



รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการพัฒนากลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย CPR คุณภาพที่ครอบคลุม
Development of Mechanism to Strengthen Quality CPR Network



จัดทำโดย

นายจตุชัย มนีรัตน์
นางพัชราภา ณุจัน คงกวีพันธ์
นางอโอนกัย เหล่าเที่ยง¹
นางนฤมล วิสุทธิ์นานนก²

นางวนิรันดร์ญา ยุทธพงษ์พิชณะ³
นายศุภฤกษ์ โนสุ⁴
นายมนัส พรเมนะ⁵

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ได้รับการสนับสนุนจาก ทุนอุดหนุนแผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย ด้านสังคม
แผนงานระบบบริการสุขภาพ สำนักงานบริหารการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ชื่อวิจัย:	โครงการการพัฒนากลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย CPR คุณภาพที่ครบวงจรจังหวัดเชียงใหม่
ISBN:	978-616-398-918-5
ผู้วิจัย:	จตุชัย มณีรัตน์ พัชราภรณ์ คงทวีพันธ์ ออนไลทัย เหล่าเที่ยง นฤมล วิสุทธิ์ธนาวนห์ ณรินทร์ญา ยุทธพงษ์พิชญะ ¹ ศุภฤกษ์ โนสุ มนัส พรມณะ
บรรณาธิการ:	รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง ดร.สาวลักษณ์ เศรษฐีกุล สุรภี ทานเคหาสน์ สุนิสา เสนาหวาน
ออกแบบและพิมพ์:	อรุณวดี กรรมสิทธิ์
จัดทำโดย:	หน่วยบริหารจัดการและส่งมอบผลลัพธ์ (ODU) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 239 ถ.ห้วยแก้ว ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ โทรศัพท์ 0 5394 2504
พิมพ์ครั้งแรก:	กุมภาพันธ์ 2567
พิมพ์ที่:	บริษัทสยามพิมพ์นานา จำกัด โทรศัพท์ 081-8836720
สนับสนุนโดย:	สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยการสนับสนุนทุนวิจัยจากทุนอุดหนุนแผนงานยุทธศาสตร์ เป้าหมาย ด้านสังคม แผนงานระบบบริการสุขภาพ สำนักงานบริหารการวิจัยแห่งชาติ (วช.) โดยประสาน ผ่านคณะกรรมการสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอขอบคุณที่ได้ให้ความสำคัญของการพัฒนาด้าน การสร้างเครือข่ายในการการซ่วยพื้นคืนชีพเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องยั่งยืน ขอขอบคุณนายแพทย์ สารารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ รองนายแพทย์สารารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้ให้การสนับสนุนนักวิจัยได้ ดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันต่าง ๆ อาทิ เช่น คณะกรรมการสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะกรรมการยาและเคมี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลราชวิถี เชียงใหม่ ที่ได้กรุณาตรวจสอบ เครื่องมือในการวิจัย และได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 25 โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ผู้รับผิดชอบงาน อุบัติเหตุและบริการแพทย์ฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ภารกิจภารกิจ ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือ ในการดำเนินงานในพื้นที่เป็นอย่างดี ดำเนินการวิจัยอย่างราบรื่น และบรรลุวัตถุประสงค์ การวิจัยนี้ได้รับ ความช่วยเหลืออย่างดี จากผู้ประสานโครงการวิจัยจากคณะกรรมการสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะกรรมการวิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

คณะกรรมการวิจัย
กุมภาพันธ์ 2567

คำนำ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนากลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย CPR คุณภาพที่ครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการวิจัยโดย มีนางพัชราภรณ์ คงทวีพันธ์ เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย ด้วยการสนับสนุนทุนวิจัยจากทุนอุดหนุนแผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย ด้านสังคม แผนงานระบบบริการสุขภาพ สำนักงานบริหารการวิจัยแห่งชาติ (วช.) มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพของจังหวัดเชียงใหม่ 2. เพื่อพัฒนากลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ 3. เพื่อศึกษาผลสัพರ์การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ เนื้อหาในรายงานวิจัยฉบับนี้ ประกอบด้วย บทนำ การทบทวนวรรณกรรม วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย อภิปรายสรุปและข้อเสนอแนะ หวังว่าเนื้อหาในรายงานการวิจัยฉบับนี้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญ และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย CPR คุณภาพที่ครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ ต่อไป

คณะผู้วิจัย
กุมภาพันธ์ 2567

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนากลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ ระยะที่ 2 การดำเนินการและระยะที่ 3 การประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉินและสมาชิกมูลนิธิกู้ชีพกู้ภัยจำนวน 30 คน และ 2) ประชาชนทั่วไปที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,066 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม 2) แบบสอบถามประเมินความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 3) แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และ 4) แนวคำถามการประเมินความเป็นไปได้ในการใช้ Platform CPR Club วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนและหลังการใช้งาน Platform CPR club โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบกลุ่มสัมพันธ์

ผลการศึกษาพบว่า กลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ มี 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การจัดตั้งคณะกรรมการ 2) การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นสมาชิกในเครือข่าย CPR Club 3) การพัฒนา Platform CPR Club และ 4) การประเมินผลและการติดตาม ผลจากการใช้กลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภายหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต ($t = -10.35, p < 0.01$) และ ภายหลังการอบรมกลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถสามารถใช้กลไกการช่วยฟื้นคืนชีพได้ถูกต้องตามหลักการ คิดเป็นร้อยละ 100 สำหรับคะแนนเป็นไปได้ในการนำไปใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่า Platform CPR Club ที่พัฒนาขึ้นสามารถเข้าถึงและใช้ได้ง่าย มีประโยชน์ในการใช้งานเป็นอย่างมาก และเห็นด้วยว่าควรมีการบูรณาการการใช้ Platform CPR Club ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรที่มีสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำกลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย CPR คุณภาพที่ครบวงจรไปประยุกต์ใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการช่วยฟื้นคืนชีพตามบริบทของพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนากลไก, การสร้างความเข้มแข็ง, เครือข่าย CPR

Abstract

The objective of this research and development study was to develop and evaluate the effectiveness of CPR network strengthen mechanism in Chiang Mai province. The project duration was 1 year and 3 months, starting from October 2022 to December 2023, and was divided into three phases: situational analysis and development of CPR network strengthen mechanism in Chiang Mai province, implementation, and evaluation. The sample groups included 1) 30 professionals, such as health personnel involved with accidents, emergency medical services, and rescue team members, and 2) 1,066 Chiang Mai residents who participated in CPR training using the CPR Club platform. The instruments used were 1) interview questionnaires for health professionals, 2) pre- and post-training CPR knowledge tests, and 3) an assessment of the feasibility of using the CPR Club platform. The quantitative data were analyzed by using descriptive statistics and the paired samples t-test, while the qualitative data were analyzed by content analysis.

The results revealed that the CPR network strengthen mechanism in Chiang Mai province consisted of 5 main components, including 1) CPR Club task force, 2) personnel development training, 3) CPR Club platform and database system development, and 4) continuous monitoring and evaluation systems. After implementing the mechanism, it was found that the mean score of knowledge related to basic life support was significantly higher than before the implementation (p -value < 0.05). In addition, 100 percent of the sample groups could perform CPR correctly. As for the feasibility of using the CPR Club platform, the sample groups commented that the developed platform was easy to use and access, very useful, and agreed that the platform should be integrated with relevant network partners.

The results of this study demonstrated that the CPR network strengthen mechanism in Chiang Mai province could be applied to resuscitation operations to improve its efficiency according to the context.

Keyword : Mechanism development, resilience building, CPR network

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
คำนำ	ข
บทคัดย่อ	ค
Abstract	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
3. คำถามของการวิจัย	4
4. นิยามศัพท์	4
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	5
1. ภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest)	5
2. การประเมินการ复苏ชีวิตหรือความสำเร็จจากการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น/การกลับมา มีสัญญาณชีพ (return of spontaneous circulation: ROSC)	7
3. ปัจจัยที่มีผลต่อการ复苏ชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล	8
4. แนวคิดห่วงโซ่การ复苏ชีวิต (chain of survival)	9
5. การสร้างเครือข่าย	10
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
กรอบแนวความคิดการวิจัย	16
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	17
1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	17
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	18
3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	19
4. ขั้นตอนและวิธีการรวมข้อมูล	20
5. การวิเคราะห์ข้อมูล	22
บทที่ 4 ผลการศึกษา	23
ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพของจังหวัดเชียงใหม่ และพัฒนาการไกด์การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่	23
ระยะที่ 2 การดำเนินการ	35

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ระยะที่ 3 การประเมินผล	39
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	42
1. สรุปผลการศึกษา	42
2. บทสรุปส่งท้าย ปัจจัยความสำเร็จของโครงการ	43
3. ข้อเสนอแนะต่อการทำงานขับเคลื่อนในอนาคตเพื่อความยั่งยืน	44
4. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้	45
5. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป	45
เอกสารอ้างอิง	46
ภาคผนวก	49
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองการวิจัย	50
ภาคผนวก ข รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	51
ภาคผนวก ค แนวคิดมานะกกลุ่มเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์กลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย CPR คุณภาพที่ครบวงจร	52
ภาคผนวก ง แบบสอบถามประเมินความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	53
ภาคผนวก จ แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	60
ภาคผนวก ฉ แนวคิดมามในแบบสอบถามความคิดเห็นประเมินความเป็นไปได้ในการใช้ Platform CPR Club ของรูปแบบกลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจรจังหวัดเชียงใหม่	61
ภาคผนวก ช คู่มือการใช้ Platform CPR Club	62
ภาคผนวก ซ รูปภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรม	78

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉินและ สมาชิกกู้ชีพกู้ภัย จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป ($n = 30$)	24
2 บทบาทหน้าที่/สิทธิประโยชน์ของผู้ที่ใช้ Platform CPR Club	32
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรม CPR จำแนกตามลักษณะ ข้อมูลทั่วไป ($n = 359$)	35
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ Platform CPR Club จำแนกตามลักษณะ ข้อมูลทั่วไป ($n = 707$)	36
5 แสดงรายละเอียดกิจกรรมและผลการดำเนินการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการ ช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร	38
6 เปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง	39
7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ก่อนและหลังการ อบรมของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 398$ คน)	39
8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผลการผ่านการประเมินทักษะการช่วย ฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ($n = 250$)	40

สารบัญรูปภาพ

รูปที่	หน้า
1 ครอบแนวคิดการวิจัย	16
2 กลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่	29
3 แสดงบทบาทและหน้าที่ของการพัฒนา Platform CPR Club	32

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนยุทธศาสตร์ระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 -2580 และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2561-2565 ได้กล่าวถึงวิสัยทัศน์ของแผนตลอดจนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกันโดยต้องการให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ อย่างทั่วถึง และเท่าเทียม โดยมีเป้าประสงค์ต้องการลดการเสียชีวิตและพิการของผู้ป่วยฉุกเฉิน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2562) กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ให้มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครบวงจรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ต้องมีการบริหารจัดการและประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนประชาชน ให้เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้ประชาชนทุกคนได้รับการดูแลทั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การบริการในห้องฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน และการจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำหรับภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (out-of-hospital cardiac arrest: OHCA) เป็นภาวะฉุกเฉินที่ผู้เกิดอาการดังกล่าวควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนเพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

จากรายงานสถิติที่ว่าโลกพบอัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลประมาณ 20-140 คนต่อประชากรแสนคน และมีผู้รอดชีวิตเพียงร้อยละ 2-11 (Meaney et al., 2013) เช่นเดียวกับรายงานในสหรัฐอเมริกา ทุก ๆ ปีมีประชากรประมาณ 300,000 คนเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล และในจำนวนนี้มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 92 (McNally et al., 2011) ขณะที่สถิติการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย ปี 2558 พบว่า ผลการรักษาในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล มีอัตราเสียชีวิตร้อยละ 72.42 (ธนากรณ์ แสงสว่าง และคณะ, 2565) แสดงให้เห็นว่า ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่สำคัญทางการแพทย์ฉุกเฉินการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งผู้ที่พับเหตุการณ์จำเป็นที่จะต้องขอความช่วยเหลือ การเพิ่มโอกาสการกลับคืนของระบบไหลเวียนโลหิต (sustained return of spontaneous circulation; sustained ROSC) ของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลต้องตระหนักรถึงภาวะฉุกเฉินและการแจ้งทีมช่วยชีวิตที่หมายเลข 1669 อย่างรวดเร็ว (early access) มีการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างรวดเร็ว (early cardiopulmonary resuscitation: early CPR) มีการกระตุนหัวใจด้วยไฟฟ้าอย่างรวดเร็วเมื่อมีข้อบ่งชี้ (early defibrillation) มีการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงอย่างรวดเร็ว (early advanced cardiovascular life support: early ACLS) และมีการดูแลหลังฟื้นตัวจากการช่วยชีวิต (post-cardiac arrest care) การปฏิบัติตามขั้นตอนดังกล่าวทำให้อัตราการรอดชีวิตสูงร้อยละ 49-75 การช่วยฟื้นคืนชีพที่ล่าช้าในทุก 1 นาทีทำให้ลดโอกาสการรอดชีวิตถึงร้อยละ 1 (Travers, Rea, Bobrow, Edelson, Berg, Sayre, et al., 2010) จากการทบทวนงานวิจัยผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลในประเทศไทยและประเทศสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ 2493-2551 พบว่า มีอัตราการรอดชีวิตจนนอนโรงพยาบาลร้อยละ 23.8 (survival rate to hospital admission) และอัตราการรอดชีวิตจนออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 7.60 (Sasson, Rogers, Dahl & Kellermann, 2010)

จากรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (Information Technology for Emergency Medical System: ITEMs) ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) พบว่า การรวบรวมข้อมูลด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่มีหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย ยังไม่มี

ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยและด้านการปฏิบัติงานของหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล จึงทำให้ขาดข้อมูลสารสนเทศที่จะนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดแนวทางด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลและนำไปสู่การเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตในผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) ทั้งในประเทศและต่างประเทศ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2565) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ประกอบด้วย 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยทางด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัวของผู้ป่วย และโรคร่วม (comorbidity) สาเหตุการเกิดโรค สถานที่เกิดเหตุ ผู้พบรึเฝ้าหูล้อมหัวใจหยุดเต้น (Witness arrest) การกดนวดหัวใจเบื้องต้นโดยประชาชนที่พบเหตุการณ์ (bystander CPR) การใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (automated external defibrillator: AED) คลื่นไฟฟ้าหัวใจแรกรับ และ 2) ปัจจัยทางด้านกระบวนการรักษา ได้แก่ เวลาที่ใช้ในการออกปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน (Response time) เวลาที่ใช้ในการเริ่มกระตุนหัวใจด้วยไฟฟ้า (defibrillation time) การกดหน้าอกโดยเจ้าหน้าที่ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การให้ยา Adrenaline การใช้ยารักษา การรักษาด้วยการลดอุณหภูมิภายหลังการถูกชี้ป (targeted temperature management) การเปิดหลอดเลือดหัวใจ (coronary reperfusion) คุณภาพของการกดนวดหัวใจ ศักยภาพของบุคลากรที่ออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน และศักยภาพในการรักษาของโรงพยาบาล (ธนากรณ์ แสงสว่าง และคณะ, 2565; ประภา บุตรตี้, 2564; สุปราณี พลอนะ, 2565)

การจะทำให้เกิดกลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพได้ หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ จำเป็นต้องอาศัยการสร้างเครือข่าย (networking) เนื่องจากมีความสำคัญต่อการดำเนินงาน ทำให้เกิดการติดต่อ ประสานงาน เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ เกิดความร่วมมือด้วยความสมัครใจในลักษณะการมีส่วนร่วม มีแนวคิด เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ผลประโยชน์ที่ต้องการบรรลุผลร่วมกันและการสนับสนุนช่วยเหลือกันโดยยึดหลักการ ข้อตกลงและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน นำไปสู่การขับเคลื่อน พัฒนาและเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ทำให้มีพลังต่อรองกับอำนาจมีการเคลื่อนไหวกิจกรรมทางสังคมเพื่อผลประโยชน์สาธารณะร่วมกัน ดังนั้นเครือข่ายเป็นสิ่งสำคัญที่สุดของการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน (รัชนิกร อินท เชื้อ, 2563) การสร้างเครือข่ายควรสนับสนุนและอำนวยความสะดวก ให้สมาชิกในเครือข่าย นอกจากนี้การสร้างเครือข่ายต้องไม่ใช่การสร้างระบบติดต่อด้วยการเผยแพร่ข่าวสารแบบทางเดียว เช่นการส่งจดหมายข่าวไปให้สมาชิกตามรายชื่อแต่จะต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกันด้วย (เกียรติพงษ์ อุดมธนาธีระ, 2563) สำหรับการสร้างเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ส่วนใหญ่จะเป็นการจัดอบรมให้ความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพ ถ้าเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีโอกาสในการอบรมฟื้นฟูมากกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป และมีโอกาสได้ใช้ความรู้ในการอบรมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในกลุ่มวิชาชีพแพทย์ พยาบาล นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยตรง เช่นปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในหมู่ผู้ป่วย เป็นต้น ในกลุ่มอื่น ๆ ก็มีบางส่วน เช่นนักมนุษย์ด่าง ๆ ภูชีพภูภัย ส่วนประชาชนทั่วไปที่ผ่านการอบรมไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลได้ว่าสามารถนำความรู้ที่ได้อบรมฟื้นคืนชีพไปใช้มากน้อยอย่างไร บางหน่วยงานมีการบันทึกข้อมูลทั้งผู้สอนและผู้เรียนการช่วยฟื้นคืนชีพ แต่เป็นข้อมูลในลักษณะเชิงปริมาณ เป็นลักษณะการสื่อสารทางเดียว ไม่ได้มีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ไม่มีการติดตามความต่อเนื่องในการดำเนินงานเป็นต้น

จากการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินที่แจ้งเหตุด้วยหมายเลขฉุกเฉิน 1669 ปี 2563, 2564 และ 2565 ร้อยละ 62.70, 67.47 และ 62.37 ตามลำดับ ร้อยละของ

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (ณ ห้องฉุกเฉิน) ที่มาด้วยระบบฉุกเฉินปี 2563 , 2564 และ 2565 ร้อยละ 18.17, 23.17 และ 25.13 ตามลำดับ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2565) ขณะที่การวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศในระบบ ITEMS ประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2566 มีการทำ CPR และรักษานำส่งไปโรงพยาบาล จำนวน 73,825 ราย จังหวัดเชียงใหม่มีผู้ได้รับการ CPR และนำส่งโรงพยาบาล ระหว่างปี 2563 – 2566 จำนวน 3,958 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2565) ในขณะที่ข้อมูลที่ได้จากการทำสนทนากลุ่มของผู้ผ่านการอบรม CPR ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 7,000 คน ในปีงบประมาณ 2565 พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการติดตามความต่อเนื่องของผู้ที่ได้รับการอบรม ไม่ได้บันทึกรายชื่อไว้เป็นทำเนียบ ผู้ผ่านการอบรม ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีนโยบายในการจัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพแก่บุคลากรในหน่วยงาน ทั้งอบรมให้บุคลากรใหม่ อบรมฟื้นฟูสำหรับบุคลากรเก่า ตลอดจนจัดอบรมให้แก่ประชาชนมีหน่วยงานต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน สถานศึกษา มีความสนใจในการจัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ ได้ประสานเพื่อยืดหุ้นอุปกรณ์เพื่อไปสาธิตการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ อย่างไรก็ตามรายละเอียดของโครงการที่แนบมานั้นพบว่าการจัดกิจกรรมดังกล่าวมีการประเมินผลการจัดอบรม มักจะเป็นรูปแบบของการประเมินผลในระยะสั้น เช่น ประเมินความรู้ก่อนหลังการอบรม ทักษะการปฏิบัติ ความพึงพอใจ การมีส่วนร่วม ไม่ได้มีการติดตามว่าผู้เข้ารับการอบรมได้นำความรู้ที่ได้ไปใช้มากน้อยอย่างไร กลไก การบริหารจัดการผู้ที่เคยผ่านการอบรมไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาการพัฒนาความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ ผลของการให้ความรู้ โปรแกรมการให้ความรู้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ แต่ยังขาดการติดตามระยะยาว ขาดการติดตามว่าบุคลากรที่ผ่านการอบรมสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์มากน้อยเพียงใด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ มีเป้าหมายในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมและเข้าถึงประชาชนทุกพื้นที่ มีการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานและบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน รวมถึงการเตรียมการเพื่อการป้องกันร่วมกัน ตลอดจนการนำเทคโนโลยีมาใช้กับการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน จะทำให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพและได้มาตรฐาน โดยได้รับความช่วยเหลือ และรักษาพยาบาลจากหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น ถ้าจังหวัดเชียงใหม่มีกลไกในการสร้างเครือข่าย CPR ได้อย่างต่อเนื่อง มีเครือข่าย CPR ที่มีคุณภาพที่ครบวงจร มีความเข้มแข็ง มีการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วย ตลอดจนการพัฒนาสมาชิกในเครือข่าย เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ สามารถมีการแจ้งข่าวสารสมาชิกที่อยู่ในเครือข่าย CPR ให้รับทราบตำแหน่งได้อย่างรวดเร็ว ทันท่วงที ที่สามารถช่วยทำ CPR ได้ในระหว่างรอการดำเนินงานของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (1669) ก่อนที่จะถึงมือแพทย์ก็จะทำให้โอกาสในการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น ดังนั้น สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ตระหนักรเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบและกลไกการช่วยฟื้นคืนชีพ จึงได้จัดทำโครงการพัฒนากลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย CPR แบบครบวงจรขึ้น เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบเหตุได้อย่างทันท่วงที และเพิ่มโอกาสลดชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมจากบุคลากรทางสุขภาพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการร่วมกัน ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ การร่วมพัฒนากลไกการดำเนินการตามกลไกที่พัฒนา และการติดตามประเมินผล เพื่อนำไปสู่ต้นแบบระบบและกลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างครบวงจรของจังหวัดเชียงใหม่และพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานการสร้างเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพของจังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อพัฒนากลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ก่อนและหลังการใช้กลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่
4. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้กลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่

3. คำถามของการวิจัย

1. การดำเนินงานเพื่อสร้างเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพของจังหวัดเชียงใหม่ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร
2. กลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ มีองค์ประกอบอะไรบ้าง
3. ระดับความรู้การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของผู้เข้าอบรม ก่อนและหลังการใช้กลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร
4. ความเป็นไปได้ในการใช้กลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ ที่พัฒนาขึ้นเป็นอย่างไร

4. นิยามศัพท์

กลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ผู้ริจิลพัฒนาขึ้นโดยกำหนดให้เกิดกลไกในการรวมกลุ่มสมาชิกที่สามารถทำ CPR ได้ โดยความสมัครใจ และมีความพร้อมในการเป็นจิตอาสา มีระบบการคัดกรองคุณสมบัติสมาชิก การพัฒนาศักยภาพ การติดต่อสื่อสารให้สามารถทำการช่วยฟื้นคืนชีพได้ในพื้นที่ที่สมาชิกสามารถเข้าถึงได้ โดยสมาชิกจะได้รับ การแจ้งเหตุการณ์ที่ทันท่วงทีและประเมินจากสมาชิกในเครือข่ายมีทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพ ระบบข้อมูล สารสนเทศในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ฐานข้อมูล Electronic บุคลากรที่ผ่านการอบรม CPR มี Platform CPR club มีเครือข่ายบุคลากรและภาคีที่เกี่ยวข้องการทำงานทำ CPR เครือข่ายมีความเข้มแข็ง ยั่งยืน และมีแนวโน้มที่จะขยายตัวเพิ่มขึ้น

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนากลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล คณะผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี เอกสาร และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. ภาวะหัวใจหยุดเต้น

- 1.1 ความหมายของภาวะหัวใจหยุดเต้น
- 1.2 พยาธิสภาพของภาวะหัวใจหยุดเต้น
- 1.3 สาเหตุการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น
- 1.4 อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจหยุดเต้น

2. การประเมินการรอดชีวิตหรือความสำเร็จจากการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น/ การกลับมา มีสัญญาณชีพ

- 2.1 ความหมายของการกลับมา มีสัญญาณชีพ
- 2.2 อาการและอาการแสดงของการกลับมา มีสัญญาณชีพ
3. ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล
4. แนวคิดห่วงโซ่การรอดชีวิต
 - 4.1 ความหมายของแนวคิดห่วงโซ่การรอดชีวิต
 - 4.2 แนวทางปฏิบัติของห่วงโซ่การรอดชีวิต 6 ห่วง
5. การสร้างเครือข่าย
 - 5.1 ความหมายของการสร้างเครือข่าย
 - 5.2 องค์ประกอบของเครือข่าย
 - 5.3 ชนิดของเครือข่าย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest)

1.1 ความหมายของภาวะหัวใจหยุดเต้น ได้มีนักวิชาการให้ความหมายของภาวะหัวใจหยุดเต้น ไว้ดังนี้

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) (2563) กล่าวว่า ภาวะหัวใจหยุดเต้น เป็นภาวะที่บ่งบอกถึงการสิ้นสุดของชีวิต ซึ่งหากได้รับการช่วยเหลือที่ทันท่วงทีและถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตได้ ความสำเร็จของการช่วยเหลือ ขึ้นอยู่กับการตรวจพบและการช่วยเหลือของผู้อยู่ใกล้เคียงที่มีความรู้ความสามารถในการปั๊มหัวใจและการใช้เครื่องกระตุกหัวใจเป็นหลัก

ประภา บุตรตีะ (2564) กล่าวว่า ภาวะหัวใจหยุดเต้น หมายถึง ภาวะที่หัวใจไม่มีการบีบตัว ทำงานผิดปกติ หรือ ทำงานช้าลง ทำให้ไม่มีการไหลเวียนของเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายส่วนต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายทำงานผิดปกติและหยุดการทำงานในที่สุด

สุปราณี พลรนน (2565) ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล ซึ่งวินิจฉัยโดยบุคลากรทางการแพทย์ตั้งแต่นักกู้ชีพขึ้นไป ได้แก่ อาสา กู้ชีพ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ พยาบาล 医疗 เป็นต้น

จากความหมายข้างต้นของภาวะหัวใจหยุดเต้น จะเห็นได้ว่าเป็นภาวะที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน อาจเกิดขึ้นกับใคร เวลาใด และสถานที่แห่งไหนก็ได้ จากการศึกษาพบว่าเกิดกับผู้ใหญ่มากกว่าเด็ก มักเกิดขึ้นนอกโรงพยาบาล ประชาชนจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือมากที่สุดเนื่องจากเป็นทั้งผู้พบเห็นและเป็นบุคคลแรกที่ให้ความช่วยเหลือในหลายประเทศจะมีการให้ความรู้กับประชาชนในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพและการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (automated external defibrillator: AED) รวมทั้งการติดตั้งเครื่อง AED ในสถานที่สาธารณะ ซึ่งทำให้อัตราการรอดชีวิตมีเพิ่มมากขึ้นได้ เมื่อหัวใจหยุดเต้น จะไม่มีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะใด ๆ ในร่างกาย และเมื่อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงก็จะหยุดทำงานในทันที ดังนั้นผู้ที่สมองขาดเลือดจากการหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน จะหมดสติลงในระยะเวลา 10 วินาที ซึ่งควรได้รับการช่วยเหลือในทันที ภาวะหยุดหายใจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น ลมหายใจ ลมอัมพาต สั่งเปลกปลอกอุดกั้นทางเดินลมหายใจ สูดดมควันเข้าไปมาก ได้รับยาเกินขนาด ไฟฟ้าดูด อยู่ในที่ไม่มีอากาศหายใจ บาดเจ็บ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ฟ้าผ่า และสมองเสียการทำงานจนโคม่าจากสาเหตุต่างๆ ภาวะหัวใจหยุดเต้นหมายถึงการไฟลเวียนเลือดหยุดลงอย่างสิ้นเชิง ซึ่ง ทราบได้จากการหมดสติไม่มีการเคลื่อนไหว ไม่มีอาการไอ คลำซีจรไม่ได้ ไม่หายใจตามปกติ ภาวะหัวใจหยุดเต้นเกิดขึ้นจากสาเหตุหลายอย่าง เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากหลอดเลือดหัวใจตีบหรือจากภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจากการทึบกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรืออาจเกิดขึ้นตามหลังภาวะหยุดหายใจ (คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2562)

1.2 พยาธิสภาพของภาวะหัวใจหยุดเต้น

สุปราณี พลรนน (2565) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยในยุคชีวิติวิถีใหม่ 2565 พบว่าการที่ระบบไฟลเวียนเลือดหยุดทำงาน เนื่องจากการทึบหัวใจไม่บีบตัวหรือบีบตัวไม่มีประสิทธิภาพ เมื่อเลือดหยุดไฟลเวียนสมองจะขาดออกซิเจน ซึ่งจะทำให้ศูนย์ควบคุมการทำงานหยุดทำงาน ผู้ป่วยจะหยุดหายใจหรือหายใจเสือกในช่วงนาทีแรกหลังจากหัวใจหยุดเต้นแล้ว ถ้าระบบไฟลเวียนเลือดยังคงหยุดทำงาน จะทำให้อวัยวะต่าง ๆ ขาดเลือด และผู้ป่วยจะเสียชีวิตในเวลาอันสั้นถ้าไม่ได้รับการแก้ไข (ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน และคณะ, 2555)

1.3 สาเหตุการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น มีหลายสาเหตุ แต่สาเหตุหลักสรุปได้ดังนี้ (เพ็ญพักตร์ ไชยส่งเมือง และ ชัจคน์ พรขา, 2561)

- 1) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน (acute coronary syndrome หรือ Heart attack)
- 2) ภาวะหัวใจจะเต้นผิดปกติชนิดสั่นพริว ทำให้หัวใจไม่มีแรงบีบตัวเพื่อให้เลือดออกจากการหัวใจ เรียกว่า Ventricular Fibrillation: VF
- 3) สาเหตุทั่วไป เกิดจากระบบการหายใจล้มเหลวนื่องจากขาดออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจาก เช่น หยุดหายใจ ทางเดินหายใจอุดกั้น ลมหายใจ จมน้ำ การได้รับสารพิษ การได้รับยาเกิน

ขนาด ไฟฟ้าซ็อต รวมทั้งการขาดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ เช่น การได้รับบาดเจ็บรุนแรง การเสียเลือดในปริมาณมาก

การหัวใจหยุดเต้นส่วนใหญ่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายไฟฟ้านี้หัวใจที่เป็นโรคมีปัญหา ปัญหานี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ปกติของการเต้นของหัวใจ รวมถึงสาเหตุอื่น ๆ ของการหัวใจหยุดเต้นดังนี้ (American Heart Association [AHA], 2021)

1. แผลเนื้อเยื่อหัวใจ (scarring of the heart tissue)
2. เนื้อยื่นหัวใจหนาขึ้น (cardiomyopathy)
3. ยาสำหรับหัวใจ ที่ทำให้เกิดการหัวใจหยุดเต้น
4. ความผิดปกติทางไฟฟ้า
5. ความผิดปกติในหลอดเลือด
6. การใช้ยาสารบำบัด

1.4 อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจหยุดเต้น ได้แก่

1) ไม่ตอบสนอง หมดสติ (loss of consciousness) หลังจากหัวใจหยุดเต้น

3-6 วินาที

2) ไม่มีชีพจร โดยคลำชีพจรที่เส้นเลือดแดงคารอติด (carotid Artery) ไม่ได้

3) ไม่มีการหายใจจากการพิง ดูไม่มีการเคลื่อนไหวของทรวงอก (chest Movement) ซึ่งอาจเกิดจากภาวะการไหลเวียนของเลือดหยุดชะงัก (circular Standstill) หรือหายใจผิดปกติ หายใจ เสือก

4) ศีดเขียวภายใน 1 นาที

5) รูม่านตาไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ภายใน 45 วินาที และขยายโตเต็มที่ (fixed Dilate) ภายใน 1 นาที

6) อาจมีอาการซักเกร็ง ร่วมกับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเต้นเร็ว และสั่นพริ้ว (สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชาสัมพันธ์และประชาชนม้ายพิทักษ์ สภากาชาดไทย และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2563)

การช่วยฟื้นคืนชีพ หมายถึง การช่วยเหลือผู้ที่หยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้น ให้มีการหายใจและการไหลเวียนกลับคืนสู่สภาพเดิม ป้องกันเนื้อยื่นหัวใจที่ได้รับอันตรายจากการขาดออกซิเจนอย่างถาวรสั่งสามารถทำได้โดยการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (basic life support: BLS) ได้แก่ การพยายามปอด และการนวดหัวใจภายนอก (แสงหล้า พลนก, ม.ป.ป.)

การช่วยฟื้นคืนชีพ หมายถึง การทำให้ฟื้นคืนชีวิตจากความตายโดยการแก้ไขระบบไหลเวียนของโลหิตและการหายใจเป็นการรักษาประคับประคองภาวะหัวใจหยุดเต้น (return of spontaneous circulation) (พรทิพย์ จอกกระจาย, 2561)

2. การประเมินการรอดชีวิตหรือความสำเร็จจากการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น/การกลับมา มีสัญญาณชีพ (return of spontaneous circulation: ROSC)

2.1 ความหมายของการกลับมา มีสัญญาณชีพ

การกลับมา มีสัญญาณชีพ หมายถึง การช่วยฟื้นคืนชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นได้เร็วและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรอดชีวิตหรือความสำเร็จ คือ มีอาการแสดงของการกลับมา มี

การให้เลือดเวียนของโลหิตได้เอง ซึ่งถือเป็นความสำเร็จอย่างหนึ่งของการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (พรทิพย์ จากการจา ยะ และคณะ, 2563)

2.2 อาการและการแสดงของการกลับมา มีสัญญาณชีพ

ภาวะการกลับมา มีสัญญาณชีพ หรือ ROSC แสดงถึงการอุดชีวิตหรือความสำเร็จของการช่วยฟื้นคืนชีพ คือ สามารถคลำชีพจร Carotid ได้ (สุปรานี พลธนະ, 2565) ภาวะ ROSC คือ มีการกลับมาของการให้เลือดได้เอง การมีชีพจรและมีความดันโลหิต ค่าบัน (systolic blood pressure: SBP) ไม่ต่ำกว่า 60-70 mmHg อย่างน้อย 15-20 นาที (พรรณารัฐ อร่ามเรือง และคณะ, 2554) ภาวะ ROSC สามารถประเมินได้จากบุคคลช่วยเหลือทั่วไป ได้แก่ หายใจที่ไม่ใช่การหายใจเฉียกเป็นครั้ง ๆ ໄ ไอ หรือมีการเคลื่อนไหว และการประเมินจากบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ การคลำชีพจรได้ หรือการวัดความดันโลหิตได้ ดังนั้น การประเมินการรอดชีวิตหรือความสำเร็จจากการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ หยุดเต้นนอกโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีภาวะการกลับมา มีการให้เลือดเวียนของโลหิตได้เอง ได้แก่ มีการหายใจที่ไม่ใช่การหายใจเฉียก คลำชีพจรได้ หรือวัดความดันโลหิตได้โดยค่าบัน (systolic blood pressure: SBP) ไม่ต่ำกว่า 60-70 mmHg อย่างน้อย 15-20 นาที จนกระทั่งนำส่งถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม การอุดชีวิตหรือ ความสำเร็จจากการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลต้อง มีระบบปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินต้องทำภายใต้แนวคิดห่วงโซ่การรอดชีวิต (สุปรานี พลธนະ, 2565)

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

3.1.1 สถานะเศรษฐกิจและสังคม การมีสถานะเศรษฐกิจและสังคมไม่ดี มีความสัมพันธ์กับสถานที่อยู่อาศัยไม่ดี เช่น คนไร้บ้าน คนที่อาศัยย่านสลัม และอัตราอาชญากรรมสูง ตลอดจนการขาดเครื่องมือติดต่อสื่อสาร เป็นสาเหตุของการไม่มีผู้พบเห็นเหตุการณ์ขณะหัวใจหยุดเต้น และไม่มีการกดหน้าอกโดยผู้พบเห็นเหตุการณ์ ทำให้การช่วยเหลือฟื้นคืนชีพไม่ทันท่วงทีหรือช้ากว่า ส่งผลให้การกลับมา มีการให้เลือดเวียนของโลหิตได้เองลดลง ในทางกลับกันหากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเป็นผู้มีสถานะ เศรษฐกิจและสังคมดีอาจมีสภาพที่อยู่อาศัยดี มีสิ่งอำนวยความสะดวกหลากหลาย เช่น พักอาศัยย่านชุมชนเมือง เข้าถึงเครื่องมือสื่อสาร จะเพิ่มโอกาสผู้พบเห็นเหตุการณ์ขณะหัวใจหยุดเต้นหรือแจ้งทีมปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินได้รวดเร็วกว่า ทำให้เข้าสู่กระบวนการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพได้รวดเร็วและมีคุณภาพกว่า

3.1.2 อายุ ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี มักมีโรคประจำตัวและความเสี่อมของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย อาจส่งผลให้ ROSC ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นสาเหตุของการเกิดความสำเร็จหลังจากการช่วยฟื้นคืนชีพน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่หรือผู้ที่มีอายุน้อยกว่า

3.1.3 โรคร่วม (comorbidities) พบว่าการมีโรคร่วมก่อนหัวใจหยุดเต้น เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคมะเร็ง เป็นต้น มีความสัมพันธ์ในทางลบต่อภาวะการกลับมา มีการให้เลือดเวียนของโลหิตได้เอง นอกจากนั้นการมีโรคร่วมอาจเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล นำไปสู่การวางแผนให้การช่วยเหลือโดยทีมปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน จากปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการรอดชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ต้องให้ความสำคัญการจัดลำกําณะของผู้ป่วยและสถานที่เกิดเหตุโดยผู้พบเห็นเหตุการณ์ การซักประวัติส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยและโรคประจำตัว พร้อมกับการลงบันทึกอย่างถูกต้อง ครบถ้วนโดยทีมปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินที่ออก

โรงพยาบาลลึงสถานที่เกิดเหตุ เพื่อให้มีข้อมูลจำเป็นต่อการวางแผนการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพอย่างมีคุณภาพ ส่งผลต่อการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยมีความสำเร็จ เพิ่มขึ้น

3.2 ปัจจัยกระบวนการปฏิบัติการช่วยเหลือ

3.2.1 ปัจจัยด้านการรับรู้และแจ้งระบบฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) สถานที่จุดเกิดเหตุการศึกษาสนับสนุนว่าในชุมชนเมือง มีแนวโน้มว่าจะมีเวลา ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เวลาตอบสนอง เวลาถึงที่เกิดเหตุ และเวลาขนส่ง ที่สั้นกว่า 2) การมีผู้พบเห็นขณะหัวใจหยุดเต้น (witnessed arrest) มีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการมีผู้พบเห็นขณะหัวใจหยุดเต้นมีโอกาสเพิ่มความสำเร็จต่อการรอดชีวิต

3.2.2 ปัจจัยด้านการช่วยฟื้นคืนชีพ การกดนวดหัวใจเบื้องต้นโดยผู้พบเห็น เหตุการณ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยที่ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลมี อัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 2-4 เท่า (พิเชษฐบุญเกียรติ, 2563)

3.2.3 ปัจจัยด้านการช็อกไฟฟ้า (defibrillation or AED factors) การได้รับ CPR ร่วมกับการใช้ AED เพิ่มอัตราความสำเร็จของ ROSC ในผู้ป่วย (วสันต์ ลิมสุริยานันต์, 2561)

3.2.4 ปัจจัยด้านการช่วยชีวิตขั้นสูง (advanced cardiovascular life support factors) ระยะเวลาการอกรถพยาบาลจนถึงจุดเกิดเหตุ (response time) ยิ่งรวดเร็วยิ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือเร็ว มีผลต่อความสำเร็จของ ROSC และควรน้อยกว่า 8 นาที ทำให้มีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า และการได้รับยาอะดรีนาลีน ณ ที่เกิดส่งผลต่ออัตราความสำเร็จของ ROSC (พิเชษฐบุญเกียรติ, 2563)

4. แนวคิดห่วงโซ่การรอดชีวิต (chain of survival)

4.1 ความหมายของแนวคิดห่วงโซ่การรอดชีวิต

ห่วงโซ่การรอดชีวิต เป็นเส้นทางช่วยให้ชีวิตประชาชนและผู้ป่วยฉุกเฉินมีความปลอดภัย จาก ภาวะฉุกเฉิน ด้วยระบบบริการที่ดีมีมาตรฐาน มีคุณภาพ มีความพร้อมตั้งแต่การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะฉุกเฉิน แต่เมื่อเกิดขึ้นผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถเรียกใช้บริการ 1669 ให้นำส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วและเหมาะสม เมื่อถึงโรงพยาบาลก็ได้รับการดูแลรักษาที่ซื่อมั่นกับการนำส่งได้เป็นอย่างดีทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะอาการ เช่นโรค ทางระบบบริการตามห่วงโซ่การรอดชีวิตที่กล่าวมามี ประสิทธิภาพจะช่วยให้การรอดชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินมีมากกว่าร้อยละ 80 ในห่วงโซ่การรอดชีวิต 3 ห่วงโซ่แรก ให้ประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม CPR โดยมี หน่วยงานที่รับเรื่องหรือรับแจ้งเหตุ ในประเทศไทยคือ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เป็นผู้ให้คำแนะนำทางโทรศัพท์รวมทั้งเป็นผู้ประสานงานกับศูนย์ EMS และแจ้งสถานที่เก็บเครื่อง AED รวมถึงการใช้เครื่องช็อกไฟฟ้า การเข้าถึงการใช้เครื่องช็อกไฟฟ้าต้องเร็วที่สุด เพราะนั่นหมายถึงการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บจะมีสูงขึ้นทันที (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2563; AHA, 2020) ซึ่งการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพต่อภาวะหัวใจหยุดเต้น มีความจำเป็นต้องเข้าใจห่วงโซ่การรอดชีวิต ประกอบด้วย 6 ห่วงโซ่ โดยห่วงโซ่ที่ 1-3 สามารถให้การช่วยเหลือปฏิบัติได้โดยบุคคลทั่วไป และห่วงโซ่ที่ 4-6 ต้องปฏิบัติโดยบุคลากรทางการแพทย์ (สุปรานี พลอนะ, 2565)

4.2 แนวทางปฏิบัติของห่วงโซ่การรอดชีวิต 6 ห่วง

4.2.1 ห่วงโซ่ที่ 1 การเปิดใช้งานระบบตอบรับฉุกเฉิน จดจำอาการและการโทรแจ้ง ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ทันที ผู้ช่วยเหลือต้องประเมินผู้ป่วยให้ได้ว่ามีอาการหมดสติ หยุดหายใจ หรือหายใจ微弱 ไม่มีชีพจร และเรียกผู้ป่วยดังๆ ร่วมกับการปลุกหรือตอบบริเวณใกล้ผู้ป่วยเบา ๆ ดูการ

ตอบสนองของผู้ป่วยถ้าพบว่าผู้ป่วยหมดสติให้ส่งสัญญาณภาวะหัวใจหยุดเต้น ทันทีที่ประเมินได้ว่าผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น ให้โทรแจ้งระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669

4.2.2 ห่วงโซ่ที่ 2 ทำการช่วยฟื้นคืนชีพคุณภาพสูง คุณภาพการช่วยชีวิต ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้ 1) อัตราการกดหน้าอก ควรกดอย่างน้อย 100 ครั้งต่อนาทีเป็นแต่ไม่ควรเกิน 120 ครั้งต่อนาที 2) ความลึกของการกด ความลึกในการกดหน้าอกอย่างน้อย 5 ซม. (2 นิ้ว) แต่ไม่ควรลึกเกิน 6 ซม. (2.4 นิ้ว) 3) การปล่อยหน้าอกคืนสู่ตำแหน่งเดิม ต้องไม่พักเมื่อหรือปล่อยหน้าอกไว้บนหน้าอกผู้บาดเจ็บก่อนการกดในครั้งต่อไป ต้องปล่อยให้หน้าอกยกตัวขึ้นสุดก่อนกดในครั้งต่อไปนั้นเอง 4) ตำแหน่งในการวางมือต้องวางมือสองข้างประสานกันตรงกับกลางกระดูกหน้าอกหรือครึ่งล่างของกระดูกอกนอกจากนั้นต้องหยุดกดหน้าอกให้น้อยที่สุด (ห้ามหยุดกดเกิน 10 วินาที) เพื่อเพิ่มจำนวนครั้งของการกดหน้าอกให้ได้สูงที่สุด การรบกวนการกดหน้าอกควรเกิดขึ้นแค่ในช่วงของการวิเคราะห์คุณลักษณะไฟฟ้าหัวใจ หรือการช่วยหายใจเท่านั้น

4.2.3 ห่วงโซ่ที่ 3 การช็อกไฟฟ้า เน้นการเข้าถึงเครื่อง AED ให้เร็วที่สุด

4.2.4 ห่วงโซ่ที่ 4 การช่วยชีวิตขั้นสูง หลักการช่วยชีวิตบุคคลที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นจะให้ความสำคัญในการทำการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน รวมถึงการทำ defibrillation เมื่อมีข้อบ่งชี้ ก่อนเสมอ สำหรับการให้ยา.rากษาขณะทำการช่วยฟื้นคืนชีพถือว่ามีความสำคัญเป็นรองจากการรักษาอื่น การเลือกใช้ยาจะพิจารณาตามสภาพผู้ป่วยและคลื่นไฟฟ้าหัวใจในขณะนั้น เริ่มจากการแทงเปิดหลอดเลือดดำเพื่อเป็นทางสำหรับให้ยาและสารน้ำซึ่งควรทำโดยเร็วเมื่อพร้อมและต้องไม่รบกวนการช่วยฟื้นคืนชีพ

4.2.5 ห่วงโซ่ที่ 5 การดูแลหลังภาวะหัวใจหยุดเต้น ภายหลังการช่วยชีวิตสำเร็จสิ่งแรกที่ต้องดูแลคือการช่วยหายใจและปรับระดับออกซิเจนให้เหมาะสมรักษาระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด

3.2.6 ห่วงโซ่ที่ 6 การฟื้นตัว (recovery) การดูแลผู้บาดเจ็บหลังจากที่หัวใจกลับมาเต้นอีกครั้งทั้งในหอผู้ป่วยวิกฤต และการดูแลต่อเนื่องหลังจากที่ผู้บาดเจ็บจำหน่ายออกจากการโรงพยาบาล

ดังนั้นการปฏิบัติตามกระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยตามแนวคิดห่วงโซ่ทั้ง 6 ห่วง ได้แก่ การจดจำอาการและการโทรแจ้งระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เริ่มทำการช่วยฟื้นคืนชีพ การช็อกไฟฟ้าทันทีการช่วยชีวิตขั้นสูงโดยทีมปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินและการดูแลหลังการกู้ชีวิต มีโอกาสทำให้ผู้ป่วยมีการรอดชีวิตสูงหรือการกลับมา มีภาวะการไฟลเวียนของโลหิตกลับมาได้เอง

5. การสร้างเครือข่าย

5.1 ความหมายของการสร้างเครือข่าย

การสร้างเครือข่าย (networking) มีความสำคัญในการดำเนินงานขององค์กรต่าง ๆ การสร้างเครือข่ายทำให้เกิดการได้ติดต่อ ประสานงาน และเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ผ่านความร่วมมือด้วยความสมัครใจในลักษณะการมีส่วนร่วม มีแนวคิด เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ผลประโยชน์ที่ต้องการบรรลุผลร่วมกันและการสนับสนุนช่วยเหลือกันโดยยึดหลักการ ข้อตกลงและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน นำไปสู่การขับเคลื่อน พัฒนาและเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ทำให้มีพลังต่อรองกับอำนาจมีการเคลื่อนไหวกิจกรรมทางสังคมเพื่อผลประโยชน์สาธารณะร่วมกันการสร้างเครือข่ายมีการกลั่นกรองนำจุดแข็งของแต่ละฝ่ายมาสนับสนุนส่งเสริมซึ่งกันและกันดังนั้นเครือข่ายเป็นสิ่งสำคัญที่สุดของการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน (รัชนิกร อินทเชื้อ, 2563)

ขณะที่ เกียรติพงษ์ อุดมธนธีระ (2563) ได้อธิบายความหมายคำว่า เครือข่าย (network) หมายถึง การเชื่อมโยงของกลุ่มของคนหรือกลุ่มองค์กร ที่สมัครใจจะแลกเปลี่ยนข่าวสารหรือทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีการจัดระบบโครงสร้างของคนในเครือข่าย ด้วยความเป็นอิสระเท่าเทียมกันภายใต้พื้นฐานของความเคารพสิทธิเชื่อถือเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ประเด็นสำคัญของนิยามข้างต้น ได้แก่ ความสัมพันธ์ต้องเป็นไปโดยสมัครใจกิจกรรมที่ทำต้องมีลักษณะเท่าเทียมหรือแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน และการเป็นสมาชิกต้องไม่มีผลกระทบต่อความเป็นอิสระหรือความเป็นตัวของตัวเองของคน หรือองค์กร การเชื่อมโยงในลักษณะของเครือข่าย จะต้องพัฒนาไปสู่ระดับของการลงมือทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกันด้วย ดังนั้น เครือข่ายต้องมีการจัดระบบให้กลุ่มบุคคลหรือองค์กรที่เป็นสมาชิก ดำเนินกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน เพื่อนำไปสู่จุดหมายที่เห็นพ้องต้องกัน ซึ่งอาจเป็นกิจกรรมเฉพาะกิจตามความจำเป็น เมื่อกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน เพื่อนำไปสู่จุดหมายแล้ว เครือข่ายก็อาจยุบสลายไป แต่ถ้ามีความจำเป็นหรือมีภารกิจใหม่อาจกลับมารวมตัวกันได้ใหม่ หรือจะเป็นเครือข่ายที่ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องระยะยาวก็ได้ นอกจากนี้ยังได้อธิบายการสร้างเครือข่ายว่าหมายถึง การทำให้มีการติดต่อสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและการร่วมมือกันด้วยความสมัครใจ การสร้างเครือข่ายควรสนับสนุนและอำนวยความสะดวก ให้สมาชิกในเครือข่ายมีความพัฒนาและก้าวหน้า ที่ต่างก็มีความเป็นอิสระมากกว่าสร้างการควบค้าสมาคมแบบพึ่งพิง นอกจากนี้การสร้างเครือข่ายต้องไม่ใช้การสร้างระบบติดต่อด้วยการเผยแพร่ข่าวสารแบบทางเดียว เช่น การส่งจดหมายข่าวไปให้สมาชิกตามรายชื่อ แต่จะต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกันด้วยความจำเป็นที่ต้องมีเครือข่าย การพัฒนางานหรือการแก้ปัญหาใด ๆ ที่ใช้วิธีดำเนินงานในรูปแบบที่สืบทอดกันเป็นวัฒนธรรมภายในกลุ่มคน หน่วยงาน หรือองค์กรเดียวกัน จะมีลักษณะไม่ต่างจาก การปิดประเทศที่ไม่มีการติดต่อสื่อสารกับภายนอก การดำเนินงานภายใต้กรอบความคิดเดิม อาศัยข้อมูลข่าวสารที่เหลืออยู่ภายใน ใช้ทรัพยากรหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่พึงจะหาได้ใกล้มือ หรือถ้าจะออกแบบใหม่ก็ต้องใช้เวลานานมากจะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนและไม่อาจแก้ปัญหาที่ซับซ้อนได้ (เกียรติพงษ์ อุดมธนธีระ, 2563)

5.2 องค์ประกอบของเครือข่าย

เกียรติพงษ์ อุดมธนธีระ (2563) กล่าวว่า การสร้างเครือข่าย สามารถช่วยแก้ปัญหาได้ด้วยการเปิดโอกาสให้บุคคลและองค์กร ได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารรวมทั้งบทเรียนและประสบการณ์ กับบุคคลหรือองค์กรที่อยู่นอกหน่วยงานของตน ลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน ให้ความร่วมมือและทำงานในลักษณะที่เอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกัน เสมือนการเปิดประตู้สู่โลกภายนอก โดยระบุถึงองค์ประกอบของเครือข่าย ไว้ 7 องค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1. มีการรับรู้และมุ่งมองที่เหมือนกัน (common perception)
2. การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (common vision)
3. มีความสนใจหรือผลประโยชน์ร่วมกัน (mutual interests/benefits)
4. การมีส่วนร่วมของสมาชิกทุกคนในเครือข่าย (stakeholders participation)
5. มีการเสริมสร้างซึ่งกันและกัน (complementary relationship)
6. การเกื้อหนุนพึ่งพากัน (interdependence)
7. มีปฏิสัมพันธ์ในเชิงแลกเปลี่ยน (interaction)

5.3 ชนิดของเครือข่าย

การก่อเกิดของเครือข่าย (networking building) เครือข่ายแต่ละเครือข่ายต่างมีจุดเริ่มต้น หรือถูกสร้างมาด้วยวิธีการต่าง ๆ กัน สามารถแบ่งชนิดของเครือข่ายตามลักษณะที่มาของการเกิดขึ้นของเครือข่ายออกเป็น 3 ลักษณะ (เกียรติพงษ์ อุดมธนาธีระ, 2563) ดังนี้

1. เครือข่ายที่เกิดโดยธรรมชาติ มักเกิดจากการที่ผู้คนมีใจตั้งกันทำงานคล้ายคลึงกัน หรือประสบกับสภาพปัญหาเดียวกันมาก่อน โดยจัดตั้งเป็นชุมชนที่มีกิจกรรมร่วมกันก่อน เมื่อมีสมาชิกเพิ่มขึ้นจึงขยายพื้นที่ดำเนินการออกไป หรือมีการขยายเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ของกลุ่มมากขึ้น ในที่สุดก็พัฒนาขึ้นเป็นเครือข่ายเพื่อให้ครอบคลุมต่อความต้องการของสมาชิก เครือข่ายประเภทนี้ มักใช้เวลาກ่อร่างสร้างตัวที่ยาวนาน แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้ว มักจะเข้มแข็ง ยั่งยืน และมีแนวโน้มที่จะขยายตัวเพิ่มขึ้น

2. เครือข่ายจัดตั้ง มักจะมีความเกี่ยวพันกับนโยบายหรือการดำเนินงานของภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ การจัดตั้งอยู่ในกรอบความคิดเดิมที่ใช้กลไกของรัฐผลักดันให้เกิดงานที่เป็นรูปธรรมโดยเร็ว ส่วนมากภาคหรือสมาชิกที่เข้าร่วมเครือข่ายมักจะไม่ได้มีพื้นฐาน ความต้องการความคิดความเข้าใจหรือมุ่งมองในการจัดตั้งเครือข่ายที่ตรงกันมาก่อนที่จะเข้ามาร่วมตัวกัน เป็นการทำงานเฉพาะกิจซึ่งควร瓦ที่ไม่มีความต่อเนื่องและมักจะจากหายไปในที่สุด เว้นแต่ว่าเครือข่ายจะได้รับการชี้แนะที่ดีดำเนินงานเป็นขั้นตอน จนสามารถสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง เกิดเป็นความผูกพันระหว่างสมาชิกจนนำไปสู่การพัฒนาเป็นเครือข่ายที่แท้จริง อย่างไรก็ตามแม้ว่ากลุ่มสมาชิกจะยังคงรักษาสถานภาพของเครือข่ายไว้ได้แต่มีแนวโน้มที่จะลดขนาดของเครือข่ายลงเมื่อเปรียบเทียบระยะก่อตั้ง

3. เครือข่ายวิวัฒนาการ เป็นการถือกำเนิดโดยไม่ได้เป็นไปตามธรรมชาติตั้งแต่แรกและไม่ได้เกิดจากการจัดตั้งโดยตรงแต่มีกระบวนการพัฒนาผสมผสานอยู่ โดยเริ่มที่กลุ่มบุคคล/องค์กรรวมกัน ด้วยวัตถุประสงค์กว้าง ๆ ในการสนับสนุนกันและเรียนรู้ไปด้วยกัน โดยยังไม่ได้สร้างเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์เฉพาะที่ขัดเจนนัก หรืออึกลักษณะหนึ่งคือถูกจุดประกายความคิดจากภายนอก ไม่ว่าจะเป็นการได้รับฟัง หรือการนำไปได้เห็นการดำเนินงานของเครือข่ายอื่นๆ ตาม แล้วเกิดความคิดที่จะรวมตัวกันสร้างพันธสัญญาเป็นเครือข่ายช่วยเหลือและพัฒนาตนเอง เครือข่ายที่ว่านี้แม้จะไม่ได้เกิดจากแรงกระตุ้นภายในโดยตรงตั้งแต่แรก แต่ถ้าสมาชิกมีความตั้งใจจริงที่เกิดจากจิตสำนึกที่ดีเมื่อได้รับการกระตุ้นและสนับสนุนก็จะสามารถพัฒนาต่อไปจนกลายเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งทำหน่งเดียวกันกับเครือข่ายที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ เครือข่ายในลักษณะนี้พบเห็นอยู่มากมาย เช่น เครือข่ายผู้สูงอายุ เครือข่ายโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการช่วยพื้นคืนชีพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นในประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมาระหว่างปี พ.ศ. 2561 -2566 สามารถสรุปได้ 3 ประเด็นหลักสำคัญ ได้แก่ 1) การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือส่งผลต่อความสำเร็จในการพื้นคืนชีพของผู้ป่วย 2) การจัดอบรมให้ความรู้การช่วยพื้นคืนชีพเบื้องต้น และ 3) การศึกษาประสิทธิผลของการช่วยพื้นคืนชีพ มีรายละเอียด ดังนี้

1) การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือส่งผลต่อความสำเร็จในการฟื้นคืนชีพของผู้ป่วย

จากการบททวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือส่งผลต่อความสำเร็จในการฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยเนื่องจากเกิดเหตุนอกโรงพยาบาลสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ประสิบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพประกอบด้วย 5 ปัจจัยสำคัญ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยความพร้อมและศักยภาพของบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือ การจัดทีมกู้ชีพที่มีความพร้อมมีผลช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและได้กลับบ้าน (กรณีการ ทสะสังคินทร์, 2564; บ้าน ปักการะโต, 2564; ไฟรินทร์ พัสดุ และคณะ, 2564) 2) ปัจจัยการpubเห็นผู้ป่วยและให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว (ชมพูนุท แสงพานิชย์, 2561; ธีราภรณ์ ฉายาวนิพงษ์, 2565; ธนาภรณ์ แสงสว่าง และคณะ, 2565) 3) ปัจจัยเรื่องเวลาที่ใช้ในการออกเหตุ น้อยกว่า 8 นาที และการกดวนดหัวใจเบื้องต้นโดยประชาชนที่พบเหตุการณ์ มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปพิชญา พิเชษฐบุญเกียรติ, 2564; ธนาภรณ์ แสงสว่าง และคณะ, 2565) รวมถึงประเด็นเรื่องของเวลาและขั้นตอนการประสานขอความช่วยเหลือ (กรณีการ ทสะสังคินทร์, 2564) 4) ปัจจัยเกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยที่ได้รับยา epinephrine ขณะได้รับการช่วยชีวิตขณะเกิดเหตุอยู่นอกโรงพยาบาล ซึ่งสัมพันธ์กับการกลับมาของการให้เลี้ยงเลือดของผู้ป่วยช่วยเพิ่มการกลับมาของการให้เลี้ยงเลือดได้เอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตได้มากขึ้น (ไฟรินทร์ พัสดุ และคณะ, 2564) และ 5) การเข้าถึงเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ ได้อย่างรวดเร็วในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (ธนาภรณ์ แสงสว่าง และคณะ, 2565)

2) การจัดอบรมให้ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น

จากการบททวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาการจัดอบรมให้ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีฟให้กับกลุ่มเป้าหมายทั้งในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มประชาชนทั่วไป โดยการจัดอบรมให้ความรู้ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่จะมีแผนการจัดอบรมประจำทุกปีของหน่วยงานอย่างชัดเจน โดยส่วนใหญ่เป็นการจัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ยกเว้นในกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินที่มีการอบรมต่อยอดเป็นการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการให้บริการของหน่วยงาน อย่างไรก็ตามพบว่า ยังไม่มีการติดตามผลการนำไปใช้ในระยะยาวอย่างชัดเจน ส่วนของการจัดอบรมให้กับกลุ่มประชาชนทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นการจัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ให้กับกลุ่มแก่นนำจิตอาสา อสม. แก่นนำชุมชน ผู้นำชุมชน และแก่นนำนักเรียนในโรงเรียน อาทิ การศึกษาของ ประภา บุตรตี้ (2564) โครงการขยายรูปแบบพัฒนาศักยภาพชุมชนในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นให้กับกลุ่มแก่นนำจิตอาสาในพื้นที่อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นภายหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นต้นได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานในเรื่องของความลึก ความเร็วในการกดหน้าอก และการกดหน้าอกต่อการปล่อยเป็นต้น นอกจากนี้พบว่า หากมีการพัฒนาอบรมให้ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นแก่ประชาชนทั่วไปโดยเฉพาะผู้ประสบเหตุที่อยู่ในเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น และได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพก่อนที่มีช่วยเหลือไปถึง สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ (ธีราภรณ์ ฉายาวนิพงษ์, 2565) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชมพูนุท แสงพานิชย์ (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ โดยศูนย์กู้ชีพโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพคือการได้รับการกู้ชีพเบื้องต้นในที่เกิดเหตุ และการมีผู้ช่วยเห็นขณะหัวใจหยุดเต้น อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการจัดอบรมให้ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพที่ผ่านมาคือ ยังไม่ระบบฐานข้อมูลในการติดตามผลและการพัฒนาศักยภาพให้กับกลุ่มที่ผ่านการอบรม เพื่อพัฒนาความรู้และ

ทักษะอย่างต่อเนื่องที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน รวมทั้งการจัดอบรมส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มเดียว วัดผลลัพธ์เพียงครั้งเดียวภายหลังการอบรม และไม่มีการติดตามผลในระยะยาว

3) การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการช่วยฟื้นคืนชีพ

การศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการช่วยฟื้นคืนชีพในประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมา พบว่ามีหลาย การศึกษา เช่น การศึกษาของ บรรณิการ์ ทสะสังคินทร์ (2564) ได้ศึกษาผลสำเร็จของการใช้แนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลต่อโอกาสการรอดชีวิตโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มก่อนและกลุ่มหลังการใช้แนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล กลุ่มละ 41 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีโอกาสการรอดชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล รอดชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก รอดชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงแรก และรอดชีวิตได้กลับบ้านในกลุ่มก่อนและ กลุ่มหลังใช้แนวทางการรักษาไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ อาจเนื่องมาจากกลุ่มประชากรตัวอย่างน้อย เกินไปแต่พบว่ากลุ่มหลังใช้แนวทางการรักษาไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ อาจเนื่องมาจากกลุ่มประชากรตัวอย่างน้อย ทั้งนี้ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า การประเมินช้าอีกรึในกลุ่มประชากรตัวอย่างที่มากขึ้น นอกจากนี้ควรมีการ นำแนวทางการรักษาการฟื้นคืนชีพผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลดังกล่าว ไปเผยแพร่ให้หน่วยงานที่ เกี่ยวข้องนำไปใช้เพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น ขณะที่ ประภา บุตรตี (2564) ได้ศึกษา โครงการการขยายรูปแบบพัฒนาศักยภาพชุมชนในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นในพื้นที่อำเภออมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาภายหลังจากการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนโดยใช้ชุดการสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน พบว่า กลุ่มแคนน้ำจิตอาสามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ภายหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อประเมิน ความสามารถในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นต้น พบรากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา แม้ว่าหลายการศึกษาจะพบว่า การพัฒnarูปแบบการช่วยฟื้นคืนชีพรูปแบบการช่วยฟื้นคืนชีพแบบสัญจรของโรงพยาบาลฯ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า รูปแบบการช่วยฟื้นคืนชีพยังขาดการเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรที่จะให้การช่วยเหลือ กล่าวคือ เจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่งยังไม่ผ่านการอบรมเนื่องจากไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทำให้ไม่กล้าช่วยฟื้นคืนชีพ และไม่มีความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพ ส่งผลให้ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพไม่ถูกต้องและยังไม่ครอบคลุม และ เสนอแนะว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำแนวทางการพัฒnarูปแบบการช่วยฟื้นคืนชีพแบบสัญจรโดยอาศัย การมีส่วนร่วมจากเครือข่ายการทำงานในขั้นตอนการคืนชีมูลแนวทางการแก้ไข ร่วมกันพัฒnarูปแบบการฝึกอบรมสำหรับทีมชีวิตมีส่วนสำคัญช่วยให้ทีมเจ้าหน้าที่ช่วยฟื้นคืนชีพมีความพร้อมและมีความมั่นใจในการช่วยฟื้นคืนชีพเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ ปั่นปินธ์ เหลืองพิทักษ์ (2566) ได้ศึกษารูปแบบ การเสริมสร้างเครือข่ายสุขภาวะของพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) ในจังหวัดลำพูน มีการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างเครือข่าย โดยมีกระบวนการดังนี้ 1) ขั้นตอนการก่อรูปเครือข่าย 2) การจัดระบบบริหารเครือข่าย 3) การจัดบทบาทหน้าที่ของสมาชิก 4) การใช้ประโยชน์เครือข่าย 5) การดำรงรักษาเครือข่าย ผลการวิจัยพบว่า เครือข่าย มีการประสานงานภายใต้พื้นที่จากหลายหน่วยงาน มีการจัดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในเครือข่าย สร้างความตระหนักรถการใช้ประโยชน์ และกำหนดวิธีการ เสริมสร้างเครือข่าย แต่ยังมีจุดอ่อนคือมีลักษณะงานที่ต่างคนต่างทำบทบาทหน้าที่ของตน ทั้งยังขาดในส่วน ของงบประมาณในการขับเคลื่อนและการรับรู้ของสังคมในการปฏิบัติงาน และการพัฒนากระบวนการ เสริมสร้างเครือข่ายสุขภาวะของพระ อสว. สอดคล้องกับการศึกษาของ ประจวบ แหลมหลัก และคณะ

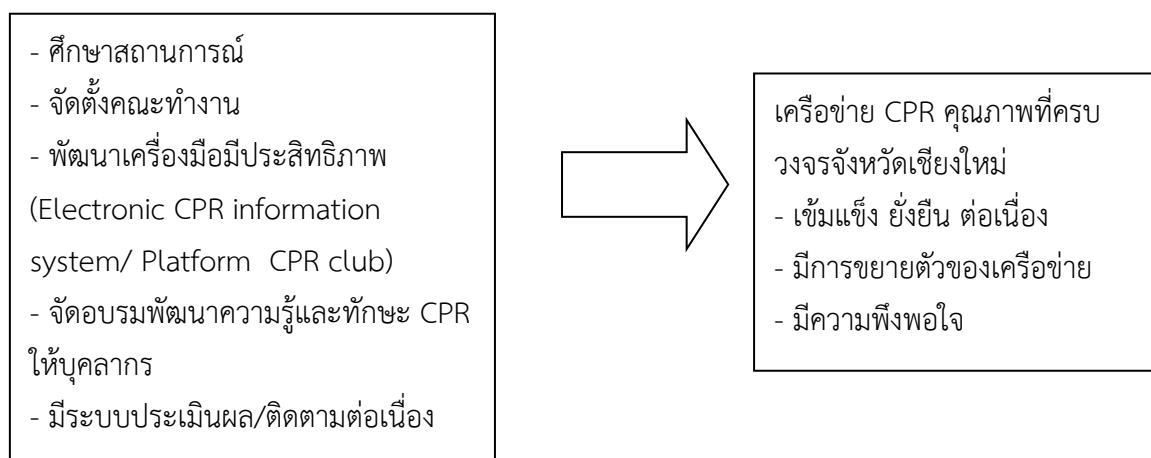
(2563) ได้ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพโดยสหสาขาวิชาชีพในตำบลชุมคราบgeo จังหวัดพะเยา โดยศึกษาบริบทของชุมชน วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และสร้างรูปแบบในการแก้ปัญหา ผลการวิจัยพบว่า ผลการสร้างรูปแบบพบร่วมกันที่เกี่ยวข้องคือ อาจารย์และนิสิตสหสาขาวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ประชาชนจิตอาสาผู้รับบริการ และเครือข่ายระดับอำเภอ จังหวัด แนวคิดในการทำงานคือการทำงานแบบเครือข่ายเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนและเครือข่าย ได้ผลประโยชน์ร่วมกัน และเน้นการบูรณาการระหว่างการเรียนกับการปฏิบัติงานจริง กิจกรรมประกอบด้วยการสร้างเครือข่าย กระตุ้นการมีส่วนร่วม สร้างชุมชนจิตอาสา ให้บริการสุขภาพ และสร้างชุมชนต้นแบบ เริ่มสร้างเครือข่าย กระตุ้นการมีส่วนร่วมด้วยโครงการบริการวิชาการของคณะแพทยศาสตร์ สร้างชุมชนจิตอาสา 5 กลุ่ม 1 ในกลุ่มนี้คือกลุ่มช่วยฟื้นคืนชีพ ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการดำเนินการอยู่ในระดับสูง 3) สร้างชุมชนต้นแบบ 2 หมู่บ้านเป็นการดูแลสุขภาพโดยสหวิชาชีพในชุมชน มีคณะแพทยศาสตร์ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีกิจกรรมหลักคือการคัดกรองผู้ป่วยขั้นต้น การเฝ้าระวังหมอกควันและการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่เด่นชัด คือ เกิดชุมชนต้นแบบในการใช้สมุนไพร 5 ชนิด ชุมชนนัดแผนไทย และชุมชนช่วยฟื้นคืนชีพ

จากข้อมูลการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาข้างต้น สอดคล้องกับการนำหลักการสร้างเครือข่ายมาใช้ในการศึกษาของ บรรจง กาวิละมูล (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเครือข่าย บริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย พบร่วม ความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาฉุกเฉินชุมชน ความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชนในตัวแทนหลังคาเรือน สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ ในสถานการณ์จำลอง หลังและก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีวิธีการดำเนินการคือ ประสานงานผู้นำชุมชน เพื่อขอประชาสัมพันธ์การจัดโปรแกรม รับสมัครอาสาสมัคร สอบวัดความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินก่อนการอบรม อบรมเชิงปฏิบัติการอาสาฉุกเฉินชุมชน (อช.) โดยอ้างอิงเนื้อหาตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สาธิตและฝึกปฏิบัติ สอบวัดความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินหลังการอบรม ผู้วิจัยประเมินร่วมกับผู้เข้ารับการอบรม เพื่อร่วมหารแนวทางการจัดตั้งเครือข่าย บริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนและการนำความรู้ และทักษะที่ได้รับจากการอบรมนำไปเผยแพร่ให้ประชาชนในชุมชน จัดกิจกรรมสถานการณ์จำลองเวลาปฏิบัติการฉุกเฉิน จัดกิจกรรมจัดทีมอาสาฉุกเฉินชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบให้คลอบคลุมทุกหลังคาเรือน จัดกิจกรรมแผนที่ฉุกเฉินชุมชนให้อาสาฉุกเฉินชุมชนรู้จักผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน จัดกิจกรรมการให้ความรู้ให้ตัวแทนและสมาชิกครัวเรือนและติดตามความก้าวหน้า

โดยสรุป จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดหรือซ่องว่างเพื่อการพัฒนาระบบการช่วยฟื้นคืนชีพให้มีประสิทธิภาพในหลายประเด็น ได้แก่ การอบรมส่วนใหญ่เป็นการอบรมเพียงครั้งเดียวและไม่มีการติดตามประเมินผล เมื่ออบรมไปแล้วมีการวัดผลเพียงประเมินเฉพาะความรู้แต่ไม่มีการประเมินทักษะหรือการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในระยะยาว รวมทั้งไม่มีการจัดทำนำเสนอผู้ที่ผ่านการอบรม เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการติดตามและขยายผลการนำไปใช้ประโยชน์ของผู้ที่ผ่านการอบรมในระยะยาว นอกจากนี้ยังพบว่า ระบบการสนับสนุนที่เอื้อต่อการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพมีเฉพาะในกลุ่มของบุคลากรทางการแพทย์ แต่ในส่วนของภาคประชาชนยังไม่พัฒนาและกลไกการสนับสนุนที่ชัดเจน รวมทั้งมีข้อเสนอแนะว่าเพื่อให้รูปแบบการช่วยฟื้นคืนชีพมีประสิทธิภาพ สามารถเพิ่มโอกาสลดชีวิตให้กับผู้ป่วย ควรมีการเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง ผ่านการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบและกลไก

โดยนำหลักการสร้างเครือข่ายมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการซ่อมพื้นคืนชีพแบบครบวงจรที่อิงตามบริบทตามลักษณะของปัญหาและความต้องการของพื้นที่เป็นกลไกในการพัฒนาอย่างยั่งยืน

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนาเพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางชีวิตในจังหวัดเชียงใหม่ และพัฒนากลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางชีวิตในจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกตามกระบวนการในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉิน ในจังหวัดเชียงใหม่
- สมาชิกมูลนิธิภัยชีพภัยที่ได้รับการอบรมการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางชีวิตในจังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉิน ในจังหวัดเชียงใหม่จากทุกโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลแห่งละ 1 คน จาก 25 อำเภอ รวมเป็นจำนวน 25 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- เป็นผู้รับผิดชอบงานงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉิน
- มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินอย่างน้อย 1 ปี
- มีความรู้ มีทักษะในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางชีวิต
- อยู่ในพื้นที่ที่ผู้วิจัยสามารถติดต่อตามเยี่ยมได้
- เป็นผู้อนุญาตให้ความร่วมมือในการศึกษา

2. สมาชิกมูลนิธิภัยชีพภัยที่ได้รับการอบรมการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางชีวิตในจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ และอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 5 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- เป็นสมาชิกที่มูลนิธิภัยชีพภัยที่เคยผ่านการอบรมช่วยเหลือผู้ประสบภัย
- มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในการทำงานด้านฉุกเฉินอย่างน้อย 1 ปี
- เป็นผู้อนุญาตให้ความร่วมมือในการศึกษา

ระยะที่ 2 และ 3 ระยะดำเนินการและประเมินผล

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (snowball sampling) จำนวน 1,066 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าดังต่อไปนี้

- สามารถสื่อสารและเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย
- อยู่ในพื้นที่ที่ผู้วิจัยสามารถติดตามเยี่ยมได้
- เป็นยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ
- สามารถใช้สื่อ Application ขั้นพื้นฐานได้
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มีภาวะรบกวน ที่จะเป็นอุปสรรคต่อการทำ CPR
- มีความเต็มใจ และมีจิตสาธารณะ

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้

- บ้ายที่อยู่ที่ไม่สามารถติดตามได้
- มีปัญหาสุขภาพ ที่เป็นอุปสรรคต่อการทำ CPR จนไม่สามารถทำ CPR ได้
- ไม่ได้พื้นที่ความรู้ ทักษะในการทำ CPR จนทำให้ไม่สามารถทำ CPR ที่มีประสิทธิภาพได้
- สมัครใจออกจาก การเป็นสมาชิก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย

1. แนวคิดในการสนทนากลุ่มสำหรับบุคลากรผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉินและสมาชิกมูลนิธิกู้ชีพกู้ภัย ผู้วิจัยพัฒนาแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อสอบถความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานในการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพของจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 8 ข้อ ดังแสดงในภาคผนวก ค

2. แบบสอบถามประเมินความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน (ภาคผนวก ง) คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับบุคลากรผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉินและสมาชิกมูลนิธิกู้ชีพกู้ภัย ผู้ที่สมัครเป็นสมาชิก CPR Club ที่ใช้ Platform CPR Club ได้แก่ ชื่อ – สกุล เลขบัตรประชาชน ที่อยู่ปัจจุบัน เบอร์โทรศัพท์ ID Line อายุ ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน Email address ประวัติการผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพและสถานที่ปฏิบัติงาน (เฉพาะกลุ่มวิชาชีพ) จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือกให้เลือกตอบ เกณฑ์การให้คะแนนคือ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมด 20 คะแนน

3. แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้วิทยากรเป็นผู้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของผู้เข้าอบรมแต่ละคน ประกอบด้วยการประเมิน 4 ด้าน คือ การประเมินความปลอดภัย การประเมินผู้ป่วย การโทรศัพท์ 1669 เพื่อของ AED และการกดนวดหัวใจอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ตำแหน่งการกดจำนวนครั้ง และความถี่ ในการกด หากผู้เข้าร่วมอบรมปฏิบัติได้ถูกต้องจะได้ 1 คะแนน หากไม่ได้ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้องจะได้ 0 คะแนน มีจำนวนทั้งหมด 6 ข้อ ทั้งนี้ได้กำหนดเกณฑ์ประเมินคือผู้เข้ารับการอบรมจะต้องปฏิบัติให้ผ่านทั้ง 6 ข้อจึงจะผ่านเกณฑ์ที่โครงการวิจัยกำหนด ดังแสดงในภาคผนวก จ

4. แนวคิดในการประเมินความเป็นไปได้ในการใช้ Platform CPR Club ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถาม 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ความยากง่ายในการเข้าใช้ 2) ความ

ชัดเจนของเนื้อหา 3) ความเหมาะสมของสื่อ 4) การนำไปใช้ประโยชน์ และ 5) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยเป็นคำแนะนำปลายเปิด ดังแสดงในภาคผนวก ฉบับนี้

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านพิจารณา ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการทำวิจัย จำนวน 1 ท่าน (ภาคผนวก ข) พิจารณาความเหมาะสมสมของภาษาและลำดับการสนทนากลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาเพิ่มเติม เพื่อให้มีความซัดเจนของเนื้อหามากยิ่งขึ้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 1

2. แบบทดสอบความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการทำวิจัย จำนวน 1 ท่าน (ภาคผนวก ข) พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและการใช้ภาษา จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความซัดเจนของเนื้อหาและมีความถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าเท่ากับ 0.98

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานไปทดลองใช้กับกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวแทนของกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการอบรมในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนพื้นที่ตำบลสารภี อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 15 ราย จากนั้นนำคะแนนไปคำนวณหาความเชื่อมั่นด้วยสูตรของคุเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงสร้างการทำวิจัยของการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (ภาคผนวก ก) หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนในการศึกษาและรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระและมีเวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย หากยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มการวิจัย ซึ่งในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการจะถอนตัวออกจากงานวิจัย ก่อนที่การดำเนินการจะสิ้นสุดก็สามารถกระทำได้ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใดๆ

4. ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน (ภาคผนวก ๗) ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (3 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565)

1. ผู้วิจัยทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนได้ศึกษาการดำเนินงานการสร้างเครือข่าย การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) จังหวัดเชียงใหม่ ในปีที่ผ่านมา

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย กลุ่มผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉินใน 25 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ อำเภอละ 1 คน รวมจำนวน 25 คน และกลุ่มสมาชิกมูลนิธิกู้ชีพกู้ภัยที่ได้รับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพของจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 30 คน

3. ผู้วิจัยนัดหมายและดำเนินการสนทนากลุ่มกับตัวแทนกลุ่มผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 4 กลุ่ม ๆ ละ 6-7 คน และกลุ่มสมาชิกมูลนิธิกู้ชีพกู้ภัยจำนวน 1 กลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพที่สอดคล้องกับบริบทของจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แนวคิดที่สร้างขึ้น

4. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและพัฒนาร่างกลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบคร่าวงจร จังหวัดเชียงใหม่

5. ผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉินและกลุ่มสมาชิกมูลนิธิ กู้ชีพกู้ภัยเพื่อนำเสนอผลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และร่างกลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบคร่าวงจร จังหวัดเชียงใหม่ และร่วมกันพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะ

6. ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลกลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่จากการมีส่วนร่วมของผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉินและกลุ่มสมาชิกมูลนิธิ กู้ชีพกู้ภัยให้กับนักวิชาการผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาระบบ Platform CPR club จากคณะกรรมการสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะในการวางแผนระบบ Platform CPR club ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกลไกฯ ที่จะช่วยให้การดำเนินการของกลไกฯ มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น มีรายละเอียดครอบคลุมการใช้งานของผู้ดูแลระบบ สมาชิกของ CPR club และผู้เยี่ยมชมระบบ ข้อมูลทั่วไปของสมาชิก ข้อมูลการช่วยเหลือ ข้อมูลการอบรม การประชาสัมพันธ์ และสรุปเป็น Dashboard ไว้ใน Platform ดังกล่าว เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าใช้งานระบบและสะดวกในการวิเคราะห์ประเมินผล ข้อมูลการดำเนินงานขั้นเคลื่อนเคลื่อนข่าย CPR Club จังหวัดเชียงใหม่

7. ได้ต้นแบบกลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบคร่าวงจร จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 1) การจัดตั้งคณะกรรมการ 2) การจัดการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นสมาชิกในเครือข่าย CPR Club 3) การพัฒนา Platform CPR Club และ 4) การประเมินผลและการติดตาม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (9 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566)

1. จัดตั้งคณะกรรมการกลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญที่รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉินใน 25 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ อำเภอละ 1 คน และผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (สสจ.) จำนวน 5 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 3 คน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 1 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน 1 คน (เจ้าพนักงานเวชกิจฉึกเฉิน)

2. จัดประชุมคณะทำงานกลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีการบูรณาการการดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอในการประชุมของงานอุบัติเหตุและบริการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน

ครั้งที่ 1 ประชุมเพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางในการดำเนินงานเพื่อสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย CPR คุณภาพที่ครบวงจร

ครั้งที่ 2 ประชุมติดตามและสรุปการดำเนินงานการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย CPR คุณภาพที่ครบวงจร

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเตรียมสถานที่ในการจัดอบรม

4. จัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 359 คน ระหว่างเดือน มกราคม ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยมีบุคลากรสาธารณสุขประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และ บุคลากรจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ผ่านการอบรมเป็นวิทยากรสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจาก โรงพยาบาลในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เป็นวิทยากรในการให้ความรู้

5. ประสานความร่วมมือกับคณะทำงานของห้อง 25 โรงพยาบาล เพื่อเปิดรับสมัครประชาชน ทั่วไปและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสมาชิก CPR Club จังหวัดเชียงใหม่ และเชิญชวนเข้าร่วมการอบรม

6. จัดประชุมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 707 คน ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 เพื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับ Platform CPR Club และอบรม CPR ดังนี้

6.1 จัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้งาน Platform CPR club ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน โดยแบ่งการอบรมทั้งหมด 5 ครั้ง ๆ ละ ประมาณ 50 คน ดำเนินการจัดอบรมใน 5 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอสารภี อำเภออดอยสะเก็ด อำเภอสันทราย อำเภอเมืองเชียงใหม่ และอำเภอကัลยาณิวัฒนา โดยคัดเลือกจากพื้นที่มีความพร้อมและสนใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยฯ โดยมีทีมวิทยากรผู้เชี่ยวชาญการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจากงานอุบัติเหตุและ บริการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

6.2 จัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้งาน Platform CPR club ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 183 คน โดยมีเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เป็นผู้จัดอบรม (เจ้าหน้าที่ที่ร่วมเป็น คณะทำงานของ โรงพยาบาลสันทรายและโรงพยาบาลฝาง มีความรู้ในการใช้ Platform CPR club นำไป ขยายผลในพื้นที่) และมีวิทยากรให้ความรู้เป็นแพทย์และพยาบาล

6.3 จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้งาน Platform CPR club ในกลุ่มผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 274 คน โดยทีมวิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่และ โรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่เป็นผู้ให้ความรู้

7. ให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 707 คน สมัครสมาชิกเพื่อใช้งาน Platform CPR club ทางลิงค์ <https://cm-healthcare.net/ASACPR/auth-login.php> และทดลองใช้งานเป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2566

8. ติดตามการดำเนินงานในการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย CPR คุณภาพที่ครบวงจรใน พื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล เทศบาล จำนวน 3 แห่ง ๆ ละ 25 คน โดยมี

วัตถุประสงค์เพื่อติดตามการดำเนินงาน ตลอดจนสร้างขวัญกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และภาคีเครือข่ายที่เป็นหน่วยปฏิบัติการ การแพทย์ฉุกเฉินทุกหน่วยงาน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล (3 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566)

1. ประเมินความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 433 คน โดยประเมินความรู้ด้วยระบบออนไลน์ก่อนและหลังการใช้งาน Platform CPR club
2. ประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน โดยให้ วิทยากรจัดอบรมเป็นผู้ประเมินภายหลังการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้งาน Platform CPR club
3. ประเมินความเป็นไปได้ในการใช้ Platform CPR Club โดยสุ่มสอบถามผู้เข้าร่วมอบรม จำนวนห้าสิบ 25 คน จากผู้เข้าร่วมอบรมทั้งหมด 250 คน ตามแนวคำถามที่สร้างไว้

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสอบถามประเมินความเป็นไปได้ในการใช้ Platform CPR Club นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยจัดระเบียบและจำแนกข้อมูลแต่ละส่วน แล้วนำมาสรุป เป็นประเด็นต่าง ๆ
 2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลที่นำไปของกลุ่มตัวอย่าง และความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน นำมาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 - 2.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ก่อนและหลัง การใช้งาน Platform CPR club โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบกลุ่มสัมพันธ์ (Paired Sample T-test)

บทที่ 4 ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนากลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานการสร้างเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพของจังหวัดเชียงใหม่ และพัฒนากลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานการสร้างเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพของจังหวัดเชียงใหม่

ส่วนที่ 3 กลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร

ระยะที่ 2 การดำเนินการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่

ระยะที่ 3 การประเมินผล

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรคในการใช้ Platform CPR Club

ส่วนที่ 4 ความเป็นไปได้ในการใช้ Platform CPR Club

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพของจังหวัดเชียงใหม่ และพัฒนากลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ มากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.0) รองลงมาเป็นเพศชาย (ร้อยละ 30.0) ร้อยละ 76.0 ของกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี รองลงมาคืออายุ 31-40 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 45.0 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.37) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 92.0 รองลงมาคืออนุปริญญา และมัธยมศึกษาในจำนวนที่เท่ากัน และร้อยละ 89.0 มีอาชีพบริหาร รองลงมาคือ ลูกจ้าง และธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 7.0 และร้อยละ 4.0 ตามลำดับ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ รองลงมาเป็นพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ และเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์กับอาสาสมัคร ฉุกเฉินการแพทย์เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 85.0 ร้อยละ 7.0 ร้อยละ 4.0 และร้อยละ 4.0 ตามลำดับ และประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินระหว่าง 16 - 20 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานมากที่สุด 25 ปี น้อยที่สุด 1 ปี และมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย

14.0 ปี ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทุกคนเคยผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและผ่านการเป็นวิทยากรอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแล้ว

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉินและสมาชิกกู้ชีพกู้ภัย จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป ($n = 30$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	21	70.0
ชาย	9	30.0
อายุ ($\bar{x} = 45$, Max = 51, Min = 37, SD = 4.37)		
31-40 ปี	4	14.0
41-50 ปี	23	76.0
51-60 ปี	3	10.0
ระดับการศึกษาสูงสุด		
มัธยมศึกษา	1	4.0
อนุปริญญา	1	4.0
ปริญญาตรี	28	92.0
อาชีพ		
รับราชการ	27	89.0
ลูกจ้าง	2	7.0
ธุรกิจส่วนตัว	1	4.0
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพ	26	85.0
เจ้าหน้าที่งานฉุกเฉินการแพทย์	1	4.0
พนักงานฉุกเฉินการแพทย์	2	7.0
อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์	1	4.0
ประสบการณ์การทำงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ($\bar{x} = 14$, Max=25, Min=1, SD=6.95)		
1 – 5 ปี	6	20.0
6 - 10 ปี	4	14.0
11 - 15 ปี	5	17.0
16 - 20 ปี	12	39.0
20 - 25 ปี	3	10.0
การอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน		
ผ่านการอบรม	30	100.0
การเป็นวิทยากรอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน		
เคย	30	100.0

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานการสร้างเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพของจังหวัดเชียงใหม่

จากการสนทนากลุ่มกับผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉินและสมาชิกมูลนิธิกู้ชีพภัยที่ได้รับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพของจังหวัดเชียงใหม่จำนวนทั้งหมด 30 คน สามารถสรุปประเด็นการดำเนินงานของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation: CPR) ของจังหวัดเชียงใหม่ที่ผ่านมา และข้อเสนอแนะในการพัฒนาการให้การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ ดังนี้

1. ด้านนโยบายเกี่ยวกับการอบรม CPR

ในระดับของโรงพยาบาล ได้มีการกำหนดนโยบายและแผนการจัดอบรม CPR สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกโรงพยาบาลแล้ว โดยเป็นการดำเนินงานภายใต้แผนงานโครงการประจำทุกปี โดยกำหนดให้เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลทุกคนต้องเข้าอบรม และจัดให้มีบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญภายในหน่วยงานเป็นวิทยากรจัดการอบรม อย่างไรก็ตามหากเป็นบุคลากรภายนอกโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินนั้นจะไม่มีการกำหนดนโยบายหรือแบบแผนที่ซัดเจนขึ้นอยู่กับการจัดทำแผนงานโครงการในการอบรมให้แก่บุคลากรภายนอกของแต่ละโรงพยาบาล ตลอดจนถึงการเป็นวิทยากรที่ถูกเชิญจากหน่วยงานภายนอก ดังข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากการสนทนากลุ่มต่อไปนี้

“การอบรม CPR ผู้บริหารให้ความสำคัญให้มีการอบรมเจ้าหน้าที่ใน รพ.ทุกปี ครบ 100% ยิ่งมีระบบคุณภาพเข้ามา เช่น HA ก็ต้องมีการอบรมเป็นประจำทุกปี แต่ถ้าเป็นการอบรมให้ประชาชน หรือบุคลากรภายนอกโรงพยาบาลก็แล้วแต่ว่าปีไหนเราจะทำแผนงานโครงการ บางที่ก็ไปเป็นวิทยากรถ้าเข้าเชิญมา”

ด้านการจัดการนโยบาย อาสาสมัครกู้ชีพภัย ส่วนใหญ่ก็มีนโยบายในการอบรม CPR ในพื้นที่เขตที่รับผิดชอบ ผู้บริหารก็ให้ความสำคัญด้านนี้ และให้ความร่วมมือกับเมื่อมีการร้องขอไปเป็นวิทยากร แต่ไม่ได้กำหนดจำนวนบุคลากรที่ต้องเข้าอบรมในแต่ละปี ในส่วนของเทศบาลมีการอบรม CPR ในประชาชนในเขตพื้นที่ของตนเองเป็นส่วนใหญ่ แต่ถ้าหากพื้นที่ต้องมีหนังสือขอเป็นวิทยากร สำหรับมูลนิธิกู้ชีพภัย การจัดการอบรมส่วนใหญ่มาจากหน่วยงานอื่น ๆ ร้องขอเป็นวิทยากร ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“ที่ผ่านมาการอบรม CPR ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร แต่ส่วนใหญ่จะสอนประชาชนในเขตรับผิดชอบ หรือที่มีหนังสือมาขอไปสอนนอกพื้นที่บ้าง อนาคตอาจจะรับสอนแบบ Walk in มีผู้รับผิดชอบเพียงพอ แต่จะมีวิทยากรหลักในการสอนบุคลากรทั้งหมดสามารถทดแทนกันได้”

“การสอน CPR ทำในสภาพจำลอง ไม่ได้รับ Walk in คณะกรรมการ พชอ. จำลองจะประสานกับอำเภอ ส่วนใหญ่ทำควบคู่กับการป้องกันการจมน้ำ ไม่เก็บเงิน เป็นจิตอาสา งบได้จากผู้บริจาค”

2. ด้านปริมาณการจัดอบรม CPR ในแต่ละปี

ในกลุ่มของโรงพยาบาล มีการอบรมสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลปีละ 1 ครั้ง เป็นนโยบายอบรม 100% และไปเป็นวิทยากรให้ประชาชนหรือหน่วยงานต่าง ๆ ที่ร้องขอ ประมาณ 12,000 คนต่อปี ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“อบรม CPR จัดให้ จนท.ปีละ 1 ครั้ง และไปจัดอบรมโดยเป็นวิทยากรภายนอกปีหนึ่ง รวม ๆ กันแล้วเกือบ 7,000 กว่าคน ที่สอบตามอายุครัวม ๆ กันทุกโรงพยาบาล”

“จำไม่ได้ว่ารวมแล้วอบรมไปเท่าไหร่ ไม่มีทำเนียบหรือข้อมูลผู้ที่ผ่านการอบรมที่ชัดเจน โดยเฉพาะถ้าไปเป็นวิทยากรให้หน่วยงานภายนอกของเราง่ำไรไม่ได้เป็นคนจัดอบรม เองประมาณว่าอ้วนแล้วอ้วนเลย การทำรายชื่อผู้เข้ารับการอบรมก็แล้วแต่เจ้าภาพผู้จัดโครงการ เราแค่ไปเป็นวิทยากรให้”

สำหรับกลุ่มของอาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัย มีการอบรมประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ และไปเป็นวิทยากรตามที่ได้รับการร้องขอมา รวมแล้วประมาณ 5,000 กว่าคน ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“ตั้งแต่อบรม CPR ในนามของศูนย์เรียนรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ประมาณ 8 เดือน จัดอบรมไปประมาณ 1,200 คน”

“อบรมเยอะมากครับ ปีที่ผ่านมาเราประมาณ 4,000 กว่าคน”

3. ด้านกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับอบรม CPR

ในกลุ่มของโรงพยาบาล กลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรในโรงพยาบาล ประชาชนทั่วไป หน่วยงานอื่น ๆ แต่สำหรับกลุ่มอาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัย กลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนทั่วไป อสม. ผู้นำชุมชน ครู นักเรียน สถานประกอบการ ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“ส่วนใหญ่ก็อบรม CPR ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเป็นหลัก มีประชาชน หรือมีหน่วยงานอื่น ๆ เช่น โรงเรียน อสม.บ้าง ตามที่เขาซื้อไปสอน”

“ส่วนใหญ่สอนชาวบ้าน อสม. โรงพยาบาล ครู หรือนักเรียน บางครั้งถ้าเป็นเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่น ๆ ก็อาจมีบ้างแต่จะเป็นวิทยากรผู้ช่วยกับพยาบาล”

4. ด้านการประเมินผลการอบรม

ในกลุ่มของโรงพยาบาลส่วนใหญ่การอบรม CPR ที่ผ่านมาไม่ได้มีการทดสอบความรู้ ก่อนและหลังการอบรมแบบเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น การทำแบบทดสอบ แต่จะมีการประเมินก่อนหลังการอบรม เช่นการซักถามก่อนอบรม การให้ลองปฏิบัติก่อนการอบรม และมาเปรียบเทียบหลังการอบรม แต่สำหรับในกลุ่มของอาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัย ที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่ได้ทำแบบทดสอบก่อนหลังการอบรมใช้ การสังเกตเปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม อาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัย ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“ที่ผ่านมาไม่ค่อยได้ทำ Pre-Post test อะไรแบบนี้ ถ้าเป็นอบรม CPR พื้นฐาน ก็จะถูกทดสอบความรู้ก่อนการอบรม และสอบถามว่าเคยอบรม CPR มา ก่อนหรือไม่ และก็สอนหลังจากนั้นก็ประเมินจากการที่เข้าปฏิบัติว่าถูกต้องหรือไม่”

“ไม่ได้ทำแบบทดสอบก่อนและหลังอบรมเลย ดูการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่”

5. ด้านการจัดทำฐานข้อมูลผู้เข้าอบรม

ในกลุ่มของโรงพยาบาล ไม่ได้ทำฐานข้อมูลผู้ที่ผ่านการอบรม CPR แบบเป็นแบบแผน ที่ชัดเจน จะเป็นเฉพาะมีเฉพาะการเขียนชื่อผู้เข้ารับการอบรมตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้ และถ้าไปเป็นวิทยากรที่ได้รับเชิญไปสอนนอกสถานที่ที่เป็นบทบาทของผู้จัดจึงไม่ได้ทำฐานข้อมูลผู้เข้ารับการอบรมถ้าเป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลการติดต่อกับลับผู้เข้ารับการอบรมสามารถทำได้เนื่องจากปฏิบัติงานในหน่วยงานเดียวกัน แต่ถ้าเป็นบุคลากรภายนอกก็ไม่สามารถติดต่อกับลับได้ถ้าไม่รู้จัก ไม่ได้ติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการอบรม ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“ไม่มีฐานข้อมูล ไม่ได้ทำทำเนียบผู้ที่ผ่านการอบรม CPR ก็เช่นเชือเข้ารับการอบรมตามปกติเพื่อเอาไปล้างหนี้ในโครงการ ยิ่งถ้าอกไปสอนข้างนอกก็แล้วแต่ผู้จัดจะเก็บหรือไม่เก็บ ไปเป็นวิทยากรอย่างเดียว”

สำหรับกลุ่มของอาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัย ไม่ได้ทำฐานข้อมูลผู้ที่ผ่านการอบรม CPR เช่นกัน และไม่ได้ติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการอบรมที่เป็นแบบแผนที่ชัดเจน ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“เมื่อก่อนไม่มีฐานข้อมูลของคนที่เราได้อบรม แต่พอเป็นศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนแล้วก็ เริ่มมีการเก็บจำนวนบ้าง แต่ไม่ถึงขั้นที่เป็นทำเป็นทำเนียบ หรือข้อมูลการติดต่อกลับ ส่วนใหญ่จะติดตามคนที่อบรมรอบที่ 2 ที่เราอาจจะจำหน้าได้ว่าอบรมแล้วเป็นอย่างไร บ้าง ได้ไปใช้จริงหรือไม่”

6. ด้านการจัดอบรมฟื้นฟูให้กลุ่มเป้าหมายที่เคยผ่านการอบรมและวิธีการจัดอบรม

ในกลุ่มของโรงพยาบาล ถ้าเป็นบุคลากรในหน่วยงานของโรงพยาบาลจะมีการอบรมฟื้นฟูปีละ 1 ครั้ง เนื่องจากเป็นนโยบายของโรงพยาบาลในการฟื้นฟูทุกปี และเนื้อหาในการอบรมก็ไม่แตกต่างจากการอบรมครั้งแรก อาจต่างในส่วนของที่มีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม ทันสมัย มีองค์ความรู้ใหม่ แต่ถ้าเป็นบุคลากรภายนอกที่ไปอบรมให้จะไม่มีการอบรมฟื้นฟูเนื่องจากอาจจำกัดด้วยงบประมาณ เป็นต้น ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“ในส่วนของการอบรมฟื้นฟูของเจ้าหน้าที่ของเรารอบทุกปีอยู่แล้ว เป็นข้อกำหนดในเรื่องของการจัดการคุณภาพ แต่ของภายนอกที่เราไปเป็นวิทยากร หรือเราไปอบรมให้ประชาชนไม่ได้จัดอบรมฟื้นฟู อาจ เพราะเรื่องงบประมาณไม่เพียงพอ วิทยากรไม่เพียงพอถ้าเราเป็นผู้จัด แต่ถ้าภายนอกจัดแล้วเชิญเรามอันนี้แล้วแต่ละหน่วยงานว่าจะเป็นลักษณะการฟื้นฟูหรืออบรมใหม่”

ในกลุ่มของอาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัย ไม่ได้มีการอบรมฟื้นฟูให้กลุ่มเป้าหมายที่เคยผ่านการอบรม เนื่องจากจำกัดด้วยงบประมาณ วิทยากรในการสอน ภาระหน้าที่มีหลายด้าน ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“ส่วนใหญ่ไม่เคยได้จัดอบรมฟื้นฟูเลย เพราะงบประมาณก็สามารถจัดครอบคลุมได้เท่าไหร่ จัดให้รอบแรกยังไม่สามารถให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ได้ อีกอย่างเจ้าหน้าที่ของเราก็มีภาระหน้าที่หลายอย่าง”

7. ด้านปัญหาอุปสรรคในการอบรม CPR

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสะท้อนปัญหาและอุปสรรคในการจัดอบรม CPR ที่ผ่านมาว่า ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับงบประมาณที่ไม่สามารถจัดครอบคลุมให้ประชาชนได้ทุกพื้นที่และบุคลากรในหน่วยงานก็มีภาระหน้าที่หลายด้าน บุคลากรไม่เพียงพอ บางครั้งมีการโยกย้ายของเจ้าหน้าที่ทำให้ไม่เกิดความต่อเนื่อง และต้องมีการสอนงานให้กับเจ้าหน้าที่ใหม่ ซึ่งบางคนยังไม่มีทักษะในการเป็นวิทยากรสอน CPR และยังขาดการติดตามความต่อเนื่องของผู้ที่ผ่านการอบรมว่าหลังจากอบรมเสร็จสิ้นเรียบร้อยผู้เข้ารับการอบรมสามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปใช้ให้เกิดประโยชน์มากน้อยเพียงใด ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“สำหรับปัญหาอุปสรรค ในด้านนโยบายส่วนใหญ่ผู้บริหารก็ให้การสนับสนุน ถ้าในการอบรมใน รพ.ก็ไม่มีปัญหาในด้านงบประมาณ แต่ถ้าเป็นภายนอกอาจมีงบประมาณไม่เพียงพอที่จะสามารถไปอบรมให้ทุกแห่งอีกอย่างเจ้าหน้าที่ก็มีน้อยสำหรับการไปสอน

ข้างนอก บางคนก็เปลี่ยนงานก็ต้องสอนกันใหม่ ยังไม่สามารถเป็นวิทยากรได้ อีกอย่าง การอบรมเราก็ไม่ได้ตามต่อว่าอบรมแล้วเขาเป็นอย่างไร ไม่มีเวลาตาม อบรมแล้วอบรม แต่ถ้าเป็นเจ้าหน้าที่ในอ้อร์หรือในโรงพยาบาล ก็อาจจะดูได้ว่าพอได้อบรมแล้วเขาทำเป็น หรือไม่อย่างไร แต่ถ้าเป็นประชาชนข้างนอกนี้ไม่ได้ติดตามเลย อบรมให้อย่างเดียว ”

“ปัญหาที่ผ่านมาของมูลนิธิฯ ก็จะเจอกับไปสอนแต่ไม่ได้ประสานล่วงหน้า บอกระยะชั้น ชิด และมีปัญหาด้านงบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงาน เพราะเราทำงานใน เชิงจิตอาสา แต่ความเป็นจริงเราก็ต้องมีค่าใช้จ่ายต่าง ๆ พอดี ”

“ในส่วนของเทศบาลจะเจอปัญหานับบริบทของเทศบาลเองต้องให้บริการประชาชนใน พื้นที่ นอกพื้นที่อาจยังจำกัด อาจไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายนักพื้นที่ และเจ้าหน้าที่ ในหน่วยงานค่อนข้างมีภาระหน้าที่หลายด้าน ทั้งกู้ซิพ กู้ภัย การทำงานจิตอาสาให้ ประชาชนต่าง ๆ การรับส่งคนไข้ การออกเหตุฉุกเฉิน ”

8. ด้านข้อเสนอแนะแนวทางในการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย CPR

ในกลุ่มวิชาชีพของโรงพยาบาลได้มีข้อเสนอแนะให้มีการพูดคุยสื่อสารแลกเปลี่ยน ข้อมูลซึ่งกันและกัน มีความสามัคคี สื่อสารด้วยคำพูดที่ชัดเจน มีการอบรม CPR ทุกปี มีกลุ่มไลน์ในการ ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม แต่ต้องมีกิติกาในการสื่อสารในกลุ่มไลน์ สมาชิกกลุ่มต้องมีทีมนำ แลกเปลี่ยนความรู้ ใหม่ ๆ ให้กัน สมาชิกต้องมีความรู้พื้นฐานของ BLS ต้องมีข้อมูลสมาชิก เบอร์โทร ตำแหน่ง ที่อยู่ปัจจุบันมี ช่องทางติดต่อสื่อสาร มีตัวกลางประสานสมาชิก มีการแชร์ประสบการณ์ ปัญหา ปีละ 1 ครั้ง มีการจัดตั้ง คณะกรรมการ มีกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน สมาชิกต้องมี smart phone และสามารถใช้งานได้คล่อง อ่าน ออกเขียนได้ มีการจัดหางบประมาณเพียงพอในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ขอทีมวิทยากรผู้เชี่ยวชาญร่วม ในการอบรมพื้นฟู CPR ในแต่ละ รพ.ปีละ 1 ครั้ง แต่สำหรับกลุ่มอาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยต้องการให้มีการพื้นฟู ความรู้อย่างสม่ำเสมอ และมีใบประกาศเมื่อเข้ารับการอบรม ให้มีบัตรประจำตัวหรือสัญญาลักษณ์ที่แสดงว่า เป็นสมาชิก CPR Club เพื่อสะดวกในการช่วยผู้ประสบเหตุ ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“การพัฒนาศักยภาพของสมาชิก อย่างน้อยต้องอบรมพื้นฟูทักษะ การให้ความรู้ CPR 1 ครั้ง/ปี”

“วางแผนให้มีการ Update ความรู้ให้แก่สมาชิกในเพจ ให้สามารถเข้ามาศึกษาหา ความรู้ได้สม่ำเสมอและต่อเนื่อง”

“ต้องมีการกำหนดคุณสมบัติสมาชิก เช่นต้องผ่านอบรม BLS มีชื่อ slug ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ สามารถใช้ไลน์ได้”

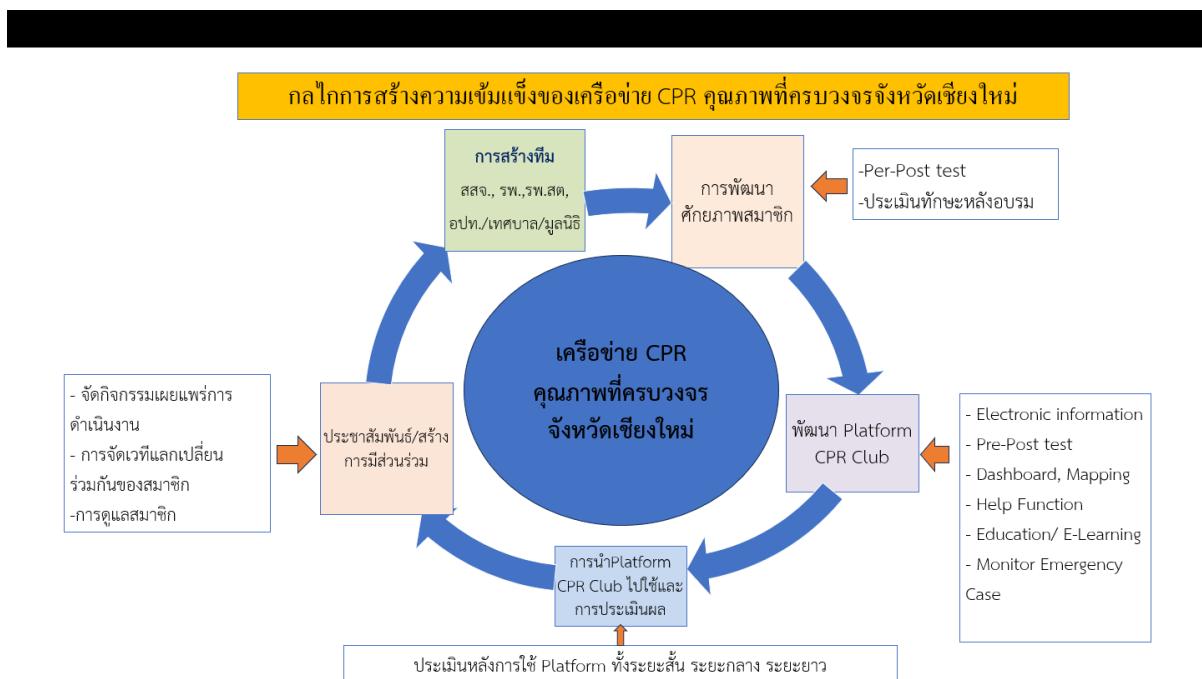
“อย่างให้มีช่องทางติดต่อสื่อสารกันได้สะดวก รวดเร็ว ปรึกษากันได้”

“อย่างให้มีวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญมาช่วยอบรมที่โรงพยาบาล เนื่องจากที่ โรงพยาบาลมีการย้ายงานปอยขาดคนสอน”

“ตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อสื่อสารกันระหว่างสมาชิก แต่ห้ามเขียนหรือส่งข้อมูล หรือรูปภาพที่ ไม่เกี่ยวข้อง การ CPR Club เคารพความคิดเห็น ใช้คำพูดสุภาพ ไม่พัดพิงผู้อื่น ห้ามจำหน่ายสินค้า”

ส่วนที่ 3 กลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานการสร้างเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพของจังหวัดเชียงใหม่ในกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ ทำให้มีผู้ริจัยได้พัฒนากลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วยการดำเนินการ 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การจัดตั้งคณะกรรมการ 2) การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นสมาชิกในเครือข่าย CPR Club 3) การพัฒนา Platform CPR Club และ 4) การประเมินผลและการติดตาม (รูปที่ 2) มีรายละเอียดดังนี้



รูปที่ 2 กลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่

1. การจัดตั้งคณะกรรมการ

การจัดตั้งคณะกรรมการเป็นกลไกแรกที่มีความสำคัญยิ่งในการขับเคลื่อนการทำงานการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินจะมีส่วนช่วยในการผลักดันการดำเนินงานทั้งในส่วนนโยบายและการปฏิบัติในโครงการวิจัยนี้ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการ ประกอบด้วย

1) คณะกรรมการกลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉินจากโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ ครอบคลุมทั้ง 25 อำเภอ โรงพยาบาลละ 1 คน รวมจำนวน 25 คน และผู้ที่รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและบริการแพทย์ฉุกเฉิน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 3 คน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 1 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน 1 คน (เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน) โดยมีบทบาทหน้าที่ในการวางแผนการดำเนินงาน

ประสานงาน ติดตามผลการดำเนินงาน ให้การปรึกษา และร่วมเป็นวิทยากรในการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

2) คณะกรรมการเพื่อพัฒนา Platform CPR Club ประกอบด้วย คณะกรรมการที่รับผิดชอบงานอุปบัติเหตุและบริการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 3 คน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 1 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน 1 คน (เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน) และบุคลากรจากคณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญในการจัดทำ Platform และผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินงานโครงการที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คณะกรรมการนี้มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนา Platform CPR Club ให้มีประสิทธิภาพ

2. การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นสมาชิกในเครือข่าย CPR Club

กิจกรรมนี้เป็นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นสมาชิก CPR Club ที่มีความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โครงการวิจัยนี้ได้แบ่งการจัดอบรมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการช่วยฟื้นคืนชีพเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นการจัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ ระหว่างการพัฒนา Platform CPR Club โดยจัดอบรมในกลุ่มประชากรจำนวน 359 คน ดังนี้

1) อบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูผู้ป่วยในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อเป็นการฟื้นฟูความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานให้แก่ผู้ป่วยในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิฯ และโรงพยาบาล จำนวน 2 รุ่น รวมจำนวน 109 คน

2) อบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (Advanced Cardiovascular Life Support: ACLS) เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หลักสูตร 2 วัน จำนวน 50 คน

3) อบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูการขับรถอย่างปลอดภัยในการขับรถบริการแพทย์ฉุกเฉินและรถพยาบาล หลักสูตร 2 วัน จำนวน 50 คน

4) อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพการกู้ชีพในเครือข่ายภาคประชาชน (กลุ่มพะเสง້) เพื่อให้มีความรู้มีทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจ อัตโนมัติ จำนวน 50 คน

5) อบรมเชิงปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับบุคลากรในคลินิกทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในเขตเมือง จำนวน 2 รุ่น ๆ ละ 50 คน รวมจำนวน 100 คน

ระยะที่ 2 เป็นการจัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ พร้อมกับการนำ Platform CPR Club ไปใช้ในพื้นที่ โดยจัดอบรมในกลุ่มประชากรจำนวน 433 คน ดังนี้

1) อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพการกู้ชีพในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น รวมจำนวน 100 คน

2) อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพการกู้ชีพในเครือข่ายภาคประชาชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน おすม. ประชาชน รวมจำนวน 50 คน

3) อบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูผู้ป่วยในระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 2 รุ่น ๆ ละ 50 คน รวมเป็น 100 คน

4) อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพการรักษาชีพในเครือข่ายภาคประชาชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. ประชาชน รวมจำนวน 50 คน

5) อบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจ อัตโนมัติ จำนวน 133 คน (หน่วยงานภายนอกประสานงานขอวิทยากรในการอบรม และจากโรงพยาบาล ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ที่ขยายผลการนำ Platform CPR Club ไปใช้ในการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน)

3. การพัฒนา Platform CPR Club

ในกิจกรรมนี้เป็นการพัฒนาแพลตฟอร์มที่ใช้ในการสร้างเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อจัดเก็บฐานข้อมูลสมาชิกในระดับจังหวัด การให้ความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพที่ ทันสมัย และการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิก

3.1 แนวทางการพัฒนา Platform CPR Club

โครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ประสานความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแพลตฟอร์มจาก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อร่วมกันออกแบบ Platform CPR Club โดยมีการจัด ประชุมเพื่อพัฒนา Platform CPR Club จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยนำผลข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานการสร้างเครือข่ายการ ช่วยฟื้นคืนชีพของจังหวัดเชียงใหม่ร่วมนำเสนอเพื่อออกแบบ Platform CPR Club โดยข้อสรุปจากที่ประชุม ได้เสนอองค์ประกอบของ Platform CPR Club 12 ประเด็น ดังนี้

1) มีการกำหนดคุณสมบัติของสมาชิก คือ ต้องผ่านการอบรม CPR และสามารถ ฝึก CPR ได้ มีการจัดทำทำเนียบสมาชิก มีการ RUN Number ของสมาชิกตามกลุ่มเป้าหมาย มีข้อมูลเบื้องต้น ของสมาชิก ประกอบด้วย ชื่อ สกุล เลขที่บัตรประชาชน เบอร์โทรศัพท์ ที่อยู่ปัจจุบัน อีเมล์ อายุ การศึกษา อาชีพ ID Line ประวัติการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ

2) ทำสัญลักษณ์ในแผนที่ (Mapping) ดูการกระจายตัวของสมาชิก CPR Club ว่า อยู่ในส่วนไหนของจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อดูการกระจายตัวของสมาชิก เพื่อวางแผนผลักดันรับสมาชิกในพื้นที่ ที่ยังไม่มีความครอบคลุม และทราบโดยเบื้องต้นว่าสมาชิกมีที่อยู่อาศัยในบริเวณไหนบ้าง เพื่อการส่งต่อ ข้อมูลในการรณรงค์ป้ายฉลากเนินที่ต้องได้รับการ CPR

3) มีการส่งข้อมูลข่าวสารการดำเนินงานให้สมาชิกได้รับทราบ ช่องทางการ ติดต่อสื่อสารเครือข่ายในพื้นที่ที่สามารถสื่อสารถึงกันได้ เช่น หากมีเหตุเกิดแล้วเราไม่สามารถไปได้ สามารถประสานอีกคนไปได้ มีไลน์กลุ่มเฉพาะ

4) มีช่องทางแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกลุ่ม

5) มีบริรอง หรือ certificate ให้กับสมาชิกเพื่อกิดความภูมิใจว่าเราเป็นผู้ที่มีจิต อาสาช่วยผู้อื่น อีกประการหนึ่งสามารถเป็น portfolio ของสมาชิก (ความสามารถใช้ประกอบการสมัคร งานได้ ว่าเป็นผู้เสียสละช่วยส่วนรวม)

6) ถ้ามีชุมชนควรมีบัตรประจำตัวสมาชิกเพื่อให้ญาติและผู้เห็นเหตุการณ์เข้มั่นใน ตัวเราว่าผ่านการอบรมทักษะการช่วยเหลือแล้ว มีอาร์มสัญลักษณ์ของสมาชิกกลุ่ม

7) จัดให้มีช่องทางการสื่อสารกับทีมที่ มีการประชุมพบปะสมาชิก เพื่อแลกเปลี่ยน ประสบการณ์การ CPR (สามารถจัดวันเดียวกับพื้นที่ได้ หลายๆ ที่มีประสบการณ์ต่างกัน)

8) มีเลขบัญชีตัวตนทางแอปพลิเคชัน เพื่อการรันตีความถูกต้องมั่นใจในการ ปฏิบัติงาน

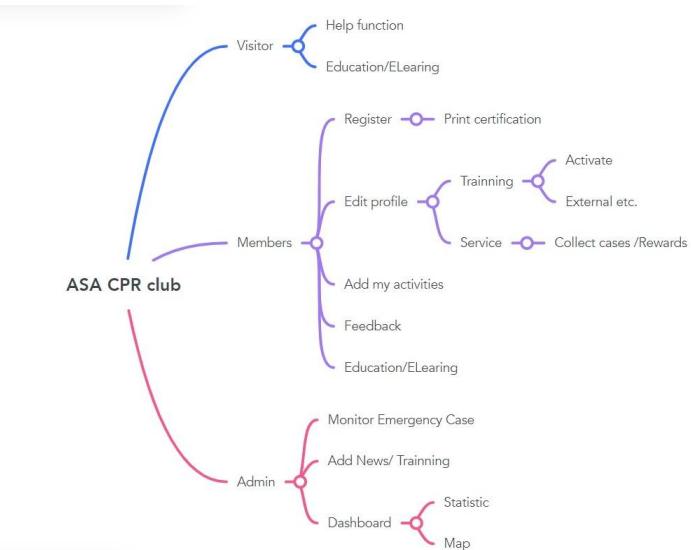
9) เมื่อเป็นสมาชิกควรจะได้รับ สิทธิในการอบรมพื้นฟูทรีทุก 1 ปี เพื่อพัฒนาความรู้และพื้นฟูศักยภาพ มีใบประกาศให้เพื่อการันตีว่าผ่านการอบรมพื้นฟูแล้ว

10) ในเพชร มีกระดูกในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทำ CPR สามารถตอบคำถามให้สมาชิกที่มีข้อสงสัยได้

11) มี Application ที่จะ POP up การแจ้งเตือนที่รวดเร็วทันเวลา

12) มีการสร้างกลุ่มไลน์เพื่อติดต่อสื่อสาร แต่ต้องมีข้อตกลงในการใช้งาน/กติกา มารยาทการเข้ากลุ่ม CPR Club เช่น ห้ามเขียนหรือส่งข้อมูล หรือรูปภาพที่ไม่เกี่ยวข้อง การ CPR Club เคารพความคิดเห็น ใช้คำพูดสุภาพ ไม่พากพิงผู้อื่น ห้ามจำหน่ายสินค้า เป็นต้น

ครั้งที่ 2 ประชุมเพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนา Platform CPR Club ต่อเนื่องจากครั้งที่ 1 โดยที่ประชุมมีมติใช้ชื่อว่า Platform CPR Club คือ “ASA CPR” โดยวางแผนทางการพัฒนาไว้ 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ผู้ดูแลระบบ (Admin) ส่วนที่ 2 สมาชิก (Member) และส่วนที่ 3 ผู้เข้าเยี่ยมชม ทั่วไป (Visitor) โดยกำหนดบทบาทหน้าที่และรายละเอียดของในแต่ละส่วนไว้ดังรูปที่ 3 รวมทั้งมีการกำหนดบทบาทหน้าที่และสิทธิประโยชน์ของผู้ที่ใช้ Platform CPR Club ทั้ง 3 ส่วน ดังแสดงในตารางที่ 2



รูปที่ 3 แสดงบทบาทและหน้าที่ของการพัฒนา Platform CPR Club

ตารางที่ 2 แสดงบทบาทหน้าที่และสิทธิประโยชน์ของผู้ที่ใช้ Platform CPR Club

ส่วนที่	ระดับ	บทบาท หน้าที่ และสิทธิประโยชน์
1	ผู้ดูแลระบบ	<ul style="list-style-type: none"> - กำกับติดตามการแจ้งข่าวสารให้สมาชิกเมื่อมี Emergency Case - ประชาสัมพันธ์ข่าวสารต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่สมาชิก และผู้เข้าเยี่ยมชม - ประชาสัมพันธ์กิจกรรมที่ได้ดำเนินการ - ดูแลระบบการจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพสมาชิก - ดูแล กำกับติดตามความเคลื่อนไหวของหน้า Dashboard (สถิติ, แผนที่)
2	สมาชิก	<ul style="list-style-type: none"> - ลงทะเบียนสมาชิก/สามารถพิมพ์บัตรรับรอง (certification) ได้ - สามารถแก้ไข/เพิ่มเติมข้อมูลของสมาชิกได้ เช่น ประวัติของสมาชิก การเข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภายใน (ผู้ดูแลระบบจัด

ส่วนที่	ระดับ	บทบาท หน้าที่ และสิทธิประโยชน์
		<p>อบรม/ประชุม) และภายนอก (สมาชิกได้รับการพัฒนาศักยภาพจากภายนอก)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทางด้านการให้บริการ เช่น การให้การช่วยเหลือช่วยฟื้นคืนชีพแก่ผู้ประสบเหตุ การเป็นวิทยากรในการอบรมช่วยฟื้นคืนชีพ (สามารถสะสม Case) - สามารถเพิ่มเติมข้อมูลการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของตนเองที่เกี่ยวข้อง - Collect cases/Rewards - สามารถเรียนรู้/ได้รับความรู้ต่าง ๆ ทั้งระบบที่ผู้ดูแลระบบเป็นคนจัดให้ (on site) หรือเรียนรู้ทาง E-Learning
3	ผู้เข้าร่วมชม ทั่วไป	<ul style="list-style-type: none"> -มีระบบการให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้เข้าร่วมชม -สามารถมีช่องทางในการศึกษาทำความรู้ (Education/ E-Learning)

ครั้งที่ 3 ประชุมพิจารณารายละเอียดความครบถ้วนสมบูรณ์ของ Platform CPR Club ก่อนที่จะนำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีการวางแผนกำหนดจำนวนกลุ่มเป้าหมายไว้ จำนวน 250 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการอบรม CPR และกำหนดการอบรมทั้งหมดไว้ จำนวน 5 ครั้ง ทั้งนี้ผู้จัดคัดเลือกพื้นที่เข้าร่วมการอบรม โดยพิจารณาจากความพร้อมและความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการฯ

3.2 Platform CPR Club

Platform CPR Club หรือ ASA CPR ได้พัฒนาในรูปแบบของเว็บไซต์ โดยผู้ใช้งานสามารถสมัครเป็นสมาชิกผ่านทางลิงค์ <https://cm-healthcare.net/ASACPR/auth-login.php> โดยภายใน Platform CPR Club ประกอบด้วย

1) รายละเอียดของสมาชิก ASA CPR ได้แก่ ชื่อ – สกุล เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนประชาชน ที่อยู่ปัจจุบัน เบอร์โทรศัพท์ เลข ID Line อายุ ระดับการศึกษา อชีพปัจจุบัน Email Address ประวัติผ่านการอบรมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (กรณีเป็นกลุ่มวิชาชีพ) สถานที่ปฏิบัติงาน (กรณีเป็นกลุ่มวิชาชีพ) ซึ่งรายละเอียดของสมาชิกสามารถดูได้เฉพาะผู้เป็นเจ้าของประวัติสมาชิกนั้น ๆ และ Admin เท่านั้น ทั้งนี้สมาชิกสามารถแก้ไขข้อมูลได้ด้วยตัวเองถ้ามีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล ให้ข้อมูลปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันได้

2) ข้อมูลการประชาสัมพันธ์ จะเป็นข้อมูลประชาสัมพันธ์กิจกรรมของ ASA CPR เช่น กิจกรรมการจัดอบรม CPR หรือข้อมูลที่ต้องการให้สมาชิกรับทราบ แสดงรายละเอียดของการจัดกิจกรรม รูปภาพ ซึ่งสมาชิกสามารถดูได้ทุกคนเมื่อละเบียนเข้าใช้งานในระบบ เนื่องจากจะปรากฏอยู่ใน Dashboard

3) ข้อมูลการให้การช่วยเหลือ จะเป็นประวัติในการให้การช่วยเหลือของสมาชิก ASA CPR แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ ให้การช่วยเหลือแก่ผู้ประสบเหตุ (ช่วย CPR) ผลลัพธ์จากการช่วย CPR ในวันดังกล่าว เช่น ช่วย CPR และผู้ประสบเหตุเป็นอย่างไร (รอดชีวิต เสียชีวิต หรือไม่ทราบ) และช่วยเป็นวิทยากรในการจัดอบรม CPR สมาชิกสามารถเพิ่มเติมข้อมูลได้ตลอดรายละเอียดในการให้การช่วยเหลือจะถูกบันทึกไว้ในประวัติของแต่ละคน และจะปรากฏอยู่ใน Dashboard เป็นกราฟในภาพรวม

4) ข้อมูลงานอบรม เป็นข้อมูลที่ Admin แจ้งรายละเอียดว่าจะจัดอบรมอะไร วัน เวลา สถานที่ในการจัดอบรม รับสมัครผู้เข้ารับการอบรมได้จำนวนเท่าไหร่

5) แผนที่จำนวนผู้ใช้งานในระบบ เพื่อของการกระจายของสมาชิกว่าอยู่ที่ไหน มีมากน้อยอย่างไร

6) การซื้อมาต่อ Application ในการหาตำแหน่งเครื่อง AED

ทั้งนี้รายละเอียดการสมัครสมาชิกและขั้นตอนการใช้งานในแต่ละเมนู ผู้วิจัยได้จัดทำ เป็นเล่มคู่มือการใช้งาน ดังแสดงในภาคผนวก ๘

4. การประเมินผลและการติดตาม

กิจกรรมนี้ถือเป็นอีกกิจกรรมที่มีความสำคัญยิ่งในการพัฒนากลไกการสร้างความเข้มแข็ง ของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจรให้สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของจังหวัดเชียงใหม่ โดยการ ประเมินผลและการติดตามจะทำให้มีการปรับรูปแบบและวิธีการดำเนินที่เหมาะสมกับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและ พื้นที่นั้น ๆ โครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้มีการประเมินและการติดตามการดำเนินงานดังนี้

4.1 การประเมินความรู้และทักษะของผู้เข้ารับการอบรม CPR

1) การประเมินความรู้การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของผู้เข้ารับการอบรม มีการประเมิน ความรู้ก่อนและหลังการจัดอบรม โดยใช้แบบประเมินความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2) การประเมินทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของผู้เข้ารับการอบรม มีการประเมิน ทักษะโดยให้ทีมวิทยากรประเมินการทำ CPR ของผู้เข้าอบรมภายหลังการจัดอบรม ตามแบบประเมิน ทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

4.2 การประเมินกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนากลไกการสร้างความเข้มแข็งของ เครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร

ผู้วิจัยได้วางแผนการประเมินกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนากลไกการสร้างความ เข้มแข็งของเครือข่าย CPR คุณภาพที่ครบวงจร ประกอบด้วย

1) การให้การสนับสนุนจากหน่วยงานหรือองค์ที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนของโรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2) การมีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะจากผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและภาคี เครือข่ายที่เป็นภารกิจภายในพื้นที่

3) การประสานความร่วมมือกับกลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมการอบรม CPR

4) การอำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่เพื่อจัดอบรม CPR

4.3 การติดตามประเมินผลภายหลังการจัดอบรม CPR

โดยแบ่งการติดตามประเมินผลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) การประเมินผลกระทบ เป็นการประเมินผลทันทีภายหลังจัดอบรม CPR โดยผู้วิจัยมีการติดตามประเมินผล จากจำนวนการใช้ Platform CPR Club ของสมาชิกที่ลงทะเบียนไว้กับ โครงการฯ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนปรับปรุงพัฒนา Platform ดังกล่าว ให้มีความสมบูรณ์และ ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้จำนวนมากที่สุด

2) การประเมินผลกระทบ เป็นการติดตามประเมินผลภายหลังที่ผู้เข้าอบรมผ่าน ไปแล้ว 3 เดือน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ติดตามการเข้าใช้งาน Platform CPR Club ของกลุ่มเป้าหมายตามที่ได้ ลงทะเบียนไว้ภายหลังเข้ารับการอบรม โดยผู้วิจัย ได้ลงเยี่ยมพื้นที่หลังจากที่มีการดำเนินงานตามโครงการฯ จำนวน 3 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเทศบาลที่มีภารกิจภายในพื้นที่

3) การประเมินผลระยะยาว เป็นการติดตามประเมินผลภายหลังที่ผู้เข้าอบรมผ่านไปแล้ว 6 เดือน ถึง 1 ปี โดยผู้วิจัยเป็นผู้ติดตามการเข้าใช้งาน Platform CPR Club ของกลุ่มเป้าหมาย ตามที่ได้ลงทะเบียนไว้ภายหลังเข้ารับการอบรม โดยวางแผนนัดประชุมร่วมกับทีมคณะทำงานในระดับพื้นที่ ทุก 3 เดือน เพื่อร่วมกันสรุปผลการเข้าใช้งาน Platform CPR Club ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจน ข้อเสนอแนะในการเข้าใช้งานของกลุ่มเป้าหมายตามที่ได้ลงทะเบียนไว้ภายหลังเข้ารับการอบรม และ พิจารณาแนวทางในการขยายผลการใช้งาน Platform CPR Club กับประชาชนทั่วไปที่สนใจ

ระยะที่ 2 การดำเนินการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในระยะดำเนินการและประเมินผลแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ ระหว่างการพัฒนา Platform CPR Club จำนวน 359 คน โดยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 89.0) และเพศชาย (ร้อยละ 11.0) กลุ่มตัวอย่างประมาณ 1 ใน 3 มีอายุระหว่าง 21-30 ปี (ร้อยละ 39.55) รองลงมา มีอายุอยู่ระหว่าง 10-20 ปี (ร้อยละ 34.26) และช่วงอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 13.09) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบ การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 74.65) รองลงมา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 13.09) นอกจากนี้พบว่า มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 60.17) รองลงมาคือ พนักงาน/ลูกจ้างทั่วไป (ร้อยละ 24.51) รับราชการ (ร้อยละ 8.36) และธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย (ร้อยละ 3.90) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรม CPR จำแนกตามลักษณะข้อมูล ทั่วไป ($n = 359$)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
ชาย	38	11.0	
หญิง	321	89.0	
อายุ (ปี)			
10 - 20 ปี	123	34.26	
21 - 30 ปี	142	39.55	
31 - 40 ปี	47	13.09	
41 - 50 ปี	22	6.13	
51 - 60 ปี	18	5.01	
61 ปีขึ้นไป	7	1.95	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	5	1.39	
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	3.34	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	47	13.09	
อนุปริญญา/ปวส.	17	4.74	

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาตรี	268	74.65
สูงกว่าปริญญาตรี	10	2.79
อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	216	60.17
พนักงาน/ลูกจ้างทั่วไป	88	24.51
รับราชการ	30	8.36
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	14	3.90
ครู	8	2.23
แม่บ้าน	3	0.84

กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ Platform CPR Club จำนวน 707 คน โดยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มากกว่าครึ่งเป็น เพศหญิง (ร้อยละ 58.42) รองลงมาเป็นเพศชาย (ร้อยละ 41.58) ช่วงอายุสูงสุด 3 อันดับแรกของกลุ่ม ตัวอย่างคือ อายุ 11-20 ปี (ร้อยละ 29.99) รองลงมา อายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 27.30) และอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 19.38) ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างสำเร็จการศึกษาระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 39.32) รองลงมาปริญญาตรี (ร้อยละ 29.70) และมัธยมศึกษา ตอนต้น (ร้อยละ 12.73) ตามลำดับ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการอบรม CPR จำนวนมากที่สุด 3 ลำดับ แรกมีท่ออยู่ปั๊กจุบันที่อำเภอฝาง (ร้อยละ 23.20) รองลงมา อำเภอสันทราย (ร้อยละ 17.26) และอำเภอ สารภี (ร้อยละ 8.06) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ Platform CPR Club จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป ($n = 707$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	294	41.58
หญิง	413	58.42
อายุ (ปี)		
11 - 20 ปี	212	29.99
21 - 30 ปี	103	14.57
31 - 40 ปี	193	27.30
41 - 50 ปี	137	19.38
51 - 60 ปี	39	5.52
61 ปีขึ้นไป	3	0.42
ไม่ระบุอายุ	20	2.83
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	24	3.39
มัธยมศึกษาตอนต้น	90	12.73
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	278	39.32
อนุปริญญา/ปวส.	70	9.90

ชื่อเมืองทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาตรี	210	29.70
สูงกว่าปริญญาตรี	15	2.12
ไม่ระบุ	20	2.83
อาชีพ		
ก่อสร้าง	21	2.97
เกษตรกร	6	0.85
นักเรียน	117	16.55
รับจ้าง/พนักงานจ้าง	331	46.82
ธุรกิจการค้า	191	27.02
ค้าขาย	4	0.57
ธุรกิจส่วนตัว	5	0.71
นักการเมือง	1	0.14
ไม่ระบุ	31	4.38
ที่อยู่ปัจจุบันของครอบครัว		
กัลยาณิวัฒนา	29	4.10
จอมทอง	13	1.84
เชียงดาว	8	1.13
ไชยปราการ	16	2.26
ดอยเต่า	8	1.13
ดอยสะเก็ด	52	7.50
ดอยหล่อ	6	0.85
ฝาง	164	23.20
พร้าว	6	0.85
เมืองเชียงใหม่	38	5.37
แม่แจ่ม	9	1.27
แม่แตง	14	1.98
แม่ริม	12	1.70
แม่วงศ์	5	0.71
แม่օอน	10	1.41
แม่อาย	32	4.53
เวียงแหง	9	1.27
ສະເມີນ	2	0.28
ສັນກຳແພງ	14	1.98
ສັນຫຍາ	122	17.26
ສັນປ່າຕົວ	21	2.97
สารກີ	57	8.06
ทางดง	26	3.68

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อมกอย	19	2.69
อำเภอต่างจังหวัด	10	1.41
合計	4	0.57

ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่

ผลจากการนำกลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ ไปใช้ดำเนินการในพื้นที่ มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงรายละเอียดกิจกรรมและผลการดำเนินการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร

กิจกรรม	ผลการดำเนินการ
1. การจัดตั้งคณะทำงาน	1. มีคณะทำงานสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน 2. มีคณะทำงานเพื่อพัฒนา Platform CPR Club จำนวน 8 คน
2. การจัดอบรมพัฒนา ศักยภาพบุคลากรเพื่อเตรียม ความพร้อมในการเป็น สมาชิกในเครือข่าย CPR Club	มีประชาชนที่เข้าร่วมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ จำนวนรวมทั้งสิ้น 792 คน (ระหว่างการพัฒนา Platform CPR Club จำนวน 359 คน และภายหลัง การพัฒนา Platform CPR Club จำนวน 433 คน) ประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ พนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินและโรงพยาบาล ประสบษ์ บุคลากร ในคลินิกทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในเขตเมือง นักเรียนระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น ผู้นำชุมชน օสม. และคนในชุมชน
3. การพัฒนา Platform CPR Club (Electronic CPR information/ Platform CPR Club)	1. มี Platform CPR Club ของจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้ชื่อว่า ASA CPR 2. มีจำนวนสมาชิกใน Platform CPR Club ทั้งหมด 1,066 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 20 พ.ย. 66) 3. สมาชิกมีทะเบียนเป็น Electronic System ใน Platform CPR Club
4. การประเมินผลและการ ติดตามต่อเนื่อง	1. มีระบบการสื่อสารให้สมาชิกได้รับทราบผ่านทางการประชาสัมพันธ์ใน Platform CPR Club 2. มีกลุ่มไลน์สมาชิกเพื่อสื่อสาร 3. มีกลุ่มไลน์ Admin (เป็น Admin เพื่อแจ้งเหตุเมื่อพบผู้ประสบเหตุที่ต้อง ได้รับการ CPR) 4. Admin มีการติดตามความเคลื่อนไหวของสมาชิก ใน Platform CPR Club และในไลน์กลุ่ม 5. ติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยมีระบบการติดตามจากการ ประชุมผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเนื่องจากบูรณาการการดำเนินงาน ร่วมกับงานการอุปถัติเหตุและบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ระยะที่ 3 การประเมินผล

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ

จากตารางที่ 6-7 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการอบรม CPR กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานพื้นฐานมากกว่าครึ่งอยู่ที่ระดับ 16-20 คะแนน ขณะที่คะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังการอบรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนที่ระดับ 16-20 คะแนน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53.58 เป็นร้อยละ 73.37 โดยคะแนนสูงสุด 20 คะแนน และต่ำสุด 3 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 398 คน ก่อนและหลังการเข้าอบรม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภายหลังเข้ารับการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรม

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับคะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	ก่อนการอบรม (n=433)		หลังอบรม (n=398*)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
0 – 5 คะแนน	8 (1.85)		3 (0.75)	
6 – 10 คะแนน	29 (6.70)		9 (2.26)	
11 – 15 คะแนน	164 (37.88)		94 (23.62)	
16 – 20 คะแนน	232 (53.58)		292 (73.37)	
คะแนนเต็ม 20 คะแนน	(\bar{x} = 15.14, Max=20, Min=0, SD=2.23)		(\bar{x} = 16.65, Max=20, Min=3, SD=2.67)	

*หมายเหตุ จำนวนผู้เข้ารับการอบรม CPR เข้าทำแบบประเมินความรู้หลังการอบรมในระบบอิเล็กทรอนิกส์ของ Platform CPR Club ไม่ครบตามจำนวนที่ทำแบบทดสอบก่อนเข้ารับการอบรมเนื่องจากปัญหาการใช้สัญญาณอินเตอร์เน็ตและบางคนไม่มีสมาร์ทโฟนหรือไม่ได้นำสมาร์ทโฟนมาในวันที่เข้ารับการอบรม จึงมีคนที่ทำแบบทดสอบที่ครบถ้วนทั้งก่อนการอบรมและหลังการอบรมทั้งหมด 398 คน

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ก่อนและหลังการอบรมของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 398$ คน)

ความรู้	ค่าเฉลี่ย คะแนน	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของ ความต่าง	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของ ความต่าง	t	p-value
ก่อนอบรม	15.33	3.21	-1.53	2.95	-10.35	.000
หลังอบรม	16.87	2.31				

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถสาธิตย้อนกลับการทำ CPR ได้ถูกต้องในครั้งแรก จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 62.0 และสาธิตย้อนกลับการทำ CPR ได้ถูกต้องในครั้งที่ 2 จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 38.0

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผลการผ่านการประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ($n = 250$)

การประเมิน	จำนวนผู้ที่ผ่านการประเมิน ครั้งที่ 1	จำนวนผู้ที่ผ่านการประเมิน ครั้งที่ 2
	154 (ร้อยละ 62.0)	96 (ร้อยละ 38.0)
ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน		

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรคในการใช้ Platform CPR Club

ผู้วิจัยได้ทำการประเมินการใช้ Platform CPR Club ภายหลังจากที่ได้นำไปใช้จริงในพื้นที่โดยสรุป ปัญหาและอุปสรรคในการใช้งานตามระเบียบดำเนินการโครงการฯ ดังนี้

1. ระยะเริ่มแรกที่นำ Platform CPR Club ไปใช้ครั้งแรก กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนทั่วไป ซึ่งการเข้าใช้ระบบ Platform CPR Club ต้องทำใน Smart Phone และมีสัญญาณคลื่นโทรศัพท์ที่รองรับ ทำให้การใช้ครั้งแรกผู้สมัครบางส่วนไม่สามารถเข้าระบบได้ เนื่องจากไม่มีสัญญาณคลื่นโทรศัพท์ เพราะมาอบรม CPR นอกสถานที่ ผู้สมัครบางคนโทรศัพท์ไม่รองรับระบบ การเข้าระบบโดย Scan QR Code ผู้สมัครส่วนใหญ่ลงทะเบียนสมัครเข้าเป็นสมาชิกแล้ว หลังจากนั้นถ้าเข้าระบบอีกครั้งไม่สามารถเข้าได้เนื่องจากลืมรหัสผ่านที่ตนเองกำหนดไว้ บางครั้งกรณีรหัสผ่านผิดพลาดก็ทำให้ไม่สามารถเข้าระบบได้ และจากการสอบถามผู้สมัครได้รับคำตอบว่า การเข้าระบบเข้าค่อนข้างยาก ต้องใช้เวลา จำกัดรหัสผ่านของตนเองไม่ได้ และจากการสังเกตของผู้วิจัยสิ่งที่เป็นปัจจัยอีกอย่างหนึ่งอาจเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายไม่มีความชำนาญในการใช้ Smart phone

2. การสมัครสมาชิก CPR Club ในกลุ่มที่ดำเนินการสมัครในวันที่อบรม CPR ถ้าเป็นกลุ่มเป้าหมายในการอบรมมีกลุ่มใหญ่ จะทำให้ใช้เวลาค่อนข้างนาน Admin ต้องใช้เวลาในการตรวจสอบรหัสเข้าระบบ ให้กับผู้สมัครที่มาสอบตามเนื่องจากลืมรหัส เข้าระบบไม่ได้

3. การเข้าใช้ Platform CPR Club ครั้งแรก ผู้เข้าอบรมต้องทำการสมัครเป็นสมาชิกก่อน แต่จะสมัครแค่ครั้งเดียว หลังจากนั้นก็สามารถเข้าใช้ระบบได้ โดยกรอก Username และ Password ที่ได้ทำการสมัครไว้ในครั้งแรก ซึ่งการเข้าระบบใหม่ทุกครั้งต้อง Scan QR Code หรือ กดลิงค์ที่ Admin จัดทำไว้ให้ถ้าผู้สมัครไม่ได้บันทึก QR Code เก็บไว้ หรือบันทึกลิงค์ไว้ก็จะเข้าระบบไม่ได้ ทำให้เป็นอุปสรรคในการเข้าใช้ครั้งต่อไปและความขาดความต่อเนื่องในการใช้ Platform CPR Club ของสมาชิก อย่างไรก็ตาม Platform CPR Club ในระยะนี้ยังไม่สามารถเชื่อมข้อมูลเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ต้องการความช่วยเหลือในการ CPR ที่สมาชิกสามารถรับทราบได้ทันที เนื่องจากยังไม่มีระบบแจ้งเตือน

หลังจากที่ทราบปัญหาอุปสรรคในการใช้ Platform CPR Club ผู้วิจัยได้มีแนวทางการแก้ปัญหาดังนี้

1. จัดทำคู่มือบอกขั้นตอนในการสมัครสมาชิก CPR Club โดยใช้ Platform CPR Club การเข้าระบบโดยทำคู่มือที่มีรายละเอียดขั้นตอน และภาพประกอบเพื่อให้สมาชิกสามารถเข้าใจได้ง่าย

2. จัดทำช่องทางในการเข้าถึง Platform CPR Club หลาย ๆ ช่องทาง เช่น QR Code หรือ Link ในกลุ่มไลน์ การประชาสัมพันธ์ในช่องทางต่างๆ

3. แนะนำให้สมาชิก ลิงค์ Platform CPR Club เป็น Icon บนหน้าจอโทรศัพท์เพื่อความสะดวกในการเข้าใช้ครั้งต่อไป โดยผู้วิจัยได้จัดทำขั้นตอนไว้ ทั้งในระบบ Android และ ระบบ IOS

4. ในกรณีที่มีการรับสมัครสมาชิกพร้อมกับการอบรม CPR ถ้าผู้เข้ารับการอบรมเป็นกลุ่มใหญ่ก่อน การอบรม 1 วันส่งคูมีอัตราขั้นตอนการสมัครให้ผู้อบรมศึกษา ก่อนล่วงหน้า ก่อนอบรม

5. ประชาสัมพันธ์และประสานทางกลุ่มไลน์ การประชุม การอบรม / กระตุ้นให้เกิดการติดตาม Platform CPR Club และการลงข้อมูลการช่วยเหลือ

ส่วนที่ 4 ความเป็นไปได้ในการใช้ Platform CPR Club

จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ Platform CPR Club จำนวน 25 คน พบระดับเดียวเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการใช้ Platform CPR Club ตามประเด็นดังต่อไปนี้

1. ความยากง่ายในการใช้ Platform CPR Club: การเข้าใช้งานในระบบ ถ้าเข้าใช้ในครั้งแรก พร้อมกับผู้วิจัยก็สามารถทำได้จ่าย เข้าถึงได้ แต่ถ้าเข้าใช้หลังจากนั้นเข้าได้ยาก เนื่องจากไม่ได้บันทึก QR Code หรือ ลิงค์ที่เข้าระบบไว้ และบางครั้งจำรหัสผ่านไม่ได้ เป็นต้น

2. ความชัดเจนของเนื้อหา Platform CPR Club: เนื้อหา มีความชัดเจน อ่านเข้าใจได้จ่าย ไม่ซับซ้อน สามารถเปลี่ยนแปลงและเพิ่มเติมประวัติของตนเองให้เป็นปัจจุบัน การแก้ไขที่ถูกต้องได้

3. ความเหมาะสมของสื่อที่ใช้ใน Platform CPR Club: สื่อมีความเหมาะสมและ เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน เข้าใจง่าย มีรูปภาพในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

4. การนำไปใช้ประโยชน์ของ Platform CPR Club: สามารถดูประวัติของตนเองได้ โดยเฉพาะประวัติการให้การช่วยเหลือ เช่นการเป็นวิทยากร หรือการช่วย CPR ติดตามการจัดอบรมต่าง ๆ การค้นหาเครื่อง AED ทราบคะแนนก่อนและหลังการอบรมของตนเอง

5. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการพัฒนา Platform CPR Club: อยากให้มีข้อมูล ประชาสัมพันธ์ความรู้ที่หลากหลาย เป็นปัจจุบัน มีระบบการแจ้งเตือนการขอความช่วยเหลือในการทำ CPR ที่รวดเร็วและหลายช่องทาง ซึ่งผู้วิจัยได้นำปัญหาอุปสรรคที่ได้มาปรับปรุงพัฒนา แก้ไขปัญหา

หลังจากการใช้เป็นระยะเวลา 3 เดือนได้ประเมินผลการใช้อีกครั้งจากข้อมูลการใช้ Platform CPR Club ของสมาชิก พบร่วมกับ ภาคี ที่มีการสมัครเพิ่มขึ้น มีข้อมูลการให้การช่วยเหลือ และข้อมูลการเป็นวิทยากรอบรม CPR ความเป็นไปได้ในการนำ Platform CPR Club ไปใช้และพัฒนาให้เกิดความต่อเนื่อง ยั่งยืน โดยระยะเวลาดังกล่าวได้มีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลจัดอบรม CPR และได้นำ Platform CPR Club ไปใช้ ซึ่งได้รับประโยชน์จากการใช้ Platform CPR Club เช่น มีข้อมูลของผู้เข้ารับการอบรมในระบบ Electronic สามารถขอข้อมูลเพื่อทำสำเนียบผู้ที่เคยผ่านการอบรม และมีข้อมูลในการติดต่อกลับได้ มีแบบทดสอบก่อนและหลังการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งผู้ทำแบบทดสอบสามารถรับทราบคะแนนของตนเองได้ และมีข้อมูลอยู่ในระบบ Electronic ใน Platform CPR Club สามารถเชื่อมต่อกับการค้นหาตำแหน่งของ AED ได้เป็นต้น และมีการบูรณาการการใช้ Platform CPR Club ในดำเนินงานของงานอุบัติเหตุและบริการแพทย์ฉุกเฉินสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งทำให้เชื่อว่าจะมีการนำไปใช้ได้จริงและมีความต่อเนื่องยั่งยืนต่อไป

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการศึกษา

การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 กระบวนการในการพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ มีขั้นตอนดังนี้ 1) ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเครือข่าย CPR ที่มีคุณภาพ 2) ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานการสร้างเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพของจังหวัดเชียงใหม่ในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉินและสมาชิกมูลนิธิคุณภาพกู้ภัยจำนวน 30 คน และ 3) นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์และจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาออกแบบกลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย CPR คุณภาพที่ครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ ก่อประดับยกระดับตั้งคณะทำงานเพื่อร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน จัดการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นสมาชิกในเครือข่าย CPR Club พัฒนา Platform CPR Club เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนเครือข่าย CPR Club และวางระบบประเมินผลและการติดตามระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ เป็นการนำกลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,066 คน และระยะที่ 3 ระยะประเมินผล โดยประเมินความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง และประเมินความเป็นไปได้ในการใช้ Platform CPR Club เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวคิดการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามประเมินความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และแนวคิดการประเมินความเป็นไปได้ในการใช้ Platform CPR Club มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสอบถามประเมินความเป็นไปได้ในการใช้ Platform CPR Club ด้วยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ มีการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานด้วยสถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติการทดสอบที่แบบกลุ่มสัมพันธ์ (Paired Sample T-test) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ก่อนและหลังการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ผลการศึกษา พบร่วม

1. กลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วยการดำเนินการ 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การจัดตั้งคณะทำงาน 2) การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นสมาชิกในเครือข่าย CPR Club 3) การพัฒนา Platform CPR Club และ 4) การประเมินผลและการติดตาม

2. ก่อนการอบรม CPR กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมากกว่าครึ่งอยู่ที่ระดับ 16-20 คะแนน ขณะที่คะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังการอบรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนที่ระดับ 16-20 คะแนน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53.58 เป็นร้อยละ 73.37 โดยคะแนนสูงสุด 20 คะแนน และต่ำสุด 3 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ก่อนและหลังการเข้าอบรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภายหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.35, p < 0.01$)

3. กลุ่มตัวอย่างสามารถสามารถอ่อนกลับการทำ CPR ได้ถูกต้องในครั้งแรก จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 62.0 และสามารถอ่อนกลับการทำ CPR ได้ถูกต้องในครั้งที่ 2 จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 38.0

4. ปัญหาอุปสรรคในการใช้ Platform CPR Club เริ่มแรกสมาชิกที่สมัครแสดงความคิดเห็นว่า เข้าระบบเข้าค่อนข้างยาก ต้องใช้เวลา จำกัดส่วนของตนเองไม่ได้ ซึ่งต้องใช้ความชำนาญในการใช้ Smart phone การเข้าใช้ Platform CPR Club ครั้งแรกต้องทำการสมัครเป็นสมาชิกก่อน แต่จะสมัครแค่ครั้งเดียว หลังจากนั้นสามารถเข้าใช้ระบบได้ โดยกรอก Username และ Password ที่ได้ทำการสมัครไว้ในครั้งแรก ซึ่งการเข้าระบบใหม่ทุกครั้งต้อง Scan QR Code หรือ กดลิงค์ที่ Admin จัดทำไว้ให้ ถ้าผู้สมัครไม่ได้บันทึก QR Code เก็บไว้ หรือบันทึกลิงค์ไว้ก็จะเข้าระบบไม่ได้ ทำให้เป็นอุปสรรคในการเข้าใช้ครั้งต่อไป และความขาดความต่อเนื่องในการใช้ Platform CPR Club ของสมาชิก

5. Platform CPR Club ในระยะนี้ยังไม่สามารถมีการเชื่อมข้อมูลเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ต้องการความช่วยเหลือในการ CPR ที่สามารถรับทราบได้ทันที (ยังไม่มีระบบแจ้งเตือน) แต่ทั้งนี้มีความเป็นไปได้ในการ Platform CPR Club ไปใช้และความต่อเนื่องยังยืน เพราะการใช้ Platform CPR Club มีข้อมูลของผู้เข้ารับการอบรมในระบบ Electronic สามารถขอข้อมูลเพื่อทำทำเนียบผู้ที่เคยผ่านการอบรม และมีข้อมูลในการติดต่อกลับได้ มีแบบทดสอบก่อนและหลังการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งผู้ทำแบบทดสอบสามารถรับทราบคะแนนของตนเองได้ และมีข้อมูลอยู่ในระบบ Electronic ใน Platform CPR Club สามารถเชื่อมต่อกับการค้นหาตำแหน่งของ AED ได้เป็นต้น และมีการบูรณาการการใช้ Platform CPR Club ในดำเนินงานของงานอุบัติเหตุและบริการแพทย์ฉุกเฉินสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงใหม่ ซึ่งทำให้เขื่อว่าจะมีการนำไปใช้ได้จริงและมีความต่อเนื่องยังยืนต่อไป

2. บทสรุปส่งท้าย ปัจจัยความสำเร็จของการ

การประสบผลสำเร็จของการพัฒนากลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ ครั้งนี้ เป็นการทำงานร่วมกันในลักษณะของหุ้นส่วน โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ระหว่างทีมวิจัย ทีมสุขภาพในระดับพื้นที่ และภาคีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยนำไปสู่ความสำเร็จในครั้งนี้ คือ

1. การทำงานร่วมกันโดยบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของภาครัฐและเอกชน ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพ

2. มีการเสริมสร้างศักยภาพของกลุ่มเป้าหมาย โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ให้กับประชาชนทั่วไปที่สนใจหลากหลายกลุ่ม ทั้งประชาชนทั่วไป วัยทำงาน เยาวชนวัยรุ่น นักเรียน นักศึกษา ให้มีความรู้และทักษะการทำ CPR เพื่อนำไปขยายผลถ่ายทอดความรู้ให้กับคนอื่นๆ ต่อไป โดยลักษณะการจัดการอบรม CPR ใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (adult learning) โดยให้ผู้เข้าอบรมได้ลงมือทดลองปฏิบัติตัวอย่าง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการทำ CPR ในสถานการณ์จริงต่อไป

3. การมีข้อตกลงและตั้งเป้าหมายความสำเร็จร่วมกัน ของทีมคณะกรรมการช่วยกับทีมคณะกรรมการพื้นที่ มีการเปิดให้รับฟัง สะท้อนความคิดเห็นและนำไปสู่แนวทางการพัฒนากลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่อย่างเป็นรูปธรรม

4. การบริหารจัดการและผลประโยชน์ร่วมกันของทีมคณะกรรมการช่วยกับทีมคณะกรรมการพื้นที่ที่เป็นตัวแทนจากทุกโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ มีการวางแผนบริหารจัดการร่วมกัน และกำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการร่วมกันตามลักษณะปัญหาและความต้องการตามบริบทของพื้นที่

5. ความเต็มใจในการทำงานร่วมกัน ของทีมคณะผู้วิจัย ทีมคณะทำงานพื้นที่ ทั้งทีมผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ ทีมผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ ที่เข้าร่วมโครงการตั้งแต่เริ่มต้นโครงการจนสิ้นสุดโครงการ และสามารถนำไปขยายผลต่อในพื้นที่ได้ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการ

6. ความเป็นเจ้าของในงานและองค์กรชุมชนเพื่อร่วมพัฒนากลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยเหลือพื้นที่น้ำดีซึ่งแบบครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ ทีมผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ จำกัดทุกโรงพยาบาลและตัวแทนสมาชิกมูลนิธิชีพกู้ภัยของจังหวัดเชียงใหม่ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานการแพทย์ฉุกเฉินและมีความตระหนักรهنความสำคัญของการช่วยเหลือพื้นที่น้ำดีซึ่งให้กับประชาชนทั่วไปทุกกลุ่มวัย

7. ประชาชนที่เข้าร่วมการอบรมทำ CPR ตระหนักถึงความเสี่ยงอันตรายกรณีเกิดเหตุการณ์หัวใจหยุดเต้นและการทำ CPR เพื่อช่วยเหลือชีวิต รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สมาชิกมูลนิธิชีพกู้ภัยของจังหวัดเชียงใหม่ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการฯ ด้วยดีตลอดมา ภายใต้การบูรณาการการทำงานร่วมกันของหน่วยงานต่างๆ กำหนดแผนการดำเนินงานของหน่วยงานในการทำ CPR ในระยะยาวต่อไป

8. การถ่ายทอดความรู้ เพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการอบรมการทำ CPR จากโครงการฯ มีการขยายผลออกต่อให้กับสมาชิกในครอบครัวและประชาชนในชุมชนของตนเอง เพื่อให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยเหลือพื้นที่น้ำดีซึ่งเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการอบรมด้วยกันเอง

3. ข้อเสนอแนะต่อการทำงานขับเคลื่อนในอนาคตเพื่อความยั่งยืน

1. ส่งเสริมให้มีการดำเนินการในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยทำงานในลักษณะภาคีเครือข่าย ระหว่าง

สถาบันการศึกษา (ภาควิชาศึกษา) สถานบริการสุขภาพ มูลนิธิชีพกู้ภัยของจังหวัดเชียงใหม่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ภาครัฐ) และตัวแทนภาคประชาชน

2. การนำใช้ Platform CPR Club เพื่อเป็นระบบฐานข้อมูลของสมาชิกที่ผ่านการอบรมและติดตาม

อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปวางแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับการณ์ปัญหาและความต้องการของทีมพื้นที่ในระยะยาว

3. การผลักดันภาระการช่วยเหลือพื้นที่น้ำดีซึ่งเบื้องต้นให้เป็นข้อตกลงร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในระดับพื้นที่และระดับจังหวัด เพื่อบูรณาการทำงานร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม

4. การดำเนินการระยะต้น หนุนเสริมและติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพของแกนนำที่ผ่านการอบรม CPR มีการเสริมแรงและให้การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

5. การจัดเวทีอบรม CPR และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อแบ่งปันประสบการณ์ เพื่อถ่ายทอดออกต่อให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย ให้เกิดภาคีเครือข่ายการทำงานร่วมกันของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

6. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีองค์ความรู้ด้านงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับบุคลากรในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลของผู้ที่ผ่านการอบรม CPR ทุกโรงพยาบาลและภาพรวมของจังหวัด

เชียงใหม่ ครอบคลุมตั้งแต่ระดับจังหวัดจนถึงระดับชุมชนให้เป็นรูปธรรมและมีการนำใช้ข้อมูล Platform CPR Club ไปยังทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

4. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. สนับสนุนให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง นำกลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย CPR ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสมรรถนะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับอื่น เพื่อให้มีสมรรถนะการให้ บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดีและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย CPR มีประสิทธิภาพได้จำเป็นต้องให้สมาชิกกลุ่มมีการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลา ควรทำการติดตามและจัดกิจกรรมเพื่อให้ สมาชิก CPR Club มีโอกาสสรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และแนวปฏิบัติงานที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน ตลอดจนจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างสมาชิก เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญของ การส่งเสริมสมรรถนะของสมาชิก

3. จากผลการวิจัย สามารถนำไปเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้กับผู้บริหารองค์กรหรือหน่วยงาน

ทั้งโรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น มนต์นิธิภูมิภักดีของจังหวัดเชียงใหม่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำกลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย CPR บรรจุไว้เป็นนโยบายของหน่วยงานและนำไปสู่แผนการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

5. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาติดตามผลของการพัฒนากลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย

CPR คุณภาพที่ครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการประเมินความคงอยู่ และความยั่งยืน ต่อเนื่องของเครือข่าย

2. ควรมีการเพิ่มช่องทางในการเข้าถึง Platform CPR Club ในหลาย ๆ ช่องทาง และให้ง่ายต่อการเข้าถึงในกลุ่มสมาชิกทุกระดับ

3. ควรมีการเพิ่มระบบในการแจ้งเตือนเมื่อมีเหตุการณ์ที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพให้แก่ สมาชิก ที่สามารถรับทราบข้อมูลที่รวดเร็ว ทันท่วงที เพื่อการช่วยเหลือที่ทันท่วงที

4. ควรมีการจัดประชุมหรือการพบปะสมาชิกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อแลกเปลี่ยนการดำเนินงาน และเปลี่ยนความคิดเห็นในการพัฒนาเครือข่าย CPR Club จังหวัดเชียงใหม่

เอกสารอ้างอิง

- กรณีการ ทสะสังคินทร์. (2564). การสร้างเครือข่าย (Networking). วารสารวิชาการแพทย์และสารสนเทศสุขภาพที่ 3, 18 (3), 22-33.
- เกียรติพงษ์ อุดมธนาธีระ. (2563). คู่มือการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและเครื่องชือกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (เออีดี: AED) สำหรับประชาชน พ.ศ.2559. สืบค้นจาก <http://www.iok2u.com>
- คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2562). การช่วยพื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน. ปัญญา米ตรการพิมพ์; กรุงเทพฯ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ งานอุบัติเหตุและบริการแพทย์ฉุกเฉิน. (2565). สรุปผลการดำเนินงานอุบัติเหตุและบริการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเชียงใหม่.
- ชุมพูนุท แสงพานิชย์. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการช่วยพื้นคืนชีพผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ณ จุด เกิดเหตุ โดยศูนย์ภูชีฟโรงพยายาบาลอุตรดิตถ์.
- วารสารวิทยาลัยພยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์, ฉบับพิเศษ, 85-96.
- ธนากรณ์ แสงสว่าง, วีระวัฒน์ เรียมประisan และ ไชยพร ยุกเช่น. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการช่วยพื้นคืนชีพผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลภัยในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลหน่องคำย. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 2 (1), 28-36.
- ธีรากรณ์ ฉายาณิพงศ์. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการช่วยพื้นคืนชีพ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภาปี จังหวัดอุตรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยายาบาลอุตรธานี, 30(1), 58-67.
- บรรจง กาวิละมูล. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนตำบลบ่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์.
- บัวบาน ปักการะโต. (2564). การพัฒนารูปแบบการช่วยพื้นคืนชีพแบบสัญจรโรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 1 (2), 134-145.
- ประภา บุตรตี๊ะ. (2564). รายงานวิจัยโครงการการขยายรูปแบบพัฒนาศักยภาพชุมชนในการช่วยพื้นคืนชีพเบื้องต้นในพื้นที่อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. บริษัทสยามพิมพ์นานา; เชียงใหม่.
- พพิชญา พิเชษฐบุญเกียรติ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการลดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงรายประจำที่. เชียงรายเวชสาร, 13 (1), 43-57.
- ปีนันธ์ เหลืองพิทักษ์. (2566). รูปแบบการเสริมสร้างเครือข่ายสุขภาวะของพระอาทิตย์สมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) ในจังหวัดลำพูน. วารสาร มจร. หริภุญชัยบริหารคณ, 7 (2), 34-45.
- ประจวบ แหลมหลัก และคณะ (2563). รูปแบบการดูแลสุขภาพโดยสหสาขาวิชาชีพในตำบลชุมชน อำเภอปง จังหวัดพะเยา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 6 (3), 185-195.
- พรพิพย์ จอกกระจาด, วاسนา สายเสมอ, จุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล และกรเกล้า รัตนชาญกร. (2563). การช่วยชีวิตผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นภายในอกโรงพยาบาล. วารสารมหาวิทยาลัยคริสตีียน, 26(2), 113-124.
- พรธนาวัช ör ร่ามเรือง, กรองกาญจน์ สุธรรม, บัว วิทย ชำนาญกุล, วีรพล แก้วแบงจันทร์, วิพุธ เล้าสุขครี, รั้ดเกล้า สายหาราย, และปริญญา เทียนวิบูลย์. (2554). การลดชีวิตของผู้บาดเจ็บหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการช่วยเหลือดูแลรักษาโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.

- สงขลานครินทร์เวชสาร, 29 (1), 43-50.
- เพ็ญพักตร์ ไชยสองเมือง, จัจกเณร์ เพรখา. (2561). ผลของโปรแกรมการสอนการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพยาบาลและสาธารณสุข, 28(2), 118-132.
- ไฟรินทร์ พัสดุ และคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล: การบททวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 1 (2), 184-197.
- รัชนิกร อินทเชื่อ. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการสร้างเครือข่ายการจัดการศึกษาของโรงพยาบาลผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์รัฐประสาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐประสาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- วงศ์สันต์ ลิ่มสุริยภานต์. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 8(1), 16-23.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน. (2562). แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2564. สืบค้นจาก https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/256112221455_GWJdMn5ejp3gVAdc.pdf
- สุปรานี พลรณะ และคณะ. (2565). การพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยในยุคชีวิตวิถีใหม่. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ศูนย์วิทยาการกรมแพทย์ทหารเรือ.
- แสงหล้า พลนก. (ม.ป.ป.). บทเรียนปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ. สืบค้นจาก <http://www.nurse.nu.ac.th/web11/E-learning/FirstAid/cai/cpr011.html>
- American Heart Association. (2020). *Cardiac arrest/causes-of-cardiac-arrest*. สืบค้นจาก <https://www.heart.org/en/health-topics/>
- American Heart Association. (2010). Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. 122 (18), 640-656.
- Lippincott Williams & Wilkins. Myat A, Song KJ, Rea T. (2018). Out-of-hospital cardiac arrest: current concepts. *Lancet*, 391 (10), 970-979.
- Meaney PA, Bobrow BJ, Mancini ME, Christenson J, de Caen AR, Bhanji F, et al. (2013). Cardiopulmonary resuscitation quality: improving cardiac resuscitation outcomes both inside and outside the hospital: a consensus statement from the American Heart Association, 128(4), 417-435.
- McNally B, Robb R, Mehta M, Vellano K, Valderrama AL, Yoon PW, et al. (2011). Out-of-hospital cardiac arrest surveillance - Cardiac Arrest Registry to Enhance Survival (CARES), *United States of MMWR Surveill Summ*, 60(8), 1-19.
- Sasson C, Rogers MA, Dahl J, Kellermann AL. (2010). Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 3(1), 163-181.

Travers AH, Rea TD, Bobrow BJ, Edelson DP, Berg RA, Sayre MR, et al. (2010). *Part 4: CPR overview: American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care*, 122(18), 676-84.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เอกสารรับรองการวิจัย



REC No. CM 15/2566

คณะกรรมการจิริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่ ๑๐ ถนนสุเทพ ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โทร.๐๕๓-๙๑๑-๐๔๔-๕๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัยแบบเร็ว

คณะกรรมการจิริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจิริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : การพัฒนากลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย CPR คุณภาพที่ครบวงจร จังหวัดเชียงใหม่

เลขที่โครงการวิจัย : ๕๑/๒๕๖๖

สังกัดหน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

วิธีทบทวนแบบเร็ว

รายงานความก้าวหน้า ภายในวันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๗

เอกสารรับรอง

๑. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจิริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
๒. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์
๓. แบบใบอนุญาตให้ทำการวิจัยจากผู้รับการวิจัย
๔. แบบบันทึกข้อมูล
๕. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง ๑๘ กันยายน ๒๕๖๖

วันหมดอายุ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๗

ลงนาม.....

(นางพัชราภา คงทิพันธ์)
ประธานคณะกรรมการจิริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ลำดับ	ชื่อ	สกุล	ตำแหน่ง	สถานที่ปฏิบัติงาน
1	ผศ.ดร.อนันธ์	วิสุทธิ์ธนาณนท์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2	พญ.ทัยรัตน์	จันทรพรหมกุล	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลนครพิงค์
3	น.ส.พรรษวรรณ	สายחר่าย	พยาบาลวิชาชีพ (ผู้ตรวจการพยาบาล)	โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่

ภาคผนวก ค
แนวคำถามสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์กลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย CPR
คุณภาพที่ครบวงจร

แนวคำถามในการสนทนากลุ่มการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย CPR คุณภาพที่ครบวงจร ดังต่อไปนี้

1. ปีที่ผ่านมาหน่วยงานของท่านมีนโยบาย/แผนการดำเนินงานเกี่ยวกับการอบรม CPR อย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบงาน และมีผู้รับผิดชอบงานเพียงพอหรือไม่ ผู้บริหารให้การสนับสนุนในการจัดอบรม CPR หรือไม่อย่างไร

2. ปีที่ผ่านมาหน่วยงานของท่านได้จัดอบรม CPR จำนวนกี่ครั้ง (โดยประมาณ)

3. กลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับอบรมเป็นครัวบ้าง

4. ในการอบรมได้ทำการประเมินผลก่อนหลังการอบรมหรือไม่อย่างไร (ทดสอบความรู้/การสังเกต เป็นต้น)

5. เมื่ออบรมเสร็จสิ้นได้มีฐานข้อมูลผู้เข้าอบรมหรือไม่อย่างไร สามารถติดต่อกลับผู้เข้ารับการอบรมได้หรือไม่อย่างไร

6. มีการอบรมพื้นฟูให้กลุ่มเป้าหมายที่เคยผ่านการอบรมหรือไม่ อย่างไร (ถ้ามี เพราะอะไร การพื้นฟูเนื้อหา เป็นอย่างไร แตกต่างจากอบรมครั้งแรกอย่างไร ถ้าไม่มี เพราะอะไร)

7. ปัญหาอุปสรรคในการอบรม CPR ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร (สอบถามรายละเอียดทางด้านนโยบาย/แผนงาน บุคลากร ทรัพยากร งบประมาณ การมีส่วนร่วมของหน่วยงานอื่น ๆ)

8. ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรที่จะสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย CPR คุณภาพที่ครบวงจรในพื้นที่ (สมาชิกกลุ่มต้องมีคุณสมบัติอย่างไร ต้องขอข้อมูลอะไรบ้าง ช่องทางการติดต่อกันอย่างไร การออกแบบ กำหนดเงื่อนไขอย่างไรให้ต่อเนื่อง ฯลฯ)

ภาคผนวก ง
แบบสอบถามประเมินความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: ขอความกรุณารอกรับข้อมูลให้ตรงกับความเป็นจริง (ข้อมูลนี้สามารถเห็นข้อมูลได้เฉพาะสมาชิกผู้ที่ให้ข้อมูลเท่านั้น) และเมื่อสมัครเป็นสมาชิกแล้ว สมาชิกสามารถเข้าไปแก้ไขข้อมูลให้เป็นปัจจุบันได้ด้วยตัวท่านเองได้

1. ชื่อ – สกุล

.....
.....
.....

2. เลขบัตรประชาชน..(ข้อมูลนี้สามารถเห็นได้เฉพาะบุคคลผู้ให้ข้อมูล และได้รับการยินยอมจากบุคคลนั้น แล้ว ข้อมูลนี้มีความจำเป็นในการใช้เชื่อมต่อข้อมูลระบบอื่นเพื่อพัฒนา Platform)

.....
.....
.....

3. ที่อยู่ปัจจุบัน

.....
.....
.....

4. เบอร์โทรศัพท์

.....
.....
.....

5. ID LINE

.....
.....
.....

6. อายุ

.....
.....
.....

7. ระดับการศึกษา

ทำเครื่องหมายเพียง 1 ข้อ

- () ประถมศึกษา
- () มัธยมศึกษาตอนต้น
- () มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
- () อนุปริญญา/ปวส.
- () ปริญญาตรี
- () สูงกว่าปริญญาตรี

8. อาชีพปัจจุบัน

.....
.....

9. Email Address

.....
.....

10. ประวัติผ่านการอบรมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ

.....
.....

11. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (กรณีเป็นกลุ่mvิชาชีพ)

.....
.....

12. สถานที่ปฏิบัติงาน (กรณีเป็นกลุ่mvิชาชีพ)

.....
.....

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

คำชี้แจง จงเลือกคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว และให้ทำเครื่องหมาย (x) ลงในกระดาษคำตอบ

1. กรณีใดจัดเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน

ก. นายบุญเชิญ มีอาการปวดท้อง นอนไม่หลับ

ข. นายบุญเชย มีอาการหายใจเหนื่อย นอนرابไม่ได้

ค. นายบุญช่วย ถูกลิงกัดที่นิ้วก้อยมือขวามาแล้ว 2 วัน

ง. นายบุญชู เป็นอัมพาตมา 1 ปี มีแผลที่ก้น วันนี้หมอนัดให้ไปตรวจที่โรงพยาบาล

คำตอบที่ถูกต้องคือข้อ 。

2. ผู้ป่วยรายใด เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ต้องนำส่งโรงพยาบาล โดยทีมกู้ชีพในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ก. นายสมหวัง ถูกสุนัขกัดที่น่องซ้าย มีเลือดซึมๆ

ข. นายสมหมาย ถูกเม็ดพร้าบดมือ เลือดไหลพุ่งไม่หยุด

ค. นางสมทรง มีอาการปวดท้องประจำเดือนเป็นประจำทุกเดือน

ง. นางสมศรีเป็นอัมพาตมา 3 ปี มีแผลกดทับที่ก้น วันนี้แพทย์นัดให้ไปตรวจที่โรงพยาบาล แต่ไม่มีรถไป

ส่ง

คำตอบที่ถูกต้องคือข้อ 。

3. ผู้ป่วยที่ถูกแทงบริเวณหน้าห้อง จนเห็นลำไส้ทะลักออกมานะ ท่านจะให้การช่วยเหลืออย่างไร

ก. รีบโทรแจ้ง 1669 และรีบนำส่งโรงพยาบาล

ข. รีบโทรแจ้ง 1669 และให้ผู้ป่วยกุมส่วนของลำไส้ไว้ ไม่ให้หลักออกมานะ

ค. รีบโทรแจ้ง 1669 และหาผ้าสะอาดชุบน้ำปิดส่วนของลำไส้ที่หลุดออกมานะให้กลับเข้าไป

คำตอบที่ถูกต้องคือข้อ ค.

4. ขณะที่ท่านกำลังขับรถอยู่บนทางหลวง แล้วพบเห็นอุบัติเหตุรถชนกันมีผู้บาดเจ็บ ท่านจะให้การช่วยเหลืออย่างไร

ก. โทรแจ้งตำรวจ เพราะเป็นคดีความ

ข. ให้การช่วยเหลือและรีบนำส่งโรงพยาบาล

ค. โทรแจ้งตำรวจทางหลวง เพราะเหตุเกิดบนทางหลวง

ง. โทรแจ้ง 1669 พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือเบื้องต้น (เมื่อพิจารณาสถานการณ์ปลอดภัยแล้ว และสามารถช่วยได้)

คำตอบที่ถูกต้องคือข้อ ง.

5. ข้อมูลใดที่จำเป็นต้องแจ้งเพื่อขอความช่วยเหลือจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (1669)
- ก. ชื่อ-นามสกุล, เบอร์โทรศัพท์ ของผู้แจ้งเหตุ
 - ข. จุดที่เกิดเหตุ และสถานที่ใกล้เคียงที่สังเกตเห็นได้ง่าย
 - ค. ประเภทเหตุการณ์ หรืออาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ผู้ป่วยเป็น, ประมาณจำนวนผู้ป่วย (ถ้ามีหลายราย)
 - ง. ต้องแจ้งข้อมูลทั้งข้อ ก, ข และ ค
- คำตอบที่ถูกต้องคือข้อ ง.
6. กรณีใดที่ไม่ถือว่าเป็นการป่วยฉุกเฉินและต้องขอความช่วยเหลือจากระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- ก. เป็นไข้หวัดมา 3 วัน
 - ข. หายใจเหนื่อยหอบ
 - ค. บาดข้อมือ เลือดออกมาก
 - ง. เจ็บครรภ์ใกล้คลอด
- คำตอบที่ถูกต้องคือข้อ ก.
7. ผู้ป่วยรายใดที่มีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น
- ก. จนน้ำ สูดدمครัวไฟเข้าไปมาก
 - ข. ไฟฟ้าซ็อก กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - ค. มีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ ได้รับยาเกินขนาด
 - ง. ถูกทุกข้อ
- คำตอบที่ถูกต้องคือข้อ ง.
8. ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลคือข้อใด
- ก. อายุ
 - ข. โรคร่วม/โรคประจำตัว
 - ค. การกดหน้าอกและใช้เครื่อง AED
 - ง. ถูกทุกข้อ
- คำตอบที่ถูกต้องคือข้อ ง.
9. บุคคลใดที่มีโอกาสรอดชีวิตสูงที่สุดเมื่อหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล
- ก. นาย ก ได้รับการโทรแจ้ง 1669
 - ข. นาย ข ญาติรีบนำส่งโรงพยาบาล
 - ค. นาย ค ได้รับการกดหน้าอกและใช้เครื่อง AED และแจ้ง 1669
 - ง. นาย ง ได้รับการเช็คตัว คล้ายเสื่อผ้า และจัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเท
- คำตอบที่ถูกต้องคือข้อ ค.

10. ผู้ป่วยรายใดที่ควรให้การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน
ก. นาย A หมดสติ หยุดหายใจ และหัวใจหยุดเต้น
ข. เด็กหญิง B หมดสติ มีการหายใจและหัวใจเต้นปกติ
ค. คุณตา C มีอาการแน่นหน้าอกร หัวใจเต้นเบา หายใจเร็ว
ง. เด็กชาย D เป็นثارกที่มีไข้สูง ขักเกริง ตาค้าง น้ำลายฟูมปาก
คำตอบที่ถูกต้องคือข้อ ก.
11. ข้อใดกล่าวถูกต้องของความหมายของการช่วยฟื้นคืนชีพ
ก. การช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะอ่อนเพลีย ไม่มีแรง
ข. การช่วยเหลือผู้ที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้
ค. การช่วยเหลือผู้ที่มีโรคประจำตัวหลายโรค
ง. การช่วยเหลือผู้ที่หยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้น
คำตอบที่ถูกต้องคือข้อ ง.
12. ข้อใดกล่าวถูกต้อง เกี่ยวกับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน
ก. การช่วยหายใจที่ถูกต้องคือเห็นหน้าอกระเพื่อมีขึ้นทุกรัง
ข. การกดหน้าอกรให้แรงและเร็วมาก ๆ ยิ่งดี เพราะจะทำให้เลือดไหลเวียนได้เร็วขึ้น
ค. ไม่จำเป็นต้องรับ CPR ในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น สิ่งที่สำคัญคือการนำส่งโรงพยาบาลก่อน
ง. การประเมินการหายใจคราวใช้เวลามากกว่า 10 วินาทีเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยหมดสติจริง
คำตอบที่ถูกต้องคือข้อ ก.
13. ข้อใดคือการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน
ก. การกดหน้าอกรในผู้ใหญ่ สามารถกดด้วยมือเพียงข้างเดียวก็ได้
ข. การกดหน้าอกร ให้วางมือบริเวณหน้าอกด้านซ้ายตรงตำแหน่งหัวใจ
ค. ต้องทำการเป่าปาก จำนวน 2 ครั้ง และกดหน้าอกจำนวน 30 ครั้ง เสมอ
ง. ทำการกดหน้าอกรเพียงอย่างเดียวก็ได้ ด้วยอัตราความเร็ว ๑๐๐ - ๑๒๐ ครั้ง/นาที
คำตอบที่ถูกต้องคือข้อ ง.
14. ข้อใดคืออาการและการแสดงของภาวะหัวใจหยุดเต้น
ก. หมดสติ ไม่ตอบสนอง
ข. ไม่มีการหายใจจากการฟัง
ค. ศูนย์ไม่มีการเคลื่อนไหวของทรวงอก
ง. ถูกทุกข้อ
คำตอบที่ถูกต้องคือข้อ ง.

15. การกดหน้าอกในการทำ CPR ผู้ใหญ่ควรกดลึกเท่าไหร่

ก. 1 ซม.

ข. 5 ซม.

ค. 2 นิ้ว

ง. ข้อ ข และ ค.ถูกต้อง

คำตอบที่ถูกต้องคือข้อ ง.

16. อัตราการกดหน้าอกในผู้ใหญ่ในการทำ CPR ที่เหมาะสมคือข้อใด

ก. 60-70 ครั้ง/นาที

ข. 80-90 ครั้ง/นาที

ค. 100-120 ครั้ง/นาที

ง. 130-150 ครั้ง/นาที

คำตอบที่ถูกต้องคือข้อ ค.

17. ตำแหน่งของการกดหน้าอกในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานคือข้อใด

ก. กระดูกกึ่งกลางหน้าอกใต้กระดูกลิ้นปี่

ข. กระดูกกึ่งกลางหน้าอกเหนือกระดูกลิ้นปี่

ค. กระดูกกึ่งกลางหน้าอกด้านซ้ายใต้กระดูกลิ้นปี่

ง. กระดูกกึ่งกลางหน้าอกด้านซ้ายเหนือกระดูกลิ้นปี่

คำตอบที่ถูกต้องคือข้อ ข.

18. การจัดท่าเพื่อเปิดทางเดินหายใจในผู้ป่วย昏迷สติวิธีใดถูกต้อง

ก. กดหน้าผาก

ข. เชยคาง

ค. กดกระดูกขากรรไกร

ง. ถูกทั้งข้อ ก และ ข

คำตอบที่ถูกต้องคือข้อ ง.

19. การช่วยฟื้นคืนชีพ จะต้องทำทันทีหลังจากผู้ป่วยหยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้น ภายในเวลาไม่เกินกี่นาที

ก. 4 นาที

ข. 6 นาที

ค. 8 นาที

ง. 10 นาที

คำตอบที่ถูกต้องคือข้อ ก.

20. ข้อใดกล่าวถูกต้องเกี่ยวกับลำดับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

ก. ตรวจดูความรู้สึกตัวแล้วพบว่าไม่ตอบสนอง ไม่หายใจ หรือหายใจเสือก, เรียกขอความช่วยเหลือ, กดนวดหัวใจ, เปิดทางเดินหายใจ, ช่วยการหายใจ

ข. ตรวจดูความรู้สึกตัวแล้วพบว่าไม่ตอบสนอง ไม่หายใจ หรือหายใจเสือก, เปิดทางเดินหายใจ, กดนวดหัวใจ, ช่วยการหายใจ, เรียกขอความช่วยเหลือ

ค. เรียกขอความช่วยเหลือ, ตรวจดูความรู้สึกตัวแล้วพบว่าไม่ตอบสนอง ไม่หายใจ หรือหายใจเสือก, เปิดทางเดินหายใจ, กดนวดหัวใจ

ง. ตรวจดูความรู้สึกตัวแล้วพบว่าไม่ตอบสนอง, ไม่หายใจ หรือหายใจเสือก, เรียกขอความช่วยเหลือ, เปิดทางเดินหายใจ, กดนวดหัวใจ, ช่วยการหายใจ

คำตอบที่ถูกต้องคือข้อ ก.

หมายเหตุ เนื่องจากการอบรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานทุกครั้งจะมีการเสริมความรู้เรื่องเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ดังนั้นแบบทดสอบความรู้ดังกล่าวจึงมีเนื้อหาในเรื่องของการช่วยฟื้นคืนชีพและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

ภาคผนวก จ แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

คำชี้แจง: วิทยากรสังเกตทักษะการช่วยที่นักศึกษาพื้นฐานของผู้เข้ารับการอบรมโดยให้คะแนนในรายการประเมิน ถ้าปฏิบัติได้ถูกต้อง ให้คะแนน 1 คะแนน ถ้าปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องให้คะแนน 0 คะแนน ตรงกับผู้เข้ารับการอบรมสามารถปฏิบัติได้และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องสรุปผลการประเมิน

ବିଜ୍ଞାନ-

(.....)

ជំនាញ

ทั้งนี้ได้กำหนดเกณฑ์ประเมินคือผู้เข้ารับการอบรมจะต้องปฏิบัติให้ผ่านทั้ง 6 ข้อจึงจะผ่านเกณฑ์

ภาคผนวก ฉ

แนวคำถามในแบบสอบถามความคิดเห็นประเมินความเป็นไปได้ในการใช้ Platform CPR Club ของรูปแบบกลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจรจังหวัดเชียงใหม่

คำชี้แจง แนวคำถามนี้เป็นการสอบถามเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการใช้ Platform CPR Club ของรูปแบบกลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพแบบครบวงจรจังหวัดเชียงใหม่

1. หลังจากใช้ Platform CPR Club และท่านคิดว่ามีความยากง่ายในการเข้าใช้หรือไม่ อย่างไร

.....
.....

2. ท่านคิดว่า Platform CPR Club มีความชัดเจนของเนื้อหาหรือไม่ อย่างไร

.....
.....

3. ท่านคิดว่าสื่อที่ใช้ใน Platform CPR Club ความเหมาะสมสมหรือไม่ อย่างไร

.....
.....

4. ท่านคิดว่า Platform CPR Club สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้มากน้อยอย่างไรบ้าง

.....
.....

5. ท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการพัฒนา Platform CPR Club อย่างไรบ้าง

.....
.....

ภาคผนวก ช
คู่มือการใช้ Platform CPR Club

ขั้นตอนการเข้าสมัครสมาชิก เข้าสู่ระบบ ASA CPR (CPR Club จังหวัดเชียงใหม่)

- ทำการสมัครสมาชิกทางลิงค์

<https://cm-healthcare.net/ASACPR/auth-login.php>

- เมื่อเข้าลิงค์แล้วจะปรากฏหน้าจอดังนี้

ASA CPR
เข้าสู่ระบบ

Email address

Password

เข้าสู่ระบบ

ยังไม่ได้เป็นสมาชิก ? **สมัครสมาชิก**



ก่อนจะเข้าสู่ระบบ ในครั้งแรก
ต้องสมัครสมาชิกก่อน แต่ครั้ง
ต่อไปไม่ต้องสมัครสมาชิกแล้ว
(สมาชิกสมัครแค่ครั้งเดียว)

3. เมื่อกดสมัครสมาชิกจะปรากฏหน้าจอดังนี้ ให้กรอกข้อมูลตามรายละเอียด

ASA CPR สมัครสมาชิก
<https://cm-healthcare.net/ASACPR> X

ASA CPR

สมัครสมาชิก

ประชาชนทั่วไป กลุ่มวิชาชีพ

ชื่อ-นามสกุล *

เลขบัตรประชาชน *

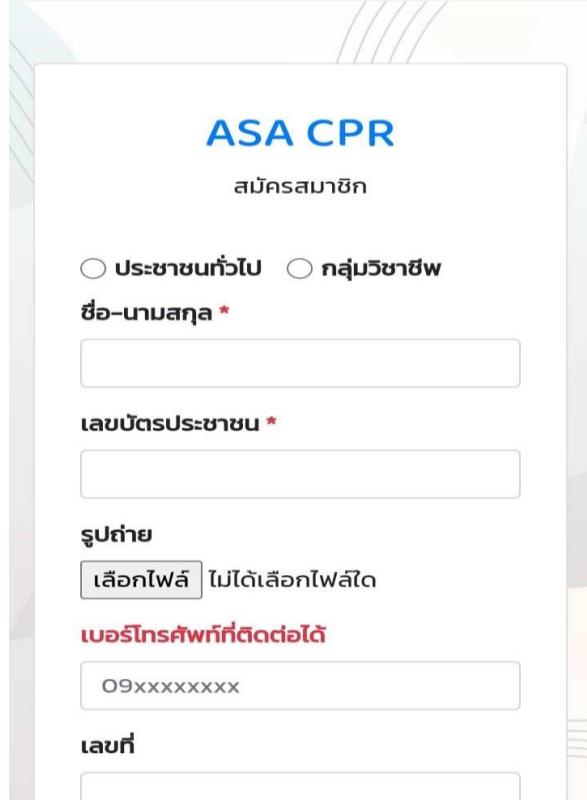
รูปถ่าย

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

09xxxxxxxx

เลขที่



4. ในกรณีเป็นกลุ่มวิชาชีพ ให้เลือกในกลุ่มวิชาชีพของตนเอง

โปรดเลือกชื่อคลุ่ม
วิชาชีพ

แพทย์

พยาบาล

นักวิชาการสาธารณสุข

นักศึกษาเนินการแพทย์
(นศพ.)

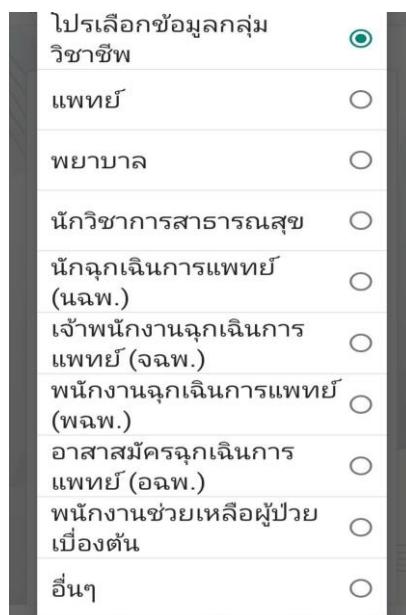
เจ้าพนักงานฉุกเฉินการ
แพทย์ (ฉพ.)

พนักงานฉุกเฉินการแพทย์
(พฉพ.)

อาสาสมัครฉุกเฉินการ
แพทย์ (อฉพ.)

พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย
เบื้องต้น

อื่นๆ



5. กรอกข้อมูล

ASA CPR สมัครสมาชิก

สมัครสมาชิก

ประชาชนทั่วไป กลุ่มวิชาชีพ

กลุ่มวิชาชีพ

โปรดเลือกข้อบุลกกลุ่มวิชาชีพ

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ/ใบประกาศ สพจ.

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ

ตัวอย่างเช่น

พยานาล 1234567891

เวชกิจฉุกเฉิน จฉพ.1234

อฉพ.12345

สถานที่ปฏิบัติงาน

ชื่อ-นามสกุล *

เลขบัตรประชาชน *

รูปถ่าย

เลือกไฟล์

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

สำหรับรูปถ่ายถ้าไม่มีก็ไม่ต้อง
ใส่ก็ได้

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

09xxxxxxxx

เบอร์โทรศัพท์ เวลากรอก
กรุณาระบบส่วนทดสอบความ
ถูกต้อง เพราะต้องใช้เข้าสู่
ระบบในครั้งต่อไป

6. กรอกข้อมูลให้ครบถูกช่อง

ASA CPR สมัครสมาชิก

เลขที่	<input type="text"/>	
หมู่ที่	<input type="text"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>เลขที่ คือ บ้านเลขที่ตามที่อยู่ ปัจจุบัน</p></div>
อำเภอ	<input type="text" value="โปรดเลือกข้อมูลอำเภอ"/>	
ตำบล	<input type="text" value="โปรดเลือกข้อมูล ตำบล"/>	
จังหวัด	<input type="text"/>	
รหัสไปรษณีย์	<input type="text"/>	
อายุ	<input type="text" value="โปรดเลือกข้อมูลอายุ"/>	
การศึกษา	<input type="text" value="โปรดเลือกข้อมูลการศึกษา"/>	

อาชีพ

ID LINE

Email address

ประวัติผ่านการอบรมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ

กรอกอีเมล์ กรุณายawnความ
ถูกต้องเพราะต้องใช้เข้าในระบบ
ถ้าจำอีเมล์ไม่ได้ ให้ใส่
เบอร์โทรศัพท์ตามด้วย @gmail.com
ตัวอย่าง
0882666666@gmail.com

แบบรูปบัตรประจำตัวชนมน / สมาชิก

เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

**ฉันยินยอม ในการเข้าร่วมกลุ่ม /
เอกสารซึ่งแจงสำหรับสมาชิก**

ประวัติการอบรม

ให้กรอกว่าเคย หรือไม่เคย

เมื่อกรอกข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว
ให้กดยินยอม และ กดสมัครสมาชิก

สมัครสมาชิก

รายละเอียดตัวอย่างข้อมูลที่ต้องกรอกทั้งหมด (หน้าต่างนี้เป็นการเข้าใช้ระบบในคอมพิวเตอร์)

ASA CPR

สมัครสมาชิก

ประชาชนทั่วไป กลุ่มวิชาชีพ

กลุ่มวิชาชีพ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ/ใบประกาศ สพ.

โปรดเลือกข้อมูลกลุ่มวิชาชีพ []

สถานที่ปฏิบัติงาน []

ชื่อ-นามสกุล * []

เลขบัตรประชาชน * []

รูปถ่าย Choose File No file chosen

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ []

09xxxxxxxx

เลขที่ หมู่ที่ อำเภอ โปรดเลือกข้อมูลอำเภอ

ตำบล จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โปรดเลือกข้อมูลตำบล

อายุ การศึกษา อาชีพ โปรดเลือกข้อมูลอายุ

โปรดเลือกข้อมูลการศึกษา []

ID LINE []

Email address []

ประวัติผ่านการอบรมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ []

แบบรูปบัตรประจำตัวบัตร / สมาชิก Choose File No file chosen

ยินยอม [ในการเข้าร่วมกลุ่ม / เอกสารซึ่งส่งมาให้](#)

สมัครสมาชิก

7. เมื่อสมัครในระบบเรียบร้อยแล้ว การเข้าสู่ระบบครั้งต่อไป ก็กดลิงค์เข้าระบบเหมือนเดิม

<https://cm-healthcare.net/ASACPR/auth-login.php>



หลังจากสมัครสมาชิก แล้วครั้งต่อไปถ้าจะให้เข้าสู่ระบบ ASA CPR โดยใช้ Email address : ที่สมัคร Password: เบอร์โทรศัพท์ที่สมัคร และกดเข้าสู่ระบบ

8. เข้าระบบเรียบร้อยแล้ว จะปรากฏภาพ ดังรูปด้านล่าง



ASA CPR

 แอดมิน ▾

หัวข้อข่าว : อบรมการช่วยชีวิตพื้นที่ชั่วขั้นพื้นฐาน ให้กับเด็กเรียนระดับชั้นมัธยม 1-3 โรงเรียนบปริฯ...

วันที่ 29 กันยายน 2566 กลุ่มงานควบคุมโควิดไฟต์ดอร์ สานักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ จัดอบรมการช่วยชีวิตพื้นที่ชั่วขั้นพื้นฐาน ให้กับเด็กเรียนระดับชั้นมัธยม 1-3 โรงเรียนบปริฯและลัทธิวิทยาลัยวิชาชีพที่หนอง 257 คน ห้องประชุมโรงเรียนบปริฯสหรอดรัตน์และลัทธิวิทยาลัย ว่าบันต่ออุดลศึกษา

หัวข้อข่าว : อบรมครุ ก. ในการซึปชีฟท์พื้นฐานภาคประชาชีวนิช

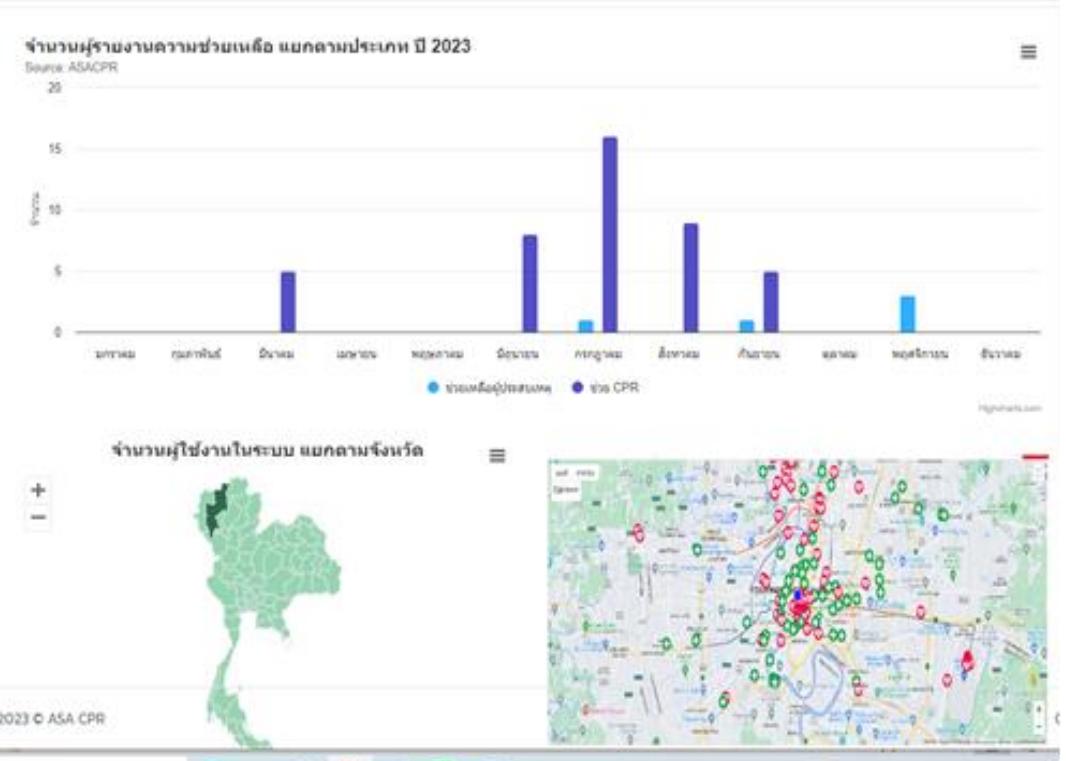
27-28 ก.ย.66 นายแพกอยดุษย์ มนตรีดัน นายนพภรณ์สาระนรนสุข จังหวัดเชียงใหม่ ให้เกียรติเป็นประธานเปิดการอบรมการช่วยชีวิตพื้นที่ชั่วขั้นพื้นฐาน ภาคประชาชีวนิช ห้องประชุมเทศบาลต่าบลแม่เสง: โดยกลุ่มบ้านหมายเป็นบุคลากรในหมู่บ้านสาธารณสุขในจังหวัดเชียงใหม่ ว่าบันต่ออุดลศึกษา

หัวข้อข่าว : อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพการกู้ชีฟท์ในเครือข่ายภาคประชาชีวนิช

22 ก.ย.66 นายพัชร์ศุภ พัชร์กนกุล เลขาธุรการนายกเทศมนตร์ นคร เชียงใหม่ เป็นประธานเปิดการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพการกู้ชีฟท์ในเครือข่ายภาคประชาชีวนิช ห้องประชุม ห้องประชุมเทศบาลต่าบลแม่เสง: โดยกลุ่มบ้านหมายเป็นบุคลากรในหมู่บ้านสาธารณสุขในจังหวัดเชียงใหม่ ว่าบันต่ออุดลศึกษา

หัวข้อข่าว : ประเมินความสำเร็จการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย CPR คุณภาพที่ครบรอบ 2 ครั้งที่ 2

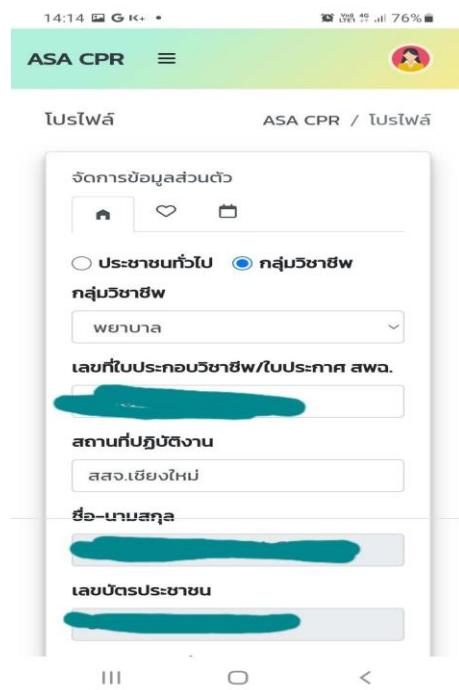
15 ก.ย.66 กลุ่มงานควบคุมโควิดไฟต์ดอร์ สานักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาศักยภาพการกู้ชีฟท์ในเครือข่ายภาคประชาชีวนิช ห้องประชุมเทศบาลต่าบลแม่เสง: โดยกลุ่มบ้านหมายเป็นบุคลากรในหมู่บ้านสาธารณสุขในจังหวัดเชียงใหม่ ว่าบันต่ออุดลศึกษา



รายละเอียดขั้นตอนแต่ละเมนูมีดังต่อไปนี้ (กรณีเป็นสมาชิก)



- หน้าแรกจะเป็นหน้าໂປຣໄຟລ໌ຂອງແຕ່ລະບຸຄຄລ ເມື່ອທໍາການລັງທະບຽນສາມາຊີກ ແລະ ກຣອກປະວັດຂອງສາມາຊີກແລ້ວດັ່ງຂັ້ນຕອນການເຂົ້າສຳຮາມສາມາຊີກຂ່າງຕົ້ນ (ທຳກັ່ງແຮກຄັ້ງເດືອຍ) ເມື່ອເຂົ້າຮັບຄັ້ງຕ່ອງໄປກໍຈະມີປະວັດເດີມໄວ້ຄັ້ງຕ່ອງໄປ Login ເຂົ້າຮັບ ຈະປາກພູກພາດຕັ້ງນີ້ ພ້ານີ້ຈະແສດງຈຳນວນຄັ້ງໃນການຝຶກອບຮມ ແລະ ຈຳນວນຄັ້ງໃນການຊ່ວຍເຫຼືອ ກົດປຸ່ມເຂົ້າໜ້າໄປໄຟລ໌ ເພື່ອເຂົ້າດູປະວັດຂອງຕົນເອງ ຂໍ້ມູນໃນການໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນການໄດ້ຮັບການອບຮມໃນຮັບ



2. ເນື່ອກົດປຸ່ມເຂົ້າໜ້າໂປຣໄຟລ໌ ຈະປາກກຽງປິນເປັນ
ອັນດັບແຮກທີ່ແສດງປະວັດສ່ວນຕົວຂອງສມາຊີກເພື່ອ^{ເຂົ້າດູປະວັດຂອງຕະນເອງໃນກຣນີ໌ຕ້ອງກາຮແກ້ໄຂ}
ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວໄດ້ ເນື່ອທຳກາຮແກ້ໄຂຂໍ້ມູນເສົ້ຈົກ
ສາມາດກົດປຸ່ມແກ້ໄຂຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວໄດ້



ASA CPR 三

โปรไฟล์ ASA CPR / โปรไฟล์

จัดการข้อมูลส่วนตัว

ตารางข้อมูลการช่วยเหลือ

ลำดับ	ชื่อการช่วยเหลือ	รายละเอียด	วัน
1	วิกาการ อุบัติ CPR	อบรม CPR บังการเรียน SS.ปริญญา ธรรมศาสตร์ ราชภัฏยะลา	26 ก.ค. 2566

เพิ่มข้อมูล การช่วยเหลือ
ชื่อการช่วยเหลือ

รายละเอียด

วันที่ช่วยเหลือ

12/01/2024

ประมวลผลการช่วยเหลือ

ผู้ช่วยเหลือผู้ประสบเหตุ

ฉุกเฉียบ *ดำเนินการ

เลือกไฟล์ ไปได้เลือกไฟล์ดี

ผลลัพธ์การปฐมพยาบาล ○ รถด่วน ○ เสียชีวิตด้วยไฟฟ้า休眠 CPR

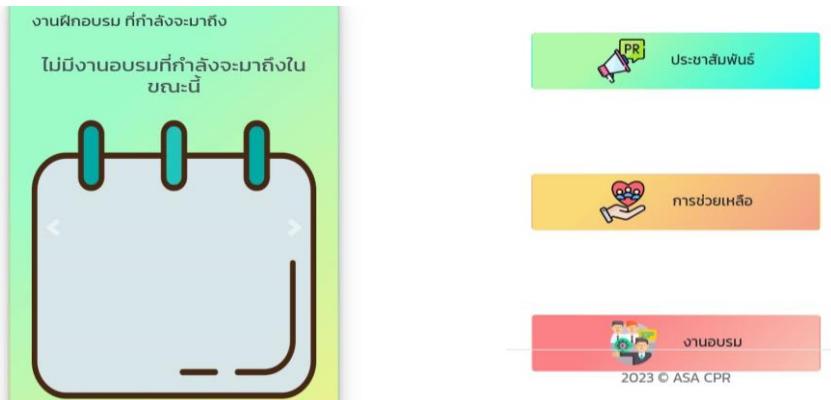
บันทึก ล้างค่า

3. เมื่อเกิดไมโครนรูปหัวใจ ก็จะเป็น
ประวัติในการให้การช่วยเหลือ (เป็น
วิทยากร CPR/ช่วย CPR) สามารถเพิ่มประวัติในการให้การ
ช่วยเหลือได้ และกดบันทึกเพื่อยืนยัน

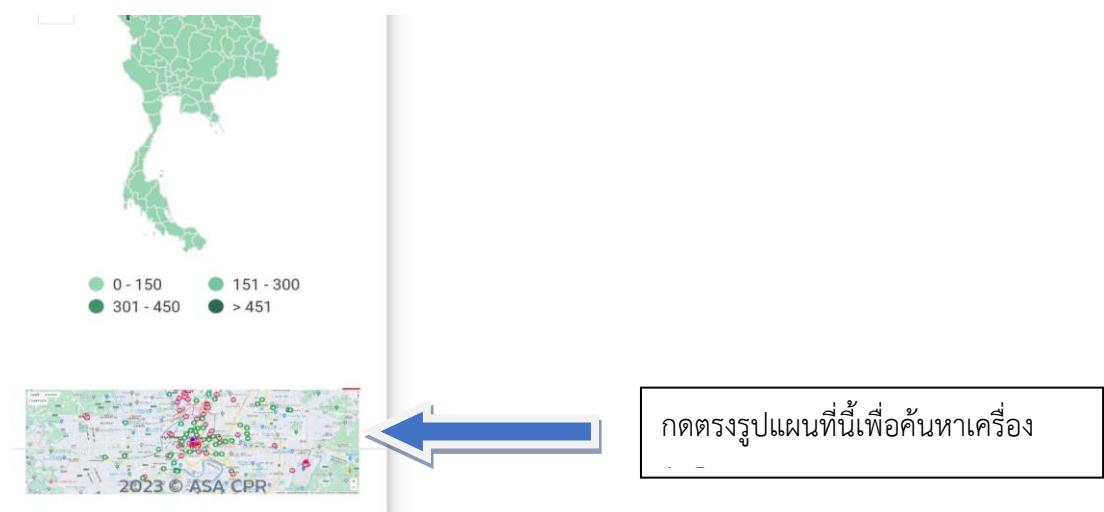
ទាឰាងប័ណ្ណការអប់រំ [ភាសាអីន]				
ថ្ងៃ	ការ អប់រំ	រាយ សមិទ្ធផល	វិន	តម្លៃ
គោលព័ត៌មាន	សម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់	សម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់	សម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់	សម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់
1	អប់រំ គ្មាន	វិន 27-29 តុលាការ	2	25
2	អប់រំ គ្មាន	វិន 27-29 តុលាការ	2	25
2023 © ASA អប់រំ				
អត្ថបទស្តីពីក្រុង សេចក្តីជាបាល ក្នុងឯណីយោបាយ ការកិច្ចផើពីរ				

4. เมื่อくだไอคอนรูปปฏิทิน ก็จะปรากฏข้อมูลการอบรมทั้งภายใน (ผู้ดูแลระบบจัด) และภายนอกสามารถดูประวัติการอบรม และสามารถเพิ่มเติมประวัติการอบรมได้ (ในกรณีภายนอก) และกดบันทึก (ปุ่มสีเขียว) แต่ถ้าเป็นภายนอกระบบจะแจ้งว่า "ตรวจสอบโดยผู้ดูแลระบบ" ต่อ

5. สามารถดูข่าวสารการจัดอบรมได้ และสามารถกดตามไอคอนที่ปรากฏ เพื่อดูข่าวประชาสัมพันธ์ การช่วยเหลือ งานอบรม ได้ตามตัวอย่างด้านล่างอีกช่องทางหนึ่ง



6. สามารถดู Dashboard ที่ปรากฏ ในการให้ความช่วยเหลือ และ สามารถกดลิงค์เพื่อหาตำแหน่ง AED ได้โดยคลิกไปที่แผนที่

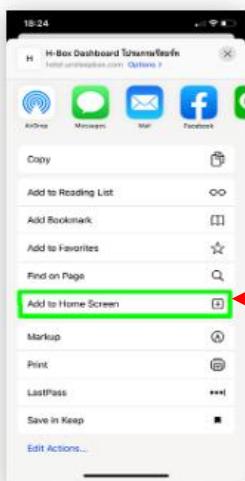


ขั้นตอนการนำ Platform CPR Club สร้างเป็น Shortcut บนหน้าจอมือถือ

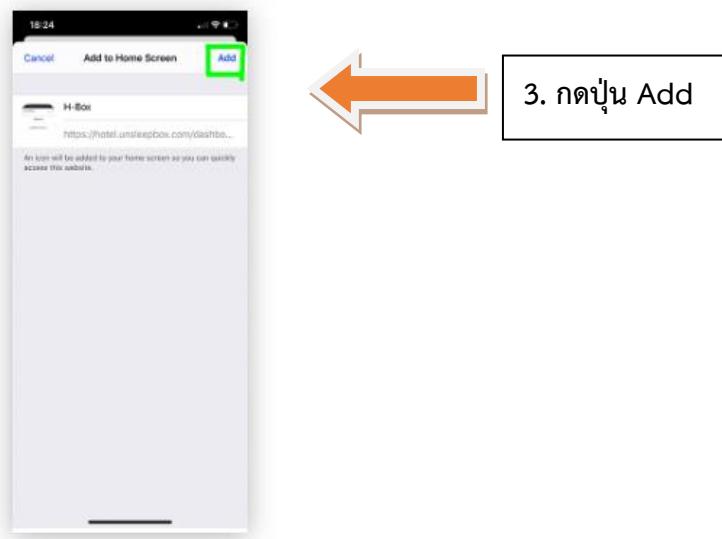
วิธีการสร้าง shortcut สำหรับไอโฟน



1. เปิดมือถือเข้า Safari เข้า web และ login ให้เรียบร้อย แล้วไปที่หน้า Dashboard แล้วกดปุ่มรูปสี่เหลี่ยมและมีรูปลูกศรซึ่งขึ้นตามที่วงกลมสีเขียวไว้



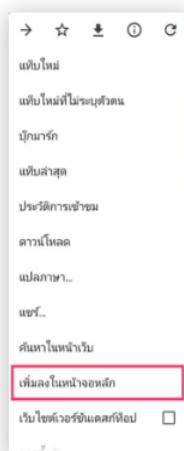
2. เลือก Add to Home Screen



วิธีการสร้าง shortcut สำหรับแอปดรอต

1. เปิดเมื่อต้องเป็น Chrome เข้าเว็บ ล็อกอิน ให้เรียบร้อย และไปที่หน้า Dashboard

2. กดปุ่ม ... อาจจะอยู่ด้านล่างหรือด้านบนของ browser

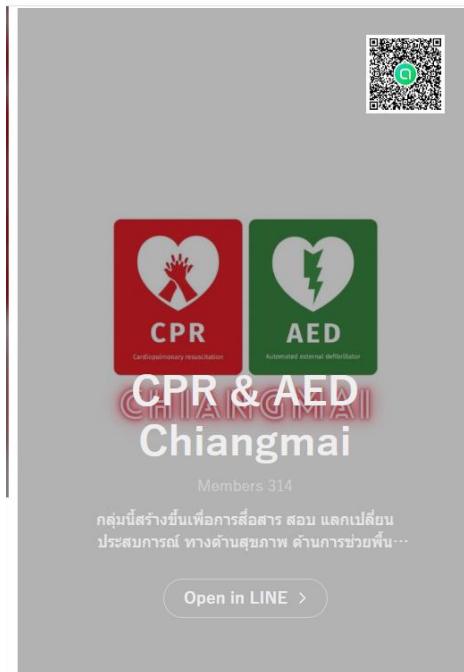


3. เลือก Add to Home Screen/ เพิ่มลงในหน้าจอหลัก



4. กดปุ่ม เพิ่ม

ไลน์ Open Chat เพื่อให้สมาชิกติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการทำ CPR และใช้ AED การแจ้งเหตุเมื่อต้องการร้องขอการ CPR ตลอดจนสื่อสารด้านความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง



ภาคผนวก ช
รูปภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรม

การวิเคราะห์สถานการณ์เครื่อข่าย CPR Club จังหวัดเชียงใหม่



พัฒนาศักยภาพบุคลากร





พัฒนา Platform CPR Club



The screenshot shows the ASA CPR platform interface. At the top, there's a navigation bar with icons for home, login, register, forgot password, and more. Below it is a video feed showing several people in a room. To the right of the video feed is a table titled "ตารางผู้เข้าร่วมการอบรม [กรุงเทพ]" (Training Participants Table). The table has columns for Name, First name, Last name, Date of birth, Sex, Age, and Action. One row is highlighted in yellow. At the bottom of the screen, there's another table titled "ตารางผู้เข้าร่วมการอบรม [ภูเก็ต]" (Training Participants Table) with similar columns.

เริ่มน้ำ Platform CPR Club มาใช้





ติดตามการดำเนินงาน





