

การมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน: จังหวัดลำพูน

Participation of the Local Government Organization's Basic Emergency Medical Service Networks in the Development of the Emergency Care and Referral System, Lamphun Province

วันเพ็ญ โพธิยอต*

Wanphen Phothiyot*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน*

Lamphun Provincial Public Health Office*

(Received: January 3, 2023; Revised: February 5, 2023; Accepted: March 9, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดลำพูน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการประเภทการแพทย์ระดับพื้นฐานจำนวน 56 คน และผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในหน่วยปฏิบัติการประเภทการแพทย์ระดับพื้นฐาน จำนวน 204 คน ขั้นตอนดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาอุปสรรค 2) พัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน 3) การประเมินผล เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) การแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม 2) แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน และ 3) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐานการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพัฒนาระบบดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ 1) การปฏิบัติการในสถานการณ์ฉุกเฉิน 2) ความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน 3) การบริหารจัดการองค์กร 4) การดูแลคัดแยกผู้ป่วยผู้บาดเจ็บ 5) การจัดการข้อมูล และ 6) ระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลและผลของ การพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วม พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมากในด้านระบบเทคโนโลยีงานการแพทย์ฉุกเฉิน (Mean = 4.87, S.D. = 0.32) การสื่อสารในชุมชนเกี่ยวกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Mean = 4.67, S.D. = 0.36) และการจัดฝึกอบรมความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน (Mean = 4.60, S.D. = 0.43) ดังนั้น จึงควรสนับสนุนให้เครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน มีส่วนร่วมทุกขั้นตอนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้สภาพปัญหาการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และหาแนวทางการแก้ไขและพัฒนาระบบร่วมกัน ส่งผลให้มีการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สอดคล้องกับสภาพชุมชนมีคุณภาพตามมาตรฐาน

คำสำคัญ: ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, การมีส่วนร่วม

*ผู้ให้การติดต่อ วันเพ็ญ โพธิยอต e-mail: noiwan77@gmail.com

Abstract

The objectives of this participatory action research were to develop and examine the effectiveness of the development of the participatory emergency care and referral system of the basic emergency medical service networks under the local government organization, Lamphun Province. Participants were 56 primary medical practitioners and 204 emergency medical practitioners in basic medical practice centers. The research process consisted of three steps: 1) a study of the situation and obstacles; 2) development of the system for emergency care and referral; and 3) evaluation. The research tool was an emergency care and referral system developed through participation. The tools used for data collection were: 1) an interview questionnaire used in focus group discussions; 2) a questionnaire on the development of an emergency care and referral system model; and 3) a questionnaire on the participation of the medical service network. Descriptive statistics were used to analyze the quantitative data. Qualitative data was examined through content analysis.

The results showed that the development model for the emergency care and referral system consisted of six categories: 1) operations in emergency situations; 2) operational safety 3) organizational management; 4) arranging treatment for injured patients; 5) information management; and 6) a human resource management system. The results of the development of a participatory emergency care and referral system were found to be at a very good level in terms of emergency medical technology (Mean = 4.87, S.D. = 0.32), community communication about emergency medical services (Mean = 4.67, S.D. = 0.36), and emergency medical knowledge training (Mean = 4.60, S.D. = 0.43). Hence, it should be encouraged for basic emergency medical service networks to participate in each phase so that they can learn about the situations that cause problems for these services, work together to address those conditions, and build the system. As a result, there is an emergency medical service that adheres to community norms and is of high quality.

Keywords: Basic Level Emergency Medical Service System, Local Government Organization, Participation

บทนำ

จากแผนการปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉินและแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลที่มุ่งเน้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุด คือ “ลดการเสียชีวิตและความพิการจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน” (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562ก; สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562ข) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เชื่อมโยงระบบบริการด้วยระบบดูแลส่งต่อผู้ป่วย ตลอดจนประสานการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบตามบริบทของพื้นที่ เพื่อลดอัตราป่วย อัตราตายและบรรเทาความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างส่งต่อ โดยมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นหน่วยรับผิดชอบการบริหารจัดการการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงเท่าเทียมกันและมีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562ค)

ประเทศไทยมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้หมายเลขฉุกเฉิน 1669 รับแจ้งเหตุผ่านหน่วยปฏิบัติการประเภทปฏิบัติการอำนวยการ (ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด) 77 จังหวัด จำนวน 80 แห่ง (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562ค) ซึ่งจะให้บริการรับแจ้งและจ่ายรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต่าง ๆ นำส่งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและใกล้ที่สุด เพื่อช่วยเหลือรักษาอย่างทันท่วงที หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลหน่วยงานของรัฐอื่น ๆ โรงพยาบาลเอกชน และมูลนิธิ เป็นต้น ซึ่งหน่วยปฏิบัติการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินการทางการแพทย์ฉุกเฉินและขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีเพียงร้อยละ 52 จากทั้งหมด จำนวน 5,805 แห่ง (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562ค) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงเป็นหน่วยงานที่เป็นกลไกที่สำคัญในการดำเนินการและบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย เป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนและมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับประชาชนในท้องถิ่น โดยมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คือ ให้มีศูนย์รับแจ้งและจ่ายงานในภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักในการพัฒนาระบบและมีระบบการจัดการเพื่อสนับสนุนการพัฒนากับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562ค) ทั้งนี้การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินดำเนินการตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. 2564 ได้แก่ ลักษณะของหน่วยปฏิบัติการ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการของหน่วยปฏิบัติการ ให้มีชุดปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย ยานพาหนะ ผู้ปฏิบัติการ อุปกรณ์ และองค์ประกอบอื่นตามหลักเกณฑ์ เพื่อตรวจประเมินและรับรองมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อลดอัตราตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน บุคลากร

ผู้ปฏิบัติงานมีความปลอดภัยและระบบมีคุณภาพยั่งยืน ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่ดี เป็นปัจจัยที่ควรนำมาพิจารณาเพื่อขับเคลื่อนให้ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก้าวหน้าไปพร้อม ๆ กับชุมชน ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร 2) การจัดการระบบข้อมูล 3) การจัดฝึกอบรมทางการแพทย์ฉุกเฉิน 4) การสื่อสารในชุมชนท้องถิ่นเกี่ยวกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 5) ระบบเทคโนโลยีงานการแพทย์ฉุกเฉิน และ 6) การมีส่วนร่วมในการบริการแพทย์ฉุกเฉิน (รักษันรินทร์ แก้วมีศรี, ธรรมพร หาญผจญศึก, นันทน์ภัส สุจิมา, วรุตติรี พันคำอ้าย, สุปราณี ใจตา และปณณพัฒน์ คำด้อย, 2560)

จังหวัดลำพูนมีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จำนวน 70 หน่วย แบ่งเป็นหน่วยปฏิบัติการระดับสูง จำนวน 11 หน่วย สังกัดโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 หน่วย โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 หน่วย และ โรงพยาบาลเอกชน 3 หน่วย หน่วยปฏิบัติการพื้นฐาน จำนวน 59 หน่วย สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 56 หน่วย และองค์กรเอกชน 3 หน่วย จะเห็นว่าการกระจายตัวของหน่วยปฏิบัติการครอบคลุมพื้นที่ 8 อำเภอ ในการดูแลประชากรจำนวน 405,075 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน, 2564) ดังเห็นจากรายงานสถิติแนวโน้มการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยการช่วยเหลือและนำส่งโรงพยาบาลของชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน มีผลการออกปฏิบัติงานเปรียบเทียบ 3 ปีย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2562, 2563 และ 2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนี้ 15,465, 14,871 และ 15,033 ครั้ง การออกปฏิบัติการส่วนใหญ่เป็นปฏิบัติการระดับพื้นฐาน ร้อยละ 81.82, 82.78 และ 79.10 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสถานการณ์การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤต ร้อยละ 20.83, 21.15 และ 22.25 ยังต่ำกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 26) สอดคล้องกับการให้บริการโทรศัพท์หมายเลขเจ็บป่วยฉุกเฉิน 1669 อยู่ในเกณฑ์ต่ำเช่นกัน ร้อยละ 60.13, 63.86 และ 65.36 (เป้าหมายร้อยละ 80) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน, 2564) การพัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงเป็นการกระจายตัวของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เสริมสร้างการรับรู้และตระหนักของประชาชนถึงภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการเข้าถึงบริการเหมาะสมอย่างทันท่วงทีและยังเป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้รับการดูแลโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน เป็นการเพิ่มขีดความสามารถและการมีส่วนร่วมของหน่วยจัดการในระดับท้องถิ่นและชุมชนให้จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดลำพูน มีบทบาทในการกำกับดูแลประสานจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่จังหวัด จึงได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดลำพูน เพื่อให้มีคุณภาพตามมาตรฐานและสมรรถนะที่ดียิ่งขึ้น

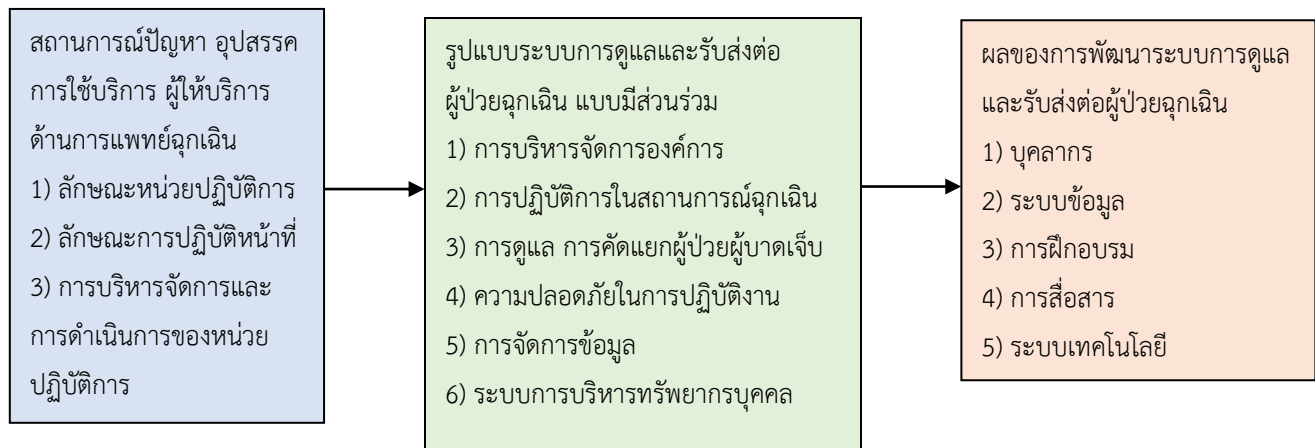
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดลำพูน

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดลำพูน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามเกณฑ์การตรวจประเมินและรับรองคุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย (Thai Emergency Medical Service Accreditation (TEMSA)) ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2562ง) ประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ 1) การบริหารจัดการองค์กร 2) การปฏิบัติการในสถานการณ์ฉุกเฉิน 3) การดูแลคัดแยกผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บ 4) ความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน 5) การจัดการข้อมูล และ 6) ระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล และผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการใช้บริการและผู้ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 2) รูปแบบระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน และ 3) ผลของการพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน จังหวัดลำพูน ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานและสมรรถนะ ดังกรอบแนวคิดดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research (PAR)) โดยพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดลำพูน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ 1) หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการประเภทยาการแพทย์ระดับพื้นฐาน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดลำพูน และ 2) ผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน จังหวัดลำพูน

กลุ่มตัวอย่าง คือ

1) หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการประเภทยาการแพทย์ระดับพื้นฐาน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดลำพูน จำนวน 56 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

2) ผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐานที่ปฏิบัติงานในจังหวัดลำพูน กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยเทียบจากตารางแสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 204 คน จากจำนวนผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐานที่ปฏิบัติงานในจังหวัดลำพูนทั้งหมด 56 หน่วย จำนวน 424 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

เกณฑ์การคัดเข้า

1. หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการประเภทยาการแพทย์ระดับพื้นฐาน ที่ปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน พ.ศ. 2565

2. เป็นผู้ทำงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการประเภทยาการแพทย์ระดับพื้นฐาน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดลำพูน ประกอบด้วยอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์และพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 2 ปี

3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ย้ายหน่วยงาน

2. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ประกอบด้วย ประเด็นสำรวจลักษณะของหน่วยปฏิบัติการ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ การเข้าถึงบริการ สภาพปัญหาอุปสรรคของการเข้าถึงบริการดูแลรับส่งต่อผู้ป่วย การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามมาตรฐาน

2. แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์การตรวจประเมินและรับรองคุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย (Thai Emergency Medical Service Accreditation (TEMSA)) สำหรับการหน่วยปฏิบัติการประเภทยาการปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2562) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยปฏิบัติการ ส่วนที่ 2 เกณฑ์แบบประเมินตนเองคุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทยสำหรับการหน่วยปฏิบัติการประเภทยาการปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ หมวดการบริหารจัดการองค์กร หมวดการปฏิบัติการ

ในสถานการณ์ฉุกเฉิน หมวดการดูแลการคัดแยกผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บ หมวดความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน หมวดการจัดการข้อมูล และหมวดระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 32 ข้อ มีข้อคำตอบ 2 ระดับ คือ มี และไม่มี สอบถามเพื่อกระตุ้นให้แต่ละหน่วยปฏิบัติการเกิดการตระหนักว่าควรทำการพัฒนาตัวเองให้ได้มาตรฐานมากน้อยเพียงใด

3. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พัฒนามาจากแบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมือง กึ่งชนบทของ รักษนรินทร์ แก้วมีศรี, ธรรมพร หาญผจญศึก, นันทน์ภัส สุจิมา, วรุสิริ พันคำอ้าย, สุปราณี ใจตา และปณณพัฒน์ คำต๋อย (2560) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับปัจจัยและเงื่อนไขสำคัญ 6 ด้าน คือ 1) บุคลากร 2) ระบบข้อมูล 3) การฝึกอบรม 4) การสื่อสาร 5) เทคโนโลยีการรับแจ้งเหตุ 6) การมีส่วนร่วมในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวนรวมทั้งหมด 50 ข้อ ลักษณะข้อคำถามผู้วิจัยปรับใช้เกณฑ์การประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2561) มีเกณฑ์ค่าคะแนน คือ ระดับ 5 ค่าคะแนน 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับดีมาก ระดับ 4 ค่าคะแนน 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับดี ระดับ 3 ค่าคะแนน 2.51–3.50 หมายถึง ระดับพอใช้ ระดับ 2 ค่าคะแนน 1.51–5.00 หมายถึงระดับต้องปรับปรุง ระดับ 1 ค่าคะแนน 0.00 – 1.50 หมายถึง ระดับต้องปรับปรุงเร่งด่วน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินของรักษนรินทร์ แก้วมีศรี และคณะ (2560) นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐานที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการใช้บริการและผู้ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้การศึกษาเอกสารสรุปผลการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดลำพูน และทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แนวคิดการมีส่วนร่วม เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วม จังหวัดลำพูน และดำเนินการจัดประชุมโครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดลำพูน โดยใช้การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยขออนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการวิจัย ระยะดำเนินการวิจัย และได้คัดเลือกผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 9 คน จากโรงพยาบาล 8 แห่ง ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการองค์การบริหารส่วน จังหวัดลำพูน 1 แห่ง ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัยทำความเข้าใจการใช้เครื่องมือให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วม โดยจัดประชุม การพัฒนาการตรวจประเมินและรับรองคุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของหน่วยปฏิบัติการแพทย์ทุกระดับ และหน่วยปฏิบัติการอำนวยการระดับพื้นฐาน โดยร่วมกันพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามเกณฑ์การตรวจ ประเมินและรับรองคุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย (Thai Emergency Medical Service Accreditation (TEMSA)) ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2562) ประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ 1) การบริหารจัดการองค์กร 2) การปฏิบัติการในสถานการณ์ฉุกเฉิน 3) การดูแลคัดแยกผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บ 4) ความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน 5) การจัดการข้อมูล และ 6) ระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยดำเนินการจัดประชุมถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ร่วมกันระหว่างทีมปฏิบัติงานของหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดลำพูน ในประเด็นที่เป็นการแสดงความคิดเห็นโดยนำเสนอรูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามเกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพและคืนข้อมูลที่ค้นพบให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นสะท้อนประเด็น นอกเหนือจากการบริการดูแลรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน สรุปความเชื่อมโยงประเด็นต่าง ๆ ที่สามารถนำมา อธิบายการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นสังกัดองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น จังหวัดลำพูน ให้ชัดเจนมากขึ้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐานสังกัดองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และแบบสอบถาม เรื่อง เกณฑ์แบบประเมินตนเอง การตรวจประเมินและรับรองคุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลแต่ละประเด็น ที่มีความคิดเห็นซ้ำกัน จัดกลุ่มข้อมูลและวิเคราะห์สรุปประเด็นเชื่อมโยงข้อมูลจากการสอบถามและสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ข้อมูลมีความละเอียดและเป็นจริง มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้นน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น และนำเสนอ ตามประเด็นหลักที่กำหนดไว้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำพูน กระทรวงสาธารณสุข และได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ REC 2565 – 13 รับรองเมื่อวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูลทุกขั้นตอน ประโยชน์ของการวิจัย ทั้งนี้ให้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจลงนามในเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง ซึ่งในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย

หากกลุ่มตัวอย่างต้องการจะถอนตัวออกจากการวิจัยก่อนที่การดำเนินการจะสิ้นสุดก็สามารถทำได้ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใด ๆ และไม่มีผลกระทบต่อการทำงานหรือองค์การ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ได้แก่ ข้อมูลรายบุคคลหรือหน่วยงานถือเป็นความลับในการนำเสนอและจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น โดยไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือหน่วยที่ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการใช้บริการและผู้ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

พบว่า จังหวัดลำพูนมีหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและขึ้นทะเบียนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมพื้นที่ 8 อำเภอ ร้อยละ 98.24 เป็นหน่วยปฏิบัติการประเภทปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับเบื้องต้น ร้อยละ 82.14 และหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับต้น ร้อยละ 17.86 บุคลากรในหน่วยปฏิบัติการแพทย์ เป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ร้อยละ 89.15 และพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ร้อยละ 10.85 สัดส่วนอัตรากำลังต่อหน่วยเฉลี่ย 7 คนต่อ 1 หน่วย พาหนะที่ใช้ปฏิบัติการแพทย์เป็นพาหนะทางบก จำนวน 56 คัน ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่การบริหารจัดการและการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการ ปัญหาอุปสรรคการใช้บริการและผู้ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้วิจัยใช้วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้การสนทนากลุ่มพบประเด็นปัญหาที่ต้องพัฒนา ดังนี้

- 1) ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย การรายงานข้อมูลการลงข้อมูลในระบบ ITEMS ยังไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน
- 2) การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ประชาชนรับรู้และตระหนักถึงภาวะฉุกเฉินและการเข้าถึงบริการเหมาะสมอย่างทั่วถึงที่มีสัดส่วนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน
- 3) ผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ
- 4) ทักษะและประสบการณ์ของบุคลากรในขณะปฏิบัติหน้าที่ เช่น ผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะส่งต่อ ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นต้องช่วยฟื้นคืนชีพบนรถพยาบาลหรือการใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ
- 5) การจัดการของมีค่าที่มากับผู้ป่วยที่เหมาะสม และการเก็บรักษาให้กับผู้ป่วย และ
- 6) การสื่อสารเกิดความคลาดเคลื่อน เช่น การติดต่อทางโทรศัพท์ล่าช้า เสียงไม่ชัดเจนหรือ Internet ใช้การไม่ได้ ระบบสารสนเทศไม่เสถียรและการส่งข้อมูลล่าช้าหรือไม่สามารถส่งได้ เป็นต้น

2. การพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน

พบว่า รูปแบบพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินการจัดระบบดูแลรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดลำพูนตามเกณฑ์การตรวจประเมินและรับรองคุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย (Thai Emergency Medical Service Accreditation (TEMSA)) ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2562) ประกอบด้วย

1. หมวดยุทธศาสตร์การบริหารทรัพยากรบุคคล การบริหารจัดการองค์การ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาเจ้าหน้าที่โดยการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 2) สร้างความพร้อมของเจ้าหน้าที่ด้วยการซ้อมแผน

บริการแพทย์ฉุกเฉิน 3) การจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 4) เจ้าหน้าที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินประสานโรงพยาบาลกำหนดช่องทางด่วน

2. หมวดการจัดการข้อมูล ระบบข้อมูล ประกอบด้วย 1) การจัดการระบบข้อมูลของผู้ป่วยโรคที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินกลุ่มเสี่ยง 2) การเก็บข้อมูลสถานะสุขภาพของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 3) การเยี่ยมบ้านเพื่อให้ทราบข้อมูลรายละเอียดความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อม

3. หมวดการดูแลและการคัดแยกผู้ป่วยและผู้ป่วยเจ็บ การจัดฝึกอบรมความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ประกอบด้วย 1) จัดอบรมหรือทำเอกสารชุดความรู้แก่ประชาชนในการบริการแพทย์ฉุกเฉิน 2) ให้ความรู้ด้านการปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพแก่ประชาชนในพื้นที่ และ 3) อบรมอาสาฉุกเฉินในชุมชน

4. หมวดความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน การสื่อสารในชุมชนท้องถิ่นเกี่ยวกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) บูรณาการร่วมกับกิจกรรมโครงการอื่น และ 2) ให้ข้อมูลและความรู้แก่ประชาชน แจ้งอาการเจ็บป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล

5. หมวดการปฏิบัติการในสถานการณ์ฉุกเฉิน ระบบเทคโนโลยีงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย 1) ระบบแจ้งเหตุที่รวดเร็วจากบ้านผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงถึงหน่วยกู้ชีพ และ 2) ระบบแจ้งเหตุงานการแพทย์ฉุกเฉิน คือ “ระบบสายด่วน 1669”

6. หมวดการบริหารจัดการองค์การ การมีส่วนร่วมในการบริการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) สร้างเครือข่ายแกนนำชุมชนและผู้นำชุมชนด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และ 2) ระดมทุนสนับสนุนงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้บริการประชาชนทั่วถึง

3. ประสิทธิภาพของการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดลำพูน

3.1 ผลการดำเนินงานตามระบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามเกณฑ์การตรวจประเมินและรับรองคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย สำหรับหน่วยปฏิบัติการประเภทปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐานพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดลำพูนมีการจัดการหน่วยปฏิบัติการแพทย์ให้เป็นตามเกณฑ์การตรวจประเมินและรับรองคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 6 หมวด ในภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 73.51 พิจารณารายหมวดที่มีการจัดการหน่วยปฏิบัติการแพทย์สูงสุด คือ หมวดการปฏิบัติการในสถานการณ์ฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 80.36 รองลงมา คือ หมวดความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 78.57 หมวดการบริหารจัดการองค์การ และหมวดการดูแลการคัดแยกผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บ คิดเป็นร้อยละ 75 หมวดการจัดการข้อมูลและหมวดระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลมีการจัดการน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.07 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานตามระบบการดูแลรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามเกณฑ์การตรวจประเมินและรับรองคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย สำหรับหน่วยปฏิบัติการประเภทปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน (n=56)

ระบบการดูแลรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์การตรวจประเมินและรับรองคุณภาพ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย	ผลการประเมิน	
	มี (ร้อยละ)	ไม่มี (ร้อยละ)
1.หมวดการบริหารจัดการองค์การ	75	25
2.หมวดการปฏิบัติการในสถานการณ์ฉุกเฉิน	80.36	19.64
3.หมวดการดูแล และการคัดแยกผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บ	75	25
4.หมวดความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน	78.57	21.43
5.หมวดการจัดการข้อมูล	66.07	33.93
6.หมวดระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล	66.07	33.93
รวม	73.51	26.49

3.2. ศึกษาประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดลำพูน ตามลักษณะปัจจัยและเงื่อนไขของการบริการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 6 ประเด็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่ในระดับดีมาก เรียงลำดับดังนี้ ด้านระบบเทคโนโลยีงานการแพทย์ฉุกเฉิน (Mean = 4.87, S.D. = 0.32) การสื่อสารในชุมชนเกี่ยวกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Mean = 4.67, S.D. = 0.36) และการจัดฝึกอบรมความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน (Mean = 4.60, S.D. = 0.43) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยระดับดี ได้แก่ ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร (Mean = 4.46, S.D. = 0.20) การจัดการระบบข้อมูลสำหรับรองรับการให้บริการแพทย์ฉุกเฉิน (Mean = 4.32, S.D. = 0.35) และด้านการมีส่วนร่วมในการบริการแพทย์ฉุกเฉิน (Mean = 4.11, S.D. = 0.20) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดลำพูน (n=204)

ลำดับ	การมีส่วนร่วมพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินตามลักษณะปัจจัย/ เงื่อนไขของการบริการแพทย์ฉุกเฉิน	Mean	S.D.	แปลผล
1.	การพัฒนาศักยภาพบุคลากร	4.47	0.20	ดี
1.1	การพัฒนาเจ้าหน้าที่โดยการอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน	4.12	0.50	ดี
1.2	สร้างความพร้อมของเจ้าหน้าที่ด้วยการซ้อมแผนบริการแพทย์ฉุกเฉิน	4.55	0.49	ดีมาก
1.3	การจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอปท.	4.69	0.45	ดีมาก
1.4	เจ้าหน้าที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินประสานโรงพยาบาลกำหนดช่องทางด่วน	4.77	0.39	ดีมาก

ลำดับ	การมีส่วนร่วมพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินตามลักษณะปัจจัย/ เงื่อนไขของการบริการแพทย์ฉุกเฉิน	Mean	S.D.	แปลผล
2.	ระบบข้อมูล	4.32	0.35	ดี
2.1	การจัดการระบบข้อมูลของผู้ป่วยโรคที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินกลุ่มเสี่ยง	3.95	0.89	ดี
2.2	การเก็บข้อมูลสถานะสุขภาพของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอปท.	4.17	0.59	ดี
2.3	การเยี่ยมบ้านเพื่อให้ทราบข้อมูลรายละเอียดความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อม	4.56	0.52	ดีมาก
3.	การจัดฝึกอบรมความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่	4.60	0.43	ดีมาก
3.1	จัดอบรมหรือทำเอกสารชุดความรู้แก่ประชาชนในการบริการแพทย์ฉุกเฉิน	4.57	0.48	ดีมาก
3.2	ให้ความรู้ด้านการปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพแก่ประชาชนในพื้นที่	4.60	0.49	ดีมาก
3.3	อบรมอาสาฉุกเฉินในชุมชน	4.63	0.48	ดีมาก
4.	การสื่อสารในชุมชน ท้องถิ่นเกี่ยวกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.67	0.36	ดีมาก
4.1	บูรณาการร่วมกับกิจกรรมโครงการอื่น	4.65	0.47	ดีมาก
4.2	ให้ข้อมูลและความรู้แก่ประชาชน แจ้งอาการเจ็บป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล	4.69	0.45	ดีมาก
5.	ระบบเทคโนโลยีงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	4.88	0.32	ดีมาก
5.1	ระบบแจ้งเหตุที่รวดเร็วจากบ้านผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงถึงหน่วยกู้ชีพ	4.86	0.35	ดีมาก
5.2	ระบบแจ้งเหตุงานการแพทย์ฉุกเฉิน คือ “ระบบสายด่วน 1669”	4.89	0.31	ดีมาก
6.	การมีส่วนร่วมในการบริการแพทย์ฉุกเฉิน	4.12	0.20	ดี
6.1	สร้างเครือข่ายแกนนำชุมชนและผู้นำชุมชนด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.70	0.52	ดีมาก
6.2	ระดมทุนสนับสนุนงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินอปท.ให้บริการประชาชนทั่วถึง	3.53	0.55	ดี

การอภิปรายผล

ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดลำพูน สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

หมวดการบริหารจัดการองค์กร ปัจจัยเงื่อนไขที่พัฒนา คือ ด้านการมีส่วนร่วมบริการแพทย์ฉุกเฉิน มีระดับค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก คือ การสร้างเครือข่ายแกนนำชุมชนและผู้นำชุมชนในด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี คือ การระดมทุนสนับสนุนทรัพยากรเพื่อให้บริการประชาชนในพื้นที่ จากการสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ประชาชนขอใช้บริการรับผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินซึ่งไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นการพัฒนาหมวดบริหารจัดการองค์กร อาศัยความร่วมมือกับเครือข่ายแกนนำชุมชน กลุ่ม/องค์กร จิตอาสา หน่วยราชการในพื้นที่ ดำเนินการเชิงรุกสำรวจข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง สร้างความเข้าใจกับประชาชนในพื้นที่เพื่อวางแผนเตรียมความพร้อมการให้บริการหากเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าถึงบริการในพื้นที่ได้และจัดหาหน้ะประเภทอื่นให้บริการประชาชนตามความเหมาะสม สอดคล้องกับการการศึกษาของ รักษณรินทร์ แก้วมีศรี และคณะ (2560) พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดบริการแพทย์ฉุกเฉินให้กับประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ โดยมีเทศบาลตำบลเป็นผู้จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็น

รูปธรรมทุกขั้นตอน ชุมชนมีส่วนร่วมพัฒนาและประเมินผล แก้ไขปัญหาชุมชน เกิดการเรียนรู้ที่จะกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กล่าวโดยสรุปหมวดการบริหารจัดการองค์การขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภายในและเครือข่ายนอกองค์กรในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ครอบคลุม และให้ประชาชนเข้ามาเรียนรู้ร่วมกันในการบูรณาการการทำงานของหน่วยงานและกลุ่ม/องค์กร ชุมชน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมอย่างเป็นกระบวนการและต่อเนื่อง ส่งผลต่อการมีระบบบริการสุขภาพและพัฒนางานให้เป็นไปตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน

หมวดการปฏิบัติการในสถานการณ์ฉุกเฉิน ปัจจัยเงื่อนไขในการพัฒนา คือ ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ การสร้างความพร้อมของเจ้าหน้าที่ด้วยการซ้อมแผนบริการแพทย์ฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินประสานโรงพยาบาลช่องทางฉุกเฉินเร่งด่วนให้ได้รับการรักษาต่อได้อย่างรวดเร็ว และการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การอบรมความรู้และทักษะความชำนาญในการแพทย์ฉุกเฉิน จากการสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวอย่างพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สามารถแบ่งอัตรากำลังในการปฏิบัติหน้าที่กู้ชีพและกู้ภัยได้ทำให้เจ้าหน้าที่มีภาระงานเพิ่มขึ้น การสนับสนุนการทำงานร่วมกันโดยทบทวนบทบาทภารกิจร่วมกันในหน่วยงานซึ่งงานการแพทย์ฉุกเฉินเป็นส่วนหนึ่งในการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องดำเนินงานอยู่แล้ว และพัฒนาความรู้โดยใช้แนวทางหรือคำสั่งการรักษา คือ คู่มือการอำนวยความสะดวกทั่วไปในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคและภัยสุขภาพ ระบบการรับ-ส่งผู้ป่วยที่สำคัญในเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 1 (2562) กล่าวโดยสรุปหน่วยปฏิบัติการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการพัฒนาความรู้ ทักษะด้านปฏิบัติการในสถานการณ์ฉุกเฉิน ร่วมฝึกซ้อมแผนสาธารณภัยระดับจังหวัดและอำเภอเพื่อให้มีการพัฒนาตามมาตรฐาน

หมวดการดูแลผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บ ปัจจัยเงื่อนไขในการพัฒนา คือ ด้านการฝึกอบรมความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยระดับดีมาก ได้แก่ การอบรมอาสาฉุกเฉินในชุมชน การให้ความรู้ด้านการปฐมพยาบาลการช่วยฟื้นคืนชีพแก่ประชาชนในพื้นที่และจัดทำเอกสารความรู้ การบริการแพทย์ฉุกเฉินให้แก่ประชาชนเพื่อให้เข้าใจขั้นตอนการบริการและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง จากการสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวอย่างพบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานควรได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อการปฏิบัติงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจจะมีข้อจำกัดในด้านวิชาการ บทบาทของการจัดอบรมโดยบูรณาการแผนงานโครงการกิจกรรมในพื้นที่ เช่น การอบรมอาสาฉุกเฉินชุมชน อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้ประชาชน โดยจัดทำเอกสารชุดความรู้ที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน คู่มือสำหรับประชาชนให้สามารถสื่อสารเข้าใจง่าย นำไปใช้ได้จริง ร่วมกับหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข สถาบันการศึกษาและองค์กรในชุมชนในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์วิภา สังข์อินทร์, ภาณุ อดกลั่น และนุชนารถ ศรีนาค (2563) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมีแผนระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินครบวงจร ประกอบด้วย 1) ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2) ระบบส่งต่อผู้ป่วย 3) ระบบบริการห้องฉุกเฉิน 4) เครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย

ในชุมชน และการศึกษาของวิไลภรณ์ ศิริกา, ศศิธร พิมพ์พาน้อย และทิพานัน นามวิจิตร (2559) พบว่า การพัฒนาอาสาสมัครชุมชนประจำครัวเรือน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม มีกลยุทธ์การดำเนินงานในชุมชน คือ รู้จัก เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา และมีบทบาทหน้าที่ในการประเมินสถานการณ์ ประสานงาน ปฐมพยาบาล และประชาสัมพันธ์ กล่าวโดยสรุปการพัฒนากระบวนการดูแลรับส่งต่อผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีมาตรฐาน ต้องให้ท้องถิ่นเห็นความสำคัญสามารถบูรณาการจัดโครงการ กิจกรรมในชุมชน ร่วมกับหน่วยงานองค์กร และสนับสนุนจัดส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมพัฒนาความรู้ ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลเมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพและมีความปลอดภัย

หมวดความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ปัจจัยเงื่อนไขในการพัฒนา คือ การสื่อสารในชุมชนเกี่ยวกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยรวมมีค่าเฉลี่ยระดับดีมาก ได้แก่ การให้ข้อมูลความรู้แก่ประชาชนในการแจ้งข้อมูลอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยก่อนจะนำส่งโรงพยาบาลรวมถึงการสื่อสารความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว แจ้งให้หน่วยปฏิบัติการแพทย์ทราบความเสี่ยงเพื่อป้องกันตนเองจากการแพร่ระบาดของเชื้อโรค และบูรณาการงานการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับกิจกรรมโครงการอื่น จากการสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวอย่าง พบว่าองค์กรส่วนท้องถิ่นมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรสนับสนุน อัตรากำลัง และพาหนะ หากมีการติดเชื่อจากการปฏิบัติงานจะไม่สามารถจัดบริการให้ประชาชนได้ ดังนั้นผู้บริหารองค์กรต้องจัดทำแผนประคับประคองกิจการ การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์องค์กร จัดหาทรัพยากรให้พร้อมใช้สามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา และจัดโครงสร้างอาคารสถานที่ สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สามารถออกปฏิบัติงานได้สะดวก มีนโยบายแนวทางป้องกันควบคุมการติดเชื้อและประเมินความเสี่ยงการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ รวมถึงการสนับสนุนความรู้ทักษะความชำนาญโดยรวมซ่อมแซมสาธารณภัยในระดับพื้นที่ อำเภอและจังหวัด สอดคล้องกับปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ (2559) ได้กล่าวถึงแนวคิดสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการรักษาพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนกระบวนการตัดสินใจดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยของตนเองให้เกิดความปลอดภัยได้ กล่าวโดยสรุปความปลอดภัยในการปฏิบัติงานทำให้เห็นบริบทของพื้นที่ที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินทำให้สามารถพัฒนาจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีมาตรฐาน ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความปลอดภัย

หมวดการจัดการข้อมูล ปัจจัยเงื่อนไขในการพัฒนาได้แก่ 1) การจัดการระบบข้อมูลสำหรับรองรับการให้บริการแพทย์ฉุกเฉิน โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยระดับดี คือ การเยี่ยมบ้านเพื่อให้ทราบข้อมูลความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อม การเก็บข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง และการจัดการระบบข้อมูลของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 2) ระบบเทคโนโลยีงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมระดับดี ได้แก่ มีระบบแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายเลข 1669 โดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด สร้างความน่าเชื่อถือของผู้ปฏิบัติงานแพทย์ฉุกเฉินจากการสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวอย่างพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดเก็บบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานในระบบข้อมูลสารสนเทศของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ITEMS) มีระบบควบคุมการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย

ได้อย่างเหมาะสม และสามารถใช้องค์ความรู้ที่พบมาปรับปรุงการทำงาน ประสานงานระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอกเพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าถึงการบริการรวดเร็ว ปลอดภัย และมีสื่อสาธารณะเผยแพร่ข่าวสาร ความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์สถานะสุขภาพประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2550) พบว่า องค์ประกอบหลักของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ได้แก่ การเสริมพลังบริการสุขภาพในชุมชนให้มีความไวต่อปัญหาและความต้องการของประชาชน เพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองและสมาชิกของชุมชน และสร้างความเข้มแข็งให้องค์กรชุมชน โดยสรุปการมีส่วนร่วมพัฒนาจัดการข้อมูลสารสนเทศให้เกิดประโยชน์ ทำให้ประชาชนเข้าถึงระบบสื่อสารสาธารณะได้สะดวก มีความรอบรู้ในการจัดการสุขภาพและท้องถิ่นสามารถจัดระบบบริการได้อย่างเหมาะสม

หมวดระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล ปัจจัยเงื่อนไขในการพัฒนา คือ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยระดับดี ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการทราบขั้นตอนการบริการ สามารถบริหารจัดการทรัพยากรในหน่วยงานให้มีความพร้อม เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ นริสสา พัฒนปรีชาวงศ์ และรัชชานา สีนธวา (2555) การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล พบว่า องค์ประกอบในการดำเนินงาน ได้แก่ การนำองค์กร การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นผู้ป่วยฉุกเฉิน การวัดการวิเคราะห์ การจัดการความรู้ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล และการจัดการกระบวนการ ไม่ได้รับการพัฒนาคุณภาพเท่าที่ควร ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารท้องถิ่นและไม่มีการควบคุมคุณภาพปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างจริงจัง การสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวอย่างพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรสนับสนุน อัตรากำลังบุคลากรไม่เพียงพอต่อการจัดบริการ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานเป็นลักษณะจ้างเหมาบริการ มีการปรับเปลี่ยนบ่อย เนื่องจากไม่มีความมั่นคง ภาระงานมาก ขาดขวัญกำลังใจ ดังนั้นผู้บริหารควรมีการทบทวนโครงสร้างอัตรากำลัง ภารกิจ ให้สอดคล้องกับประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. 2564 โดยการจัดหาบุคลากร และสนับสนุนการฝึกอบรมทักษะการปฏิบัติงานแก่บุคลากรในหน่วยปฏิบัติการ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานหลักเกณฑ์และเงื่อนไข

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับพื้นฐาน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีคุณภาพตามมาตรฐานและสมรรถนะ โดยใช้กระบวนการพัฒนากลุ่ม/องค์กรชุมชน สนับสนุนการทำงานและเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง
2. พัฒนาและจัดโครงการอาสาฉุกเฉินชุมชนด้านการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้แกนนำชุมชน ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครในชุมชนอื่น ๆ มีความรู้ ทักษะ ในการแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นได้ ก่อนที่หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินจะไปถึง

3. สร้างกลุ่ม เครือข่ายทางสังคม ชุมชนสื่อสารออนไลน์เพื่อสนับสนุนการใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินและพัฒนาเป็นวัฒนธรรมการใช้บริการที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้บริการและประชาชนในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน ตามมาตรฐานตรวจประเมินและรับรองคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทยซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของหลาย ๆ ฝ่ายเพื่อพัฒนาการในพื้นที่

2. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบการใช้เทคโนโลยี หรือนวัตกรรมที่สามารถจัดบริการแพทย์ฉุกเฉินอย่างผสมผสาน โดยทดลองนำร่องศึกษาในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมทั้งในรูปแบบดำเนินการเฉพาะพื้นที่และการดำเนินการแบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัว

3. ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่บนฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน ท้องถิ่น และการดำเนินการกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ

เอกสารอ้างอิง

- ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2550). *โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน: กรณีศึกษากองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน อำเภอป่าดัว จังหวัดยโสธร*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทิพย์วิภา สังข์อินทร์, ภาณุ อดกกลิ่น และนุชนารถ ศรีนาถ. (2563). การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบครบวงจร โรงพยาบาลนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 8(2), 94-104.
- นริสสา พัฒนปรีชาวงศ์ และรัฐชนา สีนธวา. (2555). *การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล*. สงขลา: ภาควิชาวิศวกรรมอุตสาหการ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. (2559). *ทุกลมหายใจเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย*. ใน อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล(บก.), HA Update 2016 น. 41-59. นนทบุรี: หนังสือดีวัน.
- รักษันรินทร์ แก้วมีศรี, ธรรมพร หาญผจญศึก, นันทน์ภัส สุจิมา, วรุตติรี ฟั่นคำอ้าย, สุปราณี ใจตา และปณณพัฒน์ คำตุ้ย. (2560). *การพัฒนารูปแบบการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- วิไลภรณ์ ศิริกา, ศศิธร พิมพะขายน้อย และทิพานัน นามวิจิตร. (2559). *ศึกษาการพัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2561). *คู่มือการใช้เครื่องมือประเมินศักยภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2562ก). คู่มือแนวทางการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2562. นนทบุรี: ปัญญามิตรการพิมพ์.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2562ข). แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. (2562-2565). นนทบุรี: อัลทิเมทพรินติ้ง.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2562ค). การดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: สิทธิโชค พรินติ้ง.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2562ง). เกณฑ์แบบประเมินตนเองการตรวจประเมินและรับรองคุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย (Thai Emergency Medical Service Accreditation: TEMSA) สำหรับหน่วยปฏิบัติการประเภทปฏิบัติการแพทย์ ระดับพื้นฐาน. สืบค้นเมื่อ 3 มกราคม 2565 จาก https://niems.go.th/temsa_web/.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2564). รวบรวมกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ คำสั่งและหนังสือเวียนที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2564. สมุทรปราการ: ศรีบุรณคอมพิวเตอร์การพิมพ์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. (2564). สรุปผลการดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดลำพูน ปีงบประมาณ 2564. ลำพูน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 30, 607-10.