



วิทยานิพนธ์

ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ศึกษาเฉพาะกรณี กิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ATTITUDE OF VILLAGE PUBLIC HEALTH VOLUNTEER
TOWARD EMERGENCY MEDICAL SERVICE SYSTEM : CASE
STUDY OF SAWANG WIRAWONG SUB-DISTRICT, UBON
RATCHATHANI PROVINCE

นางสาวนันทวิภา ชาดา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พ.ศ. 2550



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(จิตวิทยาชุมชน)

ปริญญา

จิตวิทยาชุมชน

จิตวิทยา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง ทักษะจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ศึกษาเฉพาะกรณี กิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

Attitude of Village Public Health Volunteer toward Emergency Medical Service

System : Case Study of Sawang Wirawong Sub-district, Ubon Ratchathani Province

นามผู้วิจัย นางสาวนันท์วิภา ชาดา

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์บัวทอง สว่างโสภาคกุล, M.S.)

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์สุรินทร์ นียมางกูร, Ph.D.)

หัวหน้าภาควิชา

(อาจารย์ศรินภา จามรมาน, กศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์วินัย อัจจงหาญ, M.A.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ศึกษาเฉพาะกรณี กิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

Attitude of Village Public Health Volunteer toward Emergency Medical Service System: Case
Study of Sawang Wirawong Sub-district, Ubon Ratchathani Province

โดย

นางสาวนันท์วิภา ซาดา

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน)

พ.ศ. 2550

นันทวิภา ชาดา 2550: ทักษะคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการ
การแพทย์ฉุกเฉิน ศึกษาเฉพาะกรณี กิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน) สาขาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์บัวทอง สว่างโสภากุล, M.S. 145
หน้า

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทักษะคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อ
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ศึกษาเปรียบเทียบทักษะคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ที่มี
ปัจจัยส่วนบุคคลและบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ การได้รับ
ข่าวสาร กับทักษะคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ในการวิจัยครั้งนี้ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน กิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์
จังหวัดอุบลราชธานี การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน จำนวนทั้งสิ้น
227 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติโดยใช้
ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t-test ค่า F-test ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดย
วิธี LSD และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการศึกษาพบว่า ทักษะคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน กิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์
จังหวัดอุบลราชธานี ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับสูง จากการทดสอบสมมติฐาน
พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน กิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีเพศ อายุ
ระดับการศึกษา และบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน มีทักษะคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่
ต่างกัน ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีรายได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการ
การแพทย์ฉุกเฉินที่แตกต่างกัน มีทักษะคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่างกัน และ ความรู้
การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะคติต่อ
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

Nantawipa Chada 2007: Attitude of Public Health Volunteer toward Emergency Medical Service System : Case Study of Sawang Wirawong Sub-district, Ubon Ratchathani Province. Master of Science (Community Psychology) Major Community Psychology, Department of Psychology Thesis Advisor: Associate Professor Buathong Sawangsopakul, M.S. 145 pages

The objectives of this research were to study the attitudes of Village Public Health Volunteers toward Emergency Medical Service System as well as to compare the attitude of Village Public Health Volunteers of different personality and personal factor, and study the correlation between knowledge, receipt of information and attitude toward Emergency Medical Service System.

The population of this research was a group of Village Public Health Volunteers of Sawang Wirawong Sub – district, Ubon Ratchathani Province. Sampling technique was Populational Stratified Random Sampling from 227 staff. Datas were collected by questionnaire. Statistical analysis were percentage, mean, standard deviation, t-test, F-test, LSD and correlation analysis.

The result of study found that the attitudes of the Village Public Health Volunteers of Sawang Wirawong Sub – district, Ubon Ratchathani Province was in high level. Although they were of different genders, ages, education levels and personalities, the study showed no significant difference on the attitude of Emergency Medical Service System. However, the Village Public Health Volunteers who had different income from each other and also different experiences about Emergency Medical Service System and had significant difference on attitude toward the Emergency Medical Service System . This study also found that the knowledge of the Volunteers and the information about Emergency Medical Service System they received had a positive relationship with the attitude toward the Emergency Medical Service System.

Student's signature

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี เนื่องจากความกรุณาอย่างยิ่งของ รศ.บัวทอง สว่างโสภาคกุล ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รศ.ดร.สุรินทร์ นิยมางกูร กรรมการที่ปรึกษาร่วม ซึ่งได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ อีกทั้งคณาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยาทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิทยากรในหลักสูตรจิตวิทยาชุมชน จนกระทั่งผู้วิจัยมีความรู้ ความเข้าใจ มีแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณนักวิจัยเจ้าของผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ซึ่งผู้วิจัยได้กล่าวอ้างอิงไว้ในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญภายนอก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานีทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่า ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ผู้วิจัย และขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน กิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอขอบแต่ บิดา มารดา อาจารย์ ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่าน หากการศึกษาวิจัย การจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความผิดพลาดประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้ ณ ที่นี้ ทุกประการ

นันทวิภา ซาดา

เมษายน 2550

สารบัญ

	หน้า
สารบัญตาราง	(3)
สารบัญภาพ	(6)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
ขอบเขตการวิจัย	5
นิยามศัพท์	7
บทที่ 2 การตรวจเอกสาร	10
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ	10
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพ	20
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้	29
แนวคิดเกี่ยวกับการได้รับข่าวสาร	34
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	37
ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	47
กรอบแนวคิดการวิจัย	52
สมมติฐานการวิจัย	53
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57
การทดสอบเครื่องมือ	64
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	65
การวิเคราะห์ข้อมูล	66
สถิติที่ใช้ในการวิจัย	66

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	67
ผลการวิจัย	67
ข้อวิจารณ์	93
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	100
สรุปผลการวิจัย	100
ข้อเสนอแนะ	106
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	112
ภาคผนวก	119
ภาคผนวก ก แบบสอบถามในการวิจัย	120
ภาคผนวก ข ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม	132
ภาคผนวก ค ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ อสม.	140
ประวัติการศึกษา และการทำงาน	145

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ตัวอย่างของแต่ละตำบล	57
2	คะแนนบุคลิกภาพ 4 แบบ	59
3	จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	68
4	จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จำแนกตามบุคลิกภาพ	71
5	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้เกี่ยวกับ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	72
6	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับข่าวสาร เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เป็นรายค้ำ	75
7	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติต่อระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นรายข้อ	76
8	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามเพศ โดย t-test	83
9	จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามอายุ	84
10	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามอายุ โดยการวิเคราะห์การแปรปรวน	84

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
11	จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามระดับการศึกษา	85
12	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามระดับการศึกษา โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน	85
13	จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน	86
14	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน	86
15	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตามระดับรายได้เป็นรายคู่ โดยวิธี LSD (Least Significant Difference)	87
16	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดย t-test	88
17	จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามบุคลิกภาพ	90
18	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามบุคลิกภาพ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน	90

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
19	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านกับทัศนคติต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	91
20	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามระดับการศึกษา โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน	92
21	สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน	106
ตารางผนวกที่		
1	ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบบุคลิกภาพ เป็นรายชื่อและทั้งฉบับ	133
2	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน เป็นรายชื่อและทั้งฉบับ	136
3	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน เป็นรายชื่อและทั้งฉบับ	137
4	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติ เป็นรายชื่อและทั้งฉบับ	138

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้าใจ ความรู้สึก และพฤติกรรม	12
2	ตัวอย่างการจัดระบบระดับชั้นของบุคลิกภาพของ Eysenck	26
3	ลักษณะบุคลิกภาพทั้ง 4 แบบ ตามทฤษฎีของ Eysenck	28
4	องค์ประกอบของการสื่อสาร	34

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาอุบัติเหตุเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อมากมาย เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า อุบัติเหตุจากการจราจรทั่วโลกคร่าชีวิตผู้คนไปมากมายถึงปีละ 1.2 ล้านคน ส่วนใหญ่มาจากประเทศยากจน จากรายงานกล่าวว่า ทุก ๆ วันมีประชากร 1,000 คน ที่อายุต่ำกว่า 25 ปี ต้องเสียชีวิตลงจากอุบัติเหตุทางถนน ประมาณร้อยละ 90 ของการตายที่เกิดขึ้นนั้นอยู่ในกลุ่มที่มีรายได้ปานกลางถึงขั้นต่ำ ในทวีปแอฟริกาและเอเชีย (ไทยรัฐ, 2550) ส่วนสถานการณ์เกี่ยวกับอุบัติเหตุในประเทศไทยนับได้ว่าทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น

จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข แสดงการเปรียบเทียบจำนวนผู้ประสบอุบัติเหตุและใช้บริการในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลกว่า 500 แห่ง ทั่วประเทศ ระหว่างปี พ.ศ.2542 ถึง พ.ศ.2544 พบว่า พ.ศ.2542 ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุมีจำนวน 1.65 ล้านราย ส่วนผู้ป่วยบาดเจ็บทั่วไปจากอุบัติเหตุมีจำนวน 5.55 ล้านราย พ.ศ.2543 พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุมีจำนวน 1.79 ล้านราย ส่วนผู้ป่วยบาดเจ็บทั่วไปจากอุบัติเหตุมีจำนวน 6.37 ล้านราย และ พ.ศ.2544 พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุมีจำนวน 1.95 ล้านราย ส่วนผู้ป่วยบาดเจ็บทั่วไปจากอุบัติเหตุมีจำนวน 7.31 ล้านราย

จากข้อมูลดังกล่าว จำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้นทุกปี และมีแนวโน้มจะสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไป ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี จำนวนประชากรที่เพิ่มสูงขึ้นส่งผลให้ประชาชนมีความจำเป็นในการใช้รถใช้ถนนเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหา พยายามหาวิธีการป้องกันและแก้ปัญหาอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยได้บรรจุในแผนพัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545) ซึ่งยุทธศาสตร์ที่แสดงเจตนารมณ์ที่จะส่งเสริมด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉินคือยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาหลักประกันสุขภาพและคุณภาพ

บริการ การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และหลังจากนั้นก็ได้นำมาสู่การพัฒนาเป็นระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการตาย การพิการ การทุพพลภาพ และการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย เป็นที่ทราบกันดีว่า การรักษาพยาบาลฉุกเฉินจะไม่เกิดผลดี หากมีความล่าช้า ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจะเสียโอกาสในการอยู่รอดทุกนาทีที่ผ่านไป และเป็นที่ยอมรับกันดีอีกว่า การลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมทำอันตรายซ้ำเติมให้แก่ผู้บาดเจ็บ และยังมิหลักฐานแน่ชัดว่า การนำส่งโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมากอีกด้วย ความพยายามในการจัดระบบบริการที่เหมาะสมจึงได้เกิดขึ้นเรื่อยมาในอดีตเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องดังกล่าว ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะมีการจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่ง ๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในพื้นที่ได้มีโอกาสขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติได้ โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดที่เกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้าย และการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง

ในประเทศที่พัฒนาแล้วได้มีระบบการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยด้วยยานพาหนะที่เรียกว่ารถพยาบาลฉุกเฉินมานานกว่าหนึ่งร้อยปีมาแล้ว เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย อังกฤษ และในประเทศยุโรปอีกเป็นจำนวนมาก ในประเทศไทยได้มีการช่วยเหลือในลักษณะสังคมสงเคราะห์และการกุศล โดยควบคู่กับการเก็บศพผู้เสียชีวิตในกรณีต่าง ๆ ดำเนินการโดยมูลนิธิปอเต็กตึ๊งมาตั้งแต่ พ.ศ.2480 และมูลนิธิร่วมกตัญญูตั้งแต่ พ.ศ.2513 ซึ่งได้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยขั้นต้นและลำเลียงนำส่งโรงพยาบาล โดยที่บุคลากรไม่มีความรู้ความสามารถและไม่มีอุปกรณ์ที่เหมาะสม ถูกวิพากษ์วิจารณ์จากรวงการแพทย์ว่า ทำให้เกิดความพิการและสูญเสียมากกว่าและที่ผ่านมาประเทศไทยยังไม่มีการจัดตั้งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุอย่างเป็นระบบ มีคุณภาพและมาตรฐานเดียวกัน แม้จะมีหลายหน่วยงานร่วมให้การช่วยเหลือ แต่ขาดการจัดระบบที่สามารถควบคุมคุณภาพมาตรฐานให้เหมือนกันทั้งภาครัฐและเอกชน เนื่องจากขาดกฎหมายที่เอื้อต่อการจัดการ รวมถึงการออกไปปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุ ประกอบกับองค์กรที่มีอยู่ มีข้อจำกัดในการเป็นหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ประสานงานควบคุมมาตรฐาน – คุณภาพบริการ การสนับสนุนหน่วยงานท้องถิ่นและการพัฒนาชุมชนและการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ และคุณภาพทั่วประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลางในการจัดเครือข่ายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่มีคุณภาพจากภาครัฐร่วมกับภาค เอกชนทุกจังหวัดให้เสร็จสิ้นใน

ปี 2547 ที่ประชุมเห็นชอบตามข้อเสนอ โดยอนุมัติในหลักการตามแผนพัฒนาระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และดำเนินการทดลองขั้นต้นใน 3 จังหวัด ประกอบด้วยจังหวัดเพชรบุรี จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดขอนแก่น ต่อมาเพิ่มจังหวัดกรุงเทพมหานคร จังหวัดลำปาง จังหวัด นครราชสีมา และจังหวัดสงขลา โดยมีศูนย์เรนทร ทำหน้าที่เป็นสำนักงานระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน เป้าหมายการดำเนินงาน ผู้ป่วยฉุกเฉิน 30% จะได้รับการนำส่งโดยหน่วยกู้ชีพ ผลที่คาดว่าจะได้รับอัตราการตายจากการบาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉินลดลง (ศูนย์เรนทร กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

จังหวัดอุบลราชธานีเป็นอีกจังหวัดที่ตอบรับนโยบายพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีเป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน และจังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดแรกที่มีนโยบายกระจายระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินลงสู่ท้องถิ่น โดยให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้การ บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ให้บริการแก่ประชาชนครอบคลุมในทุกพื้นที่ เนื่องจากผลการสำรวจ ข้อมูลสถานะสุขภาพประชาชนจังหวัดอุบลราชธานีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงปี พ.ศ. 2544 – 2546 พบว่าอุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุของการตายอันดับที่ 2 รองจากโรค มะเร็ง ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวทำให้ปัญหาอุบัติเหตุจราจรเป็นปัญหาที่สำคัญยิ่งที่ต้องถูกนำมา พิจารณาแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพื่อที่ปัญหานี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประชาชน เศรษฐกิจ สังคมของจังหวัดอุบลราชธานีน้อยที่สุด และที่สำคัญนั่นก็คือการทำให้อัตราการตายของประชากร ลดลง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในฐานะของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินประจำจังหวัด ได้กำหนดเป้าหมายในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัด ให้มีความครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้ประชาชนจังหวัดอุบลราชธานีได้รับ บริการอย่างทั่วถึง ซึ่งในการจัดวางระบบการรับแจ้งเหตุ การพัฒนาบุคลากร และการบริหาร จัดการเพื่อให้ระบบมีความยั่งยืนนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้พิจารณาแล้วว่า องค์กรบริหารส่วนจังหวัด อุบลราชธานี เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีศักยภาพสูงสุดในจังหวัดอุบลราชธานี มี เป้าหมายในการดำเนินงานให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนจังหวัดอุบลราชธานีในทุก ๆ ด้านสำนัก งานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีจึงได้ประสานความร่วมมือจากองค์กรบริหารส่วนจังหวัด อุบลราชธานีในการสนับสนุนรพพยาบาลประจำหน่วยบริการ และการเข้ามามีส่วนร่วมในการ กำกับดูแลการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อสนับสนุนให้มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมทุก

พื้นที่และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน ซึ่งกิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นกิ่งอำเภอนำร่องแห่งแรกของจังหวัดอุบลราชธานีที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นทุกแห่งได้ตอบรับแนวคิดในการเข้ามากำกับดูแลการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลงสุขภาพชุมชนเป็นแกนกำลังสำคัญ

จากเหตุผลดังที่ได้กล่าวมาในข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากการศึกษาในทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขจะทำให้ทราบถึงแนวโน้มของพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งหากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมีทัศนคติที่ดี ก็จะส่งผลต่อแนวโน้มพฤติกรรมการมีส่วนร่วม การให้ความร่วมมือช่วยเหลือแก่ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนของตน ผลการวิจัยจะนำไปสู่แนวทางในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับต่อไป และจะส่งผลต่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าโดยที่ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมดูแลตนเองเป็นแนวทางที่จะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนสืบไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตามปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน
3. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตามบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยจะทำให้ทราบถึงทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
3. ทำให้ทราบความแตกต่างด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
4. ผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี
5. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คืออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของกิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งสิ้น 526 คน (ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2550 – 1 มีนาคม 2550 จากฝ่ายสนับสนุนการบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี)

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

- 1.1 เพศ
- 1.2 อายุ
- 1.3 ระดับการศึกษา
- 1.4 รายได้เฉลี่ย/เดือน
- 1.5 ประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2. บุคลิกภาพ ได้แก่

- 2.1 บุคลิกภาพแบบแสดงตัว - ห้วนไหว
- 2.2 บุคลิกภาพแบบแสดงตัว - มั่นคง
- 2.3 บุคลิกภาพแบบเก็บตัว - ห้วนไหว
- 2.4 บุคลิกภาพแบบเก็บตัว - มั่นคง

3. ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

4. การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวแปรตาม คือ ทักษะคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ต่อระบบบริการการแพทย์
ฉุกเฉิน

นิยามศัพท์

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ แนวโน้มของพฤติกรรม หรือความคิดใดก็ตาม ในลักษณะการประเมินค่าของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ที่มีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่เสนอตัวเข้าทำงานด้านการให้บริการสาธารณสุขเพื่อช่วยเหลือปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน หมู่บ้านของตน ด้วยความสมัครใจ ในเขตกิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายนอก โรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วย บุคลากร เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ ยานพาหนะ ระบบแจ้งเหตุ ระบบประสาน งาน สถานพยาบาล และระบบส่งต่อ

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะเฉพาะของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เพศ หมายถึง เพศของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น เพศหญิง และเพศชาย

อายุ หมายถึง อายุจริงนับเป็นจำนวนเต็มของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน นับจนถึงวันที่ออกแบบสอบถาม โดยนับอายุเต็มปี

ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาขั้นสูงสุดของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

1. ระดับประถมศึกษาตอนต้น (หรือเทียบเท่า)
2. ระดับประถมศึกษาตอนปลาย (หรือเทียบเท่า)
3. ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (หรือเทียบเท่า)
4. ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (หรือเทียบเท่า)
5. สูงกว่าหรือเท่ากับระดับอนุปริญญา (หรือเทียบเท่า)

รายได้เฉลี่ย/เดือน หมายถึง เงินเดือนรวมถึงรายได้พิเศษอื่น ๆ ซึ่งเป็นรายได้ที่อาสามัคร
สาธารณสุขหมู่บ้านได้รับเฉลี่ยในแต่ละเดือน

ประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การมีประสบการณ์ที่ได้
ช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ หรืออุบัติภัย ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอัน
ได้แก่ การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการลำเลียงขนย้าย ดูแลผู้
เจ็บป่วยระหว่างการนำส่งสถานพยาบาล

บุคลิกภาพ หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกิริยาท่าทาง ที่สามารถ
สังเกตได้จากภายนอก และความรู้ ความคิด ที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญาของบุคคล โดยได้ศึกษา
เปรียบเทียบบุคลิกภาพ 2 มิติ คือ มิติแบบแสดงตัว – เก็บตัว และมิติแบบหัวนั้ไหว – มั่นคงทาง
อารมณ์ และได้แบ่งบุคลิกภาพออกเป็น 4 แบบ คือ 1) บุคลิกภาพแบบแสดงตัว – หัวนั้ไหว
2) บุคลิกภาพแบบแสดงตัว – มั่นคง 3) บุคลิกภาพแบบเก็บตัว – หัวนั้ไหว และ 4) บุคลิกภาพแบบ
เก็บตัว – มั่นคง มีลักษณะดังนี้คือ

บุคลิกภาพแบบแสดงตัว – หัวนั้ไหว หมายถึง บุคคลที่มีลักษณะชอบกิจกรรม มีแนวโน้ม
ก้าวร้าว คุ้นเคย ตื่นเต้นง่าย

บุคลิกภาพแบบแสดงตัว – มั่นคง หมายถึง บุคคลที่มีลักษณะเปิดเผย ให้ความร่วมมือ ใจ
กว้าง มีชีวิตชีวา ชอบเป็นผู้นำกลุ่ม

บุคลิกภาพแบบเก็บตัว – หัวนั้ไหว หมายถึง บุคคลที่มีลักษณะเก็บตัว ชอบคิด บางครั้ง
มองโลกในแง่ร้าย ไม่ยึดหยุ่น

บุคลิกภาพแบบเก็บตัว – มั่นคง หมายถึง บุคคลที่มีลักษณะยอมตาม ความคุมตนเองได้ดี
รักสงบ

ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงหรือรายละเอียดเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ความรู้ด้านวัตถุประสงค์ เป้าหมายของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านองค์ประกอบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และด้านช่วยเหลือชีวิตเบื้องต้นในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การได้รับข่าวสาร หมายถึง ประเภทและความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสารและเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

บทที่ 2

การตรวจเอกสาร

การศึกษาวิจัยเรื่องทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูล เอกสารที่เกี่ยวกับแนวความคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย โดยแบ่งเป็นหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพ
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้
4. แนวคิดเกี่ยวกับการได้รับข่าวสาร
5. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
6. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับทัศนคติ

ความหมายของทัศนคติ

Allport (1935: 810) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง สภาวะความพร้อมทางจิตที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของบุคคล และมีอิทธิพลในการกำหนดทิศทางต่อปฏิกิริยาที่มีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นเกี่ยวข้อง

Good (1959: 48) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง ความพร้อมที่จะแสดงออกในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง อาจจะเป็นการยอมรับหรือปฏิเสธ ต่อสภาพการณ์บางอย่างต่อบุคคลหรือสิ่งของ เช่น ความพึงพอใจ

Thurstone (1964: 39) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง ระดับความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกและลบที่มีต่อวัตถุต่าง ๆ ในเชิงจิตวิทยา ซึ่งอาจเป็นอะไรก็ได้หลายอย่าง เช่น สิ่งของ บุคคล บทความ องค์การ แนวคิด เป็นต้น ความรู้สึกเหล่านี้ผู้รู้สึกสามารถบอกความแตกต่างได้ว่าเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย

Rokeach (1970: 112) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง การผสมผสานหรือการจัดระเบียบของความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ

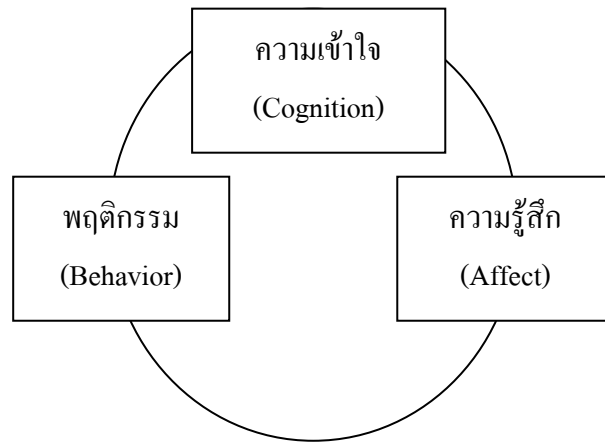
Fishbein and Ajzen (1975: 15) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง อารมณ์ ความโน้มเอียงจากการเรียนรู้ที่จะตอบสนองด้วยอาการเต็มใจ หรือไม่เต็มใจต่อเป้าหมายที่ตนคิดที่กำหนดไว้ อย่างคงเส้นคงวา และพวกเขาได้เสนอแนะเพิ่มเติมว่า การนิยามจะมีประโยชน์มาก เป็นฐานที่เพียงพอในการพัฒนากระบวนการวัดผล โดยไม่ต้องคำนึงถึงมโนภาพ

Shaver (1977: 796) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีแนวโน้มทำให้เกิดการแสดงออกที่แน่นอนต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง อาจเป็นท่าที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ชอบหรือไม่ชอบก็ได้

ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ (2543: 53) ได้ให้คำจำกัดความของทัศนคติว่า เป็นอารมณ์ความรู้สึกอันบังเกิดจากการได้สัมผัสรับรู้ต่อสิ่งนั้น โดยแสดงความโน้มเอียงอย่างใดอย่างหนึ่งในรูปของการประเมินว่าชื่นชอบหรือไม่ชื่นชอบ

อดุลย์ จาตุรงค์กุล (2534: 27) ได้ให้คำจำกัดความของทัศนคติว่า คือ สภาวะทางจิตใจซึ่งแสดงถึงความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ก่อตัวขึ้นมาโดยประสบการณ์ และส่งอิทธิพลให้มีการแปลงต่อพฤติกรรม หรืออาจแสดงความหมายทัศนคติในลักษณะความสัมพันธ์ของความเข้าใจความรู้สึก พฤติกรรม ได้ดังนี้

แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจ ความรู้สึก และพฤติกรรม



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้าใจ ความรู้สึก และพฤติกรรม

ที่มา: อุดลย์ จาตุรงค์กุล (2543: 27)

นอกจากนี้ อุดลย์ยังได้กล่าวเพิ่มเติมว่า ถ้าเรามีท่าทีความรู้สึก หรือทัศนคติในเชิงบวก ย่อมปฏิบัติออกมาในทางบวก แต่ถ้าเรามีท่าทีความรู้สึกในเชิงลบ จะปฏิบัติออกมาในทางลบ ทัศนคติมีลักษณะ ดังนี้

1. ทัศนคติเชิงบวก (Positive Attitude) การปฏิบัติออกมาในทางบวก (Act Positively)
2. ทัศนคติเชิงลบ (Negative Attitude) การปฏิบัติออกมาในทางลบ (Act Negatively)

จากความหมายของทัศนคติทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง ความคิด ความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึก ที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ดังมีแนวโน้มที่จะทำให้บุคคลเหล่านั้นแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งนั้น ๆ ซึ่งจะอยู่ในลักษณะการเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย รู้สึกพอใจ หรือไม่พอใจ นั่นเอง

องค์ประกอบของทัศนคติ

Rosenberg and Hovland (1960 อ้างใน ล้วน สายยศ, 2543: 59-60) ได้เสนอแนวความคิดว่าทัศนคติมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ด้านความคิดความเชื่อ ความเข้าใจ (Cognitive Component) ได้แก่ การที่คนเรามีความคิดความเข้าใจ หรือความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มนุษย์ใช้ในการคิดเป็นการตอบสนองของบุคคลที่รับรู้ และวินิจฉัยข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับ
2. ด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Component) เป็นลักษณะด้านอารมณ์ ความรู้สึกของบุคคล ซึ่งจะคล้อยตามความคิดของบุคคล ถ้าบุคคลมีความคิดที่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ก็จะมีความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งนั้นด้วย ทัศนคติก็น่าจะออกมาในด้านบวกต่อสิ่งนั้นเช่นกัน
3. ด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) เป็นความพร้อมที่จะกระทำหรือแนวโน้มที่จะนำไปสู่การปฏิบัติอันเป็นผลเนื่องมาจากความรู้ ความคิด ความรู้สึก ซึ่งจะออกมาในรูปของการยอมรับหรือปฏิเสธ และเมื่อใดที่มีสิ่งเร้าหรือปัจจัยอื่น ๆ ที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติหรือมีปฏิกริยาตอบสนองอย่างใดอย่างหนึ่ง

องค์ประกอบทั้งสามนั้นหากมีความสอดคล้องกัน ลักษณะต่าง ๆ ที่เกิดจากการตอบสนองจะเป็นไปด้วยดี หากไม่สอดคล้องกัน จะเกิดความขัดแย้งขึ้น การลดความขัดแย้งก็จะต้องเปลี่ยนองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งให้สอดคล้องกัน

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดทัศนคติ

ลัดดา กิตติวิภาค (2526 อ้างใน พจนารถ บุญญภัทรพงษ์, 2542: 21) ได้อธิบายการเกิดทัศนคติไว้ 5 ประการ

1. เกิดจากการเรียนรู้ ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดู การได้รับการอบรมจากครอบครัวหรือเป็นการเลียนแบบอย่าง ซึ่งเป็นการถ่ายทอดทัศนคติจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

2. เกิดจากประสบการณ์ที่สะสมมาของบุคคล ซึ่งเป็นการประสบด้วยตนเอง อาจในด้านดีหรือไม่ดี สิ่งที่ได้ประสบพบนี้จะมีผลต่อทัศนคติของบุคคลดังกล่าวในเวลาต่อมา เช่น ได้ประสบการณ์ว่าคนนิโกรเป็นคนรับใช้เขา อาจจะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อคนนิโกร การไม่ยอมรับว่าคนนิโกรมีฐานะทางสังคมเท่าเทียมกับเขา เป็นต้น

3. เกิดจากประสบการณ์ที่เป็นผลให้จดจำไปนาน เป็นประสบการณ์ที่อาจเกิดขึ้นทันทีทันใด หรือเกิดขึ้นอย่างไม่น่าเชื่อว่าจะเป็นไปได้ เช่น อยู่ดี ๆ เราถูกกลุ่มเด็กวัยรุ่นทำร้าย ทำให้เรามีทัศนคติที่ไม่ดีต่อกลุ่มเด็กวัยรุ่น ในลักษณะนี้เป็นการจดจำฝังใจไปนาน

4. เกิดจากบุคลิกภาพ เป็นบุคลิกภาพส่วนตัวของบุคคลนั้นที่เป็นลักษณะพิเศษ เช่น เป็นคนชอบเก็บตัว หรือบางคนเอาความคิดของตัวเองเป็นใหญ่ เป็นต้น บุคลิกภาพเหล่านี้จะมีผลต่อทัศนคติของเขาด้วย

5. เกิดจากสื่อมวลชนต่าง ๆ การเสนอข่าวสารหรือข้อมูลต่าง ๆ ของสื่อมวลชน เช่น วิทยุ หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ ฯลฯ ล้วนมีอิทธิพลต่อทัศนคติของบุคคลแทบทั้งสิ้น เช่น หนังสือพิมพ์ให้ข่าวสารเกี่ยวกับโทษของผงชูรส ทำให้คนมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผงชูรส เป็นต้น

ทัศนคติกับพฤติกรรม

โดยทั่วไปคนส่วนใหญ่มักคิดว่า ทัศนคติที่มีต่อสิ่งใดก็ตามถ้าเป็นไปได้ก็จะเป็นไปในทางที่ดีก็จะมีผลทำให้คนเราทำสิ่งนั้นเสมอ หรือในทางตรงกันข้าม ถ้าไม่ชอบสิ่งใดก็มักจะแสดงพฤติกรรมด้านไม่ดีต่อสิ่งนั้น

Allport (1935: 271-272) แสดงความเห็นที่ว่าทัศนคติมีผลต่อพฤติกรรม กล่าวถึงลักษณะของทัศนคติไว้ ดังนี้

1. เป็นภาวะจิตใจและประสาท ซึ่งแสดงออกให้เห็นทางพฤติกรรม เช่น โกรธ เกลียด รัก เป็นต้น

2. เป็นความพร้อมที่จะตอบสนอง เมื่อมีทัศนคติที่ดีหรือไม่ดีต่อสิ่งใด ก็พร้อมที่จะตอบสนองสิ่งนั้นตามลักษณะของทัศนคติที่เกิดขึ้น

3. เกิดขึ้นเป็นระบบโดยจัดระบบในตนเอง เมื่อเกิดทัศนคติต่อสิ่งใดแล้ว จะเกิดต่อเนื่อง และติดตามมาด้วยพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กัน

4. เกิดจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ประสบการณ์มีส่วนในการสร้างเสริมทัศนคติได้ดี

5. เป็นพลังสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก กล่าวคือ การแสดงออกของพฤติกรรมต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น ขึ้นอยู่กับทัศนคติเป็นสำคัญ

Fishbein and Ajzen (1980 อ้างใน สิทธิโชค วรรณสันติกุล, 2548: 124) มีแนวคิดที่ว่า ทัศนคติสามารถทำนายพฤติกรรมได้ แต่ในการวัดทัศนคติและพฤติกรรมนั้นต้องสอดคล้องกับแนวทาง 4 แนวทาง คือ

1. บอกการกระทำ (Action) เป็นการแสดงออกที่ผู้ตอบแบบวัดจะเข้าใจได้อย่างชัดเจน เช่น การวิ่ง การอ่าน การร้อง เป็นต้น

2. มีเป้าหมายของการกระทำ (Target) คืออะไร เช่น วิ่งขึ้นรถ อ่านนิยาย ร้องเพลง เป็นต้น

3. การกำหนดบริบทซึ่งเป็นที่เกิดของการกระทำ (Context) เช่น วิ่งขึ้นรถที่ตลาด อ่านนิยายในห้องนอน ร้องเพลงที่สนาม เป็นต้น

4. กำหนดเวลาที่เกิดการกระทำ (Time) เช่น การกระทำนั้นเกิดตอนเช้า หรือ ช่วงเวลาวันหยุด เป็นต้น เช่น วิ่งขึ้นรถที่ตลาดเมื่อเช้านี้

จากแนวคิดข้างต้น Fishbein and Ajzen กล่าวว่า ถ้ามีการวัดทัศนคติอย่างดี ต้องวัดให้สอดคล้องกับพฤติกรรมที่มีเงื่อนไขตามแนวทาง 4 ประการดังกล่าว แล้วการวิจัยจะได้ผลว่าทัศนคติสามารถทำนายพฤติกรรมได้

นอกจากนี้ยังมีนักจิตวิทยาสังคมที่เห็นด้วยกับแนวคิดทัศนคติสามารถทำนายพฤติกรรมได้นั้นคือ

Zimbardo (1980 อ้างใน สิทธิโชค วรานุสันติกุล, 2548: 125) นักจิตวิทยาสังคมผู้มีชื่อเสียงคนหนึ่งในปัจจุบันได้สรุปว่า เงื่อนไขที่จะทำให้เราสามารถให้ทัศนคติทำนายพฤติกรรมได้อย่างค่อนข้างถูกต้องมี 3 ประการ คือ

1. ทัศนคติต่อพฤติกรรมและพฤติกรรมนั้นต้องเป็นเรื่องเดียวกัน เช่น ทัศนคติที่มีต่อการรักษาสัตว์แวดล้อมให้เป็นธรรมชาติไม่อาจจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการเข้าร่วมโครงการปลูกต้นไม้ของหน่วยงานราชการ แต่ทัศนคติต่อโครงการปลูกต้นไม้ของหน่วยงานราชการแห่งหนึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมการเข้าร่วมปลูกต้นไม้ตามโครงการดังกล่าวได้

2. ทัศนคติเป็นแนวคิดที่ทำให้มองเห็นทิศทางของพฤติกรรมในวงกว้าง เช่น ทัศนคติต่อพุทธศาสนาอาจจะไม่สามารถนำมาทำนายพฤติกรรมการไปวัดเป็นประจำได้ แต่สามารถทำนายแบบแผนของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเข้าวัดโดยรวมได้ เช่น การทำบุญบ้าน การร่วมกิจกรรมที่วัดจัดขึ้น เป็นต้นว่างานรื่นเริง งานกฐิน ถ้ามีทัศนคติที่ดีต่อพุทธศาสนา ก็หมายความว่ามีโอกาสที่จะต้องมีการปฏิบัติต่าง ๆ ดังที่กล่าวไปแล้ว

3. ทัศนคติต่อสิ่งใดที่เด่นชัดและหนักแน่นสามารถที่จะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมได้ เช่น ทัศนคติของคนที่มีต่อนักการเมือง มีบ่อยครั้งที่เราจะได้พบว่า คนบางคนมีทัศนคติด้านบวกต่อนักการเมืองบางคนเป็นอย่างมาก พวกเขาจะเห็นด้วยทั้งนั้นไม่ว่านักการเมืองคนนั้นจะทำอะไร

อดุลย์ จาตุรงค์กุล (2534: 27) กล่าวว่าพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากทัศนคติ โดยที่ K = Knowledge, A = Attitude และ P = Practice ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. K หมายถึง การเกิดความรู้ ความเข้าใจจากสิ่งที่สะสมมาแต่อดีต
2. A หมายถึง การเกิดทัศนคติ เมื่อเกิดความรู้ในขั้นต่อมาจะเกิดความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบทราบแล้วชอบหรือไม่ และจะส่งผลไปสู่การกระทำ
3. P หมายถึง การเกิดการกระทำ หลังจากที่เกิดความรู้และทัศนคติแล้ว ก็จะเกิดการกระทำ

โดยสรุป การศึกษาเรื่องทัศนคตินับได้ว่าเป็นเรื่องใหญ่มาตลอดในทางจิตวิทยาสังคม ตลอดระยะเวลาแห่งการค้นคว้า คำจำกัดความของคำว่า “ทัศนคติ” ที่เป็นที่ยอมรับกันของ นักจิตวิทยาสังคม นั่นคือ ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ และแนวโน้มของพฤติกรรมของ บุคคลที่มีต่อบุคคลหรือสิ่งของ ความคิด และทัศนคติต้องมีความคงทนอยู่พอสมควร ดังนั้นการที่ รู้ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก็จะสามารถทำนาย แนวโน้มพฤติกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจะมีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนท้องถิ่นที่ยั่งยืน

การวัดทัศนคติ

วิธีการวัดทัศนคติมีด้วยกันหลายวิธี แต่วิธีที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าประกอบการวิจัย คือ (ล้วน สายยศ, 2543: 90-97)

1. การวัดทัศนคติโดยใช้วิธี Likert's Method หรือ Summated Rating วิธีนี้สร้างขึ้น โดย Renis Likert สร้างขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1932 เป็นวิธีการสร้างที่ง่าย มีความเชื่อมั่นสูงและพัฒนาเพื่อวัดด้าน ความรู้สึกของข้อความในตอนหลัง คือหลังจากเอาเครื่องมือไปสอบวัดแล้ว การสร้างข้อความที่ แสดงความรู้สึกต่อเป้าหมายทัศนคติจะต้องให้ครอบคลุมและสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ข้อความอาจจะเป็น ทางบวกหมด หรือทางลบหมด หรือผสมกันก็ได้ การนำคะแนนข้อที่เห็นด้วยหรือข้อที่ไม่เห็นด้วย มาสร้างกราฟข้อมูลจะเป็นรูปแบบของ Monotonous คือลักษณะที่เป็น ไปด้วยกัน

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือวัดทัศนคติแบบ Likert มีดังนี้

1.1 เลือกชื่อเป้าหมายทัศนคติ (Attitude Object) ก่อน เช่น ทัศนคติต่อวิชาเรียน ต่อ มหาวิทยาลัย เป้าหมายของทัศนคติอาจจะเป็นคน วัตถุ สิ่งของ องค์กร สถาบัน อาชีพ แล้วแต่จะ เลือก ยิ่งแคบ ยิ่งดีมาก และยิ่งกำหนดช่วงเวลาด้วยแล้ว การแปลผลก็จะทำให้มีความหมายดียิ่งขึ้น

1.2 เขียนข้อความแสดงความรู้สึกต่อเป้าหมายทัศนคติ โดยวิเคราะห์แยกแยะให้ครอบคลุม ซึ่งลักษณะข้อความควร เป็นข้อความที่แสดงความเชื่อและความรู้สึกต่อเป้าหมายที่ต้องการ ไม่เป็นการ แสดงถึงความเป็นจริง มีความแจ่มชัด สั้น ให้ข้อมูลที่พอดัดสินใจได้ ข้อความเดียวควรมีความเชื่อเดียว ไม่ครอบคลุมทั้งทางดีและไม่ดี หรือทั้งบวกและลบ นอกจากนั้นควรหลีกเลี่ยงคำปฏิเสธซ้อน ข้อความอ้างอิงในอดีตที่ผ่านมา

1.3 การตรวจสอบข้อความ เป็นการตรวจสอบขั้นแรก เพื่อดูให้แน่ชัดว่าข้อความนั้น สร้างไว้เหมาะสมหรือไม่ การตอบ ให้ตอบว่า ชอบ – ไม่ชอบ, ดี – ไม่ดี หรือ เห็นด้วย - ไม่เห็นด้วย โดยอาจใช้ 3 มาตรา , 4 มาตรา หรือ 5 มาตรา เป็นต้น การเขียนการแสดงออกในมาตราวัดแบบ Likert ที่นิยมใช้ เช่น

- () เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- () เห็นด้วย
- () ไม่แน่ใจ
- () ไม่เห็นด้วย
- () ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

1.4 การให้น้ำหนักคะแนน จะเป็น 1, 2, 3, 4, 5 นั้นแล้วแต่ความเหมาะสมของผู้ใช้

1.5 การทดลองคุณภาพเบื้องต้น ในระยะนี้ต้องการศึกษาว่าข้อความแต่ละข้อมีอำนาจจำแนกผู้ที่มีทัศนคติสูงกับมีทัศนคติต่ำแตกต่างกันหรือไม่ นั่นคือพยายามหาว่าข้อความนั้น ถ้าใครตอบมาตราสูงแสดงว่ามีทัศนคติสูง ถ้าใครตอบมาตราต่ำจะเป็นคนที่มีทัศนคติต่ำจริงหรือไม่ นั่นเอง การจะสามารถบอกได้ดังกล่าวมาแล้ว จะต้องเอาข้อความทั้งหลายไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเสร็จแล้วนำมาตรวจให้คะแนนแต่ละข้อ โดยไม่ลืมหาค่ามาตราในกรณีเป็นข้อความกล่าวในทางลบ แล้วรวมคะแนน

1.6 การจัดแบบทดสอบ เมื่อได้ข้อสอบที่มีอำนาจจำแนกดีแล้ว พิจารณาว่าจะกำหนดกี่ข้อ การให้จำนวนข้อควรคำนึงถึงกลุ่มตัวอย่างและระดับอายุ ความสามารถในการอ่าน อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการตอบ ระดับอายุน้อย ๆ จึงไม่ควรมีหลายข้อมากจนเกินไป

1.7 การตรวจให้คะแนน การให้คะแนนให้ตามมาตราที่กำหนดแต่ละข้อ ถ้าเป็นข้อความเปลี่ยนข้อความมาเป็นตัวเลข แต่ถ้าเป็นตัวเลขแล้วก็นำตัวเลขที่ผู้ตอบเลือกมารวมเลย กรณีข้อความเป็นความรู้สึกทางลบ จะต้องกลับตัวเลขกันกับข้อความที่เป็นไปในทางบวก

1.8 การหาคุณภาพอื่น ๆ เช่น ความเชื่อมั่น และความเที่ยงตรง

2. การวัดทัศนคติโดยใช้วิธี Fishbein's Method การสร้างในวิธีนี้ไม่ได้สร้างแตกต่างไปจากนักจิตวิทยาคนอื่นแต่ประการใด แนวคิดของมาตราจะใช้ของ Likert และ Osgood เป็นหลัก แต่แนวคิดของการเกิดทัศนคติอาจแตกต่างกันบ้างเล็กน้อย

Fishbein (1963 อ้างใน ล้วน สายยศ, 2543: 116) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติว่า

2.1 แต่ละบุคคลมีความเชื่อมากมายต่อเป้าทัศนคติหนึ่ง ๆ และเป้าหนึ่ง ๆ จะมีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะต่าง ๆ มากมาย

2.2 ความเกี่ยวพันแต่ละคุณลักษณะ กระตุ้นให้เกิดการตอบสนองในการประเมินออกมา กลายเป็นทัศนคติ

2.3 การประเมินตอบสนองสัมพันธ์กันกับเป้าของทัศนคติโดยผ่านเงื่อนไขหนึ่ง ๆ

2.4 การประเมินการตอบสนองของเงื่อนไขเป็นผลรวมทั้งหมด

2.5 ผลการรวมทั้งหมดของความเชื่อ สัมพันธ์กับการประเมินความเชื่อ แสดงให้เห็นเป็นทัศนคติ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการวัดแบบ Likert's Method เนื่องจากเป็นวิธีการสร้างที่ง่าย มีความเชื่อมั่นสูงและพัฒนาเพื่อวัดด้านความรู้สึกได้หลายอย่าง และเป็นวิธีที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาวิจัยที่สุด

ประโยชน์ของการวัดทัศนคติ

วรรณคดี แสงประทีปทอง (2536 : 52-66 อ้างใน นลินี ประทับศร, 2543 : 48-49) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการวัดทัศนคติไว้ดังนี้

1. การวัดทัศนคติเพื่อทำนายพฤติกรรม เนื่องจากการวัดทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคล จะแสดงถึงความรู้สึกที่มีทางด้านดีหรือไม่ดีเกี่ยวกับสิ่งนั้นมากน้อยเพียงใด หรือมีความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบสิ่งนั้นเพียงใด ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้นจึงเป็นเครื่องทำนายว่าบุคคลนั้นจะมีการ

กระทำไปในทำนองนั้นด้วย ดังนั้นการทราบทัศนคติของบุคคลย่อมช่วยให้ทำนายการกระทำของบุคคลได้ และจะเป็นแนวทางให้ผู้อื่นปฏิบัติต่อบุคคลนั้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และอาจเป็นแนวทางให้ผู้อื่นสามารถควบคุมพฤติกรรมของบุคคลนั้นได้ด้วย

2. การวัดทัศนคติเพื่อเข้าใจสาเหตุและเหตุผล ทัศนคติต่อสิ่งต่าง ๆ นั้น เปรียบเสมือนสาเหตุภายในซึ่งมีกำลังผลักดันให้บุคคลกระทำได้ต่าง ๆ กัน ทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคลนี้อาจได้รับสาเหตุมาจากผลภายนอกด้วยส่วนหนึ่ง ดังนั้นการจะเข้าใจอิทธิพลของสาเหตุภายนอกที่มีต่อการกระทำของบุคคลต่าง ๆ ให้ชัดเจน บางกรณีจึงจำเป็นต้องวัดทัศนคติของบุคคลต่าง ๆ ต่อสาเหตุภายนอกด้วย

3. การวัดทัศนคติเพื่อหาทางป้องกัน การที่จะอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุขในสังคม ย่อมเป็นไปได้ถ้าแต่ละบุคคลมีทัศนคติต่อสิ่งเดียวกันคล้ายคลึงกัน ดังนั้นการทราบทัศนคติจะเป็นแนวทางให้เกิดความร่วมมือร่วมใจกันและไม่เกิดความแตกแยกในสังคม

4. การวัดทัศนคติเพื่อหาแนวทางแก้ไข บุคคลสามารถมีทัศนคติต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งแตกต่างกันไปได้มาก การวัดทัศนคติจึงอาจแสดงให้เห็นทราบว่าบุคคลมีลักษณะที่เหมาะสมหรือไม่เพียงใด เพื่อประโยชน์ในการหาแนวทางแก้ไขทัศนคติที่ไม่ถูกต้องและปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อไป

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ถ้าเราทราบทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดแล้วเราก็จะสามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ สามารถหาทางป้องกันแก้ไขปัญหา หรือลดข้อขัดแย้งในเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเข้าใจสาเหตุและผลของพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพ

ความหมายของบุคลิกภาพ

บุคลิกภาพ ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Personality มาจากรากศัพท์ภาษากรีก คือ Persona (Per + Sonare) ซึ่งหมายถึง Mask ที่แปลว่าหน้ากาก

Burger (n.d.: 4) ได้กล่าวว่า บุคลิกภาพเป็นลักษณะกระบวนการที่มาจากภายในของแต่ละบุคคลแสดงออกในรูปแบบพฤติกรรมที่สอดคล้อง ก่อนข้างกงทน ถาวร

Munn (1969: 77) ได้กล่าวว่า บุคลิกภาพของบุคคลแต่ละคนเป็นผลรวมของลักษณะทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ผลของบุคลิกภาพเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ทางชีวภาพ สถานภาพทางสังคม และอิทธิพลของวัฒนธรรม

Morgan (1961 อ้างใน สถิต วงศ์สวรรค์, 2540: 3) ได้กล่าวว่า บุคลิกภาพ คือ คุณสมบัติและคุณลักษณะเด่นของบุคคล รวมทั้งการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ

Hillgard (1967 อ้างใน ปิยพร ดวงทอง, 2539: 9) ได้กล่าวว่า บุคลิกภาพ หมายถึง ลักษณะของบุคคลและวิธีการแสดงออก ซึ่งกำหนดการปรับตัวตามแบบฉบับของแต่ละบุคคล

Maddi (1968 อ้างใน นวลละออ สุภาพล, มปป: 3) ได้กล่าวว่า บุคลิกภาพ คือ ความมั่นคงของคุณสมบัติและแนวโน้มทั่ว ๆ ไปที่จะแสดงถึงความแตกต่างของพฤติกรรมทางจิต เช่น ความคิด ความรู้สึก และการกระทำ

Eysenck (1970 อ้างใน นพมาศ อุ้งพระ, 2546: 228) กล่าวว่าไว้ว่า บุคลิกภาพเป็นองค์ประกอบของคุณลักษณะของคนที่ยั่งยืนและถาวร เป็นคุณลักษณะนิสัย ความฉลาด และร่างกายที่กำหนดการปรับตัวของบุคคลให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม

Allport (1973 อ้างใน สถิต วงศ์สวรรค์, 2540: 3) ได้กล่าวว่า บุคลิกภาพ หมายถึง กระบวนการสร้างหรือการจัดส่วนประกอบของแต่ละคนทั้งภายใน และภายนอก(จิตใจและทางร่างกาย) ซึ่งบุคลิกภาพนี้จะทำหน้าที่เป็นเครื่องกำหนด ตัดสิน พิจารณาลักษณะพฤติกรรมและความนึกคิดของบุคคลนั้น

Mc.Cannell (1974 อ้างใน ปานวาสน์ มหาวลเลิศ, 2544: 5) ได้กล่าวว่า บุคลิกภาพ หมายถึง คุณลักษณะที่บุคคลคิดและแสดงเป็นแบบแผนพฤติกรรมเพื่อใช้ในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ซึ่งคุณลักษณะดังกล่าว รวมไปถึง ค่านิยม แรงจูงใจ อารมณ์ ความสามารถต่าง ๆ เป็นมโนภาพแห่งตน และเซาวิปัญญา

Schneiders (n.d. อ้างใน สถิต วงศ์สวรรค์, 2540: 3) ได้กล่าวว่า บุคลิกภาพ หมายถึง กระบวนการสร้าง หรือการรวมคุณลักษณะทั้งด้านร่างกายและจิตใจของบุคคล ตลอดจนความสามารถ ความโน้มเอียง นิสัย อากัปกริยาของแต่ละบุคคลโดยเฉพาะ และบุคลิกภาพจะเป็น

เครื่องกำหนดปฏิกิริยาของบุคคลที่มีต่อตนเองและต่อผู้อื่นและเป็นผลต่อความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อ
สิ่งแวดล้อม วัตถุ บุคคล และวัฒนธรรมของสังคมที่เขาอาศัยอยู่

ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า

บุคลิกภาพ หมายถึง คุณลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคลแสดงออกโดย
พฤติกรรมที่บุคคลนั้นมีต่อสิ่งแวดล้อมที่ตนกำลังเผชิญอยู่ ลักษณะของแบบแผนพฤติกรรมและ
แบบแผนการคิดที่เป็นตัวกำหนดลักษณะเฉพาะของบุคคลในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม มนุษย์แต่
ละคนมีบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน ไม่มีใครเหมือนกันไปทุกอย่าง แม้กระทั่งพี่น้องหรือฝาแฝดก็ตาม
ทั้งนี้เพราะมนุษย์แต่ละคนมีความพิเศษและความเป็นหนึ่งในตัวของแต่ละคน

ความเป็นจริงแล้วบุคลิกภาพเป็นผลพวงของปัจจัยสองสิ่ง คือ จากพันธุกรรม และจาก
สิ่งแวดล้อม

1. บุคลิกภาพที่ได้รับอิทธิพลจากพันธุกรรม

พันธุกรรม หมายถึง การถ่ายทอดหรือการสืบเนื่องลักษณะต่าง ๆ จากบรรพบุรุษไปสู่
ลูกหลาน การถ่ายทอดนี้ดำเนินไปโดยอาศัยยีนส์ ซึ่งอยู่ในโครโมโซม

2. บุคลิกภาพที่ได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวบุคคล ทุกสิ่งทุกอย่างที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับตัว
บุคคล อาจเป็นสภาวะการณ์หรือสิ่งที่บุคคลนั้นสัมผัส หรือเกี่ยวข้องกับ ทั้งที่มีชีวิต
และไม่มีชีวิตตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ เช่น วัฒนธรรม การอบรมเลี้ยงดู ที่อยู่อาศัย
อาหาร ญาติพี่น้อง สถาบัน การศึกษา เป็นต้น

ทฤษฎีบุคลิกภาพ

Jung (1875 -1961 อ้างใน นิรนาม, 2549) ได้เสนอแนวคิดโครงสร้างบุคลิกภาพ ซึ่ง Jung
เรียกโครงสร้างบุคลิกภาพว่า Psyche ประกอบด้วยระบบต่าง ๆ ที่ทำงานร่วมกัน ได้แก่

1. จิตสำนึก (Ego) ประกอบด้วยการจำได้หมายรู้ที่ประกอบด้วย สติสัมปชัญญะ รวมทั้งความรู้สึกลึกซึ้งต่าง ๆ ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรู้จักอัตภาพแห่งตน (Identity)
2. จิตใต้สำนึก (Unconscious) เป็นส่วนประสบการณ์ของจิตสำนึกมาก่อน แต่ถูกเก็บกดอย่างใดก็ตามที่คิดขึ้นมาอยู่ในจิตสำนึกได้ และถ้าความรู้สึกลึกซึ้งในจิตใต้สำนึกรวมกันเป็นหมวดหมู่ก็จะกลายเป็น ปม (Complex) เช่น การเกิดปม แม่ อยู่ในจิตใต้สำนึกของผู้ชาย ปมนี้นิยมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพของเขาทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ทั้งทางบวกและทางลบ เช่น ผู้ชายที่เลือกแต่งงานกับผู้หญิงที่มีลักษณะบุคลิกภาพคล้ายแม่ของตน แสดงว่าชายผู้นี้มีปม แม่ อยู่ในจิตใต้สำนึกของเขาซึ่งมีอิทธิพลต่อการเลือกคู่ครองด้วย
3. จิตใต้สำนึกที่สั่งสมมา (Collective Unconscious) เป็นกระบวนการจิตใต้สำนึกที่สั่งสมลักษณะบุคลิกภาพมาหลายชั่วอายุคน เขายกตัวอย่างว่า มนุษยชาตินิยมมีแม่ ทารกเกิดมาพร้อมกับแนวคิดคิดตัวมาแล้วว่าจะต้องพบแม่และทำอะไรกับแม่บ้าง เป็นญาณสร้างสมมาในสมองแล้ว จากประสบการณ์ตั้งแต่อดีตของชาติพันธุ์
4. Persona คือ ภาวะที่บุคคลต้องแสดงตนหรือแสดงพฤติกรรมตามที่สังคมคาดหวัง หรือตามประเพณีนิยม และบางครั้งก็เพื่อสนองแรงจูงใจ หรือบางครั้งก็เพื่อสร้างความประทับใจให้แก่บุคคลที่ได้พบเห็นติดต่อเกี่ยวข้อง หากการแสดงบทบาทเช่นนี้มีความขัดแย้งกับลักษณะบุคลิกและนิสัยที่แท้จริงของตนอย่างมาก บุคคลนั้นก็ขาดความเป็นตัวของตัวเอง ขาดความมั่นใจในตนเอง ถ้าเป็นมาก ๆ ก็เหมือนกับว่าตนเองมีบุคลิกแบบเล่นละครหลอกตัวเองและผู้อื่นตลอดเวลา
5. Anima and Animus คือ มนุษย์ทุกคนมีลักษณะความเป็นหญิงและชายอยู่ในตัว ทั้งทางกายภาพ อารมณ์ และจิตใจ Jung เรียกลักษณะชายว่า Anima และเรียกลักษณะหญิงว่า Animus
6. Shadow คือ ส่วนที่มนุษย์กับสัตว์มีเหมือนกันแต่ความเป็นมนุษย์จะถูกบังคับอยู่ภายในจิตใต้สำนึก ขนบประเพณี และ Persona เช่น ความก้าวร้าว ความต้องการได้รับการสนองแรงขับทางเพศ

Jung (1936 อ้างใน Pennington, 2003: 84) ได้แบ่งบุคลิกภาพของบุคคลออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. บุคคลประเภทแสดงตัว (Extrovert) มีลักษณะเด่น คือ เป็นคนเปิดเผย ร่าเริง ชอบออกสังคม มีอุปนิสัยที่เปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสมของสิ่งแวดล้อมและพร้อมที่จะเปลี่ยนตามสถานการณ์ใหม่ ๆ ที่เหมาะสม และสามารถแบ่งย่อยได้อีก 4 ด้าน ดังนี้

1.1 Extroverted Thinking คือ ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลที่ใช้ชีวิตอยู่กับกฎเกณฑ์ ยึดถือความเป็นจริง มีวิถีปฏิบัติโดยยึดตามสิ่งที่เห็น อยู่กับผู้อื่นได้อย่างสบายใจ

1.2 Extroverted Feeling คือ ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลที่ชอบสังคม ชอบที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น หลีกเลียงความขัดแย้ง

1.3 Extroverted Sensation คือ ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลที่ชอบแสวงหาความสุข มีความสุขกับประสบการณ์ใหม่ ๆ มุ่งหาความเป็นจริง

1.4 Extroverted Intuitive คือ ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลที่มีความคิดสร้างสรรค์ ชอบมีความคิดใหม่ ๆ มีการตัดสินใจที่ยึดตามสัญชาตญาณ มากกว่าเหตุผลตามความจริง

2. บุคคลประเภทเก็บตัว (Introvert) มีลักษณะเด่น คือ ชอบเก็บตัวและผูกพันกับตนเอง มากกว่าที่จะผูกพันกับสังคมเป็นบุคคลที่มีกฎเกณฑ์แน่นอนในการควบคุมอุปนิสัยของตนเองเป็นคนที่เชื่อถือตนเองและตัดสินใจโดยใช้ตัวเองเป็นหลัก ซึ่งสามารถแบ่งย่อยได้อีก 4 ด้าน ดังนี้

2.1 Introverted Thinking คือ ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลที่ชอบความเป็นส่วนตัว เจ้าทฤษฎี เจ้าหลักการ คิดในสิ่งที่นำมาปฏิบัติจริงไม่ได้ ไม่ชอบอยู่กับผู้อื่น

2.2 Introverted Feeling คือ ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลที่อ่อนไหวง่าย เจ็บใจ เข้าใจความคิด มีแนวโน้มที่จะไม่สนใจโลกภายนอก

2.3 Introverted Sensation คือ ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลที่ไม่ค่อยกระตือรือร้น สงบ มุ่งเน้นการรับรู้ทางประสาทสัมผัส พิจารณาสິงต่าง ๆ ภายนอก

2.4 Introverted Intuitive คือ ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลที่ช่างฝัน มีความสนใจในสิ่งลึกลับ เน้นในความรู้สึกส่วนตัว

หลังจากที่ Jung ได้นิยามแนวคิดทฤษฎีบุคลิกภาพเกี่ยวกับการแสดงออกและเก็บตัวของบุคคลไปแล้ว ในภายหลังก็ได้มีนักจิตวิทยาหลายท่านได้ศึกษาเพิ่มเติมและมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันออกไปเกิดเป็นทฤษฎีใหม่ ๆ ขึ้นมาหลายต่อหลายทฤษฎี แต่โดยส่วนใหญ่ก็มีพื้นฐานมาจากแนวคิดของ Jung นั่นเอง

Eysenck (1964 อ้างใน อาริยา ทรงสิทธิ์ โสภ, 2549 : 34-35) นักจิตวิทยาชาวอังกฤษ ได้สร้างทฤษฎีบุคลิกภาพ โดยแบ่งบุคลิกภาพออกเป็นสองมิติ มิติที่หนึ่งเป็นมิติของบุคลิกภาพแบบการแสดงตัว – เก็บตัว (Extraversion – introversion) และอีกมิติเป็นบุคลิกภาพแบบหวั่นไหว – มั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism – stability)

1. มิติของบุคลิกภาพแบบแสดงตัว - เก็บตัว (Extraversion – introversion) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

บุคลิกภาพแบบแสดงตัว จะมีลักษณะ น่าคบ เป็นมิตร มีอัธยาศัยและไมตรีดี ชอบเข้าสังคม มีเพื่อนมาก ชอบพูดคุย ไม่ชอบอ่านหนังสือหรือค้นคว้าตามลำพัง ชอบกิจกรรมที่ตื่นเต้น ชอบเสี่ยง ปรับตัวได้ดี มองโลกในแง่ดี ชอบสนุกสนาน มีแนวโน้มจะแสดงความก้าวร้าวและไม่พอใจออกมาง่าย ไม่สามารถเก็บความรู้สึกได้ ชอบแสดงความรู้สึกออกมาตรง ๆ

บุคลิกภาพแบบเก็บตัว จะมีลักษณะเงียบเฉย เก็บตัว ไม่ชอบเข้าสังคม มุ่งสนใจปัญหาของตนเอง ชอบอ่านและค้นคว้าตามลำพังมากกว่าการทำงานร่วมกับผู้อื่น สนุกกับคนยาก ระมัดระวังตัวมากเกินไป อารมณ์มั่นคง เกรงขริม ควบคุมความรู้สึกได้ดี มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย บางครั้ง มองโลกในแง่ร้าย ยึดถือมาตรฐานของสังคม

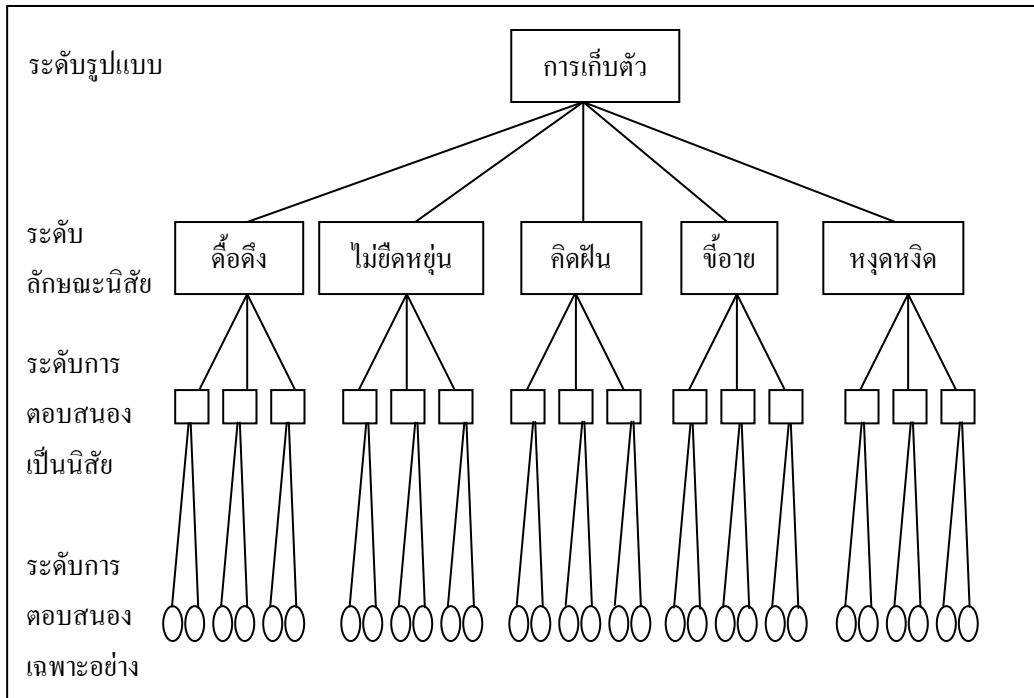
2. มิติของบุคลิกภาพแบบ แบบหวั่นไหว – มั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism – stability) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

บุคลิกภาพแบบหวั่นไหวทางอารมณ์ จะมีลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ที่หงุดหงิดง่าย อารมณ์ค่อนข้างรุนแรง อ่อนไหวง่าย เชื่อมโยงความวิตกกังวลเข้ากับทุกสิ่ง ไม่สามารถทนต่อสภาวะความเครียดสูงได้ โดยมักแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง

บุคลิกภาพแบบมั่นคงทางอารมณ์ จะมีลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ที่สุขุม เยือกเย็น มีสุขภาพจิตดี สามารถปรับตัวในสภาพแวดล้อมได้ดี

หลังจากที่ได้สร้างทฤษฎีทางบุคลิกภาพแล้ว Eysenck ก็ได้ทำการศึกษาต่อเนื่องโดยศึกษาทางทฤษฎีร่วมกับการทดลอง ซึ่งได้อธิบายถึงบุคลิกภาพว่าประกอบด้วยพฤติกรรมในระดับต่าง ๆ 4 ระดับ โดยวัดจากระดับต่ำสุดถึงระดับสูงสุด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ทฤษฎีการจัดระบบบุคลิกภาพของ Eysenck (1970: 15) ได้กล่าวถึงบุคลิกภาพประกอบด้วยพฤติกรรม 4 ระดับ พฤติกรรมดังกล่าวจัดระบบขึ้นตามชั้นจากระดับต่ำสุดถึงระดับสูงสุด ดังภาพประกอบต่อไปนี้



ภาพที่ 2 ตัวอย่างการจัดระบบระดับชั้นของบุคลิกภาพของ Eysenck

ที่มา: Eysenck (1970: 15)

ระดับต่ำสุด คือ ระดับการตอบสนองเฉพาะอย่าง (Specific Responses) ใช้สัญลักษณ์ SR1, SR2,.....SRn พฤติกรรมในระดับนี้ คือ การแสดงออกต่าง ๆ เช่น การตอบสนองต่อการทดสอบในการทดลอง การตอบสนองต่อประสบการณ์ หรือเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน พฤติกรรมนี้สามารถสังเกตเห็นได้ อาจมีคุณลักษณะของบุคคลหรือไม่ก็ได้

ระดับที่สอง คือ ระดับการตอบสนองที่เป็นนิสัย (Habitual Responses) ใช้สัญลักษณ์ HR1, HR2,.....HRn พฤติกรรมในระดับนี้ คือ การตอบสนองเฉพาะอย่าง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดซ้ำภายใต้เหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เช่น เมื่อทำการทดสอบซ้ำ การตอบสนองของบุคคลจะคล้ายคลึงกับปฏิกิริยาเดิม HR สามารถวัดได้ในรูปของสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เช่น โอกาสที่จะเป็นไปได้ที่พฤติกรรมจะคงเส้นคงวาเมื่อทำการทดสอบซ้ำ

ระดับสุดท้าย คือ รูปแบบพฤติกรรม พฤติกรรมระดับนี้จัดระบบมาจากลักษณะนิสัยการ จัดระบบ ขึ้นอยู่กับค่าสหสัมพันธ์ภายในที่สังเกตได้ ของลักษณะนิสัยที่แตกต่างกันของกลุ่มหนึ่ง รูปแบบบุคลิกภาพเป็นตัวแปรในระดับสูง

นอกจากนี้ Eysenck ยังได้รวบรวมลักษณะพฤติกรรมของบุคคลจากการตอบสนองเชิง พฤติกรรม (Specific Response) การกระทำอันเป็นนิสัย (Habitual Response) ลักษณะของ บุคลิกภาพ (Trait) และแบบของบุคลิกภาพ (Type) และนำลักษณะนิสัยที่แตกต่างกันนี้มาหา ความสัมพันธ์กัน โดยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) พบว่าบุคลิกภาพแบ่งได้เป็น 2 มิติที่มีอิสระต่อกัน มิติที่หนึ่งคือ การแสดงออก ตรงข้ามกับการเก็บตัว (Extraversion - Introversion) และมิติที่สอง คือความหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ ตรงข้ามกับอารมณ์มั่นคง (Neuroticism – Emotional Stability) ซึ่งจะสามารถจับคู่บุคลิกภาพออกได้เป็น 4 แบบ คือ

1. บุคลิกภาพแบบแสดงตัว – หวั่นไหว (Extrovert - Neurotic) มีลักษณะชอบกิจกรรม ก้าวร้าว ฉุนเฉียว ตื่นเต้นง่าย
2. บุคลิกภาพแบบแสดงตัว – มั่นคง (Extrovert - Stable) มีลักษณะเปิดเผย ให้ความ ร่วมมือ ใจกว้าง มีชีวิตชีวา ชอบเป็นผู้นำกลุ่ม
3. บุคลิกภาพแบบเก็บตัว – หวั่นไหว (Introvrt - Neurotic) มีลักษณะเก็บตัว ชอบคิด มองโลกในแง่ร้าย ไม่ยืดหยุ่น

4. บุคลิกภาพแบบเก็บตัว – มั่นคง (Introvert - Stable) มีลักษณะยอมตาม ความคุมตัวเอง ได้ดี รักสงบ

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบบุคลิกภาพทั้ง 2 มิติ สามารถแสดงความสัมพันธ์ในมิติได้ดังภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 3 ลักษณะบุคลิกภาพทั้ง 4 แบบ ตามทฤษฎีของ Eysenck

ที่มา: Eysenck (1970: 54)

ในความเป็นจริงแล้วแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพมีมากมายหลายทฤษฎี ทุกทฤษฎีมีคุณค่าในตัวเอง และเมื่อบุคคลสามารถนำแต่ละทฤษฎีไปใช้อย่างเหมาะสมกับบุคคลที่เกี่ยวข้องก็จะเกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกทฤษฎีเนื่องจากเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับทัศนคติโดยตรงและง่ายต่อการทำความเข้าใจนั่นคือ แนวคิดทฤษฎีบุคลิกภาพของ Eysenck ซึ่ง

สามารถสรุปได้ว่า องค์ประกอบบุคลิกภาพประกอบด้วย บุคลิกภาพแบบแสดงตัว - เก็บตัว (Extraversion - Introversion) และบุคลิกภาพแบบหวั่นไหว - มั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism - Stability)

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้

ความหมายของความรู้

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบเอกสารและรวบรวมความหมายเกี่ยวกับความรู้ ซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

Rogers (1962 อ้างใน คมกฤษณ์ ผิวทอง, 2548: 36) ได้ให้ความหมายว่า ความรู้ หมายถึง การรับรู้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลส่วนมากจะได้รับผ่านประสบการณ์ โดยการเรียนรู้จากการตอบสนองสิ่งเร้า (S - R) และจัดระบบเป็น โครงสร้างของความรู้ ที่ผสมผสานระหว่างความจำ (ข้อมูล) กับสภาพทางจิตวิทยา ด้วยเหตุนี้ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรรซึ่งสอดคล้องกับสภาพจิตใจของตนเอง เป็นกระบวนการภายในที่ผู้อื่นจะรับรู้ได้จากการอนุมานมากกว่าการสังเกตโดยตรง

Good (1973 อ้างใน ปัทมา พุ่มมาพันธุ์, 2542: 18) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่าเป็น ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับจากการศึกษา ข้อเท็จจริง ปรากฏการณ์ และรายละเอียดต่าง ๆ โดยผ่านการรวบรวมและสะสมไว้เพื่อสำหรับนำไปใช้ประโยชน์ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ความรู้ คือ ความสามารถในด้านสติปัญญา และทักษะต่าง ๆ ที่เกิดจากการเรียนรู้ตนเอง

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 อ้างใน พจนารถ บุญญภัทรพงษ์, 2542: 17) ให้ความหมายค่าความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแค่ว่าได้ อาจจะโดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ ยิน จำได้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี โครงสร้าง มาตรฐาน วิธีการแก้ปัญหา กฎ เหล่านี้ เป็นต้น

นิรนาม (2549) กล่าวว่า ความรู้ (Knowledge) มีความหมายหลัก ๆ อยู่ 2 ประการ คือ

1. ความรู้ หมายถึง เนื้อหาข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยข้อเท็จจริง ความคิดเห็น ความคิด ทฤษฎี หลักการและรูปแบบ (หรือกรอบความคิดอื่น ๆ)

2. ความรู้ หมายถึง การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้กล่าวอ้างถึงข้อมูล หรือข้อเท็จจริงที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ หรือเกิดจากปรากฏการณ์ทางธรรมชาติมาพูดถึงด้วยความเชื่อถือ หรือความศรัทธา

จากความหมายของความรู้ที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น สรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง กฎเกณฑ์ ข้อเท็จจริง ในเรื่องราวต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับจากการประมวลประสบการณ์ต่าง ๆ จากการศึกษา ค้นคว้า แล้วสะสมไว้ในลักษณะของความจำซึ่งสามารถแสดงออกมาให้ผู้อื่นรับทราบได้ และความรู้นี้ก็สามารรถวัดได้โดยการใช้เครื่องมือ

ระดับของความรู้

Anderson (1983: 261 - 295) กล่าวว่า ความรู้มี 2 ชนิด คือ

1. ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความจริงต่าง ๆ (Declarative Knowledge)
2. ความรู้ ความเข้าใจ ว่าความจริงต่าง ๆ เหล่านี้สามารถนำมาใช้ได้อย่างไร (Procedural Knowledge)

Bloom และคณะ (อ้างใน คมกฤษณ์ พิวทอง, 2548: 37 - 39) จำแนกความรู้ ออกมาเป็น 3 ขั้นตอน โดยเรียงจากความรู้ที่ซับซ้อนน้อยที่สุดไปหาที่ซับซ้อนมากที่สุด ดังนี้

1. ความรู้เฉพาะสิ่ง คือ การระลึกถึงสิ่งเฉพาะและชิ้นส่วนของสารที่อยู่โดดเดี่ยว การเน้นอยู่ที่สัญลักษณ์ที่มีความหมายเชิงรูปธรรม ความรู้ลักษณะนี้จัดอยู่ในระดับต่ำสุดของความเป็นนามธรรม ซึ่งอาจได้รับการคิดว่าเป็นหน่วยของสิ่งที่ซับซ้อน และเป็นนามธรรมของความรู้ที่สร้างขึ้น ได้แก่

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับคำเฉพาะ เป็นความรู้ในเรื่องสัญลักษณ์จำเพาะบางอย่าง รวมทั้งความรู้ทางสัญลักษณ์ที่ยอมรับกันแล้ว ความรู้เกี่ยวกับสัญลักษณ์ประเภทต่าง ๆ ซึ่งอาจเคยใช้เพียงครั้งเดียวหรือความรู้ในเรื่องที่เหมาะสมกับการใช้ประโยชน์ของสัญลักษณ์นั้น ๆ

1.2 ความรู้ในข้อเท็จจริงเฉพาะ เป็นความรู้ในเรื่องวันที่ เหตุการณ์ บุคคล สถานที่ ฯลฯ ซึ่งอาจรวมสาระที่ถูกต้องและเฉพาะเจาะจง เช่น วันที่แน่นอน หรือปรากฏการณ์ที่มากหรือน้อย อย่างชัดเจน อาจรวมสาระเชิงประมาณ เช่น ช่วงเวลาโดยประมาณ หรือลำดับความมากน้อย โดยทั่วไปของปรากฏการณ์

2. ความรู้เรื่องวิถีและวิธีการจัดกระทำกับสิ่งเฉพาะ คือ ความรู้ในเรื่องวิถีทางในการจัดระเบียบในการศึกษา ในการตัดสินใจ และในการวิพากษ์วิจารณ์ รวมทั้งวิธีการค้นคว้า ลำดับผลที่ได้ตามเวลาในปฏิทิน และมาตรฐานของการตัดสินใจในแต่ละสาขา และรูปแบบของการจัดระเบียบตามที่สาขากำหนดและดำเนินการ ความรู้นี้จัดอยู่ในระดับกลางของความเป็นนามธรรม อยู่ระหว่างความรู้เฉพาะสิ่งกับความรู้ทั่วไป ไม่ต้องการให้นักเรียนทำกิจกรรมที่ต้องอาศัยเนื้อหาแต่ต้องการให้นักเรียนเกิดความสำนึกอย่างเจียบ ๆ ตามธรรมชาติ ได้แก่

2.1 ความรู้แบบแผนนิยม เป็นความรู้ในเรื่องลักษณะของวิถีทางในการจัดกระทำ และนำเสนอความคิดและปรากฏการณ์ เพื่อการสื่อความหมายและความสอดคล้อง ผู้ทำงานในสาขาใช้ประโยชน์ แบบฉบับการปฏิบัติและรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดกับวัตถุประสงค์ และมองดูเหมาะสมที่สุดกับปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้อง ควรสังเกตว่าแม้รูปแบบ และประเพณีนิยมจะเป็นสิ่งที่สมมติขึ้นหรือเกิดขึ้นอย่างไม่ตั้งใจ หรือมีรากฐานมากจากอำนาจทั้งหลายก็ตาม รูปแบบและประเพณีนิยมก็ยังคงมีอยู่ เพราะเป็นผลงานของการตกลงของคนกลุ่มใหญ่หรือเกิดจากการที่แต่ละคนเข้าไปเกี่ยวข้องกับเรื่องราว ปรากฏการณ์ หรือปัญหา

2.2 ความรู้เรื่องแนวโน้มและลำดับเหตุการณ์ เป็นความรู้ ในเรื่องกระบวนการ ทิศทาง และการเคลื่อนที่ของปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเวลา

2.3 ความรู้เรื่องการจัดจำพวกและประเภท เป็นความรู้เรื่องชั้นต่าง ๆ ชุดส่วนการจัดเรียงเรียง ซึ่งถือว่าเป็นพื้นฐานของสาขาวิชาที่กำหนดจุดมุ่งหมายของการโต้แย้ง หรือของปัญหาที่ให้มา

2.4 ความรู้เรื่องเกณฑ์ เป็นความรู้เรื่องเกณฑ์ตามข้อเท็จจริง หลักการความคิดเห็นและพฤติกรรมที่ได้รับการทดสอบหรือได้รับการตัดสินใจ

2.5 ความรู้เรื่องระเบียบวิธี เป็นความรู้เรื่องวิธีสืบสวน เทคนิค และกระบวนการที่ใช้ในบางสาขา ใช้สอบสวนปัญหาและปรากฏการณ์บางอย่าง การเน้นความรู้ของแต่ละบุคคลในเรื่องวิธีการมากกว่าความสามารถในการใช้วิธีการ

3. ความรู้เรื่องสากลและเรื่องนามธรรมในสาขาต่าง ๆ คือ ความรู้เรื่องแผนและรูปแบบที่สำคัญที่ปรากฏการณ์และความคิดได้รับการจัดรวบรวมไว้ โครงสร้างทฤษฎี และข้อสรุปจำนวนมาก ซึ่งมีอิทธิพลต่อสาขาวิชา นำมาใช้ศึกษาปรากฏการณ์ หรือแก้ปัญหา ระดับนี้จัดว่า เป็นระดับที่สูงสุดของความเป็นนามธรรมและความซับซ้อน ได้แก่

3.1 ความรู้เรื่องหลักและข้อสรุปทั่วไป เป็นความรู้เรื่องความเป็นนามธรรมบางอย่างซึ่งสรุปข้อสังเกตปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม ซึ่งมีคุณค่าในการอธิบาย บรรยาย ทำนาย หรือกำหนดการกระทำ หรือทิศทางที่เหมาะสมและสอดคล้องที่สุดเท่าที่จะทำได้

3.2 ความรู้เรื่องทฤษฎีและโครงสร้าง เป็นความรู้เรื่องตัวหลักการและข้อสรุปทั่วไป รวมทั้งความสัมพันธ์ ซึ่งแสดงให้เห็นภาพพจน์ของเหตุการณ์ ปัญหา หรือสาขาที่ซับซ้อนได้อย่างชัดเจน ครอบคลุม และเป็นระบบ ซึ่งเป็นเรื่องที่เป็นนามธรรมมากที่สุดและได้รับการนำมาใช้แสดงความสัมพันธ์และการจัดระเบียบของสิ่งจำเพาะต่าง ๆ จำนวนมาก

การวัดความรู้

ไพศาล หวังพานิช (2526 อ้างใน ปีทมา พุ่มมาพันธุ์, 2542: 20) กล่าวว่า การวัดความรู้ความจำนั้นเป็นการวัดความสามารถในการระลึก (Recall) เรื่องราวข้อเท็จจริงหรือประสบการณ์ต่าง ๆ หรือเป็นการวัดการระลึกประสบการณ์เดิมที่บุคคลได้รับจาก การสอน การบอกกล่าว การฝึกฝนของผู้สอน รวมทั้งจากตำรา จากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งคำถามที่ใช้ในการวัดความรู้ นั้นแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่

1. ถามความรู้ในเรื่อง เป็นการถามรายละเอียดของเนื้อหา ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ของเรื่องราวทั้งหลาย ประกอบไปด้วยคำถามประเภทต่าง ๆ เช่น สัพพท์ นิยาม กฎ ความจริง รวมไปถึงรายละเอียดของเนื้อหาต่าง ๆ

2. ถามความรู้ในวิธีดำเนินการ เป็นการถามวิธีปฏิบัติต่าง ๆ แบบแผนประเพณี ขั้นตอนของการปฏิบัติทั้งหลาย เช่น ถามระเบียบแบบแผน ลำดับขั้น แนวโน้ม การจัดประเภทและหลักเกณฑ์ต่าง ๆ

3. ถามความรู้รวบยอด เป็นการถามความสามารถในการจดจำข้อสรุปหรือหลักการของเรื่องราวที่เกิดจากการผสมผสานลักษณะต่าง ๆ เพื่อรวบยอดและย่อลงมาเป็นหลัก หรือ หัวใจของเนื้อหานั้น ๆ

จันง พรายแถมแจ (2531: 24 - 29) กล่าวว่า การวัดความรู้ นั้น ส่วนมากนิยมใช้แบบทดสอบ ซึ่งแบบทดสอบนี้เป็นเครื่องมือประเภทข้อเขียน ที่นิยมใช้กันทั่ว ๆ ไป แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. แบบอัตนัย หรือแบบความเรียง (Subjective Test or Essay Type) โดยให้เขียนตอบเป็นข้อความสั้น ๆ ไม่เกิน 1-2 บรรทัด หรือเป็นข้อ ๆ ตามความเหมาะสม

2. แบบปรนัย (Objective Test) แบ่งเป็น

2.1 แบบเติมคำ หรือเติมข้อความให้สมบูรณ์ (Supply or Completion Type)

2.2 แบบถูก – ผิด (True - False)

2.3 แบบเลือกข้อ (Selection Type)

2.4 แบบจับคู่ (Matching)

2.5 แบบเลือกตอบ (Multiple Choice)

จากที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น สรุปได้ว่า การวัดความรู้ คือ การวัดความจำ ความสามารถในการคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่ได้รับจากประสบการณ์เดิม หรือจากการศึกษา โดยผ่านการรวบรวมและสะสมไว้ ซึ่งสามารถทดสอบได้ด้วยเครื่องมือขึ้นอยู่กับชนิดของความรู้ โดยเครื่องมือ นั้นจะต้องมีความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นสูง สามารถที่จะแยกบุคคลที่มีความรู้กับ ไม่มีความรู้ได้

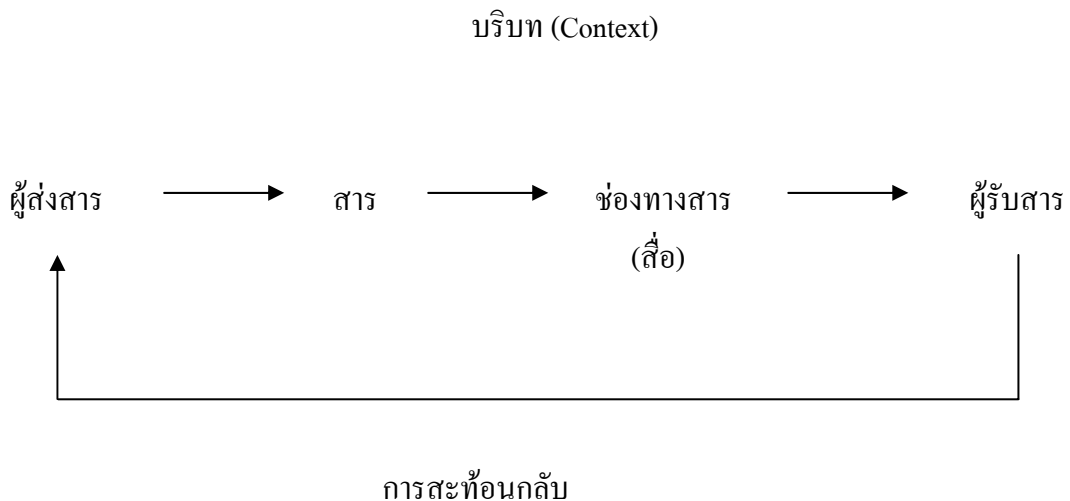
แนวคิดเกี่ยวกับการได้รับข่าวสาร

ความหมายของข่าวสาร

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 (2546: 184) ให้ความหมายว่า ข่าวสาร คือ ข้อความที่ส่งมาให้รู้เรื่องกัน

การสื่อสาร

องค์ประกอบพื้นฐานของการสื่อสารมี 6 องค์ประกอบ ดังนี้



ภาพที่ 4 องค์ประกอบของการสื่อสาร

ที่มา: Bandura (1977)

ในการสื่อสารตามองค์ประกอบนี้ และจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของ Bandura (1977) นั้น สรุปได้ว่าการสื่อสารที่จะมีประสิทธิภาพก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงถึงขั้นพฤติกรรมนั้น ในฐานะของผู้ส่งสารต้องมีความเข้าใจในเงื่อนไขทั้งในส่วนของบุคคลและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้รับสารเป็นอย่างดี จึงจะสามารถสร้างสารที่ดี มีความเหมาะสมไปยังผู้รับสาร และเพื่อป้องกันการผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นอย่างคาดไม่ถึงจึงควรจัดให้การสื่อสารมีระบบที่จะสะท้อนกลับมาได้ นอกจากนี้ บริบท คือ ความเหมาะสมของแต่ละท้องถิ่นแต่ละสถานการณ์ซึ่งอาจทำให้ต้องมีการจัดการสื่อสาร

ประเภทของช่องทางสาร(สื่อ)

โดยทั่วไปจะแบ่งตามลักษณะของสื่อ สามารถแบ่งได้ 4 ประเภท คือ

1. สื่อบุคคล คือ การใช้บุคคลเป็นตัวหลักในการสื่อสาร
2. สื่อสิ่งพิมพ์ ได้แก่ โปสเตอร์ แผ่นพับ จดหมายข่าว หนังสือ เป็นต้น
3. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ สไลด์ เป็นต้น
4. สื่ออื่น ๆ เช่น ป้าย นิทรรศการ เป็นต้น

กมลสัน หุตะแพทย์ (2535: 54-56) ได้แบ่งประเภทของสื่อออกเป็น 8 ประเภท โดยใช้ลักษณะของสื่อผสม (Multimedia-approach) โดยให้เหตุผลในการเลือกสื่อ ดังนี้

1. สื่อบุคคล หมายถึง ตัวแทนที่จะสื่อสารกับบุคคลในชุมชน เช่น เจ้าหน้าที่ในชุมชน โดยใช้หลักการของการประชาสัมพันธ์ เพื่อก่อให้เกิดการประสานงาน การมีส่วนร่วมของชุมชนและความเข้าใจอันดีต่อกัน
2. สื่อหอกระจายข่าว เป็นสื่อที่มีอยู่แล้วในชุมชน ข้อจำกัดส่วนใหญ่ของสื่อนี้คือ คุณภาพของการได้ยินไม่ทั่วถึง บางแห่งอาจมีเสียงดังจนเป็นที่รำคาญ ในขณะที่บางแห่งอาจได้ยินเบามาก การใช้สื่อประเภทนี้จึงต้องพยายามจำกัดเวลาในการใช้สื่อไม่ให้ยาวนานนัก โดยมุ่งเน้นใช้สื่อหอกระจายข่าว ในการเสริมสร้างทัศนคติ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและใช้ในการประชาสัมพันธ์
3. สื่อวิทยุ เป็นสื่อที่มีอยู่แล้ว โดยทางสถานีวิทยุแห่งประเทศไทย เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการสื่อสารที่เป็นความรู้ รวมถึงการประชาสัมพันธ์
4. สื่อป้ายโฆษณา สื่อนี้มีประโยชน์ในแง่ของการเตือนใจให้นึกถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และสามารถให้ความรู้ในลักษณะสั้น ๆ และรัดกุมได้

5. สื่อโปสเตอร์และสิ่งพิมพ์ สื่อชนิดนี้มุ่งไปที่กลุ่มเป้าหมายหลักโดยตรง เช่น ภาพหญิงให้นมบุตรในโปสเตอร์จะเป็นสื่อในการเตือนใจและส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมมารดา เป็นต้น สิ่งพิมพ์จะเป็นสื่อที่ทำให้รายละเอียดเกี่ยวกับความรู้ที่เป็นประโยชน์สำหรับกลุ่มเป้าหมาย ในขณะเดียวกันก็ใช้สื่อทั้งสองอย่างนี้เป็นสื่อในการประชาสัมพันธ์อีกด้วย สื่อชนิดนี้นอกจากถูกเลือกมาใช้ในลักษณะเฉพาะเจาะจงแล้ว ยังมีความคงอยู่ กลุ่มเป้าหมายสามารถเลือกเวลาและจำนวนครั้งในการรับสารด้วยตนเอง

6. สื่อจดหมายถึงตัวผู้รับ สื่อชนิดนี้ใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่ประกอบอาชีพ ไม่ค่อยมีเวลาทำกิจกรรมรวมกลุ่ม ปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่สามารถอ่านออกเขียนได้ จึงสามารถนำมาเป็นสื่อใช้ในการสื่อสารได้

7. สื่อวีดิโอเทป โดยการนำวีดิโอเข้าไปฉายเป็นครั้งคราวโดยอาจจัดเป็นรถเคลื่อนที่ หรือตามสถานการณ์ที่เหมาะสม

8. สื่อการจัดกลุ่ม หมายถึง การจัดกิจกรรมกลุ่ม โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ประสานงานโดยเน้นการนำเจ้าหน้าที่ในชุมชนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมให้มากที่สุด ซึ่งอาจใช้วิธีการบรรยาย หรือวิธีการร่วมกันสาธิตให้มีการปรึกษาและหาข้อสรุปร่วมกัน

ในการสื่อสารใด ๆ ก็ตาม ผู้ส่งสารย่อมต้องอาศัยช่องทาง หรือ สื่อ ในการส่งสารไปยังผู้รับ การเลือกช่องทางหรือสื่อที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการส่งสารไปยังผู้รับสาร สารแต่ละกลุ่มนั้นขึ้นอยู่กับความพร้อมหรือความสามารถในการจัดหามาได้ของช่องทาง หรือ สื่อ นั้น ๆ และค่าใช้จ่ายในการนำสื่อมาใช้ในขอบเขตที่เหมาะสม นอกจากนั้นจะเลือกใช้สื่อใดบ้าง ก็จะมองจากคุณสมบัติและคุณประโยชน์ของสื่อต่าง ๆ ว่าสามารถส่งเสริมให้การสื่อสารบรรลุวัตถุประสงค์ได้มากน้อยเพียงใด

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ได้มีการบรรจุแผนงานอุบัติเหตุและสาธารณสุข ให้มีการจัดตั้งและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในทุกจังหวัด โดยเน้นถึงความสามารถในการจัดหน่วยบริการมากกว่าการจัดระบบบริการ เมื่อสิ้นสุดแผนฯ พบว่าโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปได้จัดให้มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินได้ แต่มีข้อจำกัดในการให้บริการเนื่องจากยังไม่มี “ระบบ” อย่างเป็นทางการที่มีกฎหมายและระบบการ

เงินการคลังรองรับ ดังนั้นในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ลงไปสู่ระดับชุมชน โดยเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีความครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ โดยจัดให้มีระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมรองรับ (ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

เป้าหมาย ประกอบด้วย 2 เป้าหมายหลัก ดังนี้

1. ให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่รวดเร็วถูกต้อง ปลอดภัย และพึงพอใจ
2. เป็นศูนย์อุบัติเหตุที่ได้มาตรฐาน(center of excellence)

พันธกิจ (Mission) ประกอบด้วย 2 พันธกิจหลัก ดังนี้

1. ให้บริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิอย่างมีมาตรฐาน
2. พัฒนาให้มีศูนย์บริการการแพทย์เฉพาะทางด้านอุบัติเหตุ

ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์พัฒนาคุณภาพการบริการ และการรักษาพยาบาล
2. ยุทธศาสตร์พัฒนาบริการปฐมภูมิ และสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพของประชาชน,ชุมชน

3. ยุทธศาสตร์พัฒนาความสามารถของโรงพยาบาลด้านทุติยภูมิ ,ตติยภูมิ และศูนย์บริการการแพทย์เฉพาะทาง

4. ยุทธศาสตร์เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบการบริหารจัดการ

5. ยุทธศาสตร์พัฒนาการเรียนรู้และส่งเสริมนวัตกรรม

หน้าที่และขอบเขตบริการ

1. ให้บริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยฉุกเฉิน
2. ให้บริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ. จุดเกิดเหตุในเขตจังหวัดอุบลราชธานี
3. เป็นศูนย์รับการส่งต่อระดับตติยภูมิ ทางด้านอุบัติเหตุ

ลักษณะการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ แม้ว่าจะสามารถเตรียมการป้องกันได้ก็ตาม การส่งเสริมหรือจัดให้มีผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการตัดสินใจแจ้งเหตุเมื่อพบเหตุ ซึ่งผู้นั้นอาจเป็นผู้เจ็บป่วยเองหรือคนข้างเคียง เป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพราะจะสามารถทำให้กระบวนการช่วยเหลือมาถึงได้รวดเร็ว ตรงกันข้ามหากล่าช้า นานที่สำคัญต่อชีวิตของผู้เจ็บป่วยจะหมดไปเรื่อยๆ จนกระทั่งสายเกินแก้ไขได้

2. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและมีหมายเลขที่จำได้ง่ายเป็นเรื่องที่จำเป็นมากเช่นกัน เพราะว่าเป็นประตูเข้าไปสู่การช่วยเหลือที่เป็นระบบ แต่ผู้แจ้งเหตุอาจจะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องรวมทั้งมีความสามารถในการให้การดูแลขั้นต้นตามความเหมาะสมอีกด้วย

3. การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) หน่วยปฏิบัติการซึ่งโดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 2 ระดับ คือระดับ Advanced Life Support กับระดับ Basic Life Support จะต้องมีความพร้อมเสมอที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่งและจะต้องมีมาตรฐานกำหนดระยะเวลาในการออกตัว ระยะเวลาเดินทาง โดยศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยกระดับความรุนแรงหรือความต้องการของเหตุและสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

4. การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) หน่วยปฏิบัติการจะประเมินสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของตนและคณะ ประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสม และให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ควบคุมระบบ โดยมีหลักในการดูแลรักษาว่าจะไม่เสียเวลา ณ จุดที่เกิดเหตุ นานจนเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย กล่าวคือ ในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะเน้นความรวดเร็วในการนำส่งมากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินทางอายุรกรรม

5. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) หลักสำคัญยิ่งในการลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วย คือการไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้เจ็บป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีมาเป็นอย่างดี ในขณะที่ขนย้ายจะต้องมีการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะ ๆ ปฏิบัติการบางอย่างอาจกระทำบนรถในขณะที่ลำเลียงนำส่งได้ เช่น การให้สารน้ำ การตามสวนที่มีความสำคัญตามลำดับ เป็นต้น

6. การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care) การนำส่งไปยังสถานที่ใดเป็นการชี้ชะตาชีวิตและมีผลต่อผู้เจ็บป่วยได้เป็นอย่างมาก การนำส่งจะต้องใช้ดุลยวิจจำโรงพยาบาลที่จะนำส่งสามารถรักษาผู้เจ็บป่วยรายนั้น ๆ ได้เหมาะสมดีหรือไม่ มิฉะนั้นแล้วเวลาที่เสียไปกับความไม่สามารถและความไม่พร้อมของสถานพยาบาลนั้น ๆ จะทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการ หรือปัญหาในการรักษาพยาบาลอย่างไม่ควรจะเกิดขึ้น

องค์ประกอบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข (2548) ได้อธิบายถึงองค์ประกอบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้ 14 องค์ประกอบ แต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ระบบการแจ้งเหตุ คือ การจัดให้มีระบบบริการแจ้งเหตุที่ง่ายต่อการจำ ง่ายต่อการเรียก ง่ายต่อการถ่ายทอดข้อมูล ง่ายต่อการได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นเพียงคำแนะนำ การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปดูแล หรือการจัดหายานพาหนะเพื่อการลำเลียงนำส่งอย่างเฉียว ดังนั้นในแต่ละพื้นที่ควรมีสุนัขรับแจ้งเหตุซึ่งสามารถรับแจ้งเหตุจากประชาชนได้ด้วยหมายเลขที่จำง่าย เช่น 191 หรือ 1669 เป็นต้น โดยผู้แจ้งสามารถใช้ระบบโทรศัพท์ระบบใดก็ได้ในการแจ้ง เมื่อแจ้งเหตุในพื้นที่หนึ่งควรตรงไปที่ศูนย์รับแจ้งเหตุของพื้นที่นั้น หากมีข้อผิดพลาดในการแจ้งจะต้องมีระบบเชื่อมโยงต่อไปให้ศูนย์ที่รับผิดชอบของพื้นที่ได้ทราบโดยเร็วที่สุด ศูนย์นี้จะต้องทำงาน 24 ชั่วโมง มีเจ้าหน้าที่ซึ่งมีความรู้ในระดับให้คำแนะนำด้านการรักษาพยาบาลขั้นต้นได้ประจำการ และมีผู้ตัดสินใจสั่งการและรับผิดชอบทางการแพทย์ตลอดเวลา

2. ระบบการสื่อสาร ได้แก่ การจัดให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ระหว่างผู้ให้บริการ และระบบควบคุมทางการแพทย์ และโรงพยาบาลที่จะนำส่ง ระบบควรมีความสามารถในการส่งผ่านข้อมูลได้ทันทีและมีช่องทางเลือกที่ใช้สำรองในกรณีที่ช่องสัญญาณหลักมีผู้ใช้งานอยู่ ระบบนี้ควรครอบคลุมในพื้นที่ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ไม่ว่าอยู่ในหุบเขา ในอาคารใหญ่ หรือในเมืองที่มีอาคารสูงจำนวนมาก ในปัจจุบันใช้ระบบการสื่อสารชนิด VHF ซึ่งในศูนย์รับแจ้งเหตุจะทำหน้าที่เป็นสถานีแม่ข่ายไปในตัว ระบบนี้เป็นการสื่อสารชนิดเปิดที่ผู้อื่นในเครือข่ายสามารถรับฟังได้ตลอดเวลา ร่วมกับระบบโทรศัพท์เซลลูลาร์ ซึ่งสามารถสื่อสารในรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละรายได้ดี

3. หน่วยบริการ ในปัจจุบันได้แบ่งหน่วยบริการเป็น 2 ระดับตามความเหมาะสมของเหตุการณ์ที่แจ้งเข้ามา ได้แก่ หน่วยบริการระดับพื้นฐาน เป็นหน่วยบริการที่เน้นสำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นหลัก และหน่วยบริการระดับสูงสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นจะต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลฉุกเฉิน

4. การจัดพื้นที่ ในแต่ละพื้นที่ควรมีการจัดแบ่งพื้นที่โดยพิจารณาถึงจำนวนประชากร ขนาด ระยะทาง และระยะเวลาในการเดินทาง เพื่อให้เกิดการกระจายของหน่วยบริการในแต่ละเขต ได้ สามารถมีระยะเวลาอันเหมาะสมกับสภาพของพื้นที่ในการที่หน่วยบริการจะเข้าถึงผู้รับบริการ

5. บุคลากรและการอบรม ในการออกแบบระบบควรคำนึงถึงบุคลากรที่จะกำหนดให้ใคร ทำหน้าที่อะไร ควรคำนึงถึงบุคลากรที่มีอยู่เดิมเป็นหลักและมองไปในอนาคตเพื่อหาความเหมาะสม ที่ดีกว่า

บุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีดังนี้

5.1 แพทย์ ทำหน้าที่ควบคุมระบบ เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นมีสถานะเหมือนกับที่แพทย์ได้เป็นผู้ให้เอง นอกจากนั้นยังมีบทบาทในการฝึกอบรม การจัดมาตรฐานระบบและการ ประเมินผล บทบาทนี้เป็นบทบาทที่คล้ายคลึงกันในระบบทั่วโลก

5.2 พยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการในระดับสูง เป็นผู้ช่วยในระบบควบคุมทาง การแพทย์ เป็นผู้สอน และพัฒนาหลักสูตรเจ้าหน้าที่ในระดับต่าง ๆ รวมทั้งประชาชน เป็นผู้บริหาร หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมมาก พยาบาลที่ทำหน้าที่นี้ควรได้รับการอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตร ประมาณ 10 วัน ในหลักสูตรที่ว่าด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

5.3 เวชกรฉุกเฉิน เวชกรฉุกเฉิน มี 2 ระดับ คือ เวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน และเวชกร ฉุกเฉินขั้นกลาง บุคลากร 2 ระดับนี้สามารถให้การรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานได้ และมีบทบาทสำคัญ ในการช่วยในหน่วยปฏิบัติการระดับสูง ในอนาคตจะมีการพัฒนาเพื่อให้เกิดขั้นบันไดในสาย วิชาชีพนี้

5.4 ชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาล โดยทั่วไป หมายถึง เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัยอาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิง หรือกลุ่มบุคคลที่ที่แสดงตนว่าพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและ บริการประชาชน มักจะเป็นเจ้าหน้าที่ชุดแรกๆไปถึงที่เกิดเหตุ ควรมีความรู้พื้นฐานหลักสูตรการ อบรม 20 ชม.เป็นขั้นต่ำ (หลักสูตรปฐมพยาบาลสำหรับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครของกรมการ แพทย์) สามารถทำให้การประเมินสภาพผู้ป่วยที่บอกได้ว่าผู้ป่วยต้องการการรักษาพยาบาลในระดับ ไດ หากแน่ใจว่ามีความรุนแรงน้อยสามารถดำเนินการลำเลียงขนย้ายเอง แต่หากพบว่ามีความรุนแรง สูงหรือไม่แน่ใจให้เรียกหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาสนับสนุน

5.5. ประชาชนทั่วไป ควรมีความรู้ความสามารถในการบอกได้ว่าผู้เจ็บป่วยที่พบเห็น เป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือหรือไม่ รู้จักวิธีป้องกันตนไม่ให้ได้รับอันตรายจากการเข้าช่วยเหลือผู้อื่น รู้จักการแจ้งเหตุและการให้ข้อมูลที่เพียงพอ รู้จักการช่วยเหลือขั้นต้นตามพื้นฐานของตน เพื่อให้การดูแลผู้เจ็บป่วยไปพลางก่อน หลักสูตรในการอบรมประชาชนทั่วไปนี้ควรมีระยะเวลาไม่เกิน 1 วัน

6. กฎและระเบียบ ควรมีกฎและระเบียบรองรับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ และการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยซึ่งทั้งหมดนี้เป็นเรื่องที่จะต้องทำให้เกิดขึ้นเพื่อให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินนี้สามารถเรียกได้ว่าเป็น “ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” กฎและระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ อาจอยู่ภายใต้บทบาทและหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข แต่ในระยะยาวควรมีพระราชบัญญัติรองรับเมื่อระบบมีความอยู่ตัวและนิ่งพอสมควรแล้ว

7. การเงินและการคลัง การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำเป็นต้องใช้งบประมาณ ในการจัดตั้งและดำเนินการ ซึ่งแหล่งของงบประมาณอาจมองได้ 2 มุมมอง คือส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น งบประมาณส่วนกลางอันได้มาจากภาษีอากรของประเทศ ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ระบบประกันภัยและภาษีอากรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเช่น ภาษีเหี้ย ภาษีทะเบียนรถ เป็นต้น ควรมีส่วนในการสนับสนุนการสร้างระบบในแต่ละท้องถิ่นและให้งบประมาณสนับสนุนการดำเนินการในลักษณะการซื้อบริการแก่ท้องถิ่นตามลักษณะและปริมาณงาน งบประมาณส่วนท้องถิ่นอันได้มาจากภาษีท้องถิ่นและงบประมาณสนับสนุนองค์กรท้องถิ่น ควรมีบทบาทในการลงทุนในส่วนใหญ่ของระบบในแต่ละท้องถิ่นทั้งในด้านครุภัณฑ์ บุคลากรและระบบ

8. การประชาสัมพันธ์ มีความสำคัญในการทำให้ประชาชนที่จะเรียกใช้บริการสามารถเรียกใช้บริการได้อย่างถูกต้องตามความจำเป็นและสมควรค่า ไม่ทำให้เกิดการใช้งานในด้านฟุ่มเฟือยเกินกว่าเหตุ มีความเข้าใจในระบบงานและเป้าหมายของการทำงานรวมทั้งมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ

9. การมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่จัดทำเพื่อชุมชน โดยโครงสร้างของทุกองค์กร ทุกภาคีชุมชนควรมีส่วนร่วมที่จะจัดให้มีการทำความเข้าใจของสมาชิกในชุมชนถึงประโยชน์ที่จะได้รับ การจัดกลุ่มอาสาสมัครภายในชุมชน การส่งเสริมความรู้ การเตรียมความพร้อม และการซ้อมแผนปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินต่าง ๆ ที่อาจเกิดกับชุมชนเอง เป็นต้น ตัวแทนของชุมชนควรมีส่วนร่วมในคณะกรรมการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของท้องถิ่น

10. มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ไม่จำเป็นต้องมีรูปร่าง มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมือนกันหมด แต่ควรมีหลักการใหญ่หรือเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำเป็นอันเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเชิงผลลัพธ์ การกำหนดมาตรฐานกลางควรจะต้องมีขึ้นในคณะกรรมการที่หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ มีส่วนร่วม ในขณะที่เกี่ยวกับคณะกรรมการของท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ควรมีบทบาทในการปรับปรุงรายละเอียดของแต่ละท้องถิ่นเอง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพภูมิศาสตร์ สังคม และเศรษฐกิจวัฒนธรรมของท้องถิ่น โดยให้มีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการดำเนินงานที่เทียบเท่าเกณฑ์มาตรฐานกลาง

11. ระบบข้อมูลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศควรมีระบบข้อมูลเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีการกำหนดตัวแปรขั้นต่ำร่วมกัน สามารถที่จะเชื่อมโยงกันได้อย่างเป็นปัจจุบัน ยกเว้นในบางพื้นที่ซึ่งไม่อาจสื่อสารกับพื้นที่อื่นได้เนื่องจากการขาดแคลนระบบสื่อสารที่จำเป็น ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบข้อมูลโดยใช้ฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตเป็นฐานข้อมูลร่วมกันทั่วประเทศ

12. การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล ในแต่ละพื้นที่ควรมีการกำหนดโรงพยาบาลสำหรับนำส่งผู้เจ็บป่วยในกรณีสภาพต่าง ๆ เพื่อการตัดสินใจที่ทันการณ์ และเกิดความเป็นธรรมระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยปฏิบัติการ และสะดวกต่อระบบควบคุมทางการแพทย์ที่ดูแลพื้นที่ ป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการนำส่งผู้เจ็บป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสมและอาจทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการ หรือปัญหาในการรักษาพยาบาลได้

13. การรับผิดชอบโดยระบบควบคุมทางการแพทย์ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่ใช้บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ออกไปทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาลแทนแพทย์ จำเป็นต้องมีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ การรับผิดชอบดังกล่าวอาจทำได้โดยตรงคือการควบคุมสั่งการ โดยตรงผ่านวิทยุสื่อสารหรือว่าโทรศัพท์ หรือทางอ้อม โดยการผ่านเอกสารมอบหมาย ระบบควบคุมทางการแพทย์ดังกล่าวอาจกระทำโดยแพทย์ที่ได้รับมอบหมาย หรือ โดยคณะกรรมการที่มีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ

14. การประเมินผล การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญมากเนื่องจากเกี่ยวข้องกับคุณภาพการรักษาพยาบาลและสวัสดิภาพของผู้ป่วย ระบบนี้ไม่สามารถให้บริการโดยไม่มี การเฝ้าดูจากภายนอกและจากประชาชนในพื้นที่ได้ เนื่องจากอาจทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรผิดและมีผลประโยชน์ส่วนบุคคลเกิดขึ้นได้

ในระดับท้องถิ่นอาจพิจารณาความสำคัญบางประเด็นหลัก เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาได้แก่

1. ด้านศูนย์รับแจ้งเหตุและการควบคุมทางการแพทย์
2. ด้านการจัดหน่วยบริการที่ได้มาตรฐาน
3. ด้านการพัฒนาชุมชนให้มีส่วนร่วมรับรู้และมีส่วนร่วม โดยให้แต่ละประเด็นมีความสำคัญเท่า ๆ กัน

แนวคิดการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

ผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในการช่วยเหลือระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เพื่อที่จะสามารถประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยฉุกเฉินได้ถูกต้อง และให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่ เนื้อหาส่วนสำคัญที่ควรรู้อยู่ดังนี้

1. การเปิดทางเดินหายใจ
 - 1.1 สิ่งสำคัญที่สุดเมื่อบุคลากรปฐมพยาบาลชั้นสูงพบผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวคือ ช่วยเปิดทางเดินหายใจ
 - 1.2 วิธีเปิดทางเดินหายใจโดยดันคางและกดหน้าผาก (Head Tilt-Chin Life) วิธีนี้ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวและไม่มีการบาดเจ็บส่วนใด
 - 1.3 วิธีเปิดทางเดินหายใจด้วยการยกกระดูกขากรรไกรล่าง (Jaw Thrust)
2. การตรวจทางเดินหายใจ

3. การตรวจการหายใจ

3.1 ตรวจการหายใจภายหลังการเปิดทางเดินหายใจทันที

3.2 ตรวจสอบสมรรถภาพการหายใจ สังเกตว่าหน้าอกเคลื่อนไหวหรือไม่

3.3 วิธีการตรวจสอบ แขนงหูให้ใกล้ปากและจมูกของผู้ป่วย ตรวจสอบการขยับขึ้นลงของหน้าอก ฟังเสียงลมหายใจออก

3.4 ลักษณะของการหายใจไม่เพียงพอ คือ ตัวเขียว การขยายของหน้าอกไม่เพียงพอ หายใจเอื้อง มีเสียงครืดคราด อัตราการเต้นของหัวใจช้าลงสัมพันธ์กับการหายใจช้าลง

สรุป

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการตาย การพิการ การทุพพลภาพและการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย อันเกิดจากความล่าช้าในการเข้าถึง ความล่าช้าในการได้รับการดูแลรักษา การลำเลียงเคลื่อนย้ายที่ไม่ถูกต้อง และ การนำส่งยังสถานพยาบาลที่ไม่เหมาะสม โดยการทำให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ การควบคุมทางการแพทย์ การจัดหน่วยบริการที่มีมาตรฐานในพื้นที่ที่จัดแบ่งเป็นการจำเพาะ และการพัฒนาชุมชนให้รู้และเข้าใจและมีส่วนร่วมในระบบบริการ โดยเน้นความรวดเร็วและความทั่วถึงในพื้นที่ต่าง ๆ ทั้งในเมือง นอกเมือง และพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร เป็นระบบที่ไม่สามารถดำเนินการโดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องพึ่งพาหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น ตลอดจนชุมชนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม จึงจะเกิดผลที่คุ้มค่าและสามารถแก้ปัญหาที่แท้จริงได้

ประวัติความเป็นมาของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี

จังหวัดอุบลราชธานีได้ตั้งศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเดือนมีนาคม 2547 ในระยะแรกครอบคลุมการบริการในเขตเทศบาล และเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งครอบคลุมเฉพาะประชาชนในเขตเมืองเท่านั้น โดยหลักการแล้วการบริการต้องครอบคลุมถึงประชาชนทุกคน ทุกพื้นที่ ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีซึ่งเป็นหน่วยบริหาร

และรับผิดชอบในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
หาแนวทางเพื่อดำเนินการให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินกระจายลงสู่ท้องถิ่น โดยได้ประสานงานกับ
หน่วยงานท้องถิ่นนั้นคือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อสนับสนุน
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี

ข้อมูลระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี

หน่วยกู้ชีพที่ลงทะเบียน	83	หน่วย
หน่วยบริการระดับขั้นสูง (Advanced Life Support)	22	หน่วย
หน่วยบริการระดับพื้นฐาน (Basic Life Support)	61	หน่วย
บุคคลที่พร้อมปฏิบัติงาน		
เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรปฐมพยาบาล (First Responder)	85	คน
รถยนต์พร้อมปฏิบัติงาน		
ระดับพื้นฐาน	76	คัน
ระดับกลาง	27	คัน
ระดับสูง	2	คัน

(ข้อมูล ณ 30 มกราคม 2549)

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปทุมพร กรสุทธิโสภณ (2539) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องทัศนคติของประชาชนที่มีต่อบทบาทของคณะเทศมนตรี : ศึกษาเฉพาะกรณี เทศบาลตำบลปากเกร็ด ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนในเขตเทศบาลตำบลปากเกร็ดมีทัศนคติต่อบทบาทคณะเทศมนตรีในระดับปานกลาง และผลการทดสอบสมมติฐานปรากฏว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปกครองท้องถิ่นในรูปเทศบาล ไม่มีผลต่อทัศนคติของประชาชน แต่ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมทางการเมือง มีผลต่อทัศนคติของประชาชนที่มีต่อบทบาทของคณะเทศมนตรี

ยุทธนา นาคเรืองศรี (2539) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องทัศนคติของพยาบาลต่อนโยบายป้องกันและควบคุมโรคเอดส์: ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลศิริราช ผลการวิจัยพบว่า 1) พยาบาลมีทัศนคติต่อนโยบายป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในเชิงเห็นด้วยปานกลาง 2) ปัจจัยทางด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การให้บริการผู้ป่วยโรคเอดส์ การได้รับการฝึกอบรม และระดับความรู้เรื่องโรคเอดส์ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติของพยาบาลต่อนโยบายควบคุม และป้องกันโรคเอดส์โดยภาพรวม 3) ปัจจัยทางด้านอายุ ระดับเงินเดือน ระดับตำแหน่ง และประสบการณ์การทำงานมีผลต่อทัศนคติของพยาบาลต่อนโยบายป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

สายสุนีย์ ปวุฒินันท์ (2541) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในโครงการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ผลการวิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีมีความรู้เกี่ยวกับโครงการ TQM อยู่ในระดับสูง ทัศนคติต่อโครงการ TQM อยู่ในระดับดี สำหรับการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในโครงการ TQM อยู่ในระดับปานกลาง ผลการเปรียบเทียบพบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เกี่ยวกับโครงการ TQM แตกต่างกันมีทัศนคติต่อโครงการ TQM แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เกี่ยวกับโครงการ TQM และทัศนคติต่อโครงการ TQM แตกต่างกัน มีส่วนร่วมทำกิจกรรมในโครงการ TQM แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโครงการ TQM สามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในโครงการ TQM ได้ร้อยละ 3.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

กิตตินันท์ วุฒิกุณาภรณ์ (2542) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องทัศนคติของปลัดอำเภออาวุโสต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัด : ศึกษาเฉพาะกรณี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัยพบว่า ปลัดอำเภออาวุโสมีทัศนคติต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติของปลัดอำเภออาวุโสต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้แก่ อายุ ระดับตำแหน่ง การศึกษา ส่วนระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การศึกษาอบรมตามหลักสูตรของกรมการปกครองและการเปิดรับข่าวสารทางการเมือง ไม่มีผลต่อทัศนคติของปลัดอาวุโส

ผจงลักษณ์ โสตศิริ (2542) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องทัศนคติและพฤติกรรมของพนักงานต่อผู้ร่วมงานที่พิการ ผลการวิจัยพบว่า (1) พนักงานส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อผู้ร่วมงานที่พิการอยู่ในระดับดี แต่มีพฤติกรรมต่อผู้ร่วมงานที่พิการอยู่ในระดับปานกลาง (2) พนักงานที่รับรู้ลักษณะความพิการของผู้ร่วมงาน ได้รับข่าวสารความรู้เกี่ยวกับคนพิการ และมีประสบการณ์เกี่ยวกับคนพิการต่างกัน มีทัศนคติต่อผู้ร่วมงานที่พิการแตกต่างกัน (3) พนักงานที่มีเพศ อายุ และรับรู้ลักษณะความพิการต่างกัน มีพฤติกรรมต่อผู้ร่วมงานที่พิการแตกต่างกัน (4) ทัศนคติต่อผู้ร่วมงานที่พิการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่อผู้ร่วมงานที่พิการ

พิสิทธิ ราชภักดี (2542) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องทัศนคติของประชาชนที่มีต่อการรับแจ้งเหตุด่วน – เหตุร้ายของเจ้าหน้าที่ศูนย์รวมข่าวตำรวจนครบาล (191) : ศึกษาเฉพาะกรณีประชาชนในเขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติของประชาชนที่มีต่อการรับแจ้งเหตุด่วน – เหตุร้ายของเจ้าหน้าที่ศูนย์รวมข่าวตำรวจนครบาล (191) อยู่ในระดับสูงหรือดี ผลการพิสูจน์สมมติฐานพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์เกี่ยวกับการรับรู้เรื่องราวในการแจ้งเหตุของประชาชนที่ต่างกัน ทำให้ทัศนคติของประชาชนที่มีต่อการรับแจ้งเหตุด่วน – เหตุร้าย ของเจ้าหน้าที่ศูนย์รวมข่าวตำรวจนครบาล (191) ไม่แตกต่างกัน ส่วนอาชีพและประสบการณ์ในการแจ้งเหตุของประชาชนที่ต่างกัน ทำให้ทัศนคติของประชาชนที่มีต่อการรับแจ้งเหตุด่วน – เหตุร้ายของเจ้าหน้าที่ศูนย์รวมข่าวตำรวจนครบาล (191) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

เสมอ ลิ้มชวงส์ (2542) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลด้านชุมชนในการจัดการป่าชุมชน ผลการวิจัยพบว่า บทบาทของ อบต. ด้านชุมชน ในการจัดการป่าชุมชนอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง และปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทของสมาชิก อบต. ในการจัดการป่าชุมชนคือทัศนคติของสมาชิก อบต. ต่อป่าชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งต่อการมีบทบาทในการพัฒนาป่าชุมชน ส่วนทัศนคติของราษฎรตำบลด้านชุมชนที่มีต่อการจัดการป่าชุมชน พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร

ด้านป่าชุมชนจากสื่อทุกชนิดอย่างต่อเนื่องและความสนใจในกิจกรรมป่าชุมชน จะทำให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของทรัพยากรป่าไม้ และเข้าร่วมกิจกรรมป่าชุมชนมากขึ้น ดังนั้นในการดำเนินงานส่งเสริมของภาครัฐจำเป็นต้องเน้นการประชาสัมพันธ์ โดยการใช้สื่อทุกรูปแบบ และดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

นลินี ประทับศร (2543) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องภาวะผู้นำ ความรู้ ทักษะคติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้างานระดับต้นในโรงงานอุตสาหกรรมประกอบชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์ ผลการวิจัยพบว่า (1) หัวหน้างานระดับต้นมีความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับมีความรู้มาก มีทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับปานกลางและมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับสูง (2) หัวหน้างานระดับต้นที่มีอายุ และการอบรมเรื่องความปลอดภัยต่างกัน มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ (3) ภาวะผู้นำแบบมุ่งงาน ภาวะผู้นำแบบมุ่งสัมพันธ์ ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (4) การอบรมเรื่องความปลอดภัย ภาวะผู้นำแบบมุ่งงาน และทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ

พงษ์ศักดิ์ ประทุมมาส (2545) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องทัศนคติของราษฎรท้องถิ่นที่มีต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ในพื้นที่ป่าเขาหลวง จังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดอุทัยธานี ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ของราษฎรกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับค่อนข้างดี โดยปัจจัยด้านสภาพเศรษฐกิจและสังคมไม่มีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติ ซึ่งผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ในพื้นที่ป่าเขาหลวง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของทรัพยากรป่าไม้ โดยการให้ความรู้และเสริมสร้างความเข้าใจในด้านนี้แก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อพัฒนาระดับทัศนคติที่ดีต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ในทางที่ดียิ่งขึ้น

สหัสชัย เรียงรุ่งโรจน์ (2545) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องความคิดเห็นของประชาชนต่องานพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจขององค์การบริหารส่วนตำบล : ศึกษาเฉพาะกรณีบางกะดี และบ้านปทุม จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนมีความเห็นด้วยต่องานพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจขององค์การบริหารส่วนตำบลบางกะดีในระดับไม่ดี และมีความเห็นด้วยต่อ

งานพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านปทุมในระดับดี ปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่างกันมีผลต่อความคิดเห็นของประชาชนต่องานพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจขององค์การบริหารส่วนตำบลบางกะดีแตกต่างกัน ส่วนระดับการศึกษา และอาชีพต่างกันมีผลต่อความคิดเห็นของประชาชนต่องานพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านปทุมแตกต่างกัน

ถักษณา ฤทธาคนี (2547) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องทัศนคติของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยต่อการมีส่วนร่วมกับโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า

1. ทัศนคติของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยต่อการมีส่วนร่วมกับโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ในภาพรวมและจำแนกตามความรู้ ความรู้สึก และการปฏิบัติอยู่ในระดับดี
2. ทัศนคติของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยต่อการมีส่วนร่วมกับโรงเรียนจำแนกตาม อาชีพ และความสัมพันธ์กับเด็กไม่แตกต่างกัน ยกเว้น ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือนของครอบครัวต่างกันมีทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมกับโรงเรียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กิตติมา คล้ายทอง (2549) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระเรื่องทัศนคติที่มีต่อการปรับโครงสร้างองค์การของพนักงานบริษัท กสท โทรคมนาคม จำกัด (มหาชน) ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติของพนักงานบริษัท กสท โทรคมนาคม จำกัด (มหาชน) ที่มีเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับตำแหน่ง เงินเดือน และระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่างกัน มีทัศนคติที่มีต่อการปรับโครงสร้างองค์การไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พนักงานบริษัท กสท โทรคมนาคม จำกัด (มหาชน) ที่มีอายุ และสายงานต่างกัน มีทัศนคติที่มีต่อการปรับโครงสร้างองค์การแตกต่างกัน และความรู้เกี่ยวกับการปรับโครงสร้างองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติที่มีต่อการปรับโครงสร้างองค์การ

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

จากการศึกษาการตรวจเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ดังนี้

ตัวแปรอิสระ หรือ ตัวแปรต้น (Independent Variable) ประกอบด้วย

1. ลักษณะส่วนบุคคล

1.1 เพศ

1.2 อายุ

1.3 ระดับการศึกษา

1.4 รายได้เฉลี่ย/เดือน

1.5 ประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวแปรอิสระ หรือ ตัวแปรต้น (Independent Variable) (ต่อ)

2. บุคลิกภาพ

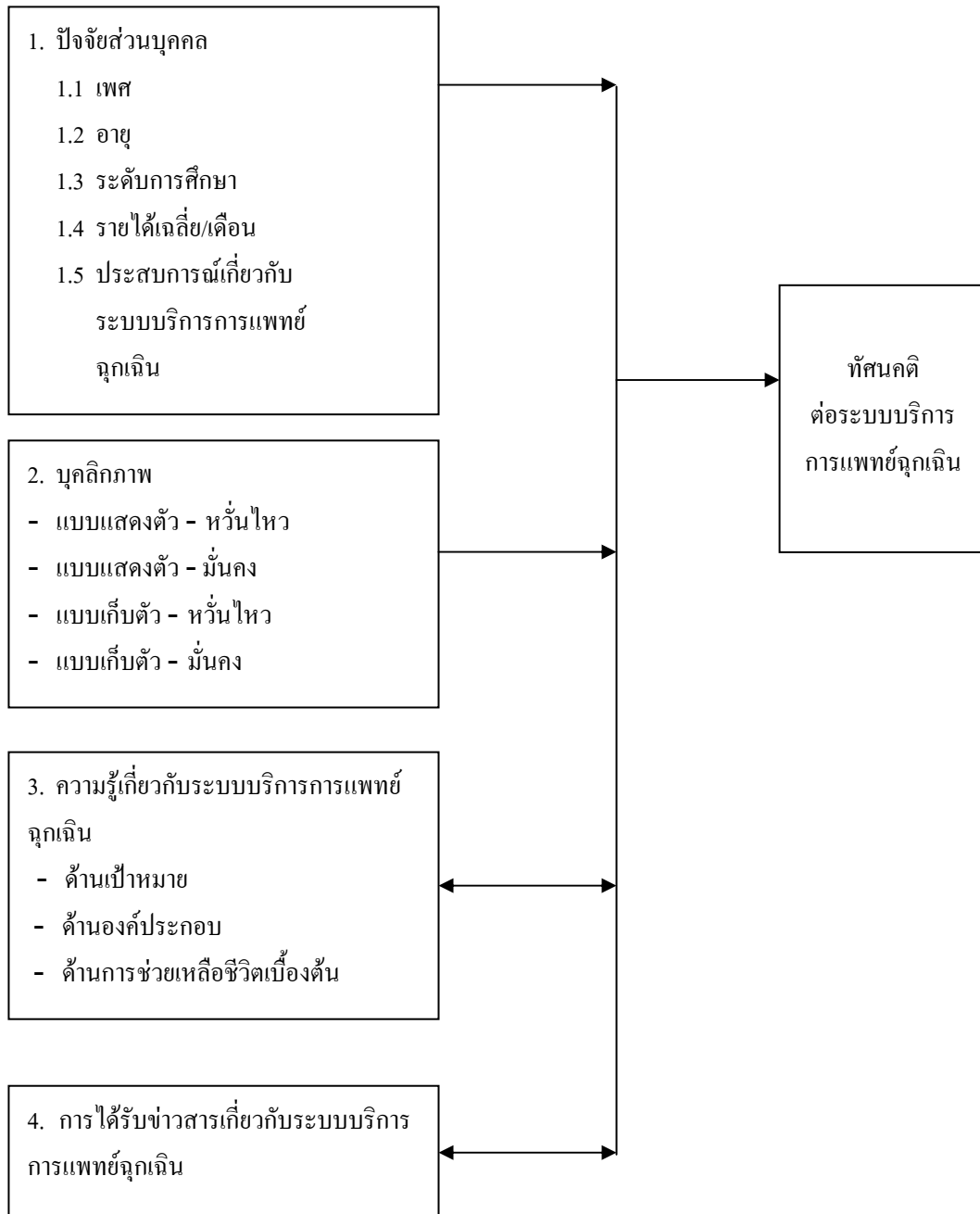
3. ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

4. การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



สมมติฐานการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ มีสมมติฐานในการวิจัยดังต่อไปนี้ คือ

สมมติฐานที่ 1. อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน ซึ่งแยกเป็นสมมติฐานย่อยได้ดังนี้คือ

สมมติฐานที่ 1.1 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีเพศแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.2 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีอายุแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.3 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.4 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.5 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 2. อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีบุคลิกภาพแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 3. ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

สมมติฐานที่ 4. การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัคร
สาธารณสุขหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น การรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน กิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 526 คน (ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2550 – 1 มีนาคม 2550 จากฝ่ายสนับสนุนบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิจัยในครั้งนี้ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาจากจำนวนประชากรทั้งหมด 526 คน โดยคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดที่ยอมรับได้ว่ามีจำนวนมากเพียงพอที่จะเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากร ตามสูตรของ Yamane (1973)

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 N = จำนวนประชากร
 e = ความคลาดเคลื่อน(ของข้อมูลที่เกี่ยวข้องรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเท่ากับร้อยละ 5 (0.05))

แทนค่าลงในสูตร จะได้

$$\begin{aligned} n &= \frac{N}{1+N(e)^2} \\ &= \frac{526}{1+526(.05)^2} \\ &= 227 \text{ คน} \end{aligned}$$

ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 227 คน

หลังจากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างตามรายตำบลอย่างเป็นสัดส่วน

วิธีการคำนวณสัดส่วนเพื่อหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{X \times n}{N}$$

โดยที่ X = จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในแต่ละตำบล

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ประชากรทั้งหมด

n = กลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบล

นำกลุ่มตัวอย่างจำนวน 526 คน มาคำนวณแบบสัดส่วนจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบล ดังตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ตัวอย่างของแต่ละตำบล

ลำดับ	ตำบล	จำนวน อสม. (คน)	
		ประชากร	ตัวอย่าง
1	ตำบลแก่งโคม	125	54
2	ตำบลท่าช้าง	186	80
3	ตำบลบึงมะแลง	111	48
4	ตำบลสว่าง	104	45
	รวม	526	227

จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างของแต่ละตำบลที่คำนวณได้ จะการจับฉลากลำดับที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านแต่ละตำบล จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกรายการ ประกอบด้วยข้อมูลด้านต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย/เดือน ประสิทธิภาพเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านบุคลิกภาพ แบบสำรวจบุคลิกภาพ EPI (The Eysenck Personality Inventory) ของ H.J. Eysenck and Sybil B.G. Eysenck (1964) แบ่งบุคลิกภาพเป็น 2 ด้าน คือ บุคลิกภาพด้านการแสดงตัว – เก็บตัว (Extraversion - Introversion) และด้านการหวั่นไหว – มั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism - Stability) และยังมี Lie Scale เพื่อวัดการตอบให้ตนเองดูดีมากกว่าในความเป็นจริง จำนวน 57 ข้อ

แบบสำรวจบุคลิกภาพ EPI แบ่งข้อคำถามเป็น

1. การวัดบุคลิกภาพด้านการแสดงตัว – การเก็บตัว (Extraversion - Introversion) คือ ข้อคำถามที่ 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56 ถ้าตอบใช่ ได้คะแนน 1 คะแนน และ ข้อคำถามที่ 5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51 ถ้าตอบไม่ใช่ ได้คะแนน 1 คะแนน

2. การวัดบุคลิกภาพด้านความหวั่นไหวทางอารมณ์ – ความมั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism - Stability) คือ ข้อคำถามที่ 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57 ถ้าตอบใช่ ได้คะแนน 1 คะแนน

3. Lie Scale เพื่อวัดการตอบให้ตนเองดูดีมากกว่าในความเป็นจริง คือ ข้อคำถามที่ 6, 24, 36 ถ้าตอบใช่ได้คะแนน 1 คะแนน และ ข้อคำถามที่ 12, 18, 30, 42, 48, 54 ถ้าตอบไม่ใช่ ได้คะแนน 1 คะแนน

แบบสำรวจบุคลิกภาพ EPI เป็นแบบสำรวจบุคลิกภาพที่ให้ผู้ตอบอ่านข้อความในแต่ละข้อและเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”

เกณฑ์การให้คะแนน

Scale E

คะแนน

≥ 11.095

< 11.095

บุคลิกภาพ

แสดงตัว

เก็บตัว

Scale N

คะแนน

 ≥ 10.006 < 10.006

บุคลิกภาพ

หวั่นไหวทางอารมณ์

มั่นคงทางอารมณ์

จากเกณฑ์การให้คะแนน แบบสำรวจบุคลิกภาพ EPI ในแต่ละข้อคำถามการตรวจให้คะแนนจะมีคะแนน 1 และ 0 ตามลักษณะบุคลิกภาพแต่ละด้าน โดยตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในคู่มือ โดยบุคลิกภาพด้านการแสดงตัว – การเก็บตัว (Extraversion - Introversion) มีคะแนนเต็ม 24 การให้คะแนนเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของแบบทดสอบโดยเกณฑ์ในการแบ่งลักษณะบุคลิกภาพอยู่ที่ 11.095 คะแนนบุคลิกภาพด้านความหวั่นไหว – มั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism - Stability) มีคะแนนเต็ม 24 คะแนน เกณฑ์ในการแบ่งลักษณะบุคลิกภาพอยู่ที่ 10.006 คะแนน และคะแนนการตอบให้ตนเองดูดีมากกว่าความเป็นจริงมี 9 คะแนน ซึ่งหากคะแนนตรงจุดนี้มากกว่า 4 คะแนน ถือว่าคำตอบในการสำรวจไม่น่าเชื่อถือ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้การตอบเชื่อถือได้ทั้งหมด

เกณฑ์การคิดคะแนนบุคลิกภาพ 4 แบบ มีเกณฑ์การคิดคะแนนดังนี้

ตารางที่ 2 คะแนนบุคลิกภาพ 4 แบบ

ลำดับ	บุคลิกภาพ	คะแนน	
		Scale E	Scale N
1	แบบแสดงตัว - หวั่นไหว	≥ 11.095	≥ 10.006
2	แบบแสดงตัว - มั่นคง	≥ 11.095	< 10.006
3	แบบเก็บตัว - หวั่นไหว	< 11.095	≥ 10.006
4	แบบเก็บตัว - มั่นคง	< 11.095	< 10.006

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วยความรู้ด้านเป้าหมาย ความรู้ด้านองค์ประกอบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และความรู้ด้านการช่วยเหลือชีวิตเบื้องต้น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	คะแนน
ใช่	1
ไม่ใช่	0

เมื่อรวบรวมข้อมูลแจกแจงความถี่แล้ว จะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์ในการแบ่ง ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}} \\ &= \frac{1 - 0}{3} = 0.33 \text{ คะแนน} \end{aligned}$$

ระดับคะแนนเฉลี่ย	ระดับความรู้
0.00 – 0.33 คะแนน	ต่ำ
0.34 – 0.66 คะแนน	ปานกลาง
0.67 – 1.00 คะแนน	สูง

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว สามารถแปลความหมายของระดับคะแนนได้ดังนี้

1. ระดับคะแนนเฉลี่ย 0.00 – 0.33 คะแนน แสดงว่าความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในระดับต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในข้อเท็จจริงเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มากนัก

2. ระดับคะแนนเฉลี่ย 0.34 – 0.66 คะแนน แสดงว่าความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในข้อเท็จจริงเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพอสมควร

3. ระดับคะแนนเฉลี่ย 0.67 – 1.00 แสดงว่าความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในข้อเท็จจริงเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอย่างดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านทางสื่อต่าง ๆ นั้นคือ วิทยุ หนังสือพิมพ์ แผ่นพับ บอร์ดนิทรรศการ หอกระจายเสียง และ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งจะเป็นการสอบถามถึงความถี่ของการได้รับข่าวสารจากสื่อประเภทต่าง ๆ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความถี่ของการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	คะแนน
น้อย	1
ปานกลาง	2
มาก	3

เมื่อรวบรวมข้อมูลแจกแจงความถี่แล้ว จะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์ในการแบ่ง ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} = 0.66 \text{ คะแนน} \end{aligned}$$

ระดับคะแนนเฉลี่ย	ความถี่ของการได้รับข่าวสาร
1.00 – 1.66 คะแนน	น้อย
1.67 – 2.32 คะแนน	ปานกลาง
2.33 – 3.00 คะแนน	มาก

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว สามารถแปลความหมายของระดับคะแนนได้ดังนี้

1. ระดับคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 คะแนน แสดงว่าการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากแหล่งข่าวสารประเภทต่าง ๆ อยู่ในช่วงความถี่น้อย หมายถึงอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มากนัก
2. ระดับคะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.32 คะแนน แสดงว่าการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากแหล่งข่าวสารประเภทต่าง ๆ อยู่ในช่วงความถี่ปานกลาง หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพอสมควร
3. ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.33 – 3.00 คะแนน แสดงว่าการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากแหล่งข่าวสารประเภทต่าง ๆ อยู่ในช่วงความถี่มาก หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอย่างมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นแบบวัดทัศนคติแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) ชนิด 5 ระดับ โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ ซึ่งแบ่งเป็นคำถามทางบวก และคำถามทางลบ โดยคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามในส่วนที่ 3 เป็นดังนี้

ข้อความ		เชิงบวก	เชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	=	5	1 คะแนน
เห็นด้วย	=	4	2 คะแนน
เฉย ๆ	=	3	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	=	2	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	=	1	5 คะแนน

เกณฑ์การวิเคราะห์คะแนน

ผู้วิจัยได้ตั้งเกณฑ์ระดับของทัศนคติ ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยนำคะแนนมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย และแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ พร้อมกำหนดความหมายของช่วงคะแนน โดยพิจารณาจากค่าพิสัย

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{แทนค่า} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33 \text{ คะแนน}$$

ดังนั้นความกว้างของอันตรภาคชั้น เท่ากับ 1.33 คะแนน

นำมาจัดช่วงคะแนนและเกณฑ์ความหมายของคะแนน ดังนี้

ช่วงคะแนน	ความหมาย
1.00 – 2.33	ระดับทัศนคติต่ำ
2.34 – 3.66	ระดับทัศนคติปานกลาง
3.67 - 5.00	ระดับทัศนคติสูง

การทดสอบเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น ดังนี้

1. การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปเสนอคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญภายนอก 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและข้อคำถาม และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้แบบสอบถามดังกล่าวสามารถวัดได้ตรงกับความต้องการ

2. การทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) ได้นำแบบประเมินบุคลิกภาพ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบบประเมินการได้รับข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงแล้ว ไปทดสอบในอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 30 คน ในเขตพื้นที่กิ่งอำเภอน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นเป็นรายข้อ (Item Analysis) โดยการคำนวณค่า Pearson Correlation Coefficient และหาความเชื่อมั่นโดยรวมโดยวิธี Cronbach' Alpha Coefficient

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม มีดังนี้

แบบทดสอบบุคลิกภาพ

มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น = 0.8681

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น = 0.6138

แบบสอบถามการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น = 0.6201

แบบสอบถามทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น = 0.9171

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มีรายละเอียดดังนี้คือ

1. ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการวิจัย จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
2. เก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามที่สร้างขึ้น หลังจากที่ได้รับอนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยผู้วิจัยเดินทางไปตั้งอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในการเก็บแบบสอบถามนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงที่มีการประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านทุกตำบล โดยแจกแบบสอบถามและชี้แจงให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างเข้าใจข้อคำถามของแบบสอบถาม และกรอกข้อมูล จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
3. ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2550 - 1 มีนาคม 2550

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถาม โดยพิจารณาจากความครบถ้วน สมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับมา ทำการกำหนดรหัสข้อมูลและลงรหัสข้อมูล และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้คือ

1. ค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สำหรับสรุปข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทั่วไป
2. ค่า t-test ใช้ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของทัศนคติตามปัจจัยที่แบ่งเป็น 2 กลุ่ม
3. ค่า F-test ใช้ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของทัศนคติตามปัจจัยที่มีมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ (Multiple comparisons) ด้วยวิธี LSD (Least Significant Difference)
4. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และ .05

บทที่ 4

ผลวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

ในการศึกษาเรื่องทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ศึกษาเฉพาะกรณี กิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาในครั้งนี้แบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับบุคลิกภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

ตอนที่ 6 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย/เดือน และ ประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่าง ได้รายละเอียดดังนี้คือ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

(n = 227)

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	79	34.8
	หญิง	148	65.2
อายุ	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี	27	11.9
	26 – 40 ปี	104	45.8
	41 ปี เป็นต้นไป	96	42.3
	Mean = 39.20 ปี, S.D. = 10.02 ปี, Min = 19 ปี, Max = 66 ปี		
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาตอนต้น (หรือเทียบเท่า)	72	31.7
	ประถมศึกษาตอนปลาย (หรือเทียบเท่า)	46	20.3
	มัธยมศึกษาตอนต้น (หรือเทียบเท่า)	42	18.5
	มัธยมศึกษาตอนปลาย (หรือเทียบเท่า)	37	16.3
	เท่ากับระดับอนุปริญญา (หรือเทียบเท่า) หรือสูงกว่า	30	13.2
รายได้เฉลี่ย/เดือน	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท	102	44.9
	3,001 – 5,000 บาท	75	33.0
	5,001 – 7,000 บาท	25	11.0
	7,001 บาท เป็นต้นไป	25	11.0
	Mean = 4,179.60 บาท, S.D. = 2,482.36 บาท, Min = 0.00 บาท, Max = 15,000		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n = 227)		
ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน		
1. ท่านเคยแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือเมื่อพบผู้ประสบอุบัติเหตุหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ		
เคย	102	44.9
ไม่เคย	125	55.1
2. ท่านเคยให้การปฐมพยาบาลหรือการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน		
เคย	95	41.9
ไม่เคย	132	58.1
3. ท่านเคยลำเลียงขนย้ายและการดูแลผู้เจ็บป่วยระหว่างนำส่งสถานพยาบาล		
เคย	98	43.2
ไม่เคย	129	56.8
4. ท่านเคยให้การช่วยเหลือฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่หมดสติ		
เคย	40	17.6
ไม่เคย	187	82.4
5. ท่านเคยช่วยลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วยก่อนการนำส่งโรงพยาบาล		
เคย	120	52.9
ไม่เคย	107	47.1
6. ท่านเคยให้การดูแลผู้เจ็บป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล		
เคย	109	48.0
ไม่เคย	118	52.0

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่าง จากตารางที่ 3 พบว่า

เพศ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 65.2

อายุ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 26 – 40 ปี จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 45.8 รองลงมาคือช่วงอายุ 41 ปี เป็นต้นไป มีจำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 42.3 ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 39.20 ปี มีอายุน้อยที่สุด 19 ปี และมีอายุมากที่สุด 66 ปี

ระดับการศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ ประถมศึกษาตอนต้น (หรือเทียบเท่า) มีจำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 31.7 รองลงมาคือระดับ ประถมศึกษาตอนปลาย (หรือเทียบเท่า) มีจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 20.3 และที่มีจำนวนน้อย ที่สุดคือการศึกษาสูงกว่าหรือเท่ากับระดับอนุปริญญาขึ้นไปมีจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 13.2

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อ เดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาทต่อเดือน จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 44.9 รองลงมาคือ รายได้ระหว่าง 3,001 – 5,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 33 อาสาสมัคร สาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน คือ 4,179.60 บาท มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อย ที่สุด คือ ไม่มีรายได้เลย และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุดคือ 15,000 บาท

จากการสอบถามประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 6 ด้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน 5 ด้าน กล่าวคือ ประสบการณ์การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือเมื่อพบผู้ประสบ อุบัติเหตุหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ พบว่า จำนวนผู้เคยมีประสบการณ์ มีจำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 44.9 จำนวนผู้ไม่เคยมีประสบการณ์ มีจำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 55.1 ประสบการณ์การปฐม พยาบาลหรือการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน พบว่า จำนวนผู้เคยมีประสบการณ์ มีจำนวน 95 คน คิด เป็นร้อยละ 41.9 จำนวนผู้ไม่เคยมีประสบการณ์ มีจำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 58.1 ประสบการณ์ การลำเลียงขนย้ายและการดูแลผู้เจ็บป่วยระหว่างที่นำส่งสถานพยาบาล พบว่า จำนวนผู้เคยมี ประสบการณ์ มีจำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 43.2 จำนวนผู้ไม่เคยมีประสบการณ์มีจำนวน 129 คน

คิดเป็นร้อยละ 56.8 ประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่หมดสติ พบว่าจำนวนผู้เคยมีประสบการณ์มีจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6 จำนวนผู้ไม่เคยมีประสบการณ์ มีจำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 ประสบการณ์การดูแลผู้เจ็บป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล พบว่าจำนวนผู้ที่มีประสบการณ์มีจำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 48.0 จำนวนผู้ไม่เคยมีประสบการณ์ มีจำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 52.0 ส่วนประสบการณ์การช่วยลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วยก่อนการนำส่งโรงพยาบาล พบว่า จำนวนผู้เคยมีประสบการณ์มีจำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 มีจำนวนมากกว่าผู้ไม่เคยมีประสบการณ์ ซึ่งมีจำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 47.1

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับบุคลิกภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับบุคลิกภาพจำแนกตามบุคลิกภาพรวมของ 2 มิติ คือ มิติของบุคลิกภาพแบบแสดงตัว – เก็บตัว และ มิติของบุคลิกภาพแบบห้วนใจ – มั่นคงทางอารมณ์ และ จับคู่แยกได้เป็นบุคลิกภาพ 4 แบบ ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่าง ได้รายละเอียดดังนี้คือ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จำแนกตามบุคลิกภาพ

(n = 227)

บุคลิกภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แบบแสดงตัว – ห้วนใจ	98	43.2
แบบแสดงตัว – มั่นคง	31	13.6
แบบเก็บตัว – ห้วนใจ	59	26.0
แบบเก็บตัว – มั่นคง	39	17.2

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับบุคลิกภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่าง จากตารางที่ 4 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแบบแสดงตัว – ห้วนใจ จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 43.2 รองลงมาคือ บุคลิกภาพแบบเก็บตัว – ห้วนใจ จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 26.0 บุคลิกภาพแบบเก็บตัว – มั่นคง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 17.2 และ บุคลิกภาพแบบแสดงตัว – มั่นคง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

ผลการวิเคราะห์ ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ด้านวัตถุประสงค์ เป้าหมายของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน องค์ประกอบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และด้านการช่วยเหลือชีวิตเบื้องต้นในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่าง ได้รายละเอียดดังนี้ คือ

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เป็นรายชื่อ

ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ใช่	ไม่ใช่	\bar{X}	S.D.	(n = 227)
					ระดับความรู้
1. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมุ่งให้บริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และ ผู้ป่วยฉุกเฉิน รวดเร็ว ปลอดภัย ถูกต้องตามมาตรฐาน	222 (97.8)	5 (2.2)	0.98	0.15	สูง
2. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ การวางแผนและช่วยเหลือผู้ประสบเหตุเพลิงไหม้	135 (59.5)	92 (40.5)	0.41	0.41	ปานกลาง
3. การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า	223 (98.2)	4 (1.8)	0.98	0.13	สูง
4. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการตายเท่านั้น	144 (63.4)	83 (36.6)	0.37	0.48	ปานกลาง
5. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักที่สำคัญคือ ศูนย์รับแจ้งเหตุ หน่วยกู้ชีพ และชุมชน	216 (95.2)	11 (4.8)	0.95	0.22	สูง
6. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์	172 (75.8)	55 (24.2)	0.76	0.43	สูง

ตารางที่ 5 (ต่อ)

(n = 227)

ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ใช่	ไม่ใช่	\bar{X}	S.D.	ระดับ ความรู้
7. การมีส่วนร่วมของ อสม.เป็นองค์ประกอบที่สำคัญใน ส่วนของศูนย์รับแจ้งเหตุ	204 (89.9)	23 (10.1)	0.90	0.30	สูง
8. สิ่งแรกที่ต้องตรวจดูเมื่อพบผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินคือควารู้สึกตัวหรือไม่	201 (88.5)	26 (11.5)	0.89	0.32	สูง
9. วิธีตรวจสอบผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินว่าหายใจหรือไม่นั้นคือการเขย่าให้รู้สึกตัวแล้วกดตรงกระดูกกลางหน้าอก	110 (48.5)	117 (51.5)	0.52	0.50	ปานกลาง
10. วิธีการเปิดทางเดินหายใจที่ใช้ได้กับผู้ป่วยกรณี อุบัติเหตุกระดูกสันหลังคือการกดหน้าผากและดันคาง	110 (48.5)	117 (51.5)	0.52	0.50	ปานกลาง
11. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยแบบฉุกเฉิน ต้องจัดผู้ป่วยตาม แนวยาวของลำตัวเพื่อป้องกันอันตรายต่อไขสันหลัง	198 (87.2)	29 (12.8)	0.87	0.33	สูง
12. การช่วยฟื้นคืนชีพแบบ 1 คน เราจะช่วยหายใจและ กดหน้าอกในอัตรา เป่าปาก 1 ครั้ง กดหน้าอก 5 ครั้ง	88 (38.8)	139 (61.2)	0.61	0.49	ปานกลาง
13. เหตุผลสำคัญในการทำความสะอาดแผลให้เร็ว ที่สุดเพื่อห้ามเลือด	56 (24.7)	171 (75.3)	0.75	0.43	สูง
14. รถพยาบาลในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ท่าน รู้จัก คือ รถพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์ออกไปให้ การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ	201 (88.5)	26 (11.5)	0.89	0.32	สูง
รวม			0.74	0.36	สูง

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจากตารางที่ 4 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่าง จัดอยู่ในช่วงคะแนนระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 0.74)

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นรายชื่อ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่อยู่ในช่วงคะแนนระดับสูง (9 ข้อ) โดยมีค่าเฉลี่ยสูงตามลำดับ 3 ข้อแรกคือ ข้อที่ 1 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมุ่งให้บริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉิน รวดเร็ว ปลอดภัย ถูกต้องตามมาตรฐาน และ ข้อที่ 3 การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (ค่าเฉลี่ย 0.98) รองลงมาคือ ข้อที่ 5 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักที่สำคัญคือ ศูนย์รับแจ้งเหตุ หน่วยกู้ชีพ และชุมชน (ค่าเฉลี่ย 0.95) ตามลำดับ

ส่วนความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีช่วงคะแนนระดับปานกลาง พบว่า ค่าเฉลี่ยสูงตามลำดับ 3 ข้อแรก คือ ข้อที่ 12 การช่วยฟื้นคืนชีพแบบ 1 คน เราจะช่วยหายใจและกดหน้าอกในอัตรา เป่าปาก 1 ครั้ง กดหน้าอก 5 ครั้ง (ค่าเฉลี่ย 0.61) รองลงมาคือ ข้อที่ 9 วิธีตรวจสอบผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินว่าหายใจหรือไม่ นั่นคือการเขย่าให้รู้สึกตัวแล้วกดตรงกระดูกกลางหน้าอก และข้อที่ 10 วิธีการเปิดทางเดินหายใจที่ใช้ได้กับผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุกระดูกสันหลังคือการกดหน้าผากและดันคาง (ค่าเฉลี่ย 0.52) และข้อที่ 2 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ การวางแผนและช่วยเหลือผู้ประสบเหตุเพลิงไหม้ (ค่าเฉลี่ย 0.41) ตามลำดับ

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

ผลการวิเคราะห์การได้รับข่าวสารจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ คือ สื่อวิทยุ หนังสือพิมพ์ แผ่นพับ บอร์ดนิทรรศการ หอกระจายเสียง และจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่าง ได้รายละเอียดดังนี้คือ

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เป็นรายด้าน

การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน						ระดับการรับสื่อ
	น้อย	ปานกลาง	มาก	\bar{X}	S.D.	
1. วิทยุ	69 (30.4)	117 (51.5)	41 (18.1)	1.88	0.69	ปานกลาง
2. หนังสือพิมพ์	125 (55.1)	82 (36.1)	20 (8.8)	1.54	0.65	น้อย
3. แผ่นพับ	116 (51.1)	82 (36.1)	29 (12.8)	1.62	0.70	น้อย
4. บอร์ดนิทรรศการ	113 (49.8)	67 (29.5)	47 (20.7)	1.71	0.79	ปานกลาง
5. หอกระจายเสียง	44 (19.4)	105 (46.3)	78 (34.4)	2.15	0.72	ปานกลาง
6. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง	46 (20.3)	91 (40.1)	90 (39.6)	2.19	0.75	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างจากตารางที่ 6 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผ่านทางเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในช่วงคะแนนระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.19) รองลงมาคือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านทางหอกระจายเสียง อยู่ในช่วง

คะแนนระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.15) ส่วนการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่อยู่ในช่วงคะแนนน้อยที่สุดคือ หนังสือพิมพ์ (ค่าเฉลี่ย 1.54)

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

ผลการวิเคราะห์ทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่าง ได้รายละเอียดดังนี้ คือ

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นรายชื่อ

(n = 227)

ทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	ไม่เห็นด้วย	ปานกลาง	เห็นด้วยอย่าง	เห็นด้วยมากที่สุด	\bar{X}	S.D.	ระดับทัศนคติ
1. การบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ต้องให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแล	1 (0.4)	2 (0.9)	24 (10.6)	76 (33.5)	124 (54.6)	4.41	0.75	สูง
2. การบริหารจัดการเพื่อให้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความยั่งยืนนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนเบื้องต้นประกอบที่สำคัญ	2 (0.9)	9 (4.0)	24 (10.6)	83 (36.6)	109 (48.0)	4.27	0.87	สูง
3. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นส่วนหนึ่งของงานบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ร่วมกับงานป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ	2 (0.9)	2 (0.9)	38 (16.7)	94 (41.4)	91 (40.1)	4.19	0.81	สูง

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ทัศนคติต่อระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน						(n = 227)		ระดับ ทัศนคติ
	ไม่เห็น ด้วยมาก ที่สุด	ไม่ เห็น ด้วย	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็นด้วย อย่าง มาก	เห็นด้วย มากที่สุด	\bar{X}	S.D.	
4. หลักสำคัญของการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานในการมีส่วนร่วม ร่วมของประชาชน กระทรวง สาธารณสุขใช้รูปแบบของระบบ อสม.	2 (0.9)	6 (2.6)	50 (22.0)	73 (32.2)	96 (42.3)	4.12	0.90	สูง
5. อสม. ควรสามารถรับแจ้งเหตุ จากประชาชนและสามารถขอ ความช่วยเหลือ ส่งต่อข้อมูลได้ อย่างเหมาะสม	0 (0.00)	4 (1.8)	32 (14.1)	74 (32.6)	117 (51.5)	4.34	0.78	สูง
6. การให้บริการของระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะต้อง รวดเร็ว ช่วยเหลือถูกวิธี และ นำส่งได้ถูกที่	2 (0.9)	0 (0.00)	8 (3.5)	46 (20.3)	171 (75.3)	4.69	0.63	สูง
7. อสม. ควรสามารถให้การปฐม พยาบาลหรือช่วยฟื้นคืนชีพขั้น พื้นฐานได้	0 (0.00)	1 (0.4)	65 (28.6)	70 (30.8)	91 (40.1)	4.11	0.83	สูง
8. อสม. สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ฉุกเฉินได้ถูกวิธีและไม่ก่อให้เกิด การบาดเจ็บแก่ผู้ป่วยเพิ่ม	0 (0.00)	19 (8.4)	54 (23.8)	65 (28.6)	89 (39.2)	3.99	0.98	สูง

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ทัศนคติต่อระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน						(n = 227)		ระดับ ทัศนคติ
	ไม่เห็น ด้วยมาก ที่สุด	ไม่ เห็น ด้วย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย อย่าง มาก	เห็น ด้วย มากที่สุด	\bar{X}	S.D.	
9. ท่านรู้สึกว่าการช่วยเหลือ ผู้ป่วยฉุกเฉินให้รอดชีวิตเป็น หน้าที่สำคัญของอสม.	13 (5.7)	50 (22.0)	86 (37.9)	45 (19.8)	33 (14.5)	3.15	1.10	ปานกลาง
10. ท่านกลัวว่าการช่วยเหลือ ของท่านอาจทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉิน บาดเจ็บมากกว่าเดิม	11 (4.8)	28 (12.3)	96 (42.3)	56 (24.7)	36 (15.9)	3.34	1.04	ปานกลาง
11. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้เข้า มามีส่วนช่วยเหลือและเป็นส่วน หนึ่งของระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน	0 (0.00)	3 (1.3)	32 (14.1)	94 (41.4)	98 (43.2)	4.26	0.75	สูง
12. ท่านไม่กล้าให้การปฐม พยาบาลหรือช่วยฟื้นคืนชีพขึ้น พื้นฐานเพราะกลัวว่าไม่มี ความสามารถเพียงพอที่จะ ช่วยเหลือ	8 (3.5)	33 (14.5)	94 (41.4)	61 (26.9)	31 (13.7)	3.33	1.00	ปานกลาง
13. ท่านรู้สึกเสียเวลาในการ ทำงานเมื่อต้องเข้าร่วมการอบรม ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	49 (21.6)	58 (25.6)	42 (18.5)	51 (22.5)	27 (11.9)	2.78	1.33	ปานกลาง
14. ท่านรู้สึกยินดีที่ได้มีส่วน ร่วมในระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินในท้องถิ่นของตน	0 (0.00)	1 (0.4)	27 (11.9)	101	98	4.30	0.69	สูง

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ทัศนคติต่อระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน						(n = 227)		ระดับ ทัศนคติ
	ไม่เห็น ด้วยมาก ที่สุด	ไม่ เห็น ด้วย	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็นด้วย อย่าง มาก	เห็นด้วย มากที่สุด	\bar{X}	S.D.	
15. ท่านสนใจติดตามหาความรู้ เพิ่มเติมจากสื่อต่าง ๆ ทางสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ยูเอสมือ	2 (0.9)	15 (6.6)	66 (21.1)	64 (28.2)	80 (35.2)	3.90	0.99	สูง
16. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายที่จะต้องคอย ตอบคำถาม หรือความคิดเห็นต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	47 (20.7)	69 (30.4)	44 (19.4)	38 (16.7)	29 (12.8)	2.70	1.32	ปานกลาง
17. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับ ชื่นชมจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่ ท่านได้ช่วยเหลือ	4 (1.8)	8 (3.5)	43 (18.9)	87 (38.3)	85 (37.4)	4.06	0.93	สูง
18. ท่านรู้สึกอึดอัด ลำบากใจทุก ครั้งที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือญาติผู้ป่วย ฉุกเฉินมาขอความช่วยเหลือ	59 (26.0)	82 (36.1)	41 (18.1)	29 (12.8)	16 (7.0)	2.39	1.20	ปานกลาง
19. ท่านรู้สึกไม่ชอบที่จะต้องฝึก ปฏิบัติการช่วยเหลือชีวิตเบื้องต้น	40 (17.6)	101 (44.5)	35 (15.4)	26 (11.5)	25 (11.0)	2.54	1.22	ปานกลาง
20. ท่านรู้สึกว่าป็นภาระที่ยุ่งยาก หากจะต้องเป็นศูนย์รับแจ้งเหตุจาก ประชาชนในท้องถิ่นระบบการแจ้ง เหตุ	36 (15.9)	96 (42.3)	34 (15.0)	35 (15.4)	26 (11.5)	2.64	1.24	ปานกลาง
21. ท่านรู้สึกมีความสุขที่ได้ ช่วยเหลือ เป็นส่วนหนึ่งในระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	1 (0.4)	3 (1.3)	39 (17.2)	95 (41.9)	88 (38.8)	4.16	0.84	สูง

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ทัศนคติต่อระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน						(n = 227)		ระดับ ทัศนคติ
	ไม่เห็น ด้วยมาก ที่สุด	ไม่ เห็น ด้วย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย อย่าง มาก	เห็น ด้วย มากที่สุด	\bar{X}	S.D.	
22. ท่านรู้สึกกังวลใจในการ ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์มา ก่อน	6 (2.6)	22 (9.7)	84 (37.0)	56 (24.7)	59 (26.0)	3.62	1.06	ปานกลาง
23. ท่านรู้สึกภูมิใจเมื่อท่านสามารถ ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่าง รวดเร็ว ปลอดภัย และถูกวิธี	0 (0.00)	2 (0.9)	19 (8.4)	90 (39.6)	116 (51.1)	4.41	0.68	สูง
24. ท่านรู้สึกภูมิใจเมื่อเห็นว่า เจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญกับ อสม. เลือกที่จะให้อสม. เข้ามาเป็นส่วน หนึ่งในระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน	0 (0.00)	6 (2.6)	33 (14.5)	85 (37.4)	103 (45.4)	4.26	0.80	สูง
25. ถ้าเป็นไปได้ท่านจะหลีกเลี่ยง การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเพราะ ท่านไม่มั่นใจในการช่วยเหลือ	39 (17.2)	81 (35.7)	30 (13.2)	56 (24.7)	21 (9.3)	2.73	1.26	ปานกลาง
26. เมื่อประชาชนในท้องถิ่นขอ ความช่วยเหลือท่านเมื่อเกิดเหตุ ฉุกเฉิน ท่านจะช่วยเหลืออย่างเต็ม กำลังเสมอ	0 (0.00)	0 (0.00)	24 (10.6)	108 (47.6)	95 (41.9)	4.31	0.65	สูง
27. ถ้ามีโอกาสที่จะอธิบายความรู้ เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินแก่ประชาชน ท่านจะอธิบาย ให้แก่ประชาชนเสมอ	1 (0.4)	2 (0.9)	51 (22.5)	86 (37.9)	87 (38.3)	4.13	0.82	สูง

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ทัศนคติต่อระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน						(n = 227)		ระดับ ทัศนคติ
	ไม่เห็น ด้วยมาก ที่สุด	ไม่ เห็น ด้วย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็นด้วย อย่าง มาก	เห็นด้วย มากที่สุด	\bar{X}	S.D.	
28. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมการอบรม ที่ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดขึ้น อย่างเสมอ	1 (0.4)	7 (3.1)	47 (20.71)	96 (42.3)	76 (33.5)	4.05	0.84	สูง
29. เมื่อท่านได้รับจดหมาย หรือ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ท่านจะเปิดอ่าน และทำความเข้าใจทุกครั้ง	1 (0.4)	7 (3.1)	62 (27.3)	78 (34.4)	79 (34.8)	4.00	0.89	สูง
30. ท่านซักถามปัญหาที่ท่านสงสัย ในการอบรมทุกครั้งเพื่อจะได้รับ ความรู้ตรงตามความต้องการและ นำไปช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง	0 (0.00)	11 (4.8)	57 (25.1)	75 (33.0)	84 (37.0)	4.02	0.90	สูง
31. ท่านมักอธิบายสิ่งต่าง ๆ ที่ได้ รับรู้จากการอบรม หรือจากข้อมูล ข่าวสารที่ได้รับ ให้แก่ประชาชนฟัง อยู่เสมอ	1 (0.4)	6 (2.6)	70 (30.8)	83 (36.6)	67 (29.5)	4.02	0.90	สูง
32. ท่านจะจัดเตรียมความพร้อมใน การเป็นศูนย์รับแจ้งเหตุจาก ประชาชน เพื่อสามารถให้การ ช่วยเหลือได้ทันเวลาที่เมื่อมีเหตุ ฉุกเฉิน	0 (0.00)	6 (2.6)	49 (21.6)	100 (44.1)	72 (31.7)	4.05	0.80	สูง
33. ท่านจะแสดงข้อคิดเห็นที่คิดว่า เป็นประโยชน์ต่อการจัดระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกครั้งเมื่อ มีการประชุม หรือจัดอบรม	2 (0.9)	6 (2.6)	65 (28.6)	86 (37.9)	68 (30.0)	3.93	0.88	สูง

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ทัศนคติต่อระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	ไม่เห็น	ไม่	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ด้วยมาก ที่สุด	เห็น ด้วย	ปาน กลาง	อย่าง มาก	มากที่สุด			
34. ท่านพยายามติดต่อเจ้าหน้าที่สา ธารณสุขทุกครั้งเมื่อมีโอกาสเพราะ จะทำให้ท่านรับทราบข้อมูลข่าวสาร ความเคลื่อนไหวของระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในทุก ๆ ด้าน	2 (0.9)	2 (0.9)	48 (21.1)	80 (35.2)	95 (41.9)	4.16	0.85	สูง
รวมทั้งหมด						3.80	0.92	สูง

(n = 227)

ผลการวิเคราะห์ทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่าง จากตารางที่ 7 พบว่า ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่าง โดยรวมเฉลี่ยจัดอยู่ในช่วงคะแนนระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.80)

ผลการวิเคราะห์ทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นรายข้อพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่าง มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ (24 ข้อ) อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยสูงตามลำดับ 3 ข้อแรก กล่าวคือ ข้อที่ 6 การให้บริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะต้อง รวดเร็ว ช่วยเหลือถูกวิธี และนำส่งได้ถูกที่ (ค่าเฉลี่ย 4.69) รองลงมาคือ ข้อที่ 1 การบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ต้องให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแล และ ข้อที่ 23 ท่านรู้สึกภูมิใจเมื่อท่านสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และถูกวิธี (ค่าเฉลี่ย 4.41)

ผลการวิเคราะห์ทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนที่เหลือ (10 ข้อ) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่าง มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในช่วงคะแนนระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยสูงตามลำดับ 3 ข้อแรก กล่าวคือ ข้อที่ 22 ท่านรู้สึกกังวลใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน (ค่าเฉลี่ย 3.62) รองลงมาคือข้อที่ 10 ท่านกลัวว่าการช่วยเหลือของท่านอาจทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินบาดเจ็บมากกว่าเดิม (ค่าเฉลี่ย 3.34) และข้อที่ 12 ท่านไม่กล้าให้การปฐมพยาบาลหรือช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพราะกลัวว่าไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะช่วยเหลือ (ค่าเฉลี่ย 3.33) ตามลำดับ

ตอนที่ 6 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.1 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีเพศแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามเพศ โดย t-test

(n = 227)					
เพศ	จำนวน	\bar{X}	S.D.	t	p-value
ชาย	148	129.16	13.91	-0.17 ^{ns}	0.87
หญิง	79	129.48	13.73		

ns ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการทดสอบสมมติฐานจากตารางที่ 8 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีเพศแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สมมติฐานที่ 1.2 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีอายุแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

ตารางที่ 9 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามอายุ

(n = 227)

อายุ	จำนวน	\bar{X}	S.D.
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี	27	128.59	11.79
26 – 40 ปี	104	128.03	13.48
41 ปี เป็นต้นไป	96	130.81	14.66

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามช่วงอายุ มีรายละเอียดดังนี้ คือ

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำแนกตามช่วงอายุ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน

(n = 227)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	2	401.01	200.51	1.05 ^{ns}	0.35
ภายในกลุ่ม	224	42748.06	190.84		
รวม	226	43149.07			

ns ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการทดสอบสมมติฐานจากตารางที่ 10 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีอายุแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สมมติฐานที่ 1.3 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีทัศนคติกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

ตารางที่ 11 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 227)

ระดับการศึกษา	จำนวน	\bar{X}	S.D.
ประถมศึกษาตอนต้น (หรือเทียบเท่า)	72	131.26	13.31
ประถมศึกษาตอนปลาย (หรือเทียบเท่า)	46	131.00	15.27
มัธยมศึกษาตอนต้น (หรือเทียบเท่า)	42	127.69	14.48
มัธยมศึกษาตอนปลาย (หรือเทียบเท่า)	37	129.81	12.43
เท่ากับระดับอนุปริญญา (หรือเทียบเท่า) หรือสูงกว่า	30	123.40	12.22

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามระดับการศึกษา มีรายละเอียดดังนี้คือ

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามระดับการศึกษา โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน

(n = 227)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	4	1573.23	393.31	2.10 ^{ns}	0.82
ภายในกลุ่ม	222	41575.84	187.28		
รวม	226	43149.07			

ns ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการทดสอบสมมติฐานจากตารางที่ 12 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สมมติฐานที่ 1.4 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

ตารางที่ 13 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

(n = 227)

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	จำนวน	\bar{X}	S.D.
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท	102	131.78	14.03
3,001 – 5,000 บาท	75	129.60	13.24
5,001 – 7,000 บาท	25	125.08	14.27
7,001 บาท เป็นต้นไป	25	122.24	11.35

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีรายละเอียดดังนี้คือ

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน

(n = 227)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	3	2327.41	775.80	4.24**	0.006
ภายในกลุ่ม	223	40821.65	183.06		
รวม	226	43149.07			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ผลการทดสอบสมมติฐานจากตารางที่ 14 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตามระดับรายได้ เป็นรายคู่ ด้วยวิธี LSD (Least Significant Difference)

(n = 227)

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	จำนวน	\bar{X}	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
			1	2	3	4
			131.78	129.60	125.08	122.24
1. ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท	102	131.78	-			
2. 3,001 – 5,000 บาท	75	129.60	ns	-		
3. 5,001 – 7,000 บาท	25	125.08	*	ns	-	
4. 7,001 บาท เป็นต้นไป	25	122.24	**	*	ns	-

ns ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากตารางที่ 15 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉลี่ยแตกต่างจากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีรายได้ระหว่าง 5,001 – 7,000 บาท และรายได้ 7,00 บาท เป็นต้นไป ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างที่มีรายได้ระหว่าง 3,001 – 5,000 บาท มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉลี่ยแตกต่างจากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีรายได้ 7,001 บาท เป็นต้นไป ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สมมติฐานที่ 1.5 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดย t-test

(n = 227)

ประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	จำนวน	\bar{X}	S.D.	t	p-value
1. ท่านเคยแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือเมื่อพบผู้ประสบอุบัติเหตุหรืออุบัติเหตุต่างๆ					
เคย	102	128.04	13.56	-1.49 ^{ns}	0.14
ไม่เคย	125	130.78	14.04		
2. ท่านเคยให้การปฐมพยาบาลหรือการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน					
เคย	95	131.22	13.91	-1.81 ^{ns}	0.07
ไม่เคย	132	127.87	13.63		
3. ท่านเคยลำเลียงขนย้ายและการดูแลผู้เจ็บป่วยระหว่างนำส่งสถานพยาบาล					
เคย	98	132.15	14.55	-2.78**	0.006
ไม่เคย	129	127.09	12.87		
4. ท่านเคยให้การช่วยเหลือฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่หมดสติ					
เคย	40	132.10	12.82	-1.43 ^{ns}	0.15
ไม่เคย	187	128.67	13.98		
5. ท่านเคยช่วยลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วยก่อนการนำส่งโรงพยาบาล					
เคย	120	132.57	14.98	-3.92**	0.000
ไม่เคย	107	125.58	11.36		
6. ท่านเคยให้การดูแลผู้เจ็บป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล					
เคย	109	133.71	14.03	-4.87**	0.000
ไม่เคย	118	125.18	12.32		

ns ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ผลการทดสอบสมมติฐานจากตารางที่ 16 พบว่า

อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีประสบการณ์การ แจ้งเหตุขอความช่วยเหลือเมื่อพบผู้
ประสบอุบัติเหตุหรืออุบัติเหตุต่างๆแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่
แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีประสบการณ์การให้การปฐมพยาบาลหรือการช่วยฟื้น
คืนชีพขั้นพื้นฐานแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ
นัยสำคัญทางสถิติ 0.05

อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีประสบการณ์การลำเลียงขนย้ายและการดูแลผู้เจ็บป่วย
ระหว่างนำส่งสถานพยาบาลแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน ที่
ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 โดยที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับ
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีทัศนคติโดยเฉลี่ยสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ไม่เคยมี
ประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีประสบการณ์การให้การช่วยเหลือฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน
แก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่หมดสติแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน
ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีประสบการณ์การช่วยลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วยก่อนการ
นำส่งโรงพยาบาลแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน ที่ระดับ
นัยสำคัญทางสถิติ 0.01 โดยที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับระบบ
บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีทัศนคติโดยเฉลี่ยสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ไม่เคยมี
ประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีประสบการณ์การให้การดูแลผู้เจ็บป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาลแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 โดยที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีทัศนคติโดยเฉลี่ยสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

สมมติฐานที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีบุคลิกภาพแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

ตารางที่ 17 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามบุคลิกภาพ

(n = 227)

บุคลิกภาพ	จำนวน (คน)	\bar{X}	S.D.
แบบแสดงตัว-หัวสั้นไหว	98	126.20	14.94
แบบแสดงตัว-มั่นคง	31	131.28	12.97
แบบเก็บตัว-หัวสั้นไหว	59	129.21	14.52
แบบเก็บตัว-มั่นคง	39	128.87	12.80

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามบุคลิกภาพ มีรายละเอียดดังนี้ คือ

ตารางที่ 18 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามบุคลิกภาพ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน

(n = 227)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	3	954.10	318.03	1.68 ^{ns}	.172
ภายในกลุ่ม	223	42194.96	189.22		
รวม	226	43149.07			

ns ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการทดสอบสมมติฐานจากตารางที่ 18 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีบุคลิกภาพแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สมมติฐานที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านกับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

(n = 227)

	ทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p - value
ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	.320**	0.00

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ผลการทดสอบสมมติฐานจากตารางที่ 19 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

สมมติฐานที่ 4 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัคร
สาธารณสุขหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับ
ทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

(n = 227)

การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	ทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P - value
1. วิทยุ	.152*	0.022
2. หนังสือพิมพ์	.210**	0.001
3. แผ่นพับ	.122 ^{ns}	0.066
4. บอร์ดนิทรรศการ	.082 ^{ns}	0.219
5. หอกระจายเสียง	.173**	0.009
6. เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบ	.134*	0.044

ns ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ผลการทดสอบสมมติฐานจากตารางที่ 20 จำแนกรายด้านของการได้รับข่าวสารประเภท
ต่าง ๆ สรุปได้รายละเอียดดังนี้คือ

สื่อหนังสือพิมพ์ และสื่อหอกระจายเสียง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อระบบ
บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

สื่อวิทยุ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อระบบบริการ
การแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สื่อแผ่นพับ และบอร์ดนิทรรศการ ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์
ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ข้อวิจารณ์

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง “ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ศึกษาเฉพาะกรณี กิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี” ได้แบ่งข้อวิจารณ์ตามผลการทดสอบสมมติฐาน มีทั้งที่เป็นไปตามสมมติฐาน และไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผลการวิจัยความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 0.74) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับสูง 9 ข้อ และมีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง 5 ข้อ ซึ่งความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลางนั้นพบว่า เป็นความรู้ด้านเป้าหมายของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และความรู้ด้านการช่วยเหลือชีวิตเบื้องต้น มีรายละเอียดดังนี้คือ

ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้านเป้าหมาย พบว่ามี 2 ข้อ คือ ข้อที่ 2 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ การวางแผนและช่วยเหลือผู้ประสบเหตุเพลิงไหม้ (ค่าเฉลี่ย 0.41) และ ข้อที่ 4 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการตายเท่านั้น (ค่าเฉลี่ย 0.37) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการการให้ข่าวสาร ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าหน้าที่ทางรัฐแก่ประชาชนเป็นการกล่าวโดยรวมทั่ว ๆ ไป ไม่ได้ชี้เฉพาะว่าเรื่องดังกล่าวว่าเป็นส่วนของเป้าหมายของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ส่วนความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้านการช่วยเหลือชีวิตเบื้องต้น พบว่ามี 3 ข้อ คือ ข้อที่ 9 วิธีตรวจสอบผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินว่าหายใจหรือไม่ นั่นคือการเขย่าให้รู้สึกตัวแล้วกดตรงกระดูกกลางหน้าอก (ค่าเฉลี่ย 0.52) ข้อที่ 10 วิธีการเปิดทางเดินหายใจที่ใช้ได้กับผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุกระดูกสันหลังคือการกดหน้าผากและดันคาง (ค่าเฉลี่ย 0.52) และข้อที่ 12 การช่วยฟื้นคืนชีพแบบ 1 คน เราจะช่วยหายใจและกดหน้าอกในอัตรา เป่าปาก 1 ครั้ง กดหน้าอก 5 ครั้ง (ค่าเฉลี่ย 0.61) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความรู้ด้านการช่วยเหลือชีวิตเบื้องต้นเป็นความรู้เชิงวิชาการแพทย์ ซึ่งหากได้รับการอบรมในช่วงเวลาจำกัด โดยที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านไม่ได้ผ่านการฝึกปฏิบัติหรือ

ผ่านการฝึกปฏิบัติเพียงไม่กี่ครั้ง ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านไม่สามารถจำความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ทั้งหมด

2. ผลการวิจัยการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลางมี 4 ด้าน คือ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านทางเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง หอกระจายเสียง วิทยุ และบอร์ดนิทรรศการ ส่วนการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่อยู่ในระดับน้อยมี 2 ด้าน คือ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านทางแผ่นพับ และหนังสือพิมพ์

สำหรับการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านทางแผ่นพับอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้เนื่องจากสื่อแผ่นพับ มีการผลิตในปริมาณที่น้อย ส่วนการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านทางหนังสือพิมพ์อยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้เนื่องจากจากการเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านทางหนังสือพิมพ์ยังมีไม่ต่อเนื่อง และลักษณะของการผลิตหนังสือพิมพ์จะกระจายลงสู่พื้นที่ไม่กี่แห่ง ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างอยู่ในเขตพื้นที่ห่างไกล การเข้าถึงสื่อประเภทหนังสือพิมพ์จึงน้อยกว่าสื่อประเภทอื่น

3. การวิจัยทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.80) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างอยู่ในระดับสูง 24 ข้อ ส่วนทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง 10 ข้อ

สำหรับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างที่อยู่ในระดับปานกลางนั้น ส่วนใหญ่เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติด้านความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ควรมีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

ตัวอย่างข้อคำถามเชิงบวก เช่น ข้อที่ 9 ท่านรู้สึกว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินให้รอดชีวิต เป็นหน้าที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติด้าน ความคิด ความรู้สึก เกี่ยวกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ควรมีต่อระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนตัวอย่างข้อคำถามเชิงลบ เช่น ข้อที่ 12 ท่านไม่กล้าให้การปฐมพยาบาลหรือ ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพราะกลัวว่าไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะช่วยเหลือ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านไม่ทราบมาก่อนว่าตนจะมีความสำคัญ หรือมีความสามารถในการ ช่วยเหลือระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นเมื่อสอบถามทัศนคติด้านความคิด ความรู้สึก เกี่ยวกับความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการช่วยเหลือระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจึงตอบแบบสอบถามในระดับปานกลาง

4. ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีทัศนคติ ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.1 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีเพศแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีเพศแตกต่างกัน มี ทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสภาพสังคมไทยในปัจจุบัน เพศหญิงและเพศชาย มีบทบาท สิทธิ เสรีภาพเท่า เทียมกันในทุกด้าน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การใช้ชีวิตประจำวันของชายและหญิงไม่ค่อย แตกต่างกัน ปัญหาความแตกต่างทางเพศลดลงจนไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต เพศหญิงจึงมี แนวคิดทัศนคติที่ไม่แตกต่างไปจากเพศชายไม่ว่าจะในเรื่องใด ๆ ก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับผลการ ศึกษาของ ปทุมพร กรสูทธิโสภณ (2539) ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องทัศนคติของประชาชนที่มีต่อ บทบาทของคณะเทศมนตรี: ศึกษาเฉพาะกรณี เทศบาลตำบลปากเกร็ด พบว่าประชาชนที่มีเพศ แตกต่างกัน มีทัศนคติต่อบทบาทของคณะเทศมนตรีไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการ ศึกษาวิจัยของ กิตติมา คล้ายทอง (2549) ซึ่งศึกษาเรื่องทัศนคติที่มีต่อการปรับโครงสร้างองค์กร ของพนักงานบริษัท กสท โทรคมนาคม จำกัด (มหาชน) พบว่า พนักงานบริษัท กสท โทรคมนาคม จำกัด (มหาชน) ที่มีเพศแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อการปรับโครงสร้างองค์กรไม่ แตกต่างกัน เช่นเดียวกัน

สมมติฐานที่ 1.2 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีอายุแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีอายุแตกต่างกันมีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับความปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สิน ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน ถึงแม้จะมีอายุที่แตกต่างกัน แต่ทุกคนก็ต้องการมีชีวิตที่ปลอดภัย และสุขภาพคืออยู่เสมอ ดังนั้นถึงแม้ประชาชนจะมีอายุที่แตกต่างกัน แต่ทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก็ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปทุมพร กรสูทธิโสภณ (2539) ที่ได้ทำการศึกษาวินิจฉัยเรื่องทัศนคติของประชาชนที่มีต่อบทบาทของ คณะเทศมนตรี : ศึกษาเฉพาะกรณี เทศบาลตำบลปากเกร็ด พบว่าประชาชนที่มีอายุแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อบทบาทของคณะเทศมนตรีไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาวินิจฉัยของ พิสิทธิ์ ราชภักดี (2542) ที่ได้ทำการศึกษาวินิจฉัยเรื่องทัศนคติของประชาชนที่มีต่อการแจ้งเหตุด่วน – เหตุร้ายของเจ้าหน้าที่ศูนย์รวมข่าวตำรวจนครบาล (191) : ศึกษาเฉพาะกรณีประชาชนในเขต จตุจักร กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนที่มีอายุแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อการแจ้งเหตุด่วน – เหตุร้ายของเจ้าหน้าที่ศูนย์รวมข่าวตำรวจนครบาล (191) ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกัน

สมมติฐานที่ 1.3 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก รายละเอียดและองค์ประกอบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้น เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของชีวิต ซึ่งความต้องการ และความรู้สึกล้วนเกิดขึ้นกับคนทุกระดับการศึกษา ดังนั้นเมื่อคนในสังคมไม่ว่าจะระดับการศึกษาใดก็ตามย่อมเคยมีปัญหการเจ็บป่วยและต้องการความปลอดภัยในชีวิตด้วยกันทุกคน จึงมีความสนใจในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และมีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กิตตินันท์ วุฒิกุลวรรณ์ (2542) ที่ได้ทำการศึกษาวินิจฉัยเรื่องทัศนคติของปลัดอำเภออาวุโสต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัด : ศึกษาเฉพาะกรณี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ปลัดอำเภออาวุโสที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผล

การศึกษาวิจัยของ กิตติมา คล้ายทอง (2549) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องทัศนคติที่มีต่อการปรับโครงสร้างองค์กรของพนักงานบริษัท กสท โทรคมนาคม จำกัด (มหาชน) พบว่า พนักงานบริษัท กสท โทรคมนาคม จำกัด (มหาชน) ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อการปรับโครงสร้างองค์กรไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกัน

สมมติฐานที่ 1.4 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะเห็นได้ว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำจะมีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์สูงทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีรายได้ต่ำนั้นเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพจำเป็นต้องพึ่งพาบบบริการสุขภาพจากทางรัฐ ดังนั้นจึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านกลุ่มที่มีรายได้ต่ำมีความคาดหวังการสนับสนุนทางสังคมสูง และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก็เป็นอีกส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพจากทางรัฐ ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีรายได้ต่ำจึงมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีรายได้สูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ยุทธนา นาคเรืองศรี (2539) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องทัศนคติของพยาบาลต่อนโยบายป้องกันและควบคุมโรคเอดส์: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศิริราช พบว่าพยาบาลที่มีรายได้แตกต่างกัน มีทัศนคติต่อนโยบายป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ สหัชชัย เรียงรุ่งโรจน์ (2545) ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องความคิดเห็นของประชาชนต่องานพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจขององค์การบริหารส่วนตำบล: ศึกษาเฉพาะกรณีบางกะดี และบ้านปทุม จังหวัดปทุมธานี พบว่าประชาชนที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่องานพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจขององค์การบริหารส่วนตำบลแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ลักษณ์า ฤทธาคนี (2547) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องทัศนคติของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยต่อการมีส่วนร่วมกับการเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่มีรายได้แตกต่างกัน มีทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมกับการเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครแตกต่างกัน เช่นเดียวกัน

สมมติฐานที่ 1.5 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก่อน จะมีความรู้ ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงทำให้มีทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก่อน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของยูทธนา นาคเรืองศรี (2539) ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องทัศนคติของพยาบาลต่อนโยบายป้องกันและควบคุมโรคเอดส์: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศิริราช พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แตกต่างกัน มีทัศนคติต่อนโยบายป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของผจงลักษณ์ โสตศิริ (2542) ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องทัศนคติและพฤติกรรมของพนักงานต่อผู้ร่วมงานที่พิการ พบว่าพนักงานที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้พิการแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อผู้ร่วมงานที่พิการแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ พิสิทธิ ราชภักดี (2542) ซึ่งศึกษาเรื่องทัศนคติของประชาชนที่มีต่อการแจ้งเหตุด่วน – เหตุร้ายของเจ้าหน้าที่ศูนย์รวมข่าวตำรวจนครบาล (191): ศึกษาเฉพาะกรณีประชาชนในเขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนที่มีประสบการณ์ต่อการแจ้งเหตุด่วน – เหตุร้ายของเจ้าหน้าที่ศูนย์รวมข่าวตำรวจนครบาล (191) ที่แตกต่างกัน มีทัศนคติต่อการแจ้งเหตุด่วน – เหตุร้ายของเจ้าหน้าที่ศูนย์รวมข่าวตำรวจนครบาล (191) แตกต่างกัน เช่นเดียวกัน

สมมติฐานที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีบุคลิกภาพแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีบุคลิกภาพแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ นั่นคือบุคลิกภาพที่แตกต่างไม่ส่งผลให้มีทัศนคติที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคลิกภาพไม่ว่าใครเราจะมีบุคลิกภาพแบบใดก็ตามแต่เหนือสิ่งอื่นใดของคนคือความต้องการซึ่งความปลอดภัยในชีวิตด้วยกันทุกคน ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีบุคลิกภาพที่แตกต่างกันจึงมีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีข้อมูลมาก จะมีความเข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้เป็นอย่างดี ส่งผลไปยังทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงทำให้ความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สายสุนีย์ ปวุฒินันท์ (2541) ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในโครงการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี พบว่าความรู้เกี่ยวกับโครงการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อโครงการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ นลินี ประทับศร (2543) ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องภาวะผู้นำ ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้างานระดับต้นในโรงงานอุตสาหกรรมประกอบชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน เช่นเดียวกัน

สมมติฐานที่ 4 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ข่าวสารเป็นข้อมูล ช่วยเพิ่มความเข้าใจ มีผลต่อการตัดสินใจ ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ผจงลักษณ์ โสตศิริ (2542) ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องทัศนคติและพฤติกรรมของพนักงานต่อผู้ร่วมงานที่พิการ พบว่าพนักงานที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับผู้พิการแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อผู้ร่วมงานที่พิการแตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ เสมอ ลิ้มชูวงศ์ (2542) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องบทบาทองค์การบริหารส่วนตำบลด่านขุนทดในการจัดการป่าชุมชน ผลการวิจัย พบว่าการได้รับข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติในการจัดการป่าชุมชน เช่นเดียวกัน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินศึกษาเฉพาะกรณี กิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร กับทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ อาสาสมัครอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน กิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน จำนวนทั้งสิ้น 227 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t-test ค่า F-test การวิเคราะห์ความแปรปรวน ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธี LSD และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่าง สรุปได้รายละเอียดดังนี้คือ

1. เพศ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 65.2

2. อายุ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26 – 40 ปี จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 45.8 รองลงมาคือช่วงอายุ 41 ปี ขึ้นไป มีจำนวน 96 คน คิดเป็น

ร้อยละ 42.2 ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มียุเฉลี่ย 39.20 ปี มีอายุน้อยที่สุด 19 ปี และมีอายุมากที่สุด 66 ปี

3. ระดับการศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น(หรือเทียบเท่า) มีจำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 31.7 รองลงมาคือระดับประถมศึกษาตอนปลาย(หรือเทียบเท่า) มีจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 20.3 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือการศึกษาในระดับอนุปริญญาขึ้นไปมีจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 13.2

4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาทต่อเดือน จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 44.9 รองลงมาคือรายได้ระหว่าง 3,001 – 5,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 33.0 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมีรายได้เฉลี่ยโดยรวม 4,179.60 บาท มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยที่สุด คือไม่มีรายได้เลย และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุดคือ 15,000 บาท

5. ประสิทธิภาพเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 6 ด้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 5 ด้าน กล่าวคือ ประสบการณ์การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือเมื่อพบผู้ประสบอุบัติเหตุหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ พบว่า จำนวนผู้เคยมีประสบการณ์ มีจำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 44.9 จำนวนผู้ไม่เคยมีประสบการณ์ มีจำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 55.1 ประสบการณ์การปฐมพยาบาลหรือการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน พบว่า จำนวนผู้เคยมีประสบการณ์ มีจำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 41.9 จำนวนผู้ไม่เคยมีประสบการณ์ มีจำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 58.1 ประสบการณ์การลำเลียงขนย้ายและการดูแลผู้เจ็บป่วยระหว่างที่นำส่งสถานพยาบาล พบว่า จำนวนผู้เคยมีประสบการณ์ มีจำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 43.2 จำนวนผู้ไม่เคยมีประสบการณ์มีจำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 56.8 ประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่หมดสติ พบว่า จำนวนผู้เคยมีประสบการณ์มีจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6 จำนวนผู้ไม่เคยมีประสบการณ์ มีจำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 ประสบการณ์การดูแลผู้เจ็บป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล พบว่าจำนวนผู้มีประสบการณ์มีจำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 48.0 จำนวนผู้ไม่เคยมีประสบการณ์มีจำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 52.0 ส่วนประสบการณ์การช่วยลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วยก่อนการนำส่งโรงพยาบาล พบว่า จำนวนผู้เคยมีประสบการณ์มีจำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 มีจำนวนมากกว่าผู้ไม่เคยมีประสบการณ์ ซึ่งมีจำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 47.1

บุคลิกภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับบุคลิกภาพพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแบบแสดงตัว – หัวใจไหว จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 43.2 รองลงมาคือ บุคลิกภาพแบบเก็บตัว – หัวใจไหว จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 26.0 บุคลิกภาพแบบเก็บตัว – มั่นคง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 17.2 และ บุคลิกภาพแบบแสดงตัว – มั่นคง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6

ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า ความรู้ของ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่าง จัดอยู่ในช่วงคะแนนระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 0.74)

ผลการวิเคราะห์เป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีช่วงคะแนนระดับสูงมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือข้อที่ 1 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมุ่งให้บริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และ ผู้ป่วยฉุกเฉิน รวดเร็ว ปลอดภัย ถูกต้องตามมาตรฐานและ ข้อที่ 3 การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถ คาดการณ์ได้ล่วงหน้า (ค่าเฉลี่ย 0.98) รองลงมาคือข้อที่ 5 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักที่สำคัญคือ ศูนย์รับแจ้งเหตุ หน่วยกู้ชีพ และชุมชน (ค่าเฉลี่ย 0.95) และข้อที่ 7 การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญใน ส่วนของศูนย์รับแจ้งเหตุ (ค่าเฉลี่ย 0.90) ตามลำดับ

ส่วนความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีช่วงคะแนนระดับปานกลาง ข้อที่มี ค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ข้อที่ 12 การช่วยฟื้นคืนชีพแบบ 1 คน เราจะช่วยหายใจและกดหน้าอกในอัตรา เป่าปาก 1 ครั้ง กดหน้าอก 5 ครั้ง (ค่าเฉลี่ย 0.61) รองลงมาคือ ข้อที่ 9 วิธีตรวจสอบผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ว่าหายใจหรือไม่ นั่นคือการเขย่าให้รู้สึกตัวแล้วกดตรงกระดูกกลางหน้าอก และข้อที่ 10 วิธีการ เปิดทางเดินหายใจที่ใช้ได้กับผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุกระดูกสันหลังคือการกดหน้าผากและดันคาง (ค่าเฉลี่ย 0.52) และข้อที่ 2 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ การวางแผนและช่วยเหลือผู้ประสบ เหตุเพลิงไหม้ (ค่าเฉลี่ย 0.41) และข้อที่ 4 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อ แก้ไขปัญหาการตายเท่านั้น (ค่าเฉลี่ย 0.37) ตามลำดับ

โดยสรุปนั้นคือความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จัดอยู่ในช่วงคะแนนระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.85)

จากการจำแนกประเภทของการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านทางเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในช่วงคะแนนระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.19) รองลงมาคือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านทางหอกระจายเสียง อยู่ในช่วงคะแนนระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.15) ส่วนการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีช่วงคะแนนน้อยที่สุดคือ หนังสือพิมพ์ (ค่าเฉลี่ย 1.54)

โดยสรุปคือการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผลการวิเคราะห์ทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตัวอย่าง โดยรวมจัดอยู่ในช่วงคะแนนระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.83)

ผลการวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่า ทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่อยู่ในช่วงคะแนนระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยสูงตามลำดับ 3 ข้อแรก คือ ข้อที่ 6 การให้บริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะต้อง รวดเร็ว ช่วยเหลือถูกวิธี และนำส่งได้ถูกที่ (ค่าเฉลี่ย 4.69) รองลงมาคือข้อที่ 1 การบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ต้องให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแล และข้อที่ 23 ท่านรู้สึกภูมิใจเมื่อท่านสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วปลอดภัย และถูกวิธี (ค่าเฉลี่ย 4.41) ตามลำดับ

ส่วนทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนที่เหลือ พบว่าทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในช่วงคะแนนระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยสูงตามลำดับ 3 ข้อแรก กล่าวคือ ข้อที่ 22 ท่านรู้สึกกังวลใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน (ค่าเฉลี่ย 3.62) รองลงมาคือข้อที่ 10 ท่านกลัวว่าการช่วยเหลือของท่านอาจทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินบาดเจ็บมากกว่าเดิม (ค่าเฉลี่ย 3.34) และข้อที่ 12 ท่านไม่กล้าให้การปฐมพยาบาลหรือช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพราะกลัวว่าไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะช่วยเหลือ (ค่าเฉลี่ย 3.33) ตามลำดับ

ผลการทดสอบสมมติฐาน

การศึกษาเรื่องทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ศึกษาเฉพาะกรณี กิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี มีผลการทดสอบสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.1 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีเพศแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีเพศแตกต่างกันมีทัศนคติโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1.2 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีอายุแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีอายุแตกต่างกัน มีทัศนคติโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1.3 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีทัศนคติโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1.4 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉลี่ยแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1.5 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉลี่ยแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีบุคลิกภาพแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีบุคลิกภาพแตกต่างกันมีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉลี่ยไม่ต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 4 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัคร
สาธารณสุขหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์
ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อระบบบริการ
การแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตารางที่ 21 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

ตัวแปรอิสระ	ความแตกต่างของทัศนคติ	
	แตกต่าง	ไม่แตกต่าง
1. ปัจจัยส่วนบุคคล		
1.1 เพศ		✓
1.2 อายุ		✓
1.3 ระดับการศึกษา		✓
1.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	✓	
1.5 ประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน		
1.5.1 ประสบการณ์การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ เมื่อพบผู้ประสบอุบัติเหตุหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ		✓
1.5.2 ประสบการณ์การให้การปฐมพยาบาลหรือการ ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน		✓
1.5.3 ประสบการณ์การลำเลียงขนย้ายและการดูแลผู้ เจ็บป่วยระหว่างนำส่งสถานพยาบาล	✓	
1.5.4 ประสบการณ์การให้การช่วยเหลือฟื้นคืนชีพ ขั้นพื้นฐานแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่หมดสติ		✓
1.5.5 ประสบการณ์การช่วยลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วย ก่อนการนำส่งโรงพยาบาล	✓	
1.5.6 ประสบการณ์การให้การดูแลผู้เจ็บป่วยระหว่าง การนำส่งโรงพยาบาล	✓	
2. บุคลิกภาพ		✓

ตารางที่ 21 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	ความสัมพันธ์กับทัศนคติ	
	มี	ไม่มี
3. ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	✓	
4. การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	✓	

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ผลการวิจัยโดยรวมพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน กิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี มีทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับสูง(ค่าเฉลี่ย 3.83) จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่ประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่างกัน กล่าวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นเจ้าหน้าที่ควรเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น และในส่วนที่เกี่ยวกับการฝึกอบรม การเพิ่มประสบการณ์อาจเพิ่ม โดยการจำลองสถานการณ์ในการฝึกปฏิบัติด้านต่าง ๆ ที่สำคัญกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2. จากผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ความรู้ในส่วนเป้าหมายของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และความรู้ในส่วนของการช่วยเหลือชีวิตเบื้องต้น เป็นความรู้ที่มีช่วงคะแนนในระดับปานกลาง ดังนั้นหากเจ้าจากทางภาครัฐ และเอกชนควรมีการเพิ่มการให้ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในส่วนของเป้าหมายของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการช่วยเหลือชีวิตเบื้องต้น เพราะความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งถ้าหากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมีความรู้ในระดับสูงในทุกด้าน ก็จะส่งผลให้มีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สูงยิ่ง ๆ ขึ้นไป

3. จากผลการวิจัยพบว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่เมื่อพิจารณาสื่อรายด้านพบว่า หนังสือพิมพ์ หอกระจายเสียง วิทยุและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง มีค่าความสัมพันธ์ทางบวกต่อ

ทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามลำดับ นั้นหมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ได้รับข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และให้ความสนใจกับสื่อ การได้รับข่าวสาร ข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ หอกระจายเสียง วิทยุและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นหากจะให้ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้นเพื่อนำไปสู่การที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจะมีส่วนร่วมต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในท้องถิ่นของตนเอง เจ้าหน้าที่จากทางภาครัฐ หรือแม้แต่เอกชนควรจะเพิ่มการให้ความรู้ การให้ข่าวสารข้อมูล ผ่านทางสื่อหนังสือพิมพ์ หอกระจายเสียง วิทยุ โดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเข้าไป ดำเนินการสอน ให้ความรู้ ความเข้าใจแก่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านด้วยตนเอง ส่วนได้รับข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านทางสื่อแผ่นพับและ บอร์ดนิทรรศการ หากทางภาครัฐได้ทำการผลิตสื่อนี้ในปริมาณที่มากแต่ได้รับความสนใจน้อยอาจลดการผลิตหรือ กระจายลงเฉพาะพื้นที่ในบางโอกาส

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อให้ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรมีการศึกษาทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในช่วงเวลาต่อไปในอนาคต ทั้งนี้เนื่องจากการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่งเริ่มได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยมีศูนย์เรนทรเป็นสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลางในการจัดเครือข่าย เริ่มต้นในปี พ.ศ.2547 ซึ่งนับว่ายังเป็นระบบที่ใหม่ในการจัดการ หากมีการศึกษาทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในช่วงเวลาต่อไป ที่ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสมบูรณ์ มีศักยภาพให้บริการอย่างครอบคลุมได้ในทุกพื้นที่ และหากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้พัฒนา ปรับปรุง ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มปัจจัยในส่วนของการสนับสนุนเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อต่าง ๆ ผลของการศึกษาทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินย่อมอยู่ในระดับสูง และที่ดียิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้นำชุมชนอื่นที่แตกต่างจากกลุ่มประชากรที่ศึกษา เช่น สมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้นำนักเรียน หรือกลุ่มแม่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหากต้องการให้กระจายลงครอบคลุมในทุกพื้นที่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และกลุ่มผู้นำกลุ่มอื่น ๆ จะเป็นองค์กรหนึ่งที่สำคัญที่จะมีส่วนช่วยผลักดันให้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินลงสู่ชุมชน และพื้นที่อันห่างไกล ซึ่งจะส่งผลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้น และทำให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง

3. ควรมีการศึกษาทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตพื้นที่อื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากเป้าหมายหลักของกระทรวงสาธารณสุขคือ ต้องการให้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการแก่ประชาชนครอบคลุมในทุกพื้นที่ ดังนั้นหากมีการศึกษาทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตพื้นที่อื่น ๆ จะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทราบถึงแนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในท้องถิ่น โดยมีผู้นำ

ทางสุขภาพชุมชนนั้นคืออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือระบบ
บริการการแพทย์ฉุกเฉินในท้องถิ่นของตน เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนสืบไป

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

- กิตตินันท์ วุฒิกุณาภรณ์. 2542. **ทัศนคติของปลัดอำเภออาวุโสต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัด: ศึกษาเฉพาะกรณี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขา รัฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- กิตติมา คล้ายทอง. 2549. **ทัศนคติที่มีต่อการปรับโครงสร้างองค์การของพนักงานบริษัท กสท โทรคมนาคม จำกัด(มหาชน)**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- คณะกรรมการจัดทำหลักสูตรการปฐมพยาบาลและเคลื่อนย้ายขั้นพื้นฐาน. 2547. **คู่มือวิทยากร หลักสูตรการปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายขั้นพื้นฐาน**. 2,000 เล่ม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: L.T. Press Co.,Ltd..
- คมกฤษณ์ ผิวทอง. 2548. **การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการก่อสร้างท่าอากาศยานบุรีรัมย์ - รางน้อย ของบริษัท ปตท.จำกัด(มหาชน)**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา จิตวิทยาชุมชน, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- คมสัน หุตะแพทย์. 2535. **การสื่อสารเพื่องานพัฒนาชุมชน**. ฝ่ายเผยแพร่และสื่อสารสถาบัน สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม. 141 น.
- จ่านง พรายแยมแบ. 2531. **เทคนิคการวัดและประเมินผลการเรียนรู้กับการสอนซ่อมเสริม**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- ไทยรัฐ. 2550. กรุงเทพมหานคร: 25 เมษายน 2550. หน้า 7.
- นลินี ประทับสร. 2543. **ภาวะผู้นำ ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน และ พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้างานระดับต้นในโรงงานอุตสาหกรรม ประกอบชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรม, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

นิรนาม. 2548. “การจัดการความรู้ (Knowledge Management : KM).” วารสารข่าวเผยแพร่กรม
วิชาการเกษตร (Online). http://www.doa.go.th/korpporror/data/column/2_Nov_05.doc, 5
ธันวาคม 2549.

นิรนาม. 2548. “บุคลิกภาพ (Personality).” จิตวิทยาทั่วไป (Online).
http://web.rmut.ac.th/larts/phy/module8/unit8_9.html, 9 กรกฎาคม 2549

นพมาศ อึ้งพระ (ธีรเวคิน). 2546. **ทฤษฎีบุคลิกภาพและการปรับตัว**. สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

นวลละอ อสุภาพ. มปป. **ทฤษฎีบุคลิกภาพ**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร.

บุญเรียง ขจรศิลป์. 2547. **การวิเคราะห์และแปลความหมายข้อมูลในการวิจัยโดยใช้โปรแกรม
สำเร็จรูป**. 2,000 เล่ม. กรุงเทพมหานคร: เอส.พี.เอ็น.การพิมพ์ จำกัด.

ปทุมพร กรสุทธิโสภณ. 2539. **ทัศนคติของประชาชนที่มีต่อบทบาทของคณะมนตรี: ศึกษา
เฉพาะกรณี เทศบาลตำบลปากเกร็ด**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐศาสตร์
, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ปานวาสน์ มหาวลเลิศ. 2544. **การสร้างแบบทดสอบวัดบุคลิกภาพเจ็ดองค์ประกอบตามรูปแบบ
ของเทลเลนและวอลเลอร์ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนขยายโอกาส
ทางการศึกษา**. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาศึกษาศาสตร์,
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ปิยพร ดวงทอง. 2539. **การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับบุคลิกภาพการแสดง
ตัวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3**. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขา
ศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ปัทมา พุ่มมาพันธุ์. 2542. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพ ความรู้ด้านการจัดการความปลอดภัย ความพึงพอใจต่อการจัดการความปลอดภัย และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในโรงงานผลิตเหล็กกล้าไร้สนิม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรม, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ผจงลักษณ์ โสตศิริ. 2542. ทักษะและพฤติกรรมของพนักงานต่อผู้ร่วมงานที่พิการ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรม, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

พิลิตธิ ราชศักดิ์. 2542. ทักษะของประชาชนที่มีต่อการรับแจ้งเหตุด่วน-เหตุร้ายของเจ้าหน้าที่ศูนย์รวมข่าวตำรวจนครบาล (191) : ศึกษาเฉพาะกรณีประชาชนในเขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยาประยุกต์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

พงษ์ศักดิ์ ประทุมมาส. 2545. ทักษะของราษฎรท้องถิ่นที่มีต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้พื้นที่ป่าเขาหลวง จังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานวนศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

พจนารถ บุญญภัทรพงษ์. 2542. ความรู้ ทักษะ ท่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากกรร วิทยานิพนธ์ทำงานของลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมผลิตลวดในจังหวัดปทุมธานี. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรม, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

เมธี จันท์จารุภรณ์. มปป.. อสม.: ผู้นำการเปลี่ยนแปลงสุขภาพชุมชน. 2,000 เล่ม.
กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย (จำกัด).

ยุทธนา นาคเรืองศรี. 2539. ทักษะของพยาบาลต่อนโยบายป้องกันและควบคุมโรคเอดส์: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ราชบัณฑิตยสถาน. 2548. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์

- ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. 2543. การวัดด้านพิสัย. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2544. ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ(รู้เขา รู้เรา). พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ศูนย์เรนทร กระทรวงสาธารณสุข. 2548. คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. กรุงเทพมหานคร: ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์.
- สหัสชัย เรียงรุ่งโรจน์. 2545. ความคิดเห็นของประชาชนต่องานพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจขององค์การบริหารส่วนตำบล: ศึกษาเฉพาะกรณีบางกะดีและบ้านปทุม จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สายสุณีย์ ปวดีนันท์. 2541. ความรู้ ทักษะ และ การมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในโครงการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรม, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สิทธิโชค วรรณสันติกุล. 2548. จิตวิทยาสังคม: ทฤษฎีและการประยุกต์. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- สุรินทร์ นิยมางกูร. 2548. สถิติวิจัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เสมอ ลิ้มชูวงศ์. 2542. บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลด้านชุมชนในการจัดการป่าชุมชน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวนศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อดุลย์ จาตุรงค์กุล. 2534. พฤติกรรมผู้บริโภค. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อารียา ทรงสิทธิโชค. 2549. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพ ความเครียด และพฤติกรรมการใช้
สิ่งเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา
ชุมชน, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

Allport, G.W. 1935. **A Handbook of Social Psychology**. Worcester, Massachusettes: Clark
University Press.

Anderson, J.K. 1983. "A Spreading Activation Theory of Memory". **Journal of Verbal
Hearing and Verbal Behavior**. 22(February 1983): 261-295.

Bandura, A. 1977. **Social Learning Theory**. Englewood Clifs, NG: Prentice-Hall, New
York.

Burger, Jerry M. N.D.. **Personality**. United States of America: PR Donnelley, Crawfordsville.

Cronbach, D.C. 1970. **Essential of Psychological Testing**. New York: Harper and Row
Publishers.

Eysenck, H.J., and S.B.G. Eysenck (eds.). 1964. **Manual of the Eysenck Personality
Inventory**. London: University Press.

Eysenck, H.J. 1970. **The Structure of Human Personality**. London: Methuen.

Fishbein, M. 1975. **Belief, Attitude, Intention and Behavior**. Philippines: Addison-Wesley,
Publishing Co., Inc..

Fishbein, M., and Ajzen, I Fishbein (eds.). 1980. **Belief, Attitude, Intention, and Behavior:
An Introduction to theory and Research**. Reading Mass: Addison - Wesley.
อ้างอิงใน สิทธิโชค วรานุสันติกุล. 2548. จิตวิทยาสังคม: ทฤษฎีและการประยุกต์.
กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น.

Good, C.V. 1959. **Dictionary of Education**. New York: McGraw - Hill Book Company.

Good, C.V. 1973. **Dictionary of Education**. New York: McGraw - Hill Book Company.

อ้างใน ปัทมา พุ่มมาพันธุ์. 2542. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพ ความรู้ด้านการจัดการ
ความปลอดภัย ความพึงพอใจต่อการจัดการความปลอดภัย และพฤติกรรมความปลอดภัย
ในการทำงาน ของพนักงานในโรงงานผลิตเหล็กกล้าไร้สนิม. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรม, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

Hillgard, E.R. 1967. **Introduction of Psychology**. New York: Harcourt Brace World Inc.

อ้างใน ปิยพร ดวงทอง. 2539. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับ
บุคลิกภาพการแสดงตัวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3. วิทยานิพนธ์การศึกษา
มหาบัณฑิต สาขาการศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Jung, Carl G. 1875-1961. “บุคลิกภาพ (Personality).” **จิตวิทยาทั่วไป** (Online).

www.rmut.ac.th/larts/phy/module8/unit8_3.html, September 2006.

McCannell, J.V. 1974. **Understanding Human Behavior**. New York: Holt, Rinehart and

winston, Inc. อ้างใน ปานวาสน์ มหาวลเลิศ. 2544. การสร้างแบบทดสอบวัดบุคลิกภาพ
เจ็ดองค์ประกอบตามรูปแบบของเทลเลเจนและวอลเลอร์ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
ปีที่ 3 ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Maddi, Salvatore R. 1978. **Personality Theories: A Comparative Analysis**. Homewood:

The Dorsey Press. อ้างใน นวลละออ สุภาพล. มปป. **ทฤษฎีบุคลิกภาพ**.
กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

Munn, N.L. 1969. **Introduction to Psychology**. 2 ed. Boston: Houghton Mifflin Company.

Pennington, Donald. 2003. **Essential Personality**. London: Oxford University Press Inc.

- Rogers, E.M. 1962. **Diffusion of Innovations**. New York: The Free Press. อ้างใน
คมกฤษณ์ ผิวทอง. 2548. การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการก่อสร้างธรรมชาติ
ราชบุรี - วังน้อย ของบริษัท ปตท.จำกัด(มหาชน). วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาจิตวิทยาชุมชน, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- Rokeach, M. 1970. **Beliefs, Attitudes and Values**. Sanfrancisco: Jossey Bass Inc.
- Shaver, K.G. 1977. **Principle of Social Psychology**. Cambridge : Winthrop Publishers.
- Thurstone, L.L. 1964. “Comment”. **American Journal of Sociology**. 35 (April 1964).
- Yamane, Taro. 1973. **Statistics and Introduction Analysis**. New York: Harper & Row,
Publishers, Inc.
- Zimbardo, P.G. 1980. **Essentials of Psychology and life**. Glenview Illinois: Scott, Foresman.
อ้างอิง สิทธิโชค วรรณสันติกุล. 2548. **จิตวิทยาสังคม: ทฤษฎีและการประยุกต์**.
กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แบบสอบถามในการวิจัย

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง

ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ศึกษาเฉพาะกรณี กิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา
ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ในกิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี
แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามบุคลิกภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามนี้ กรุณาตอบตาม
ความคิดเห็นของท่านให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง โดยไม่ต้องระบุชื่อลงในแบบสอบถาม
ข้อมูลที่ท่านได้ตอบในแบบสอบถาม จะถือเป็นความลับ และไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่าน
ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวม

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวนันท์วิภา ชาดา)

นิติตปริญาโท สาขาจิตวิทยาชุมชน
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

แบบสอบถาม

เรื่อง ทักษะคิดของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ศึกษาเฉพาะกรณี กิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง คำถามในส่วนนี้เป็นข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ตอบแบบสอบถาม โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บ () หน้าข้อความที่ตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ
 หญิง ชาย
2. ขณะนี้ท่านอายุ..... ปี.....เดือน
3. ระดับการศึกษา ประถมศึกษาตอนต้น (หรือเทียบเท่า)
 ประถมศึกษาตอนปลาย (หรือเทียบเท่า)
 มัธยมศึกษาตอนต้น (หรือเทียบเท่า)
 มัธยมศึกษาตอนปลาย (หรือเทียบเท่า)
 สูงกว่าหรือเท่ากับระดับอนุปริญญา (หรือเทียบเท่า)
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นเงิน..... บาท
5. ประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 5.1 ท่านเคยแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือเมื่อพบผู้ประสบอุบัติเหตุหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ เคย ไม่เคย

5. ประสิทธิภาพเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(ต่อ)
- 5.2 ท่านเคยให้การปฐมพยาบาลหรือการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ()เคย ()ไม่เคย
- 5.3 ท่านเคยลำเลียงขนย้ายและการดูแลผู้เจ็บป่วยระหว่างนำส่ง
สถานพยาบาล ()เคย ()ไม่เคย
- 5.4 ท่านเคยให้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน
ที่หมดสติ ()เคย ()ไม่เคย
- 5.5 ท่านเคยช่วยลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วยก่อนการนำส่ง
โรงพยาบาล ()เคย ()ไม่เคย
- 5.6 ท่านเคยให้การดูแลผู้เจ็บป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล ()เคย ()ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบบุคลิกภาพ

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความเป็นไป ความรู้สึก และการกระทำของอาสาสมัคร
สาธารณสุขหมู่บ้าน พยายามตอบคำถามตามความเป็นจริงเท่าที่ท่านเคยรู้สึกว่าจะใช่หรือไม่ใช่ โดย
การใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกอยากมีความตื่นเต้น		
2. บ่อยครั้งที่ท่านปรารถนาให้เพื่อนมาทำให้ท่านสดชื่น มี ชีวิตชีวา		
3. ตามปกติแล้วท่านเป็นคนไม่ค่อยกังวลกับสิ่งต่าง ๆ		
4. ท่านพบว่าเป็นการยากที่จะพูดปฏิเสธ		
5. ท่านหยุดและคิดถึงสิ่งต่าง ๆ อย่างรอบคอบ ก่อนทำอะไรลงไป		

รายละเอียดแบบทดสอบโดยสมบูรณ์โปรดติดต่อภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

คำชี้แจง จากข้อความด้านหน้า โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านคิดว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมุ่งให้บริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และผู้ป่วยฉุกเฉิน รวดเร็ว ปลอดภัย ถูกต้องตามมาตรฐาน		
2	ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ การวางแผนและช่วยเหลือผู้ประสบเหตุเพลิงไหม้		
3	การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า		
4	ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการตายเท่านั้น		
5	ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักที่สำคัญ คือ ศูนย์รับแจ้งเหตุ หน่วยกู้ชีพ และชุมชน		
6	ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์		
7	การมีส่วนร่วมของ อสม.เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในส่วนของศูนย์รับแจ้งเหตุ		
8	สิ่งแรกที่ต้องตรวจสอบเมื่อพบผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินคือความรู้สึกตัวหรือไม่		
9	วิธีตรวจสอบผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินว่าหายใจหรือไม่นั้นคือการเขย่าให้รู้สึกตัว แล้วกดตรงกระดูกกลางหน้าอก		
10	วิธีการเปิดทางเดินหายใจที่ใช้ได้กับผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุกระดูกสันหลังคือการกดหน้าผากและดันคาง		
11	การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยแบบฉุกเฉิน ต้องจัดผู้ป่วยตามแนวยาวของลำตัวเพื่อป้องกันอันตรายต่อไขสันหลัง		
12	การช่วยฟื้นคืนชีพแบบ 1 คน เราจะช่วยหายใจและกดหน้าอกในอัตรา เป่าปาก 1 ครั้ง กดหน้าอก 5 ครั้ง		
13	เหตุผลสำคัญในการทำความสะอาดแผลให้เร็วที่สุดเพื่อห้ามเลือด		
14	รพช.ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ท่านรู้จัก คือ รพช.ที่มีบุคลากรทางการแพทย์ออกไปให้การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ		

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง ตามช่วงเวลาที่ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

น้อย หมายถึง ท่านได้รับข่าวสารประมาณ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์
 ปานกลาง หมายถึง ท่านได้รับข่าวสารประมาณ 4-6 ครั้ง/สัปดาห์
 มาก หมายถึง ท่านได้รับข่าวสารประมาณมากกว่า 6 ครั้ง/สัปดาห์

แหล่งข่าวสาร	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. วิทยุ			
2. หนังสือพิมพ์			
3. แผ่นพับ			
4. บอร์ดนิทรรศการ			
5. หอกระจายเสียง			
6. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่าง ๆ ต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่อง

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยอย่าง มาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด
1	การบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ต้องให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแล					
2	การบริหารจัดการเพื่อให้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความยั่งยืนนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ					
3	ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นส่วนหนึ่งของงานบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นร่วมกับงานป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ					
4	หลักสำคัญของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในการมีส่วนร่วมของประชาชน กระทรวงสาธารณสุขใช้รูปแบบของระบบอาสาสมัคร					
5	อสม. ควรสามารถรับแจ้งเหตุจากประชาชน และสามารถขอความช่วยเหลือ ส่งต่อข้อมูลได้อย่างเหมาะสม					

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยอย่าง มาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด
6	การให้บริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะต้อง รวดเร็ว ช่วยเหลือถูกวิธี และนำส่งได้ถูกที่					
7	อสม. ควรสามารถให้การปฐมพยาบาลหรือช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้					
8	อสม. สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้ถูกวิธีและไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บแก่ผู้ป่วยเพิ่ม					
9	ท่านรู้สึกว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินให้รอดชีวิตเป็นหน้าที่สำคัญของอสม.					
10	ท่านกลัวว่าการช่วยเหลือของท่านอาจทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินบาดเจ็บมากกว่าเดิม					
11	ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้เข้ามามีส่วนช่วยเหลือและเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน					
12	ท่านไม่กล้าให้การปฐมพยาบาลหรือช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพราะกลัวว่าไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะช่วยเหลือ					
13	ท่านรู้สึกเสียเวลาในการทำงานเมื่อต้องเข้าร่วมการอบรม ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน					
14	ท่านรู้สึกยินดีที่ได้มีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในท้องถิ่นของตน					
15	ท่านสนใจติดตามหาความรู้เพิ่มเติมจากสื่อต่าง ๆ ทางสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์อยู่เสมอ					

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยอย่าง มาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด
16	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายที่จะต้องคอยตอบคำถามหรือความคิดเห็นต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน					
17	ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับความชื่นชมจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่ท่านได้ช่วยเหลือ					
18	ท่านรู้สึกอึดอัด ลำบากใจทุกครั้งที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือญาติผู้ป่วยฉุกเฉินมาขอความช่วยเหลือ					
19	ท่านรู้สึกไม่ชอบที่จะต้องฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือชีวิตเบื้องต้น					
20	ท่านรู้สึกว่าเป็นภาระที่ยุ่งยากหากจะต้องเป็นศูนย์รับแจ้งเหตุจากประชาชนในท้องถิ่น ระบบการแจ้งเหตุ					
21	ท่านรู้สึกมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือ เป็นส่วนหนึ่งในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน					
22	ท่านรู้สึกกังวลใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน					
23	ท่านรู้สึกภูมิใจเมื่อท่านสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และถูกวิธี					
24	ท่านรู้สึกภูมิใจเมื่อเห็นว่าเจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญกับ อสม. เลือกที่จะให้อสม. เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน					

ข้อที่	ข้อความคำถาม	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด
25	ถ้าเป็นไปได้ท่านจะหลีกเลี่ยงการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเพราะท่านไม่มั่นใจในการช่วยเหลือ					
26	เมื่อประชาชนในท้องถิ่นขอความช่วยเหลือท่านเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ท่านจะช่วยเหลืออย่างเต็มกำลังเสมอ					
27	ถ้ามีโอกาสที่จะอธิบายความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน ท่านจะอธิบายให้แก่ประชาชนเสมอ					
28	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมการอบรมที่ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดขึ้นอย่างเสมอ					
29	เมื่อท่านได้รับจดหมาย หรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ท่านจะเปิดอ่านและทำความเข้าใจทุกครั้ง					
30	ท่านซักถามปัญหาที่ท่านสงสัยในการอบรมทุกครั้งเพื่อจะได้รับความรู้ตรงตามความต้องการและนำไปช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง					
31	ท่านมักอธิบายสิ่งต่าง ๆ ที่ได้รับรู้จากการอบรม หรือจากข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ ให้แก่ประชาชนฟังอยู่เสมอ					
32	ท่านจะจัดเตรียมความพร้อมในการเป็นศูนย์รับแจ้งเหตุจากประชาชน เพื่อสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน					
33	ท่านจะแสดงข้อคิดเห็นที่คิดว่าเป็นประโยชน์ต่อการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกครั้งเมื่อมีประชุมหรือจัดอบรม					

ข้อที่	ข้อความคำถาม	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด
34	ท่านพยายามติดต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกครั้งเมื่อมีโอกาสเพราะจะทำให้ท่านรับทราบข้อมูลข่าวสาร ความเคลื่อนไหวของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในทุก ๆ ด้าน					

ภาคผนวก ข
ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ตารางผนวกที่ 1 ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบบุคลิกภาพ เป็นรายข้อและทั้งฉบับ

Item No.	Scale Mean If Item Deleted	Scale Variance If Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha If Item Deleted
1	27.9000	79.3345	.2826	.8664
2	27.7333	80.8230	.1484	.8681
3	28.0000	79.4483	.2533	.8669
4	27.8333	80.1437	.2027	.8676
5	27.9667	81.3437	.0430	.8704
6	27.6333	81.7575	.0341	.8688
7	27.9333	79.9264	.2067	.8676
8	28.2667	77.1678	.5609	.8619
9	28.2333	77.2195	.5374	.8622
10	28.3667	80.1023	.2349	.8670
11	28.0000	77.3103	.4980	.8627
12	27.8000	80.1655	.2113	.8674
13	28.0000	76.2759	.6189	.8606
14	27.8667	77.4299	.5280	.8625
15	28.1333	79.7057	.2243	.8674
16	28.2333	76.8057	.5881	.8614
17	28.0667	78.4092	.3676	.8650
18	27.7667	79.7713	.2809	.8664
19	27.8667	81.1540	.0723	.8696
20	28.0667	81.6506	.0075	.8710
21	28.4000	78.6621	.4718	.8640
22	28.3000	79.3897	.2977	.8661
23	27.8000	78.7862	.3937	.8647
24	27.9667	79.9644	.1981	.8678
25	27.6667	81.6092	.0500	.8689

ตารางผนวกที่ 1 (ต่อ)

Item No.	Scale Mean If Item Deleted	Scale Variance If Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha If Item Deleted
26	28.2667	78.8920	.3465	.8654
27	28.0000	79.0345	.3001	.8661
28	27.9000	80.8517	.1040	.8692
29	27.9333	79.5816	.2466	.8670
30	27.9333	80.4782	.1433	.8687
31	28.4000	79.8345	.2953	.8662
32	28.1667	81.1782	.0614	.8700
33	28.3667	81.4126	.0545	.8694
34	28.3000	81.4586	.0391	.8700
35	28.2333	76.8747	.5797	.8615
36	28.3000	81.5276	.0306	.8701
37	27.8333	80.4885	.1595	.8682
38	28.0667	77.8575	.4303	.8639
39	27.9000	78.9207	.3319	.8656
40	28.1667	76.9713	.5443	.8620
41	28.4333	80.9437	.1471	.8680
42	27.8667	79.7057	.2469	.8669
43	28.3000	80.6310	.1417	.8685
44	28.1000	79.0586	.2950	.8662
45	28.2333	77.0816	.5543	.8619
46	28.1333	77.9816	.4204	.8641
47	28.3000	78.4931	.4119	.8644
48	27.7667	79.6333	.3001	.8661
49	27.8333	77.4540	.5459	.8623
50	27.8333	77.3851	.5549	.8622
51	28.1333	79.7747	.2165	.8675

ตารางภาคผนวกที่ 1 (ต่อ)

Item No.	Scale Mean If Item Deleted	Scale Variance If Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha If Item Deleted
52	28.1000	77.7483	.4439	.8636
53	28.0667	78.5471	.3519	.8652
54	28.3000	77.7345	.5096	.8629
55	28.0000	78.4828	.3630	.8650
56	28.4333	80.2540	.2590	.8667
57	28.3333	80.2299	.2028	.8675

Reliability Coefficients

N of Cases = 30

N of Items = 57

Alpha = .8681

ตารางผนวกที่ 2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
เป็นรายข้อและทั้งฉบับ

Item No.	Scale Mean If Item Deleted	Scale Variance If Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha If Item Deleted
1	18.7000	6.9069	.0026	.6397
2	18.7667	6.3920	.2011	.6047
3	18.7667	6.2540	.2576	.5941
4	18.6667	5.8851	.4279	.5616
5	18.7000	5.9414	.3958	.5676
6	18.7333	5.9264	.3983	.5669
7	18.7333	6.5471	.1399	.6158
8	19.1333	6.6713	.2111	.6021
9	19.2000	6.8552	.1869	.6063
10	18.8667	5.9126	.4155	.5640
11	19.1333	6.4644	.3321	.5867
12	18.6000	6.2483	.2877	.5887
13	18.7000	6.4241	.1917	.6063
14	18.7667	6.6678	.0919	.6245

Reliability Coefficients

N of Cases = 30

N of Items = 14

Alpha = .6138

ตารางผนวกที่ 3 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์
ฉุกเฉิน เป็นรายข้อและทั้งหมด

Item No.	Scale Mean If Item Deleted	Scale Variance If Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha If Item Deleted
1	11.8333	5.0402	.4390	.5445
2	12.7000	5.0448	.2536	.6260
3	11.8000	5.5448	.1925	.6395
4	12.1667	4.3506	.4759	.5185
5	11.7333	4.6851	.5237	.5066
6	11.4333	6.0471	.3239	.5992

Reliability Coefficients

N of Cases = 30

N of Items = 6

Alpha = .6201

ตารางผนวกที่ 4 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติ เป็นรายข้อและทั้งฉบับ

Item No.	Scale Mean If Item Deleted	Scale Variance If Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha If Item Deleted
1	139.3667	219.4126	.4672	.9150
2	139.5667	219.5644	.3517	.9164
3	139.5667	220.5989	.2938	.9172
4	139.7000	214.4931	.5227	.9141
5	139.4000	220.6621	.4869	.9150
6	139.1667	222.6264	.3408	.9163
7	139.3667	219.6195	.5552	.9145
8	139.5000	221.3621	.3364	.9164
9	140.5333	220.1195	.2594	.9183
10	140.9000	216.3000	.4325	.9154
11	139.4000	218.3862	.6249	.9138
12	140.3000	202.5621	.7291	.9105
13	140.0667	213.1678	.4359	.9159
14	139.3000	221.1828	.5464	.9149
15	139.7000	208.3552	.7320	.9110
16	140.0667	209.4437	.6063	.9128
17	139.7667	215.6333	.3983	.9162
18	139.6000	210.1793	.7424	.9112
19	139.9667	220.6540	.1987	.9203
20	139.9333	213.7195	.5391	.9139
21	139.5667	217.4954	.5656	.9140
22	140.4667	219.2230	.2339	.9198
23	139.3000	222.0103	.4233	.9156
24	139.3667	218.1023	.6484	.9137
25	139.9667	208.7230	.6618	.9119
26	139.5667	210.3920	.8708	.9104

ตารางผนวกที่ 4 (ต่อ)

Item No.	Scale Mean If Item Deleted	Scale Variance If Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha If Item Deleted
27	139.4333	218.3230	.5644	.9141
28	139.5667	220.5989	.2794	.9176
29	139.5667	215.7713	.5676	.9137
30	139.8333	216.2126	.5429	.9140
31	139.7000	220.2172	.4147	.9155
32	139.9667	213.6195	.5824	.9133
33	139.7333	213.2368	.5784	.9133
34	139.7000	217.8034	.4387	.9152

Reliability Coefficients

N of Cases = 30

N of Items = 34

Alpha = .9171

ภาคผนวก ค
ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ อสม.

อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.)

การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และเป็นเป้าหมายทางสังคมที่ทุกคนยอมรับกันทั่วโลกไม่ว่าจะมีความแตกต่างกันทางเชื้อชาติ ศาสนา ฐานะ เศรษฐกิจ และสังคม การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า หมายถึง ประชาชนทุกคน มีสิทธิ มีโอกาสและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของตนเท่าเทียมกันในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาตนเองให้ปราศจากโรคและความพิการ และได้รับประโยชน์จากการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นธรรม ในการนี้ประชาชนทุกคนต้องได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น โดยเฉพาะบริการสาธารณสุขที่สามารถลดการเกิดโรคและลดความรุนแรงของโรคต่าง ๆ การที่ประชาชนจะมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้จะต้องมีกลวิธีปฏิบัติ หรือให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือตนเองในเรื่องสุขภาพ กลวิธีนี้เรียกว่า การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care = PHC) ซึ่งในหลักการที่สำคัญของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในส่วนของความร่วมมือของประชาชน กระทรวงสาธารณสุขใช้รูปแบบของระบบอาสาสมัคร ในบทบาทของผู้นำการเปลี่ยนแปลงสุขภาพชุมชน

ความเป็นมา

อสม. คือประชาชนในชุมชนหรือหมู่บ้าน ที่ได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในหมู่บ้านในหลักการของสังคมมีดี หรือสังคมมีดี และภายใต้ความสมัครใจของตนเอง เมื่อได้รับการคัดเลือกจากชุมชนแล้ว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้ให้การอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและเมื่ออบรมตามหลักสูตรแล้ว จะมีบัตรประจำตัวอาสาสมัคร ซึ่งในระยะเริ่มต้น พ.ศ.2520 จะมีอาสาสมัครสาธารณสุข 2 ประเภท คือ

ประเภทแรก คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข มีตัวย่อว่า ผสส. ซึ่งได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนดไว้ 5 วัน โดยกำหนดสัดส่วนหลังคาเรือน 8 – 15 หลังคาเรือน จะมี ผสส. 1 คน หรือโดยเฉลี่ยหมู่บ้านทั่วประเทศ หมู่บ้านละ 10 คน ซึ่งต่อมาปี พ.ศ. 2535 ได้ปรับปรุงความรู้และศักยภาพ ผสส. ให้เป็น อสม. ทั้งหมด

ประเภทที่สอง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน หรือ อสม. โดยคัดเลือก ผสส. 1 คนมาอบรมเพิ่มเติมอีก 15 วัน และเมื่ออบรมเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงมีฐานะเป็น อสม. ในระยะแรกในแต่ละหมู่บ้านจะมี อสม. เพียง 1 คน เท่านั้น และจากความพยายามของกระทรวงสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกฝ่ายในระยะเวลากว่า 20 ปี อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นประชาชนธรรมดา ๆ ได้รับการอบรมรวมทั้งสิ้นกว่า 70,000 คน และมีบทบาทโดยสรุป ดังนี้

1. แก้วข้าวร้าย
2. กระจายข่าวดี
3. ชีวีบริการ
4. ประสานงานสาธารณสุข
5. บำบัดทุกข์ประชาชน
6. ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี

ดังนั้น อสม. จำนวนกว่า 70,000 คน จึงร่วมมือกับประชาชน ในชุมชนและหมู่บ้านพัฒนาสุขภาพของประชาชนตลอดมา

การพัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุข

1. การกำหนดสัดส่วน อสม. ใหม่

อสม. เดิม 8 – 15 หลังคาเรือน จะมี อสม. 1 คน แต่ในปี พ.ศ. 2547 จะเปลี่ยนสัดส่วนเป็น 10 หลังคาเรือนจะมี อสม. 1 คน ดังนั้น จาก อสม. เดิมจำนวน 70,000 คน สามารถเพิ่ม อสม. ได้ อีกประมาณ 30,000 คน โดยเพิ่มจากจำนวนหลังคาเรือนในชนบท ซึ่งมีประมาณ 10,000,000 ครอบครั้ว จะมี อสม. จำนวน 1,000,000 คน

2. การคัดเลือก อสม. ใหม่

เพื่อเป็นการกระจายอำนาจสู่ชุมชน และสอดคล้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชนที่แท้จริง ให้ชมรม อสม. ในแต่ละจังหวัด อำเภอ ตำบล เป็นผู้คัดเลือก อสม. ใหม่ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยให้คำปรึกษา

3. การอบรม อสม. ใหม่

ให้ชมรม อสม. แต่ละระดับอบรมให้ความรู้ อสม. ใหม่ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (สามารถปรับปรุงหลักสูตรเดิมได้) โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้เพิ่มเติม

4. การออกบัตรประจำตัว อสม.

เมื่อ อสม. ใหม่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนดแล้ว ชมรม อสม. ระดับจังหวัด ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน จัดทำระเบียบประวัติพร้อมส่งรายชื่อให้กับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อออกบัตรประจำตัว โดยลงนามร่วมระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขซึ่งการที่ดำเนินการในลักษณะเช่นนี้ก็เพื่อจัดระบบอาสาสมัครใหม่มีทะเบียนและรหัสที่ชัดเจน เพื่อประโยชน์ในการรับสวัสดิการในอันดับต่อไป

5. การให้การศึกษาต่อเนื่อง

กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกรมการศึกษานอกโรงเรียนจัดหลักสูตรพิเศษสำหรับการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มเติมศักยภาพของ อสม. และสามารถนำความรู้ที่ อสม. ได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอไปเทียบกับวุฒิทางการศึกษาได้ ซึ่ง อสม. จำนวนมากผ่านการศึกษาต่อเนื่องและสามารถใช้ความรู้เป็นประโยชน์ต่อสังคมได้เป็นอย่างดี

6. การจัดระบบสวัสดิการ

เพื่อเป็นการตอบสนองต่อการเสียสละ และการทำความดีของ อสม. กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางในการสนับสนุนสวัสดิการ ดังต่อไปนี้

6.1 การลดค่าห้องพิเศษในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข (ตามความเห็นชอบของสถานบริการสาธารณสุข)

6.2 การลดค่าโดยสารประจำทาง ทั้งรถโดยสารประจำทางและรถไฟ (ตามความเห็นชอบของกระทรวงคมนาคม)

- 6.3 การสนับสนุนการจัดตั้งสหกรณ์บริการ เพื่อเพิ่มพูนรายได้ของ อสม.
- 6.4 การมอบบัตร อสม. แก่ อสม.
- 6.5 การมอบเครื่องราชอิสริยาภรณ์ แก่ อสม. ที่มีผลงานดีเด่นระดับชาติ

7. การประกวด อสม. ดีเด่น

เพื่อเป็นการยกย่องการทำมาดีและผลงานดีเด่นของ อสม. โดยการจัดการประกวด อสม. ดีเด่นระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เขต ภาค และระดับชาติ ซึ่งจะจัดเป็นงานรณรงค์พร้อมกันทั่วประเทศในระหว่างวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ 20 มีนาคม ของทุกปี

8. การพัฒนาองค์ความรู้

จัดให้มีการอบรมความรู้เพิ่มเติมในส่วนของการบริหารองค์กร การเพิ่มความรู้เฉพาะทาง ภายใต้อาสาสมัครสาธารณสุขเบื้องต้น และความรู้ด้านการพัฒนาอื่น ๆ

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ –นามสกุล	นางสาวนันท์วิภา ซาคา
เกิดวันที่	6 กุมภาพันธ์ 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดอุบลราชธานี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2545 สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร บัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 4
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำยืน จังหวัด อุบลราชธานี