

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และสมรรถนะ การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัคร- ฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์

ธวัชชัย ยืนยาว*

ราณี ศิริดำ**

บุญโฮม บุญโต**

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** โรงพยาบาลสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์

ติดต่อผู้เขียน: ธวัชชัย ยืนยาว email: thawatchai.yeun@gmail.com

วันรับ: 10 ก.ย. 2567

วันแก้ไข: 21 พ.ย. 2567

วันตอบรับ: 30 พ.ย. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบความรู้และสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ก่อนและหลังโปรแกรม ใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน คือ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบสอบถามความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ และ (3) แบบสอบถามสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ตัวอย่างในการศึกษาเป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 63 คน โดยเข้าร่วมโปรแกรม 3 ครั้ง ได้แก่ครั้งที่ 1 การเตรียมความพร้อม ครั้งที่ 2 การฝึกประสบการณ์เพิ่มพูนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ จากสถานการณ์จริง และครั้งที่ 3 การประเมินผลและสะท้อนผลการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและสถิติ paired t-test ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ สำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ก่อนและหลังโปรแกรม พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยหลังโปรแกรม (Mean=29.62, SD=0.55) สูงวกาก่อนโปรแกรม (Mean=26.75, SD=4.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ และคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ก่อนและหลังโปรแกรม พบว่า คะแนนสมรรถนะเฉลี่ยหลังโปรแกรม (Mean=236.67, SD=7.80) สูงวกาก่อนโปรแกรม (Mean=190.65, SD=35.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ ข้อเสนอแนะ ควรมีการขยายผลนำโปรแกรมการพัฒนาความรู้และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ไปใช้ในกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์เครือข่ายหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยฉุกเฉิน; การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ; อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต หากไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันท่วงที อาจทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตหรือความพิการ หากมีอัตราการเจ็บป่วยฉุกเฉินสูงขึ้น จะส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินได้เข้าถึงปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและการรักษาได้อย่างทันท่วงที ลดการสูญเสียชีวิตและความพิการ รวมทั้งลดอาการบาดเจ็บหรืออาการป่วยฉุกเฉินรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นโดยไม่สมควรทั้งในภาวะปกติและในภาวะ สาธารณภัย⁽¹⁾ ซึ่งจากข้อมูลด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินพบว่า อุบัติการณ์จากการเจ็บป่วยฉุกเฉินในระยะเวลา 5 ปี (ปี พ.ศ. 2559-2563) เท่ากับ 12,000 ต่อประชากรแสนคน อัตราการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินเท่ากับ 179.6 ต่อแสนประชากร โดยอัตราการเจ็บป่วยฉุกเฉิน พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการเจ็บป่วยฉุกเฉินมากที่สุด รองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคกลางและกรุงเทพมหานคร ตามลำดับ และสาเหตุของการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 ลำดับแรก คือ 1. หัวใจหยุดเต้น อัตราป่วยตาย ร้อยละ 26 2. ไฟไหม้ ไฟลวก เหตุจากความร้อน สารเคมี ไฟฟ้าช็อต อัตราป่วยตาย ร้อยละ 18.2 และ 3. อุบัติเหตุทางรถยนต์ อัตราป่วยตาย ร้อยละ 15 ตามลำดับ⁽²⁾ ซึ่งข้อมูลการปฏิบัติการฉุกเฉินในปี พ.ศ. 2565 พบว่า จำนวนการออกปฏิบัติการฉุกเฉิน มีจำนวน 1,217,836 ครั้ง (ทางบก จำนวน 1,217,502 ครั้ง, ทางน้ำ จำนวน 311 ครั้ง และทางอากาศ จำนวน 23 ครั้ง) มีผู้ป่วยจำนวน 1,199,398 ราย โดยเป็นการเจ็บป่วยกลุ่ม CBD17 คือกลุ่มป่วย อ่อนเพลีย อัมพาต เรือรั่ว ไม่ทราบ จำนวน 345,199 ราย รองลงมาเป็นกลุ่ม CBD25 อุบัติเหตุยานยนต์ จำนวน 322,867 ครั้ง ซึ่งได้ออกเหตุตามชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุพบว่า ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (advance life support unit: ALS) จำนวน 282,066 ครั้ง ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (basic life support: BLS) จำนวน

278,406 ครั้ง ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (first response unit: FR) จำนวน 639,150 ครั้ง และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (intermediate life support unit: ILS) จำนวน 18,215 ครั้ง ผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ พบว่า เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ จำนวน 2,732 ราย เสียชีวิตระหว่างนำส่ง 325 ราย และเสียชีวิตก่อนชุดฯ ไปถึง จำนวน 11,749 ราย⁽³⁾ และข้อมูลการปฏิบัติการฉุกเฉินในปี พ.ศ. 2566 ของจังหวัดสุรินทร์ พบว่า มีจำนวนการออกปฏิบัติการฉุกเฉินจำนวน 9,125 ครั้ง ซึ่งได้ออกเหตุตามชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ พบว่า ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง จำนวน 1,047 ครั้ง ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น จำนวน 848 ครั้ง ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น จำนวน 7,217 ครั้ง และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง จำนวน 13 ครั้ง⁽⁴⁾ ซึ่งจะเห็นว่าชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ปฏิบัติหน้าที่โดยอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มากที่สุดของปฏิบัติการฉุกเฉินของประเทศ

อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ.) หรือชื่อภาษาอังกฤษ คือ Emergency medical responder (EMR) เป็นผู้มีบทบาทหน้าที่ในการปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐานเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างรอผู้ปฏิบัติการอื่นในระดับที่สูงกว่า รวมทั้งการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินตามคำสั่งทางการแพทย์ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ต้องมีความรู้และทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการปฐมพยาบาล การช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน และการช่วยชีวิตเบื้องต้นโดยปฏิบัติงานเป็นส่วนหนึ่งในการตอบสนองทางการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้การกำกับดูแลทางการแพทย์สามารถปฐมพยาบาล และช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐานได้โดยใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์น้อยที่สุดตามขอบเขต อำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบและข้อจำกัดในการปฏิบัติการแพทย์ของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ตามคำสั่งการแพทย์และการอำนวยความสะดวก⁽⁵⁾ ทั้งนี้ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่รับรองจากอนุกรรมการรับรององค์กรและหลักสูตรการศึกษาฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการและการให้

ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรมของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติรวมทั้งต้องได้รับการทบทวน พื้นฟู ทักษะ ความรู้ทุกปีจากหน่วยกู้ชีพที่มีเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรครูฝึกสอนกู้ชีพและมีมาตรฐานการปฏิบัติงานภายใต้การคุ้มครองของกฎหมายตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551⁽⁶⁾

งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดสุรินทร์ เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในด้านการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง รวมถึงการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการแพทย์ฉุกเฉินให้กับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในเขตลำปาง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ สำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการเพิ่มสมรรถนะการแพทย์ฉุกเฉินแก่อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์โดยตรงและยังจะเกิดประโยชน์แก่ผู้บาดเจ็บตลอดจนป้องกันความพิการและลดอัตราการตายได้⁽⁷⁾ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการทำวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอลำปาง จังหวัดสุรินทร์ โดยพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรู้และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และเพิ่มขีดความสามารถสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุให้กับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอลำปาง จังหวัดสุรินทร์ต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอลำปาง จังหวัดสุรินทร์ โดยมีวัตถุประสงค์รอง คือ (1) เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอลำปาง จังหวัด

สุรินทร์ ก่อนและหลังโปรแกรม และ (2) เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอลำปาง จังหวัดสุรินทร์ ก่อนและหลังโปรแกรม

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one group pretest-posttest design) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital trauma life support: PHTLS) ซึ่งประกอบด้วย (ก) คัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ (triage) (ข) การปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ (treatment) ได้แก่ (1) การประเมินการหายใจ (2) การช่วยหายใจ (3) การประเมินระบบไหลเวียน (4) การห้ามเลือด (5) การใส่อุปกรณ์พุงคอและเฝือกตามคอ (6) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยกระดาน และ (ค) การนำส่งโรงพยาบาลเพื่อการรักษา (transport)⁽⁸⁾ โดยผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมการพัฒนาความรู้และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอลำปาง จังหวัดสุรินทร์

ครั้งที่ 1 การเตรียมความพร้อม (สัปดาห์ที่ 1)

- กิจกรรมให้ความรู้: การบรรยาย เรื่อง การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ
- กิจกรรมวิเคราะห์กรณีศึกษา: การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุและนำเสนอผลการวิเคราะห์กรณีศึกษา

ครั้งที่ 2 การฝึกประสบการณ์เพิ่มพูนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ จากสถานการณ์จริง (สัปดาห์ที่ 2 - 4)

ครั้งที่ 3 การประเมินผลและสะท้อนผลการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (สัปดาห์ที่ 6) โดย ประเมินผลหลังโปรแกรม ดังนี้

1. ความรู้ด้านดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ได้แก่ (1) การคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ (2) การปฏิบัติการ

ณ จุดเกิดเหตุ และ (3) รู้การนำส่งโรงพยาบาลเพื่อการรักษา

2. สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ได้แก่ (1) ด้านการคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ (2) ด้านการปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ ได้แก่ การประเมินการหายใจ การช่วยหายใจ การประเมินระบบไหลเวียน การห้ามเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่อุปกรณ์พุงคอและเฝือกตามคอ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยกระดาน และ (3) ด้านการนำส่งโรงพยาบาลเพื่อการรักษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ ที่มีรายชื่อปฏิบัติงานจริงจำนวน 70 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 63 คน โดยมีเกณฑ์การตัดเข้า ได้แก่

- 1) เป็นเพศชายหรือหญิงอายุ 20 – 60 ปี
- 2) มีรายชื่อขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ตำแหน่งอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉิน
- 3) มีประสบการณ์เป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
- 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยและภาษาถิ่นได้

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณของเครซี่และมอร์แกน⁽⁹⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง 59.34 คน หรือ 60 คน ผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวอย่างเพิ่มเติมร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จำนวน 3 คน รวมเป็น 63 คน และการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม

1.1 คู่มือการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์⁽¹⁰⁾

1.2 ใบงานกรณีศึกษา ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยมีประเด็น

สถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ⁽¹⁰⁾

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลมี 7 ข้อ เป็นข้อความแบบให้เลือกตอบและเติมคำ ในช่องว่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

2.2 แบบสอบถามด้านความรู้ด้านดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital trauma life support: PHTLS)⁽⁸⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย (1) คัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ (triage) จำนวน 10 ข้อ (2) การปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ (treatment) จำนวน 10 ข้อ และ (3) การนำส่งโรงพยาบาลเพื่อการรักษา (transport) จำนวน 10 ข้อ โดยเลือกตอบแบบถูก-ผิด มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน และได้หาความเชื่อมั่นโดยการทดสอบว่าแบบทดสอบหรือแบบสอบถามแต่ละข้อมี ความสัมพันธ์กับข้ออื่นๆ ในฉบับเดียวกันด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ 0.89

2.3 แบบสอบถามสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital trauma life support: PHTLS)⁽⁸⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 50 ข้อ ได้แก่ (1) ด้านการคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ จำนวน 5 ข้อ (2) ด้านการปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินการหายใจ การช่วยหายใจ การประเมินระบบไหลเวียน การห้ามเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่อุปกรณ์พุงคอและเฝือกตามคอ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยกระดาน จำนวน 42 ข้อ (3) ด้านการนำส่งโรงพยาบาลเพื่อการรักษา จำนวน 3 ข้อ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ คะแนน 5 คะแนน หมายถึง ทำได้ดี คะแนน 4 คะแนน หมายถึง ทำได้ คะแนน 3 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจคะแนน 2

คะแนน หมายถึง น่าจะทำได้ และคะแนน 1 คะแนน หมายถึง ทำไม่ได้เลย และได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนโปรแกรมและหลังการประเมินผลและสะท้อนผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอสำโรงตาป จังหวัดสุรินทร์ ใช้เวลาครั้งละประมาณ 30-45 นาทีต่อราย เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิจัยครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. สถิติพรรณนา เพื่อพรรณนาข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความรู้ด้านดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ และค่าคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติทดสอบ paired t-test ได้แก่ คะแนนความรู้ด้านดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุและค่าคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ได้หนังสือรับรองเลขที่ COA No.21/2567 ลงวันที่ 24 เมษายน 2567

ผลการศึกษา

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอสำโรงตาป จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 63 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 82.54) มีอายุเฉลี่ย 39.44 ปี (อายุระหว่าง 19-60 ปี, SD=13.15) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 46.03) มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 71.43 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 77.78 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 7985.71 บาท (ระหว่าง 700 - 15,000 บาท SD=2528.47) ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 4.60 ปี (ระหว่าง 1 - 12 ปี SD=3.05) ดังตารางที่ 1

2. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอสำโรงตาป จังหวัดสุรินทร์ พบว่า

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง(N=17)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน(คน) ร้อยละ		ข้อมูลทั่วไป		จำนวน(คน) ร้อยละ	
เพศ	หญิง	11	17.46	อาชีพ	ข้าราชการ	1	1.59
	ชาย	52	82.54		รับจ้างทั่วไป	49	77.78
อายุ(ปี)	อายุเฉลี่ย 39.44 ปี (อายุระหว่าง 19-60 ปี, SD=13.15)				เกษตรกร	13	20.63
				รายได้ต่อเดือน	เฉลี่ย 7985.71 บาท SD=2528.47 (ระหว่าง 700 – 15,000 บาท)		
สถานภาพ	โสด	31	49.20	ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	เฉลี่ย 4.60 ปี SD=3.05) (ระหว่าง 1 – 12 ปี)		
	สมรส	29	46.03				
	หม้าย หย่าร้าง	3	4.77				
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	11	17.46				
	มัธยมศึกษา	45	71.43				
	อนุปริญญา	6	9.52				
	ปริญญาตรีขึ้นไป	1	1.59				

2.1 การเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ก่อนและหลังโปรแกรม พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยโดยรวมหลังโปรแกรม (Mean=29.62, SD=0.55) สูงกว่าก่อนโปรแกรม (Mean=26.75, SD=4.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยด้านการคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ หลังโปรแกรม (Mean=9.98, SD=0.12) สูงกว่าก่อนโปรแกรม (Mean=8.87, SD=1.56) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ คะแนนความรู้เฉลี่ยด้านการปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุหลังโปรแกรม (Mean=9.84, SD=0.36) สูงกว่าก่อนโปรแกรม (Mean=8.76, SD=1.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ ส่วนคะแนนความรู้เฉลี่ยด้านการนำส่งโรงพยาบาลเพื่อการรักษาหลังโปรแกรม (Mean=9.79, SD=0.44) สูงกว่าก่อนโปรแกรม (Mean=9.11, SD=1.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.001$ (ตารางที่ 2)

2.2 การเปรียบเทียบระดับคะแนนสมรรถนะการดูแล

ผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ก่อนและหลังโปรแกรม พบว่า คะแนนสมรรถนะเฉลี่ยโดยรวมหลังโปรแกรม (Mean=236.67, SD=7.80) สูงกว่าก่อนโปรแกรม (Mean=190.65, SD=35.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า

1) ด้านการคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุมีคะแนนสมรรถนะเฉลี่ยหลังโปรแกรม (Mean=24.24, SD=0.75) สูงกว่าก่อนโปรแกรม (Mean=17.17, SD=4.98) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$

2) ด้านการปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ ได้แก่

(1) การประเมินการหายใจมีคะแนนสมรรถนะเฉลี่ยหลังโปรแกรม (Mean=18.52, SD=1.09) สูงกว่าก่อนโปรแกรม (Mean=15.41, SD=3.53) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$

(2) การช่วยหายใจมีคะแนนสมรรถนะเฉลี่ยหลังโปรแกรม (Mean=23.59, SD=1.02) สูงกว่าก่อนโปรแกรม (Mean=16.73, SD=4.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ก่อนและหลังโปรแกรม (n=63)

คะแนนความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ	Mean	SD	t	df	p-value
ด้านการคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ					
ก่อนโปรแกรม	8.87	1.56	-5.592	62	<0.001*
หลังโปรแกรม	9.98	0.12			
ด้านการปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ					
ก่อนโปรแกรม	8.76	1.63	-5.076	62	<0.001*
หลังโปรแกรม	9.84	0.36			
ด้านการนำส่งโรงพยาบาลเพื่อการรักษา					
ก่อนโปรแกรม	9.11	1.61	-3.441	62	0.001
หลังโปรแกรม	9.79	0.44			
คะแนนความรู้โดยภาพรวม					
ก่อนโปรแกรม	26.75	4.17	-5.441	62	<0.001*
หลังโปรแกรม	29.62	0.55			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$

(3) การประเมินระบบไหลเวียนมีคะแนนสมรรถนะเฉลี่ยหลังโปรแกรม (Mean=14.13, SD=0.70) สูงกว่าก่อนโปรแกรม (Mean=11.57, SD=2.69) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$

(4) การห้ามเลือดมีคะแนนสมรรถนะเฉลี่ยหลังโปรแกรม (Mean=14.97, SD=0.17) สูงกว่าก่อนโปรแกรม (Mean=11.37, SD=2.80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$

(5) การช่วยฟื้นคืนชีพมีคะแนนสมรรถนะเฉลี่ยหลังโปรแกรม (Mean=42.65, SD=1.75) สูงกว่าก่อนโปรแกรม (Mean=33.92, SD=7.97) อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ $p<0.001$

(6) การใส่อุปกรณ์พุงคอและผูกตามคอมีคะแนนสมรรถนะเฉลี่ยหลังโปรแกรม (Mean=28.27, SD=1.37) สูงกว่าก่อนโปรแกรม (Mean=23.10, SD=4.98) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$

(7) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยกระดานมีคะแนนสมรรถนะเฉลี่ยหลังโปรแกรม (Mean=56.43, SD=2.40) สูงกว่าก่อนโปรแกรม (Mean=46.32, SD=9.68) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$

3. ด้านการนำส่งโรงพยาบาลเพื่อการรักษามีคะแนนสมรรถนะเฉลี่ยหลังโปรแกรม (Mean=14.51,

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์อำเภอลำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ก่อนและหลังโปรแกรม (n=63)

คะแนนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ		Mean	SD	t	df	p-value
ด้านการคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ	ก่อนโปรแกรม	17.17	4.98	-11.149	62	<0.001*
	หลังโปรแกรม	24.24	0.75			
ด้านการปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ	ก่อนโปรแกรม	15.41	3.53	-6.708	62	<0.001*
	หลังโปรแกรม	18.52	1.09			
การประเมินการหายใจ	ก่อนโปรแกรม	16.73	4.25	-12.162	62	<0.001*
	หลังโปรแกรม	23.59	1.02			
การช่วยหายใจ	ก่อนโปรแกรม	11.57	2.69	-7.339	62	<0.001*
	หลังโปรแกรม	14.13	0.70			
การประเมินระบบไหลเวียน	ก่อนโปรแกรม	11.37	2.80	-10.204	62	<0.001*
	หลังโปรแกรม	14.97	0.17			
การห้ามเลือด	ก่อนโปรแกรม	33.92	7.97	-9.038	62	<0.001*
	หลังโปรแกรม	42.65	1.75			
การช่วยฟื้นคืนชีพ	ก่อนโปรแกรม	23.10	4.98	-8.298	62	<0.001*
	หลังโปรแกรม	28.27	1.37			
การใส่อุปกรณ์พุงคอและผูกตามคอ	ก่อนโปรแกรม	46.32	9.68	-8.306	62	<0.001*
	หลังโปรแกรม	56.43	2.40			
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยกระดาน	ก่อนโปรแกรม	12.10	2.44	-7.417	62	<0.001*
	หลังโปรแกรม	14.51	0.64			
ด้านการนำส่งโรงพยาบาลเพื่อการรักษา	ก่อนโปรแกรม	190.65	35.04	-10.522	62	<0.001*
	หลังโปรแกรม	236.67	7.80			
สมรรถนะโดยภาพรวม						

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$

SD=0.64) สูงกว่าก่อนโปรแกรม (Mean=12.10, SD=2.44) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

การศึกษานี้มีเป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอสาโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า การเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอสาโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ก่อนและหลังโปรแกรม พบว่า คะแนนความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์โดยรวมก่อนและหลังโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุและด้านการปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุก่อนและหลังโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ ส่วนด้านการนำส่งโรงพยาบาลเพื่อการรักษาก่อนและหลังโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p=0.001$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรนนท์ วรรณชัย⁽⁷⁾ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินเขตอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนการอบรม 17.09 ค่าเฉลี่ยความรู้หลังการอบรม 25.11 ซึ่งยอมรับ H1 คะแนนความรู้หลังการอบรมมากกว่าก่อนการอบรม ทั้งนี้ยังพบอีกว่าหลังการพัฒนาอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีความรู้เพิ่มขึ้นก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าความรู้ที่เพิ่มขึ้นเกิดขึ้นตามซึ่งพฤติกรรมการเรียนรู้⁽¹¹⁾ แบ่งเป็น 6 ระดับคือ

- 1) ความรู้ที่เกิดจากความจำ (knowledge)
- 2) ความเข้าใจ (comprehension)
- 3) การประยุกต์ (application)

- 4) การวิเคราะห์ (analysis)
- 5) การสังเคราะห์ (synthesis)
- 6) การประเมินค่า (evaluation)

อาจจะกล่าวได้ว่า ความรู้ที่เพิ่มขึ้นนั้นแนวคิด นักการศึกษา Gagne⁽¹²⁾ ได้อธิบายว่า กระบวนการเรียนรู้และจดจำของมนุษย์ มนุษย์มีกระบวนการจัดกระทำข้อมูลในสมอง ซึ่งมนุษย์จะอาศัยข้อมูลที่สะสมไว้มารับพิจารณาเลือกจัดกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งและในฐานะที่กระบวนการจัดกระทำข้อมูลภายในสมองกำลังเกิดขึ้น เหตุการณ์ภายนอกร่างกายมนุษย์มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมหรือการยับยั้งการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นภายในได้

การเปรียบเทียบระดับคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอสาโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ก่อนและหลังโปรแกรม พบว่า คะแนนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์โดยรวมก่อนและหลังโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ด้านการปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ ได้แก่ การประเมินการหายใจ การช่วยหายใจ การประเมินระบบไหลเวียน การห้ามเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่อุปกรณ์พุงคอกและผูกตามคอ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยกระดาน และด้านการนำส่งโรงพยาบาลเพื่อการรักษาก่อนและหลังโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิสร่า ศรีสรณ์⁽¹³⁾ ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน (Mean=15.77, S.D.=2.16) และหลังเข้าร่วมกิจกรรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน (Mean=18.53, S.D.=1.29) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินหลังเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($t=9.34$, $p<0.01$) ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่า สมรรถนะที่เพิ่มขึ้นเกิดกระบวนการตามโปรแกรมการพัฒนาความรู้และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉิน-การแพทย์ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ ได้แก่

ครั้งที่ 1 การเตรียมความพร้อม (สัปดาห์ที่ 1)

1) กิจกรรมให้ความรู้: การบรรยาย เรื่อง การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

2) กิจกรรมวิเคราะห์กรณีศึกษา: การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุและนำเสนอผลการวิเคราะห์กรณีศึกษา

ครั้งที่ 2 การฝึกประสบการณ์เพิ่มพูนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ จากสถานการณ์จริง (สัปดาห์ที่ 2 - 4) ซึ่งเป็นกระบวนการทำให้ความรู้และการฝึกทักษะเพื่อทำให้เกิดความมั่นใจ ความถูกต้องและทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยตลอดจนได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที และให้มีสมรรถนะทางวิชาชีพ ได้แก่

1) มีทักษะ และเจตคติในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ได้ตามอำนาจหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบและข้อจำกัดของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์สอดคล้องกับสภาพปัญหาอย่างได้มาตรฐาน ปลอดภัย และทันทั่วทั้ง

2) สามารถดำเนินมาตรการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉินได้ทั้งในระดับบุคคลและชุมชนได้

3) ปฏิบัติงานโดยยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรม จรรยาบรรณ สิทธิผู้ป่วย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

4) มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบการแพทย์-ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้⁽¹⁴⁾

อาจจะสรุปได้ว่า โปรแกรมการพัฒนาความรู้และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์นี้ได้ทำให้อาสาสมัครฉุกเฉิน-การแพทย์ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ มีความรู้ด้านดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวิจัยในด้านการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วย

กลุ่ม fast track: 3S1T (Stroke, STEMI, Sepsis และ Trauma)

2. ควรมีการขยายผลนำไปสู่โปรแกรมการพัฒนาความรู้และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ไปใช้ในกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์เครือข่ายหน่วยบริการการ-แพทย์ฉุกเฉินอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.แผนหลักการแพทย์-ฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2566-2570 (แผนปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน-แห่งชาติ; 2565.
2. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน (ระดับโลกและประเทศไทย). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2565.
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. นโยบายและทิศทางการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยมุ่งสู่อนาคต พ.ศ. 2570 Thailand EMS Agenda for the future 2027. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2565.
4. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. ระบบคลังข้อมูลการแพทย์ฉุกเฉิน (data warehouse) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 24 เม.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://report.niems.go.th/niemsdwh/index.html>
5. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการ-การแพทย์ฉุกเฉินเรื่อง เกณฑ์มาตรฐานคุณวุฒิฉุกเฉินการ-แพทย์ (มคจ.1) พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139, ตอนพิเศษ 106 ง (ลงวันที่ 11 พฤษภาคม 2565).
6. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. พระราชบัญญัติการ-แพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551(พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2552.
7. จิรนนท์ วรรณชัย. ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ สำหรับอาสาสมัครการ-แพทย์ฉุกเฉินเขตอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. วารสาร-สุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566;8(3):208-18.

8. National Association of Emergency Medical Technicians. National EMS Scope of Practice Model. Washington DC: National Highway Traffic Safety Administration; 2018.
9. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30(3):607–10.
10. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือแนวทางปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. 2564. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2565.
11. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives, the classification of educational goals – handbook I: cognitive domain. New York: David McKay; 1956.
12. Gagne RM. The condition of learning. New York: Rinehart and Winston; 1985.
13. อภิสร ศรีสรณ์. ประสิทธิภาพการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 17 ส.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20240521121238.pdf>
14. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. กฎหมาย ประกาศหลักเกณฑ์ เงื่อนไขเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการศึกษาฝึกอบรมและการให้ประจักษ์นียบัตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน. นนทบุรี: อัลติเมทพริ้นติ้ง; 2560.

Abstract

Effects of the Program Development of Knowledge and Competency in Emergency Patient Care at the Scene of an Incident for Emergency Medical Responder, Samrong Thap District, Surin Province

Thawatchai Yeunyow*; Ranee Siridum**; Boomhome Boontho**

* Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; ** Samrong Thap Hospital, Surin Province, Thailand

Journal of Emergency Medical Services of Thailand 2024;4(2):170–9.

This research is a quasi-experimental research, one group pretest-posttest design, to compare the knowledge and competence of emergency patient care at the scene for emergency medical volunteers before and after the program. The questionnaire was used in 3 parts: (1) demographic questionnaire, (2) knowledge questionnaire, and (3) emergency patient care competency questionnaire. The samples in the study were 63 volunteers for emergency medical care in Samrong Thap District, Surin Province. The participation included 3 episodes: (1) preparation, (2) experience training, and (3) evaluation and reflection. Data analysis was conducted by using descriptive statistics and paired t-test statistics. The results showed that the average knowledge score after the program (Mean=29.62, SD=0.55) was statistically significantly higher than before the program (Mean=26.75, SD=4.17) ($p<0.001$), and the emergency patient care performance score at the scene of the accident for emergency medical volunteers after the program was statistically significantly higher than before the program (Mean=190.65, SD=35.04) at $p<0.001$. It was recommended that the application of the knowledge and competency development program for emergency patient care at the scene for emergency medical volunteers should be expanded to include medical emergency volunteers in other emergency medical service networks.

Keywords: emergency patient; emergency care at the scene; emergency medical responder

Corresponding author: Thawatchai Yeunyow, email: thawatchai.yeun@gmail.com