

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสภาพสังคมได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว มีการพัฒนาความเจริญในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นระบบสื่อสาร เทคโนโลยีต่าง ๆ รวมถึงการคมนาคมขนส่ง มีความรวดเร็วและสะดวกขึ้น เป็นผลให้การดำเนินชีวิตของประชาชนในประเทศต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงไป จากการพัฒนาอย่างรวดเร็วทำให้ประชาชนต้องเผชิญกับปัญหาหลายด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสาธารณสุข โดยเฉพาะปัญหาด้านสาธารณสุขนั้น ในอดีตการเสียชีวิตของประชาชนสาเหตุมาจากโรคติดต่อ แต่เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สาเหตุการเสียชีวิตจึงเปลี่ยนเป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิต เบาหวาน และอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอุบัติเหตุจราจร จากสถิติองค์การอนามัยโลกปี ค.ศ.1998 มีอุบัติการณ์เกิดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรมากที่สุดถึงร้อยละ 16 ของการบาดเจ็บทุกสาเหตุ (WHO, 1999) และในปี พ.ศ. 2548 มีจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลกประมาณ 58 ล้านคน โดยมีผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บถึง ร้อยละ 13 (WHO, 2006) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การบาดเจ็บเป็นสาเหตุการตายและความพิการของประชาชน ซึ่งจัดเป็นอันดับที่ 5 ของสาเหตุการตายทั้งหมด (Kenneth, Sherry, & Robert, 2004) และในปี ค.ศ. 1995 พบว่า การบาดเจ็บจากยานพาหนะเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของการเกิดอุบัติเหตุทั้งหมด มีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุถึง ร้อยละ 29 ของการบาดเจ็บทั้งหมด (Bonnie, R. J., et al., 1999, pp. 44-47) สำหรับทวีปเอเชียพบว่าในปี พ.ศ. 2547 จำนวนผู้เสียชีวิตและการบาดเจ็บในกลุ่มประเทศอาเซียนมีจำนวน 43,795 ราย และ 187,640 ราย (ปรีชา ชูทรัพย์, 2549)

สำหรับประเทศไทย การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติการเสียชีวิตของประชาชนไทย 10 อันดับแรก ระหว่าง พ.ศ. 2531-2535 พบว่า การเสียชีวิตมีสาเหตุจากอุบัติเหตุและการเป็นพิษ โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2535 มีผู้เสียชีวิตจำนวน 27,811 ราย อัตราการบาดเจ็บ 48.5 รายต่อแสนประชากร และอัตราการตายจากอุบัติเหตุจากการขนส่ง ในปี พ.ศ.2531 มีอัตราการตาย 10.4 รายต่อแสนประชากร แต่ในปี พ.ศ. 2537 มีอัตราการตายสูงขึ้นถึง 24.6 รายต่อแสนประชากร (กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2537) ในปี พ.ศ. 2548 มีอัตรา

การตาย 17.8 รายต่อแสนประชากร และร้อยละ 49.7 เป็นการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุขนส่งโดยผู้บาดเจ็บ ร้อยละ 40 อยู่ในช่วงอายุ 15-29 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 80 และร้อยละ 46 เป็นหัวหน้าครอบครัว (ศูนย์เรนทร, 2548) จากข้อมูลผู้บาดเจ็บรุนแรงที่ได้รับการนำส่งโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2550 จำนวน 66,528 ราย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจากการขนส่ง (ร้อยละ 46.8) และมีการเสียชีวิต (ร้อยละ 56.0) โดยร้อยละ 8.4 ได้รับการนำส่งและช่วยเหลือโดยหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และร้อยละ 24.7 ได้รับการนำส่งและช่วยเหลือโดยเจ้าหน้าที่มูลนิธิ (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551)

สำหรับสถานการณ์การบาดเจ็บของจังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 - 2551 มีจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร จำนวน 30,328, 29,523, 28,748 รายตามลำดับ (อัตราการบาดเจ็บ 1,806.2, 1737, 1730.4 รายต่อแสนประชากร) และมีจำนวนผู้เสียชีวิต 329, 340, 290 (อัตราการเสียชีวิต 19.6, 20.1, 17.4 รายต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2551) จะเห็นได้ว่า มีแนวโน้มลดลง และจากข้อมูลสถิติการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จังหวัดเชียงใหม่ ในอำเภอฮอด ปีงบประมาณ 2549 - 2551 พบว่า มีจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 623, 633, 696 รายตามลำดับ (อัตราการบาดเจ็บ 1,388.9, 1,400.2, 1836.8 รายต่อแสนประชากร) และมีจำนวนผู้เสียชีวิต 5, 1, 4 รายตามลำดับ (อัตราการตาย 11.5, 2.2, 11 รายต่อแสนประชากร) ทั้งนี้แนวโน้มของจำนวนผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2551)

ผลของการเกิดอุบัติเหตุนอกจากการบาดเจ็บ พิการและเสียชีวิตแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ รวมถึงการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะอุบัติเหตุจากการขนส่งซึ่งถ้าหากผู้บาดเจ็บได้รับการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่ไม่เหมาะสมหรือล่าช้า เช่น การเคลื่อนย้ายไม่ถูกวิธี การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุไม่เหมาะสม จะทำให้ผู้บาดเจ็บมีโอกาสเสียชีวิต เกิดภาวะแทรกซ้อนและเกิดความพิการขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ นั้นได้รับการบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมในช่วง 1 ชั่วโมงทอง (Golden Hour) หรือในระยะแรก ๆ หลังจากเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินดังกล่าวขึ้น จะสามารถลดการสูญเสียได้ (วิทยา ชาติบัญชาชัย และคณะ, 2551) จากการศึกษาของ เมย์วู ซิมคิม และเทรลฟอล (Mayou, Simkin, & Threlfall, 1991) เกี่ยวกับผลกระทบของอุบัติเหตุจราจรพบว่า ผู้บาดเจ็บมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้ได้รับความทุกข์ทรมานทางร่างกาย มีปัญหาจากการสูญเสียหน้าที่การงาน รายได้และคุณภาพชีวิตของครอบครัวเสื่อมลง และหากพบว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีผลทำให้เปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายหรือสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงภาพของลักษณะ ผู้บาดเจ็บจะมีความวิตกกังวลว่า ร่างกายไม่สามารถคืนสู่สภาพการทำงานที่เป็นปกติได้ (ชอลดา พันธุเสนา,

2536) นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย ได้คำนวณความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากอุบัติเหตุจราจร พบว่า มีการสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ 61,079 - 92,290 ล้านบาท (ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, 2539) นอกจากนี้สูญเสียทรัพย์สินแล้ว ยังมีมูลค่าความเสียหายด้านอื่น ๆ ที่ไม่ได้นำมาคำนวณ เช่น ค่าอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ ค่าจ้างบุคลากร ค่าใช้จ่ายของภาคเอกชนที่มีส่วนช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ผู้พิการ และผู้เสียชีวิต (วิลาวัลย์ ศรีพรหม, 2541)

ดังนั้น การที่ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินมักเป็นผู้ป่วยวิกฤติต้องการการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วนและมีประสิทธิภาพ และยังคงมีบุคลากรหรือหน่วยบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีความรู้ ประสบการณ์และความพร้อมด้านอุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยชีวิต เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้องมากยิ่งขึ้น (วิทยา ชาติบัญชาชัย, 2551) และร้อยละ 15 - 20 ของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุในประเทศที่กำลังพัฒนาเป็นการเสียชีวิตที่น่าจะป้องกันได้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุได้ถึง ร้อยละ 30 (วิทยา ชาติบัญชาชัย และคณะ, 2551) นอกจากนี้ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรอดชีวิตของผู้ประสบการเจ็บป่วยฉุกเฉินคือ การได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมในระยะเวลาที่รวดเร็ว (วิทยา ชาติบัญชาชัย และคณะ, 2551) จากการศึกษาสภาพปัญหาทางเวชกรรมฉุกเฉินในประเทศไทย พบว่า เมื่อประชาชนในประเทศไทยมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้น ส่วนใหญ่ประสบปัญหาการเข้าถึงเพื่อขอรับเวชบริการฉุกเฉินอย่างมากคือ มีประชาชนเพียงประมาณ ร้อยละ 20 เท่านั้น ที่สามารถเข้าถึงเวชบริการได้ก่อนเสียชีวิต เนื่องจากการดำเนินการเวชกรรมฉุกเฉิน ทั้งทางด้านบริการการศึกษา และการวิจัยในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาอยู่มาก เช่น ประชาชนและอาสาสมัครทำการปฐมพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ถูกวิธี ขาดความรู้ในการปฏิบัติการกู้ชีพ (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551) จากสาเหตุที่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในประเทศไทยยังไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและทันการณ์ เพราะยังไม่มีระบบบริการการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลครอบคลุมผู้เจ็บป่วยทุกคนชั้นและทุกพื้นที่ เพื่อที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรให้ดีขึ้น

อดีตที่ผ่านมาการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยในระยะแรกพบว่า มีการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในลักษณะสังคมสงเคราะห์และการกู้ภัย ควบคู่กับการเก็บศพผู้เสียชีวิต การช่วยเหลือผู้ป่วยขั้นต้นและการนำส่งโรงพยาบาล โดยมูลนิธิเพื่อการกุศลของชาวจีนในประเทศไทย และอาสาสมัครต่าง ๆ เป็นผู้ดำเนินงาน แต่เนื่องจากการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จนมูลนิธิรับภาระไม่ไหว และจากการที่บุคลากรขาดประสบการณ์ ทักษะในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ไม่มีอุปกรณ์ พร้อมกับไม่มีระบบควบคุมคุณภาพของอาสาสมัคร ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านคุณภาพการให้บริการตามมา ได้แก่ การบาดเจ็บซ้ำของอาสาสมัครและ

ผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือ ต่อมาจึงเกิดการจัดตั้งและดำเนินการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยราชการต่างๆ ทั้งทหาร ตำรวจ หน่วยงาน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขขึ้น โดยเฉพาะได้มีการเร่งจัดหน่วยกู้ชีพในโรงพยาบาลในจังหวัดน่าน และมีการขยายผลการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้มีการเพิ่มศักยภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมระดับท้องถิ่น โดยได้มีการฝึกอบรมอาสาสมัครของท้องถิ่นให้ทำหน้าที่เป็นหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder) รวมถึงการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพของตำบลขึ้น (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551)

ดังนั้น กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทยจึงจัดให้มีโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ภัย (One Tambon One Search and Rescue Team : OTOS) ขึ้นเพื่อพัฒนาระบบการฝึกอบรมและขยายผลเรื่องการค้นหาและช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ทำให้ผู้ประสบภัยได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น และสามารถนำส่งสถานพยาบาลได้อย่างรวดเร็วปลอดภัย ประกอบกับสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีนโยบายในการพัฒนาระบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมในพื้นที่ทั่วประเทศ โดยจัดให้มีการฝึกอบรมและให้การสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ลำเลียง ขนย้ายผู้ป่วยพื้นฐานให้กับเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลทั่วประเทศ ให้มีความพร้อมเพื่อเข้าร่วมโครงการในการทำหน้าที่เป็นหน่วยเผชิญเหตุ (First Response Unit) (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2549)

เนื่องจากการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมาพบว่า ยังขาดระบบบริหารจัดการด้านบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งขาดหน่วยงานที่รับผิดชอบในการประสานการปฏิบัติการ ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียชีวิต บาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้น โดยไม่สมควร (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2551) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service) ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาหลักประกันสุขภาพด้านสุขภาพและคุณภาพบริการขึ้น เพื่อลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิต รวมถึงลดภาวะความพิการจากการเจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีการจัดตั้งศูนย์เรนทรหรือสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้น เพื่อรับผิดชอบในการบริหารจัดการ ประสานงานรวมถึงส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงได้ดำเนินการผลักดันให้ตราพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และมีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการ

ช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2551)

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ ส่วนที่ ๕ มาตราที่ ๕๑ ได้บัญญัติไว้ให้ บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติการบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และมาตรา ๗๘ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ (ราชกิจจานุเบกษา, 2550) และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ หมวด ๒ ได้กำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะ มาตรา ๑๖ ให้เทศบาลเมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองดังนี้ (๑๐) การสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส (๑๖) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของราษฎรในการพัฒนาท้องถิ่น (๑๕) การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัวและการรักษาพยาบาล (๒๕) การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ (ราชกิจจานุเบกษา, 2542)

ดังนั้นระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการตาย การพิการ ความทุกข์ทรมาน การได้รับการดูแลรักษา การลำเลียงเคลื่อนย้ายที่ไม่ถูกวิธี การนำส่งโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสม และการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายอันเกิดจากความล่าช้าในการเข้าถึงของหน่วยบริการ (อิงอัมพร ทองดี, 2549) โดยมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทำหน้าที่รับผิดชอบงานด้านการจัดตั้ง และพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศให้ทั่วถึงและมีมาตรฐาน และเป็นศูนย์สั่งการรับแจ้งเหตุโดยใช้หมายเลข 1669 เพื่อผู้ต้องการขอความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ในการดำเนินการทำให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า หน่วยบริการก่อนถึงโรงพยาบาล ไม่ครอบคลุมถึงทุกที่ในประเทศไทย โดยเฉพาะในชนบท (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551) ดังนั้นการที่จะทำให้หน่วยเผชิญเหตุหรือหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (First Response Unit) มีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีการพัฒนาขึ้นโดยอาศัยความร่วมมือ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีความสำคัญของท้องถิ่น มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลประชาชนด้านสวัสดิภาพและความปลอดภัยในชีวิต ดังนั้นจึงมีหน้าที่ที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในทุก ๆ องค์ประกอบ ไม่ว่าจะเป็นด้านงบประมาณ ความพร้อมใน

การจัดเตรียมสำนักงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับตำบล การเตรียมอุปกรณ์และยานพาหนะ รวมถึงอุปกรณ์สื่อสาร การจัดหาบุคลากรมาปฏิบัติงาน ซึ่งการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะเป็นหลักประกันที่สำคัญในความยั่งยืนของระบบ และถ้าหากการดำเนินงานสามารถเข้าไปในแผนงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีแผนงบประมาณสนับสนุน ก็จะทำให้การดำเนินการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเกิดความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551) อีกทั้งในส่วนของผู้บริหารท้องถิ่น ก็มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุน ส่งเสริม และอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติหน้าที่หรือการให้บริการของส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พร้อมทั้งมีหน้าที่ชี้แจงให้แก่ประชาชนเข้าใจในข้อราชการ กฎหมาย หรือระเบียบแบบแผนของทางราชการ และช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ผู้ประสบภัย พระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ. 2457 แก้ไข ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2551 (ราชกิจจานุเบกษา, 2551)

ผลการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียน จำนวน 5,791 หน่วย ซึ่งในจำนวนนี้เป็นหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินชุมชน จำนวน 3,639 (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551) และในปี พ.ศ. 2251 ได้มีหน่วยบริการขึ้นทะเบียนเพิ่มเป็น 7,204 หน่วย ทั้งนี้เป็นหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินชุมชน จำนวน 4,867 หน่วย (ชาติรี เจริญชีวะกุล, 2552) และสถิติการออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder) ทั่วประเทศมีมากถึง 582,645 ราย (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551)

สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2551 มีการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 6,031 ครั้ง และมีหน่วยหน่วยปฏิบัติการเบื้องต้น (First Responder) จำนวน 80 หน่วย และเป็นทีมกู้ชีพกู้ภัยประจำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 58 หน่วย ซึ่งได้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 2,599 ราย (ร้อยละ 40.3) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2551)

สำหรับอำเภอฮอดมีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลฮอด ซึ่งเป็นหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นสูง (Advance Life Support) เริ่มให้บริการในปี พ.ศ. 2551 โดยออกปฏิบัติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 55 ครั้ง และในปี พ.ศ. 2552 (ตุลาคม 2551 - มีนาคม 2552) ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 33 ครั้ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2552) ซึ่งให้บริการได้ไม่ครอบคลุมทั้งอำเภอ เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องบุคลากรมีน้อย และต้องปฏิบัติงานหลายหน้าที่ นอกจากนี้ยังมีหน่วยปฏิบัติการเบื้องต้น (First Response /Rescure Team) ของเทศบาล 1 แห่ง แต่ยังไม่ได้ออกปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2552) ทั้งนี้หน่วยปฏิบัติการเบื้องต้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้

อย่างรวดเร็ว โดยไม่ต้องใช้รถและอุปกรณ์ที่สลับซับซ้อน และเวชภัณฑ์ที่มีราคาแพง จึงควรสนับสนุนจัดให้มีหน่วยจำนวนมาก ยิ่งมีมาก ความครอบคลุมพื้นที่ยิ่งมาก ประสิทธิภาพของการเข้าถึงจุดเกิดเหตุได้อย่างรวดเร็ว (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551)

หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) หน่วยปฏิบัติการเบื้องต้น (First Response /Rescue Team) เป็นหน่วยปฏิบัติการที่อยู่ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่น เช่น ตำรวจ ดับเพลิง มีขีดความสามารถในการประเมินและให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น รวมถึงสามารถช่วยฟื้นคืนชีพขั้นต้นได้ 2) หน่วยปฏิบัติการระดับพื้นฐาน (Basic Life Support) มีขีดความสามารถเพิ่มมากกว่าหน่วยปฏิบัติการเบื้องต้น สามารถประเมินและให้การพยาบาลพื้นฐาน การช่วยฟื้นคืนชีพและการประคองชีพขั้นพื้นฐาน การช่วยคลอดฉุกเฉินได้ และ 3) หน่วยปฏิบัติการระดับสูง (Advance Life Support) มีความสามารถในการประเมิน การประคองชีพและให้การรักษาพยาบาลขั้นก้าวหน้าได้ เช่น การใช้เครื่องกระตุก และเฝ้าตรวจการทำงานของหัวใจ การช่วยหายใจขั้นสูง และการทำหัตถการและให้ยาได้ ทั้งนี้การปฏิบัติงานของทุกหน่วยอยู่ในขอบเขตภายใต้การควบคุมของแพทย์หรือบุคลากรศูนย์รับแจ้งเหตุและตั้งการตามที่ถูกกฎหมายกำหนด (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2552)

จากการดำเนินงานการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบันพบว่า ยังมีหน่วยปฏิบัติการเบื้องต้น ไม่ครอบคลุมทุกตำบล อาจเนื่องมาจากการที่ผู้บริหารระดับสูงหรือผู้นำชุมชนอาจยังไม่มีกรรับรู้ และไม่เข้าใจในเรื่องพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ และการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้กำหนดให้มีผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน และส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551) จึงยังไม่ได้จัดตั้งหน่วยและให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับตำบลขึ้น ทำให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและถูกต้องตามหลักมาตรฐานของการให้บริการ อันจะทำให้เกิดผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นผู้บริหารระดับสูงหรือผู้นำชุมชนซึ่งเป็นผู้มีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำแผนงาน โครงการ จัดสรรงบประมาณและการจัดให้มีบริการแก่ประชาชนในพื้นที่ มีความจำเป็นต้องมีการรับรู้ ความเข้าใจเรื่องพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ จึงจะสามารถผลักดันให้เกิดดำเนินการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนได้

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาว่า ผู้นำชุมชนมีการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ และมีการดำเนินการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนเป็นอย่างไร เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในอำเภอฮอด ช่วยเหลือ

ผู้บาดเจ็บและลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการหรือภาวะแทรกซ้อนก่อนถึงโรงพยาบาลให้มากขึ้นต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 เพื่อศึกษาการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ของผู้นำชุมชน

1.2.2 เพื่อศึกษาการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของผู้นำชุมชน

1.2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมกับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ของผู้นำชุมชน

1.3 คำถามการศึกษา

1.3.1 การรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ของผู้นำชุมชนเป็นอย่างไร

1.3.2 การดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของผู้นำชุมชนเป็นอย่างไร

1.3.3 ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ของผู้นำชุมชนอย่างไร

1.4 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เรื่องการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ และการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของผู้นำชุมชน อำเภอหาด จังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวน 6 ตำบล และมี 61 หมู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ นายกหรือรองนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 6 คน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 6 คน ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จำนวน 6 คน รวม 18 คน และกลุ่มผู้บริหารหมู่บ้าน ได้แก่ กำนัน จำนวน 6 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 55 คน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 110 คน รวม 171 คน รวมจำนวนทั้งหมด 189 คน โดยทำการศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม การรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ การดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมกับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552

1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

1.5.1 ผู้นำชุมชน หมายถึง ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในเทศบาลตำบลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล ในตำแหน่งนายกหรือรองนายกเทศมนตรี นายกหรือรองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดเทศบาล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้รับผิดชอบงานด้านป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้บริหารท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่

1.5.2 ประสบการณ์ในการได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายถึง การที่ผู้นำชุมชนเคยได้รับอันตรายจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรหรืออุบัติเหตุอื่นๆ และการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น ถูกวัตถุมีคม พลัดตกหกล้ม ถูกทำร้ายร่างกาย หายใจเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก หรือหมดสติ ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกายหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และทำให้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งนี้เป็นประสบการณ์ที่เกิดโดยตรงกับผู้นำชุมชนเอง (โดยไม่รวมกรณีที่ผู้นำชุมชนมีประสบการณ์ที่ญาติ หรือบุคคลในครอบครัวเกิดอุบัติเหตุจราจรหรืออุบัติเหตุอื่นๆ และการเจ็บป่วยฉุกเฉิน)

1.5.3 ประสบการณ์ในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ผู้นำชุมชนเคยเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่าง ๆ ได้แก่ หน่วยกู้ชีพเวียงพิงค์ หน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลฮอด หน่วยกู้ชีพกู้ภัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยกู้ชีพกู้ภัยของอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) หรือหน่วยกู้ชีพกู้ภัยมูลนิธิ เอกชน ในกรณีเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยมีการเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินเพื่อบริการตนเองหรือผู้อื่น ได้แก่ คนในครอบครัว ญาติ ผู้ประสบอุบัติเหตุจราจร ผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือประชาชนทั่วไป โดยติดต่อเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินผ่านช่องทางด้วยวิธีโทรศัพท์ 1669, 191 ศูนย์กู้ชีพเวียงพิงค์ โรงพยาบาลฮอด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้เห็นเหตุการณ์ติดต่อให้

1.5.4 การได้รับสื่อข่าวสารเรื่องการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ผู้นำชุมชนได้รับสื่อข้อมูลข่าวสารเรื่องการให้บริการรถฉุกเฉินและเรื่องพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ จากเอกสาร แผ่นพับ หนังสือ ตำรา หนังสือพิมพ์ สื่อวิทยุทัศน์ โปสเตอร์ วิทยุ โทรทัศน์ หอกระจายข่าวเสียงตามสายในชุมชน ขบวนการณรงค์ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อนบ้าน คนในชุมชน รวมถึงการที่หน่วยงานหรือชุมชนของผู้นำชุมชนมีหนังสือหรือเอกสารเรื่องพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ รวมถึงการที่ผู้นำชุมชนได้เคยศึกษาหรืออ่านพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑

1.5.5 การรับนโยบายการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ผู้นำชุมชนเคยรับนโยบายการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพกู้ภัยตามโครงการหนึ่ง

ตำบลหนึ่งทีมกู้ภัย (OTOS) ของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย โดยทางหนังสือแจ้งเวียนของ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย หรือจากผู้บริหารระดับจังหวัดและระดับ อำเภอของหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ การประชุมชี้แจงนโยบายของสำนักงานกรมป้องกันและ บรรเทาสาธารณภัยในพื้นที่ ผู้บังคับบัญชาแจ้งนโยบาย หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆ แจ้งให้ทราบ การรณรงค์ทางสื่อต่าง ๆ และการติดตามสนับสนุนและการนิเทศจากหน่วยงานที่ รับผิดชอบ

1.5.6 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม หมายถึง การที่ผู้นำชุมชนทราบถึงสภาพแวดล้อมใน ชุมชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบมีว่าจุดเสี่ยงอันตรายในการเกิดอุบัติเหตุจราจร ได้แก่ สภาพภูมิ ประเทศเป็นที่ราบสูง ภูเขา ที่ราบใกล้เขตเมือง ระยะทางไกลเขตเมือง อยู่ติดกับถนนทางหลวงที่มี การเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง อยู่บริเวณถนนร่วมทางแยก ทางโค้ง วงเวียน อยู่บริเวณสถานที่ท่องเที่ยว อุทยาน หรือพื้นที่ทุรกันดาร รวมถึงการมีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินอื่นซึ่งนอกเหนือจากหน่วย บริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยงานหรือชุมชนของผู้นำชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาล หน่วยกู้ชีพ กู้ภัยอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) หน่วยกู้ชีพกู้ภัยของเอกชนหรือมูลนิธิที่อยู่ในพื้นที่ รับผิดชอบของผู้นำชุมชน

1.5.7 การรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ หมายถึง การที่ผู้นำ ชุมชนได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ในเรื่องบทบาท หน้าที่ของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านสิทธิประโยชน์ของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านขั้นตอนการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และด้านการรับรู้ขั้นตอนการใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) **ด้านบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน** หมายถึง การที่ผู้นำ ชุมชนได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินในการกำหนด หลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงการมีตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นจำนวนสองคนเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

2) **ด้านสิทธิประโยชน์ของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน** หมายถึง การที่ผู้นำชุมชน ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการได้รับบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่การดูแล รักษาพยาบาลนอกโรงพยาบาล การประเมิน การจัดการ การรักษาพยาบาล ณ จุดที่เกิดเหตุ และการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน รวมถึง การให้คำแนะนำปรึกษาฉุกเฉิน การจัดหาหน่วย เคลื่อนที่เร็วไปดูแล การลำเลียงขนย้ายและนำส่ง โรงพยาบาลอย่างปลอดภัย และการบริการที่ โรงพยาบาล ตลอดจนการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง

3) **ด้านขั้นตอนการทำงานจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน** หมายถึง การที่ผู้นำชุมชนได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการทำงานจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่รับทราบการเกิดอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน การพบเหตุ การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ การออกปฏิบัติการของบุคลากรหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การรักษาพยาบาล การลำเลียงขนย้ายและการดูแลขณะนำส่ง และนำส่งสถานพยาบาลที่เหมาะสม

4) **ด้านขั้นตอนการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน** หมายถึง การที่ผู้นำชุมชนได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการแจ้งเหตุฉุกเฉิน และช่องทางในการติดต่อขอความช่วยเหลือ การใช้โทรศัพท์ผ่านหมายเลข 1669

1.5.8 การดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน หมายถึง การที่ผู้นำชุมชนมีการจัดทำแผนงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ภัย (OTOS) มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับในการดำเนินการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน การมีบุคลากร อาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัย การมีอุปกรณ์สำหรับกู้ชีพกู้ภัย และรถกู้ชีพกู้ภัย การมีหน่วยงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย และหน่วยกู้ชีพกู้ภัยในหน่วยงานหรือชุมชนของผู้นำชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) **การจัดทำแผนงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน** หมายถึง การที่ผู้นำชุมชนมีการจัดทำแผนงาน บริหารจัดการในการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ภัยในหน่วยงานหรือชุมชน เรื่อง แผนการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพกู้ภัย แผนงานอุบัติเหตุ ภัยพิบัติ แผนงานด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย แผนด้านงบประมาณ แผนงานด้านบุคลากร แผนด้านวัสดุอุปกรณ์และรถกู้ชีพกู้ภัย และแผนปฏิบัติงานการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2) **การมีงบประมาณสำหรับในการดำเนินการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน** หมายถึง การที่ผู้นำชุมชนมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับในการดำเนินงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในหน่วยงานหรือชุมชน เพื่อใช้ในด้านการจัดตั้งสำนักงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การจ่ายค่าตอบแทนบุคลากร การจัดหาวัสดุอุปกรณ์สำหรับกู้ชีพกู้ภัยขั้นพื้นฐาน และการจัดหารถกู้ชีพกู้ภัย รวมถึงการได้รับสนับสนุนงบประมาณการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจากหน่วยงานกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หน่วยงานภาคเอกชน ได้แก่ ห้างร้าน บริษัท มูลนิธิ สมาคม หรือหน่วยงานอื่น

3) **การมีบุคลากรอาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยในชุมชน** หมายถึง การที่ผู้นำชุมชนมีบุคลากรหรืออาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยที่รับผิดชอบในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในหน่วยงานหรือชุมชน และบุคลากรหรืออาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยได้รับการฝึกอบรมในเรื่องการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงการที่บุคลากรหรืออาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นพนักงานปฏิบัติการเบื้องต้น

4) การมีอุปกรณ์ และรถสำหรับกู้ชีพกู้ภัยในชุมชน หมายถึง การที่ผู้นำชุมชนมีอุปกรณ์พื้นฐาน อุปกรณ์สำหรับปฐมพยาบาลเบื้องต้น อุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย อุปกรณ์สำหรับทางเดินหายใจ อุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรอุปกรณ์ที่ใช้บริเวณที่เกิดเหตุ อุปกรณ์สื่อสารในหน่วยงานหรือชุมชน และการมีรถกู้ชีพกู้ภัย ได้แก่ รถปิกอัพดัดแปลง รถตู้ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นพาหนะปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

5) การมีหน่วยงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยและหน่วยกู้ชีพกู้ภัยในชุมชน หมายถึง การที่ผู้นำชุมชนมีการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพกู้ภัยในหน่วยงานหรือชุมชน เพื่อให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และหน่วยกู้ชีพกู้ภัยได้มีการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น รวมถึงมีการจัดตั้งหน่วยงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยขึ้นในหน่วยงานหรือชุมชน

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1.6.1 เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนา และเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ให้สามารถช่วยชีวิตผู้ได้รับอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.6.2 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชนในด้านการรับรู้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑