e277845

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

สมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักฉุกเฉินการแพทย์ตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ชฎาวัลย์ รุณเลิศ[1*], วันเพ็ญ ยอดคง[1], สายฝน ตันตะโยธิน[1], ปัณณทัต พุทธรักษา[2], กาญจนา นิ่มสุนทร[1], และธนาสิทธิ์ ไชยวุฒิ[1]

[1]วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดนนทบุรี
[2]โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

(วันที่รับบทความ: 23 มกราคม 2569; วันที่แก้ไข: 26 มีนาคม 2569; วันที่ตอบรับ: 7 เมษายน 2569)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักฉุกเฉินการแพทย์ตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ.2566 -31 กรกฎาคม พ.ศ.2567 คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง จาก 5 กลุ่มด้านฉุกเฉินการแพทย์ ได้แก่ ผู้บริหาร สถาบันการศึกษา หน่วยงานสถานบริการสุขภาพ บัณฑิต และนิสิต รวม 53 คน จนข้อมูลอิ่มตัวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาทั้งแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่ม ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงแก่นสาร และตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ตามหลัก COREQ

ผลการศึกษา พบว่าสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักฉุกเฉินการแพทย์ คือ 1) ลักษณะการปฏิบัติงานของนักฉุกเฉินการแพทย์ เป็นบทบาทหน้าที่และการปฏิบัติงานแบบบูรณาการ 2) สมรรถนะของนักฉุกเฉินการแพทย์ ประกอบด้วย (1) สมรรถนะวิชาชีพ ด้านความเชี่ยวชาญ การช่วยชีวิตและการจัดการผู้ป่วยวิกฤต (2) สมรรถนะเชิงระบบ ด้านการจัดการเชิงรุกในชุมชนและการบูรณาการเครือข่าย และ (3) Soft Skill และภาวะผู้นำ ดังนั้นสถาบันการศึกษานอกจากการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพแล้วยังควรพัฒนาทักษะ Soft Skills เน้นการนำทักษะภาวะผู้นำ การควบคุมอารมณ์ และมนุษยสัมพันธ์มาใช้ในการสื่อสารกับญาติผู้ป่วยและทีมงานภายใต้ภาวะกดดัน หน่วยงานสถานบริการในเชิงนโยบายควรมีการบริหารจัดการกำลังคนแบบหมุนเวียน เพื่อให้บุคลากรได้มีโอกาสปฏิบัติงานทั้งในศูนย์สั่งการและสลับไปปฏิบัติงานบนรถพยาบาลระดับสูง (ALS) ในหน่วยงานเครือข่าย เพื่อคงไว้ซึ่งสมรรถนะวิชาชีพตามมาตรฐานสากล

คำสำคัญ: สมรรถนะที่พึงประสงค์ นักฉุกเฉินการแพทย์ ความคิดเห็น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ชฎาวัลย์ รุณเลิศ; chadawanr@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

Desirable Competencies of Emergency Medical Personnel According to The Opinions of Stakeholders in the Primary Health Care System

Chadawan Runlert[1*], Wonpen Yodkong[1], Saifon Tantayothin[1], Punnathut Puttharaksa[2], Kanchana Nimsuntorn[1], and Thanasit Chaiwut[1]

[1] Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Nonthaburi

[2] Nakhonprathom Hospital, Nakhonprathom

(Received: 23 January 2026; Revised: 26 March 2026; Accepted: 7 April 2026)

Abstract

This qualitative study aimed to explore the desired competencies of emergency medical personnel based on the opinions of stakeholders in the primary healthcare system. A total of 53 people from five groups related to medical emergency, specifically administrators, educational institutions, health service agencies, graduates, and students, were purposefully selected for in-depth interviews and focus groups as key informants Recruitment continued until data saturation was achieved, which was at 53 participants Both interviews and focus group discussions were checked for content validity, rendering a consistency index between 0.67-1.00. Data were analyzed by thematic analysis and trustworthiness was assessed according to the COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) guidelines. The findings revealed that the desirable work characteristics of emergency medical personnel involved being able to operate in the roles, and assume the responsibilities required for integrated operations. 2) The desired competencies of emergency medical personnel consisted of (1) professional competency and expertise in life-saving, and critical patient management, (2) systemic competency in proactive community management and network integration, and (3) soft and leadership skills. Therefore, educational institutions, in addition to developing professional competencies, should also develop soft skills, emphasizing the application of leadership skills, emotional control, and interpersonal relationships in communication with patients' relatives and team members under pressure. Service agencies, in terms of policy, should implement a rotational work model to allow personnel the opportunity to work both in dispatch centers and on advanced life support (ALS) ambulances in network units, in order to maintain professional competencies according to international standards.

Keywords : desirable competencies, emergency medical personnel, opinions, stakeholders, primary health care system

***Corresponding author:** Chadawan Runlert; chadawanr@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

บทนำ

ตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินฉบับที่ 3.1 (พ.ศ.2562 - 2565) ซึ่งมีการปรับตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และมาตรา 56 รัฐต้องจัดหรือดำเนินการให้มีสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึงตามหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งการแพทย์ฉุกเฉินเป็นความจำเป็นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดบริการให้ประชาชน เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัจจัยหลักภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีปัจจัยสำคัญ ดังนี้ ด้านสังคมประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) จากสถิติประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) เนื่องจากสัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 16.5% ในปี 2559 เป็น 21.58% ในปี 2568 และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 32.2% ในปี 2575 จึงมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉินมากขึ้น แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินฉบับนี้จึงได้มียุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีตัวชี้วัดคือ (1) ระดับความสำเร็จในการผลิตผู้ปฏิบัติการที่เพียงพอโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (2) ระดับความสำเร็จในการส่งเสริมสนับสนุนการธำรงรักษาผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (3) ระดับความสำเร็จในการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะผู้ปฏิบัติการทั้งในความเชี่ยวชาญเฉพาะหรือพื้นที่เฉพาะ เช่น ชายแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษ เขตสุขภาพพิเศษ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562) คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขมีประเด็นและข้อเสนอในการปฏิรูประบบสาธารณสุข ที่ขับเคลื่อนต่อจากสภาปฏิรูปแห่งชาติ 6 ประเด็น และหนึ่งในประเด็นนั้นคือการปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ข้อเสนอการปฏิรูปคือ (1) จัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุหมายเลขเดียว (2) ปฏิรูประบบความรู้และความสามารถเรื่องการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น (First-Aid and Resuscitation) (3) เพิ่มการบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (4) จัดให้มีศูนย์จ่ายงานที่มีประสิทธิภาพ (5) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆ และกรุงเทพมหานครเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของจังหวัด (6) ให้เป็นอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ส่วนในด้านกิจกรรมกำลังคนด้านการแพทย์ฉุกเฉินนั้น มีเป้าหมายหรือผลอันพึงประสงค์และผลสัมฤทธิ์ โดยให้กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันผลิตบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขทั้งหมดมีแผนลงทุนเชิงบูรณาการผลิตและธำรงรักษาบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้เพียงพอแก่ความต้องการในระยะ 10 ปี (คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (คปสธ.), 2565)

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้ทำการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล โดยเฉพาะบุคลากรที่จะให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินวิกฤตซึ่งจะต้องเป็นบุคคลากรที่มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง วางแผนการผลิตและพัฒนาโดยการบูรณาการแผนงานและแผนการลงทุนกับภาคีที่เกี่ยวข้องให้มีเพียงพอต่อความต้องการของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ทันเวลา และได้รับการดูแลจากบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตามระดับความฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของระบบการดูแลนอกโรงพยาบาลที่ดี ที่จะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตและพิการของผู้ป่วยฉุกเฉินลดลงได้ในที่สุด ความต้องการผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาฉุกเฉินการแพทย์หรือผู้ได้รับประกาศนียบัตร

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ที่จะมาทำหน้าที่เป็นผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง หัวหน้าชุดปฏิบัติการแพทย์ระดับสูงรวมทั้งเป็นผู้ช่วยหัวหน้าชุดในหน่วยปฏิบัติการระดับเฉพาะทาง จำนวนทั้งหมด 43,595 คน และหากให้พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินทำหน้าที่ดังกล่าวในส่วนของหน่วยปฏิบัติการที่เป็นโรงพยาบาล (Hospital Base) ความต้องการผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาฉุกเฉินการแพทย์ หรือผู้ได้รับประกาศนียบัตรนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ จะเท่ากับ 38,117 คน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565) จากข้อมูลการคาดการณ์กำลังคนในระดับนักฉุกเฉินการแพทย์สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจะพบว่าความต้องการนักฉุกเฉินการแพทย์กับอัตราการผลิตในปัจจุบันยังไม่มีความสอดคล้องกัน ปัจจุบันมีสถาบันที่ผลิตบัณฑิตหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาฉุกเฉินการแพทย์ มีจำนวนทั้งสิ้น 7 แห่ง (มี 3 แห่งนักศึกษายังอยู่ชั้นปีที่ 2) มีกำลังผลิตรวมกันประมาณ 120 คนต่อปี และหลังจาก พ.ศ.2568 จะเพิ่มการผลิตเป็น 210 คนต่อปี ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการคาดการณ์กำลังคนในระดับนักฉุกเฉินการแพทย์ที่คำนวณไว้ ประกอบกับในด้านของความก้าวหน้าในส่วนของวิชาชีพของกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีความชัดเจน ทำให้บัณฑิตที่จบมาแล้ว ไปปฏิบัติงานในสถานบริการภาคเอกชน เนื่องจากสวัสดิการและค่าตอบแทนในการทำงานสูงกว่าอัตราค่าตอบแทนในภาครัฐเป็นอย่างมาก ประกอบกับเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2565 กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นได้ประกาศมาตรกำหนดตำแหน่งและกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องเกื้อกูล กำหนดตำแหน่งนักฉุกเฉินการแพทย์และตำแหน่งเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่นในกลุ่มที่ 6 กลุ่มสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับการคาดการณ์กำลังคนด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระดับนักฉุกเฉินการแพทย์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งในส่วนนักฉุกเฉินการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในส่วนขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจะได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการตั้งแต่ระดับปฏิบัติการจนถึงระดับเชี่ยวชาญ จะเป็นจุดที่ทำให้นักฉุกเฉินการแพทย์มีความมั่นคงและก้าวหน้าในวิชาชีพมากขึ้น

สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันการศึกษาที่พัฒนาหลักสูตรฉุกเฉินการแพทยบัณฑิต ซึ่งมีความต่างจากหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาฉุกเฉินการแพทย์ จากหลักการและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักฉุกเฉินการแพทย์ตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาหลักสูตรฉุกเฉินการแพทยบัณฑิต อย่างมีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของหน่วยบริการสุขภาพอันจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักฉุกเฉินการแพทย์ตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักฉุกเฉินการแพทย์ตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผ่านมุมมองของผู้บริหาร หัวหน้างานฉุกเฉินการแพทย์ นักฉุกเฉินการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพ อาจารย์ผู้สอนในสถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนด้านฉุกเฉิน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

การแพทย์ นักศึกษาฉุกเฉินการแพทย์ในปัจจุบัน และผู้ใช้บัณฑิต โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม มุ่งวิเคราะห์สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานจริงให้สอดคล้องกับกรอบ WHO EMT Competency Framework ภายใต้หลักการการศึกษาที่เน้นสมรรถนะ (Competency-Based Education: CBE) เพื่อศึกษาสมรรถนะที่ปฏิบัติงานจริงในปัจจุบันและสมรรถนะที่ต้องการให้มีในนักฉุกเฉินการแพทย์ ความเหมาะสมของจำนวนบุคลากร ภาระงาน หน้าที่ความรับผิดชอบ ปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติงาน การจัดการเรียนการสอนด้านฉุกเฉินการแพทย์ในปัจจุบันกับระบบสุขภาพปฐมภูมิที่สอดคล้องกับสภาวการณ์ของสังคมและประเทศ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) การวิเคราะห์เชิงแก่นสาร (Thematic Analysis) ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ.2566 -31 กรกฎาคม พ.ศ.2567

ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 5 กลุ่ม จำนวนทั้งหมด 53 คน จึงได้ข้อมูลที่อิ่มตัว ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

กลุ่มที่ 1 ผู้บริหาร ประกอบด้วย รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการสถาบันฉุกเฉินแห่งชาติ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ จำนวน 4 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ (1) เป็นผู้บริหารหรือตัวแทนจากหน่วยงานด้านนโยบายและการกำหนดขอบเขตความก้าวหน้าด้านวิชาชีพ มีประสบการณ์เป็นผู้บริหารอย่างน้อย 1 ปี (2) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารและแบ่งปันประสบการณ์ได้ชัดเจนและยินยอมเข้าร่วมการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

กลุ่มที่ 2 สถาบันการศึกษาที่กำลังเปิดหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาฉุกเฉินการแพทย์ ประกอบด้วย ประธานหลักสูตรหรือตัวแทนจากมหาวิทยาลัยพะเยา มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา โรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 7 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ (1) เป็นประธานหลักสูตรหรือตัวแทนสถาบันการศึกษาที่เปิดหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาฉุกเฉินการแพทย์ ไม่น้อยกว่า 1 ปี (2) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารและแบ่งปันประสบการณ์ได้ชัดเจนและยินยอมเข้าร่วมการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

กลุ่มที่ 3 หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการหรือตัวแทนจากโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ โรงพยาบาลนครนายก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว โรงพยาบาลหัวเฉียว โรงเรียนนาวกเวชกิจ ศูนย์วิทยาการกรมการแพทย์ทหารเรือ อบจ.มหาสารคาม สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร จำนวน 10 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ (1) เป็นผู้อำนวยการหรือตัวแทนหน่วยงานและสถานบริการสุขภาพที่รับบัณฑิตหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาฉุกเฉินการแพทย์ไปปฏิบัติงาน ทั้งภาครัฐและเอกชน (2) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารและแบ่งปันประสบการณ์ได้ชัดเจนและยินยอมเข้าร่วมการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

กลุ่มที่ 4 บัณฑิตที่จบการศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาฉุกเฉินการแพทย์ 5 แห่ง ประกอบด้วย บัณฑิตจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

วชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ จำนวน 10 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ (1) เป็นบัณฑิตที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2555-2564 จากหลักสูตรวิทยาศาสตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาฉุกเฉินการแพทย์ และมีประสบการณ์เกี่ยวกับ EMS ในระบบปฐมภูมิไม่น้อยกว่า 1 ปี (2) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารและแบ่งปันประสบการณ์ได้ชัดเจนและยินยอมเข้าร่วมการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

กลุ่มที่ 5 นิสิตที่กำลังศึกษาชั้นปีที่ 3-4 หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาฉุกเฉินการแพทย์ จากสถาบันการศึกษา ประกอบด้วย นิสิตจากคณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ จำนวน 22 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ (1) เป็นนิสิตที่กำลังศึกษาชั้นปีที่ 3-4 ในปีการศึกษา 2565 หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาฉุกเฉินการแพทย์จากสถาบันการศึกษาในสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (อว.) (2) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารและแบ่งปันประสบการณ์ได้ชัดเจนและยินยอมเข้าร่วมการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

โดยมี**เกณฑ์การคัดออก**ของทั้ง 5 กลุ่มคือ (1) เป็นผู้ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย (2) เป็นผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลการวิจัยได้ในระยะเวลาที่มีการเก็บข้อมูลวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักฉุกเฉินการแพทย์ตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่ม รูปแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด รายละเอียดดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้ในกลุ่มที่ 1 ผู้บริหาร สัมภาษณ์ตามประเด็นคำถาม จำนวน 12 ข้อ คือ (1) ลักษณะการทำงานของนักฉุกเฉินการแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงในปัจจุบันเป็นอย่างไร (2) นักฉุกเฉินการแพทย์ มีภาระงานเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบหรือไม่ อย่างไร (3) ท่านต้องการสมรรถนะของนักฉุกเฉินการแพทย์ เป็นอย่างไร (แบบไหนอย่างไร เพราะเหตุใด) (4) ในมุมมองของท่านในฐานะผู้ใช้บัณฑิต ท่านคิดว่านักฉุกเฉินการแพทย์ ที่กระทรวงสาธารณสุขผลิตควรมีลักษณะอย่างไร นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมีผลต่อการผลิตนักฉุกเฉินการแพทย์ อย่างไร (5) การจัดการเรียนการสอนด้านฉุกเฉินการแพทย์ ในปัจจุบันเหมาะสมกับระบบบริการสุขภาพหรือไม่ อย่างไร (6) การจัดการเรียนการสอนด้านฉุกเฉินการแพทย์ในระบบบริการปฐมภูมิควรเป็นอย่างไร (7) นักฉุกเฉินการแพทย์ ควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะทางด้านวิชาชีพในด้านใด (8) ปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติงานของนักฉุกเฉินการแพทย์ มีอะไรบ้าง (9) ท่านมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอย่างไรเกี่ยวกับบุคลากรด้านฉุกเฉินการแพทย์ 10) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับนโยบายเรื่องการบรรจุนักฉุกเฉินการแพทย์เป็นข้าราชการในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น /การปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (11) ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรที่จะทำให้หลักสูตรนักฉุกเฉินการแพทย์ ที่กระทรวงสาธารณสุขผลิตมีความรักชุมชนไม่ลาออกไปอยู่เอกชนหรือที่อื่น (12) สิ่งที่ท่านคาดหวังจากผลผลิตบุคลากรด้านฉุกเฉินการแพทย์ ของกระทรวงสาธารณสุขมีอะไรบ้าง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

2. แบบสนทนากลุ่ม ใช้ในกลุ่มที่ 2-5 สนทนาตามตามประเด็นคำถาม จำนวน 16 ข้อ โดยประเด็นคำถามจะเหมือนคำถามการสนทนากลุ่ม 12 ข้อ และเพิ่มเติมอีก 4 ข้อ คือ (1) ในฐานะที่ท่านเป็นผู้บังคับบัญชานักฉุกเฉินการแพทย์ ท่านคิดว่านักฉุกเฉินการแพทย์ ของท่านควรมีสมรรถนะด้านใดเป็นพิเศษเพื่อจะได้ทำงานร่วมกับท่านได้สำเร็จตามนโยบายการทำงานของท่าน (2) จำนวนนักฉุกเฉินการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานในปัจจุบันเพียงพอหรือไม่ หากไม่เพียงพอควรมีจำนวนเท่าไรจึงจะเหมาะสม (ใช้สนทนาในกลุ่มที่ 2 สถาบันการศึกษา และกลุ่มที่ 3 หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพ) (3) ในฐานะของนักศึกษาที่เข้ามาเรียนหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาฉุกเฉินการแพทย์ ท่านมีความคาดหวังจากหลักสูตรอย่างไรและมีความคิดเห็นเช่นไรเกี่ยวงานของนักฉุกเฉินการแพทย์ในปัจจุบัน (4) ในมุมมองของนักศึกษา เมื่อจบการศึกษาแล้ว ท่านจะปฏิบัติงานในองค์กรภาครัฐหรือเอกชน และท่านมีความคาดหวังอย่างไรในเรื่องตำแหน่ง (ใช้สนทนาในกลุ่มที่ 4 บัณฑิตที่จบการศึกษา และกลุ่มที่ 5 นิสิตที่กำลังศึกษา)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่มที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องด้านฉุกเฉินการแพทย์ 2 ท่าน ตรวจสอบถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความครอบคลุมของเนื้อหา พิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ของแบบสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 12 ข้อ และแบบสนทนากลุ่ม จำนวน 16 ข้อ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก เพื่อขออนุญาตใช้สถานที่ในการทำวิจัยและขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2) ประสานกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

3) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ห้องประชุมโรงแรมเอเชียแอร์พอร์ท จังหวัดปทุมธานี โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบต่อหน้าโดยทีมวิจัยที่ผ่านการซักซ้อมความเข้าใจถึงประเด็นคำถามให้มีความเข้าใจตรงกัน โดยที่ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการอภิปราย และชี้แจงเป้าหมายของการสนทนา ขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนาและบอกข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล โดยรับรองว่าข้อมูลที่ได้จะใช้เพื่อการวิจัยไม่มีการเปิดเผยผู้ให้ข้อมูลและสามารถแสดงความคิดเห็น ได้อย่างอิสระ บอกบทบาทของผู้ดำเนินการสนทนาและผู้ร่วมสนทนา ให้ผู้ร่วมสนทนาแนะนำตนเอง ใช้คำถามนำก่อนที่จะเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการ เชื่อมโยงการสนทนาเข้าสู่แนวคำถามตามลำดับ โดยใช้คำถามปลายเปิดและกระตุ้นให้ผู้ร่วมสนทนาแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ โดยผู้ดำเนินการสนทนาสังเกตปฏิกิริยาผู้ร่วมสนทนา รับฟัง ซักถาม เพื่อความกระจ่างและบันทึกการสนทนา ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที จนเมื่อได้ข้อมูลครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น จึงกล่าวสรุปประเด็นสำคัญที่ได้และกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วม

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

4) รวบรวมข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงแก่นสาร (Thematic Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการจดบันทึกและการถอดเทปมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางการวิจัย วิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์เชิงแก่นสาร (Thematic Analysis) โดยตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ตามหลัก COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) ดังนี้ (1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ใช้ผู้ให้ข้อมูลหลายกลุ่ม (Triangulation) ส่งผลสรุปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (Member Checking) และใช้ Peer Debriefing กับผู้ทรงคุณวุฒิด้าน EMS (2) การถ่ายโอนผล (Transferability) บรรยายบริบทพื้นที่และบทบาทผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียด (3) ความมั่นคง (Dependability) สร้าง Audit Trail ขั้นตอนการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลทุกขั้นตอน บันทึกการ coding และการทบทวนธีม/ประเด็นทั้งหมด (4) การพิสูจน์กลับได้ (Confirmability) เก็บบันทึกเสียง, verbatim, field notes และตรวจสอบข้อมูลร่วมกับทีมวิจัย ลดอคติของผู้วิจัย

จริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก เลขที่ KMPHT - 66010011 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย อธิบายโดยใช้เอกสารชี้แจง และให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือโดยความสมัครใจ (Information Consent Form) คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลและรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

การศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักฉุกเฉินการแพทย์ตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพปฐมภูมิ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ผ่านการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ตามหลัก COREQ สรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะการปฏิบัติงานของนักฉุกเฉินการแพทย์ (Work Characteristics)

ประเด็นหลักที่ 1 ความหลากหลายของสถานที่ปฏิบัติงานและบทบาทที่คาบเกี่ยว การปฏิบัติงานไม่ได้จำกัดอยู่เพียงบนรถพยาบาล แต่ครอบคลุมทั้งในสถานพยาบาล ศูนย์สั่งการ และงานวิชาการ โดยมีลักษณะเด่นคือการทำงานแบบคู่ขนาน (Hybrid Roles) ระหว่างงานก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) และงานในห้องฉุกเฉิน (ER)

ประเด็นรองที่ 1.1 การปฏิบัติงานในสถานพยาบาลรัฐและท้องถิ่น ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในระบบราชการ (ร้อยละ 60-70) โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมักถูกมอบหมายให้ช่วยงานในห้องฉุกเฉินเนื่องจากจำนวนเคส EMS มีน้อย ดังคำกล่าว "การปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่จะปฏิบัติงาน EMS และ ER ควบคู่กันไป" และ "ทำงานใน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

โรงพยาบาลชุมชนจะมีเคสน้อย จึงต้องถูกมอบหมายให้เข้าไปทำงานในห้องฉุกเฉิน... ทำให้มีส่วนร่วมในการทำงานมากขึ้น" มีสมรรถนะการปฏิบัติงานที่สำคัญคือ (1) รูปแบบการทำงานแบบผสมผสาน (Hybrid Work Model) จากคำกล่าวที่ว่า "ปฏิบัติงาน EMS และ ER ควบคู่กันไป" สะท้อนให้เห็นว่าในบริบทของประเทศไทย นักฉุกเฉินการแพทย์ไม่ได้ทำหน้าที่เพียงแค่การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) เพียงอย่างเดียว แต่ยังถูกบูรณาการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษาพยาบาลภายในห้องฉุกเฉิน (Intra-hospital care) ซึ่งถือเป็นการใช้ทรัพยากรบุคคลให้เกิดประโยชน์สูงสุดในสถานพยาบาลที่มีข้อจำกัดด้านกำลังคน (2) การปรับตัวตามบริบทพื้นที่และภาระงาน (Contextual Adaptation) ข้อความที่ระบุว่า "ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนจะมีเคสน้อย จึงต้องถูกมอบหมายให้เข้าไปทำงานในห้องฉุกเฉิน" ชี้ให้เห็นถึงความยืดหยุ่นของบทบาทหน้าที่ (Role Flexibility) โดยนักฉุกเฉินการแพทย์ต้องปรับตัวตาม "ปริมาณงาน" (Workload) ของแต่ละพื้นที่ ในพื้นที่ที่มีอุบัติเหตุหรือเหตุฉุกเฉินน้อย ความสามารถทางคลินิกจะถูกนำมาสนับสนุนงานในห้องฉุกเฉินแทน เพื่อรักษาความชำนาญและทักษะหัตถการให้คงอยู่เสมอ และ (3) การสร้างการยอมรับผ่านการมีส่วนร่วม (Professional Acceptance) ประโยคที่ว่า "ทำให้มีส่วนร่วมในการทำงานมากขึ้น" เป็นประเด็นสำคัญในเชิงมานุษยวิทยาองค์กร เนื่องจากวิชาชีพนักฉุกเฉินการแพทย์ยังเป็นวิชาชีพใหม่ในระบบสุขภาพไทย การเข้าไปช่วยงานในห้องฉุกเฉินร่วมกับสหวิชาชีพ (เช่น แพทย์และพยาบาล) จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการแสดงศักยภาพและสร้าง "ตัวตนทางวิชาชีพ" (Professional Identity) ให้เป็นที่ยอมรับ เมื่อสหวิชาชีพเห็นทักษะการปฏิบัติงานจริง จะส่งผลให้เกิดความไว้วางใจและการประสานงานที่ราบรื่นยิ่งขึ้นในอนาคต

ประเด็นรองที่ 1.2 บทบาทในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ เป็นบทบาทสำคัญในการอำนวยการและบริหารจัดการงบประมาณ รวมถึงการจัดทำโปรโตคอลการส่งต่อ ดังคำกล่าว "การปฏิบัติงานใน อบจ. จะปฏิบัติงานในศูนย์แจ้งเหตุและสั่งการอย่างเดียว ทำให้ความรู้และทักษะที่มีบางส่วนไม่ได้นำไปใช้ในการปฏิบัติงาน" การปฏิบัติงานตามบทบาทมีลักษณะ (1) ภาวะสมรรถนะล้นเกินกับขอบเขตงานที่จำกัด (Underutilization of Clinical Skills) ข้อมูลสะท้อนถึงปัญหาการไม่ได้ใช้ศักยภาพทางวิชาชีพอย่างเต็มที่ (Skill Underutilization) เนื่องจากนักฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic) ได้รับการฝึกฝนทักษะการช่วยชีวิตขั้นสูงและหัตถการทางคลินิกมาอย่างเข้มข้น แต่เมื่อต้องปฏิบัติงานในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เพียงอย่างเดียว ทำให้ทักษะการปฏิบัติการภาคสนาม (Clinical/Hands-on skills) ถูกลดบทบาทลงเหลือเพียงทักษะการอำนวยการสื่อสารเท่านั้น (2) ผลกระทบต่อความชำนาญการและขวัญกำลังใจ (Impact on Proficiency and Morale) การที่ "ความรู้และทักษะที่มีบางส่วนไม่ได้นำไปใช้" ส่งผลเสียใน 2 มิติ คือ มิติทักษะ: ทักษะหัตถการทางการแพทย์เป็นทักษะที่ต้องอาศัยการฝึกฝนและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Perishable skills) หากไม่ได้ปฏิบัติจริงเป็นเวลานานอาจส่งผลต่อความมั่นใจและความแม่นยำในอนาคต มิติจิตวิทยา: อาจทำให้นักฉุกเฉินการแพทย์เกิดความรู้สึกไม่ภาคภูมิใจในวิชาชีพหรือรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ทำหน้าที่ตามความคาดหวังที่เรียนมา ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ระบุว่าบางส่วนต้องไปทำงานเอกสารหรืองานคุณภาพที่ไม่ตรงกับหน้าที่โดยตรง (3) ช่องว่างเชิงโครงสร้างของ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

หน่วยงานท้องถิ่น (Structural Gap in Local Government) ข้อความนี้ชี้ให้เห็นว่าโครงสร้างการจ้างงานของ อบจ. ในปัจจุบันยังไม่เอื้อให้นักฉุกเฉินการแพทย์ได้ออกปฏิบัติการบนรถพยาบาล (Ambulance) ได้เต็มรูปแบบในบางพื้นที่ เนื่องจากบางแห่งไม่มีรถบริการหรือเน้นเฉพาะงานอำนวยการ ส่งผลให้เกิดความลักลั่นในการใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีต้นทุนการผลิตสูง

2. สมรรถนะของนักฉุกเฉินการแพทย์ (Competencies)

2.1 สมรรถนะวิชาชีพ (Professional Competency)

ประเด็นหลักที่ 2 ความเชี่ยวชาญทางคลินิกและการช่วยชีวิตขั้นสูง เน้นทักษะการประเมินและรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรฐาน Star of Life และความสามารถในการทำหัตถการช่วยชีวิตขั้นสูง ในประเด็นการช่วยชีวิตและการจัดการผู้ป่วยวิกฤต ความคาดหวังสูงสุดคือทักษะการกู้ชีพ (Resuscitation) ที่แม่นยำและรวดเร็ว ดังคำกล่าว "Paramedics จบมาต้องชำนาญในเรื่องการ resuscitation ผู้ป่วย... สามารถใส่ทิ้ว PCR บนรถฉุกเฉินได้เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตลง" ประกอบด้วย (1) ความคาดหวังต่อสมรรถนะการช่วยชีวิตขั้นสูง (Expectation of Advanced Life Support Competency) ข้อความนี้สะท้อนว่าหัวใจสำคัญของวิชาชีพนักฉุกเฉินการแพทย์คือความเชี่ยวชาญในการกู้ชีพ (Resuscitation) การระบุถึงความสามารถในการใส่ทิ้ว (Endotracheal Intubation) บนรถพยาบาลฉุกเฉิน ชี้ให้เห็นว่าสังคมและระบบสุขภาพคาดหวังให้ Paramedic ปฏิบัติหัตถการระดับสูงที่ซับซ้อนได้ทันทีในที่เกิดเหตุ (Field Intubation) เพื่อจัดการทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นปัจจัยวิกฤตในการรักษาชีวิตผู้ป่วย (2) บทบาทในการลดอัตราการเสียชีวิต (Impact on Mortality Rates) คำพูดที่ว่า "เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตลง" แสดงถึงการตระหนักในบทบาทของ Paramedic ในฐานะผู้เปลี่ยนผลลัพธ์การรักษา (Outcome Changer) การนำทักษะการช่วยชีวิตขั้นสูงมาใช้ในบริบทก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital setting) ช่วยลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่เหมาะสม (Time-to-intervention) ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยวิกฤต (3) มาตรฐานวิชาชีพและการควบคุมคุณภาพ (Professional Standards and Quality Care) ข้อความนี้ยืนยันว่านักฉุกเฉินการแพทย์ต้องเป็นผู้ปฏิบัติการที่มีความชำนาญ (Expert Practitioner) ไม่ใช่เพียงผู้ช่วยงานเบื้องต้น ความชำนาญในการกู้ชีพและหัตถการพิเศษนี้ถือเป็นอัตลักษณ์ทางวิชาชีพ (Professional Identity) ที่แยก Paramedic ออกจากอาสาสมัครกู้ชีพหรือบุคลากรระดับพื้นฐานอื่น ๆ ในระบบ EMS

2.2 สมรรถนะเชิงระบบ (Systemic Competency)

ประเด็นหลักที่ 3 การบูรณาการเครือข่ายและการจัดการเชิงรุกในชุมชน ความสามารถในการเข้าใจบริบทระบบสุขภาพปฐมภูมิ การสื่อสารข้ามหน่วยงาน และการทำงานเชิงรุกเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในประเด็นการทำงานระดับชุมชนและการสอนประชาชน นักฉุกเฉินการแพทย์ต้องเป็นมากกว่าผู้รักษา แต่ต้องเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ดังคำกล่าว "Paramedic ควรจะต้องทำงานในชุมชนมากขึ้น ออกไปสอนเรื่องปฐมพยาบาล CPR ถ้าชาวบ้านสามารถทำได้ งานการแพทย์ฉุกเฉินจะเบาลง" และ "นักฉุกเฉินการแพทย์จะต้องมีความเข้าใจในระบบ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

การแพทย์ฉุกเฉินได้เป็นอย่างดี และมีความเข้าใจบริบทพื้นที่ที่เข้าไปปฏิบัติงาน" ประกอบด้วย (1) บทบาทเชิงรุกและการสร้างความเข้มแข็งให้ภาคประชาชน (Community Empowerment) ข้อความนี้สะท้อนถึงการเปลี่ยนผ่านบทบาทของนักฉุกเฉินการแพทย์จากผู้รักษา (Clinician) ไปสู่ ผู้ให้การศึกษา (Educator) ในชุมชน โดยการถ่ายทอดความรู้เรื่องการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR) ให้แก่ชาวบ้านไม่ใช่เพียงการลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ แต่เป็นการสร้างห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival) ที่แข็งแกร่งตั้งแต่ต้นทาง ซึ่งจะส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตในพื้นที่ห่างไกลเพิ่มสูงขึ้น (2) ความเข้าใจบริบทพื้นที่และระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Contextual Intelligence) การทำงานที่มีประสิทธิภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับทักษะทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยความเข้าใจบริบทพื้นที่ (Geographical & Cultural Context) นักฉุกเฉินการแพทย์ต้องเข้าใจทั้งระบบส่งต่อ ทรัพยากรที่มีอยู่ และวัฒนธรรมของคนในพื้นที่เพื่อให้การสื่อสารและการช่วยเหลือเข้าถึงใจประชาชน

2.3 Soft Skill และภาวะผู้นำ (Soft Skills & Leadership)

ประเด็นหลักที่ 4 วุฒิภาวะทางอารมณ์และการเป็นผู้นำทีมสหวิชาชีพ การมีจิตอาสา ความอดทนต่อแรงกดดัน และทักษะการสื่อสารที่นอบน้อมต่อผู้ใหญ่และเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม ในประเด็นการสื่อสารและการจัดการอารมณ์ภายใต้ภาวะวิกฤต ทักษะการประสานงานกับหน่วยงานอื่น เช่น ตำรวจ หรือกู้ภัย และการสื่อสารกับญาติผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ดังคำกล่าว "มีความเป็นผู้นำ ผู้ตาม มีทักษะในการสื่อสาร มีมนุษยสัมพันธ์... มีความนอบน้อมในการเข้าหาผู้ใหญ่ และมีการสื่อสารให้กับผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ" และ "จะต้องเป็นผู้ที่มีจริยธรรมสามารถบริหารจัดการอารมณ์ได้ สามารถรับแรงกดดันที่เกิดจากการทำงานได้" ประกอบด้วย (1) สมรรถนะด้านการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Communication and Interpersonal Competency) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่านักฉุกเฉินการแพทย์ต้องมีทักษะการสื่อสารที่ยืดหยุ่น (Versatile Communication) ไม่ใช่เพียงการส่งสารทางเทคนิคทางการแพทย์เท่านั้น แต่ต้องรวมถึงความนอบน้อมซึ่งเป็นวัฒนธรรมเฉพาะของบริบทไทย การสื่อสารนี้ครอบคลุมตั้งแต่การประสานงานในฐานะผู้นำและผู้ตามทีมสหวิชาชีพ ไปจนถึงการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจและลดความวิตกกังวลให้แก่ผู้รับบริการ (2) วุฒิภาวะทางอารมณ์และการจัดการภายใต้ภาวะกดดัน (Emotional Intelligence and Resilience) หน้างานของนักฉุกเฉินการแพทย์ต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตและความคาดหวังจากญาติผู้ป่วย ความสามารถในการบริหารจัดการอารมณ์และรับแรงกดดันจึงเป็นเกราะป้องกันสำคัญที่ช่วยให้การตัดสินใจทางคลินิกยังคงแม่นยำและรักษาภาพลักษณ์ทางวิชาชีพไว้ได้ นอกจากนี้ยังต้องมีจริยธรรมในการปฏิบัติงานเพื่อเป็นที่พึ่งให้แก่ประชาชนในยามคับขัน

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักฉุกเฉินการแพทย์ที่สะท้อนถึงการปฏิบัติงานแบบควบคู่กันทั้ง EMS และ ER ในระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทย สามารถนำมาอภิปราย ดังนี้

1. ลักษณะการปฏิบัติงานของนักฉุกเฉินการแพทย์ (Work Characteristics)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ประเด็นหลักที่ 1 บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติงานแบบบูรณาการ (Extended Roles and Integrated Practice) ผลการวิจัยพบว่านักฉุกเฉินการแพทย์ในระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทยมีลักษณะการปฏิบัติงานแบบ Hybrid Model คือการปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ควบคู่ไปกับการสนับสนุนงานในห้องฉุกเฉิน (ER) โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนเคสอุบัติเหตุน้อย ประเด็นนี้สอดคล้องกับแนวโน้มในต่างประเทศที่พยายามผลักดันให้ Paramedic เข้าไปมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพปฐมภูมิมากขึ้น ในสหราชอาณาจักร (UK) งานวิจัยของ Eaton et al. (2025) ระบุว่าการนำ Paramedic เข้าไปทำงานในทีมสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Teams) ช่วยลดภาระงานของแพทย์และเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต่ำและการออกเยี่ยมบ้าน ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าการทำงานใน ER ของโรงพยาบาลชุมชนช่วยให้นักฉุกเฉินการแพทย์มีส่วนร่วมในทีมสุขภาพและใช้ทักษะทางคลินิกได้อย่างคุ้มค่ามากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับบริบทในประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ Miles et al. (2025) ได้ชี้ให้เห็นว่าแม้จะมีการขยายบทบาทจากบนรถพยาบาลไปสู่ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) แต่ประเด็นท้าทายที่พบคือ ช่องว่างระหว่างหลักสูตรและการปฏิบัติงานจริง โดยหลักสูตรส่วนใหญ่ยังเน้นการจัดการภาวะวิกฤต (Critical Care) มากกว่าการดูแลในระบบปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ Verbatim ที่ระบุว่าการเข้าไปทำงานใน ER ช่วยให้ Paramedic มีส่วนร่วมมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็สะท้อนถึงภาวะที่ต้องปรับตัวเพื่อรักษาความชำนาญทางคลินิกในพื้นที่ที่มีเคสฉุกเฉินน้อย นอกจากนี้ การสร้างการยอมรับทางวิชาชีพ (Professional Acceptance) ผ่านการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในห้องฉุกเฉินตามที่ผู้ให้ข้อมูลระบุ สอดคล้องกับแนวคิดของ Mordaunt (2024) ที่วิเคราะห์ว่าการสร้างอัตลักษณ์ทางวิชาชีพที่ชัดเจนและการปฏิบัติงานที่เต็มศักยภาพ (Full Scope of Practice) จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีโครงสร้างทางกฎหมายและนโยบายที่เอื้ออำนวย ซึ่งในสหราชอาณาจักรและออสเตรเลียมีโครงสร้างที่ยืดหยุ่นกว่า ทำให้ Paramedic สามารถทำงานได้อย่างเป็นอิสระมากกว่าในบริบทของไทยที่ยังติดข้อจำกัดด้านสถานภาพการจ้างงานและขอบเขตกฎหมายบางประการ การอภิปรายนี้แสดงให้เห็นว่าการทำงานแบบ Hybrid ของ Paramedic ไทยในโรงพยาบาลชุมชน ไม่ใช่แค่เรื่องการแก้ปัญหาเคสน้อย แต่เป็นกลยุทธ์การบูรณาการวิชาชีพที่สอดคล้องกับทิศทางสากล (Global Trend) ในการใช้ Paramedic เพื่อเสริมความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพียงแต่ประเทศไทยยังต้องการการสนับสนุนเชิงนโยบายด้านตำแหน่งงานที่ชัดเจนเหมือนในประเทศอังกฤษหรือออสเตรเลีย นอกจากนี้บทบาทในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ เป็นบทบาทสำคัญในการอำนวยการและบริหารจัดการงบประมาณ รวมถึงการจัดทำโปรโตคอลการส่งต่อ จากผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลสะท้อนถึงปัญหาการไม่ได้ใช้ศักยภาพทางวิชาชีพอย่างเต็มที่ (Skill Underutilization) เมื่อต้องปฏิบัติงานในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เพียงอย่างเดียว ทำให้ถูกลดบทบาทลงเหลือเพียงทักษะการอำนวยการสื่อสารเท่านั้น และความรู้และทักษะที่มีบางส่วนไม่ได้นำไปใช้ส่งผลเสียหากไม่ได้ปฏิบัติจริงเป็นเวลานานอาจส่งผลต่อความมั่นใจและความแม่นยำในอนาคต เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ Miles et al. (2025) ระบุว่าปัญหาการใช้ทักษะไม่เต็มศักยภาพ (Underutilization) มักเกิดจากข้อจำกัดของโมเดลการทำงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ยังปรับตัวไม่ทัน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

กับการขยายขอบเขตงานของ Paramedic ซึ่งสอดคล้องกับกรณีของ อบจ. ที่เน้นเพียงงานสั่งการ นอกจากนี้ Mordaunt (2024)

ยังชี้ให้เห็นว่าการที่บุคลากรไม่ได้ใช้ทักษะอย่างเต็มศักยภาพ (Full Scope of Practice) ส่งผลต่อประสิทธิภาพโดยรวมของระบบการแพทย์ฉุกเฉินและขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่ ขณะที่ในสหราชอาณาจักร (UK) Eaton et al. (2025) เสนอว่าการแก้ปัญหานี้ต้องอาศัยการจัดระบบการทำงานแบบหมุนเวียน (Rotational Models) เพื่อให้ Paramedic ได้ปฏิบัติงานทั้งในศูนย์สั่งการ การออกรับผู้ป่วย และการทำงานในคลินิกปฐมภูมิ เพื่อรักษาความเฉียบคมของทักษะและเพิ่มความพึงพอใจในงาน

2. สมรรถนะของนักฉุกเฉินการแพทย์ (Competencies)

2.1 สมรรถนะวิชาชีพ (Professional Competency)

ประเด็นหลักที่ 2 ความเชี่ยวชาญ การช่วยชีวิตและการจัดการผู้ป่วยวิกฤต จากผลการวิจัยพบว่า หัวใจสำคัญของวิชาชีพนักฉุกเฉินการแพทย์คือความเชี่ยวชาญในการกู้ชีพ (Resuscitation) เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตลง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยวิกฤต ประเด็นความชำนาญในการกู้ชีพบนรถพยาบาลมีความสอดคล้องกับมาตรฐานระดับสากล ในสหราชอาณาจักร (UK) และออสเตรเลีย การมี Paramedic ที่มีสมรรถนะทางคลินิกสูง (High Clinical Competency) ในการจัดการภาวะวิกฤต เช่น การกู้ชีพและการจัดการทางเดินหายใจขั้นสูง เป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและลดอัตราการตาย Mordaunt (2024) ระบุว่าแม้การปฏิบัติหัตถการขั้นสูงจะเป็นสิ่งจำเป็น แต่ต้องมาพร้อมกับอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย (Prescribing and Intervention Authority) ที่ชัดเจน เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ (Full Scope of Practice) เช่นเดียวกับความคาดหวังในบริบทของไทยที่ต้องการให้ Paramedic แสดงความสามารถได้อย่างเต็มที่ภายใต้ความเข้าใจของสถานบริการสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่าความชำนาญในการกู้ชีพไม่ใช่เพียงทักษะทางเทคนิค แต่เป็นพันธกิจหลักของนักฉุกเฉินการแพทย์ที่ต้องเชื่อมโยงความรู้ทางคลินิกเข้ากับการตัดสินใจที่รวดเร็วภายใต้สภาวะกดดัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดต่อผู้ป่วยตามมาตรฐานสากล

2.2 สมรรถนะเชิงระบบ (Systemic Competency)

ประเด็นหลักที่ 3 การจัดการเชิงรุกในชุมชนและการบูรณาการเครือข่าย จากผลการวิจัยพบว่า นักฉุกเฉินการแพทย์มีบทบาทเชิงรุกโดยการถ่ายทอดความรู้เรื่องการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตในพื้นที่ห่างไกลเพิ่มสูงขึ้น และการสร้างเข้าใจทั้งระบบส่งต่อ ทรัพยากรที่มีอยู่ และวัฒนธรรมของคนในพื้นที่เพื่อให้การสื่อสารและการช่วยเหลือเข้าถึงใจประชาชน การทำงานในชุมชนและการเข้าใจบริบทพื้นที่ สอดคล้องกับทิศทางสากลที่เปลี่ยนจากโมเดลการรับเหตุ (Reactive) ไปสู่เชิงรุก (Proactive) เช่น สหราชอาณาจักร (UK) Eaton et al. (2025) ชี้ให้เห็นว่า Paramedic ที่ทำงานในระดับปฐมภูมิช่วยเสริมช่องว่างการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างดีเยี่ยม โดยเฉพาะเมื่อมีความเข้าใจในระบบการจัดการของท้องถิ่น ประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ Miles et al. (2025) อภิปรายว่าบทบาทของ Paramedic ในปัจจุบันก้าวข้ามขอบเขตเพียงการตอบโต้เหตุฉุกเฉินไปสู่การเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพชุมชนที่เน้นการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งช่วยลดภาระงานภาพรวมของระบบสาธารณสุขได้จริง สอดคล้องกับแนวคิด Community Paramedicine ใน แคนาดาและสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าการที่ Paramedic เข้าไปมีบทบาทเชิงรุกในการให้ความรู้และคัดกรองสุขภาพในชุมชน สามารถลดจำนวนการโทรแจ้งเหตุ 911 และการเข้ารับรักษาในห้องฉุกเฉินที่ไม่จำเป็นได้อย่างมีนัยสำคัญ

2.3 Soft Skill และภาวะผู้นำ (Soft Skills & Leadership)

ประเด็นหลักที่ 4 Soft Skill และภาวะผู้นำ จากผลการวิจัยพบว่า นักฉุกเฉินการแพทย์ต้องมีทักษะการสื่อสารที่ยืดหยุ่น (Versatile Communication) มีความนอบน้อม สื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจและลดความวิตกกังวลให้แก่ผู้รับบริการ สอดคล้องกับงานวิจัยใน ประเทศออสเตรเลีย ที่ระบุว่าสมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาลและบุคลากรฉุกเฉินในศตวรรษที่ 21 ต้องให้ความสำคัญกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการทำงานเป็นทีมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่นเดียวกับใน สหราชอาณาจักร (UK) ที่เน้นว่า Paramedic ในระบบปฐมภูมิต้องมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจได้ (Trusting Relationships) เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับในการรับคำปรึกษา นักฉุกเฉินการแพทย์ต้องมีสมรรถนะด้านซอฟต์สกิลและภาวะผู้นำ สอดคล้องกับมาตรฐานสมรรถนะในระดับสากล ได้แก่ ประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ Miles et al. (2025) อภิปรายว่าบทบาทที่ขยายตัวของ Paramedic ในระบบปฐมภูมิ ต้องการสมรรถนะด้านภาวะผู้นำและการจัดการ (Leadership and Management) มากขึ้น เพื่อขับเคลื่อนการทำงานในระดับชุมชนได้อย่างยั่งยืน สหราชอาณาจักร (UK): Eaton et al. (2025) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ Paramedic ประสบความสำเร็จในทีมปฐมภูมิคือ ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Skills) และความสามารถในการปรับตัวเข้ากับวัฒนธรรมองค์กรที่แตกต่างกัน ซึ่งตรงกับประเด็นความนอบน้อมและมนุษยสัมพันธ์ที่พบในการวิจัยนี้ ประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดามีหลักฐานว่าการฝึกอบรมด้าน Soft Skills เช่น ภาวะผู้นำและการจัดการความเครียด ช่วยลดอัตราความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Errors) และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตในไทยที่ต้องการให้ Paramedic มีความคิดสร้างสรรค์และจัดการความเครียดได้ดี

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) การปฏิบัติ นักฉุกเฉินการแพทย์นอกจากการเพิ่มสมรรถนะเชิงวิชาชีพแล้วควรเพิ่มทักษะ Soft Skills เน้นการนำทักษะภาวะผู้นำ การควบคุมอารมณ์ และมนุษยสัมพันธ์มาใช้ในการสื่อสารกับญาติผู้ป่วยและทีมงานภายใต้ภาวะกดดัน

2) การพัฒนาหลักสูตร ควรเพิ่มหลักสูตรอบรมหรือรายวิชาที่ส่งเสริมทักษะ Soft Skills และวุฒิภาวะทางอารมณ์ เพิ่มเนื้อหาด้านภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การจัดการความเครียด รวมถึงการทำงานเชิงรุกในชุมชนร่วมกับสหวิชาชีพ และรายวิชาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเฉพาะทาง เช่น การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ทางน้ำ ภัยพิบัติ ตึกถล่ม การจัดการสารเคมี

3) ด้านนโยบาย การกำหนดอัตรากำลังและตำแหน่งงาน ควรผลักดันการบรรจุตำแหน่งข้าราชการให้นักฉุกเฉินการแพทย์ เพื่อสร้างความมั่นคงในวิชาชีพ และควรแยกกรอบอัตรากำลัง (FTE) ออกมาให้ชัดเจนตามขนาดของ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

โรงพยาบาล รวมถึงการจัดสรรค่าตอบแทนและสวัสดิการ ควรมีนโยบายกำหนดค่าตอบแทน เงินเพิ่มพิเศษสำหรับวิชาชีพ (พตส.) และค่าตอบแทนล่วงเวลา (OT) ให้เหมาะสมและทัดเทียมกับวิชาชีพอื่น เพื่อลดการลาออกไปสู่ภาคเอกชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาภาระงาน (FTE) ของนักฉุกเฉินการแพทย์เพื่อหาจำนวนนักฉุกเฉินการแพทย์ที่เหมาะสมตามความหนาแน่นของประชากรและพื้นที่การรับผิดชอบในระดับท้องถิ่น

2) ควรศึกษาแนวทางการคงอยู่ของบุคลากร (Retention Rate) หรือปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ การลาออกหรือย้ายงาน เพื่อหาแนวทางลดการสมองไหลจากภาครัฐสู่เอกชน

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (คปสธ.). (2565). *รายงานของคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยสรุปจากเอกสารแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่เผยแพร่โดยหน่วยงานรัฐต่างๆ*. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. https://spd.moph.go.jp/wp-content/uploads/2022/08

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2562). *แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินฉบับที่ 3.1 (พ.ศ.2562 - 2565)*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2565). *คู่มือแนวทางปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. 2564*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

Eaton, G., Tierney, S., Wong, G., Williams, V., Williams, J., & Mahtani, K. R. (2025). The impact of paramedics working in primary care teams on other professionals and patient experiences: a qualitative study. *BJGP open*, *9*(3), BJGPO.2024.0152. https://doi.org/10.3399/BJGPO.2024.0152

Miles, A, Simpson, P, Naidoo, N, Sim, M, & Long, D. (2025). Beyond emergencies: Examining paramedic practices in primary health care in Australia and Aotearoa New Zealand. *Paramedicine*, *22*(1), 44-45. https://research.usq.edu.au/item/zwxqz/beyond-emergencies-examining-paramedic-practices-in-primary-health-care-in-australia-and-aotearoa-new-zealand

Mordaunt D. A. (2025). Unapproved medicine use by paramedics in New Zealand: a comparative analysis with Australian and United Kingdom frameworks. *The New Zealand medical journal*, *138*(1612), 47–59. https://doi.org/10.26635/6965.6825