉินทุกรายได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงเท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย โดยการจัดการอย่างมีส่วนร่วมมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีกลไกย่อยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อกันและทำหน้าที่ร่วมกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด ที่ผ่านมามีการจัดทำระเบียบ, ข้อบังคับและกฎหมายต่างๆ ตาม พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และมีกฎหมายที่ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถเข้าร่วมจัดระบบและให้การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินได้ ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันกฎระเบียบของ อปท. ยังไม่มีความชัดเจนที่จะเอื้อให้มีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในการช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ได้ ในส่วนของเทคโนโลยีสารสนเทศนั้น สพฉ. ได้มีการดำเนินการเก็บข้อมูลจากระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS ตั้งแต่ปี 2554 จนถึงปัจจุบันซึ่งมีการกระจายการใช้งานสารสนเทศในทุกภาคส่วนลงไปถึงหน่วยปฏิบัติการเองที่จะต้องทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศในรอบเดือนอย่างสม่ำเสมอแต่พบว่าในบางครั้งข้อมูลที่กำหนดไว้อาจไม่สามารถตอบสนองกับความต้องการในบริบทของจังหวัดในทุกด้านจึงควรพัฒนาให้ทุกจังหวัดสามารถสร้างสารสนเทศเพื่อใช้งานได้ด้วยตนเอง ด้วยการสร้างสารสนเทศสำเร็จรูป เพื่อให้จังหวัดสามารถนำไปปรับใช้งานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้อย่างง่าย สะดวกและรวดเร็ว โดยเน้นให้จังหวัดมีส่วนร่วมในการสร้างรายงานและพัฒนาระบบรายงานเพื่อใช้งานได้ด้วยตนเองต่อไป โดยจะนำไปสู่งานวิจัยและการจัดการความรู้ที่ส่วนใหญ่เป็นประเด็นการวิจัยในระดับพื้นที่ยังขาดการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบอันจะนำไปสู่การพัฒนางานวิชาการเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดในแผนหลัก

ทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 มุ่งให้ความสำคัญกับการยกระดับคุณภาพและมาตรฐานโดยการประสานความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมโดยคำนึงถึงกลไกการเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพของประเทศกับระบบการพัฒนาประเทศเนื่องจากมีองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้จัดทำแบบสอบถามเพื่อที่จะใช้ในการพัฒนาแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 3 พบว่า ความเห็นต่อทิศทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในอีก 5 ปีข้างหน้าในกลุ่มของผู้ให้บริการจะเห็นความสำคัญมากในประเด็น

- 1) มีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการที่ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพในทุกจังหวัด
- 2) ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลสามารถให้บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน
- 3) ทุกจังหวัดมีแผนและขั้นตอนการให้บริการฉุกเฉินครอบคลุมการเจ็บป่วยสำคัญ ได้แก่ ภาวะสมองขาดเลือด (Stroke) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) การบาดเจ็บ (Trauma) ภาวะฉุกเฉินในเด็กทารกแรกเกิด (Newborn) และการตั้งครรภ์ที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ (high risk pregnancy)
- 4) ทุกจังหวัด มีการดำเนินงานตามแผนและขั้นตอนการให้บริการฉุกเฉินครอบคลุมการเจ็บป่วยสำคัญ ได้แก่ ภาวะสมองขาดเลือด(Stroke) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) การบาดเจ็บ (Trauma) ภาวะฉุกเฉินในเด็กทารกแรกเกิด (Newborn) และการตั้งครรภ์ที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ (high risk pregnancy)
- 5) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลมีคุณภาพและมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

จากผลของแบบสอบถามดังกล่าวไม่ได้เป็นเพียงแค่ว่าความคิดเห็นหากแต่มีการเริ่มวางแผนและดำเนินการแล้วเช่น มีการกำหนดมาตรฐานห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลและมีการประเมินตนเองของห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลรวมถึงการตรวจประเมินไขว้ และมีการกำหนดการเจ็บป่วยสำคัญเป็นระบบทางด่วนพิเศษรวมถึงมีแนวทางในการดูแลรักษาทั้ง 3 ระยะ คือ Pre-Hospital, In-Hospital และ Patient Transfer โดยยังคงไว้ซึ่งเป้าหมายหลักของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ นั่นคือ ลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัย ดังนั้นจึงควรพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

2.2.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

ระบบการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่ดี ประกอบด้วยปัจจัยหลายอย่างที่ควรนำมาพิจารณา คือ

1) บุคลากร (personnel) หมายถึง แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล พนักงานขับรถฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ประจำรถพยาบาล หรือบุคลากรที่ได้รับการฝึกให้ สามารถทำการช่วยเหลือปฐมพยาบาลขั้นต้น (first aid) ความสามารถในการปฐมพยาบาลขั้นต้น

2) การฝึกอบรม (training) การฝึกอบรมต้องเริ่มจากประชาชน พลเมือง การฝึกขอความช่วยเหลือ การปฐมพยาบาล การทำ CPR ผู้ทราบข่าวคนแรกที่จะติดต่อเจ้าหน้าที่และรถพยาบาลในประเทศไทยอาจฝึกอบรมก้านั้น ผู้ใหญ่บ้าน หรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อพพร.) ในชุมชน การฝึกบุคลากรให้ได้มาตรฐานของ EMT (Emergency medical technician)

3) การสื่อสาร (Communication) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพคือ ต้องมีการรับประกันได้ว่าเมื่อได้รับข้อมูลจาก first responder แล้ว ข้อมูล คำตอบ หรือคำแนะนำที่ให้กลับไป จะเหมาะสมที่สุดและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้รับข้อมูลต้องมีความรู้เรื่องผู้ป่วย การให้การดูแลเบื้องต้น และการบริหารจัดการทางการส่งต่อผู้ป่วย

4) การขนส่งผู้ป่วย (transportation) การจัดระบบรถฉุกเฉินมีความสำคัญมากที่จะทำให้การรับส่งผู้ป่วยเป็นไปอย่างรวดเร็ว

5) ความสามารถของโรงพยาบาลในด้านบริการ (facilities) การส่งต่อ ผู้ป่วยฉุกเฉิน ควรเลือกโรงพยาบาลที่มีความเหมาะสมที่สุดที่จะรักษาผู้ป่วยนั้นๆและอยู่ใกล้ที่สุด หรือโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บ หรืออุบัติเหตุ ควรเลือกส่งเข้าโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์อุบัติเหตุ (trauma center) ซึ่งกำหนดโดย American College of Surgeons

6) หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤติ (intensive care units หรือ tertiary care unit) การจัดระดับ โรงพยาบาล ขนาดปริมาณเตียงทั่วไป จำนวนเตียงในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤติ ควรมีปริมาณและอัตราส่วนที่เหมาะสมกับความต้องการของชุมชน และไม่สิ้นเปลือง

7) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย (public safety agency) ระบบ EMS ควรมีความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ร่วมกันเป็นทีมกับตำรวจ พนักงานดับเพลิง ยาม เพราะส่วนใหญ่บุคลากรเหล่านี้จะอยู่ใกล้ที่เกิดเหตุหรืออยู่ในที่เกิดเหตุ และควรมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติการร่วมกัน

8) การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ (consumer participation) ประชาชนและผู้ใช้บริการต้องมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ ระบบ EMS ต้องมีตัวแทนประชาชนในองค์กรบริหารจัดการเพราะประชาชนเป็นผู้ใช้บริการและจะมีส่วนร่วมรับรู้ถึงข้อดีและปัญหาที่เกิดขึ้น

9) การเข้าถึงระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (access of care) ระบบ EMS เป็นช่องทางหนึ่ง que ผู้ป่วยจะได้รับการบริการด้านสุขภาพ (health care system) ความสำเร็จของระบบ EMS ก็คือ การที่จะรับรองว่าประชาชนทุกคนจะได้รับการดูแลจากระบบอย่างทั่วถึง

10) การส่งต่อผู้ป่วย (transfer of care) ระบบส่งต่อผู้ป่วยควรมีความปลอดภัยและสะดวกที่สุด ใช้เวลาน้อยที่สุด โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับเป็นหลัก

11) ระบบเวชระเบียนที่มีมาตรฐานแบบฟอร์มที่ใช้ควรเป็นแบบเดียวกันและควรออกแบบให้สะดวกในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ trauma registry ความรุนแรงของการบาดเจ็บข้อมูลเกี่ยวกับ cardiac arrest และผลของการทำ CPR

12) การให้ข้อมูลและการศึกษาแก่ประชาชน (public information and education) ประชาชนควรทราบข้อมูลของ EMS เป็นอย่างดี เพราะเป็นผู้ที่ได้รับประโยชน์และเกี่ยวข้องโดยตรง

13) คณะกรรมการประเมินผลจากบุคคลภายนอกองค์กร (external auditor or independent review and evaluation) คณะกรรมการบริหารองค์กร EMS ต้องแน่ใจว่ากลุ่มบุคคลภายนอกขององค์กรได้ติดตามประเมินผล การปฏิบัติงานของระบบ EMS อย่างต่อเนื่อง และให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อปรับปรุงและพัฒนา

14) การเกี่ยวข้องกับภัยพิบัติหมู่หรือชุมชน (disaster linkage) ควรมีการเตรียมความพร้อม การฝึกซ้อมร่วมกัน เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยควรแจ้งระบบ EMS ให้ทราบล่วงหน้าเกี่ยวกับกรณีที่เกิดเหตุภัยพิบัติหมู่ ขณะเดียวกันโรงพยาบาลและห้องฉุกเฉินจะต้องประสานงานกับเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย และระบบ EMS ด้วย

15) การประสานกับระบบ EMS ของโรงพยาบาล และชุมชนใกล้เคียง เพื่อความช่วยเหลือร่วมกันในกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉินของระบบ EMS ของชุมชนนั้นๆ (mutual agreement)

สรุป ทิศทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแผนหลักการแพทย์การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 จากการสอบถามความเห็นจากผู้ให้บริการ คือ การมีประสิทธิภาพ คุณภาพ และมาตรฐาน ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล รวมถึงความครอบคลุมของการดำเนินงานและขั้นตอนการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการเจ็บป่วยสำคัญ ได้แก่ ภาวะสมองขาดเลือด (Stroke) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) การบาดเจ็บ (Trauma) ภาวะฉุกเฉินในเด็กทารกแรกเกิด (Newborn) และการตั้งครรภ์ที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ (high risk pregnancy) และพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการนำมาพัฒนาระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อาทิเช่น บุคลากร ความสามารถด้านบริการของโรงพยาบาล การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการประสานงานภายในระบบบริการ เป็นต้น

2.3 โรคหลอดเลือดสมอง

2.3.1 ความหมายโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease, Stroke) หรืออัมพฤกษ์หรืออัมพาต ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึงกลุ่มอาการและการแสดงที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของภาวะการทำงานของสมองทั้งเฉพาะที่หรือโดยรวมเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ในประชากรไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้น ผลของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อการทำงานในด้านต่างๆ ของร่างกายภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยจะมีความบกพร่อง (impairment) ปานกลางในด้านการทำงานจากระบบที่สั่งการโดยสมอง มีความสูญเสีย (Disability) รุนแรงในการใช้งานร้อยละ 15-30 และไม่สามารถทำกิจวัตร [Activity of Daily living (ADL)] ซึ่งเป็นสาเหตุของความพิการและต้องเป็นภาระพึ่งพิงบุคคลอื่นร้อยละ 70 ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจและสังคมของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว แต่ได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการก็อาจช่วยให้รอดชีวิตและหลงเหลือความพิการน้อยลง สามารถกลับไปปฏิบัติงานตามปกติได้ (ญันท วอลเตอร์, โรซินี อุปราและประกายแก้ว ธนสุวรรณ, 2559)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นความพร่องทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีความบกพร่องของระบบไหลเวียนในสมอง ในทางการแพทย์เดิมเรียกว่า Cerebrovascular accident หรือ CVA แต่ปัจจุบันเรียกใหม่ว่า Cerebrovascular disease หรือ CVD, Stroke ซึ่งมีความหมายว่า “อัมพาต” ดังนั้นโรคหลอดเลือดสมองคือ กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดไปที่สมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเซลล์สมองถูกทำลายและสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่

2.3.2 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกเป็น 2 กลุ่มปัจจัย ดังนี้

1) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Non modifiable risk factors) ได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศชายมากกว่าเพศหญิง ประวัติโรคเลือดบางอย่างในครอบครัว และมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนในอดีต

2) ปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable risk factors) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคอ้วนหรือโรคเมตาบอลิก (Metabolic syndrome) การสูบบุหรี่ เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว ภาวะหลอดเลือดคอโรตีตตีบโดยไม่มีอาการ ภาวะที่มีค่าความผิดปกติบางอย่างในกระแสเลือด เช่น มีภาวะไฟบริโนเจนมาก (fibrinogen) มีภาวะโฮโมซิสเตอีนมากกว่าปกติ (Elevate homocysteine) มีภาวะของกลุ่มอาการแอนตีฟอสโฟลิปิด (Antiphospholipid syndrome)

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

1. ความดันโลหิตสูง ควบคุมความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg และน้อยกว่า 130/80 mmHg ในผู้ป่วยเบาหวาน
2. เบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาว HbA1C น้อยกว่า 7 mg%
3. ไขมันในเลือดสูง ควบคุมให้มีระดับไขมัน LDL น้อยกว่า 100mg/dl และน้อยกว่า 70mg/dl ในผู้ป่วยเบาหวาน ระดับ TG น้อยกว่า 150 mg/dl และควรมีไขมัน HDL \geq 40 ในผู้ชายและ \geq 50 mg/dl ในผู้หญิง
4. การสูบบุหรี่ แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่หรือรับควันบุหรี่
5. การออกกำลังกายแนะนำให้ออกกำลังกายปานกลาง ประมาณ 30-45 นาทีต่อวันอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์
6. การดื่มสุรา ควรหยุดหรือหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
7. ความอ้วน ลดน้ำหนักดัชนีมวลกายต่ำกว่า 23 kg. หรือมีรอบเอว \leq 36 นิ้ว (90 ซม.) ในผู้ชายและ \leq 32 นิ้ว (80 ซม.) ในผู้หญิง
8. ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อหลอดเลือดสมองให้รักษาตามสาเหตุเช่นหลอดเลือดอักเสบ ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เป็นต้น

2.3.3 อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองพบได้จาก 2 สาเหตุ โดย

กลุ่มแรกเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) พบได้ร้อยละ 70-75 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ทำให้เซลล์สมองและเนื้อเยื่ออื่นๆ ขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน สาเหตุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือด เช่นมีไขมัน และเกล็ดเลือดมาเกาะทำให้ผนังหลอดเลือดเสียความยืดหยุ่นทำให้มีการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือด นอกจากนี้อาจเกิดจากลิ่มเลือดที่มาจากที่อื่นๆ เช่นลิ่มเลือดจากหัวใจหรือจากหลอดเลือดคาโรติดที่หลุดมาอุดตันหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะมีอาการเตือนที่สำคัญเกิดขึ้นทันทีทันใด ได้แก่

- 1) อ่อนแรง (Weakness) และ/หรือชาร่วมกับอาการชาใบหน้าข้างใดข้างหนึ่ง (numbness)
- 2) ตามองเห็นไม่ชัดหรือมืด ทันทีทันใด หรือมองไม่เห็นครึ่งซีกของลานสายตา
- 3) มองเห็นภาพซ้อน ตาเหล่
- 4) ปากเบี้ยว (Facial droop) พูดไม่ชัด รู้สึกลิ้นแข็งเวลาพูด พูดไม่ออก พูดไม่เข้าใจ มีความผิดปกติในการใช้ภาษา (Speech disturbance)

5) ปวดศีรษะหรือ เวียนศีรษะ หรือบ้านหมุน เดินเซ เสียการทรงตัวโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้ามีอาการดังกล่าวข้างต้นร่วมด้วย นอกจากนี้อาจมีอาการสำลักอาหาร แขนขาเคลื่อนไหวผิดปกติบังคับไม่ได้ หลงลืมเกิดขึ้นทันทีทันใด

กลุ่มที่สองเกิดจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) พบน้อยกว่าในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองตีบ แต่มีความรุนแรงมากกว่า สามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ เลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) จะพบลักษณะลิ้มเลือดในเนื้อสมอง และ เลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage) จะมีเนื้อสมองที่บวมขึ้น และกดเบียดเนื้อสมองส่วนอื่นให้เสียหายที่ด้วย โดยมีอาการปวดศีรษะทันที อาเจียน แขนขาอ่อนแรงโดยเฉพาะเป็นข้างเดียว หรือชาครึ่งซีก พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว ชัก หรือหมดสติได้ หากยังไม่ได้รับการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการแล้ว จะมีผลให้เซลล์สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemic stroke) และจะสูญเสีย เซลประสาท (neurons) ถึง 1.9 ล้านเซลล์ในทุกๆ 1 นาที

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองจะมีความผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นทันทีทันใดและมีพยาธิสภาพแบ่งเป็นกว้างๆ ได้เป็นภาวะสมองขาดเลือดจากการตีบแคบของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองหรือมีการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและภาวะเลือดออกในสมองจากการแตกของหลอดเลือด ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อการทำงานด้านต่างๆ ของร่างกาย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านระบบการสั่งงานของกล้ามเนื้อ (Motor) ด้านการรับรู้ความรู้สึก (Sensory) ด้านการมองเห็น (Visual) ด้านภาษา (Language) ด้านความจำ (Cognition) และด้านอารมณ์ (Affect) ซึ่งจะแสดงอาการแตกต่างกันตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่อุดตันหรือมีพยาธิสภาพโดยมีอาการเตือนที่สำคัญอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า 1 ใน 6 อย่างต่อไปนี้ (ข้อผูกฯ ไชยมงคล, 2553)

1. อาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าแขนหรือขาโดยเฉพาะอย่างยิ่งซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอย่างทันทีทันใด
2. อาการสับสนพูดลำบากหรือพูดไม่รู้เรื่องทันทีทันใด
3. อาการมองเห็นไม่ชัด ตามัว 1 หรือ 2 ข้างทันทีทันใด
4. อาการเดินเซ เดินลำบากหรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัวและการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขนและขาทันทีทันใด
5. อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุทันทีทันใดและโดยเฉพาะข้อ 6
6. อาการกลืนน้ำลายไม่ได้หรือกลืนลำบากอย่างมากทันทีทันใด

นิพนธ์ พวงวรินทร์ (2554) ได้อธิบายระยะของโรคหลอดเลือดสมอง และอาการของผู้ป่วยแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ กระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที มักจะใช้เวลา 24- 48 ชั่วโมงปัญหาสำคัญในระยะนี้ได้แก่ อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและการทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้

2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post-acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1- 14 วัน

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะนี้อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วย หรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียกหลังผ่าน 48 ชั่วโมง กล้ามเนื้อที่อ่อนปวกเปียกจะค่อยๆ เกร็งแข็งขึ้น การดูแลรักษาเน้นที่การฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูระยะแรก (Early recovery) และระยะฟื้นฟูระยะหลัง (Late recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟู การทำหน้าที่ของร่างกายฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูระยะหลัง เป็นระยะที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูระยะแรก ระยะนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะมีการพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหวการช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท การใช้ภาษา การพูด ซึ่งระยะนี้อาจใช้เวลา 4 - 6 เดือน หรือในบางรายอาจนานถึง 1 ปี

2.3.4 แนวทางการประเมินอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

จากแนวทางการประเมินอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในต่างประเทศ มีผลการศึกษาที่มีการใช้หลักเกณฑ์ของ Los Angeles Prehospital Stroke Screen (LAPSS) และ Cincinnati Pre-hospital Stroke Scale (CPSS) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

Los Angeles Prehospital Stroke Screen (LAPSS) : มีการประเมิน 6 อย่างคือ

1. อายุมากกว่า 45 ปี
2. ไม่มีประวัติเป็นโรคที่เกี่ยวกับอาการชักมาก่อน
3. มีอาการทางระบบประสาทที่ผิดปกติเกิดขึ้นใหม่ภายใน 24 ชั่วโมง
4. ไม่ได้เป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง (bed ridden) หรือมีการใช้รถเข็น (Wheel chair) ตลอดเวลา
5. ระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าอยู่ระหว่าง 60 – 400
6. มีอาการอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง จากการ ตรวจโดยการให้ยัมยิงฟัน ยกแขนและขาเมื่อ

มีการศึกษาพบว่า LAPSS มีความไวที่ระดับ 91% และความจำเพาะที่ระดับ 97% ในการประเมินอาการ และอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS) :

Facial droop : ให้ผู้ป่วยยิ้มหรือย่นฟัน ถ้าหน้าด้านใดด้านหนึ่งขยับไม่ได้ตามปกติ ถือว่าผิดปกติ

Arm drift : ให้ผู้ป่วยหลับตา ยกแขนทั้งสองข้าง แขนมือยื่นไปข้างหน้าค้างไว้ 10 วินาที ถ้าแขนข้างใดข้างหนึ่งไม่สามารถยกได้ หรือตกลงเมื่อเทียบกับแขนอีกข้างหนึ่งถือว่าผิดปกติ

Speech : ให้ผู้ป่วยพูดตาม ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถพูดตามได้ หรือพูดคำผิด หรือพูดซ้ำ หรือไม่ชัดถือว่าผิดปกติ

มีการศึกษาพบว่าถ้ามีอาการแสดง 1 ใน 3 อย่างมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองประมาณร้อยละ 72 แต่ถ้ามีอาการแสดงทั้ง 3 อย่างมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าร้อยละ 85

2.3.5 การวินิจฉัยและการตรวจรักษา

แนวทางการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง พบได้จากการตรวจร่างกาย การเจาะเลือด เพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) หรือตรวจสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) การวินิจฉัยหลอดเลือดสมองด้วยการฉีดสารทึบรังสีหลอดเลือดสมองโดยตรง (cerebro angiography) การตรวจหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอ ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (carotid duplex ultrasonography) การตรวจการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงภายในสมองผ่านกะโหลกศีรษะ (transcranial Doppler ultrasonography or transcranial color-coded duplex ultrasonography) และการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (echocardiography) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการเอ็กซเรย์ปอด

ส่วนการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic drug) มีการพิจารณาการให้ยาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญภายในเวลา 4 ชั่วโมงครึ่ง (270 นาที) นับจากเริ่มมีอาการของโรคและไม่มีข้อห้ามในการให้ยา การให้ยาแอสไพริน (aspirin) เป็นยาต้านเกล็ดเลือดใน 48 ชั่วโมงแรก (ในกรณีที่ไม่ได้ยาละลายลิ่มเลือด) และไม่มีข้อห้ามการให้แอสไพริน ซึ่งการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำนั้น ต้องรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดตลอดไป นอกจากแอสไพรินแล้วยังมียาต้านเกล็ดเลือดชนิดอื่น ได้แก่ โคลพิโดเกรล ไตไพรีดาโมล เป็นต้น หากเป็นกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองตีบขนาดใหญ่ จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกเพื่อลดความดันในสมองช่วยลดอัตราตายและพิการ ภายหลังการรักษาในภาวะฉุกเฉินแล้ว ต้องทำการฟื้นฟูด้วยกายภาพบำบัดอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง และควรป้องกันการเกิดซ้ำโดยลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และควบคุมสภาวะจิตใจลดความเครียด วิตกกังวล

2.3.6 ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track)

เนื่องจากเวลาเป็นตัวแปรสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีหลายการศึกษาที่ยืนยันผลดีของการให้ยาละลายลิ่มเลือดในระยะเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง แต่พบว่าผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำนั้น มีเพียง 0-12% ดังนั้น National Institute of Neurological Disorder and Stroke (NINDS) และ American Heart Association (AHA) จึงได้กำหนดกรอบเวลาเพื่อเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติและนำมาปรับใช้เป็นเกณฑ์ในการพัฒนาคุณภาพระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง “Stroke fast track” ดังนี้

Door to physician evaluation: เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินโดยแพทย์หลังจากมาถึงโรงพยาบาลภายใน 10 นาที

Door to stroke team notification: ทีมโรคหลอดเลือดสมองได้รับแจ้งภายใน 15 นาที หลังจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล

Door to CT scan initiation: เวลาที่ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองหลังจากที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลไม่เกิน 25 นาที

Door to CT scan interpretation: ภาพการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองได้รับการแปลผลนับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลไม่เกิน 45 นาที

Door to drug (needle) time: เวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำหลังจากมาถึงโรงพยาบาลไม่เกิน 60 นาที

Door to monitored bed: เวลาที่ผู้ป่วยรับตัวเข้าหอผู้ป่วยที่มีการติดตามอาการนับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลไม่เกิน 180 นาที

ซึ่งแนวทางปฏิบัติเพื่อลดความล่าช้าของระยะเวลาก่อนได้รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีกระบวนการเร่งด่วนในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast track) โดยผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามรับยา rt-PA เมื่อเดินทางมาถึงโรงพยาบาลควรได้รับยานี้ภายใน 1 ชั่วโมง ส่วนการลดความล่าช้าระยะเวลาก่อนมาถึงโรงพยาบาล สามารถแก้ปัญหาด้วยการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน นอกจากนี้ แม้ว่าจะมีความรู้ที่เหมาะสมเรื่องอาการเตือนที่สำคัญแล้วยังพบว่า มีเพียงร้อยละ 17.6 ที่โทรศัพท์สายด่วน 911 ในสถานการณ์จำลองที่กำหนดให้

American Heart Association (AHA) และ American stroke association ได้ออกแนวทางที่เรียกว่า Stroke Chain of Survival หรือ ห่วงโซ่ของการรอดชีวิตของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยในการวินิจฉัย และดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมุ่งหวังลดอัตราการทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิตของประชากรจากโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน โดยประกอบไปด้วย 8'D ดังต่อไปนี้

Detection: ผู้ป่วยหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์สามารถประเมินอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองได้

Dispatch: แจ้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว และตอบสนองด้วยปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างเร่งด่วน

Delivery: คัดแยก และนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลปลายทางที่เหมาะสมพร้อมกับแจ้งข้อมูลของผู้ป่วยกับโรงพยาบาลปลายทางเพื่อเตรียมรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง

Door: คัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงสูงสุด ต้องได้รับการตรวจโดยแพทย์ในแผนกฉุกเฉินเร็วที่สุด

Data: ได้รับการประเมินที่แผนกฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว แจ้งทีมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือดและการถ่ายภาพสมองทางรังสีเพื่อการตรวจวินิจฉัยได้อย่างเหมาะสม

Decision: วินิจฉัย และตัดสินใจให้การรักษาที่เหมาะสมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย

Drug: การเลือกใช้ยา หรือการรักษารวมทั้งการทำหัตถการอื่นๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Disposition: รับตัวไว้รักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) หรือแผนกผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างรวดเร็ว หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลปลายทางที่เหมาะสม

สำหรับประเทศไทย มีการพัฒนาระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง โดยถูกวางเป็นกรอบแผนงานสำคัญในทุกระดับของระบบบริการด้านการแพทย์ อาทิ

1) ในระดับชุมชน ได้มีการพัฒนาโครงสร้างเครือข่ายกู้ชีพชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน มีความเข้าใจบทบาทหน้าที่และขยายการรับรู้สู่ชุมชนโดยสื่อประชาสัมพันธ์หลายรูปแบบ

2) ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการตอบสนองต่อการแจ้งเหตุในพื้นที่ที่ได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วยวิกฤตใน 6 กลุ่มโรค ซึ่งรวมโรคหลอดเลือดสมองด้วย โดยให้คำแนะนำแนวทางปฏิบัติแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนที่รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะไปถึง และมีการประสานโรงพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยวิกฤตดังกล่าว

3) โรงพยาบาลชุมชน มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจากหลอดเลือดสมอง มีการอบรมพัฒนาศักยภาพแบบบูรณาการแก่บุคลากรทุกระดับที่มีส่วนร่วมในการดูแลและจัดทำระบบติดตามประเมินผลสมรรถนะและผลกระทบในระดับชุมชน

4) ระบบส่งต่อ มีการจัดทำข้อบ่งชี้ และแนวทางปฏิบัติในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระหว่างการส่งต่อ มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานการส่งต่อในระดับจังหวัด พัฒนาระบบสื่อสาร

ข้อมูลส่งต่อก่อนผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประสานเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยก่อนมาถึง

5) ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลตติยภูมิ จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย ปรับโครงสร้างบุคลากรรองรับระบบช่องทางด่วน เช่น nurse case manager, nurse coordinator จัดระบบรองรับสำรองเวชภัณฑ์ ระบบสนับสนุนปฏิบัติการ อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ ระบบสื่อสารเพื่อสนับสนุนการรองรับผู้ป่วยช่องทางด่วน (นันทวรรณ ทิพยเนตร และวชิร ชนะบุตร, 2559)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงอาการอัมพาตจะเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่วนที่เกิดเนื่องจากหลอดเลือดในสมองแตกอาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใด ขณะทำงานออกแรงมากๆ ในผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกและได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายนั้นประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้อีกภายใน 5 ปี ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล จึงเป็นหนึ่งในห่วงโซ่ชีวิตที่มีความสำคัญต่อการลดอัตราการพาลภาพ และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พบว่าในช่วงของการประเมินตนเองเพื่อทราบว่ามีการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองแล้ว สามารถแจ้งเพื่อรับบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ จะมีผลให้สามารถรับการดูแลได้อย่างทันท่วงทีสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตได้ ดังนั้นจึงพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

คู่มือปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล

คู่มือปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล โดย อ.นพ.สมชาย กาญจนสุต และคณะ เป็นคู่มือที่ได้จากประสบการณ์ตรงในการฝึกอบรมบุคลากรและการสร้างเครือข่ายด้านปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ รวมทั้งการติดตามปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานของบุคลากรเหล่านั้นมากกว่า 20 ปี หลังการก่อตั้ง “ศูนย์กู้ชีพ นเรนทร” รพ.ราชวิถี ตั้งแต่ พ.ศ. 2538 และการได้รับอนุมัติให้ใช้โทรศัพท์หมายเลข 1669 เป็นโทรศัพท์สายด่วนสำหรับการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั่วประเทศ โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้มี คู่มือปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลให้ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลในระดับต่างๆ ได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการกู้ชีพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อลดอัตราการตาย อัตราพิการและความทุพพลภาพของผู้ป่วยฉุกเฉินลง ซึ่งเป็นการดัดแปลงและประยุกต์หลักการและวิธีปฏิบัติการฉุกเฉินต่างๆ ให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยและเหมาะสมกับขีดความสามารถของบุคลากรในระดับต่างๆ โดยมีรายละเอียดประกอบด้วย หลักการ, แนวทางปฏิบัติ, วิธีปฏิบัติ และการบริหารยา

แนวทางปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมอง

แนวทางปฏิบัติที่ 7 การรักษาพยาบาลทั่วไป โดยได้ทำการทบทวนในแนวทางปฏิบัติที่ 7.12 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือ ลมปัจจุบัน มีความสำคัญคือ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกหากมีการวินิจฉัยและนำส่งรักษาล่าช้าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดทุพพลภาพหรือรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก พบว่าส่วนหนึ่งเป็นเพราะการขาดความเข้าใจเรื่องอาการและอาการแสดงของโรค บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงควรทราบวิธีการคัดกรองโรคง่ายๆ เพื่อวินิจฉัยและนำส่งโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้สรุปความหมายของผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองทั่วไป ประกอบด้วย 1) อาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าแขนหรือขาโดยเฉพาะอย่างยิ่งซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอย่างทันทีทันใด 2) อาการสับสนพูดลำบากหรือพูดไม่รู้เรื่องทันทีทันใด 3) อาการมองเห็นไม่ชัด ตามัว 1 หรือ 2 ข้างทันทีทันใด 4) อาการเดินเซ เดินลำบากหรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัวและการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขนและขาทันทีทันใด 5) อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุทันทีทันใดและ 6) อาการกลืนน้ำลายไม่ได้หรือกลืนลำบากอย่างมากทันทีทันใด และต้องได้รับการดูแลรักษาภายใน 270 นาทีหลังเริ่มมีอาการ

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

2.4.1 ความหมายแนวคิดเกี่ยวกับความรู้

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา ได้ให้ความหมายของ คำว่า Knowledge บัญญัติศัพท์ว่า ความรู้ หมายถึง สารระ ข้อมูล แนวคิด หลักการ ที่บุคคลรวบรวมได้จากประสบการณ์ในวิถีชีวิต ความรู้เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ สังคมและเทคโนโลยี บุคคลเรียนรู้จากประสบ การณ์ การศึกษา อบรม การรับถ่ายทอดทางวัฒนธรรม การรับรู้ การคิดและการฝึกปฏิบัติ จนสามารถสรุปสาระความรู้และนำไปใช้ประโยชน์ได้หรือพัฒนาไปสู่ระดับที่สูงขึ้น (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2558)

ตามที่วิทยาลัยดุสิตธานี (2556) ได้ให้ความหมายของความรู้ หมายถึง “ความคิด กฏระเบียบ ขั้นตอน และแนวปฏิบัติ อาจจะอยู่ในรูปของประสบการณ์ (Experience) ความจริง (Truth) วิจารณ์ญาณ (Judgment) ปัญญาญาณ (Intuition) คุณค่าและความเชื่อ (Value & Belief) ซึ่งมีอยู่ในที่ต่างๆ ทว่าทั้งองค์กรทั้งในบุคลากร กระบวนการปฏิบัติงาน เอกสาร และวัฒนธรรมขององค์กร”

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา ได้ให้ความหมายของคำว่า knowledge management (KM) บัญญัติว่า การจัดการความรู้ (เคเอ็ม) หมายถึง กระบวนการพัฒนาความรู้ของบุคคลและองค์กร เพื่อสร้างคุณภาพและประสิทธิภาพโดยการรวมกลุ่มกัน กำหนดวิสัยทัศน์ร่วมคิดร่วมทำ แลกเปลี่ยน เรียนรู้จากประสบการณ์ของสมาชิก ผสมผสานกับความรู้จากแหล่งข้อมูลทั่วไป มีการกำหนด เป้าหมาย วิธีการปฏิบัติ การทดลอง การตรวจสอบ การสังเคราะห์และการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ ในระดับบุคคล การร่วมกระบวนการจัดการความรู้ช่วยเสริมสร้างความ ตระหนักคุณค่าและความสามารถที่เป็นความรู้ฝังลึกอยู่ในตน เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและการ ปฏิบัติงานจนประสบความสำเร็จในระดับองค์กร กระบวนการจัดการความรู้เน้นการเรียนรู้เป็น เครือข่ายเชื่อมโยงกัน สมาชิกขององค์กรต่างเสริมพลังกันฉันทกัลยาณมิตร ทำให้องค์กรมีความเข้มแข็ง และผลงานก้าวหน้า สอดคล้องกับวิสัยทัศน์เกิดเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning organization) (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2558)

ปิยะวรรณ เพียรภายลุน (2554) ได้ให้ความหมายของความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน หมายถึงการรับรู้เข้าใจในข้อเท็จจริงของประชาชนที่มีต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่ง ครอบคลุมในด้านการแจ้งเหตุ หน่วยบริการ บุคลากรและค่าใช้จ่าย

การจัดการความรู้ หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กร ซึ่งกระจัดกระจาย อยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบเพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้และ พัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้องค์กรมี ความสามารถในเชิงแข่งขันสูงสุด (สำนักงาน ก.พ.ร.และ สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2558)

บลูม (Bloom, 1976) กล่าวถึง การเกิดการเรียนรู้ในแต่ละครั้งจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น 3 ประการ จึงจะเรียกว่าเป็นการเรียนรู้ที่สมบูรณ์ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ความคิด ความเข้าใจ (Cognitive Domain) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสมอง เช่น ความคิดรวบยอด
2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์หรือความรู้สึก (Affective Domain) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เช่น ความเชื่อเจตคติ ค่านิยม
3. การเปลี่ยนทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย เพื่อให้เกิดทักษะ และความชำนาญ เช่น (Psychomotor Domain) การว่ายน้ำ เล่นกีฬา

2.4.2 ประเภทของความรู้

ประเภทของความรู้สามารถจำแนกตามความสามารถในการถ่ายทอดได้เป็น 2 ประเภท

1. ความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่อยู่ในตัวคน มักได้จากประสบการณ์ พรสวรรค์ สัญชาตญาณของแต่ละบุคคลในการทำ ความเข้าใจในสิ่งต่างๆ หรือภูมิปัญญา ยากต่อการ บรรยายเป็นคำพูดหรือลายลักษณ์อักษร แต่สามารถถ่ายทอดและแบ่งปันกันได้ เช่น ทักษะการ

ปฏิบัติงาน ทักษะงานฝีมือ หรือความสามารถในการคิดเชิงวิเคราะห์ เป็นต้น จัดเป็นความรู้แบบนามธรรม

2. ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่สามารถรวบรวม บรรยาย หรือถ่ายทอดได้ ผ่านวิธีต่างๆ เช่น การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ทฤษฎี คู่มือ ฐานข้อมูล เป็นต้น จัดเป็นความรู้แบบรูปธรรม

2.4.3 กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management Process)

อารีย์ พลภูเมือง (2560) ได้กล่าวอ้างถึงคณะกรรมการการจัดการความรู้วิทยาลัย เชียงราย ไว้ว่าได้กล่าวถึง กระบวนการจัดการความรู้ ในคู่มือการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) ว่า กระบวนการจัดการความรู้ จะทำให้ความรู้ในองค์กรเกิดการหมุนเวียนในลักษณะของเกลียวความรู้ เพื่อพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยบุคลากรสามารถนำความรู้ไปพัฒนาตนเองเพื่อพัฒนาองค์กรต่อไป กระบวนการจัดการความรู้ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้

1) การบ่งชี้ความรู้ (Knowledge Identification) เป็นการกำหนดความรู้หลัก(Core Knowledge) ซึ่งเป็นความรู้ที่จำเป็น หรือสำคัญต่องานขององค์กร เป็นการการสร้างวิสัยทัศน์เกี่ยวกับความรู้ ที่เป็นความรู้หลัก ขององค์กรเพื่อการบรรลุเป้าหมายหลักขององค์กร เป็นเข็มทิศในการจัดการความรู้ขององค์กร โดยการพิจารณาว่าเป้าหมายหลักขององค์กรคืออะไร และต้องการความรู้หลักด้านไหนบ้างเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว นั้น เช่นพิจารณาว่า วิสัยทัศน์/พันธกิจ/ เป้าหมายคืออะไร และเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เราจำเป็นต้องรู้อะไร ขณะนี้เรามีความรู้อะไรบ้าง อยู่ในรูปแบบใดอยู่ที่ใคร

2) การสร้างและแสวงหาความรู้ (Knowledge Creation and Acquisition) เป็นการเสาะหาปรับปรุง ดัดแปลง สร้างความรู้บางส่วน หรือการสร้างความรู้ใหม่ แสวงหาความรู้จากภายนอก รักษาความรู้เก่า กำจัดความรู้ที่ใช้ไม่ได้แล้ว ให้เหมาะต่อการใช้งานของตน อาจเริ่มจากทุนปัญญา(Intellectual Capital) ที่มีอยู่แล้วภายในองค์กรในรูปของผลงานที่เป็นเลิศ หรือความสำเร็จที่สะท้อนจากวิธีปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (Best Practices) การทำวิจัย R2R Mini Research หรือสร้างนวัตกรรม

3) การจัดความรู้ให้เป็นระบบ (Knowledge Organization) เป็นการจัดการและจัดเก็บความรู้ที่องค์กรสร้างให้เป็นหมวดหมู่ และเก็บลงในฐานข้อมูลพร้อมทั้งดำเนินการสร้างเครือข่ายความรู้กับโลกภายนอก มีระบบการรับรู้และตรวจสอบข่าวสาร พัฒนาความก้าวหน้าของความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับภาคีหรือเครือข่าย อันเป็นการให้ความสำคัญกับความรู้ชัดแจ้งและความรู้ฝังลึกอย่างเท่าเทียมกันและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อประโยชน์ขององค์กร

4) การประมวลและกลั่นกรองความรู้ (Knowledge Codification and Refinement) หมายถึง กลั่นกรองความรู้ ที่ได้มา เพื่อจัดระดับว่าเป็นความรู้จำเป็นในระดับใด เพื่อถือได้ในระดับใด มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการกลั่นกรองความรู้อย่างเป็นระบบและเรียบเรียงความรู้ให้ถ่ายทอดการนำมาใช้งานจริง ซึ่งอาจดำเนินการโดยจัดผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ มาตรวจสอบวิเคราะห์ว่าความรู้ ที่มีอยู่มีความถูกต้อง ทันสมัยหรือไม่ ก่อนที่จะนำไปเผยแพร่ให้ใช้ความรู้ นั้น เป็นการ “จะทำให้เข้าใจง่าย และสมบูรณ์อย่างไร” เช่นปรับปรุงรูปแบบเอกสารให้เป็นมาตรฐาน ใช้ภาษาเดียวกัน ปรับปรุงเนื้อหาให้สมบูรณ์

5) การเข้าถึงความรู้ (Knowledge Access) เป็นการทำให้ผู้ใช้ความรู้ นั้นเข้าถึงความรู้ที่ต้องการได้ง่ายและสะดวก รวดเร็ว เข้าถึงได้ด้วยตนเอง ซึ่งควรมีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology: IT) มาประยุกต์ใช้ เช่น Intra net Face book Web board บอร์ดประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

6) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ (Knowledge Sharing) เป็นการนำความรู้ เทคนิคในการทำงาน เทคนิคการแก้ไขปัญหา ที่ได้จากการปฏิบัติงาน แล้วมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันซึ่งทำได้หลากหลายวิธีการ ตัวอย่างเช่น วัน KM Day เวทีความรู้ (Knowledge Forum) การประชุมทางวิชาการ การประชุมเชิงปฏิบัติการ การแลกเปลี่ยนความรู้วิธีปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างที่ดี (Best Practice) ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice หรือ CoP) เป็นต้น กรณี เป็น Explicit Knowledge อาจจัดทำเป็นเอกสาร ฐานความรู้ เทคโนโลยีสารสนเทศ กรณีเป็น Tacit Knowledge อาจจัดกิจกรรมชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice หรือ CoP) เวทีความรู้ (Knowledge Forum) การประชุมทางวิชาการ การประชุมเชิงปฏิบัติการ การแลกเปลี่ยนความรู้วิธีปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างที่ดี (Best Practice) แล้วสกัดองค์ความรู้จากกิจกรรมมาจัดทำเป็น Explicit Knowledge เพื่อนำไปใช้งานต่อไป

7) การเรียนรู้ (Learning) เป็นการนำความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนไปใช้ประโยชน์ในการทำงานเพื่อแก้ปัญหา พัฒนาองค์กรหรือเพื่อปรับปรุงงานให้ดีขึ้นกว่าเดิม โดยการให้ผู้ใช้รับความรู้ นำความรู้ไปปฏิบัติจริง เมื่อปฏิบัติตามแล้วมีปัญหาตรงไหน มีจุดที่ต้องปรับปรุงแก้ไขอย่างไร ผู้ปฏิบัติก็แจ้งข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) เพื่อให้หน่วยงานนำไปพิจารณาปรับปรุงงาน เกิดระบบการเรียนรู้จาก สร้างองค์ความรู้ > นำความรู้ไปใช้ > เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ใหม่และหมุนเวียนต่อไปอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า ความรู้มีอยู่ในทุกคนโดยจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกคนจึงจำเป็นต้องมีความรู้ในภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นและสามารถประเมินอาการนั้นๆ และมีความรู้ในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินตามภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติและความเชื่อ

2.5.1 ความหมายของทัศนคติ

ทัศนคติ หมายถึง แนวความคิดเห็นที่บุคคลได้รับหรือเรียนรู้มาและเป็นแบบอย่างในการแสดงปฏิกิริยาสนับสนุนหรือเป็นปฏิปักษ์ต่อบางสิ่งบางอย่าง หรือต่อบุคคลบางคน ทัศนคติสามารถเห็นได้จากพฤติกรรมการแสดงออกมา (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกของบุคคลมีต่อ สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์หรือสิ่งแวดล้อมอันมีแนวโน้มที่จะให้บุคคลแสดงปฏิกิริยา และกระทำต่อสิ่งนั้น ๆ ในทางสนับสนุนหรือปฏิเสธ ทัศนคติเป็นสิ่งที่ไม่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน การที่จะรู้ถึงทัศนคติของบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ต้องใช้วิธีแปลความหมายของการแสดงออก (รุ่งนภา บุญคุ้ม, 2536)

Thurstone (1964) อ้างถึงใน ปิยวรรณ เพียรภายลุน (2554) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง ระดับความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกและลบที่มีต่อวัตถุต่างๆ ในเชิงจิตวิทยาซึ่งอาจเป็นอะไรก็ได้ ดังนั้นทัศนคติของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงอาจกล่าวได้ว่าเป็นความรู้สึกในด้านบวกและลบของประชาชนในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

กล่าวโดยสรุป ทัศนคติ หมายถึง ท่าทีหรือความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ภายหลังจากที่บุคคลได้รับประสบการณ์ในสิ่งนั้นอาจเป็นไปในทางบวก คือ เห็นชอบด้วยหรือสนับสนุนพอใจ หรือเป็นไปในทางลบ คือ ไม่ชอบ ไม่สนับสนุน ไม่พอใจหรือคัดค้าน

2.5.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดทัศนคติ

วีระพล สุทธิพรพลางกูร และเฉลียว แก่นจันทร์ (2538 อ้างถึงใน ปิยวรรณ เพียรภายลุน, 2554) ปัจจัยที่ทำให้เกิดทัศนคติมีที่มาจากประสบการณ์และค่านิยม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ประสบการณ์ (Experience) การที่บุคคลได้พบเห็นคุ้นเคยหรือทดลองสิ่งใดนับเป็นประสบการณ์โดยตรง (Direct Experience) และการที่บุคคลได้ยิน ได้ฟัง ได้อ่านเกี่ยวกับเรื่องใดนับเป็นประสบการณ์ทางอ้อม (Indirect Experience)

2. ค่านิยม (Value) แต่ละบุคคลมีค่านิยมและการตัดสินใจค่านิยมไม่เหมือนกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาวะการณ์ของสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล

ทั้งประสบการณ์และค่านิยมทำให้แต่ละบุคคลมีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งแตกต่างกันไป

2.5.3 ลักษณะของทัศนคติ

ลักษณะสำคัญของทัศนคติมี 4 ประการ คือ (รุ่งนภา บุญคุ้ม, 2536)

1. ทัศนคติเป็นสภาวะก่อนที่พฤติกรรมได้ตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ หรือจะเรียกว่าสภาวะพร้อมที่จะมีพฤติกรรมจริง

2. ทศนคติจะมีความคงตัวอยู่ในช่วงระยะเวลา แต่มิได้หมายความว่า จะไม่มีการเปลี่ยนแปลง

3. ทศนคติเป็นตัวแปรแฝงที่นำไปสู่ความสอดคล้องระหว่างพฤติกรรมกับความรู้สึกนึกคิด ไม่ว่าจะเป็นไปในรูปของการแสดงออกโดยวาจาหรือการแสดงความรู้สึก ตลอดจนการที่จะต้องเผชิญหรือหลีกเลี่ยงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

4. ทศนคติมีคุณสมบัติของแรงจูงใจในอันที่จะทำให้บุคคลประเมินผลและเลือกสิ่งใด-สิ่งหนึ่ง ซึ่งหมายความต่อไปถึงการกำหนดทิศทางของพฤติกรรมจริงด้วย

นอกจากนี้ยังมีการแบ่งลักษณะของทศนคติเป็น 5 ลักษณะ คือ (วีระพล สุทธิพรพลากรและเฉลียว แก่นจันทร์, 2538 อ้างถึงใน ปิยวรรณ เพียรภาณุ, 2554)

1. ทิศทาง (Direction) ทศนคติจะมีทิศทางที่แสดงต่อสิ่งนั้น ได้แก่ ความรู้สึกที่ดี-ไม่ดี ชอบ-ไม่ชอบ เป็นทศนคติในทางบวกหรือลบในสิ่งนั้น

2. ปริมาณ (Magnitude) คือปริมาณของการชอบ-ไม่ชอบ ว่ามีความมากน้อย หรือความ-รุนแรงมากเพียงใด

3. ความเข้ม (Intensity) ได้แก่ ลักษณะอื่น ๆ ของทศนคติเข้ามาประกอบ เช่น ความมั่นใจ ความสำคัญของสิ่งนั้น ๆ จะมีส่วนด้วย ทำให้เกิดความเข้มข้น เช่น ทศนคติที่มีต่อญาติพี่น้องของตนย่อมเข้มข้นกว่าทศนคติต่อคนอื่น

4. ความตรงข้าม (Ambivalence) ในบางครั้งทศนคติมีลักษณะก้ำกึ่งกัน คือมีทั้งชอบและไม่ชอบพอ ๆ กัน เรียกว่ามีความรู้สึกตรงข้ามเท่ากัน ซึ่งจะก่อให้เกิดความขัดแย้งในใจขึ้น

5. ความเด่น (Salience) คือความพร้อมที่จะแสดงทศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น คนที่นับถือศาสนาหนึ่ง ถ้ามีคนในศาสนาอื่นมาว่าศาสนาตนเองไม่ดี คนนั้นจะมีปฏิกิริยาโต้ตอบทันที

2.5.4 องค์ประกอบของทศนคติ

องค์ประกอบของทศนคติแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ (รุ่งนภา บุญคุ้ม, 2536)

1. ส่วนของสติและเหตุผล (Cognitive Component) ในส่วนนี้เป็นเรื่องของการใช้เหตุผลของบุคคลในการจำแนกแยกแยะความแตกต่าง ตลอดจนผลต่อเนื่อง ผลได้ผลเสีย กล่าวคือ การที่บุคคลจะสามารถนำเอาคุณค่าทางสังคมที่ได้รับจากการอบรมสั่งสอนและถ่ายทอดมาใช้ในการวิเคราะห์พิจารณาประกอบเหตุผลของการที่ตนจะประเมินข้อแตกต่างระหว่างส่วนนี้กับความรู้สึกคือการพิจารณาของบุคคลในส่วนที่จะมีลักษณะปลอดภัยจากอารมณ์ แต่จะเป็นเรื่องของเหตุผลอันสืบเนื่องมาจากความเชื่อของบุคคล

2. ส่วนของความรู้สึก (Affective Component) หมายถึงบรรดาความรู้สึกที่ชอบไม่ชอบ รักหรือเกลียดหรือกลัว ซึ่งเป็นเรื่องของอารมณ์ของบุคคล

3. ส่วนของแบบพฤติกรรม (Behavioral Component) หมายถึง แนวโน้มอันที่จะมีพฤติกรรม (Action tendency) แนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมนี้จะมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกับส่วนของความรู้สึก ตลอดจนส่วนของสติและเหตุผล ส่วนของแบบพฤติกรรมนี้จะเป็นส่วนที่บุคคลพร้อมที่จะมีปฏิกิริยาแสดงออกต่อเหตุการณ์หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

2.5.5 การวัดทัศนคติ

การวัดทัศนคติเป็นการวัดภาวะโน้มเอียงในการจะแสดงออก ไม่ใช่เป็นการกระทำ แต่เป็นความรู้สึก ซึ่งมีลักษณะอัตนัย (Subjective) บุคคลอาจไม่ให้ข้อเท็จจริงด้วยความจริงใจ เพราะเห็นว่าเป็นเรื่องส่วนตัว และการแสดงออกต่อสิ่งใดนั้นไม่ว่าเป็นรูปวาจาหรือการเขียน บุคคลมักจะไตร่ตรองถึงความเหมาะสมตามสภาพการณ์ทางสังคมคือ ตามปกติวิสัย ตามค่านิยม ตามการยอมรับ และการไม่ยอมรับ และการเห็นชอบหรือไม่ชอบของคนส่วนใหญ่ในสังคม (รุ่งนภา บุญคุ้ม, 2536) ดังนั้น จึงยังไม่มีผู้ใดค้นพบวิธีการที่จะวัดทัศนคติหรือท่าทีความรู้สึกของบุคคลโดยตรงอันจะเป็นตรรกะที่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้อย่างชัดเจน นอกจากเพียงการวัดทัศนคติจากการบันทึกคำพูด และพยายามหาความสัมพันธ์ระหว่างคำพูดของบุคคลนั้นกับทัศนคติ ซึ่งผู้ทำการวัดสามารถมองเห็นและเป็นเพียงการคาดประมาณ (Estimate) ทัศนคติของบุคคลนั้นเท่านั้น

การวัดทัศนคติที่ปฏิบัติกันในปัจจุบันมีวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

1. การสังเกตจากพฤติกรรมของบุคคล วิธีการกระทำได้ยากและผลลัพธ์ไม่อาจให้ความมั่นใจได้ว่าจะถูกต้อง ทั้งนี้เนื่องมาจากการแสดงออกของบุคคลเป็นอากัปกิริยานั้นอาจไม่สะท้อนหรือสื่อให้เราทราบถึงทัศนคติที่แท้จริงของเขาได้
2. วิธีการรายงานด้วยคำพูด (Verbal Report) โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) และ/หรือการสัมภาษณ์ (Interview) ที่มีลักษณะแบบปรนัย (Objective)
3. วิธีแปลความ (Interpretive Method) เป็นวิธีหาทัศนคติของบุคคลแบบอัตนัย โดยที่ผู้ถูกถามมักไม่รู้ถึงวัตถุประสงค์ของผู้ทำการศึกษาไม่ระแวงสงสัยหรือรู้สึกหวั่นเกรงที่จะตอบคำถามหรือแสดงความรู้สึกนึกคิด และไม่ถูกจำกัดในการตอบ ทั้งในด้านเวลาและขอบเขตของเนื้อหา เป็นวิธีที่สามารถวัดทัศนคติของบุคคลได้ชัดเจน ละเอียด ถูกต้องที่สุด แต่มีข้อจำกัดอยู่ที่ว่า ต้องใช้ผู้ศึกษาที่มีความสามารถ มีความชำนาญทางจิตวิทยาอย่างลึกซึ้งและใช้เวลามาก จึง เหมาะสำหรับใช้กับคนจำนวนน้อย

นอกจากนี้ยังมีการรวบรวมการวัดทัศนคติว่ามีอยู่ 4 วิธี คือ (วีระพล สุทธิพรพลากร และเฉลียว แก่นจันทร์, 2538 อ้างถึงใน ปิยวรรณ เพียรภาณุ, 2554)

1. มาตรการวัดแบบของเธอร์สโตน (Thurstone's Type Scale) กำหนดโครงสร้างนำข้อความไปตัดสิ้น และแจกแจงความถี่ ความถี่สะสม หาความแปรปรวน แล้วนำแบบวัดชุดเดิมให้คัดเลือกอีกครั้ง

2. มาตรวัดแบบของลิเคิร์ต (Likert Scale) เป็นการวัดที่ใช้กันอย่างกว้างขวางกว่าแบบอื่น ๆ และสามารถวัดได้เกือบทุกเรื่อง และยังมีความเที่ยงตรงสูงกว่าแบบอื่นอีกด้วย แต่ละมาตรวัดห่างเท่ากันเป็น 0 1 2 3 4 เป็น positive หรือ negative

3. มาตรวัดแบบของกัตต์แมน (Guttman Scale) มีใช้วิธีสร้างและพัฒนาทัศนคติ แต่เป็นวิธีประเมินหรือวิเคราะห์มาตราส่วน

4. มาตรวัดแบบออสกู๊ด (Osgood's Scale) ใช้วัดทัศนคติและวัดบุคลิกภาพ ความคิดเห็น ความเชื่อและความรู้สึกที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ โดยแยกความแตกต่างของมโนทัศน์

2.5.6 ความหมายของความเชื่อ

ความเชื่อ คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และทำให้นุชนมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิด และความเข้าใจ ความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไร ความเชื่อจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็น และความเข้าใจนั้นโดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้นๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมุติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย และการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม

แบบความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนามาจากแนวความคิด ของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่พอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเองและหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าตนเป็นผู้มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อชีวิตการปฏิบัติตัว พฤติกรรม สุขภาพ จะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือในกรณีที่เกิดขึ้นแล้วก็ช่วยลด ความรุนแรงของโรคได้ และในการปฏิบัตินั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบาก และอุปสรรคต่างๆ เป็นต้น

2.5.7 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

เบคเกอร์ และไมแมน (Becker & Maiman, 1975) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์ พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายถึงพฤติกรรมในการตัดสินใจ โดยเพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีกเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคและ

พฤติกรรมอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรคโดยเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรคและเพิ่มองค์ประกอบร่วม (Modifying and enabling factor) ซึ่งรวมตัวแปรทางด้านประชากรและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Duetoaction) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุง ความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of health behavior) ได้ดีขึ้นซึ่งมีผู้นำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายและสามารถสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค Perceived (susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยซึ่งจะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล กล่าวคือความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคลจึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกันโรคและรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งฮอชบาน (Hochbaum, 1987) ได้กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นที่ทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ เบคเกอร์ (Becker, 1977) จึงสรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค Perceived (severity) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้นๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพและการมีชีวิตของเขา ถ้าหากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลซึ่งในความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่าแม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้นถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะเกิดอันตรายต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคมการรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและการป้องกันโรคได้ และผลที่ได้รับในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลที่สูงหรือต่ำเกินไป

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค Perceived (benefits of taking the health action minus the barriers or cost of that action) หมายถึง การบุคคลรับรู้ว่าการ ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือโรคได้ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตามแต่การที่จะให้ความร่วมมือยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง

4. การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ Perceived (barriers) หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นไปตามการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายแพง

ความละอาย เป็นต้นละนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับภาระชั่งน้ำหนักข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดี มากกว่าผลเสีย โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจยากแก่การแก้ไข จะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ Health (motivation) หมายถึงสภาพอารมณ์ของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าต่างๆ กันในด้านสุขภาพอนามัย เช่น ในกรณีที่บุคคลมีความต้องการที่จะลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรค บุคคลนั้นจะมีความสนใจต่อสุขภาพของตนตั้งใจที่จะปฏิบัติตามมีความแผนการรักษา เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อลดโอกาสเสี่ยงนั้น ซึ่งแรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลร่วมมือในการรักษาการวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปสามารถวัดได้ในรูปของความต้องการที่จะปฏิบัติ

6. ปัจจัยต่างๆ (Modifying factors) ได้แก่สัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ ที่มีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ ความต่อเนื่องในการรักษาหรือให้คำแนะนำทางสุขภาพและปัจจัยทางสังคม (Social factor) เช่น บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนที่มีผลในการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมรวมถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Dueto action) อาจมีสิ่งชักนำภายใน เช่น การเจ็บป่วยต่างๆ และสิ่งชักนำภายนอก ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคหรือสื่อมวลชนต่างๆ (Mass media communication) ตลอดจนจนประสบการณ์ที่เคยมีบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนร่วมงาน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ นอกจากนี้ยังต้องมีปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic variables) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในเรื่องต่างๆ เพราะอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาหรือป้องกันโรคได้มากขึ้น

สรุปได้ว่า ทศนคติและความเชื่อทำให้บุคคลมีท่าทีหรือความรู้สึกนึกคิดตามประสบการณ์ที่ได้รับซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุก็ได้ตั้งนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงต้องการที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์รวมถึงชี้แจงถึงประโยชน์ในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันในการเรียกใช้บริการ

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบ

2.6.1 ความหมายของรูปแบบ

วาโร เฟ็งส์วส์ตี (2553) ได้ให้ความหมายของรูปแบบไว้ว่า รูปแบบ หมายถึง กรอบความคิดทางด้านหลักการ วิธีการดำเนินงาน และเกณฑ์ต่างๆ ของระบบ ที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ โดยรูปแบบสามารถจำแนกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. รูปแบบเชิงกายภาพ (Physical Model) จำแนกออกเป็น

1.1 รูปแบบคล้ายจริง (Iconic Model) มีลักษณะคล้ายของจริง เช่น เครื่องบินจำลอง หุ่นตามร้านตัดเสื้อผ้า

1.2 รูปแบบเสมือนจริง (Analog Model) มีลักษณะคล้ายปรากฏการณ์จริง เช่น การทดลองทางเคมีในห้องปฏิบัติการก่อนจะทำการทดลอง เครื่องบินจำลองที่บินได้ หรือเครื่องฝึกหัดบิน เป็นต้น รูปแบบชนิดนี้มีความใกล้เคียงความจริงมากกว่าแบบแรก

2. รูปแบบเชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Model) จำแนกออกเป็น

2.1 รูปแบบข้อความ (Verbal model) หรือรูปแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative Model) เป็นการใช้ข้อความปกติธรรมดาในการอธิบายโดยย่อ เช่น คำพรรณนาลักษณะงาน คำอธิบายรายวิชา เป็นต้น

2.2 รูปแบบทางคณิตศาสตร์ (Mathematical Model) หรือรูปแบบเชิงปริมาณ (Quantitative Model) เช่น สมการ และโปรแกรมเชิงเส้น เป็นต้น

3. รูปแบบเชิงเปรียบเทียบ (Analogue Model) เป็นรูปแบบเชิงกายภาพส่วนใหญ่ใช้ในด้านวิทยาศาสตร์ เช่น รูปแบบโครงสร้างอะตอมสร้างขึ้นโดยใช้หลักการเปรียบเทียบโครงสร้างของรูปแบบให้สอดคล้องกับลักษณะที่คล้ายกันทางกายภาพ สอดคล้องกับข้อมูลและความรู้ที่มีอยู่ในลักษณะนั้นด้วย

4. รูปแบบเชิงข้อความ (Semantic Model) เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้น และใช้ข้อความในการอธิบายเพื่อให้เกิดความกระจ่างมากขึ้น แต่จุดอ่อนของรูปแบบประเภทนี้คือขาดความชัดเจนแน่นอน ทำให้ยากแก่การทดสอบรูปแบบ แต่อย่างไรก็ตามได้มีการนำรูปแบบนี้มาใช้ในการศึกษามาก

5. รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical Model) เป็นรูปแบบที่ใช้แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือตัวแปร โดยใช้สัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ ปัจจุบันมีแนวโน้มว่าจะนำไปใช้ในด้านพฤติกรรมศาสตร์มากขึ้น โดยเฉพาะในการวัดและประเมินผลทางการศึกษา รูปแบบลักษณะนี้ส่วนมากพัฒนามาจากรูปแบบเชิงข้อความ

6. รูปแบบเชิงสาเหตุ (Causal Model) เป็นรูปแบบที่เริ่มจากการนำเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) ในการศึกษาเกี่ยวกับพันธุศาสตร์ รูปแบบเชิงสาเหตุนี้ทำให้สามารถศึกษารูปแบบเชิงข้อความที่มีตัวแปรสลับซับซ้อนได้ แนวคิดสำคัญของรูปแบบเชิงสาเหตุนี้คือต้องสร้างขึ้นจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหรืองานวิจัยที่มีแล้ว รูปแบบจะเขียนในลักษณะสมการเส้นตรง แต่ละสมการแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผลระหว่างตัวแปร จากนั้นมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในสภาพการณ์ที่เป็นจริงเพื่อทดสอบรูปแบบ

จากการศึกษาประเภทของรูปแบบ สรุปได้ว่าการแบ่งประเภทของรูปแบบจะขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการอธิบายรูปแบบนั้นๆ และในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นจำเป็นต้องมีรูปแบบการเข้าถึงที่ชัดเจนนับตั้งแต่การรับรู้ถึงภาวะการเกิดโรค จนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษา

2.7 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

2.7.1 ความหมายการมีส่วนร่วม

อารีย์ พลภูเมือง (2560) ได้ศึกษาและให้ความหมายของการมีส่วนร่วม (Participation) คือ เป็นผลมาจากการเห็นพ้องกันในเรื่องของความต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลงและความเห็นพ้องต้องกัน จะต้องมีการเกิด ความคิดริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติ เหตุผลเบื้องต้นของการที่มีคนมารวมกันได้ควรจะต้องมีการตระหนักว่าปฏิบัติภารกิจทั้งหมดหรือการกระทำทั้งหมด ที่ทำโดยกลุ่มหรือใน นามกลุ่มนั้น กระทำผ่านองค์การ (Organization) ดังนั้น องค์การจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงได้

Erwin (1976 อ้างถึงใน อารีย์ พลภูเมือง, 2560) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมไว้ว่า คือ กระบวนการให้บุคคลเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ตัดสินใจ แก้ไขปัญหาด้วยตนเองเน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของบุคคล แก้ไขปัญหาร่วมกับการใช้ วิทยาการที่เหมาะสมและสนับสนุน ติดตามการปฏิบัติงานขององค์การและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

วันชัย วัฒนศัพท์, ถวิลวดี บุรีกุล และเมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี (2551) ได้ศึกษาและแปลความหมายของการมีส่วนร่วม ไว้คือ การมีส่วนร่วม หมายถึง การทำให้ข้อมูลไปถึงสาธารณชน ซึ่งเปิดโอกาสให้สาธารณชนได้แสดงความคิดเห็นในเรื่องที่องค์การประสงค์จะดำเนินการและยังใช้เพื่อแสดงนัยถึงการบรรลุข้อตกลงร่วมกันกับสาธารณชนที่จะได้รับผลกระทบจากโครงการนั้น

2.7.2 แนวคิดการมีส่วนร่วม

ชินรัตน์ สมสืบ (2539 อ้างถึงใน ธกฤต จันทร์พลงาม, 2558) ในการเสนอแนวคิดการมีส่วนร่วมว่าเป็นกิจกรรมที่มนุษย์กระทำขึ้นและแบ่งเป็นหลายขั้นตอนหลายรูปแบบ เช่น โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ได้จำแนกรูปแบบขั้นตอนคือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ตั้งแต่ในช่วงเริ่มต้น ช่วงดำเนินการวางแผนและการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ขององค์ประกอบของการดำเนินการนั้นๆ เช่น ด้านทรัพยากร การประสานงานและการขอความช่วยเหลือ

3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ทั้งผลที่เป็นประโยชน์ในทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสีย

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยสิ่งสำคัญที่จะต้องสังเกต คือ ความเห็น ความชอบและความคาดหวัง เนื่องจากจะมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆ ได้

บัณฺชร แก้วส่อง (2531 อ้างถึงใน ธกฤต จันทร์พลงาม, 2558) ที่ได้นำแนวคิดของ อคิน ระพีพัฒน์, เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง และคนอื่นๆ มาผสมผสานแนวคิดของโคเฮนและอัฟคอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) โดยกำหนดขั้นตอนการมีส่วนร่วมเป็น 5 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ เป็นขั้นตอนที่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดความต้องการของชุมชนและจัดลำดับความสำคัญของความต้องการ

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ กำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงาน

3. การมีส่วนร่วมในขั้นดำเนินโครงการ เป็นขั้นตอนที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้แก่โครงการโดยการร่วมช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น ทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน ตลอดจนการประสานงานและขอความช่วยเหลือ

4. การมีส่วนร่วมในขั้นรับผลที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนา เป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์หรือผลเสียที่เกิดขึ้น

5. การมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผลโครงการพัฒนา เป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินว่าโครงการพัฒนาที่ดำเนินการนั้นบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ซึ่งอาจเป็นการประเมินผลย่อยสู่การสรุปรอยอดโครงการทั้งหมด

2.7.3 ประเภทการมีส่วนร่วม

วันชัย วัฒนศัพท์ (2552) ได้แบ่งประเภทการมีส่วนร่วม 4 ประเภท คือ

1. ให้ข้อมูลแก่ประชาชน และการประชาสัมพันธ์
2. การมีส่วนร่วมของประชาชนที่เป็นกระบวนการ
3. การปรึกษาหารือและการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน
4. การนำไปสู่ข้อตกลงและการสร้างฉันทามติ

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2546: 17 อ้างถึงใน อารีย์ พลภูเมือง, 2560) ไว้ว่าได้กล่าวถึงระดับของการมีส่วนร่วมตามหลักการทั่วไปว่าแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

1. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ของตน/ครอบครัว/ชุมชนของตน
2. การมีส่วนร่วมรับข้อมูลข่าวสาร

3. การมีส่วนร่วมตัดสินใจโดยเฉพาะในโครงการที่ตนมีส่วนได้เสีย โดยแบ่งเป็น 3 กรณีแล้วแต่ กิจกรรมว่าตนอยู่ในขั้นตอนใดต่อไปนี

3.1 ตนมีน้ำหนักการตัดสินใจน้อยกว่าเจ้าของโครงการ

3.2 ตนมีน้ำหนักการตัดสินใจเท่ากับเจ้าของโครงการ

3.3 ตนมีน้ำหนักการตัดสินใจมากกว่าเจ้าของโครงการ

4. การมีส่วนร่วมทำ คือร่วมในขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด

5. การมีส่วนร่วมสนับสนุน คืออาจไม่มีโอกาสร่วมทำแต่มีส่วนร่วมช่วยเหลือในด้านอื่นๆ นอกจากนี้ยังได้มีการแบ่งระดับของการมีส่วนร่วมเป็นระดับของการมีส่วนร่วมตามแนวทางพัฒนาชุมชนเป็นการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยได้แบ่งไว้ดังนี้

5.1 ร่วมค้นหาปัญหาของตนให้เห็นว่าสิ่งใดที่เป็นปัญหารากเหง้าของปัญหา

5.2 ร่วมค้นหาสิ่งที่จำเป็นของตนในปัจจุบันคืออะไร

5.2.1 ร่วมคิดช่วยตนเองในการจัดลำดับปัญหา เพื่อจะแก้ไขสิ่งใดก่อนหลัง

5.2.2 วางแผนแก้ไขปัญหาเป็นเรื่อง ๆ

5.2.3 ร่วมระดมความคิด ถึงทางเลือกต่าง ๆ และเลือกทางเลือกที่เหมาะสม

เพื่อ แก้ไขปัญหาที่วางแผนนั้น

5.2.4 ร่วมพัฒนาเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้

5.2.5 ร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหานั้น ๆ

5.2.6 ร่วมติดตามการดำเนินงานและประเมินผลการดำเนินงาน

5.2.7 ร่วมรับผลประโยชน์/หรือร่วมเสียผลประโยชน์จากการดำเนินงาน

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนคือการทำงานที่ประชาชนได้เข้าร่วมดำเนินการพัฒนาในขั้นตอนต่างๆ ขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือทุกขั้นตอนตั้งแต่การริเริ่มจนถึงการประเมินผล ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการแสวงหาความรู้เพื่อความเข้าใจและพัฒนาสิ่งต่างๆ ซึ่งมีหัวใจสำคัญคือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การสะท้อนคิดที่นักวิจัยและผู้ร่วมวิจัยทำไปด้วยกันทำให้เกิดความเข้าใจและการพัฒนาการปฏิบัติร่วมกันในรูปแบบของการทำความเข้าใจและปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่าเป็นปัญหาโดยการเรียนรู้และกระทำเป็นการส่งเสริมความสามารถของทุกคนให้มีส่วนร่วม มีคุณค่าเท่าเทียมกัน การมีส่วนร่วมจะมีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อสามารถสนับสนุนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจังและส่งเสริมให้ทุกคนสามารถปฏิบัติงานที่มีความสำคัญร่วมกันได้โดยสนับสนุนให้เรียนรู้ที่จะกระทำด้วยตนเอง วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมใช้วิธีสะท้อนคิดเป็นพื้นฐาน การสะท้อนคิดสามารถใช้โดยนักปฏิบัติการต่างๆ เปลี่ยนแนวคิดทางสังคมจากรูปแบบเดิมที่เชื่อว่าความรู้ต้องมาจากผู้เชี่ยวชาญแต่เป็นการสร้างทฤษฎีได้ทุกขณะตลอดกระบวนการวิจัย มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเพิ่มพูนความรู้ตลอดกระบวนการ เป็นการแสวงหาความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาที่

เกิดขึ้นร่วมกัน โดยในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมจากงานวิจัย บัญชร แก้วส่อง (2531) ที่ได้นำแนวคิดของ อคิน ระพีพัฒน์, เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง และคนอื่นๆ มาผสมผสานแนวคิดของโคเฮน และอัทคอฟ โดยกำหนดขั้นตอนการมีส่วนร่วมเป็น 5 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการพัฒนา
3. การมีส่วนร่วมในขั้นตอนดำเนินโครงการ
4. การมีส่วนร่วมในขั้นรับผลที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนา และ
5. การมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผลโครงการพัฒนา

2.7.4 การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method)

เป็นการเอื้ออำนวยให้กลุ่มได้ใช้กำลังความคิดโดยคำนึงถึงหัวข้อเฉพาะหัวข้อใดหัวข้อหนึ่งจนสามารถพัฒนาให้เป็นมติและปฏิบัติการ วิธีการนี้เหมาะสมมากสำหรับการสร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มจนนำไปสู่ความมุ่งมั่นและปฏิบัติการร่วมกันคือ ช่วยให้สมาชิกกลุ่มทั้งหมดได้เสนอแนะและมีส่วนร่วมปลดปล่อยความคิด สร้างสรรค์และความกระตือรือร้นในเวลาอันสั้น กระตุ้นการคิดเชิงบูรณาการที่เป็นองค์รวมของกลุ่มสร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มที่นำไปปฏิบัติได้ เอื้ออำนวยในการสร้างคำตอบที่แปลกใหม่และสร้างสรรค์เพื่อการแก้ปัญหาและคลี่คลายประเด็น สร้างจิตสำนึกที่เข้มแข็งในการเป็นหุ้นส่วนร่วมกันและความรู้สึกรับผิดชอบให้เกิดขึ้นในกลุ่มวิธีประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่มีอยู่ 5 ขั้นตอนเพื่อการบริหารกลุ่มในการเดินทางไปสู่การถกเถียง แลกเปลี่ยนและการสร้างความเข้าใจของกลุ่มที่ลึกซึ้ง จนสามารถตัดสินใจเป็นความเห็นพ้องร่วมกัน สำหรับปฏิบัติการกลุ่มที่เหมาะสม โดยการปฏิบัติดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 บริบท (Context) สร้างบริบทแนะนำคำถามรวมศูนย์ เชิญชวนสมาชิกกลุ่มให้เข้าร่วมด้วยกล่าวนำเริ่มการประชุมอธิบายและเน้นย้ำความสำคัญของคำถามนำการประชุม วางโครงสร้างขั้นตอนที่จะทำระยะเวลาที่จะใช้เชื่อเชิญ ในขั้นตอนนี้ต้องสร้างบรรยากาศที่เปิดเผยให้เห็นภายในกลุ่ม การกำหนดบริบทจะช่วยสร้างอารมณ์ร่วมเพื่อการเข้าถึงการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่สิ่งที่สำคัญต้องทำให้กลุ่มมองเห็นอย่างชัดเจนว่าผลผลิตจากการประชุมสามารถนำไปประสานเข้าด้วยกันอย่างคุ้มค่ากับกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 ระดมสมอง (Brainstorm) ระดมความคิดจากรายบุคคล กลุ่มเล็กและที่ประชุมเต็มคณะขอให้สมาชิกทุกคนจดความคิดของแต่ละคนลงบนกระดาษและจัดกลุ่มถกเถียงขนาดเล็กให้สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนถกเถียงทุกคน ให้แต่ละกลุ่มเลือกความคิดที่สำคัญที่สุด 5-7 ข้อ แล้วจดลงบัตรความคิดขั้นตอนนี้เป็น กระบวนการกลุ่มจะทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันมีความหลากหลายพอที่จะให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นวิธีการทำให้เกิดคำตอบและความ

คิดเห็นที่เกี่ยวกับประเด็น เป็นวิธีการที่ได้ผลดีในการให้ผู้เข้าร่วมทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อช่วยกระบวนการกลุ่ม เป็นการถ่วงดุลความรู้ ความเห็นที่ดีที่สุด

ขั้นตอนที่ 3 จัดหมวดหมู่ (Cluster) สร้างความสัมพันธ์ใหม่จัดความคิดที่คล้ายคลึงกันให้อยู่ในหมวดหมู่เดียวกันขอให้จัดกลุ่มความคิดที่เกี่ยวข้อง/คล้ายคลึงกันจำนวน 4-6 คู่ ตามความรู้สึกติดป้ายหรือหางบัตรที่แต่ละหมวดหมู่อย่างรวดเร็ว ใช้คำ 1-2 คำและจัดหมวดหมู่ต่าง ๆ ให้ชัดเจนดูดีขึ้น เป็นขั้นตอนหรือกระบวนการที่ทางกลุ่มได้ร่วมกันนิยามความสัมพันธ์ใหม่ระหว่างความคิดที่เข้าร่วมระดมกันออกมา ซึ่งเป็นวิธีที่ได้ผลดีในการค้นความรู้สึกของกลุ่มออกมา ทำให้มองเห็นประเด็นที่กลุ่มเห็นพ้องกันและที่แตกแยกกันและอาจเปิดเผยให้เห็นว่าจะยังมีข้อมูลและความคิดเห็นในจุดใด

ขั้นตอนที่ 4 ตั้งชื่อ (Title) ดึงความเข้าใจโดยองค์รวมออกมาให้เห็นสื่อสารความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มออกมา สนทนาไปที่ละหมวดหมู่ในที่ประชุมใหญ่ ที่ประชุมมีความเห็นอย่างไร ที่ประชุมเกิดปัญญาความเข้าใจอะไรบ้างตั้งชื่อหมวดหมู่แต่ละกลุ่ม ด้วยชื่อที่ใช้คำ 3-5 คำที่ตอบสนองโดยตรงต่อคำถามรวมศูนย์ เป็นขั้นตอนที่ที่ประชุมเริ่มแยกแยะมองเห็นความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มในกรณีเช่นนี้ ทางกลุ่มหรือที่ประชุมต้องมีโอกาสที่จะถกกันออกมาให้ชัดเจนว่าความเห็นพ้องตรงกันหรือไม่เช่นไร

ขั้นตอนที่ 5 ไตร่ตรอง (Reflect) ยืนยันความมุ่งมั่นของกลุ่มอภิปรายความสำคัญของผลผลิตที่ได้จากการทำกระบวนการกลุ่ม ช่วยกลุ่มสร้างรูปแบบสำหรับความเห็นพ้องร่วมกันและถกขั้นตอนที่จะทำต่อไปสั้น ๆ ในขั้นตอนนี้ของกระบวนการมีเจตนาที่จะช่วยให้กลุ่มระลึกถึงฉันทานุมัติหรือความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มได้อย่างง่ายข้อแนะนำบางประการในการใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการ คือ คำถามควรเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อเป็นการปลุกเร้าความคิดสร้างสรรค์ของกลุ่ม ใช้ความระมัดระวังในการใช้คำถามรวมศูนย์ที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม ไม่ควรกล่าวคำวิจารณ์ตัดสินและอย่าพยายามตีความหมายกลุ่มรักษาขั้นตอนการไตร่ตรองให้สั้น

การประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติการ วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ต่อไปนี้โดยได้รับความสำเร็จเป็นอย่างดีคือการชุมนุมปฏิบัติการกำหนดวิสัยทัศน์ในระดับจังหวัด เทศบาลและหมู่บ้านการประชุมเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาท้องถิ่น ในเชิงปฏิบัติที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ระบุอุปสรรคและช่องโหว่ที่ทำให้เกิดการล่าช้าในการนำโครงการไปปฏิบัติการ ประเมินประโยชน์และการดำเนินการเร่งด่วนที่ต้องทำหลังจากเดินทางไปแลกเปลี่ยนการปกครองท้องถิ่นอื่น ๆ เพื่อหาทางปรับปรุงการให้บริการสาธารณสุขและการหาหนทางที่สร้างสรรค์ในการปรับปรุงการเก็บภาษีและรายได้จากการประกอบทางเศรษฐกิจอื่น ๆ ของระบบการปกครองท้องถิ่น

2.7.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มต้นเมื่อปลายปี 1940 โดย Kurt Lewin ได้นำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานของคนงาน (Streubert & Carpenter, 1999) ซึ่ง Kurt Lewin ได้ชื่อว่าเป็นบิดาแห่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เขาเป็นนักจิตวิทยาสังคมชาวเยอรมันผู้มีเชื้อสายยิวที่อพยพถิ่นฐานเข้ามาพำนักในประเทศสหรัฐอเมริกา Lewin กล่าวไว้ว่า Action research เป็นการวิจัยเปรียบเทียบสภาพและผลที่ได้รับจากการกระทำทางสังคมและงานวิจัยนำไปสู่การกระทำทางสังคม เป็นขั้นตอนของเกลียวสว่าน ที่ประเทศออสเตรเลีย ได้สนใจใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางการศึกษามาเป็นเวลานานกว่าหนึ่งทศวรรษ โดยใช้ในการวิจัยทางการศึกษาต่างๆ ไปและใช้ในการพัฒนาโรงเรียน เคมมิส และแมคแทกกาท (Kemmis, S & McTaggart, 1988) ชาวออสเตรเลีย ได้เสนอกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีรูปแบบสมบูรณ์มากขึ้น และเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายในรูปของวงจรการปฏิบัติการ (The action research spiral) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) เมื่อครบวงจรหนึ่งๆ จะพิจารณาปรับปรุงแผน (Replanning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป จนกว่าการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ศึกษาได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ทั้งนี้ Kemmis and McTaggart มีความเห็นว่า วิธีการปฏิบัติที่จะถือได้ว่าเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นจะต้องมีการร่วมมือ (Collaborative approach)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การแสวงหาความรู้ภายใต้การดำเนินการของนักปฏิบัติที่กลายมาเป็นนักวิจัย หรือผู้ซึ่งทำงานเป็นหุ้นส่วนกับนักวิจัย เพื่อตรวจสอบประเด็นและปัญหาในสถานที่ทำงานของตนเอง เป็นกรนำความคิดไปปฏิบัติผ่านกระบวนการที่เป็นวงจร ซึ่งแต่ละวงจะขึ้นกับวงก่อนหน้า การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่วิธีการวิจัยบริสุทธิ์ แต่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา และนักวิจัยสามารถใช้วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูลได้หลากหลายวิธี การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นทั้งการวิจัยและการปฏิบัติการ (Holloway, 2010) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (Improving by Changing) โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นๆ อยู่เอง เป็นรูปแบบของการทำความเข้าใจในการปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่ามีความจำเป็นต้องพัฒนาหาหลักการ เหตุผลและวิธีการปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้นและขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้นๆ (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2546)

ประเภทของ Action Research

วิโรจน์ สารรัตน์ (2556) กล่าวไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 3 ระดับดังนี้

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical Action Research) มีแนวคิดที่สำคัญ คือ ผู้วิจัยทำตัวเป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก (Outside expert) ที่นำแนวคิด แผนงาน หรือโครงการที่คิดหรือจัดทำขึ้นไปให้ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติ

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) มีแนวคิดที่สำคัญ คือ ผู้วิจัยมีส่วนร่วมกับผู้ร่วมวิจัยมากขึ้นไม่เอาแนวคิด แผนงานหรือโครงการของตนไปให้ปฏิบัติตามแบบแรก แต่จะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้กระตุ้น ตั้งประเด็นและกำกับให้มีการร่วมกันคิด ปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผล

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipatory Action Research) มีแนวคิดที่สำคัญ คือผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัยในลักษณะเป็นความร่วมมือ (Collaboration) ที่ทั้งวิจัยและผู้ร่วมวิจัยต่างมีสถานะที่เท่าเทียมกัน (Equally) ในการร่วมกันคิด ปฏิบัติ สังเกตผลและสะท้อนผล

ข้อสังเกต

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical Action Research) เป็นการปฏิบัติ แบบบนลงล่าง (Top - down) ที่ผู้ร่วมวิจัยมีลักษณะเป็นผู้ถูกกระทำหรือเป็นผู้ตาม (passive/follower) เป็นรูปแบบที่มีความเป็นอำนาจนิยม

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipatory Action Research) เป็นรูปแบบ ล่างขึ้นบน (Bottom - up) ที่ทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ต่างมีความเท่าเทียมกันทั้งในการแสดงความคิดเห็นและการปฏิบัติ จึงมีความเป็นประชาธิปไตยสูง ต่างฝ่ายต่างแสดงบทบาทในการเป็นผู้กระทำหรือเป็นผู้นำ (Active/Leader) หรือเรียกอีกอย่างว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) หรือที่นิยมเรียกกันย่อๆ ว่า พาร์ (PAR)

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) มีลักษณะปนกัน ระหว่างการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม อยู่กึ่งกลางของเส้นต่อเนื่อง (Continuum)

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ที่เป็นวงสปริง (Spiral of step) ดังนี้ Zuber-Skerrit (1995 อ้างถึงใน ศุภวรรณ พลายน้อย, 2547)

1. ขั้นการวางแผน (Planning) เริ่มต้นด้วยสำรวจปัญหาและวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการแก้ไขตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหานั้น เกี่ยวกับลักษณะของปัญหาเกี่ยวข้องกับใคร แนวทางแก้ไขอย่างไรจะต้องปฏิบัติอย่างไร เมื่อได้ดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้ว ในขั้นนี้อาจจะต้องขอความร่วมมือจากผู้อื่นหรือ

ผู้ช่วยวิจัยเพื่อปรึกษา หรือว่าจะใช้เครื่องมืออะไร เก็บรวบรวมข้อมูลอย่างไร วิเคราะห์อย่างไร ใช้สถิติแบบใดบ้างจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติต่อไป

2. ขั้นการปฏิบัติ (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในชั้นวางแผนที่วางไว้มาดำเนินการ ในขั้นนี้ผู้วิจัยจะต้องพบปัญหาในการวิจัยมากมาย ต้องทำการวิเคราะห์วิจารณ์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมงาน เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงแผน ดังนั้น แผนที่กำหนดไว้ควร จะมีความยืดหยุ่นปรับได้ เปลี่ยนแปลงไปตามความเหมาะสมโดยกำหนดให้เกิดความสมดุลกับการปฏิบัติจริง

3. ขั้นการสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความรอบคอบซึ่งสังเกตกระบวนการของการปฏิบัติการ (The Action of Process) และผลของการปฏิบัติการ (The Effect of Action) พร้อมทั้งจดบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหวังและไม่คาดหวัง โดยอาศัยเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกิดจากการปฏิบัติ ผู้วิจัยจะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสม พิจารณา

4. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหา หรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องจะต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ ว่าสัมพันธ์กับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อมของกิจกรรมที่กำลังศึกษา โดยผ่านกระบวนการอภิปรายปัญหา การประเมินโดยกลุ่มจะทำให้ได้แนวทางของการพัฒนาขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม และเป็นพื้นฐานข้อมูลที่จะเป็นแนวทางนำไปสู่การปรับปรุงและการวางแผนการปฏิบัติต่อไป

กล่าวโดยสรุปว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยบุคคลในระบบร่วมการวิจัยพัฒนาหาหลักการ เหตุผล วิธีการดำเนินงานโดยผ่านกระบวนการที่เป็นวงจร การเก็บรวบรวมข้อมูลทำได้หลายวิธี ไม่มีรูปแบบที่แน่นอน สามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์จนเกิดองค์ความรู้ต่างๆ ที่ได้จากกระบวนการวิจัย

2.7.6 การถอดบทเรียน

ธกฤต จันทร์พลงาม (2558) ได้อธิบายการถอดบทเรียนไว้ว่าการถอดบทเรียนเป็นเทคนิคการจัดการความรู้อีกรูปแบบหนึ่งที่เน้นกระบวนการเรียนรู้ในกลุ่มที่เป็นระบบเพื่อสกัดความรู้ฝังลึกในตัวตนคนและองค์ความรู้ออกมาเป็นบทเรียนที่สามารถนำไปสรุปและสังเคราะห์เป็นเอกสารชุดความรู้ คู่มือตำรา ที่บุคคลอื่นสามารถเรียนรู้และนำไปปรับใช้ให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพยิ่งขึ้น การถอดบทเรียนเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการความรู้ บทเรียนจะอธิบายเหตุการณ์และเงื่อนไขที่เกิดขึ้นและคำอธิบายนั้นต้องมีคุณค่าในการนำไปปฏิบัติลักษณะบทเรียนอาจจำแนกได้ 2 แบบคือ

1. บทเรียนที่เกิดขึ้นทันทีเมื่อจบเหตุการณ์ (Active Process)
2. บทเรียนที่เก็บสะสมข้อมูลในอดีต (Passive Process) วิธีการ-กระบวนการที่ใช้มี

หลากหลายเช่น

2.1 การเรียนรู้จากเพื่อน (Peer Assist : PA) พื้นฐานการเรียนรู้จากเพื่อนได้รับการพัฒนาจากบริษัท BP Amaco ซึ่งเป็นบริษัทน้ำมันของประเทศอังกฤษเป็นการเชิญทีมภายนอกมาแบ่งปันความรู้ ประสบการณ์

2.2 AAR มาจาก (After Action Review) หัวใจของ AAR คือ การ "เปิดใจ" และ "ความมุ่งมั่นร่วม" ที่จะเรียนรู้มากกว่าวิพากษ์วิจารณ์

2.3 การถอดบทเรียนที่มีรายละเอียดลึกซึ้งมากกว่า AAR คือการเรียนรู้หลังการดำเนินงาน (Retrospect) คือได้บทเรียนที่นำไปใช้ในโครงการต่อไป มิใช่เพื่อให้ทีมบรรลุเป้าหมายของงานเดิม

2.4 การจัดการความรู้คือการเรียนรู้จากบทเรียนที่ดี หรือการปฏิบัติที่ดี (Good/Better/Best Practice) บทเรียนที่ดีเท่ากับการปฏิบัติที่ดี (Best Practice) หลายๆ ครั้งการจัดเวทีให้ห้องค้กรหรือ ชาวบ้านมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ฟังบทเรียน เป็นการแบ่งปันการเรียนรู้เพื่อขยายสิ่งดีๆ ให้เกิดการต่อยอดอื่นๆ ขึ้นไป

2.5 การถอดบทเรียนแบบเล่าเรื่อง (Story Telling) เป็นกระบวนการถอดบทเรียนที่นำมาใช้ในการถอดบทเรียนมากในช่วงหลังเพราะการเล่าเรื่องมีความเป็นธรรมชาติ ปลอดภัย และสอดคล้องกับวิถีปกติของผู้คน

2.6 วิธีการแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping) ใช้ในการติดตามและประเมินผล โดยแผนที่ผลลัพธ์ให้ความสนใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้องในแผนงานพัฒนาคือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความสัมพันธ์ กิจกรรม หรือการกระทำของคน กลุ่มคนหรือองค์กรซึ่งร่วมกันทำงานบทเรียนที่ได้รับคือ ข้อมูล (Data) และข่าวสาร (Information) ที่ผ่านการปฏิบัติ หรือผ่านการสังเกตการเก็บข้อมูล

โดยสรุปคือ สร้างความเชื่อมั่นในการตั้งคำถามจากคำถามง่ายๆ และเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่สร้างสรรค์การที่จะถามให้ป็นต้องเริ่มจากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้วยความสนใจ ใฝ่รู้และการเป็นบุคคลเรียนรู้การตั้งคำถามที่ดี ต้องตั้งคำถามอย่างป็นขั้นตอนโดยเริ่มจากสถานการณ์ที่ทำให้เรียนรู้ถึงสภาพที่เป็นอยู่ ต้นเหตุของเหตุการณ์หนึ่งผู้เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้นๆการตั้งคำถามที่เป็นขั้นตอนแบบนี้ทำให้ผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้ที่เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้มุ่งที่จะสร้างการเรียนรู้ค้นหาข้อมูลตอบคำถามที่ได้ตั้งขึ้นไว้ อย่างเป็นระบบ และระวางการตั้งคำถามแบบปิดที่ไม่ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือการเชื่อมโยงคำถาม คำตอบ สู่การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อวางแผนทางการแก้ไขปัญหาคือต้นเหตุ และเกิด "บทเรียน"ที่ทำให้ได้เรียนรู้ร่วมกันไปด้วย ลักษณะ

คำถามที่สร้างการเรียนรู้ใช้วิธีการตั้งคำถามแบบนี้ในวงถอบทเรียน เสมอๆคือเป็นคำถามเปิดให้คิด มองภาพกว้างให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ตอบเป็นคำถามที่กระตุ้น ให้สามารถ วางเป้าหมายระหว่างการทำงานในระยะสั้นและระยะยาวได้เป็นคำถามที่ส่งเสริมให้มีย้อนการ ดำเนินงานในระยะที่ผ่านมาสามารถเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้น และปรับการดำเนินงานในระยะต่อไปได้

วิธีการวิทยาการถอบทเรียน ประกอบด้วย

การถอบทเรียนด้วยการเรียนรู้จากเพื่อน (Peer Assist - PA) เป็นการเรียนรู้ก่อนการทำ กิจกรรม โดยเป็นการเรียนรู้จากเขา เขาเรียนรู้จากเรา ทั้งเราและเขาเรียนรู้ร่วมกัน และสิ่งที่เรา ร่วมกันสร้าง (เกิดความรู้ใหม่) โดยมีลักษณะเป็นการประชุม/ประชุมเชิงปฏิบัติ

การถอบทเรียนแบบเล่าเรื่อง (Story Telling) เป็นการเรียนรู้ก่อนหรือระหว่างทำกิจกรรม ด้วยการให้ผู้มีความรู้จากการปฏิบัติ ปลดปล่อยความรู้ที่ซ่อนเร้นอยู่ในตัวออกมาแลกเปลี่ยนความรู้ โดยผู้เล่าจะเล่าความรู้สึกที่ฝังลึกอยู่ในตัวที่เกิดจากการปฏิบัติ ซึ่งผู้ฟังสามารถตีความได้โดยอิสระ และเมื่อเกิดการแลกเปลี่ยนผลการตีความแล้ว จะทำให้ได้ความรู้ที่สามารถบันทึกไว้เป็นชุดความรู้ซึ่ง การถอบทเรียนในลักษณะนี้ จะเป็นการสกัดความรู้จากเรื่องที่เล่าออกมา ว่ามีคุณค่าและสามารถ นำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างไร ไม่ใช่เป็นเพียงการเล่าเรื่องในอดีต

การถอบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Review: AAR) ที่มาจาก AAR นั้นมาจาก กองทัพอากาศ โดยเกิดจากการนำผลการรบมาปรับปรุงเพื่อการรบครั้งต่อไปดังนั้น AAR จึงเป็นการ จับความรู้ที่เกิดขึ้นสั้นๆ ภายหลังการทำกิจกรรม แล้วนำไปสู่การวางแผนในครั้งต่อไปทำให้คนทำรู้สึก ตื่นตัวและมีความรู้สึกผูกพันกับงานโดยโครงการ/กิจกรรมที่ทำครั้งเดียวแล้วจบ ไม่จำเป็นต้องทำ AAR ซึ่งรูปแบบการทำ AAR สามารถดำเนินการได้ทั้งระหว่างการทำกิจกรรมเพื่อปรับปรุง/แก้ไข ระหว่างการทำงาน หรือ “การทำไป คิดไป แก้ไขไป” และภายหลังสิ้นสุดแต่ละกิจกรรมเพื่อนำไป วางแผนกิจกรรมครั้งต่อไปค่าน้ำหนักความสำคัญในการถอบทเรียน AAR ประกอบด้วย

1. ภาพความสำเร็จอะไรที่คาดหวัง, สิ่งที่เกิดขึ้นจริง ร้อยละ 25
2. ทำไมจึงเกิดความแตกต่างระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้น/มีสิ่งใดๆ เกิดขึ้นหรือไม่ เพราะเหตุใด (คือการวิเคราะห์เงื่อนไข ปัจจัย) ร้อยละ 25
3. เราจะทำอะไรต่อไปให้ดีขึ้น/ข้อเสนอแนะที่เจาะจง สามารถนำไปปฏิบัติได้ ร้อยละ 50 (ได้บทเรียน) ข้อเสนอแนะที่เจาะจงและปฏิบัติได้ (Specific Actionable Recommendation: SARs) หมายถึง ชุดข้อความที่แสดงถึงการที่ทีมงานได้นำสิ่งที่เรียนรู้มาพัฒนากิจกรรม เพื่อใช้ในการ ปฏิบัติงานครั้งต่อไป ซึ่งควรเป็นข้อเสนอแนะที่ระบุถึงลักษณะที่ต้องแก้ไข และวิธีการแก้ไขที่เป็น รูปธรรม โดยทีมงานทุกคนต้องเข้าใจตรงกันต่อข้อเสนอแนะนั้นๆ และข้อเสนอแนะเหล่านั้นจะถูก นำไปบรรจุไว้ในแผนปฏิบัติการในครั้งต่อไป

สิ่งที่ไม่ควรเกิดขึ้นใน AAR คือ การวิพากษ์วิจารณ์หรือวินิจฉัยว่าใครถูกใครผิด เพราะถือว่าเป็นความลับหรือความลับของกลุ่ม การทำ AAR ไม่ใช่การบ่นหรือวิเคราะห์ในทุกประเด็นแต่เป็นการคุยที่มีเป้าหมายและให้บทเรียนกับทีมงาน และบรรยากาศในการทำ AAR ต้องไม่ทำลายคุณค่าของสมาชิกในทีมงาน AAR ควรมีองค์ประกอบ คือผู้อำนวยความสะดวกการเรียนรู้ (Facilitators) ทีมงานทุกคนได้ทำกิจกรรมร่วมกัน (ตัวจริง) คำถามหลักเพื่อการอภิปรายเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอที่เฉพาะเจาะจงและปฏิบัติได้ รวมถึงบรรยากาศต้องสบายๆ ไม่เครียดพร้อมทั้งต้องมีการรักษาความลับและสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกันประโยชน์จากการทำ AAR คือทำให้เกิดความชัดเจนในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม/โครงการ มีความเชื่อมโยงเหตุและปัจจัยต่างๆ เข้าด้วยกัน ได้ข้อเสนอในการปรับปรุงการปฏิบัติงานครั้งต่อไป เกิดนวัตกรรมในการทำงาน ช่วยรักษาเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการ/องค์กรไว้ เกิดการพัฒนาศักยภาพของทีมงาน on the job training สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมและสร้างความรู้สึกไว้วางใจและผูกพันต่อทีมงาน

การถอดบทเรียนเมื่อสิ้นสุดโครงการ (Retrospect) เป็นการถอดบทเรียนเมื่อสิ้นสุดโครงการหรือการดำเนินงานตามที่กำหนดไว้ โดยเป็นการรวบรวมความรู้ในระยะยาวสำหรับคณะทำงานเพื่อการมองไปในอนาคต และทำทันทีที่เสร็จสิ้นกิจกรรม ประโยชน์ของ Retrospect เป็นการช่วยให้ผู้อื่นทำงานให้ดีขึ้น (เป็นการเรียนลัด) และเป็นการสร้างการเรียนรู้ผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย คณะทำงาน ผู้อำนวยความสะดวกการเรียนรู้ ผู้ที่ใช้ความรู้ในอนาคตวิธีการทำ Retrospect คือ การทบทวนแผนและกระบวนการทั้งหมด แล้วทำการตั้งคำถามว่าเราจะดำเนินการต่อไปให้ดีขึ้นอย่างไร ด้วยวิธีใด ทำให้เป็นที่พอใจได้อย่างไร และทำการบันทึกข้อเสนอที่เจาะจงและสามารถนำไปปฏิบัติได้ (SARs)

การถอดบทเรียนจากวิธีปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (Good/ Best Practice) เป็นแนวคิดที่ก่อตัวจากทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริง (Learning by doing) เป็นแนวคิด (Approach) มิใช่เป็นเพียงเครื่องมือ (Tool) แนวคิดหลักจะเกี่ยวข้องกับคำว่า “คุณภาพ (Quality)” ที่ถูกนิยามด้วยการทำสิ่งที่ถูกต้องและปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องผู้เข้าร่วมตกลงร่วมกันในวัตถุประสงค์ รายละเอียด และเกณฑ์ที่ใช้แต่ละกลุ่มนำเสนอโครงการ ผลการดำเนินงานของตนเองกลุ่มช่วยกันสรุปกระบวนการทำงานในแต่ละขั้นตอนของโครงการที่จะให้ประสบความสำเร็จขั้นตอนที่ต้องการแลกเปลี่ยนความรู้เพื่อหาส่วนที่ดีที่สุด เน้น “How to” ขั้นตอนโดยทั่วไปของการถอดบทเรียน มีดังนี้

1. กำหนดวัตถุประสงค์
2. ออกแบบและวางแผน
3. ดำเนินการถอดบทเรียน
4. สื่อสาร เผยแพร่ผลองค์ความรู้จากบทเรียน
5. ติดตามผลการนำบทเรียนไปใช้ประโยชน์

จุดอ่อนของการถอดบทเรียนและการประยุกต์ใช้

1. เป็นการดำเนินการโดยไม่มีระบบ ไม่มีโครงสร้าง จึงได้ความรู้เป็นส่วนๆ ไม่สามารถเชื่อมโยงในเชิงระบบได้
2. มีสานึกของการไม่ยอมถ่ายถอดรวมทั้งกลุ่มก็ไม่เห็นความสำคัญของการแลกเปลี่ยนเพิ่มพูนความรู้ ซึ่งกันและกัน
3. เกิดภาวะไม่สามารถสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ท่วมท้นออกมาใช้ประโยชน์ได้ ดังนั้นระบบคิดจึงเป็นสิ่งสำคัญ
4. ขาดการแลกเปลี่ยนความรู้ที่ได้ จึงทำให้มีการทำงานซ้ำ (ผิดซ้ำ)
5. การตัดสินใจดำเนินการไม่ได้ใช้ความรู้ที่ได้จากการถอดบทเรียน
6. ต้องเกิดการเรียนรู้จากบทเรียน มิใช่เลียนแบบ

ประโยชน์จากการถอดบทเรียน

ระยะสั้น ทำให้เกิดการปรับปรุงเทคนิคการทำงาน การถอดบทเรียนจะเป็นกระบวนการกลุ่มที่ทุกคนมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานไปในทิศทางเดียวกัน แนวทางการทำงานปรับเปลี่ยนได้ทันกับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงของโครงการ ชุมชน สังคม และทำให้ผลการดำเนินงานโครงการดีขึ้นระยะกลาง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการทำงานและการเผชิญปัญหามากขึ้น และเกิดความภาคภูมิใจเมื่อได้เห็นพัฒนาการที่ดีขึ้นของโครงการ ภายหลังจากการนำบทเรียนไปปรับใช้

ระยะยาว ทำให้เกิดต้นแบบการทำงานที่ดี (Best Practice) เกิดรูปแบบกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ เกิดความเข้าใจปัญหาการทำงานอย่างเป็นระบบ และเกิดการพัฒนายุทธศาสตร์การทำงานในระยะต่อไป

ข้อสังเกตในการถอดบทเรียน

1. รูปแบบการนั่งเป็นสิ่งสำคัญ การนั่งซ้อนกันจะทำให้ผู้เข้าร่วมที่อยู่ด้านหลังพูดน้อยลง
2. ต้องมีการเตรียมประเด็นมาล่วงหน้า
3. ถ้าเป็นประเด็นที่กระทบกับบุคคล เขาจะมีความสนใจและเข้าร่วมมากขึ้น
4. ต้องมองเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญ
5. ฝึกการคิดให้เยอะๆ จะทำให้ได้สิ่งต่างๆ ที่อยู่ในตัวออกมา

สรุปได้ว่า การถอดบทเรียนเป็นกระบวนการที่อธิบายถึงผลการดำเนินงานตามขั้นตอนการดำเนินงานในระยะเวลาต่างๆ เพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน และมีข้อมูลประกอบในการตัดสินใจเพื่อพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานเพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนได้อย่างเหมาะสมทันกับสถานการณ์ ทำให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน เป็นไปตามวัตถุประสงค์และ

เป้าหมายที่วางไว้ ดังนั้นจึงนำการถอดบทเรียนมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัด ร้อยเอ็ด

2.7.8 วงจรPDCA

PDCA คือ วงจรที่พัฒนามาจากวงจรที่คิดค้นโดยวอลท์เตอร์ ชิวนาร์ท (Walter Shewhart) ผู้บุกเบิกการใช้สถิติสำหรับวงการอุตสาหกรรมและต่อมาวงจรนี้เริ่มเป็นที่รู้จักกันมากขึ้น เมื่อ เอ็ดวาร์ด เดมมิ่ง W.Edwards (Deming) ปรมาจารย์ด้านการบริหารคุณภาพเผยแพร่ให้เป็น เครื่องมือสำหรับการปรับปรุงกระบวนการทำงานของพนักงานภายในโรงงานให้ดียิ่งขึ้น และช่วย ค้นหาปัญหาอุปสรรคในแต่ละขั้นตอนการผลิตโดยพนักงานเอง จนวงจรนี้เป็นที่รู้จักกันในอีกชื่อว่า วงจร DEMMING (PDCA, Plan-Do-Check-Act)

กระบวนการ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ของศาสตราจารย์เดมมิ่ง (Deming's cycle) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนซึ่งต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

1. P - Plan การวางแผน

ขั้นตอนการวางแผนครอบคลุมถึงการกำหนดกรอบหัวข้อที่ต้องการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง ซึ่งรวมถึงการพัฒนาสิ่งใหม่ ๆ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน ฯลฯ พร้อมกับ พิจารณาว่ามีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลใดบ้างเพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนั้น โดยระบุวิธีการเก็บ ข้อมูลให้ชัดเจน นอกจากนี้ จะต้องวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ แล้วกำหนดทางเลือกในการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงดังกล่าวการวางแผนยังช่วยให้เราสามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต และช่วยลด ความสูญเสียต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งในด้านแรงงาน วัสดุดิบ ชั่วโมงการทำงาน เงิน เวลา ฯลฯ โดย สรุปลแล้ว การวางแผนช่วยให้รับรู้สภาพปัจจุบัน พร้อมกับกำหนดสภาพที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต ด้วยการผสมผสานประสบการณ์ ความรู้ และทักษะอย่างลงตัว โดยทั่วไปการวางแผนมีอยู่ด้วยกัน 2 ประเภทหลัก ๆ ดังนี้

ประเภทที่ 1 การวางแผนเพื่ออนาคต เป็นการวางแผนสำหรับสิ่งที่จะเกิดขึ้นใน อนาคตหรือกำลังจะเกิดขึ้น บางอย่างเราไม่สามารถควบคุมสิ่งนั้นได้เลย แต่เป็นการเตรียมความพร้อม ของเราสำหรับสิ่งนั้น

ประเภทที่ 2 การวางแผนเพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เป็นการวางแผนเพื่อ เปลี่ยนแปลงสภาพที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเพื่อสภาพที่ดีขึ้น ซึ่งเราสามารถควบคุมผลที่เกิดในอนาคตได้ ด้วยการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ปัจจุบัน

เทคนิคการวางแผนที่ดีควรตอบคำถามต่อไปนี้ได้

- 1) มีอะไรบ้างที่ต้องทำ
- 2) ใครทำ

- 3) ต้องใช้อะไรบ้าง
- 4) ระยะเวลาในการทำงานแต่ละขั้นตอนเป็นเท่าใด
- 5) ลำดับการทำงานเป็นอย่างไรควรทำอะไรก่อนอะไรหลัง
- 6) เป้าหมายในการกระทำครั้งนี้คือ อะไร

2. D - Do ปฏิบัติ

ขั้นตอนการปฏิบัติ คือ การลงมือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตามทางเลือกที่ได้กำหนดไว้ในขั้นตอนการวางแผน ในขั้นนี้ต้องตรวจสอบระหว่างการปฏิบัติด้วยว่าได้ดำเนินไปในทิศทางที่ตั้งใจหรือไม่ พร้อมกับสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบด้วย ไม่ควรปล่อยให้ถึงวินาทีสุดท้ายเพื่อดูความคืบหน้าที่เกิดขึ้น หากเป็นการปรับปรุงในหน่วยงานผู้บริหารย่อมต้องการทราบความคืบหน้าอย่างแน่นอน เพื่อจะได้มั่นใจว่าโครงการปรับปรุงเกิดความผิดพลาดน้อยที่สุด

เทคนิคขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ทำให้ถูกต้องตั้งแต่แรก จะได้ไม่ต้องแก้ไข หรือรับผลเสียจากการกระทำที่ผิดพลาด
2. ตรวจสอบทุกขั้นตอน หากพบข้อบกพร่อง ให้รีบแก้ไขก่อนที่ความเสียหายจะขยายเป็นวงกว้าง

3. C - Check ตรวจสอบ

ขั้นตอนการตรวจสอบ คือ การประเมินผลที่ได้รับจากการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง การตรวจสอบทำให้ทราบว่า การปฏิบัติในขั้นที่สองสามารถบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ สิ่งสำคัญก็คือ ต้องรู้ว่า จะตรวจสอบอะไรบ้างและบ่อยครั้งแค่ไหน ข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบจะเป็นประโยชน์สำหรับขั้นตอนถัดไป

เทคนิคขั้นตอนตรวจสอบ

1. ตรวจสอบวิธีการและระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติจริงว่าทำได้ตามแผนหรือไม่
2. ตรวจสอบผลที่ได้ว่าได้ตามเป้าหมายหรือไม่

4. A - Act ปรับปรุงการดำเนินการให้เหมาะสม

ขั้นตอนการดำเนินงานให้เหมาะสมจะพิจารณาผลที่ได้จากการตรวจสอบ ซึ่งมีอยู่ 2 กรณี คือ ผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามแผนที่วางไว้ หรือไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ หากเป็นกรณีแรก ก็ให้นำแนวทางหรือกระบวนการปฏิบัตินั้นมาจัดทำให้เป็นมาตรฐาน พร้อมทั้งหาวิธีการที่จะปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นไปอีก ซึ่งอาจหมายถึงสามารถบรรลุเป้าหมายได้เร็วกว่าเดิม หรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าเดิม หรือ

ทำให้คุณภาพดียิ่งขึ้นก็ได้ แต่ถ้าหากเป็นกรณีที่สอง ซึ่งก็คือผลที่ได้ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนที่วางไว้ ก็ควรนำข้อมูลที่รวบรวมไว้มาวิเคราะห์ และพิจารณาว่าควรจะดำเนินการอย่างไรต่อไปนี้

เทคนิคขั้นตอนการปรับปรุงการดำเนินการให้เหมาะสม

1. หลังจากตรวจสอบแล้วถ้าเราทำได้ตามเป้าหมายให้รักษาความดีนี้ไว้
2. หากตรวจสอบแล้วพบว่า มีข้อผิดพลาดไม่ว่าในขั้นตอนใดๆก็ตามให้หา

สาเหตุและแก้ไขสาเหตุ

3. หาทางปรับปรุงเพื่อให้การปฏิบัติครั้งต่อไปดีขึ้นกว่าเดิม

สรุปได้ว่า หากจะทำให้การดำเนินการเกิดคุณภาพ และทำการปฏิบัติการให้ผลงานเป็นไปตามแผน ซึ่งจะต้องมีการตรวจติดตามปรับปรุงแก้ไขรวมถึงการป้องกันปัญหาต่อไปการดำเนินกิจกรรมและกิจกรรมจะประสบความสำเร็จและเป็นไปตามแผนงานและเป้าหมายที่ตั้งไว้ ต้องมีการนำหลักการบริหารการจัดการเชิงคุณภาพแบบต่อเนื่อง ตามวงจรเดมมิง Deming (Cycle) หรือ PDCA มาดำเนินการเป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้วงจรเดมมิงในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

2.8 การมีส่วนร่วมในชุมชน

ความหมายของชุมชนตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 พบว่า ชุมชน หมายถึง หมู่ชน กลุ่มคนที่อยู่รวมกันเป็นสังคมขนาดเล็กอาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกันและมีผลประโยชน์ร่วมกัน ยศ บริสุทธิ์ (2558) ได้กล่าวโดยสรุปความหมายโดยทั่วไปได้ว่า ชุมชน หรือ community หมายถึง การอยู่ร่วมกันในหน่วยพื้นที่เดียวกันของประชากรที่เป็นสมาชิก โดยมีความสัมพันธ์กันหรือมีผลประโยชน์บางอย่างร่วมกัน มีกรอบบรรทัดฐานหรือระเบียบกฎเกณฑ์ของการอยู่ร่วมกันของประชากรที่เป็นสมาชิก

องค์ประกอบที่สำคัญของชุมชน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) คนหรือประชากรในฐานะเป็นสมาชิกของชุมชน 2) สิ่งที่มีมนุษย์สร้างหรือประดิษฐ์คิดค้นขึ้น และ 3) สิ่งที่มีธรรมชาติสร้างขึ้น โดยองค์ประกอบทั้ง 3 ประการ มีความสัมพันธ์และมีการปฏิบัติต่อกันโดยมีคนหรือประชากรในฐานะสมาชิกของชุมชนมาอยู่ร่วมกัน พร้อมทั้งปลูกสร้างหรือประดิษฐ์คิดค้นสิ่งต่างๆ ขึ้นในชุมชนโดยใช้ฐานทรัพยากรธรรมชาติที่มีอยู่เป็นพื้นฐานเพื่อให้คนในชุมชนสามารถอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

โครงสร้างที่สำคัญของชุมชน ถือเป็นพื้นฐานที่ทำให้เกิดเป็นชุมชนซึ่งโครงสร้างของชุมชนที่สำคัญ มีดังนี้

1. สมาชิก หมายถึง ผู้มีสิทธิและมีส่วนร่วมในสมาคม องค์กร (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2558) ซึ่งรวมถึงผู้มีสิทธิและมีส่วนร่วมในชุมชนด้วยโดยสมาชิกชุมชนคือคนหรือประชากรจำนวนหนึ่งซึ่งเป็นผู้มีสิทธิและมีส่วนร่วมในการอาศัยอยู่ในชุมชน
2. กลุ่มสมาชิกและความสัมพันธ์ หมายถึง บุคคลจำนวนหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กันหรือมีปฏิสัมพันธ์หรือกระทำต่อกัน นอกจากนี้ยังรวมถึงการมีความสัมพันธ์กันทั้งในเชิงเครือญาติหรือสายเลือดหรือมีความสัมพันธ์กันเชิงสังคมอื่นๆ ด้วย
3. สถาบันทางสังคม สถาบันทางสังคมที่เป็นจุดหลอมรวมและที่ดำรงไว้ซึ่งคุณธรรมและกิจกรรมบางอย่างที่มีความสำคัญต่อสังคมมนุษย์ ได้แก่ สถาบันครอบครัว สถาบันศาสนา สถาบันเศรษฐกิจ สถาบันการศึกษา สถาบันการเมืองการปกครองและสถาบันนันทนาการ
4. สถานภาพและบทบาทของสมาชิก หมายถึง สมาชิกภาพ ตำแหน่งและหน้าที่ของบุคคล โดยบุคคลแต่ละคนสามารถมีสถานภาพและบทบาทหลายอย่าง เช่น พ่อ นอกจากทำหน้าที่เป็นพ่อของลูกแล้ว พ่อยังมีหน้าที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน เป็นแรงงานหลักของครัวเรือนในการประกอบอาชีพหรืออาจเป็นผู้นำชุมชนด้วย เป็นต้น
5. บรรทัดฐาน ธรรมเนียม หรือกฎระเบียบแบบแผน หมายถึง แนวทางหรือที่เป็นเครื่องมือที่กำหนดหรือเป็นกรอบหรือแบบอย่างให้สมาชิกของสังคมยึดถือปฏิบัติเพื่อความเป็นระเบียบเรียบร้อยและความสงบสุขของสังคม

หน้าที่สำคัญของชุมชน

1. สร้างคนและคุณภาพชีวิต การผลิตสมาชิกใหม่ของชุมชนเป็นการกำเนิดหรือสืบทอดทายาทของสมาชิกในชุมชนให้คงอยู่ ซึ่งเมื่อมีสมาชิกใหม่เกิดขึ้นในชุมชนต้องมีการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีคุณภาพนอกจากนี้ต้องมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสมาชิกในชุมชนให้อยู่ดีกินดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพชีวิตด้านการสาธารณสุข โดยชุมชนจัดให้มีการบริการสาธารณสุขมูลฐาน การนันทนาการในชุมชน การอำนวยความสะดวกและสาธารณสุขปโภค เป็นต้น
2. สร้างบ้านแปลงเมือง การอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขในชุมชนจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการจัดการชุมชนและการปกครอง ซึ่งหน้าที่สำคัญของชุมชนในการจัดการชุมชนและการปกครอง อาทิ การควบคุมทางสังคม การคุ้มครองสวัสดิภาพของสมาชิก การรักษาความสงบเรียบร้อย ตลอดจนการจัดสวัสดิการแก่สมาชิกในชุมชน เป็นต้น โดยการดำเนินการดังกล่าวต้องมีการปกครองระดับท้องถิ่นทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเข้ามาเกี่ยวข้อง

3. สร้างงานและฐานเศรษฐกิจ การสร้างงานหรือการผลิต และการสร้างฐานเศรษฐกิจ เป็นสิ่งจำเป็นในการทำให้สมาชิกและชุมชนเกิดความมั่นคง โดยเฉพาะความมั่นคงทางอาหารและ ฐานเศรษฐกิจ ซึ่งการสร้างฐานเศรษฐกิจมิใช่เพียงการผลิตเท่านั้นแต่รวมถึงมีการจำหน่ายผลผลิตด้วย อาทิ ในชุมชนชนบทหรือชุมชนเกษตร คนในชุมชนได้มีการประกอบอาชีพหรือทำงานเพื่อทำการผลิต ทางการเกษตรและอาหารโดยนำผลผลิตที่เหลือจากการบริโภคไปจำหน่ายเพื่อเพิ่มรายได้หรือสร้าง ฐานทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

และยังมีการให้ความหมายของชุมชนจากผู้เชี่ยวชาญอีกหลายท่าน อาทิ

ชยาภรณ์ ชื่นรุ่งโรจน์ ได้ให้ความหมายของคำว่าชุมชน คือ การที่คนมาอยู่ร่วมกันหรือ มาชุมนุมกันและได้สรุปความหมายของคำว่าชุมชนจากนักสังคมวิทยาหลายๆ ท่าน ดังนี้

David Kingsly ให้ความหมายว่า “กลุ่มคนที่อยู่ร่วมกันในอาณาบริเวณใดบริเวณหนึ่ง ที่ แน่นนอนและสามารถดำรงชีวิตทางสังคมร่วมกัน”

Robert M.Maclver ให้ความหมายว่า “กลุ่มคน ซึ่งอยู่ร่วมกัน มีความรู้สึกเป็นพวก เดียวกัน มีความสนใจในเรื่องวิถีชีวิตความเป็นอยู่ร่วมกัน มีตั้งแต่กลุ่มขนาดเล็กคือหมู่บ้านไปจนถึง กลุ่มขนาดใหญ่ เช่น เมือง ประเทศ”

Robert E.Park and Ernest W.Burgess ให้ความหมายว่า “อาณาบริเวณของท้องถิ่น หนึ่งๆ ซึ่งผู้คนในท้องถิ่นนั้นพูดภาษาเดียวกัน มีจารีตประเพณีอย่างเดียวกันมีความรู้สึกเป็นแบบ เดียวกันและมีการกระทำไปตามทัศนคติซึ่งเป็นไปในทางเดียวกัน”

จากคำจำกัดความต่างๆ สรุปได้ว่า ชุมชนหมายถึงการที่คนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมาอยู่ร่วมกัน ในระยะเวลาที่ยาวนานระยะเวลาหนึ่ง จนเกิดความรู้สึกเป็นพวกเดียวกันเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน โดยมี อาณาเขตที่แน่นอนมีความสนใจและปฏิบัติตนในวิถีชีวิตประจำวันที่คล้ายคลึงกัน

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พรปวีณ์ ชื่นใจเรือง (2554) ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับบุคคลที่มีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในศูนย์สุขภาพ ชุมชนแห่งหนึ่ง โดยในการพัฒนาด้านองค์กรได้รูปแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด สมองสำหรับบุคคลที่มีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1) องค์กรประกอบนำเข้า ได้แก่ ด้านแนวคิดการบริการ ด้านบุคลากรสุขภาพและด้านการ มีส่วนร่วมของชุมชน 2) กระบวนการจัดการบริการ ประกอบด้วย การจัดการบริการระหว่างทีมสห สาขาวิชาชีพ วิธีการบริการและเครื่องมือช่วยในการบริการตามระยะของวิธีการเจ็บป่วยของอาการ

เดือนโรคหลอดเลือดสมอง แนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับบุคคลที่มีอาการเดือนของโรคหลอดเลือดสมองและการมีส่วนร่วมของชุมชน

นริสสา พัฒนปรีชาวงศ์, รัฐชนา สินธวาลัย และนภิสพร มีมงคล (2555) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลภายใต้กรอบ MBNQA ทั้ง 7 หมวด ประกอบด้วย 1) การนำองค์กร 2) การวางแผนเชิงกล 3) การมุ่งเน้นลูกค้า 4) การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ 5) การมุ่งเน้นบุคลากร 6) การจัดกระบวนการ 7) ผลลัพธ์ โดยการศึกษาครอบคลุมกิจกรรมงานการแพทย์ฉุกเฉิน 6 ขั้นตอน คือ การพบเหตุ (Detection) ,การแจ้งเหตุ (Reporting ,การออกปฏิบัติการ (Responses), การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene Care), การลำเลียงขนย้ายและดูแลระหว่างนำส่ง (Care in Transit) และขั้นตอนสุดท้าย การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to Definitive Care)

ประไพ กิตติบุญถวัลย์, ศิริธร ยิ่งแรงเริง และศุภลักษณ์ ศรีธัญญา (2556) ได้ศึกษาการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามพบว่ากลุ่มตัวอย่างโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองพบมากคือความดันโลหิตสูงโดยเคยมีประสบการณ์รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการเบื้องต้นโดยข้อมูลสัญญาณเตือนที่ได้รับน้อยที่สุดคืออาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่งรองลงมาคือปากเบี้ยวและอาการพูดไม่ชัดและพบว่ากลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับคำแนะนำการจัดการเบื้องต้นเกี่ยวกับการจดบันทึกเวลาที่เริ่มมีสัญญาณเตือนและไม่ทราบเบอร์ 1669 สำหรับติดต่อรถฉุกเฉิน จึงมีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้ว่าควรเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการเบื้องต้นเมื่อมีสัญญาณเตือนแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะกลุ่มที่มีระดับเสียงสูงมากโดยเน้นความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนเรื่องการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง การจดบันทึกเวลาที่เริ่มมีอาการและเบอร์โทรฉุกเฉิน ซึ่งการให้ความรู้ควรใช้สื่อโทรทัศน์ให้มากขึ้นเพราะเป็นช่องทางที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ข้อมูลมากที่สุด

บัวแก้ว โมฆรัตน์ (2557) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของหน่วยกู้ชีพซึ่งไปผลการวิจัยคือ ผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยกู้ชีพโดยใช้รูปแบบการดำเนินงานกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมส่งผลให้การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยกู้ชีพมีการพัฒนาและประสบความสำเร็จ โดยกระบวนการพัฒนาที่สำคัญประกอบไปด้วยผู้บริหารหรือผู้นำ การสื่อสาร ทีมกู้ชีพเข้มแข็ง ภาควิเคราะห์ และการจัดสรรงบประมาณซึ่งเป็นปัจจัยหลักในการสนับสนุนให้มีการพัฒนาแบบยั่งยืนต่อไป

มาลี คำคง (2557) ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง:บริบทโรงพยาบาลชุมชน โดยพัฒนาที่ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลชุมชนคือ 1) กำหนดนโยบายการดูแลรักษาโดยนำเข้าสู่แผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและจัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มฉุกเฉินมากที่ต้องส่งเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน 2) พัฒนาระบบการดูแลรักษาในระยะวิกฤต ได้แก่ 2.1) พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยกำหนดเป็นแผนภาพขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่ครบถ้วน ชัดเจนและกำหนดระยะเวลากำกับกับการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยใช้เวลาที่น้อยที่สุด 2.2) พัฒนาแบบบันทึกที่ขึ้นำการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง 2.3) พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2.4) จัดหาเครื่องมือในการประเมินสภาพและการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีความพร้อมเพียงทั้งปริมาณและคุณภาพ 2.5) เตรียมความพร้อมของระบบสนับสนุน เช่น ระบบเวชระเบียน ระบบสื่อสารและระบบตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2.6) ปรับระบบการส่งต่อผู้ป่วย โดยมีระบบทางด่วน 2.7) ฟื้นฟูสภาพและดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับมารักษาต่อในโรงพยาบาลหรือที่บ้าน 3) จัดระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ 3.1) ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์เรื่องอาการของโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป 3.2) ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและพัฒนาทักษะการประเมินและการดูแลระหว่างนำส่งแก่ทีมบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ธกฤต จันทรพลงาม (2558) ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินในเขตพื้นที่ตำบลห้วยถุน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยพบว่ขั้นตอนการวางแผนใช้แนวคิดเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมขั้นปฏิบัติการ 3 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครกู้ชีพขั้นพื้นฐาน 2) กิจกรรมการอบรมให้ความรู้แก่แกนนำและประชาชนเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 3) กิจกรรมการจัดตั้งศูนย์บริการและประสานงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ขั้นการสังเกตผลการปฏิบัติการ ทำการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกและในขั้นสะท้อนกลับใช้รูปแบบการถอดบทเรียนพบว่ากลุ่มของตัวอย่างมีความเข้าใจการบริหารจัดการ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและได้รูปแบบดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน

ธารรัตน์ ส่งสิทธิกุล และอรวรรณ อนามัย (2559) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดโดยแบ่งเป็น 3 ระยะคือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน และ 3) ประเมินผลการพัฒนา ผลการศึกษาได้แสดงว่าการพัฒนาระบบบริการพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพมากขึ้น จึงควรมีการพัฒนาบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันอย่างต่อเนื่อง

นันทะวรรณ ทิพยเนตร และวชิร ชนะบุตร (2559) ได้ทำการศึกษาความรู้เรื่องความเสี่ยงและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษา โรงงานทอผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม พบว่าหลังจากกิจกรรมให้สุขศึกษา Stroke education rally มีการออกกำลังกาย การไปบริการการแพทย์ฉุกเฉินและปัจจัยเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนอบรม แต่ความรู้เรื่องโภชนาการและอาการเตือนภายหลังการอบรม 3 เดือน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติถึงแม้จะเคยได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังมีส่วนน้อยที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพแบบ Universal prevention ซึ่งทำในกลุ่มประชากรกลุ่มใหญ่ที่ยังไม่มีอาการเสี่ยงและมีค่าใช้จ่ายต่อหัวอยู่ในเกณฑ์ต่ำจึงมีความจำเป็นในการให้สุขศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ใช้งานในโรงงานอุตสาหกรรมซึ่งมีความพร้อมในการเรียนรู้เนื่องจากยังไม่เกิดภาวะสุขภาพจากการเจ็บป่วย

นิชาภัทร ชันสาคร และคณะ (2559) ได้ทำการศึกษากระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุพบว่าประเด็นที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความต้องการต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตามขั้นตอนการปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงการให้บริการ ณ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลและการติดตามหรือให้บริการหลังออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ บริการนอกเหนือจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ เพิ่มช่องทางและปรับปรุงระบบการแจ้งเหตุ การให้คำแนะนำในการช่วยเหลือ ความรวดเร็วของหน่วยบริการ เจ้าหน้าที่ผู้ทำหน้าที่รักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุมีเครื่องมือและอุปกรณ์ปฐมพยาบาลช่วยเหลือ การประเมินผู้ป่วยที่ถูกต้อง การเคลื่อนย้ายที่รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย อุปกรณ์เคลื่อนย้ายเหมาะสมกับผู้สูงอายุ รถบริการที่สะดวก ปลอดภัยไม่สะเทือน เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลปลอดภัยและให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ การส่งผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด การประสานกับสถานพยาบาลที่จะรับผู้ป่วย การดูแลในห้องฉุกเฉิน การให้ญาติอยู่กับผู้ป่วย การแยกพื้นที่ให้บริการในห้องฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ บริการส่งกลับบ้านหลังการรักษาและการติดตามหรือเยี่ยมบ้านหลังการรักษา

กันติมาภรณ์ วิวัฒน์ตระกูล และลัดดา อะโนศรี (2560) ได้ทำการวิจัยและพัฒนาศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันโดยมีการแบ่งวิธีดำเนินการออกเป็น 4 ระยะคือ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหา พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การคัดกรองผู้ป่วยไม่ถูกต้อง พยาบาลวิชาชีพขาดความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วย 2) พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันทั้งในระยะ 2 ชั่วโมงแรกและ 2-72 ชั่วโมง 3) นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันสู่การปฏิบัติ และมีการปรับปรุงวิธีพัฒนาความรู้ทักษะของพยาบาลวิชาชีพพร้อมทั้งประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพตลอดจนประเมินการใช้รูปแบบปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และ 4) ประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ

เขียนปล้น โดยคะแนนการประเมินความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น คะแนนความพึงพอใจผู้ป่วยและญาติต่อการรับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มขึ้น

สุภัชชา พันเลิศพาณิชย์ (2561) ได้ทำการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงโดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทีมเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่าย และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง แก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะที่ 2 ฝึก ปฏิบัติจริงในชุมชนและวางแผนการดูแลต่อเนื่องและระยะที่ 3 สรุปและประเมินหลังการปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง



2.10 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย





บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินและได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจากทีมผู้ปฏิบัติการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 การจัดการกระทำกับข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีการดำเนินการตามรูปแบบ PDCA จากแนวคิดของ W. Edwards Demming ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการร่วมกันวางแผน (Plan) กระบวนการร่วมกันดำเนินการ (Do) กระบวนการร่วมกันตรวจสอบ (Check) และกระบวนการร่วมกันปรับปรุง (Act) ร่วมกับแนวคิดของบัญชา แก้วส่องที่ได้นำเอาแนวคิดของอคิด ระบุพัฒนา, เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง และคนอื่นๆ มาผสมผสานแนวคิดของ Cohen and Uphoff ในการทำงานเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมใน 5 ขั้นตอนประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ การมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการพัฒนา การมีส่วนร่วมในขั้นดำเนินการ การมีส่วนร่วมในขั้นรับผลที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนาและการมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผลโครงการพัฒนา

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ มีการใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างในกลุ่มตัวอย่างคือ

1. กลุ่มเป้าหมายจากกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการหาสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 91 คน

มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ

1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเมืองสรวง อย่างต่อเนื่องและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ หมู่ 2,3,4,6,7,8,9 ตำบลเมืองสรวง อ.เมืองสรวง

มีเกณฑ์เกณฑ์คัดออก คือ

1) ไม่สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมในวันและเวลาที่กำหนดได้

2) มีอาการไม่พึงประสงค์ เจ็บป่วยหรือเสียชีวิต

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นกลุ่มเป้าหมายจากกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยได้กำหนดโดยการคำนวณหาค่าสัดส่วนในประชากร กรณีที่ทราบจำนวนประชากร (อรุณ จิรวัดณ์กุล, 2547) ดังต่อไปนี้

$$n = \frac{NZ^2 P(1-P)}{e^2(N-1) + Z^2 P(1-P)}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร คือ จำนวนกลุ่มเสี่ยง (ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง) ทั้งหมด 139 คน

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ คือค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 1.96 เมื่อกำหนดให้ความเชื่อมั่น 95%

P = ค่าสัดส่วนของตัวแปร X คือ ค่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เท่ากับ 0.2086

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วน ในที่นี้กำหนดให้เท่ากับ 0.05

โดยหาค่าสัดส่วนจากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการโรงพยาบาล เมืองสรวงทั้งหมด 29 คนกับจำนวนผู้ป่วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (กลุ่มเสี่ยง) ทั้งหมด 139 คน

$$n = \frac{(139)(1.96)^2(0.2086)(1 - 0.2086)}{(0.05)^2(139 - 1) + (1.96)^2(0.2086)(1 - 0.2086)}$$

$$n = \frac{88.1530}{0.9791} = 90.034$$

$$n = 91$$

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ มีการทำกิจกรรมในกลุ่มตัวอย่างคือ

1. กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 16 คนประกอบด้วย
 - 1) ผู้รับผิดชอบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลเมืองสรวง จำนวน 1 คน
 - 2) ผู้รับผิดชอบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินกู้ชีพเทศบาลตำบลเมืองสรวง จำนวน 1 คน
 - 3) ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) 1 คน
 - 4) ตัวแทนทีมดูแลและพัฒนากระบวนการการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล จำนวน 1 คน
 - 5) หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 1 คน
 - 6) เจ้าหน้าที่รพ.สต.จำนวน 1 คน
 - 7) อาสาสมัครครอบครัวในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง และแกนนำชุมชนตำบลเมือง

สรวง จำนวน 10 คน ประกอบด้วย อาสาสมัครครอบครัวหมู่บ้านละ 1 คน จำนวน 7 หมู่บ้าน และแกนนำชุมชน 3 คน

ในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยเป็นการเลือกแบบเจาะจงในผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง

มีเกณฑ์คัดเข้าคือ

- 1) เป็นผู้รับผิดชอบงานที่เข้าใจในระบบงานและสามารถแสดงความคิดเห็นได้
- 2) สนใจเข้าร่วมกิจกรรม
- 3) มีความพร้อมในการร่วมแสดงความคิดเห็นในการทำกิจกรรม
- 4) เป็นผู้ที่ทำงานหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง

มีเกณฑ์คัดออกคือ

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในวันและเวลาที่กำหนดได้

2. กลุ่มผู้ดูแล (Care giver) ที่อยู่ในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง จำนวน 5 คนเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

มีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

มีเกณฑ์คัดออก คือ

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมในวันและเวลาที่กำหนดได้
- 2) มีอาการไม่พึงประสงค์ เจ็บป่วยหรือเสียชีวิต
3. กลุ่มเป้าหมายจากกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการหาสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 91 คน ในการทำแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างหลังการทำกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยง

มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ

- 1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเมืองสรวง อย่างต่อเนื่องและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม
- 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ หมู่ 2,3,4,6,7,8,9 ตำบลเมืองสรวง อ.เมืองสรวง

มีเกณฑ์เกณฑ์คัดออก คือ

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมในวันและเวลาที่กำหนดได้
- 2) มีอาการไม่พึงประสงค์ เจ็บป่วยหรือเสียชีวิต

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล มีการประเมินการมีส่วนร่วมและการประเมินความพึงพอใจการทำกิจกรรมในกลุ่มตัวอย่างคือ

1. กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย

- 1) ผู้รับผิดชอบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลเมืองสรวง จำนวน 1 คน
- 2) ผู้รับผิดชอบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินกู้ชีพเทศบาลตำบลเมืองสรวง จำนวน 1 คน
- 3) ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) 1 คน
- 4) ตัวแทนทีมดูแลและพัฒนากระบวนการการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล จำนวน 1 คน
- 5) หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 1 คน
- 6) เจ้าหน้าที่รพ.สต.จำนวน 1 คน

7) อาสาสมัครครอบครัวในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง และแกนนำชุมชนตำบลเมืองสรวง จำนวน 10 คน ในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยเป็นการเลือกแบบเจาะจงในผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง

มีเกณฑ์คัดเข้าคือ

- 1) เป็นผู้รับผิดชอบงานที่เข้าใจในระบบงานและสามารถแสดงความคิดเห็นได้
- 2) สนใจเข้าร่วมกิจกรรม
- 3) มีความพร้อมในการร่วมแสดงความคิดเห็นในการทำกิจกรรม
- 4) เป็นผู้ที่ทำงานหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง

มีเกณฑ์คัดออกคือ

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในวันและเวลาที่กำหนดได้
- 2) กลุ่มผู้ดูแล (Care giver) ที่อยู่ในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง จำนวน 5 คนเพื่อเข้าร่วม

กิจกรรมกลุ่มในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

มีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

มีเกณฑ์คัดออก คือ

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมในวันและเวลาที่กำหนดได้
- 2) มีอาการไม่พึงประสงค์ เจ็บป่วยหรือเสียชีวิต

3.3 พื้นที่ในการวิจัย

พื้นที่ในการวิจัยคือหมู่บ้านในเขตตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 7 หมู่บ้าน ประกอบด้วย หมู่ 2,3,4,6,7,8,9

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งการใช้ออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ทะเบียนการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน
3. การประมวลผลข้อมูลจากโปรแกรม Hosxp
4. รายงานตัวชี้วัดEMSคุณภาพรายไตรมาส

5. รายงานผู้ป่วยรับกลับโรคหลอดเลือดสมองจากงานกายภาพบำบัด

6. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการบริการการแพทย์ฉุกเฉินใช้ในการวัดความรู้ในกลุ่มเสี่ยง แบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพประวัติโรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา การใช้โทรศัพท์ ยานพาหนะในครอบครัว การรู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รู้จักหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน การทราบถึงการมีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลจำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ตอบได้เลือกตอบสองตัวเลือก ใช่ และ ไม่ใช่ จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้ผู้ตอบได้เลือกตอบสองตัวเลือก ใช่ และไม่ใช่ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 ทักษะเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้ผู้ตอบได้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 5 ความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้ผู้ตอบได้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด จำนวน 5 ข้อ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1. แบบประเมิน Los Angeles Prehospital Stroke Scale (LAPSS)

2. แบบประเมิน Cincinnati Prehospital Stroke Scale

3. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการบริการการแพทย์ฉุกเฉินใช้ในการวัดความรู้ในกลุ่มเสี่ยง แบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพประวัติโรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา การใช้โทรศัพท์ ยานพาหนะในครอบครัว การรู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รู้จักหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน การทราบถึงการมีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ตอบได้เลือกตอบสอง
ตัวเลือก ใช่ และ ไม่ใช่ จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้ผู้ตอบได้เลือกตอบสอง
ตัวเลือก ใช่ และไม่ใช่ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 ทักษะคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้ผู้ตอบได้เลือกตอบ 5
ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 5 ความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้ผู้ตอบได้เลือกตอบ 5
ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด จำนวน 5 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในการประชุมเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในกลุ่มผู้ดูแลและกลุ่ม
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประกอบด้วยข้อคำถาม

- 1) ท่านคิดว่าการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันเป็นอย่างไร
- 2) อะไรคือปัญหา/อุปสรรคในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง
- 3) อะไรคือสาเหตุของปัญหาดังกล่าว
- 4) ท่านมีวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างไร

2. บันทึกรายงานการประชุม

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1. แบบประเมินความพึงพอใจ
2. แบบประเมินการมีส่วนร่วม
3. แบบบันทึกสรุปผลการประเมิน Los Angeles Prehospital Stroke Scale
(LAPSS)
4. แบบบันทึกสรุปผลการประเมิน Cincinnati Prehospital Stroke Scale

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. บันทึกการถอดบทเรียน

การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1) การสร้างเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

1.1) ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองและการบริการ
การแพทย์ฉุกเฉิน

1.2) สร้างเครื่องมือให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของการวิจัย ภายใต้กรอบแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1.3) เขียนข้อคำถามให้สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ

1.4) นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจพิจารณาความสอดคล้อง

2) การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยการหาความตรง (Content Validity) โดยนำเนื้อหา ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและความรู้ ทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านการตรวจสอบและให้คำแนะนำของคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ เสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เครื่องมือ 3 ท่าน ได้แก่

ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นางสาวศุภลักษณ์ ต้นทอง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางปิยะนุช บุญวิเศษ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ตรวจ วิเคราะห์ แก้ไข และหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) และ ความเหมาะสมของแบบสอบถาม โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่าความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

3) การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา ไปทดลองใช้ (Try-out) จำนวน 30 ชุด กับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จากตำบลคูเมือง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด แล้วนำมาตรวจสอบตามสูตรค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Alpha Cronbach Coefficient) จากผลการทดสอบมีค่ามากกว่า 0.70 และ ค่าความเชื่อมั่น Kuder-Richardson Method ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง คือ 0.83 และ ความรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ 0.43

สถิติที่ใช้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่

1. หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยหรือ IOC (Index of Item – Objective Congruence) ของ Rowinelli และ Hambleton (อ้างอิงใน อารีย์ พลภูเมือง, 2560) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาแต่ละคนพิจารณาลงความเห็น และให้คะแนนดังนี้

+ 1 เมื่อ แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการวัด

0 เมื่อ ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการวัดหรือไม่

- 1 เมื่อ แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการวัด

$$\text{สูตร} \quad \text{IOC} = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับสอดคล้องกับสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการวัด

ΣR หมายถึง ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทุกคน

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ถ้าค่าดัชนี IOC ที่คำนวณได้เท่ากับ 0.5 ขึ้นไปจนถึง 1.00 ข้อความนั้นสามารถนำมาเป็นข้อความในแบบสอบถามได้ ถ้าข้อความใดมีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.5 ข้อความนั้นจะถูกตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น

2. หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสัมภาษณ์โดยใช้ Item-total Correlation

3. หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามสูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha Cronbach Coefficient) กำหนดค่าที่ยอมรับได้ 0.7 ขึ้นไป โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาดำเนินการ ม.ค. 2562 – ก.ย. 2562

การเก็บข้อมูลระยะเตรียมการ

1. เก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์บริบทของพื้นที่และข้อมูลการดำเนินงานในปัจจุบัน
2. เก็บข้อมูลเบื้องต้นในพื้นที่โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างในกลุ่มเสี่ยงเพื่อ

รวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินงาน

การเก็บข้อมูลระยะดำเนินการ

1. เก็บรวบรวมข้อมูลจากการทำกิจกรรมตามข้อความที่ได้กำหนดและบันทึกสรุปผล

การเก็บข้อมูลระยะประเมินผล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลในการประเมินและวัดผลเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

3.5 ขั้นตอนการดำเนินการ

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด มีการดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ,ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ใช้การดำเนินการทำงานตามกระบวนการ PDCA ของ M.Edward Demming 4 ขั้นตอนคือ Plan Do Check Act และระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ (ดำเนินการในกลุ่มเป้าหมายจากกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรค หลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบทและสภาพปัญหา นำผลการศึกษาที่ได้เข้าประชุมเชิงปฏิบัติการในระยะที่ 2)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบทและสภาพปัญหาของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่

กลุ่มเป้าหมายจากกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการหาสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 91 คน

วิธีดำเนินการ

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินและโรคหลอดเลือดสมอง
2. เตรียมชุมชน ก่อนการดำเนินงาน
3. การศึกษาข้อมูลบริบทของพื้นที่ตำบลเมืองสรวง เกี่ยวกับสถานการณ์ บริบทและสภาพปัญหาของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลทุติยภูมิจากแหล่งข้อมูลเอกสารและบุคคลเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการดำเนินการด้านโรคหลอดเลือดสมอง

4. สัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ดำเนินการทำงานตามกระบวนการ PDCA ของ M.Edward Demming 4 ขั้นตอนคือ Plan Do Check Act ดังนี้

กระบวนการร่วมกันวางแผน(Plan)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ในปัจจุบัน

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีดำเนินการ ประกอบด้วย

P1. สร้างคณะทำงาน

P2. ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาาร่วมกัน โดยวิเคราะห์ข้อมูลผู้รับบริการจากระบบเวชระเบียนและทะเบียนการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนการพัฒนา

P3. ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันเพื่อกำหนดรูปแบบการเข้าถึงบริการ และชี้แจงรายละเอียดและขอบเขตของการดำเนินงาน รวมถึงประชุมเครือข่ายสุขภาพประกอบด้วย กู้ชีพแกนนำเครือข่ายสุขภาพและอาสาสมัครครอบครัว เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีรายละเอียดคือ

1. ชี้แจงสถานการณ์ปัญหาในปัจจุบัน

2. ชี้แจงรูปแบบการดำเนินงานในปัจจุบัน

3. ประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) มีข้อคำถามประกอบด้วย

3.1 ท่านคิดว่าการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันเป็นอย่างไร

3.2 อะไรคือปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.3 สาเหตุของปัญหาดังกล่าวคืออะไร

3.4 ท่านมีวิธีแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างไร

P4. จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) พร้อมทั้งสรุปผลการประชุมและกำหนดรูปแบบการดำเนินงานการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและทบทวนรูปแบบการดำเนินงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้แก่หน่วยกู้ชีพในเครือข่าย

กระบวนการร่วมกันดำเนินการ(Do)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสื่อสารและสร้างความรู้ความเข้าใจในโรคหลอดเลือดสมองและรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

วิธีดำเนินการ ประกอบด้วย

D1. สื่อสารรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กับกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแล

D2. ทำการสื่อสารเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองและการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินให้กับกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแล โดยการ จัดอบรม กลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแลและญาติ มีกิจกรรมประกอบด้วย

1. ทดสอบวัดความรู้ก่อนการอบรม
2. ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
3. ชี้แจงรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. ทดสอบความรู้หลังการอบรม

กระบวนการร่วมกันตรวจสอบ(Check)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินกิจกรรมการสื่อสารและสร้างความรู้โรคหลอดเลือดสมองและรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนา รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีดำเนินการ ประกอบด้วย

- C1. ประเมินผลความรู้ความเข้าใจ ทศนคติและความเชื่อในรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และรวบรวมเก็บบันทึกข้อมูลในการดำเนินงานทุกขั้นตอน
- C2. บันทึกผลข้อมูลการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- C3. บันทึกผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

กระบวนการร่วมกันปรับปรุง(Act)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งหาแนวทางการแก้ไข

วิธีดำเนินการ ประกอบด้วย

A1. ถอดบทเรียนในการดำเนินการพัฒนา รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่เทศบาลตำบลเมืองสรวง อ.เมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมถึงร่วมประเมินและอภิปรายผลการดำเนินการพัฒนา รูปแบบให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับคณะทำงาน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการดำเนินการพัฒนา รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการ

1. ประเมินความพึงพอใจในการร่วมดำเนินกิจกรรม
2. ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
3. ประเมินผลการใช้แบบประเมิน Los Angeles Prehospital Stroke Scale (LAPSS) และ แบบประเมิน Cincinnati Prehospital Stroke Scale
4. สรุปบันทึกผลการถอดบทเรียน

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.6.1 ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) ความรู้ ทักษะ และความเชื่อ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งเป็น 4 ส่วน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตามเครื่องมือที่กำหนด ตรวจสอบแก้ไขความถูกต้องของข้อมูล (Preliminary Editing) ลงรหัสข้อมูล (Coding) แล้วนำมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์ด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา การใช้โทรศัพท์ ยานพาหนะในครอบครัว การรู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รู้จักหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในชุมชน การทราบถึงการมีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล จำนวน 12 ข้อ ใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ตอบได้เลือกตอบสองตัวเลือก ใช่ และ ไม่ใช่ จำนวน 18 ข้อ การวิเคราะห์คะแนนหลังจากได้คะแนนของข้อคำตอบ (Item) แต่ละข้อแล้ว นำมาคิดวิเคราะห์โดยนำคำตอบแต่ละข้อมากำหนดเป็น ถ้าผู้ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ถ้าผู้ตอบผิด ไม่ถูก ให้ 0 คะแนน แล้วนำมาแบ่งระดับความรู้ดังนี้

ระดับความรู้สูง	หมายถึง มีระดับคะแนนตั้งแต่ 80%ขึ้นไป
ระดับความรู้ปานกลาง	หมายถึง มีระดับคะแนนระหว่าง 60-79%
ระดับความรู้ต่ำ	หมายถึง มีระดับคะแนนน้อยกว่า 60%

3) ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้ผู้ตอบได้เลือกตอบสองตัวเลือก ใช่ และไม่ใช่ จำนวน 12 ข้อ การวิเคราะห์คะแนนหลังจากได้คะแนนของข้อคำตอบ (Item) แต่ละข้อแล้ว นำมาคิดวิเคราะห์โดยนำคำตอบแต่ละข้อมากำหนดเป็น ถ้าผู้ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ถ้าผู้ตอบผิด ไม่ถูก ให้ 0 คะแนน แล้วนำมาแบ่งระดับความรู้ดังนี้

ระดับความรู้สูง	หมายถึง มีระดับคะแนนตั้งแต่ 80%ขึ้นไป
ระดับความรู้ปานกลาง	หมายถึง มีระดับคะแนนระหว่าง 60-79%
ระดับความรู้ต่ำ	หมายถึง มีระดับคะแนนน้อยกว่า 60%

4) ทักษะคติและความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้หลายตัวเลือกเป็นคำถามปลายปิด (Checklist Questions) จำนวน 5 ข้อโดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก เป็นคำถามความคิดเห็นเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า ของลิเคิร์ต (Likert's Scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
มาก	หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ปานกลาง	หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

คำถามเชิงบวก

คำถามเชิงลบ

ตอบ มากที่สุด ให้ 5 คะแนน	ตอบ มากที่สุด ให้ 1 คะแนน
ตอบ มาก ให้ 4 คะแนน	ตอบ มาก ให้ 2 คะแนน
ตอบ ปานกลาง ให้ 3 คะแนน	ตอบ ปานกลาง ให้ 3 คะแนน
ตอบ น้อย ให้ 2 คะแนน	ตอบ น้อย ให้ 4 คะแนน
ตอบ น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน	ตอบ น้อยที่สุด ให้ 5 คะแนน

คะแนนเฉลี่ยของ ทักษะคติและความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะแบ่งออกเป็น 3 ช่วงเท่าๆ กัน ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งโดยใช้ค่าทางสถิติคะแนนเฉลี่ยเลขคณิตกำหนดช่วงของการวัด ซึ่งพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

Interval

จำนวนชั้น

$$= \frac{5 - 1}{3}$$

$$= \frac{4}{3}$$

$$= 1.33$$

พหุบัณฑิต ชีวะ

จึงแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์ระดับทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับ ไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง มีทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับดี

3.6.2 แบบประเมินความพึงพอใจกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 1-5 เป็นคำถามความคิดเห็นเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า ของลิเคิร์ต (Likert's Scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด (คะแนนรวม 1 ถึง 5 ระดับ) และจัดกลุ่มระดับความพึงพอใจกับคะแนนเฉลี่ยดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 1.80	หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	1.81 - 2.60	หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย	2.61 - 3.40	หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.41 - 4.20	หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย	4.21 - 5.00	หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

3.6.3 แบบประเมินการมีส่วนร่วมเป็นคำถามความคิดเห็นเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert's Scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

มากที่สุด	หมายถึงมีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
มาก	หมายถึงมีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ปานกลาง	หมายถึงมีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
น้อย	หมายถึงมีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึงมีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

คำถามเชิงบวก		คำถามเชิงลบ	
มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน	มากที่สุด	ให้ 1 คะแนน
มาก	ให้ 4 คะแนน	มาก	ให้ 2 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน	ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
น้อย	ให้ 2 คะแนน	น้อย	ให้ 4 คะแนน
น้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน	น้อยที่สุด	ให้ 5 คะแนน

และจัดระดับคะแนนการมีส่วนร่วมโดยคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ โดยแบ่งระดับคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 1.80	หมายถึง มีส่วนร่วมระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	1.81 - 2.60	หมายถึง มีส่วนร่วมระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย	2.61 - 3.40	หมายถึง มีส่วนร่วมระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.41 - 4.20	หมายถึง มีส่วนร่วมระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย	4.21 - 5.00	หมายถึง มีส่วนร่วมระดับมากที่สุด

3.6.4 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมเชิงปฏิบัติโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการนำข้อสรุปของการประชุมเชิงปฏิบัติการ และการสนทนากลุ่มย่อย การสังเกต สอบถาม จดบันทึกนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เป็นการพรรณนา (Descriptive Analysis) จากการสรุปประเด็นสำคัญในระหว่างการจัดกิจกรรมเชื่อมโยงประเด็นปัญหาที่ศึกษา

3.7 จริยธรรมในการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ในการให้ข้อมูลจะดำเนินการตามแนวทางจริยธรรมการทำวิจัยในคนในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ซึ่งมีหลักจริยธรรมการทำวิจัยในคนทั่วไป 3 ประการ คือ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตรายและหลักความยุติธรรมโดยขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยและพื้นที่ที่เก็บข้อมูล โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE 0432562 และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัย เลขที่การรับรอง 139/2562 และจะไม่เปิดเผยข้อมูลรายคนจะเปิดเผยเป็นภาพรวมเท่านั้น โดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการ และระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยครั้งนี้ได้ทราบล่วงหน้า โดยกิจกรรมการศึกษาวิจัยที่ได้จัดขึ้นเป็นกิจกรรมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และอันตรายน้อยที่สุดแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย ในส่วนของข้อมูลที่ได้จะถือว่าเป็นความลับ ในการวิเคราะห์และนำเสนอจะกระทำในภาพรวม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในทางวิชาการ หากผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยไม่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาก็ไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น หรือในระหว่างการศึกษาวิจัยจะขอถอนตัวไม่เข้าร่วมกิจกรรมสามารถยกเลิกได้

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีการดำเนินการตามรูปแบบ PDCA จากแนวคิดของ W.Edwards Demming ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการร่วมกันวางแผน(Plan) กระบวนการร่วมกันดำเนินการ (Do) กระบวนการร่วมกันตรวจสอบ (Check) และกระบวนการร่วมกันปรับปรุง (Act) ร่วมกับแนวคิดของบัญชา แก้วส่องที่ได้นำเอาแนวคิดของอดิน ระพีพัฒน์,เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง และคนอื่นๆมาผสมผสานแนวคิดของ Cohen and Uphoff ในการทำงานเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมใน 5 ขั้นตอนประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ การมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการพัฒนา การมีส่วนร่วมในขั้นดำเนินโครงการ การมีส่วนร่วมในขั้นรับผลที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนา และการมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผลโครงการพัฒนา ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2 ลำดับขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2.1 การศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

4.2.2 การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

4.2.3 การศึกษาผลของรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์แทนความหมาย ดังต่อไปนี้

n แทน ค่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

\bar{X} แทน ค่าเฉลี่ย (Mean)

S.D.	แทน	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
S.E.	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (S.E.mean)
Min.	แทน	ค่าต่ำสุดของข้อมูล (Minimum)
Max.	แทน	ค่าสูงสุดของข้อมูล (Maximum)
p - value	แทน	ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4.2 ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ, ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ใช้การดำเนินการทำงานตามกระบวนการ PDCA ของ M.Edward Demming 4 ขั้นตอน คือ Plan Do Check Act และระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ (ดำเนินการในกลุ่มเป้าหมายจากกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อศึกษาสถานการณ์บริบทและสภาพปัญหา นำผลการศึกษาที่ได้เข้าประชุมเชิงปฏิบัติการในระยะที่ 2)

4.2.1 การศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการศึกษาบริบทและสภาพปัญหาพบว่า พื้นที่อำเภอเมืองสรวงมีเขตรับผิดชอบทั้งหมดจำนวน 5 ตำบล ประกอบด้วยตำบลหนองผือ ตำบลเมืองสรวง ตำบลหนองหิน ตำบลกกกุง และตำบลคูเมือง โดยในแต่ละตำบลมีหน่วยกู้ชีพประจำตำบลแต่มีสองตำบลที่ใช้หน่วยบริการร่วมกันคือตำบลหนองผือและตำบลเมืองสรวง เนื่องจากเป็นพื้นที่ทับซ้อนกันและดูแลพื้นที่โดยเทศบาลตำบลเมืองสรวงหน่วยกู้ชีพที่ดูแลในพื้นที่จึงเป็นหน่วยกู้ชีพเทศบาลตำบลเมืองสรวงและมีกู้ชีพโรงพยาบาลเมืองสรวงให้บริการร่วมในการออกปฏิบัติการเบื้องต้นในกรณีในแต่ละหน่วยกู้ชีพไม่สามารถออกให้บริการได้ และในการออกปฏิบัติการระดับสูง หน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลเมืองสรวงจะออกปฏิบัติการในทุกพื้นที่ของอำเภอเมืองสรวงและพื้นที่ใกล้เคียง อาทิ ต.บ้านคู อ.อาจสามารถ ต.ดงแดง อ.จตุรพักตรพิมาน และ ต.นาใหญ่ ต.น้ำคำ อ.สุวรรณภูมิ เนื่องจากพื้นที่ของอำเภอเมืองสรวงเป็นอำเภอขนาดเล็กและมีพื้นที่ติดต่อกับอำเภอใกล้เคียงหลายอำเภอรวมถึงการคมนาคมสะดวกจึงทำให้มีประชาชนที่เข้ารับบริการมาจากหลากหลายพื้นที่ และจากการที่หน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลเมืองสรวงได้ออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในทุกพื้นที่ของอำเภอเมืองสรวงจึงพบว่า การเข้าถึงบริการของประชาชนในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันและมีปัญหาในการเข้าถึงบริการที่แตกต่างกัน เมื่อตรวจสอบข้อมูลการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในกรณีของการเกิดเหตุฉุกเฉินในรายโรคที่สำคัญ โรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ป่วยในพื้นที่ตำบลเมืองสรวงเป็นพื้นที่ที่มีการเกิดโรคหลอดเลือด

สมองและไม่สามารถเข้าถึงบริการระบบทางด่วนพิเศษโรคหลอดเลือดสมองได้ทันตามระยะเวลาการรักษาที่จำเป็นต่อการเข้ารับการรักษาในระบบทางด่วนพิเศษ ผู้วิจัยจึงได้ทำการสำรวจข้อมูลในพื้นที่ตำบลเมืองสรวงเพื่อหาสภาพปัญหาในพื้นที่ พบว่าตำบลเมืองสรวงมีจำนวนหมู่บ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านผ่าจำนวน 7 หมู่บ้าน มีประชากรรวมทั้งหมด 3,546 คน แบ่งเป็น เพศชาย 1,746 คน เพศหญิง 1,800 คน เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 139 คนจากการสำรวจโดยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างในตัวแทนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 91 คน

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	46	50.50
หญิง	45	49.50
อายุ		
ต่ำกว่า 60 ปี	38	41.80
60 ปีขึ้นไป	53	58.20
Mean = 61.30 ปี, SD.= 8.32 ปี, Min = 39 ปี , Max = 84 ปี		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา(หรือเทียบเท่า)	68	74.70
มัธยมศึกษาตอนต้น(หรือเทียบเท่า)	14	15.40
มัธยมศึกษาตอนปลาย(หรือเทียบเท่า)	7	7.70
ปริญญาตรี(หรือเทียบเท่า)	1	1.10
อื่นๆ	1	1.10
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	66	72.50
รับจ้าง	8	8.80
ค้าขาย	8	8.80
อื่นๆ	9	9.90

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	22	24.18
มีโรคประจำตัว	69	75.82
มีโรคประจำตัวคือ		
โรคเบาหวาน	4	5.80
โรคความดันโลหิตสูง	60	86.95
โรคไขมันในเลือดสูง	4	5.80
อื่นๆ	1	1.45
การสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	32	35.20
ไม่สูบบุหรี่	57	62.60
ไม่ตอบ	2	2.20
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	54	59.30
ดื่มทุกวัน	2	2.20
ดื่ม 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	8	8.80
นานๆ ครั้ง (นานกว่า 1 เดือนหรือเมื่อเข้าสังคม)	26	28.60
อื่นๆ	1	1.10
มีโทรศัพท์ที่ใช้ติดต่อกหรือไม่		
ไม่มี	3	3.30
มี	87	95.60
ไม่ตอบ	1	1.10
การใช้โทรศัพท์		
มีโทรศัพท์และใช้เป็นประจำ	64	73.56
มีโทรศัพท์แต่ไม่ได้ใช้เป็นประจำ	21	24.14
ไม่ตอบ	2	2.30

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ยานพาหนะในครอบครัว		
ไม่มี	5	5.50
มี	86	94.50
ประเภทยานพาหนะ		
รถยนต์	43	50.00
รถจักรยานยนต์	40	46.51
รถจักรยาน	2	2.33
ไม่ตอบ	1	1.16
รู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่		
ไม่รู้จัก	7	7.70
รู้จัก	80	87.90
ไม่ตอบ	4	4.40
ทราบว่ามีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน		
ไม่ทราบ	8	8.80
ทราบ	81	89.00
ไม่ตอบ	2	2.20
ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลเมืองสรวง		
ไม่เกิน 5 กิโลเมตร	3	3.30
6-10 กิโลเมตร	61	67.00
10 กิโลเมตรขึ้นไป	27	29.70
Min = 5 กิโลเมตร, Max = 16 กิโลเมตร, Mean = 10.50 กิโลเมตร		
เวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลเมืองสรวง		
น้อยกว่า 10 นาที	9	9.90
10-20 นาที	61	67.00
20 นาทีขึ้นไป	21	23.10
Min = 8 นาที, Max = 30 นาที, Mean = 19 นาที		

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 50.50) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 58.20) จบการศึกษา ประถมศึกษา (ร้อยละ 74.70) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 72.50) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.82) ซึ่งโรคประจำตัวที่มีมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 86.95) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 62.60) ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 59.30) มีโทรศัพท์ (ร้อยละ 95.60) และมีการใช้โทรศัพท์เป็นประจำ (ร้อยละ 73.56) มียานพาหนะในครอบครัว (ร้อยละ 94.50) เป็นยานพาหนะประเภทรถยนต์ (ร้อยละ 50.00) รู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 87.90) ทราบว่ามีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน (ร้อยละ 89.00) มีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลเมืองสรวงใกล้ที่สุดคือ 5 กิโลเมตร ใกล้ที่สุดคือ 16 กิโลเมตร ระยะทางเฉลี่ย 10.50 กิโลเมตร และใช้เวลาจากบ้านมาถึงโรงพยาบาลเร็วที่สุดคือ 8 นาที ช้าที่สุด 30 นาที ระยะเวลามาโรงพยาบาลเมืองสรวงเฉลี่ย 19 นาที

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม (n = 91)

	ระดับความรู้	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับความรู้ต่ำ	(คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	4(4.40)
ระดับความรู้ปานกลาง	(คะแนนระหว่าง 60-79)	21(23.10)
ระดับความรู้สูง	(คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	66(72.50)

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้สูง (ร้อยละ 72.50) มีระดับความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 23.10) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ามีระดับความรู้ต่ำ (ร้อยละ 4.40)



ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายข้อ

ข้อความคำถาม	ตอบถูก(จำนวน)	ร้อยละ
ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง		
1.โรคหลอดเลือดสมองหมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดไปที่สมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เซลล์สมองถูกทำลายและสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่	91	100
2.สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจาก ภาวะสมองขาดเลือดจากการตีบแคบหรือมีการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและภาวะเลือดออกในสมองจากการแตกของหลอดเลือด	59	64.80
3.วิธีสังเกตอาการโรคหลอดเลือดสมอง (FAST) สามารถสังเกตได้จาก -ใบหน้า (Face: F) สังเกตว่า ใบหน้าหรือมุมปากตกข้างใดข้างหนึ่ง -แขนขา (Arm: A) สังเกตว่า แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งไม่สามารถยกหรือขยับไม่ได้ -การพูด (Speech: S) สังเกตว่า พูดไม่ชัดหรือพูดไม่ได้ -ระยะเวลา (Time: T) ถ้ามีอาการดังกล่าว FAS ต้องรีบโทร 1669	85	93.40
ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
1.อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	68	74.70
2.การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	84	92.30
3.การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณมากกว่า 2 แก้วต่อวันเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	86	94.50
4.โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	57	62.60

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อคำถาม	ตอบถูก(จำนวน)	ร้อยละ
5.ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	83	91.20
6.ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	60	65.90
7.ภาวะเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง	74	81.30
อาการที่น่าสงสัยว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง		
8.มีอาการแขนขาอ่อนแรง หรือชา ครึ่งซีก	89	97.80
9.มีอาการปากเบี้ยว กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง	88	96.70
10.มีอาการพูดไม่ชัด พูดลำบาก	87	95.60
11.มีอาการปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลัน	70	76.90
12.มีอาการมองเห็นภาพซ้อน	51	56.00
13.มีอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน	58	63.70
14.มีอาการเดินเซ ทรงตัวลำบาก	82	90.10
15.มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวอย่างรวดเร็ว เช่น ซึม ไม่รู้สึกตัว	78	85.70

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 82.40 เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายข้อ พบว่า ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคหลอดเลือดสมองหมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดไปที่สมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เซลล์สมองถูกทำลายและสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่ มีค่าระดับความรู้สูงสุด (ร้อยละ 100) รองลงมาคืออาการที่น่าสงสัยว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คือ มีอาการแขนขาอ่อนแรง หรือชาครึ่งซีก (ร้อยละ 97.80) และข้อที่มีค่าคะแนนความรู้น้อยที่สุด คือ มีอาการมองเห็นภาพซ้อน (ร้อยละ 56.00)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม (n = 91)

	ระดับความรู้	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับความรู้ต่ำ	(คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	40(44.00)
ระดับความรู้ปานกลาง	(คะแนนระหว่าง ร้อยละ60-79)	39(42.90)
ระดับความรู้สูง	(คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	12(13.20)

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่มีระดับความรู้ต่ำ (ร้อยละ 44.00) รองลงมาคือระดับความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 42.90) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับความรู้สูง (ร้อยละ 13.2)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นรายข้อ

ข้อคำถาม	ตอบถูก(จำนวน)	ร้อยละ
1.ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินคือระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาล	88	96.70
2.ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง	89	97.80
3.การเจ็บป่วยฉุกเฉินหมายถึงการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้	89	97.80
4.ทีมบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีมากกว่า 1 ระดับ	43	47.30
5.หมายเลขโทรศัพท์ที่ใช้เรียกระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินคือ หมายเลข 1669	86	94.50
6.ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะให้บริการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรเท่านั้น	50	54.90
7.บุคคลที่จะเรียกใช้บริการจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องเป็นสมาชิกและมีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป	70	76.90
8.การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น	80	87.90
9.การบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการให้บริการกู้ชีพและบริการรับส่งผู้ป่วย	8	8.80

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อคำถาม	ตอบถูก(จำนวน)	ร้อยละ
10.การแจ้งเหตุควรบอกอาการสำคัญ ที่เกิดเหตุ และเบอร์โทรติดต่อผู้แจ้ง	85	93.40
11.การออกให้บริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่ระดับขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและผู้แจ้งเหตุ	15	16.50
12.เมื่อแจ้งเหตุแล้วไม่ต้องทำอะไรกับผู้ป่วยควรรอเจ้าหน้าที่ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเท่านั้น	8	8.80

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 65.10 และเมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ต่ำที่สุด 2 ข้อคำถาม ประกอบด้วย การบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการให้บริการกู้ชีพและบริการรับส่งผู้ป่วย และ เมื่อแจ้งเหตุแล้วไม่ต้องทำอะไรกับผู้ป่วยควรรอเจ้าหน้าที่ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเท่านั้น (ร้อยละ 8.80) มีความรู้สูงที่สุด 2 ข้อคำถาม คือ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง และ การเจ็บป่วยฉุกเฉินหมายถึงการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ (ร้อยละ 97.80)

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละและระดับทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n =91 Missing 1)

ระดับทัศนคติ	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับทัศนคติไม่ดี (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33)	3(3.30)
ระดับทัศนคติพอใช้ (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66)	80(87.90)
ระดับทัศนคติดี (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00)	7(7.70)

จากตารางที่ 6 กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 87.90) รองลงมาคือ มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี (ร้อยละ 7.70) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติต่ำที่สุดคือ ระดับทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ไม่ดี (ร้อยละ 3.30)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินรายข้อ

ข้อคำถาม	Mean	SD
1.ท่านคิดว่า การโทรแจ้งเหตุเพื่อใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความยุ่งยากและใช้เวลานาน	3.89	0.82
2.ท่านรู้สึกอึดอัดลำบากใจในการโทรแจ้งเหตุทางหมายเลข 1669	4.10	0.88
3.เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงท่านไม่อยากจะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	2.98	0.96
4.ท่านรู้สึกมั่นใจในบริการของบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	3.73	0.80
5.หากท่านมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้ท่านปลอดภัยที่สุด	3.93	0.82
เฉลี่ยโดยรวม	3.72	0.85

จากตารางที่ 7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติโดยรวม (Mean = 3.72, SD = 0.85) เมื่อพิจารณาทัศนคติเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุด คือ รู้สึกอึดอัดลำบากใจในการโทรแจ้งเหตุทางหมายเลข 1669 (Mean = 4.10, SD = 0.88) รองลงมาคือ หากมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้ท่านปลอดภัยที่สุด (Mean = 3.93, SD = 0.82) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติน้อยที่สุดคือ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงท่านไม่อยากจะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Mean = 2.98, SD = 0.96)

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละและระดับความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม (n =91)

ระดับความเชื่อ	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับความเชื่อไม่ดี (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33)	16(17.60)
ระดับความเชื่อพอใช้ (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66)	65(71.40)
ระดับความเชื่อดี (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00)	10(11.00)

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 71.40) รองลงมาคือ มีระดับความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 17.40) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 11.00)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินรายข้อ

ข้อคำถาม	Mean	SD
1.รถกู้ชีพนำส่งผู้ป่วยอย่างเดียว ไม่มีเครื่องมือช่วยเหลือนเบื้องต้น	3.68	1.12
2.การไปโรงพยาบาลโดยรถกู้ชีพไม่ต่างจากการไปเอง	3.58	1.07
3.รถกู้ชีพใช้รับเฉพาะผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเท่านั้น	3.12	1.11
4.การนำส่งด้วยรถกู้ชีพ ยิ่งทำให้อาการทรุดหนัก	3.68	0.91
5.การไปโรงพยาบาลโดยรถกู้ชีพ เป็นการแข่งหรือเป็นกลางไม่ดี	3.51	1.00
เฉลี่ยโดยรวม	3.51	1.04

จากตารางที่ 9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อโดยรวม (Mean = 3.51, SD = 1.04) เมื่อพิจารณาความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงที่สุด 2 ข้อคำถาม คือ รถกู้ชีพนำส่งผู้ป่วยอย่างเดียว ไม่มีเครื่องมือช่วยเหลือนเบื้องต้น (Mean = 3.68, SD = 1.12) และ การนำส่งด้วยรถกู้ชีพ ยิ่งทำให้อาการทรุดหนัก (Mean = 3.68, SD = 0.91) รองลงมาคือ การไปโรงพยาบาลโดยรถกู้ชีพไม่ต่างจากการไปเอง (Mean = 3.58, SD = 1.07) และต่ำที่สุดคือ รถกู้ชีพใช้รับเฉพาะผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเท่านั้นฉุกเฉิน (Mean = 3.12, SD = 1.11)

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ดำเนินการทำงานตามกระบวนการ PDCA ของ M.Edward Demming 4 ขั้นตอนคือ Plan Do Check Act

4.2.2 การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วย

กระบวนการร่วมกันวางแผน (Plan)

สร้างคณะทำงานประกอบด้วยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้ดูแล เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาาร่วมกัน โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ข้อมูลผู้รับบริการจากระบบเวชระเบียน ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทะเบียนการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนการพัฒนาและประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันเพื่อกำหนดรูปแบบการเข้าถึงบริการ และชี้แจงรายละเอียดและขอบเขตของการดำเนินงาน รวมถึงประชุมเครือข่ายสุขภาพประกอบด้วย กู้ชีพ แกนนำเครือข่ายสุขภาพและอาสาสมัครครอบครัว เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีรายละเอียดคือ

1. ชี้แจงสถานการณ์ปัญหาในปัจจุบัน
2. ชี้แจงรูปแบบการดำเนินงานในปัจจุบัน
3. ประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) มีข้อคำถามประกอบด้วย
 - 3.1 ท่านคิดว่าการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันเป็นอย่างไร
 - 3.2 อะไรคือปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.3 สาเหตุของปัญหาดังกล่าวคืออะไร
 - 3.4 ท่านมีวิธีแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างไร

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการสรุปได้ดังต่อไปนี้

จากข้อคำถามที่ว่า ท่านคิดว่าการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันเป็นอย่างไร สรุปได้ว่าการเผยแพร่การบริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินยังไม่ใช้บริการเท่าที่ควรทั้งยังมีประชาชนที่ยังไม่รู้ว่าการแพทย์ฉุกเฉินคืออะไร ติดต่อสื่อสารยังงังตั้งตัวอย่างการแสดงความคิดเห็นจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังนี้

นาง ง ได้กล่าวว่า “ยังไม่รู้ว่าการแพทย์ฉุกเฉินคืออะไร และจะติดต่อสื่อสารกันอย่างไร”

นาง ข ได้กล่าวว่า “มีความครอบคลุมยังน้อย เข้าถึงได้เฉพาะบางกลุ่มและส่วนมากที่ไม่เร่งด่วนฉุกเฉินตามวัตถุประสงค์ของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน”

นาง ค เพิ่มเติมจากนาง ข ว่า “ส่วนใหญ่แล้วกรณีทั่วไปเรียกEMSนำส่งแต่กรณีฉุกเฉินจริงไม่เรียก”

นาง ก ได้กล่าวว่า “มีการเผยแพร่EMSทุกช่องทางในการให้บริการ”

นางสาว ก ได้กล่าวว่า “เจ้าหน้าที่EMSได้รับการอบรมและมีแนวทางที่ชัดเจนมากขึ้น

นาย ก ได้กล่าวว่า “มีการเข้าถึงบริการง่ายขึ้น”

จากข้อคำถามที่ว่า อะไรคือปัญหา/อุปสรรคในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สรุปได้ว่า ประชาชนคิดว่าการเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเรื่องไกลตัวเมื่อเกิดเหตุจึงไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้เนื่องจากไม่ทราบถึงการเข้ารับบริการรวมถึงในกรณีผู้สูงอายุที่อยู่บ้านตามลำพังและการสื่อสารถึงตำแหน่งที่ตั้งไม่ชัดเจน ตามการแสดงความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังนี้

นาง ฉ ได้กล่าวว่า “การสื่อสารเบอร์โทรฉุกเฉินไม่ทั่วถึง”

นาง ก ได้กล่าวว่า “การให้ข้อมูลตำแหน่งของที่อยู่ผู้ป่วยไม่ชัดเจน”

นาง ค ได้กล่าวว่า “การเข้าถึงซ้ำเพราะรอดูอาการและรอญาติ”

นาง ช และนาง ซ ได้กล่าวว่า “อยู่บ้านตามลำพัง ไม่มีคนดูแล บุตรหลานไปทำงานที่อื่น”

นาย ง และ นาง ญ ได้กล่าวเพิ่มเติมว่า “ตัวผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ไม่ทราบแนวทางการเข้าถึงบริการทำให้ได้รับบริการช้า”

นางสาว ข ได้กล่าวว่า “มีการเข้าถึงได้น้อย”

นาย จ ได้ให้ความคิดเห็นว่า “ประชาชนไม่ค่อยจะสนใจเพราะคิดว่าตนเองสุขภาพดี”

นาง ง กล่าวว่า “ประชาชนคิดว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องไกลตัวเวลาเกิดปัญหาเจ็บป่วยจึงไม่สามารถติดต่อการแพทย์ฉุกเฉินได้ทันเวลาและไม่รู้จะทำยังไงสื่อสารอย่างไร”

จากข้อคำถามที่ว่า อะไรคือสาเหตุของปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สรุปได้ว่า ประชาชนที่รู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังมีน้อยและคิดว่าการเรียกใช้บริการมีความยุ่งยากซับซ้อนถ้ามีรถก็สามารถไปเองได้ ไม่รู้ว่าอาการอะไรคือภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์รวมถึงไม่เคยใช้บริการจึงไม่รู้ว่าอาการแบบไหนจึงจำเป็นที่จะเรียกใช้ ตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียดังนี้

นาง ง ได้ให้ความคิดเห็นว่า “ประชาชนที่รู้จักผ่านสื่อโฆษณาและประชาสัมพันธ์ในชุมชนแบบต่อเนื่องมีน้อยมากและไม่มีการประชาสัมพันธ์แบบปากต่อปาก”

นางสาว ง กล่าวว่า “ประชาชนไม่รู้จักการแพทย์ฉุกเฉิน”

นาย ฉ กล่าวว่า “ความยุ่งยากของการติดต่อสื่อสารกับ 1669 ถามเยอะผู้ป่วยไม่เข้าใจว่าจะถามอะไร ไม่เรียกดีกว่า”

นาง ช กล่าวว่า “มีรถมาเอง”

นาย จ กล่าวว่า “คิดว่าอาการไม่ฉุกเฉิน”

นาง จ กล่าวว่า “ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไม่ทราบลักษณะอาการหรือไม่ทราบว่าเมื่อเป็นแล้วจะต้องรีบมาพบแพทย์หรือมาโรงพยาบาล”

นาง ง กล่าวว่า “ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีหลายโรค ขาดความรู้”

นาง จ กล่าวเพิ่มเติมว่า “ได้รับข้อมูลไม่ทั่วถึง”

นางสาว จ กล่าวว่า “ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่เคยใช้บริการ”

จากข้อคำถามที่ว่า ท่านมีวิธีการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สรุปได้ว่าควรมีการประชาสัมพันธ์การเรียกใช้บริการให้มากขึ้น และทำอย่างต่อเนื่องรวมถึงให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและจัดสื่อโฆษณาเพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมอง ตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียดังนี้

นาง ก ได้เสนอว่า “ให้ประชาสัมพันธ์การใช้ 1669 ในกลุ่มผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปมากกว่าเดิม”

นาง จ และนาง ง เสนอให้ “ทำโฆษณาหรือแจกใบปลิว สื่อสารทางการแจ้งผู้นำชุมชนในการประชาสัมพันธ์ในเรื่องต่างๆอย่างต่อเนื่อง”

นาง ข เสนอว่า “ให้สุขศึกษาประชาชนทั่วไป ป้องกันไม่ให้เกิดโรคที่เป็นกลุ่มเสี่ยง”

นางสาว ก เสนอว่า “ให้ประชาสัมพันธ์อาการเจ็บป่วย การรักษา ฟันฟู ให้ชัดเจน”

นาง ค เสนอว่า “คัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มโรคที่จะเกิด”

นาย ก เสนอว่า “ให้อธิบายความสำคัญของ EMS ว่ามีความจำเป็นมากน้อยเพียงใด ให้กลุ่มเป้าหมายทราบ”

นาง ฉ เสนอว่า “ให้อธิบายขั้นตอนการใช้ EMS ให้ชัดเจนเข้าใจง่าย”

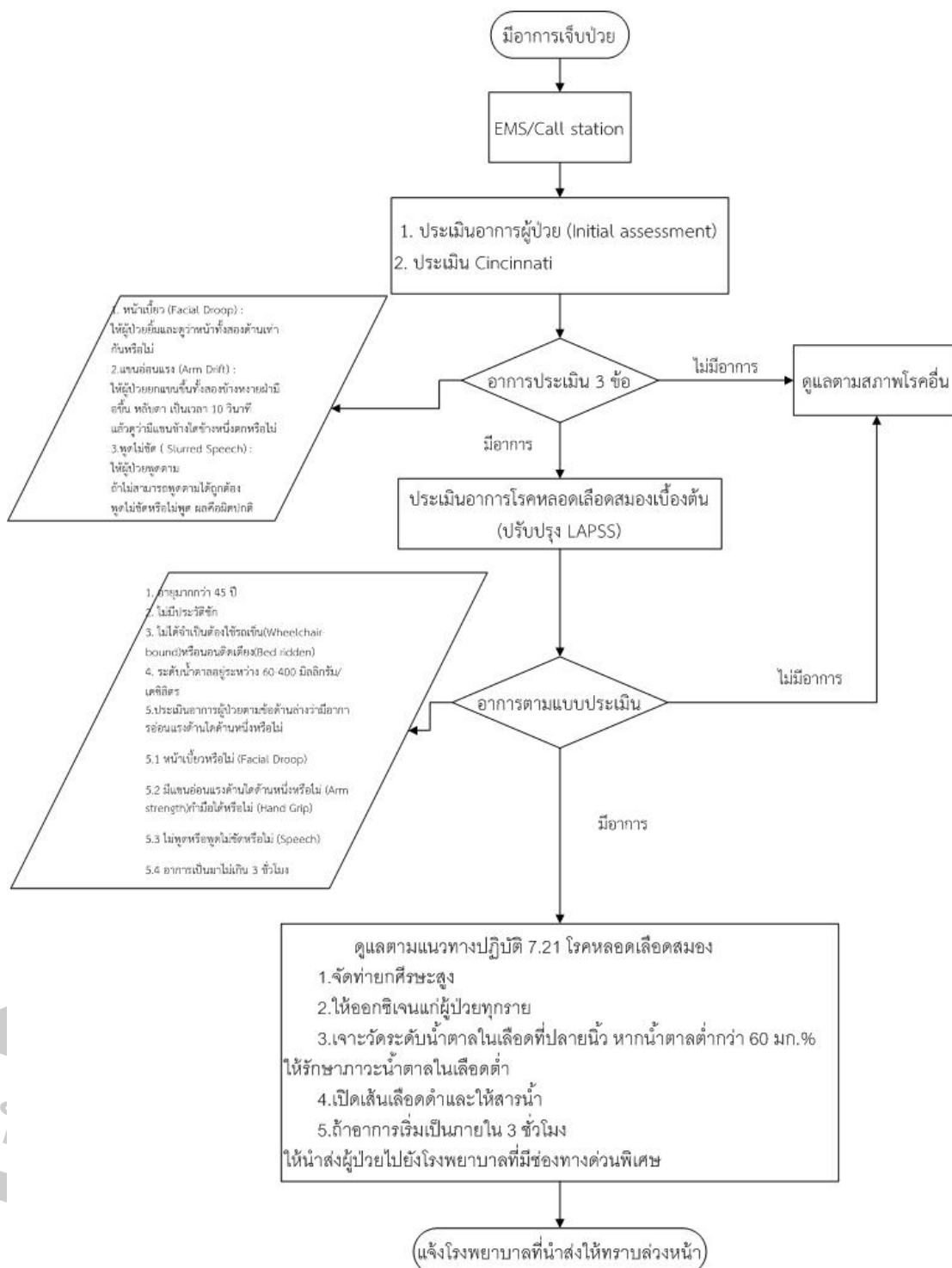
นาง ง และนาย ง เสนอว่า “อบรมการเรียกใช้ในกลุ่มที่ยังใช้เครื่องมือสื่อสารไม่เป็น”

นาย ช และนางสาว ข เสนอว่า “ให้จัดสื่อโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวในโรงเรียน วัด ชุมชน เน้นให้ประชาชนเข้าใจและตระหนักในโรคหลอดเลือดสมอง” หลังจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้มีการสรุปแนวทางร่วมกัน

รวมถึงได้มีการทบทวนรูปแบบการดำเนินงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้แก่หน่วยกู้ชีพในเครือข่ายโดยปรับปรุงแนวทางการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในกรณีที่ออกมารับผู้ป่วยที่มาด้วยอาการที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้แบบประเมิน Cincinnati ในการคัดกรองผู้ป่วยหากพบอาการเพียงข้อใดข้อหนึ่งจะทำการประเมินโดยแบบประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้นที่ปรับปรุงมาจาก Los Angeles Prehospital Stroke Scale (LAPSS) ถ้าข้อ 1-5 ใช่หรือไม่ทราบทั้งหมดคือครบตามเกณฑ์ LAPSS ให้แจ้งโรงพยาบาลปลายทางรับทราบว่ามีผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง (ถึงแม้ LAPSS ไม่ครบทุกข้อตามหลักเกณฑ์ ผู้ป่วยก็ยังมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองได้) โดยมีรายละเอียดดังนี้

แนวทางการปฏิบัติเมื่อออกมารับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ให้บริการ



และทำการปรับปรุงการประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและโรคหลอดเลือดสมองทั้งในด้านสื่อศึกษาและการกระจายข้อมูลเพื่อให้เข้ากับบริบทของชุมชนมากขึ้น อาทิ ปรับการประชาสัมพันธ์โดยสปอร์ตโฆษณาสั้นเป็นวิดีโอเรื่องราวการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและรวมถึงการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้สื่อสนับสนุนที่เผยแพร่ทางสาธารณะและแบ่งข้อมูลสื่อแยกประเภทระดับความน่าสนใจตามกลุ่มวัย เพื่อสะดวกในการเลือกใช้สื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย มีการเฝ้าระวังในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่บ้านตามลำพังและใช้เครื่องมือสื่อสารไม่เป็น มีการบอกเล่าประสบการณ์จากผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองให้กับกลุ่มเสี่ยง กิจกรรมดังกล่าวจัดดำเนินการทุกครั้งตามรอบการออกให้บริการรักษาที่รพ.สต. (ทีมโรคเรื้อรังออกให้บริการหมุนเวียนในพื้นที่ทุกวันศุกร์) ในระหว่างที่รอผลการตรวจเลือด

4.2.3 การศึกษาผลของรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

กระบวนการร่วมกันดำเนินการ (Do)

จัดเตรียมสื่อและเครื่องมือในการออกบริการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการออกให้บริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงนอกสถานที่ โดยมีกิจกรรมประกอบด้วย

1. ทดสอบวัดความรู้ก่อนการอบรม
2. ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
3. ชี้แจงการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินและเหตุผลความจำเป็นของการเข้าถึง

บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4. ทดสอบความรู้หลังการอบรม

กระบวนการร่วมกันตรวจสอบ(Check)

วิธีดำเนินการ ประกอบด้วย

1. ประเมินผลความรู้ความเข้าใจ ทศนคติและความเชื่อในรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และรวบรวมเก็บบันทึกข้อมูลในการดำเนินงานทุกขั้นตอน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สืบหาข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 91 ชุด ซึ่งเป็นตัวแทนจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 91 คน ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการสำรวจด้านข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	40	44.00
หญิง	51	56.00
อายุ		
ต่ำกว่า 60 ปี	42	46.20
60 ปีขึ้นไป	49	53.80
Mean = 61.86 ปี, SD.= 9.91 ปี, Min = 33 ปี , Max = 88 ปี		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา (หรือเทียบเท่า)	58	63.70
มัธยมศึกษาตอนต้น (หรือเทียบเท่า)	17	18.70
มัธยมศึกษาตอนปลาย (หรือเทียบเท่า)	14	15.40
ปริญญาตรี (หรือเทียบเท่า)	2	2.20
อื่นๆ	0	0.00
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	68	74.70
รับจ้าง	9	9.90
รับราชการ	1	1.10
ค้าขาย	6	6.60
ธุรกิจส่วนตัว	1	1.10
อื่นๆ	6	6.60
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	6	6.60
มีโรคประจำตัว	85	93.40

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
มีโรคประจำตัวคือ		
โรคเบาหวาน	36	31.03
โรคความดันโลหิตสูง	77	66.38
โรคไขมันในเลือดสูง	2	1.72
อื่นๆ	1	0.87
การสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	25	27.50
ไม่สูบบุหรี่	66	72.50
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	70	76.90
ดื่มทุกวัน	0	0.00
ดื่ม 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	5	5.50
นานๆ ครั้ง (นานกว่า 1 เดือนหรือเมื่อเข้าสังคม)	16	17.60
มีโทรศัพท์ที่ใช้ติดต่อหรือไม่		
ไม่มี	6	6.60
มี	85	93.40
การใช้โทรศัพท์		
มีโทรศัพท์และใช้เป็นประจำ	69	81.18
มีโทรศัพท์แต่ไม่ได้ใช้เป็นประจำ	16	18.82
ยานพาหนะในครอบครัว		
ไม่มี	7	7.70
มี	84	92.30
ประเภทยานพาหนะ		
รถยนต์	45	34.09
รถจักรยานยนต์	59	44.70
รถจักรยาน	28	21.21

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
รู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่		
ไม่รู้จัก	27	29.70
รู้จัก	64	70.30
ทราบว่ามีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน		
ไม่ทราบ	26	28.60
ทราบ	65	71.40
ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลเมืองสรวง		
ไม่เกิน 5 กิโลเมตร	12	13.20
6-10 กิโลเมตร	54	59.30
10 กิโลเมตรขึ้นไป	25	27.50
Min = 3 กิโลเมตร, Max = 24 กิโลเมตร, Mean = 9.39 กิโลเมตร		
เวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลเมืองสรวง		
น้อยกว่า 10 นาที	17	18.70
10-20 นาที	39	42.80
20 นาทีขึ้นไป	35	38.50
Min = 5 นาที, Max = 45 นาที, Mean = 20 นาที		

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 53.8) จบการศึกษา ประถมศึกษา (ร้อยละ 63.7) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 74.7) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 93.4) ซึ่งโรคประจำตัวที่มีมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 66.38) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 72.5) ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 76.9) มีโทรศัพท์ (ร้อยละ 93.4) และมีการใช้โทรศัพท์เป็นประจำ (ร้อยละ 81.18) มียานพาหนะในครอบครัว (ร้อยละ 92.3) เป็นยานพาหนะประเภทรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 44.7) รู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 70.3) ทราบว่ามีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน (ร้อยละ 71.4) มีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลเมืองสรวงใกล้ที่สุดคือ 3 กิโลเมตร ไกลที่สุดคือ 24 กิโลเมตร ระยะทางเฉลี่ย 9.39 กิโลเมตร และใช้เวลาจากบ้านมาถึงโรงพยาบาลเร็วที่สุดคือ 5 นาที ช้าที่สุด 45 นาที ระยะเวลามาโรงพยาบาลเมืองสรวงเฉลี่ย 20 นาที

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม (n = 91)

ระดับความรู้	จำนวน(ร้อยละ)	
	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
ระดับความรู้ต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	48(52.70)	0(0.00)
ระดับความรู้ปานกลาง (คะแนนระหว่าง 60-79)	24(26.40)	0(0.00)
ระดับความรู้สูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	19(20.90)	91(100)

จากตารางที่ 11 พบว่า ก่อนทำกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ต่ำ (ร้อยละ 52.7) และมีความรู้สูง (ร้อยละ 20.9) และหลังทำกิจกรรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้สูง (ร้อยละ 100)

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายข้อ

ข้อความถาม	จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง		
1.โรคหลอดเลือดสมองหมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่มี ความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดไปที่ สมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เซลล์สมองถูก ทำลายและสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายที่สมอง ส่วนนั้นควบคุมอยู่	78(85.70)	91(100)
2.สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจาก ภาวะสมอง ขาดเลือดจากการตีบแคบหรือมีการอุดตันของหลอดเลือด ที่ไปเลี้ยงสมองและภาวะเลือดออกในสมองจาก การแตกของหลอดเลือด	66(72.50)	91(100)

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อคำถาม	จำนวน(ร้อยละ)	
	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
3.วิธีสังเกตอาการโรคหลอดเลือดสมอง (FAST) สามารถสังเกตได้จาก -ใบหน้า (Face: F) สังเกตว่า ใบหน้าหรือมุมปากตกข้างใดข้างหนึ่ง -แขนขา (Arm: A) สังเกตว่า แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ไม่สามารถยกหรือขยับไม่ได้ -การพูด (Speech: S) สังเกตว่า พูดไม่ชัดหรือพูดไม่ได้ -ระยะเวลา (Time: T) ถ้ามีอาการดังกล่าว FAS ต้องรีบโทร 1669	81(89.10)	91(100)
ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
1.อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	67(73.60)	89(97.80)
2.การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	69(75.80)	90(98.90)
3.การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณมากกว่า 2 แก้วต่อวันเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	69(75.80)	90(98.90)
4.โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	48(52.70)	90(98.90)
5.ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	73(80.20)	91(100)
6.ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	60(65.90)	91(100)
7.ภาวะเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง	81(89.00)	91(100)

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อคำถาม	จำนวน(ร้อยละ)	
	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
อาการที่น่าสงสัยว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง		
8.มีอาการแขนขาอ่อนแรง หรือชา ครึ่งซีก	80(87.90)	89(97.80)
9.มีอาการปากเบี้ยว กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง	77(84.60)	91(100)
10.มีอาการพูดไม่ชัด พูดลำบาก	76(83.50)	90(98.90)
11.มีอาการปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลัน	54(59.30)	91(100)
12.มีอาการมองเห็นภาพซ้อน	41(45.10)	89(97.80)
13.มีอาการวิงเวียนศีรษะ บ้านหมุน	44(48.40)	91(100)
14.มีอาการเดินเซ ทรงตัวลำบาก	61(67.00)	91(100)
15.มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวอย่างรวดเร็ว เช่น ซึม ไม่รู้สึกตัว	69(75.80)	91(100)

จากตารางที่ 12 พบว่าก่อนทำกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 72.90 เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายข้อ พบว่าวิธีสังเกตอาการโรคหลอดเลือดสมอง (FAST) มีค่าระดับความรู้สูงสุด (ร้อยละ 89.10) รองลงมาคือภาวะเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 89.00) และข้อที่มีค่าระดับความรู้ต่ำที่สุด คือ มีอาการมองเห็นภาพซ้อน (ร้อยละ 45.10) และหลังทำกิจกรรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 99.38 เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายข้อ พบว่า ในส่วนของความหมายของโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงสุด (ร้อยละ 100) และมีความรู้ต่ำที่สุดในรายข้อ อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 97.80) และมีผลต่างเฉลี่ยโดยรวมระหว่างก่อนและหลังการทำกิจกรรม (ร้อยละ 26.48)

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม (n = 91)

ระดับความรู้	ระดับความรู้	จำนวน(ร้อยละ)	
		ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
ระดับความรู้ต่ำ	(คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	52(57.10)	4(4.40)
ระดับความรู้ปานกลาง	(คะแนนระหว่าง ร้อยละ60-79)	34(37.40)	16(17.60)
ระดับความรู้สูง	(คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	5(5.50)	71(78.00)

จากตารางที่ 13 พบว่า ก่อนทำกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ต่ำ (ร้อยละ 57.10) และ มีความรู้สูง (ร้อยละ 5.50) และหลังทำกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้สูง (ร้อยละ 78.00) และมีระดับความรู้ต่ำ (ร้อยละ 4.40)

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นรายข้อ

ข้อความถาม	จำนวน(ร้อยละ)	
	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
1.ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินคือระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาล	80(87.90)	91(100)
2.ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง	83(91.20)	90(98.90)
3.การเจ็บป่วยฉุกเฉินหมายถึงการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้	81(89.20)	91(100)
4.ทีมบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีมากกว่า 1 ระดับ	45(49.50)	88(96.70)
5.หมายเลขโทรศัพท์ที่ใช้เรียกระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ หมายเลข 1669	84(92.30)	91(100)
6.ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะให้บริการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรเท่านั้น	35(38.50)	85(93.40)

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อความคำถาม	จำนวน(ร้อยละ)	
	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
7.บุคคลที่จะเรียกใช้บริการจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องเป็นสมาชิกและมีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป	52(57.10)	89(97.80)
8.การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น	73(80.20)	16(17.60)
9.การบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการให้บริการกู้ชีพและบริการรับส่งผู้ป่วย	15(16.50)	62(68.10)
10.การแจ้งเหตุควรบอกอาการสำคัญ ที่เกิดเหตุ และเบอร์โทรติดต่อผู้แจ้ง	80(87.90)	89(97.80)
11.การออกให้บริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่ละระดับขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและผู้แจ้งเหตุ	18(19.80)	79(86.80)
12.เมื่อแจ้งเหตุแล้วไม่ต้องทำอะไรกับผู้ป่วยควรรอเจ้าหน้าที่ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเท่านั้น	15(16.50)	35(38.50)

จากตารางที่ 14 พบว่า ก่อนทำกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 60.55 เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ต่ำที่สุด 2 ข้อคำถามประกอบด้วย การบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการให้บริการกู้ชีพและบริการรับส่งผู้ป่วย และ เมื่อแจ้งเหตุแล้วไม่ต้องทำอะไรกับผู้ป่วยควรรอเจ้าหน้าที่ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเท่านั้น (ร้อยละ 16.5) มีความรู้สูงที่สุด 1 ข้อคำถาม คือ หมายเลขโทรศัพท์ที่ใช้เรียกระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ หมายเลข 1669 (ร้อยละ 97.3) และหลังทำกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 82.96 เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ต่ำที่สุด 1 ข้อคำถามคือ การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น (ร้อยละ 17.6) มีความรู้สูงที่สุด 3 ข้อคำถามประกอบด้วย ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินคือระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาล การเจ็บป่วยฉุกเฉินหมายถึงการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถคาดการณ์

ล่วงหน้าได้และ หมายเลขโทรศัพท์ที่ใช้เรียกระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ หมายเลข 1669 (ร้อยละ 100) และมีผลต่างของค่าเฉลี่ยโดยรวมก่อนและหลังทำกิจกรรม (ร้อยละ 22.41)

ส่วนที่ 4 ทักษะเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละ..และระดับทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n =91)

ระดับทัศนคติ	ระดับทัศนคติ	จำนวน(ร้อยละ)	
		ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
ระดับทัศนคติไม่ดี	(คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33)	2(2.20)	0
ระดับทัศนคติพอใช้	(คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66)	73(80.20)	12(13.20)
ระดับทัศนคติดี	(คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00)	16(17.60)	79(86.80)

จากตารางที่ 15 พบว่า ก่อนทำกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 80.2) รองลงมาคือ มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี (ร้อยละ 17.6) และต่ำที่สุดคือ ระดับทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ไม่ดี (ร้อยละ 2.2) และหลังทำกิจกรรมมีระดับทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 86.8) และ มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินพอใช้ (ร้อยละ 13.2)



ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
รายชื่อ

ข้อความ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	Mean(SD)	Mean(SD)
1. ท่านคิดว่าการโทรแจ้งเหตุเพื่อใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความยุ่งยากและใช้เวลานาน	3.23(1.08)	4.45(0.67)
2. ท่านรู้สึกอึดอัดลำบากใจในการโทรแจ้งเหตุทางหมายเลข 1669	3.51(1.04)	4.49(0.70)
3. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงท่านไม่อยากใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	2.85(1.14)	4.20(1.01)
4. ท่านรู้สึกมั่นใจในบริการของบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	3.42(1.00)	4.20(1.11)
5. หากท่านมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้ท่านปลอดภัยที่สุด	3.51(1.07)	4.43(0.89)
เฉลี่ยโดยรวม	3.30(1.07)	4.35(0.88)

จากตารางที่ 16 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติโดยรวมก่อนทำกิจกรรม (Mean = 3.30, SD = 1.07) และหลังทำกิจกรรม (Mean = 4.35, SD = 0.88) โดยก่อนการทำกิจกรรมเมื่อพิจารณาทัศนคติเป็นรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุด คือ ท่านรู้สึกอึดอัดลำบากใจในการโทรแจ้งเหตุทางหมายเลข 1669 (Mean = 3.51, SD = 1.04) และ หากท่านมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้ท่านปลอดภัยที่สุด (Mean = 3.51, SD = 1.07) และน้อยที่สุดคือ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงท่านไม่อยากใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Mean = 2.85, SD = 1.14) และหลังทำกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุด คือ ท่านรู้สึกอึดอัดลำบากใจในการโทรแจ้งเหตุทางหมายเลข 1669 (Mean = 4.49, SD = 0.70) รองลงมาคือ ท่านคิดว่าการโทรแจ้งเหตุเพื่อใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความยุ่งยากและใช้เวลานาน (Mean = 4.45, SD = 0.67) และน้อยที่สุดคือ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงท่านไม่อยากใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Mean = 4.20, SD = 1.01) และมีผลต่างของค่าเฉลี่ยโดยรวม (Mean = 1.05, SD = 0.19)

ส่วนที่ 5 ความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตารางที่ 17 จำนวน ร้อยละ..และระดับความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม (n =91)

ระดับความเชื่อ	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
		ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
ระดับความเชื่อไม่ดี (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33)	14(15.40)		0
ระดับความเชื่อพอใช้ (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66)	63(69.20)		2(2.20)
ระดับความเชื่อดี (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00)	14(15.40)		89(97.80)

จากตารางที่ 17 ก่อนการทำการกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 69.2) และมีระดับความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับดี (ร้อยละ 15.4) เท่ากับความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับไม่ดี (ร้อยละ 15.4) หลังทำการกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 97.8) และมีความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 2.2)

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รายข้อ

ข้อคำถาม	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	Mean(SD)		Mean(SD)	
1.รถกู้ชีพนำส่งผู้ป่วยอย่างเดียว ไม่มีเครื่องมือช่วยเหลือเบื้องต้น	3.04(1.01)		4.60(0.57)	
2.การไปโรงพยาบาลโดยรถกู้ชีพไม่ต่างจากการไปเอง	3.09(1.08)		4.64(0.52)	
3.รถกู้ชีพใช้รับเฉพาะผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเท่านั้น	2.79(1.09)		4.67(0.49)	
4.การนำส่งด้วยรถกู้ชีพ ยิ่งทำให้อาการทรุดหนัก	3.19(1.07)		3.19(0.53)	
5.การไปโรงพยาบาลโดยรถกู้ชีพ เป็นการแข่งหรือเป็นกลาง	3.19(1.12)		3.19(0.68)	
ไม่ดี				
เฉลี่ยโดยรวม	3.06(1.07)		4.64(0.56)	

จากตารางที่ 18 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อโดยรวมก่อนทำกิจกรรม (Mean = 3.06, SD = 1.07) และหลังทำกิจกรรม (Mean = 4.64, SD = 0.56) เมื่อพิจารณาความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นรายข้อ พบว่า ก่อนทำกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงสุด 2 ข้อคำถาม คือ การไปโรงพยาบาลโดยรถกู้ชีพ เป็นการแข่งหรือเป็นกลางไม่ดี (Mean = 3.19, SD = 1.12) รองลงมาคือ การนำส่งด้วยรถกู้ชีพ ยิ่งทำให้อาการทรุดหนัก (Mean = 3.19, SD = 1.07) และต่ำที่สุดคือ รถกู้ชีพใช้รับเฉพาะผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเท่านั้นฉุกเฉิน (Mean = 2.79, SD = 1.09) หลังทำกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงสุด 1 ข้อคำถาม คือ การนำส่งด้วยรถกู้ชีพ ยิ่งทำให้อาการทรุดหนัก (Mean = 4.73, SD = 0.53) รองลงมาคือ รถกู้ชีพใช้รับเฉพาะผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเท่านั้นฉุกเฉิน (Mean = 4.67, SD = 0.49) และต่ำที่สุดคือ การไปโรงพยาบาลโดยรถกู้ชีพ เป็นการแข่งหรือเป็นกลางไม่ดี (Mean = 4.56, SD = 0.68) และมีผลต่างของค่าเฉลี่ยโดยรวม (Mean = 1.58, SD = 0.51)

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การทดสอบวิเคราะห์สถิติเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 19 จำนวนตัวอย่าง (n) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ของความแตกต่างในการเปรียบเทียบของคะแนนก่อนและหลังการทำกิจกรรม

ข้อความ	ก่อนพัฒนา						หลังพัฒนา					
	n	Mean	SD	SE	Min	Max	n	Mean	SD	SE	Min	Max
ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง	91	13.19	3.70	0.38	1.00	18.00	91	17.89	0.45	0.04	15.00	18.00
ความรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ตนคิดเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	91	7.26	1.57	0.16	3.00	11.00	91	9.95	1.17	0.12	9.00	12.00
ทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	91	3.30	0.50	0.05	2.20	4.40	91	4.36	0.59	0.06	2.80	5.00
ความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	91	3.06	0.75	0.07	1.00	5.00	91	4.64	0.38	0.04	3.20	5.00

จากตารางที่ 19 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 91 คน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทำกิจกรรม 13.19 (SD=3.70) คะแนน และหลังการทำกิจกรรม 17.89 (SD=0.45) คะแนน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนทำกิจกรรม 7.26 (SD=1.57) คะแนน และหลังทำกิจกรรม 9.95 (SD=1.17) คะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนทำกิจกรรม 3.30 (SD=0.50) คะแนน และหลังทำกิจกรรม 4.36 (SD=0.59) คะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนทำกิจกรรม 3.06 (SD=0.75) คะแนน และหลังทำกิจกรรม 4.64 (SD=0.38)

บันทึกผลข้อมูลการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตารางที่ 20 รายงานการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รายการ	ก.ค.62		ส.ค.62		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	3		2		5	
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	2	66.67	2	100	4	80

จากตารางที่ 20 พบว่า ในช่วงเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2562 มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตตำบลเมืองสรวง เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเมืองสรวง จำนวน 5 ราย มารับบริการด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 80

กระบวนการร่วมกันปรับปรุง (Act)

วิธีดำเนินการ ประกอบด้วย

1. ถอดบทเรียนในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่เทศบาลตำบลเมืองสรวง อ.เมืองสรวง จ.เวียงจันทน์ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมถึงร่วมประเมินและอภิปรายผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับคณะทำงาน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

วิธีดำเนินการ

1. ประเมินความพึงพอใจในการร่วมดำเนินกิจกรรม
2. ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
3. สรุปบันทึกผลการถอดบทเรียน

ตารางที่ 21 จำนวน ร้อยละ และระดับความพึงพอใจ โดยรวม (n =91)

	ระดับความพึงพอใจ	จำนวน(ร้อยละ)
น้อยที่สุด	(คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.80)	0
น้อย	(คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.81 – 2.60)	0
ปานกลาง	(คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.61 – 3.40)	2(2.20)
มาก	(คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.41-4.20)	33(36.30)
มากที่สุด	(คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.21-5.00)	56(61.50)

จากตารางที่ 21 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 91 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 61.50) รองลงมาคือ ระดับมาก (ร้อยละ 36.30) และอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 2.20)

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความพึงพอใจ รายข้อ

ข้อคำถาม	Mean	SD
ด้านเนื้อหา		
1.ความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ของเนื้อหา	4.57	0.49
2.ความชัดเจนในการอธิบายเนื้อหา	4.76	0.42
3.เนื้อหาที่มีประโยชน์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ใน ชีวิตประจำวันได้	4.83	0.37
ด้านความรู้ความเข้าใจ		
1.ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้ ก่อน การเข้าร่วมกิจกรรม	3.30	0.69
2.ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้ หลัง การเข้าร่วมกิจกรรม	4.29	0.54

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความพึงพอใจ รายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	Mean	SD
ด้านสถานที่/ระยะเวลา		
1.สถานที่ที่มีความเหมาะสม	4.09	0.76
2.ระยะเวลาทำกิจกรรมมีความเหมาะสม	3.97	0.75
ด้านการนำความรู้ไปใช้		
1.สามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้	4.70	0.60
2.สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ / ถ่ายทอดแก่ชุมชนได้	4.45	0.67
3.มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้	4.18	0.71
เฉลี่ยโดยรวม	4.31	0.60

จากตารางที่ 22 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยรวม (Mean = 4.31, SD = 0.60) เมื่อพิจารณาความพึงพอใจเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากที่สุดในด้านเนื้อหา รายข้อ เนื้อหาที่มีประโยชน์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ (Mean=4.83, SD=0.37) รองลงมาคือ ความชัดเจนในการอธิบายเนื้อหา (Mean=4.76, SD=0.42) และน้อยที่สุดในด้านความรู้ความเข้าใจ รายข้อความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้ ก่อน การเข้าร่วมกิจกรรม (Mean=3.30, SD=0.69)

ตารางที่ 23 จำนวน ร้อยละ และระดับการมีส่วนร่วม โดยรวม (n =21)

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน(ร้อยละ)
น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.80)	0
น้อย (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.81 – 2.60)	0
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.61 – 3.40)	0
มาก (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.41-4.20)	7(33.30)
มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.21-5.00)	14(66.70)

จากตารางที่ 23 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 21 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 66.70) และมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 33.30)

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการมีส่วนร่วม รายข้อ

ข้อคำถาม	Mean	SD
การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ		
1.ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหาของชุมชน	4.14	0.85
2.ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาข้อมูลในการค้นหาสาเหตุของปัญหาของชุมชน	4.28	0.71
3.ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดความต้องการของชุมชน	4.57	0.59
4.ท่านมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการของชุมชน	4.71	0.46
การมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการพัฒนา		
1.ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน	4.04	0.74
2.ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงาน	4.57	0.67
การมีส่วนร่วมในขั้นดำเนินการ		
1.ท่านมีส่วนร่วมในการประสานงานรูปแบบการดำเนินการ	4.04	1.02
2.ท่านมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงระหว่างดำเนินการ	4.57	0.67
3.ท่านมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้แก่โครงการรวมถึงการให้ความร่วมมือสนับสนุนการดำเนินงานช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น ทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน ตลอดจนการประสานงานและขอความช่วยเหลือ	4.61	0.49
การมีส่วนร่วมในขั้นรับผลที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนา		
1.ท่านมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนาที่เกิดขึ้น	4.80	0.40
2.ท่านได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง จากการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม	4.52	0.60

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการมีส่วนร่วม รายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	Mean	SD
การมีส่วนร่วมในชั้นประเมินผลโครงการพัฒนา		
1.ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการพัฒนาว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด	4.33	0.73
2.ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามผลของการดำเนินงาน	4.33	0.65
3.ท่านมีส่วนร่วมในการถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน	4.14	0.72
เฉลี่ยโดยรวม	4.40	0.66

จากตารางที่ 24 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการมีส่วนร่วมโดยรวม (Mean = 4.40, SD = 0.66) เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการมีส่วนร่วมมากที่สุดในชั้นรับผลที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนา รายข้อ มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนาที่เกิดขึ้น (Mean=4.80, SD=0.40) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ รายข้อ มีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการของชุมชน (Mean=4.71, SD=0.46) และมีการมีส่วนร่วมส่วนร่วมน้อยที่สุดในการมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการพัฒนา รายข้อมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน (Mean=4.04, SD=0.74)

สรุปผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

1. เป้าหมายของกิจกรรม

1.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.2 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความเข้าใจในโรคหลอดเลือดสมองและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.3 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสามารถสื่อสารอาการแสดงของโรคและเรียกใช้บริการผ่านทางระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้

1.4 เกิดความตระหนักรู้ในเรื่องของโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น มีการส่งต่อข่าวสารแบบปากต่อปาก

1.5 มีการเตรียมความพร้อมของทีมในการรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเริ่มตั้งแต่การให้บริการนอกโรงพยาบาล

1.6 มีรูปแบบและแนวทางที่ชัดเจนในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. สิ่งที่ยังบรรลุเป้าหมาย

2.1 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความเข้าใจในโรคหลอดเลือดสมองและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น

2.2 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสามารถระบุอาการแสดงที่ชัดเจนของโรคหลอดเลือดสมองในการโทรแจ้ง 1669 ได้

2.3 ทีมมีการเตรียมความพร้อมในการออกให้บริการทั้งด้านวัสดุอุปกรณ์และการติดต่อสื่อสาร

2.4 มีแนวทางในการออกรับผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยปรับปรุงให้มีความชัดเจนในการคัดกรองมากขึ้นเพื่อประโยชน์กับผู้รับบริการ

3. สิ่งที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย

3.1 ยังไม่สามารถสร้างรูปแบบในการเข้าถึงบริการในภาคชุมชนได้อย่างชัดเจนเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีการเฝ้าระวังได้ยากและไม่ทราบว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใดและมีความเร่งด่วนในการรักษา หากมีผู้ป่วยเกิดอาการในขณะที่อยู่คนเดียวจะไม่สามารถขอความช่วยเหลือได้

3.2 ยังมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาโดยไม่ผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากมีรถส่วนตัวและเข้าใจว่าเป็นภาวะเร่งด่วนจึงเลือกที่จะไม่เลือกใช้บริการ

3.3 ทีมมีการประเมินผู้ป่วยแต่ไม่เก็บบันทึกขณะนำส่ง เนื่องจากไม่สะดวกในการจดบันทึกขณะปฏิบัติหน้าที่และมีภารกิจต่อเนื่องทำให้การเก็บบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน

4. การวางแผนงานต่อเนื่อง

4.1 เพิ่มโรคหลอดเลือดสมองในการเฝ้าระวังผ่านการประเมิน CVD risk อย่างต่อเนื่องภายในชุมชน

4.2 ประชาสัมพันธ์เรื่องเล่าโรคหลอดเลือดสมองโดยคนในชุมชน จากกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

5. บทเรียนที่ได้รับ

5.1 ในการออกให้บริการพบผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์การคัดกรองและประเมิน แต่เมื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้าระบบเพื่อเข้าตรวจซ้ำที่รพ. ที่มีศักยภาพสูงกว่า กลับพบว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ราย แต่มีอาการที่ใกล้เคียงกัน

5.2 กลุ่มเสี่ยงยังไม่มีความรู้ความเข้าใจของโรคหลอดเลือดสมองและภาวะฉุกเฉินอื่นที่ตีพอทั้งที่มีการรับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ในเรื่องการดูแลตนเองและอาการฉุกเฉินและไม่มีกรบอกเล่าต่อเนื่อง

5.3 กลุ่มเสี่ยงควรมีความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองและภาวะฉุกเฉินอื่นๆ และสามารถบอกต่อได้เพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นมาก

5.4 เจ้าหน้าที่ยังทำการเผยแพร่ข่าวสารด้านความรู้โรคหลอดเลือดสมองและภาวะฉุกเฉินรวมถึงการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ดีพอเห็นได้ชัดการประเมินผลก่อนการทำกิจกรรมที่กลุ่มเสี่ยงยังไม่มีความรู้

5.5 ต้องประเมินผลการทำงานกิจกรรมทุกครั้งเพื่อหาปัญหาและอุปสรรคและใช้ในการปรับปรุงแก้ไขในครั้งต่อไป



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีการดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ, ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ใช้การดำเนินการทำงานตามกระบวนการ PDCA ของ M.Edward Demming 4 ขั้นตอนคือ Plan Do Check Act ร่วมกับแนวคิดของบัญชา แก้วส่องที่ได้นำเอาแนวคิดของอดิน ระพีพัฒน์, เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง และคนอื่นๆ มาผสมผสานแนวคิดของ Cohen and Uphoff ในการทำงานเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมใน 5 ขั้นตอน และระยะที่ 3 ระยะประเมินผล มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเมืองสรวง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 91 คน และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและกลุ่มผู้ดูแล จำนวน 21 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างในกลุ่มเสี่ยง และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกในการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้ดูแล สถิติที่ใช้วิเคราะห์ ค่าร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และ Paired t-test ผู้วิจัยได้เสนอผลการศึกษาลำดับหัวข้อต่อไปนี้

5.1 สรุปผล

จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด สรุปผลตามความมุ่งหมายได้ดังนี้

5.1.1 ความมุ่งหมายข้อที่ 1 กล่าวว่า ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด สรุปผลได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้เข้ารับบริการด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงได้ทำการสำรวจข้อมูลในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคพบว่า กลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 50.5) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 58.2) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา (ร้อยละ 74.7) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 72.5) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.82) ซึ่งโรคประจำตัวที่มีมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 86.95) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 62.6) ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 59.3) มีโทรศัพท์ (ร้อยละ 95.6) และมีการใช้โทรศัพท์เป็นประจำ (ร้อยละ 73.56) มียานพาหนะในครอบครัว (ร้อยละ 94.5) เป็นยานพาหนะประเภทรถยนต์ (ร้อยละ 50) รู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 87.9) ทราบว่ามีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน (ร้อยละ 89) มีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลเมืองสรวงไกลที่สุดคือ 5 กิโลเมตร ไกลที่สุดคือ 16 กิโลเมตร ระยะทางเฉลี่ย 10.5 กิโลเมตร และใช้เวลาจากบ้านมาถึงโรงพยาบาลเร็วที่สุดคือ 8 นาที ช้าที่สุด 30 นาที ระยะเวลาที่โรงพยาบาลเมืองสรวงเฉลี่ย 19 นาที มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 82.4 เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายข้อพบว่า ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคหลอดเลือดสมองหมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดไปที่สมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เซลล์สมองถูกทำลายและสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่ มีค่าระดับความรู้สูงที่สุด (ร้อยละ 100) และข้อที่มีค่าระดับความรู้ต่ำที่สุด คือ มีอาการมองเห็นภาพซ้อน (ร้อยละ 56) ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่มีระดับความรู้ต่ำ (ร้อยละ 44) และ มีความรู้สูง (ร้อยละ 13.2) และมีความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 65.10 ทักษะคดีเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับทักษะคดีเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 87.9) รองลงมาคือ มีระดับทักษะคดีเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ไม่ดี (ร้อยละ 7.7) และต่ำที่สุดคือ ระดับทักษะคดีเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี (ร้อยละ 3.3) และความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 71.4) รองลงมาคือ มีระดับความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 28.3) และมีระดับความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 11)

ความมุ่งหมายข้อที่ 2 กล่าวว่า เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด สรุปได้ดังนี้

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด มีการดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ, ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ใช้การดำเนินการทำงานตามกระบวนการ PDCA ของ M.Edward Demming 4 ขั้นตอนคือ Plan Do Check Act และระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ (ดำเนินการในกลุ่มเป้าหมายจากกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อศึกษาสถานการณ์บริบทและสภาพปัญหา นำผลการศึกษาที่ได้เข้าประชุมเชิงปฏิบัติการในระยะที่ 2)

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ดำเนินการทำงานตามกระบวนการ PDCA ของ M.Edward Demming 4 ขั้นตอนคือ Plan Do Check Act

กระบวนการร่วมกันวางแผน(Plan)

สร้างคณะทำงานประกอบด้วยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้ดูแล เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาร่วมกัน โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ข้อมูลผู้รับบริการจากระบบเวชระเบียน ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทะเบียนการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนการพัฒนาและประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันเพื่อกำหนดรูปแบบการเข้าถึงบริการ และชี้แจงรายละเอียดและขอบเขตของการดำเนินงาน รวมถึงประชุมเครือข่ายสุขภาพประกอบด้วย กู้ชีพ แกนนำเครือข่ายสุขภาพและอาสาสมัครครอบครัว เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการประชุมเชิงปฏิบัติการได้ผลสรุปคือ ได้มีการทบทวนรูปแบบการดำเนินงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้แก่หน่วยกู้ชีพในเครือข่ายโดยปรับปรุงแนวทางการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในกรณีที่ออกรับผู้ป่วยที่มาอาการที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้แบบประเมิน Cincinnati ในการคัดกรองผู้ป่วยหากพบอาการเพียงข้อใดข้อหนึ่งจะทำการประเมินโดยแบบประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้นที่ปรับปรุงมาจาก Los Angeles Prehospital Stroke Scale (LAPSS) ถ้าข้อ 1-5 ไข่หรือไม่ทราบทั้งหมดคือครบตามเกณฑ์ LAPSS ให้แจ้งโรงพยาบาลปลายทางรับทราบว่าผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง (ถึงแม้ LAPSS ไม่ครบทุกข้อตามหลักเกณฑ์ ผู้ป่วยก็ยังมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองได้) และทำการปรับปรุงการประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและโรคหลอดเลือดสมองทั้งในด้านสื่อสุขภาพและการกระจายข้อมูลเพื่อให้เข้ากับบริบทของชุมชนมากขึ้น อาทิ ปรับการประชาสัมพันธ์โดยสปอร์ตโฆษณาสั้นเป็นวิดีโอเรื่องราวการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและรวมถึงการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้สื่อสนับสนุนที่เผยแพร่ทางสาธารณะและแบ่งข้อมูลสื่อแยกประเภทระดับความน่าสนใจตามกลุ่มวัยเพื่อสะดวกในการเลือกใช้สื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย มีการเฝ้าระวังในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่บ้านตามลำพังและใช้เครื่องมือสื่อสารไม่เป็น มีการบอกเล่าประสบการณ์จากผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองให้กับกลุ่มเสี่ยง กิจกรรมดังกล่าวจัดดำเนินการทุกครั้งตามรอบการออกให้บริการรักษาที่รพ.สต. (ทีมโรคเรื้อรังออกให้บริการหมุนเวียนในพื้นที่ทุกวันศุกร์) ในระหว่างที่รอผลการตรวจเลือด

กระบวนการร่วมกันดำเนินการ (Do)

จัดเตรียมสื่อและเครื่องมือในการออกบริการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการออกให้บริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงนอกสถานที่ โดยมีกิจกรรมประกอบด้วย

1. ทดสอบวัดความรู้ก่อนการอบรม
2. ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
3. ชี้แจงการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินและเหตุผลความจำเป็นของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. ทดสอบความรู้หลังการอบรม

สรุปผลจากการทำกิจกรรม คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมทำกิจกรรม มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยรวมมากกว่าก่อนเข้าร่วมทำกิจกรรม

และในช่วงเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2562 มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตตำบลเมืองสรวง เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเมืองสรวง จำนวน 5 ราย มารับบริการด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 80

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

1. ประเมินความพึงพอใจในการร่วมดำเนินกิจกรรม
กลุ่มตัวอย่างจำนวน 91 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 61.5) รองลงมาคือ ระดับมาก (ร้อยละ 36.3) และอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 2.2)
2. ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
กลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 66.7) และมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 33.3)

กระบวนการร่วมกันปรับปรุง (Act)

ถอดบทเรียนในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่เทศบาลตำบลเมืองสรวง อ.เมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมถึงร่วมประเมินและอภิปรายผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับคณะทำงาน พบว่าการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีเป้าหมายของกิจกรรม คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความเข้าใจในโรคหลอดเลือดสมองและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถสื่อสารอาการแสดงของโรคและเรียกใช้บริการผ่านทางระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้

มีการส่งต่อข่าวสารข้อมูล ทีมปฏิบัติการมีความพร้อมในการรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเริ่มตั้งแต่การให้บริการนอกโรงพยาบาลโดยปฏิบัติตามรูปแบบและแนวทางที่กำหนดในการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ในการดำเนินงานยังคงมีอุปสรรคคือยังไม่สามารถสร้างรูปแบบในการเข้าถึงบริการในภาคชุมชนได้อย่างชัดเจน เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีการเฝ้าระวังได้ยากและไม่ทราบว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใดและมีความเร่งด่วนในการรักษา หากมีผู้ป่วยเกิดอาการในขณะที่อยู่คนเดียวจะไม่สามารถขอความช่วยเหลือได้ และยังมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาโดยไม่ผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากมีรถส่วนตัวและเข้าใจว่าเป็นภาวะเร่งด่วนจึงเลือกที่จะไม่เลือกใช้บริการรวมถึงการทำงานของทีปฏิบัติการที่มีการประเมินผู้ป่วยแต่ไม่เก็บบันทึกขณะนำส่ง เนื่องจากไม่สะดวกในการจดบันทึกขณะปฏิบัติหน้าที่และมีภารกิจต่อเนื่อง ทำให้การเก็บบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนและได้วางแผนการทำงานอย่างต่อเนื่อง ในการเฝ้าระวังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผ่านการประเมิน CVD risk ในกลุ่มเสี่ยงและประชาสัมพันธ์เรื่องเล่าโรคหลอดเลือดสมองโดยคนในชุมชน จากกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประชาชนทั่วไป เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย จากการศึกษาในครั้งนี้มีบทเรียนที่ได้รับ คือ การสังเกตอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองในการออกให้บริการพบผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์การคัดกรองและประเมิน แต่เมื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้าระบบเพื่อเข้าตรวจซ้ำที่รพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่ากลับพบว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรคหลอดเลือดสมองยืนยันจากผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และยังมีในบางรายที่อาการไม่ชัดเจนแต่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง และในพื้นที่ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจของโรคหลอดเลือดสมองและภาวะฉุกเฉินอื่นที่ดีพอทั้งที่มีการรับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ในเรื่องการดูแลตนเองและอาการฉุกเฉินและไม่มีการบอกเล่าต่อเนื่องจึงควรทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองและภาวะฉุกเฉินอื่นๆและสามารถบอกต่อได้เพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นมาก รวมถึงตัวเจ้าหน้าที่ยังทำการเผยแพร่ข่าวสารด้านความรู้โรคหลอดเลือดสมองและภาวะฉุกเฉินรวมถึงการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ไม่ตีพ้อเห็นได้ชัด การประเมินผลก่อนการทำกิจกรรมที่กลุ่มเสี่ยงยังไม่มีความรู้และในการทำกิจกรรมทุกครั้งควรต้องมีการประเมินผลการทำกิจกรรมทุกครั้งเพื่อหาปัญหาและอุปสรรคและใช้ในการปรับปรุงแก้ไขในครั้งต่อไป

พูน ปลอด ชีเว

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด มีประเด็นที่จะนำมาอภิปราย ดังนี้

จากกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ายังมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในบางประเด็นไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในประเด็นของอาการที่น่าสงสัยว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ น้อมจิตต์ นวลเนตร์ และเดือนเพ็ญ ศรีชา (2555) ในการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชน ที่พบว่า ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง แต่ยังมีผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจำนวนหนึ่งที่มีความรู้และพฤติกรรมในบางประเด็นไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิรา ชนะกาญจน์ และนิชาภัทร พุฒิกามิ (2559) ในการศึกษาในระดับการรับรู้เกี่ยวกับ โรค ปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษาของโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งพบว่า ระดับการรับรู้ภาพรวมเกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลางและเมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.70 มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรีและส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองไม่มีประสบการณ์หรือมีบุคคลใกล้ชิดเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีโรคประจำตัวได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลตนเองรวมถึงการเฝ้าระวังในอาการสำคัญของโรคที่อาจเกิดขึ้น จากความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างเอง รวมถึงการทราบว่ามิหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 อาจเนื่องมาจากการประชาสัมพันธ์ในอาการที่ต้องแจ้งเหตุเมื่อเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งอาการที่น่าสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการสำคัญที่จำเป็นต้องเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และระยะเวลาจากบ้านถึงโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ พัสตราภรณ์ ปัญญาประชุม และธีรนุช ห่านิรติศัย (2560) ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อช่องทางด่วนของ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่พบว่าระบบการสื่อสารการส่งต่อและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลและระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจนถึงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

และในส่วนของการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่าการดำเนินงานโดยใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีการดำเนินการตามรูปแบบ PDCA จากแนวคิดของ W.Edwards Demming ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการร่วมกันวางแผน (Plan) กระบวนการร่วมกันดำเนินการ (Do) กระบวนการร่วมกันตรวจสอบ (Check) และ กระบวนการร่วมกันปรับปรุง (Act) ร่วมกับแนวคิดของบัญชาแก้วส่องที่ได้นำเอาแนวคิดของอดิระพีพัฒน์, เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง และคนอื่นๆ มาผสมผสานแนวคิดของ Cohen and Uphoff ในการทำงานเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมใน 5 ขั้นตอนประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ การมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการพัฒนา การมีส่วนร่วมในขั้นดำเนินโครงการ การมีส่วนร่วมในขั้นรับผลที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนาและการมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผลโครงการพัฒนาพบว่า เมื่อให้ผู้ที่อยู่ในพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการทำงานทำให้งานมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเกิดมุมมองใหม่ๆ จากตัวของเจ้าของพื้นที่เองทำให้สามารถหาแนวทางแก้ไขในบริบทพื้นที่นั้นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธกฤต จันทรพลงาม (2558) ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ในการทำให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมและมีการรับรู้การดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้นโดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ผู้นำชุมชนให้ความร่วมมือ ประชาชนสนใจเข้าร่วมกิจกรรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญสนับสนุนงบประมาณและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้รับผิดชอบงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินคอยติดตามให้กำลังใจทำให้เกิดการสร้างเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. ควรเพิ่มการให้ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการทบทวนการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อปรับปรุงให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในการนำเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมที่สามารถนำมาใช้ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. ควรศึกษาความพร้อมของเครือข่ายในด้านความรู้ความเข้าใจในภาวะฉุกเฉินและการติดต่อสื่อสาร

3. ควรเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินการให้มากขึ้นจัดนั้รอบคลินิกพิเศษให้สัมพันธ์กันกับเครือข่ายเพื่อให้มีความต่อเนื่องในการดำเนินงาน

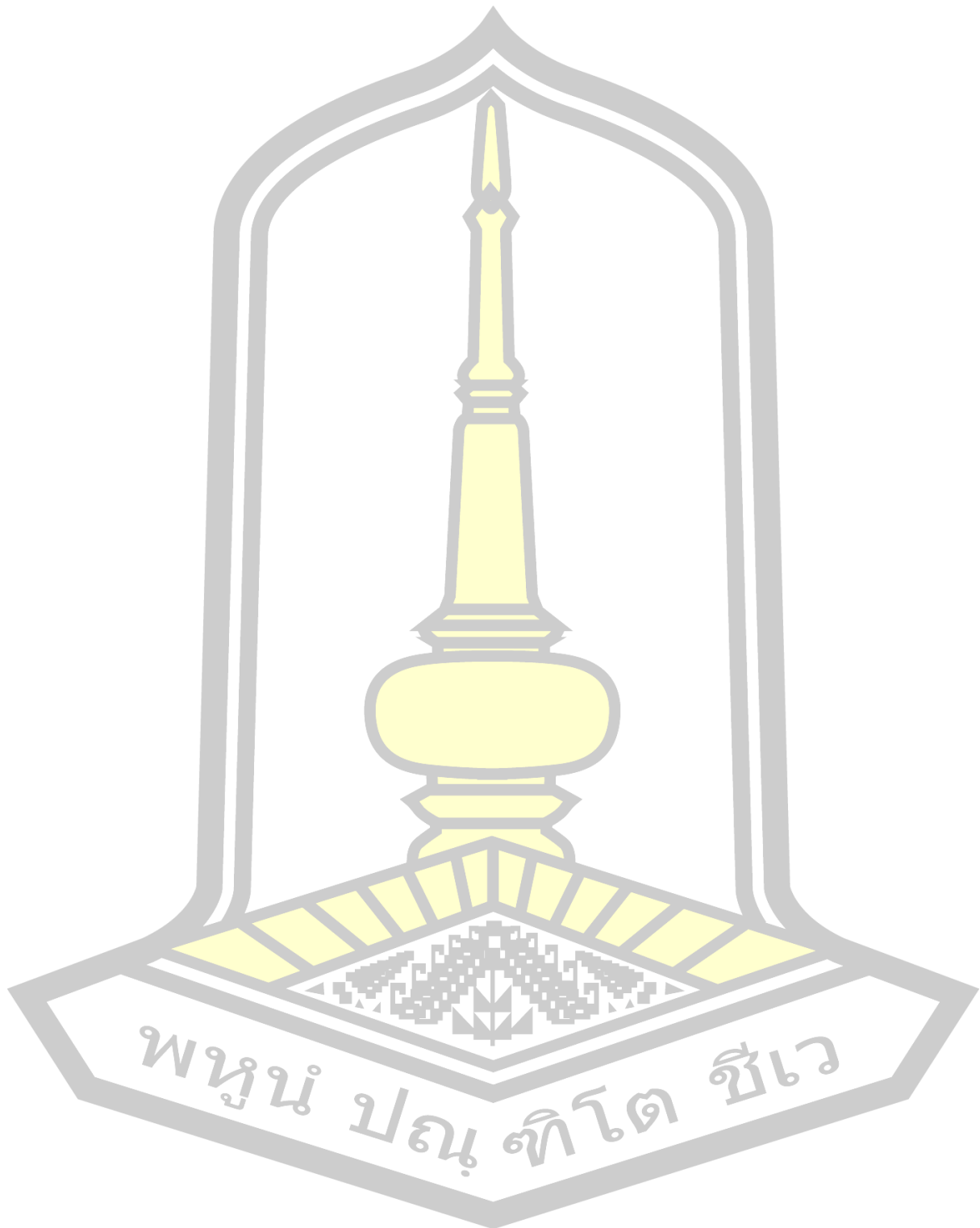
4. ควรพัฒนาการติดต่อสื่อสารในการแจ้งเหตุให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายในกรณีต่างๆ แยกตามระดับความฉุกเฉิน

5. ควรพัฒนาระบบการเฝ้าระวังแบบเครือข่ายเหมือนเครือข่ายเพื่อการตอบรับที่รวดเร็วทันท่วงที

6. ควรจัดทำระบบเครือข่ายสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อการเข้าถึงที่รวดเร็วในกรณียามวิกาล อาทึ แผนกที่เดินดิน ระบบเมมเบอร์ หรือการทำแจ้งเตือนในประวัติผู้ป่วยถึงโรคประจำตัวที่เป็น



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กันติมาภรณ์ วิวัฒน์ตระกูล และลัดดา อะโนศรี. (2560). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารกองการพยาบาล*, 44(2), 26-45.
- ช่อผกา ไชยมงคล. (2553). การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลสันป่าเปา อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการวิจัย. เชียงใหม่: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ญันท วอลเตอร์, โรชินี อุปรา และประกายแก้ว ธนสุวรรณ. (2559). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนท้องถิ่นภาคเหนือ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(2), 100-116.
- ณัฐจิรธรณ พันธ์มุง, อลิสร่า อยู่เลิศลพ และอามีนะห์ เจปะอ. (2561). *ประเด็นสารธรรมรงค์วันอัมพาทโลก ปี 2561*. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ชกฤต จันทรพลงาม. (2558). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินในเขตพื้นที่ตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์*, 12(1), 139-150.
- ธารารัตน์ สงสีทิกุล และอรพรรณ อนามัย. (2559). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดโรงพยาบาลราชบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 142-153.
- นริสสา พัฒนปรีชาวงศ์, รัชชานา สินธวาลัย และนภิสพร มีมงคล (2555). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Development of a Pre-hospital Care Emergency Medical Operations System). *วารสารวิจัย มช.*, 17(6), 911-932.
- น้อมจิตต์ นवलเนตร์ และเดือนเพ็ญ ศรีชา. (2555). ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยมอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*, 24(3), 318-326.
- นันทวรรณ ทิพยเนตร และวชิร ชนะบุตร. (2559). *ความรู้เรื่องความเสี่ยงและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา โรงงานทอผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม*. รายงานการวิจัย. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2554). *โรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

บัญญัติ แก้วส่อง. (2531). รูปแบบทางสังคม-จิตวิทยาสำหรับการอธิบายการมีส่วนร่วมของ ประชาชน
ในกระบวนการพัฒนา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทการศึกษาดุสิตบัณฑิต สาขาบริหาร
การศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

บัวแก้ว โมฆรัตน์. (2557). การพัฒนาคุณภาพการให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึง
โรงพยาบาลของหน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย
จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 8(2), 263–270.

ประไพ กิตติบุญฉวี, ศิริธร ยิ่งแรงเรือง และศุภลักษณ์ ศรีธัญญา (2556). การรับรู้สัญญาณเตือนโรค
หลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 23(3),
132–141.

ปิยะวรรณ เพียรภายลุน. (2554). ความรู้ ที่ทัศนคติและความคาดหวังของประชาชนในพื้นที่ความ
รับผิดชอบของโรงพยาบาลสามโคกต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พรวิมล ชื่นใจเรือง. (2554). การพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
สำหรับบุคคลที่มีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง. *Pacific Rim International
Journal of Nursing Research*, 16(4), 313–325.

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. (2551). ราชกิจจานุเบกษา 125(44 ก) 6 มีนาคม
2551: 2-17.

พัสดราภรณ์ ปัญญาประชุม และธีรนุช ห่านิรัตติชัย. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการ
รักษาในโรงพยาบาลที่ใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองระยะเฉียบพลัน. *ธรรมศาสตร์วารสาร*, 17(4), 540-547.

มณฑิรา ชนะกาญจน์ และณิชชาภัทร พุฒิกามิน. (2559). การรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการนำ
การรักษาของโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน
บุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และ
สุขภาพ*, 39(1), 70-77.

มาลี คำคง. (2557). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง:บริบทโรงพยาบาลชุมชน. *วารสาร มฉก.
วิชาการ*, 18(35), 133–144.

ยศ บริสุทธิ์. (2558). การศึกษาชุมชน:แนวคิดฐานการวิจัยและกระบวนการทางวิทยาศาสตร์.
ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รัตนภรณ์ ยนต์ตระกูล และคณะ. (2558). การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

- และเครือข่ายบริการ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(2), 80–95.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานามีบุคส์พับลิเคชั่นส์.
- รุ่งนภา บุญคุ้ม. (2536). *ความพึงพอใจของผู้รับบริการงานบัตรประจำตัวประชาชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม.
- วันชัย วัฒนศัพท์, ถวิลวดี บุรีกุล และเมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี. (2551). *คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน: การตัดสินใจที่ดีกว่าโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- วันชัย วัฒนศัพท์. (2552). *การแก้ปัญหาความขัดแย้งในสถานศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.
- วาโร เพ็งสวัสดิ์ (2553) การวิจัยพัฒนารูปแบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*, 2(4), 2–16.
- วิทยาลัยดุสิตธานี. (2556). *คู่มือการจัดการความรู้*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยดุสิตธานี.
- วิโรจน์ สารรัตนะ. (2556). *กระบวนทัศน์ใหม่ทางการศึกษากรณีทัศนคติต่อการศึกษาศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ : หจก.ทิพย์วิสุทธิ.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- ศุภวรรณ พลายน้อย. (2547). *การถอดบทเรียนการประยุกต์ AAR (After Action Review) ในการติดตามประเมินผลภายใน โครงการวิจัยและพัฒนาสาธารณสุข-ท้องถิ่นน่าอยู่*. กรุงเทพฯ: ฝ่ายติดตามประเมินผลภายในและสังเคราะห์องค์ความรู้.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2559). *แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2560-2564*. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2558). *body of knowledge – knowledge – knowledge management (km)*. กรุงเทพฯ : สำนักงานราชบัณฑิตยสภา.
- สุภัชชา พันเลิศพาณิชย์ (2561). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งต่อภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง. *วารสาร มจร นครน่านปริทรรศน์*, 2(2), 103-115.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2547). *ชีวิตรัตติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวิตรัตติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อารีย์ พลภูเมือง. (2560). การพัฒนาระบบคัดแยกมูลฝอยในชุมชนแบบมีส่วนร่วมเขตเทศบาล ต.เมืองสรวง อ.เมืองสรวง จ.ร้อยเอ็ด. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข*

ภาคใต้, 4(พิเศษ), 147-167.

Becker, M.H. & Maiman, L. A. (1975). The health Belief Model: Origins and Correlation in Psychological Theory. *Health Education Monography*, 2(winter), 336-385.

Becker, M. H. (1977). The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance : A field Experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18(4), 348-366.

Bloom, B. (1976). *Human Characteristics and School Learning*. New York : McGraw-Hill Book Company.

Cohen, J.M. & Uphoff, N. T. (1980). *Participations Place in Rural Development: Seeking Clarity through Specificity*. New York: World Developments.

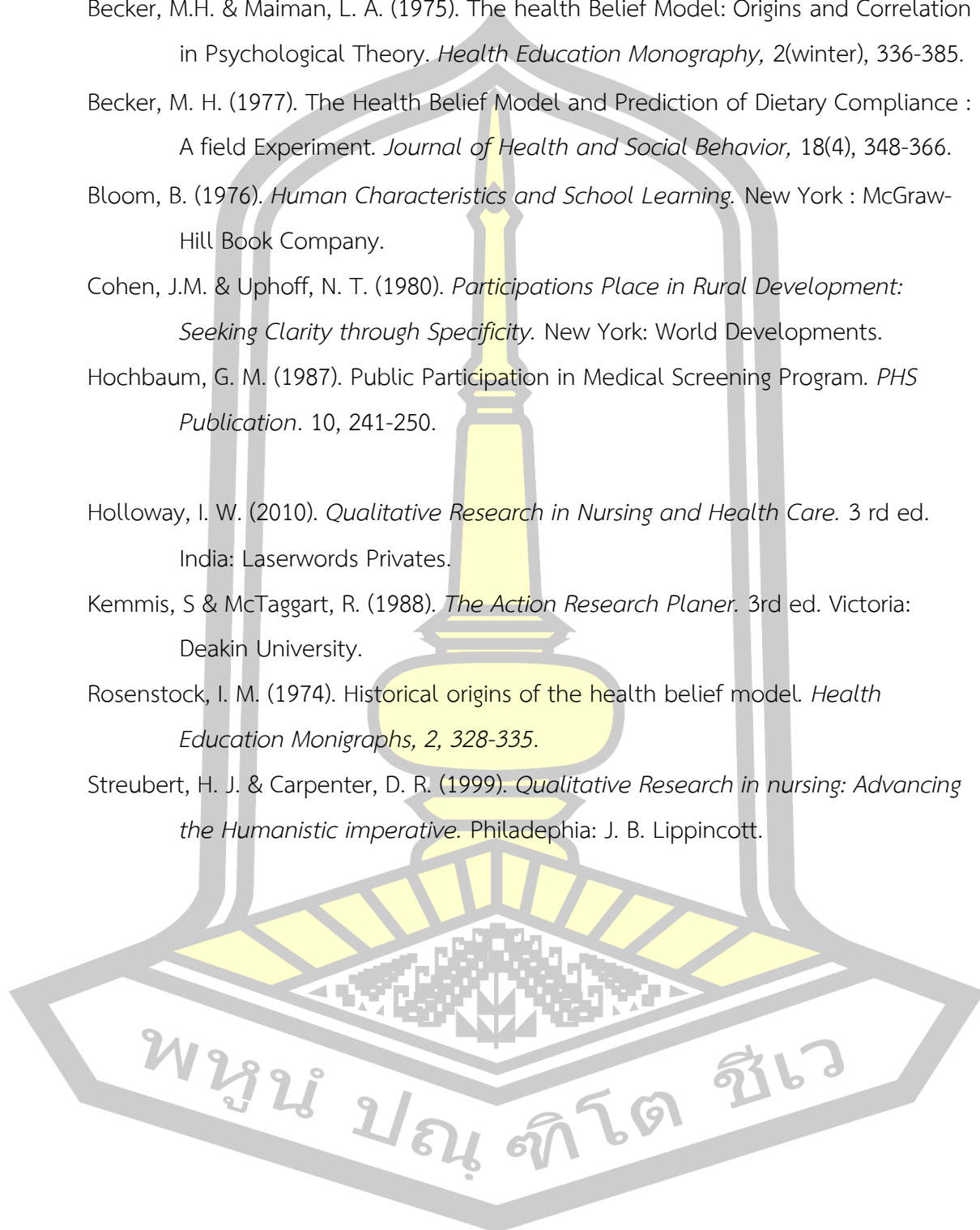
Hochbaum, G. M. (1987). Public Participation in Medical Screening Program. *PHS Publication*. 10, 241-250.

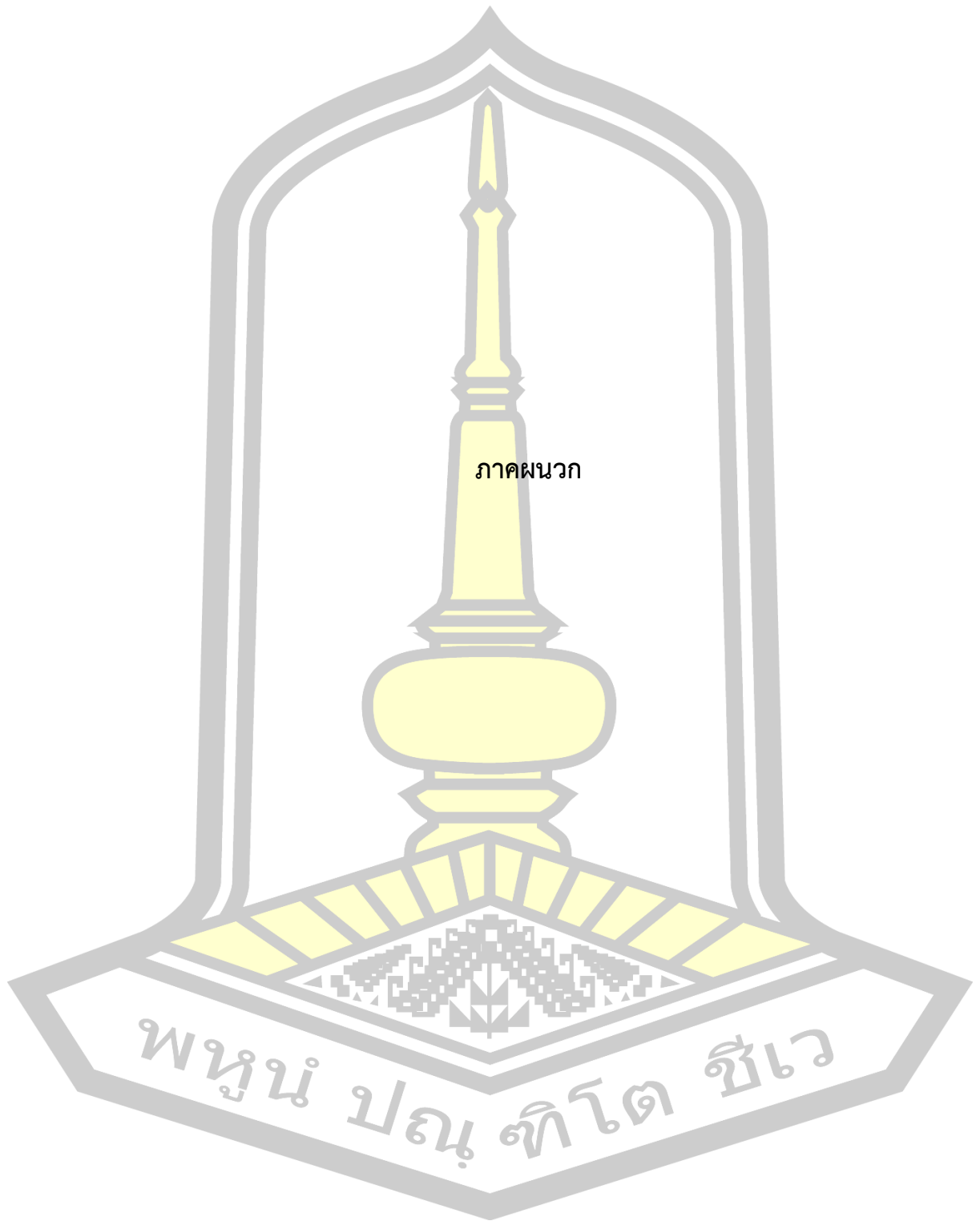
Holloway, I. W. (2010). *Qualitative Research in Nursing and Health Care*. 3 rd ed. India: Laserwords Privates.

Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer*. 3rd ed. Victoria: Deakin University.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.

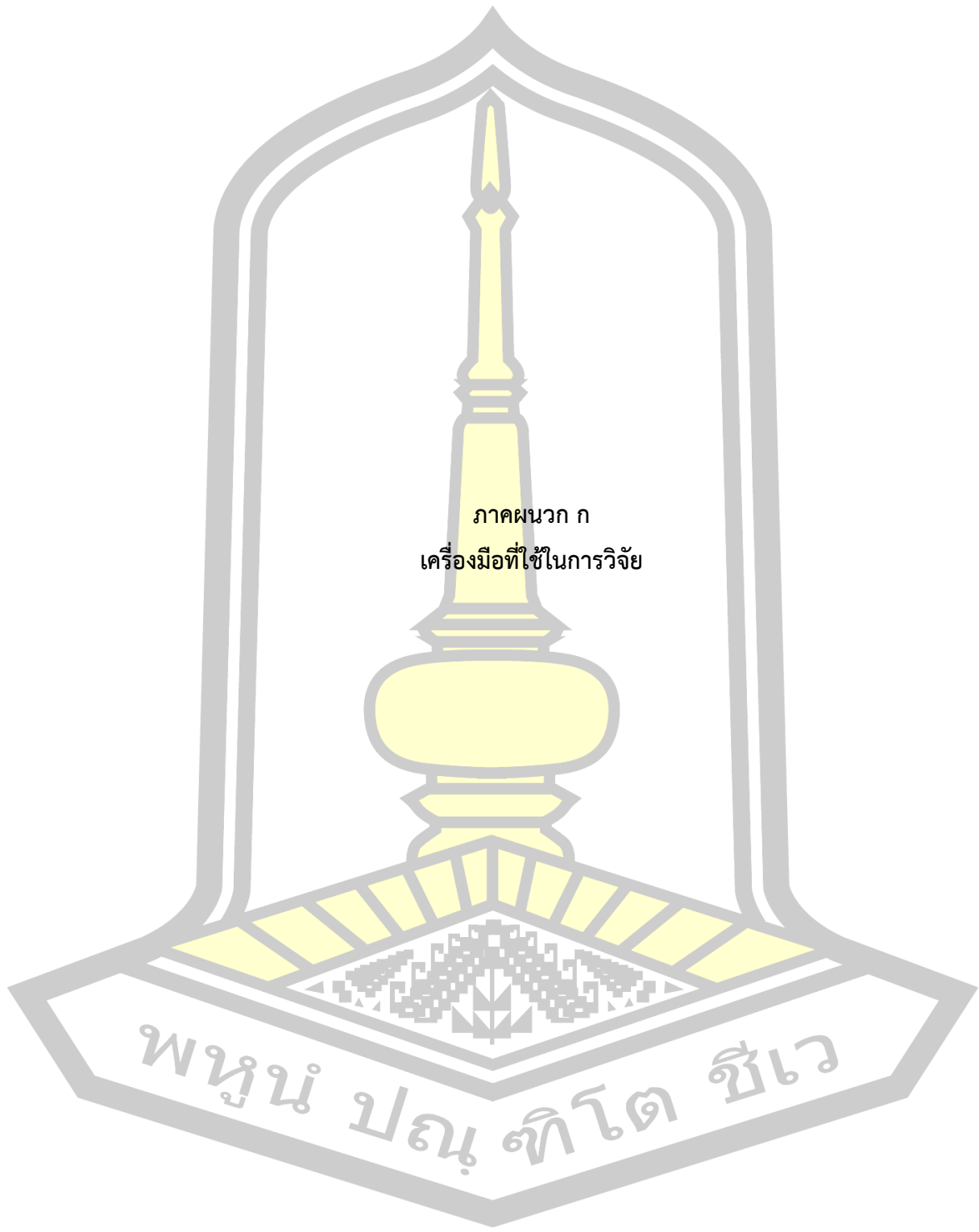
Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (1999). *Qualitative Research in nursing: Advancing the Humanistic imperative*. Philadephia: J. B. Lippincott.





ภาคผนวก

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พหุณั ปณุ ทิโต ชีเว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยฉบับที่ 1 สำหรับ กลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....(ld)

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่
ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

คำชี้แจง

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยต้องการทราบข้อมูลความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้ ทศนคติและความเชื่อของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งข้อคำถามออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ | จำนวน 12 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 18 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | จำนวน 12 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 ทศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | จำนวน 5 ข้อ |
| ส่วนที่ 5 ความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | จำนวน 5 ข้อ |

ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ ตามความคิดเห็นของท่านอย่างครบถ้วน โดยไม่ระบุชื่อลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ท่านได้ตอบในแบบสัมภาษณ์ จะถือเป็นความลับและไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่าน ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวม

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวตริังตรา โพธิ์อำมาตร์

นักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขา การจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

สำหรับผู้วิจัย

1. เพศ 1.ชาย 2.หญิง sex
2. อายุปี Age
3. ระดับการศึกษาสูงสุด Edu
- 1.ประถมศึกษา(หรือเทียบเท่า) 2.มัธยมศึกษาตอนต้น(หรือเทียบเท่า)
- 3.มัธยมศึกษาตอนปลาย (หรือเทียบเท่า) 4.อนุปริญญา(หรือเทียบเท่า)
- 5.ปริญญาตรี (หรือเทียบเท่า) 6.อื่นๆ ระบุ.....
4. อาชีพปัจจุบัน Occ
- 1.เกษตรกร 2.รับจ้าง 3.รับราชการ
- 4.ค้าขาย 5.ธุรกิจส่วนตัว 6.อื่นๆ ระบุ.....
5. ประวัติโรคประจำตัว UD
- 1.ไม่มี
- 2.มี
- 2.1 เบาหวาน 2.2 ความดันโลหิตสูง
- 2.3 ไขมันในเลือดสูง 2.4 โรคหัวใจ
- 2.5 อื่นๆ ระบุ.....
6. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่ SM
- 1.สูบบุหรี่
- 2.ไม่สูบบุหรี่
7. ปัจจุบันท่านดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ DK
- 1.ไม่ดื่ม 2.ดื่มทุกวัน
- 3.ดื่ม 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ 4.นานๆครั้ง (นานกว่า 1 เดือนหรือเมื่อเข้าสังคม)
8. ครอบครัวท่านมีโทรศัพท์ที่ใช้ติดต่อหรือไม่ Tel
- 1.ไม่มี
- 2.มี
- 2.1 ใช้เป็นประจำ
- 2.2 ไม่ได้ใช้เป็นประจำ

9. ท่านมียานพาหนะในครอบครองหรือไม่

Veh

1.ไม่มี

2.มี

2.1 รถยนต์

2.2 รถจักรยานยนต์

2.3 รถจักรยาน

10. ท่านรู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่

EMSS

1.ไม่รู้จัก

2.รู้จัก

11. ท่านทราบหรือไม่ว่ามีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน

EMS

1.ไม่ทราบ

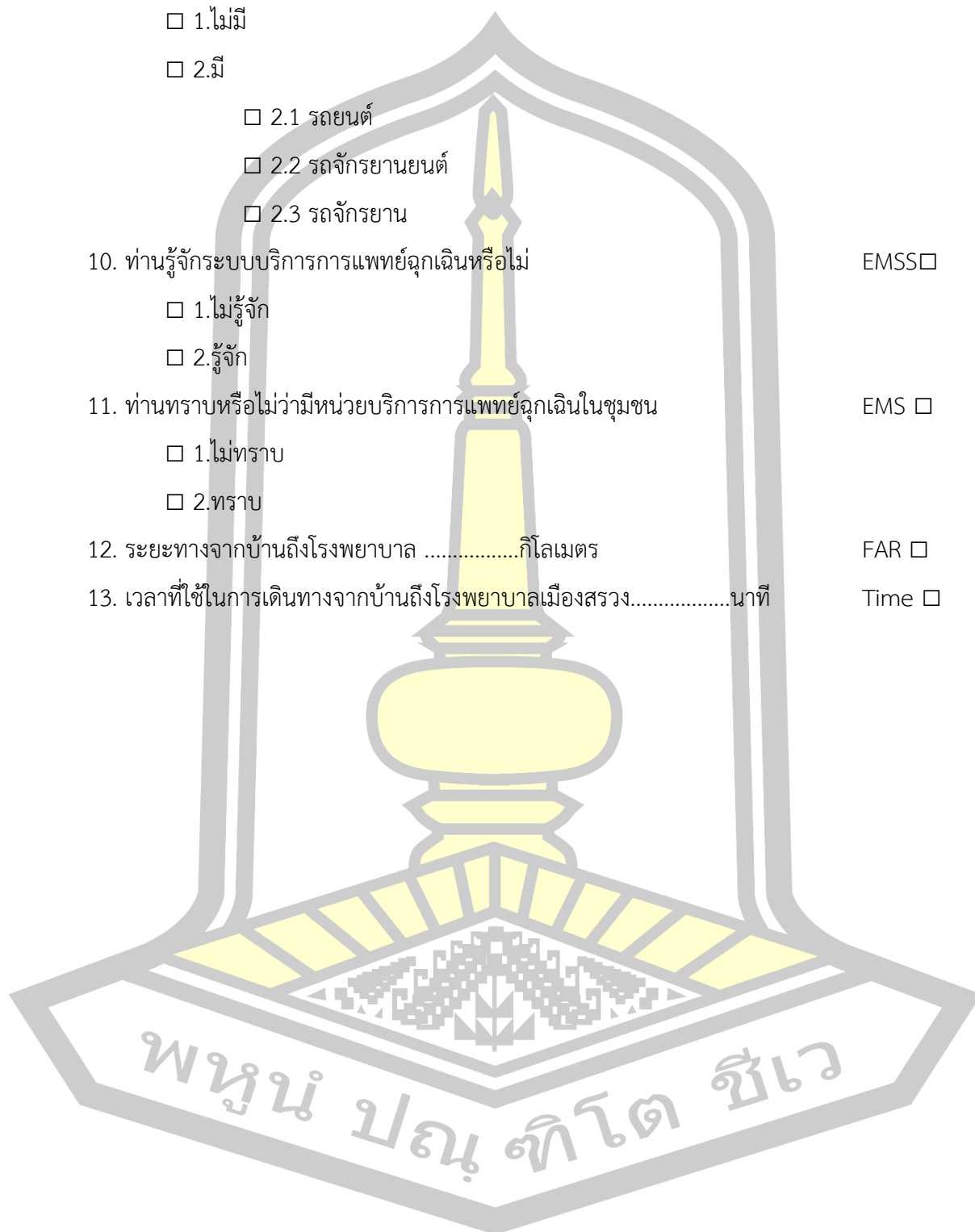
2.ทราบ

12. ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลกิโลเมตร

FAR

13. เวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลเมืองสรวง.....นาที

Time



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เป็นคำตอบเพียงเครื่องหมายเดียวในแต่ละข้อ โดยมี
เกณฑ์ในการตอบ ดังนี้ ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบคิดว่าเป็นความจริง
ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบคิดว่าเป็นความจริง

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
	ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง			Km
1.	โรคหลอดเลือดสมองหมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดไปที่สมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เซลล์สมองถูกทำลายและสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่			Km1
2.	สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจาก ภาวะสมองขาดเลือดจากการตีบแคบหรือมีการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและภาวะเลือดออกในสมองจากการแตกของหลอดเลือด			Km2
3.	วิธีสังเกตอาการโรคหลอดเลือดสมอง (FAST) สามารถสังเกตได้จาก -ใบหน้า (Face:F) สังเกตว่า ใบหน้าหรือมุมปากตกข้างใดข้างหนึ่ง -แขนขา (Arm:A) สังเกตว่า แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ไม่สามารถยกหรือขยับไม่ได้ -การพูด (Speech:S) สังเกตว่า พูดไม่ชัดหรือพูดไม่ได้ -ระยะเวลา (Time:T) ถ้ามีอาการดังกล่าว FAS ต้องรีบโทร 1669			Km3
	ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง			Krf
1.	อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง			Krf1
2.	การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง			Krf2
3.	การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณมากกว่า 2 แก้ว			Krf3

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
	ต่อวันเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง			
4.	โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง			Krf4
5.	ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง			Krf5
6.	ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง			Krf6
7.	ภาวะเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง			Krf7
	อาการที่น่าสงสัยว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง			Ks
8.	มีอาการแขนขาอ่อนแรง หรือชา ครึ่งซีก			Ks1
9.	มีอาการปากเบี้ยว กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง			Ks2
10.	มีอาการพูดไม่ชัด พูดลำบาก			Ks3
11.	มีอาการปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลัน			Ks4
12.	มีอาการมองเห็นภาพซ้อน			Ks5
13.	มีอาการวิงเวียนศีรษะ บ้านหมุน			Ks6
14.	มีอาการเดินเซ ทรงตัวลำบาก			Ks7
15.	มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวอย่างรวดเร็ว เช่น ซึม ไม่รู้สึกตัว			Ks8

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เป็นคำตอบเพียงเครื่องหมายเดียวในแต่ละข้อ โดยมี
 เกณฑ์ในการตอบ ดังนี้ ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบคิดว่าเป็นความจริง
 ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบคิดว่าไม่เป็นความจริง

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
	ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน			Kems
1.	ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินคือระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาล			Kems1
2.	ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง			Kems2
3.	การเจ็บป่วยฉุกเฉินหมายถึงการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้			Kems3
4.	ทีมบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีมากกว่า 1 ระดับ			Kems4
5.	หมายเลขโทรศัพท์ที่ใช้เรียกระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ หมายเลข 1669			Kems5
6.	ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะให้บริการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรเท่านั้น			Kems6
7.	บุคคลที่จะเรียกใช้บริการจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องเป็นสมาชิกและมีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป			Kems7
8.	การเรียกระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น			Kems8
9.	การบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการให้บริการกู้ชีพและบริการรับส่งผู้ป่วย			Kems9
10.	การแจ้งเหตุควรบอกอาการสำคัญ ที่เกิดเหตุ และเบอร์โทรติดต่อผู้แจ้ง			Kems10
11.	การออกให้บริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่ ละระดับขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและผู้แจ้งเหตุ			Kems11
12.	เมื่อแจ้งเหตุแล้วไม่ต้องทำอะไรกับผู้ป่วยควรรอเจ้าหน้าที่ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเท่านั้น			Kems12

ส่วนที่ 4 ทศนคติ เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เป็นคำตอบเพียงเครื่องหมายเดียวในแต่ละข้อ โดยมี

เกณฑ์ในการตอบ ดังนี้ มากที่สุด หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	สำหรับ ผู้วิจัย
	ทศนคติเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน						Aems
1.	ท่านคิดว่าการโทรแจ้งเหตุเพื่อใช้ บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความยุ่งยาก และใช้เวลานาน						Aems1
2.	ท่านรู้สึกอึดอัดลำบากใจในการโทร แจ้งเหตุทางหมายเลข 1669						Aems2
3.	เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงท่านไม่ อยากใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน						Aems3
4.	ท่านรู้สึกมั่นใจในบริการของบุคลากร ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน						Aems4
5.	หากท่านมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินการ เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้ ท่านปลอดภัยที่สุด						Aems5

พหุ ประถมศึกษา

ส่วนที่ 5 ความเชื่อ เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เป็นคำตอบเพียงเครื่องหมายเดียวในแต่ละข้อ โดยมี

เกณฑ์ในการตอบ ดังนี้ มากที่สุด หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	สำหรับ ผู้วิจัย
	ความเชื่อเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน						Bems
1.	รถกู้ชีพนำส่งผู้ป่วยอย่างเดียว ไม่มี เครื่องมือช่วยเหลือเบื้องต้น						Bems1
2.	การไปโรงพยาบาลโดยรถกู้ชีพไม่ต่าง จากการไปเอง						Bems2
3.	รถกู้ชีพใช้รับเฉพาะผู้บาดเจ็บจาก อุบัติเหตุเท่านั้น						Bems3
4.	การนำส่งด้วยรถกู้ชีพ ยิ่งทำให้อาการ ทรุดหนัก						Bems4
5.	การไปโรงพยาบาลโดยรถกู้ชีพ เป็นการ แข่งหรือเป็นกลางไม่ได้						Bems5

พหุ ประถมศึกษา

1. ท่านคิดว่าการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. อะไรคือปัญหา/อุปสรรคในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. อะไรคือสาเหตุของปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. ท่านมีวิธีการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....(ld)

แบบสอบถาม

เรื่อง ความพึงพอใจในกิจกรรม การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความพึงพอใจ ในกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการ
 เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอ
 เมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยแบ่งข้อคำถามออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของผู้ตอบแบบสอบถาม

จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในกิจกรรมการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรค
 หลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 10 ข้อ

ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ตามความคิดเห็นของท่านอย่าง
 ครบถ้วน โดยไม่ระบุชื่อลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ท่านได้ตอบในแบบสอบถาม จะถือเป็นความลับ
 และไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่าน ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวม

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวตริงตรา โพธิ์อำมาตร์

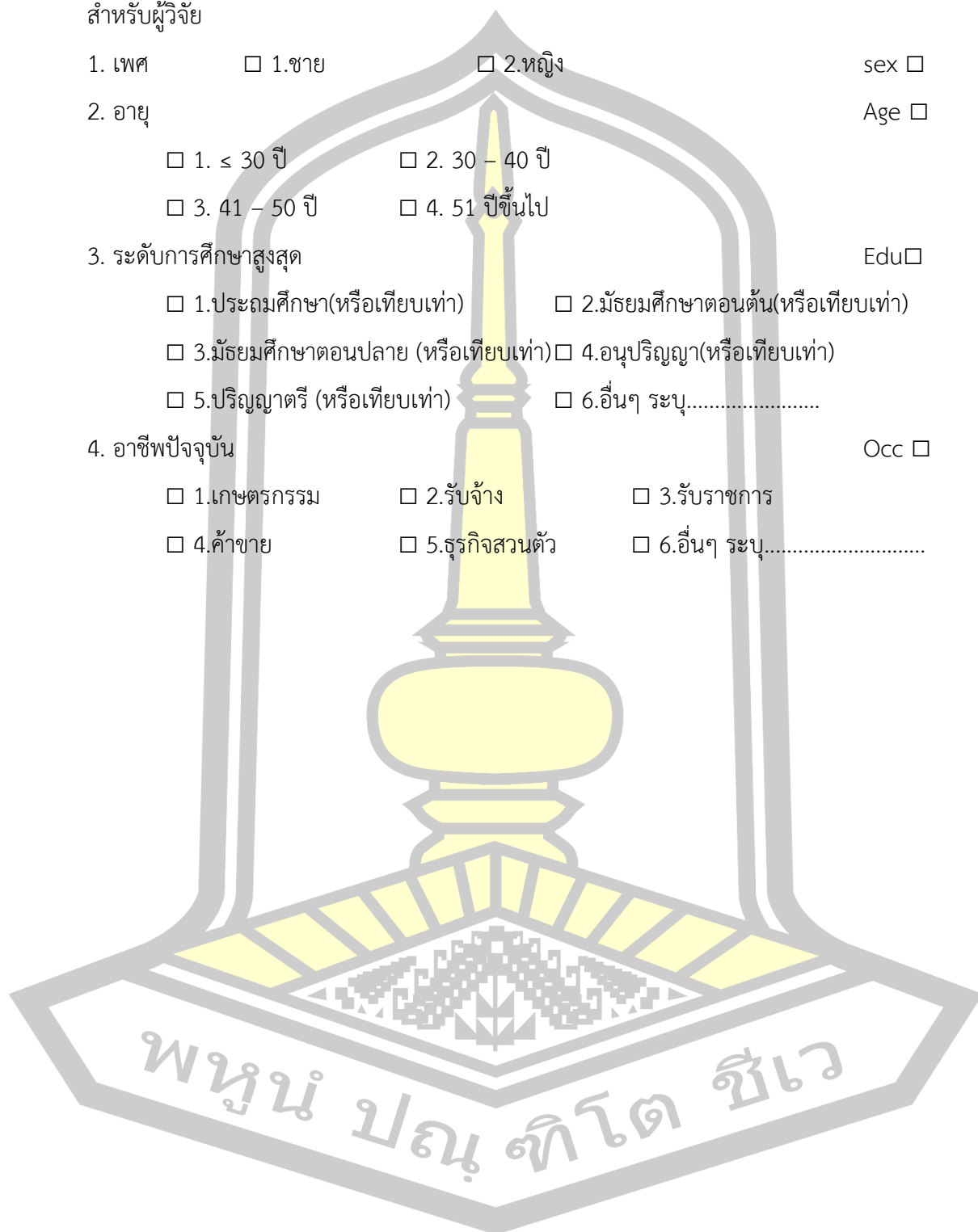
นักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขา การจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง
สำหรับผู้วิจัย

1. เพศ 1.ชาย 2.หญิง sex
2. อายุ Age
1. ≤ 30 ปี 2. 30 – 40 ปี
3. 41 – 50 ปี 4. 51 ปีขึ้นไป
3. ระดับการศึกษาสูงสุด Edu
- 1.ประถมศึกษา(หรือเทียบเท่า) 2.มัธยมศึกษาตอนต้น(หรือเทียบเท่า)
- 3.มัธยมศึกษาตอนปลาย (หรือเทียบเท่า) 4.อนุปริญญา(หรือเทียบเท่า)
- 5.ปริญญาตรี (หรือเทียบเท่า) 6.อื่นๆ ระบุ.....
4. อาชีพปัจจุบัน Occ
- 1.เกษตรกร 2.รับจ้าง 3.รับราชการ
- 4.ค้าขาย 5.ธุรกิจส่วนตัว 6.อื่นๆ ระบุ.....



ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในกิจกรรมการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่างๆต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่องโดยมีเกณฑ์ในการตอบ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

ข้อที่	ประเด็นความคิดเห็น	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านเนื้อหา						
1.	ความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ของเนื้อหา					
2.	ความชัดเจนในการอธิบายเนื้อหา					
3.	เนื้อหามีประโยชน์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้					
ด้านความรู้ความเข้าใจ						
1.	ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้ ก่อน การเข้าร่วมกิจกรรม					
2.	ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้ หลัง การเข้าร่วมกิจกรรม					
ด้านสถานที่ / ระยะเวลา						
1.	สถานที่มีความเหมาะสม					
2.	ระยะเวลาทำกิจกรรมมีความเหมาะสม					
ด้านการนำความรู้ไปใช้						
1.	สามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้					
2.	สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ / ถ่ายทอดแก่ชุมชนได้					
3.	มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้					

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

พูนี ปณ ทัโต ชเว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยฉบับที่ 2 สำหรับ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและกลุ่มผู้ดูแล

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....(Id)

แบบสอบถาม

เรื่อง การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการมีส่วนร่วม ในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยแบ่งข้อคำถามออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 13 ข้อ

ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ตามความคิดเห็นของท่านอย่างครบถ้วน โดยไม่ระบุชื่อลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ท่านได้ตอบในแบบสอบถาม จะถือเป็นความลับและไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่าน ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวม

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวตรึงตรา โพธิ์อำมาตร์

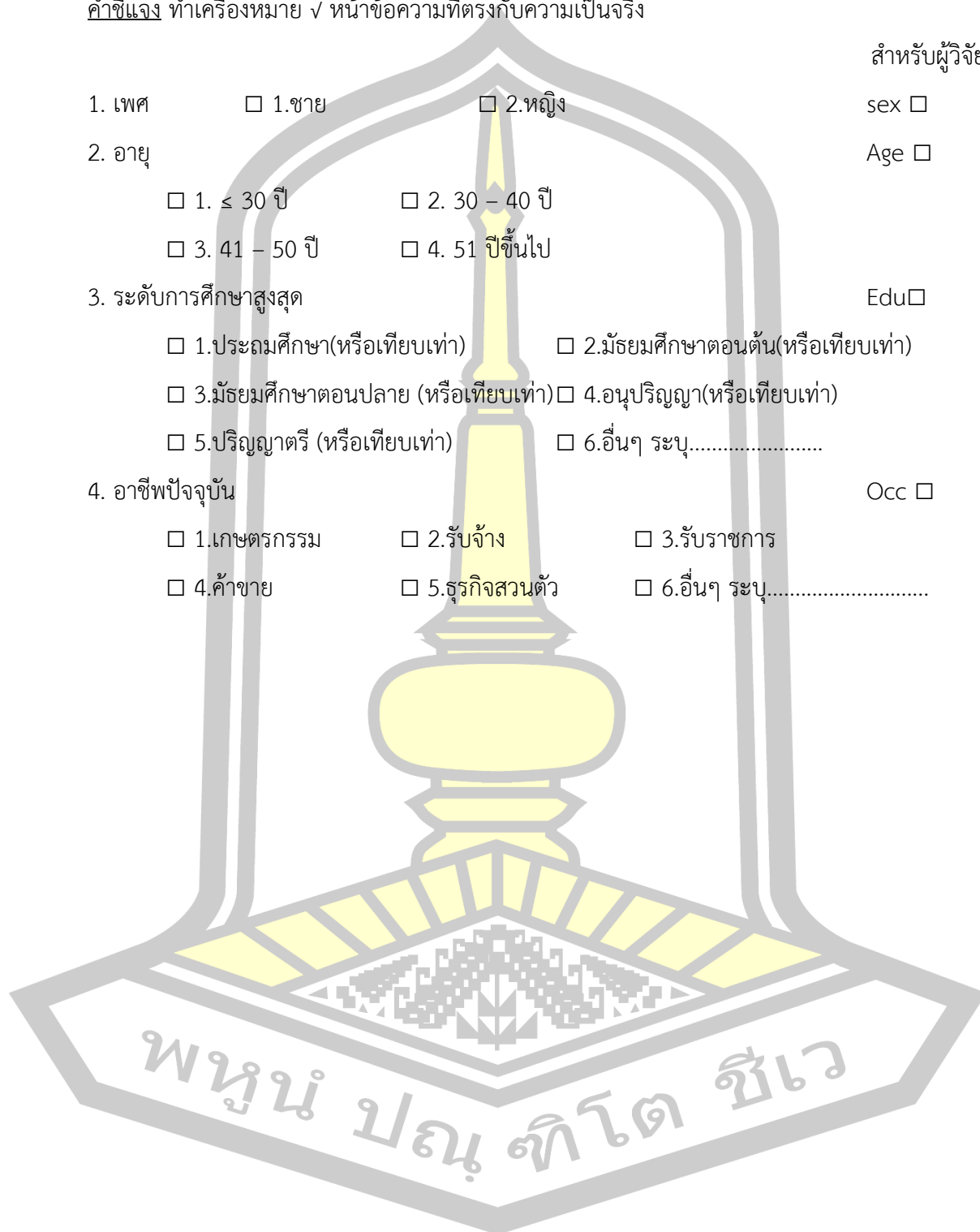
นักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขา การจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

			สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ	<input type="checkbox"/> 1.ชาย	<input type="checkbox"/> 2.หญิง	sex <input type="checkbox"/>
2. อายุ			Age <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1. ≤ 30 ปี	<input type="checkbox"/> 2. 30 – 40 ปี	
	<input type="checkbox"/> 3. 41 – 50 ปี	<input type="checkbox"/> 4. 51 ปีขึ้นไป	
3. ระดับการศึกษาสูงสุด			Edu <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1.ประถมศึกษา(หรือเทียบเท่า)	<input type="checkbox"/> 2.มัธยมศึกษาตอนต้น(หรือเทียบเท่า)	
	<input type="checkbox"/> 3.มัธยมศึกษาตอนปลาย (หรือเทียบเท่า)	<input type="checkbox"/> 4.อนุปริญญา(หรือเทียบเท่า)	
	<input type="checkbox"/> 5.ปริญญาตรี (หรือเทียบเท่า)	<input type="checkbox"/> 6.อื่นๆ ระบุ.....	
4. อาชีพปัจจุบัน			Occ <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1.เกษตรกร	<input type="checkbox"/> 2.รับจ้าง	<input type="checkbox"/> 3.รับราชการ
	<input type="checkbox"/> 4.ค้าขาย	<input type="checkbox"/> 5.ธุรกิจส่วนตัว	<input type="checkbox"/> 6.อื่นๆ ระบุ.....



ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่างๆต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของ
ท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่องโดยมีเกณฑ์ในการตอบ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
มาก	หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ปานกลาง	หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง มีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

ข้อที่	การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	ระดับการมีส่วนร่วม				
		น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ						
1.	ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหา ของชุมชน					
2.	ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาข้อมูลในการค้นหา สาเหตุของปัญหาของชุมชน					
3.	ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนด ความต้องการของชุมชน					
4.	ท่านมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญ ของความต้องการของชุมชน					
การมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการพัฒนา						
1.	ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและ วัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน					
2.	ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการและแนว ทางการดำเนินงาน					
การมีส่วนร่วมในขั้นตอนดำเนินการ						
1.	ท่านมีส่วนร่วมในการประสานงานรูปแบบ การดำเนินการ					
2.	ท่านมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง					

ข้อที่	การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	ระดับการมีส่วนร่วม				
		น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
	ระหว่างการดำเนินการ					
3.	ท่านมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้แก่ โครงการรวมถึง การให้ความร่วมมือ สนับสนุนการดำเนินงานช่วยเหลือในด้าน ต่างๆ เช่น ทูมทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน ตลอดจนการประสานงานและขอความ ช่วยเหลือ					
การมีส่วนร่วมในขั้นรับผลที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนา						
1.	ท่านมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จาก การพัฒนาที่เกิดขึ้น					
2.	ท่านได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง จากการมี ส่วนร่วมในการทำกิจกรรม					
การมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผลโครงการพัฒนา						
1.	ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ พัฒนาว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด					
2.	ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามผลของการ ดำเนินงาน					
3.	ท่านมีส่วนร่วมในการถอดบทเรียนจากการ ดำเนินงาน					

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....



ภาคผนวก ข

การหาคณภาพเครื่องมือ แบบทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม IOC

พหุบัน ปณุ ทิโต ชีเว

แบบประเมินคุณภาพเครื่องมือเพื่อหาค่า IOC

แบบแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อเครื่องมือวิจัย

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่
ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

ตารางวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อที่	อ.ดร.เสฐียรพงษ์			อ.สุภลักษณ์			อ.ปิยะนุช			ผลรวม ΣR	IOC= $\Sigma R / N$	ผลการ วิเคราะห์
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1			
A 1	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
A 2	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
A 3	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
A 4	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
A 5	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
A 6	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
A 7	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
A 8	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
A 9	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
A10	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
A11	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
A12	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มตัวอย่าง

ข้อที่	อ.ดร.เสฐียรพงษ์			อ.สุภลักษณ์			อ.ปิยะนุช			ผลรวม ΣR	IOC= $\Sigma R / N$	ผลการ วิเคราะห์
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1			
Krf 1	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Krf 2	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Krf 3	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Krf 4	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Krf 5	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Krf 6	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Krf 7	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Ks 1	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Ks 2	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Ks 3	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Ks 4	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Ks 5	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Ks 6	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Ks 7	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Ks 8	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้



ตอนที่ 3 ความรู้ เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มตัวอย่าง

ข้อที่	อ.ดร.เสฐียรพงษ์			อ.สุภลักษณ์			อ.ปิยะนุช			ผลรวม ΣR	IOC= $\Sigma R / N$	ผลการ วิเคราะห์
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1			
Kems 1	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Kems 2	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Kems 3	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Kems 4	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Kems 5	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Kems 6	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Kems 7	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Kems 8	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Kems 9	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Kems 10	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Kems 11	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Kems 12	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้

ตอนที่ 4 ทักษะคดี เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาทักษะคดีเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อที่	อ.ดร.เสฐียรพงษ์			อ.สุภลักษณ์			อ.ปิยะนุช			ผลรวม ΣR	IOC= $\Sigma R / N$	ผลการ วิเคราะห์
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1			
Aems 1	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Aems 2	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Aems 3	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Aems 4	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Aems 5	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้

ตอนที่ 5 ความเชื่อ เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อที่	อ.ดร.เสฐียรพงษ์			อ.สุภลักษณ์			อ.ปิยะนุช			ผลรวม ΣR	IOC= $\Sigma R / N$	ผลการ วิเคราะห์
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1			
Bems 1	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Bems 2	+1			+1				0		+2	0.60	ใช้ได้
Bems 3	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Bems 4	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
Bems 5	+1			+1				0		+2	0.60	ใช้ได้

สรุป ผลจากการตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบว่าเครื่องมือมีความเที่ยงตรงของเนื้อหาและมีค่าความสอดคล้อง มากกว่า 0.5 ขึ้นไป



แบบแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อเครื่องมือวิจัย

เรื่อง การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

ตารางวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อที่	อ.ดร.เสฐียรพงษ์			อ.สุภลักษณ์			อ.ปิยะนุช			ผลรวม ΣR	IOC= $\Sigma R / N$	ผลการ วิเคราะห์
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1			
A 1	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
A 2	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
A 3	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
A 4	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้

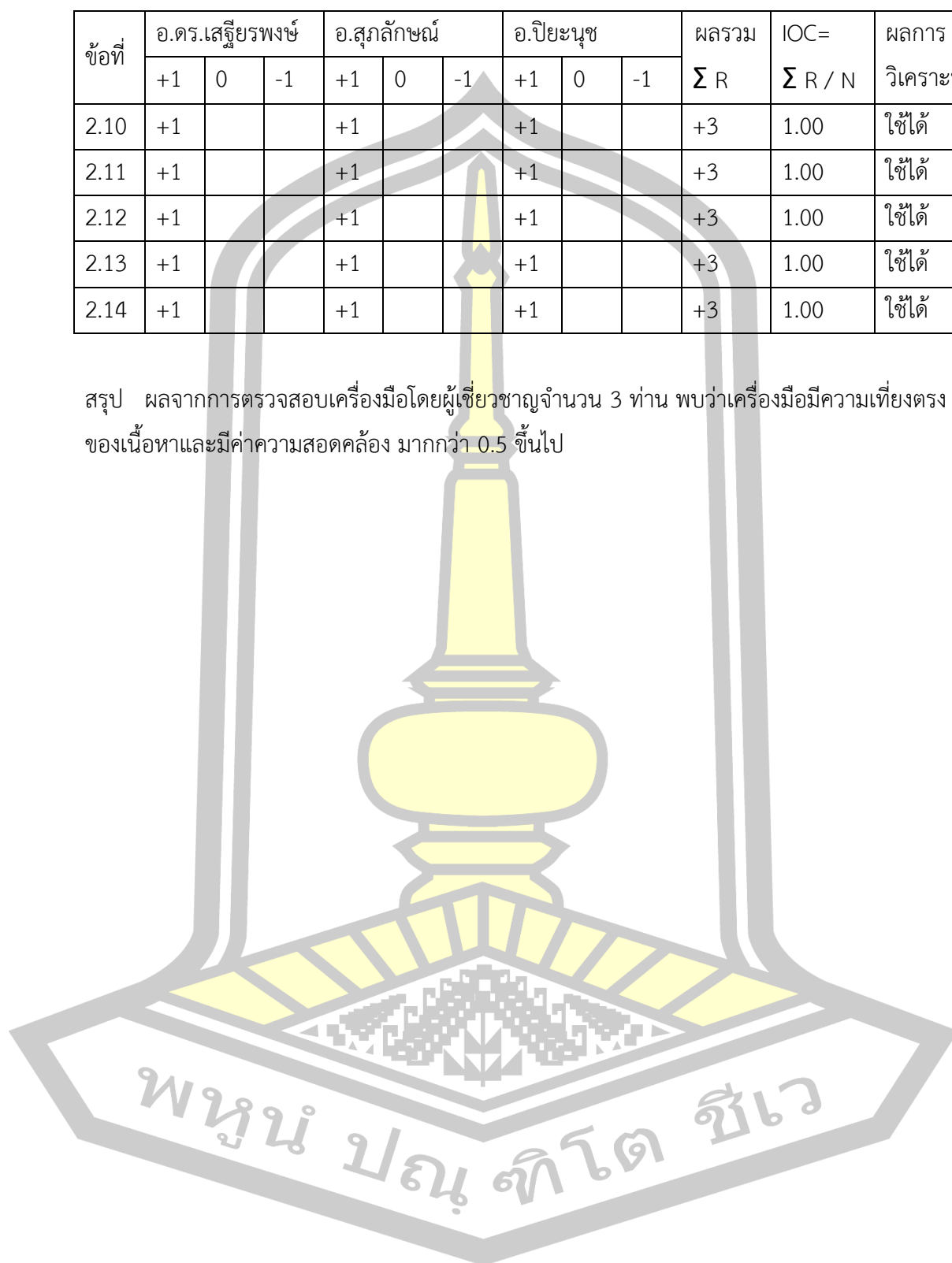
ตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

ข้อที่	อ.ดร.เสฐียรพงษ์			อ.สุภลักษณ์			อ.ปิยะนุช			ผลรวม ΣR	IOC= $\Sigma R / N$	ผลการ วิเคราะห์
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1			
2.1	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
2.2	+1			+1				0		+2	0.60	ใช้ได้
2.3	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
2.4	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
2.5	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
2.6	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
2.7	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
2.8	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
2.9	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้

ข้อที่	อ.ดร.เสฐียรพงษ์			อ.สุภลักษณ์			อ.ปิยะนุช			ผลรวม ΣR	IOC= $\Sigma R / N$	ผลการ วิเคราะห์
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1			
2.10	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
2.11	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
2.12	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
2.13	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
2.14	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้

สรุป ผลจากการตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบว่าเครื่องมือมีความเที่ยงตรงของเนื้อหาและมีค่าความสอดคล้อง มากกว่า 0.5 ขึ้นไป



แบบแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อเครื่องมือวิจัย

เรื่อง การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

ตารางวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในการประชุมเชิงปฏิบัติการ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แสดงความคิดเห็นในการดำเนินงาน

ข้อที่	อ.ดร.เสฐียรพงษ์			อ.สุภลักษณ์			อ.ปิยะนุช			ผลรวม ΣR	IOC= $\Sigma R / N$	ผลการ วิเคราะห์
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1			
1.ท่านคิดว่าการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันเป็นอย่างไร	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
2.อะไรคือปัญหา/อุปสรรคในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
3.อะไรคือสาเหตุของปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้
4.ท่านมีวิธีการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร	+1			+1			+1			+3	1.00	ใช้ได้

สรุป ผลจากการตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบว่าเครื่องมือมีความเที่ยงตรงของเนื้อหาและมีค่าความสอดคล้อง มากกว่า 0.5 ขึ้นไป

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวตริงตรา โพธิ์อำมาตร์
วันเกิด	วันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2531
สถานที่เกิด	อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 113 หมู่ 4 ตำบลโนนชัยศรี อำเภอโพหนอง จังหวัดร้อยเอ็ด รหัสไปรษณีย์ 45110
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	เจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน)
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลเมืองสรวง ตำบลหนองผือ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด รหัสไปรษณีย์ 45220
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2552 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชกิจฉุกเฉิน วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี พ.ศ. 2557 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2562 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนุ่ ปณุ่ ทิโต ชีเว