

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ และการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของผู้นำชุมชน รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของผู้นำชุมชนกับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ศึกษาในกลุ่มประชากร คือ ผู้นำชุมชน อำเภอหาด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 6 ตำบล 61 หมู่บ้าน ประกอบด้วย นายกหรือรองนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 6 คน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 6 คน ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จำนวน 6 คน กำนัน จำนวน 6 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 55 คน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 110 คน รวมจำนวนทั้งหมด 189 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม การรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ของผู้นำชุมชน และการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของชุมชน ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หลังจากปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมได้นำมาทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.72 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square) และเปรียบเทียบการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ ของผู้นำชุมชนที่มีตำแหน่งแตกต่างกัน โดยใช้สถิติ t-test ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.1.1 ลักษณะประชากรและสังคมของผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชนที่ศึกษานี้มีจำนวน 189 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 98.9) มีอายุระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 48.7) มีอายุเฉลี่ย 42.8 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 97.4) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 63.0) ดำรงตำแหน่งเป็นผู้บริหารองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น ได้แก่ นายกรัฐมนตรีรองนายกรัฐมนตรี ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้รับผิดชอบงานด้านป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ร้อยละ 3.2) และผู้บริหารหมู่บ้านส่วนใหญ่ เป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน (ร้อยละ 58.2) เป็นผู้ใหญ่บ้าน (ร้อยละ 29.1) และกำนัน (ร้อยละ 3.2) โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 77.2)

5.1.2 ประสบการณ์ในการได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินและการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 81.0) และไม่เคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุอื่นๆ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ร้อยละ 72.5) ในรอบปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่เคยเรียกใช้บริการรถฉุกเฉิน กรณีเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ร้อยละ 93.1) โดยจำนวนครั้งที่เคยเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินมีเพียงครั้งเดียว (ร้อยละ 61.5) และเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินสำหรับคนในครอบครัวหรือญาติ (ร้อยละ 61.5) ซึ่งช่องทางติดต่อเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินผ่านทางโทรศัพท์โรงพยาบาลสอดคล้อง (ร้อยละ 61.5) และส่วนใหญ่เรียกใช้บริการของหน่วยงานกู้ชีพโรงพยาบาลสอดคล้อง (ร้อยละ 76.9)

5.1.3 การได้รับสื่อข่าวสารเรื่องการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการให้บริการรถฉุกเฉิน (ร้อยละ 79.4) กว่าครึ่งหนึ่งได้รับสื่อข่าวสารจาก สื่อวีดิทัศน์/โทรทัศน์ (ร้อยละ 50.0) รองลงมาคือ โปสเตอร์/ป้ายประชาสัมพันธ์/ป้ายโฆษณา (ร้อยละ 39.3) และส่วนใหญ่ไม่เคยรับทราบข้อมูลข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ (ร้อยละ 78.3) เกือบครึ่งหนึ่งได้รับข้อมูลมาจาก สื่อวีดิทัศน์/โทรทัศน์ (ร้อยละ 48.8) รองลงมาคือ เอกสาร/แผ่นพับ/คู่มือ (ร้อยละ 41.5) ขณะที่มากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าหน่วยงานมีหนังสือหรือเอกสารเรื่องพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ (ร้อยละ 59.3) มีเพียงร้อยละ 3.2 ที่ทราบว่าหนังสือหรือเอกสารและได้เคยอ่านหรือศึกษาพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑

5.1.4 การรับนโยบายการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับนโยบายในการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพกู้ภัยตามโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ภัย (ร้อยละ 63.5) มากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับนโยบายจากหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นแจ้งให้ทราบ (ร้อยละ 58.0) รองลงมาคือ การประชุมชี้แจงนโยบายของสำนักงานกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในพื้นที่ (ร้อยละ 42.0) ส่วนช่องทางในการรับนโยบายที่ผู้นำชุมชนได้รับน้อยที่สุด คือ การติดตามสนับสนุนและนิเทศจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ (ร้อยละ 1.4)

5.1.5 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

1) การมีจุดเสี่ยงอันตรายในการเกิดอุบัติเหตุฉุกเฉินในชุมชน

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ทราบว่ามีความเสี่ยงอันตรายในการเกิดอุบัติเหตุจราจรในชุมชน (ร้อยละ 74.1) สำหรับสภาพความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจราจรนั้นพบว่า เป็นพื้นที่ที่อยู่ติดถนนทางหลวงแผ่นดินที่มีการเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 52.9) รองลงมาคือ บริเวณภูมิประเทศเป็นที่ราบสูง ภูเขา (ร้อยละ 47.1) ส่วนบริเวณที่มีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจราจรน้อยที่สุด ได้แก่ บริเวณสถานที่ท่องเที่ยวหรืออุทยาน (ร้อยละ 5.8)

2) การมีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินอื่นในพื้นที่รับผิดชอบ

พื้นที่รับผิดชอบของผู้นำชุมชนมากกว่าครึ่งหนึ่งมีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินอื่นที่นอกเหนือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้นำชุมชน (ร้อยละ 54.0) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (ร้อยละ 82.3) รองลงมาคือ โรงพยาบาล (ร้อยละ 36.3)

5.1.6 การรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ของผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.2) ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน สิทธิประโยชน์ของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ขั้นตอนการทำงานของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และขั้นตอนการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

1) การรับรู้ต่อบทบาทหน้าที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผู้นำชุมชนครึ่งหนึ่งมีการรับรู้ต่อบทบาทหน้าที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.8) และมากกว่าครึ่งหนึ่งมีการรับรู้ที่ถูกต้องในเรื่อง การกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ และวิธปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินเป็นหน้าที่ของหน่วยงานส่วนกลาง (ร้อยละ 57.1) และส่วนใหญ่มีการรับรู้ไม่ถูกต้องในเรื่อง คณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วยผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนสองคน (ร้อยละ 69.3)

2) การรับรู้ต่อสิทธิประโยชน์ของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่อสิทธิประโยชน์ของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.0) ส่วนใหญ่มีการรับรู้ถูกต้องในเรื่อง ผู้ได้รับอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ สามารถแจ้งเหตุฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง (ร้อยละ 91.5) รองลงมาคือ เมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลจะต้องจัดให้มีหน่วยเคลื่อนที่เร็วไปช่วยเหลือดูแลผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ (ร้อยละ 85.2) และส่วนใหญ่มีการรับรู้ไม่ถูกต้องในเรื่อง

ประชาชนทั่วไปสามารถขอรับบริการฉุกเฉินจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรณีเกิดอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินเท่านั้น (ร้อยละ 67.2)

3) การรับรู้ต่อขั้นตอนการทำงานของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่อขั้นตอนการทำงานของบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.8) ซึ่งส่วนใหญ่มีการรับรู้ถูกต้องในเรื่อง หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องลำเลียงขนย้ายผู้ป่วย โดยไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมแก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 92.6) รองลงมาคือ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีความพร้อมในการออกปฏิบัติงานตลอดเวลาตามคำสั่งของศูนย์สั่งการ ตลอด 24 ชั่วโมง (ร้อยละ 89.9) และส่วนใหญ่มีการรับรู้ไม่ถูกต้องในเรื่อง หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องนำผู้ป่วยบาดเจ็บส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดทุกครั้ง ก่อนที่จะส่งไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า (ร้อยละ 88.4)

4) การรับรู้ต่อขั้นตอนการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผู้นำชุมชนเกือบครึ่งหนึ่งมีการรับรู้ต่อขั้นตอนการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 42.9) ซึ่งส่วนใหญ่มีการรับรู้ถูกต้องในเรื่อง ผู้พบเห็นเหตุการณ์ต้องแจ้งหมายเลขโทรศัพท์ของตนเองให้ศูนย์สั่งการ เพื่อการติดต่อกลับกรณีหาสถานที่ไม่พบ (ร้อยละ 81.0) รองลงมาคือ ผู้พบเห็นเหตุการณ์ไม่จำเป็นต้องแจ้งรายละเอียดของจุดที่เกิดเหตุหรือสถานที่ให้แก่ศูนย์สั่งการรับแจ้งอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ร้อยละ 66.7) และส่วนใหญ่มีการรับรู้ไม่ถูกต้องในเรื่อง ผู้พบเห็นเหตุการณ์ไม่จำเป็นต้องแจ้งอาการเบื้องต้นหรือจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บให้แก่ศูนย์สั่งการที่รับแจ้งอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ร้อยละ 33.9)

5.1.7 เปรียบเทียบการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ของผู้นำชุมชนที่มีตำแหน่งแตกต่างกัน พบว่า

1) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้บริหารหมู่บ้านมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ต่อบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ขั้นตอนการทำงานของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ในภาพรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ส่วนการรับรู้ต่อสิทธิประโยชน์ของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และขั้นตอนการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีความแตกต่างกัน

5.1.8 การดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของชุมชน

1) การจัดทำแผนงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

ผู้บริหารหมู่บ้านมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีการจัดทำแผนงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน (ร้อยละ 57.3) มีเพียงร้อยละ 14.0 เท่านั้นที่มีการจัดทำแผนงาน ซึ่งเกือบครึ่งหนึ่งเป็นแผนงานด้านป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ร้อยละ 40.0) ส่วนแผนงานที่มีการจัดทำแผนน้อยที่สุดคือ แผนงานด้านบุคลากรและแผนปฏิบัติงานการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 2.5)

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีการจัดทำแผนงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในหน่วยงาน (ร้อยละ 5.5) ทั้งนี้ส่วนใหญ่มีการจัดทำแผนงาน (ร้อยละ 55.6) ซึ่งแผนงานที่มีการจัดทำแผนมากที่สุดคือ แผนงานด้านวัสดุ อุปกรณ์และยานพาหนะ (ร้อยละ 21.6) และแผนงานที่มีการจัดทำแผนน้อยที่สุดคือ แผนปฏิบัติงานการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 5.4)

2) การมีงบประมาณในการดำเนินการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

ผู้บริหารหมู่บ้านส่วนใหญ่ไม่ทราบเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 65.5) และไม่มีการจัดสรรงบประมาณ (ร้อยละ 31.6) มีเพียงร้อยละ 2.9 ที่มีการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งงบประมาณส่วนใหญ่ใช้สำหรับจัดหาวัสดุอุปกรณ์สำหรับใช้กู้ชีพกู้ภัยขั้นพื้นฐาน (ร้อยละ 60.0) ซึ่งงบประมาณทั้งหมดมีไม่เพียงพอ และไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานอื่น (ร้อยละ 40.0)

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ทราบเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และไม่มีการจัดสรรงบประมาณในสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 22.2) ทั้งนี้ส่วนใหญ่มีการจัดสรรงบประมาณ (ร้อยละ 55.6) ซึ่งงบประมาณส่วนใหญ่ใช้สำหรับจัดหาวัสดุอุปกรณ์ สำหรับใช้กู้ชีพกู้ภัยขั้นพื้นฐาน (ร้อยละ 52.9) ซึ่งงบประมาณทั้งหมดมีไม่เพียงพอ และไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานอื่น (ร้อยละ 60.0) มีเพียงร้อยละ 20.0 ที่ได้รับงบประมาณจากหน่วยงานอื่น ซึ่งงบประมาณส่วนใหญ่ได้รับสนับสนุนจากกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ร้อยละ 66.7)

3) การมีบุคลากรหรืออาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยในชุมชน

ผู้บริหารหมู่บ้านเกือบครึ่งหนึ่งไม่มีบุคลากรหรืออาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยที่รับผิดชอบในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน (ร้อยละ 45.6) มีเพียง ร้อยละ 19.3 เท่านั้นที่มีและมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าบุคลากรหรืออาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยในชุมชน ได้ขึ้นทะเบียนเป็นพนักงานปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (ร้อยละ 51.6) ส่วนการฝึกอบรมของอาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยใน

ชุมชนพบว่า ส่วนใหญ่ทราบว่าบุคลากรหรืออาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยในชุมชนได้รับการฝึกอบรมในเรื่องการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 72.7)

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีบุคลากรหรืออาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยที่รับผิดชอบในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในหน่วยงาน (ร้อยละ 11.1) ทั้งนี้ส่วนใหญ่มีบุคลากรหรืออาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัย (ร้อยละ 83.3) และมากกว่าครึ่งหนึ่งทราบว่าบุคลากรหรืออาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยในหน่วยงานได้ขึ้นทะเบียนเป็นพนักงานปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (ร้อยละ 53.4) และส่วนใหญ่ทราบว่าบุคลากรหรืออาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยในชุมชนได้รับการฝึกอบรมในเรื่องการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 80.0)

4) การมีอุปกรณ์และรถสำหรับกู้ชีพกู้ภัยในชุมชน

ผู้บริหารหมู่บ้านส่วนใหญ่ไม่มีอุปกรณ์สำหรับใช้กู้ชีพกู้ภัยในชุมชน (ร้อยละ 70.8) มีเพียง ร้อยละ 4.1 เท่านั้นที่มี ทั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่มีรถกู้ชีพกู้ภัยที่ขึ้นทะเบียนเป็นพาหนะปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน (ร้อยละ 86.0) มีเพียง ร้อยละ 2.9 เท่านั้นที่มี และเป็นรถปิกอัพดัดแปลงทั้งหมด

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นครึ่งหนึ่งไม่มีอุปกรณ์สำหรับกู้ชีพกู้ภัย (ร้อยละ 50) และมีอุปกรณ์สำหรับกู้ชีพกู้ภัยในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 50.0) ทั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่มีรถกู้ชีพกู้ภัยที่ขึ้นทะเบียนเป็นพาหนะปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในหน่วยงาน (ร้อยละ 66.7) และที่มีร้อยละ 33.3 เป็นรถปิกอัพดัดแปลงทั้งหมด

5) การมีหน่วยงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยและหน่วยกู้ชีพกู้ภัยในชุมชน

ผู้บริหารหมู่บ้านส่วนใหญ่ไม่มีหน่วยกู้ชีพกู้ภัยในชุมชน (ร้อยละ 64.4) มีเพียงร้อยละ 14.0 เท่านั้นที่มี ซึ่งหน่วยกู้ชีพกู้ภัยส่วนใหญ่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (ร้อยละ 62.5) ส่วนการจัดตั้งหน่วยงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในชุมชนพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ทราบ (ร้อยละ 43.9) รองลงมาคือ ไม่มีการจัดตั้งเนื่องจากเป็นชุมชน (ร้อยละ 24.0) และมีการจัดตั้งในชุมชน (ร้อยละ 22.8)

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกว่า 1 ใน 3 ไม่มีหน่วยงานกู้ชีพกู้ภัยในหน่วยงาน (ร้อยละ 38.9) ซึ่งส่วนใหญ่มีหน่วยกู้ชีพกู้ภัยในหน่วยงานของตนเอง (ร้อยละ 61.1) และหน่วยกู้ชีพกู้ภัยส่วนใหญ่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (ร้อยละ 54.5) ส่วนการจัดตั้งหน่วยงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในหน่วยงานพบว่า ส่วนใหญ่มีการจัดตั้งในหน่วยงาน (ร้อยละ 88.9) และไม่มีการจัดตั้งในหน่วยงาน (ร้อยละ 11.1)

5.1.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมกับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑

1) ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรและสังคมกับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ของผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชนที่มีระดับการศึกษาสูงมีการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ($p\text{-value} < 0.05$) และการดำรงตำแหน่งปัจจุบันของผู้นำชุมชนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ สูงกว่าผู้บริหารหมู่บ้าน ขณะที่เพศ อายุ และระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑

2) ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินกับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ของผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชนที่เคยมีประสบการณ์ในการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ สูงกว่าผู้นำชุมชนที่ไม่เคยได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ($p\text{-value} < 0.05$) ขณะที่ประสบการณ์การเคยได้รับอุบัติเหตุจราจรไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ($p\text{-value} = 0.076$)

3) ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินกับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ของผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชนที่เคยมีประสบการณ์ในเรียกใช้บริการรถฉุกเฉิน กรณีเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ สูงกว่าผู้นำชุมชนที่ไม่เคยมีประสบการณ์เรียกใช้บริการรถฉุกเฉินกรณีเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ($p\text{-value} < 0.05$)

4) ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสื่อข่าวสารเรื่องการบริหารการแพทย์ฉุกเฉินกับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ของผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชนที่เคยได้รับสื่อข่าวสารเรื่องการบริหารการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยผู้นำชุมชนที่เคยหรือไม่เคยได้รับสื่อข่าวสารเรื่องการบริหารการแพทย์ฉุกเฉินมีการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.270$)

5) ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสื่อข่าวสารเรื่องการพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ กับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ของผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชนที่เคยได้รับสื่อข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ สูงกว่าผู้นำชุมชนที่ไม่เคยได้รับสื่อ (p-value <0.05) รวมถึงการที่หน่วยงานของผู้นำชุมชนมีหนังสือหรือเอกสารเรื่องพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ สูงกว่าหน่วยงานที่ไม่มีหนังสือหรือเอกสาร

6) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับนโยบายการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินกับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ของผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชนที่เคยได้รับนโยบายการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ สูงกว่าผู้นำชุมชนที่ไม่เคยได้รับนโยบาย (p-value <0.05)

5.1.10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมกับการรับรู้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ของผู้นำชุมชน

1) ความสัมพันธ์ระหว่างการมีจุดเสี่ยงอันตรายในการเกิดอุบัติเหตุจราจรในชุมชนกับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ของผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชนที่มีจุดเสี่ยงอันตรายในการเกิดอุบัติเหตุจราจรในชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ (p-value=0.832) กล่าวคือ การมีจุดเสี่ยงที่ต่างกันไม่มีผลต่อการรับรู้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑

2) ความสัมพันธ์ระหว่างการมีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินอื่นในพื้นที่รับผิดชอบกับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ของผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชนที่มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินอื่นในพื้นที่รับผิดชอบไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ (p-value=0.398) กล่าวคือ การมีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ต่างกันไม่มีผลต่อการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑

5.2 อภิปรายผล

การศึกษาการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ และการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของผู้นำชุมชน ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ดังนี้

5.2.1 การรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.2) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

1) การรับรู้ต่อบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชนมากกว่าครึ่งหนึ่งมีการรับรู้ต่อบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.8) และมีการรับรู้ที่ถูกต้องในเรื่องการกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินเป็นหน้าที่ของหน่วยงานส่วนกลาง สำหรับการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องในเรื่อง คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วยผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนสองคน (ร้อยละ 69.3) และประเทศไทยมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินมาก่อนที่จะประกาศใช้ พ.ร.บ. ฉบับปี พ.ศ. ๒๕๕๑ (ร้อยละ 42.3) ผลการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนมีการรับรู้ยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น ส่วนใหญ่ทราบแต่การกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินเป็นหน้าที่ของหน่วยงานส่วนกลาง ขาดการรับรู้ในประเด็นอื่นๆ ได้แก่ ประเทศไทยมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ถือเป็นพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินฉบับแรกของประเทศไทย (วิทยา ชาติบัญชาชัยและคณะ, 2551) ทั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าอาจเนื่องมาจากพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน เพิ่งเริ่มประกาศใช้เมื่อพ.ศ.2551 ทำให้ข้อมูลข่าวสาร และการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินยังมีไม่มากนัก ซึ่งในส่วนพื้นที่อำเภอหาดพิมาย มีเพียงป้ายโปสเตอร์ เอกสาร และแผ่นพับที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับขั้นตอนการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเท่านั้น ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับประวัติความเป็นมาของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงไม่มีในส่วนของเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ จึงทำให้ผู้นำชุมชนมีการรับรู้ต่อบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น ทำให้ไม่ทราบเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ และประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นในชุมชน

2) การรับรู้ต่อสิทธิประโยชน์ของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่อสิทธิประโยชน์ของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.0) และมีการรับรู้ที่ถูกต้องในเรื่องผู้ได้รับอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์สามารถแจ้งเหตุฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง (ร้อยละ 91.5) ผลการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนมีการรับรู้ยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น ส่วนใหญ่รับรู้ในเรื่องการแจ้งอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงเท่านั้น โดยขาดการรับรู้ในบางประเด็น เช่น การได้รับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อการประเมิน การจัดการ การรักษาพยาบาล และการป้องกันให้แก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติและภัยพิบัติ ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การดูแลรักษาพยาบาลนอกโรงพยาบาล การแจ้งเหตุฉุกเฉิน การให้คำแนะนำปรึกษาฉุกเฉิน การจัดหน่วยเคลื่อนที่เร็วไปช่วยเหลือดูแล การลำเลียงขนย้ายและนำส่งโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย รวมทั้งบริการที่โรงพยาบาล ตลอดจนการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสม จนกระทั่งพื้นภาวะฉุกเฉิน (วิทยา ชาติบัญชาชัยและคณะ, 2551) ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่า อาจเนื่องมาจากสิทธิประโยชน์ที่ได้รับนี้เป็นเรื่องที่มีประโยชน์และเป็นผลดีโดยตรงต่อประชาชนทั่วไป จึงทำให้มีการสนใจและต้องการที่จะรับรู้มากขึ้น อีกทั้งเป็นนโยบายที่ทางรัฐบาลร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้มีการประชาสัมพันธ์ในด้านการรับแจ้งเหตุเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง โดยผ่านทางสื่อต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเอกสาร แผ่นพับ ป้ายประชาสัมพันธ์ โทรทัศน์ รวมถึงความถี่ของการได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ บ่อยๆ ถือเป็นสิ่งเร้าที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้นำชุมชนสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชร ทรัพย์มี (2533) ซึ่งได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคลขึ้นอยู่กับลักษณะของสื่อ และสิ่งเร้า โดยสื่อและสิ่งเร้าที่จะทำให้เกิดการรับรู้ที่ดีนั้นต้องเป็นสิ่งที่มีความดึงดูดความสนใจของบุคคลได้ดี มีความชัดเจน ทำซ้ำบ่อยๆ เป็นสิ่งเร้าที่มีความแตกต่างจากสิ่งอื่น

3) การรับรู้ขั้นตอนการทำงานของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่อขั้นตอนการทำงานของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.8) โดยมีการรับรู้ที่ถูกต้องในเรื่อง หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องลำเลียงขนย้ายผู้ป่วย โดยไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเดิมแก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 92.6) และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีความพร้อมในการออกปฏิบัติงานตลอดเวลาตามคำสั่งของศูนย์สั่งการ ตลอด 24 ชั่วโมง (ร้อยละ 89.9) ส่วนเรื่องที่ไม่ถูกต้องในเรื่อง หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องนำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดทุกครั้งก่อนที่จะส่งไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า (ร้อยละ 88.4) ผลการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนมีการรับรู้ยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น ส่วนใหญ่ทราบแต่การลำเลียงและการดูแลขณะนำส่งเท่านั้น

ขาดการรับรู้ในบางประเด็น ได้แก่ การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ การออกปฏิบัติการของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ และการนำส่งสถานพยาบาลที่มีศักยภาพเหมาะสมกับสภาพอาการของผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่า การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ตามสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับขั้นตอนการทำงานของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น คู่มือสำหรับการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน เอกสารแผ่นพับ และโปสเตอร์นั้นพบว่ามียุทธศาสตร์อยู่ในคู่มือบ้างแต่ไม่ละเอียด ยังขาดความชัดเจนและซึ่งในเนื้อหาส่วนใหญ่จะแสดงขั้นตอนให้บริการรถพยาบาล การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยก่อนที่รถพยาบาลจะมาถึงมากกว่า ซึ่งแม้กระทั่งผู้นำชุมชนเองยังไม่เข้าใจถึงขั้นตอนการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างละเอียด จึงทำให้ไม่สามารถไปชี้แจงให้กับผู้ปฏิบัติงานหรือประชาชนในชุมชนได้ ส่งผลให้เกิดการออกปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินไม่ถูกต้อง เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรพบว่า เคลื่อนย้ายไม่ถูกวิธี ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ในการยึดตรึงศีรษะ (โรงพยาบาลฮอด, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวรรณ แก้วลาน (2551) ศึกษาคุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าผู้นำองค์กรส่วนใหญ่ รับรู้ขั้นตอนการออกปฏิบัติการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในบางประเด็น ขาดการรับรู้อย่างครอบคลุม ส่วนใหญ่รู้ว่า ผู้ปฏิบัติงานสามารถออกปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ตามขั้นตอนของการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณ จิรวัดน์กุล (2541) ศึกษาการประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ จังหวัดขอนแก่นพบว่า ประชาชนในพื้นที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย ประชาชนยังไม่เข้าใจระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ควรเน้นการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ และเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของพนักงานกู้ชีพและอาสาสมัครกู้ชีพ เพื่อให้ประชาชนยอมรับเข้าใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของวิชาชาติบัญชาชัย (2546) ศึกษาปัญหา อุปสรรค การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า ปัญหาเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ประชาชน ประชาชนทั่วไปยังไม่รับรู้ถึงการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

4) การรับรู้ต่อขั้นตอนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่อขั้นตอนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 42.9) และมีการรับรู้ถูกต้องในเรื่องผู้พบเห็นเหตุการณ์ต้องแจ้งหมายเลขโทรศัพท์ของตนเองให้ศูนย์สั่งการ เพื่อติดต่อกลับในกรณีหาสถานที่ไม่พบ (ร้อยละ 81.0) ส่วนการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องในเรื่อง การพบเห็นเหตุการณ์ไม่จำเป็นต้องแจ้งอาการเบื้องต้นหรือจำนวนผู้บาดเจ็บให้แก่ศูนย์สั่งการที่รับแจ้งอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ร้อยละ 33.9) ผลการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนมีการรับรู้ยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น ส่วนใหญ่รับรู้ในเรื่องการแจ้งหมายเลขโทรศัพท์ของตนเองให้

ศูนย์สั่งการเท่านั้น โดยขาดการรับรู้ในบางประเด็น ได้แก่ การเรียกรถพยาบาลเพื่อขอรับบริการรถฉุกเฉิน ต้องแจ้งรายละเอียดจุดเกิดเหตุ หรือสถานที่เกิดเหตุให้ชัดเจน แจ้งจำนวนและอาการของผู้บาดเจ็บให้มากที่สุด แจ้งหมายเลขโทรศัพท์ของผู้แจ้ง เพื่อสะดวกในการติดต่อกลับ กรณีหาสถานที่ผู้บาดเจ็บไม่พบ และขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้บาดเจ็บตามความจำเป็น (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่, 2549) ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าอาจเนื่องมาจากการบริการนี้เป็นเรื่องใหม่ ซึ่งการที่จะให้ผู้นำชุมชนหรือประชาชนทั่วไปได้รู้เกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือขั้นตอนการขอความช่วยเหลือนั้น จึงจำเป็นต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีการเรียกใช้บริการที่ถูกต้อง ซึ่งในส่วนของอำเภอสอดพบว่า ได้มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล และหน่วยงานราชการ โดยการแจกเอกสาร แผ่นพับ และติดป้ายโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ไว้บริเวณหน้าที่ว่าการอำเภอ และบริเวณถนนสายหลัก และทางร่วมแยกสอด-คอยเต่า แต่สื่อที่นำเสนอเนื้อหาที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการแจ้งขอความช่วยเหลือไม่มากพอ และไม่มีการไม่ได้ให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลของผู้แจ้งเหตุต้องแจ้งให้กับศูนย์รับแจ้งเหตุ หรือหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน มีเพียงข้อมูลการรับแจ้งทางโทรศัพท์เท่านั้น จึงทำให้ผู้นำชุมชนรับรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ครอบคลุมทุกประเด็น ส่งผลให้ศูนย์รับแจ้งเหตุไม่ได้รายละเอียดที่จำเป็น ซึ่งจะทำการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บล่าช้าได้

5) การรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยรวม

ผู้นำชุมชนมีการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.2) ทั้งนี้อำเภอสอด เป็นพื้นที่ที่มีการพัฒนาและมีความเจริญทางด้านเศรษฐกิจค่อนข้างดี ทำให้ผู้นำชุมชนมีโอกาสที่ดีในการได้รับทราบข้อมูลข่าวสาร การประชาสัมพันธ์ในเรื่องการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จากระบบสื่อสารที่ทันสมัย เข้าถึงได้ง่าย รวดเร็ว และหลายช่องทางสอดคล้องกับการศึกษาของ พลางกูร ยอดน้ำคำ (2548) ศึกษาการรับรู้บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมไข้หวัดนก จากการศึกษาการรับรู้โดยรวมพบว่า มีการรับรู้อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 68.5) เนื่องจากผู้นำท้องถิ่นได้มีโอกาสรับทราบข้อมูล ข่าวสารเรื่องไข้หวัดนก จากระบบสื่อสารที่ทันสมัย รวดเร็วหลายช่องทาง

5.2.2 เปรียบเทียบการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ของผู้นำชุมชนที่มีตำแหน่งแตกต่างกัน

กลุ่มผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มผู้บริหารหมู่บ้านมีความแตกต่างกันระหว่างค่าเฉลี่ยของการรับรู้ต่อบทบาทคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ขั้นตอนการทำงานของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ในภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ตำแหน่งของผู้นำชุมชนที่มีประสบการณ์ในการเคยได้รับสื่อข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงการเคยได้ศึกษาและอ่านพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ การได้รับนโยบายการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยผ่านทางสื่อ หรือช่องทางต่าง ๆ และการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ต่างกัน ปัจจัยอย่างหนึ่งที่จะทำผู้นำชุมชนมีการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอุ๋นใจ ถมอินทร์ (2542) ได้ศึกษาการรับรู้บทบาทขององค์กรบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง เกิดจากสิ่งเร้า และลักษณะของผู้รับ และสอดคล้องกับแนวคิดของ จำเนียร ช่วงโชติ (2519) กล่าวถึงการรับรู้ของแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันและเปลี่ยนแปลงไปได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล คือ ลักษณะของสิ่งเร้า ได้แก่ การเกิดซ้ำ บ่อย ๆ และคุณสมบัติของผู้รับรู้ ได้แก่ สมรรถภาพของอวัยวะรับสัมผัส ความสนใจ ความพร้อมในการรับรู้ บุคลิกภาพ ประสบการณ์เดิม และอิทธิพลทางสังคม เช่น เพศ วัฒนธรรม สังคม บทบาท และเศรษฐกิจ

5.2.3 การดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของชุมชน

1) การจัดทำแผนงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากกว่าครึ่งหนึ่งมีการจัดทำแผนงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ชีพกู้ภัยในหน่วยงาน (ร้อยละ 55.6) และมีเพียงร้อยละ 5.5 เท่านั้น ที่ไม่มีการจัดทำแผนงาน ซึ่งแผนงานส่วนใหญ่เป็นแผนงานด้านวัสดุ อุปกรณ์ และยานพาหนะ (ร้อยละ 21.6) รองลงมาคือ แผนงานจัดตั้งหน่วยกู้ชีพ (ร้อยละ 16.2) ส่วนแผนปฏิบัติงานการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีการจัดทำเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 5.4) แต่ในส่วนของผู้บริหารหมู่บ้านไม่ได้มีการจัดทำแผนงาน เนื่องจากบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของผู้บริหารหมู่บ้านไม่ได้มีหน้าที่ในการจัดทำแผนงานโดยตรง ไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนงานหรือกำหนดนโยบายในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานราชการต่าง ๆ และเป็นผู้ประชาสัมพันธ์ และแจ้งข้อมูลข่าวสารของทางราชการให้แก่

ประชาชนทราบมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักวิจัยและความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย (2551) ศึกษาการจัดทำแผนงานด้านความปลอดภัยทางถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ ทั้งระดับเทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และ องค์การบริหารส่วนตำบล ยังไม่ได้มีการจัดทำแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยตาม พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 ขึ้นเป็นแผนเฉพาะและแผนที่มีอยู่เป็น แผนป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ที่ไม่ได้รวมการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทาง ดังนั้นผู้บริหารองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นผู้กำหนดนโยบายทั้งในส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น ควรกำหนดให้มีการ จัดทำแผนงานจัดตั้งหน่วยกู้ชีพระดับตำบลขึ้น เป็นแผนหลักอีกแผนหนึ่งของหน่วยงาน

2) การมีงบประมาณในการดำเนินการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากกว่าครึ่งหนึ่งมีการจัดสรรงบประมาณ ในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 55.6 ซึ่งงบประมาณส่วนใหญ่ใช้สำหรับจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ สำหรับกู้ชีพกู้ภัย แต่งบประมาณที่มีส่วนใหญ่มิใช่เพียงพอและไม่ได้รับสนับสนุน งบประมาณจากหน่วยงานอื่น ๆ อาจเนื่องมาจากมีการเปลี่ยนแปลงสถานะขององค์การบริหารส่วน ตำบลได้ยกฐานะเป็นเทศบาลตำบล ทำให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีความพร้อม ในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งในส่วนของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วน ใหญ่อาจจะยังไม่เข้าใจถึงหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนใน ท้องถิ่นของตน ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ทำให้มีการดำเนินงานในการให้บริการงานสาธารณสุขน้อย มาก โดยส่วนใหญ่จะเน้นให้ความสำคัญในการสร้างสาธารณูปโภคและการก่อสร้างอื่น ๆ มากกว่า ดังจะเห็นได้จากมีการจัดสรรงบประมาณในการจัดตั้งสำนักงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย เพียง ร้อยละ 11.8 เท่านั้น หรืออาจเนื่องมาจากงบประมาณมีจำนวนจำกัด และการจัดสรรงบประมาณ จำนวนมากหรือน้อยจะต้องพิจารณาตามลำดับความสำคัญ และความเร่งด่วนของปัญหา และขึ้นกับ สภาพปัญหาในพื้นที่ ทั้งนี้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจให้ความสำคัญต่อการ ดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินไม่มากเท่าที่ควร สอดคล้องกับการศึกษาของ พลาญกูร ยอดน้ำคำ(2548) ศึกษาการรับรู้บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมไข้หวัดนก พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีปัญหาในการดำเนินงานโดยเรื่องที่เป็นปัญหาอันดับแรกคือ การขาด แคลนงบประมาณ (ร้อยละ 58.3) สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักวิจัยและความร่วมมือระหว่าง ประเทศกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

กระทรวงมหาดไทย (2551) ศึกษาการจัดทำแผนงานด้านความปลอดภัยทางถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่า การดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการสนับสนุนเรื่องงบประมาณยังมีน้อย

3) การมีบุคลากรหรืออาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยในชุมชน

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.3) มีบุคลากรหรืออาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยที่รับผิดชอบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และร้อยละ 53.4 ได้ทราบเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนเป็นพนักงานปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น และบุคลากรหรืออาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรมเรื่องการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่ทั้งนี้ไม่สามารถออกปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่า อาจเนื่องมาจากผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่เข้าใจถึงการมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดให้บุคลากรต้องได้รับการฝึกอบรม และประเมินความรู้ตามหลักสูตรปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้น ไม่เกิน 2 ปี และต้องมีการฟื้นฟูอบรมวิชาอย่างน้อยทุก 2 ปี เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของการอบรมโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ภัย ต้องได้รับการฝึกอบรมตามหลักสูตร 5 วัน จากนั้นต้องได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นพนักงานปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมถึงหน่วยงานจะต้องมีการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้น จึงจะสามารถออกปฏิบัติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ ซึ่งในพื้นที่ปัจจุบันมีอาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยที่ได้รับการฝึกอบรมและยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน รวมถึงที่ได้ขึ้นทะเบียนแล้วและไม่ได้อบรมฟื้นฟู ทำให้ในพื้นที่ไม่มีบุคลากรหรืออาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยที่สามารถออกปฏิบัติงานได้ ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องและรวดเร็ว และจากการที่อาสาสมัครในชุมชนมักคุ้นกับภูมิประเทศ สถานที่ บ้านเรือน ดีกว่าหน่วยกู้ชีพมาตรฐานจากโรงพยาบาลมาก เมื่อได้รับแจ้งเหตุ จะรู้จักและสามารถไปที่เกิดเหตุได้ทันทีโดยแทบไม่ต้องเสียเวลาในการสอบถามตำแหน่งของที่เกิดเหตุ (วิทยา ชาติบัญชาชัย, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา ชาติบัญชาชัย และคณะ (2546) ศึกษาปัญหา อุปสรรค การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รวมกลุ่มกันขึ้นทะเบียนไม่ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรการฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และไม่พร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง เนื่องจากภาระงานประจำ และปัญหาเกี่ยวกับการฝึกอบรมพบว่า อาสาสมัครปลีกเวลาเข้าอบรมลำบาก เนื่องจากส่วนใหญ่มีหน้าที่การงานประจำและต้องประกอบอาชีพ ซึ่งไม่สะดวกเข้ารับการอบรมระหว่างเวลาราชการและใช้เวลาอบรมไม่ครบ 3 วัน เป็นอุปสรรคต่อการเป็นสมาชิกอาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยที่จะร่วมทีมปฏิบัติงานซึ่งกำหนดให้ต้องผ่านหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณ จิรวัดณ์กุล และคณะ (2547) ในการประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุพบว่า ความถูกต้องและประสิทธิภาพของการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บอยู่ใน

ระดับต่ำ เนื่องจากบุคลากรยังขาดความรู้และทักษะในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ดังนั้นผู้นำชุมชนที่ไม่มี การรับรู้ ความเข้าใจในเรื่องบุคลากรจึงไม่ได้จัดให้มีหรือสนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงาน เข้ารับการอบรมหรือฟื้นฟูวิชาการ จึงควรส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากรให้ได้รับการอบรมตาม หลักสูตรอย่างเป็นประจำ พร้อมกับมีการขึ้นทะเบียนแก่บุคลากร เพื่อที่สามารถออกปฏิบัติการได้ อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน

4) การมีอุปกรณ์ และรถสำหรับกู้ชีพกู้ภัยในชุมชน

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นครั้งหนึ่งไม่มีอุปกรณ์ (ร้อยละ 50.0) และรถสำหรับกู้ชีพกู้ภัยในชุมชน (ร้อยละ 66.7) ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่า อาจเนื่องมาจากการมีงบประมาณที่ไม่เพียงพอสำหรับการจัดซื้ออุปกรณ์ และรถสำหรับกู้ชีพกู้ภัย และส่วนหนึ่งมาจากรถที่มีในเทศบาลตำบล หรือองค์การบริหารส่วนตำบลนั้น ไม่สามารถจะนำไปใช้ได้เฉพาะกับการกู้ชีพกู้ภัยเท่านั้น แต่จะต้องนำไปใช้กับงานบริการด้านอื่น ๆ ทำให้ไม่สามารถนำรถไปตรวจตามมาตรฐานกับทางสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ได้ ส่งผลให้ไม่มีรถกู้ชีพกู้ภัยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็น “พาหนะปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น” ดังนั้นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่รับรู้ถึงความสำคัญของการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน ก็จะไม่มีการสนับสนุนให้มีอุปกรณ์ และรถสำหรับกู้ชีพกู้ภัย สอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา ชาติบัญชาชัย และคณะ (2546) ศึกษาปัญหาอุปสรรค การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า หน่วยงานที่สมัครขึ้นทะเบียน คุณสมบัติไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด รถยนต์เป็นรถกระบะ ไม่มีหลังคา ไม่มีเตียงสำหรับผู้ป่วย ไม่มีไฟฉุกเฉิน และสอดคล้องกับการศึกษาของสายสมร ภัทรจิตรานนท์ (2551) ศึกษาอุปสรรคในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้บาดเจ็บ โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงรายพบว่า มาตรฐาน โครงสร้างที่เหมาะสม ในเรื่องความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือให้บริการ โดยระบุว่ารถพยาบาลที่ให้บริการไม่ได้มาตรฐาน มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการบริการ อุปกรณ์ในรถยังไม่ครบตามมาตรฐานที่กำหนด ดังจะเห็นได้ว่าหน่วยกู้ชีพระดับชุมชน เป็นหน่วยกู้ชีพพื้นฐาน ไม่ต้องใช้รถและอุปกรณ์ที่สลับซับซ้อน ไม่จำเป็นที่จะต้องมีเวชภัณฑ์ราคาแพงมากมาย จึงมีความเป็นไปได้สูงที่จะจัดให้มีหน่วยจำนวนมาก ยังมีจำนวนมาก ความครอบคลุมพื้นที่ยังมีมากประสิทธิภาพของการเข้าถึงจุดเกิดเหตุในเวลาอันรวดเร็วก็ยังมีมาก (วิทยา ชาติบัญชาชัย, 2551)

5) การมีหน่วยงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยและหน่วยกู้ชีพกู้ภัยในชุมชน

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่มีหน่วยกู้ชีพกู้ภัย และมีการจัดตั้งหน่วยงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในหน่วยงาน แต่พบว่ากว่า 1 ใน 3 ไม่มีหน่วยกู้ชีพกู้ภัย (ร้อยละ 38.9) และไม่มีการจัดตั้งหน่วยงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ร้อยละ 11.1) ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าอาจเนื่องมาจากการที่ผู้นำชุมชนอาจไม่ได้ตระหนักเห็นถึงความสำคัญของการ

ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และยังไม่มีความพร้อมในการดำเนินงาน ทั้งทางด้านงบประมาณ บุคลากร ทำให้ไม่ได้มีการจัดตั้งหน่วยงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยหรือหน่วยกู้ชีพกู้ภัย ขึ้นมา ซึ่งการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพกู้ภัยในระดับตำบล ถือเป็นหน่วยที่อยู่ในชุมชน รู้จักชุมชน สถานที่ เป็นอย่างดี สามารถเข้าถึงจุดเกิดเหตุได้เร็วกว่าหน่วยงานของโรงพยาบาล ทำให้ผู้บาดเจ็บได้รับการช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย ประกอบกับเทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล บางแห่งไม่มีหน่วยงานที่แยกออกมาต่างหาก ซึ่งงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยนั้นเป็น หน่วยงานย่อยในความรับผิดชอบของสำนักงานช่าง และกองช่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ สำนักวิจัยและความร่วมมือระหว่างประเทศกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมป้องกันและ บรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย (2551) ศึกษาการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยพบว่า การจัดตั้งหน่วยกู้ ชีพกู้ภัย (OTOS) ของงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในเขตพื้นที่ กว่า 1 ใน 3 มีการดำเนินงาน เรื่องนี้น้อย และพบว่ากว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของงาน สาธารณสุขขึ้น (ร้อยละ 54.1) และสอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา ชาติบัญชาชัย และคณะ (2546) ศึกษาปัญหา อุปสรรค การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า ไม่มีสถานที่และทีมปฏิบัติงาน แยกเป็นอิสระ เนื่องจากงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นงานใหม่สำหรับโรงพยาบาล การขอ กำลังคนและแบ่งพื้นที่มาจัดตั้งหน่วยทำได้ค่อนข้างยาก โดยเฉพาะสภาวะที่ขาดแคลนทั้งกำลังคน และงบประมาณสนับสนุนเพิ่ม

5.2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับการรับรู้ต่อพระราช บัญญัติการแพทย์ ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ของผู้นำชุมชน

1) การที่ผู้นำชุมชนที่มีระดับการศึกษาสูงมีการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ มากกว่าระดับการศึกษากลุ่มอื่นๆ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้ การศึกษาเป็นสิ่ง เกื้อหนุน การรับรู้ของบุคคล เพราะจะทำให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่ตนรับรู้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นผู้ที่มี การศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ เลือกรับรู้ในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและ ผู้อื่น ดังนั้นการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่างกัน

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการดำรงตำแหน่งปัจจุบันของผู้นำชุมชนกับการรับรู้ ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้พระราชบัญญัติ การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการรับรู้ต่อ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ สูงกว่าผู้บริหารหมู่บ้าน ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้ผู้วิจัย คาดว่าอาจเนื่องมาจากการอยู่ในตำแหน่งของผู้นำชุมชนที่เป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ต้องมีการตื่นตัว กระตือรือร้นที่จะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการแพทย์

ฉุกเฉิน ซึ่งบุคลากรในหน่วยงานอาจต้องมีการขอรับคำปรึกษาในเรื่องการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และอาจเนื่องมาจากตำแหน่งผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความสำคัญมากในหน่วยงาน ซึ่งเป็นผู้ควบคุม กำกับ ดูแลให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติหน้าที่ตามข้อกำหนด บทบัญญัติ และกฎหมายต่าง ๆ ดังนั้นจึงเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการดำเนินงานตามนโยบายต่าง ๆ แต่ในส่วนของผู้บริหารหมู่บ้านซึ่งไม่ได้มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยตรง เป็นเพียงผู้เชื่อมประสานนโยบายของทางราชการกับประชาชน และเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงไม่ได้ให้ความสนใจ หรือต้องรับรู้ในเรื่องพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ สอดคล้องกับการศึกษาของอำไพ ลาน้อย (2548) ศึกษาการรับรู้และบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการดำรงตำแหน่งของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลกับบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสภาองค์การบริหารส่วนตำบล มีบทบาทในการการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ค่อนไปทางระดับน้อย และคณะกรรมการบริการมีบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง ค่อนไปทางระดับมาก

2) การที่ผู้นำชุมชนที่มีประสบการณ์ในการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน และเคยเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการรับรู้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยผู้นำชุมชนที่มีเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุอื่น ๆ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินมีการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ สูงกว่าผู้นำชุมชนที่ไม่เคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุอื่น ๆ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ร้อยละ 23.1) ทำนองเดียวกันกับผู้นำชุมชนที่เคยเรียกใช้บริการรถฉุกเฉิน กรณีเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินมีการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ สูงกว่าผู้นำชุมชนที่ไม่เคยเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินกรณีเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ร้อยละ 15.4) (p -value < 0.05) ซึ่งผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุอื่น ๆ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ร้อยละ 72.5) และไม่เคยเรียกใช้บริการรถฉุกเฉิน กรณีเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ร้อยละ 93.1) และมากกว่าครึ่งหนึ่งเคยเรียกใช้บริการเพียงครั้งเดียว (ร้อยละ 61.5) และส่วนใหญ่เรียกใช้บริการรถฉุกเฉินสำหรับคนในครอบครัวหรือญาติ (ร้อยละ 61.5) สอดคล้องกับการศึกษาของบุษบา ชัยศรีสวัสดิ์สุข (2549) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยฉุกเฉินต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 73.2) มีเพียงร้อยละ 28.6 ที่เคยได้ยินหรือรู้จักที่มีประสบการณ์การเคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และเป็นการเรียกใช้บริการสำหรับญาติหรือผู้อื่น มีเพียงร้อยละ 36.4 ที่เรียกเพื่อบริการตนเอง และในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมามีการเรียกใช้บริการเพียงหนึ่งครั้ง (ร้อยละ 50) สอดคล้องกับการศึกษาของ

เกศินี สราญฤทธิชัย และคณะ (2546) ศึกษาการรับรู้ของชุมชนต่อการบริการผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ไม่เคยใช้บริการจากหน่วยกู้ชีพ (ร้อยละ 82.9) ส่วนใหญ่เคยใช้บริการครอบครัวละ 1 ครั้ง

ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่า อาจเกิดจากการเคยมีประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และความรุนแรงของอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ของผู้นำชุมชน รวมถึงประสบการณ์ในการเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินของผู้นำชุมชนมีความต่างกัน จึงทำให้มีผู้นำชุมชนมีการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ที่แตกต่างกันสอดคล้องกับแนวคิดของกันยา สุวรรณแสง (2542) การที่บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งใดก่อน หลัง มากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้รับ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือด้านกายภาพ ได้แก่ ภาวะสัมผัสต่าง ๆ ปกติหรือไม่ และด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้เดิม หรือประสบการณ์เดิม เรื่องราวหรือความรู้เกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่บุคคลมีอยู่มากหรือน้อยเป็นเรื่องเกี่ยวกับสิ่งใดก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ประสบการณ์เดิมเป็นเหมือนเครื่องมือที่ทำให้การตีความรู้สึกแจ่มชัดขึ้น สิ่งเหล่านี้บุคคลจะนำมาใช้ในการคาดคะเนหรือเตรียมการเพื่อการรับรู้ยอมทำให้การรับรู้ที่ได้มีความหมายต่อการดำรงชีวิตของบุคคลมากยิ่งขึ้น

3) การที่ผู้นำชุมชนที่ได้รับสื่อข่าวสารเรื่องการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยผู้นำชุมชนที่เคยได้รับสื่อข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ มีการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ สูงกว่าผู้นำชุมชนที่ไม่เคยได้รับสื่อข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ (ร้อยละ 36.6) โดยเกือบครึ่งหนึ่งได้รับสื่อข่าวสารจาก วิทยุทัศน์/โทรทัศน์ (ร้อยละ 48.8) ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่า อาจเนื่องมาจากการที่ผู้นำชุมชนมีพฤติกรรมเปิดรับข่าวสาร โดยมีการเลือกรับสื่อข่าวสารที่ให้ความสนใจ มีการเลือกรับข่าวสารเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินจากสื่อที่ตนเองสนใจ และสามารถเข้าถึงได้ง่าย เมื่อพิจารณาปัจจุบัน ระบบการสื่อสารและเทคโนโลยีต่าง ๆ ทันสมัยและรวดเร็วมากขึ้น การรับสื่อข่าวสารทางสื่อวิทยุทัศน์ โทรทัศน์ เป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงผู้นำชุมชนได้อย่างรวดเร็ว มีภาพและเสียง และมีการเคลื่อนไหวที่ทำให้เกิดความเข้าใจง่ายขึ้น จึงมีบทบาทในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารได้ง่ายขึ้น ดังนั้นผู้นำชุมชนจึงมีการเลือกรับสื่อข่าวสารทางวิทยุทัศน์ โทรทัศน์ เป็นสื่อที่เป็นแหล่งให้ข้อมูลข่าวสารมากที่สุด

ส่วนสื่อที่เป็นเอกสาร/แผ่นพับ/คู่มือ (ร้อยละ 41.5) เป็นแหล่งข้อมูลที่ผู้นำชุมชนได้รับเช่นเดียวกัน แต่อาจจะไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร ทั้งนี้อาจมาจากรูปแบบของสื่อ มีเนื้อหารายละเอียดไม่พอ และไม่ดึงดูดความสนใจ รวมถึงมีการประชาสัมพันธ์ไม่ต่อเนื่อง และนอกจากนี้ยังพบว่า บุคลากรทางสาธารณสุขยังมีส่วนในการให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องการพระราชบัญญัติ

การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ก่อนข้างน้อย (ร้อยละ 17.1) จากแนวคิดของ กันยา สุวรรณแสง (2542) ที่ว่า การที่บุคคลจะเลือกรับรู้เรื่องใด ก่อนหลังมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับลักษณะของสิ่งเร้า โดยจะต้องเป็นสิ่งเร้าที่ดึงดูดความสนใจได้ดี เป็นสิ่งเร้าที่มีขนาดใหญ่ มีการเคลื่อนไหว และมีการเร้าซ้ำบ่อย ๆ และสิ่งเร้านั้นแตกต่างจากสิ่งอื่น ก็จะเกิดการเรียนรู้ได้รวดเร็ว

ดังนั้นการได้รับสื่อข่าวสารทำให้ผู้นำชุมชนได้รับความรู้ใหม่ ทันต่อเหตุการณ์ และได้รับประสบการณ์มากขึ้น นอกเหนือจากแหล่งข้อมูลข่าวสารที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลแล้ว ความถี่ของการได้รับข้อมูลข่าวสารซ้ำ ๆ บ่อยครั้ง ก็มีผลเช่นกัน ดังนั้นผู้นำชุมชนที่ได้รับสื่อข่าวสารเป็นประจำ ก็จะทำให้เกิดการรับรู้และเข้าใจในเรื่องพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ และการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะส่งผลให้ผู้นำชุมชนตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ และเกิดความพร้อมในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนต่อไป

4) การที่ผู้นำชุมชนได้รับนโยบายการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการรับรู้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ สูงกว่าผู้นำชุมชนที่ไม่เคยได้รับนโยบาย ($p\text{-value} < 0.05$) โดยผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับทราบนโยบายในการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพกู้ภัยตามโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ภัย (ร้อยละ 63.5) และมากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับนโยบายมาจากหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแจ้งให้ทราบ (ร้อยละ 58.0) สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศินี สราญฤทธิชัย และคณะ (2547) พบว่า ประชาชนไม่รู้เกี่ยวกับนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงถึง ร้อยละ 85 ของประชากรที่รับผิดชอบ ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ไม่รู้จักหน่วยกู้ชีพ และเรียกใช้บริการไม่ถูกต้อง และแตกต่างจากการศึกษาของสำนักวิจัยและความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (2551) ศึกษาการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พบว่า การรับรู้นโยบายความปลอดภัยทางถนนและพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 ของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับรู้นโยบายด้านการดำเนินงานที่เป็นรูปแบบปกติของทางราชการคือ หนังสือสั่งการมากที่สุด รองลงมาคือประชุมชี้แจงอบรม และช่องทางที่ไม่ได้รับนโยบายด้านความปลอดภัยทางถนนของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า ช่องทางที่ไม่ได้รับนโยบายเลยในช่วงสงกรานต์มากที่สุดคือ หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นแจ้งให้ทราบ ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่า อาจเนื่องมาจากโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ภัยกระทรวงมหาดไทยได้ให้นโยบายไว้ เมื่อ พ.ศ. 2548 โดยมอบหมายให้กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด เร่งพัฒนาระบบกู้ภัยและระบบการเตรียมพร้อมรับมือสาธารณภัย โดยมีเป้าหมายให้ทุกตำบลทั่วประเทศ มีทีมกู้ภัยประจำตำบลภายในปี พ.ศ. 2551 (สำนักวิจัยและความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2551) จังหวัดเชียงใหม่เริ่มดำเนินการ โครงการหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ภัยกับ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา แต่จากผลการศึกษา พบว่าผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ไม่ได้รับนโยบายในการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพกู้ภัยตามโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ภัย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ช่องทางในการได้รับนโยบาย ซึ่งส่วนใหญ่ผู้นำชุมชนจะได้รับนโยบายมาจาก การที่หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นแจ้งให้ทราบ และการประชุมชี้แจงของสำนักงานกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ส่วนผู้นำชุมชนที่ไม่ได้รับทราบ อาจมาจากการที่ผู้นำชุมชนไม่ได้เข้าร่วมประชุมรับนโยบาย หรือไม่เข้าใจในเนื้อหา รายละเอียดของนโยบายได้ จึงไม่สามารถนำนโยบายไปปฏิบัติหรือถ่ายทอดในระดับผู้ปฏิบัติงานหรือระดับหมู่บ้านได้ สอดคล้องกับวิลาวรรณ แก้วถาน (2551) ศึกษาคุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า ผู้นำองค์กรมีการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในบางประเด็น ดังนั้นกระทรวงมหาดไทย และกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการกำหนดนโยบาย เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน สามารถถ่ายทอดลงไปสู่ผู้ปฏิบัติได้อย่างชัดเจน และควรมีช่องทางการรับนโยบายที่ผู้นำชุมชนสามารถเข้าถึง เพื่อที่จะได้สอบถามข้อมูลได้อย่างละเอียด ทั้งนี้ให้เกิดการรับรู้ เข้าใจนโยบายให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน สร้างความตระหนักให้ผู้นำชุมชนได้นำนโยบายไปดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป

5.2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมกับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ของผู้นำชุมชน

1) การที่ผู้นำชุมชนที่มีจุดเสี่ยงอันตรายในการเกิดอุบัติเหตุจราจรในชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ($p\text{-value} > 0.005$) กล่าวคือ ผู้นำชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ที่มีจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่ต่างมีการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินก็ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่า อาจเนื่องมาจากผู้นำชุมชนแต่ละคนรับรู้เกี่ยวกับจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจร ไม่เท่ากัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสภาพภูมิประเทศที่ผู้นำชุมชนอาศัยอยู่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ โดยในพื้นที่ที่ผู้นำชุมชนทราบว่ามีความเสี่ยง (ร้อยละ 74.1) ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่อยู่ติดถนนทางหลวงแผ่นดิน (ร้อยละ 52.9) รองลงมาคือ บริเวณที่มีภูมิประเทศเป็นที่ราบสูง ภูเขา (ร้อยละ 47.1) ซึ่งในส่วนของสภาพแวดล้อมของอำเภอฮอดนั้น มีสภาพแวดล้อมทั้งที่เป็นที่ราบซึ่งอยู่ใกล้ตัวอำเภอ และพื้นที่ที่อยู่ที่ยี่ที่ราบสูง ภูเขา ซึ่งมีระยะทางไกลออกจากตัวอำเภอ และจากข้อมูลการบาดเจ็บด้วยอุบัติเหตุขนส่งจังหวัดเชียงใหม่ปี พ.ศ. 2549 - 2551 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2551) พบว่า อำเภอฮอดมีจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุสูงเป็นอันดับ 5 ของจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีจำนวนผู้บาดเจ็บตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 - 2551 จำนวน 623, 633 และ 696 ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลสถิติการเกิดอุบัติเหตุจราจรของโรงพยาบาลฮอดที่ผ่านมา (ข้อมูลสถิติงาน

อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลฮอด) พบว่าส่วนใหญ่พื้นที่ที่มีการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุด เป็นพื้นที่ถนนทางหลวงแผ่นดิน หมายเลข 108 ฮอด-แม่สะเรียง ซึ่งเป็นถนนที่มีสภาพโค้ง สูงชันในบางแห่ง และบางส่วนมีขนาดช่องทางที่คับแคบ ทำให้รถเบียดกัน ไหล่ทางแคบมีสิ่งกีดขวาง เช่นมีต้นไม้ และลักษณะพื้นผิวจราจรขรุขระ และส่วนใหญ่ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรอยู่ในตำบลบ่อหลวง ตำบลนาฟ่อนซึ่งเส้นทางคมนาคมเป็นพื้นที่อยู่ไกลห่างจากอำเภอ ประมาณ 40-80 กิโลเมตร (<http://www.thaitambon.com/Tambon/ttambon.asp>) และการเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่มาจากการพาหนะคว่ำ แลลเอง (โรงพยาบาลฮอด, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีสมร การ่อน (2539) ศึกษาสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ของผู้ป่วย โรงพยาบาลลำพูนพบว่า สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่จักรยานยนต์เกิดจากหลายด้านมากที่สุดคือ ด้านบุคคลเกิดร่วมกับเส้นทางและสภาพแวดล้อม (ร้อยละ 68.9) รองลงมาคือ สาเหตุเฉพาะด้านเส้นทางและสภาพแวดล้อม (ร้อยละ 15.6) และเส้นทางที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยที่สุดคือ ทางตรงปกติ (ร้อยละ 54.8) สำหรับในส่วนของพื้นที่ที่ผู้นำชุมชนรับรู้ว่ามีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจราจรน้อยพบว่า เป็นบริเวณสถานที่ท่องเที่ยว หรืออุทยาน (ร้อยละ 5.8) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริเวณที่เป็นสถานที่ท่องเที่ยวจะมีนักท่องเที่ยวเดินทางมาเป็นประจำนั้น หน่วยงานราชการ ได้จัดให้มีการปรับปรุงซ่อมแซมถนนให้มีไหล่ทางที่กว้าง โลง ไม่มีสิ่งกีดขวาง และลักษณะสภาพพื้นผิวถนนไม่ขรุขระ และดูแลสภาพถนนให้อยู่ในสภาพที่สามารถเดินทางได้สะดวก จึงทำให้สถานที่ท่องเที่ยวมีการเกิดอุบัติเหตุทางจราจรเกิดขึ้นไม่มากนัก ซึ่งผู้นำชุมชนที่มีหรือไม่มีจุดเสี่ยงอันตรายในการเกิดอุบัติเหตุจราจรรับรู้แต่ว่าในพื้นที่ที่มีการเกิดอุบัติเหตุมากน้อยหรือเกิดตรงบริเวณใดบ้าง และไม่มีความตระหนัก หรือไม่มีมาตรการในการจัดการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุจราจร รวมถึงอาจไม่มีงบประมาณหรือบุคลากรเพียงพอในการดำเนินงาน จึงทำให้ผู้นำชุมชนไม่ได้สนใจที่จะต้องรับรู้ในเรื่องพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ และส่งผลให้ไม่ได้มีการดำเนินงานในด้านการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่เกิดขึ้นในพื้นที่ของผู้นำชุมชน

2) การที่ผู้นำชุมชนที่มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินอื่นในพื้นที่รับผิดชอบไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ($p\text{-value} > 0.05$) กล่าวคือ ผู้นำชุมชนที่มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในพื้นที่ที่ต่างกันมีการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินก็ไม่แตกต่างกัน โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งมีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินอื่นที่นอกเหนือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้นำชุมชน (ร้อยละ 54.0) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (ร้อยละ 82.3) รองลงมาคือโรงพยาบาล (ร้อยละ 36.3) ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าอาจเนื่องมาจาก ผู้นำชุมชนทราบว่าในอำเภอฮอดมีหน่วยงานของโรงพยาบาลฮอด และหน่วยอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) ตามตำบล

ต่าง ๆ ที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่รับผิดชอบอยู่แล้ว โดยที่ผู้นำชุมชนอาจรับรู้มาจากการประชาสัมพันธ์ของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล และจากการเคยเห็นการดำเนินงานของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล และหน่วยอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) มาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ นคร ทิพย์สุนทรศักดิ์ และคณะ (2546) ศึกษาการประเมินผลการปฏิบัติหน่วยกู้ชีพ โรงพยาบาลขอนแก่นพบว่า มีหลายหน่วยงานในพื้นที่ที่ทำงานในลักษณะเดียวกันกับหน่วยกู้ชีพเช่น มูลนิธิ อาสาสมัครกู้ชีพ ทำให้เกิดการจำกัดพื้นที่การทำงานของหน่วยกู้ชีพ ทำให้การบริการประชาชนเป็นไปไม่ทั่วถึง ดังนั้นจึงทำให้ผู้นำชุมชนไม่ได้ตระหนัก หรือสนใจที่จะต้องรับรู้ในเรื่องพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ และไม่จำเป็นต้องมีการดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ที่รับผิดชอบของตน เนื่องจากการให้บริการผู้ป่วยไม่ได้เป็นหน้าที่ของผู้นำชุมชนโดยตรง จึงทำให้ไม่จัดตั้งหน่วยกู้ชีพกู้ภัยขึ้นในหน่วยงาน ทั้งที่พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ หมวด ๒ มาตรา ๑๖ ให้เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตน (ราชกิจจานุเบกษา, 2542)

โดยสรุปการศึกษาการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ และการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของผู้นำชุมชน จากการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนมีการรับรู้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอธิบายได้ว่าการถ่ายทอดนโยบายและการประชาสัมพันธ์ ยังไม่ครอบคลุมและเพียงพอ และเมื่อเปรียบเทียบตำแหน่งของผู้นำชุมชนกับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ พบว่ามีความแตกต่างในเรื่อง บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน สิทธิประโยชน์ของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และขั้นตอนการทำงานของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อาจเนื่องมาจากบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่ตามพระราชกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ โดยให้มีการจัดระบบบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง ในด้าน การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว การรักษาพยาบาล และการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จึงต้องมีความสนใจตระหนัก รับรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ทั้งนี้เพื่อที่จะได้นำพระราชบัญญัติไปดำเนินงานการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป แต่ในส่วนของผู้บริหารหมู่บ้านซึ่งไม่ได้มีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นเพียงผู้ประสานงานระหว่างราชการกับประชาชน และประชาสัมพันธ์ แจ้งข้อมูลข่าวสารของทางราชการให้ประชาชนรับทราบ

เท่านั้น จึงอาจไม่ได้สนใจ หรือตระหนัก รับรู้ในเรื่องพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

5.3.1.1) ข้อเสนอแนะต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- 1) ควรมีการส่งเสริมการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการให้ความรู้ และประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อนำพระราชบัญญัติไปใช้ในการดำเนินด้านการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป
- 2) ควรมีการกำหนดนโยบายและแผนงานด้านการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในหน่วยงานให้มีความชัดเจน และถ่ายทอดนโยบายในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้กับเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้นำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง
- 3) ควรมีแนวทางในการบริหารจัดการทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินอย่างชัดเจน ทั้งทางด้านอุปกรณ์ และรถกู้ชีพกู้ภัย เพื่อให้มีทรัพยากรในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ และได้มาตรฐาน
- 4) ควรมีการฟื้นฟูศักยภาพของหน่วยกู้ชีพกู้ภัย และอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ให้มีความรู้ ทักษะในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ โดยการซ้อมแผนสาธารณภัยอย่างสม่ำเสมอ
- 5) ควรมีการประสานงานกับหน่วยกู้ชีพของโรงพยาบาลในด้านวิชาการต่าง ๆ และควรให้ความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ผู้บริหารหมู่บ้าน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) และประชาชน ในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน
- 6) ควรมีการประชาสัมพันธ์และจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ด้านการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินให้เข้าถึงกลุ่มผู้นำชุมชน และประชาชน และควรส่งเสริมให้ผู้บริหารหมู่บ้านมีบทบาทในการช่วยประชาสัมพันธ์ โดยผ่านสื่อลักษณะต่าง ๆ เช่น การติดป้ายประชาสัมพันธ์ตามสถานที่ต่าง ๆ การแจกเอกสาร แผ่นพับ หอกระจายข่าว วิทยุชุมชน เป็นต้น
- 7) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีขนาดเล็ก และมีงบประมาณไม่เพียงพอ ควรมีการจัดหางบประมาณมากขึ้น ทั้งนี้โดยการขอสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน เพื่อให้สามารถนำไปใช้พัฒนาการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน

5.3.1.2 ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารหมู่บ้าน

1) ควรมีการประชุมสัมพันธ เพื่อแจ้งข้อมูลข่าวสารของทางราชการให้ประชาชนในชุมชนได้รับทราบ โดยเฉพาะเรื่อง เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ และขั้นตอนการรับบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การประชุมชี้แจง การแจกเอกสาร การแจ้งทางหอกระจายข่าว และการติดป้ายโฆษณา

2) ควรเป็นผู้ประสานงาน ทำหน้าที่เป็นตัวกลางเชื่อมประสานระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชน และประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นไปอย่างรวดเร็ว

5.3.1.3 ข้อเสนอแนะต่อโรงพยาบาล

1) ควรสนับสนุนและให้คำปรึกษาแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านการบริหารจัดการและด้านวิชาการในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

2) ควรมีการประชุมและร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารหมู่บ้าน และประชาชนในพื้นที่ ในการอบรมเชิงปฏิบัติการ ซ้อมแผนอุบัติเหตุ อุบัติภัย เป็นประจำทุกปี

5.3.1.4 ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ

1) ควรมีการถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินจากผู้บริหารระดับสูงของจังหวัดสู่ผู้นำชุมชน โดยทำการประชุมชี้แจงนโยบายให้ผู้บริหารท้องถิ่นรับทราบอย่างน้อยเดือนละหนึ่งครั้ง

2) ควรให้การสนับสนุนด้านงบประมาณแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษารูปแบบสื่อประชาสัมพันธ์ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้นำชุมชน โดยเฉพาะสื่อเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑

2) ควรมีการศึกษาแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ในเรื่องการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ และการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของผู้นำชุมชน

3) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับพื้นที่ที่มีการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเข้มแข็ง ครอบคลุมทุกตำบล เพื่อใช้เป็นบทเรียนและนำไปพัฒนาการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ และจากการศึกษานี้ เป็นการศึกษาในพื้นที่อำเภอเดียว ควรมีการขยายพื้นที่การศึกษาให้มากขึ้นเพื่อให้มีการพัฒนาการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกพื้นที่ให้มากขึ้น