

บทความวิจัยต้นฉบับ :
การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข
กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา
Development of an Operational Model for Medical and Public Health Emergency
Response to Road Traffic Accidents in Nakhon Ratchasima Province

สรภัส เพชรอรุณ* และเปมิกา อัครวรรต**
Sorrapas Phet-arun and Pemiga Akkarawarat **
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา***

Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office***
เบอร์โทรศัพท์ 08-6499-2453; E-mail Sorrapas_a@hotmail.com*
วันที่รับ 19 มิ.ย. 2569; วันที่แก้ไข 23 มิ.ย. 2569; วันที่ตอบรับ 29 มิ.ย. 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน (2) พัฒนารูปแบบการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน (3) ประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสนทนากลุ่มแบบบันทึกผล การพัฒนาและติดตามเยี่ยมพื้นที่ แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (1) ผู้บริหารระดับจังหวัด จำนวน 2 คน (2) ผู้บริหารระดับอำเภอ จำนวน 64 คน (3) ตำรวจภูธรจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1 คน (4) มุลนิธิกู้ภัยจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 4 คน (5) สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดนครราชสีมา

จำนวน 1 คน (6) ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ จำนวน 64 คน (7) ประชาชนที่เคยขับจักรยานยนต์ รถมอเตอร์ไซด์ รถยนต์ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการจดหมวดหมู่ข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่า (1) จังหวัดนครราชสีมา มีอัตราการเสียชีวิตมากเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 9 มาตรการการป้องกันได้มีการจัดทำคำสั่งจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน และการดำเนินการป้องกันเป็นการบูรณาการร่วมกันของภาคีเครือข่าย ปัญหาที่พบ คือ ข้อจำกัดทางกายภาพ ระบบคมนาคม และพฤติกรรม ผู้ขับขี่ (2) พัฒนารูปแบบการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนนเป็นการดำเนินงานร่วมกันจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ภายใต้แนวคิด KORAT EMS SMART Model ประกอบด้วย การจัดการข้อมูลและพื้นที่เสี่ยง (knowledge & risk mapping) การบัญชาการ

และสั่งการ (organization & command center) ทีมตอบโต้ฉุกเฉินรวดเร็ว (rapid response team) เครือข่ายการรักษาผู้บาดเจ็บ (advanced trauma care network) เทคโนโลยีสนับสนุน (technology & telemedicine) ความยั่งยืนและ การมีส่วนร่วม (sustainability & community participation) (3) การประเมินรูปแบบการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขฯ พฤติกรรมการใช้รถบนท้องถนน โดยภาพรวมอยู่ที่ระดับบ่อยครั้ง ($\bar{X}=3.54$, $S.D. =.62$) ด้านความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X}=3.96$, $S.D. =.60$) และความต้องการอยู่ที่ระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.29$, $S.D. =.61$) อัตราการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บระดับวิกฤต (P1) มีแนวโน้มดีขึ้น ข้อเสนอแนะควรเพิ่มหน่วย EMS และควรทบทวนองค์ความรู้การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข; อุบัติเหตุทางถนน

Abstract

This study employed an action research design with three objectives: (1) to examine the current operational situation regarding medical and public health emergency response to road traffic accidents; (2) to develop an operational model for medical and public health emergency response to road traffic accidents; and (3) to evaluate the developed operational model for medical and public health emergency response to road traffic accidents in Nakhon Ratchasima

Province. The research instruments consisted of a document analysis form, a focus group discussion guide, a field development and monitoring visit record form, a questionnaire, and an in-depth interview guide. The sample comprised: (1) 2 provincial-level administrators; (2) 64 district-level administrators; (3) 1 representative from the Nakhon Ratchasima Provincial Police; (4) 4 representatives from the Nakhon Ratchasima Rescue Foundation; (5) 1 representative from the Nakhon Ratchasima Provincial Office of Disaster Prevention and Mitigation; (6) 64 field-level operational personnel; and (7) 30 members of the public who had experience riding bicycles or motorcycles in Nakhon Ratchasima Province. Quantitative data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation, while qualitative data were analyzed through thematic categorization.

The research findings revealed the following: (1) Nakhon Ratchasima Province ranked first in mortality rate within Health Region 9. Prevention measures included the issuance of an order establishing an Emergency Operations Center, and preventive operations were carried out through integrated collaboration among network partners. The problems identified included physical limitations, transportation infrastructure, and driver behavior. (2) The developed operational model for medical and public health emergency response to road traffic accidents was based on collaborative efforts across all relevant sectors,

under the conceptual framework of the KORAT EMS SMART Model, comprising: Knowledge & Risk Mapping, Organization & Command Center, Rapid Response Team, Advanced Trauma Care Network, Technology & Telemedicine, and Sustainability & Community Participation. (3) Evaluation of the operational model revealed that overall road-use behavior was rated at a frequent level ($\bar{X} = 3.54$, $S.D. = .62$); overall satisfaction was rated at a high level ($\bar{X} = 3.96$, $S.D. = .60$); and overall needs were rated at the highest level ($\bar{X} = 4.29$, $S.D. = .61$). The survival rate among critically injured patients classified as Priority 1 (P1) showed an improving trend. Recommendations include expanding EMS units and continuously reviewing knowledge related to medical and public health emergency response.

Keywords : Medical and Public Health Emergency Response; Road Traffic Accidents

บทนำ

ปัจจุบัน โลกเผชิญกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในมิติต่างๆ อย่างรวดเร็ว (VUCA World) แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2564 - 2570 จึงถูกจัดทำขึ้นเพื่อรองรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานของยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี และกรอบแนวคิดการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัยแบบอัจฉริยะ “Smart DRM for 3s : SEP - SDGs - SFDRR” โดยน้อมนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง (SEP) พร้อมด้วยถ่ายทอดเป้าหมาย การพัฒนาที่ยั่งยืน

(SDGs) และกรอบการดำเนินงานเช่นใด เพื่อการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ พ.ศ. 2558 - 2573 (SFDRR) เพื่อให้ระบบการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัยของประเทศบรรลุวิสัยทัศน์ “สังคมไทยสามารถ ลดความเสี่ยงเดิมป้องกันความเสี่ยงใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประเทศมีความมั่นคงอย่างปลอดภัยและยั่งยืน”^[1]

แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2564 - 2570 มีนโยบายสำคัญ 5 ประเด็น ได้แก่ (1) มุ่งเน้นการลดความเสี่ยงจากสาธารณภัยด้วยการสร้างความตระหนักรู้ให้ทุกภาคส่วนของสังคมไทย เข้าใจความเสี่ยงจากสาธารณภัยให้ครอบคลุมทุกมิติเพื่อนำไปประเมินความเสี่ยงและการใช้ข้อมูลความเสี่ยงประกอบการวางแผน การลงทุน และการตัดสินใจอย่างรู้เท่าทันภัย (2) ส่งเสริมการวิจัยและประยุกต์ใช้นวัตกรรม เทคโนโลยี และภูมิปัญญา โดยการยกระดับศักยภาพ การจัดการ ความเสี่ยงจากสาธารณภัยของประเทศ (5) เสริมสร้างความเป็นหุ้นส่วนในการจัดการความเสี่ยงจาก สาธารณภัย ร่วมกับหน่วยงานเครือข่าย ทั้งภายในประเทศ และระหว่างประเทศให้ครอบคลุมทุกมิติ (4) เสริมสร้างความเข้มแข็งการบูรณาการกับทุกภาคส่วนให้ยกระดับมาตรฐานระบบการจัดการ ในภาวะฉุกเฉินของประเทศให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการจัดการสาธารณภัยทุกระดับ พร้อมทั้งการบรรเทาทุกข์ และช่วยเหลือ สงเคราะห์ผู้ประสบภัยได้อย่างรวดเร็ว ทัวถึง และทันต่อเหตุการณ์ (5) พัฒนาระบบการฟื้นฟู อย่างยั่งยืน โดยจัดให้มีการซ่อมสร้างและฟื้นฟู ให้กลับคืนสู่สภาวะปกติโดยเร็ว หรือให้ดีกว่า

และปลอดภัยกว่าเดิม เพื่อลดความเสี่ยงเดิมและป้องกันความเสี่ยงใหม่^[1]

ประเทศไทยมีแนวโน้มการบาดเจ็บและสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนดีขึ้นเล็กน้อย ในภาพรวม โดยมีข้อมูลผู้เสียชีวิตลดลงจากเดิมจากประมาณการครั้งที่ผ่านมาขององค์การอนามัยโลก 2,000 คน แต่ประเทศไทยยังคงเป็นประเทศที่มีผู้เสียชีวิตสูงที่สุดอันดับหนึ่งในเอเชียและภูมิภาคอาเซียน สัดส่วนผู้เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากรถยนต์มากที่สุด ร้อยละ 29 รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 28 ที่เหลือเป็นผู้ขับขี่จักรยานและผู้เดินเท้า ร้อยละ 26 และผู้ใช้นถนนอื่นๆ ร้อยละ 17 ทั้งนี้ สัดส่วนผู้เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยเป็นผู้เสียชีวิตที่เกิดจากรถจักรยานยนต์มากที่สุด ร้อยละ 74.4 รถยนต์ ร้อยละ 12.3 ผู้เดินเท้า ร้อยละ 7.6 ผู้ขี่จักรยาน ร้อยละ 3.5 และผู้ใช้นถนนอื่นๆ ร้อยละ 2.3 อย่างไรก็ตาม เป็นที่ชัดเจนว่าผู้เสียชีวิตจากการชนบนถนนของประเทศไทยจำนวนมากถึง 3 ใน 4 มีสาเหตุจากการขับขี่หรือซ้อนโดยสารจักรยานยนต์ 2 ล้อ (รวมถึงรถ 3 ล้อ) ซึ่งหากคิดสัดส่วนต่อจำนวนประชากรของประเทศแล้ว ผู้เสียชีวิตที่เกิดจากรถจักรยานยนต์ในประเทศไทยจะสูงเป็นลำดับ 1 ของโลก ประกอบกับจากสถิติการจดทะเบียนยานพาหนะของกรมการขนส่งทางบก (ขบ.) ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565 พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีรถจักรยานยนต์ในประเทศไทยจำนวน 22.14 ล้านคันจึงทำให้รถจักรยานยนต์มีสัดส่วนมากที่สุดถึงร้อยละ 52.66 เมื่อเทียบกับรถจดทะเบียนสะสมประเภทอื่นตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ การเสียชีวิต

ชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจากระบบข้อมูล 3 ฐานจากระบบ Injury Data Collaboration Center ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยมีแนวโน้มที่ลดลงในช่วง 7 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2559-2565) โดยปี พ.ศ. 2565 มีผู้เสียชีวิต จำนวน 17,379 ราย เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.5 จากปี พ.ศ. 2564 ที่มีจำนวน 16,957 ราย เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุและเพศระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2565 พบว่า กลุ่มเยาวชนช่วงอายุระหว่าง 15 - 19 ปี เป็นช่วงอายุที่มีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสะสมมากที่สุดเป็นเพศชาย จำนวน 19,257 ราย และเพศหญิงจำนวน 4,053 ราย หากพิจารณาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในทุกช่วงอายุ พบว่า เพศชายเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากกว่าเพศหญิงและส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน (อายุ 15 - 59 ปี) ประกอบด้วย เพศชายรวมจำนวน 124,241 ราย (ร้อยละ 77.53 ของผู้เสียชีวิต เพศชายรวม) และเพศหญิงรวมจำนวน 30,208 ราย (ร้อยละ 60.47 ของผู้เสียชีวิตเพศหญิงรวม)^[2]

จังหวัดนครราชสีมาเป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่มีปัญหาสาธารณสุขด้านอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2568 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้สรุปข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิต ย้อนหลัง 3 ปี ผลการดำเนินการป้องกัน การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน (Road Traffic Injury : RTI) พบว่า สถิติบาดเจ็บและเสียชีวิตปี พ.ศ. 2566 ผู้บาดเจ็บ จำนวน 38,033 ราย ผู้เสียชีวิต 603 ราย ปี พ.ศ. 2567 ผู้บาดเจ็บ จำนวน 41,738 ราย ผู้เสียชีวิต 595 ราย และปี พ.ศ. 2568

(ณ 4 พฤศจิกายน 2568) ผู้บาดเจ็บจำนวน 31,943 ราย ผู้เสียชีวิต 409 ราย^[3] เมื่อพิจารณาข้อมูล การบาดเจ็บและเสียชีวิตในช่วงเทศกาลปีใหม่และ สงกรานต์ ย้อนหลัง 3 ปี ดังนี้ เทศกาลปีใหม่ ปี พ.ศ. 2566 ผู้บาดเจ็บ จำนวน 1,082 ราย เสียชีวิต จำนวน 15 ราย ปี พ.ศ. 2567 ผู้บาดเจ็บ จำนวน 1,077 ราย เสียชีวิต 8 ราย และ ปีพ.ศ. 2568 ผู้บาดเจ็บ จำนวน 1,541 ราย เสียชีวิต จำนวน 22 ราย^[3]

แนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาการเกิด อุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา อาจทำได้ โดยการนำการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ซึ่งหมายถึง การดำเนินการอย่าง มีระบบ รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ เพื่อ จัดการเหตุการณ์ การเกิดโรคและภัยคุกคาม สุขภาพ เพื่อหยุดยั้ง ลดผลกระทบ ความสูญเสียต่อชีวิต ทรัพย์สิน และสิ่งแวดล้อม รวมทั้ง ควบคุมสถานการณ์ให้กลับสู่สภาวะปกติอย่าง รวดเร็วที่สุด โดยมีกรอบคลุมถึงการแจ้งเตือน การอพยพ การช่วยเหลือทางการแพทย์และ สาธารณสุข^[4] สอดคล้องกับการนำทฤษฎี การประเมิน ผล CIPP Model มาช่วยในการประเมินผล การดำเนินงาน โดยการประเมินผล CIPP Model หมายถึง กระบวนการรวบรวมและวิเคราะห์ ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจดำเนินการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อันเป็น การตัดสินใจคุณค่า โดยวัดผล และตัดสินใจ ค่าของสิ่งที่ถูกประเมินเทียบกับเกณฑ์ โดย นำผลที่ประเมินได้มาปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน เพื่อให้แผนงานหรือโครงการบรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ บริบทของ การประเมิน (context evaluation) ปัจจัยนำเข้า (input)

กระบวนการ (process) (4) ผลลัพธ์ (product)^[5] โดยการนำทฤษฎี การประเมินผล CIPP Model มาช่วยในการประเมินผลรูปแบบการดำเนินงาน การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา ที่พัฒนา ขึ้นให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากสภาพปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมาและแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยนำทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model มาช่วย ในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้นักวิจัยสนใจศึกษา เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา เพื่อ ศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานการตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณี อุบัติเหตุทางถนน ตลอดจนพัฒนารูปแบบ การดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์ และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน นอกจากนี้ ยังเป็น การดำเนินงานตามแผนการป้องกันและ บรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2564 – 2570 เพื่อลดจำนวนการเกิดอุบัติเหตุทางถนนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และ สาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัด นครราชสีมา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และ สาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัด

นครราชสีมา

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดำเนินงาน การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และ สาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัด นครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

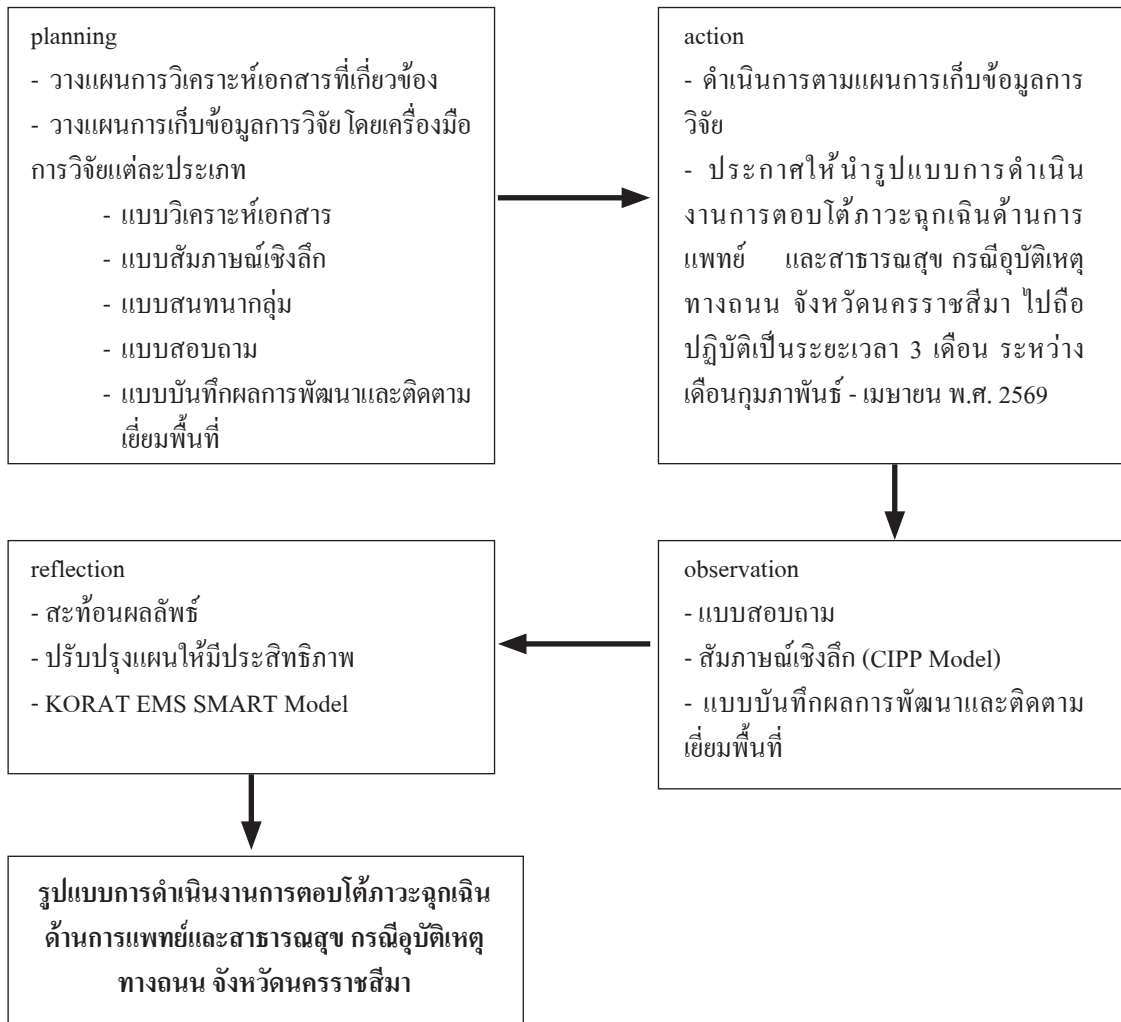
1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ได้แก่ (1) ผู้บริหารระดับจังหวัด (2) ผู้บริหารระดับอำเภอ (3) ตำรวจภูธรจังหวัด นครราชสีมา (4) มูลนิธิกู้ภัยจังหวัดนครราชสีมา (5) สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัดนครราชสีมา (6) ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ และ (7) ประชาชนในจังหวัดนครราชสีมา ส่วน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 7 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้บริหารระดับจังหวัด ได้แก่ นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รองนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ทำ การศึกษาวิจัย โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เจาะจง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อม ในการให้ข้อมูลการวิจัย จำนวน 2 คน (2) ผู้บริหาร ระดับอำเภอ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุข อำเภอ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัย โดยใช้วิธีการ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย จำนวน 64 คน (3) ตำรวจภูธรจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัย โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบเจาะจง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มี ความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย จำนวน 1 คน

(4) มูลนิธิกู้ภัยจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ ทำการศึกษาวิจัย โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความ พร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย จำนวน 4 คน (5) สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัย โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูล การวิจัย จำนวน 1 คน (6) ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัย โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบเจาะจง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย จำนวน 64 คน (7) ประชาชน คือ ประชาชนที่เคยขับขีรถ จักรยาน รถจักรยานยนต์และรถยนต์ในจังหวัด นครราชสีมา โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เจาะจง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อม ในการให้ข้อมูลการวิจัย จำนวน 30 คน

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา ผู้วิจัยมุ่งเน้นศึกษา การดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา โดยนำการตอบโต้ภาวะ ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข มาผนวก เข้าในการดำเนินการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ทางถนน จังหวัดนครราชสีมา เพื่อลดจำนวนการ เกิดอุบัติเหตุทางถนน และเพื่อให้ การดำเนินงาน ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนมีประสิทธิภาพ ยิ่งขึ้น

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลา 6 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) ผู้บริหารระดับจังหวัด (2) ผู้บริหารระดับอำเภอ (3) ตำรวจภูธรจังหวัดนครราชสีมา (4) มูลนิธิกู้ภัยจังหวัดนครราชสีมา (5) สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัดนครราชสีมา (6) ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ และ (7) ประชาชนในจังหวัดนครราชสีมา

2. กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 7 กลุ่ม ได้แก่

2.1 ผู้บริหารระดับจังหวัด ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัย โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย จำนวน 2 คน เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และตอบ

แบบสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อ งานวิจัย เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้บริหารระดับ จังหวัด มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอุบัติเหตุทาง ถนน และมีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถเข้าร่วมใน ทุกกิจกรรมของการวิจัย

2.2 ผู้บริหารระดับอำเภอ ได้แก่ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอ ผู้วิจัยได้ทำ การศึกษาวิจัย โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เจริญ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อม ในการให้ข้อมูลการวิจัย จำนวน 64 คน เข้าร่วม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และตอบ แบบสอบถาม ซึ่งมีจำนวนแตกต่างกัน เพื่อให้ได้ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย เกณฑ์การคัด เข้าคือเป็นผู้บริหารระดับอำเภอ (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอ) มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับอุบัติเหตุทางถนน และมีความพร้อมใน การให้ข้อมูลการวิจัย ส่วนเกณฑ์ การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมในทุกกิจกรรมของการวิจัย

2.3 ดำรวจภูธรจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัย ได้ทำการศึกษาวิจัย โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบเจริญ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย จำนวน 1 คน เนื่องจากมีจำนวนไม่มากนัก เพื่อเข้าร่วม การสนทนากลุ่ม และตอบแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย เกณฑ์ การคัดเข้า คือ ปฏิบัติงานที่สถานีตำรวจภูธร จังหวัดนครราชสีมา รับผิดชอบเกี่ยวกับอุบัติเหตุ ทางถนน มีความสะดวกและความพร้อมในการให้ ข้อมูลการวิจัยส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถ

เข้าร่วมในทุกกิจกรรมของการวิจัย

2.4 มูลนิธิกู้ภัยจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ ทำการศึกษาวิจัย โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจริญ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความ พร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย จำนวน 4 คน เข้า ร่วม การสนทนากลุ่ม และตอบแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย เกณฑ์ การคัดเข้า คือ ปฏิบัติงานที่มูลนิธิกู้ภัยจังหวัด นครราชสีมา ปฏิบัติงานที่มูลนิธิกู้ภัยจังหวัด นครราชสีมาอย่างน้อย 1 ปี และมีความพร้อมใน การให้ข้อมูลการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมในทุกกิจกรรมของการวิจัย

2.5 สำนักงานป้องกันและบรรเทา สาธารณภัยจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ทำ การศึกษาวิจัย โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เจริญ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อม ในการให้ข้อมูลการวิจัย จำนวน 1 คน เข้าร่วม การสนทนากลุ่มและตอบแบบสอบถามเพื่อให้ได้ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย เกณฑ์การคัดเข้า คือ ปฏิบัติงานที่สำนักงานป้องกันและบรรเทา สาธารณภัยจังหวัดนครราชสีมา ปฏิบัติงานเกี่ยวกับ อุบัติเหตุทางถนน และมีความพร้อมในการให้ ข้อมูลการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมในทุกกิจกรรมของการวิจัย

2.6 ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ ผู้วิจัยได้ทำ การศึกษาวิจัย โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เจริญ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อม ในการให้ข้อมูลการวิจัย จำนวน 64 คน เข้าร่วม การสนทนากลุ่มการสัมภาษณ์เชิงลึก และตอบ แบบสอบถาม ซึ่งเครื่องมือแต่ละประเภทใช้กลุ่ม ตัวอย่างจำนวนไม่เท่ากัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็น ประโยชน์ต่องานวิจัย เกณฑ์การคัดเข้า คือ ปฏิบัติ

งานที่โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชน หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ปฏิบัติงานเกี่ยวกับอุบัติเหตุทางถนน และมีความพร้อมในการให้ข้อมูล การวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมในทุกกิจกรรมของการวิจัย

2.7 ประชาชน คือ ประชาชนที่เคยขับขี รถจักรยาน รถจักรยานยนต์ และรถยนต์ในจังหวัด นครราชสีมา โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูล การวิจัย จำนวน 30 คน เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย เกณฑ์การคัดเข้า คือ เคย ขับขี่จักรยาน จักรยานยนต์ในจังหวัดนครราชสีมา ขับขี่รถจักรยาน รถจักรยานยนต์ และรถยนต์ใน จังหวัดนครราชสีมาในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2569 และมีความพร้อมในการให้ข้อมูล การวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมในทุกกิจกรรมของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ จำนวน 5 ประเภท ได้แก่ แบบ วิเคราะห์เอกสาร แบบสนทนากลุ่ม แบบบันทึก ผลการพัฒนาและติดตามเยี่ยมพื้นที่แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งมีรายละเอียดเครื่องมือการวิจัยแต่ละประเภท ดังนี้

1. แบบวิเคราะห์เอกสาร ผู้วิจัยใช้แบบ วิเคราะห์เอกสารที่ปรากฏรายละเอียดในคำสั่ง รายงานการประชุม เอกสารประกอบการประชุม เกี่ยวกับการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนน เป็นต้น

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง ครั้งที่ 1 เพื่อศึกษาศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานการตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์ และสาธารณสุข

กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา และ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ครั้งที่ 2 เพื่อประเมินผล รูปแบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์ และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัด นครราชสีมา ตามแนวคิด CIPP Model

3. แบบสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องอุบัติเหตุ ทางถนน เพื่อชี้แจงข้อค้นพบจากแบบสัมภาษณ์ เชิงลึก พร้อมทั้งออกแบบกระบวนการส่งเสริม ความสำเร็จการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทาง ถนน จังหวัดนครราชสีมาร่วมกัน

4. แบบบันทึกผลการพัฒนาและติดตาม เยี่ยมพื้นที่ เพื่อติดตามผลจากการนำรูปแบบ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และ สาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัด นครราชสีมาไปถือปฏิบัติ

5. แบบสอบถามผู้เกี่ยวข้อง เพื่อประเมิน ผลความพึงพอใจและความต้องการที่มีต่อรูปแบบ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การวิจัย แบ่งเป็นการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เชิงคุณภาพและการตรวจสอบเครื่องมือเชิงปริมาณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ

การทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เมื่อผู้วิจัย สร้างคำถาม จัดรูปแบบและโครงสร้างของแบบ วิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบ สนทนากลุ่ม แบบบันทึกผลการพัฒนาและ ติดตามเยี่ยมพื้นที่ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบ

สัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบบันทึก ผลการพัฒนาและติดตามเยี่ยมพื้นที่ดังกล่าวเสนอ ผู้เชี่ยวชาญด้านการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการ แพทย์และสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญด้านอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้คำแนะนำในการปรับแก้ไข และตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้แล้วจึงนำ มาปรับปรุงแก้ไขเพื่ดำเนินการในขั้นต่อไป

การตรวจสอบเครื่องมือเชิงปริมาณ

1. การทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เมื่อสร้างคำถาม จัดรูปแบบและโครงสร้างของ แบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความ เที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามเสนอ ผู้เชี่ยวชาญ ด้านการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้าน การแพทย์และสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้าน สาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญด้านอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 3 ท่าน

2. การทดสอบความเชื่อมั่น ได้อาศัยวิธีการ ทดสอบก่อน(tryout)กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน30คน 1 ครั้ง โดยทดสอบกับกลุ่มประชากรทั่วไปที่มี คุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมา วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการใช้สูตรหาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบอค(Cronbach's Alpha) ทีมวิจัยใช้ฟังก์ชันการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ (reliability analysis) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เป็นเครื่องมือในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาทั้งนี้ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.81 แสดงว่า แบบสอบถามทั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและ

เชิงคุณภาพจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) และข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทุติยภูมิ เป็นข้อมูลที่เก็บรวบรวม จากเอกสารที่เกี่ยวข้องในรูปแบบของเอกสาร วารสาร บทความ สิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ และ เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และ สาธารณสุข ทฤษฎีและแนวคิด การนำนโยบาย สาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติ แนวคิดเกี่ยวกับ กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม แนวคิด การวิจัยเชิงปฏิบัติการ และทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model

2. ข้อมูลปฐมภูมิเป็นข้อมูลจากการสำรวจ (survey research) ด้วยแบบวิเคราะห์เนื้อหา แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบ บันทึกผล การพัฒนาและติดตามเยี่ยมพื้นที่ และ แบบสอบถาม ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย โดยนำข้อมูล ที่ได้จากแบบสอบถาม มาทำการวิเคราะห์ด้วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูล เชิงปริมาณจะวิเคราะห์สถิติภาคบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น ผู้วิจัย ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากเนื้อหา แบบ สัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบบันทึกผล การพัฒนาและติดตามเยี่ยมพื้นที่ตามแนวคิดเกี่ยว กับ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และ สาธารณสุข ทฤษฎีและแนวคิดการนำนโยบาย สาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติ แนวคิดเกี่ยวกับ กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม แนวคิด

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ และทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model โดยการจำแนก แยกแยะ และจัดหมวดหมู่ข้อมูล พร้อมทั้งรื้อฟื้นความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อค้นพบมาสังเคราะห์และบูรณาการเข้าด้วยกันแล้ว และนำเสนอเชิงพรรณนา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องเรื่องดังกล่าว ได้รับการพิจารณาการปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2025-222 ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2568 ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยตนเองเพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจในระหว่างการดำเนินกิจกรรม สามารถหยุดการดำเนินการและถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตนเอง ทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดดังนี้

1. สถานการณ์การดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากการวิเคราะห์เอกสาร พบว่า (1) ข้อมูลทั่วไป สถานการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เขตสุขภาพที่ 9 ปีงบประมาณ 2561 – 2565 พบว่าอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 29.78, 30.26, 26.61, 24.75 และ

21.18 ตามลำดับจังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด คือ นครราชสีมา (28.65 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาคือ สุรินทร์ (24.44 ต่อประชากรแสนคน) ชัยภูมิ (22.41 ต่อประชากรแสนคน) และ บุรีรัมย์ (21.72 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีโอกาสที่จะเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน (RTI) เนื่องจากถนนในจังหวัดนครราชสีมา มีการสัญจรเป็นทางผ่านไปยังภาคอีสานหลายจังหวัด โดยเฉพาะจุดเสี่ยงอันตรายบนทางหลวงหมายเลข 2 (ถนนมิตรภาพ) เชื่อมจังหวัดฯ เข้า-ขาออก ถูกกำหนดเป็นหนึ่งใน 7 จุดเสี่ยงทั่วประเทศ ตลอดช่วง “ขาขึ้น” และ “ขาล่อง” จังหวัดนครราชสีมา (2) คำสั่ง นโยบาย รายงานการประชุมที่เกี่ยวกับการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน ได้มีการจัดทำคำสั่งจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center : EOC) ในภาพรวม และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) แยกแต่ละภัย โดยมีนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข แนวทางหลักที่ศูนย์ EOC ใช้ในการสั่งการและรณรงค์ในพื้นที่ คือ ด้านข้อมูล ใช้ระบบ Pher+ ของกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันเชื่อมระบบกับข้อมูลตำรวจ และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เป็นฐานข้อมูล RTIDC รพพยาบาล และรถราชการปลอดภัย รพพยาบาลและรถส่งต่อผู้ป่วยทุกคันต้องปฏิบัติตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด และผลักดันให้มีการกระจายการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) และการเข้าถึงเครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (AED) การประชุม EOC มีการ

เปิด EOC และประชุมติดตามในช่วงสำคัญตามกระทรวงและจังหวัด (3) การดำเนินงานเกี่ยวกับอุบัติเหตุทางถนนการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดนครราชสีมาเป็นการทำงานในลักษณะ “บูรณาการร่วมกันของภาคีเครือข่าย” โดยมีศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนนจังหวัด (สปถ.จ.นม.) เป็นแกนกลางและมีหน่วยงานสำคัญ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (สสจ.), ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.) ตำรวจภูธรจังหวัด และแขวงทางหลวงร่วมขับเคลื่อน โดยสามารถสรุปกลยุทธ์และการดำเนินงานหลักออกเป็น 4 เสาหลัก ดังนี้ (3.1) การบริหารจัดการข้อมูล ใช้ระบบ “ข้อมูล 3 ฐาน” (มรณบัตร, ระบบจัดเก็บรายได้บริษัทกลางฯ, และระบบรายงานผู้บาดเจ็บสาหัสของสธ.) มาบูรณาการเพื่อวิเคราะห์และแก้ไขปัญหา (3.2) มาตรการเชิงรุกในหน่วยงานและองค์กร (มาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน) ภาครัฐในจังหวัดนครราชสีมาได้สร้างมาตรการเข้มงวดเพื่อเป็นต้นแบบให้กับประชาชน โดยมีจุดเน้นสำคัญ (3.3) การขับเคลื่อนกลไกชุมชนและมาตรการทางสังคม เนื่องจากอุบัติเหตุจำนวนมากย้ายมาเกิดบนถนนสายรองในหมู่บ้าน การดำเนินงานจึงมุ่งเน้นไปที่การสร้างวินัยจากภายในชุมชน (3.4) ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เสาหลักสุดท้ายที่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิต เมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้นแล้วคือการเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยชีวิต (4) ผลการดำเนินงานเกี่ยวกับอุบัติเหตุทางถนน ในภาพรวมจากค่าเฉลี่ยตลอดทั้งปี (ม.ค.-ธ.ค.) พบว่าปี 2568 มีผู้บาดเจ็บเฉลี่ย 2,875 คน/เดือน สูงกว่าปี 2567 ที่เฉลี่ย 2,722 คน/เดือน แสดงว่า “จำนวนผู้บาดเจ็บเพิ่มขึ้น” ขณะที่ผู้เสียชีวิตเฉลี่ยในปี 2568

อยู่ที่ 34 คน/เดือน ขยับตัวสูงขึ้นเล็กน้อยเมื่อเทียบกับปี 2567 ที่เฉลี่ย 33 คน/เดือน สะท้อนว่าทั้งการบาดเจ็บและการเสียชีวิตโดยเฉลี่ยมีทิศทางที่เพิ่มขึ้น เมื่อดูรายเดือน ปี 2567 จำนวนผู้บาดเจ็บอยู่ในช่วง 2,349–3,514 คน โดยสูงสุดใน ธันวาคม (3,514 คน) และต่ำสุดใน กรกฎาคม (2,349 คน) ส่วนผู้เสียชีวิตอยู่ในช่วง 25–46 คน สูงสุดใน มกราคม (46 คน) และต่ำสุดใน กันยายน (25 คน) สำหรับปี 2568 จำนวนผู้บาดเจ็บอยู่ในช่วง 2,648–3,372 คน โดยสูงสุดใน ธันวาคม (3,372 คน) และต่ำสุดใน ตุลาคม (2,648 คน) ส่วนผู้เสียชีวิตอยู่ในช่วง 25–43 คน โดยสูงสุดใน กุมภาพันธ์ และ กรกฎาคม (43 คน) และต่ำสุดใน สิงหาคม (25 คน) สรุปได้ว่า จังหวัดนครราชสีมาในปี 2568 มีแนวโน้มผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น (5) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเกี่ยวกับอุบัติเหตุทางถนน เช่น (5.1) ข้อจำกัดทางกายภาพและระบบคมนาคม เช่น พื้นที่กว้างขวางและโครงข่ายถนนยาวที่สุดในประเทศ มี 32 อำเภอ มีทั้งทางหลวงสายหลัก ทางหลวงชนบท และถนนท้องถิ่นรวมระยะทางนับหมื่นกิโลเมตร ทำให้การดูแลปรับปรุงจุดเสี่ยงและการบังคับใช้กฎหมายทำได้ไม่ครอบคลุมทุกจุดเป็นต้น (5.2) พฤติกรรมผู้ขับขี่และการบังคับใช้กฎหมาย เช่น วัฒนธรรมความปลอดภัยในระดับชุมชนยังต่ำ อุบัติเหตุส่วนใหญ่ย้ายจากถนนสายหลักมาเกิดบนถนนสายรองในหมู่บ้าน โดยเฉพาะกลุ่มรถจักรยานยนต์ ซึ่งมีอัตราการสวมหมวกนิรภัยต่ำมากในวิถีชีวิตประจำวัน (มักคิดว่าขับขี่ระยะสั้น ๆ ในหมู่บ้านจึงไม่สวม) เป็นต้น (5.3) ระบบข้อมูลและการบริหารจัดการ เช่น การใช้ “ข้อมูล 3 ฐาน” แต่การนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อใช้งานแบบทันทั่วถึง

หรือการส่งต่อข้อมูลข้ามอำเภอยังมีรอยต่อ ทำให้นโยบายบางอย่างไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในแต่ละเดือน เป็นต้น (6) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม การเปิดใช้ทางหลวงพิเศษระหว่างเมือง (M6) เส้นทางบางปะอิน-โคราช แม้จะช่วยลดความหนาแน่นของรถบนถนนมิตรภาพได้มาก แต่ก็ทำให้เกิดความท้าทายใหม่ในเรื่องของ “การควบคุมความเร็ว” และ “การจัดการเหตุฉุกเฉินบนทางด่วนพิเศษ” ซึ่งทีมจัดการอุบัติเหตุของจังหวัดต้องกำหนดมาตรการรองรับร่วมกับกรมทางหลวงต่อไปในอนาคต

ผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องพบว่า (1) สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดนครราชสีมา การบาดเจ็บและการเสียชีวิตโดยเฉลี่ยมีทิศทางที่เพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าสถิติการเกิดยังคงสูงแต่เมื่อเทียบกับจำนวนจดทะเบียนของรถที่เพิ่มขึ้น และปริมาณรถที่ผ่านจังหวัดนครราชสีมาถือว่าจังหวัดนครราชสีมาสามารถบริหารจัดการเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนได้ดี (2) บทบาทหน้าที่ การดำเนินงานแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น (2.1) สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัดนครราชสีมา (ปก.จ.นม.) ทำหน้าที่เป็นเลขานุการหลักของ สปถ.จังหวัด ควบคุมติดตาม และประสานแผนปฏิบัติการร่วมกับทุกหน่วยงาน (2.2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (สสจ.นครราชสีมา) ดูแลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และโรงพยาบาลในเครือข่ายมีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ทำหน้าที่รวบรวมและวิเคราะห์ “ข้อมูล 3 ฐาน” เพื่อชี้เป้าจุดเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยง (3) ตำรวจภูธรจังหวัดนครราชสีมา มีสถานีตำรวจภูธร (สภ.) ในสังกัดควบคุมดูแลทุกพื้นที่ ทำหน้าที่บังคับใช้กฎหมายจราจรอย่าง

เข้มงวด (เน้นเฝ้าระวัง 10 รสขม, ดื่มแล้วขับ, ขับรถเร็วเกินกำหนด, และตรวจวัดแอลกอฮอล์) (4) มูลนิธิกู้ชีพ/กู้ภัยในพื้นที่ กำลังสำคัญด่านแรกในการเข้าถึงจุดเกิดเหตุและนำส่งผู้บาดเจ็บอย่างรวดเร็ว เป็นต้น (5) จุดแจ้งของการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของจังหวัดนครราชสีมา คือ (5.1) ผู้ว่าราชการจังหวัดเห็นความสำคัญ จัดให้เป็นตัวชี้วัดจังหวัด เน้นมาตรการรองการ การติดตามการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน (5.2) เครือข่ายการดำเนินงานมีการดำเนินงานต่อเนื่อง เกาะติด แม้จะเปลี่ยนผู้บริหาร การดำเนินงานยังมีความต่อเนื่อง (5.3) กู้ชีพ และ กู้ชีพ มีความพร้อมสูงสามารถให้การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุได้ทันที (6) ปัญหา/อุปสรรคในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีอุบัติเหตุทางถนน เช่น (6.1) การกู้ชีพ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้ความช่วยเหลือมีจำกัด เช่น เครื่องตัดถ่าง ส่วนใหญ่หน่วยที่มีจะเป็นมูลนิธิซึ่งกระจายอยู่ไม่ครบทุกอำเภอ (6.2) การกู้ชีพ จำนวนหน่วย EMS ที่มีอยู่ถึงแม้จะครอบคลุม แต่ยังมีจำนวนไม่มากพอที่จะเข้าถึงจุดเกิดเหตุภายใน 8 นาทีทุกพื้นที่ เป็นต้น (7) สาเหตุของการเกิดปัญหา เช่น (7.1) อุปกรณ์มีมูลค่าสูง ขนาดใหญ่ การดำเนินงานต้องฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง ต้องมีทีมงานที่ใช้ในการให้ความช่วยเหลือเฉพาะ (7.2) หน่วยที่ดำเนินการอยู่เดิมประสบปัญหาจากการเมืองภายในองค์กรโดยเฉพาะหน่วยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร มักเปลี่ยนนโยบายเปลี่ยนทีมงาน และ หน่วยที่จะดำเนินการใหม่สามารถขึ้นหน่วย EMS ได้จะต้องมีการลงทุนสูงขึ้น เป็นต้น (8) ระบบการประสานงานระหว่างหน่วยงาน (เช่น อปท./ตำรวจ/แพทย์/กู้ชีพ) สามารถดำเนินการได้ดี ยังไม่พบปัญหา (9) ปัญหา

ที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุทางถนน เช่น (9.1) การสูญเสียชีวิตและการพิการ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก เยาวชน และประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-29 ปี) ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของครอบครัวและประเทศชาติ หลายรายต้องกลายเป็นผู้พิการทุพพลภาพตลอดชีวิต (9.2) ภาระงานของเจ้าหน้าที่ จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรสูงมาก ทั้งห้องฉุกเฉิน (ER) ห้องผ่าตัด ศัลยกรรมหัวใจและปอด (ICU) และคลังเลือด ส่งผลให้เกิดการแย่งชิงทรัพยากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยโรคทั่วไป หรือผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ เป็นต้น (10) การใช้เทคโนโลยีหรือระบบข้อมูลเข้ามาช่วยในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน คือ (10.1) สามารถชี้เป้าการทำงานได้ตรงจุด ระบุได้ว่าพิกัดไหนเกิดเหตุซ้ำซาก เพื่อส่งต่อข้อมูลให้ฝ่ายวิศวกรรมจราจร (แขวงทางหลวง) เข้าไปแก้ไขเชิงโครงสร้างได้ตรงจุด ไม่ต้องรอนโยบายจากส่วนกลาง (10.2) สนับสนุน การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน ในมุมมองของทีมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC) จะช่วยบริหารทรัพยากรหน่วยงานได้ทันทั่วถึง เช่น การกระจายจุดจอดรถกู้ชีพ การเตรียมพร้อมของโรงพยาบาล เป็นต้น (11) การปรับปรุงระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินควรเริ่มจากระบบข้อมูลของ EOC (10) ข้อเสนอแนะ ควรมีงบประมาณดำเนินงานที่เป็นภาพรวม

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้อง กับอุบัติเหตุทางถนนพบว่า(1)ขั้นตอนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณี

อุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา คือ(1.1)ขั้นตอนเตรียมความพร้อมก่อนเกิดเหตุ ระบบสนับสนุน ต้องมีความพร้อมตลอด 24 ชั่วโมง การเฝ้าระวังทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ตรวจสอบจุดเสี่ยงและข้อมูลสภาพการจราจร โดยเฉพาะช่วงเทศกาลหรือเวลาวิกฤต (16.00 - 21.00 น.) ตรวจสอบความพร้อมของรถพยาบาล ระบบ GPS กล้องหน้ารถและอุปกรณ์กู้ชีพประจำรถให้พร้อมใช้งาน 100% (1.2) ขั้นตอนรับแจ้งเหตุและสั่งการ เมื่อได้รับแจ้งเหตุผ่านสายด่วน 1669 หรือระบบสื่อสารวิทยุ กรองข้อมูล ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (ศูนย์กู้ชีพจังหวัด) ประเมินสถานการณ์เบื้องต้น สั่งการและสั่งการทีม EMS สั่งการรถกู้ชีพตามระดับความรุนแรง ทั้งของโรงพยาบาลและมูลนิธิกู้ชีพในเครือข่าย เพื่อเข้าถึงจุดเกิดเหตุ (1.3) ขั้นตอนปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ เมื่อทีมกู้ชีพไปถึงจุดเกิดเหตุ ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนความปลอดภัยและการแพทย์อย่างเคร่งครัด ประเมินความปลอดภัยของพื้นที่ จัดตั้งจุดบัญชาการและคัดแยกผู้บาดเจ็บ ให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ลำเลียงและส่งต่อผู้ป่วย ประสานปลายทางลำเลียงผู้บาดเจ็บขึ้นรถพยาบาลตามลำดับความเร่งด่วน (1.4) ขั้นตอนรับช่วงต่อและฟื้นฟูคืนสภาพ การรักษา ณ โรงพยาบาลปลายทาง ตามลำดับความเร่งด่วน เปิดศูนย์EOC (หากเป็นอุบัติเหตุใหญ่) เพื่อบริหารจัดการทรัพยากร หรือสั่งการสนับสนุนคลังเลือดและกำลังพลเพิ่มเติมถอดบทเรียน หลังสิ้นสุดภารกิจเพื่อนำไปปรับปรุงแผนปฏิบัติการครั้งต่อไป (2) องค์ประกอบที่ส่งผลให้การดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมาประสบความสำเร็จ เช่น ผู้บริหาร

ทีมงานรับรู้วางแผนและอบรมแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน และและมีกฎเกณฑ์ มาตรฐาน หรือขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน (3) บทบาทของผู้นำ/ผู้บริหาร เช่น (3.1) เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตัดสินใจเปิดศูนย์ EOC ทันทีเมื่อเกิดอุบัติเหตุหมู่ (MCI) หรือเมื่อแนวโน้มผู้บาดเจ็บสูงเกินกว่ากำลังปกติของห้องฉุกเฉิน (ER) จะรองรับได้ (3.2) บริหารและกระจายทรัพยากรสั่งการระดมกำลังพล (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่กู้ชีพ) ตำรวจคลังเลือด ยาเวชภัณฑ์ และประสานงานขอความช่วยเหลือข้ามเขต/ข้ามอำเภอ ในกรณีที่ทรัพยากรในพื้นที่ไม่เพียงพอ (3.3) อนุมัติแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัย สนับสนุนหลักการที่ว่าหากพื้นที่เกิดเหตุยังไม่ปลอดภัย (เช่น มีสารเคมีรั่วไหล พลังงานสูง หรือเสี่ยงต่อการถูกชนซ้ำ) เจ้าหน้าที่กู้ชีพมีสิทธิ์สแตนด์บายรอจนกว่าพื้นที่จะปลอดภัย เพื่อคุ้มครองชีวิตของผู้ปฏิบัติงานภาคสนาม (3.4) การแถลงข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นทางการ ผู้นำต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักแก่สื่อมวลชนและสาธารณชน เพื่อป้องกันการเกิดข่าวลือ หรือความสับสน โดยเน้นการแถลงตัวเลขผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิต และมาตรการที่รัฐกำลังช่วยเหลืออย่างโปร่งใส (4) ระบบข้อมูลและการสื่อสาร ความรวดเร็วในการช่วยเหลือ ในทางการแพทย์ฉุกเฉินมีเวลาวิกฤตที่เรียกว่า “Golden Hour” (นาทีทองชีวิต) หากผู้บาดเจ็บรุนแรงได้รับการผ่าตัดหรือรักษาที่เหมาะสมภายใน 60 นาทีหลังเกิดเหตุ อัตราการรอดชีวิตจะเพิ่มสูงขึ้นมาก ซึ่งระบบสื่อสารที่ดีจะช่วยตัดเวลาที่สูญเสียไปโดยเปล่าประโยชน์ การรักษาและการรอดชีวิตความรวดเร็วอย่างเดียวอาจไม่มีความหมายหากไปถึงแล้วให้การรักษาที่ไม่ถูกต้อง ระบบข้อมูลและการสื่อสารที่แม่นยำ

จึงเป็นตัวกำหนดคุณภาพการดูแลรักษาตั้งแต่จุดเกิดเหตุไปจนถึงห้องผ่าตัดระบบสื่อสารที่ดียังส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของทีมกู้ชีพภายใต้แนวคิด “คนปลอดภัยสำคัญที่สุด” (5) เทคโนโลยีสารสนเทศที่ควรนำมาช่วยในการดำเนินงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ (เช่น ระบบแจ้งเหตุ 1669/GPS/Dashboard ข้อมูล) เช่น เทคโนโลยีระบบนำทางและระบุพิกัดอัจฉริยะ ระบบการแพทย์ทางไกลในรถพยาบาล ระบบจัดการข้อมูลและ AI ประเมินสถานการณ์ สพล. กำลังดำเนินการในระบบ NDEMS และเทคโนโลยีเครือข่ายและระบบกู้ชีพชุมชน ระบุพิกัด AED ชุมชน ให้ อาสาสมัครเข้าถึงได้ (6) กระบวนการส่งเสริมความสำเร็จการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมาควรเพิ่มหน่วย EMS และประชาสัมพันธ์การรับรู้ระบบ 1669 (7) ทิศทางของรูปแบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา ควรใช้ข้อมูลจากระบบ RTIDC ซึ่งกำลังพัฒนาข้อมูลให้สามารถดูได้ถึงระดับอำเภอ ตำบล พิกัดจุดเกิดเหตุ ร่วมกับระบบอื่นที่มีอยู่ในการวางแผนการดำเนินงาน

กระบวนการส่งเสริมความสำเร็จการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา สามารถอธิบายได้ 6 ขั้นตอน ดังนี้ (1) ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง ครั้งที่ 1 เพื่อศึกษาศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา (2) ดำเนิน

การสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางถนน เพื่อชี้แจงข้อค้นพบจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมทั้งออกแบบกระบวนการส่งเสริมความสำเร็จการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา ร่วมกัน โดยการนำกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เข้ามาผนวกในการดำเนินงาน ดังนี้ การสร้างความรู้ (appreciation) การสร้างแนวทางพัฒนา (influence) การสร้างแนวทางปฏิบัติ (control) (3) ประกาศให้นารูปแบบการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา ไปทดลองถือปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน พ.ศ. 2569 (4) ดำเนินการติดตามผลการดำเนินงาน ภายหลังจาก การนำรูปแบบฯ ไปถือปฏิบัติดำเนินงานในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 (5) แจกแบบสอบถามผู้เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินผลความพึงพอใจและความต้องการที่มีต่อรูปแบบการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา (6) การสะท้อนผลลัพธ์ร่วมกัน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง ครั้งที่ 2 เพื่อประเมินผลความพึงพอใจและความต้องการที่มีต่อรูปแบบการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ผู้วิจัยค้นข้อมูลการเปลี่ยนแปลงวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ วิเคราะห์รูปแบบที่เกิดขึ้น และข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และ

สาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา โดยนำองค์ประกอบแห่งความสำเร็จมาพัฒนาต่อยอด ภายใต้นวัตกรรม KORAT EMS SMART Model” ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก หมายถึง วิธีการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา โดยการจัดการข้อมูลและพื้นที่เสี่ยง (knowledge & risk mapping) เพื่อจัดทำแผนที่จุดเสี่ยง การวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติเหตุย้อนหลังการระบุจุดเกิดเหตุ และการพยากรณ์ความเสี่ยงในช่วงเทศกาล เพื่อให้รู้พื้นที่เสี่ยงล่วงหน้า จัดเตรียมกำลังและทรัพยากรได้เหมาะสม โดยมีผู้บริหารให้การสนับสนุนเป็นผู้บัญชาการและการสั่งการ (organization & command center) ผ่านศูนย์สั่งการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัด ศูนย์EOC ระดับจังหวัด ดำเนินงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตำรวจปภ. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับความร่วมมือในการดำเนินงานจากทีมตอบโต้ฉุกเฉินรวดเร็ว (rapid response team) ประกอบด้วย กู้ชีพท้องถิ่น ทีม MERT (medical emergency response team) เพื่อให้เข้าถึงผู้บาดเจ็บภายใน 8-10 นาที ในเขตเมืองภายใน 15 นาที ในพื้นที่ชนบท และเครือข่ายการรักษาผู้บาดเจ็บ (advanced trauma care network) โดยมีโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปเป็นหน่วยแรกในการรักษา และหากมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นศูนย์รับส่งต่อหลัก นอกจากนี้ การนำเทคโนโลยีสนับสนุน (technology & telemedicine) เข้ามาช่วยในการระบุพิกัดเกิดเหตุเช่น GPS Tracking รถ EMS, Smart Dispatch, Line Alert กลุ่มเครือข่าย, Telemedicine เพื่อลดเวลาสั่งการ ลดเวลาส่งต่อ

เพิ่มความแม่นยำใน การประเมินอาการ ซึ่งการดำเนินงานจะเกิดความยั่งยืนและ การมีส่วนร่วม (sustainability & community participation) สามารถดำเนินการได้โดยการฝึก อบรม First Responder ภาคประชาชน การอบรม CPR ในชุมชน โรงเรียน ปลอดภัย ชมรมอาสาสมัคร โดยเชื่อมผ่านกลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.)

ผู้วิจัยได้ประกาศให้นำรูปแบบการดำเนินงาน การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา ไปทดลองถือปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน พ.ศ. 2569 และได้มีการติดตามผลการดำเนินงาน 1 ครั้ง เพื่อพัฒนาปรับปรุงรูปแบบที่พัฒนาขึ้นให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดำเนินงาน การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากแบบสอบถามจำนวน 166 คน ซึ่งมาจากกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มในการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60.84 มีอายุระหว่าง 36-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.30 ส่วนใหญ่เป็นกอบอาชีพรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 66.27 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 25,001 - 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 55.42 สถานภาพสมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 60.24 มีประสบการณ์ในการขับรถอยู่ระหว่าง 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.76

ด้านพฤติกรรมการใช้รถบนท้องถนน สามารถจำแนกได้ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเป็น

ประจำ เช่น ท่านให้ทางรถพยาบาลหรือรถฉุกเฉิน ($\bar{X}=4.35$, S.D. =.54) ท่านหยุดรถให้คนข้ามทางม้าลาย ($\bar{X}=4.29$, S.D. =.62) เป็นต้น ระดับบ่อยครั้ง เช่น ท่านสวมหมวกกันน็อกหรือคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง ($\bar{X}=4.15$, S.D. =.63) ท่านพูดคุยโทรศัพท์พิมพ์ข้อมูล ขณะขับรถ ($\bar{X}=4.10$, S.D. =.65) และระดับนาน ๆ ครั้ง เช่น ท่านขับรถด้วยความเร็วเกินที่กำหนด ($\bar{X}=2.58$, S.D.=.67) ท่านขับรถด้วยร่างกายอ่อนเพลียง่วงนอน ($\bar{X}=2.53$, S.D. =.72) ท่านรถรถย้อนศร ($\bar{X}=2.53$, S.D. =.69) โดยภาพรวมพฤติกรรมการใช้รถบนท้องถนน อยู่ในระดับบ่อยครั้ง ($\bar{X}=3.54$, S.D.=.62) ด้านความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ความพึงพอใจระดับมาก เช่น เจ้าหน้าที่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X}=4.18$, S.D. =.57) ความรวดเร็วในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ($\bar{X}=4.16$, S.D.=.62) ความเป็นธรรมในการให้บริการโดยไม่เลือกปฏิบัติ ($\bar{X}=4.16$, S.D. =.59) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย ($\bar{X}=4.16$, S.D. =.53) เป็นต้น และที่ระดับปานกลาง เช่น การให้ข้อมูลแก่ญาติ/ผู้เกี่ยวข้อง ($\bar{X}=3.39$, S.D. =.51) ทั้งนี้ โดยภาพรวมความพึงพอใจอยู่ ที่ระดับมาก ($\bar{X}=3.96$, S.D. =.60) และความต้องการ อยู่ในระดับมากที่สุดในทุกประเด็น เช่น เจ้าหน้าที่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X}=4.39$, S.D. =.52) ความรวดเร็วในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ($\bar{X}=4.35$, S.D. =.81) การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ($\bar{X}=4.33$, S.D. =.71) การมีส่วน

ร่วมในการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย ($\bar{X}=4.32$, S.D. =.58) ทั้งนี้ โดยภาพรวมความต้องการอยู่ที่ระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.29$, S.D. =.61)

ผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดดังนี้ ด้านบริบทพื้นที่พบว่า (1) สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนจังหวัดนครราชสีมา ทางสายหลักมักเกิดจากความเร่งรีบและมีความรุนแรงสูงทางสายรองเกิดอุบัติเหตุมากกว่า แต่ความรุนแรงต่ำกว่า (2) นโยบายมีผลต่อการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน ในระดับจังหวัด ผู้ว่าราชการจังหวัดนำมาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนนเป็นตัวชี้วัดทำให้หน่วยงานราชการต้นตัวในการดำเนินงานเพื่อเป็นตัวอย่างในภาคราชการ ส่วนระดับประเทศ การตรวจประเมินเข้มข้นด้านมาตรฐานของหน่วย EMS ทำให้การขึ้นหน่วย EMS ยากขึ้น (3) เป้าหมายของระบบกู้ชีพในปัจจุบัน สอดคล้องกับสถิติอุบัติเหตุบนถนนสายหลัก (มิตรภาพ/304/M6) สอดคล้องเนื่องจากถนนสายหลักเป็นพื้นที่สำคัญที่เฝ้าระวัง หากเกิดอุบัติเหตุจะมีความรุนแรงสูง การวางแผนระบบ EMS ของจังหวัดนครราชสีมา ให้มูลนิธิที่ขึ้นทะเบียนในระบบ EMS กระจายกำลังเป็นจุดย่อยเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือ พร้อมกับหน่วยกู้ชีพของมูลนิธิ โดยมีหน่วย EMS สังกัดอปท. และโรงพยาบาลให้การสนับสนุน

ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า (1) ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา การกู้ชีพ จำนวนหน่วย EMS ที่มีอยู่ถึงแม้จะครอบคลุม แต่ยังมี

จำนวนไม่มากพอที่จะเข้าถึงจุดเกิดเหตุภายใน 8 นาทีทุกพื้นที่ สาเหตุเกิดจากหน่วยที่ดำเนินการอยู่เดิมประสบปัญหาจากการเมืองภายในองค์กร โดยเฉพาะหน่วยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารมักนโยบายเปลี่ยนทีมงาน (2) จำนวนทีมระดับสูง (ALS) และระดับพื้นฐาน (BLS/FR) ไม่เพียงพอต่อพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา (3) ความเพียงพอและเหมาะสมของอุปกรณ์และยานพาหนะที่มีอยู่ใน การเข้าถึงจุดเกิดเหตุที่เข้าถึงยาก เช่น บน Motorway หรือช่วงการจราจรหนาแน่น M6 ยังเพียงพอ เพราะยังสามารถให้บริการและเข้าถึงได้เพราะสายทางออกแบบให้มีจุดกลับรถฉุกเฉินสามารถเปลี่ยนทิศทางการจราจรเพื่อนำส่ง รพ.ได้ หาก M6 มีการเปิดใช้งานแบบเต็มระบบต้องมีการประเมินอีกครั้งเนื่องจากจะมีหน่วยกู้ชีพการทางพิเศษเป็นผู้รับผิดชอบต้องมีการวางแผนร่วมกันอีกครั้งหนึ่งในส่วนของสายทางอื่นๆ ยังสามารถบริหารจัดการเหตุร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

ด้านกระบวนการดำเนินงาน พบว่า (1) ขั้นตอนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปตาม Protocol ที่วางไว้ของศูนย์สั่งการฯ อยู่แล้ว (2) ปัญหาที่มักเกิดขึ้น เมื่อได้รับแจ้งเหตุบนถนนสายหลัก และวิธีการสื่อสารกับศูนย์ 1669 แจ้งจุดสังเกตสำคัญ หรือ อาจใช้แอป EMS1669 ในการสื่อสารกับศูนย์สั่งการฯ ซึ่งจะสามารถส่งพิกัดได้ (3) การประสานงานกับตำรวจทางหลวงหรือ แขวงทางหลวง เพื่อขอเปิดเลนพิเศษหรือกั้นช่องทางจราจรในจุดเกิดเหตุ ยังไม่พบปัญหาใด (4) ในกรณีอุบัติเหตุหมู่ (เช่น รถบัสหรือรถตู้)

กระบวนการ คัดแยกผู้บาดเจ็บ (Triage) ณ จุดเกิดเหตุ สามารถทำได้จริงตามมาตรฐานที่ฝึกอบรมมา ด้านผลลัพธ์ พบว่า (1) ความเร็วในการเข้าถึงที่เกิดเหตุ (Response Time) ในช่วงเทศกาลกับช่วงเวลาปกติแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสภาพการจราจร (2)รูปแบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา มีความเหมาะสมมีความเหมาะสมกับหน่วยปฏิบัติการที่มีอยู่ ณ ตอนนี (3) ความพึงพอใจกับรูปแบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา อยู่ในระดับมาก เนื่องจากสามารถแก้ไขปัญหา ณ จุดเกิดเหตุได้ (4)รูปแบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมาช่วยให้อัตราการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บระดับวิกฤต (P1) มีแนวโน้มดีขึ้นเพราะทำงานร่วมกับหน่วยกู้ภัยของมูลนิธิ (5) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา การตรวจสอบข้อมูลผู้ประสบเหตุ ซึ่งมีการแยกทีมออกไปให้บริการข้อมูลกับญาติ /ผู้สื่อข่าว

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์การดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นสถานการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เขตสุขภาพที่ 9 ปีงบประมาณ 2561 – 2565 พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการ เสียชีวิตสูงสุดคือ จังหวัด

นครราชสีมา(28.65 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาคือ สุรินทร์ (24.44ต่อประชากรแสนคน) ชัยภูมิ (22.41 ต่อประชากรแสนคน) และ บุรีรัมย์ (21.72 ต่อประชากรแสนคน)ตามลำดับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมามีโอกาสที่จะเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน (RTI) เนื่องจากถนนในจังหวัดนครราชสีมา มีการสัญจรเป็นทางผ่านไปยังภาคอีสานหลายจังหวัด โดยเฉพาะจุดเสี่ยงอันตรายบนทางหลวงหมายเลข 2 (ถนนมิตรภาพ) เชื่อมจังหวัด ขาเข้า-ขาออก ถูกกำหนดเป็นหนึ่งใน 7 จุดเสี่ยงทั่วประเทศ ตลอดถึงช่วง “ขาขึ้น” และ “ขาล่อง” จังหวัดนครราชสีมาสอดคล้องกับแนวคิดของกองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข^[6] ที่ว่าเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและอับัติกัยเป็นเหตุการณ์ภัยสุขภาพที่ส่งผลให้เกิด การบาดเจ็บและเสียชีวิตได้ เช่น ดึกดื่น อุบัติเหตุจากการขนส่งและโดยสาร การจราจร สงคราม และอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นต้น กล่าวคือ การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ถือเป็นภัยสุขภาพที่ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยไม่ทันตั้งตัว ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีทั้งได้ร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อม การป้องกันการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจึงเป็นเรื่องที่ทุกภาคส่วนควรร่วมมือกันในการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเกี่ยวกับอุบัติเหตุทางถนน พบว่า ระบบการแพทย์ฉุกเฉินและข้อจำกัดหน่วยงานเช่น หน่วยปฏิบัติการลดลงเนื่องจาก

การเปลี่ยนแปลงระบบของ สพล. และนโยบาย และการเปลี่ยนแปลงทีมบริหารของท้องถิ่น ทำให้การเข้าถึงจุดเกิดเหตุใช้เวลาเพิ่มขึ้น เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของนรินทิพย์ ชัยพรหมเขียว และฉัตรสุมน พงศ์ภิณูญา^[7] ที่ว่า ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ คือ ขาดความเป็นเอกภาพในการดำเนินมาตรการ ขาดความต่อเนื่อง และไม่สามารถนำมาตราการทางกฎหมายมาปรับใช้ในการดำเนินมาตรการเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ เป็นต้น กล่าวคือ เมื่อปัญหาเกิดจากมาตรการทางกฎหมายไม่เอื้อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพเต็มที่ ถือเป็นเรื่องยากที่จะปรับเปลี่ยนมาตรการทางกฎหมาย ซึ่งแนวทางหนึ่งที่จะสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้คือการจัดทำคู่มือการดำเนินงานการดำเนินงานเกี่ยวกับอุบัติเหตุทางถนนของหน่วยงานนั้น ๆ เพื่อให้ผู้ที่มารับผิดชอบต่อสามารถศึกษาด้วยตนเองในเบื้องต้นได้

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นบทบาทของผู้นำ/ผู้บริหาร เช่น (1) เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตัดสินใจเปิดศูนย์ EOC ทันทีเมื่อเกิดอุบัติเหตุหมู่ (MCI) หรือเมื่อแนวโน้มผู้บาดเจ็บสูงเกินกว่ากำลังปกติของห้องฉุกเฉิน (ER) จะรองรับได้ (2) บริหารและกระจายทรัพยากร ส่งการระดมกำลังพล (แพทย์พยาบาลเจ้าหน้าที่กู้ชีพ) สำรองคลังเลือด ยา เวชภัณฑ์ และประสานงานขอความช่วยเหลือข้ามเขต/ข้ามอำเภอ ในกรณีที่ทรัพยากรในพื้นที่ไม่เพียงพอ (3) อนุมัติแนวทาง

ปฏิบัติที่ปลอดภัย สนับสนุนหลักการที่ว่าหากพื้นที่เกิดเหตุยังไม่ปลอดภัย (เช่น มีสารเคมีรั่วไหล พลังงานสูง หรือเสี่ยงต่อการถูกชนซ้ำ) เจ้าหน้าที่กู้ชีพมีสิทธิ์สแตนด์บายรอจนกว่าพื้นที่จะปลอดภัย เพื่อคุ้มครองชีวิตของผู้ปฏิบัติงานภาคสนาม สอดคล้องกับผลการศึกษาของสยามราชย์ฟูเจริญกัลยา สำราญเชื้อเมืองพาน และอนุรักษ ศรีใจ^[8] ที่ว่า การบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข เน้นระบบการสั่งการที่มีประสิทธิภาพ และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ หากผู้นำ/ผู้บริหารมีระบบการสั่งการที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถส่งเสริมให้การดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นกระบวนการกระบวนการส่งเสริมความสำเร็จการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้อง กับอุบัติเหตุทางถนน เพื่อชี้แจงข้อค้นพบจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมทั้งออกแบบกระบวนการส่งเสริมความสำเร็จการดำเนินงาน การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา ร่วมกัน โดยการนำกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เข้ามาผนวกในการดำเนินงาน ดังนี้ การสร้างความรู้ (appreciation) การสร้างแนวทางพัฒนา (influence) การสร้างแนวทางปฏิบัติ (control) สอดคล้องกับแนวคิดของธีระพงษ์แก้วหาวงษ์^[9] ที่ว่า กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (appreciation-

influence-control : A-I-C) เป็นการพัฒนาชุมชนที่นำไปสู่ การพัฒนาที่ยั่งยืน คือ การเปิดโอกาสให้บุคคล และผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาชุมชน ร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชน ร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนาและร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นกล่าวคือกระบวนการกระบวนการส่งเสริมความสำเร็จ การดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมาเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกันเพื่อสร้างความรู้ และแนวทางปฏิบัติร่วมกัน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา พบว่าได้รับความร่วมมือใน การดำเนินงานจากทีมตอบโต้ฉุกเฉินรวดเร็ว (rapid response team) ประกอบด้วย กู้ชีพท้องถิ่น ทีม MERT (medical emergency response team) เพื่อให้เข้าถึงผู้บาดเจ็บภายใน 8-10 นาที ในเขตเมืองภายใน 15 นาทีในพื้นที่ชนบท สอดคล้องกับหลักการป้องกันอุบัติเหตุ 6E ของสมาคมส่งเสริมความปลอดภัยและอนามัยในการทำงาน (ประเทศไทย) ในพระราชูปถัมภ์ฯ[10] ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วม (Engagement) หัวใจสำคัญของ 6E คือการดึงทุกภาคส่วน (รัฐ เอกชน และชุมชน) เข้ามาทำงานร่วมกัน ไม่ใช่ปล่อยให้เจ้าหน้าที่ของตำรวจหรือวิศวกรเพียงฝ่ายเดียว กล่าวคือ การดำเนินงาน

การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมาเป็นเรื่องที่ทุกภาคส่วนต้องรับผิดชอบร่วมกัน ขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรการทางกฎหมาย และปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางถนนให้ทันเวลาที่

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นด้านพฤติกรรมการใช้รถบนท้องถนน พบว่าพฤติกรรมระดับนาน ๆ ครั้ง เช่น ท่านขับรถด้วยความเร็วเกินที่กำหนด ($\bar{X}=2.58$, S.D. =.67) ท่านขับรถด้วยร่างกายอ่อนเพลีย ง่วงนอน ($\bar{X}=2.53$, S.D. =.72) ท่านรถรถย้อนศร ($\bar{X}=2.53$, S.D. =.69) สอดคล้องกับแนวคิดของสำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร สำนักแผนความปลอดภัย^[2] ที่ว่า สาเหตุของอุบัติเหตุที่เกิดจากบุคคล ได้แก่ การขับรถตัดหน้า กระชั้นชิด (ร้อยละ 19) การขับรถเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด (ร้อยละ 19) การขับรถกลับใน (ร้อยละ 2) เมาสุรา (ร้อยละ 2) และสาเหตุอื่น ๆ (ร้อยละ 58) กล่าวคือ พฤติกรรมการขับรถเร็วกว่ากำหนดยังเป็นอีกหนึ่งสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุบนถนน แม้จะเป็นพฤติกรรมที่นาน ๆ ครั้งแต่อาจจะส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุได้ การส่งเสริมและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎจราจร สร้างเสริมพฤติกรรมจราจรขับขีปลอดภัยจึงเป็นเรื่องที่ทุกคนต้องพึงปฏิบัติ

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นจำนวนบุคลากรที่ดำเนินการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนนพบว่าจำนวนทีมระดับสูง(ALS)และระดับพื้นฐาน(BLS/FR) ไม่เพียงพอต่อพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา สอดคล้องกับผลการศึกษาของรพีพรรณ โพธิ์ทอง^[11] ที่ว่าจำนวนบุคลากรในการจัดการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขยังไม่เพียงพอควรวางแผนการจัดการกำลังคนให้เพียงพอ กล่าวคือ บุคลากรที่ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน มีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับอุบัติเหตุที่เหตุพบบ่อยครั้ง เนื่องจากบุคลากรดังกล่าวต้องผ่านการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความชำนาญและทักษะในการช่วยเหลือเพื่อประสาเหตุให้ทันทั่วถึง ลดการสูญเสียซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การตรวจสอบข้อมูลผู้ประสบเหตุ ซึ่งมีการแยกทีมออกไปให้บริการข้อมูลกับญาติ /ผู้สื่อข่าว เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันสอดคล้องกับแนวคิด Stufflebeam Shinkfield^[5] ที่ว่าผลลัพธ์(product)เป็นการประเมินผลผลิตและผลที่ได้จากโครงการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมิน ได้แก่ การประเมินผลกระทบ การประเมินประสิทธิผล คุณภาพและความสำคัญของผลลัพธ์ที่ได้ การประเมินความสำเร็จและความต่อเนื่อง การประเมินเพื่อขยายความสำเร็จของโครงการนำไปประยุกต์ใช้กับโครงการอื่น กล่าวคือ ผลกระทบที่เกิดขึ้นต้องสร้างความเข้าใจให้กับผู้ประสบเหตุ และญาติของผู้ประสบเหตุ

เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน ซึ่งการดำเนินงานต้องดำเนินการด้วยความรวดเร็ว โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ประสบภัยเป็นหลัก ซึ่งรูปแบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมาสามารถดำเนินการได้รวมเร็วมากขึ้นอยู่ภายใต้ห้วงเวลาที่กำหนด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 จังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับกรมทางหลวง ควรกำหนดมาตรการการควบคุมความเร็วและ การจัดการเหตุฉุกเฉินบนทางด่วนพิเศษ บนทางหลวงพิเศษระหว่างเมือง (M6) เส้นทางบางปะอิน-โคราช เพื่อให้สามารถควบคุมความเร็วและสามารถจัดการเหตุฉุกเฉินบนทางด่วนพิเศษได้รวมเร็วยิ่งขึ้น

1.2 จังหวัดนครราชสีมาควรใช้ข้อมูลจากระบบ RTIDC มาช่วยในการวางแผนการเข้าถึงพิกัดจุดเกิดเหตุ เนื่องจากสามารถเข้าถึงข้อมูลในระดับอำเภอ ระดับตำบล ทำให้สามารถวางแผนการช่วยเหลือได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 จังหวัดนครราชสีมาควรจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุทางถนนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาควรเพิ่มหน่วยEMSและควรทบทวนองค์ความรู้การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 การศึกษาครั้งต่อไป ควรประเมินระบบการส่งต่อ (referral system) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดความล่าช้าในห่วงโซ่การช่วยเหลือตั้งแต่การรับแจ้งเหตุ การเข้าถึงจุดเกิดเหตุ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

3.2 การศึกษาครั้งต่อไป ควรประเมินการทำงานแบบบูรณาการ เพื่อศึกษาสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานหลัก (ศบ., ปภ., ตำรวจ, อปท., และอาสาสมัครกู้ภัย) ภายใต้แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา

เอกสารอ้างอิง

- [1] คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ. แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติพ.ศ.2564–2570. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 15 มกราคม 2569]. เข้าถึงได้จาก https://www.disaster.go.th/upload/download/file_attach/375386_7497001f8e1303362092706df1.pdf
- [2] สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร สำนักแผนความปลอดภัย. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ.2565. กรุงเทพฯ : สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร สำนักแผนความปลอดภัย, 2566.
- [3] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. จำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดนครราชสีมา นครราชสีมา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2568.
- [4] สำนักโรคบาดเืยการควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, กรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559–2564. นนทบุรี: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2558.
- [5] Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. Evaluation Theory, Models & Applications. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2007.
- [6] กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยทางการแพทย์และการสาธารณสุข พ.ศ. 2566 – 2570. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
- [7] นรินทิพย์ ชัยพรมเขียว และฉัตรสมุนพฤติภิญโญ. มาตรการในการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศกรณีศึกษาเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษด่านพรมแดนแม่สอด จังหวัดตาก ประเทศไทย. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2560; 3(2) : 193 – 210.
- [8] สยามราชย์ฟูเจริญกัลยาสำราญเชื้อเมืองพานและอนุรักษ ศรีใจ. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข: กรณีฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ 2567; 25(1) : 79 – 96.

- [9] ชีระพงษ์ แก้วหาญชัย. กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม. [ออนไลน์]. (2558). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 20 มกราคม 2569]. เข้าถึงได้จาก <http://www.prachasan.com/mindmap-knowledge/aic.html>.
- [10] สมาคมส่งเสริมความปลอดภัยและอนามัยในการทำงาน(ประเทศไทย)ในพระราชูปถัมภ์ฯ. หลักการป้องกันอุบัติเหตุ 6E. [ออนไลน์]. (2569). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 12 มกราคม 2569]. เข้าถึงได้จาก https://shawpat.or.th/th/?option=com_content&view=article&id=169:qq&catid=56:news&Itemid=94
- [11] รพีพรรณ โพธิ์ทอง. สถานการณ์การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารควบคุมโรค 2568; 51(1): 15-32